

*UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI  
PEDAGOGICKÁ FAKULTA  
ÚSTAV PEDAGOGIKY A SOCIÁLNÍCH STUDIÍ*



Alkohol a těhotenství

*DIPLOMOVÁ PRÁCE  
OLOMOUC 2023*

Alcohol and pregnancy

VEDOUCÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE:  
Doc. PaedDr. Marcela Musilová, Ph.D.

VYPRACOVALA:  
Bc. Zuzana Tomčová

*„Prohlašuji, že jsem závěrečnou diplomovou práci vypracovala samostatně, s využitím pouze citovaných literárních pramenů, dalších informací a zdrojů v souladu s Disciplinárním řádem pro studenty Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci a se zákonem č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů.“*

V Horním Městě dne 13.2.2023

.....

Bc. Zuzana Tomčová

### *Poděkování*

Na tomto místě bych ráda poděkovala doc. PaedDr. Marcele Musilové, Ph.D. za trpělivý a vstřícný přístup, za cenné rady a odborné vedení při realizaci výzkumu i kompletaci mé diplomové práce.

Děkuji rovněž všem respondentkám, jež se podílely na výzkumném šetření, za upřímné, pravdivé, a ne vždy snadné odpovědi na položené otázky.

## **ABSTRAKT**

Diplomová práce se zabývá problematikou konzumace alkoholu v průběhu těhotenství. Teoretická část práce shrnuje základní odborné znalosti a informace, týkající se charakteristiky a vlastností alkoholu, účinků užívání alkoholu na fyzické i psychické zdraví člověka, na historické pozadí a vývoj poznání v tomto oboru. Definuji specifika ženského pití alkoholických nápojů, zabývám se otázkou rizika vzniku závislosti. Zaměřuji se na možné negativní dopady konzumace alkoholu na průběh těhotenství i na prenatální vývoj dítěte. Představuji možnosti prevence v České republice i v zahraničí. V praktické části diplomové práce zjišťuji v rámci dotazníkového šetření postoje žen na Bruntálsku a jejich informovanost ohledně problematiky užívání alkoholických nápojů během těhotenství.

## **Klíčová slova**

Alkohol, ethanol, konzumace alkoholu, pití, těhotenství, závislost, alkoholismus, fetální alkoholový syndrom, prevence, alkoholem ovlivněné těhotenství

## **ABSTRACT**

Thesis pursues problems, concerned with an alcohol consumption during pregnancy. Theoretical part summarizes an expert knowledge about the characteristics of alcohol, the effects of alcohol use on the physical and psychological health, historical background and the development of knowledge in this field of study. I define the specifics of women's drinking, I follow up possible evolutionary roots of an addiction. I look into the negative outcomes of an alcohol consumption during pregnancy on the prenatal development. I introduce possibilities in the prevention in Czech Republic and abroad. In the practical part of the thesis I survey the knowledge and attitudes to alcohol consumption during pregnancy through the sample of women, living in the Bruntál district.

## **Keywords**

Alcohol, ethanol, alcohol consumption, drinking, pregnancy, addiction, alcoholism, fetal alcohol syndrome, prevention, alcohol exposed pregnancy

## OBSAH

### Abstrakt

### Abstract

Úvod .....	7
------------	---

## TEORETICKÁ ČÁST

<b>1 Alkohol .....</b>	<b>9</b>
1.1 Vymezení základních pojmů .....	9
1.2 Působení alkoholu na lidský organismus .....	10
1.3 Historie užívání alkoholu .....	12
1.4 Pohled současné společnosti na problematiku konzumace alkoholu .....	13
<b>2 Ženy a alkohol.....</b>	<b>16</b>
2.1 Ženské vs. mužské pití.....	16
2.2 Problematika ženské alkoholové závislosti.....	17
2.2.1 Úvodní terminologie k problematice alkoholové závislosti .....	19
2.2.2 Faktory vzniku alkoholové závislosti .....	22
2.2.3 Vývojová stadia alkoholové závislosti.....	24
2.2.4 Typologie alkoholové závislosti.....	25
2.2.5 Vnější znaky alkoholové závislosti.....	26
2.3 Alkohol a ženská sexualita.....	30
2.4 Alkohol v jednotlivých fázích života ženy.....	32
2.4.1 Dětský věk a adolescence.....	32
2.4.2 Raná a střední dospělost.....	33
2.4.3 Starší dospělost a seniorský věk.....	34
2.5 Společná konzumace alkoholu v partnerství .....	35
<b>3 Alkohol a těhotenství.....</b>	<b>37</b>
3.1 Konzumace alkoholu v těhotenství.....	37
3.2 Vliv alkoholu na vývoj plodu .....	39

3.3 Abstinenční syndrom novorozence .....	40
3.4 Poruchy fetálního alkoholového spektra .....	41
3.5 Fetální alkoholový syndrom .....	42
<b>4 Prevence .....</b>	<b>46</b>
4.1 Prevence vzniku a rozvoje alkoholové závislosti .....	46
4.2 Prevence AEP a FASD .....	47
4.3 Prevence těhotenství ovlivněných alkoholem v České republice .....	48
4.4 Prevence AEP v zahraničí .....	49
<b>Shrnutí teoretické části .....</b>	<b>51</b>
<b>PRAKTICKÁ ČÁST</b>	
<b>5 Fáze výzkumu .....</b>	<b>52</b>
5.1 Vymezení oblasti výzkumu .....	52
5.2 Definování výzkumného problému .....	52
5.3 Hlavní a dílčí cíle výzkumu .....	53
5.4 Stanovení hypotéz .....	53
5.5 Charakteristika a výběr vzorku respondentů .....	55
5.6 Metody sběru dat .....	55
5.7 Analýza dat .....	56
5.8 Ověření či vyvrácení stanovených hypotéz .....	78
<b>6 Diskuse .....</b>	<b>90</b>
<b>Závěr .....</b>	<b>92</b>
<b>Seznam použitých zdrojů .....</b>	<b>94</b>
<b>Seznam příloh .....</b>	<b>103</b>

## Úvod

Alkohol je součástí života společnosti již tisíce let. Lidé konzumují alkoholické nápoje napříč národy, kulturami i věkovými skupinami. Alkohol pijí muži i ženy. Negativní dopady konzumace alkoholu byly z historického hlediska povětšinou zlehčovány, ignorovány, případně zůstaly nerozpoznány. V polovině 20. století došlo k průlomům v oblasti studia a výzkumu alkoholu, alkoholismu, prevence alkoholové závislosti i její léčby. Velkou zásluhu na tom měl český psychiatr doc. MUDr. Jaroslav Skála. V roce 1948 založil v Praze první oddělení pro léčbu závislosti na alkoholu. Inicioval vytvoření prvních záchytných stanic na světě, spolupodílel se na zformování celé řady léčebných komunit. Stál u zrodu nového vědního oboru medicíny – adiktologie. Celý život pracoval na komplexním léčebném programu, který se stal významným zdrojem znalostí a praktických zkušeností i v zahraničí.

Specifickou oblastí rizikového užívání alkoholu a alkoholové závislosti je problematika vztahu žen k alkoholu. Dostupná výzkumná šetření prokazují, že v posledních letech průměrná spotřeba alkoholu mezi mladými ženami konstantě narůstá. Zvyšuje se rovněž poměrné zastoupení žen s alkoholovou závislostí ve společnosti. Nevyhnutelně tak dochází k vzájemné korelaci konzumace alkoholu a dobou mateřství. Nejkritičtějším obdobím z hlediska negativních dopadů užívání alkoholu je pak raná fáze mateřství. Tato fáze zahrnuje celé období gravidity, porod, dobu šestinedělí a kojení. Alkohol může mít devastující vliv na fyzické i psychické zdraví dítěte, na vztah matka – dítě, ale také následné socio-ekonomické zařazení dítěte do společnosti. I přes tato varovná zjištění je zájem odborné veřejnosti o problematiku užívání alkoholu v době mateřství stále pouze okrajový. S tím souvisí nedostatky v oblasti preventivní intervence u dívek a žen ve fertilní fázi života, ale také v oblasti léčebných či poradenských služeb pro těhotné ženy, závislé na alkoholu.

V současnosti existuje pouze omezené množství relevantních dat týkajících se výše zmíněné problematiky. Základními zdroji pro diplomovou práci jsou zprávy z výzkumů, prováděných převážně v zámoří. Průkopníky v této oblasti jsou zejména Spojené státy americké, Kanada, Austrálie či Nový Zéland.

Hlavním cílem první části diplomové práce je vytvoření dostatečné teoretické opory pro praktický výzkum.

Dílčí cíle teoretické části:

- Shrnutí dosavadních informací a znalostí týkající se alkoholu, vlivu alkoholu na člověka.
- Vymezení historického pozadí problematiky konzumace alkoholu ve společnosti.
- Definování specifík ženské konzumace alkoholu.
- Objasnění možných rizik a důsledků užívání alkoholu v průběhu těhotenství.
- Představení vybraných možností prevence konzumace alkoholu v České republice a v zahraničí.

Cílem praktické části diplomové práce je s využitím dotazníkového šetření získat údaje o postoji žen k pití alkoholu během těhotenství a zjistit úroveň jejich informovanosti z oblasti škodlivých účinků alkoholu na průběh těhotenství či na vývoj plodu.



# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Alkohol

V úvodní kapitole teoretické části se věnuji obecným informacím, které úzce souvisí s problematikou alkoholu a alkoholických látek. Vymezím základní termíny a pojmy, zmíním klíčové vlivy alkoholu na lidský organismus, ve zkratce uvedu historické pozadí užívání alkoholických nápojů. V závěru kapitoly se pak věnuji pohledu současné společnosti na konzumaci alkoholu.

### 1.1 Vymezení základních pojmů

Historie pojmu „alkohol“ lze vysledovat až k arabskému slovu al-ka-hal, což se dá přeložit jako zvláštní, jemná látka. V současnosti je slovo „alkohol“ chápáno převážně jako látka, která je součástí alkoholických nápojů. Z chemického hlediska je však správné používat název „etylalkohol“, respektive „etanol“. „Alkohol“ je používán pouze k označení skupiny chemických látek, mezi které se etanol přiřazuje. Jednou z nejjednodušších látek ve skupině alkoholů je takzvaný metanol, který je základní složkou denaturovaného lihu. Metanol je vysoce toxickou látkou, někdy bývá znám také pod označením „dřevěný líh“ (Edwards 2004).

Etanol se dá charakterizovat jako jednoduchá přírodní látka, která vzniká kvašením cukrů. Tento proces však probíhá pouze do koncentrace 14–18 %, při vyšší koncentraci začnou vlivem alkoholu kvasinky odumírat (Kvaplík a kol. 1985). Alkohol však lze vyrobit také synteticky. Přípravuje se katalytickou hydratací ethenu, případně také katalytickou hydrogenací acetaldehydu. Alkohol, vyrobený těmito metodami, je kvalitnější, obsahuje méně nečistot. Za pomoci speciálních destilačních zařízení je možné vyrobit alkohol, který obsahuje více než 95 % ethanolu. Ten je pak nazýván „absolutní“ (Skála a kol. 1987). Chemický vzorec alkoholu je  $C_2H_5OH$ . Alkohol je při pokojové teplotě bezbarvá tekutina, která se velmi snadno rozpouští ve vodě. Jeho jednoduchá struktura umožňuje rychlý průnik do tkání. V lipidech se alkohol rozpouští jen z části, tento proces lze najít zejména u reakce alkoholu s lipidy v buněčných membránách (Edwards 2004).

Z hlediska klinické adiktologie lze alkohol přiřadit do skupiny psychotropních látek. To znamená, že má schopnost měnit prožívání toho, co člověk prožívá, co vidí. Společně s barbituráty, opiáty a těkavými látkami tvoří skupinu takzvaných tlumivých

látek. Ty zpomalují psychomotorické tempo. Podle dávkování může dojít ke zklidnění, ale také k navození spánku, kómatu, případně celkové zástavě životních funkcí. Společně s nikotinem pak alkohol patří mezi legální drogy (Kalina a kol. 2015).

Legislativně je v České republice konzumace alkoholu upravena zákonem č.65/2017 Sb. ze dne 19.ledna 2017 o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek. Pojmem „alkoholické nápoje“ se dle tohoto zákona označují všechny nápoje, které obsahují více 0,5 objemových procent ethanolu. Prodej a také podávání alkoholických nápojů je omezen na místa k tomu určená. Prodejci jsou pak ukládána přísná pravidla pro prodej i podávání těchto nápojů. Zákon taktéž umožňuje obcím pomocí závazných vyhlášek dále upravovat a konkretizovat omezení pro konzumaci alkoholických nápojů (Zákon č. 65/2017 Sb.).

Skála (1988) uvádí, že podle způsobu výroby se alkoholické nápoje dělí v zásadě na tři druhy: na piva, vína a koncentráty. Piva by měla obsahovat 1,5 až 5% alkoholu, vína 7–18 % a koncentráty neboli lihoviny 22,5 a více % alkoholu.

Pojem opilost se užívá jako popis stavu alkoholového opojení. Podle množství etanolu v krvi se opilost rozděluje do čtyř stádií: lehká opilost, opilost střední, těžká opilost a těžká intoxikace se ztrátou vědomí (Kalina a kol. 2015).

Pojem intoxikace alkoholem označuje otravu. Jde o velmi nebezpečný stav, který může končit ve vážných případech také úmrtím člověka (Kunda 1988).

## **1.2 Vliv alkoholu na lidský organismus**

Etanol se v lidském organismu může vyskytovat zcela přirozeně, není nutná jeho přímá konzumace. Různou hladinu tohoto etanolu ovlivňuje fermentace ve střevech. Proto může po jídle mírně stoupnout. Hladina tohoto etanolu je měřitelná v krvi, u zdravého člověka by však neměla přesáhnout hodnotu 0,04 g/l (Skála a kol. 1987).

Skála (1988) rovněž upozorňuje, že vyšší množství alkoholu se do organismu může dostat pouze přímou konzumací. Vyvrací tím mýtus o tom, že se lze opít samotným dýcháním v prostředí nasyceném alkoholovými výpary. Dechem, případně kůží lze vstřebat alkohol pouze v nepatrném množství.

Vliv alkoholu na organismus, stejně tak jeho rychlost vstřebávání, absorpci a eliminaci ovlivňuje řada faktorů jako například celkový zdravotní stav konkrétního člověka, rozdíly ve fungování organismu, druh alkoholického nápoje, nebo příjem potravy před a během konzumace alkoholu. Ke vstřebávání alkoholu začíná docházet až v žaludku, ústní sliznicí se alkohol do těla nevstřebává. Největší množství – až 80 % se však vstřebá až

sliznicí tenkého střeva (Kalina a kol. 2015). Poté alkohol rychle a rovnoměrně proniká do všech tělních tekutin a všech orgánů. Začíná ovlivňovat funkci vylučovací soustavy. Snižuje se produkce antidiuretického hormonu v důsledku působení etanolu. Na nedostatek tohoto hormonu reagují ledviny nedostatečnou reabsorpcí vody z krve. Tělo tak vylučuje zvýšený objem tekutin. Dochází ke snížení hladiny draslíku, sodíku, vápníku, zinku, fosforu a manganu. Jedinec je stále více žíznivý, což může povzbudit další craving (bažení) po větším množství alkoholu. (Kvapilík a kol. 1985).

Účinek psychotropních látek závisí na koncentraci etanolu v krvi. V **prvním stadiu** opilosti, takzvané „lehké opilosti“ se hladina etanolu v krvi drží do 1,5 g/l. U konzumenta dochází ke zlepšení nálady, ustupují úzkosti a únava. Narůstá pocit sebevědomí, člověku se zdá, že je plný energie. Bývá sdílný, snadněji navazuje sociální kontakty. Může docházet ke zvýšení sexuálního libida. **Druhé stadium** se někdy uvádí také pod názvem „opilost středního stupně“. Hladina etanolu v krvi se pohybuje od 1,6 do 2,0 g/l. Dochází k narušení rovnováhy, člověk při chůzi vrávorá, zvyšuje se riziko úrazu v důsledku pádu. Piják ztrácí schopnost sebekritiky, chování je impulzivní, má problémy s koordinací řeči. Zpomaluje se schopnost učení, je narušena všípivost a vybavování paměťových stop. Negativní vliv má etanol také na smyslové vnímání. Porušena je schopnost zaostřování, ale také rozlišování zrakových a sluchových podnětů (Kunda 1988).

U některých osob dochází ke zesílení pocitu agrese, deprese, či úzkosti. **Třetí stadium** je již těžká opilost. Projevuje se při hladinách 2,1-3,0 g/l etanolu v krvi. Člověk je již dezorientovaný, zmatený, jen s obtížemi se udrží na nohou. Může dojít k poruchám dýchání či vědomí. Ve **čtvrtém stadiu**, při hodnotách nad 3,0 g/l etanolu v krvi, je jedinec nachází ve stavu těžké intoxikace. Je ohrožen na životě v důsledku zástavy dechu a krevního oběhu. Častým průvodním jevem je zvracení. Piják se cítí unavený, spavý. Může se dostat až do stavu úplného bezvědomí. (Kvapilík a kol. 1985).

Eliminace, nebo také vylučování alkoholu z těla je nestálé a kolísá v závislosti na vnitřních i vnějších vlivech. Průměrné množství vyloučeného alkoholu se dá vyjádřit snížením hladiny alkoholu v krvi za jednu hodinu. Hodnota tohoto průměru se pohybuje v rozmezí od 0,12 do 0,18 promile. Eliminace alkoholu nelze ovlivnit ani pomocí zvýšené fyzické zátěže, ani pomocí léků (Skála 1988). Alkohol je v organismu odbouráván převážně v játrech. Na jejich detoxikační funkci tedy závisí trvání účinku etanolu na biologické i psychické funkce jedince. Odbourávání etanolu v játrech má přednost oproti ostatním důležitým biologickým pochodům. Důsledkem čehož je vznik řady negativních metabolických jevů (Kvapilík a kol. 1985).

### 1.3 Historie užívání alkoholu

Alkohol společně se stavem opilosti je lidstvu znám již po tisíce let. Edwards (2004) uvádí, že téměř v každém jazyce lze vysledovat výrazy pro opilost. Již archeologické nálezy z prehistorického období, z dob lovců a sběračů, dokazují znalost účinků zkvašeného ovoce. Na keramických střepích, u kterých je stáří datováno do doby před devíti tisíci lety, byly objeveny stopy po alkoholickém nápoji z medu.

První nálezy, které svědčí o existenci alkoholu ve formě vína, jsou staré až osm tisíc let. V egyptských hrobkách z dob faraonů byly nalezeny mimo jiné nádoby na víno. Na Středním a Blízkém Východě používaly starověké národy suroviny s obsahem cukru pro výrobu kvašených nápojů. Jednou z nejvýznamnějších surovin byl med, dále pak obiloviny a ovoce. (Sournia 1999). V dobách starověkého Řecka byla zpočátku nejužívanějším alkoholickým nápojem medovina, později pak víno.

Z období šestého století před naším letopočtem již existuje větší množství informací o tehdejších trendech v konzumaci alkoholických nápojů. Zmínky lze nalézt také v poznámkách Platóna. Ten se ve svých spisech věnuje umění správného pití alkoholu. (Sournia 1999). Symbolika konzumace vína se z Řecka rozšířila postupně mezi další národy. Na přelomu letopočtu již téměř veškeré civilizace znali tajemství kvašených nápojů.

Alkohol byl také často spojen s mnoha rituály v rozličných náboženstvích. V křesťanství se z vína stal symbol krve, Ježíš prostřednictvím proměny vody ve víno dokázal, že je synem Božím a získal si tak víru svých následovníků. Alkohol hrál roli také v případech přijímání svátosti. Tento rituál definoval, kdo je a kdo není pravým křesťanem (Tichý 2003).

Při náboženských obřadech se alkohol konzumoval také v oblasti Jižní Ameriky. Již civilizace Olméků vyráběla alkohol kvašením kukuřice, později se výroba alkoholu předávala po dál. Mayská civilizace, ale také Toltékové a Aztékové zařazovali do svých náboženských rituálů alkohol. Mexičtí indiáni používali pivo, vařené z kaktusů (Harari 2011).

Zatímco víno dosáhlo největšího rozkvětu v oblasti Řecka a Říma, první zmínky o pivu pochází ze Sumerské říše, Mezopotámii a Egypta. V sumerských textech se objevují záznamy o nestřídmé konzumaci alkoholických nápojů. Jedním z prvních záznamů je zmínka v Eposu o Gilgamešovi z třetího tisíciletí před naším letopočtem. V Sumeru v období starověku patřilo pivo k běžnému životu všech sociálních vrstev. Každý Sumeran měl nárok na přiděl piva dle svého postavení a práci, kterou vykonával. Pivo se díky své

velké oblibě brzy stal cenným vývozním artiklem, jeho rozšíření v Evropě ale nebylo z počátku jednoduché. Pivo bylo považováno za nápoj pohanů a církve uvažovala o zákazu jeho konzumace. Nakonec však ustoupila, a dokonce převzala přední postavení v obchodu s pivem, které vařili mniši v kláštorech.

Mezitím došlo v Evropě k rychlému rozvoji vinařství. V následujících staletích se víno stalo velice oblíbeným obchodním artiklem. Šlechtily se nové odrůdy vinné révy, šlechta i církve na svých vinicích vydělávala (Sournia 1999).

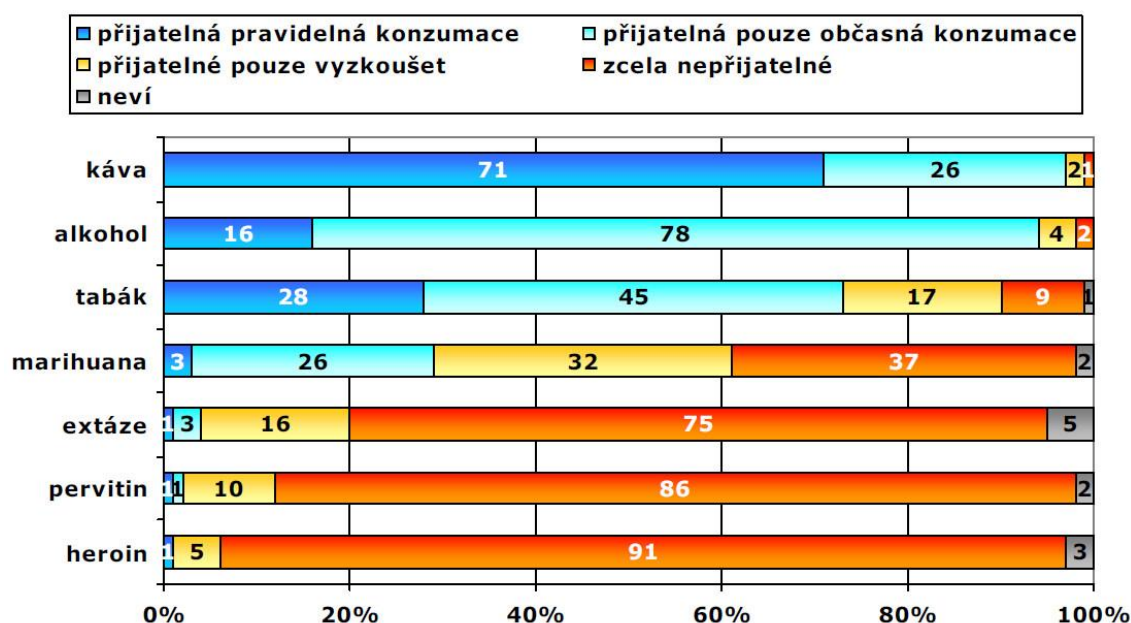
Alkohol ve všech možných podobách se velmi rychle rozšířil po celém světě. A to i přes to, že se v některých oblastech za jeho konzumaci udělovaly velmi přísné tresty. Například ve starověké Číně za pití alkoholu dával až trest smrti. V moderní historii lze zmínit prohibici ve Spojených Státech Amerických ve dvacátých letech dvacátého století, kde se za prodej a konzumaci alkoholu udělovaly velké pokuty a tresty odnětí svobody. Tento zákaz však neodvratitelně vedl k rozkvětu nelegálního obchodu a nárůstu kriminality. Nakonec všechny státy od úplného zákazu upustily a přistoupilo se ve většině z nich pouze k regulaci prodeje a konzumace alkoholických nápojů (Bandinelli 1996). V současnosti existuje jen několik málo izolovaných skupin indiánů, kteří alkohol dosud neznají.

#### **1.4 Pohled současné společnosti na problematiku konzumace alkoholu**

V současné společnosti se alkohol zdá být všudypřítomný. Běžný občan České republiky starší osmnácti let má ve své podstatě neomezené možnosti, jak si žádaný nápoj sehnat. V každém obchodě s potravinami, v každém restauračním zařízení, v kavárnách, trafikách, nádražních bufetech, všude je k dostání rozličné množství druhů alkoholických nápojů v různých cenových relacích, což jej dělá snadno dostupným pro všechny společenské vrstvy. Žádná společenská událost, ať už jde o plesy, hasičské závody, oslavy narozenin, svatby, stavění májky, ale také například oslavy svátku Velikonoc, Silvestra, Vánoc, žádná taková událost se ve většině případů neobejde bez možnosti konzumace alkoholických nápojů. Většinová společnost občasnou konzumaci alkoholu toleruje. Podle výzkumu „Naše společnost“ z roku 2019, jehož realizátorem bylo Centrum pro výzkum veřejného mínění, Sociologický ústav AV ČR, a kterého se zúčastnilo 1026 respondentů starších 15 let vyplývá, že 16 % respondentů považuje za přijatelnou pravidelnou konzumaci alkoholu, občasná konzumace je pak přijatelná pro dalších 78 %. To je zdaleka nejvíce v porovnání s postojem respondentů k jiným návykovým látkám s výjimkou pití kávy. Jako nepřijatelné označila pití alkoholu pouze 2 % všech

dotázaných účastníků výzkumu. Při podrobnější analýze je patrné, že existují významné rozdíly názorů na přijatelnost pravidelné konzumace alkoholu na základě pohlaví respondentů. Zatímco 24 % mužů považuje pravidelnou konzumaci za morálně přijatelnou, ženy mají stejný názor pouze u 12 % dotazovaných.

Obr. 1: Morální přijatelnost konzumace vybraných látek (%)



Zdroj: CVVM SOÚ AV ČR, Naše společnost 4.-14.5.2019, 1026 respondentů starších 15 let, osobní rozhovor.

Česká republika již dlouhodobě obsazuje jedno z prvních míst v mezinárodních statistikách, které se týkají spotřeby alkoholu. Zatím co ve většině vyspělých zemí dochází ke snižování spotřeby alkoholu v poměru na jednoho občana, v České republice je tomu naopak. Státní zdravotní ústav zveřejnil ve své zprávě data za rok 2020, z nichž vyplývá, že průměrná roční spotřeba čistého lihu činí 8,0 litrů na osobu. Tato hodnota je nejvyšší za poslední tři roky. Nejvyšší spotřeba alkoholu se týká věkové skupiny 45 až 64 let. Zároveň je z výzkumu zřejmé, že muži mají spotřebu alkoholu více než dvojnásobnou oproti ženám (Csémy a kol. 2021). Vysoká spotřeba alkoholu vede nejen k rozvoji závislosti, ale má také dopad na vznik dalších více či méně závažných onemocnění. V posledních letech lze vysledovat trend zvýšeného výskytu onemocnění, způsobených nadměrnou konzumací alkoholu převážně u ženské části populace. Například alkoholické onemocnění jater se řadí na druhé místo příčin úmrtí u žen ve věku 20–54 let, hned za rakovinou prsu (Hnilicová a Dobiášová 2018).

V posledních dvou letech byl nárůst spotřeby alkoholu ještě výraznější. Důvodem je extrémní situace kolem pandemie Covid-19, zavedení opatření určená k omezení šíření viru, lockdowny, práce z domova, uzavření škol. V průzkumu Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra ČR z období dubna 2020, který byl proveden online agenturou IPSOS Instant Research na vzorku 1649 respondentů, se ukázalo, že všechna tato opatření jsou klíčovým faktorem pro zvýšenou konzumaci alkoholu. 18 % dotazovaných uvedlo, že během nouzového stavu konzumovalo více alkoholu než dříve. Došlo také k nárůstu ve frekvenci i množství konzumace alkoholických nápojů. Zároveň z průzkumu vyplynulo, že největší dopad proticovidových opatření na konzumaci většího množství alkoholu došlo u respondentů ve věkové skupině 27–35 let.

Reálná čísla pijáků alkoholu jsou však pravděpodobně ještě vyšší. Respondenti často svou konzumaci v průzkumných šetřeních podhodnocují a jen velmi malá část osob, které se potýkají s problémovým užíváním alkoholických nápojů vyhledá odbornou pomoc (Hnilicová a Dobiášová 2020).

## 2 Ženy a alkohol

*„Dobrá žena buď pije nebo nalévá.“*

Miroslav Horníček

### 2.1 Ženské vs. mužské pití

Ve vztahu k závislostem a k jednání, které může vést k rozvoji závislosti, jsou ženy obvykle zdrženlivější. Intuitivně reagují na charakteristické příznaky počínajícího abúzu. Mívají také větší pud sebezáchovy než muži. Zároveň je však zřejmé, že ženy vyhledávají odbornou pomoc později, v pokročilejších stádiích závislosti než muži. Mívají větší zábrany, nerady sdělují své problémy někomu dalšímu. Pociťují stud ze selhání. Dávají přednost diskretnějším formám pomoci – krátkým, nejlépe anonymním intervencím. Záleží jim na názorech, které si na ně vytvořilo jejich nejbližší okolí. Na rozdíl od mužů, ženy alkoholičky většinou preferují pití o samotě, alkohol schovávají, svůj problém bagatelizují, bojí se odsouzení a zavržení (Nešpor 2018).

Jolene Sanders (2009) upozorňuje, že dopady alkoholové závislosti na organismus jsou u žen výrazně závažnější než u mužů. Obecně začínají ženy s rizikovým pitím v pozdějším věku než muži, avšak v důsledku fyziologických odlišností se rychleji dostávají do stádia opilosti, rychleji spadnou do závislosti a rychleji u nich dochází k rozvoji onemocnění spojených s alkoholem. Muži a ženy tedy obvykle vyhledají pomoc a přihlásí se na léčení přibližně ve stejném věku. Ženské tělo obsahuje v průměru vyšší obsah tuku a nižší obsah vody. Alkohol tak proniká do organismu ženy snadněji, rychleji a v koncentrovanějším stavu. V těle tak působí více okamžitých poškození. Výzkumy naznačují, že stačí jedna sklenička vína denně, aby došlo ke zvýšení rizika rakoviny prsu. Riziko je ještě vyšší v případě, je-li žena po menopauze, nebo se toto závažné onemocnění objevuje v rodinné anamnéze (Allen a kol. 2009). Varující je zjištění, že žena alkoholička má 50 až 100krát větší šanci, že zemře v důsledku své závislosti než muž alkoholik.

Rovněž dopady na psychiku bývají závažnější u závislých žen než u mužů. Až 25 % žen, které vyhledají protialkoholní léčbu, jsou již léčeny s úzkostmi, depresemi, či jiným psychickým onemocněním a alkoholismus tak představuje „pouze“ sekundární problém. Dlouhodobá intoxikace však vede ke zhoršení celkového psychického stavu a výrazně přispívá k rozvoji nových psychóz (Sanders 2009).

Vliv alkoholu na produkci hormonů je již velmi dobře zmapován (Skála 1987). Pouze několik málo výzkumů se však zabývá problematikou vlivu hormonů na konzumaci



alkoholu. S celosvětovým problémem nárůstu zastoupení žen alkoholiček ve společnosti souvisí potřeba zhodnotit vliv menstruačního cyklu na alkoholový craving. V prvních fázích výzkumů čelili odborníci problému přesného určení jednotlivých menstruačních fází v závislosti na hladinu hormonů estrogenu a progesteronu v organismu. Další limitací se ukázal nedostatečný počet účastnic výzkumu a spoléhání na jejich pravdomluvnost a pečlivost při sebe-monitorování konzumace alkoholických nápojů. Proto se v počátcích jevíly výsledky neprůkazné a nekonzistentní (Gill 1997). Až v počátcích nového tisíciletí došlo k rozsáhlejšímu výzkumu v kontrolovaných laboratorních podmínkách (Epstein a kol. 2006).

Ze získaných výsledků vyplývá, že intenzita a frekvence konzumace alkoholu je u žen ve fázi „sociálního pití“ mnohem více ovlivněna hormony, než je tomu u mužů. Craving (bažení) a samotné pití je závislé na fázi menstruačního cyklu. Nejsilnější touhu po alkoholu ženy obvykle cítily v luteální neboli premenstruační fázi cyklu. Craving je tím silnější, čím intenzivněji žena prožívá premenstruační syndrom (Evans 2011).

Rozdíly mezi mužskou a ženskou alkoholovou závislostí se nevztahují pouze k příčinám vzniku, průběhu a dopadu alkoholismu na každého konkrétního jednotlivce, ale projevují se také odlišnostmi v průběhu léčby a doléčování (Heller a Pecinová 2011). Ženy v začátcích léčby často nespolupracují. V případě, že žena zvládá i přes častou konzumaci alkoholu dostatečně zajistit chod domácnosti, bývá její závislost z velké části ignorována nebo nepovšimnuta okolím. Žena se tak propíjí do pokročilejších fází alkoholismu a k ústavní léčbě tak nastupuje obecně v závažnějším stavu než muž alkoholik. V průběhu léčby jsou však často ženy schopny většího náhledu na celkovou situaci a na rozdíl od mužů si začínají rychleji přiznávat nutnost trvalé abstinence. V individuálních formách terapie vykazují lepší výsledky ženy, také v doléčovacích programech jsou to většinou ženy, kdo je ochoten dále investovat svůj čas a úsilí pro stabilní výsledky léčby (Heller a Pecinová 2011).

## **2.2 Problematika ženské alkoholové závislosti**

*„Nic nezavinilo tolik starostí, tolik chorob a bídy jako požívání alkoholu.“*

Charles Darwin

Ženský alkoholismus byl po dlouhou dobu opomíjen a v horším případě tabuizován. Přesto je zřejmé, že se ženy stávaly závislými již od dob, kdy se stal alkohol společníkem

člověka na jeho cestě historií. Přístup žen k alkoholu přímo závisel na jejich společenském postavení, právech a kontrolou nad vlastními životy. Počátkem dvacátého století se ženám začínají otevírat do té doby zcela nové možnosti. Dochází k významným změnám ve smyslu emancipace, feminismu, sebeuvědomění, možnosti získat vyšší vzdělání a budovat vlastní kariéru. Uvádí se, že před první světovou válkou byl poměr žen, které se potýkaly s nadměrnou konzumací alkoholu vůči mužům 1:20 (Pešek 2018). Po válce jsou ženy postaveny před následky tohoto celosvětového konfliktu, ekonomickými, společenskými i kulturními. V návaznosti na tyto zásadní změny dochází v meziválečné době k prudkému nárůstu závislých žen. Z dobových pramenů lze najít vysvětlení, že ženy takto selhávají ve svých rolích manželky a matky, protože mají lepší přístup k penězům a chybí jim přísnější dozor mužů (Heller a Pecinová 2011).

Odlišný pohled na alkoholismus mužů a žen přetrvává ještě po další desetiletí. V odborných publikacích z 60., 70. let lze najít pouze zmínky o vztahu žen k alkoholu. V osmdesátých letech postupně dochází ke změně. Vědecká obec je nucena reagovat na stále se zvyšující poměr žen alkoholiček ve společnosti. Klíčové osobnosti, zabývající se v tehdejší Československu problematice alkoholismu, jako například doc. MUDr. Jaroslav Skála, CSc., MUDr. Karel Hampl, MUDr. Josef Kvapilík, MUDr. Stanislav Kunda, CSc. a další, začleňují ve svých publikacích celé kapitoly na toto téma.

V devadesátých let minulého století proběhla ve Spojených státech amerických řada průzkumů zaměřených výhradně na problematiku ženské alkoholové závislosti. Výsledky byly varující. Žen alkoholiček přibývá po celém světě nad očekávání rychle. Dlouhá desetiletí trvající ignorace, zlehčování a upozadování tohoto celospolečenského problému vedou k nepřipravenosti systému na všechny dopady, které závislost žen přináší. Naprostá většina léčebných a terapeutických metod je formována z mužské perspektivy. Také dobrovolnická skupina „Anonymních alkoholiků“ má ještě v devadesátých letech podobu převážně „mužského klubu“ (Sanders 2009). Zatímco v Americe dochází k určitému pokroku vlivem tlaku feministických hnutí, Evropa zůstává pozadu. Chybí relevantní výzkumy, konkrétní data.

Podle Kubincové (2011) byl poměr žen alkoholiček vůči mužům na přelomu tisíciletí již 1:3 stále ještě ve prospěch mužů. Tento poměr avšak nadále klesá. Z národního průzkumu užívání alkoholu v České republice (Csémy a kol. 2020) vyplývá, že žen ohrožených rizikovým či škodlivým pitím alkoholu je v současné společnosti již 14,6 %, oproti 19,3 % mužů.

Konstantní nezanedbatelný nárůst závislých žen si Nešpor (2018) vysvětluje propagací alkoholu prostřednictvím reklam v médiích. Reklamy jsou cílené speciálně na ženy. Nabídka takzvaných „ženských drinků“ je velmi bohatá a různorodá. Konzumace alkoholu ve společnosti kamarádek je ženám prezentována jako žádoucí a společensky přijatelný model chování.

### **2.2.1 Úvodní terminologie k problematice alkoholové závislosti**

V průběhu historie se pohled na požívání alkoholu měnil. Lidé si velice brzy všimli, že někteří pijáci vypadají, jako by ztratili nad pitím kontrolu. Opíjí se, kdykoli mají příležitost, pokračují s konzumací alkoholu i přes veškerý nátlak okolí. Původním vysvětlením pro toto chování byl morální úpadek, slabost, zbabělost. Nenapravitelní pijáci byli považováni za ty, co propadli hříchu, v extrémních případech za ty, kteří byli posedlí ďáblem (Edwards 2004).

První pokusy o uznání závislosti na alkoholu jako nemoci lze vysledovat až do poloviny 19. století. Mnoho lékařů si bylo schopno dát do souvislostí nezřízené pití alkoholu a následných zdravotních komplikací. Propagovali abstinenci a volali po hledání možností pomoci obětem této choroby. Církev a část odborné veřejnosti tuto teorii nepřijala a považovala ji pouze za způsob, jak omlouvat nepřijatelné chování pijáků.

K zásadní změně došlo až na počátku 20. století, kdy teorii, která chápala alkoholismus jako nemoc konečně přijala také širší odborná veřejnost. Úporné nezvladatelné pijáctví dostalo nový název – alkoholismus. Upustilo se od označování příznaků této nemoci pojmy jako například „opilství“ nebo „notorické pití“. Tato teorie se velmi brzy dostala do povědomí napříč vědními obory. Došlo k zakládání velkého spektra spolků, které se věnovaly problematice alkoholismu. Mezi první a nejvýznamnější patřili americké spolky Národní rada pro alkoholismus a Centrum pro alkoholové studie. Hledali příčiny vzniku této nemoci, analyzovali průběh a pátrali po efektivních možnostech léčby. Za jednoho z nejvýznamnějších průkopníků v oboru alkoholismu je považován Elvin Morton Jellinek (1890–1963). Svým výzkumem a publikovanými zjištěními ovlivňuje odborníky, zabývající se touto problematikou, dodnes (Kunda 1988).

V průběhu 20. a 21. století došlo k prudkému rozvoji farmakologie a s tím souvisejícím vznikem nových druhů drog. Některé z nich se následně velmi rychle rozšířily do celého světa. Obliba konkrétních drog stoupala a klesala v závislosti na místě, času, politické situaci, kulturních zvyklostech, či dostupnosti. V současnosti se počet rizikových uživatelů návykových látek neustále zvyšuje. Na tento trend vědecká

společnost nevyhnutelně reagovala vznikem oboru adiktologie, který se zabývá vzděláváním a přípravou odborníků pro práci s různorodou skupinou lidí, závislých na návykových látkách. Přesto se s problematikou závislosti lze setkat v mnoha dalších vědních disciplínách. Odborníci z oboru psychologie, psychiatrie, sociologie, ale také pedagogiky, filozofie, medicíny jsou postaveni do situace, kdy je alespoň základní orientace v oboru adiktologie nutností (Křížová 2021).

Široká skupina závislých osob zahrnuje všechny věkové skupiny, různé profese, odlišné ekonomické i sociální zařazení ve společnosti. V posledních letech se lze setkat u návykového chování a závislosti na nějaké formě drogy ve stále mladším věku. Není výjimkou, že k prvnímu setkání s drogou dochází již na základní škole. Varující skutečností je především snadná dostupnost těchto látek (Edwards 2000).

Návykové nemoci jsou v desáté revizi Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10 2021) rozděleny do tří částí. „*Duševní poruchy a poruchy chování, které jsou vyvolané užíváním nebo užitím psychoaktivních látek*“ tvoří první část. Jsou zde zahrnuty závislosti na psychoaktivních látkách jako alkohol, opioidy, kanabinoidy, sedativa, hypnotika, kokain, halucinogeny, tabák, organická rozpouštědla a jiné stimulanty. Statistickým kódem celé této skupiny je označení F10-19. Konkrétní psychoaktivní látky jsou pak dále označeny svými konkrétními kódy (F10-F18).

Do druhé skupiny návykových nemocí patří „*Duševní poruchy, které jsou způsobeny užitím látek, které nemají potenciál k vyvolání fyzické závislosti*“. Statistické označení skupiny je F50-59. Mezi látky, které nevyvolávají fyzickou závislost, ale mohou způsobit duševní poruchy spojené s jejich užíváním se zde uvádí vitaminy, antidepresiva, hormony, steroidy, laxativa, bylinné preparáty.

Třetí částí, uvedenou v MKN-10, která se zabývá návykovými nemocemi je oddíl „*Poruchy osobnosti a chování dospělých*“, označen statistickým kódem F60-69. Tato část zahrnuje behaviorální závislosti, například kleptomanií, pyromanií, patologické hráčství, závislost na internetu, mobilních telefonech, jídle, sexu, nakupování.

Syndrom závislosti nebo také závislost má definici v MKN-10 jasně formulovanou. Jejím statistickým kódem je F1x.2. Místo „x“ se pak před desetinnou tečkou doplňuje číselné označení konkrétní návykové látky.

Například syndrom závislosti na alkoholu lze označit kódem F10.2. Samotná definice pak syndrom závislosti popisuje jako „*skupinu fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž má užívání nějaké látky nebo třídy látek u daného jedince mnohem větší přednost před jiným jednáním, kterého si kdysi cenil více*“. Aby však mohlo

dojít k diagnostikování závislého jednání u konkrétního člověka, je dále nezbytné, aby během posledního roku splňoval alespoň tři kritéria, určená MKN-10:

- Silná a opakovaná touha užívat látku
- Potíže se sebekontrolou při užívání látky, ať už se jedná o začátek, ukončení případně o množství užívané látky
- Tělesný odvykací stav – jedná se o soubor příznaků, které v případě odnětí návykové látky působí na lidský organismus. Odvykací stav závisí od konkrétního druhu návykové látky. Látka je pak dále užívána pro zmírnění těchto příznaků a k zamezení vzniku odvykacího stavu.
- Vyžadování vyšších dávek, aby došlo ke stejnému účinku jako dříve při užívání nižších dávek látky. Tento stav je označován jako průkaz tolerance k účinku konkrétní látky.
- V průběhu užívání látky dochází postupně k omezování jiných zálib a zájmů, ve prospěch určité návykové látky. Zároveň dochází k prodlužování času, který jedinec tráví získáváním, užíváním látky a zotavováním se z jejího účinku.
- I přes nevyvratitelný důkaz o negativních zdravotních i psychosociálních dopadech užívání návykové látky, jedinec v jejím užívání pokračuje (Nešpor 2018)

Göhlert (2001) však ve své publikaci upozorňuje, že tato definice jen ztěží odpovídat na otázku, co to vlastně závislost je. Podle jeho názoru lze závislost popsat jako „stav, který začíná, vzdáme-li se perspektivy dosavadního života a droga utváří rozhodujícím způsobem náš všední den.“ (Göhlert a Kühn 2001, s. 11).

Podle páté revize Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM-5 2013) se všechny druhy závislostí zařazují do části nazvané „Poruchy spojené s užíváním látek a poruch se závislostí“. Návykové nemoci lze pak dále rozdělit do dvou skupin. Na poruchy užívání látek a na poruchy vyvolané užíváním látek. Poruchy užívání látek jsou děleny dle kritérií jako narušení kontroly, rizikové užívání, sociální narušení a farmakologická kritéria. Poruchy vyvolané užíváním látek se dělí na lehkou, středně těžkou a těžkou. Patří zde mimo jiné akutní intoxikace, depresivní poruchy, odvykací stavy, poruchy spánku, neurokognitivní poruchy (Křížová 2021).

V odborných publikacích se lze často setkat s pojmy „úzus“, „misúzus“ a „abúzus“. Termín „úzus“ vychází z latinského výrazu „usus“ neboli užití, zvyk, obyčej. V obecné rovině se „úzus“ používá jako popis ustáleného způsobu chování, jednání, činností.

V kontextu s problematikou alkoholové závislosti, lze úzus chápat jako mírné užívání alkoholických nápojů, případně využití alkoholu při přípravě pochutin. Při úzu nedochází ke konzumaci za účelem ovlivnění psychoaktivními účinky alkoholu. Hladina takto přijatelné konzumace alkoholu – přijatelné s ohledem na věk, pohlaví, hmotnost, zdravotní stav, vhodný čas, je vzhledem k vnitřním i vnějším faktorům pro každého člověka odlišná. Skála (1987) zdůrazňuje, že ne každá konzumace alkoholu znamená závislostní jednání, případně představuje riziko vzniku závislosti. Uvádí, že hladina alkoholu v krvi, by při úzu neměla být vyšší než 0,6 g/l.

Misúzus lze obecně chápat jako zneužívání látky, situace, času. Představuje tedy širší pojem zahrnující vše, co nespadá do definice úzu. V souvislosti s konzumací alkoholu se jedná o zneužívání této návykové látky v koncentraci, která poškozuje fyzické nebo psychické zdraví, znamená porušení zákona, případně představuje ohrožení zdraví ostatních osob. Příkladem může být řízení pod vlivem alkoholu, konzumace alkoholu během těhotenství, užívání alkoholu v souběhu s některými předepsanými léky (Křížová 2021).

Termín abúzus je v klinické adiktologii, medicíně i psychologii chápán jako nadměrné užívání, nadužívání. Skála (1987) ve své publikaci uvádí, že abúzus může mít charakter periodické, systematické činnosti, ale také může být pouze občasný v pravidelně se opakujících intervalech. V souvislosti s konzumací alkoholu lze za jeden z charakteristických znaků abúzu považovat záměrnou, vědomou konzumace alkoholických nápojů za účelem vystavení se účinkům drogy.

### **2.2.2 Faktory vzniku alkoholové závislosti**

Závislost na alkoholu, ale také ostatní návykové nemoci nemají jen jednu příčinu. Skála (1988) uvádí, že nikdy nelze předem říct, kdo toho může kolik vypít, aby to nevedlo k rozvoji závislosti. Někteří lidé mohou pít bez problémů po celý život, zatím co u jiných dojde k vypěstování návyku. Problematikou faktorů, které mají vliv na vznik závislosti se stále zabývá velké množství odborníků. Hledají možné souvislosti, které by včas pomohly zacílit prevenci na rizikové skupiny. Proto lze v odborné literatuře nalézt různá dělení těchto rizikových faktorů. V zásadě se však dají rozdělit na faktory biologické a psychosociální.

Předpokladem biologického modelu je vznik závislosti na základě především biologických faktorů. Tyto faktory můžeme dále dělit na prenatální, perinatální a postnatální. Prenatální faktory zahrnují okolnosti během těhotenství – užívání léků,

závislost matky na drogách, alkoholu. Dalším důležitým mezníkem pro dítě jsou pak okolnosti kolem porodu – užití látek tlumících bolest. K postnatálním faktorům lze zařadit okolnosti časného psychomotorického vývoje dítěte jako například prodělaná onemocnění (Kuklová 2016).

V posledních letech došlo k velkému průlomů v pochopení vlivu genetiky na vznik pozdějších závislostí. Z provedených výzkumů jasně vyplynulo, že alkoholismus, je komplexní genetické onemocnění. Genetické faktory mají vliv nejen na riziko vzniku, na úroveň konzumace alkoholu, ale také na vznik přidružených onemocnění spojených s užíváním alkoholu. Žádný konkrétní „gen alkoholismu“, který by zaručil rozvoj tohoto onemocnění však neexistuje (Edenberg a Foroud 2013).

Z výsledků výzkumů je patrné, že genetické faktory se podílejí na vzniku závislosti zhruba v 31 %. Zbytek lze přičíst vlivu rodiny nebo prostředí (Sadock a Ruiz 2017).

Teorie o vlivu psychologických faktorů na vznik závislostního chování uvádí, že závislost je přímým důsledkem schopnosti jedince učit se a adaptovat na změnu podmínek. Člověk se může stát alkoholikem, užívá-li alkohol dlouhodobě a ve velkém množství. V prostředí, které je tolerantnější ke konzumaci alkoholických nápojů a kde je alkohol dostupnější, riziko vzniku závislosti se úměrně zvyšuje (Fischer a Škoda 2014). Stejně tak jedinci, u kterých konzumace alkoholu vyvolává silný pocit euforie, častěji spadnou do závislosti. Lidé, kteří se potýkají se zármutkem, depresí, labilitou, čelí ztrátě milované osoby, prochází existencionální krizí, lidé, kteří užívají alkohol k potlačení takovýchto negativních pocitů v sobě velmi snadno vytváří návyk na psychotropní účinky etanolu (Skála a kol. 1987).

Fischer a Škoda (2014) uvádí, že významným faktorem pro vznik závislosti mají také osobnostní rysy člověka. Rizikovým je jedinec, který má zvýšenou potřebu vyhledávat nebezpečné činnosti, touhu po dobrodružství, projevuje se takzvanou „závislostí na adrenalinu“ a zároveň je méně vnímavý k zdraví či život ohrožujícím situacím. Rovněž jedinci s poruchou osobnosti či jiným psychickým onemocněním projevují vyšší tendenci k závislosti.

Jedním z klíčových sociálních faktorů, které mají vliv na rozvoj závislostního chování patří situace v rodině. Mezi rizikové okolnosti lze uvést například závislost jednoho nebo obou rodičů, násilí v rodině, ztráta rodiče, nedostatečné zázemí, syndrom zneužívaného dítěte. Je zřejmé, že pro zdravý vývoj dítěte je nepostradatelný harmonický domov, podpora v krizových situacích, dostatečné uspokojování potřeb dítěte (Kuklová 2016).

Fischer a Škoda (2014) upozorňují na nezanedbatelný vliv skupiny a prostředí. Zařazení člověka do určité společenské třídy, do profesní skupiny, sociální nerovnost, dysfunkční prostředí, celková socioekonomická situace, to vše hraje významnou roli v rozvoji závislostního chování.

### **2.2.3 Vývojová stadia alkoholové závislosti**

Rozvoj závislosti na alkoholu představuje proces, který popsal ve své přelomové publikaci již E. M. Jellinek v 60. letech minulého století. Klinický obraz alkoholismu rozdělil na čtyři fáze. Toto dělení se užívá až do současnosti (Fischer a Škoda 2014).

#### *1. Počáteční, předalkoholické stadium*

- jedinec užívá alkohol pro jeho psychoaktivní účinky. Pití mu pomáhá ulevovat od problémů, přináší mu pocit dobré nálady. Průvodním jevem počátečního stadia je zvyšování tolerance k účinkům drogy. Jedinec proto postupně zvyšuje množství konzumovaných alkoholických nápojů a také celkovou frekvenci pití. Jellinek tuto fázi dále dělí na příležitostné a pravidelné pití. Kunda (1988) uvádí, že rozdíl mezi občasným a později pravidelným kontaktem s drogou je pouze kvantitativní. Psychotropní působení alkoholu v začátcích jeho konzumace téměř splývá se společensko-situačními okolnostmi. Je proto důležité, uvažovat o této fázi především ze sociálního a sociopatologického hlediska.

#### *2. Varovné stadium*

- druhé stadium vývoje alkoholové závislosti se nazývá prodromální nebo také varovné. Tolerance k alkoholu se nadále zvyšuje. Piják konzumuje stále větší objem alkoholu. Začíná však již pociťovat výčitky za stále narůstající potřebu po droze. Pije tajně, hltavě. Snaží se vyhýbat zmínce o alkoholu v konverzaci. Objevují se první palimpsesty neboli okénka (Kunda 1988).

#### *3. Rozhodné (krucální) stadium*

- jako důsledek časté konzumace, tolerance k alkoholu stále stoupá. Narůstá počet konfliktů způsobených vlivem drogy. Objevuje se násilnické jednání. Jedinec ztrácí nad pitím kontrolu. Téměř každou konzumaci alkoholu doprovází palimpsesty. Mění se základní osobnostní rysy. Piják se vzdává přátel, ztrácí zájem o své koníčky, zcela mění svůj hodnotový systém, graduje konflikty v rodině. Centrem zájmu jedince se stává alkohol (Fischer a Škoda 2014).



#### 4. Terminální stadium

- čtvrté, konečné stadium se v některých publikacích označuje jako chronická fáze vývoje závislosti. Má charakter syndromu závislosti. Křížová (2021, s. 42) označuje pijáka v tomto stadiu za „*bezmocného vůči alkoholu*“. Tolerance se snižuje, do stavu opilosti se piják dostává velmi snadno. Ke konzumaci dochází prakticky nepřetržitě. Jedinec je schopen pít cokoli, co obsahuje alkohol a s kýmkoli, kdo je ochoten pít také. Dochází k somatickému poškození vnitřních orgánů, které mohou v důsledku znamenat hospitalizaci jedince a jeho upoutání na lůžko. Bývá porušeno myšlení. Piják ztrácí přehled o chronologii událostí, zapomíná. Může dojít ke vzniku alkoholických psychóz – deprese, paranoia, halucinace, neuróza, dezorientace. U některých jedinců dochází k suicidálnímu jednání (Göhlert a Kühn 2001).

#### 2.2.4 Typologie alkoholové závislosti

Určit diagnózu alkoholové závislosti je složité a vyžaduje komplexní diagnostiku. K tomu slouží především klinická a laboratorní vyšetření. K posouzení psychického stavu jedince a sociálních dopadů konzumace alkoholu na něj se často využívají dotazníky, jako například test MAST nebo MALT (Skála a kol. 1987).

Klíčové body pro stanovení diagnózy lze shrnout do tří oblastí:

- zhodnocení abnormální konzumace, kvantitu i frekvenci
- zhodnocení abúzu
- zhodnocení dopadů na somatické i duševní zdraví a na interpersonální vztahy (Skála a kol. 1987).

Jellinek ve své publikaci „*The disease concept of alcoholism*“ z roku 1960 definuje pět typů závislosti na alkoholu:

1. typ alfa – označuje výhradně psychologickou závislost. Piják využívá účinky drogy pro občasné ulehčení od obtížných situací, vnitřní tenze, úzkostí. Frekvence a množství konzumovaného alkoholu již není v souladu se společenskými normami (Kunda 1988).

2. typ beta – jedná se o příležitostný abúzus. Na jeho vzniku se významnou měrou podílí sociokulturní okolnosti. Piják se nechce odlišovat od společenské skupiny jejíž je součástí. Typickým příkladem je „pití s partou“ o víkendech.

3. typ gama – někdy bývá také označován jako „anglosaský typ“. Nejčastější bývá u konzumentů piva a destilátů. Jedním z charakteristických znaků je narušení kontroly konzumace alkoholu. Postupně narůstá alkoholová tolerance, zvyšuje se proto množství

i frekvence pití. Může již docházet k psychickým i fyzickým poškozením (Kalina a kol. 2021).

4. typ delta – nedochází ke „ztrátě“ kontroly nad konzumací alkoholických nápojů, ale k neschopnosti abstinence. Tento typ bývá častější u konzumentů vína, někdy se mu proto říká „románský typ“. Skála (1988, s. 46) uvádí, že: „*nositel tohoto typu nemusí být nikdy opilý, ale také nikdy střízlivý.*“

5. typ epsilon – jedná se o epizodický abúzus. Často bývá doprovázen psychotickými poruchami. Mívá charakter několik dní i týdnů trvající intoxikace. Průběh bývá velmi dramatický, jedinec není schopen své pití kontrolovat nebo zastavit. Tyto epizody se občas střídají s obdobím úplné abstinence (Křížová 2021).

Jellinek (1960) upozornil, že jednotlivé typy závislosti se jako „čisté“ vyskytují zcela výjimečně. Ve většině případů se jedná o souběh dvou a více typů s dominantnějším vlivem jednoho z nich. Ve své publikaci rovněž zmiňuje další typy závislosti na alkoholu, které doporučil označit následujícími písmeny řecké abecedy. V současnosti je však stále dostačující dělení závislosti na původních pět typů (Kunda 1988).

### **2.2.5 Vnější znaky alkoholové závislosti**

Závislost na alkoholu má dopad na veškeré oblasti života člověka. Charakter, intenzita a závažnost důsledků alkoholismu je zcela individuální. Závisí na celkových bio-psycho-socio-spirituálních podmínkách každého konkrétního abúzera, na délce a typu závislosti. Zatímco některé změny mohou mít krátkodobý charakter a lze je zvrátit, jiné jsou dlouhodobé, trvalé a nevratné (Pešek 2018).

Důsledky alkoholové závislosti v podobě somatických a psychických změn bývají velmi závažné a nezdědka bývají příčinou úmrtí člověka. Část změn se však neprojeví okamžitě a piják si tak po dlouhou dobu neuvědomuje závažnost situace. Skála (1987, s. 53) upozorňuje, že etanol má negativní dopad na buněčnou imunitu člověka. Nejvýrazněji se to projevuje u virových i bakteriálních onemocnění jako chřipka, plicní tuberkulóza či venerická onemocnění. Dochází k reinfekcím, během léčby často dochází ke komplikacím.

V roce 2020 proběhl celosvětový průzkum, který se zabýval souvislostí konzumace alkoholu s rozvojem rakoviny. Jasně vyplynulo, že 4,1 % nově zjištěných případů rakoviny lze dát do spojitosti s konzumací alkoholu. Z toho tři čtvrtiny případů tvoří muži (Rumgay a kol. 2020). Z výzkumů lze dále vyvodit, že dlouhodobé nadměrné užívání alkoholu zvyšuje riziko vzniku rakoviny. Samotný etanol je relativně neškodný,

metabolickými procesy se však v těle mění na acetaldehyd, který je toxický a karcinogenní. Způsobuje poškození buněk na úrovni DNA a zároveň jim zabraňuje, aby se mohly samy opravit. Alkohol také podporuje produkci některých hormonů, například insulinu nebo estrogeneru. Nadprůměrná hladina těchto hormonů pak může způsobit nekontrolované dělení buněk a vést ke vzniku rakoviny. Vědci zjistili, že v tomto směru neexistuje bezpečná dávka. I konzumace velmi malého množství etanolu může mít vliv na rozvoj nádorového bujení. Je prokázáno, že alkohol zvyšuje riziko u sedmi typů rakoviny: rakoviny rtů a jazyka, hltanu, hrtanu, jícnu, žaludku, jater a prsu. U dalších typů rakoviny se souvislost s konzumací alkoholu předpokládá a v současnosti stále řada výzkumů, zaměřujících se na tuto problematiku, probíhá (Boffetta a kol. 2006).

Syndrom alkoholové závislosti má ve svých důsledcích velmi výrazný vliv na vznik a rozvoj nemocí trávicí soustavy. Často dochází k poškození peristaltiky, poruchám trávení, průjmům (Kalina a kol. 2021, s. 53). Při dlouhodobém nadužívání alkoholu dochází ke ztukovatění jater, objevují se dysregulace krevního cukru, vznikají adaptační reakce: zrychlená přeměna etanolu, zvýšení tvorby lipoproteinů, přecitlivělost na léčiva. U osob s dlouhodobou a vysokou spotřebou alkoholu může dojít k porušení normální struktury jater. Vzniká zánět, v místech zánětu se vytváří vazivo. Důsledkem pak bývá alkoholová cirhóza, takzvané tvrdnutí jater. Tento stav je nevratný a jeho prognóza je obvykle špatná (Kvapilík a kol. 1985). Alkoholová závislost je často příčinou narušení metabolismu minerálních látek v organismu, což vede k prořidnutí kostí (osteoporóze) a k celkové svalové ochablosti. Může docházet k poruchám funkcí srdce a oběhového systému. Častým průvodním jevem alkoholismu bývá narušení krvetvorby, anémie, poruchy endokrinního systému. Objevovat se mohou záškuby a křeče (Kalina a kol. 2021, s. 53).

S neurotoxickými účinky alkoholu je spojeno organické poškození nervového systému. Ke změnám dochází ve většině z mozkových struktur. To vede ke zhoršení kognitivních funkcí, narušení krátkodobé i dlouhodobé paměti. Nejčastějším projevem abúzu je takzvaný alkoholický tremor nebo také „ranní třesy“. Dochází ke třesu prstů, rukou, jazyka, rtů, v některých případech ke třesu celého těla. U osob závislých na alkoholu lze pozorovat mozkovou atrofii, ke které dochází již v raných stadii abúzu (Skála a kol. 1987).

Nadměrná a dlouhodobá konzumace alkoholu vede u obou pohlaví k problémům s plodností. U mužů dochází ke snížení hladiny testosteronu, v některých případech k atrofii varlat. Klesá potence a sexuální apetit. Spermie ztrácí pohyblivost. Tato situace

je ale reverzibilní a abstinencí lze upravit. U žen závislých na alkoholu dochází k narušení menstruačního cyklu i ztrátě menstruace (Heller a Pecinová 2011).

Pojem „alkoholické psychózy“ vyjadřuje úzkou souvislost závislosti na alkoholu se vznikem některých psychóz. Jedná se o důsledky chronické závislosti na psychiku jedince. Mezi nejčastější alkoholické psychózy patří **delirium tremens**. První zmínku o této psychóze lze nalézt už v odborných publikacích ze začátku devatenáctého století. Skála (1987, s. 68) uvádí, že k rozvoji delirium tremens dochází obvykle na vrcholu vývoje alkoholové závislosti. Touto psychózou trpí asi 15 % alkoholiků. Typickými projevy jsou nespavost, nechutenství, dehydratace, třes, nadměrné pocení, stav zmatenosti, halucinace. Halucinace mohou mít charakter zrakových i sluchových iluzí. Je narušena celková orientace v prostoru a čase (Kunda 1988).

Druhou nejčastější alkoholickou psychózou je **Korsakovova psychóza**. Klíčovým faktorem pro vznik tohoto onemocnění je kromě alkoholu také nedostatek vitamínů skupiny B. Z nenápadných symptomů jako nespavost, vyčerpání, bolesti různých částí těla, postupně dochází k propuknutí psychotických stavů zahrnující poruchy paměti, neschopnost naučit se nové informace, dezorientace, ztráta zájmu o okolí, nejistá chuze, dvojité vidění. Prognóza nebývá dobrá. Stav většiny nemocných se postupně zhoršuje a dochází k přechodu do alkoholické demence (Skála a kol. 1987).

Méně častou psychózou je pak takzvaná **alkoholická halucinóza**. Má charakter sluchových přeludů, nejčastěji se jedná o rozhovory dvou a více osob. Halucinace mají vyčítavý, někdy výhrušný podtón. Abúzer se do konverzace sám zapojuje, přeludům věří a často je obsahem deprimován. V afektu pak může agresivně zaútočit sám na sebe (Kvapilík a kol. 1985).

Psychózou, která se poměrně často vyskytuje také v České republice, a to převážně u pijáků piva, je **alkoholická demence**. Bývá důsledkem opakovaně neúspěšného léčení závislosti a opětovné recidivy. V organismu, a především v mozku již došlo k nevratným poškozením. K projevům alkoholické demence patří poruchy sociability, mozková atrofie, orgánové selhání. Vyskytuje se relativně častěji u žen. Ve většině případů bývá nevyhnutelným řešením umístit abúzera v jednom ze sociálních zařízení, kde vyžaduje neustálý dohled a péči (Skála 1988).

V případě zmíněných alkoholických psychóz je pro zlepšení případně stabilizaci zdravotního stavu nemocných nutná dlouhodobá protialkoholní léčba, bezpodmínečná a trvalá abstinence.

Alkoholová závislost nepostihuje pouze samotného alkoholika, mívá často silně destruktivní dopady také na jeho okolí. Nejvíce ovlivněn bývá úzký okruh rodiny. V důsledku závislosti dochází u alkoholika ke značným osobnostním změnám. Ty následně vedou k deprivaci veškerých sociálních vztahů.

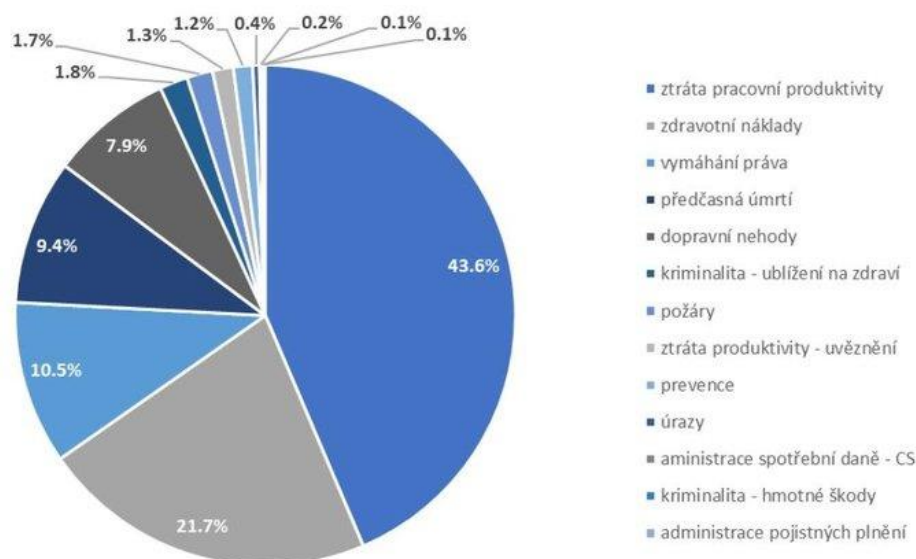
Společné sdílení jedné domácnosti s osobou závislou na alkoholu narušuje samotný systém a funkci rodiny. Alkoholik není schopen naplnit svou roli partnera, rodiče, živitele, ochránce. Dochází ke konfliktům, abúzer se pod vlivem alkoholu často uchyluje k agresivnímu jednání. Postupem času dochází k odhalení negativních stránek osobností u všech členů rodiny. Je znemožněna konstruktivní konverzace, mizí snaha o hledání kompromisů. Bez odborného zásahu dochází k nevratnému narušení vztahů napříč celou sociální skupinou a ve většině případů k rozpadu rodiny (Heller a Pecinová 2011).

Naproti tomu, přátelské sociální vazby bývají negativně ovlivněny relativně pozdě. Většinou jsou to právě přátelé, kteří abúzera podporují v pití alkoholických nápojů. Pravidelná setkání spojená s konzumací alkoholu se ukazují jako klíčový faktor pro rozvoj závislosti. Přátelé, kteří pijí společně s alkoholikem často situaci zlehčují, utvrzují jej v názoru, že je vše v pořádku, že má přeci vše pod kontrolou (Pešek 2018).

Není pochyb o tom, že se alkoholismus nepříznivě podílí na finanční situaci člověka. V zaměstnání dochází v návaznosti na dlouhodobé užívání alkoholu k nižší produktivitě práce, zvyšuje se úrazovost a frekvence konfliktů na pracovišti. Abúzer časem nezvládá dodržovat pracovní dobu, směrnice udávané zaměstnavatelem, přestává plnit zadané úkoly. Je nespolehlivý, nesamostatný, může působit škody zaměstnavateli, spolupracovníkům i sám sobě. To brzy vede ke ztrátě zaměstnání a narušení ekonomické stability člověka. Často pak právě ztráta zaměstnání způsobí zhoršení úzkostných stavů a deprese, což se následně projeví na zvýšené konzumaci alkoholu (Hošek 1998).

Mezi socio-ekonomické dopady závislosti na alkoholu lze v širším měřítku zařadit i celkové náklady společnosti spojené s užíváním alkoholu. Největší část tvoří náklady vzniklé ztrátou pracovní produktivity. Následují ekonomické dopady na zdravotnický systém, náklady spojené s předčasným úmrtím a kriminální činností. Z pravidelných celorepublikových průzkumů jasně vyplývá, že se rok od roku společenské náklady užívání alkoholu zvyšují (Zábranský a kol. 2011).

Obr. 2: Podíl nákladů konzumace alkoholu dle jednotlivých položek



Zdroj: Mlčoch a kol. (2019)

Podle poslední ekonomické studie z roku 2019, se celková částka odhaduje na 56,6 miliard Kč. To odpovídá 1,2 % HDP. Přímé náklady, tedy ty, které vznikají přímo vlivem konzumace alkoholu představují odhadem 25 miliard Kč. Větší část nákladů však tvoří takzvané náklady nepřímé. Z grafu (obr.2) vyplývá, že dominantní položkou jsou náklady spojené se snížením pracovní produktivity – odhadují se na 24,3 miliardy Kč (Mlčoch a kol. 2019).

### 2.3 Alkohol a ženská sexualita

V důsledku konzumace alkoholu dochází u žen i u mužů ke změnám v sexuálním chování. Vliv alkoholu na sexualitu mužů je téma, kterým se odborníci zabývají již dlouhá desetiletí. Z počátku se obvykle zvyšuje sexuální apetit, muž projevuje větší iniciativu, oslabují se zábrany, zároveň se snižuje práh pro sexuální podněty. Při nižších dávkách alkoholu se potence nemění, ale při vyšších dávkách již klesá (Kunda 1988).

Naproti tomu oblast ženské sexuality v souvislosti s konzumací alkoholu zůstávala nedostatečně prozkoumanou až do devadesátých let dvacátého století. Na vztah mezi sexuálním chováním, sexuálními zkušenostmi a alkoholem upozorňoval výzkum Barbary Critchlow Leigh (1990a). Objevily se důkazy, že jak muži, tak ženy očekávali od konzumace alkoholických nápojů částečně také pozitivní efekt na sexuální prožitek. V kontrastu s tímto očekáváním bylo zjištěno, že více než polovina dotázaných žen ve

skutečnosti pocítila snížení sexuální vzrušivosti. Pouze 22 % žen pak přiznalo, že jsou v důsledku konzumace alkoholu vstřícnější k sexuálním aktivitám. A jen 8 % žen uvedlo, že když jsou pod vlivem alkoholu, nejsou tak vybíravé při hledání potenciálních sexuálních partnerů.

Z mnohých výzkumů vyplývá, že se ženy závislé na alkoholu stávají častěji obětí fyzického a sexualizovaného násilí než ženy bez závislosti. Například výzkum Matejovské z roku 2007 ukázal, že až 50 % dotázaných žen bojujících se závislostí má zkušenosti s fyzickým či psychickým násilím a třetina dotázaných žen alkoholiček se někdy dostala do situace, kdy byly nuceny k sexuálnímu styku (Matejovská 2007).

Klinika Centro Europeo Neurosalus, která se zabývá léčbou závislostí, provedla v roce 2015 v Madridu jedinečný sociální experiment. Atraktivní žena, která předstírala, že je opilá, se za denního světla procházela po ulicích a snažila se získat pomoc s hledáním ztracených přátel. Vše bylo točeno na skrytou kameru. Nikdo z mužů ženě nepomohl, někteří ji nabádali k dalšímu pití, jiní ji hned zvali na hotel, kde by si mohla zavolat. Varující však je, že se našli muži, kteří ženu zatlačili na skryté místo a pokoušeli se ji osahávat a líbat i když se bránila. Zasáhnout museli organizátoři experimentu (Kohut 2015).

Pro takovéto situace existuje dle odborníků několik vysvětlení:

- muži považují ženy, které jsou pod vlivem alkoholu, obecně za sexuálně dostupnější
- opilé ženy v důsledku intoxikace ztrácí obezřetnost v mezilidských vztazích a často tak nejsou schopny předejít či odvrátit konflikt s partnerem
- v některých sociálních skupinách panuje názor, že se ženy konzumující alkoholické nápoje odklání od tradiční ženské role. Muži tak v některých případech očekávají vyšší míru sociální tolerance vůči agresivnímu jednání na opilých ženách, které jako by se pitím vzdaly své ženskosti (Galanter 1995).

Byl prokázán vztah mezi celkovou frekvencí a kvantitou konzumace alkoholu s celkovou frekvencí sexuálních aktivit u žen. Ženy, které spadají do skupiny takzvaného rizikového pití, mívají obvykle více zkušeností s „netradičním“ sexuálním chováním. Příkladem může být homosexuální zkušenosti heterosexuálních žen, častá masturbace, sexuální styk na nezvyklých místech, předmanželský sex (Klassen a Wilsnack 1986).

V pozdějších stadiích závislosti bývá alkoholismus jednou z hlavních příčin výrazného útlumu sexuální aktivity. Snižuje se orgasmická schopnost ženy a intenzita prožívání orgasmu. Dochází ke vzniku anesteticko-frigidního syndromu, v důsledku čehož žena často zcela rezignuje na jakýkoli sexuální kontakt s partnerem. U části alkoholiček se však paralelně rozvíjí sexuálně patologické chování, které se projevuje promiskuitou, která může mít v některých případech charakter prostituce (Topiař a Satková 1976).

## 2.4 Alkohol v jednotlivých fázích života ženy

*„Nikdo není předurčen k tomu, aby se stal závislým na alkoholu, ale nikdo také nemá předem jistotu, že se jím nestane.“*

Doc. MUDr. Jaroslav Skála, CSc. (1988, s. 39)

### 2.4.1 Dětský věk a adolescence

Většina lidí své první zkušenosti s pitím alkoholických nápojů získává již před dovršením zletilosti. Podle českého práva konzumace alkoholu nijak věkem omezena není, zakázán je prodej a podávání alkoholických nápojů osobám mladším 18 let. To mimo jiné zahrnuje i podávání-li alkohol nezletilému rodič, prarodič, či jiný člen vlastní rodiny. V praxi bývá ale tento zákon málo kdy uplatňován. Alkohol se pro děti a mládí stává nejdostupnější návykovou látkou (Alkoholik 2018). Názornou ukázkou může být anonymní anketa, kterou realizovalo Fórum Pijte s rozumem mezi žáky ve věku 11–15 let v Praze (září 2014):

Obr. 3: Výsledky anonymní ankety mezi 300 žáky ve věku 11-15 let: V kolika jsi poprvé ochutnal/a alkohol?



Zdroj: Fórum „Pijte s rozumem“ (2014)



Z průzkumu vyplynulo, že téměř 52 % dotázaných dětí poprvé ochutná alkohol již před dvanáctým rokem věku. Jen 2 % dětí pak ochutnalo alkohol ve 14 a více letech (Fórum „Pijte s rozumem“ 2014). Ačkoli se jedná o relativně malý okruh respondentů, Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách z roku 2019 tento trend potvrzuje. Data byla získávána napříč 35 evropskými státy včetně České republiky a účastnilo se jí celkem 99 647 studentů, kteří v době výzkumu dosáhli věku 16 let. Naprosto alarmující je zjištění, že se české děti umístily na prvním místě v konzumaci alkoholu napříč celou Evropou. Dívky poprvé předběhly chlapce a drží si značný náskok před dívkami z ostatních zemí. 96 % českých dívek a 95 % chlapců v průzkumu uvedlo, že v posledních 30 dnech alespoň jednou pili alkohol. Preferovaným nápojem je nejčastěji pivo, poté destiláty. (ESPAD group 2020).

Je tedy zřejmé, že mezi ženy a dívky ohrožené vznikem alkoholové závislosti je třeba začlenit i skupinu dívek nezletilých. Tedy těch, které by dle zákona měly mít přístup k alkoholu odepřen.

Důležitým rizikovým faktorem, který má vliv na konzumaci alkoholu u nezletilých dívek, je prostředí rodiny. Jsou-li jeden případně oba rodiče závislí na alkoholu, zvyšuje se pravděpodobnost, že se závislost projeví také u jejich dětí. Prostředí širší sociální skupiny rovněž může přispět k pravidelnému užívání alkoholických nápojů. Dívky tak chtějí zapadnout do kolektivu, bavit se, vyrovnat se chlapcům ve skupině. Období dospívání je pro velkou část adolescentů silným stresovým faktorem. Speciálně dívky bývají v tomto období často tlačeny do role těch pečlivějších, vychovanějších, zodpovědnějších. V určitých případech můžou očekávání rodiny působit enormní zátěž na psychiku dospívajících. Vyrovnat se s výkyvy hormonů také není vždy jednoduché a s přispěním rozličných zátěžových situací se dívky mohou dostat snadno do depresivních stavů či úzkosti. Tu pak následně, často po vzoru dospělých, řeší konzumací alkoholu. (Arteburn a Burns 2001).

Pro děti a mládež představuje alkohol závažnější hrozbu, než je tomu u dospělých. Fyzické i psychické dopady nadměrné konzumace alkoholu se projevují rychleji a bývají progresivnější. K rozvoji závislosti stačí v průměru poloviční doba, než tomu bývá u osob ve starším věku (Nešpor a Csémy 2003).

#### **2.4.2 Raná a střední dospělost**

Raná dospělost bývá obdobím, kdy si ženy začínají užívat nově nabitě svobody a samostatnosti. Začínají být ekonomicky aktivní, fyzicky jsou na vrcholu sil. Navazují

první vážné partnerské vztahy, některé již uzavírají manželství, zakládají rodiny. Alkohol v této fázi života ženy obvykle funguje jako prostředek usnadňující pohyb v sociálním prostředí: seznamování s novými lidmi, utužování stávajících interpersonálních vztahů, budování lepších vztahů v zaměstnání či ve škole (Langmeier a Krejčíková 2006). Konzumace alkoholu bývá v tomto období společností tolerována a často i očekávána. Mezi vrstevníky jsou zdatně společensky úspěšnější ženy extrovertní, ty, které dávají přednost bohémskému životu a nebojí se experimentů (Mikitová 2006). Zvyšující se frekvence a kvantita užívání alkoholu tak snadno může přerůst v závislost se všemi svými dopady.

Rizikovými faktory v období střední dospělosti jsou obvykle nenadálé krize ve vztazích, pocit nenaplněnosti v zaměstnání. Ženy doposud zvyklé na bohatý sociální život těžce nesou pocit náhlé sociální izolace v důsledku mateřských povinností či přestěhování do nového prostředí. Bývají více úzkostné a unavené z každodenní rutiny (Heller a Pecinová 2011). Z četných výzkumů lze vyvodit, že jsou to právě ženy ve středním věku, které vykazují nejvyšší průměrnou spotřebu alkoholu a v procentuálním zastoupení dominují v žebříčcích rizikové a škodlivé konzumace. Jsou tedy nejvíce ohroženou skupinou pro vznik alkoholové závislosti (Csémy a kol. 2020).

#### **2.4.4 Starší dospělost a seniorský věk**

Zvyšujícím se věkem odolnost vůči návykovým látkám všeobecně klesá. Snížení alkoholové tolerance často vede k těžkým intoxikacím. Přesto ženy ve věku od 45 do 65 let tvoří druhou nejčastější skupinu ohroženou rizikovou konzumací alkoholu (Csémy a kol. 2020). Ženy se v této životní fázi musí potýkat s výraznými změnami v osobním i pracovním životě. Děti postupně odchází z domova, mnohdy tak dochází k rozvoji takzvaného syndromu prázdného hnízda. Ten je většinou doprovázen depresivními stavy, neschopností ženy najít si nějaký nový smysl života.

Ženy jsou na rozdíl od mužů v této fázi méně agresivní, zato bývají smutnější, uzavírají se do sebe. S poklesem fyzických sil, příchodem prvních zdravotních obtíží si ženy začínají uvědomovat svou smrtelnost. V některých případech dochází ke zhoršení v partnerských vztazích, mnohdy tyto neshody vyústí v odluku či rozvod. Jindy se ženy smíří se stereotypním charakterem vztahu a rezignují na jakoukoli pozitivní změnu. Psychologové toto období života označují jako krizi středního věku. Ačkoli jsou odborníci přesvědčeni, že se jedná o přirozený proces stárnutí, na určité jedince však dopadá hůře než na ostatní (Hrdlička 2006).

Řada žen řeší tuto krizi sebedestruktivním chováním. Alkohol slouží jako pomůcka pro únik z reality. S možností trávit více času o samotě odpadá strach z odhalení a nutnost pití schovávat. Často také kombinují alkohol s nejrůznějšími léky (Pešek 2018).

Komplikace způsobené nadměrnou konzumací alkoholu u žen v seniorském věku mají řadu specifík. „*Stárnutí je proces, který vyústí ve stav znamenající snížení fyzických i funkčních zásob v organismu doprovázených i snížením psychické pružnosti a přizpůsobivosti*“ (Skála 1988, s. 96). Přibližně dvě třetiny závislých seniorek podleho závislosti již v mladším věku a pouze u třetiny žen dojde k rozvoji abúzu až v seniorské fázi života. Mnoho žen ve vyšším věku se musí potýkat s rozvojem nejrůznějších chronických onemocnění, alkohol tak může vstupovat do interakce s jejich předepsanou medikací a působit tak značné zdravotní komplikace. Za velmi rizikové se považují kombinace alkoholu s léky proti cukrovce či s běžně užívanými léky proti bolesti (Nešpor 2018). Interakce alkoholu s psychofarmaky pak může mít za následek zhoršení mentálního stavu ženy. Z příznaků lze uvést pocit zmatenosti, časté zapomínání, pocit dezorientace, potíže s vstřípivostí (Galanter 1995).

K rizikovým faktorům lze zařadit nejrůznější zátěžové situace. Například úmrtí partnera, přátel, ukončení pracovní činnosti, zdravotní komplikace, nutnost postarat se o nemocného člena rodiny, úbytek fyzických i psychických sil. U osaměle žijících seniorů probíhá alkoholismus obvykle skrytě a bývá tak odhalen v pozdějším stadiu. S negativními důsledky alkoholu na zdraví seniora, dochází často k výraznému zhoršení celkového zdravotního stavu. Pod vlivem intoxikace hrozí zranění následkem pádu (Nešpor, Csémy a Dragomirecká 2005).

Zvýšené riziko vzniku závislosti u žen představují i malé pravidelné dávky alkoholu. Skála (1988) uvádí, že maximální bezpečná dávka, kterou si seniorka může dovolit vypít by neměla přesahovat třetinku piva nebo 0,1l vína týdně.

Pro léčbu alkoholiků v seniorském věku je vhodná psychoterapie. Je dobré začít s budováním nových sociálních vztahů a rozvojem vztahů stávajících. Při léčbě samotné je nutné pamatovat na celkový fyzický i psychický stav abúzera. Pozitivní výsledky při léčbě a doléčování lze podpořit konstruktivním přehodnocením a znovunastavením životního stylu každého konkrétního jedince (Nešpor 2018).

## **2.5 Společná konzumace alkoholu v partnerství**

Velmi specifickou rizikovou skupinu tvoří ženy, které začínají pít alkoholické nápoje spolu se svým partnerem. Z počátku vztahu může alkohol přispívat k příjemné atmosféře,

odstranění nervozity, navození intimity. Dlouhodobá konzumace v pravidelných intervalech a postupně se zvyšujícími dávkami však představuje velmi závažné riziko vzniku závislosti. V souvislosti s předem zmíněnými vlastnostmi alkoholu a důsledky jeho vlivu na organismus je jasné, že riziko abúzu je výrazně vyšší právě pro ženy. Partneri se ale často objektivnímu zhodnocení situace vyhýbají. Společně se ujišťují, že je vše v pořádku, navzájem své intoxikace omlouvají a pobízejí se k další konzumaci (Pešek 2018).

K podobné situaci může dojít v případě, že žena žije ve vztahu s mužem alkoholikem, každodenně je nucena čelit následkům partnerovy závislosti. Za určitých okolností ale sama rezignuje na jakékoli pokusy o zlepšení stávajícího stavu a začne pít spolu s partnerem. Dojde-li pak i u nich samých k rozvoji abúzu, často jsou to právě ony, kdo se setkává s nepochopením a odsouzením ze strany rodinných příslušníků. Obvykle pak dochází k destrukci vztahu a odluce obou partnerů (Skála 1988). Z údajů Českého statistického úřadu je jasně patrné, že každoročně je alkoholismus jednoho z partnerů příčinou několika stovek rozvodů (ČSÚ 2005).

V roce 2015 proběhl výzkum, který byl zaměřen na vliv konzumace alkoholu na štěstí v manželských a partnerských vztazích. Lze říci, že manželé jsou celkově spokojenější, mají-li stejný názor na konzumaci alkoholických nápojů. Pije-li pouze jeden z partnerů, nebo pije-li výrazně více, snižuje se kvalita vztahu. Užívají-li však oba z partnerů přibližně stejné dávky v poměru k následným dopadům na organismus, vzrůstá kvalita a spokojenost v takovémto svazku. Překvapivé bylo, že hodnocení kvality vztahu nebylo nijak zvlášť ovlivněno celkovým množstvím či frekvencí konzumovaného alkoholu (Birditt a kol. 2015).

### 3 Alkohol a těhotenství

Na problémy spojené s nadměrnou konzumací alkoholu lze nahlížet z různých perspektiv. Se stále se zvyšujícím poměrným zastoupením žen alkoholiček ve společnosti, obrací vědci nevyhnutelně svou pozornost také na prevenci, průběh a důsledky užívání alkoholu v souvislosti s těhotenstvím a mateřstvím.

#### 3.1 Konzumace alkoholu v těhotenství

Těhotenství je specifickým a fyzicky i psychicky náročným obdobím v životě ženy. Začíná se počítat od okamžiku splnutí vajíčka a spermie a končí porodem dítěte. Ke zformování plně funkčního a životaschopného novorozence stačí průměrně pouhých devět měsíců. Na zdravý prenatální i postnatální vývoj dítěte má vliv řada vnějších i vnitřních faktorů, například genetika, celkový zdravotní stav matky, věk matky i otce, socio-ekonomická situace v rodině. Neméně důležitou podmínkou pro optimální průběh těhotenství a zdraví dítěte je však také vyvážená životospráva matky. Jakékoli škodlivé látky zvyšují riziko poškození plodu a mohou tak mít nedozírné následky na celý další život dítěte (Roztočil 2008).

Z průzkumů, které se zaměřovaly na životosprávu žen v době před otěhotněním a v průběhu 1. a 2. trimestru vyplývá, že před otěhotněním konzumují alkoholické nápoje přibližně tři čtvrtiny žen, třetina z nich pak pokračuje s konzumací i v 1. trimestru a celých 16 % užívá alkohol také během 2. trimestru (Kukla, Hrubá a Tyrlík 1999).

První záznamy o škodlivých účincích alkoholu na průběh těhotenství a na prenatální vývoj dítěte lze nalézt na starověkých písemných pramenech. V mnohých kulturách již na přelomu letopočtu existovala zákonná opatření, která měla za cíl chránit zdraví budoucích generací. Zde se nařizovalo párům, které plánují počít dítě, aby se zcela vyhýbali konzumaci jakýchkoli alkoholických nápojů (Skála a kol. 1987).

Z medicínského hlediska se obavy o nebezpečí vyplývající z nadměrné konzumace alkoholu v těhotenství datují do počátku 18. století. Dopady takzvané „ginové epidemie“ byly ve společnosti i mezi odbornou veřejností nepřehlédnutelné. Tou dobou se především mezi ženami rozšířilo časté a kvantitativně prakticky neomezené pití destilátů. V porovnání s předchozími léty výrazně stoupla úmrtnost a nemocnost novorozenců, a to i přes relativně slušné a stabilní životní podmínky. Royal College of Physicians of London upozorňovala, že děti, které se rodí matkám nadměrně užívajícím alkohol jsou „slabé,

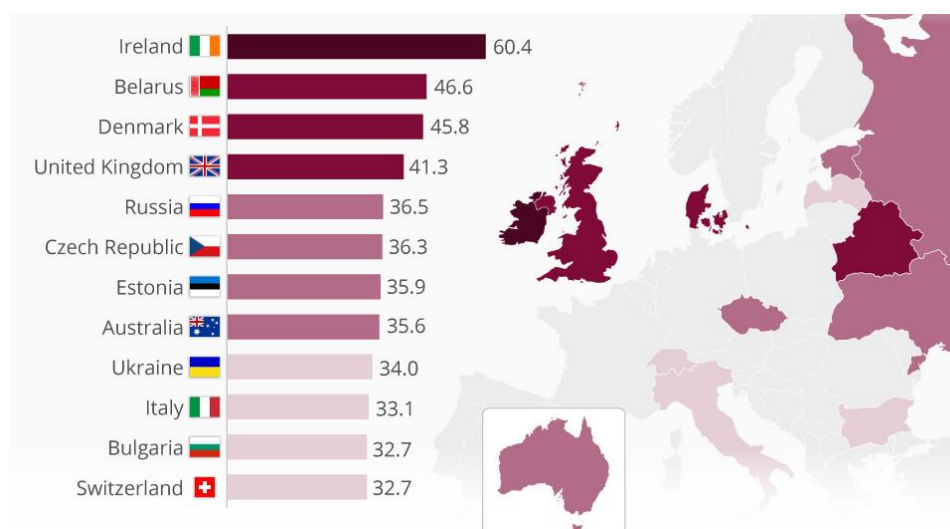
*svraštlé a působí stařeckým dojemem*“ (Royal College of Physicians of London 1726, s. 253).

Další zprávy o negativním vlivu alkoholu byly publikovány v průběhu celého 18. i 19. století. První popis příznaků, které se dnes označují souhrnně jako fetální alkoholický syndrom uvedl ve své práci Dr. William Sullivan, který pracoval jako vězeňský doktor v Anglii. Ze svého pozorování těhotných odsouzených byl schopen definovat typické znaky u dětí, jejichž matka dlouhodobě a nadměrně užívala alkohol (Valasquez a kol. 2016).

V první polovině 20. století se v odborných kruzích v návaznosti na historické události snížil o tuto problematiku zájem. V šedesátých a sedmdesátých letech však došlo v některých zemích světa k značnému rozšíření užívání alkoholu mezi mladými ženami v produktivním věku. Závažnost situace neunikla pozornosti lékařů. Na základě dřívějších poznatků, pozorování a výsledků řady kvantitativních i kvalitativních výzkumů byly uveřejněny souhrnné publikace, definující a upřesňující dopady alkoholismu na nitroděložní vývoj plodu.

Poprvé byl výraz „fetální alkoholický syndrom“ (FAS) použit ve zprávě z roku 1973, kdy skupina amerických lékařů v čele s K. L. Jonesem a D. W. Smithem popsala jednotlivé vzorce abnormalit zjištěných u dětí matek alkoholiček (Kvapilík, Svobodová a kol. 1985). Jedním z klíčových odborníků v tehdejší Československu, kteří se specializovali na téma FAS byla R. Tichá. Výsledky její práce objasnily biochemické pochody v krvi dětí s FAS (Tichá 1979).

Obr. 4: Nejhorší státy z hlediska užívání alkoholu v těhotenství (2017)



Zdroj: <http://www.statista.com/chart/7689/the-worst-countries-for-drinking-during-pregnancy/>

V současnosti je i přes veškerá preventivní opatření situace stále velice vážná. Z mezinárodních výzkumů jasně vyplývá, že v žebříčku národů jsou na tom v otázce konzumace alkoholu v těhotenství Evropské státy obecně mnohem hůře než zbytek světa. Alarmující je pak zjištění, že se Česká republika již několik let stabilně drží na čelních příčkách (Popova a kol. 2017).

### **3.2 Vliv alkoholu na vývoj plodu**

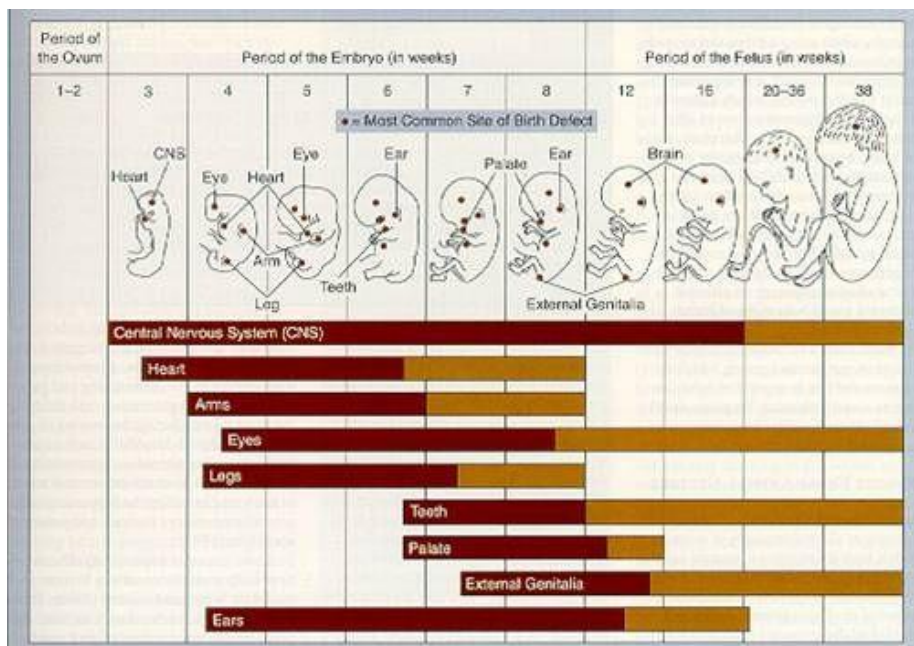
Jako teratogen se označuje jakákoli látka, která narušuje vývoj embrya nebo plodu. U alkoholu je teratogenita s určitostí prokázána již mnoho desetiletí. Díky svému globálnímu rozšíření a snadné dostupnosti se tak alkohol stává nejčastěji užívanou teratogenní látkou vůbec (Skála a kol. 1987).

Dle stávajících poznatků neexistuje bezpečné množství vypitého alkoholu během těhotenství. Alkohol snadno proniká bariérou placenty a dostává se tak do krevního oběhu plodu. Schopnost odbourávat alkohol je v prenatální fázi života zanedbatelná. Hladina etanolu v krvi plodu tak dosahuje vyšších hodnot, než je tomu u matky. Výraznější komplikace tedy provází těhotenství žen, které jsou na alkoholu závislé. Děti praktikujících alkoholiček se často rodí předčasně s nízkou porodní hmotností, v důsledku malnutrice matky a s přispěním placentární insuficience hrozí riziko vzniku intrauterinní růstové retardace (IUGR) (Stará a kol. 2009).

K poškození plodu může dojít v průběhu celé doby těhotenství. Obecně však platí, že první trimestr bývá nejrizikovější. Grafické znázornění na obrázku 5. jasně ukazuje vliv alkoholu v jednotlivých fázích embryonálního vývoje (©NIAAA 2005).

Tmavě červenou barvou zvýrazněné segmenty indikují největší citlivost na destruktivní účinky alkoholu. Žlutě značené segmenty znázorňují tu fázi prenatálního vývoje, kdy může stále docházet k fyziologickým abnormalitám a strukturálním poškozením v důsledku užívání alkoholu.

Obr. 5: Vliv alkoholu a fáze embryonálního vývoje



Zdroj: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (2005).

Je zřejmé, že existuje široké spektrum možných důsledků na vývoj embrya a posléze plodu, je-li žena v průběhu těhotenství vystavena toxickým účinkům alkoholu. Mohou mít formu lehkého poškození, které ani nemusí být rozpoznáno, projeví se až v pozdějších fázích života člověka, nebo jeho vznik bývá zdůvodňován vlivem jiných faktorů. Na druhou stranu, důsledky užívání alkoholu v těhotenství mohou mít podobu velmi závažných strukturálních a funkčních defektů. Výjimkou nebývají případy, kdy je poškození natolik rozsáhlé, že je neslučitelné s dalším životem plodu a dochází k samovolnému potratu (Skála a kol. 1987).

### 3.3 Abstinenční syndrom novorozence

V extrémních případech, kdy alkoholička svou závislost v průběhu těhotenství neřeší, pokračuje s konzumací alkoholu v nadměrném množství a s častou frekvencí, může se u dítěte po porodu rozvinout novorozenecký abstinenční syndrom (NAS). Ten je definován jako komplex příznaků, projevujících se u dítěte již během prvních pár hodin po porodu a je způsoben vlastní drogou. Zasahuje do celé řady regulačních a funkčních systémů novorozence. Novorozenecký abstinenční syndrom se však netýká pouze dětí alkoholiček. Výskyt NAS lze sledovat u 50-90 % dětí žen, které v průběhu těhotenství užívají návykové látky (Stará a kol. 2009).



Na nástup klinických příznaků má vliv druh návykové látky, frekvence užívání, doba od poslední aplikace drogy, celková délka závislosti matky, farmakokinetika drogy, metabolismus matky i dítěte, gestační věk novorozence. V případě závislosti na alkoholu se první příznaky začínají projevovat již 24 až 48 hodin po porodu. Jednotlivé symptomy se mohou lišit u každého dítěte. Mohou zahrnovat třes, křeče, podrážděnost, problémy se spánkem, problémy při krmení, zvracení, střevní obtíže, neprospívání, zrychlené dýchání, dýchavičnost, zástavy dechu, nadměrné pocení, zívání, ucpaný nos, poruchy prokrvování kůže. Ve většině případů příznaky vymizí již po několika dnech, jindy však mohou přetrvávat i několik měsíců (McQueen a Murphy-Oikonen 2016).

Péče o novorozence s NAS vyžaduje zkušený a kvalifikovaný personál. Pro léčbu a prevenci dalších komplikací je nezbytné okamžité zavedení zvláštních režimových opatření. Základem terapie je odstranění veškerých rušivých elementů v blízkosti novorozence, šetrná manipulace, minimální stimulace a symptomatická léčba přizpůsobená individuálním potřebám dítěte na základě jeho klinických projevů. Farmakoterapie je využívána v případech těžkých abstinčních příznaků. K tlumení dítěte se obvykle podává fenobarbital, diazepam, případně morfin. V otázce výživy je vhodné zavedení vysokokalorické stravy v nižších dávkách, ale v kratších intervalech. Kojení je umožněno pouze za předpokladu úplné abstinence matky (Stará a kol. 2009).

Většina zájmu odborné veřejnosti se v minulosti soustředila pouze na akutní fázi NAS, tedy období během hospitalizace dítěte, či jen několik málo měsíců, maximálně let poté. Až v posledních letech se vědci zaměřili také na problematiku dlouhodobých dopadů NAS na jedince. Čelili při tom komplikacím ve formě nedostatečné kontroly nad vnějšími faktory, ovlivňujícími jednotlivé účastníky výzkumu. Značná skupina dětí s NAS žije v nestabilních podmínkách. Na jejich vývoj, psychické i fyzické zdraví, působí často relativně špatná socio-ekonomická situace rodiny. V mnoha případech se stále pohybují v přítomnosti drogově závislých členů (Grossman a Berkwitt 2019).

Výsledky výzkumů dlouhodobých dopadů NAS prokázaly zvýšené riziko narušení kognitivních funkcí dětí a opoždění jejich psychomotorického vývoje. V mnoha případech později dochází k rozvoji specifických poruch učení, či poruch chování. Nezanedbatelné jsou důsledky v oblasti sociálních vazeb. Děti s NAS jsou často umisťovány do ústavní péče, čelí nezájmu matek, bývají emočně deprivovány (Stará a kol. 2019).

### 3.4 Poruchy fetálního alkoholového spektra

V průběhu let se užívala řada termínů pro široké spektrum charakteristických znaků, které jsou dnes souhrnně označovány jako poruchy fetálního alkoholového spektra, nebo také fetal alcohol spectrum disorders (FASD). Mezi odbornou veřejností bývá koncept FASD chápán jako zastřešující termín pro řadu abnormalit a zdravotních postižení, vzniklých v důsledku expozice plodu na etanol během prenatální fáze vývoje. Symptomy FASD jsou zcela individuální. Mohou zahrnovat orgánová a funkční poškození, snížení intelektu, poruchy chování, poruchy kongnice a percepce. Projevy mohou být mírné, ale také zcela zásadní a limitující pro další fungování jedince ve společnosti. Tato poškození jsou nevratná a nevléčitelná. Lze jim však se 100% jistotou předejít. Prevencí je úplná abstinence matky během celé doby těhotenství (Velasquez a kol. 2016).

I přes relativně dobrou informovanost žen a dívek ve fertilním věku, přes stále se zvyšující množství preventivních programů a opatření, nejnovější studie prokázaly, že v současné době dochází k poškození mozku dětí v průběhu nitroděložního vývoje nejčastěji v souvislosti s užíváním alkoholu. FASD se tak stává hlavní příčinou mentální retardace napříč celou západní společností (Sampson a kol. 1997).

V České republice je obecné povědomí o FASD poměrně nízké. Často v tomto kontextu bývá zmiňován termín „fetální alkoholový syndrom (FAS)“, který je však pouze jednou z diagnóz poruch alkoholového spektra. Dalšími, ne tak rozšířenými diagnostickými termíny, spadající pod FASD jsou:

- ARBD – Alcohol-related birth defects – zahrnuje malformace kosterního a orgánového systému: nejčastěji se jedná o defekty srdce, ledvin, kostí.
- ARND – Alcohol-related neurodevelopmental disorder – zahrnuje poruchy mentálních funkcí a chování: poruchy učení, potíže s pamětí, soustředěním, impulzivní chování.
- pFAS – Partial fetal alcohol syndrome – do češtiny se tento termín překládá jako „Částečný fetální alkoholový syndrom“. Děti s touto diagnózou mají pouze některé ze znaků FAS, jež nemohou být vysvětleny pouze na základě genetiky, případně vlivu prostředí (Velasquez a kol. 2016).

V České republice se dle aktuálních odhadů narodí ročně až 3000 dětí s poruchou fetálního alkoholového spektra. U 300 z nich pak dojde k rozvoji fetálního alkoholického syndromu (Barták a Jarmarová 2021).

### 3.5 Fetální alkoholový syndrom

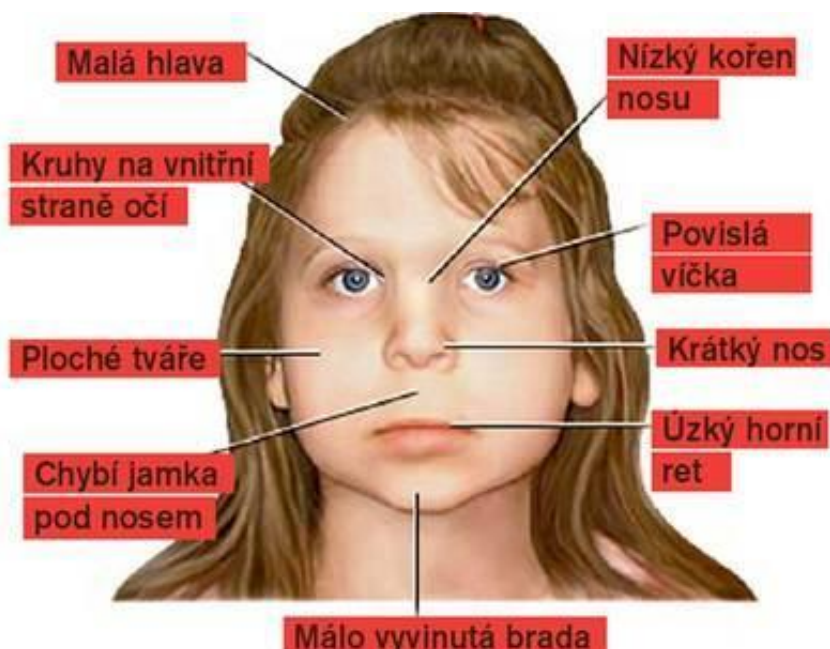
Termín „Fetální alkoholový syndrom“, někdy také Fetopathia alcoholica nebo embryofetální alkoholový syndrom (FAS) neoznačuje stav, kdy se dítě narodí s alkoholem v krvi v důsledku intoxikace matky. Jedná se o diagnostický popis defektů novorozence, které jsou v přímé souvislosti s vystavením plodu teratogenním účinkům alkoholu během prenatalní fáze vývoje (Peterka a Novotná 2010).

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) řadí FAS pod kódem Q86.0 jako Alkoholový syndrom plodu v kapitole Vrozené vady, deformace a chromozomální abnormality (MKN-10 2008).

V současnosti neexistuje objektivní laboratorní test, který by potvrdil nebo vyvrátil diagnózu FAS. Místo toho se lékařská diagnostika FAS orientuje na splnění předem jasně definovaných kritérií:

- musí být potvrzeno užívání alkoholu matkou v kterékoli fázi těhotenství
- novorozenec musí vykazovat určité specifické kraniofaciální anomálie – znázorněné na obr. 6
- dítě musí vykazovat známky prenatalní či postnatální růstové retardace
- u dítěte došlo k poškození centrální nervové soustavy (Gold a Adamec 2010).

Obr. 6: Specifika FAS



Zdroj: Mlčoch, Z. [online], 2003-2011.

Projevy FAS jsou zcela individuální, mohou se objevovat v širokém rozpětí od mírných deficitů po velmi závažné malformace. Většina dětí s FAS se rodí předčasně s nízkou porodní vahou. Po porodu mají obvykle potíže s příjmem potravy, neprospívají, jsou plačtivé, neklidné, podrážděné a hypotonické.

Často dochází k poškození:

- kosterního systému: defekty žeber, obratlů, dislokace kloubů, vpáčený hrudník, vybočení prstů na ruce i nohy
- vylučovací soustavy: defekty ledvin, močových cest
- pohlavních orgánů
- oběhové soustavy: až 70 % dětí s FAS trpí vrozenými srdečními vadami
- centrální nervové soustavy: poškození zde zasahují do strukturálních, neurologických i funkčních oblastí: malá hlava, mentální retardace, psychomotorická retardace, hydrocefalus, poruchy koordinace, opoždění kognitivního vývoje, problémy se soustředěním a hyperaktivitou, zvýšená citlivost na podněty, poruchy percepce, poruchy spánku (Žižka 1994).

U dětí s FAS je zvýšené riziko vzniku tumoru jater a mozku. Bývají v průměru častěji nemocné, a i průběh onemocnění bývá komplikovanější. Charakteristické obličejové rysy jsou u dětí nejlépe rozeznatelné ve věku od tří do 14 let. Jak dítě s FAS roste, rysy se mohou měnit a diagnóza FAS se již stanovuje obtížněji (Armstrong 2003).

V mladším školním věku a v období adolescence se začínají projevovat deficity v oblastech:

- vzdělávání: rozvoj specifických poruch učení, nižší IQ, špatné studijní výsledky, problémy s chápáním abstraktních pojmů
- paměť: podprůměrná krátkodobá i dlouhodobá paměť
- řeč: problémy s expresivní nebo receptivní složkou řeči
- sociální vztahy: děti s FAS bývají často přehnaně přátelské, jednají nedospěle, jsou snadno ovlivnitelné, důvěřivé
- sebepojetí: nízká sebedůvěra, přehnaná sebekritika
- chování: děti s FAS jsou většinou popudlivé, impulzivní, často tvrdohlavé, mohou se potýkat s depresivními stavy, poruchami příjmu potravy (Velasquez a kol. 2016).

Z ekonomické i sociální perspektivy představuje fetální alkoholový syndrom závažný problém. Emoční, fyzické i finanční prostředky, vložené do péče o jedince s FAS, znamenají nezanedbatelné zatížení pro rodinné příslušníky, samotného jedince s FAS i

celou společnost. Fetální alkoholový syndrom je diagnóza celoživotní, nevratná a nevyléčitelná. Z průzkumů vyplývá, že až 82 % lidí s poruchami fetálního alkoholového spektra není schopno samostatného fungování ve společnosti a jsou tak celoživotně závislí na péči ostatních (Velasquez a kol. 2016).

Národní organizace fetálního alkoholového syndromu ve Washingtonu v roce 2013 vyčíslila celkové náklady na léčbu, terapii, podpůrná opatření jediného člověka s FAS na 1,4 miliony dolarů. Vložené investice však umožňují prostřednictvím moderní medicíny, profesionálních terapeutických metod a poradenských služeb určitou měrou eliminovat jednotlivé projevy a poškození. To přispívá k výraznému zlepšení kvality života jedince s FAS i jeho okolí (Armstrong 2003).

Pro nejlepší možnou prognózu je nezbytná včasná a přesná diagnostika. Rodiny jedinců s FAS však často čelí nedostatku povědomí o této problematice i v odborných kruzích. V případě mírných projevů FAS jsou vrozené abnormality často přehlíženy, diagnóza bývá určena chybně, případně vůbec. Specializovaná pracoviště jsou obvykle omezena na velká města a pro mnoho lidí se tak pravidelná terapie i jiné možnosti léčby stávají nedostupnými. Velké množství osob s fetálním alkoholovým syndromem se proto ani nedostává do statistik. Dochází k výrazným početním nesrovnalostem v odhadech globálního zastoupení FAS. Ve svém důsledku se tak problematika závažnosti rizik konzumace alkoholu v těhotenství stále do značné míry zlehčuje (Velasquez a kol. 2016).

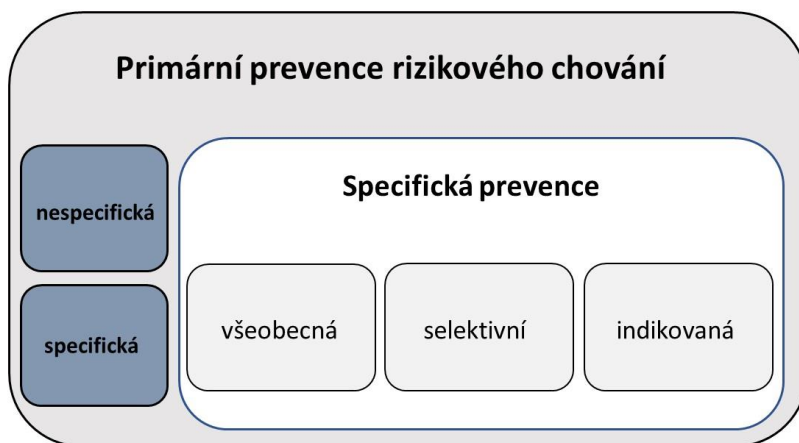
## 4 Prevence

Původ termínu „prevence“ lze vysledovat k latinskému výrazu „praevenire“, který je chápán jako předcházení něčemu, ochrana před něčím. Nešpor (2018) definuje prevenci jako komplexní souhrn činností, které brání či snižují rozvoj negativních jevů ve společnosti. Světová zdravotnická organizace rozděluje prevenci na tři základní druhy:

- primární prevence, jejímž cílem je předcházení problému, než vznikne
- sekundární prevence, která probíhá již po vniku onemocnění, ale dříve než nemoc může způsobit jakákoli poškození
- terciální prevence se pak zaměřuje na předcházení dalších škod

Martanová (in Kalina 2015) vyzdvihuje klíčovou roli primární prevence, kterou dále dělí na specifickou a nespecifickou. Nespecifická prevence nesouvisí přímo s rizikovým chováním, řadí se zde aktivity, které se zaměřují na zkvalitnění trávení volného času. Jedná se například o sportovní, kulturní, kreativní zájmové aktivity. Specifická primární prevence se již soustředí na konkrétní rizikové chování. Míra ohrožení cílové skupiny určuje úroveň specifické prevence. Lze pak hovořit o všeobecné, selektivní či indikované specifické primární prevenci.

Obr. 7. Třídění primární prevence rizikového chování



Zdroj: Martanová (in Kalina 2015, s. 261)

### 4.1 Prevence vzniku a rozvoje alkoholové závislosti

Alkoholová závislost je záležitostí celospolečenskou. Účinná prevence tedy musí probíhat na úrovni státní, sociální, zdravotnické, ekonomické, psychologické i pedagogické.

V kontextu prevence závislosti vyzdvihuje Skála (1987) ve svých publikacích činnost takzvaných protialkoholních sborů. Těmi byly orgány tehdejších městských, okresních či krajských výborů. Zaměřovaly se na koordinaci, metodiku a veškerou iniciativu při boji proti alkoholismu.

V současné době se prevence zaměřuje převážně na osoby, které ještě alkohol nepijí. Tedy na děti, dospívající a mládež. Proto se prevence závislostí nejčastěji přesouvá do škol a školských zařízení. Heller a Pecinová (2011) upozorňují na nutnost začlenění prevence alkoholové i jiné závislosti do běžného vzdělávacího a výchovného procesu na školách. Základní koncept prevence by měl spočívat v ochraně před nabídkou drogy, v šíření poznatků a dovedností tak, aby každý jednotlivec byl schopen zaujmout jednoznačný informovaný postoj k problematice závislosti na alkoholu a drogách. Prevence by měla být opřena o osoby s přirozenou autoritou, měla by být přiměřená, přizpůsobená pro různé věkové skupiny, měla by se orientovat na motivaci k zdravému způsobu života. Studie ukázaly, že při prevenci závislosti na alkoholu, je nezbytné klást důraz na pozitivní přístup, optimismus, celkový rozvoj osobnosti jedince. Je vhodné posilovat odolnost vůči překážkám a frustracím, rozvíjet komunikační a sociální kompetence člověka (Göhlert a Kühn 2001).

Heller (2011, s. 200) uvádí, že *„prevence má svoji účinnost a výsledky, pokud je prováděna odborně, citlivě a s osobním nasazením. Je potřebné její zaměření dle věku, prostředí, v němž se vytvářejí hodnoty a návyky pro celý život“*.

Klíčovou podmínkou pro pozitivní dopad preventivních intervenčních aktivit a programů je koncept dlouhodobého a kontinuálního působení na mladé lidi.

#### **4.2 Prevence AEP a FASD**

V zahraniční odborné literatuře se v kontextu konzumace alkoholu v průběhu těhotenství používá zkratka AEP. Ta vychází z anglického slovního spojení *„alcohol exposed pregnancy“*, jež se dá přeložit jako těhotenství, které je vystaveno alkoholu. Za AEP se tak dá považovat každé těhotenství, v průběhu něhož žena konzumovala jakékoliv množství alkoholu, nezávisle na tom, zda o těhotenství věděla či nikoli. Nicméně Centrum pro kontrolu nemocí a prevence (CDC) ve Spojených státech amerických vymezuje rizikovou hladinu alkoholu na více než osm standardních nápojů = 14 g čistého ethanolu za týden, a/nebo více než čtyři standardní alkoholické nápoje za den (NIAAA 2004).

Rozvoj poruch fetálního alkoholového spektra je přímo podmíněn užíváním alkoholu v těhotenství. Převážná většina odborných publikací, brožurek a programů, zaměřujících se na prevenci AEP proto nejčastěji obsahují upozornění:

- ženy, které se snaží otěhotnět, by neměly konzumovat alkohol v jakémkoli množství
- ženy, které jsou těhotné, by se měly zcela konzumaci alkoholických nápojů vyvarovat
- ženy by měly přestat pít alkohol, pokud mají podezření, že jsou těhotné
- na poruchy fetálního alkoholového spektra neexistuje žádná léčba

Valasquez (2016) uvádí, že ačkoliv jsou tato varování pravdivá a je potřeba je neustále zdůrazňovat, ve většině případů bývají registrována pouze ženami, které těhotenství plánují a aktivně se samy snaží vyhledávat veškeré relevantní informace. Poslední studie však jasně dokazují, že značná část potvrzených těhotenství plánována není. Celosvětově se čísla nechtěných či neplánovaných těhotenství pohybují v rozmezí od 30 do 80 %, v závislosti na lokalitě, kultuře, náboženství či vzdělanosti (Sedgh, Singh a Hussain 2014). Zároveň téměř polovina sexuálně aktivních, heterosexuálních, fertálních žen nepoužívá žádnou z metod antikoncepce, nebo se nechrání dostatečně efektivně. Je proto nezbytné, aby součástí uceleného přístupu k prevenci AEP byla osvěta dívek a žen v oblasti konkrétních způsobů a možností, jak účinně nežádoucímu početí bránit.

Další úskalí prevence AEP souvisí s obecným chápáním pojmu „rizikové pití alkoholu“. Názory na úroveň hladiny alkoholu, která může mít negativní dopady na ženu, případně na těhotenství se velmi výrazně liší stát od státu, kultura od kultury, žena od ženy. Zatím co pro některou ženu je neakceptovatelné jakékoli množství vypitého alkoholu v těhotenství, jiná žena nemusí určité množství alkoholických nápojů považovat za riziko pro sebe, nebo své nenarozené dítě (Winograd a Sher 2015).

### **4.3 Prevence alkoholem ovlivněných těhotenství v České republice**

I přes to, že se Česká republika pravidelně umisťuje na předních místech světového žebříčku v konzumaci alkoholu a i žen, které jsou ohroženy rizikovým užíváním alkoholu přibývá, komplexní organizovaný systém prevence, zaměřený konkrétně na důsledky škodlivé konzumace alkoholu ženami ve fertální fázi života, AEP, FASD, FAS v České republice stále chybí.

V roce 2021 však došlo k realizaci průlomového projektu za finanční podpory Úřadu vlády České republiky v rámci programu Neinvestiční dotace z dotačního titulu



„Protidrogová politika“. Tuto kampaň „Alkohol a těhotné“ připravila Klinika adiktologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze. Cílem projektu je neodsuzující formou upozornit na rizika, spojená s konzumací alkoholu v těhotenství a při kojení. V rámci kampaně mohou ženy na stránkách adiktologické kliniky získat základní informace o negativních a možných důsledcích konzumace alkoholu na vývoj plodu (Klinika adiktologie 2021).

Obr. 8: Propagační materiál v rámci kampaně Alkohol a těhotné: Ochráním tě!



Zdroj: [alkoholpodkontrolou.cz/kampane-2/alkohol-a-tehotne/](http://alkoholpodkontrolou.cz/kampane-2/alkohol-a-tehotne/)

#### 4.4 Prevence AEP v zahraničí

V zahraničí je této problematice věnováno mnohem více prostoru, preventivní programy jsou již rozpracovány a zaběhnuty. Mezi průkopníky v oblasti prevence AEP patří zvláště Spojené státy americké, Kanada a Austrálie. Řady výzkumů prokázaly výrazný pozitivní vliv preventivních strategií na situaci ve společnosti (Floyd a kol. 2007).

Je zřejmé, že AEP představuje závažný sociálně-zdravotní problém. Zatím co současný systém prevence AEP funguje na teoretické úrovni velmi dobře, v praxi naráží na mnohá úskalí. Vasquez (2016) upozorňuje na nutnost rozšíření preventivních opatření již na screening žen, které mohou být rizikovou skupinou pro AEP a na motivaci žen, aby změnili svůj přístup k alkoholu, a to i pokud nevěří, že jsou rizikovou skupinou. V roce 1996 the Institute of Medicine ve Spojených státech amerických vydal zprávu, zahrnující ucelený návrh preventivních opatření v souvislosti s problematikou užívání alkoholu

ženami v průběhu těhotenství. Doporučené preventivní strategie jsou rozděleny do tří úrovní.

První úroveň představuje univerzální strategie prevence, která míří na širokou veřejnost, bez ohledu na rizikové faktory. Například etikety na lahvích s alkoholem, varující před účinky alkoholu v případě těhotenství. Nevýhodou tohoto přístupu je nedostatečně cílené a málo intenzivní působení na rizikovou skupinu. Druhou úrovní jsou selektivní strategie prevence. Ty se zaměřují na potencionální rizikové skupiny (například žáky na středních a vysokých školách). Bývají obvykle více intenzivní než univerzální strategie. Cílem selektivních strategií je omezení nadměrného užívání alkoholu v konkrétních skupinách. Ani na této úrovni však není prevence příliš personalizována, ženy s rizikem AEP nemusí nutně spadat do dané skupiny. Například mladé ženy, nadměrně konzumující alkoholické nápoje, ale již mimo školský systém (Winograd a Sher 2015). Třetí úroveň preventivních strategií jsou selektivní strategie prevence. Cílí pouze na osoby, které splňují konkrétní, předem definovaná, riziková kritéria. Typickým příkladem může být dívka, studující na střední škole, která začíná se sexuálním životem, nadměrně konzumuje alkohol. Selektivní strategie jsou individuální a intenzivní, mohou se již zaměřit na úzce profilovaný problém (Velasquez a kol. 2016).

## **Shrnutí teoretické části**

V prvních kapitolách diplomové práce jsou shrnuty základní informace a znalosti týkající se alkoholu a působení alkoholu na lidský organismus. Je zde vymezeno historické pozadí užívání alkoholu ve společnosti a je nastíněn pohled současné společnosti na konzumaci alkoholu. Následující kapitoly jsou věnovány specifickým ženského užívání alkoholických nápojů. Jsou definovány faktory vzniku alkoholové závislosti u žen, prostor je věnován rovněž vztahu žen k alkoholu v jednotlivých fázích života. Teoretická část práce objasňuje možná rizika a důsledky konzumace alkoholu v průběhu těhotenství se zaměřením na problematiku abstinenčního syndromu novorozence a poruch fetálního alkoholového spektra. Další kapitoly jsou věnovány vybraným možnostem prevence konzumace alkoholu dostupných v České republice i v zahraničí.

Teoretická část diplomové práce poskytuje dostatečnou oporu pro praktický výzkum a splňuje tak předem stanovené hlavní i dílčí cíle.

## PRAKTICKÁ ČÁST

Praktická část diplomové práce je věnována organizaci a průběhu výzkumného šetření, analýze získaných dat a závěrečnému shrnutí. Výzkum byl proveden formou kvantitativního dotazníkového šetření, které cílí na širší okruh respondentů.

### 5 Fáze výzkumu

Kvantitativní výzkumný proces vyžaduje přesnou formulaci, dobrou organizaci a dodržování posloupnosti jednotlivých fází. Nedůslednost při postupu může vést k nepřesným či neúplným závěrům (Punch 2008). Validitu a reliabilitu šetření zajišťuje pečlivá příprava, zpětná kontrola a samostudium v oblasti vedení výzkumných projektů.

#### 5.1 Vymezení oblasti výzkumu

Obecné vymezení výzkumu směřuje do problematiky konzumace alkoholu ženami v průběhu mateřství. Konkrétně se zaměřuji na užívání alkoholu v době těhotenství. Seznámila jsem se se současným stavem poznání v této konkrétní oblasti, a to v České republice i v zahraničí. Zvolila jsem vhodné bibliografické zdroje, opírám se o předchozí zkušenosti odborníků a nadále sleduji nejnovější aktuální informace z oboru.

Po prostudování relevantních zdrojů jsem téma výzkumného šetření zaměřila na problematiku informovanosti žen a jejich postojů týkajících se konzumace alkoholu v průběhu těhotenství.

Téma výzkumu č.1: Informovanost žen o možných negativních vlivech konzumace alkoholu na probíhající těhotenství a prenatální vývoj dítěte.

Téma výzkumu č.2: Postoj žen ke konzumaci alkoholu v průběhu těhotenství.

#### 5.2 Definování výzkumného problému

Po vymezení oblasti výzkumu byl definován výzkumný problém ve formě souboru otázek:

- Výzkumná otázka č.1: Jaký vliv má věk na informovanost o možných rizicích, spojených s konzumací alkoholu v průběhu těhotenství?

- Výzkumná otázka č.2: Jaký vliv má nejvyšší dosažené vzdělání na informovanost o možných rizicích, spojených s konzumací alkoholu v průběhu těhotenství?
- Výzkumná otázka č.3: Jaký vliv má bydliště na informovanost o možných rizicích, spojených s konzumací alkoholu v průběhu těhotenství?
- Výzkumná otázka č.4: Jaký vliv má počet potvrzených těhotenství na informovanost o možných rizicích, spojených s konzumací alkoholu v průběhu těhotenství?
- Výzkumná otázka č.5: Jaký vliv má trvalé bydliště na postoj ke konzumaci alkoholu v průběhu těhotenství?
- Výzkumná otázka č.6: Jaký vliv má těhotenství na postoj ke konzumaci alkoholu?

### 5.3 Hlavní a dílčí cíle

Na základě formulovaného problému byly stanoveny hlavní i dílčí cíle výzkumu. Hlavním cílem praktické části výzkumu je získání validních a dostatečně reprezentativních dat ohledně informovanosti žen na Bruntálsku v souvislosti s problematikou konzumace alkoholu v průběhu těhotenství.

Dílčími cíli jsou: analýza postojů ke konzumaci alkoholu v těhotenství, porovnání jednotlivých skupin respondentek, sledování vlivu konkrétních faktorů na informovanost a postoje žen.

### 5.4 Stanovení hypotéz

Na základě stanovených cílů byly definovány hypotézy:

- Hypotéza č. 1
  - $H_A$  Počet uvedených možných důsledků konzumace alkoholu v průběhu těhotenství je statisticky významně ovlivňován věkem respondentek.
  - $H_0$  Věk respondentek nemá vliv na počet uvedených možných důsledků konzumace alkoholu v průběhu těhotenství

- Hypotéza č. 2
  - $H_A$  Počet uvedených možných důsledků konzumace alkoholu v průběhu těhotenství je statisticky významně ovlivňován nejvyšším dosaženým vzděláním respondentek.
  - $H_0$  Nejvyšší dosažené vzdělání respondentek nemá vliv na počet uvedených možných důsledků konzumace alkoholu v průběhu těhotenství.
  
- Hypotéza č. 3
  - $H_0$  Počet uvedených možných důsledků konzumace alkoholu v průběhu těhotenství je statisticky významně ovlivňován velikostí obce, kde respondentky žijí.
  - $H_1$  Velikost obce, kde respondentky žijí nemá vliv na počet uvedených možných důsledků konzumace alkoholu v průběhu těhotenství.
  
- Hypotéza č. 4
  - $H_A$  Existuje statisticky významná závislost mezi počtem uvedených možných negativních důsledků konzumace alkoholu v průběhu těhotenství a tím, tím, zda již žena byla těhotná.
  - $H_0$  Neexistuje statisticky významná závislost mezi počtem uvedených možných negativních důsledků konzumace alkoholu v průběhu těhotenství a tím, zda již žena byla těhotná.
  
- Hypotéza č. 5
  - $H_A$  Postoj k přijatelnosti konzumace alkoholu v průběhu těhotenství statisticky významně závisí na velikosti obce, kde respondentky žijí.
  - $H_0$  Velikost obce, kde respondentky žijí, neovlivňuje jejich postoj k přijatelnosti konzumace alkoholu v průběhu těhotenství.

- Hypotéza č.6
  - $H_A$  Existuje statisticky významná závislost mezi akceptovatelným množstvím užívaného alkoholu v průběhu těhotenství a tím, zda již žena byla těhotná.
  - $H_0$  Neexistuje statisticky významná závislost mezi akceptovatelným množstvím užívaného alkoholu v průběhu těhotenství a tím, zda již žena byla těhotná.

## 5.5 Charakteristika a výběr vzorku respondentů

Základní soubor respondentů pro výzkum tvoří ženy starší 18 let. Ve snaze o získání relevantních údajů, maximalizaci variability, reprezentativnost a validitu výsledků výzkumu, byl ze základního souboru vybrán výzkumný soubor.

Výzkumný soubor zcela záměrně zastupují pouze ženy ve věku 18-47 let, s trvalým bydlištěm v okrese Bruntál. Věková hranice byla zvolena z důvodů statisticky nejvyšší pravděpodobnosti fertility a procentuálně nejvyšší zastoupení potvrzených těhotenství u žen v tomto věkovém rozpětí. Okres Bruntál jsem si vybrala pro dobrou dostupnost a znalost lokality. Respondentky byly vybrány náhodně v rámci terénního šetření, pouze na základě ochoty spolupracovat při sběru dat. V pozdějších fázích jsem se již cíleně zaměřovala na respondentky určitého věku, aby byl vzorek žen dostatečně zastoupen v jednotlivých věkových skupinách.

V rámci terénního průzkumu bylo v průběhu sedmi měsíců osloveno více než tisíc žen na různých místech v okrese Bruntál. Část z nich nesplňovala definované požadavky pro výzkumný soubor, jiné odmítly účast na výzkumném šetření. Spolupráci přislíbilo 256 žen, z toho 220 žen odpovědělo na veškeré otázky. 36 žen odmítlo dotazník dokončit. Jako důvod uvedly příliš osobní otázky, na které nechtěly odpovídat.

## 5.6 Metody sběru dat

Pro sběr dat byla využita metoda anonymního dotazníku. Dotazníkové šetření se řadí k nejrozšířenějším formám pro získání dat v rámci kvantitativního výzkumu. Využila jsem dostatečného času na přípravu a data sbírala v průběhu sedmi měsíců od dubna do října roku 2022. Předvýzkum proběhl začátkem měsíce dubna prostřednictvím sociálních sítí, kdy byl dotazník předložen všem bez rozdílu pohlaví či věku v online podobě. Po získání zpětné vazby jsem přistoupila k několika zásadním změnám. Upravila jsem

strukturu dotazníku a větnou konstrukci některých otázek. Rozhodla jsem se také pro terénní šetření, kdy jsem osobně respondentkám dotazník předkládala.

Výhodou zvolené metody pro sběr dat je relativně rychlá a levná možnost, jak získat široké spektrum údajů. Za nevýhodu považuji možnost respondentek přikrášlovat své odpovědi, odpovídat v souladu s tím, co se dle jejich názoru od nich očekává. Riziko nepravdivých či neúplných odpovědí jsem se snažila eliminovat neustálým ubezpečováním o naprosté anonymitě dotazníku a o profesionálním a nezaujatém vedení celého výzkumného procesu.

Dotazník vychází z již existujícího dotazníku „Alcohol Use During Pregnancy and Awareness of Fetal Alcohol Syndrome“, který připravila organizace Health Canada v roce 2000. Přizpůsobila jsem jej a doplnila pro potřeby mého výzkumu. Dotazník obsahuje uzavřené i otevřené otázky a byl předložen v českém jazyce.

Na začátku dotazníku se představuji, uvádím s jakým záměrem jej předkládám, jak a za jakým účelem budou dále zpracována získaná data, znovu zdůrazňuji anonymitu dotazníku a ujišťuji respondentky o zcela bezpečném a korektním nakládání s jejich údaji.

První okruh otázek je zaměřen na získání základních dat, jako například věk, nejvyšší dosažené vzdělání, bydliště, počet dětí aj.

Druhý okruh se věnuje otázkám, které se týkají informovanosti žen ohledně problematiky rizik a možných negativních důsledků konzumace alkoholu v průběhu těhotenství.

Třetí okruh otázek se věnuje postojům žen k užívání alkoholických nápojů v průběhu těhotenství.

## **5.7 Analýza dat**

Analýza dat proběhla v průběhu listopadu a prosince 2022, s využitím programu Microsoft Excel. Jedná se o tabulkový procesor od společnosti Microsoft. Použitá verze při analýze dat je z roku 2020 a je kompatibilní s operačním systémem Microsoft Windows. Pro ověření předem definovaných hypotéz jsem využila příslušné statistické testy. Volba statistického testu závisela na charakteru získaných dat. Procentuální údaje byly pro lepší přehlednost zaokrouhleny na dvě desetinná místa.

K analýze získaných dat byly použity tyto statistické testy:

- Kruskal Wallisův test
- Test nezávislosti  $\chi^2$



Ke spolupráci při vyplňování dotazníku svolilo 256 žen. Z toho pouze 220 dotazník dokončilo.

Graf č. 1: Respondentky, které souhlasily s účastí na výzkumném šetření



Zdroj: vlastní výzkum

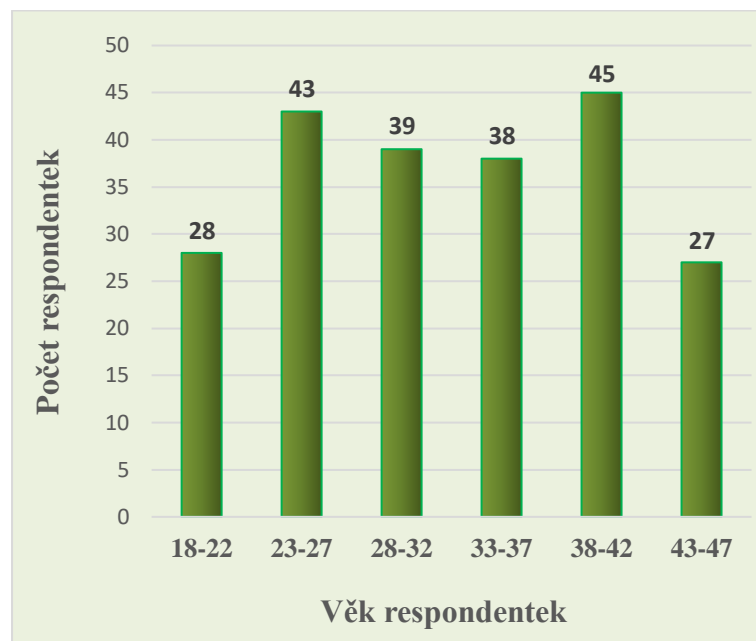
Při další analýze dat jsem již vycházela z výzkumného souboru zahrnující pouze respondentky, které dotazník vyplnily kompletně. Dále tedy platí, že  $n=220$  (100 %).

V rámci dotazníkového šetření byly získány následující údaje, které byly zpracovány formou tabulek a grafů.

- **Otázka 1.**

První otázka zjišťovala věk respondentek. Pro lepší přehlednost bylo definováno šest věkových skupin, každá v rozpětí pěti let.

Graf č. 2: Zastoupení respondentek v jednotlivých věkových skupinách



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu je patrné, že největší zastoupení respondentek je ve věkové skupině 38-42 let (45 žen). Naopak nejmenší zastoupení (pouze 27 žen) je ve věkové skupině 43-47 let.

- **Otázka 2.**

Druhá otázka dotazníku se týkala nejvyššího dosaženého vzdělání respondentek.

Graf č. 3: Nejvyšší uvedené dosažené vzdělání respondentek



Zdroj: vlastní výzkum

Největší procentuální zastoupení v dotazníkovém šetření tvoří ženy, jejichž nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské s maturitou (45,91 %). Nejmenší skupinou jsou ženy se základním vzděláním (8,18 %).

- **Otázka 3.**

Třetí otázka zjišťovala jak velká je obec, kde respondentky bydlí z hlediska počtu obyvatel. Již v úvodu, při předkládání dotazníku jsem upozornila, že výzkumný soubor tvoří pouze ženy s trvalým bydlištěm v okrese Bruntál.

Graf č. 4: Charakteristika místa bydliště respondentek



Zdroj: vlastní výzkum

Graf č.4 ukazuje, že většinu respondentek tvořily ženy, žijící v obci, která má více než 1000 a méně než 8000 obyvatel (45,91 %), nejméně žen uvedlo bydliště v obci do 1000 obyvatel (23,63 %).

Veškeré výše uvedené základní demografické údaje jsou shrnuty v tabulce č.1.

Tabulka č. 1: Demografické údaje výzkumného souboru.

celkem	n (%)
	220 (100)
<b>věková skupina</b>	
18-22	28 (12,73)
23-27	43 (19,54)
28-32	39 (17,73)
33-37	38 (17,27)
38-42	45 (20,46)
43-47	27 (12,27)
<b>místo bydliště</b>	
malá obec/vesnice – do 1000 obyvatel	52 (23,63)
větší obec – od 1000 do 8000 obyvatel	101 (45,91)
velká obec – více než 8000 obyvatel	67 (30,45)
<b>nejvyšší dosažené vzdělání</b>	
ZŠ	18 (8,18)
SOU	33 (15)
SŠ s maturitou	101 (45,91)
VŠ	68 (30,91)

Zdroj: vlastní výzkum

- **Otázka 4.**

Čtvrtá otázka dotazníku zjišťovala informace, týkající se počtu potvrzených těhotenství respondentek. Otázku jsem do šetření zařadila z důvodu podezření na odlišnou úroveň znalostí a rozdíly v postojích k problematice konzumace alkoholu v průběhu těhotenství mezi ženami, které ještě nebyly těhotné a těmi, u kterých těhotenství proběhlo.

Graf č. 5: Počet potvrzených těhotenství respondentek



Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 5 ukazuje, že procentuální zastoupení žen s žádným potvrzeným těhotenstvím v rámci šetření je 13,18 %, největší skupina žen uvedla jedno potvrzené těhotenství (30,45 %), nejméně žen pak uvedlo pět a více potvrzených těhotenství (2,73 %).

- **Otázka 5.**

Tabulka č. 2: Shrnutí otázky č. 5

Pila jste někdy v průběhu těhotenství alkohol?		n (%)
		191 (100)
Ano		156 (81,68)
Ne		31 (16,23)
Nepamatuji si/nechci odpovědět		x

Zdroj: vlastní výzkum

Pátá otázka byla určena pouze ženám, které uvedly alespoň jedno potvrzené těhotenství (n=191). Zjišťovala, zda respondentky samy v průběhu svého těhotenství užívaly alkoholické nápoje.

Graf č. 6: Užívání alkoholických nápojů respondentkami v průběhu těhotenství



Zdroj: vlastní výzkum

156 žen (81,68 %) přiznalo, že během těhotenství pilo alkohol. 31 žen (16,23 %) uvedlo, že alkohol během těhotenství nepožilo. Čtyři ženy (2,09 %) označily možnost „nepamatuji se/nechci odpovědět“.

- **Otázka 6.**

Tabulka č. 3: Shrnutí otázky č.6

Byla Vaše těhotenství plánována?	n (%)
Ano	134 (70,16)
Ne	57 (29,84)
Nevím/nechci odpovědět	x

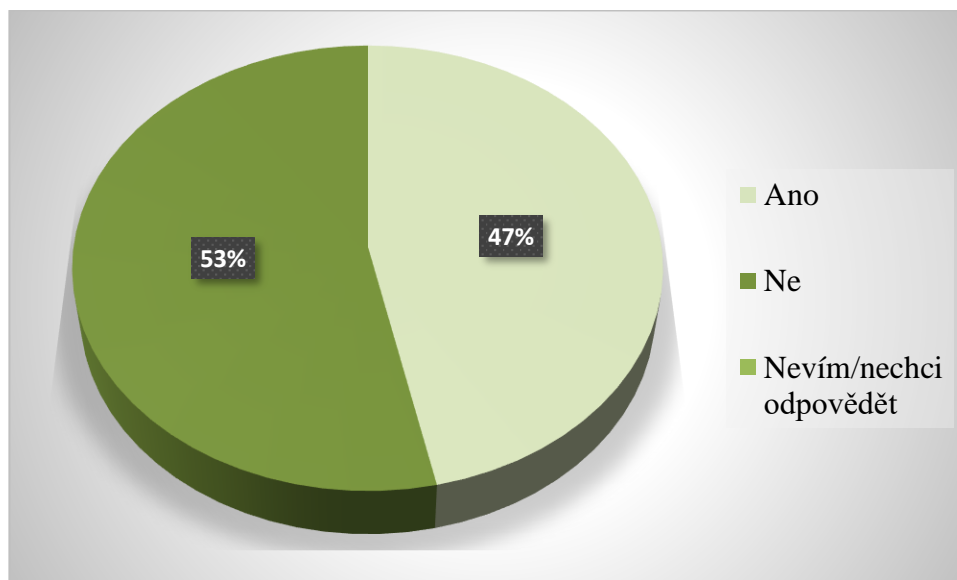
Zdroj: vlastní výzkum

Rovněž šestá otázka byla určena jen ženám, které v dotazníku uvedly alespoň jedno těhotenství (n=191). Na dotaz, zda byla jejich těhotenství plánována, 134 respondentek (70,16 %) odpovědělo „Ano“, naproti tomu 57 (29,84 %) jich odpovědělo „Ne“.

- **Otázka 7.**

Na sedmou otázku odpovídaly opět pouze respondentky, které uvedly alespoň jedno těhotenství (n=191).

Graf č. 7: Informace o vlivu alkoholu na těhotenství a vývoj plodu



Zdroj: vlastní výzkum

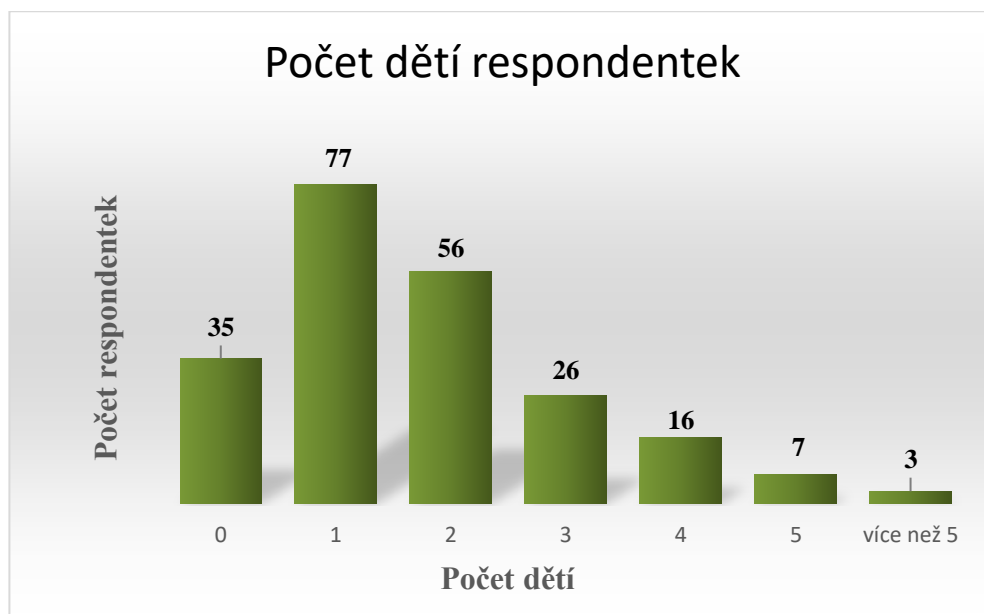
89 žen (46,60 %) si pamatovalo, že v době, kdy byly samy těhotné viděli konkrétní informaci, která by se týkala vlivu konzumace alkoholu na vývoj plodu. 102 žen (53,40 %) žen uvedlo, že si žádnou takovou informaci nevybavuje.



- **Otázka 8.**

Tato otázka byla určena všem respondentkám. Zjišťovala aktuální počet jejich dětí.

Graf č. 8: Uvedený počet dětí respondentek



Zdroj: vlastní výzkum

Nejvíce žen, které se zúčastnilo mého výzkumu, uvedlo, že mají v současnosti jedno dítě (35 %), 35 žen (15,91 %) je stále bezdětných. Nejmenší zastoupení tvořily ženy, které uvedly pět a více dětí (1,36 %).

### **Informovanost respondentek**

Následující okruh otázek se týkal informovanosti respondentek ohledně vlivu konzumace alkoholu na probíhající těhotenství a na prenatální vývoj dítěte.

- **Otázka 9.**

Tabulka č. 4: Shrnutí otázky č. 9

<b>Znalosti</b>	<b>n (%)</b>
Slyšela jste někdy o konkrétním důsledku, způsobeném konzumací alkoholu, na průběh těhotenství nebo na vývoj plodu?	220 (100)
Ano	136 (61,82)
Ne	84 (38,18)
Nevím/nechci odpovědět	x

Zdroj: vlastní výzkum

V rámci šetření 136 žen (61,82 %) uvedlo, že již někdy slyšelo o konkrétních dopadech, způsobených konzumací alkoholu, na průběh těhotenství či na prenatální vývoj dítěte. 84 žen (38,18 %) si žádné možné důsledky nevybavuje.

- **Otázka 10.**

Tabulka č. 5: Shrnutí otázky č.10

<b>Znalosti</b>	<b>n (%)</b>
Jaké důsledky může mít konzumace alkoholu v průběhu těhotenství na vývoj plodu?	136 (100)
FAS	42 (30,88)
nízká porodní váha	31 (22,79)
poruchy CNS	22 (16,17)
opožděný vývoj	21 (15,44)
předčasný porod	18 (13,24)
poruchy učení	7 (5,15)
abstinenční syndrom novorozence	5 (3,68)
poruchy chování	4 (2,94)
poruchy pozornosti	4 (2,94)
hyperaktivita	4 (2,94)
mentální postižení	2 (1,47)
nevím/nechci odpovědět	12 (8,82)

Zdroj: vlastní výzkum

Otázka číslo deset byla určena pouze těm respondentkám, které na předchozí otázku odpověděly „Ano“ (n=136). Ženy zde mohly uvést jeden či více možných důsledků konzumace alkoholu v průběhu těhotenství na vývoj plodu.

Graf č. 9: Nejčastěji uvedené možné důsledky konzumace alkoholu na vývoj plodu



Zdroj: vlastní výzkum

Mezi nejčastěji zmiňovanými možnými důsledky užívání alkoholických nápojů v průběhu těhotenství byly fetální alkoholový syndrom (30,88 %), nízká porodní váha (22,79 %), orgánové a funkční poruchy centrální nervové soustavy (16,17 %), opožděný vývoj (15,44 %), riziko předčasného porodu (13,24 %). Sedm žen (5,15 %) zmínilo poruchy učení, 5 žen (3,68 %) abstinenční syndrom novorozence. K dalším uvedeným důsledkům konzumace alkoholu v těhotenství patří poruchy chování (2,94 %), poruchy pozornosti a hyperaktivita. 2 ženy zmínily riziko ve formě mentálního postižení dítěte. 12 žen (8,82 %) respondentek nevědělo, nebo nechtělo odpovědět.

- **Otázka 11.**

Tabulka č. 6: Shrnutí otázky č.11

<b>Znalosti</b>	<b>n (%)</b>
Slyšela jste někdy termín "Poruchy fetálního alkoholového spektra"?	220 (100)
Ano	71 (32,28)
Ne	126 (57,27)
Nevím/nejsem si jistá	23 (10,45)

Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku číslo 11 odpovídaly bez výjimky všechny respondentky. Účelem bylo zjistit obecné povědomí o poruchách fetálního alkoholového spektra. Pouze 71 žen (32,28 %) uvedlo, že již někdy slyšelo tento termín. 126 žen (57,27 %) o FASD nikdy dříve neslyšelo. 23 respondentek (10,45 %) nevědělo, nebo si nebylo jistých.

- **Otázka 12.**

Tabulka č. 7: Shrnutí otázky č.12

<b>Znalosti</b>	<b>n (%)</b>
Slyšela jste někdy termín "Fetální alkoholový syndrom"?	220 (100)
Ano	117 (53,18)
Ne	84 (38,18)
Nevím/nejsem si jistá	19 (8,64)

Zdroj: vlastní výzkum

Respondentky byly požádány o vyjádření, zda již někdy slyšely termín „Fetální alkoholový syndrom“.

Graf č. 10: Znalost termínu „Fetální alkoholový syndrom“



Zdroj: vlastní výzkum

Na grafu č. 10 je patrné poměrné rozložení odpovědí. 117 respondentek (53,18 %) uvedlo, že již někdy dříve slyšelo o fetálním alkoholovém syndromu. 84 žen (38,18 %) tento termín nikdy neslyšelo a 19 respondentek (8,64 %) nevědělo, nebo si nebylo jistých.

- **Otázka 13.**

Ženy, které na předchozí otázku odpověděly „Ano“ (n=117) byly požádány o vyjádření, kde získaly informace o FAS. Ženy, které odpověděly „Ne“ nebo „Nevím/nejsem si jistá“ tuto otázku přeskočily.

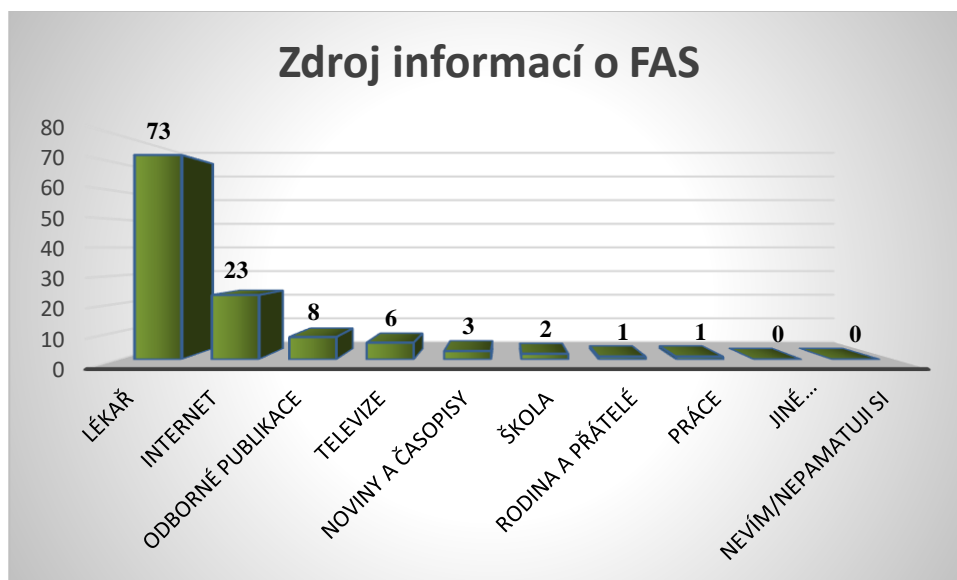
Tabulka č. 8: Shrnutí otázky č.13

Znalosti	n (%)
Kde jste poprvé zaznamenala informace o fetálním alkoholovém syndromu?	117 (100)
Lékař	73 (62,39)
Internet	23 (19,66)
Odborné publikace	8 (6,84)
Televize	6 (5,10)
Noviny a časopisy	3 (2,56)
Škola	2 (1,71)
Rodina a přátelé	1 (0,87)
Práce	1 (0,87)
jiné .....	x
Nevím/nepamatuji si	x

Zdroj: vlastní výzkum

Každá z respondentek mohla zmínit pouze jednu možnost. A to tu, kterou považovala za prvotní zdroj informací o problematice fetálního alkoholového syndromu.

Graf č. 11: Zdroj informací o problematice fetálního alkoholového syndromu



Zdroj: vlastní výzkum

Nejvíce respondentek (62,39 %) uvedlo jako hlavní zdroj informací, týkajících se problematiky fetálního alkoholového syndromu lékaře. Druhým nejčastějším zdrojem (19,66 %) byl internet. K dalším uvedeným zdrojům patří: odborné publikace (6,84 %), televize (5,1 %), noviny a časopisy (2,56 %), škola (1,71 %). Rodina a přátelé či práce pak byly identifikovány jako zdroj informací o FAS pouze v jednom případě.

- **Otázka 14.**

Také otázka č. 14 byla určena pouze ženám, které již někdy slyšely termín „Fetální alkoholový syndrom“ (n=117). Ostatní respondentky byly požádány, aby tuto otázku přeskočily.

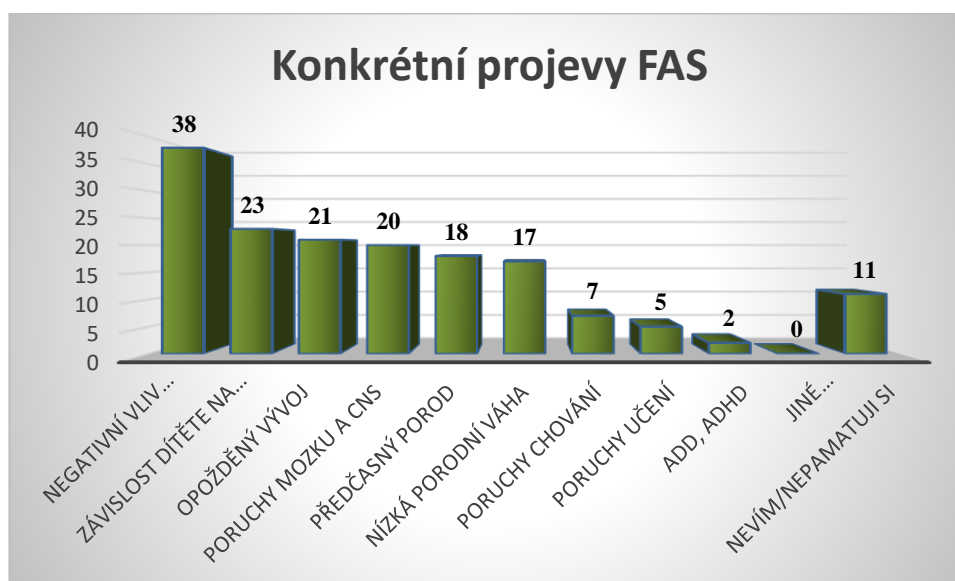
Tabulka č. 9: Shrnutí otázky č. 14

Znalosti	n (%)
Uveďte konkrétní projevy fetálního alkoholového syndromu	117 (100)
negativní vliv alkoholu na zdraví dítěte	38 (32,47)
závislost dítěte na alkoholu	23 (19,66)
opožděný vývoj	21 (17,95)
poruchy mozku a CNS	20 (17,09)
předčasný porod	18 (15,39)
nízká porodní váha	17 (14,53)
poruchy chování	7 (5,98)
poruchy učení	5 (4,27)
ADD, ADHD	2 (1,71)
jiné .....	x
Nevím/nepamatuji si	11 (9,40)

Zdroj: vlastní výzkum

Respondentky měly prostor pro uvedení veškerých konkrétních projevů fetálního alkoholového syndromu, které si byly schopny vybavit.

Graf č. 12: Uvedené projevy fetálního alkoholového syndromu



Zdroj: vlastní výzkum

Nejčastěji zmíněným projevem FAS byl negativní vliv alkoholu na celkový zdravotní stav dítěte (32,47 %). 23 žen (19,66 %) uvedlo možnost závislosti novorozence na alkoholu. Opožděný vývoj byl zmíněn 21krát (17,95 %). 11 žen (9,40 %) si nevybavilo jediný projev fetálního alkoholového syndromu.

- **Otázka 15.**

Patnáctá otázka dotazníkového šetření byla určena pro všechny respondentky. Otázka zahrnovala čtyři jednoduchá tvrzení. Respondentky byly požádány o rozhodnutí, zda jsou tato tvrzení pravdivá.

Tabulka č. 10: Shrnutí otázky č.15

<b>Znalosti</b>	<b>n (%)</b>
<b>Rozhodněte, zda jsou uvedená tvrzení pravdivá:</b>	220 (100)
<b>Alkohol může proniknout přes placentu do krevního oběhu dítěte.</b>	
Ano	189 (85,91)
Ne	21 (9,55)
Nevím/nechci odpovídat	10 (4,55)
<b>Čím více alkoholu žena v průběhu těhotenství vypije, tím větší riziko poškození plodu existuje.</b>	
Ano	215 (97,73)
Ne	5 (2,27)
Nevím/nechci odpovídat	x
<b>Jakékoli množství alkoholu, které žena v průběhu těhotenství vypije, může poškodit vývoj plodu.</b>	
Ano	149 (67,73)
Ne	68 (30,91)
Nevím/nechci odpovídat	3 (1,36)
<b>Konzumace alkoholu je již zcela bezpečná v průběhu druhého a třetího trimestru.</b>	
Ano	118 (53,63)
Ne	97 (44,10)
Nevím/nechci odpovídat	5 (2,27)

Zdroj: vlastní výzkum

189 žen (85,91 %) rozhodlo, že tvrzení „Alkohol může proniknout přes placentu do krevního oběhu dítěte“ je pravdivé. 21 žen (9,55 %) si myslí, že toto tvrzení pravdivé není. 10 žen pak nevědělo, nebo nechtělo na otázku odpovídat. Téměř všechny respondentky (97,73 %) byly přesvědčeny o pravdivosti tvrzení „Čím více alkoholu žena v průběhu těhotenství vypije, tím větší riziko poškození plodu existuje“. Pouze 5 žen s tímto tvrzením nesouhlasilo. Tvrzení „Jakékoli množství alkoholu, které žena v průběhu těhotenství vypije, může poškodit vývoj plodu“ zhodnotilo jako pravdivé 149 žen (67,73 %). O nepravdivosti tvrzení bylo přesvědčeno 68 žen (30,91 %). 3 ženy využily možnosti „nevím/nechci odpovídat“. V případě posledního uvedeného tvrzení „Konzumace alkoholu je již zcela bezpečná v průběhu druhého a třetího trimestru“ se překvapivě většina respondentek (53,63 %) rozhodla ve prospěch pravdivosti tvrzení. 97 žen (44,10 %) si myslí, že tvrzení pravdivé není a 5 žen uvedlo možnost „nevím, nechci odpovídat“.



### ***Postoje respondentek***

Poslední okruh otázek dotazníku zjišťoval informace o postojích žen k užívání alkoholických nápojů v průběhu těhotenství.

- **Otázka 16.**

Tabulka č. 11: Shrnutí otázky č. 16

<b>Postoje</b>	<b>n (%)</b>
Jaké je dle Vašeho názoru přijatelné množství konzumovaného alkoholu v době, kdy žena <b>není</b> těhotná? Vyberte prosím jednu z možností:	220 (100)
Žádný alkohol není přijatelný	1 (0,45)
1-3 alkoholické nápoje za rok	6 (2,72)
1-3 alkoholické nápoje za měsíc	84 (38,18)
1-3 alkoholické nápoje za týden	104 (47,27)
denní konzumace alkoholu je přijatelná	25 (11,36)

Zdroj: vlastní výzkum

Pro získání uceleného pohledu na postoj dotazovaných žen ke konzumaci alkoholu v těhotenství, bylo potřeba objasnit jejich postoj ke konzumaci alkoholu obecně. Otázka č. 16 zjišťovala, jaké množství vypitých alkoholických nápojů v době mimo těhotenství, považují respondentky u žen obecně za přijatelné. Respondentky měly za úkol vybrat jednu z nabízených možností, a to tu, která se nejvíce blíží jejich přesvědčení.

Graf č. 13: Uvedená tolerance užívání alkoholických nápojů v době mimo těhotenství



Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 13 ukazuje, že většina respondentek (47,27 %) považuje za přijatelné množství užívaného alkoholu ženami v době, kdy nejsou těhotné, jeden až tři alkoholické nápoje za týden. V pořadí druhá největší skupina respondentek (38,18 %) vybrala možnost „jeden až tři alkoholické nápoje za měsíc“. Pouze jedna z dotazovaných žen nepovažuje jakékoli vypité množství alkoholu za přijatelné.

- **Otázka 17.**

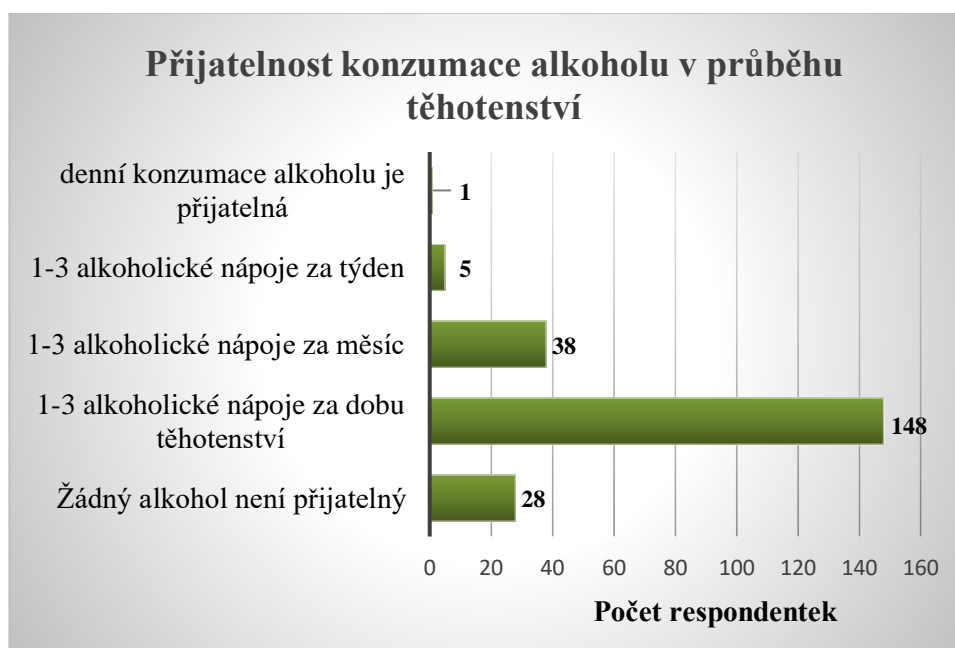
Tabulka č. 12: Shrnutí otázky č.17

Postoje	n (%)
Jaké je dle Vašeho názoru přijatelné množství konzumovaného alkoholu v průběhu těhotenství? Vyberte prosím jednu z možností:	220 (100)
Žádný alkohol není přijatelný	28 (12,73)
1-3 alkoholické nápoje za celou dobu těhotenství	148 (67,27)
1-3 alkoholické nápoje za měsíc	38 (17,27)
1-3 alkoholické nápoje za týden	5 (2,27)
denní konzumace alkoholu je přijatelná	1 (0,46)

Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 17 navazuje na otázku č. 16. Ptám se zde na postoj respondentek k množství vypitého alkoholu ženami v průběhu těhotenství.

Graf č. 14: Přijatelné množství konzumovaného alkoholu v průběhu těhotenství



Zdroj: vlastní výzkum

Zdaleka největší skupinu (67,27 %) tvořily respondentky, které uvedly jako přijatelné množství jeden až tři vypité alkoholické nápoje za celou dobu těhotenství. Překvapivě, pouze 28 dotázaných žen (12,73 %) uvedlo, že v době, kdy je žena těhotná, není přijatelné žádné užívání alkoholu.

- **Otázka 18.**

Otázka číslo 18 se ptá respondentek na jejich postoj k důležitosti ukončení konzumace alkoholických nápojů od okamžiku, kdy žena zjistí, že je těhotná.

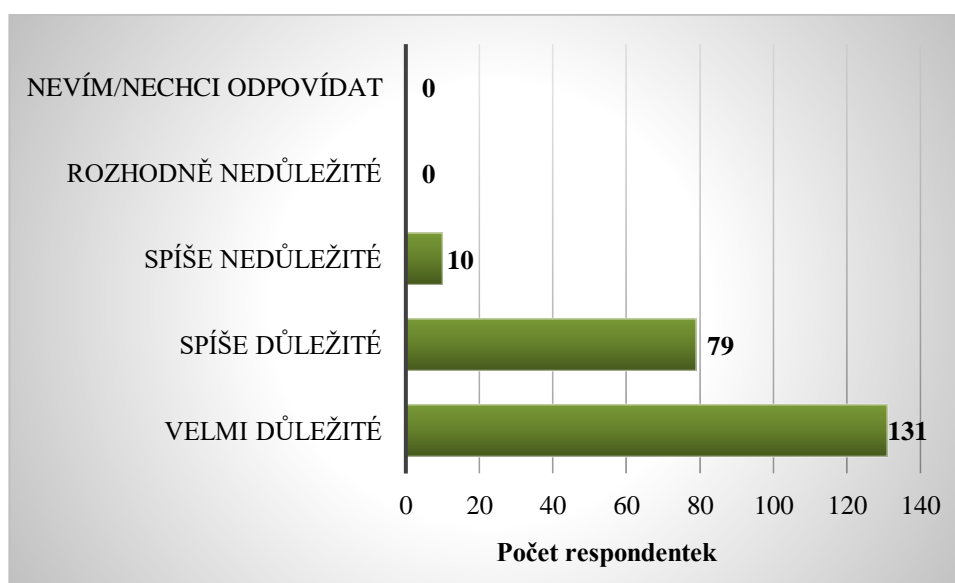
Tabulka č. 13: Shrnutí otázky č. 18

Postoje	n (%)
Jak moc je podle Vašeho názoru důležité, aby žena přestala s konzumací alkoholu ihned po potvrzení těhotenství?	220 (100)
velmi důležité	131 (59,55)
spíše důležité	79 (35,91)
spíše nedůležité	10 (4,56)
rozhodně nedůležité	x
Nevím/nechci odpovídat	x

Zdroj: vlastní výzkum

Na výběr měly respondentky možnosti od „velmi důležité“ po „rozhodně nedůležité“, případně mohly využít odpověď „nevím/nechci odpovědět“.

Graf č. 15: Postoj k ukončení užívání alkoholických nápojů v okamžiku potvrzení těhotenství



Zdroj: vlastní výzkum

210 žen (95,44 %) se v rámci dotazníkového šetření přiklání k tomu, že je důležité, aby žena přestala konzumovat alkoholické nápoje v okamžiku, kdy zjistí, že je těhotná. Z toho 131 respondentek (59,55 %) považuje toto rozhodnutí za velmi důležité. Naproti tomu, 10 dotázaných žen (4,56 %) uvedlo, že je spíše nedůležité přestat s pitím alkoholu po potvrzení těhotenství.

- **Otázka 19.**

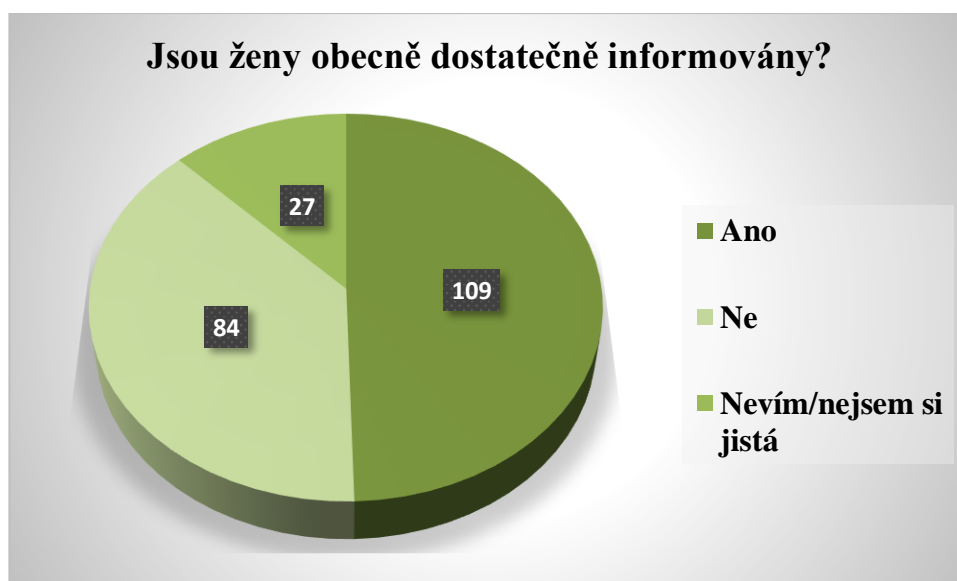
Tabulka č. 14: Shrnutí otázky č.19

Postoje	n (%)
Jsou ženy dle Vašeho názoru dostatečně informovány o rizicích konzumace alkoholu v průběhu těhotenství?	220 (100)
Ano	109 (49,55)
Ne	84 (38,18)
Nevím/nejsem si jistá	27 (12,27)

Zdroj: vlastní výzkum

Otázka číslo 19 zjišťuje postoj respondentek k obecné informovanosti žen v oblasti vlivu konzumace alkoholu na probíhající těhotenství a prenatální vývoj dítěte.

Graf č. 16: Pohled respondentek na informovanost žen ohledně problematiky konzumace alkoholu v průběhu těhotenství



Zdroj: vlastní výzkum

Téměř polovina respondentek (49,55 %) zastává názor, že v otázkách možných rizik na průběh těhotenství a na prenatální vývoj dítěte v souvislosti s konzumací alkoholu, jsou ženy obecně dostatečně informovány. 84 účastnic šetření (38,18 %) si myslí, že informovanost není dostatečná. 27 žen (12,27) pak neví, nebo nedokáže odpovědět.

- **Otázka 20.**

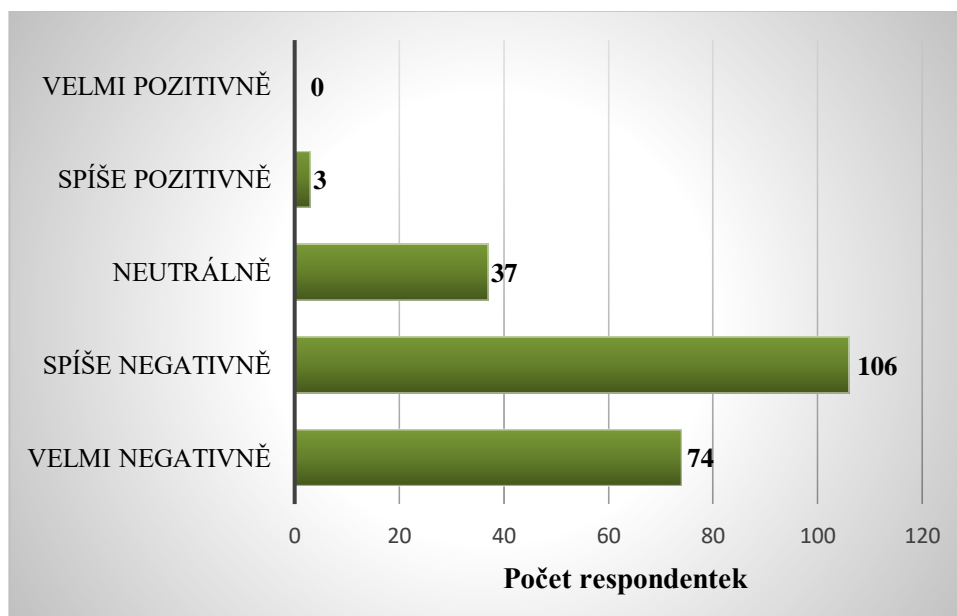
Tabulka č. 15: Shrnutí otázky č. 20

<b>Postoje</b>	<b>n (%)</b>
Jak byste se cítila, kdybyste viděla těhotnou ženu pít alkoholický nápoj?	220 (100)
velmi negativně	74 (33,64)
spíše negativně	106 (48,18)
neutrálně	37 (16,82)
spíše pozitivně	3 (1,36)
velmi pozitivně	x

Zdroj: vlastní výzkum

V závěru dotazníku jsem se respondentek ptala na to, jak by se cítily, kdyby viděly těhotnou ženu konzumovat alkohol.

Graf. č. 17: Pocity ze situace, kdy respondentky vidí těhotnou ženu pít alkohol



Zdroj: vlastní výzkum

V situaci, kdy by respondentky viděly těhotnou ženu konzumovat alkoholický nápoj, by většina respondentek (81,82 %) popsala svůj pocit jako negativní. 74 ženy (33,64 %) by tento pocit označily jako velmi negativní. Neutrálně, nebo spíše pozitivně by se cítilo 40 dotázaných žen.

## 5.8 Ověření či vyvrácení stanovených hypotéz

### - Hypotéza č. 1

- $H_A$  Počet uvedených možných důsledků konzumace alkoholu v průběhu těhotenství je statisticky významně ovlivňován věkem respondentek.
- $H_0$  Věk respondentek nemá vliv na počet uvedených možných důsledků konzumace alkoholu v průběhu těhotenství

Pro analýzu hypotézy č.1 byl vybrán Kruskal Wallisův mediánový test. Zjišťovala jsem, zda existuje souvislost mezi věkem respondentek a počtem uvedených možných důsledků konzumace alkoholu v těhotenství. Použila jsem neparametrickou verzi analýzy rozptylu, pro porovnání nezávislé kategorikální proměnné na závislou proměnnou ordinálního typu. Testovala jsem nulovou hypotézu.

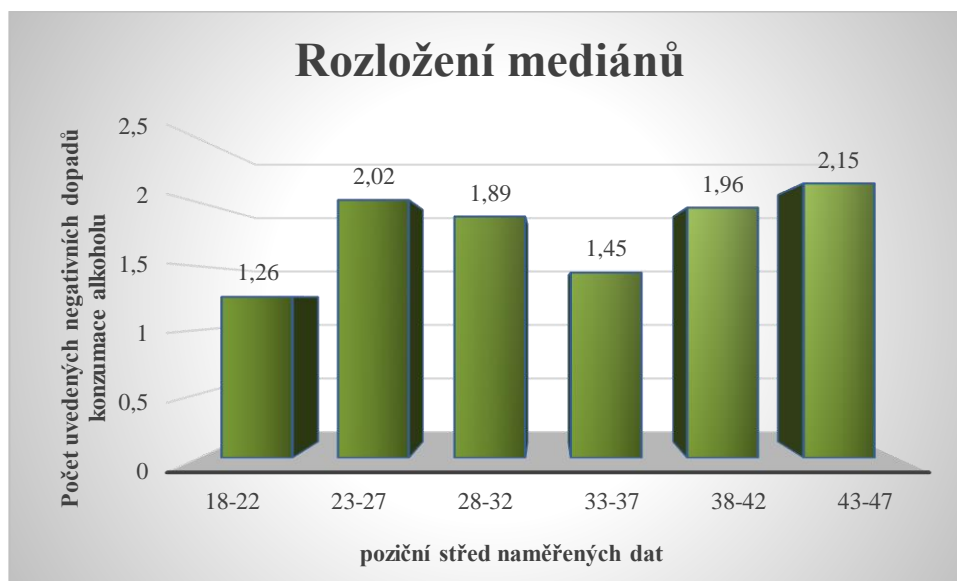
Tabulka č. 16: H1 – Shrnutí testu Kruskal Wallis

<b>H</b>	<b>7,32942</b>
k	6
df	5
$\chi^2_{(0,05;20)}$	11,07049769
$\chi^2_{(0,01;20)}$	15,0862747
<b>H - 0,05</b>	<b>H0</b>
<b>H - 0,01</b>	<b>H0</b>
<b>p</b>	<b>0,000002500</b>

Zdroj: vlastní výzkum

Zjistila jsem součty pořadí a podělila četností sloupců. Testové kritérium  $H = 7,32942$ , stupně volnosti=5, hodnota  $\chi^2$  (pro stupeň volnosti 0,05) =11,070498, hodnota  $\chi^2$  pro stupeň volnosti 0,01 =15,086275. Kritická hodnota  $p = 0,0000025$ .

Graf č.18: Počet uvedených negativních dopadů konzumace alkoholu v těhotenství v závislosti na věku



Zdroj: vlastní výzkum

Z výsledku testu lze vyvodit, že nemůžeme odmítnout nulovou hypotézu. Platí tedy: „Věk respondentek nemá vliv na počet uvedených možných důsledků konzumace alkoholu v průběhu těhotenství.“

- **Hypotéza č. 2**

- $H_A$  Počet uvedených možných důsledků konzumace alkoholu v průběhu těhotenství je statisticky významně ovlivňován nejvyšším dosaženým vzděláním respondentek.
- $H_0$  Nejvyšší dosažené vzdělání respondentek nemá vliv na počet uvedených možných důsledků konzumace alkoholu v průběhu těhotenství.

Pro analýzu hypotézy č.2 byl vybrán opět Kruskal Wallisův mediánový test. Zjišťovala jsem, zda existuje souvislost mezi vzděláním respondentek a počtem uvedených možných důsledků konzumace alkoholu v těhotenství. Testovala jsem nulovou hypotézu.

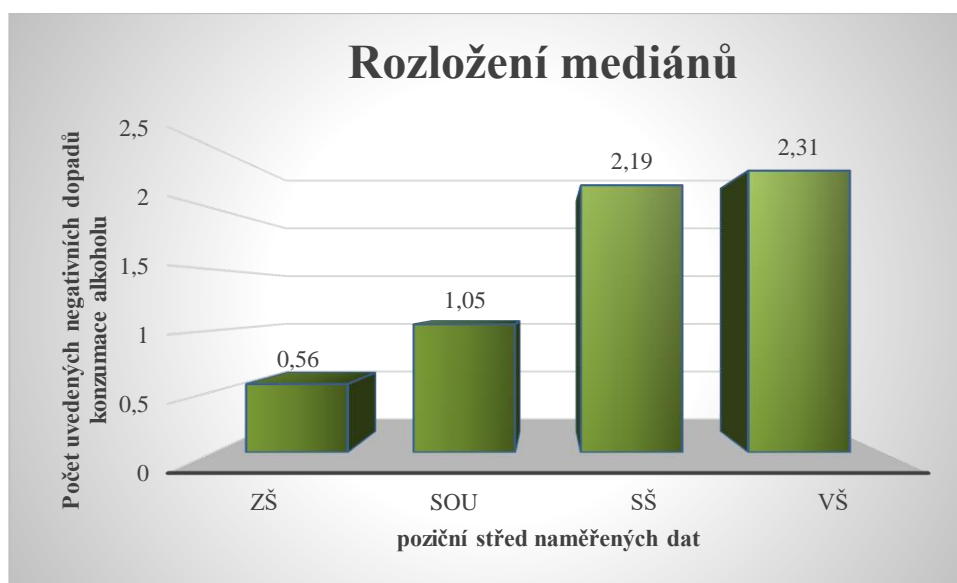
Tabulka č. 17: H2 – Shrnutí testu Kruskal Wallis

<b>H</b>	<b>16,8942103</b>
<b>k</b>	<b>6</b>
<b>df</b>	<b>5</b>
$\chi^2_{(0,05;20)}$	11,07049769
$\chi^2_{(0,01;20)}$	15,0862747
<b>H - 0,05</b>	<b>HA</b>
<b>H - 0,01</b>	<b>HA</b>
<b>p</b>	<b>0,004704000</b>

Zdroj: vlastní výzkum

Zjistila jsem součty pořadí a podělila četností sloupců. Testové kritérium  $H=16,8942103$ , stupně volnosti=5, hodnota  $\chi^2$  (pro stupeň volnosti 0,05) =11,070498. Kritická hodnota  $p =0,00470$ .

Graf č.19: Počet uvedených negativních dopadů konzumace alkoholu v průběhu těhotenství v závislosti na vzdělání respondentek



Zdroj: vlastní výzkum

Z výsledku testu vyplynulo, že můžeme odmítnout nulovou hypotézu. Platí tedy hypotéza alternativní: „Počet uvedených možných důsledků konzumace alkoholu v průběhu těhotenství je statisticky významně ovlivňován dosaženým vzděláním respondentek.“



- **Hypotéza č. 3**

- $H_A$  Počet uvedených možných důsledků konzumace alkoholu v průběhu těhotenství je statisticky významně ovlivňován trvalým bydlištěm respondentek.
- $H_0$  Trvalé bydliště respondentek nemá vliv na počet uvedených možných důsledků konzumace alkoholu v průběhu těhotenství.

Pro analýzu hypotézy č.3 byl vybrán opět Kruskal Wallisův mediánový test. Analogicky jako u předchozích hypotéz jsem zjišťovala, zda existuje souvislost mezi trvalým bydlištěm respondentek a počtem uvedených možných důsledků konzumace alkoholu v těhotenství. Testovala jsem nulovou hypotézu.

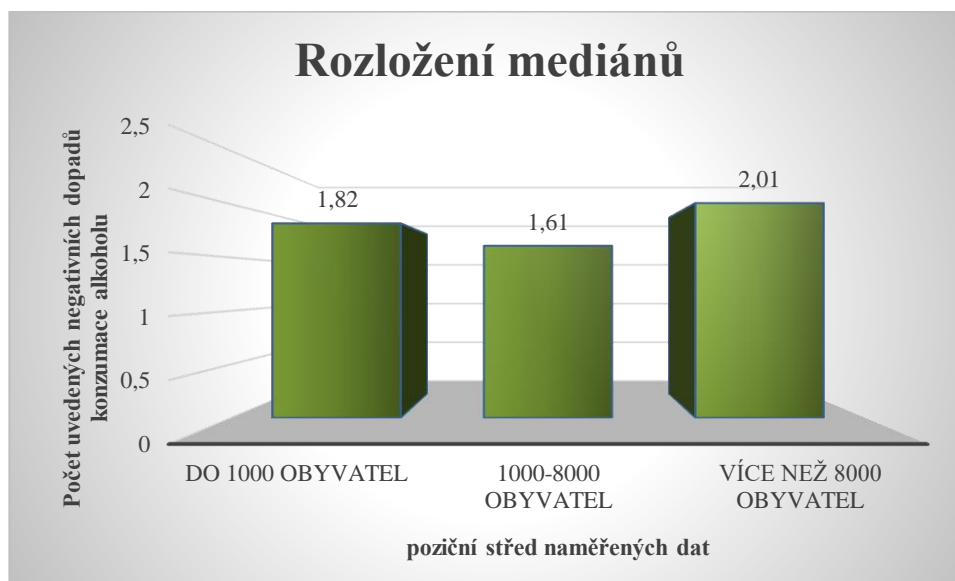
Tabulka č. 18: H3 – Shrnutí testu Kruskal Wallis

<b>H</b>	<b>9,034167</b>
k	6
df	5
$\chi^2_{(0,05;20)}$	11,07049769
$\chi^2_{(0,01;20)}$	15,0862747
<b>H - 0,05</b>	<b>H0</b>
<b>H - 0,01</b>	<b>H0</b>
<b>p</b>	<b>0,000016000</b>

Zdroj: vlastní výzkum

Zjistila jsem součty pořadí a podělila četností sloupců. Testové kritérium  $H=9,034167$ , stupně volnosti=5, hodnota  $\chi^2$  (pro stupeň volnosti 0,05) =11,070498. Kritická hodnota  $p =0,0000016$ .

Graf č. 20: Počet uvedených negativních dopadů konzumace alkoholu v závislosti na bydlišti respondentek



Zdroj: vlastní výzkum

Z výsledku testu lze vyvodit, že nemůžeme odmítnout nulovou hypotézu. Kritická hodnota  $H$  není větší, než hodnota  $\chi^2$ . Platí tedy: „Trvalé bydliště respondentek nemá vliv na počet uvedených možných důsledků konzumace alkoholu v průběhu těhotenství.“

- **Hypotéza č. 4**

- $H_A$  Existuje statisticky významná závislost mezi počtem uvedených možných negativních důsledků konzumace alkoholu v průběhu těhotenství a tím, zda již žena byla těhotná.
- $H_0$  Neexistuje statisticky významná závislost mezi počtem uvedených možných negativních důsledků konzumace alkoholu v průběhu těhotenství a tím, zda již žena byla těhotná.

Pro analýzu hypotézy č.4 jsem použila Test nezávislosti chí kvadrát. Cílem testu bylo vyhodnotit, zda existuje závislost mezi počtem uvedených možných negativních důsledků konzumace alkoholu v průběhu těhotenství a tím, zda již žena byla někdy těhotná.

Kontingenční tabulka č. 1: H4 – naměřené četnosti

naměřené četnosti	0 potvrzených těhotenství	1 a více potvrzených těhotenství	
počet uvedených negativních důsledků	1	2	Celkový součet
0	21	63	84
1	7	102	109
2	1	19	20
3	0	4	4
4	0	2	2
5	0	1	1
Celkový součet	29	191	220

Zdroj: vlastní výzkum

Kontingenční tabulka číslo 1 zobrazuje naměřené četnosti v jednotlivých skupinách respondentek. Dále byla sestavena kontingenční tabulka č.2, která definuje očekávané četnosti.

Kontingenční tabulka č. 2: H4 – očekávané četnosti

očekávané četnosti	0 potvrzených těhotenství	1 a více potvrzených těhotenství	
počet uvedených negativních důsledků	1	2	Celkový součet
0	11,07272727	72,92727273	84
1	14,36818182	94,63181818	109
2	2,636363636	17,36363636	20
3	0,527272727	3,472727273	4
4	0,263636364	1,736363636	2
5	0,131818182	0,868181818	1
Celkový součet	29	191	220

Zdroj: vlastní výzkum

Na základě získaných údajů jsem již mohla vyhotovit kontingenční tabulku č.3, která obsahuje hodnoty  $\chi^2$  a vypočítání hodnoty  $\Sigma$  chí kvadrát.

Kontingenční tabulka č. 3: H4 – chí kvadrát

chí kvadrát	0 potvrzených těhotenství	1 a více potvrzených těhotenství	
počet uvedených negativních důsledků	1	2	Celkový součet
0	8,90031348	1,351356497	84
1	3,77849501	0,573698195	109
2	1,015673981	0,15421228	20
3	0,527272727	0,080057116	4
4	0,263636364	0,040028558	2
5	0,131818182	0,020014279	1
Celkový součet	29	191	220

Zdroj: vlastní výzkum

Určila jsem výsledek testu nezávislosti suma  $\chi^2=16,83657667$ , stupeň volnosti=5. Nyní jsem již byla schopna vypočítat kritické hodnoty  $\chi^2$  pro hladiny významnosti 0,05 a 0,01. Pravděpodobnost chybného odmítnutí nulové hypotézy  $p=0,004820392$ .

Tabulka č. 19: H4 – Shrnutí testu nezávislosti

Výsledek testu $\chi^2$		16,83657667
Počet řádků		6
Počet sloupců		2
Stupně volnosti		5
Kritická hodnota $\chi^2$	0,05	11,07049769
Kritická hodnota $\chi^2$	0,01	15,08627247
<b>Závěr</b>	<b>0,05</b>	<b>HA</b>
<b>Závěr</b>	<b>0,01</b>	<b>HA</b>
<b>Pravděpodobnost chybného odmítnutí nulové hypotézy</b>		0,004820392

Zdroj: vlastní výzkum

Hodnota  $\chi^2$  je větší než kritická hodnota  $\chi^2$  pro hladinu významnosti 0,05 i 0,01, platí tedy, že můžeme odmítnout nulovou hypotézu a platí hypotéza alternativní: „Existuje statisticky významná závislost mezi počtem uvedených možných negativních důsledků konzumace alkoholu v průběhu těhotenství a tím, zda již byla žena těhotná.“

### Hypotéza č.5

- $H_A$  Postoj k přijatelnosti konzumace alkoholu v průběhu těhotenství statisticky významně závisí na velikosti obce, kde respondentky žijí.
- $H_0$  Velikost obce, kde respondentky žijí, neovlivňuje jejich postoj k přijatelnosti konzumace alkoholu v průběhu těhotenství.

Pro analýzu hypotézy č.5 jsem použila Test nezávislosti chí kvadrát. Cílem testu bylo vyhodnotit, zda existuje závislost mezi uvedeným akceptovatelným množstvím užívaného alkoholu v průběhu těhotenství a tím, v jak velké obci respondentky bydlí.

Kontingenční tabulka č. 4: H5 – naměřené četnosti

naměřené četnosti	do 1000 obyvatel	1000-8000 obyvatel	nad 8000 obyvatel	
	1	2	3	Celkový součet
žádný alkohol	10	8	10	28
1-3 alk. nápoje/těhotenství	29	73	46	148
1-3 alk. Nápoje/měsíc	12	18	8	38
1-3 alk. Nápoje/týden	1	2	2	5
denní konzumace	0	0	1	1
Celkový součet	52	101	67	220

Zdroj: vlastní výzkum

Kontingenční tabulka číslo 4 zobrazuje naměřené četnosti v konkrétních skupinách respondentek. Následně byla sestavena kontingenční tabulka č.5, která udává očekávané četnosti ve stejných skupinách.

Kontingenční tabulka č. 5: H5 – očekávané četnosti

očekávané četnosti	do 1000 obyvatel	1000-8000 obyvatel	nad 8000 obyvatel	
	1	2	3	Celkový součet
žádný alkohol	6,618181818	12,85454545	8,527272727	28
1-3 alk. nápoje/těhot.	34,98181818	67,94545455	45,07272727	148
1-3 alk. Nápoje/měsíc	8,981818182	17,44545455	11,57272727	38
1-3 alk. Nápoje/týden	1,181818182	2,295454545	1,522727273	5
denní konzumace	0,236363636	0,459090909	0,304545455	1
Celkový součet	52	101	67	220

Zdroj: vlastní výzkum

Dalším krokem bylo vyhotovení kontingenční tabulky č.6, která obsahuje hodnoty  $\chi^2$  a vypočítání hodnoty  $\Sigma$  chí kvadrát.

Kontingenční tabulka č. 6: H5 – chí kvadrát

chí kvadrát	do 1000 obyvatel	1000-8000 obyvatel	nad 8000 obyvatel	
	1	2	3	Celkový součet
žádný alkohol	1,728071928	1,833329047	0,254351619	28
1-3 alk. nápoje/těhot.	1,022878473	0,376013818	0,019076607	148
1-3 alk. Nápoje/měsíc	1,014206846	0,017627552	1,102970792	38
1-3 alk. Nápoje/týden	0,027972028	0,038028803	0,149592944	5
denní konzumace	0,236363636	0,459090909	1,588127544	1
Celkový součet	52	101	67	220

Zdroj: vlastní výzkum

Určila jsem výsledek testu nezávislosti suma  $\chi^2=9,867703$ , stupně volnosti=8. Nyní jsem již byla schopna vypočítat kritické hodnoty  $\chi^2$  pro hladiny významnosti 0,05 a 0,01. Pravděpodobnost chybného odmítnutí nulové hypotézy  $p=0,274434572$ .

Tabulka č. 20: H5 – Shrnutí testu nezávislosti

Výsledek testu $\chi^2$		9,867702546
Počet řádků		5
Počet sloupců		3
Stupně volnosti		8
Kritická hodnota $\chi^2$	0,05	15,50731306
Kritická hodnota $\chi^2$	0,01	20,09023503
<b>Závěr</b>	<b>0,05</b>	<b>H0</b>
<b>Závěr</b>	<b>0,01</b>	<b>H0</b>
<b>Pravděpodobnost chybného odmítnutí nulové hypotézy</b>		0,274434572

Zdroj: vlastní výzkum

Zjistila jsem, že hodnota  $\chi^2$  je menší než kritická hodnota  $\chi^2$  pro hladinu významnosti 0,05 i 0,01. Platí tedy, že nemůžeme odmítnout nulovou hypotézu: „Velikost obce, kde respondentky žijí, neovlivňuje jejich postoj k přijatelnosti konzumace alkoholu v průběhu těhotenství.“

- **Hypotéza č.6**

- $H_A$  Existuje statisticky významná závislost mezi akceptovatelným množstvím užívaného alkoholu v průběhu těhotenství a tím, zda již žena byla těhotná.
- $H_0$  Neexistuje statisticky významná závislost mezi akceptovatelným množstvím užívaného alkoholu v průběhu těhotenství a tím, zda již žena byla těhotná.

Pro analýzu hypotézy č.6 jsem použila Test nezávislosti chí kvadrát. Cílem testu bylo vyhodnotit, zda existuje závislost mezi uvedeným akceptovatelným množstvím užívaného alkoholu v průběhu těhotenství a tím, jestli respondentky uvedly alespoň jedno potvrzené těhotenství.

Kontingenční tabulka č. 7: H6 – naměřené četnosti

naměřené četnosti	0 potvrzených těhotenství	1 a více potvrzených těhotenství	
	1	2	Celkový součet
žádný alkohol	6	22	28
1-3 alk. nápoje/těhotenství	15	133	148
1-3 alk. Nápoje/měsíc	4	34	38
1-3 alk. Nápoje/týden	3	2	5
denní konzumace	1	0	1
Celkový součet	29	191	220

Zdroj: vlastní výzkum

Kontingenční tabulka číslo 7 zobrazuje naměřené četnosti v jednotlivých skupinách respondentek. Nyní jsem mohla sestavit kontingenční tabulku č.8, která definuje očekávané četnosti ve stejných skupinách.

Kontingenční tabulka č. 8: H6 – očekávané četnosti

očekávané četnosti	0 potvrzených těhotenství	1 a více potvrzených těhotenství	
	1	2	Celkový součet
žádný alkohol	3,690909091	24,30909091	28
1-3 alk. nápoje/těhotenství	19,50909091	128,4909091	148
1-3 alk. Nápoje/měsíc	5,009090909	32,99090909	38
1-3 alk. Nápoje/týden	0,659090909	4,340909091	5
denní konzumace	0,131818182	0,868181818	1
Celkový součet	29	191	220

Zdroj: vlastní výzkum

Na základě zjištěných údajů jsem již mohla vyhotovit kontingenční tabulku č.9, která obsahuje hodnoty  $\chi^2$  a vypočítat hodnotu  $\Sigma$  chí kvadrát.



Kontingenční tabulka č. 9: H6 – chí kvadrát

chí kvadrát	0 potvrzených těhotenství	1 a více potvrzených těhotenství	
	1	2	Celkový součet
žádný alkohol	1,444603672	0,21933773	84
1-3 alk. nápoje/těhotenství	1,042175718	0,158236104	109
1-3 alk. Nápoje/měsíc	0,203283287	0,030865002	20
1-3 alk. Nápoje/týden	8,314263323	1,262375059	4
denní konzumace	5,718025078	0,868181818	2
Celkový součet	29	191	220

Zdroj: vlastní výzkum

Určila jsem výsledek testu nezávislosti suma  $\chi^2=19,26134679$ , stupně volnosti=4. Nyní jsem již byla schopna vypočítat kritické hodnoty  $\chi^2$  pro hladiny významnosti 0,05 a 0,01. Pravděpodobnost chybného odmítnutí nulové hypotézy  $p=0,000698252$ .

Tabulka č. 21: H6 – Shrnutí testu nezávislosti

Výsledek testu $\chi^2$		19,26134679
Počet řádků	5	
Počet sloupců	2	
Stupně volnosti		4
Kritická hodnota $\chi^2$	0,05	9,487729037
Kritická hodnota $\chi^2$	0,01	13,27670414
<b>Závěr</b>	<b>0,05</b>	<b>HA</b>
<b>Závěr</b>	<b>0,01</b>	<b>HA</b>
<b>Pravděpodobnost chybného odmítnutí nulové hypotézy</b>		0,000698252

Zdroj: vlastní výzkum

- Hodnota  $\chi^2$  je větší než kritická hodnota  $\chi^2$  pro hladinu významnosti 0,05 i 0,01. Platí tedy, že můžeme odmítnout nulovou hypotézu a platí hypotéza alternativní: „Existuje statisticky významná závislost mezi akceptovatelným množstvím užívaného alkoholu v průběhu těhotenství a tím, zda již žena byla těhotná.“

## 6 Diskuse

Díky pečlivému zpracování údajů z dotazníkového šetření jsem byla schopna získat základní povědomí o postoji žen na Bruntálsku k problematice konzumace alkoholu v průběhu těhotenství a jejich informovanosti o možných negativních dopadech užívání alkoholických nápojů na průběh těhotenství a na prenatální vývoj dítěte. Výzkumu se zúčastnilo celkem 220 žen ve věku od 18 do 47 let. Všechny respondentky uvedly trvalé bydliště v okrese Bruntál.

S účastí na šetření souhlasily ženy se základním, středním i vysokoškolským vzděláním. Patnáct procent respondentek v době, kdy vyplňovalo dotazník, bylo stále bezdětných. 29 z celkového počtu všech účastnic šetření uvedlo, že u nich do té doby neproběhlo žádné potvrzené těhotenství.

Analýza získaných dat ukázala, že zatímco se obecně předpokládá určitá základní znalost negativního vlivu alkoholu na organismus, pouze dvě třetiny dotázaných žen někdy slyšely o konkrétním důsledku užívání alkoholických nápojů na průběh těhotenství nebo na vývoj ještě nenarozeného dítěte. Je přinejmenším zarážející, že průměrně jedna ze tří respondentek nebyla schopna uvést žádná rizika spojená s konzumací alkoholu v průběhu těhotenství. A i mezi ženami, které si byly vědomy možných negativních dopadů pití alkoholu, byly takové, které neuvedly žádný konkrétní příklad.

Překvapujícím zjištěním byla skutečnost, že přibližně polovina z dotázaných žen již někdy slyšela termín „Fetální alkoholový syndrom“, primárním zdrojem informací o této problematice byl zmiňován nejčastěji lékař, případně zdravotnické zařízení. Druhým nejčastěji uváděným zdrojem informací byl internet. Naproti tomu, výsledky průzkumu prokázaly, že termín „Poruchy fetálního alkoholového spektra“ slyšela v průměru pouze jedna ze tří účastnic šetření.

Téměř všechny respondentky souhlasily s tvrzením, že čím více alkoholu žena v průběhu těhotenství vypije, tím větší riziko poškození plodu existuje. Z toho lze vyvodit, že si většina respondentek uvědomuje negativní působení alkoholu na těhotenství v případě nadměrné konzumace a alkoholové závislosti. Jistý nesoulad mezi účastnicemi šetření panuje v případě občasné konzumace alkoholu v průběhu těhotenství. Každá třetí respondentka nepovažuje za pravdivé tvrzení, že jakékoli množství alkoholu, které žena v těhotenství vypije, může poškodit vývoj plodu. Více než dvě třetiny respondentek pak uvádí, že je přijatelné, aby těhotná žena vypila jeden až tři standardní alkoholické nápoje za dobu těhotenství. Zarážející je zjištění, že více než 17 procent

dotázaných žen označilo za přijatelné množství jeden až tři alkoholické nápoje za měsíc. Pro srovnání, v období, kdy žena těhotná není, dvě třetiny respondentek shodně označily za přijatelnou frekvenci denní nebo týdenní užívání alkoholických nápojů.

Nejvíce varující skutečností, jež vyplynula z výzkumného šetření je, že téměř polovina respondentek považuje konzumaci alkoholu v průběhu druhého a třetího trimestru za zcela bezpečnou. Zároveň každá desátá žena, která se dotazníkového šetření zúčastnila, nesouhlasí s tvrzením, že je možné, aby alkohol pronikl přes placentu do krevního oběhu dítěte.

Statistickou analýzou hypotéz jsem dospěla k závěru, že ženy s nižším dosaženým vzděláním mají obecně menší povědomí o možných rizicích, spojených s konzumací alkoholu v průběhu těhotenství, než ženy s vyšším dosaženým vzděláním. Výzkum prokázal, že velikost obce nemá žádný vliv na informovanost žen v této problematice. Respondentky z vesnic tak mají v průměru srovnatelné znalosti jako ženy z měst. Rovněž věk účastnic šetření nehraje žádnou signifikantní roli v úrovni znalostí, týkajících se negativních vlivů alkoholu na průběh těhotenství a na vývoj plodu. Naopak analýza dat jasně prokázala že existuje statisticky významná závislost mezi skutečností, zda již byla žena někdy těhotná a znalostmi z oblasti problematiky konzumace alkoholu v průběhu těhotenství. Vyšší informovanost byla zjištěna u žen, které již někdy těhotné byly.

Poznatky, získané v rámci výzkumu, mohou sloužit pro srovnání s výsledky následných šetření z dalších lokalit České republiky. Mohou být použity při organizování dlouhodobého průzkumu sledování vývoje informovanosti žen na Bruntálsku a jejich postojů k užívání alkoholu v těhotenství. Znalost aktuálního stavu je klíčová pro plánování intervencí v oblasti prevence.

## Závěr

V České republice existuje jen omezené množství studií, které se zabývají obecně problematikou ženského pití alkoholu a ženské alkoholové závislosti. Nejsou k dispozici žádná data, která by v rámci České republiky vymezovala jasnou odpověď na otázku, jaký je postoj žen k pití alkoholu v průběhu těhotenství.

Jedním z cílů praktické části diplomové práce bylo proto získat dostatek relevantních údajů, týkajících se reálných postojů žen na Bruntálsku k užívání alkoholických nápojů během tohoto klíčového období. Z šetření vyplynulo, že většina respondentek považuje za důležité, aby ženy přestaly s konzumací alkoholu, jakmile zjistí, že jsou těhotné. Přesto převážná většina z nich při vyplňování dotazníku přiznala pití alkoholických nápojů v průběhu svého vlastního těhotenství.

Druhým cílem praktické části diplomové práce bylo zjistit, na jaké úrovni je informovanost žen na Bruntálsku v otázce možných negativních dopadů konzumace alkoholu na probíhající těhotenství a na prenatální vývoj dítěte. Výsledky výzkumu ukázaly, že pouze dvě třetiny z dotázaných žen si byly schopny vybavit konkrétní důsledky, zapříčiněné toxickými účinky alkoholu. Jen necelá polovina respondentek věří, že jsou ženy v otázkách rizik spojených s užíváním alkoholu v průběhu těhotenství dostatečně informovány. Primárním zdrojem informací se ukázalo být zejména zdravotnické zařízení. Z výzkumného šetření rovněž vyplynulo, že znalosti respondentek, týkající se možných rizik konzumace alkoholu v průběhu těhotenství, nezávisí na jejich věku, ani na tom, zda bydlí ve městě či na vesnici. Statisticky významně však závisí na jejich nejvyšším dosaženém vzdělání a na tom, zda již bylo u respondentek v minulosti potvrzeno těhotenství. Analýza získaných dat prokázala, že více než polovina dotázaných žen je přesvědčena o úplné bezpečnosti konzumace alkoholu během druhého a třetího trimestru. Pouze desetina respondentek pak zastává názor, že jedinou přijatelnou možností pro těhotné ženy je úplná abstinence.

Výzkum, který proběhl pro potřeby diplomové práce, se ukázal být kvalitním zdrojem informací, týkajících se vztahu žen ke konzumaci alkoholu a jejich znalostí o možných negativních důsledcích pití alkoholických nápojů. Ukázal však na potřebu dalšího studia fenoménu konzumace alkoholu těhotnými ženami. Za slabé stránky terénního dotazníkového šetření jako zvolené metody pro sběr dat považují:

- úzký vzorek respondentů,

- riziko, že respondentky nebudou odpovídat podle pravdy, ale budou se snažit skutečnost přikrášlit,
- nejsou k dispozici údaje z jiných lokalit v České republice, výsledky výzkumu tak nelze porovnat v širším kontextu

Výše uvedené faktory mohly způsobit určité zkreslení výsledků výzkumu. Není možné proto aplikovat získané údaje na celou populaci žen v České republice. Pro ucelený pohled na problematiku užívání alkoholu těhotnými ženami je nezbytné další dlouhodobé šetření v celonárodním měřítku.

V souvislosti s narůstající oblibou konzumace alkoholu mezi ženami, roste i procentní zastoupení alkoholem ovlivněných těhotenství. Celospolečenská preventivní opatření by měla být zaměřena především na zvýšení obecného povědomí, týkající se této problematiky.

Jako studentka oboru sociální pedagogiky vidím příležitost pro sociální pedagogy přispívat k osvětě žen a dívek napříč celou republikou. Při organizaci intervenčních programů mohou sociální pedagogové cílit na prevenci konzumace alkoholu u dívek a mladých žen za základních a středních školách.

## **Seznam použitých zdrojů**

ALLEN, Naomi E. a kol., 2009. Moderate alcohol intake and cancer incidence in women. *Journal of the National Cancer Institute*. Mar 4, 101(5), 296-305. [cit. 24.2.2009]. Dostupné z: DOI: 10.1093/jnci/djn514.

ALKOHOLIK. Který zákon zakazuje pít alkohol dětem a mladistvým. *Alkoholik* ©2003–2018 [online]. [cit.2018–01–09]. Dostupné z: [http://www.alkoholik.cz/zavislost/zakony\\_a\\_alkohol/ktery\\_zakon\\_zakazuje\\_pit\\_alkohol\\_dete\\_m\\_a\\_mladistvym.html](http://www.alkoholik.cz/zavislost/zakony_a_alkohol/ktery_zakon_zakazuje_pit_alkohol_dete_m_a_mladistvym.html).

ARMSTRONG, Elizabeth M., 2003. *Conceiving risk, bearing responsibility*. 1. Baltimore: The Johns Hopkins University Press. ISBN: 978-0-8018-9108-3.

ARTERBURN, Stephen a Jim BURNS, 2001. *Drogy klepou na dveře: výchova, prevence, léčba*. Brno: Nová naděje. ISBN 80-86077-03-9.

BANDINELLI, Angiolo, 1996. *Skoncuje s prohibicí – Drogy: Radikální řešení*. Praha: Argo. ISBN 80-7203-038-8.

BARTÁK, Miroslav a Anna JARMAROVÁ, 2021. *Alkohol v těhotenství a při kojení – aktuální kampaň Kliniky adiktologie*. [online]. APLP 233: Zprávy. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN. [cit. 8.12.2021]. Dostupné z: <https://www.aplp.cz/wp-content/uploads/2021/12/08bartak>

BIRDITT, Kira S. a kol., 2018. Drinking Patterns Among Older Couples: Longitudinal Associations With Negative Marital Quality. *The Journals of Gerontology: Series B* [online]. 73(4), May 2018, 655–665. [cit. 16.4.2018]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw073>.

BOFFETTA, Paolo a kol., 2006. The burden of cancer attributable to alcohol drinking. *Int J Cancer* [online]. 2006 Aug 15, 119(4), 884-7. [cit. 15.8.2006]. Dostupné z: 10.1002/ijc.21903.

Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2019. *Naše společnost – projekt kontinuálního výzkumu veřejného mínění CVVM SOÚ AV ČR*. [online]. Praha: Sociologický ústav AV ČR, v.v.i. [cit. 19.6.2019]. Dostupné z: <http://cvvm.soc.cas.cz/cz/tiskove-zpravy/ostatni/negativni-jevy-bezpecnost/4962-postoj-verejnosti-ke-konzumaci-vybranych-navykovych-latek-kveten-2019>.

Český statistický úřad, 2005. *Rozvody podle příčiny rozvratu manželství (v %)* [online]. 1991–2004. [cit. 16.2.2021]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/13-5106-05-2005-069>.

CSÉMY, Ladislav a kol., 2020. *Užívání tabáku a alkoholu v České republice 2019*. Praha: Státní zdravotní ústav. ISBN 978-80-7071-394-5.

CSÉMY, Ladislav a kol., 2021. *Národní výzkum užívání tabáku a alkoholu v České republice 2020*. Praha: NAUTA. ISBN 978-80-7071-405-8.

EDENBERG, Howard J. a Tatiana FOROUD, 2013. Genetics and alcoholism. *Nature reviews. Gastroenterology & hepatology* [online]. 10(8), 487–494. [cit. 28.5.2013]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1038/nrgastro.2013.86>.

EDWARDS, Griffith, 2000. *Alcohol: The World's Favorite Drug*. New York: St. Martin's Press. ISBN 978-0-3123-0236-8

EDWARDS, Griffith, 2004. *Záhadná molekula: mýty a skutečnosti o alkoholu*. Praha: NLN, Nakladatelství Lidové noviny. ISBN 80-7106-696-6.

EPSTEIN, Elizabeth E. a kol., 2006. Changes in alcohol craving and consumption by phase of menstrual cycle in alcohol dependent women. *Journal of Substance Use* [online]. 11(5), 323-332. [cit. 12.7.2009]. Dostupné z: DOI: 10.1080/14659890500419717.

ESPAD Group, 2020. *Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*, EMCDDA Joint Publications, Publications Office of the European Union, Luxembourg. ISBN 978-92-9497-546-1.

EVANS, Suzette M. a Frances R. LEVIN, 2011. Response to alcohol in women: role of the menstrual cycle and a family history of alcoholism. *Drug and alcohol dependence* [online]. 114(1), 18–30. [cit. 1.3.2011]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.09.001>.

FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA, 2014. *Sociální patologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5046-0.

FLOYD, Louise R. a kol., 2007. Preventing alcohol-exposed pregnancies: A randomized controlled trial. *American Journal of Preventive Medicine* [online]. Project CHOICES. 32(1), 1-10. [cit. 1.12.2008]. Dostupné z: <http://doi.org/10.1016/j.amepre.2006.08.028>.

FÓRUM „PIJTE S ROZUMEM“, 2014. Média. *65 % jedenáctiletých dětí už někdy ochutnalo alkohol. Prevence je stále nedostatečná, tvrdí odborníci* [online]. Praha. 8.10.2014. [cit. 8.10.2014]. Dostupné z: [www.pijsrozumem.cz](http://www.pijsrozumem.cz)

GALANTER, Marc, 1995. *Recent developments in alcoholism*. Volume 12: Alcoholism and women. New York: Plenum Publishers. 500 s. ISBN: 0-306-44921-8.

GILL, Jan, 1997. Women, alcohol and the menstrual cycle. *Alcohol and Alcoholism* [online]. Jul/Aug, 32(4), 435-41. [cit. 1.7.1997]. Dostupné z: DOI: 10.1093/oxfordjournals.alcalc.a008278.

GOLD, Mark a Christine ADAMEC, 2010. *The Encyclopedia of Alcoholism and Alcohol Abuse*. New York: Infobase Publishing. ISBN: 978-0-8160.

GÖHLERT, Fr. Christofer a Frank KÜHN, 2001. *Od návyku k závislosti*. München: Aliena Editions. ISBN 80-7202-950-9.

GROSSMAN, Matthew a Adam BERWITT, 2019. Neonatal abstinence syndrome. *Seminars in Perinatology* [online]. 43, 173-186. Elsevier. [cit. 15.1.2019]. Dostupné z: <https://pqcnc-documents.s3.amazonaws.com/cloudi/1-s2.0-S0146000519300072-main.pdf>



HARARI, Yuval Noah, 2021. *Sapiens – Úchvatný i úděsný příběh lidstva*. Praha: Leda. ISBN 978-80-7335-764-1.

HELLER, Jiří a Olga PECINOVSKÁ, 2011. *Pavučina závislosti: alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby*. Praha: Togga. ISBN 978-80-87258-62-0.

HNILICOVÁ, Helena a Karolína DOBIÁŠOVÁ, 2018. Alkohol z pohledu veřejného zdraví v ČR: fakta a souvislosti. *Časopis lékařů českých* [online], 157(5), s. 248–253 [cit. 3. 12. 2019]. Dostupné z: <http://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych>.

HNILICOVÁ, Helena a Karolína DOBIÁŠOVÁ, 2020. Alkohol v české společnosti. *Vesmír 99* [online], 99(150), s. 701–703. [cit. 7.12.2020]. Dostupné z: <https://vesmir.cz>.

HOŠEK, Jan, 1998. *Sám proti alkoholu*. Praha:Grada. ISBN 80-7169-624-2.

HRDLIČKA Michal, 2006. *Krize středního věku úskalí a šance*. Praha: Portál. 167 s. ISBN 80-7367-168-9.

INSTITUTE OF MEDICINE, 1996. *Fetal alcohol Syndrome: Diagnosis, epidemiology, prevention, and treatment*. Washington, DC: National Academies Press. ISBN: 9780585026381.

IPSOS Instant Research, 2020. *Průzkum ZP MV ČR: Češi během nouzového stavu sportují, ale také více pijí alkohol* [online]. [Cit. 29.4.2020]. Dostupné z: <http://www.zpmvcr.cz>.

JELLINEK, Elvin Morton, 1960. *The Disease Concept of Alcoholism* [online]. New Haven: Hillhouse Press. [cit. 1.9.2016]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1037/14090-000>.

KALINA, Kamil. a kol., 2015. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4331-8.

KLASSEN, Albert D. a Sharon C. WILSNACK, 1986. Sexual experience and drinking among women in a U.S. national survey. *Arch Sex Behav.* [online]. Oct, 15(5), 363-92. [cit. 1.10.1986]. Dostupné z: 10.1007/BF01543109.

Klinika adiktologie, 2021. *Alkohol a těhotné.* [online]. 1. LF UK a VFN, Praha: 1. LF UK a VFN [cit. 12.7.2021]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz>

KOHUT, Tania, 2015. How men respond to a vulnerable „drunk“ woman. *Global News* [online]. Posted October 28, 2015, 6:27 pm. [cit. 28.10.2015]. Dostupné z: <https://globalnews.ca/news>

KŘÍŽOVÁ, Ivana, 2021. *Závislosti: pro psychologické obory.* Praha: Grada. 280 s. ISBN 978-80-271-1754-3.

KUBINCOVÁ, Lenka, 2011. *Efektivita léčby závislosti na alkoholu v České republice.* Olomouc. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Fakulta zdravotnických věd. Vedoucí práce: doc. PhDr. Kateřina Ivanová, Ph.D.

KUKLA, Lubomír, Drahoslava HRUBÁ a Mojmír TYRLÍK, 1999. Alkohol a drogy v těhotenství. Rozdíly mezi nekuřačkami a kuřačkami. *Alkoholismus a drogové závislosti.* Bratislava. 34(4), 193-202. ISSN 0862-0350.

KUKLOVÁ, Marie, 2016. *Kognitivně-behaviorální terapie v léčbě závislostí.* Praha: Portál. 152 s. ISBN 978-80-262-1101-3.

KUNDA, Stanislav a kol., 1988. *Klinika alkoholizmu – Klinický priebeh, diagnostika terapie.* Martin: Vydavateľstvo Osveta, n.p. 256 s. ISBN 70-020-88.

KVAPILÍK, Josef a kol., 1985. *Člověk a alkohol.* Praha: Avicenum, Zdravotnické nakladatelství. ISBN 08-091-85.

LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍKOVÁ, 2006. *Vývojová psychologie.* 2. akt.vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN: 80-247-1284-9.

LEIGH, Barbara Critchlow (1990a) „Venus gets in my thinking”: Drinking and female sexuality in the age of AIDS. *Journal of Substance Abuse* [online]. 2(2), 129–145. [cit. 1.1.1990]. Dostupné z: [https://doi.org/10.1016/S0899-3289\(05\)80052-5](https://doi.org/10.1016/S0899-3289(05)80052-5)

LEIGH, Barbara Critchlow (1990b) The relationship of sex related alcohol expectancies to alcohol consumption and sexual behavior. *British Journal of Addiction* [online]. 85(7), 919–928. [cit. 1.4.2002]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1990.tb03722.x>.

MARTANOVÁ, Veronika, 2015. Selektivní a indikovaná primární prevence. In KALINA, Kamil a kol., 2015. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4331-8.

MATEJOVSKÁ, Ivana, 2007. Násilie v partnerských vzťahoch závislých žien. *Protialkoholický obzor* [online]. 42(1), s. 25-26. [cit. 13.7.2007]. Dostupné z: <https://adzpo.sk/sk/adzpo-archiv/103-2007-rocnik-42-cislo-1/364-nasilie-v-partnerskych-vztahoch-zavislych-zien>.

MC QUEEN, Karen a Jodie MURPHY-OIKONEN, 2016. Neonatal Abstinence Syndrome. *The New England Journal of Medicine* [online]. 2016, 375, 2468-2479. [cit. 21.12.2016]. Dostupné z: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMra1600879>.

MIKITOVÁ, Mária, 2006. *O alkoholičkách*. [online]. Ministerstvo zdravotníctva SR. [cit. 15.10.2006]. Dostupné z: [http://infodrogy.sk/ActiveWeb/c/1308/o\\_alkoholickach.html](http://infodrogy.sk/ActiveWeb/c/1308/o_alkoholickach.html)

MLČOCH, Tomáš a kol., 2019. *Společenské náklady konzumace alkoholu v České republice* [online]. Praha: iHETA. [cit. 19.3.2019]. Dostupné z: <https://www.iheta.org/p69-spolecenske-naklady-konzumace-alkoholu-v-ceske-republice-report>.

MLČOCH, Zbyněk, 2011. *Pití alkoholu v těhotenství a fetální alkoholický syndrom FAS* [online]. 2003-2011. [cit. 14.2.2011]. Dostupný z: [https://www.alkoholik.cz/zavislost/tehotenstvi\\_a\\_alkohol/piti\\_alkoholu\\_v\\_tehotenstvi\\_a\\_fetalni\\_alkoholicky\\_syndrom\\_fas.html](https://www.alkoholik.cz/zavislost/tehotenstvi_a_alkohol/piti_alkoholu_v_tehotenstvi_a_fetalni_alkoholicky_syndrom_fas.html).

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2004. *NIAAAA Newsletter* [online]. NIH Publication No. 04-5346. Bethesda: NIAAAA Office of Research Translation and Communications. [cit. 14.2.2011]. Dostupné z: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications>

NEŠPOR, Karel, 2018. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál. 256 s. ISBN 978-80-262-1357-4.

NEŠPOR, Karel a Ladislav CSÉMY, 2003. *Alkohol, drogy a vaše děti: jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat a jak je zvládat*. 5., rozš. vyd. Praha: BESIP, 99 s. ISBN 80-260-3873-8.

NEŠPOR, Karel, Eva DRAGOMIRECKÁ a Ladislav CSÉMY, 2005. Alkohol u seniorů. *Česká a slovenská psychiatrie: časopis České psychiatrické společnosti ČLS JEP a Psychiatrickej spoločnosti SLS*. Praha: Česká lékařská společnost J.E.Purkyně, 2005, 101(3), 175-176. ISSN 1212-0383.

PEŠEK, Roman, 2018. *Jak se zbavit závislosti na alkoholu*. Praha: Pasparta Publishing,s.r.o, 114 s. ISBN 978-80-88290-02-5.

PETERKA, Jaroslav a Božena NOVOTNÁ, 2010. *Úvod do teratologie – příčiny a mechanismy vzniku vrozených vad*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 89 s. ISBN 978-80-246-1780-0.

POPOVA, Svetlana a kol., 2017. Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health* 2017[online]. Jan 12. [cit. 1.3.2017]. Dostupné z: [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30021-9](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30021-9).

PUNCH, Keith F., 2008. *Základy kvantitativního šetření*. 1. vyd. Praha: Portál. 152 s. ISBN: 978-80-7367-381-9.

Royal College of Physicians of London, 1726. *Annals*. London, England

ROZTOČIL, Aleš, 2008. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada. 405 s. ISBN 978-80-247-1941-2.

RUMGAY Harriet a kol., 2021. Global burden of cancer in 2020 attributable to alcohol consumption: a population-based study. *Lancet Oncol* [online]. 22(8), 1071–1080. [cit. 13.7.2021]. Dostupné z: [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(21\)00279-5](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(21)00279-5).

SADOCK, Benjamin J., Virginia A. SADOCK a Pedro RUIZ, 2017. *Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. 10th ed. Lippincott: Wolters Kluwer. ISBN 978-0-7817-6899-3.

SAMPSON, Paul D. a kol., 1997. Incidence of fetal alcohol syndrome and prevalence of alcohol-related neurodevelopmental disorder. *Teratology*. [online]. 1997 Nov, 56(5), 317-26. [cit. 7.12.1998]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9451756/>.

SANDERS, Jolene M., 2009. *Women in alcoholics anonymous – Recovery and empowerment*. Boulder: First Forum Press. ISBN 978-1-935049-08-1.

SEDGH, Gilda, Susheela SINGH a Rubina HUSSAIN, 2014. Intended and Unintended Pregnancies Worldwide in 2012 and Recent Trends. *Studies in Family Planning* [online]. 45(3), 301-314. [cit. 1.9.2014]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2014.00393.x>.

SKÁLA, Jaroslav a kol., 1987. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha: Avicenum, Zdravotnické nakladatelství. ISBN cnb000034279.

SKÁLA, Jaroslav, 1988. ... až na dno!?. Praha: Avicenum, Zdravotnické nakladatelství. ISBN 08-009-77.

SOURNIA, Jean-Charles, 1999. *Dějiny pijáctví*. Garamond. ISBN 80-86379-01-9.

STARÁ, Veronika a kol., 2009. Abstinenční syndrom novorozence a kojence a jeho léčba. *Pediatric pro Praxi* [online]. 2009, 10(6), 382-384. [cit. 1.1.2010]. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2009/06/08.pdf>

TICHÁ, R., 1979. Alkoholismus matky jako příčina defektnosti dítěte. *Protialk. Obzor*. Bratislava: Obzor. 14(3), 129-132. ISSN 0862-0350.

TICHÝ, Ladislav, 2003. *Úvod do Nového zákona*. 2. vyd. Svitavy: Trinitas. ISBN 80-86036-79-0.

TOPIAŘ, Albert a Věra SATKOVÁ, 1976. Sexuální život alkoholiček. *Protialkoholický obzor*. Bratislava: Obzor. 11(1), s. 147–149. ISSN 0862-0350.

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2008. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění 10. decenální revize: MKN-10*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Bonton Agency. 860 s. ISBN 978-80-904259-0-3.

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2021. *Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize* [online]. [Cit. 1.1.2021]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/klasifikace/mkn>.

VELASQUEZ, Marden M. a kol., 2016. *Women and drinking. Preventing alcohol-exposed pregnancies*. Ashland: Hogrefe Publishing. ISBN 978-0-88937-401-0.

WINOGRAD, Rachel P. a Kenneth J. SHER, 2015. *Binge drinking and alcohol misuse in young adults*. [online]. Cambridge: Hogrefe Publishing. [cit. 31.1.2015]. Dostupné z: <http://doi.org/10.1016/j.jsat.2013.06.006>.

ZÁBRANSKÝ, Tomáš a kol., 2011. *Společenské náklady užívání alkoholu, tabáku a nelegálních drog v ČR v roce 2007: zpráva z výzkumu*. Praha: Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika, 1. lékařská fakulta v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze. s. 86. ISBN 978-80-260–1680-9.

ZÁKON č.65/2017 Sb. – Zákon o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek.

ŽIŽKA, Jan, 1994. *Diagnostika syndromů a malformací*. 1. vyd. Praha: Galén. 414 s. ISBN 80-85824-04-3.

## Seznam příloh

- Seznam obrázků
- Seznam grafů
- Seznam tabulek
- Seznam kontingenčních tabulek
- dotazník

### Seznam obrázků

Obr. 1: Morální přijatelnost konzumace vybraných látek (%)

Obr. 2: Podíl nákladů konzumace alkoholu dle jednotlivých položek

Obr. 3: Výsledky anonymní ankety mezi 300 žáky ve věku 11-15 let: V kolika jsi poprvé ochutnal/a alkohol?

Obr. 4: Nejhorší státy z hlediska užívání alkoholu v těhotenství (2017)

Obr. 5: Vliv alkoholu a fáze embryonálního vývoje

Obr. 6: Specifika FAS

Obr. 7: Třídění primární prevence rizikového chování

Obr. 8: Propagační materiál v rámci kampaně Alkohol a těhotné: Ochráním tě!

### Seznam grafů

Graf č. 1: Respondentky, které souhlasily s účastí na výzkumném šetření

Graf č. 2: Zastoupení respondentek v jednotlivých věkových skupinách

Graf č. 3: Nejvyšší uvedené dosažené vzdělání respondentek

Graf č. 4: Charakteristika místa bydliště respondentek

Graf č. 5: Počet potvrzených těhotenství respondentek

Graf č. 6: Užívání alkoholických nápojů respondentkami v průběhu těhotenství

Graf č. 7: Informace o vlivu alkoholu na těhotenství a vývoj plodu

Graf č. 8: Uvedený počet dětí respondentek

Graf č. 9: Nejčastěji uvedené možné důsledky konzumace alkoholu na vývoj plodu

Graf č. 10: Znalost termínu „Fetální alkoholový syndrom“

Graf č. 11: Zdroj informací o problematice fetálního alkoholového syndromu

Graf č. 12: Uvedené projevy fetálního alkoholového syndromu

Graf č. 13: Uvedená tolerance užívání alkoholických nápojů v době mimo těhotenství

Graf č. 14: Přijatelné množství konzumovaného alkoholu v průběhu těhotenství

Graf č. 15: Postoj k ukončení užívání alkoholických nápojů v okamžiku potvrzení těhotenství

Graf č. 16: Pohled respondentek na informovanost žen ohledně problematiky konzumace alkoholu v průběhu těhotenství

Graf č. 17: Pocity ze situace, kdy respondentky vidí těhotnou ženu pít alkohol

Graf č. 18: Počet uvedených negativních dopadů konzumace alkoholu v těhotenství v závislosti na věku

Graf č. 19: Počet uvedených negativních dopadů konzumace alkoholu v průběhu těhotenství v závislosti na vzdělání respondentek

Graf č. 20: Počet uvedených negativních dopadů konzumace alkoholu v závislosti na bydlišti respondentek

### **Seznam tabulek**

Tabulka č. 1: Demografické údaje výzkumného souboru.

Tabulka č. 2: Shrnutí otázky č. 5

Tabulka č. 3: Shrnutí otázky č. 6

Tabulka č. 4: Shrnutí otázky č. 9

Tabulka č. 5: Shrnutí otázky č. 10

Tabulka č. 6: Shrnutí otázky č. 11

Tabulka č. 7: Shrnutí otázky č. 12

Tabulka č. 8: Shrnutí otázky č. 13

Tabulka č. 9: Shrnutí otázky č. 14

Tabulka č. 10: Shrnutí otázky č. 15

Tabulka č. 11: Shrnutí otázky č. 16

Tabulka č. 12: Shrnutí otázky č. 17

Tabulka č. 13: Shrnutí otázky č. 18

Tabulka č. 14: Shrnutí otázky č. 19

Tabulka č. 15: Shrnutí otázky č. 20

Tabulka č. 16: H1 – Shrnutí testu Kruskal Wallis

Tabulka č. 17: H2 – Shrnutí testu Kruskal Wallis

Tabulka č. 18: H3 – Shrnutí testu Kruskal Wallis

Tabulka č. 19: H4 – Shrnutí testu nezávislosti



Tabulka č. 20: H5 – Shrnutí testu nezávislosti

Tabulka č. 21: H6 – Shrnutí testu nezávislosti

### **Seznam kontingenčních tabulek**

Kontingenční tabulka č. 1: H4 – naměřené četnosti

Kontingenční tabulka č. 2: H4 – očekávané četnosti

Kontingenční tabulka č. 3: H4 – chí kvadrát

Kontingenční tabulka č. 4: H5 – naměřené četnosti

Kontingenční tabulka č. 5: H5 – očekávané četnosti

Kontingenční tabulka č. 6: H5 – chí kvadrát

Kontingenční tabulka č. 7: H6 – naměřené četnosti

Kontingenční tabulka č. 8: H6 – očekávané četnosti

Kontingenční tabulka č. 9: H6 – chí kvadrát

## **Dotazník**

Dobrý den, jmenuji se Bc. Zuzana Tomčová a studuji druhý ročník navazujícího magisterského studia na Univerzitě Palackého v Olomouci, oboru Sociální pedagogika – výchovné poradenství. Ráda bych Vás tímto požádala o vyplnění předloženého dotazníku, který bude použit při vypracování praktické části mé diplomové práce. Obsah dotazníku vychází z problematiky užívání alkoholických nápojů v průběhu těhotenství. Dotazník je zcela anonymní, jeho vyplnění je dobrovolné a s Vašimi údaji bude nakládáno korektně a výhradně v rámci mého výzkumného šetření.

**Vaši odpověď zakroužkujte, nebo doplňte.**

### **1. Kolik je Vám let?**

- a) 18-22
- b) 23-27
- c) 28-32
- d) 33-37
- e) 38-42
- f) 43-47

**Pokud Váš věk nesouhlasí s žádnou z uvedených možností, děkuji Vám za váš čas, prosím ukončete vyplňování dotazníku.**

### **2. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

- a) ZŠ
- b) SOU
- c) SŠ s maturitou
- d) VŠ

### **3. Jaký je počet obyvatel obce, kde aktuálně bydlíte?**

- a) Malá obec/vesnice – počet obyvatel do 1000
- b) Větší obec – počet obyvatel obce v rozmezí 1000–8000
- c) Velká obec/město – počet obyvatel více než 8000

**4. Jaký je počet Vašich potvrzených těhotenství?**

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- Více než 5
- 

**Pokud je Vaše odpověď 0, přeskočte prosím na otázku č. 8.**

**5. Pila jste někdy v průběhu těhotenství alkohol?**

- Ano
- Ne
- Nepamatuji si/nechci odpovídat

**6. Byla Vaše těhotenství plánována?**

- Ano
- Ne
- Nepamatuji si/nechci odpovídat

**7. Pamatujete si, že byste v průběhu těhotenství viděla jakékoli informace o vlivu konzumace alkoholu na vývoj plodu?**

- Ano
- Ne
- Nevím/nechci odpovědět

**8. Jaký je aktuální počet Vašich dětí?**

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- Více než 5

**9. Slyšela jste někdy o konkrétním důsledku, způsobeném konzumací alkoholu, na průběh těhotenství nebo na vývoj plodu?**

- Ano
- Ne
- Nevím/nechci odpovídat

**Pokud jste na otázku č. 9 odpověděla „ne“ nebo „nevím/nechci odpovédět“ prosím pokračujte u otázky č. 11.**

**10. Jaké důsledky může mít konzumace alkoholu v průběhu těhotenství na vývoj plodu?**

- Uveďte příklady: .....
- Nemá vliv
- Nevím/nechci odpovídat

**11. Slyšela jste někdy termín „poruchy fetálního alkoholového spektra“?**

- Ano
- Ne
- Nevím, nejsem si jistá

**12. Slyšela jste někdy termín „Fetální alkoholový syndrom“?**

- Ano
- Ne
- Nevím, nejsem si jistá

**Pokud je Vaše odpověď na otázku č. 12 „ne“ nebo „nevím/nejsem si jistá“, pokračujte u otázky 15.**

**13. Kde jste poprvé zaznamenala informace o fetálním alkoholovém syndromu?**

Vyberte **pouze jednu** z nabízených možností:

- Televize
- Internet
- Noviny a časopisy
- Odborné publikace
- Škola
- Lékař
- Rodina a přátelé
- Práce
- Jiné .....
- Nevím/nepamatuji si

**14. Uved'te prosím konkrétní projevy fetálního alkoholového syndromu?**

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

**15. Rozhodněte, zda jsou níže uvedená tvrzení pravdivá.**

Odpověď „ANO“ = tvrzení je pravdivé

Odpověď „NE“ = tvrzení není pravdivé.

**a) Alkohol může proniknout přes placentu do krevního oběhu dítěte.**

- Ano
- Ne
- Nevím, nechci odpovídat

- b) **Čím více alkoholu žena v průběhu těhotenství vypije, tím větší riziko poškození plodu existuje.**
- Ano
  - Ne
  - Nevím/nechci odpovídat
- c) **Jakékoli množství alkoholu, které žena v průběhu těhotenství vypije, může poškodit vývoj plodu.**
- Ano
  - Ne
  - Nevím/nechci odpovídat
- d) **Konzumace alkoholu je již zcela bezpečná v průběhu druhého a třetího trimestru.**
- Ano
  - Ne
  - Nevím/nechci odpovídat

**16. Jaké je dle Vašeho názoru přijatelné množství konzumovaného alkoholu v době, kdy žena není těhotná?**

Vyberte prosím jednu z možností:

- Žádný alkohol není přijatelný
- 1 až 3 alkoholické nápoje za rok
- 1 až 3 alkoholické nápoje za měsíc
- 1 až 3 alkoholické nápoje za týden
- Denní konzumace alkoholu je přijatelná

**17. Jaké je dle Vašeho názoru přijatelné množství konzumovaného alkoholu v průběhu těhotenství?**

Vyberte prosím jednu z možností:

- Žádný alkohol není přijatelný
- 1 až 3 alkoholické nápoje za celou dobu těhotenství
- 1 až 3 alkoholické nápoje za měsíc
- 1 až 3 alkoholické nápoje za týden
- Denní konzumace alkoholu je přijatelná

**18. Jak moc je podle Vašeho názoru důležité, aby žena přestala s konzumací alkoholu ihned po potvrzení těhotenství?**

- Velmi důležité
- Spíše důležité
- Spíše nedůležité
- Rozhodně nedůležité
- Nevím/nechci odpovídat

**19. Jsou ženy dle Vašeho názoru dostatečně informovány o rizicích konzumace alkoholu v průběhu těhotenství?**

- Ano
- Ne
- Nevím/nejsem si jistá

**20. Jak byste se cítila, kdybyste viděla těhotnou ženu pít alkoholický nápoj?**

Vyberte prosím jednu z možností:

- Velmi negativně
- Spíše negativně
- Neutrálně
- Spíše pozitivně
- Velmi pozitivně

**Děkuji Vám za spolupráci na výzkumném šetření. Přeji Vám mnoho štěstí a zdraví do dalších dní!**

