

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2018

Kateřina Šupová

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Znalosti a postoje užívání alkoholu v těhotenství

Kateřina Šupová

Bakalářská práce

2018

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2016/2017

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Kateřina Šupová**  
Osobní číslo: **Z15268**  
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Název tématu: **Znalosti a postoje užívání alkoholu v těhotenství**  
Zadávací katedra: **Katedra ošetrovatelství**

### Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 35 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

1. GREGORA, Martin a Miloš VELEMÍNSKÝ. Těhotenství a mateřství: nová česká kniha. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-247-5579-3.
2. HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. Porodnictví. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.
3. KALINA, Kamil. Klinická adiktologie. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4331-8.
4. NECHANSKÁ, Blanka. Uživatelé alkoholu a jiných drog ve zdravotnické statistice od roku 1959. Praha: Úřad vlády České republiky, 2011. ISBN 978-80-7440-048-3.
5. NEŠPOR, Karel. Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby. Vyd. 4., aktualiz. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-908-8.
6. OREL, Miroslav. Psychopatologie: nauka o nemocech duše. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5516-8.
7. TAKÁCS, Lea, SOBOTKOVÁ, Daniela a Lenka ŠULOVÁ, ed. Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5127-6.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Sabina Štveráková**


Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2016**

Termín odevzdání bakalářské práce: **23. července 2018**

  
prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.  
děkan

L.S.

  
PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 19. března 2018

## **PROHLÁŠENÍ AUTORA**

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 23. 7. 2018

Kateřina Šupová

## **PODĚKOVÁNÍ**

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucí mé bakalářské práce paní PhDr. Sabině Štverákové za cenné a odborné rady. Dále bych chtěla tímto vyjádřit vděčnost za čas, který mi věnovala, protože vím, že to se mnou není občas lehké. Děkuji za ochotu dovést mou práci do zdárného konce.

Dále děkuji své rodině a příteli za podporu a trpělivost, kterou se mnou měli.

## **ANOTACE**

Práce se zaměřuje na problematiku užívání alkoholu v těhotenství. Kromě následků užívání alkoholu v těhotenství práce rozebírá fyziologii těhotenství, drogovou závislost, alkohol a obecně jeho důvody užívání. Výzkumná část práce se zabývá postoji matek k užívání alkoholu, znalostí následků alkoholu a mírou užívání alkoholu.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Alkohol, těhotenství, fetální, syndrom

## **ANNOTATION**

The bachelor thesis is focused on the use of alcohol during pregnancy. Besides the consequences of using alcohol in pregnancy, the thesis deals with the physiology of pregnancy, drug addiction, alcohol and generally with reasons for their using during pregnancy. The research part deals with attitudes of mothers to the use of alcohol, knowledge of the consequences of alcohol and the rate of alcohol use.

## **KEYWORDS**

Alcohol, pregnancy, fetal, syndrome

# OBSAH

Úvod.....	13
1 Cíle práce.....	14
2 Těhotenství .....	15
2.1 První trimestr.....	15
2.2 Druhý trimestr .....	16
2.3 Třetí trimestr.....	16
3 Drogová závislost .....	16
3.1 Specifika perinatální péče u drogově závislých .....	17
3.2 Porod .....	18
4 Proces s drogově závislou ženou.....	19
4.1 Charakteristika cílové skupiny .....	19
4.2 Rozhovor o potřebách dítěte .....	19
4.3 Vyhledávání těhotných žen s drogovými problémy.....	20
5 Alkohol.....	20
5.1 Účinky alkoholu .....	21
5.2 Obecné důvody užívání alkoholu.....	22
5.3 Alkohol a těhotenství .....	23
6 Fetální alkoholový syndrom.....	25
6.1 Příznaky.....	26
6.2 Mentální retardace.....	26
6.3 Sociální problémy .....	27
6.4 Jak se vyrovnat s FAS .....	28
7 Novorozenecký abstinenční syndrom.....	28
7.1 Diagnostika .....	28
7.2 Pozorování a léčba .....	29



8	Metodika výzkumu.....	31
8.1	Výzkumný soubor.....	31
8.2	Zpracování získaných dat.....	31
9	Výsledky.....	32
10	Diskuze.....	57
11	Závěr.....	61
12	Zdroje.....	63
13	Přílohy.....	65

## Seznam ilustrací a tabulek

Obrázek 1 Graf: Počet dětí respondentek .....	32
Obrázek 2 Graf: Vzdělání respondentek.....	33
Obrázek 3 Graf: Názor respondentek, zda užívání alkoholu v těhotenství je špatné .....	35
Obrázek 4 Graf: Užití alkoholu během těhotenství .....	36
Obrázek 5 Graf: Fáze těhotenství respondentky při užití alkoholu .....	37
Obrázek 6 Graf: Vědomé užití alkoholu v těhotenství .....	38
Obrázek 7 Graf: Četnost užívání alkoholu .....	39
Obrázek 8 Graf: Druh užitého alkoholu .....	40
Obrázek 9 Graf: Množství užitého alkoholu.....	41
Obrázek 10 Graf: Místo užití alkoholu .....	42
Obrázek 11 Graf: Důvod užití alkoholu .....	43
Obrázek 12 Graf: Ostatní důvody užití alkoholu.....	44
Obrázek 13 Graf: Osoby, se kterými byl alkohol užit .....	45
Obrázek 14 Graf: Odsouzení .....	46
Obrázek 15 Graf: Vrácení rozhodnutí .....	47
Obrázek 16 Graf: Užití alkoholu .....	48
Obrázek 17 Graf: Negativní dopady .....	49
Obrázek 18 Graf: Znalost dopadů.....	50
Obrázek 19 Graf: Uvedené příklady dopadů alkoholu na dítě .....	51
Obrázek 20 Graf: Zdroje informací .....	52
Obrázek 21 Graf: Známost dítěte.....	54
Obrázek 22 Graf: Názor na zastoupení žen .....	55
Tabulka 1 Počet dětí respondentek .....	32
Tabulka 2 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentek.....	33
Tabulka 3 Názor respondentek na užívání alkoholu v těhotenství .....	35
Tabulka 4 Užití alkoholu .....	36
Tabulka 5 Fáze těhotenství respondentky při užití alkoholu .....	37
Tabulka 6 Vědomé užití alkoholu v těhotenství .....	38
Tabulka 7 Četnost užívání alkoholu .....	39
Tabulka 8 Druh užitého alkoholu .....	40

Tabulka 9 Množství užitého alkoholu .....	41
Tabulka 10 Místo užití alkoholu .....	42
Tabulka 11 Důvod užití alkoholu .....	43
Tabulka 12 Ostatní důvody užití alkoholu.....	44
Tabulka 13 Osoby, se kterými byl alkohol užit .....	45
Tabulka 14 Odsouzení .....	46
Tabulka 15 Vrácení rozhodnutí .....	47
Tabulka 16 Užití alkoholu .....	48
Tabulka 17 Negativní dopady .....	49
Tabulka 18 Znalost dopadů.....	50
Tabulka 19 Uvedené příklady dopadů alkoholu na dítě .....	51
Tabulka 20 Zdroje informací .....	52
Tabulka 21 Známost dítěte .....	54
Tabulka 22 Názor na zastoupení žen .....	55

## **SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK**

<b>Apod.</b>	a podobně
<b>Atd.</b>	a tak dále
<b>Č.</b>	číslo
<b>FAE</b>	fetální alkoholový efekt
<b>FAS</b>	fetální alkoholový syndrom
<b>FASD</b>	poruchy fetálního alkoholového spektra
<b>IQ</b>	inteligentní kvocient
<b>NAS</b>	novorozenecký abstinční syndrom
<b>Tj.</b>	to je
<b>Tzv.</b>	tak zvaně

## Úvod

Alkohol patří mezi nejstarší a nejrozšířenější drogy, přičemž jeho užívání má závažné důsledky. Již mezi prvními dokumenty o pěstování obilovin byly nalezeny i stopy po výrobě kvašených nápojů. Drogy byly užívány nejprve jako léčivé látky, později spíše jako prostředky opojení. Dávni předkové přistupovali k opojným vlastnostem drog s respektem a úctou jako k božským silám. V 19. století dochází s rozvojem farmaceutického průmyslu a výzkumu k masovému rozšiřování drog zejména v Evropě a Severní Americe. (Vavřínková, Binder, 2006, s. 11–12)

V České republice v roce 1992 byl podíl léčených uživatelů alkoholu necelých 13 %, v následujícím roce to bylo méně než 10 % a v roce 2008 to bylo pouhých 5,4 %. Trend poklesu léčených uživatelů alkoholu byl porušen pouze v letech 1996 a 1997, kdy bylo procento větší než v předcházejícím roce, a to u obou pohlaví. Menší pokles byl zaznamenán u žen.

Počet léčených osob klesl za uvedené období zhruba o třetinu, a to zejména v důsledku poklesu léčených mužů. Na začátku sledovaného období klesl počet pacientů o 44 % (z 37 429 pacientů v roce 1992 na 21 052 v roce 1995). Další významný meziroční pokles (o 24 %) byl zaznamenán právě v roce 1995. Poté následovala již zmíněná etapa růstu. V roce 1996 bylo léčených uživatelů 24 tisíc, přičemž toto číslo narostlo v roce 1997 na 30 tisíc. Do roku 2006 počet osob stagnoval nebo jenom mírně narůstal. V roce 2007 došlo k většímu poklesu pacientů, a to o více než 6 %. V roce 2008 činil počet pacientů 5,4 %.

Více než polovina osob v letech 1995–2008 byla ve věku 40 let a více a 45 % ve věku 20–39 let. Nejvyšší zastoupení pacientů v letech 2000–2008 bylo v Moravskoslezském kraji (39 pacientů na 10 tisíc obyvatel kraje), v Královéhradeckém kraji (38 pacientů), v Pardubickém a Zlínském kraji (35 pacientů). Nejnižší zastoupení bylo v Ústeckém kraji (10 pacientů), Karlovarském a Jihočeském kraji (12 pacientů). (Nechanská, 2011, s. 18–23)

Teoretická část této bakalářské práce je věnována fyziologii těhotenství, obecné problematice drogové závislosti ve společnosti a popisem jednotlivých manifestací abúzu alkoholu v těhotenství.

Cílem praktické části práce je zjistit postoje matek k užívání alkoholu v těhotenství a jejich povědomí o následcích užívání alkoholu v tomto období. Následně pak zjistit míru užívání alkoholu v těhotenství za pomoci standardizovaného dotazníku.

# **1 Cíle práce**

## **Hlavní cíl:**

Cílem je zjistit postoje matek k užívání alkoholu v těhotenství za pomoci standardizovaného dotazníku.

## **Dílčí cíle:**

Prvním dílčím cílem je zjistit, zda ženy znají následky užívání alkoholu v těhotenství.

Druhým dílčím cílem je zjistit míru užívání alkoholu v těhotenství.

## 2 Těhotenství

*„Přesné trvání těhotenství od oplodnění vajíčka do porodu zralého plodu nelze stanovit. V porodnictví se délka těhotenství z praktických důvodů počítá od prvního dne poslední menstruace, i když ovulace a oplodnění nastaly přibližně o 14 dní později.“*  
(Maršál in Hájek, 2014, s. 31)

Průměrné těhotenství podle studií lze stanovit na 280 dnů, tj. 40 ukončených týdnů + 0 dnů, což odpovídá 10 lunárním měsícům. Těhotenství rozdělujeme na tři období tzv. trimestry. První trimestr se počítá do 12. týdne, druhý do 28. týdne a třetí od 28. týdne do porodu. Termín porodu poté můžeme stanovit podle několika metod.

- a) Podle prvního dne poslední menstruace – K prvnímu dni poslední menstruace přičteme 7 dní a odečteme 3 kalendářní měsíce. Výpočet může být nepřesný hlavně u žen s nepravidelným ovulačním cyklem.
- b) Podle termínu koncepce – Ode dne pravděpodobné koncepce odečteme 3 kalendářní měsíce a tím dostaneme termín porodu.
- c) Podle prvních pohybů plodu vnímaných těhotnou ženou – U prvorodiček je to okolo 20. týdne těhotenství, u vícerodiček je to poté okolo 18. týdne těhotenství.
- d) Podle výšky děložního fundu.
- e) Podle ultrazvukové biometrie – provádí se v prvním trimestru a je přesnější než výpočet termínu porodu podle menstruace. (Maršál in Hájek, 2014, s. 32; Krejčí in Hájek, 2014, s. 83–84)

### 2.1 První trimestr

Předpokladem pro vznik nového života je splynutí ženské pohlavní buňky (vajíčka) s mužskou pohlavní buňkou (spermií). Již několik hodin po oplození dochází k procesu, který nazýváme rýhování. V procesu rýhování dochází k množení buněk a vajíčko při něm současně cestuje vejcovodem do dělohy, kde se 6. – 7. den po oplození vnoří a uhnízdí do sliznice.

Vývoj zárodku je velice bouřlivý a rychlý. V 8. týdnu je délka zárodku 22–27 milimetrů. Zárodek má již tvar lidského těla, hlava je v poměru k ostatnímu tělu výrazně větší, jsou vyvinuty rysy obličeje a končetiny mají již vyvinuté prstíčky. Většina orgánů je již na svých místech, nejsou však zcela plně vyvinuty. O plodu poté hovoříme od 9. týdne těhotenství,

kdy váží asi 10 gramů. Týdnem 9. začíná fetální období, ve kterém dochází k intenzivnímu růstu plodu a pokračuje vývoj funkcí orgánů a tkání. Dokončuje se vývoj placenty, pupečník je již vyvinut. Koncem prvního trimestru měří plod 10 centimetrů a váží 20 gramů. (Velemínský in Gregora, 2017, s. 13–14)

## **2.2 Druhý trimestr**

Ve druhém trimestru se mnoho žen cítí v dobré duševní i fyzické pohodě. V 16. týdnu je plod pokryt drobným chmýřím, kůži má tenkou a průhlednou. Obočí a řasy mu také již rostou. U plodu se začínají tvořit pevné kosti, klouby má funkční. Pohybová aktivita plodu je velmi intenzivní.

Ve druhém trimestru čekají každou těhotnou ženu screeningová vyšetření. Jsou zaměřena na včasné odhalení vývojových vad. Jde o vyšetření krve v 16. týdnu a poté následuje ultrazvukové vyšetření, které se provádí v 18.–22. týdnu těhotenství. (Velemínský in Gregora, 2017, s. 14–15)

## **2.3 Třetí trimestr**

Ve třetím trimestru plod rozeznává tmu a světlo. Jeho sluch je již také vyvinutý, dokáže proto reagovat na hudbu. Okolo 32. týdne vypadá plod téměř stejně jako při narození, pouze je menší. Ve 36. týdnu zaujímá v děloze definitivní polohu. (Velemínský in Gregora, 2017, s. 15)

## **3 Drogová závislost**

Alkohol patří mezi legální drogy, které jsou snadno dostupné, a proto bývají častěji užívány a kombinovány s nelegálními drogami. Celkový počet lidí závislých na alkoholu je z tohoto důvodu poměrně vysoký. Závislost se ovšem nutně nevyvine u všech lidí užívajících alkohol. Vznik závislosti se objeví u 8–10 % lidí. Vznik drogové závislosti usnadňují určité sociální faktory jako jsou rozvrácené rodiny, nedostatek láskyplné péče rodičů u dětí, osamělost nebo kriminální minulost. Dalším důležitým faktorem je dlouhodobý stres. (Vavřínková, Binder, 2006, s. 15)

Syndrom závislosti je skupina behaviorálních, kognitivních a fyziologických fenoménů v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, které ho si dříve cenil více. Charakteristická je pro syndrom závislosti touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky, alkohol nebo tabák. Jestliže po období abstinence začne jedinec opět užívat danou látku, vede to k rychlejšímu znovuoživení jiných rysů



syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje. Definitivní diagnóza závislosti se poté stanoví, jestliže u jedince došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

- a) **Silná touha nebo pocit puzení** užívat danou látku.
- b) **Potíže v sebeovládání** při užívání dané látky, jestliže jde o začátek či ukončení nebo množství látky.
- c) **Tělesný odvykací stav** – Látky je užívána s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky, případně dochází k odvykacímu stavu, který je charakteristický pro danou látku.
- d) **Průkaz tolerance k účinku látky** – Jedinec vyžaduje vyšší dávky látky, aby dosáhl stejného účinku vyvolaného původně nižšími dávkami. Tento příklad často nalézáme u jedinců závislých na alkoholu a opiátech, kteří mohou brát denně takové množství látky, které by zneschopnilo až usmrtilo uživatele bez tolerance.
- e) **Postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů** ve prospěch užívané látky, jejího získání, užívání a zotavení se z jejího účinku.
- f) **Pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků**. Mezi tyto následky můžeme zařadit poškození jater nadměrným pitím alkoholu, depresivní stavy vyplývající z nadměrného užívání látek nebo toxické poškození myšlení. (Nešpor, 2011, s. 9–10)

### 3.1 Specifika prenatální péče u drogově závislých

Drogově závislou pacientku bychom neměli tlačit násilím k abstinenci, ale doporučit jí odbornou péči, která jí pomůže ke snižování dávek. Těhotné pacientce doporučíme konzultaci a spolupráci s protidrogovými odborníky. Musíme často řešit nejen prenatální péči o matku a plod, ale i otázku výživy, bydlení v těhotenství a po porodu, péči o dítě apod. (Vavřínková, Binder, 2006, s. 34)

Při první návštěvě pacientky, zjistíme, na základě anamnézy a vyšetření, zda se jedná o příležitostnou užívatelku nebo drogově závislou pacientku, která vyžaduje spolupráci s odborníky pro léčbu závislostí. Míru závislosti pacientky naznačuje také pokročilost těhotenství v době první návštěvy. Ženy s těžkou závislostí přicházejí většinou až k porodu, a to bez sebemenší prenatální péče. (Vavřínková, Binder, 2006, s. 34)

Nedílnou součástí péče o drogově závislé je ultrazvukové vyšetření. Důležitá je datace těhotenství, protože i když žena přichází již v průběhu prvního trimestru, údaj o termínu poslední menstruace nebývá spolehlivý. Většinou i příležitostné užívatelky pokračují v aplikaci drog,

dokud není těhotenství jasně prokázáno, což zvyšuje pravděpodobnost výskytu vrozených vývojových vad. Později je ultrazvuk důležitou metodou ke sledování růstu plodu, stavu placenty a množství plodové vody. Pro zhodnocení stavu plodu je vhodné provést biofyzikální profil plodu (tonus, dýchací pohyby plodu, pohyby, objem plodové vody a non-stres test). Parametry hodnotíme jednotlivě, a to po dobu 30 minut. Kromě ultrazvuku provádíme i laboratorní vyšetření, která zahrnují kromě běžných těhotenských screeningových odběrů panel hepatitid a hladiny jaterních enzymů. Dále je vhodné provést EKG, event. echokardiografické vyšetření. (Vavřínková, Binder, 2006, s. 35–36)

### **3.2 Porod**

Při porodu drogově závislé ženy je důležité včas odhalit příznaky možné placentární insuficience a hypoxie plodu a z toho důvodu porod vždy kardiokograficky monitorujeme. Změny na kardiokografu mohou znamenat hypoxické ohrožení plodu a vedou k ukončení porodu císařským řezem, i když se o hypoxii jednat nemuselo. (Takács, Sobotková, Šulová, 2015, s. 108)

U těhotných žen užívajících tlumivé látky je popisován vyšší výskyt krátkého pupečníku a z toho následných komplikací. Také se častěji objevuje výskyt dvou cév v pupečníku. Utlumené těhotné ženy jsou ohroženy aspirací a vyžadují léky snižující aciditu a množství žaludečního obsahu. V případě intoxikace alkoholem podáváme metoklopramid. V průběhu porodu raději nahrazujeme potřebu dané látky vhodným lékem, protože nástup abstinenčních příznaků redukuje průtok krve dělohou, a tím zvyšuje riziko fetální hypoxie. (Vavřínková, Binder, 2006, s. 38)

Drogově závislé ženy hůře snášejí bolest a často jsou neklidné, a proto mají vyšší nároky na porodnickou analgezií. U spolupracujících žen zavádíme epidurální katétr, kdežto u nespupracujících žen přistupujeme k použití opiátových analgetik nebo jejich kombinace se spazmolytiky či neuroleptiky. Vždy dáváme přednost přirozenému porodu před císařským řezem. V případě celkové anestezie musíme dbát na riziko vzájemného ovlivnění drogy a anestezie. Alkohol zvyšuje citlivost k anestetikům a způsobuje útlum myokardu. (Vavřínková, Binder, 2006, s. 38)

## **4 Proces s drogově závislou ženou**

### **4.1 Charakteristika cílové skupiny**

Drogově závislé těhotné ženy mívají obvykle vážné problémy v celé řadě oblastí. Pro jejich životní situaci je příznačné, že je zatížena nelehkou minulostí (špatné rodinné zázemí, např. drogově závislí rodiče, zneužívání dítěte, zanedbání péče atd.) a dále nesnadnou psychosociální situací (např. nepravidelný příjem peněz, špatné bytové podmínky, prostituce, kriminalita, partner s drogovými problémy, násilí). (Velemínský, Žižková, 2008, s. 26)

Celkový zdravotní stav ženy je často zhoršen špatnou výživou, nedostatkem krve a dalšími nemocemi, které obvykle doprovází užívání drog. U spousty žen se také setkáváme s dalším závažným problémem, kterým jsou psycho-patologické stavy. Plod je ohrožován nejen samotným působením drogy, ale i dávkou, která je často příliš silná nebo naopak příliš slabá. Příliš slabá dávka poté vyvolá u plodu abstinenční příznaky. Drogově závislé ženy často zanedbávají své zdravotní problémy a nedocházejí na preventivní prohlídky. Tyto zmíněné nepříznivé podmínky negativním způsobem ovlivňují život ženy a zvyšují rizikové faktory během těhotenství, při porodu a působí na vývoj a zdravotní stav plodu. (Velemínský, Žižková, 2008, s. 26)

Návykové látky působí na ženy mnohem silněji než na muže, a to z důvodu toho, že ženy mají menší játra, a navíc ve větší míře metabolizují hormony. Dále k tomu vede ještě nižší hmotnost, vyšší obsah tuku v těle a nižší aktivita příslušných enzymů. Žena se do návykových problémů často dostává kvůli partnerovi, který pije nebo bere drogy, přičemž pití alkoholu odsuzuje okolí více u žen než u mužů. U žen se často vyskytuje samotářské pití a je to dané tím, že ženě záleží na svém vzhledu a na tom, jak působí na své okolí. (Nešpor, 2011, s. 55)

### **4.2 Rozhovor o potřebách dítěte**

Důležitou součástí rozhovoru je tzv. „zprostředkování skutečnosti“ probíráním tématu očekávaného dítěte, které se při komunikaci s nastávající matkou dostává do centra pozornosti. Je sledován zdravotní stav plodu a specialista ženu seznamuje se smutnými i radostnými zprávami týkajícími se zdravotního stavu plodu. Jestliže těhotná žena užívá drogy tajně, je jí vysvětleno, že zvyšuje riziko poškození zdraví plodu. (Velemínský, Žižková, 2008, s. 32–33)

### 4.3 Vyhledávání těhotných žen s drogovými problémy

Jakmile rodičovská ordinace získá informaci o těhotné ženě s drogovými problémy, ať již na základě telefonického nebo písemného doporučení nebo na základě vyplněného dotazníku, ženu okamžitě kontaktuje, a to telefonicky nebo zasláním dopisu, a domluví si s ní schůzku. Pokud se těhotná žena nedostaví na předem sjednanou schůzku, zašle rodičovská ordinace nový dopis. Jestliže se opět nedostaví navštíví lékař ženu doma nebo na místě jejího domnělého pobytu. Když není možné ani tímto způsobem kontaktovat těhotnou ženu, spojí se ordinace s příslušnými odborníky nebo s příslušným úřadem či institucí. V souladu se zákonem o přísnější oznamovací povinnosti je informován odbor sociálních služeb. Tento odbor může pozastavit vyplácení sociálních dávek, což je poslední možnost, jak se spojit s těhotnou. (Velemínský, Žižková, 2008, s. 53–54)

## 5 Alkohol

Alkohol vzniká kvašením cukrů. Lidstvu je znám od starověku, stejně tak problémy s jeho nadužíváním. Společně s nikotinem patří mezi legální drogy. Alkohol má psychotropní účinek, který je způsobován ovlivněním několika neurotransmiterových systémů – noradrenergního, opoidního a dopaminergního. (Kalina, 2015, s. 51)

Konzumace alkoholu může být koncentrována do kratších období nebo naopak může být průběžná během delšího období, přičemž je alkohol popíjen osamoceně nebo ve společnosti. Člověk dává zpočátku přednost pouze určitým druhům alkoholických nápojů. V konečné části však pije vše, co alkohol obsahuje (včetně technického lihu, kolínské vody apod.) (Orel, 2016, s. 164)

Závislost na alkoholu je jak somatická (projevující se odvykacími příznaky při vysazení alkoholu), tak psychická (daná potřebou navodit příjemný psychický stav nebo odstranit negativní prožitky – úzkost, vnitřní napětí, depresivní ladění apod.). Popisujeme čtyři fáze rozvoje závislosti na alkoholu.

1. **Počáteční fáze** je vyjádřena častějším „příležitostným“ pitím, které přináší pocity euforie. Tolerance se začíná zvyšovat.
2. **Prodromální (varovná) fáze** je vyjádřena vyšší vazbou na alkohol, který se stává již nutností. Objevují se první alkoholová okénka neboli výpadky paměti. Při nedostatku alkoholu se objevuje psychické rozladění.

3. **Kruciální (rozhodující) fáze** je charakteristická ztrátou kontroly pití. Tolerance postupně klesá a objevují se ranní doušky (odstraňují negativní psychické a tělesné stavy a počínající odvykací stav). Pití obvykle pokračuje i přes zhoršující se zdravotní a společenské dopady.
4. **Terminální (konečná) fáze** nám završuje celý cyklus užívání alkoholu. Tolerance k látce dále klesá spolu s kritičností. Člověk v této fázi pije cokoli, co obsahuje alkohol, a to při každé příležitosti. Vyskytují se psychické poruchy a změny osobnosti, které provázejí četné zdravotní potíže, celkový úpadek a degradace. (Orel, 2016, s. 164)

Pro rozdělení typů závislosti je stále využívána klasická Jellinekova typologie z roku 1940, která rozlišuje pět typů závislosti na alkoholu:

1. **Typ alfa:** nadměrné pití alkoholu člověk používá jako tzv. sebemedikaci k potlačení napětí, stavu úzkosti či depresivních pocitů. Vyskytuje se často pití o samotě.
2. **Typ beta:** jedná se o příležitostný nadměrný příjem alkoholu, probíhající ve společnosti. Charakteristickým následkem je tělesné poškození.
3. **Typ gama** (někdy označovaný jako tzv. anglosaský typ, s preferencí piva a destilátů): vyskytují se poruchy kontroly pití, postupný nárůst tolerance k látce s určitým růstem konzumace. Vyskytuje se jak tělesné, tak psychické poškození, přičemž výraznější je psychická závislost.
4. **Typ delta** (označovaný jako tzv. románský typ, preferující víno): charakteristická je dlouhodobá (denní) konzumace alkoholu, trvalé udržování tzv. hladinky bez výraznějších projevů opilosti a ztráty kontroly. Výrazná je zde tělesná závislost.
5. **Typ epsilon:** občasný nadměrný příjem alkoholu s obdobími úplné abstinence. Tento typ není častý. (Kalina, 2015, s. 54)

## 5.1 Účinky alkoholu

Účinek alkoholu nezávisí pouze na dávce ale i na dalších faktorech, jako je vliv prostředí nebo dispozice. Stav po užití alkoholu se nejčastěji projeví jako prostá opilost. Malé dávky této látky působí stimulačně, vyšší naopak tlumivě. Nejdříve se dostavuje zlepšení nálady, pocit zvýšení energie a sebevědomí, následně dochází ke ztrátě zábran a kritičnosti. Nakonec se dostaví únava, útlum a spánek. Intoxikace alkoholem má čtyři stádia v závislosti na hladině této látky v krvi (alkoholemie).

1. Lehká opilost – excitační stádium (alkoholemie do 1,5 %)
2. Opilost středního stupně – hypnotické stádium (od 1,6 % do 2 %)

3. Těžká opilost – narkotické stádium (od 2 % do 3 %)
4. Těžká intoxikace se ztrátou vědomí, hrozící zástavou dechu a oběhu – asfyktické stádium (nad 3 %) (Kalina, 2015, s. 52)

Vliv alkoholu na daného člověka, závisí také např. na množství požitého alkoholu, hmotnosti jedince, na tom, co jedl (protože potrava v žaludku zpomaluje přechod alkoholu do krevního řečiště, a tedy se i pomaleji dostává do celého organismu). Také je zde vliv toho, jak rychle osoba alkohol vypila. Alkohol se v těle váže na vodu, a jelikož mají ženy v těle méně vody než muži, alkohol na ně působí silněji. Tím, že ženy mají v organismu méně vody a mají většinou nižší tělesnou hmotnost než muži, tak u nich dochází rychleji ke stavům opilosti a negativním vlivům pití na organismus. (Hanzlovský, 2012)

Mezi krátkodobé nežádoucí účinky řadíme poruchy rovnováhy, svalového napětí, zpomalení reakčního času, nevolnost a zvracení. Dále se vyskytují poruchy chování s agresivitou a snížená sebekritičnost. Tyto sklony mohou vést k riskantnímu chování s následnými úrazy. Při těžké intoxikaci alkoholem nastávají kvantitativní poruchy vědomí až smrt (v průměru zhruba 300 lidí za rok). Málo častou komplikací je tzv. Patická opilost, která vzniká po vypití malého množství alkoholu, které by u většiny lidí nezpůsobilo intoxikaci. Nastává při oslabení organismu např. hladověním, horkem nebo infekcí. Projevuje se poruchami vědomí s bludy a halucinacemi a poruchami chování. Tento stav odeznívá po minutách až hodinách a následně dochází ke spánku. Na tento stav si člověk nepamatuje. (Kalina, 2015, s. 52)

Mezi dlouhodobé nežádoucí účinky řadíme poškození gastrointestinálního traktu – poruchy trávení, průjmý a gastritidy. Dále dochází k poškození jater a může vést k rozvoji jaterní cirhózy a k jícnovým varixům. Dlouhodobé poškození vede k nádorovému bujení – nádoru jater, žaludku, jícnu, tenkého střeva a rekta. Poškozením slinivky břišní dojde k rozvoji diabetu. Významné jsou dále obtíže spojené s podvýživou při dlouhodobě nadměrném příjmu alkoholu, nedostatek vitamínů B<sub>1</sub>, B<sub>12</sub> a kyseliny listové. Časté jsou poruchy krvetvorby, anémie a poruchy krevní srážlivosti. Dále funkční a oběhové poškození – arteriální hypertenze, kardiomyopatie. Poruchy spánku, úzkostné až depresivní stavy. Poškození mozku zapříčiní psychotickou poruchu, dále potom poruchy paměti až do stádia demence. Alkohol ovlivňuje i endokrinní systém, což vede k narušení vylučování glukokortikoidů a testosteronu. (Kalina, 2015, s. 53)

## **5.2 Obecné důvody užívání alkoholu**

Lidé užívají alkohol, protože vyvolává stavy, které během života lidé zažívají méně a méně často spontánně. V současné době k tomu přispívá i to, že se společnost rozpadá, přibývá sociální

izolace, sociálních rozdílů a nenávisti. Alkohol pomáhá snížit napětí, vyvolává pocity radosti, odstraňuje úzkost a zvyšuje sociabilitu. Kromě toho však může vést ke konfliktům až zhroucení celého sociálního bytí. (Hrubeš, 2014)

Tři čtvrtiny lidí žijících v České Republice pijí alkohol proto, že je to pro ně příležitost, jak se setkat s přáteli. Narozeniny a svátky slaví s alkoholem 52 % dospělých lidí, Nový rok a Vánoce 40,6 % lidí. Podle průzkumu agentury Ipsos se může zdát, že nejde o přelomové zjištění, ale podtrhuje to skutečnost, že alkohol představuje pro mnohé lidi sociální záležitost a také relaxaci. Mezi další důvody, proč si lidé dávají pivo, víno nebo něco ostřejšího, patří poté hlavně rodinné oslavy a svátky. Alkohol je totiž často vnímán jako nedílná součást kulturních tradic. Průzkum také ukázal, že alkoholem si někteří lidé pomáhají od pracovního stresu. Na konci týdne ho vyhledává 28 % lidí. Nadcházející víkend častěji oslavují lidé s vysokoškolským vzděláním, a to ve 35 % případů, lidé se základním vzděláním po něm sáhnou na konci týdne ve 26 % případů. (Pergl, 2017)

Podle agentury provádějící průzkum pro fórum Pij s rozumem se ukázalo, že alkohol neslouží v české populaci ke zvýšení sebedůvěry či povzbuzení při navazování známostí, sebevědomí si jím totiž zvyšují jen necelá 4 % lidí. Češi pijí raději doma, nikoliv však osaměle. Za alkoholem vyrazí na veřejnost pouze třetina z nich, zbytek si raději otevře láhev alkoholu doma. To ale neznamená, že by si k tomu nepozvali společnost. Celkem 62 procent dotázaných lidí pije nejčastěji doma nebo u přátel. Svou roli hraje také ve velké míře věk, přičemž hospody a bary navštěvují spíše mladí lidé a více muži než ženy. (Pergl, 2017)

Z průzkumu také vyplynulo, že s pitím alkoholu lidé přestanou, když sami vědí, že mají dost (58,4 %). Důležitým faktorem pro více než polovinu dotázaných je také povinnost další den – například řízení automobilu či pracovní záležitosti. Přes 40 % lidí také myslí na své zdraví a svou rodinu, na kterou dají ale mnohem více než na své přátele. Finance konzumaci alkoholu také ovlivňují, uvádí to 27 % dotázaných. (Pergl, 2017)

### **5.3 Alkohol a těhotenství**

Alkohol je považován za nejnebezpečnější ze všech drog, pokud hovoříme o jeho vlivu na zdraví dítěte. Jedná se o jednu z nejpoužívanějších a nejrozšířenějších drog a je tedy zcela běžnou součástí naší společnosti, kultury a sociálního života. (Velemínský, Žižková, 2008, s. 36)

*„Ze zprávy Gravidita a alkohol, vypracované dánským zdravotním úřadem, vyplývá následující: přibližně 80 % těhotných žen pije alkohol, průměrně 0,6 % až 2,4 % žen pije 10 skleniček*

*alkoholu týdně a přibližně 18 % žen alespoň jednou nejméně 7 skleniček alkoholu nebo více. Největší spotřebu alkoholu mezi těhotnými ženami mají vzdělané ženy nad 30 let.“ (Velemínský, Žižková, 2008, s. 16)*

Alkohol se dostává z těla těhotné ženy krevním oběhovým systémem přes přívodné cévy dělohy do placenty a následně do plodu. Jelikož játra plodu nedokáží odbourat alkohol tak rychle jako játra matky, je proto po delší dobu vysoká koncentrace alkoholu v těle plodu, než je v těle matky. Většina případů poškození plodu alkoholem vzniká, pokud matka pije častěji větší množství alkoholu. Neexistuje ovšem žádné bezpečné množství užití alkoholu, které by neohrožovalo plod. Bohužel i případy jednorázového požití většího množství alkoholu mohou vyústit v postižení plodu. Těhotná žena by si měla uvědomit, že do jejího plodu se dostane stejné množství alkoholu jako do její krve, ale v poměru, který je daleko vyšší, jelikož plod má mnohonásobně nižší hmotnost než žena. Nejlepší pro těhotnou ženu i plod je tedy vynechat v době těhotenství alkohol úplně. (Sadílková, Dohnalová, 2012)

Mechanismus, kterým působí alkohol na vyvíjející se plod není zcela objasněn. Vliv alkoholu na vyvíjející se plod byl prováděn na zvířatech, kde byl prokázán vliv alkoholu na syntézu bílkovin a placentární transport aminokyselin a glukózy. Popsány byly dále fetální hypoglykémie (snížené množství cukru v krvi), pokles hladin fetálních hormonů štítné žlázy a zásob glykogenu v játrech. Tyto děje by vysvětlovaly zaostávání růstu plodu. Plod je rovněž vystaven dlouhodobému nedostatku kyslíku, jejímž důkazem je vyšší hladina erythropoetinu v pupečnickové krvi. (Vavřínková, Binder, 2006, s. 56)

Užívání alkoholu je pravděpodobně nejrizikovějším v prvním trimestru, kdy dochází ke snížení počtu neuronů a jejich špatnému rozmístění. Ve druhém trimestru se poté zvyšuje riziko potratu plodu. Ve třetím trimestru dochází k prudkému rozvoji mozku a centrální nervové soustavy, přičemž jejich funkce mohou být alkoholem snadno narušeny. Dalším rizikem je nabourání přirozeného váhového přírůstku plodu. (Černá, 2011)

Požívání alkoholu v těhotenství může vést k vážným poruchám plodu ve smyslu embryopatie (označení pro poškození plodu vlivem zevních činitelů), fetopatie (poškození plodu v období, kdy jsou již vytvořeny základy jednotlivých orgánů a jejich systémů) nebo dystrofie (porucha výživy či látkové výměny buňky, tkáně nebo orgánu) plodu v souvislosti s dávkou, pravidelností příjmu a dobou těhotenství, ve které je plod alkoholu vystaven. Zaznamenán byl i častější výskyt předčasných porodů a preeklamsií. (Tošner in Hájek, 2014, s. 62)



Odlišnosti u dětí matek, které v těhotenství pily alkohol, byly poprvé popsány v druhé polovině dvacátého století. I když dnes se toho ví poměrně málo, byly přesto definovány příznaky, na základě kterých, lze fetální alkoholový syndrom diagnostikovat. (Černá, 2011)

## **6 Fetální alkoholový syndrom**

Mezinárodní den věnovaný fetálnímu alkoholovému syndromu (FAS) připadá na 9. září. Tento syndrom spolu s poruchami fetálního alkoholového spektra (FASD) představuje závažné postižení plodu, které způsobuje právě užívání alkoholu ženou v průběhu těhotenství. Děti s tímto syndromem nebo poruchami mají řadu znaků, některé z nich jsou patrné už při narození, jiné se objevují až v průběhu dětství. (Orlíková, 2017)

Diagnózu fetálního alkoholového syndromu nebo fetálního alkoholového efektu (FAE) není vždy možné stanovit hned po porodu, často se onemocnění určí až na základě dalšího vývoje dítěte. Fetální alkoholový efekt je mírnější formou fetálního alkoholového syndromu. Fetální alkoholový efekt se určí, jestliže dítě vykazuje známky jedné nebo dvou kategorií ze tří, které jsou uvedeny u FAS (mozková poškození, růstová retardace, charakteristické změny v obličeji). U některých dětí nebývá FAS nebo FAE diagnostikován vůbec a jejich potíže bývají považovány např. za hyperaktivitu s poruchou pozornosti nebo za opoždění psychomotorického vývoje. (Velemínský, Žižková, 2008, s. 39)

S ohledem na konzumní zvyklosti českých žen a s ohledem na rostoucí počet žen, které jsou evidovány s poruchou vyvolanou užíváním alkoholu, lze odhadnout, že dětí s fetálním alkoholovým syndromem se v České republice rodí ročně asi 80. Děti s poruchou fetálního alkoholového spektra se poté rodí desetinásobně více. Těmto poruchám by se dalo zcela zabránit, pokud by se těhotné ženy zdržely pití alkoholu. (Orlíková, 2017)

V České republice dosud nebyl uskutečněn žádný ucelený preventivní projekt, i když ve světě běžně fungují takto zaměřené programy prevence. Celosvětově se ročně rodí více než 100 tisíc dětí s fetálním alkoholovým syndromem, přičemž v Evropě je to 2,6krát více než ve světě. (Orlíková, 2017)

Na fetální alkoholový syndrom neexistuje bohužel žádná léčba. Mentální postižení a tělesné vady přetrvávají po celý život dítěte. Včasná diagnóza může ovšem pomoci snížit efekt fetálního alkoholového syndromu a předejít druhotným postižením, která jsou jeho důsledkem. Ke snížení následků může pomoci tým složený ze speciálního pedagoga, logopeda, terapeuta tělesné a pracovní terapie a psychologa. Tento tým může pomoci s chůzí, mluvením a sociálními

dovednostmi. S učením a chováním pomáhají speciální služby ve škole. Se zdravotními problémy jako jsou například srdeční abnormality, pomůže lékařská péče a některé léky, co mohou tlumit určité příznaky. Dále je potřeba se také zaměřit na léčbu alkoholismu matky, která umožní následné lepší rodičovství a předejde tomu, aby i následující těhotenství byla ohrožena. (Vilímovský, 2015)

## 6.1 Příznaky

*„Závažnost fetálního alkoholového symptomu se liší. Příznaky mohou zahrnovat tělesné postižení, mentální nebo kognitivní postižení a problémy se zvládnutím každodenního života.“* (Vilímovský, 2015)

Mezi tělesné postižení řadíme:

- a) Mezi charakteristické rysy obličeje řadíme krátké oční štěrby, větší vzdálenost mezi očima, epikantus (kožní řasa ve vnitřním očním koutku), plochý a široký hřbet nosu, tupý nos, chybějící rýha mezi nosem a horním rtem nebo špatně vyvinuté philtrum (prohloubenina horního rtu), malá dozadu ustupující brada. Abychom mohli diagnostikovat fetální alkoholový syndrom, musíme u dítěte najít dva nebo více z uvedených znaků. (Velemínský, Žižková, 2008, s. 37)
- b) Deformity končetin, prstů a kloubů.
- c) Zpomalený tělesný růst před a po porodu.
- d) Problémy se sluchem nebo zrakem.
- e) Malá velikost mozku a malý obvod hlavy.
- f) Srdeční deformity a postižení kostí a ledvin. (Vilímovský, 2015)

Alkohol poškodí kromě vzhledu i centrální nervovou soustavu dítěte. Dítě poté trpí sníženým IQ v důsledku mentální retardace. Mentální retardace je trvalé postižení, které vyžaduje podle svého stupně (lehká, středně těžká, těžká, hluboká) speciální přístupy a metody v oblasti učení, komunikace a porozumění světu kolem sebe. Poškození centrální nervové soustavy může mít vliv i na citlivost dítěte. Děti s fetálním alkoholovým syndromem bývají přecitlivělé na hlasité zvuky, bolest, změny tepla a světla. Mimo jiné se u nich objevují také poruchy spánku, hyperaktivita, poruchy pozornosti, snadná unavitelnost. (Sadílková, Dohnalová, 2012)

## 6.2 Mentální retardace

Již zmíněnou mentální retardaci rozdělujeme podle IQ do čtyř skupin:

1. Lehká mentální retardace 50–69
2. Střední mentální retardace 35–49
3. Těžká mentální retardace 20–34
4. Hluboká mentální retardace IQ nižší než 20 (Orel, 2016, s. 123)

Lidé s lehkou mentální retardací dovedou v nejlepším případě uvažovat na úrovni dětí středního školního věku. Jsou schopni se učit, mohou chodit na základní školu, ale výuku zvládají pouze ve zvláštní třídě. Většinou dosáhnou schopnosti užívat řeč účelně v každodenním životě a udržovat konverzaci. Většina z nich také dosáhne úplné nezávislosti v osobní péči. (Kocourová, 2014)

V případě střední mentální retardace přiřazujeme schopnost uvažování k myšlení předškolního dítěte. Lidé s tímto stupněm postižení se dovedou učit jen mechanicky, především na praktické úrovni. Dále jsou schopni zvládat běžné návyky a jednoduché dovednosti. V dospělosti jsou postižení obvykle schopni vykonávat jednoduchou manuální práci. Úkoly musí být pečlivě strukturovány a musí být zajištěn odborný dohled. Úplně samostatný život většinou nebývá možný. (Kocourová, 2014)

Při těžké mentální retardaci se popisuje výrazné opoždění psychomotorického vývoje, které je pozorovatelné již v předškolním věku. Lidé s tímto stupněm postižené nejsou schopni sebeobsluhy. Řečový vývoj zůstává na předřečové úrovni. Velmi časté jsou stereotypní pohyby, agrese a sebepoškozování. (Strejček, 2011)

Při hluboké mentální retardaci je nutná trvalá péče i v nejzákladnějších životních úkonech. Vyskytuje se často těžké sensorické a motorické postižení a těžké neurologické poruchy. Komunikační schopnosti jedince jsou maximálně na úrovni porozumění jednoduchým požadavkům. (Strejček, 2011)

### **6.3 Sociální problémy**

V souvislosti s fetálním alkoholovým syndromem nacházíme i sociální problémy dítěte. Jsou to problémy s každodenním fungováním, zvládáním a interakcí s ostatními, což zahrnuje:

- a) Problémy a potíže v souvislosti se školou.
- b) Problémy s ostatními spolužáky.
- c) Zhoršená sociální přizpůsobivost.
- d) Problémy přizpůsobení se změně nebo přecházení z jednoho úkolu na druhý.
- e) Problémy se sebeovládáním a chováním.

- f) Potíže s vnímáním času.
- g) Potíže s plánováním nebo prací směřující k nějakému cíli. (Vilímovský, 2015)

## **6.4 Jak se vyrovnat s FAS**

Vyrovnat se s emocionálními a psychickými hledisky diagnózy fetálního alkoholového syndromu může být složité, jak pro osobu trpící tímto onemocněním, tak pro její rodinu. Děti s FAS i jejich rodiny mohou využívat podpory profesionálních pracovníků a jiných rodin, které zažívají to samé. Lékař by měl vědět, zda se v okolí nevyskytuje centrum pro podporu dětí s fetálním alkoholovým syndromem a jejich rodiny a případně doporučit rodině návštěvu. (Vilímovský, 2015)

Rodič dítěte s fetálním alkoholovým syndromem by měl rozpoznat slabé a silné stránky dítěte. Důležité je provádění každodenního stereotypu. Měli by se vytvořit a prosadit jednoduchá pravidla a omezení. Neméně důležité je používání určitého a jednoznačného jazyka a častého opakování při učení. Nesmí se zapomínat na odměny při správném chování. Rodič by měl dítě učit dovednostem běžného denního života. (Vilímovský, 2015)

## **7 Novorozenecký abstinční syndrom**

Všechny drogy vyvolávající závislost u matky mohou způsobit závislost i u plodu. Již ve velmi rané fázi vývoje plodu je mozek vybaven receptory, které reagují na alkohol a jsou předpokladem pro vznik fyzické závislosti, včetně tolerance. Alkohol má poměrně malé molekuly, které snadno prochází placentou již v rané fázi těhotenství. To zapříčiní, že si plod fyzicky zvyká na stejnou látku jako matka a že plod je přímo závislý na stavu matky. Po porodu přestane být dítě zásobováno danou látkou, a proto se u něj může objevit akutní abstinční syndrom, který je potřeba sledovat a léčit v nemocnici, často i poměrně dlouhodobě. (Velemínský, Žižková, 2008, s. 91–92)

### **7.1 Diagnostika**

Diagnóza novorozeneckého abstinčního syndromu (NAS) zahrnuje zjištění určitých známek chování a funkce vegetativního nervového systému, které se mohou projevat jako poruchy funkce gastrointestinálního traktu, dýchacího traktu nebo centrálního nervového systému. (Takács, Sobotková, Šulová, 2015, s. 110)

U centrální nervové soustavy se nachází pestrá škála příznaků. Hlavním znakem je dráždivost dítěte, která se může vystupňovat až do celotělových křečí. Dalšími znaky jsou zívání, kýčání,

zvýšený svalový tonus, třes, neklid, nekoordinované pohyby očí a úst, vysoko postavený křik. Spánek novorozence s NAS je jen velmi krátký, což není pro toto období fyziologické. Gastrointestinální systém reaguje poruchami koordinace polykání a sání, zvracením a průjmy. Průjmy a zvracení mohou způsobit poruchy metabolismu elektrolytů a vody a vážně ohrozit život dítěte. V rámci respiračního traktu se jedná o sekreci z nosu, ucpaný nos, dušnost, zrychlené dýchání, cyanóza, aspirační pneumonie a apnoické pauzy. U vegetativního nervového systému nacházíme projevy jako je vysoká teplota, zrychlená činnost srdce, výrazné pocení a poruchy prokrvení kůže. (Takács, Sobotková, Šulová, 2015, s. 110)

## **7.2 Pozorování a léčba**

Ke sledování a léčbě je používána metoda, kterou vyvinula dětská lékařka Loretta Finneganová. Tato metoda je mezinárodně doporučována ke sledování a péči novorozence s abstinenčními příznaky. (Velemínský, Žižková, 2008, s. 95)

Tato metoda hodnotí příznaky ze strany centrální nervové soustavy, respiračního a gastrointestinálního traktu a vazomotorické. Sleduje 21 příznaků abstinenčního syndromu a hodnotí je bodově od 1 do 5 bodů. Některé příznaky se hodnotí podle intenzity nebo délky trvání. Skore je používáno k posouzení odbourávání zejména opiátů, ale i ostatních drog. Pokud je podezření na abstinenční příznaky hodnotíme novorozence každé 4 hodiny. Body z jednotlivých oblastí sečteme a dostaneme konečný výsledek. Pokud dítě dosáhne 8 bodů a více, provádí se další hodnocení každé 2 hodiny. Jestliže je výsledek ve třech po sobě následujících měřeních 8 bodů a více, diagnóza novorozeneckého abstinenčního syndromu je potvrzena. (Vavřínková, Binder, 2006, s. 70–71)

Terapie novorozeneckého abstinenčního syndromu je farmakologická a podpůrná. Novorozenec alkoholově závislé matky by měl být zvýšeně sledován a v případě potřeby i přeložen na jednotku intenzivní péče. U novorozence je potřeba zajistit termoneutrální prostředí, zabránit nadměrnému osvětlení i zvuku a s novorozencem, co nejméně manipulovat. Vhodné je pro dítě odsávání nosu, poloha na pravém boku nebo na břicho jako prevence aspirace, krmení dle klinického stavu. (Takács, Sobotková, Šulová, 2015, s. 111)

Pokud se u dítěte objeví abstinenční příznaky, použije se léčba morfinem nebo fenemalem, případně oběma látkami současně. Morfin se podává ve speciálních kapkách, kdežto fenemal se podává nejprve injekčně a po 12 hodinách se přechází na perorální léčbu. Při dosažení 8–10 bodů se podávají opiátové kapky o objemu 0,8 ml/kg/den, přičemž je toto množství rozděleno do 4 dávek. Fenemal činí hodnotu 6 mg/kg/den a je rozdělen do dvou dávek. Při skóre 11–13 bodů

kapky činí 1,2 ml/kg/den a je rozdělen na 4 dávky. Fenemal dosahuje hodnoty 8 mg/kg/den a je rozdělen na 2 dávky. Při 14–16 bodech činí kapky hodnotu 1,6 ml/kg/den také rozdělených do 4 dávek a hodnota fenemalu je 10 mg/kg/den a je rozdělena do 2 dávek. U hodnoty 17 bodů a více se podávají opiátové kapky o objemu 2,0 ml/kg/den také rozdělených do 4 dávek a hodnota fenemalu činí 12 mg/kg/den a je rozdělena do dvou dávek. (Velemínský, Žižková, 2008, s. 94)

## **8 Metodika výzkumu**

Obsah mojí práce je teoreticko – výzkumný. Pro sběr dat do výzkumné části jsem zvolila metodu sběru dotazníku. Jedním z hlavních důvodů pro zvolení této metody, byla moje zkušenost, že respondentky spíše přistoupí na vyplnění dotazníku než například na rozhovor. Výzkum probíhal během května 2018 v okolí Jilemnice. Než jsem začala rozdávat hotové dotazníky, zkusila jsem rozdat 5 dotazníků mezi svými příbuznými, abych zjistila, zda je dotazník srozumitelný. Celkově jsem rozdala 50 dotazníků, ale bohužel 10 jsem jich musela vyřadit z důvodů nevyplněných některých otázek. Zpracovávala jsem tedy 40 kompletních dotazníků. Dotazník tvořilo 20 otázek, ze kterých bylo 15 uzavřených, 1 otevřená, 3 polouzavřené a 1 filtrační.

### **8.1 Výzkumný soubor**

Ve své práci se zaměřuji na skupinu matek ve věku od 40 do 50 let. Tuto věkovou skupinu jsem zvolila, protože se v ní nachází i moje matka a já bych chtěla mimo jiné zjistit, zda se názory ostatních matek na užívání alkoholu v těhotenství liší od názorů mé matky. Abych respondentky mohla zahrnout do svého výzkumu, musely splňovat určité podmínky. Respondentky musely porodit první dítě do 30 let věku. Všechny děti jsou zdravé. Vyloučeny budou matky, co už mají vnoučata.

Výběr respondentek byl záměrný. Všechny respondentky jsem oslovovala osobně. Když byly ochotné spolupracovat, tak jsem se jich následně zeptala na otázky, které by je mohly vyloučit z mého výzkumu. Pokud těmito otázkami prošly, byly zařazeny do výzkumu. V opačném případě jsem s nimi ukončila spolupráci. Následně jsem respondentky požádala o vyplnění tištěného anonymního dotazníku vlastní tvorby. Abych zaručila anonymitu, respondentky odevzdávaly vyplněné dotazníky přímo do předem připraveného boxu.

### **8.2 Zpracování získaných dat**

Získané data jsem zpracovávala pomocí programu Microsoft Office Excel 2007. Vytvořené tabulky a grafy jsem následně převedla do programu Microsoft Office Word 2007. Ke všem tabulkám i grafům je přidán komentář.

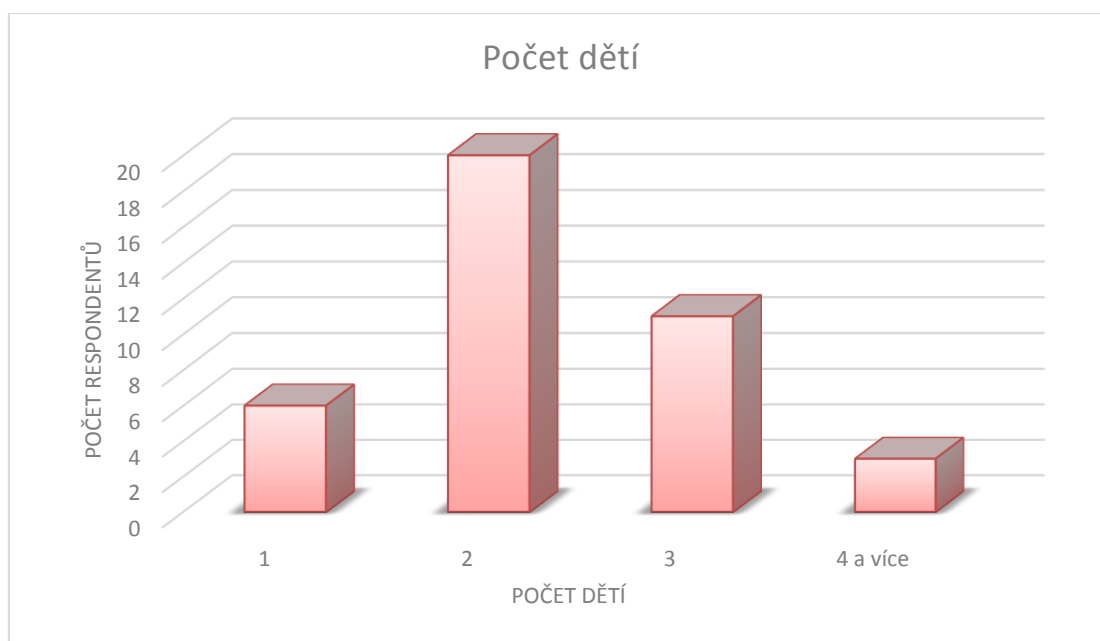
## 9 Výsledky

Otázka č. 1: Kolik máte dětí?

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4 a více

**Tabulka 1** Počet dětí respondentek

Počet dětí	Počet respondentů	Relativní četnost
1	6	15%
2	20	50%
3	11	27,5%
4 a více	3	7,5%
Celkem	40	100%



**Obrázek 1** Graf: Počet dětí respondentek

Z tabulky a grafu vyplývá, že 20 respondentek (50 %) má 2 děti. Druhé nejpočetnější zastoupení bylo žen se 3 dětmi (27,5 %). Poté ženy s 1 dítětem, kterých bylo 6, což činí 15 %. Nejméně respondentek bylo ve skupině žen se 4 a více dětmi. V této skupině byly pouze 3 respondentky (7,5 %).

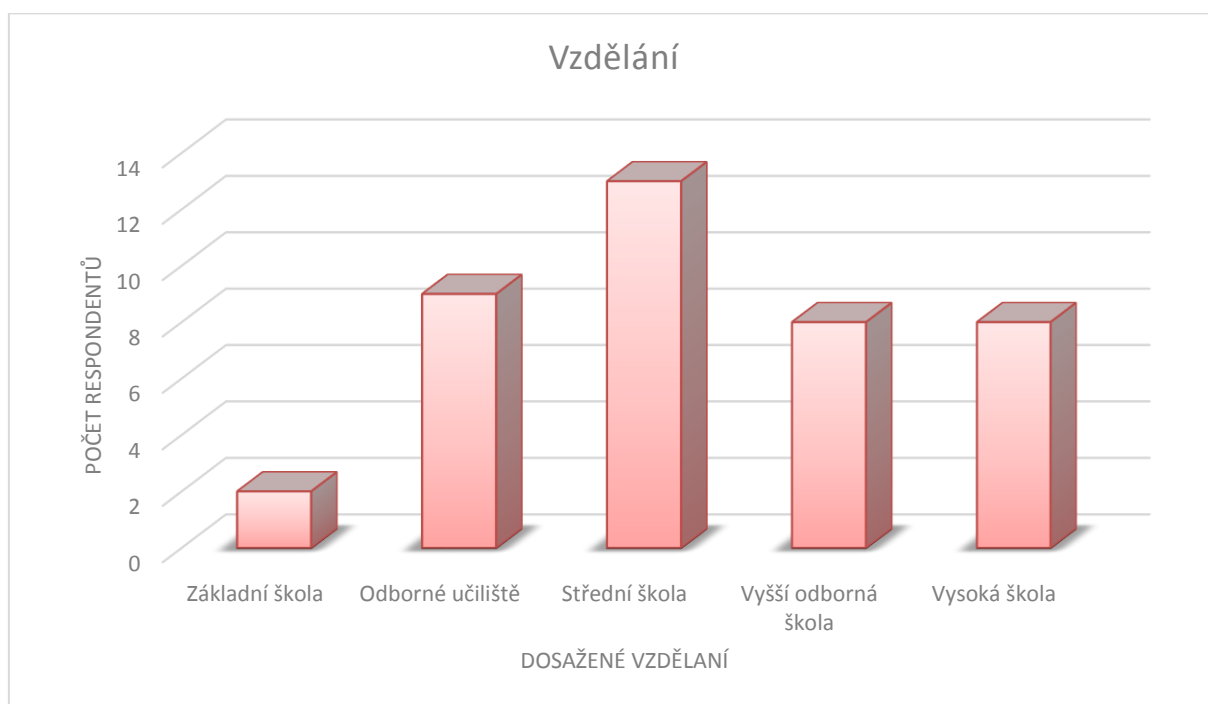


Otázka č. 2: Jaké je Vaše dosažené vzdělání?

- a) Základní škola
- b) Odborné učiliště
- c) Střední škola
- d) Vyšší odborná škola
- e) Vysoká škola

**Tabulka 2** Nejvyšší dosažené vzdělání respondentek

Vzdělání	Počet respondentů	Relativní četnost
Základní škola	2	5%
Odborné učiliště	9	22,5%
Střední škola	13	32,5%
Vyšší odborná škola	8	20%
Vysoká škola	8	20%
Celkem	40	100%



**Obrázek 2** Graf: Vzdělání respondentek

Nejvíce respondentek mělo jako nejvyšší dosažené vzdělání označenou střední školu (13 respondentek, 32,5 %). Následovalo odborné učiliště v zastoupení 9 respondentek, což činí 22,5 %. Vyšší odborná škola a Vysoká škola měly stejný počet respondentek. U obou typů vzdělání bylo shodně 8 respondentek (20 %). Nejnižší možné vzdělání byla základní škola, u které byl i nejnižší počet respondentek (2 respondentky, 5 %). Z grafu i tabulky vidíme, že ve

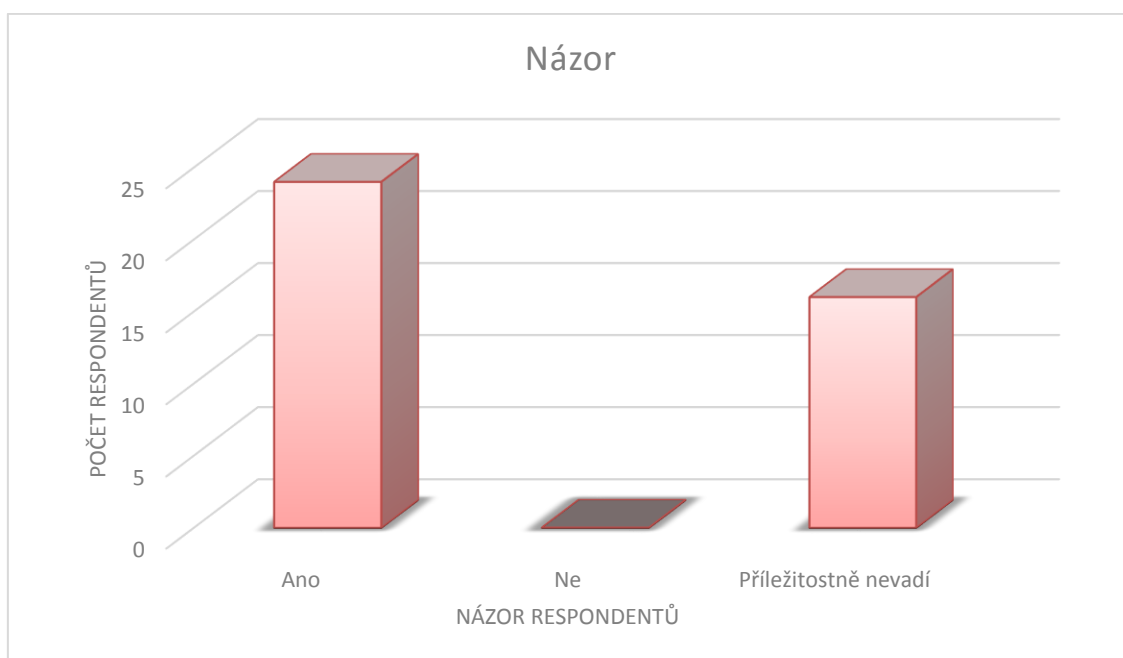
zkoumaném vzorku převažují lehce ženy s vyšším vzděláním (vyšší odborná škola a vysoká škola) nad ženami s nižším stupněm vzdělání (základní škola, odborné učiliště). Objasnění dosaženého vzdělání u respondentek nám může přiblížit rozhodnutí v užívání alkoholu a znalostech následků jeho užívání.

Otázka č. 3: Myslíte si, že užívání alkoholu je špatné?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Příležitostně nevdí

**Tabulka 3** Názor respondentek na užívání alkoholu v těhotenství

Názor na užívání alkoholu	Počet respondentů	Relativní četnost
Ano	24	60%
Ne	0	0
Příležitostně nevdí	16	40%
Celkem	40	100%



**Obrázek 3** Graf: Názor respondentek, zda užívání alkoholu v těhotenství je špatné

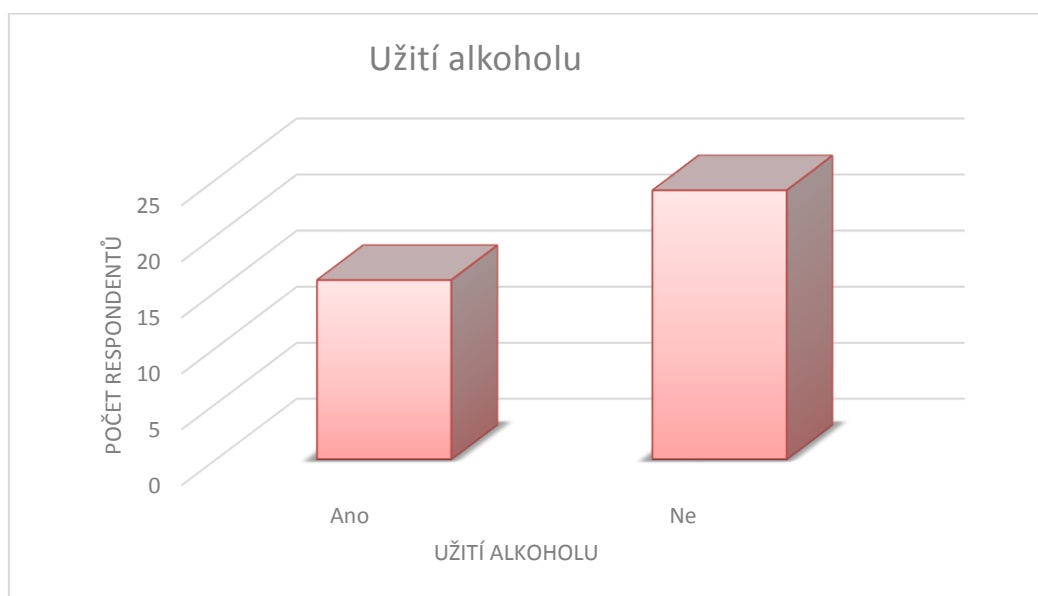
Při celkovém počtu 40 respondentek odpověděla nadpoloviční většina žen, že užívání alkoholu v těhotenství je špatné (24 respondentek, 60 %). Zbýlých 16 respondentek (40 %) je zastáncem toho názoru, že příležitostná konzumace alkoholu není škodlivá. Pozitivním zjištěním je, že žádná z dotazovaných žen nemá pravidelnou konzumaci alkoholu v těhotenství za pozitivní návyk.

Otázka č. 4: Užíla jste během těhotenství alkohol?

- a) Ano
- b) Ne

**Tabulka 4** Užití alkoholu

Užití alkoholu	Počet respondentů	Relativní četnost
Ano	16	40%
Ne	24	60%
Celkem	40	100%



**Obrázek 4** Graf: Užití alkoholu během těhotenství

Z tabulky a grafu vyplývá, že nadpoloviční většina respondentek alkohol v těhotenství neužíla (24 respondentek, 60 %). Zbylá menšina (16 respondentek, 40 %) alkohol užíla. Z těchto 16 respondentek jich bylo 10 s vyšším vzděláním (vyšší odborná škola, vysoká škola). Tento údaj uvádím z důvodu porovnání v diskuzi této bakalářské práce s výzkumem, který probíhal v Dánsku.

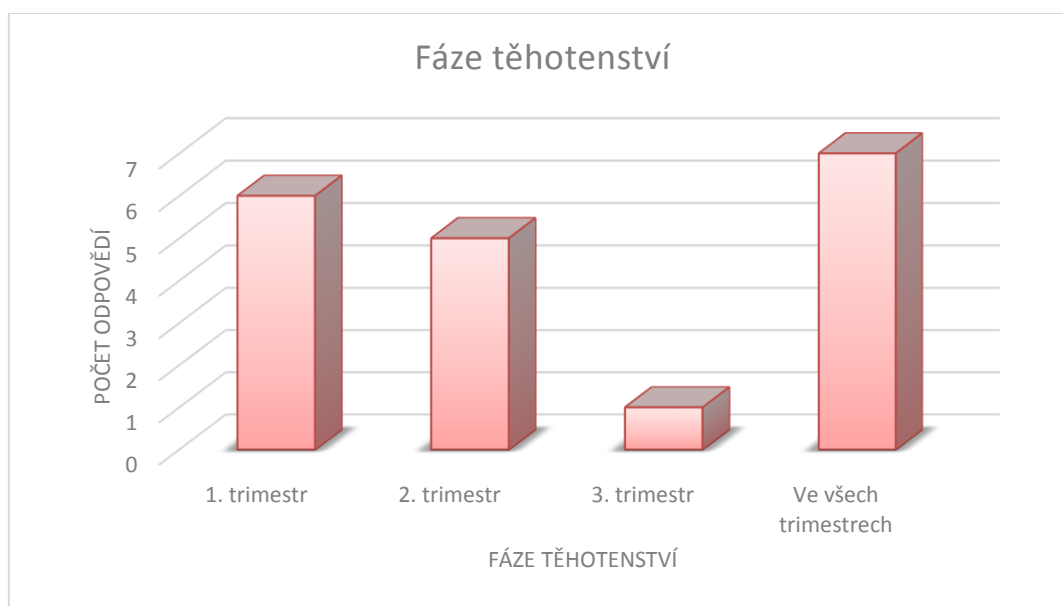
Na následujících 11 otázek (otázky č. 5–15) odpovídaly respondentky pouze v případě, že v těhotenství užily alkohol. Celkové zastoupení bylo 16 respondentek.

Otázka č. 5: V jaké fázi těhotenství jste alkohol užila?

- a) 1. trimestr
- b) 2. trimestr
- c) 3. trimestr
- d) Ve všech trimestrech

**Tabulka 5** Fáze těhotenství respondentky při užití alkoholu

Fáze těhotenství	Počet odpovědí	Relativní četnost
1. trimestr	6	32%
2. trimestr	5	26%
3. trimestr	1	5%
Ve všech trimestrech	7	37%
Celkem	19	100%



**Obrázek 5** Graf: Fáze těhotenství respondentky při užití alkoholu

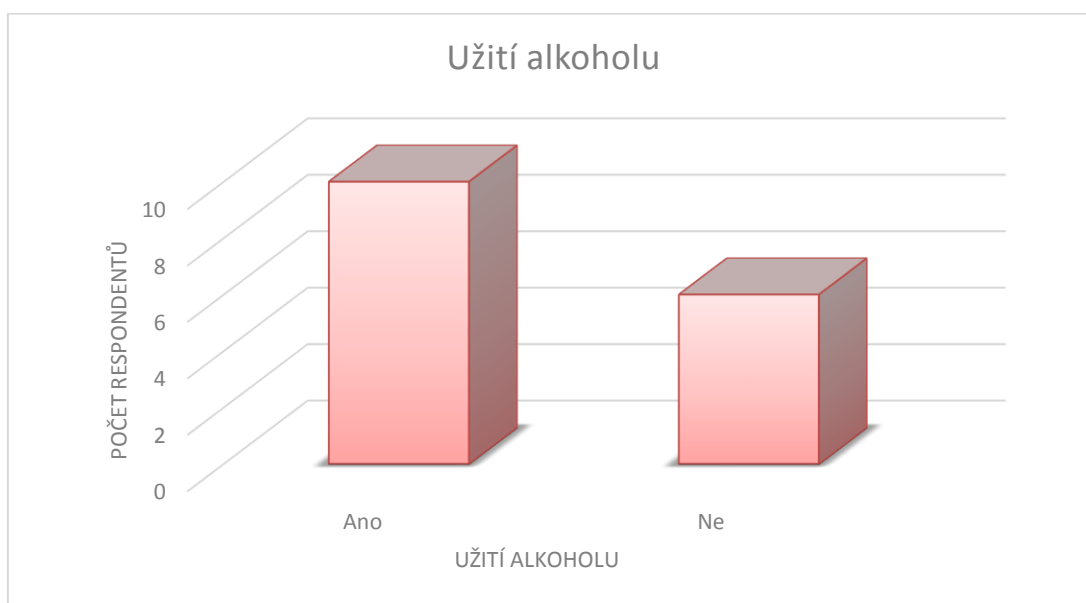
V této otázce měly respondentky možnost více odpovědí, proto se celkový počet odpovědí (19) liší od celkového počtu respondentek, kterých bylo 16. Nejvíce zastoupená byla odpověď užití alkoholu ve všech trimestrech (7 odpovědí, 37 %). Následovalo užití alkoholu v 1. trimestru (6 odpovědí, 32 %) a ve 2. trimestru (5 odpovědí, 26%). Odpověď 3. trimestr označila pouze jedna respondentka, což činí 5 %. Jelikož má užívání alkoholu v 1. trimestru poměrně výrazné zastoupení, je otázkou, zda do jaké míry u jednotlivých žen tento fakt souvisí s pozdním zjištěním těhotenství či nedostatečnou informovaností.

Otázka č. 6: Věděla jste v době, kdy jste užila alkohol, že jste těhotná?

- a) Ano
- b) Ne

**Tabulka 6** Vědomé užití alkoholu v těhotenství

Vědomé užití alkoholu	Počet respondentů	Relativní četnost
Ano	10	62,5%
Ne	6	37,5%
Celkem	16	100%



**Obrázek 6** Graf: Vědomé užití alkoholu v těhotenství

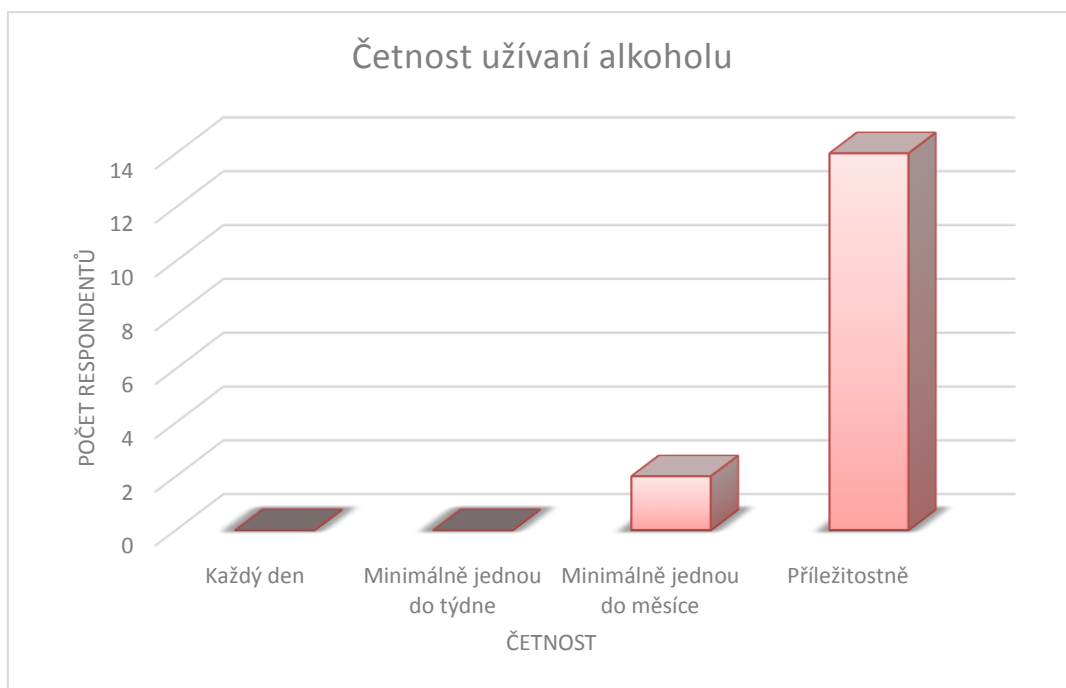
Z celkového počtu 16 respondentek odpověděla nadpoloviční většina (10 respondentek, 62,5 %), že v době, kdy užila alkohol, věděla, že je těhotná. Zbýlých 6 respondentek (37,5 %) nevědělo v době užití alkoholu, že jsou těhotné.

Otázka č. 7: Jak často jste alkohol užívala?

- a) Každý den
- b) Minimálně jednou do týdne
- c) Minimálně jednou do měsíce
- d) Příležitostně

**Tabulka 7** Četnost užívání alkoholu

Cetnost užití alkoholu	Počet respondentů	Relativní četnost
Každý den	0	0
Minimálně jednou do týdne	0	0
Minimálně jednou do měsíce	2	12,5%
Příležitostně	14	87,5%
Celkem	16	100%



**Obrázek 7** Graf: Četnost užívání alkoholu

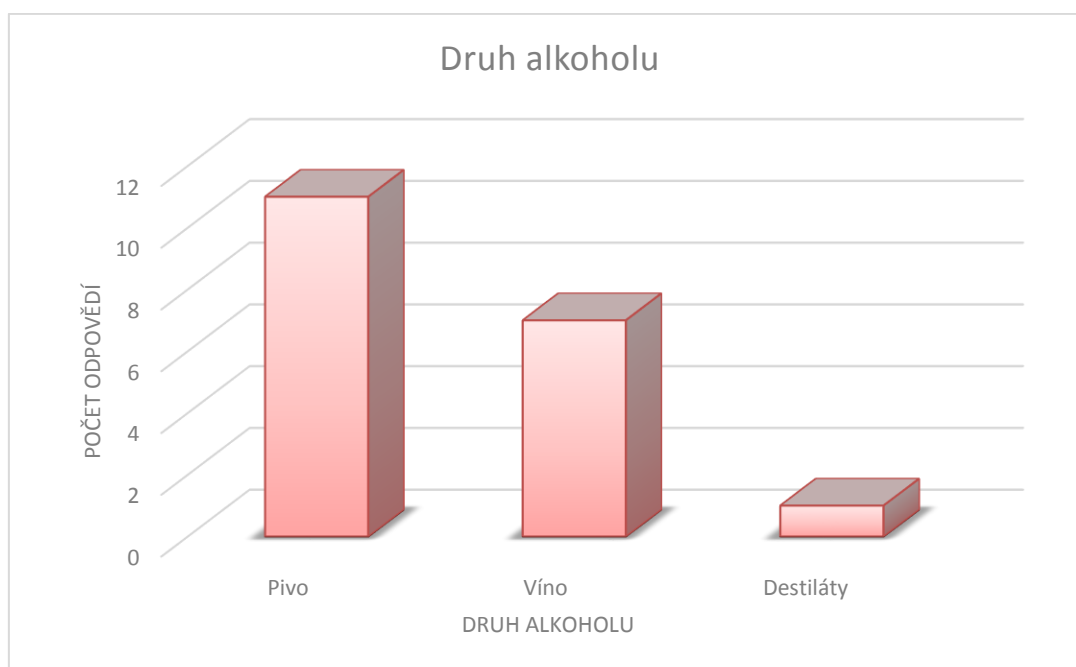
Z tabulky a grafu vyplývá, že nejvíce žen užívalo alkohol příležitostně. Zastoupení činilo 14 respondentek což odpovídá 87,5 %. Zbylé 2 respondentky (12,5 %) označilo užívání alkoholu minimálně jednou do měsíce. Odpovědi užití alkoholu každý den a minimálně jednou do týdne neoznačila žádná respondentka.

Otázka č. 8: Jaký druh alkoholu jste užila?

- a) Pivo
- b) Víno
- c) Destiláty

**Tabulka 8** Druh užitého alkoholu

Druh alkoholu	Počet odpovědí	Relativní četnost
Pivo	11	58%
Víno	7	37%
Destiláty	1	5%
Celkem	19	100%



**Obrázek 8** Graf: Druh užitého alkoholu

V této otázce měly respondentky možnost více odpovědí, proto se celkový počet odpovědí (19) liší od celkového počtu respondentek, kterých bylo 16. Nejčastěji užitým alkoholem je pivo, to označilo 11 respondentek což je 58 %. Druhou nejpočetnější skupinou byly označené odpovědi o užití vína, které činily 7 odpovědí (37 %). Pouze jedna respondentka (5 %) označila, že užila během těhotenství destiláty.

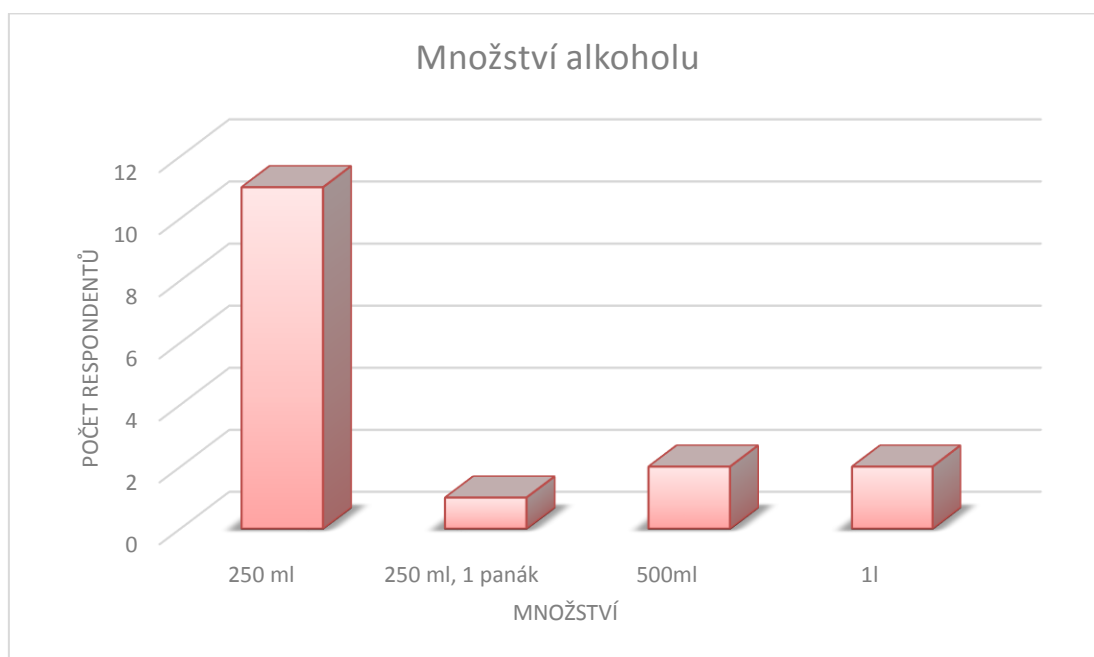


Otázka č. 9: Jaké množství alkoholu jste průměrně při jedné konzumaci užila?

Tato otázka byla otevřená.

**Tabulka 9** Množství užitého alkoholu

Množství alkoholu	Počet respondentů	Relativní četnost
250 ml	11	69%
250 ml, 1 panák	1	6%
500ml	2	12,5%
1l	2	12,5%
Celkem	16	100%



**Obrázek 9** Graf: Množství užitého alkoholu

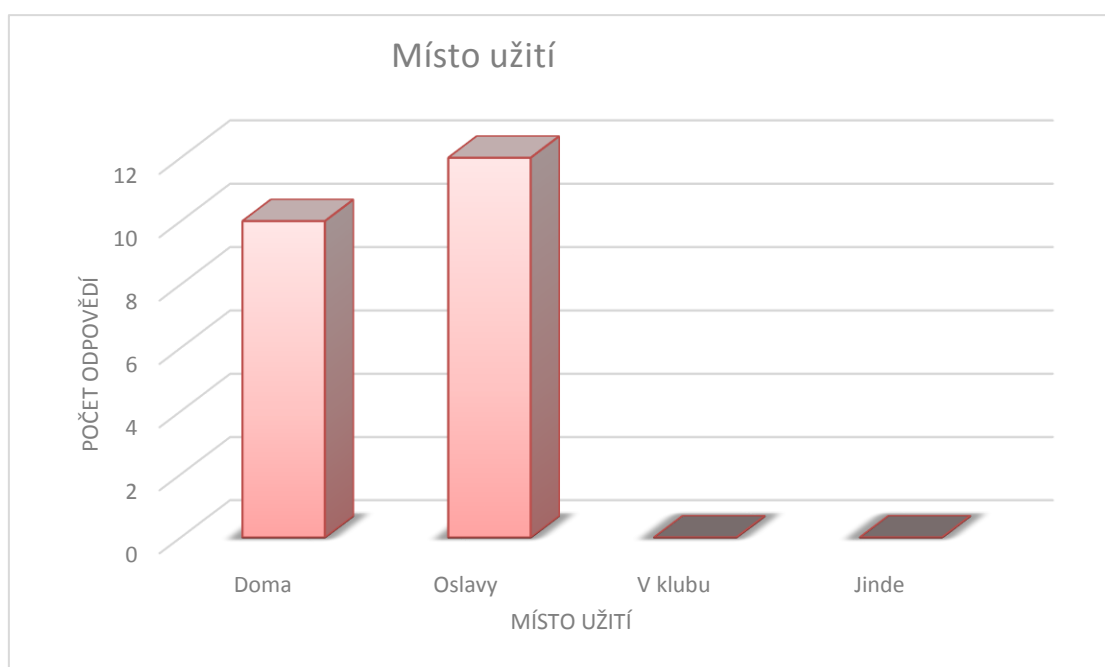
Nejvíce respondentek odpovědělo, že průměrně užily při jedné konzumaci 1 skleničku, což je 250 ml. V součtu tak odpovědělo 11 respondentek (69 %). Jediná respondentka (6 %) označila užití jak 250ml alkoholu, tak 1 panák destilátu. Ve skupině užití 500 ml a 1 l alkoholu byl shodný počet respondentek, a to v každé skupině 2 respondentky (12,5 %). U této otázky bychom mohly ještě brát v potaz, jak silný alkohol ženy užily a v jakém období těhotenství.

Otázka č. 10: Kde jste alkohol užívala?

- a) Doma
- b) Oslavy
- c) V klubu
- d) Jinde

**Tabulka 10** Místo užití alkoholu

Místo	Počet odpovědí	Relativní četnost
Doma	10	45%
Oslavy	12	55%
V klubu	0	0
Jinde	0	0
Celkem	22	100%



**Obrázek 10** Graf: Místo užití alkoholu

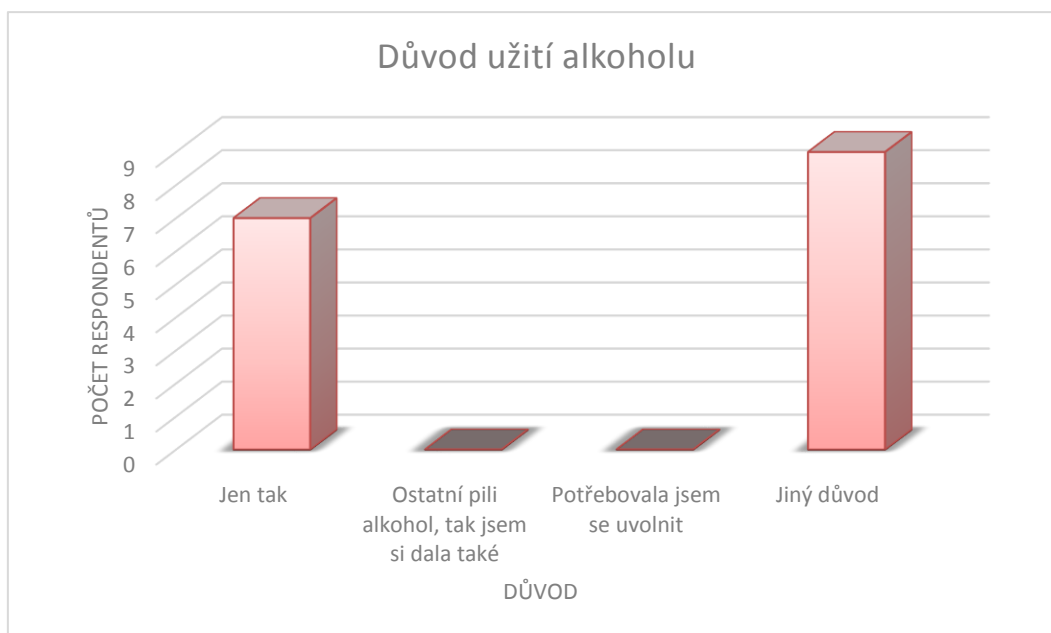
V této otázce měly respondentky možnost více odpovědí, proto se celkový počet odpovědí (22) liší od celkového počtu respondentek, kterých bylo 16. Nejvíce konzumovaly alkohol respondentky na oslavách. Tuto odpověď označilo 12 respondentek (55 %). Doma konzumovalo alkohol 10 respondentek (45 %). V klubu nekonzumovala alkohol žádná respondentka. U odpovědi „Jinde“ měly respondentky uvést jiné místo užití, ale žádná z žen tuto možnost neoznčila. Tato otázka nám může nastínit, proč některé respondentky užily více alkoholu, či destiláty, jelikož při určitých příležitostech je pravděpodobné, že bude spotřeba alkoholu vyšší.

Otázka č. 11: Z jakého důvodu jste alkohol užila?

- a) Jen tak
- b) Ostatní pili alkohol, tak jsem si dala také
- c) Potřebovala jsem se uvolnit
- d) Jiný důvod

**Tabulka 11** Důvod užití alkoholu

Důvod užití alkoholu	Počet respondentů	Relativní četnost
Jen tak	7	44%
Ostatní pili alkohol, tak jsem si dala také	0	0
Potřebovala jsem se uvolnit	0	0
Jiný důvod	9	56%
<b>Celkem</b>	<b>16</b>	<b>100%</b>

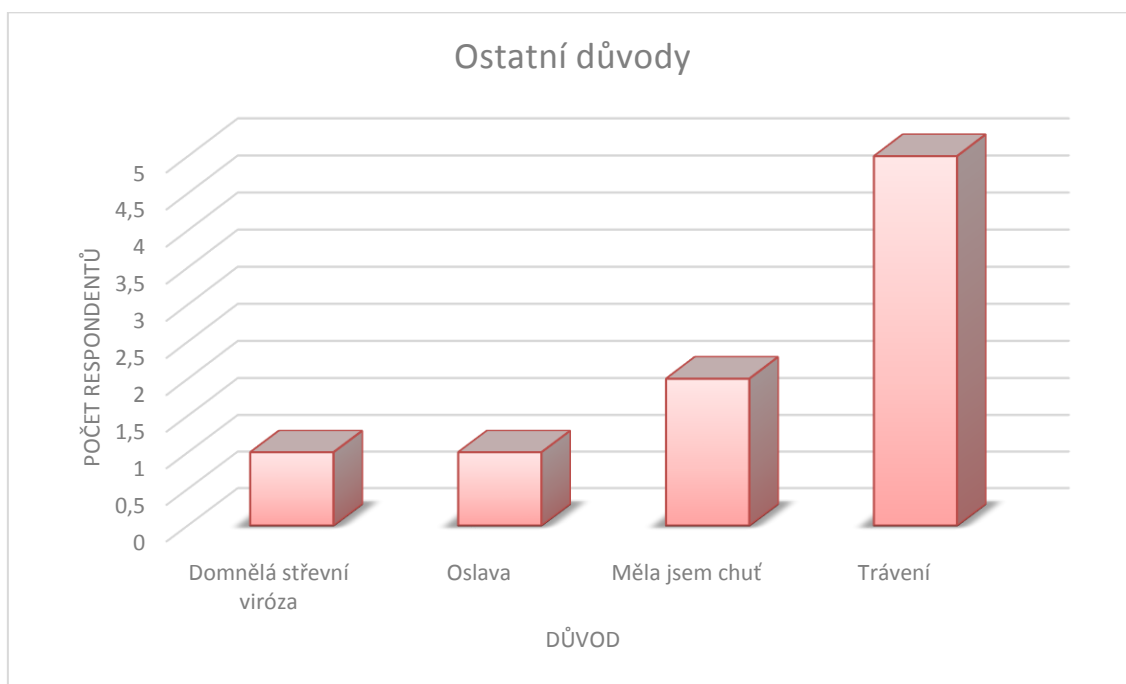


**Obrázek 11** Graf: Důvod užití alkoholu

Žádná z respondentek neužila alkohol z důvodu, že by se potřebovala uvolnit, nebo protože ostatní pili alkohol. 7 respondentek užilo alkohol jen tak, což činí 44 %. Zbýlých 9 respondentek (56 %) udalo jiný důvod. Tyto jiné důvody jsou vypracované pomocí grafu i tabulky, které jsou uvedeny níže.

**Tabulka 12** Ostatní důvody užití alkoholu

Ostatní důvody	Počet respondentů	Relativní četnost
Domnělá střevní viróza	1	11%
Oslava	1	11%
Měla jsem chuť	2	22%
Trávení	5	56%
Celkem	9	100%



**Obrázek 12** Graf: Ostatní důvody užití alkoholu

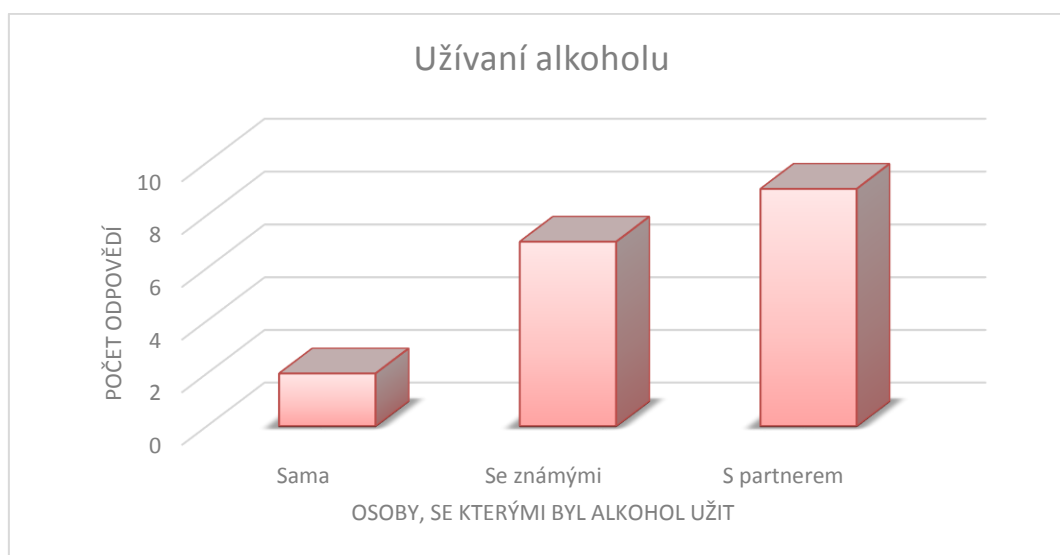
Celkový počet respondentek, kterých označilo tuto možnost je 9. Nejvíce respondentek udává jako důvod užití alkoholu pomoc při dyspepsiích. Na této odpovědi se shodlo 5 respondentek (56 %). 2 respondentky (22 %) užily alkohol pouze pro jeho chuť. 1 respondentka (11 %) užila alkohol z důvodu oslavy a poslední zbylá respondentka (11 %) užila alkohol, protože si myslela, že onemocněla střevní virózou.

Otázka č. 12: S kým jste alkohol užívala?

- a) Sama
- b) Se známými
- c) S partnerem

**Tabulka 13** Osoby, se kterými byl alkohol užit

Užívání alkoholu	Počet odpovědí	Relativní četnost
Sama	2	11%
Se známými	7	39%
S partnerem	9	50%
Celkem	18	100%



**Obrázek 13** Graf: Osoby, se kterými byl alkohol užit

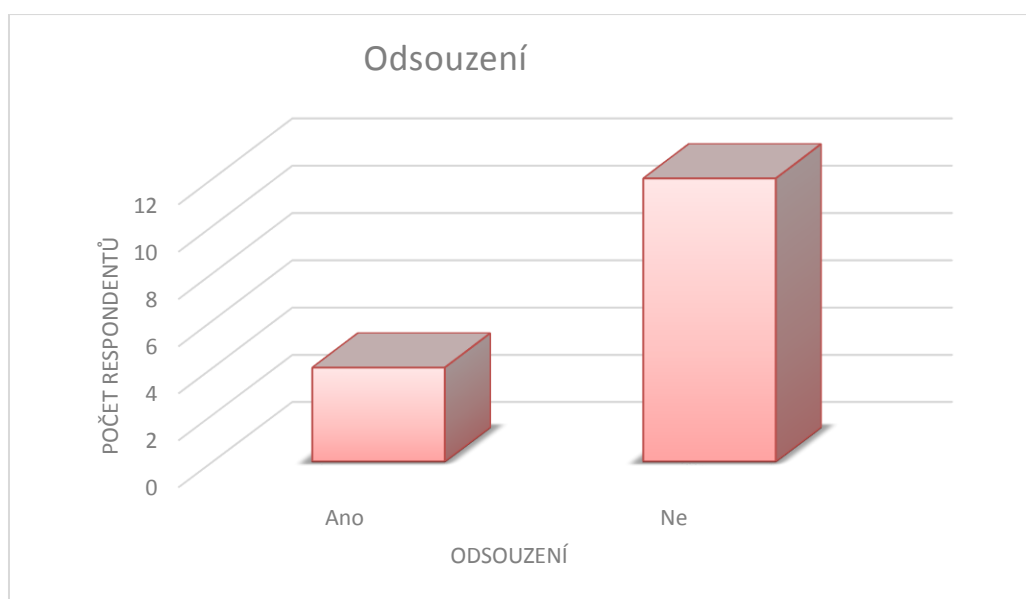
V této otázce měly respondentky možnost více odpovědí, proto se celkový počet odpovědí (18) liší od celkového počtu respondentek, kterých bylo 16. Polovina respondentek (9 respondentek, 50 %) užívala alkohol s partnerem. Se známými užívala alkohol 7 respondentek (39 %). Samy užívaly alkohol 2 respondentky (11 %).

Otázka č. 13: Setkala jste se někdy s odsouzením, kvůli tomu, že jste alkohol užila?

- a) Ano
- b) Ne

**Tabulka 14** Odsouzení

Odsouzení	Počet respondentů	Relativní četnost
Ano	4	25%
Ne	12	75%
Celkem	16	100%



**Obrázek 14** Graf: Odsouzení

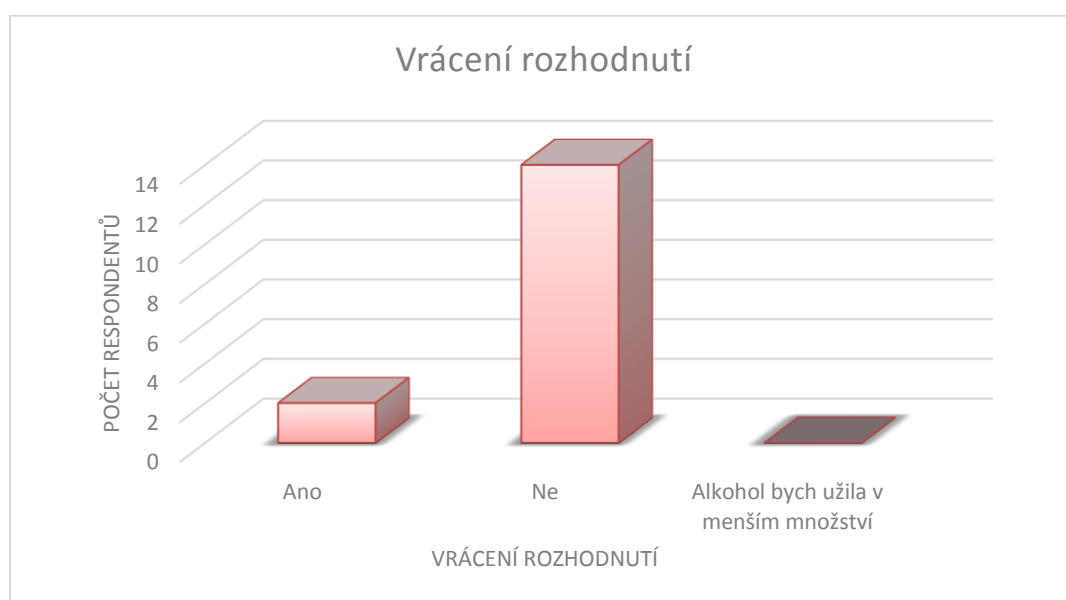
Překvapivě většina žen, tj. 75 %, se od svého okolí po užití alkoholu nesetkalo s odsouzením. Zde je jistě důležité, v jaké fázi těhotenství alkohol užily, jaké množství a jaký druh. Menšinu respondentek v této otázce, tvořily ženy, které se od svého okolí dočkaly odsouzení za užití alkoholu během těhotenství. Odsouzení od okolí pocítily 4 ženy (25 %).

Otázka č. 14: Kdybyste mohla vrátit své rozhodnutí užít alkohol, udělala byste to?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Alkohol bych užila v menším množství

**Tabulka 15** Vrácení rozhodnutí

Vrácení rozhodnutí	Počet respondentů	Relativní četnost
Ano	2	12,5%
Ne	14	87,5%
Alkohol bych užila v menším množství	0	0
Celkem	16	100%



**Obrázek 15** Graf: Vrácení rozhodnutí

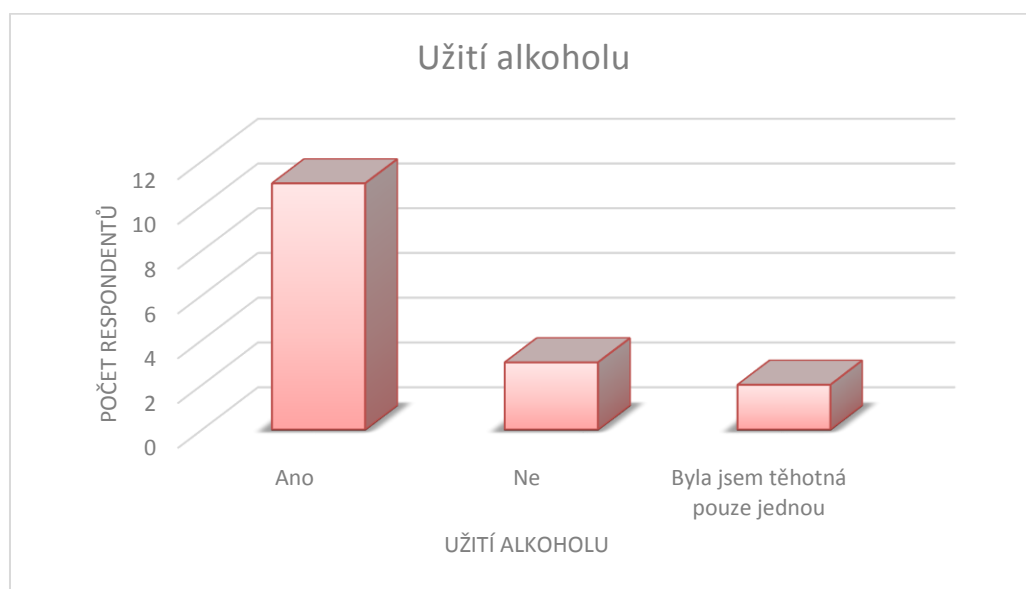
Celých 14 respondentek si stojí za svým rozhodnutím užití alkoholu v těhotenství a své rozhodnutí by neměnily. Procentuální zastoupení těchto žen je 87,5 %. Zbýlé dvě ženy (12,5 %) by své rozhodnutí o užití alkoholu vrátily. Otázkou je, co je k tomuto rozhodnutí vedlo, zda se v těhotenství například objevily nějaké obtíže či pouze bylo užití alkoholu spontánním a nepromyšleným krokem. Žádná z dotázaných žen by alkohol neužila v menším množství.

Otázka č. 15: Užila jste alkohol ve všech svých těhotenstvích?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Byla jsem těhotná pouze jednou

**Tabulka 16** Užití alkoholu

Užití alkoholu	Počet respondentů	Relativní četnost
Ano	11	69%
Ne	3	19%
Byla jsem těhotná pouze jednou	2	13%
Celkem	16	100%



**Obrázek 16** Graf: Užití alkoholu

Většina dotázaných žen užila alkohol ve všech svých těhotenstvích. Tuto skupinu tvoří 11 respondentek a jejich procentuální zastoupení činí 69 %. Druhou nejpočetnější skupinou byly ženy, co neužily alkohol ve všech svých těhotenstvích. Skupinu tvoří 3 respondentky, což odpovídá 19 %. Poslední skupinou byly ženy, které byly těhotné pouze jednou. V této skupině jsou dvě respondentky s procentuálním zastoupením 13 %.



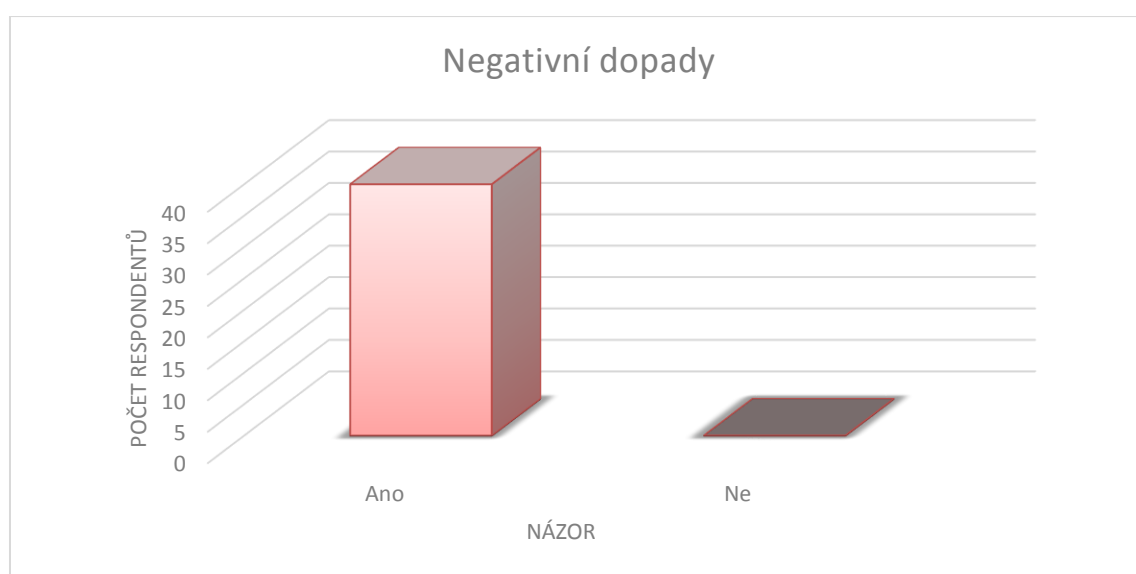
Na následující otázky již odpovídaly všechny respondentky. Jejich celkový počet je 40.

Otázka č. 16: Víte, že alkohol může mít negativní dopady na nenarozené dítě?

- a) Ano
- b) Ne

**Tabulka 17** Negativní dopady

Negativní dopady	Počet respondentů	Relativní četnost
Ano	40	100%
Ne	0	0
Celkem	40	100%



**Obrázek 17** Graf: Negativní dopady

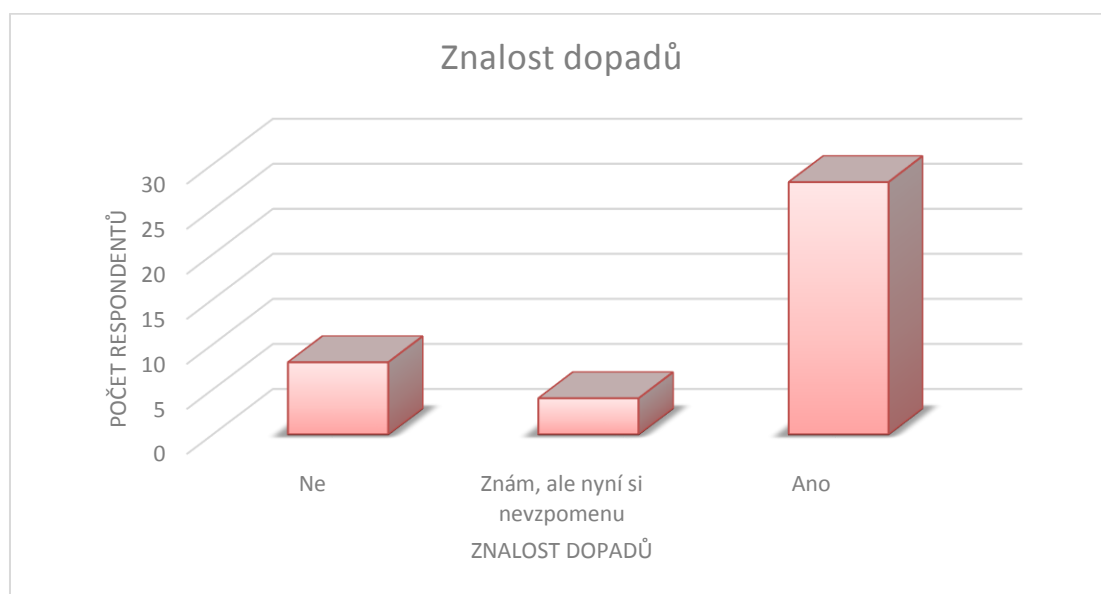
Všech 40 (100 %) respondentek si je vědomo negativních dopadů užívání alkoholu v těhotenství na zdraví plodu. Tento fakt je velice pozitivní, otázkou je, jestli si ženy uvědomují, jak dalece mohou tyto negativní vlivy zajít.

Otázka č. 17: Znáte nějaké dopady užívání alkoholu v těhotenství na dítě?

- a) Ne
- b) Zním, ale nyní si nevzpomenu
- c) Ano

**Tabulka 18** Znalost dopadů

Znalost dopadů	Počet respondentů	Relativní četnost
Ne	8	20%
Zním, ale nyní si nevzpomenu	4	10%
Ano	28	70%
Celkem	40	100%

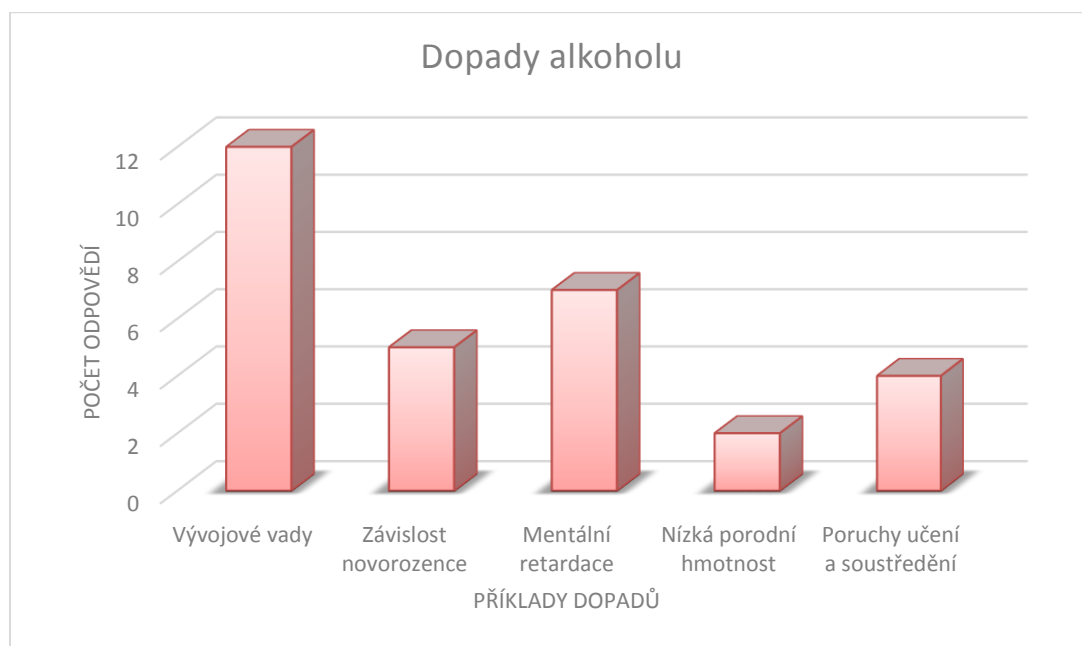


**Obrázek 18** Graf: Znalost dopadů

Téměř čtvrtina respondentek neznala žádné negativní dopady užití alkoholu v těhotenství na dítě. V této skupině bylo 8 respondentek a jejich procentuální zastoupení je 20 %. Další skupinou jsou ženy, které sice dopady alkoholu znaly, ale zrovna ve chvíli, kdy vyplňovaly dotazník si nemohly vzpomenout na žádný příklad. Skupinu tvoří 4 respondentky (10 %). Nejpočetnější skupinu tvoří ženy, co znají negativní dopady na dítě a dokázaly uvést správné příklady. Této problematice se věnuje následující otázka. Ve skupině se nachází 28 respondentek (70 %).

**Tabulka 19** Uvedené příklady dopadů alkoholu na dítě

Dopady alkoholu na dítě	Počet odpovědí	Relativní četnost
Vývojové vady	12	40%
Závislost novorozence	5	17%
Mentální retardace	7	23%
Nízká porodní hmotnost	2	7%
Poruchy učení a soustředění	4	13%
Celkem	30	100%



**Obrázek 19** Graf: Uvedené příklady dopadů alkoholu na dítě

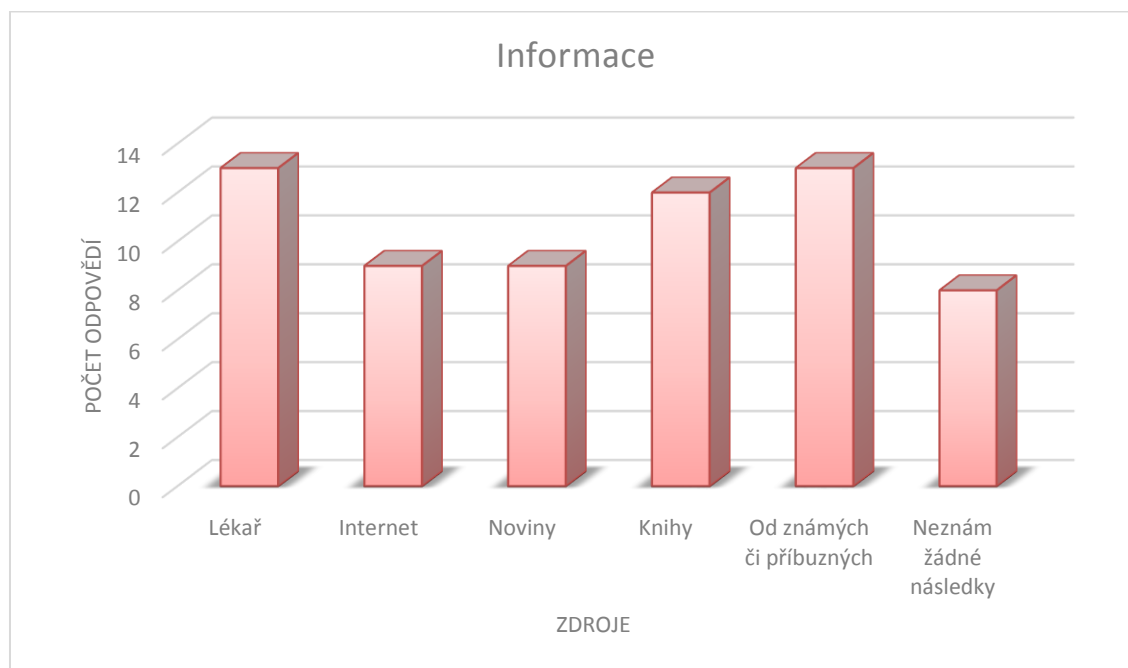
V této otázce měly respondentky rozepisovat všechny dopady alkoholu, které znají, proto se celkový počet odpovědí (30) liší od celkového počtu respondentek, kterých bylo 28. Jako nejčastější negativní vliv alkoholu na dítě byly uvedeny vývojové vady. Tuto odpověď uvedlo 12 respondentek (40 %). Druhou nejpočetnější uváděnou odpovědí byla mentální retardace dítěte. Tuto odpověď uvedlo 7 dotázaných žen (23 %). Dalších 5 respondentek (17 %) uvedlo jako následek závislost novorozence. Celkem 4 respondentky (13 %) uvedly jako dopad poruchy učení a soustředění. Jako poslední a nejméně početná odpověď byla nízká porodní hmotnost. V této skupině jsou pouze 2 respondentky a jejich procentuální zastoupení činí 7 %. Jelikož všechny uvedené problémy jsou reálně možné, můžeme říci, že respondentky, které odpovídaly na tuto otázku, mají poměrně dobré znalosti o konkrétních negativních vlivech, který může mít alkohol na dítě již v prenatálním vývoji.

Otázka č. 18: Kde jste získala informace o následcích užívání alkoholu v těhotenství?

- a) Lékař
- b) Internet
- c) Noviny
- d) Knihy
- e) Od známých či příbuzných
- f) Neznám žádné následky

**Tabulka 20** Zdroje informací

Zdroje informací	Počet odpovědí	Relativní četnost
Lékař	13	20%
Internet	9	14%
Noviny	9	14%
Knihy	12	19%
Od známých či příbuzných	13	20%
Neznám žádné následky	8	13%
<b>Celkem</b>	<b>64</b>	<b>100%</b>



**Obrázek 20** Graf: Zdroje informací

V této otázce měly respondentky možnost více odpovědí, proto se celkový počet odpovědí (64) liší od celkového počtu respondentek, kterých bylo 40. Nejvíce respondentek označilo, že informace získaly od lékaře nebo od známých či příbuzných. Každou z těchto odpovědí označilo shodně 13 respondentek (20 %). Třetí nejpočetnější skupinou, co se odpovědi týká,

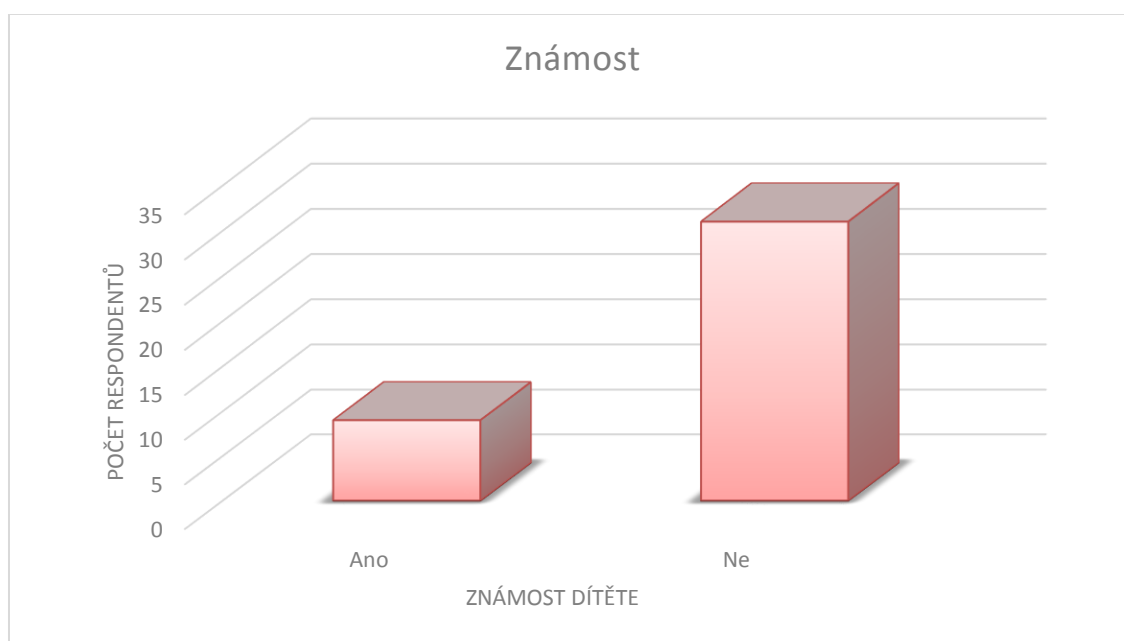
byla odpověď 12 respondentek (19 %), které označily, že odpovědi získaly z knih. Následovaly odpovědi o získání informací z novin nebo internetu. U těchto odpovědí bylo shodně 9 respondentek (14 %). V předešlé otázce o znalosti dopadů 8 respondentek neznalo žádné dopady, tudíž v této otázce nemohly uvést odkud informace získaly, proto u této otázky odpovědělo 8 respondentek (13 %), že neznají žádné následky.

Otázka č. 19: Znáte někoho ve Vašem okolí, kdo užil alkohol v těhotenství a narozené miminko z toho mělo následky?

- a) Ano
- b) Ne

**Tabulka 21** Známost dítěte

Známost dítěte poškozeného alkoholem	Počet respondentů	Relativní četnost
Ano	9	22,5%
Ne	31	77,5%
Celkem	40	100%



**Obrázek 21** Graf: Známost dítěte

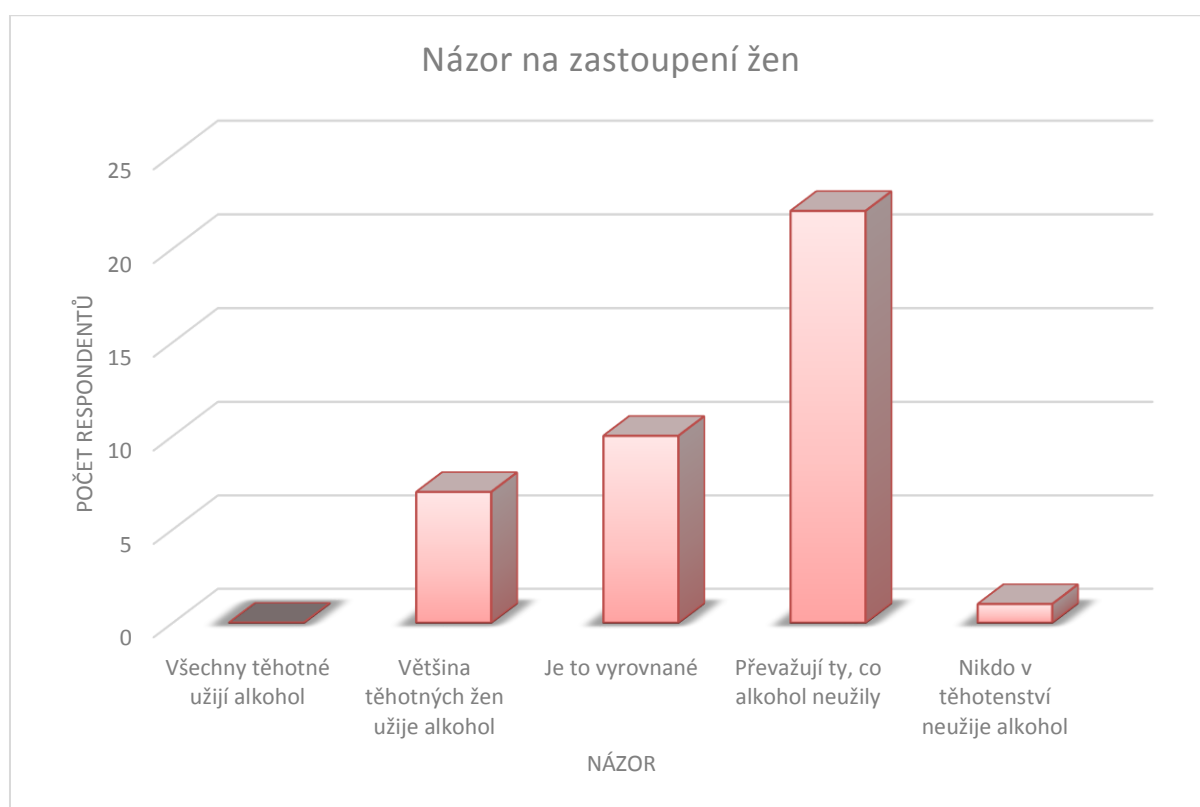
Většina dotázaných žen neznala žádné dítě, které poškodil alkohol. V této skupině se nachází 31 respondentek a jejich procentuální zastoupení je 77,5 %. Zbýlých 9 respondentek uvedlo, že znají dítě, které alkohol poškodil. 9 respondentek činí 22,5 %.

Otázka č. 20: Jaké je podle Vás zastoupení žen, které během těhotenství užily alkohol?

- a) Všechny těhotné užijí alkohol
- b) Většina těhotných žen užije alkohol
- c) Je to vyrovnané
- d) Převažují ty, co alkohol neužily
- e) Nikdo v těhotenství neužije alkohol

**Tabulka 22** Názor na zastoupení žen

Názor na zastoupení žen	Počet respondentů	Relativní četnost
Všechny těhotné užijí alkohol	0	0
Většina těhotných žen užije alkohol	7	17,5%
Je to vyrovnané	10	25%
Převažují ty, co alkohol neužily	22	55%
Nikdo v těhotenství neužije alkohol	1	2,5%
Celkem	40	100%



**Obrázek 22** Graf: Názor na zastoupení žen

Nadpoloviční většina žen (22 respondentek, 55 %) se domnívá, že převažují ženy, které alkohol v těhotenství neužijí. Užívání alkoholu v těhotenství je choulostivým tématem, proto také možná více, jak polovina žen má tento názor. Dalších 10 respondentek (25 %) si myslí,

že zastoupení žen, které alkohol užijí a těch, co ho neužijí, je vyrovnané. 7 respondentek se domnívá, že většina těhotných žen užije alkohol. Tato skupina činí procentuálně 17,5 %. Poslední zbylá respondentka (2,5 %) si myslí, že nikdo neužije v těhotenství alkohol. Žádná z dotazovaných žen si nemyslí, že všechny těhotné ženy užijí alkohol.



## 10 Diskuze

V této diskuzi jsou shrnuty výsledky zjištěné při dotazníkovém šetření. Dotazník, který byl předložen pro průzkum měl 20 otázek, ty byly vedeny tak, aby odpověděly na předložené a stanovené cíle. První dvě otázky slouží jako informativní základ pro otázky následné.

Mezi bakalářskými pracemi, které byly vypracovány na zdravotnické fakultě Univerzity Pardubice je pár z nich zaměřeno na obdobné téma, z nichž jsem vybrala to nejbližší a můžeme tudíž porovnat konkrétní výsledky dotazníkové šetření, což nám zajistí vyšší objektivitu.

Bakalářská práce, se kterou jsem mohla porovnat své výsledky, byla práce Trampotové z roku 2012 na téma: „*Informovanost těhotných žen o screeningu vrozených vývojových vad v těhotenství*“. Ta ve své práci zjišťuje, zda dotázané těhotné ženy užívají alkohol, zda byly informovány o jeho následcích a v poslední řadě kdo jim informace o následcích podal. Průzkumné otázky jsou tedy velice podobné a průzkumný soubor tvořilo v mé práci 40 respondentek a v práci Trampotové 46 respondentek. V bakalářské práci Trampotové je uvedeno, že 33 respondentek alkohol neužilo, 13 respondentek užilo alkohol příležitostně nicméně žádná z respondentek nežívala alkohol často. V mém dotazníkovém šetření, při 40 respondentkách, jsem došla k závěru, že 24 respondentek neužívá žádný druh alkoholu, 14 respondentek ho užilo příležitostně, a 2 respondentky ho užívaly poměrně často. Podle výsledků vidíme, že se u této otázky naše respondentky s odpověďmi poměrně shodovaly a jejich zastoupení u jednotlivých odpovědí bylo téměř shodné. Což nám dokazuje fakt, že od roku 2012 se četnost užívání alkoholu v těhotenství žádným směrem dramaticky nezměnila.

Dále jsem svoje výsledky porovnávala se studií, kterou ve své knize s názvem: „*Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství*“ uvedl Velemínský. Tato studie byla vypracována dánským zdravotním úřadem. Porovnání s výsledky dánského zdravotního úřadu mi přišlo zajímavé. Dánský zdravotní úřad došel k závěru, že nejvyšší spotřebu alkoholu mají vzdělané ženy nad 30 let. Ve svém dotazníku jsem se sice nedotazovala na věk respondentek, ale dotazník jsem měla předem položený pro ženy mezi 40 a 50 rokem života. Co se týká vzdělání, došla jsem k závěru, že i v mém dotazníku užily alkohol spíše ženy s vyšším vzděláním. Ze 40 dotázaných respondentek jich užilo alkohol 16, přičemž 10 z nich mělo minimálně vystudovanou vyšší odbornou školu. Výzkum dánského zdravotního úřadu dále uvádí, že 80 % těhotných žen konzumuje alkohol. V mém průzkumu uvedlo konzumaci

alkoholu 40 % dotázaných žen. Tento výrazný rozdíl však může být zapříčiněn zemí, ve které byl průzkum prováděn a jejími zvyky, souborem respondentek potažmo rokem studie.

Dále ze zprávy Gravidita a alkohol, vyplývá následující: přibližně 80 % těhotných žen pije alkohol, průměrně 0,6 % až 2,4 % žen pije 10 skleniček alkoholu týdně a přibližně 18 % žen alespoň jednou nejméně 7 skleniček alkoholu nebo více. Přičemž nejvyšší spotřebu alkoholu mezi těhotnými ženami mají vzdělané ženy nad 30 let.“ (Velemínský, Žižková, 2008, s. 16)

Stejnou problematiku řeší i jedna položka z mého dotazníku, přičemž můj průzkum ukazuje, že 2 respondentky uvedly jako průměrné zkonsumované množství 1 litr alkoholu, což jsou zhruba 3-4 skleničky alkoholu. Stejně množství respondentek konzumovalo průměrně 500 ml alkoholu neboli 2 skleničky alkoholu. Nejvíce respondentek konzumovalo 250 ml alkoholu, tj. 1 sklenička alkoholu. Můj průzkum poukazuje na to, že mnou dotazované respondentky nemají takovou spotřebu alkoholových nápojů. Otázkou je, do jaké míry tento výsledek souvisí s národností, vzděláním a zvyky.

Následuje otázka č. 3 z mého dotazníku, ta se dotazovala, jaký mají ženy názor na užívání alkoholu v těhotenství. Byla jsem mile překvapena, že 60 % žen zastává negativní postoj k užívání alkoholu v těhotenství. Zbýlých 40 % bylo toho názoru, že alkohol v těhotenství příležitostně nevádí. Průzkumný předpoklad byl, že více, jak polovina dotazovaných žen bude mít zkušenosti s alkoholem v těhotenství, nicméně výsledek, který ukazuje spíše negativní postoj k užívání alkoholu v tomto období je velmi pozitivní.

Stejně procentuální zastoupení bylo i u následující otázky, tj. otázky č. 4, ta zjišťovala, zda ženy konzumovaly v těhotenství alkohol. V této otázce 60 % žen negovalo užívání alkoholu v těhotenství a zbýlých 40 % alkohol užilo. Stejně množství zastoupení u negativních a pozitivních hlasů z otázky č. 3 a č. 4 nám odkrývá otázku, zda 60 % žen, které společně sdílejí negativní postoj k užívání alkoholu v těhotenství také zároveň alkohol opravdu neužívají a jestli tedy 60 % žen, které negují užívání alkoholu je ta stejná skupina respondentů jako u předešlé otázky.

S otázkou č. 4 úzce souvisí otázka č. 6. V té se zabývám faktem, který užívání alkoholu může velmi ovlivnit a to, zda dotázané ženy věděly v době užití alkoholu, že jsou těhotné. Zastoupení respondentek, které užily alkohol a nevěděly, že jsou těhotné, bylo v mém průzkumu 62,5 %. Přičemž nejzastoupenějším druhem alkoholu bylo pivo, které užilo 58 % respondentek, následuje víno 37 % a destiláty užilo 5 % respondentek, což je 1 žena ze 40, která užívala silný alkohol během těhotenství. Tyto závěry samozřejmě mohou být ovlivněny

tím, jestli konkrétně tyto ženy věděly, že jsou těhotné v období užívání například tvrdého alkoholu nebo například vzděláním.

Četnost užívání alkoholu ovlivňují i určité důvody, které mohou jeho množství navýšit či snížit. Celých 44 % respondentek užilo alkohol bez konkrétního důvodu. Mezi ostatní důvody byla uvedena domnělá střevní viróza, podpora trávení, oslava.

Poměrně zajímavou otázkou bylo, zda se respondentky setkaly od svého okolí s odsouzením. Celých 75 % dotázaných žen se od svého okolí s odsouzením nesešlo. Zbýlých 25 % se s odsouzením potkalo, přičemž v následující otázce, odpověděly pouze 2 respondentky, že své rozhodnutí o užití alkoholu by změnily.

Alkohol může mít negativní dopady na nenarozené dítě, proto mě zajímalo, zda to ví i dotázané ženy. Byla jsem mile překvapena, že všechny respondentky si byly vědomy toho, že alkohol může mít negativní následky na nenarozené dítě, a právě proto mě zarazily předchozí odpovědi respondentek o užití alkoholu. Když jsem se dotazovala na znalost konkrétních dopadů, tak pouze 20 % respondentek nedokázalo uvést žádný příklad. Myslím, že toto číslo je poměrně přijatelné, i když by šlo podle mého názoru jistě snížit např. důkladnou edukací gynekologa či praktického lékaře. V této otázce měly respondentky také uvádět konkrétní příklady těchto dopadů, nejčastěji byly uvedeny respondentkami vývojové vady, závislost novorozence, mentální retardace, nízká porodní hmotnost, poruchy učení a soustředění. Všechny tyto důvody jsou potencionálně reálné, proto usuzuji, že respondentky mají poměrně dobré znalosti o manifestaci užívání alkoholu v těhotenství.

Tyto známky užívání alkoholu v prenatálním období získávají respondentky nejčastěji od známých či příbuzných, bohužel jen menší množství, než bylo očekávané, dostalo informace od svého lékaře. Dalšími zdroji, ze kterých ženy čerpají jsou knihy, noviny a internet.

Zajímavou otázkou bylo, zda znají respondentky ve svém okolí rodinu s dítětem s postižením následkem alkoholu. Já osobně znám v okolí Jilemnice 2 postižené děti alkoholem, proto jsem odhadovala, že i moje respondentky si na ně vzpomenou, když jsem rozdávala dotazníky právě v okolí Jilemnice. Téměř žádná z respondentek si ale na žádné takové dítě nevzpomněla.

Poslední otázkou, i když neméně důležitou, byla otázka na odhad respondentek o četnosti zastoupení těhotných žen, které užily alkohol. Nejvíce zastoupený názor byl, že převažují

ty ženy, co alkohol neužily, tuto odpověď označilo celých 55 % žen. Když tento názor porovnáme se svými výsledky, tak vidím, že 60 % dotázaných žen alkohol neužilo, takže se tvrzení respondentek potvrdilo. Druhou nejzastoupenější odpovědí s 25 % byl odhad respondentek, že skupiny jsou vyrovnané.

## 11 Závěr

Alkohol je snadno dostupnou a legální drogou po celém světě, proto není divu, že se s jeho užíváním setkáme u některých žen i v období těhotenství. V povědomí široké veřejnosti je již poměrně dobře známý fakt negativního vlivu na lidský organismus při dlouhodobém užívání alkoholu. Bohužel, i sporadické užívání alkoholu v období těhotenství může mít špatný dopad nejen na tělo matky ale i na vývoj nenarozeného dítěte.

Užívání alkoholu v těhotenství vede nejčastěji k fetálnímu alkoholovému syndromu, který se manifestuje sníženou inteligencí plodu, hyperaktivitou, poruchami chování, typickými fasciálními znaky či psychickými onemocněními narozeného dítěte. Tyto odchylky s sebou přináší často i sociální stigmatizaci. (Velemínský et al., 2008; Žižková et al., 2008)

První kapitolou teoretické části této bakalářské práce je popis fyziologie těhotenství. Tato kapitola má v práci nezastupitelné místo, jelikož je důležité znát podstatu prenatalního vývoje z hlediska zdraví plodu při užívání alkoholu. Dále je popsána drogová závislost obecně, která navazuje na popis procesu, nímž si závislá osoba prochází a na jeho specifika. Poté následuje kapitola o alkoholu, o jeho složení, účincích a obecných důvodech jeho užívání. Následně se zabývám dopady užívání alkoholu v těhotenství na nenarozené dítě. V těchto kapitolách popisují nejčastější onemocnění jako je např. fetální alkoholový syndrom a novorozenecký abstinenci syndrom.

Průzkumná část mojí práce se zabývá zjištěním postojů matek k užívání alkoholu v prenatalním období a jejich znalostmi o následcích jeho užívání na plod. Dále jsem se zabývala zjištěním míry a četnosti užívání alkoholu v těhotenství. Pro splnění cílů byl vyhotoven standardizovaný dotazník.

Z průzkumné části je patrné, že postoje matek vůči alkoholu v období těhotenství nejsou příliš striktní a matky by měly více dbát na zdraví svého nenarozeného dítěte. K tomuto závěru jsem dospěla po analýze dotazníkového šetření, z jehož výsledků je zřejmé, že víc jak polovina respondentek užila vědomě v době těhotenství alkohol, a to i přes to, že všechny dotazované ženy věděly o škodlivosti užití alkoholu. Každá žena by si měla uvědomit, že užíváním alkoholu nepoškozuje pouze sebe, ale může vážně ohrozit i své dítě.

Nemilým zjištěním je, že pouze velmi malému množství respondentek podal informace o škodlivosti alkoholu lékař. Přičemž právě on by měl být hlavním prostředníkem k edukaci nastávajících maminek. Tento fakt odhaluje nedostatečnost edukace ve zdravotnictví,

na kterou by se jistě mělo více apelovat a brát na ní zřetel, vzhledem k tomu, že si nemůžeme být jisti vzdělaností a dostupnými informacemi, které jsou schopny těhotné ženy vyhledat.

Vzhledem k výsledkům práce je jistě na místě další průzkum či výzkum v oblasti abúzu či i sporadickému užití alkoholu v období těhotenství. Tato práce by mohla být základem pro obsáhlejší studii a materiálem pro edukaci.

## 12 Zdroje

### Bibliografie:

- 1) GREGORA, Martin a Miloš VELEMÍNSKÝ. *Těhotenství a mateřství: nová česká kniha*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-247-5579-3.
- 2) HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.
- 3) KALINA, Kamil. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4331-8.
- 4) NECHANSKÁ, Blanka. *Uživatelé alkoholu a jiných drog ve zdravotnické statistice od roku 1959*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2011. ISBN 978-80-7440-048-3.
- 5) NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 4., aktualiz. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-908-8.
- 6) OREL, Miroslav. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5516-8.
- 7) TAKÁCS, Lea, SOBOTKOVÁ, Daniela a Lenka ŠULOVÁ, ed. *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5127-6.
- 8) VAVŘINKOVÁ, Blanka a Tomáš BINDER. *Návykové látky v těhotenství*. V Praze: Triton, 2006. ISBN 80-7254-829-8.
- 9) VELEMÍNSKÝ, Miloš a Blanka ŽIŽKOVÁ. *Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství*. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-095-9.

### Články:

- 10) ČERNÁ, Kateřina. *Fetální alkoholový syndrom* [online]. 05.04.2011 [cit. 21.12.2017]. Dostupný na WWW: <https://www.maminka.cz/clanek/fetalni-alkoholovy-syndrom>.
- 11) HANZLOVSKÝ, Michal. *Co jste o alkoholu možná nevěděli* [online]. 31.12.2012 [cit. 12.1.2018]. Dostupný na WWW: <https://www.celostnimediceina.cz/co-jste-o-alkoholu-mozna-nevedeli.htm>.
- 12) HRUBEŠ, Petr. *Alkohol je droga, ne lék* [online]. 22.04.2014 [cit. 12.2.2018]. Dostupný na WWW: [https://zdravi.euro.cz/clanek/alkohol-je-droga-ne-lek-475131?seo\\_name=mlada-fronta-noviny-zdravi-euro-cz](https://zdravi.euro.cz/clanek/alkohol-je-droga-ne-lek-475131?seo_name=mlada-fronta-noviny-zdravi-euro-cz).

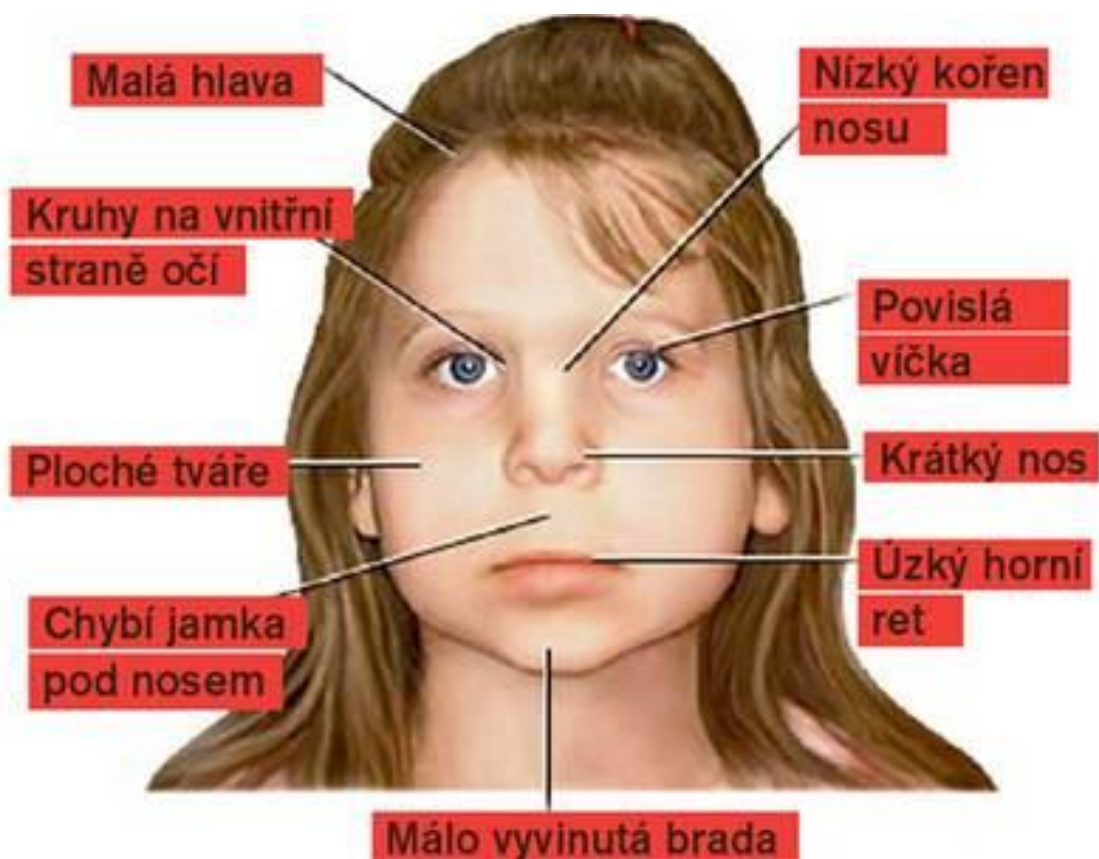
- 13) KOCOUROVÁ, Veronika. *Mentální postižení* [online]. 18.2.2014 [cit. 10.1.2018]. Dostupný na WWW: <http://www.alfabet.cz/informace-o-typech-zdravotniho-postizeni/mentalni-postizeni>.
- 14) ORLÍKOVÁ, Barbora. *Fetální alkoholový syndrom* [online]. 08.09.2017 [cit. 22.12.2017]. Dostupný na WWW: <http://www.epclira.cz/?p=1650>.
- 15) PERGL, Václav. *Alkohol pijeme hlavně kvůli přátelům* [online]. 8.12.2017 [cit. 14.2.2018]. Dostupný na WWW: <https://m.novinky.cz/articleDetails?aId=456833&sId=&mId=>
- 16) SADÍLKOVÁ, Miluše a DOHNALOVÁ, Petra. *Fetální alkoholový syndrom* [online]. 19.01.2012 [cit. 21.12.2017]. Dostupný na WWW: [http://www.napivosrozumem.cz/diskuze/odbornik-radi.html/125\\_16-fetalni-alkoholovy-syndrom/](http://www.napivosrozumem.cz/diskuze/odbornik-radi.html/125_16-fetalni-alkoholovy-syndrom/).
- 17) STREJČEK, Jindřich. *Mentální postižení (mentální retardace)* [online]. 21.3.2011 [cit. 10.1.2018]. Dostupný na WWW: [http://wiki.rvp.cz/Knihovna/1.Pedagogick%C3%BD\\_lexikon/M/Ment%C3%A1ln%C3%AD\\_posti%C5%BEen%C3%AD\\_\(ment%C3%A1ln%C3%AD\\_retardace\)](http://wiki.rvp.cz/Knihovna/1.Pedagogick%C3%BD_lexikon/M/Ment%C3%A1ln%C3%AD_posti%C5%BEen%C3%AD_(ment%C3%A1ln%C3%AD_retardace)).
- 18) VILÍMOVSKÝ, Michal. *Fetální alkoholový syndrom: příčiny, příznaky, diagnostika a léčba* [online]. 12.02.2015 [cit. 25.12.2017]. Dostupný na WWW: <https://cs.medlicker.com/819-fetalni-alkoholovy-syndrom-priciny-priznaky-diagnostika-a-lecba>.



## **13 Přílohy**

Příloha 1 Fetální alkoholový syndrom .....	66
Příloha 2 Dotazník.....	67

**Příloha 1** Fetální alkoholový syndrom



Zdroj:[http://www.alkoholik.cz/zavislost/tehotenstvi\\_a\\_alkohol/piti\\_alkoholu\\_v\\_tehotenstvi\\_a\\_fetalni\\_alkoholicky\\_syndrom\\_fas.html](http://www.alkoholik.cz/zavislost/tehotenstvi_a_alkohol/piti_alkoholu_v_tehotenstvi_a_fetalni_alkoholicky_syndrom_fas.html)

## Znalosti a postoje užívání alkoholu v těhotenství

(Dotazník)

Dobrý den, jmenuji se **Kateřina Šupová** a jsem studentkou Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Na fakultě studuji bakalářský obor **Všeobecná sestra**. Vážené respondentky tímto bych Vás chtěla poprosit o vyplnění dotazníku, který je součástí mé závěrečné práce na téma **Znalosti a postoje užívání alkoholu v těhotenství**. Pokud není uvedeno jinak, označte pouze jednu odpověď. Dotazník je **anonymní**. V případě nejasností mě informujte prostřednictvím emailu. Moje emailová adresa je [kat.supova@seznam.cz](mailto:kat.supova@seznam.cz).

1. Kolik máte dětí?
  - a) 1
  - b) 2
  - c) 3
  - d) 4 a více
  
2. Jaké je Vaše dosažené vzdělání?
  - a) Základní škola
  - b) Odborné učiliště
  - c) Střední škola
  - d) Vyšší odborná škola
  - e) Vysoká škola
  
3. Myslíte si, že užívání alkoholu v těhotenství je špatné?
  - a) Ano
  - b) Ne
  - c) Příležitostně nevádí
  
4. Užila jste během těhotenství alkohol?
  - a) Ano
  - b) Ne

Na následující otázky na straně dva odpovídejte pouze v případě, pokud jste v předešlé otázce odpověděla „ANO“, jestliže jste odpověděla „NE“ pokračujte prosím na stranu tři.

5. V jaké fázi těhotenství jste alkohol užila? (Můžete označit více odpovědí)

- a) 1. trimestr
- b) 2. trimestr
- c) 3. trimestr
- d) Ve všech trimestrech

6. Věděla jste v době, kdy jste užila alkohol, že jste těhotná?

- a) Ano
- b) Ne

7. Jak často jste alkohol užívala?

- a) Každý den
- b) Minimálně jednou do týdne
- c) Minimálně jednou do měsíce
- d) Příležitostně

8. Jaký druh alkoholu jste užila? (Můžete označit více odpovědí)

- a) Pivo
- b) Víno
- c) Destiláty

9. Jaké množství alkoholu jste průměrně při jedné konzumaci užila?

.....  
.....

10. Kde jste alkohol užívala? (Můžete označit více odpovědí)

- a) Doma
- a) Oslovy
- b) V klubu
- c) Jinde (prosím rozepište)

.....  
.....  
.....

11. Z jakého důvodu jste alkohol užila?

- a) Jen tak
- b) Ostatní pili alkohol, tak jsem si dala také
- c) Potřebovala jsem se uvolnit
- d) Jiný důvod (prosím rozepište)

.....  
.....  
.....

12. S kým jste alkohol užívala? (Můžete označit více odpovědí)

- a) Sama
- b) Se známými
- c) S partnerem

13. Setkala jste se někdy s odsouzením, kvůli tomu, že jste alkohol užila?

- a) Ano
- b) Ne

14. Kdybyste mohla vrátit své rozhodnutí užít alkohol, udělala byste to?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Alkohol bych užila v menším množství

15. Užila jste alkohol ve všech svých těhotenstvích?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Byla jsem těhotná pouze jednou

Nyní již odpovídají všichni.

16. Víte, že alkohol může mít negativní dopady na nenarozené dítě?

- a) Ano
- b) Ne

17. Znáte nějaké dopady, užívání alkoholu v těhotenství na dítě?

- a) Ne
- b) Zním, ale nyní si nevzpomenu
- c) Ano

Pokud jste odpověděla „ANO“, napište prosím jaké.

.....  
.....  
.....  
.....

18. Kde jste získala informace, o následcích užívání alkoholu v těhotenství? (Můžete označit více odpovědí)

- a) Lékař
- b) Internet
- c) Noviny
- d) Knihy
- e) Od známých či příbuzných
- f) Neznám žádné následky

19. Znáte někoho ve Vašem okolí, kdo užil alkohol v těhotenství a narozené miminko z toho mělo následky?

- a) Ano
- b) Ne

20. Jaké je podle Vás zastoupení žen, které během těhotenství užily alkohol.

- a) Všechny těhotné užijí alkohol
- b) Většina těhotných žen užije alkohol
- c) Je to vyrovnané
- d) Převažují ty, co alkohol neužily
- e) Nikdo v těhotenství neužije alkohol

Děkuji za Váš čas a ochotu dotazník vyplnit

