

UNIVERZITA KARLOVA

1. lékařská fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2021

Zita Švarcová

Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Studijní program: Porodní asistence

Studijní obor: Porodní asistentka



Zita Švarcová

Konzumace alkoholu těhotnými ženami – pilotní studie

Alcohol consumption by pregnant women – a pilot study

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: PhDr. Miroslav Barták, Ph.D.

Praha, 2021

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literatury. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 30. 4. 2021

ZITA ŠVARCOVÁ

.....

Podpis

Identifikační záznam

ŠVARCOVÁ, Zita. *Konzumace alkoholu těhotnými ženami – pilotní studie. [Alcohol consumption by pregnant women – a pilot study]*. Praha, 2021. 58 s., 5 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Gynekologicko-porodnická klinika. Vedoucí závěrečné práce Barták, Miroslav.

ABSTRAKT

Východiska: Konzumace alkoholu těhotnými ženami je v evropském i celosvětovém měřítku častým jevem. Důsledky užívání alkoholu se mohou u plodu projevit v podobě fetálního alkoholového syndromu (FAS) či poruch fetálního alkoholového spektra (FASD) a jsou natolik závažné a časté, že je za potřebí věnovat problematice užívání alkoholu v těhotenství zvýšenou pozornost.

Cíle: Cílem práce bylo zjistit výskyt problémového užívání alkoholu u těhotných žen, které v rámci prenatální péče navštěvují těhotenské poradny Gynekologicko-porodnické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze a popsat, jakým způsobem vnímají téma užívání alkoholu v těhotenství a přinést tak poznatky o této problematice.

Použité metody: V měsících leden až duben roku 2021 byl uskutečněn sběr dotazníků AUDIT v rámci těhotenských ambulancí Gynekologicko-porodnické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze. V lednu 2021 byly provedeny s těhotnými ženami polostrukturované rozhovory. Výzkumný soubor tvořilo 257 těhotných žen v ukončeném 27.-38. týdnu těhotenství. S 15 náhodně vybranými těhotnými ženami z výzkumného souboru byly provedeny polostrukturované rozhovory. Shromážděná data byla zpracována a popsána pomocí grafů a tabulek. Data získaná prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů byla zpracována pomocí tematické analýzy.

Výsledky: Dle výsledků dotazníku AUDIT bylo z celkového vzorku 257 těhotných žen nalezeno 48 (18,6 %) těhotných žen, které užívají v těhotenství alkohol problémově. Abstinenci v těhotenství uvedlo 111 (43,2 %) těhotných žen a zbývajících 143 těhotných žen (56,8 %) uvedlo užívání alkoholu v určitém množství. Prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů byly popsány postoje a názory 15 těhotných žen na téma užívání alkoholu v těhotenství. Těhotné ženy často uváděly abstinenci v těhotenství, nebo užívání alkoholu pouze příležitostně. Těhotné ženy uváděly, že bezpečná dávka alkoholu v těhotenství neexistuje. Některé těhotné ženy naopak uvedly, že určité dávky alkoholu v těhotenství považují za bezpečné. Nejčastějším zdrojem informací týkajících se konzumace alkoholu v těhotenství byl pro ženy byl internet a blízké osoby v jejich okolí. Těhotné ženy také zmiňovaly rozpor mezi radami od svých blízkých a převažujícím doporučením v těhotenství abstinovat. V rozhovorech zazněly názory, že společnost těhotnou ženu, která užívá alkohol odsuzuje. V jiném případě byl vyjádřen názor, že naše společnost je vůči užívání určitých dávek alkoholu v těhotenství tolerantní.

Závěr: Práce přinesla poznatky o výskytu problémového užívání u těhotných žen a názorech těhotných žen na téma užívání alkoholu v těhotenství.

Klíčová slova: alkohol, těhotenství, fetální alkoholový syndrom (FAS), poruchy fetálního alkoholového spektra (FASD)

ABSTRACT

Background: Alcohol consumption by pregnant women is overwhelming in Europe and worldwide. The consequences of alcohol use can manifest themselves in the form of Fetal Alcohol Syndrome (FAS) or Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD) and are so severe and common that increased attention needs to be paid to the issue of alcohol use during pregnancy.

Aims: The aim of the work was to determine the incidence of problem alcohol use in pregnant women who attend a Pregnancy ambulance of The Department of Obstetrics and Gynecology of the First Faculty of Medicine and General University Hospital in Prague and to describe how to perceive alcohol this issue.

Methods: During the months from January to April 2021, the AUDIT questionnaires were collected within the maternity outpatient clinics of the Department of Gynecology and Obstetrics of the First Medical Faculty of Charles University and the General Hospital in Prague. In January 2021, semi-structured interviews with pregnant women were demonstrated. The research group consisted of 257 pregnant women in the completed 27.-38. week of pregnancy. Semi-structured interviews were demonstrated with 15 randomly selected pregnant women from the research group. The collected data were processed and described using graphs and tables. Data obtained through semi-structured interviews were processed using thematic analyzes.

Results: According to the results of the AUDIT questionnaire, 48 (18,6 %) pregnant women were found to have an alcohol problem during pregnancy from sample of 257 pregnant women. Abstinence in pregnancy is reported by 111 (43,2 %) pregnant women and another 143 pregnant women (56,8 %) report alcohol use in a certain amount. The attitude and opinions of 15 pregnant women on the topic of alcohol use during pregnancy were described in a semi-structured interview environment. Pregnant women often report abstinence during pregnancy or use alcohol only occasionally. Pregnant women mostly state that there is no safe dose of alcohol during pregnancy. Conversely, some pregnant women report certain doses of alcohol during pregnancy as safe. The most common source of information is alcohol consumption during pregnancy was for women was the internet and loved ones around them. Pregnant women also mentioned the discrepancy between the advice of their loved ones and the converting recommendation to abstain during pregnancy. The interview expressed the opinion that the company condemns a pregnant woman who used alcohol. In another case, the opinion was expressed that our society is tolerant of the use of certain doses of alcohol during pregnancy.

Conclusion: The work provided knowledge of the incidence of problem use in pregnant women and the views of pregnant women on the topic of alcohol use in pregnancy.

Keywords: alcohol, pregnancy, fetal alcohol syndrome (FAS), fetal alcohol spectrum disorders (FASD)

Poděkování

Velice děkuji panu PhDr. Miroslavovi Bartákovi, Ph.D. za odborné vedení mé bakalářské práce, za jeho trpělivost, cenné rady, ochotu a čas, který mi věnoval. Dále bych ráda poděkovala všem těhotným ženám, které se zapojily do výzkumu. V neposlední řadě bych ráda poděkovala své rodině a přáteli, kteří mi po celou dobu studia byli oporou.

Obsah

1. Úvod	11
2. Alkohol	12
2.1. Užívání alkoholu v České republice	12
2.2. Vymezení pojmů	12
2.3. Vliv alkoholu na lidský organismus	13
2.4. Užívání alkoholu u žen	13
3. Alkohol v těhotenství	14
3.1. Historie a výskyt prenatalního poškození plodu alkoholem	14
3.2. Užívání alkoholu v těhotenství.....	14
3.3. Prevence užívání alkoholu v těhotenství	14
3.4. Prevalence užívání alkoholu v těhotenství v ČR – dostupná data.....	15
4. FASD	16
4.1. Prevalence FASD	16
4.2. Faktory ovlivňující vznik FASD	17
4.3. Diagnostika FASD	17
4.4. Fyzické znaky FASD.....	18
4.5. Neurobehaviorální znaky FASD	18
4.6. Ostatní komorbidity spojené s FASD.....	19
4.7. Sekundární postižení	20
5. FAS	21
5.1. Prevalence FAS.....	21
5.2. Diagnostika FAS.....	22
5.3. Znaky FAS	22
6. Screening užívání alkoholu v těhotenství	24
7. Výzkumný problém a výzkumný cíl	25
7.1. Výzkumné cíle	25
7.2. Výzkumné otázky	25
7.3. Výzkumný soubor.....	25
8. Metodika výzkumu	26
8.1. Metody sběru dat.....	26
8.2. Dotazník AUDIT	26
8.3. Polostrukturovaný rozhovor	26

8.4. Aplikace metod sběru dat	27
9. Metody analýzy dat	29
10. Etické aspekty výzkumu	30
11. Interpretace a vyhodnocení výsledků	31
11.1. Polostrukturované rozhovory	31
11.1.1. Přístup ke užívání alkoholu v nynějším těhotenství	31
11.1.2. Hodnocení rizik užívání alkoholu pro nenarozené dítě	32
11.1.3. Existence bezpečné dávky alkoholu v těhotenství	32
11.1.4. Užívání alkoholu u blízkých těhotných žen	33
11.1.5. Důvody užívání alkoholu v těhotenství.....	34
11.1.6. Rady a informace o užívání alkoholu v těhotenství.....	35
11.1.7. Alkohol v těhotenství a společnost.....	36
12. Dotazník AUDIT	38
12.1. Charakteristika výzkumné populace	38
12.2. Vyhodnocení dotazníku AUDIT	38
12.2.1. Věk těhotných žen	38
12.2.2. Ukončený týden těhotenství žen	39
12.2.3. Gravidita těhotných žen	40
12.2.4. Parita těhotných žen.....	41
12.2.5. Nejvyšší dosažené vzdělání těhotných žen	41
12.3. Celkové skóre těhotných žen dosažené v dotazníku AUDIT	42
12.3.1. Věk těhotných žen a získané skóre v dotazníku AUDIT	43
12.3.2. Ukončený týden těhotenství a celkové dosažené skóre v dotazníku AUDIT	43
12.3.3. Gravidita žen a celkové dosažené skóre v dotazníku AUDIT	44
12.3.4. Nejvyšší dosažené vzdělání těhotných žen a celkové skóre v dotazníku AUDIT.....	44
12.4. Jednotlivé otázky dotazníku AUDIT a jejich vyhodnocení.....	45
12.4.1. Otázka číslo 1	45
12.4.2. Otázky číslo 2 a 3	45
12.4.3. Otázky číslo 4, 5 a 6	46
12.4.4. Otázky číslo 7-10.....	48
12.5. Shrnutí výsledků podle výzkumných otázek	50
13. Diskuse	52
14. Závěr.....	54
15. Seznam použité literatury	55

Seznam grafů

Seznam tabulek

Seznam obrázků

Seznam příloh

1. Úvod

Konzumace alkoholu těhotnými ženami je v evropském i celosvětovém měřítku problémem nadmíru častým. Odhad celosvětové prevalence užívání alkoholu v těhotenství je 9,8 %. Pro Evropu je odhadována prevalence užívání alkoholu v těhotenství 25 %, což je nejvíce na světě. Odhad prevalence užívání alkoholu v těhotenství pro Českou republiku je 36 % (Popova et al., 2017).

V těhotenství neexistuje období, které bychom mohli považovat z hlediska užívání alkoholu za bezpečné, stejně tak neexistuje bezpečná dávka alkoholu v těhotenství. Důsledky užívání alkoholu se mohou u plodu projevit v podobě fetálního alkoholového syndromu (FAS) či poruch fetálního alkoholového spektra (FASD). Tyto důsledky jsou natolik závažné, jak pro jedince, tak pro společnost a časté, že je za potřebí věnovat problematice užívání alkoholu v těhotenství zvýšenou pozornost. Celosvětově se dle odhadů narodí každý rok 630 000 dětí s poruchou fetálního alkoholového spektra (FASD) a 119 000 novorozenců s FAS (Popova et al., 2017). V České republice se podle odhadů každoročně narodí 300 novorozenců s fetálním alkoholovým syndromem a 3000 novorozenců s poruchou fetálního alkoholového spektra (Stop alkoholu v těhotenství, 2020).

Bakalářská práce se zabývá tématem konzumace alkoholu těhotnými ženami od 27. týdne těhotenství, které navštěvují těhotenské ambulance Gynekologicko-porodnické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze.

Cílem práce je přinést poznatky o výskytu problémového užívání alkoholu u těhotných žen od ukončeného 27. týdne těhotenství, které navštěvují těhotenskou ambulanci Gynekologicko-porodnické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze. Práce je rozdělena na teoretickou a výzkumnou část.

Teoretická část je založena na teoretických poznatcích o užívání alkoholu, specifických užívání alkoholu u těhotných žen a dopadech působení alkoholu na plod.

Stěžejní částí práce je výzkumná část, která přináší poznatky o problémovém užívání alkoholu u těhotných žen. Pro získání dat je využito kvalitativních i kvantitativních metod v podobě dotazníku AUDIT a polostrukturovaných rozhovorů. Ve výzkumné části dochází k objasnění pohledu těhotných žen na problematiku užívání alkoholu v těhotenství. Je zde popsán přístup těhotných žen k užívání alkoholu v nynějším těhotenství. Dále je popsáno, jaké informace o problematice těhotné ženy získaly a z jakého zdroje a zda se těhotné domnívají, že existuje bezpečná dávka alkoholu v těhotenství. Je zde také nastíněn pohled těhotných žen na užívání alkoholu v těhotenství v kontextu naší společnosti. V neposlední řadě jsou ve výzkumné části prezentovány výsledky dotazníku AUDIT.

2. Alkohol

Alkohol, chemickým názvem ethanol či ethylalkohol, vzniká procesem kvašení cukrů. Jeho psychotropní účinek je zprostředkován působením na neurotransmiterní systémy: dopaminergní, GABAergní a opioidní. Jedná se o látku teratogenní a orgánově toxickou (Kalina et al., 2015).

2.1. Užívání alkoholu v České republice

Alkohol je v České republice snadno dostupnou a společensky tolerovanou návykovou látkou i přes rozsáhlé zdravotní, ekonomické a sociální dopady (Csémy et al., 2020). Česká republika se opakovaně umísťuje předních příčkách ve spotřebě alkoholu ve světě. Průměrný občan ČR vypije 14,4 l čistého alkoholu za rok, což je dvojnásobek světového průměru (Suchej únor a Csémy, 2020). V mnoha evropských zemích lze pozorovat klesající trend ve spotřebě alkoholu. U nás je však od roku 1960 spotřeba alkoholu stabilní (OECD, 2018). Nejoblíbenějším alkoholickým nápojem zůstává pivo (Csémy et al., 2020).

Státní zdravotní ústav uveřejnil v roce 2020 zprávu o užívání tabáku a alkoholu v České republice. Konzumaci alkoholu denně nebo obden v roce 2018 uvedlo 17,4 % respondentů. Konzumaci alkoholu alespoň jednou týdně přiznalo 52 % mužů a 27,4 % žen. Abstinenci během posledního roku uvedlo 10,3 % dotazovaných a celoživotních abstinentů bylo 2,4 % (Csémy et al., 2020).

Problémových konzumentů alkoholu je dle odhadu 6,7 %, konzumentů s vysokým rizikem 11,9 %, konzumentů s nízkým rizikem 53,2 % a umírněných konzumentů nebo abstinentů 28,3 %. Pětina české populace se pohybuje za hranou rizikového užívání alkoholu. Tato skupina obyvatel je značně ohrožena zdravotními a sociálními riziky (Csémy et al., 2018).

2.2. Vymezení pojmů

Nízkorizikové užívání alkoholu je takové užívání, které nepůsobí následky jedinci ani společnosti. Hovoříme o dávce maximálně 16 g ethanolu (= jeden půllitr 4 % piva nebo 2 dcl. 11 % vína) pro ženu a 24 g ethanolu pro muže. Nejméně dva dny v týdnu by mely být bez užití alkoholu.

Rizikové užívání je takové užívání, které s sebou nese riziko poškození fyzického či duševního zdraví konzumenta. Jedná se o dávku 20 g ethanolu a více na den.

Škodlivé užívání, je vzorec užívání, který poškozuje jedince, například jeho fyzické či duševní zdraví. Takové užívání bývá kritizováno okolím konzumenta. Hovoříme o dávce více než 16 g ethanolu pro ženu na den a 24 g ethanolu a více pro muže na den.

Syndrom alkoholové závislosti je souborem kognitivních, behaviorálních a fyziologických znaků. Závislost na alkoholu je charakterizována projevem alespoň tří z následujících projevů během posledních 12 měsíců: silné nutkání pít alkohol, snížená sebekontrola, týkající se zahájení, ukončení nebo míry užití, dále zvyšování dávky, zanedbávání oblíbených činností a pokračování užívání i přes vědomí jednoznačných škodlivých důsledků (Babor a Higgins-Biddle, 2010; Nešpor, 2018, www.alkoholpodkontrolou.cz).

2.3. Vliv alkoholu na lidský organismus

Alkohol má prokazatelný vliv na lidské zdraví, společnost však některé zdravotní dopady prozatím zcela nepřijala. Faktem je, že i někteří lékaři nejsou plně informováni o dopadech užívání alkoholu na lidské zdraví (Barták, 2018).

Světová zdravotnická organizace uvádí, že alkohol je příčinou více než 200 nemocí a úrazů. V důsledku užívání alkoholu v roce 2016 zemřely celosvětově tři miliony lidí, což představuje 5,3 % všech úmrtí. Ze všech úmrtí zapříčiněných alkoholem připadá necelá třetina na zranění. Nejčastěji se jedná o pády, sebevraždy, autonehody a násilné činy. Mezi další příčiny úmrtí v souvislosti s alkoholem patří onemocnění trávicí soustavy, kardiovaskulární onemocnění, infekce a nádory. Z nádorů jsou nejčastěji zastoupeny nádory dutiny ústní, hltanu, jícnu, slinivky, prsu a střev. Alkohol se podílí na polovině všech nádorů jater a na polovině jaterních cirhóz (WHO, 2019).

Existuje vztah mezi dávkou alkoholu a rizikem vzniku nádoru. Například konzumace 25 g alkoholu denně, což se rovná dvěma alkoholickým nápojům, zvyšuje riziko nádorů žaludku a jater (Bagnardi, 2015). Pro vznik jaterní cirhózy u žen stačí již užívání 20 g čistého alkoholu denně, u mužů je to přibližně třikrát tolik (Bártová, 2015).

Užívání alkoholu má negativní dopad mimo jiné na fyzický vzhled, výkonost, chování. Alkohol obsahuje pouze tzv. prázdné kalorie, proto přispívá ke vzniku nadváhy. Dlouhodobé užívání alkoholu způsobuje nedostatek vitamínů a minerálních látek, včetně kyseliny listové, která je zásadní pro syntézu DNA. Nedostatek kyseliny listové v těhotenství může způsobit defekt neurální trubice plodu (www.alkoholpodkontrolou.cz).

2.4. Užívání alkoholu u žen

Nejčastějším důvodem konzumace alkoholu u žen jsou problémy sociálně-ekonomické povahy. Často se jedná o těžké psychické stavy, deprese, stres, či negativní emoce. Prvotním podnětem pro pití alkoholu mohou být rodinné či pracovní problémy. Rizikové jsou například ženy, které se snaží zastat roli matky, manželky a zároveň se snaží být v plném pracovním nasazení. Tato snaha může vést k pocitům selhání a řešení problému alkoholem. Velice rizikové jsou pomáhající profese. Například ženy pracující ve zdravotnictví mají přístup k návykovým lékům a často je kombinují s alkoholem. Ženy mohou mít v různých fázích života větší sklony k pití alkoholu, jedná se například o klimakterium, odchod do důchodu, nebo období, kdy odcházejí děti z domova (www.alkoholpodkontrolou.cz).

Ženy bývají k návykovým látkám zdrženlivější než muži a v souvislosti s užíváním alkoholu páchají méně trestných činů. Společnost více odsuzuje ženy užívající alkohol než muže. Ženy častěji svůj problém s pitím alkoholu skrývají a konzumují alkohol o samotě. Závislé na alkoholu častěji trpí depresemi a úzkostí a bývají častěji fyzicky a psychicky týrané. Děti z rodin, kde je matka závislá na alkoholu trpí více, než když je na alkoholu závislý otec (Nešpor, 2018).

3. Alkohol v těhotenství

3.1. Historie a výskyt prenatálního poškození plodu alkoholem

Již ve starověkém Řecku, Římě a Kartágu se objevovaly zmínky o možné souvislosti mezi užíváním alkoholu u těhotné ženy a poškozením plodů. Nad tímto problémem se zamýšlel i Aristoteles: „Pošetilé, opilé a zblázněné ženy nejčastěji rodí děti jako sami sebe, morózní a malátné“ Ve starověkém Kartágu bylo tradicí zakazovat užívání alkoholu o svatební noci (Calhoun, 2007).

Platón doporučoval mladistvým do 18 let zdržet se konzumace vína. Do 30 let doporučoval konzumovat víno střídavě. Před užíváním alkoholu v těhotenství varuje již Starý zákon-Kniha soudců 13:7. Téma vlivu alkoholu na plod se také objevilo v Anglii v letech 1765-1785 během období takzvané ginové epidemie (Hamanová, Scémy, 2010).

V roce 1968 ve Francii P. Lemoine poprvé popsal u dětí znaky fetálního alkoholového syndromu. O pět let později jej popsal v USA K. L. Jones a Smith jako poškození plodů matek alkoholiček a nazvali jej fetální alkoholový syndrom. Pojem fetální alkoholový syndrom poprvé použili Jones a Smith v roce 1973 (Calhoun, 2007).

3.2. Užívání alkoholu v těhotenství

Konzumace alkoholu v těhotenství je rizikovým faktorem pro nepříznivý vývoj těhotenství a nese s sebou zvýšené riziko spontánního potratu, předčasného porodu, porodu mrtvého plodu, intrauterinní růstové retardace, nízké porodní hmotnosti (Popova et al., 2017). Konzumace alkoholu může také zapříčinit předčasné odloučení placenty (Pařízek, 2009).

Není známa dávka alkoholu, kterou je možné označit za bezpečnou pro vývoj plodu. Stejně tak neexistuje v průběhu těhotenství žádné období, ve kterém by bylo užívání alkoholu bez rizika. Každý druh alkoholu je pro plod škodlivý, včetně vína a piva (Centers for disease control and prevention, 2020).

Konzumace alkoholu je v I. trimestru je spojována s psychickými poruchami dítěte. Ve II. a III. trimestru se s konzumací alkoholu pojí růstová retardace plodu a neurologické abnormality (Pařízek, 2009). Alkohol volně prochází přes placentu do fetální cirkulace a po chvíli je přítomen i v plodové vodě. Plod má výrazně nižší metabolickou schopnost než matka (Heller, 2014).

Alkohol přechází do plodové vody močí plodu a plodem vydechovanou tekutinou. Plod plodovou vodu plod opět polyká. Hlavní cestou snížení vystavení plodu alkoholu je mateřský krevní oběh. Plod je vystaven působení alkoholu déle než matka, protože k eliminaci alkoholu z plodové vody dochází až při dostatečném poklesu koncentrace alkoholu v krvi matky (Heller, 2014). Aktivita alkoholdehydrogenázy plodu je přibližně 10 % ve srovnání s aktivitou enzymu matky (Vavřínková a Binder, 2006).

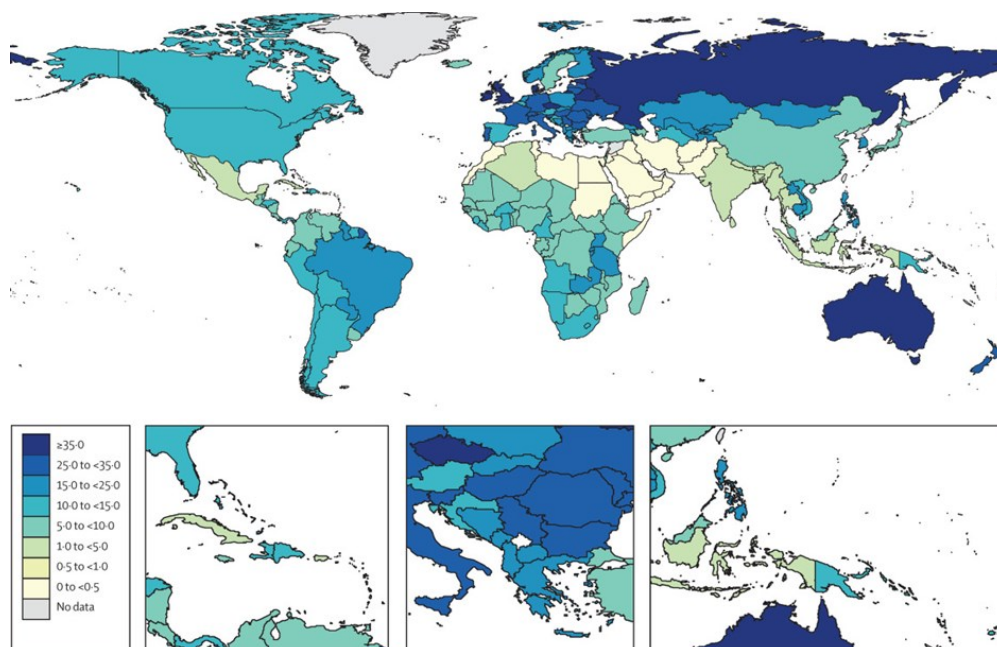
3.3. Prevence užívání alkoholu v těhotenství

Přesné údaje o prevalenci užívání alkoholu v těhotenství ve většině zemích světa chybí. Popova s kolegy v roce 2017 provedli epidemiologickou studii, která přichází jako první s odhadem

prevalence užívání alkoholu v těhotenství a prevalencí FAS v národním, regionálním a celosvětovém měřítku. Globální odhad prevalence užívání alkoholu v těhotenství je 9,8 %. V evropských zemích je prevalence užívání alkoholu v těhotenství vysoká. Pro celý evropský region byla vypočtena prevalence užívání alkoholu v těhotenství 25,2 %, což je nejvíce ze všech regionů WHO. Pro ČR byl vypočítán odhad prevalence užívání alkoholu v těhotenství 36,3 %, což je číslo skoro dosahující prvních pěti států s nejvyšší prevalencí užívání alkoholu ve světě (Popova et al., 2017).

Pět zemí s nejvyšší odhadovanou prevalencí užívání alkoholu během těhotenství bylo Rusko 37 %, Velká Británie 41 %, Dánsko 46 %, Bělorusko 47 % a Irsko 60 %. Všechny zmíněné země patří do evropského regionu WHO. Země s nejnižší prevalencí užívání alkoholu během těhotenství (0 %) byly Omán, Spojené arabské emiráty, Saúdská Arábie, Katar a Kuvajt. Jedná se o země EMR regionu WHO (WHO region východního Středomoří).

Obrázek 1 - Globální prevalence užívání jakéhokoli množství alkoholu během těhotenství mezi obecnou populací v roce 2012, uvedena v procentech (Popova et al., 2017, s. 5)



3.4. Prevalence užívání alkoholu v těhotenství v ČR – dostupná data

Ústav zdravotnických informací a statistiky v roce 2015 evidoval 23 těhotných žen, které uvedly užívání alkoholu, 7480 žen kuřaček a 98 žen, které uvedly užívání drog. Kombinace užívání alkoholu a cigaret byla zjištěna u 27 žen, u 238 byla zjištěna kombinace kouření a drog, 1 žena uvedla užívání alkoholu a drog a 16 žen uvedlo kombinaci alkoholu, cigaret a drog (Rolová et al., 2017).

Diplomová práce z roku 2017 se zabývala problematikou užívání alkoholu a tabáku v těhotenství. V této práci 70 % žen uvedlo konzumaci alkoholu, 5 % z nich uvedlo užívání alkoholu jednou až dvakrát týdně (Jakubíková, 2017).

4. FASD

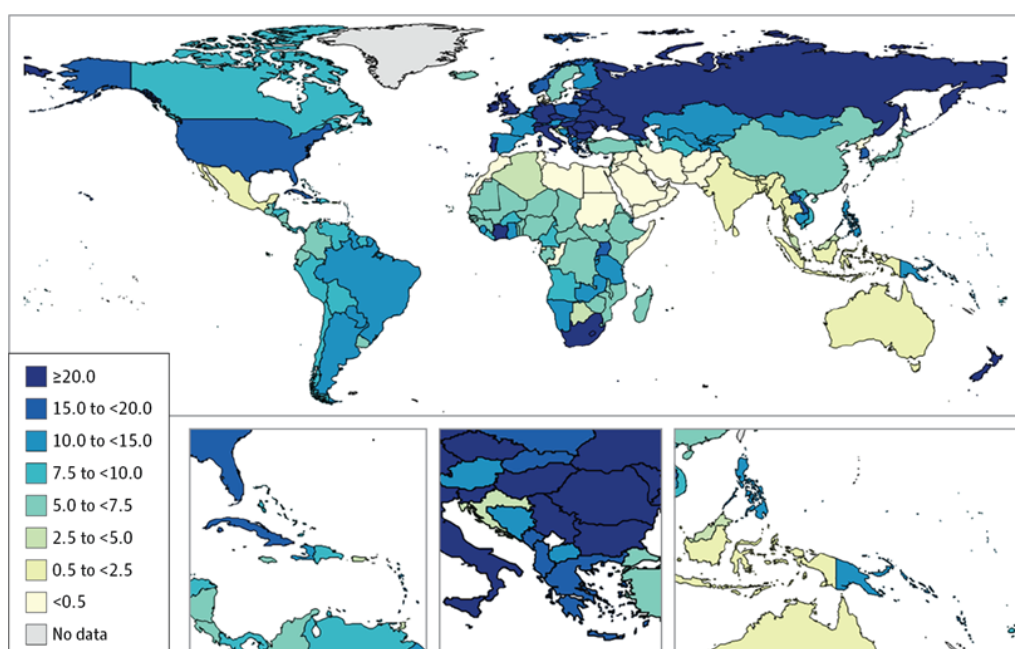
Užívání alkoholu v těhotenství může plodu způsobit řadu celoživotních fyzických, behaviorálních a intelektuálních postižení. Tato postižení jsou označována jako poruchy fetálního alkoholového spektra (FASD). Nejzávažnější z těchto poruch je fetální alkoholový syndrom (Centers for disease control and prevention, 2020). Jedná se o heterogenní skupinu onemocnění, zahrnují mimo jiné kognitivní, behaviorální, emocionální a adaptační funkční deficity, i vrozené vývojové vady (Chudley, 2005). Poruchy fetálního alkoholového spektra jsou jednou z nejčastějších příčin způzděného vývoje a intelektuálních příčin (May, 2001).

Poruchy fetálního alkoholového spektra postihují jednotlivce ze všech socioekonomických a etnických prostředí. V mnoha případech lidé s FASD vyžadují celoživotní pomoc rodiny, zdravotníků, pedagogů, sociálních pracovníků. Proto se udává, že FASD má podstatný celospolečenský hospodářský dopad (Popova et al., 2011).

4.1. Prevalence FASD

Dle odhadů se v České republice narodí 3000 dětí s poruchou fetálního alkoholového spektra (Stop alkoholu v těhotenství, 2020). Celosvětová prevalence FASD byla odhadnuta na 7,7 dětí narozených s FASD na 1000 živě narozených. Dále se odhaduje, že 1 ze 13 těhotných žen, které během těhotenství konzumovaly alkohol, porodí dítě s FASD. Výsledek tohoto odhadu značí, že se každoročně po celém světě narodí 630 000 dětí s FASD. Obrázek 2 znázorňuje celosvětovou prevalenci FASD. Evropský region měl nejvyšší celkovou prevalenci FASD - 19,8 na 1000 obyvatel a region východního Středomoří nejnižší celkovou prevalencí 0,1 na 1000 obyvatel. Pět zemí s nejvyšší prevalencí FASD byla Jihoafrická republika, Chorvatsko, Irsko, Itálie a Bělorusko (Lange et al., 2017).

Obrázek 2 - Globální prevalence poruchy fetálního alkoholového spektra (FASD) mezi dětmi a mládeží v běžné populaci v roce 2012, uvedena na 1 000 osob (Lange et al., 2017, s. 6)



Prevalence FASD je ve zvláštních populacích na základě vybraných studií výrazně vyšší, než odhadovaná celosvětová prevalence u dětí a mládeže v běžné populaci. U dětí v náhradní péči byla zjištěna prevalence 5krát až 68krát vyšší než v běžné populaci. V populaci s nízkým socioekonomickým statusem byla zjištěna prevalence FASD 24krát vyšší, v psychiatrické populaci pak 19krát vyšší (Lange et al., 2017).

4.2. Faktory ovlivňující vznik FASD

Mateřské riziko pro vznik FASD není jednostranné. Vznik FASD je ovlivněn mnoha faktory, včetně faktorů souvisejících s množstvím alkoholu, četností užívání, načasováním expozice. Dále hraje roli věk matky, gravidita, parita, váha těhotné, výživa, metabolismus, užívání léků či návykových látek. V neposlední řadě značným faktorem je socioekonomický status, náboženské vyznání, duševní rovnováha, společenské vztahy, deprese. Je potřeba dalších výzkumů, aby bylo možné přesněji definovat, jaký typ fyzických, genetických a behaviorálních faktorů matky s velkou pravděpodobností vede k tomu, že porodí dítě s FASD (May, 2013).

Mezi faktory prostředí těhotné, které mohou ke vzniku FASD přispět, patří nízký socioekonomický status, nízká úroveň vzdělání, sociální izolace, bydliště na venkově a příslušnost k sociálním skupinám, které podporují pití alkoholu (May, 2013).

4.3. Diagnostika FASD

Poruchy fetálního alkoholového spektra jsou heterogenní skupinou poruch. U každého jedince se mohou FASD projevovat specificky (Burd, 2016). Značná část dětí s FAS bez specifických fyzických kritérií pro FAS zůstane nediodagnostikována. Pro diagnostiku je třeba specializovaný tým lékařů, kteří rozumí vývoji dítěte (Hagan et al., 2016). Důvodem je nízké povědomí o FASD, nedostatečná fyzická stigmatizace dítěte, chybějící anamnéza užívání alkoholu v těhotenství (Chasnoff et al., 2015).

Vzhledem k heterogenitě skupiny FASD, je těžké najít jednotná diagnostická kritéria. I přes to, že je toto postižení časté a vážné, neexistuje žádný test ani biomarker, který by FASD identifikoval. Výzkumy se shodují na existenci 4 kritérií, která naznačují důsledky prenatální expozice alkoholem. Jedná se o anamnestické údaje o užívání alkoholu v těhotenství, zpomalení růstu, přítomnost fyzických vlastností spojených s expozicí alkoholu a neurovývojové deficity. Systémů pro diagnostiku FASD je několik, nedá se ale prozatím říct, který je nejvhodnější. Rasa a věk mohou ovlivnit konečnou diagnózu. Afroameričané a starší děti jsou diagnostikovány častěji (Coles et al., 2016).

Diagnostické rozdělení poruch fetálního alkoholového spektra dle Hoyme a kolegů: (Hoyme et al, 2016)

- **FAS (Fetal Alcohol Syndrome, fetální alkoholový syndrom)**
 - Jedinci s FAS jsou nejvíce nápadní, jsou u nich přítomny typické obličejové znaky, neurobehaviorální a neurokognitivní abnormality, poruchy růstu.
- **PFAS (Partial FAS, částečný FAS)**
 - neurokognitivní, neurobehaviorální poruchy, 2 a více obličejových znaků jako při FAS.

- **ARBD (Alcohol-Related Birth Defects, vrozená vada související s alkoholem)**
 - může se jednat o vrozené vady srdce, zraku, sluchu, kloubů a mnohé další.
- **ARND (Alcohol-Related Neurodevelopmental Disorders, neurovývojová vada spojená s prenatální expozicí alkoholu)**
 - kognitivní, neurobehaviorální a adaptivní funkční deficity spojené s FAS, ale jedinci mohou nebo nemusí vykazovat typické dysmorfnní charakteristiky.

4.4. Fyzické znaky FASD

Fyzické znaky spojené s FASD se mohou projevovat již v těhotenství a jsou nejnápadněji identifikovatelné. Mohou se projevit jako (Nash et al., 2017):

- potrat nebo zánik plodu
- nedonošenost
- nízká porodní hmotnost
- syndrom náhlého úmrtí kojenců
- abnormality CNS (např. mikrocefalie, malformace corpus callosum)
- vrozené srdeční vady (např. malformace odtokových cév, jako je transpozice velkých tepen)
- abnormality ledvin (např. renální hypoplazie nebo hydronephróza)
- abnormality očí a poruchy zraku (např. malé palpebrální trhliny, hypoplazie optického nervu)
- sluchové zpoždění
- charakteristické obličejové znaky: malé palpebrální trhliny, hladké filtrum a tenký horní ret
- další možné abnormality obličeje: rozštěp patra, maxilární hypoplazie

4.5. Neurobehaviorální znaky FASD

Neurobehaviorální znaky mohou být různě závažné, od lehkých až po těžké. Obvykle se projevují v závislosti na vývoji dítěte. Skóre IQ se u postižených pohybuje od velmi nízkého po normální. Postižení mají tendenci dosahovat méně úspěchů ve vzdělání, než by naznačovalo jejich IQ (Streissguth, O'Malley, 2000). Tabulka 1 popisuje neurobehaviorální znaky FASD v závislosti na vývojové fázi dítěte.

Teorie mysli (Theory of Mind) odkazuje na schopnost pochopit a vyvodit závěry o záměrech, pocitech a přesvědčeních jiných lidí. Je známo, že děti s poruchami fetálního alkoholového spektra mají deficity v sociálně kognitivních funkcích, poznatků o teorii mysli u dětí s FASD je však málo. Podle teorie mysli bylo zjištěno, že děti s FASD mají horší schopnost číst emoce ostatních lidí. U méně náročných úkolů nebyly nalezeny žádné rozdíly ve skupině FASD. U dětí s FASD byly zjištěny deficity ve funkcích vyššího řádu teorie mysli. Jednalo se o tzv. „čtení mysli z očí“, kdy děti měly odhadovat podle výrazu očí na obrázku emoce a duševní stav. Předpokládá se, že z očí druhých lidí jsme schopni vycítit nejrůznější záměry a emoce druhých, proto jsou klíčové pro sociální interakce (Lindinger et al., 2016).

Konzumace alkoholu v těhotenství pravděpodobně způsobuje procesy na úrovni DNA, které vedou k chybné expresi bílkovin, které jsou důležité pro správnou funkci mozku. Zmíněné změny jsou

dlouhodobé a mohou být základem pro velké množství neurobehaviorálních abnormalit spojených s FASD (Basavarajappa et al., 2016).

Tabulka 1 - Charakteristické neurologické, behaviorální a kognitivní problémy dětí s FASD v závislosti na vývojové fázi (Nash et al., 2017, s. 9)

Deficit	Kojenci a batolata	Školka	Školní věk	Dospívání
Neurokognitivní	Kognitivní zaostávání	Kognitivní/celkové zaostávání	Nižší IQ	Stejně jako školní věk
	Zvýšený/snížený svalový tonus	Problémy s analytickým uvažováním	Problémy učení (matematikou)	Problém uplatnit nové znalosti
	Rovnováha, koordinace	Neschopnost následovat pokyn o více krocích	Expresivní jazyková porucha (řeči)	Špatné řešení problémů
		Problém uchovat informace a vybavit si je	Problémy s pracovní pamětí-sekvenování, připomínání	Rostoucí potíže se čtením a matematikou
			Špatné abstraktní myšlení	
Emoční samoregulace	Problém s uklidňováním	Aktivní, impulzivní, nepozorné dítě	Hyperaktivní/impulzivní	Stejně jako ve školním věku
	Problémy s reaktivitou na stres	Emoční dysregulace	Problém přesunout a udržet pozornost	Rizikové chování se zvyšuje
	Nervozita	Snadno frustrované	Problém organizovat a plánovat	
	Problémy se spánkem	Problémy se sebeuklidňováním	Snadno ohromené/frustrované	
		Vyžaduje pozornost	Problém s dodržováním pravidel	
			Nevědomost o důsledcích, rizikové chování	
Adaptivní	Zpoždění jemné hrubé motoriky	Problémy s rovnováhou, koordinací	Problémy s přátelskými vztahy	Stejně jako školní věk plus
	Potíže s krmením	Špatné sociální hranice, příliš přátelské	Nevhodné sociální a sexuální chování	Problémy s učení motorických dovedností
		Náchylné k úrazům, nehodám	Špatný rukopis	Problémy se zaměstnáním
		Zpoždění hrubé/jemné motoriky	Tendence ztrácet věci	Často zneužívané
			Vizuální a motorické deficity	Problémy se správou času a peněz
			Důvěřivé/naivní	Problémy s nezávislým životem

4.6. Ostatní komorbidity spojené s FASD

Postižení s FASD jsou zatíženi velkým množstvím komorbidit v porovnání s běžnou populací. Bylo identifikováno 428 komorbidních stavů, které se pojí s FASD. Mezi tyto stavy patří například vrozené vývojové vady, genetické abnormality, duševní a behaviorální poruchy. Komorbidity s nejvyšší sruženou prevalencí 50 % a více: abnormální výsledky funkce periferního nervového systému

a smyslů, poruchu chování, poruchu vnímání jazyka, chronická serózní otitis a expresivní jazykovou poruchu (Popova et al., 2016).

Ve srovnání s běžnou populací je u jedinců s FASD pozorována výrazně vyšší prevalence psychických onemocnění. Konkrétně byla zjištěna 11krát vyšší prevalence úzkostné poruchy 24krát vyšší prevalence a 10krát vyšší prevalence poruch pozornosti a hyperaktivity (Cambeitz et al., 2019).

4.7. Sekundární postižení

Jedinci s FASD mohou být zatíženi sekundárním postižením jako například nízkým vzděláním, či ztrátou zaměstnání. Z toho důvodu by měli být diagnostikováni co nejdříve, do 6 let věku, aby bylo možné zahájit včasnou intervenci. Je prokázáno, že sekundární postižení a negativní životní výsledky jsou zmírněny milující a stabilní rodinou, pozitivní vzory a strukturovanou rutinou, život v pečujícím stabilním domácím prostředí, které dítěti uspokojuje základní potřeby, případně málo změn v pečovateli (Nash et al., 2017). Je však zjištěno, že pro adoptivní nebo pěstounské rodiče může být péče o dítě s FASD náročná a stresující a nemusí se jim dostávat dostatek informací a podpory ze strany poskytovatelů zdravotní, sociální péče a vzdělání (Sarimski, 2014). Ve studii Rangmarové a kolegů bylo zjištěno, že švédské děti s FAS mají i v dospělosti horší výsledky stejně staří vrstevníci v běžné populaci. Jedinci s diagnózou FAS mají mnohem vyšší šanci, že budou méně vzdělání, nezaměstnaní nebo dostanou invalidní důchod. Zároveň mají větší šanci, že jim bude diagnostikována psychická porucha nebo budou hospitalizováni pro závislost na alkoholu (Rangmar et al., 2015).

5. FAS

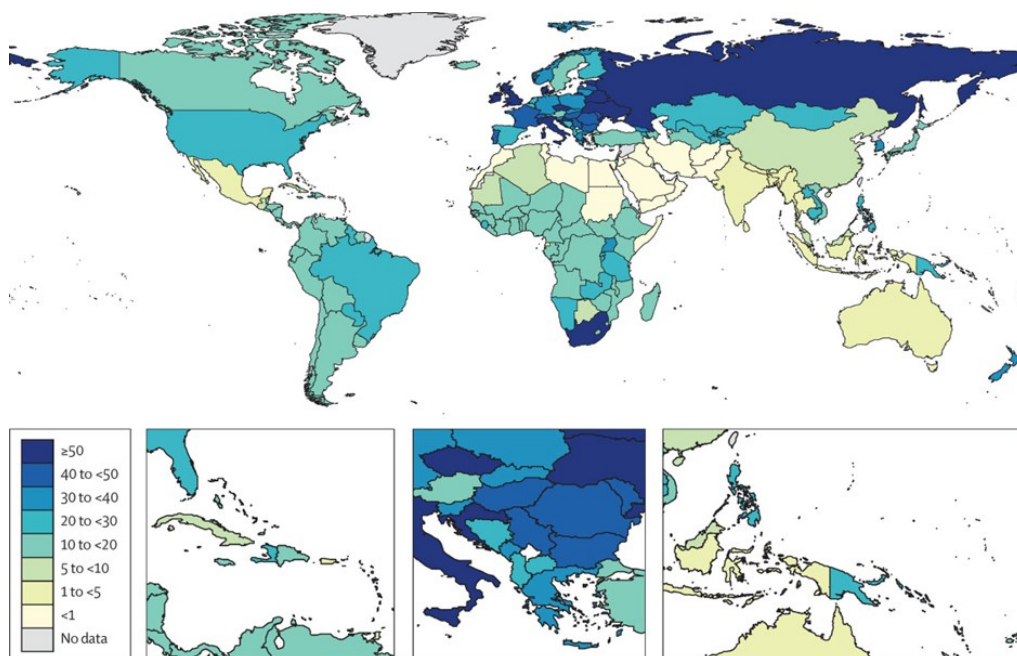
Fetální alkoholový syndrom (FAS) je nejtěžší vrozenou vadou ze skupiny onemocnění s názvem poruchy fetálního alkoholového spektra (FASD). FAS je spojen se širokou škálou abnormalit, včetně trvalého poškození mozku, vrozených anomálií, prenatálního nebo postnatálního omezení růstu, charakteristických obličejových rysů spolu s kognitivními, behaviorálními, emocionálními a adaptivními funkčními deficity (Popova et al., 2017).

5.1. Prevalence FAS

Podle odhadů se každý rok v České republice narodí 300 novorozenců s diagnózou fetální alkoholový syndrom (Stop alkoholu v těhotenství, 2020). Celosvětová prevalence fetálního alkoholového syndromu se odhaduje na 15 dětí s FAS na 10 000 živě narozených dětí. Je jisté, že neplatí, že každá těhotná užívající alkohol porodí dítě s FAS. Odhaduje se, že 1 ze 67 žen konzumujících alkohol v těhotenství porodí dítě s FAS. Celosvětově to znamená přibližně 119 000 dětí narozených s FAS každý rok (Popova et al., 2017).

Prevalence užívání alkoholu souvisí i s výskytem FAS. Přibližně čtvrtina evropských žen konzumuje v těhotenství alkohol, proto je v evropském regionu i vysoká prevalence FAS. Prevalence FAS je v Evropě 2,6krát vyšší, než je světový průměr. Země s nejvyšší prevalencí FAS ve světě je Bělorusko, Itálie, Irsko, Chorvatsko a Jihoafrická republika. Na obrázku je znázorněna celosvětová prevalence FAS (Popova et al., 2017).

Obrázek 3 - Globální prevalence fetálního alkoholového syndromu (FAS) v běžné populaci v roce 2012, uvedeno na 10 000 osob (Popova et al., 2017, s. 7)



Tabulka 2 - Globální prevalence užívání alkoholu (jakékoli množství) během těhotenství a fetálního alkoholového syndromu v běžné populaci v roce 2012 podle regionu WHO (Popova et al., 2017, s. 6)

WHO region	Užívání alkoholu v těhotenství v %	FAS na 10 000
AFR	10,8%	14,8
AMR	11,2%	16,6
EMR	0,2%	0,2
EUR	25,2%	37,4
SEAR	1,8%	2,7
WPR	8,6%	12,7
Celosvětově	9,8%	14,6

AFR = africký region, **AMR** = Oblast Ameriky, **EMR** = region východního Středomoří, **EUR** = evropský region, **FAS** = Fetální alkoholový syndrom, **SEAR** = region jihovýchodní Asie, **WPR** = oblast západního Pacifiku.

5.2. Diagnostika FAS

V diferenciální diagnostice je v první řadě důležité odlišit jiné teratogenní embryopatie, u kterých je společným znakem prenatální růstová retardace a postnatální hypotrofie, poruchy tonu, problémy se sáním, obličejové dysmorfie a v pozdějším období kognitivní zaostávání a duševní poruchy. Pro správnou diagnostiku nelze spoléhat na laboratorní metody, je nutné objektivizovat anamnestické údaje. Z genetických abnormalit je v diagnostice nutné vyloučit především ty, které se projevují prenatální růstovou retardací, neprospíváním, poruchami svalového tonu, jako jsou chromozomální aberace, např. Edwardsův syndrom, ale i monogenní syndromy, jako je např. Noonanův syndrom (Seemanová, 2013).

5.3. Znaky FAS

FAS se projevuje: (www.alkoholpodkontrolou.cz, 2020, Vavřínková a Binder, 2006)

- **Poruchami růstu**
 - Nižší tělesná hmotnost, růstová retardace, patrná prenatálně i postnatálně
 - Po porodu abnormální rozložení tuku
- **Postižením nervového systému**
 - Intelektuální, projevuje se jako mírná až střední mentální retardace
 - Neurologická, projevem je mikrocefalie, svalová hypotonie
 - Behaviorální, zvýšená dráždivost do 1 roku, později hyperkinetická porucha
- **Vývojovými vadami**
 - Kloubní abnormality
 - Vývojové vady srdce
 - Abnormality sítnice
 - Poruchy sluchu
 - Abnormality močového traktu
 - Hepatopatie

- Poruchy srdečního rytmu
- Abnormality skeletu
- Dysplázie nehtů
- **Deformitami v obličeji, viz Obrázek 4**
- oči: krátké štěrby, horní víčko překrývající vnitřní koutek oka či pokles očního víčka
- nos: krátký a zvednutý, plochý kořen nosu, masivnější špička nosu
- uši: nízko položené uši, zadní rotace a neplastické boltce
- ústa: tenké rty, hladké filtrum

Obrázek 4 - Fetální alkoholový syndrom, typické obličejové znaky napříč rasou a věkem (Nash et al., 2017, s. 3)



A - bílá rasa, B - bílý rasa, kojeneček, C - Afroameričan, D - Asijská Američanka, E - Hispánka, F - původní Američan.

6. Screening užívání alkoholu v těhotenství

Těhotenství je stav, který je spojen se specifickou zdravotní péčí. Z toho důvodu se jedná zároveň o unikátní příležitosti pro záchyt a intervenci u uživatelů alkoholu, které by za jiných okolností pomoc nevyužily nebo odmítly. Jedná se o příležitost pomoci těhotné ženě, jejímu nenarozenému dítěti a celé rodině. Poskytovatelé zdravotní péče by se všech těhotných žen měli v co nejranější fázi těhotenství a při každém předporodním vyšetření ptát, zda užívají nebo v minulosti užívaly alkohol či jiné návykové látky. Je důležité tuto informaci zjišťovat při každé návštěvě, protože ženy se častěji o tuto informaci podělí až poté, co si lékař získá jejich důvěru. Těhotné ženy by měly být informovány o rizicích, která se pojí s užíváním alkoholu v těhotenství (WHO a Klinika adiktologie, 2020).

U těhotných žen platí, že by celé těhotenství měly abstinentovat. Stejně tak ženy, které plánují otěhotnět nebo mohou otěhotnět neplánovaně, by měly abstinentovat (Nešpor, 2019). Každá konzumace alkoholu může být pro plod riziková. Těžká konzumace alkoholu je spojena s řadou negativních důsledků pro plod, včetně fetálního alkoholového syndromu (FAS) a mírnějších variant se souhrnným označením poruchy fetálního alkoholového spektra (FASD). Prevalence rizikového užívání těhotných může být nízká. Důsledky prenatální expozice alkoholu jsou však natolik závažné, že je plošný screening je na místě. Mnoho žen po rozeznání těhotenství s konzumací alkoholu přestane, některé však pokračují v pití celé těhotenství. Studie naznačují, že čím více, že žena pije před otěhotněním, tím větší je pravděpodobnost, že v pití bude v těhotenství pokračovat (Burns et al, 2010).

Neexistuje jasné vodítko, jak se ženy ptát na konzumaci alkoholu, v tabulce 3 jsou uvedeny krátké screeningové testy, které se u těhotných žen dají využít, nebo byly pro těhotné ženy navrženy. Dotazníky TWEAK, T-ACE a AUDIT-C se zdají mít nejvyšší citlivost na identifikaci prenatálního rizikového pití. Tyto dotazníky jsou méně časově náročné, jsou proto vhodnější pro použití v primární péči. Kombinace dotazníků s krátkou intervencí prokazatelně snižuje konzumaci alkoholu v těhotenství. Krátké intervence se skládají z rad, jejichž cílem je motivovat jednotlivce ke změně chování, co se užívání alkoholu týče (Burns et al., 2010).

Tabulka 3 - Krátké screeningové testy pro zjištění rizikového či škodlivého užívání alkoholu (Burns et al., 2010, s. 4)

AUDIT	10 otázek, vyplnění trvá asi 2 minuty, vyvinut WHO k detekci závislosti u mužů, testován v různých kulturách a populacích
AUDIT-C	zkrácená verze AUDIT, 3 otázky, rychlejší administrace než u AUDIT
T-ACE	4 otázky, trvá asi 1 minutu dokončit, vyvinut pro detekci nadměrného užívání alkoholu u těhotných žen
TWEAK	5 otázek, trvá asi 1 minutu dokončit, vyvinut pro detekci nadměrného užívání alkoholu u těhotných žen
NET	3 otázky, trvá asi 1 minutu, vyvinut pro těhotné
SMAST	13 otázek ANO/NE, zkrácená verze MAST, rychlejší administrace

7. Výzkumný problém a výzkumný cíl

Užívání alkoholu v těhotenství je v evropském regionu častým jevem a Česká republika není výjimkou.

Cílem výzkumného šetření je zjistit pomocí kvantitativních metod výskyt problémového užívání alkoholu u těhotných žen, které navštěvují v rámci prenatální péče těhotenské ambulance Gynekologicko-porodnické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze a současně pomocí kvalitativního šetření popsat, jakým způsobem těhotné ženy vnímají problematiku užívání alkoholu v těhotenství.

7.1. Výzkumné cíle

Hlavní cíl Zjistit výskyt problémového užívání alkoholu u těhotných žen, navštěvujících těhotenské ambulance Gynekologicko-porodnické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze.

Dílčí cíl: Popsat prostřednictvím jednotlivých výpovědí těhotných žen od ukončeného 27. týdne těhotenství, které navštěvují těhotenské ambulance Gynekologicko-porodnické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze, jakým způsobem vnímají problematiku užívání alkoholu v těhotenství.

7.2. Výzkumné otázky

- 1) Kolik těhotných žen z výzkumného souboru užívá alkohol problémově?
- 2) Jakým způsobem těhotné ženy vnímají téma užívání alkoholu v těhotenství?

7.3. Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvořilo 257 těhotných žen, které splnily následující kritéria: prenatální péče poskytovaná v rámci těhotenských ambulančí Gynekologicko-porodnické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze, ochota zapojit se do výzkumu, plnoletost, těhotenství ve 27. týdnu těhotenství a výše. Věk těhotných žen byl mezi 22 až 47 lety. Těhotné ženy byly v ukončeném 27.-38. týdnu těhotenství.

8. Metodika výzkumu

8.1. Metody sběru dat

Pro získání dat v rámci výzkumného šetření byl zvolen kvantitativní přístup v podobě krátkého screeningového dotazníku AUDIT. Pro doplnění dat byl použit kvalitativní výzkum v podobě polostrukturovaných rozhovorů. Sběr dat probíhal od ledna do dubna roku 2021.

8.2. Dotazník AUDIT

Pro systematický screening je vhodný dotazník AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test). Dotazník byl vyvinut jako nástroj pro odhalování jedinců, kteří konzumují alkohol nebezpečně, škodlivě, nebo jsou na alkoholu závislí. Existují i jiné nástroje vhodné pro testování pacientů. AUDIT je však ověřený, dostupný v mnoha jazycích, krátký, flexibilní, snadno využitelný a zároveň poskytuje cenné informace (Babor, Higgins-Biddle, 2010).

Autory dotazníku jsou T.F. Babor, J.R. de la Fuente, J. Saunders, M. Grant a Světová zdravotnická organizace. Byl publikován v roce 1989. Dotazník umožňuje rozeznat tři stupně rizika a je doporučována následná intervence. AUDIT však není nástrojem pro stanovení diagnózy, ke stanovení diagnózy je nutné další vyšetření. Dotazník AUDIT je složen z deseti otázek. První tři otázky jsou orientovány na rizikové užívání alkoholu, následující tři otázky zjišťují příznaky závislosti a poslední čtyři otázky se zaměřují na škodlivé pití alkoholu. Dotazník je určen pro dospělé, délka administrace činí 2-4 minuty (Klinika adiktologie, 2019).

Dotazník AUDIT jsem doplnila o úvodní otázky. Cílem úvodních otázek bylo zjistit věk respondentky, nejvyšší dosažené vzdělání, graviditu a paritu.

8.3. Polostrukturovaný rozhovor

Polostrukturovaný rozhovor je velice rozšířenou podobou rozhovoru. Provedení polostrukturovaného rozhovoru vyžaduje přípravu schéma s okruhy otázek, ke kterým se rozhovor bude vázat. V rámci polostrukturovaného rozhovoru je možno klást dotazovanému doplňující otázky, které pomohou dotazovanému lépe pochopit rozebírané téma. Zároveň je výhodné klást doplňující otázky, pokud chce výzkumník docílit hlubšího rozpracování tématu. Polostrukturovaný rozhovor je sestaven z minima témat a otázek, která jsou pro rozhovor závazná a jsou ve většině případů zárukou, že témata budou probrána (Miovský, 2006).

K vytvoření osnovy polostrukturovaného rozhovoru jsem se inspirovala kvalitativní studií Postoje těhotných žen ke konzumaci alkoholu z roku 2009 (Raymond et al., 2009). Studie se zabývala otázkou postoje žen k užívání alkoholu v těhotenství a vlivem rad poskytnutých jim prostřednictvím veřejných zdrojů i osob v jejich bezprostředním okolí na užívání alkoholu v těhotenství.

Polostrukturovaný rozhovor, který byl použit ve výzkumné části této práce (viz příloha č. 5) byl sestaven ze šesti tematických okruhů. Každý tematický okruh zahrnoval jednu až tři otázky. Otázky v rozhovoru měly za cíl zjistit odpovědi na výzkumné otázky. První tematický okruh byl nazván jako

přístup ke konzumaci alkoholu v nynějším těhotenství. První okruh obsahoval otázky, které zjišťovaly osobní přístup žen k užívání alkoholu v těhotenství. Druhý okruh byl nazván hodnocení rizik užívání alkoholu pro nenarozené dítě. Otázky v tomto okruhu měly za cíl zjistit, zda těhotné ženy vnímají konzumaci alkoholu jako rizikovou a jaká rizika podle nich z konzumace plynou. Třetím tématickým okruhem byla existence bezpečné dávky alkoholu v těhotenství. Tento okruh obsahoval otázky zjišťující, zda si ženy myslí, že existuje bezpečná dávka alkoholu, která pro plod není rizikem a jaká dávka by to měla být. Čtvrtý tématický okruh byl nazván užívání alkoholu u kamarádek a příbuzných. V tomto okruhu se nacházely otázky týkající se zkušeností s užíváním alkoholu u kamarádek nebo příbuzných žen, které již byly těhotné. Pátý tématický okruh nesl název důvody užívání alkoholu v těhotenství. Šestý okruh se týkal rad a informací o užívání alkoholu v těhotenství. Sedmý okruh nesl název alkohol v těhotenství a společnost.

8.4. Aplikace metod sběru dat

Před samotným sběrem dat byla každá respondentka nejprve požádána o účast ve studii a v případě, že s účastí souhlasila, byl dán respondentce k prostudování informovaný souhlas ve dvou stejnopisech (viz příloha č. 3 a 4). Po prostudování se těhotná žena dobrovolně rozhodla, zda se chce výzkumu účastnit a v případě souhlasu informovaný souhlas podepsala. Respondentky byly informovány o dobrovolné účasti, zachování anonymity. V případě polostrukturovaných rozhovorů byly informovány o nutnosti rozhovor nahrávat. Sběr dat k dotazníkům probíhal v rámci těhotenských ambulancí Gynekologicko-porodnické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze. Polostrukturované rozhovory probíhaly na oddělení šestinedělí P1 Gynekologicko-porodnické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze.

Vždy kontakt s potencionální respondentkou začal tím, že jsem se představila a požádala těhotnou ženu o účast ve studii. V případě, že těhotná souhlasila, dostala k prostudování informovaný souhlas. Poté jsme společně šly na Oddělení šestinedělí P1. Cestou na oddělení jsem se s každou náhodně vybranou těhotnou ženou snažila o neformální konverzaci, aby tak došlo k navození přátelské atmosféry. Rozhovory probíhaly na pokoji pro pacientky, který nebyl nikým obsazen. U rozhovoru nebyly přítomny další osoby, bylo tak zajištěno soukromí a klid pro provedení rozhovoru. Před začátkem samotného rozhovoru jsem těhotnou ženu opět upozornila, že spustím nahrávání záznamu rozhovoru. Prvním tématem rozhovoru byl osobní přístup žen ke konzumaci alkoholu v nynějším těhotenství. Následoval okruh týkající se vnímání bezpečné dávky alkoholu užitého v těhotenství. Dalším okruhem bylo vnímání rizik užívání alkoholu na nenarozené dítě. Konverzace se také ubírala na témata užívání alkoholu u těhotných žen v okolí a vnímání důvodů těhotných žen konzumovat alkohol. Následovalo téma vliv informací a rad ohledně užívání alkoholu v těhotenství. Posledním tématem byl pohled ženy na názor na užívání alkoholu v těhotenství v širší veřejnosti.

Časový rozsah pro sběr dat v případě rozhovoru byl v rozmezí 10-40 minut.

Dotazník AUDIT respondentky vyplňovaly v prostorách čekárny těhotenské ambulance. Každá respondentka byla nejprve požádána o účast ve studii a v případě, že souhlasila jí byl předložen k prostudování informovaný souhlas, který obdržela ve dvou stejnopisech a dotazník AUDIT. Jeden stejnopis těhotná žena podepsaná odevzdala a druhý si ponechala. Z důvodu zachování anonymity těhotné ženy samy v klidu vyplnily dotazník a následně jej vhodily do určené schránky. Krátká

intervence nebyla provedena z důvodu požadavku Etické komise VFN o zachování anonymity při vyplňování dotazníku. Doba administrace se v případě dotazníku pohybovala v rozpětí 2-4 minut. Dotazníky jsem po vyjmutí ze schránky vyhodnotila podle návodu k dotazníku AUDIT (viz příloha č.1).

Data získaná z dotazníků nejsou propojena s daty získanými z rozhovorů. Ženy, které rozhovor poskytly, vyplnily dotazník anonymně.

9. Metody analýzy dat

Nahrávky polostrukturovaných rozhovorů jsem přepsala do programu Microsoft Word 2021. Po dokončení přepisu nahrávek jsem si všechny nahrávky opět poslechla a kontrolovala jsem, zda se nahrávka a text shodují. Z přepisu byla smazána nadbytečná slova, která neměla žádnou informační hodnotu.

Po redukci informací došlo k pětistupňové tématické analýze textu. První fáze spočívá v důkladném seznámení se s daty, ve druhé fázi dochází k vytváření prvních kódů. Třetí fáze spočívá ve vyhledávání zastřešujících témat a kontrole již vytvořených kódů. Ve čtvrté fázi dochází k redukci témat, která nejsou dostatečně podložena získanými informacemi. V páté fázi dochází k nadefinování témat a vysvětlení jejich podstaty (Braun a Clarke, 2006).

Při analýze rozhovorů jsem si nejprve důkladně několikrát přečetla všechny rozhovory. Ve druhé fázi analýzy jsem v jednotlivých rozhovorech vyhledávala počáteční kódy. Ve třetí fázi jsem hledala zastřešující témata a revidovala jsem již vytvořené kódy. O vyplnění dotazníku byly respondentky žádány v prostorách čekárny před těhotenskými ambulancemi. Poté byly dotazníky AUDIT anonymně vhažovány do schránek. Informace z dotazníků proto nejsou propojeny s informacemi z rozhovorů. Ve čtvrté fázi jsem odstranila data, která nesouvisela se zjišťovanými otázkami. V páté fázi jsem pojmenovala témata, která z rozhovorů vyplynula.

Dotazníky AUDIT jsem vyhodnotila. Data získaná z dotazníků jsem převedla do elektronické podoby do programu Microsoft Excel 2021 a následně je v programu zpracovala.

10. Etické aspekty výzkumu

Téma užívání alkoholu v těhotenství může být pro těhotné ženy citlivé. Při realizaci výzkumu byly dodrženy etické zásady. Výzkum probíhal v prostorách Gynekologicko-porodnické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze se souhlasem Etické komise VFN.

S těhotnými ženami bylo jednáno s úctou, respektem, vstřícností a empatií. Všechny těhotné ženy, které se výzkumu zúčastnily, byly před začátkem přiměřeně informovány o účelu výzkumu, o dobrovolné účasti ve výzkumu, o zachování anonymity, možnosti kdykoliv svůj souhlas s účastí ve výzkumu odvolat, pořízení záznamu rozhovoru i o faktu, že z účasti ve výzkumu nevyplývají žádné výhody ani následky. Těhotné ženy byly poučeny prostřednictvím písemného informovaného souhlasu (viz příloha č.3 a 4).

11. Interpretace a vyhodnocení výsledků

V této kapitole jsou prezentovány a vyhodnoceny výsledky výzkumu.

11.1. Polostrukturované rozhovory

Z polostrukturovaných rozhovorů vyplynulo několik témat: přístup k užívání alkoholu v nynějším těhotenství, hodnocení rizik užívání alkoholu pro nenarozené dítě, existence bezpečné dávky alkoholu v těhotenství, užívání alkoholu u těhotných blízkých žen, důvody užívání alkoholu v těhotenství, rady a informace o užívání alkoholu v těhotenství a téma alkohol v těhotenství a společnost.

V rámci každého tematického okruhu jsou uvedeny v uvozovkách odpovědi respondentek. Odpovědi jsou označeny uvozovkami, kurzivou a menší velikostí písma. Každá respondentka byla označena písmenem R a číslem.

11.1.1. Přístup ke užívání alkoholu v nynějším těhotenství

Těhotné ženy slovně hodnotily svůj osobní postoj k užívání alkoholu v nynějším těhotenství. Pokud uvedly, že alkohol užívají, hovořily dále o dávce a druhu alkoholu. Těhotné často uváděly, že alkohol v těhotenství neužívají s ohledem na zdraví plodu, nemají na alkohol chuť, nepotřebují alkohol v těhotenství pít. Některé těhotné zmínily užití malého množství alkoholu při společenské události či na chuť. Lze vyvodit, že:

- Abstinují
- Užívají alkohol příležitostně v malé dávce „ochutnají“
- Užívají alkohol příležitostně množství max. 2 dcl. vína
- Užívaly alkohol před rozpoznáním těhotenství

R1: *„Já jsem lékařka, takže vím, co je fetální alkoholový syndrom, takže samozřejmě alkohol nepiji. Přiznám se, že jsem si někdy v těhotenství minimální množství dala, ale nikdy ani ne deci, nikdy ne tvrdý alkohol.“*

R4: *„Určitě nepít. Já abstinuju. Má pro mě přednost zdraví dítěte před nějakými hobby.“*

R5: *„V momentě, kdy jsem zjistila, že jsem těhotná, mě vůbec nenapadlo, že bych pila alkohol v jakémkoliv množství v jakékoliv podobě.“*

R7: *„V těhotenství nepiji. Párkrát jsem si dala pivo, ale někdy v začátku a pak už jsem na to ani neměla chuť.“*

R8: *„Alkohol jsem nepila ani před otěhotněním. Nevyhledávám to, manžel by mi to ani nedovolil. Maximálně od partnera ochutnám nějaké víno“*

R15: *„Já vůbec alkohol nepiju, maximálně doušek, když se něco slaví.“*

Objevilo se také téma užití alkoholu před zjištěním těhotenství. Žena v rozhovoru číslo 3 zmínila užívání alkoholu před rozpoznáním těhotenství. V těhotenství udávala užívání 2 dcl. vína přibližně jednou za měsíc.

R3: „*Já nepiji pravidelně. Ale musím říct, že než jsem zjistila, že jsem těhotná, bylo zrovna léto, nějaký alkohol jsem si dala. Teď to je tak jednou měsíčně, že si dám dvě deci červeného, když je nějaká oslava.*”

11.1.2. Hodnocení rizik užívání alkoholu pro nenarozené dítě

Těhotné se byly dotazovány, zda se domnívají, že je užívání alkoholu v těhotenství rizikové a pokud ano, jaká rizika to jsou. Všechny ženy se shodly na tom, že konzumace alkoholu je pro plod riziková. Část těhotných uvedla, že riziko se odvíjí od dávky, četnosti nebo druhu požitého alkoholu. Některé ženy uváděly konkrétní důsledky alkoholu na plod, jako například vrozené vývojové vady, růstová retardace, či poškození vývoje nervové soustavy. Z odpovědí vyplývá, že:

- Užívání alkoholu je rizikové pro vývoj plodu
- S užíváním se pojí poškození plodu (vývojové vady, růstová retardace, poškození mozku)

R3: „*Určitě je rizikové. Kdybych konzumovala ve velkém množství a často, mělo by to určitě vliv.*”

R4: „*Rizika pro dítě určitě jsou, třeba vývojové vady, růstová retardace.*”

R5: „*Nevím, řekla bych obecně, že by se miminku mohlo něco špatně vyvinout. Ale myslím si, že zvláště v prvním trimestru, kdy žena ani neví, že je těhotná, se stane, že si alkohol dá. Myslím si, že když by se to stalo jednou, dvakrát, miminku to neublíží. Ale je otázkou, jaký alkohol a v jakém množství.*”

R8: „*Pití zabijí mozkové buňky, takže i v rámci této informace se zdržuji alkoholu. Alkohol se k plodu dostane.*”

R12: „*Myslím si, že to může ovlivnit mozek dítěte, i myšlení. Alkohol zabijí mozkové buňky dospělému člověku, takže si myslím že stejně to je u dítěte.*”

R13: „*Určitě ano. Může to ohrozit vývoj mozku plodu, nervové soustavy.*”

R14: „*Vzhledem k tomu, že víme, že u dospělých ničí alkohol neurony, opravdu nebude pro dítě ideální. Lidi jsou hloupější, když pijí.*”

11.1.3. Existence bezpečné dávky alkoholu v těhotenství

Těhotné ženy se zamýšlely nad tím, zda existuje bezpečná dávka alkoholu v těhotenství. Pokud ano, jaká to podle nich je přibližně dávka alkoholu a jak často je možné ji užít. Některé ženy správně uváděly, že žádná dávka alkoholu není v těhotenství bezpečná, neexistuje výzkum, který by byl schopen říct přesnou dávku, která není pro plod ohrožující. Další část žen uvedla, že menší dávka alkoholu plodu neublíží nebo polemizovaly nad dávkou a četností užití. Jedna žena se domnívala, že bezpečná dávka alkoholu pro plod je taková dávka, při které se žena necítí být opilá. Z odpovědí vyplývá, že:

- Bezpečná dávka neexistuje
- Bezpečná dávka existuje, ale neznáme jí
- Bezpečná dávka existuje, záleží na dávce a frekvenci užívání

R8: „*Myslím si, že není zjištěné, kolik alkoholu je bezpečné. Nedoporučuje se pít, není podle mě žádná bezpečná dávka.*”

R11: „Každý reaguje jinak, každé dítě reaguje jinak, takže si myslím, že bezpečná dávka není. Ideální je vůbec nepít.“ Co jsem se dočetla bylo, že okolo dvou deci vína týdně nevadí. Ale já s tím nesouhlasím. Myslím si, že pokud se dá čemukoliv předejít a je to v silách té matky, tak by to měla udělat. Jaká jiná její úloha tu je než přivést na svět zdravé dítě. Je to zbytečné riziko.“

R13: „Nejsem si jistá. Možná existuje, ale nejsme schopni říct, jaké množství to je.“

R14: „Já osobně pochybuji i nad tou jednou skleničkou. Přemýšlela jsem nad tím hodně a myslím si, že určitě je lepší nepít. Když si to může těhotná odpustit, tak nevidím důvod. Věřím tomu, že ani není výzkum, který by zjistil nějakou bezpečnou dávku. Je to těžko proveditelné.“

R1: „Asi když si člověk opravdu jen ucucne, tak si myslím, že se nemůže nic stát.“

Naproti některé ženy zastávaly názor, že bezpečná dávka alkoholu existuje. Názory na dávku alkoholu a četnost se u jednotlivých žen lišily.

R2: „Myslím si, že když si žena dá jednu skleničku vína třeba jednou za měsíc, tak by to nemuselo být škodlivé.“

R5: „Myslím si, že existuje dávka, která by ublížit nemusela. Ale netuším, kolik by to mělo být a ani jsem to nezjišťovala. Takže jsem řekla alkoholu ne.“

R9: „Myslím si, že ano. Sklenice vína, například za dva týdny je bezpečná. Jak říkám, je záleží na tom, jaký alkohol a v jakém množství.“

R6: „Nevím, ale myslím si, že jo. Třeba sklenička červeného jednou týdně. Ale nedokážu říct, o nic takového jsem se nezajímala, ani jsem o tom nečetla.“

R9: „Otázkou je kolik. Myslím si, že obecně není špatně, když si někdo dá skleničku kvalitního vína. Maximálně sklenice vína za týden, ale ne pravidelně. Když je to pravidelně, je to špatně.“

R12: „Myslím si, že maximálně jedno malé pivo za týden, nebo dvě deci vína za týden. Myslím si, že je to ale hlavně v tom, aby se člověk necítil opilý. Myslím si, že když je to jedna sklenička, tak se to k dítěti nedostane, pokud se člověk cítí v dobré kondici. Ale myslím si, že je to individuální, takže univerzální bezpečná dávka není.“

11.1.4. Užívání alkoholu u blízkých těhotných žen

Těhotné ženy vzpomínaly na ženy ve svém blízkém okolí, které již byly těhotné v souvislosti s užíváním alkoholu. Těhotné často uvedly, že ženy z jejich blízkého okolí alkohol neužívaly. V případě, že alkohol užívaly, tak v menším množství. Jako nejvyšší dávku ženy uvedly dvě dcl. vína nebo malé pivo. Zároveň některé ženy zmínily, že jejich kamarádky a příbuzné mají na alkohol v těhotenství podobný názor. Jedna žena uvedla u kamarádky vysokou konzumaci alkoholu. Těhotné ženy uvedly, že:

- Žádná kamarádka ani příbuzná nebyla těhotná
- Těhotné kamarádky nebo příbuzné neužívaly v těhotenství alkohol
- Užívaly v těhotenství alkohol, maximálně skleničku vína nebo malé pivo
- Užívaly alkohol, i ve větším množství, případně v kombinaci s dalšími návykovými látkami

R1: „To ano, to jsem občas viděla. Ale maximálně skleničku.“

R3: „Neznám nikoho takového, maximálně příležitostně jako já.“

R4: „Vůbec, co můžu říct, tak moje kamarádky nepily vůbec. Nebo alespoň to tak vplynulo z našeho osobního setkání.“

R5: „Vůbec ne. Všechny ženy v mém okolí to braly podobně jako já, nebo minimálně takový dojem dělaly. Ale je pravda, že jsem se jich na to konkrétně neptala.“

R10: „Kamarádky v mém okolí mají podobný názor jako já. Daly si jen občas kapku. Taky mi říkaly, že na alkohol ztratily chuť.“

R12: „Moje kamarádky pily alkohol v těhotenství střídavě, maximálně tu skleničku vína, jak jsem již říkala.“

R14: „Nemám nikoho takového v okolí. Možná, že si některá z kamarádek v těhotenství dala malé pivo. Z rodiny určitě nikdo alkohol v těhotenství nepil.“

R6: „Některé pily, některé kouřily, asi dvě i trávu. Určitě nějaká pila alkohol více, ale už nevím konkrétně. Všechny mají větší děti.“

11.1.5. Důvody užívání alkoholu v těhotenství

Těhotné ženy verbalizovaly důvody, které těhotnou ženu mohou vést k užívání alkoholu v těhotenství. Těhotné uváděly tyto důvody:

- návyk/závislost
- stres, úzkost, psychické problémy
- řešení partnerských problémů
- snaha uvolnit se, zlepšit si náladu
- chuť na alkohol související s těhotenstvím
- společenské události

R3: „Pijí podle mě hlavně pravidelně ty, které pily před otěhotněním. To je nějaká forma návyku. To, že já si dám občas je pro mě společenské, mám na to v tu chvíli chuť, náladu a nemám výčitky, protože vím, že to není časté.“

R5: „Někdo, kdo by to takhle měl, má obecně problém s alkoholem. Nebo má problém zvládnout těhotenství a potřebuje pomoc.“

R6: „Možná jsou ve stresu, nebo mají doma nějaké problémy s partnerem. Kolikrát jsou i sami. K tomu v této situaci, když je žena těhotná a je zavřená sama doma, má deprese, řeší to pitím.“

R8: „Slyšela jsem, že některé těhotné mohou mít na alkohol vyloženě chuť. Některé ženy si dají skleničku večer, protože jsou na to zvyklé. Některé těhotné pijí alkohol předtím, než zjistí, že jsou těhotné. To se může stát.“

R10: „Pravděpodobně je na to taková těhotná navyklá, asi si nemůže pomoci. Před těhotenstvím pila víc a pravidelně a v těhotenství pít potřebuje. Nebo možná na depresi, možná pití alkoholu v těhotenství ženám pomáhá zpracovat emoce.“

R12: „Cítí se uvolněně, nestresuje se. Ale myslím si, že alkohol není ta správná cesta. Ženy by se v těhotenství měly soustředit na něco jiného.“

R13: „V první řadě to je návyk. Podobně jako pít kávu, je třeba někdo zvyklý si dát skleničku vína.“

R14: „Bude to podobné jako s kouřením v těhotenství. Nedokáží si to odpustit. Řeknou si, že než aby se stresovali s tím, že si nemohou dát na uvolnění tu skleničku, raději pokračují...“

R15: „Mohou mít rodinné problémy, nebo si tím snaží zlepšit náladu.“

11.1.6. Rady a informace o užívání alkoholu v těhotenství

Ženy hovořily o setkání se s informacemi a radami ohledně užívání alkoholu v těhotenství. Ať už od lékaře, z internetových zdrojů či od přátel.

Co se týče informací a rad od lékaře, nastaly tři situace. Z internetových zdrojů získaly ženy doporučení abstinovat. Kamarádky a příbuzné ženám radily buď abstinovat, nebo užívat alkohol v malých dávkách.

Lékař:

- Nepodal žádné informace
- Doporučil abstinovat/ dal těhotné k dispozici informační leták
- Podal informaci, že sklenička vína nebo malé pivo neuškodí

Internet, média:

- Doporučení abstinovat

Kamarádky, příbuzné:

- Doporučení abstinovat
- Konzumovat max. skleničku vína nebo malé pivo příležitostně

Některé ženy uváděly, že vnímají rady a informace jako nejednotné. Dále některé ženy uváděly rozpor mezi svým názorem a názorem lékaře, nebo svých přátel. Ženy také zmiňovaly jako častou radu, že červené víno je dobré, pokud žena přenáší.

R2: „Paní doktorka mi řekla, že alkohol ne. Setkala jsem se s názory kamarádek. Většina z nich má stejný názor jako já, že sklenička za měsíc-dva, neuškodí. Ale celkově, alkohol spíš nepít.“

R5: „S lékařem jsem o tom vůbec nemluvila, příbuzní mají podobný názor jako já. Když jsem četla články na internetu, bylo tam psané, že alkohol rozhodně ne.“

R6: „Lékař mě neinformoval. Kamarádky mi radily, že si alkohol můžu dát, ale já sama jsem říkala, že ne. A to mají všechny děti.“

R8: „Lékař mi řekl, že nemám pít. Dostala jsem od něj informační leták a tam se psalo, že nepít. Všichni v mém okolí mají k pití v těhotenství negativní postoj. Alkohol automaticky nenabízejí a vylučují mě z kruhu lidí, kteří pijí.“

R10: „Lékař mi vůbec žádné informace nedal, ani jsme na takové téma nenarazili. Ve svém okolí slýchávám, že sklenka nic neudělá, nebo když je přípitek, tak ať si ochutnám. Některé kamarádky mi naopak říkají, že je

lepší neriskovat. Takže taková směs názorů. Asi obecně, že když si dám deci vína nebo si loknu piva, tak je to v pořádku.“

R12: „V tomto těhotenství mi gynekolog žádné informace neposkytl. Když jsem ale byla těhotná poprvé, tak mi gynekoložka, ke které už nechodím, řekla, že malé pivo nebo sklenička vína neuškodí. Už si nepamatuji, jak často, jestli to může být každý den. Ale řekla mi, že takové množství alkoholu nemůže uškodit. Kamarádky mi říkaly, že dvě deci vína si můžu dát, ty jsou takové benevolentní.“

R14: „Vůbec. S jediným podnětem jsem až teď přišla do kontaktu tady u Apolináře v těhotenské ambulanci, kdy jsem vyplňovala dotazník na užívání alkoholu v těhotenství (dotazník k této bakalářské práci). Jinak vůbec, u mého gynekologa nejsou žádné letáky o těhotenství. Já bych rozhodně uvítala, kdyby i tady byly nějaké informační letáky byly. Když se podíváte, tak maminky v čekárně se nudí, koukat do telefonu je brzy přestane bavit, takže určitě by bylo dobré, kdyby tam byly nějaké plakáty nebo brožury. Moje kamarádky tolerují přibližně jednu skleničku, na to já reaguji tak, že je to zbytečné. Občas také slyším, že sklenička červeného neuškodí. To jsou takové nepodložené, zajeté informace odněkud. Dokonce i můj kamarád, který je pediatr, mi také řekl, že když si dám skleničku vína, nic se nestane. Já si to nemyslím a neposlouchám takové rady. Myslím si, že k těhotné a matce alkohol nepatří.“

11.1.7. Alkohol v těhotenství a společnost

Ženy vyjadřovaly svůj názor na to, jaká informace ve společnosti ohledně užívání alkoholu v těhotenství je častá, jak je vůči užívání alkoholu v těhotenství naše společnost nastavená, jak vnímáme těhotnou, která pije. Většina žen uváděla jako známý fakt, že je česká společnost vůči alkoholu velice tolerantní. Některé ženy uvedly, že společnost toleruje užívání alkoholu v těhotenství. Naproti tomu jiné ženy uvedly, že doporučení abstinence v těhotenství je ve veřejnosti dost známé, ale i přesto společnost užití určitého množství toleruje. Některé ženy se domnívaly, že společnost těhotnou užívající alkohol odsuzuje, jiné naopak. Názory žen se v tomto tématu značně lišily. Myšlenky těhotných žen na toto téma:

- Společnost je známo, že by se v těhotenství mělo abstinovat X Společnost toleruje určité dávky alkoholu v těhotenství (sklenička vína je v pořádku, patří ke společenským událostem apod.)
- Společnost se nad těhotnou užívající alkohol pohoršuje X společnost se nad těhotnou užívající alkohol nepohoršuje
- Jsou sociální skupiny, které berou konzumaci alkoholu v těhotenství jako běžnou praxi
- Doporučení abstinovat je ve společnosti slyšet X Častou informací ve společnosti je, že sklenička vína v těhotenství neuškodí, víno je dobré, když žena přenáší apod. Tolerovanou dávkou je sklenička vína nebo malé pivo.

R8: „Myslím si, že všichni ví, že by se alkohol v těhotenství pít neměl, ale jsou nějaké akceptované meze, jako například sklenička vína.“

R11: „Asi záleží, na koho narazíte...Vážně je to člověk od člověka. Ale myslím si, že v ČR veřejnost určitě ví, že by se v těhotenství pít nemělo. Přístup k informacím máme, pak záleží na té ženě, zda je chce hledat. Převládá názor, že nejlepší je v těhotenství abstinovat.“

R5: „Z mého úhlu pohledu je fakt, že by těhotná žena opravdu neměla pít známý. Ale dokážu si představit ženy, které jsou v sociální skupině, která to může vnímat jako bezproblémové. Obecně si myslím, že ta informace je dost slyšet, ale dovedu si představit, že někde ne.“

R9: „U nás ve Srbsku je pravidlo, že alkohol vůbec. Myslím si, že Češi jsou k alkoholu v těhotenství více liberální, než jsem očekávala. Myslím, že pijete více a nedáváte pozor. V Srbsku pijeme normálně, ale je u nás pravidlo, že jakmile je žena těhotná, nesmí nikdy nic pít. Ani kapku.“

R10: „Společnost by asi ženu, která pije v těhotenství odsuzovala. Na jednu stranu se to odsuzuje, na druhou stranu slyšíte, že troška alkoholu nic neudělá. Takže bych řekla, že je to trochu nejednoznačně. Ale ten hlavní názor je nejspíše, že by se pít v těhotenství nemělo.“

R4: „Myslím si, že když by byla nějaká oslava a těhotná by si dala symbolicky doušek alkoholu, nikoho by to nepohoršilo. Ale kdyby vypila celou skleničku, tak by se na tu ženu společnost dívala.“

R1: „Myslím si, že mezi lidmi se nejčastěji šíří, že jedna sklenička vína u těhotné neuškodí.“

R3: „Ale já mám pocit, že společností není pít v těhotenství až tak odsuzované. Myslím se, že ve společnosti koluje informace, že zrovna červené víno neuškodí, třeba jedna deci. Rozhodně si myslím, že to není tak negativně vnímané jako kouření. I na mě to tak působí, že když vidím těhotnou, která si dá víno, nebo malé pivo, tak i já to vnímám tak, že je to méně škodlivé, než když jde s cigaretou. Česká společnost je podle mě celkově tolerantní k alkoholu, i v těhotenství. I já sama, když jsem byla někde ve společnosti a dala jsem si víno, tak se nad tím nikdo nepozastavoval.“

R12: „Naše společnost je vůči alkoholu tolerantní. Je to součást sešlosti s přáteli. Myslím si, že většina lidí se nepohorší nad těhotnou, která si dá skleničku vína na veřejnosti. Názor jednotný asi ve společnosti není, určitě jsou lidé, kteří řeknou, že když je žena těhotná, nesmí vůbec pít, je jich ale podle mě méně než těch tolerantních.“

12. Dotazník AUDIT

Pro obecnou populaci platí, že dosažené skóre 8 bodů a výše je indikátorem rizikového či škodlivého pití. Skóre 8-15 představuje střední úroveň problémů s pitím alkoholu. Skóre 16-19 poukazuje na vysokou úroveň problémů s pitím. Skóre vyšší než 20 poukazuje na závislost na alkoholu. Konzumaci nad 8 bodů lze označit za problémovou (Babor a Higgins-Biddle, 2010). V těhotenství by žena měla abstinovat. Každá konzumace alkoholu může být pro plod riziková. Jakékoliv skóre vyšší než 1 lze považovat u těhotné za problematické a je třeba dotazník podrobně vyhodnotit (Change et al., 2004).

12.1. Charakteristika výzkumné populace

Výzkumnou populaci studie tvořilo 257 těhotných žen. Věkový rozptyl těhotných žen byl 22 až 47 let. Těhotné ženy byly ve 27.-41. týdnu těhotenství. Těhotné ženy byly 1krát až 8krát těhotné a rodily 0krát až 4krát. Nejvyšší dosažené vzdělání bylo základní až vysokoškolské.

Tabulka 4 – Přehledová tabulka informací o výzkumné populaci těhotných žen

Celkem	Pohlaví	Věk	Vzdělání	Týden těhotenství	Počet těhotenství	Počet porodů
257	ženy	22-47 let	ZŠ-VŠ	27.-41.	1-8	0-4

12.2. Vyhodnocení dotazníku AUDIT

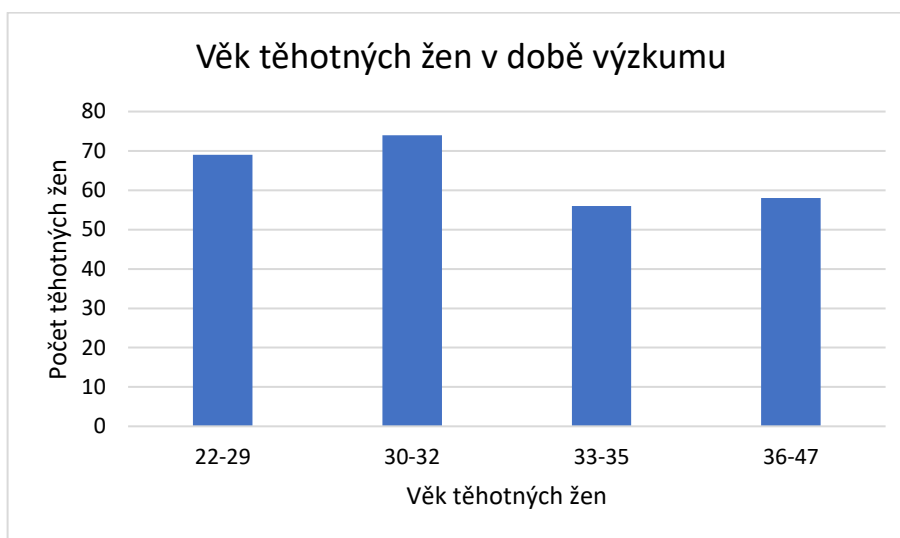
Následně jsou prezentovány výsledky dotazníku AUDIT, ke kterému jsem přidala otázky na věk těhotné ženy, nejvyšší dosažené vzdělání, týden těhotenství, graviditu a paritu.

12.2.1. Věk těhotných žen

Tabulka 5 – Věk těhotných žen v době výzkumu

Věk	Četnost	%	Kumulativní %
22-29	69	26,8	26,8
30-32	74	28,8	55,6
33-35	56	21,8	77,4
36-47	58	22,6	100,0

Graf 1 – Věk těhotných žen v době výzkumu



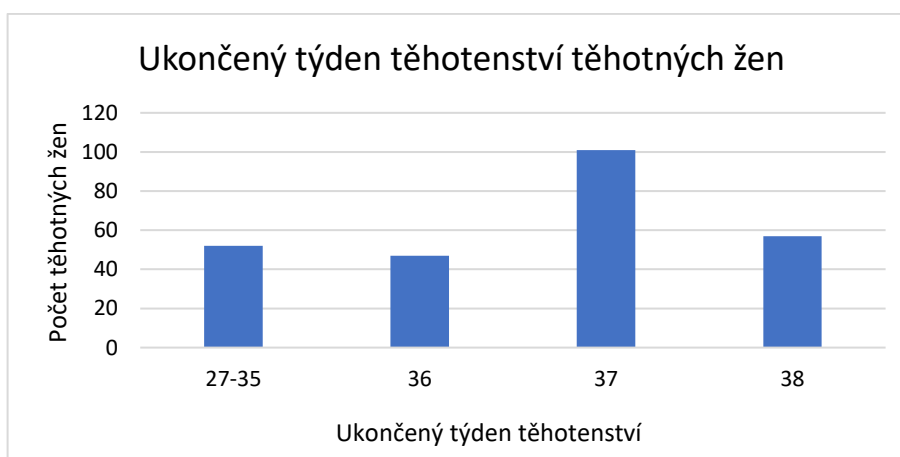
Věk těhotných žen, které se výzkumu účastnily se pohyboval v rozmezí 22–47 let, 26,8 % těhotných žen se pohybovalo ve věkové kategorii do 29 let. Nejvíce žen, přesně 74 (28,8 %) se pohybovalo ve věkové kategorii 30-32 let. Tři čtvrtiny (77,4) těhotných žen byly mladší 36 let. Ve věkové kategorii 36-47 let se pohybovalo 58 těhotných žen (22,6 %).

12.2.2. Ukončený týden těhotenství žen

Tabulka 6 – Ukončený týden těhotenství žen v době výzkumu

Týden těhotenství žen	Četnost	%	Kumulativní %
27-35	52	20,2	20,2
36	47	18,3	38,5
37	101	39,3	77,8
38	57	22,2	100,0

Graf 2 – Ukončený týden těhotenství žen v době výzkumu



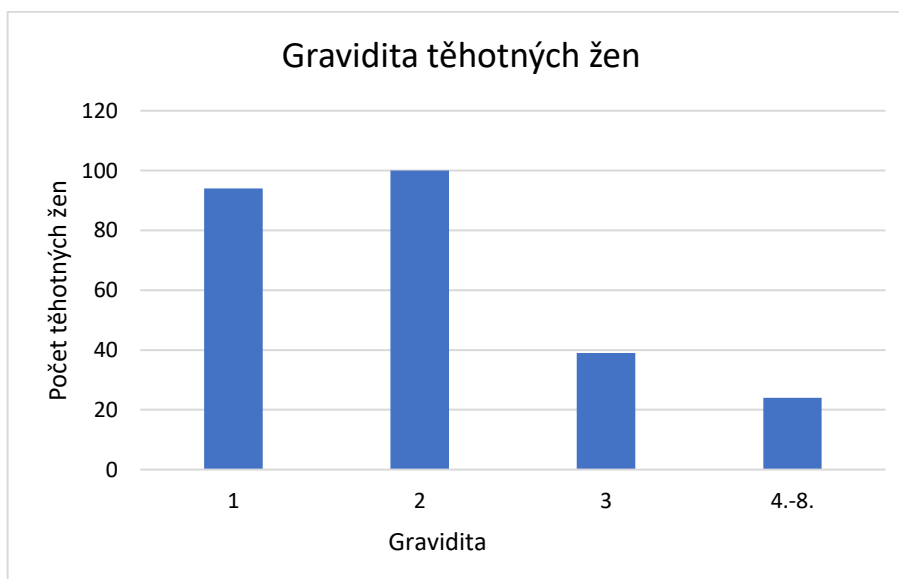
Nejvíce žen, 101 (39,3 %) přicházelo v ukončeném 37. týdnu těhotenství. V 38. týdnu těhotenství přicházelo 57 (22,2 %) těhotných žen. V rozmezí 27.-35. týden těhotenství bylo 52 (20,2 %) těhotných žen. Ve 36. týdnu těhotenství bylo 47 (18,3 %) těhotných žen.

12.2.3. Gravidita těhotných žen

Tabulka 7 - Gravidita těhotných žen

Gravidita těhotných žen	Četnost	%	Kumulativní %
1	94	36,6	36,6
2	100	38,9	75,5
3	39	15,2	90,7
4-8	24	9,3	100,0

Graf 3 – Gravidita těhotných žen



Celkem 94 těhotných žen (36,6 %) byly primigravidy a dalších 100 žen (38,9 %) byly sekundigravidy. Dalších 39 těhotných žen (15,2 %) byly tercigravidy. Soubor tvořily ze tří čtvrtin ženy, které byly těhotné jednou nebo dvakrát (75,5 %).

12.2.4. Parita těhotných žen

Tabulka 8 - Parita těhotných žen

Parita těhotných žen	Četnost	%	Kumulativní %
0	132	51,5	51,5
1	99	38,6	90,1
2	20	7,4	97,3
3-4	6	2,5	100,0

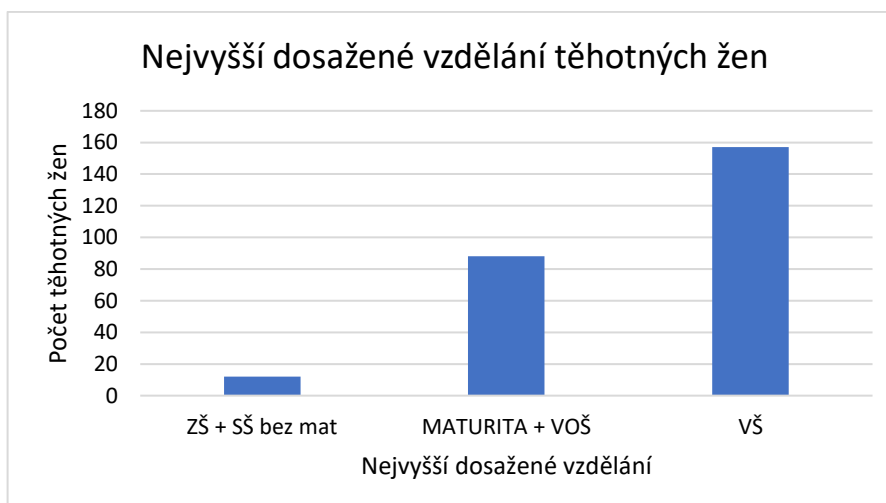
Z celkového počtu těhotných žen, které se účastnily výzkumu, polovina (51,5 %) těhotných žen nikdy nerodila, 99 (38,6 %) těhotných žen rodilo jednou. Pouze 20 (7,4 %) těhotných žen rodilo dvakrát a 6 (2,5 %) těhotných žen 3krát až 4krát.

12.2.5. Nejvyšší dosažené vzdělání těhotných žen

Tabulka 9 – Nejvyšší dosažené vzdělání těhotných žen

Nejvyšší dosažené vzdělání žen	Četnost	%	Kumulativní %
ZŠ + SŠ bez mat	12	4,7	4,7
MATURITA + VOŠ	88	34,2	38,9
VŠ	157	61,1	100,0
Celkem	257	100,0	

Graf 4 - Nejvyšší dosažené vzdělání těhotných žen



Nadpoloviční většina těhotných žen účastnících se výzkumu byla vysokoškolsky vzdělaná, přesně 157 žen (61,1 %). Těhotných žen se nejvyšším dosaženým základním vzděláním nebo střední školou bez maturity bylo pouze 12 (4,7 %). Střední školu nebo vyšší odbornou školu vystudovalo 88 těhotných žen (34,2 %) z celkového počtu respondentek.

12.3. Celkové skóre těhotných žen dosažené v dotazníku AUDIT

Tabulka 10 – Celkové dosažené skóre těhotných žen v dotazníku AUDIT

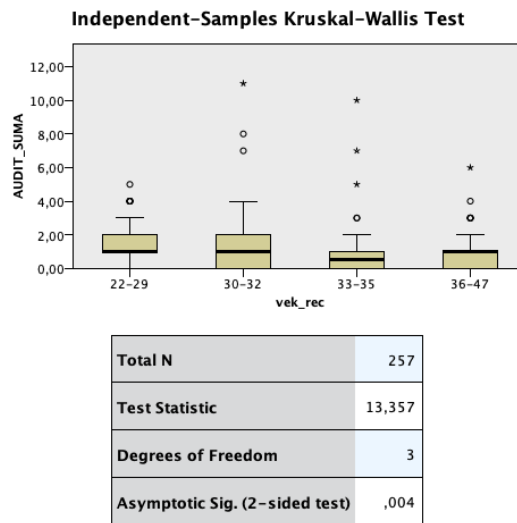
Celkové dosažené skóre	Četnost žen s tímto skóre	%	Kumulativní %
0	97	37,7	37,7
1	82	31,9	69,6
2	42	16,3	86,0
3	18	7,0	93,0
4	10	3,9	96,9
5	2	0,8	97,7
6	1	0,4	98,1
7	2	0,8	98,8
8	1	0,4	99,2
10	1	0,4	99,6
11	1	0,4	100,0
Celkem	257	100,0	

Screeningový dotazník AUDIT vyplnilo 257 těhotných žen, které v době sběru dat navštívily těhotenské ambulance Gynekologicko-porodnické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze. Nejnižší skóre dosažené v dotazníku AUDIT bylo 0. Tento počet bodů získalo 97 těhotných žen (37,7 %). Druhou nejnižší hodnotu, skóre 1, získalo 82 těhotných žen (31,9 %). Za nízkorizikovou skupinu těhotných žen můžeme považovat těhotné, které získaly 0 a 1 bod, tzn. 69,6 % těhotných žen.

Skóre 2 získalo 42 těhotných žen (16,3 %). Třetí nejnižší skóre 3 získalo 18 těhotných žen (7 %). Skóre 4 dosáhlo 10 těhotných žen (3,9 %). Páté nejnižší dosažené skóre 5 získaly 2 těhotné ženy (0,8 %). Skóre 6 bylo zjištěno u 1 těhotné (0,4 %). Skóre 7 dosáhly dvě těhotné ženy (0,8 %). Skóre 8 získala 1 těhotná žena (0,4 %). Druhého nejvyššího skóre 10 dosáhla jedna těhotná žena (0,4 %). Nejvyšším dosaženým skóre v dotazníku AUDIT bylo skóre 11 a bylo zjištěno u 1 těhotné ženy (0,4 %). U těhotných žen, které získaly skóre 2 a více je potřebné podrobnou analýzu dotazníku. Těhotné ženy by měly abstinovat, plod je vůči působení alkoholu citlivý po celou dobu těhotenství (Change et al., 2004).

12.3.1. Věk těhotných žen a získané skóre v dotazníku AUDIT

Graf 5 - Věk těhotných žen a získané skóre v dotazníku AUDIT

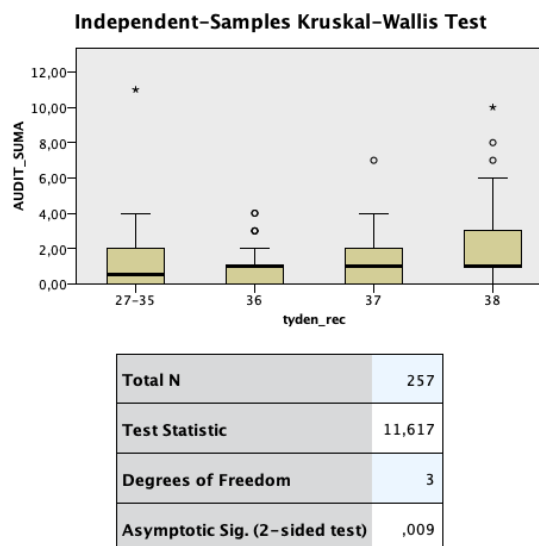


1. The test statistic is adjusted for ties.

Graf znázorňuje data o věku těhotných žen a dosaženém celkovém skóre v dotazníku AUDIT. Z grafu je patrné, že nejvíce odlehlých hodnot se vyskytuje u věkových kategorií 30-32 a 33-35.

12.3.2. Ukončený týden těhotenství a celkové dosažené skóre v dotazníku AUDIT

Graf 6 – Ukončený týden těhotenství a celkové dosažené skóre v dotazníku AUDIT

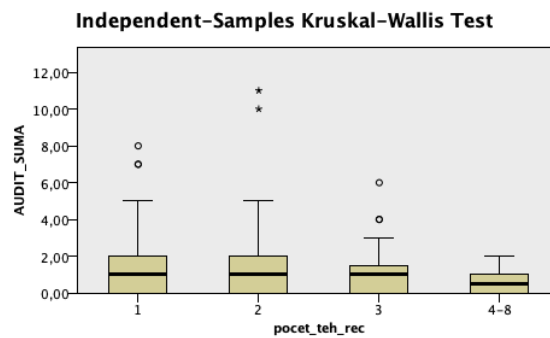


1. The test statistic is adjusted for ties.

Graf znázorňuje jednotlivé skupiny těhotných žen podle týdne těhotenství a celkové skóre. Nejvyšší celkové skóre získaná v dotazníku AUDIT se nejčastěji vyskytovala ve skupině těhotných ve 38. týdnu těhotenství.

12.3.3. Gravidita žen a celkové dosažené skóre v dotazníku AUDIT

Graf 7 - Gravidita žen a celkové dosažené skóre v dotazníku AUDIT



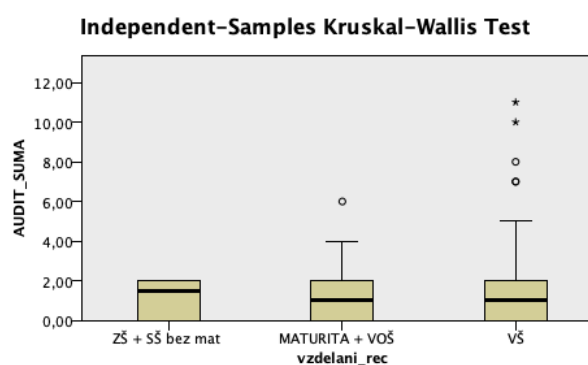
Total N	257
Test Statistic	4,624
Degrees of Freedom	3
Asymptotic Sig. (2-sided test)	,201

1. The test statistic is adjusted for ties.
2. Multiple comparisons are not performed because the overall test does not show significant differences across samples.

Tento graf znázorňuje data celkového skóre získaného v dotazníku AUDIT a počet těhotenství. Jednotlivé skupiny mají velice podobný medián, přibližně 1. Mezi jednotlivými skupinami není značný rozdíl. Nejvíce odlehlých hodnot se vyskytuje u skupiny žen podruhé těhotných.

12.3.4. Nejvyšší dosažené vzdělání těhotných žen a celkové skóre v dotazníku AUDIT

Graf 8 - Nejvyšší dosažené vzdělání těhotných žen a celkové skóre v dotazníku AUDIT



Total N	257
Test Statistic	,763
Degrees of Freedom	2
Asymptotic Sig. (2-sided test)	,683

Celkem 8 těhotných žen dosáhlo celkového skóre 5-11 (viz. tabulka 10). Všechny tyto ženy byly vysokoškolsky vzdělané. Z grafu jsou patrné odlehle hodnoty ve skupině těhotných žen s vysokoškolským vzděláním, nejvyšší získaná celková skóre z dotazníku AUDIT se pohybovala ve skupině těhotných žen s vysokoškolským vzděláním. Skupiny těhotných žen se základním a středoškolským vzděláním bez maturity nejsou patrné odlehle hodnoty.

12.4. Jednotlivé otázky dotazníku AUDIT a jejich vyhodnocení

12.4.1. Otázka číslo 1

Otázka číslo 1: Jak často se napijete nějakého alkoholického nápoje? Vyhodnocení otázky je znázorněno v Tabulce 11

Tabulka 11 – Vyhodnocení odpovědí na otázku číslo 1: Jak často se napijete nějakého alkoholického nápoje?

Počet bodů	Četnost	%	Kumulativní %
0 bodů Nikdy	111	43,2	43,2
1 bod Jednou měsíčně nebo méně často	104	40,5	83,7
2 Dva až čtyřikrát měsíčně	36	14,0	97,7
3 Dva až třikrát týdně	5	1,9	99,6
4 Čtyřikrát nebo vícekrát týdně	1	0,4	100,0

Z tabulky je zřejmé, že nejvíce těhotných žen - 111 (43,2 %), uvedlo, že v těhotenství abstinují. Na druhém místě 104 těhotných žen (40,5 %) uvedlo, že konzumují alkohol méně než jednou měsíčně. Třetí nejčastěji zastoupenou odpovědí bylo dva až čtyřikrát měsíčně, takto odpovědělo 36 těhotných žen (14 %). Odpověď dva až třikrát týdně zvolilo 5 těhotných žen (1,9 %). Nejméně zastoupenou odpověď čtyřikrát a více týdně zvolila jedna těhotná žena (0,4 %).

12.4.2. Otázky číslo 2 a 3

Získané body v otázkách 2 a 3 indikují rizikové pití (Babor a Higgins-Biddle, 2010).

Otázka číslo 2: Kolik sklenic alkoholického nápoje si dáte v typický den, kdy něco pijete? Vyhodnocení otázky viz Tabulka 12

Tabulka 12 – Vyhodnocení odpovědí na otázku číslo 2: Kolik sklenic alkoholického nápoje si dáte v typický den, kdy něco pijete?

Počet bodů	Četnost	%	Kumulativní %
0 bodů 1 nebo 2 sklenice	234	91,1	91,1
1 bod 3 nebo 4 sklenice	20	7,8	98,8
2 body 5 nebo 6 sklenic	3	1,2	100,0

Nejčastěji zastoupenou odpověď 1 nebo 2 sklenice zvolila většina těhotných žen – 234, což je 91 %. Druhou nejčastější odpověď 3 nebo 4 sklenice označilo 20 těhotných žen (7,8 %). Odpověď 5 nebo 6 sklenic zvolily 3 těhotné ženy (1,2 %).

Otázka číslo 3: Jak často vypijete 6 nebo více sklenic alkoholického nápoje při jedné příležitosti? Vyhodnocení otázky je znázorněno v Tabulce 13

Tabulka 13 – Vyhodnocení odpovědí na otázku: Jak často vypijete 6 nebo více sklenic alkoholického nápoje při jedné příležitosti?

Počet bodů	Četnost	%	Kumulativní %
0 bodů Nikdy	228	88,7	88,7
1 bod Méně než jednou měsíčně	29	11,3	100,0

Nejvíce těhotných žen – 228 (88,7 %) označilo odpověď nikdy, 29 (11,3 %) těhotných žen uvedlo odpověď méně než jednou měsíčně.

Podrobné hodnocení otázek 2 a 3 v dotazníku AUDIT

Podrobnější analýzu dotazníku AUDIT lze provést zaměřením se na konkrétní skupiny otázek, ve kterých jedinec nasbíral body. Co se týče otázek 2 a 3, jeden a více bodů získaných v těchto otázkách značí rizikové užívání alkoholu (Babor a Higgins-Biddle, 2010). Z přepisů dotazníků do elektronické podoby hodnotím, že 35 (13,6 %) těhotných žen získalo bod, či body, v otázkách 2 a 3. Některé ženy získaly body v obou otázkách, což není z tabulek x a x rozpoznatelné. Jednalo se o ženy s celkovým skóre 2-11 získaným v dotazníku AUDIT.

12.4.3. Otázky číslo 4, 5 a 6

Otázka číslo 4: Jak často během posledního roku jste zjistila, že nejste schopna přestat pít, jakmile začnete? Vyhodnocení otázky viz Tabulka 14

Tabulka 14 – Vyhodnocení odpovědí na otázku: Jak často během posledního roku jste zjistila, že nejste schopna přestat pít, jakmile začnete?

Počet bodů	Četnost	%	Kumulativní %
0 Nikdy	251	97,7	97,7
1 Méně než jednou měsíčně	6	2,3	100,0

Jak vyplývá z údajů v tabulce, většina - 251 těhotných žen (97,7 %) zvolilo odpověď Nikdy. Odpověď méně, než jednou měsíčně označilo 6 těhotných žen (2,3 %).

Otázka číslo 5: Jak často během posledního roku jste nebyla kvůli pití schopna udělat to, co se od Vás normálně očekávalo? Vyhodnocení otázky je znázorněno v Tabulce 15

Tabulka 15 – Vyhodnocení odpovědí na otázku číslo 5: Jak často během posledního roku jste nebyla kvůli pití schopna udělat to, co se od Vás normálně očekávalo?

Počet bodů	Četnost	%	Kumulativní %
0 Nikdy	252	98,1	98,1
1 Méně než jednou měsíčně	4	1,6	99,6
2 Každý měsíc	1	0,4	100,0

Většina těhotných žen – 252 (98,7 %) zvolila jako správnou odpověď Nikdy. Druhou nejčastěji volenou odpověď Méně než jednou měsíčně zvolily 4 těhotné ženy (1,6 %), odpověď Každý měsíc označila 1 těhotná žena (0,4 %).

Otázka číslo 6: Jak často během posledního roku jste se potřebovala napít hned ráno, abyste se dostala do formy po nadměrném pití předešlý den? Vyhodnocení otázky viz Tabulka 16

Tabulka 16 – Vyhodnocení odpovědí na otázku číslo 6: Jak často během posledního roku jste se potřebovala napít hned ráno, abyste se dostala do formy po nadměrném pití předešlý den?

Počet bodů	Četnost	%	Kumulativní %
0 Nikdy	255	99,2	99,2
1 Méně než jednou měsíčně	2	0,8	100,0

Na tuto otázku 255 těhotných žen (99,2) odpovědělo Nikdy, 2 těhotné ženy (0,8 %) označily odpověď Méně než jednou měsíčně.

Podrobné hodnocení otázek 4-6 v dotazníku AUDIT

Podrobnější analýzu získáme zaměřeným se na konkrétní skupiny otázek dotazníku AUDIT. Body získané za otázky 4-6 naznačují přítomnost nebo vznikající závislost na alkoholu (Babor a Higgins Biddle, 2010). Z datového přepisu všech dotazníků do programu Excel vidím, že v těchto otázkách získalo body 10 (3,9 %) těhotných žen, které se pohybovaly v celkovém dosaženém skóre dotazníku 3-11. Některé ženy získaly body v obou otázkách, což není z tabulek 14, 15 a 16 patrné.

12.4.4. Otázky číslo 7-10

Otázka číslo 7: Jak často během posledního roku jste měla pocit viny nebo výčitek svědomí po pití? Vyhodnocení otázky je znázorněno v Tabulce 17

Tabulka 17 – Vyhodnocení odpovědí na otázku číslo 7: Jak často během posledního roku jste měla pocit viny nebo výčitek svědomí po pití?

Počet bodů	Četnost	%	Kumulativní %
0 Nikdy	245	95,3	95,3
1 Méně než jednou měsíčně	12	4,7	100,0
Celkem	257	100,0	

Z tabulky vyplývá, že 245 těhotných žen (95,3 %) označilo odpověď Nikdy, 12 těhotných žen (4,7 %) označilo za správnou odpověď Méně než jednou měsíčně.

Otázka číslo 8: Jak často se během posledního roku stalo, že jste si nebyla schopná vzpomenout, co se stalo předešlý večer, protože jste pila? Vyhodnocení otázky viz Tabulka 18

Tabulka 18 – Vyhodnocení odpovědí na otázku číslo 8: Jak často se během posledního roku stalo, že jste si nebyla schopná vzpomenout, co se stalo předešlý večer, protože jste pila?

Počet bodů	Četnost	%	Kumulativní %
0 Nikdy	253	98,4	98,4
1 Méně než jednou měsíčně	3	1,2	99,6
2 Každý měsíc	1	0,4	100,0

Na tuto otázku 253 těhotných žen (98,4 %) odpovědělo Nikdy. Odpověď Méně než jednou měsíčně zvolily 3 těhotné ženy (1,2 %). Odpověď Každý měsíc zvolila 1 těhotná žena (0,4 %).

Otázka číslo 9: Utrpěla jste Vy nebo někdo jiný úraz v důsledku vašeho pití? Vyhodnocení otázky viz Tabulka 19

Tabulka 19 – Vyhodnocení odpovědí na otázku číslo 9: Utrpěla jste Vy nebo někdo jiný úraz v důsledku vašeho pití?

Počet bodů	Četnost	%	Kumulativní %
0 Ne	245	95,3	95,3
2 Ano, ale ne v posledním roce	11	4,3	99,6
4 Ano, během posledního roku	1	0,4	100,0

Z tabulky je zřejmé, že nejvíce těhotných žen, přesně 245 (95,3 %), označilo odpověď Ne. Druhou nejčastější odpověď označilo 11 těhotných žen (4,3 %). Odpověď Ano, během posledního roku označila 1 těhotná žena (0,4 %).

Otázka číslo 10: Měl někdo z Vašich příbuzných nebo přátel nebo lékař výhrady kvůli Vašemu pití nebo Vám doporučoval s pitím přestat? Vyhodnocení otázky viz Tabulka 20

Tabulka 20 – Vyhodnocení odpovědí na otázku číslo 10: Měl někdo z Vašich příbuzných nebo přátel nebo lékař výhrady kvůli Vašemu pití nebo Vám doporučoval s pitím přestat?

Počet bodů	Četnost	%	Kumulativní %
0 Ne	253	98,4	98,4
2 Ano, ale ne v posledním roce	4	1,6	100,0

V tabulce je znázorněno, že 253 těhotných žen (98,4 %) na otázku odpovědělo Ne. Jako správnou odpověď označily 4 těhotné ženy (1,6 %).

Podrobné hodnocení otázek 7-10 dotazníku AUDIT

Podrobnější analýzu lze provést na základě rozboru skupin otázek. Body získané v otázkách 7-10 značí, že již došlo k poškození zdraví v souvislosti s užíváním alkoholu (Babor a Higgins-Biddle, 2010). Body v otázkách 7-10 získalo 23 (8,9 %) těhotných žen. Některé získaly body v obou otázkách. Jednalo se o ženy se skóre 2-11.

12.5. Shrnutí výsledků podle výzkumných otázek

První výzkumná otázka měla za úkol zjistit, kolik těhotných žen z výzkumného souboru užívá alkohol problémově. Z celkového počtu dotazovaných těhotných žen 111 (43,2 %) uvedlo, že v těhotenství abstinují. Na druhém místě 104 těhotných žen (40,5 %) uvedlo, že konzumují alkohol méně než jednou měsíčně. Třetí nejčastěji zastoupenou odpovědí bylo dva až čtyřikrát měsíčně, takto odpovědělo 36 těhotných žen (14 %). Odpověď dva až třikrát týdně zvolilo 5 těhotných žen (1,9 %). Nejméně zastoupenou odpověď čtyřikrát a více týdně zvolila jedna těhotná žena (0,4 %).

Co se týče otázek 2 a 3, jeden a více bodů získaných v těchto otázkách značí rizikové užívání alkoholu (Babor a Higgins-Biddle, 2010). Z přepisů dotazníků do elektronické podoby hodnotím, že 35 (13,6 %) těhotných žen získalo bod, či body, v otázkách 2 a 3. Některé ženy získaly body v obou otázkách, což není z tabulek 12 a 13 rozpoznatelné. Jednalo se o ženy s celkovým skóre 2-11 získaným v dotazníku AUDIT.

Body získané za otázky 4-6 naznačují přítomnost nebo vznikající závislost na alkoholu (Babor a Higgins-Biddle, 2010). Z datového přepisu všech dotazníků do programu Excel vidím, že v těchto otázkách získalo body 10 (3,9 %) těhotných žen, které se pohybovaly v celkovém dosaženém skóre dotazníku 3-11. Některé ženy získaly body v obou otázkách, což není z tabulek 14, 15 a 16 patrné.

Body získané v otázkách 7-10 značí, že již došlo k poškození zdraví v souvislosti s užíváním alkoholu (Babor a Higgins-Biddle, 2010). Body v otázkách 7-10 získalo 23 (8,9 %) těhotných žen. Některé získaly body v obou otázkách. Jednalo se o ženy se skóre 2-11.

V těhotenství by žena měla abstinovat, jak již bylo řečeno. Každá konzumace alkoholu může být plod riziková. Jakékoliv skóre vyšší než 1 lze považovat u těhotné za problematické a je třeba dotazník podrobně vyhodnotit (Change et al., 2004). Analýzou všech dotazníků jsem zjistila, že celkový počet problémových těhotných žen z hlediska užívání alkoholu v těhotenství je 48 (18,6 %) z celkového počtu 275. Tyto ženy získaly nejčastěji bod, či více bodů, v otázkách 2 a 3. Část z těchto žen získala body v otázkách 4-6 a 7-10. Takovým těhotným ženám by měla být poskytnuta krátká intervence a nabídnuta pomoc ze strany adiktologů.

Druhá výzkumná otázka si dala za cíl popsat, jakým způsobem ženy vnímají téma užívání alkoholu v těhotenství. Z rozhovorů s těhotnými ženami vyplynulo několik témat: přístup k užívání alkoholu v nynějším těhotenství, rizika pro vývoj plodu, existence bezpečné dávky alkoholu v těhotenství, užívání alkoholu u blízkých těhotných žen, důvody užívání alkoholu v těhotenství, rady a informace o užívání alkoholu v těhotenství a téma alkohol v těhotenství a společnost.

Těhotné ženy uváděly, že v těhotenství abstinují, nebo užívají alkohol příležitostně v malých dávkách. Nejvyšší dávka alkoholu, kterou těhotná přiznala byly 2 dcl. vína. Všechny ženy se shodly na tom, že užívání alkoholu v těhotenství je rizikové. Některé ženy hovořily o závislosti na dávce a četnosti užívání. Všechny ženy se shodly faktu, že užívání alkoholu je pro plod rizikové. Některé těhotné jmenovaly i konkrétní důsledky prenatální expozice alkoholem. Existenci bezpečné dávky alkoholu v těhotenství těhotné ženy vnímaly rozličně. Některé těhotné uváděly, že žádná dávka alkoholu není pro plod bezpečná a je důležité abstinovat. V jiném případě těhotné zvažovaly

množství alkoholu, které by plod nemuselo poznamenat. Nejvyšší uvedená dávka alkoholu některými těhotnými byla 2 dcl. vína/malé pivo. Většina žen si žádnou blízkou těhotnou ženu, která by užívala alkohol nevzpomněly. Pouze jedna žena uvedla, že její kamarádka užívala alkohol v těhotenství ve velké míře. Ženy se shodovaly, že těhotná žena, která vyhledává v těhotenství alkohol má problémy, které si snaží alkoholem kompenzovat. V některých případech bylo uvedeno, že mohou mít těhotné zvýšenou chuť konzumovat v těhotenství alkohol. Rady a informace těhotné ženy hodnotily ve většině případů tak, že většina žen ví, že by v těhotenství měly abstinovat. Druhou stránkou věci je, že společnost akceptuje určité dávky alkoholu v těhotenství. Co se týče zdrojů informací, většina žen uvedla, že lékař ani jiný zdravotnický pracovník jim žádné informace na téma užívání alkoholu v těhotenství nepodal. Nejčastěji byly informovány z internetových článků a od kamarádek.

13. Diskuse

V práci bylo využito kvantitativních a kvalitativních metod s cílem odhalit pomocí screeningového dotazníku AUDIT problémové užívání alkoholu u těhotných žen a současně na základě polostrukturovaných rozhovorů v 15 těhotnými ženami popsat, jakým způsobem vnímají téma užívání alkoholu v těhotenství a přispět tak novými poznatky k důkladnějšímu poznání problematiky.

Všechny těhotné ženy, které se výzkumu účastnily, v rámci prenatální péče pravidelně v době výzkumu docházely na Gynekologicko-porodnickou kliniku 1. LF UK s VFN v Praze. Hlavní objem dat pro práci přinesl dotazník AUDIT. Pro hlubší porozumění vzorku těhotných žen byla využita metoda polostrukturovaného rozhovoru.

Z rozhovorů s těhotnými ženami vyplynulo několik témat: přístup k užívání alkoholu v nynějším těhotenství, rizika pro vývoj plodu, existence bezpečné dávky alkoholu v těhotenství, užívání alkoholu u blízkých těhotných žen, důvody užívání alkoholu v těhotenství, rady a informace o užívání alkoholu v těhotenství a téma alkohol v těhotenství a společnost.

Práce odhalila prostřednictvím rozhovorů postoje a názory na téma užívání alkoholu v těhotenství. Důležitým zjištěním je často ženami uváděné nepodání informací ze strany zdravotníků. Těhotné ženy často uváděly protichůdné rady od přátel, rodiny. Těhotné také uváděly velice často rozpor mezi doporučením abstinence a klamavými radami, které se šíří společností. Jedna těhotná uvedla jako vhodné těhotné ženy informovat formou letáků, či plakátů v čekárnách.

Všechny těhotné ženy uvedly, že užívání alkoholu v těhotenství je rizikové. Ženy vnímaly riziko poškození plodu v závislosti na dávce alkoholu a četnosti jeho užívání. Těhotné ženy velice často uváděly šíření nepodložených rad, nejčastěji zmíněnými radami bylo „sklenička vína neuškodí“, „když přenášíš dej si červené víno“. Těhotné ženy častěji mohou spoléhat na nevhodné rady přátel a rodiny, pokud nemají dostatek oficiálních informací od zdravotnických pracovníků.

Možné zkreslení v případě rozhovorů mohlo být způsobeno osobním kontaktem s těhotnou ženou a nemocničním prostředím, což některé těhotné mohou vnímat jako stresující. Je možné, že citlivé informace těhotné ženy zkreslily. Případá v úvahu možné zkreslení analýzy výpovědí těhotných žen na základě nepřesné interpretace z mé strany, nicméně na základě diverzity odpovědí tuto možnost nepředpokládám.

Analýzou dotazníků jsem zjistila, že 111 (43,2 %) těhotných žen uvedlo, že v těhotenství abstinují a zbývajících 146 (56,8 %) těhotných užívá v těhotenství alkohol, 104 těhotných žen (40,5 %) uvedlo, že konzumují alkohol méně než jednou měsíčně, dva až čtyřikrát měsíčně užívá alkohol 36 těhotných žen (14 %). Odpověď dva až třikrát týdně zvolilo 5 těhotných žen (1,9 %). Nejméně zastoupenou odpověď čtyřikrát a více týdně zvolila jedna těhotná žena (0,4 %).

Podrobnou analýzou jednotlivých dotazníků jsem zjistila, že celkový počet problémových těhotných žen z hlediska užívání alkoholu v těhotenství je 48 (18,6 %) z celkového počtu 275 (100 %). Tyto ženy získaly nejčastěji bod, či více bodů, v otázkách 2 a 3. Různé z žen získaly body v otázkách 4-6 a 7-10.

Dalších 20 (8,6 %) žen se získaným skóre 2 na základě první otázky, uvedly tedy užívání dva až čtyřikrát měsíčně, lze považovat za rizikové. V dalších otázkách získaly 0 bodů. Nelze jednoznačně říci, že tyto těhotné jsou problémové z hlediska užívání alkoholu, protože nevím, jaké množství alkoholu konzumují. Často bylo v dotaznících poznamenáno, že konzumují, ale způsobem takovým, že například „ochutnají doušek“ od partnera. Tato informace často padla i v rozhovorech. Nicméně, tyto ženy lze považovat za rizikové, protože by měly abstinovat.

Ke zkreslení v případě dotazníků mohlo dojít na základě chybné interpretace. Vzhledem k otázkám, které obsahují období roku, těhotné mohly získat vyšší skóre i přesto, že v těhotenství abstinují. Zkreslení dat může být také zapříčiněno tím, že se těhotné ženy stydí přiznat konzumaci alkoholu, problém se snaží skrývat nebo mohou mít strach z přiznání se v rámci prostředí poskytovatele prenatalní péče. V dotazníku AUDIT jsou otázky, které se nevztahují na dobu těhotenství, ale na poslední rok. Z toho důvodu některé ženy, které v těhotenství abstinují, mohly získat i přesto vyšší skóre. Takové ženy jsem do problémových uživatelék, co se týče užívání alkoholu v nynějším těhotenství nezapočítala, protože získaly bod například odpověďmi na otázky 9 a 10 s odpovědí „ano, ale ne v posledním roce“. Nicméně tyto odpovědi mohou vypovídat o předchozích problémech s užíváním alkoholu (Babor, Higgins-Biddle, 2010).

Z výzkumu vyplývá, že nejvyšší skóre získaly těhotné s vysokoškolským vzděláním. Lze tedy předpokládat, že vzdělané těhotné ženy si uvědomují rizika svého jednání, i přes to však v konzumaci pokračují. Nejvyšší dosažená skóre se objevovala ve 38. týdnu těhotenství, je možné, že těhotné ženy, které se pohybují v době termínu porodu si častěji dopřejí alkohol než těhotné ženy v nižších týdnech těhotenství, které jsou opatrnější. Z výsledků dále vyplývá, že ženy, které byly vícekrát těhotné, ale rodily v porovnání s počtem těhotenství výrazně méněkrát, jsou co se konzumace alkoholu v těhotenství opatrnější než ženy, u kterých je počet těhotenství a porodů stejný, nebo velmi podobný.

V teoretické části práce je uveden odhad prevalence užívání jakéhokoliv množství alkoholu v těhotenství pro Českou republiku 36 % (Popova et al., 2017). Užívání alkoholu ve výzkumném vzorku této práce uvedlo 56,8 % těhotných žen. Rozdíl může být zapříčiněn jednak použitými metodami, kdy odhad byl vypočten na základě matematického modelu a v této práci byl použit dotazník. Výzkumný soubor v práci zároveň není dostatečně velký na to, aby se dal použít pro celonárodní odhad prevalence užívání alkoholu v těhotenství.

Velkým plusem práce je kombinace metod kvalitativního a kvantitativního šetření. Práce tak přináší ucelenější pohled na zkoumanou problematiku.

14. Závěr

Cílem bakalářské práce bylo přinést poznatky o výskytu problémového užívání alkoholu u těhotných žen, které v rámci prenatální péče navštěvují těhotenské poradny Gynekologicko-porodnické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze. Výzkumné šetření bylo realizováno za využití screeningového dotazníku AUDIT a polostrukturovaných rozhovorů.

Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že 111 (43,2 %) těhotných žen v těhotenství abstinuje a zbývajících 146 (56,8 %) těhotných užívá v těhotenství alkohol, 104 těhotných žen (40,5 %) uvedlo, že konzumují alkohol méně než jednou měsíčně, dva až čtyřikrát měsíčně užívá alkohol 36 těhotných žen (14 %). Odpověď dva až třikrát týdně zvolilo 5 těhotných žen (1,9 %). Nejméně zastoupenou odpověď čtyřikrát a více týdně zvolila jedna těhotná žena (0,4 %).

Analýzou všech dotazníků jsem zjistila, že celkový počet problémových těhotných žen z hlediska užívání alkoholu v těhotenství je 48 (18,6 %) z celkového počtu 275. Jednalo se o těhotné ženy s celkovým skóre 2-11.

Prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů byly odhaleny postoje a názory na téma užívání alkoholu v těhotenství. Těhotné ženy uváděly abstinenci v těhotenství, nebo užívání alkoholu příležitostně. Žádná z žen neuvedla pravidelnou konzumaci. Co se bezpečné dávky alkoholu v těhotenství týče, některé ženy uvedly, že bezpečná dávka alkoholu v těhotenství neexistuje. Některé těhotné ženy naopak uvedly určité dávky alkoholu v těhotenství jako bezpečné. Těhotné ženy uváděly důvody, které mohou ženu v těhotenství vést k užívání alkoholu, např. úzkost, strach, rodinné problémy, závislost či osamocení. Těhotné ženy často uváděly nepodání informací ze strany zdravotníků ohledně užívání alkoholu v těhotenství. Nejčastějším zdrojem informací pro ženy byl internet a blízké osoby v okolí. Těhotné ženy často zmiňovaly rozpor mezi radami od přátel a rodiny a doporučením abstinence. V rozhovorech zazněly názory, že společnost těhotnou ženu, která užívá alkohol odsuzuje. V jiném případě byl vyjádřen názor, že naše společnost je vůči užívání alkoholu v těhotenství tolerantní.

Cíl bakalářské práce byl naplněn.

15. Seznam použité literatury

Alcohol consumption. OECD [online]. 2018 [cit. 2021-02-26]. Dostupné z: <https://data.oecd.org/healthrisk/alcohol-consumption.htm>

Alcohol Use in Pregnancy. Centers for Disease Control and Prevention [online]. 2020 [cit. 2021-04-20]. Dostupné z: <https://www.cdc.gov/ncbddd/fasd/alcohol-use.html>

Alkohol pod kontrolou [online]. Praha: Klinika adiktologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a VFN, 2019 [cit. 2021-3-26]. Dostupné z: <https://www.alkoholpodkontrolou.cz/>

BABOR, Thomas a John HIGGINS – BIDDLE. KRÁTKÉ INTERVENCE: u rizikového a škodlivého pití. 2. vydání. Praha: Státní zdravotní ústav, 2010. ISBN 978-80-7071-316-7.

BAGNARDI, Vincenzo, et al. Alcohol consumption and the risk of cancer: a meta-analysis. *Alcohol Research & Health* [online]. 2001, 25(4), 263 [cit. 2021-02-26]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6705703/>

BARTÁK, Miroslav. Alkohol a veřejné zdraví – komentovaný souhrn vybraných zjištění přehledového článku Alcohol and public health. *Adiktol. prevent. léčeb. praxi* [online]. 2018, 1(2), 80–85 [cit. 2021-03-26]. Dostupné z: <https://www.aplp.cz/alkohol-a-verejne-zdravi-komentovany-souhrn-vybranych-zjisteni-prehledoveho-clanku-alcohol-and-public-health-room-r-babor-t-rehm-j-2005-alkohol-and-public-health-the-lan/>

BÁRTOVÁ, Jarmila. *Přehled patologie*. Charles University in Prague, Karolinum Press, 2015.

BASAVARAJAPPA, Balapal S., SUBBANNA, Shivakumar. Epigenetic mechanisms in developmental alcohol-induced neurobehavioral deficits. *Brain sciences* [online]. 2016, 6(2), 12 [cit. 2021-01-27]. ISSN 2076-3425. Dostupné z: <https://www.mdpi.com/2076-3425/6/2/12>

BRAUN, Virginia a Victoria CLARKE. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* [online]. 2008, 3(2), 77-101 [cit. 2021-04-03]. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1191/1478088706qp063oa>

BURNS, Ethel, GRAY, Ron, SMITH, Lesley A. Brief screening questionnaires to identify problem drinking during pregnancy: a systematic review. *Addiction* [online]. 2010, 105(4), 601-614 [cit. 2021-03-26]. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1360-0443.2009.02842.x>

CALHOUN, Faye, WARREN, Kenneth. Fetal alcohol syndrome: historical perspectives. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* [online]. 2007, 31(2), 168-171 [cit. 2021-03-26]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0149763406000674>

COLES, Claire D., et al. A comparison among 5 methods for the clinical diagnosis of fetal alcohol spectrum disorders. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* [online]. 2016, 40(5), 1000-1009 [cit. 2021-03-20]. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/acer.13032>

CSÉMY, Ladislav a et al. Užívání alkoholu a tabáku v České republice 2018: Výzkumná zpráva. Státní zdravotní ústav. Praha, 2020, 40.

CSÉMY, Ladislav a Suhej únor. Alkofakta 2020 [online]. 2020, 8. [cit. 2021-03-26]. Dostupné z: www.suhejunor.cz

HAMANOVÁ, Jana a Ladislav CSÉMY. Prenatální účinky alkoholu. Československá pediatrie. 2010, 65(10), 606-612. ISSN 0069-2328.

HELLER, Michaela, BURD, Larry. Review of ethanol dispersion, distribution, and elimination from the fetal compartment. Birth Defects Research Part A: Clinical and Molecular Teratology [online]. 2014, 100(4), 277-283 [cit. 2021-03-26]. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/bdra.23232>

HOYME, H. Eugene, et al. Updated clinical guidelines for diagnosing fetal alcohol spectrum disorders. Pediatrics [online]. 2016, 138(2) [cit. 2021-03-26]. Dostupné z: <https://pediatrics.aappublications.org/content/138/2/e20154256>

CHANG, Grace. Screening and brief intervention in prenatal care settings. Alcohol research & health: the journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [online]. 28(2), 80-84 [cit. 2021-4-30]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6601645/>

CHASNOFF, Ira J., WELLS, Anne M. a KING, Lauren. Misdiagnosis and missed diagnoses in foster and adopted children with prenatal alcohol exposure. Pediatrics [online]. 2015, 135(2), 264-270 [cit. 2021-03-26]. Dostupné z: <https://pediatrics.aappublications.org/content/135/2/264>

CHUDLEY, Albert E., et al. Fetal alcohol spectrum disorder: Canadian guidelines for diagnosis. Cmaj [online]. 2005, 172(5) [cit. 2021-02-26]. Dostupné z: https://www.cmaj.ca/content/172/5_suppl/S1.short

JAKUBÍKOVÁ, Olga. Návykové látky v těhotenství (alkohol a tabák). Praha, 2017. Diplomová práce. 1. lékařská fakulta UK. Vedoucí práce Mgr. Lenka Šťastná, Ph.D.

KALINA, Kamil, et al. Klinická adiktologie. 1. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4331-8.

KAMBEITZ, Cassondra, et al. Association of adverse childhood experiences and neurodevelopmental disorders in people with fetal alcohol spectrum disorders (FASD) and non-FASD controls. BMC pediatrics [online]. 2019, 19(1), 1-9 [cit. 2021-02-26]. ISSN 1471-2431. Dostupné z: <https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12887-019-1878-8>

LANGE, Shannon, et al. Global prevalence of fetal alcohol spectrum disorder among children and youth: a systematic review and meta-analysis. JAMA pediatrics [online]. 2017, 171(10), 948-956 [cit. 2021-03-26]. Dostupné z: <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/article-abstract/2649225>

LINDINGER, Nadine M., et al. Theory of mind in children with fetal alcohol spectrum disorders. Alcoholism: Clinical and Experimental Research [online]. 2016, 40(2), 367-376 [cit. 2021-02-26]. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/acer.12961>

MAY, Philip A., et al. Maternal factors predicting cognitive and behavioral characteristics of children with fetal alcohol spectrum disorders. *Journal of developmental and behavioral pediatrics: JDBP* [online]. 2013, 34(5), 314 [cit. 2021-03-26]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3731773/>

MAY, Philip A., GOSSAGE, J. Phillip. Estimating the prevalence of fetal alcohol syndrome: A summary. *Alcohol Research & Health* [online]. 2001, 25(3), 159 [cit. 2021-03-26]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6707173/>

MAY, Philip A., GOSSAGE, J. Phillip. Maternal risk factors for fetal alcohol spectrum disorders: not as simple as it might seem. *Alcohol Research & Health* [online]. 2011, 34(1), 15 [cit. 2021-03-26]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3860552/>

MIOVSKÝ, Michal. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. 2. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1362-5.

NASH, Angela, DAVIES, Leah. Fetal alcohol spectrum disorders: what pediatric providers need to know. *Journal of Pediatric Health Care* [online]. 2017, 31(5) 594-606. [cit. 2021-03-22]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S089152451730072X>

NEŠPOR, Karel. Abstinence od alkoholu: Kdy a proč. *Psychiatrie pro praxi*. 2019, 20(2), 96-98. ISSN 1213-0508.

NEŠPOR, Karel. Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby. 5., rozšířené vydání. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1357-4.

PAŘÍZEK, Antonín a Tomáš HONZÍK. Kniha o těhotenství, porodu a dítěti. 5. vydání. Praha: Galén, 2015. ISBN 978-80-7492-213-8.

POPOVA, Svetlana, et al. Comorbidity of fetal alcohol spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet* [online]. 2016, 387(10022), 978-987 [cit. 2021-03-26]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673615013458>

POPOVA, Svetlana, et al. Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health* [online]. 2017, 5(3), 290-299 [cit. 2021-03-26]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214109X17300219>

POPOVA, Svetlana, et al. What do we know about the economic impact of fetal alcohol spectrum disorder? A systematic literature review. *Alcohol and Alcoholism* [online]. 2011, 46(4), 490-497 [cit. 2021-03-26]. ISSN 1464-3502. Dostupné z: <https://academic.oup.com/alcalc/article/46/4/490/108701?login=true>

RANGMAR, Jenny, et al. Psychosocial outcomes of fetal alcohol syndrome in adulthood. *Pediatrics* [online]. 2015, 135(1) [cit. 2021-03-26]. Dostupné z: <https://pediatrics.aappublications.org/content/135/1/e52.short>

ROLOVÁ, Gabriela, Michal MIOVSKÝ a Miroslav BARTÁK. Veřejně dostupné zdroje dat a prevalence užívání návykových látek u rodiček, dětí a mladistvých a možnosti využití těchto dat pro prevenční odhady pacientů a klientů. Adiktologie v preventivní a léčebné praxi [online]. 2018, 1(4), 224–235 [cit. 2021-04-14]. Dostupné z: <https://www.aplp.cz/wp-content/uploads/2019/05/Ve%C5%99ejn%C4%9B-dostupn%C3%A9-zdroje-dat-a-prevalence-u%C5%BE%C3%ADv%C3%A1n%C3%AD-n%C3%A1vykov%C3%BDch-l%C3%A1tek-u-rodi%C4%8Dek-d%C4%9Bt%C3%AD-a-mladistv%C3%BDch-a-mo%C5%BEnosti-vyu%C5%BEit%C3%AD-t%C4%9Bchto-dat-pro-prevalen%C4%8Dn%C3%AD-odhady-pacient%C5%AF-a-klient%C5%AF.pdf>

SARIMSKI, Klaus. Caregiver Stress in Foster and Adoptive Parents of Children with Fetal Alcohol Spectrum Disorders. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie [online]. 2014, 63(8) 649-665 [cit. 2021-03-26]. Dostupné z: <https://europepmc.org/article/med/25524036>

SEEMANOVÁ, Eva. Fetální alkoholový syndrom. Revue České lékařské akademie. 2013, 9(9), 23-24. ISSN 1214-8881.

Stop alkoholu v těhotenství: Žádné množství alkoholu není bezpečné [online]. Praha, 2020 [cit. 2021-03-24]. Dostupné z: <https://cuni.cz/UK-10685.html>

STREISSGUTH, Ann P., O'MALLEY, Kieran. Neuropsychiatric implications and long-term consequences of fetal alcohol spectrum disorders. In: Seminars in clinical neuropsychiatry [online]. 2000, 177-190 [cit. 2021-03-26]. Dostupné z: <https://europepmc.org/article/med/11291013>

Test pro identifikaci poruch působených užíváním alkoholu (AUDIT). Klinika adiktologie [online]. 2019 [cit. 2021-04-30]. Dostupné z: <https://www.adiktologie.cz/test-pro-identifikaci-poruch-pusobenyh-uzivanim-alkoholu-audit>

VAVŘINKOVÁ, Blanka, BINDER, Tomáš. Návykové látky v těhotenství. Praha: Triton, 2006. ISBN 978-80-725-4829-3.

WORLD HEALTH ORGANIZATION a UNIVERZITA KARLOVA, 1. LÉKAŘSKÁ FAKULTA. Doporučené postupy pro identifikaci a řešení problému užívání návykových látek a poruch spojených s užíváním návykových látek v těhotenství [online]. Praha: NLN, 2020 [cit. 2021-04-30]. ISBN 978-80-905717-5-4. Dostupné z: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107130/9788090571754-cze.pdf>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization, 2019. 450 s. ISBN 978-92-4-156563-9.

Seznam grafů

Graf 1 – Věk těhotných žen v době výzkumu.....	38
Graf 2 – Ukončený týden těhotenství žen v době výzkumu.....	38
Graf 3 – Gravidita těhotných žen.....	39
Graf 4 – Nejvyšší dosažené vzdělání těhotných žen.....	40
Graf 5 - Věk těhotných žen a získané skóre v dotazníku AUDIT.....	42
Graf 6 – Ukončený týden těhotenství a celkové dosažené skóre v dotazníku AUDIT.....	42
Graf 7 - Gravidita žen a celkové dosažené skóre v dotazníku AUDIT.....	43
Graf 8 - Nejvyšší dosažené vzdělání těhotných žen a celkové skóre v dotazníku AUDIT.....	43

Seznam tabulek

Tabulka 1 - Charakteristické neurologické, behaviorální a kognitivní problémy dětí s FASD v závislosti na vývojové fázi (Nash et al., 2017, s. 9)	18
Tabulka 2 - Globální prevalence užívání alkoholu (jakékoli množství) během těhotenství a fetálního alkoholového syndromu v běžné populaci v roce 2012 podle regionu WHO (Popova et al., 2017, s. 6)	21
Tabulka 3 - Krátké screeningové testy pro zjištění rizikového či škodlivého užívání alkoholu (Burns et al., 2010, s. 4)	23
Tabulka 4 – Přehledová tabulka informací o výzkumné populaci těhotných žen.....	37
Tabulka 5 – Věk těhotných žen v době výzkumu.....	37
Tabulka 6 – Ukončený týden těhotenství žen v době výzkumu.....	38
Tabulka 7 - Gravidita těhotných žen.....	39
Tabulka 8 - Parita těhotných žen.....	40
Tabulka 9 – Nejvyšší dosažené vzdělání těhotných žen.....	40
Tabulka 10 – Celkové dosažené skóre těhotných žen v dotazníku AUDIT.....	41
Tabulka 11 – Vyhodnocení odpovědí na otázku číslo 1: Jak často se napijete nějakého alkoholického nápoje?.....	44
Tabulka 12 – Vyhodnocení odpovědí na otázku číslo 2: Kolik sklenic alkoholického nápoje si dáte v typický den, kdy něco pijete?.....	45
Tabulka 13 – Vyhodnocení odpovědí na otázku: Jak často vypijete 6 nebo více sklenic alkoholického nápoje při jedné příležitosti?.....	45
Tabulka 14 – Vyhodnocení odpovědí na otázku: Jak často během posledního roku jste zjistila, že nejste schopna přestat pít, jakmile začnete?.....	46
Tabulka 15 – Vyhodnocení odpovědí na otázku číslo 5: Jak často během posledního roku jste nebyla kvůli pití schopna udělat to, co se od Vás normálně očekávalo?.....	46
Tabulka 16 – Vyhodnocení odpovědí na otázku číslo 6: Jak často během posledního roku jste se potřebovala napít hned ráno, abyste se dostala do formy po nadměrném pití předešlý den?.....	46
Tabulka 17 – Vyhodnocení odpovědí na otázku číslo 7: Jak často během posledního roku jste měla pocit viny nebo výčitek svědomí po pití?.....	47
Tabulka 18 – Vyhodnocení odpovědí na otázku číslo 8: Jak často se během posledního roku stalo, že jste si nebyla schopná vzpomenout, co se stalo předešlý večer, protože jste pila?.....	47

Tabulka 19 – Vyhodnocení odpovědí na otázku číslo 9: Utrpěla jste Vy nebo někdo jiný úraz v důsledku vašeho pití?..... 48

Tabulka 20 – Vyhodnocení odpovědí na otázku číslo 10: Měl někdo z Vašich příbuzných nebo přátel nebo lékař výhrady kvůli Vašemu pití nebo Vám doporučoval s pitím přestat?..... 48

Seznam obrázků

Obrázek 1 - Globální prevalence užívání jakéhokoli množství alkoholu během těhotenství mezi obecnou populací v roce 2012, uvedena v procentech (Popova et al., 2017, s. 5)	14
Obrázek 2 - Globální prevalence poruchy fetálního alkoholového spektra (FASD) mezi dětmi a mládeží v běžné populaci v roce 2012 (Lange et al., 2017, s. 6)	15
Obrázek 3 - Globální prevalence fetálního alkoholového syndromu v běžné populaci v roce 2012, uvedeno na 10 000 osob (Popova et al., 2017, s. 7)	20
Obrázek 4 - Fetální alkoholový syndrom, typické obličejové znaky napříč rasou a věkem (Nash et al., 2017, s. 3)	22

Seznam příloh

Příloha č. 1: Dotazník AUDIT

Příloha č. 2: Hodnocení AUDIT

Příloha č. 3: Informovaný souhlas rozhovor

Příloha č. 4: Informovaný souhlas dotazník

Příloha č. 5: Rozhovor

Příloha č. 1 Dotazník AUDIT

Dotazník AUDIT						
<i>Několik informací na úvod:</i>						
Váš věk:						
Nejvyšší dosažené vzdělání:						
Týden těhotenství:						
Po kolikáté jste těhotná:						
Kolikrát jste rodila:						
U každé otázky zaškrtněte možnost, která nejvíce vystihuje Vaši odpověď a spočítejte si skóre na základě hodnot u každé odpovědi.						
Otázky	0	1	2	3	4	Skóre
1. Jak často se napijete nějakého alkoholického nápoje?	Nikdy	Jednou měsíčně nebo méně často	Dva- až čtyřikrát měsíčně	Dva- až třikrát týdně	Čtyřikrát nebo vícekrát týdně	
2. Kolik sklenic alkoholického nápoje si dáte v typický den, kdy něco pijete? (označte počet sklenic alkoholického nápoje)	1 nebo 2	3 nebo 4	5 nebo 6	7 nebo 8	10 nebo více	
3. Jak často vypijete šest nebo více sklenic alkoholického nápoje při jedné příležitosti?	Nikdy	Méně než jednou měsíčně	Každý měsíc	Každý týden	Denně nebo téměř denně	
4. Jak často během posledního roku jste zjistil/a, že nejste schopen/schopna přestat pít, jakmile začnete?	Nikdy	Méně než jednou měsíčně	Každý měsíc	Každý týden	Denně nebo téměř denně	
5. Jak často během posledního roku jste nebyl/a kvůli pití schopen/schopna udělat to, co se od vás normálně očekávalo?	Nikdy	Méně než jednou měsíčně	Každý měsíc	Každý týden	Denně nebo téměř denně	
6. Jak často během posledního roku jste se potřeboval/a napít hned ráno, abyste se dostal do formy po nadměrném pití předešlý den?	Nikdy	Méně než jednou měsíčně	Každý měsíc	Každý týden	Denně nebo téměř denně	
7. Jak často během posledního roku jste měl/a pocit viny nebo výčitek svědomí po pití?	Nikdy	Méně než jednou měsíčně	Každý měsíc	Každý týden	Denně nebo téměř denně	
8. Jak často se během posledního roku stalo, že jste si nebyl/a schopen/schopna vzpomenout, co se stalo předešlý den večer, protože jste pil/a?	Nikdy	Méně než jednou měsíčně	Každý měsíc	Každý týden	Denně nebo téměř denně	
9. Utrpěl/a jste vy nebo někdo jiný úraz v důsledku vašeho pití?	Ne		Ano, ale ne v posledním roce		Ano, během posledního roku	
10. Měl někdo z vašich příbuzných nebo přátel nebo lékař výhrady kvůli vašemu pití nebo Vám doporučil s pitím přestat?	Ne		Ano, ale ne v posledním roce		Ano, během posledního roku	
					Celkem	

Příloha č. 2 Hodnocení AUDIT

Dotazník AUDIT

vyplňte dotazník a sečtěte body, získané za odpovědi na jednotlivé otázky. Body jsou uvedeny nahoře nad každým sloupcem. Sečtením všech bodů získáte celkový skór.

Hodnocení dotazníku AUDIT

Celkové orientační hodnocení

- **Celkový skór < 8** (u osob na 65 let <7) - není indikátorem škodlivého pití. Pokračujte podrobným hodnocením
- **Celkový skór > 8** (u osob na 65 let >7) - existuje riziko škodlivého pití
- **Celkový skór 8-15** - představuje střední úroveň problémů s alkoholem
- **Celkový skór 16 -19** - představuje vysokou úroveň problémů s alkoholem
- **Celkový skór >20** - indikuje závislost na alkoholu

Podrobné hodnocení

- **Otázky 2 a 3:** u každé z těchto otázek více jak 1 bod indikuje rizikové pití, které může poškodit zdraví
- **Otázky 4, 5 a 6:** u každé z těchto otázek skór více jak 1 bod indikuje riziko závislosti na alkoholu
- **Otázky 7,8,9,10:** u každé z těchto otázek získané body ukazují, že již došlo k poškození zdraví v souvislosti s pitím alkoholu.

Příloha č. 3 Informovaný souhlas dotazník

Vážená paní/slečno,

jmenuji se Zita Švarcová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studijního programu Porodní asistence na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy.

Chtěla bych Vás požádat o účast ve studii, která je součástí mé bakalářské práce na téma Konzumace alkoholu těhotnými ženami - pilotní studie. Cílem studie je zjistit problémové užívání alkoholu u těhotných žen, které navštěvují těhotenské poradny Gynekologicko-porodnické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze. Informace budou získány pomocí dotazníků a rozhovorů.

Pokud budete s účastí ve výzkumu souhlasit, dostanete krátký dotazník AUDIT, který odhaluje problémové užívání alkoholu. Dotazník je konstruován z 10 otázek a zabere Vám přibližně 2 minuty. Dotazník po vyplnění odevzdáte do určené schránky. Všechny informace o Vás získané budou anonymní a budou použity v bakalářské práci zcela anonymně. Proto prosím, nebojte se na otázky odpovědět upřímně.

Souhlas s výzkumem je dobrovolný a můžete jej kdykoliv odvolat. Z účasti ve výzkumu pro Vás nevyplývají žádné následky ani výhody. V případě jakýchkoliv dotazů se na mě neváhejte obrátit, nebo mě kontaktovat na e-mailové adrese zitasvarcova@gmail.com

Tento informovaný souhlas jste obdržela ve dvou stejnopisech. Jeden zůstane Vám, jeden předáte nám.

Děkuji Vám za spolupráci.

V Praze, dne:

Příloha č. 4 Informovaný souhlas rozhovor

Vážená paní/slečno,

jmenuji se Zita Švarcová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studijního programu Porodní asistence na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy.

Chtěla bych Vás požádat o účast ve studii, která je součástí mé bakalářské práce na téma Konzumace alkoholu těhotnými ženami - pilotní studie. Cílem studie je zjistit problémové užívání alkoholu u těhotných žen, které navštěvují těhotenské poradny Gynekologicko-porodnické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze. Informace budou získány pomocí dotazníků a rozhovorů.

Pokud budete s účastí ve studii souhlasit, povedu s Vámi rozhovor, který se bude týkat konzumace alkoholu v těhotenství. Rozhovor bude konstruován ze šesti tématických okruhů otázek, o kterých si budeme povídat. Rozhovor bude náhráván a bude trvat přibližně 10 minut. Všechny informace o Vás získané budou anonymní a budou použity v bakalářské práci zcela anonymně.

Souhlas s výzkumem je dobrovolný a můžete jej kdykoliv odvolat. Z účasti ve výzkumu pro Vás nevyplynou žádné následky ani výhody. V případě jakýchkoliv dotazů se na mě neváhejte obrátit, nebo mě kontaktovat na e-mailové adrese zitasvarcova@gmail.com

Tento informovaný souhlas jste obdržela ve dvou stejnopisech. Jeden zůstane Vám, jeden předáte nám.

Děkuji Vám za spolupráci.

V Praze, dne:

Vaše jméno a příjmení:

Váš podpis:

Příloha č. 5 Polostrukturovaný rozhovor – tématické okruhy a otázky

Polostrukturovaný rozhovor – tématické okruhy a otázky

1. Přístup ke konzumaci alkoholu v nynějším těhotenství

Jak přistupujete Vy osobně ke konzumaci alkoholu v těhotenství?

2. Hodnocení rizik užívání alkoholu pro nenarozené dítě

Myslíte si, že by mohla být konzumace alkoholu v těhotenství pro Vás nebo Vaše nenarozené dítě riziková?

3. Užívání alkoholu u kamarádek a příbuzných

Vzpomínáte si na kamarádku či příbuznou, která alkohol v těhotenství konzumovala?

Vzpomínáte si, že by to mělo negativní vliv na dítě?

4. Bezpečná dávka alkoholu v těhotenství

Myslíte si, že alkohol působí na každého stejně?

Myslíte si, že je nějaká bezpečná dávka alkoholu v těhotenství?

5. Důvody užívání alkoholu u těhotných žen

Co si myslíte, jaké důvody by mohla těhotná mít ke konzumaci alkoholu?

6. Vliv nejasných nebo matoucích rad během těhotenství

Přišla jste do kontaktu s radami a informacemi tykajícími se konzumace alkoholu v těhotenství? (lékař, kamarádky, internetové zdroje)

Jak byste rady a informace zhodnotila?

Jaká nejčastější rada ohledně užívání alkoholu se šíří společností?

Jak vnímá společnost ženu, která užívá alkohol v těhotenství?

