

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2014

Michaela Morová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Porodní asistence B5349

Michaela Morová

Studijní obor: Porodní asistentka 5341R007

ALKOHOLISMUS A TĚHOTENSTVÍ

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Kašová

PLZEŇ 2014

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31.3.2014

.....

Michaela Morová

Děkuji Mgr. Lucii Kašové za odborné vedení bakalářské práce, poskytování cenných rad a její trpělivý přístup ke mně.

ÚVOD	11
TEORETICKÁ ČÁST	12
1 ALKOHOL	12
2 ALKOHOLISMUS.....	13
2.1 Typy závislosti.....	13
2.2 Znaky závislosti	14
2.3 Vývoj alkoholismu	15
2.4 Diagnostika alkoholismu.....	17
2.5 Komplikace závislosti	18
2.5.1 Zdravotnické komplikace	18
2.5.1.1 Interní komplikace.....	18
2.5.1.2 Neurologické komplikace.....	20
2.5.2 Psychiatrické komplikace	22
3 ALKOHOLISMUS U ŽEN.....	23
3.1 Ženy a závislost.....	23
3.2 Specifika u žen	24
3.3 Alkohol a těhotenství.....	25
4 ALKOHOL A PLOD	26
4.1 Spektrum vrozených alkoholových poruch.....	27
4.1.1 Epidemiologie.....	28
4.1.2 Behaviorální a vývojové abnormality.....	29
4.2 Fetální alkoholový syndrom	30
4.2.1 Diagnostika fetálního alkoholového syndromu.....	30
4.2.2 Klinické projevy	31
5 DŮSLEDKY ALKOHOLISMU PRO RODINU	32
5.1 Problémy v partnerském vztahu	32
5.2 Dopad alkoholismu matky na děti	33

6 PREVENCE ALKOHOLISMU	35
6.1 Primární prevence	35
6.2 Sekundární a terciární prevence	36
7 LÉČBA ZÁVISLOSTI.....	38
7.1 Ústavní léčba	39
7.1.2 Komplexní léčebný program	39
7.2 Doléčovací programy.....	41
PRAKTICKÁ ČÁST	42
8 FORMULACE PROBLÉMU	42
CÍLE PRŮZKUMU.....	42
METODIKA	42
PŘEDPOKLADY	43
VZOREK RESPONDENTŮ.....	43
PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ	44
9 DISKUZE	59
ZÁVĚR	62
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	
SEZNAM ZKRATEK	
SEZNAM GRAFŮ	
SEZNAM PŘÍLOH	
PŘÍLOHY	

Anotace

Příjmení a jméno: Morová Michaela

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Alkoholismus a těhotenství

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Kašová

Počet stran: číslované 52, nečíslované 24

Počet příloh: 6

Počet titulů použité literatury: 22

Klíčová slova: těhotenství – alkoholismus – alkoholová závislost – fetální alkoholový syndrom – poškození plodu

Souhrn:

Bakalářská práce na téma „Alkoholismus a těhotenství“ je rozdělena na dvě části – teoretickou a praktickou. V teoretické části je popsán alkoholismus a jeho účinky na matku i plod. Také se zabývá prevencí, vznikem a léčbou závislosti. V praktické části jsou zpracovány výsledky z kvantitativního dotazníkového šetření.

Annotation

Surname and name: Morová Michaela

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Alcoholism and Pregnancy

Consultant: Mgr. Lucie Kašová

Number of pages: numbered 52, unnumbered 24

Number of appendices: 6

Number of literature items used: 22

Key words: pregnancy – alcoholism - alcohol dependency - fetal alcohol syndrome - damage to the fetus

Summary:

Bachelor thesis on "Alcohol and pregnancy" is divided into two parts - theoretical and practical. The theoretical part describes alcoholism and its effects on the mother and the fetus. It also deals with the prevention, formation and treatment of addiction. In the practical part presents the results of a quantitative survey.

ÚVOD

Alkoholismus je velmi rozšířeným problémem a téměř každý člověk se během svého života setká s někým, kdo tímto problémem trpí. Alkoholici jsou lidé, kteří ztratili kontrolu nad svým pitím a opakovaně se opíjejí, i přes situace, které je nutí ke změně jejich životního stylu. Alkoholismus je popisován jako touha po alkoholu, kterou lidé závislí na alkoholu nedokážou potlačit. Důležité je včasné zahájení léčby a odhodlanost nemocného pravidla léčby dodržovat. Velký vliv na výsledky léčby má podpora rodiny. Členové rodiny by měli pomoci nemocnému s dodržováním plánu léčby, povídat si s ním o jeho pocitech a problémech a zařadit ho do nového společenského života bez alkoholu.

Tématem bakalářské práce je alkoholismus v těhotenství. Toto téma jsem si vybrala z důvodu porozumění danému problému. Alkoholismus u žen je velkým problémem, zejména v období těhotenství. V této době žena neohrožuje jen svoje zdraví, ale i zdraví svého nenarozeného dítěte. Problematice alkoholismu u žen se věnuji ve své práci a zaměřuji se především na konzumaci alkoholu v graviditě a jejímu dopadu na plod. Fetální alkoholový syndrom u dětí ztlačně zhoršuje kvalitu jejich života, ať už jde o postižení nervového systému nebo poruchy chování, kvůli kterým se tyto děti špatně zařazují do kolektivu. Z tohoto důvodu by se měly nastávající matky více zamyslet nad možnými riziky souvisejícími s požíváním alkoholu v graviditě.

Teoretická část obsahuje poznatky o alkoholismu jako takovém, o jeho vzniku, diagnostice a léčbě. Práce je nejvíce zaměřena na alkoholismus u žen a alkoholismus v těhotenství. Rozebrána jsou specifika ženského alkoholismu a jeho dopad na rodinný život. Zaměřila jsem se především na fetální alkoholový syndrom, který je v práci podrobně popsán.

V praktické části prezentuji výsledky z kvantitativního dotazníkového šetření. Dotazník jsem vytvořila vlastní a je zaměřen na ženy těhotné a ženy do 1 roku od porodu. Ptá se na abus alkoholů v těhotenství a znalosti žen z oblasti působení alkoholů na plod i na jejich zdraví – to jsou hlavní cíle bakalářské práce. Ke každému cíli je předem stanovený předpoklad, který jsem po vyhodnocení dotazníkového šetření vyvrátila či potvrdila. Výsledky šetření jsou zpracovány do grafů a následně rozebrány v diskuzi.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ALKOHOL

Alkohol, název je odvozen z arabského al-kahal, nebo také etanol – C_2H_5OH – je jednoduchá molekula, vznikající při kvašení cukrů působením kvasinek do koncentrace 14% alkoholu. Vyšší koncentrace dosahujeme destilací. Při nedokonalých kvašeních vzniká metanol, který je silným nervovým jedem a někdy může způsobit i oslepnutí. V graviditě etanol prochází placentární bariérou a má toxické účinky na plod. Alkohol je bezbarvá kapalina s ostrou alkoholovou vůní a patří mezi hořlaviny 1. třídy. Nejčastěji je používán do alkoholických nápojů a tím se řadí mezi nejrozšířenější drogy, které jsou legální neboli společensky tolerovány. Dále se přidává do čistících prostředků či biopaliv.

Archeologické nálezy svědčí o tom, že alkohol je lidstvu znám už 7000 let. První zmínka o alkoholu, přesněji o víně, pochází z 3-4. tisíciletí př. n. l. z Eposu o Gilgamešovi. Čistý alkohol se objevuje až v 11. stol. n. l. v Itálii. Lidé využívali hlavně ty vlastnosti alkoholu, které se daly využít v lékařství, nebo si jeho konzumaci zpříjemnili život. Antický lékař Hippokrat se ve 4. století př. n. l. ve svých pracech zmiňuje o léčebných účincích alkoholu. Používal se při úrazech a různých onemocněních jako antiseptikum a analgetikum. Alkohol se také používal a dodnes používá k náboženským rituálům. (Sandorová, 2006, s. 359, Vavřínková, 2006, s. 55)

Alkohol se řadí mezi látky s tlumivým účinkem, ačkoli nabízí široké spektrum účinků. Je vyhledán hlavně pro své působení na psychiku člověka, kdy zahání špatnou náladu a úzkost, uklidňuje, tlumí bolest a odstraňuje zábrany. Působí hlavně na centrální nervový systém, především útlumem jeho činnosti. Nebezpečí předávkování se váže právě na útlum center vitálních funkcí. Smrt tedy může nastat utlumením dechového centra a tím zástavou dýchání nebo útlumem obranných reflexů při zvracení, čímž dochází k aspiraci zvratků. Při dlouhodobém užívání alkoholu s poškozením jater, může dojít k hypoglykémii nebo k selhání srdce.

Odbourávání alkoholu probíhá konstantní rychlostí, kterou nelze ovlivnit a je individuální u každého člověka. Proces odbourávání probíhá ve více orgánech, nejvíce však v játrech, která jsou vybavena enzymy a zdroji energie, které jsou potřebné k příslušným reakcím. Etylalkohol se mění pomocí alkoholdehydrogenáz na acetaldehyd a dále pomocí enzymů oxiduje na acetát. Konečným produktem je kysličník uhličitý a voda. (Heller, 2011, s. 49-51)

Česká republika dlouhodobě patří mezi státy s nejvyšší spotřebou alkoholických nápojů. Pokud přepočítáme všechny alkoholické nápoje na 100%ní alkohol, je průměrná spotřeba téměř 10 litrů na obyvatele za rok. V konzumaci piva se spotřebou 160 litrů na obyvatele za rok je dokonce na prvním místě. (Kalina, 2003, s. 151)

2 ALKOHOLISMUS

2.1 Typy závislosti

Jellinkova typologie se skládá z pěti typů alkoholové závislosti:

Typ alfa – závislý nedisciplinovaně pije alkohol. Nevzdá se ho i přes zjevné problémy, pije, aby odstranil špatnou náladu nebo úzkost. Charakteristické je, že tito lidé pijí o samotě. Alkoholik tohoto typu většinou zůstává ve druhé fázi alkoholismu tzv. varovná fáze. Postupem času přechází do typu gama.

Typ beta – většinou se na alkoholu nestane závislý, ale dlouhodobé pití se odráží hlavně na jeho zdraví. Tito lidé jsou v požívání alkoholu výrazně ovlivněni společností. Pijáci tohoto typu, mají často problémy s výživou a hubnou. (www.zachytka.sk)

Typ gama – v České republice se vyskytuje až v 70%. Charakterizuje se preferencí piva a destilátů. Postupně roste tolerance alkoholu a člověk pije více. Zprvu se opijí výjimečně a nikdy nemá abstinenci. Stav opilsti střídají období abstinence. V pozdějších fázích dochází ke ztrátě kontroly nad pitím alkoholických nápojů. Neumí vypít pouze sklenku, jak alkohol ochutnají, potřebují víc. Někteří prochází obdobím, kdy i chvíli abstinují.

Typ delta – typický preferencí vína. Takový alkoholik neztrácí kontrolu nad svým pitím, tím nemá žádné selhání, které by ho hnalo k abstinenci. Dokáže si udržet hladinu alkoholu v krvi bez známek opilsti. U tohoto typu vzniká silná závislost a člověk nedokáže být střízlivý. Pokud nemá přístup k alkoholu, má vždy abstinenci příznaky. (Profous, 2011, s. 24-28)

Typ epsilon – tento typ není častý. Je to epizodická konzumace alkoholu. Závislý několik týdnů i měsíců abstinuje, potom nastane příležitost se napít a nastává řada dnů i týdnů, kdy se opijí. Poté opět nějakou dobu abstinuje. (www.zachytka.sk)

2.2 Znaky závislosti

Silná touha, pocit nucení užít alkohol (craving): pacient může pociťovat změny psychické i fyzické jako neurčitý dyskomfort. Závislý má zvýšenou tepovou frekvenci, více se potí a sliní, touha po alkoholu může i oslabit paměť a schopnost správného rozhodování. Mnoho objektivních projevů se kryje s příznaky stresu. Craving nelze ovládat vůlí, ale lze se ho naučit zvládat a žít tak, aby nebyl pociťován často.

Zhoršené sebeovládání: závislý má potíže v kontrole užívání látky, pokud jde o začátek nebo konec konzumace a o množství užitého alkoholu. U závislé osoby není možná kontrola nad množstvím vypitého alkoholu. Opakované pokusy o kontrolu nad alkoholem vedou k recidivě patologického abusu.

Somatický odvykací stav: tento stav nastává většinou po ránu, kdy klesne hladina alkoholu v organismu. Mezi příznaky se řadí neklid, nervozita, pocení, třes, návaly horka, zvracení, nespavost. Tento stav odeznívá, pokud podáme další dávku alkoholu. Pokud se příznaky objeví i za přítomnosti alkoholu v těle, musíme očekávat silnější odvykací stav až komplikace (epileptické záchvaty, delirium).

Růst tolerance: růst tolerance se projevuje tím, že ke stejnému účinku je potřeba vyšší dávky alkoholu, než bylo potřeba dříve. V průběhu konzumace alkoholu tolerance stoupá, při abstinenci klesá. U patologického abusu v terminálním stádiu dochází k poklesu tolerance v důsledku poškození jater.

Zanedbávání jiných zájmů: závislý věnuje více času sháněním nebo konzumací alkoholu nebo zotavení z jeho účinku. Zvládá čím dál tím méně jiných aktivit, opouští od svých zálib, od rodinných i pracovních povinností, nakonec začne zanedbávat i svůj vzhled a péči o sebe. Takový člověk se dostává ke každodenní rutině, kde hlavní roli hraje alkohol.

Pokračování v užívání přes důkaz škodlivých následků: zdravotní komplikace nebo nátlak ze strany rodiny někdy vedou k dočasné abstinenci. Po odeznění komplikací či tlaku okolí se člověk vrací k alkoholu s přesvědčením, že se komplikace již neobjeví. U rozvinuté závislosti nedokáže závislý bez léčby přestat pít, a to i přes závažné důsledky. (Heller, 2011, s. 23, Nešpor, 2007b, s. 11-21)

2.3 Vývoj alkoholismu

Každý z nás se někdy setkal s alkoholem. Asi 1/5 populace alkoholické nápoje nepije vůbec nebo jen zcela výjimečně. Ostatní lidé, v závislosti na společnosti, která je doprovází, pijí menší či větší množství alkoholu. U některých vznikají problémy s pitím, které se začnou stupňovat a vytváří se závislost na alkoholu. Toto postihne asi 3% populace. Lidé, kteří konzumují alkohol, rozdělujeme do 4 skupin:

Abstinenti: umí zahnat žízeň i uspokojit své chuťové buňky jakoukoli tekutinou, která neobsahuje alkohol. Alkohol v jakémkoli množství odmítají a vedou je k tomu různé důvody. Abstinentem se může nazvat jen člověk, který se nenapil alkoholu v jakémkoli množství po dobu minimálně tří let.

Konzumenti: jsou lidé, kteří se napijí alkoholu, aby potlačili nepříjemné stavy nebo dosáhli příjemného stavu ve společnosti. I když množství alkoholu i frekvence konzumace stoupá, nedochází k alkoholické intoxikaci.

Pijáci: mají vyšší toleranci alkoholu a dochází u nich k častým stavům opilosti. Piják pije rychleji než ostatní, a to zejména ze začátku konzumace a postupně přechází k více koncentrovaným nápojům. Je přesvědčen, že má své pití pod kontrolou a může kdykoli s konzumací alkoholu skončit.

Osoby závislé na alkoholu: mají nižší toleranci alkoholu, a tedy se častěji a rychleji opijí. Většinou začínají s konzumací už ráno. Takový člověk si začíná uvědomovat, že své pití nezvládá, ale sám není schopen si pomoci a přestat alkohol pít.

Příčiny závislosti mohou být psychické, které se uplatňují prostřednictvím psychologických mechanismů a zvyšují pravděpodobnost opakovaného pití. Další je příčina sociogenní, prosazuje se v prostředí, kde se běžně alkohol pije, či tam kde se kombinuje vysoká zátěž se snadnou dostupností alkoholu. Rychlost vzniku závislosti závisí na věku a na způsobu užívání alkoholu. Cestu od nevinného pití k chronické závislosti popsal Jellinek ve své klasifikaci používané již 50 let.

1. stadium – počáteční: budoucí závislý se zatím neliší svým pitím od svého okolí. Sám si může uvědomovat, že se pod vlivem psychotropních účinků alkoholu cítí lépe než střízlivý. Po požití alkoholu dokáže překonat situace, které pro něj byly ve střízlivém stavu neřešitelné. K řešení svých problémů využívá alkoholu stále častěji a to má za důsledek

růst tolerance. Pije více k dosažení stejného účinku jako dříve při menší dávce. V tomto stádiu člověk pije, protože neumí jinak řešit své problémy. Pokud najde jiný způsob řešení např. psychoterapii, většinou omezí své pití. Je možné, že se při dalším problému opět uchýlí k alkoholu.

2.stádium – varovné: Rostoucí tolerance způsobuje, že k příjemnému pocitu je nutná stále vyšší dávka alkoholu. Bez alkoholu se závislý necítí „ve formě“ a vyhledává příležitosti ke konzumaci alkoholu. K dosažení potřebné koncentrace alkoholu v krvi musí pít rychleji než ostatní, a tak většina závislých začne pít potajmu předem. Uvědomuje si, že jeho počínání může být nápadné a začíná se za něj stydět. Veškerou energii vkládá do kontroly intoxikace a skrývání svého pití. Psychické vypětí může způsobit, že i po menší dávce alkoholu si dotyčný nepamatuje průběh intoxikace, a to prohlubuje jeho pocit viny. Chce se s alkoholem vypořádat, a to uvede do pohybu bludný kruh vedoucí k závislosti.

3.stádium – rozhodné: Dochází ke splývání hladiny, která je pro závislého příjemná a hladiny, kdy už je opilý. Pacient dlouho působí střízlivým dojmem, pak se během několika doušků opije. I když se snaží napít se a přitom se neopít, nedaří se to, protože došlo k tzv. změně kontroly v pití. Alkohol se stal součástí základních metabolických dějů. Na zanedbatelnou dávku, která podráždí chuťové buňky, tělo reaguje změnou psychických procesů a začíná proces pití končícího opilostí. Jediným řešením je abstinence. Čím častěji dochází k opilosti, tím více vzniká konfliktů s okolím. Závislý začne budovat racionalizační systém – zdůvodnění a výmluvy, kterými svému okolí i sobě vysvětluje své pití. Vymýšlení výmluv proč alkohol potřebuje, zabírá většinu jeho času. Přestává plnit své povinnosti a zapomíná na své koníčky. Stále rostou jeho pocity viny. Začíná věřit svému racionalizačnímu systému. Začíná se měnit i jeho osobnost. I když dříve spolehlivý člověk nyní začíná lhát, podvádět, být zlý. Je vztahovačný, nechce na sobě dát nic znát, provokuje kontrolou, co si o něm okolí myslí a tím stupňuje konflikty s okolím. Droga je pro něj tak důležitá, že ustupuje od svých oblíbených značek a pije co je v dané chvíli dostupné. V téhle fázi většina závislých zanedbává správnou výživu a zhoršuje se jeho zdravotní stav.

4.stádium – konečné: Charakteristický je nepříjemný stav po vystřízlivění, který závislý léčí další dávkou alkoholu. Pokud v pití pokračuje od rána dál, může vzniknout tah, několikadenní období, kdy člověk nevystřízliví. Nyní už nemusí konzumovat pouze alkoholické nápoje, ale v nouzi pije chemické prostředky obsahující etanol. Člověk ve

4. stádiu má vyčerpaný organismus a poškozená játra, tím klesá tolerance a závislý se opije menším množstvím alkoholu. Objevují se další poškození nejen jater, slinivky břišní, trávicího traktu, oběhového a nervového systému, ale i osobnosti. Pijan upřednostňuje alkohol před základními životními hodnotami. Začíná hledat pomoc v době, kdy už nelze žít s alkoholem, ale ani bez něj. (Heller, 2011, s. 14-19, Sandorová, 2006, s. 361)

2.4 Diagnostika alkoholismu

Dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, stanovenou Světovou zdravotnickou organizací, je syndrom závislosti na alkoholu definován jako skupina jevů fyziologických, behaviorálních a kognitivních, v nichž má příjem alkoholu přednost před jiným jednáním. Popisnou charakteristikou závislosti na alkoholu je silná touha přijímat alkohol. Návrat ke konzumaci alkoholu po období abstinence vede k rychlejšímu objevení rysů závislosti, než u osob u kterých se závislost nevyskytuje. Definitivní diagnóza závislosti by měla být stanovena, pokud během posledního roku došlo alespoň ke třem z následujících jevů uvedených v příloze č. 2.

Dle Americké psychiatrické asociace: stanovuje se podobně jako u Světové zdravotnické organizace. I příznaky jsou velmi podobné. Pacient by měl pro diagnózu závislosti vykazovat v období 12 měsíců minimálně tři příznaky ze sedmi uvedených v příloze č. 3. (Nešpor, 2007b, s. 21-22, Sedláčková, 2007, s. 72)

Diagnostický rozhovor: získáme při něm nejen informace, ale i navážeme terapeutický vztah a posílujeme motivaci. Měl by obsahovat otázky na množství alkoholu, frekvenci jeho užívání, jak dlouho trvá pravidelná konzumace a jaké problémy způsobila. Rozhovor je nutné přizpůsobit psychickému stavu pacienta. Příklady otázek jsou uvedeny v příloze č. 4.

Vyšetření tělesného stavu: všímáme si poranění (zejména hlavy), kožním onemocněním, třesu, hepatomegalií. Mnoho závislých pacientů trpí zanedbanými onemocněními.

Anamnéza z okolí: ptáme se osob ze společné domácnosti a lidí, kteří znají pacienta dlouho. Tato anamnéza je důležitá, protože lze porovnat s výpovědí pacienta, korigovat

zkreslené údaje od pacienta a získat údaje, které závislý nechtěl poskytnout. Rozhovor s okolím také pomáhá navázat spolupráci a umožnit motivaci rodiny a přátel.

Laboratorní a pomocná vyšetření: pro zátěž jater alkoholem svědčí vysoká hodnota GMT, u závislých můžeme často najít makrocytární anémii. Mnoho alkoholiků i kouří, proto je doporučeno i RTG plic. (Nešpor, 2007a, s. 11-12)

2.5 Komplikace závislosti

2.5.1 Zdravotnické komplikace

2.5.1.1 Interní komplikace

Trávicí trakt: je poškozena především sliznice od dutiny ústní až po konečník v důsledku přímého kontaktu s alkoholem. Ten způsobí ve sliznici překrvení, a tím umožní snazší vstup infekce. Vznikají záněty, které mohou způsobit ztenčení sliznice a vymizení příslušných žlázek a vznik nádoru. V žaludku působením alkoholu vzniká atrofická gastritis, ta předchází rakovině žaludku. Na poškozené sliznici snáze vznikne žaludeční vřed. Alkohol také ovlivňuje pohyb trávicí trubice a může být příčinou zvracení. Opakované zvracení může způsobit trhliny v oblasti přechodu jícnu a žaludku, ty mohou být zdrojem krvácení.

Játra: patří mezi orgány, které jsou alkoholem poškozeny nejdříve. V játrech probíhá oxidace alkoholu na acetaldehyd, který ve velkém množství poškozuje membránu jaterních buněk. Alkohol stimuluje tvorbu vazivových vláken a způsobuje imunologickou hyperreaktivitu, která vede ke zničení hepatocytů. Snižuje tvorbu glukózy z jaterního glykogenu a narušuje proces odbourávání toxických látek, to dále vede k poškození jater. Pokud jsou buňky jater opakovaně zatěžovány odbouráváním alkoholu, dochází ke změně v metabolismu lipidů, to vede k jejich hromadění v hepatocytech a vzniká jaterní steatóza. Ta je doprovázena zvětšením jater, ale člověku nepůsobí žádné potíže. Objektivně nahmatáme zvětšená játra a zjistíme vysoké GMT a někdy mírně zvýšené AST a ALT v laboratorních nálezech. Steatóza se dá zcela vyléčit jen abstinencí a správnou výživou. Pokud dotyčný v pití alkoholu pokračuje, dochází k přestavbě jater, kdy kolem zničených buněk dochází k vazivově zánětlivé reakci, tím vzniká jaterní fibróza.

Po alkoholických výstřelcích může vzniknout akutní alkoholická hepatitis. Ta už závislému působí potíže spojené s horečkami, zvracením, bolestmi v nadbříšku, mohou se objevit i otoky a výpotky v dutině břišní. Onemocnění může dospět až k jaternímu selhání, které má úmrtnost až 50% a je potřeba léčit. Pokud se v pití dále pokračuje, dochází k uzlovitému bujení vaziva, které utlačuje zdravou jaterní tkáň a vyvíjí se jaterní cirhóza. Játra postižená cirhózou mají sníženou funkci (špatně odstraňují toxické látky, neudrží potřebnou hladinu glukózy v krvi), a to se projeví únavou, otoky, poruchami krevní srážlivosti, zažívacími potížemi a zvětšením příušní žlázy. Jaterní cirhóza může skončit selháním jater a následnou smrtí. Častou příčinou smrti při cirhóze jater je krvácení z jícnových varixů. Na cirhotických játrech často vzniká primární karcinom jater, jeho prognóza je beznadějná a přežití je v rámci několika měsíců.

Slinivka břišní: alkohol stimuluje sekreci z pankreatu a zároveň působí spasmus vývodů, to vede k poškození žlázy a útlumu sekrece. Pankreatitida může být chronická i akutní. Typický pro alkoholiky je chronický zánět s akutním vzplanutím. Při chronické pankreatitidě trpí postižený průjmy a jinými zažívacími potížemi. Akutní pankreatitida probíhá jako náhlá příhoda břišní, je velmi bolestivá a může vést k úplnému zničení slinivky a smrti pacienta.

Srdce a krevní oběh: jsou ohroženy nejen samotným alkoholem, ale i zvýšeným ukládáním tuků do cévní stěny, které vzniká poruchou jejich přeměny v játrech.

Alkoholická kardiomyopatie – vzniká díky toxickému účinku alkoholu na membránu srdeční buňky, vysokému krevnímu tlaku a přetížením srdce velkým objemem tekutiny. Postižení trpí zrychleným tepem, bušením srdce, dušností a únavou. Později se přidávají otoky a noční kašel jako projevy srdečního selhávání.

Systémová arteriální hypertenze – vysoký krevní tlak je u alkoholově závislých častým jevem, souvisí s nadprodukcí hormonů nadledvin (kortizol, noradrenalin). Zvýšený tlak je také běžný ze začátku abstinence. Po několika týdnech by se měl krevní tlak vrátit k normálním hodnotám i bez medikace.

Hematologické projevy: typické pro alkoholově závislé je makrocytární anémie (chudokrevnost spojená se zvětšením červených krvinek), úbytek krevních destiček a bílých krvinek. Často dochází ke krvácení z nosu a tvorbě modřin, v důsledku prodloužené krvácivosti a srážlivosti z nedostatečné tvorby koagulačních faktorů v játrech.

Pohlavní systém: je postižen u mužů i žen. U žen jsou postiženy zárodečné buňky, a tím klesá možnost oplození, u mužů se vyvíjí alkoholická azoospermie neboli ztráta pohyblivosti spermií. Ženy mají také problém s menstruačním cyklem. V důsledku poruch srážení krve menstruace sílí nebo naopak alkoholismus vede ke ztrátě menstruačního cyklu. Pokud žena začne abstinovat, měl by se menstruační cyklus upravit.

Hormonální regulace: u alkoholiků je často narušena. Zvyšuje se hladina prolaktinu, růstového hormonu a kortizolu, to způsobuje typický vzhled u alkoholiků (měsícovitý obličej, obezita v trupu, tenké končetiny). Snižují se hladiny estrogeneru a testosteronu, což má za následek feminizující efekt u mužů a maskulinizující efekt u žen.

Kožní projevy: typický je alkoholický obličej, vyznačuje se zarudlými tvářemi, nosem a víčky, překrvením spojivek, atrofií tukové tkáně a ragádami kolem úst. Kůže vypadá stařecká s hojnými modřinami. (Heller, 2011, s. 56-63)

2.5.1.2 Neurologické komplikace

Alkohol se podílí na degenerativních a destruktivních změnách nervové tkáně, když porušuje vedení vzruchu, zvyšuje práh bolesti a narušuje spánek. Dochází k poruchám paměti jak krátkodobé tak dlouhodobě a poruchami koordinace.

Alkoholický tremor: neboli třes, vzniká poškozením podkorových jader a mozečku. Postižena jsou vlákna, která mají vliv na svalový tonus, tím dochází k třesu víček, prstů, rukou a později i hlavy a celého těla. Třes se stává výraznějším při práci a emočním vypětí. Ranní třes, který ustoupí po požití alkoholu, je přesvědčivým příznakem závislosti na alkoholu. Třes by měl při abstinenci ustoupit. Jsou však případy, kdy po dlouhodobém těžkém abusu, dochází k trvalému třesu, nepřestávajícímu ani v období abstinence.

Alkoholické polyneuropatie: je onemocnění nervů, které zahrnuje degeneraci výběžků nervové buňky (axonů) a poškození obalu nervů vlivem poruchy výživy. Projevuje se bolestí, slabostí, poruchami prokrvení, nehojícími se ranami. Při abstinenci by se měl stav upravit do několika měsíců.

Alkoholická myopatie: je poškození svalů, vyvoláno velkou dávkou alkoholu u chronicky závislého. Onemocnění začíná slabostí a bolestí většinou dolních končetin. Postižený sval je bolestivý na pohmat a často se objevuje otok. Chronická forma myopatie se projevuje pomalým rozvojem slabosti svalstva, chybí bolest, otok a reflexy nejsou

postiženy. Může se projevit také jako hypokalemická paralýza, která se projeví asymetrickým ochrnutím končetin. Podmínkou pro uzdravení je abstinence, stav nemocného se může upravit po úpravě hladiny draslíku.

Atrofie mozku: se nalézá hlavně u dlouhodobých alkoholiků. Může se vytvořit po 5-10 letech těžkého abusu. Atrofie vzniká následkem poruchy jaterního metabolismu a opakovaného toxického edému mozku. Zasahuje především frontální a parietální oblast a následně dochází k rozšíření mozkových komor.

Atrofie mozečku: se vyznačuje poruchami stání, chůze a koordinace, třesem, poruchami řeči a nystagmem (kmitání očních bulbů). Vzniká z důvodu toxických nekrotických hemoragií v mozečkovém parenchymu a příznaky se zhoršují po konzumaci alkoholu.

Alkoholická epilepsie: nalezneme ji asi u 10 % pacientů a mizí při abstinenci i bez farmakoterapie. U některých pacientů dojde k epileptickému záchvatu jen po pití alkoholických nápojů, tím může docházet k poranění hlavy, o kterém dotyčný ani neví. Často dochází k epileptickému záchvatu na začátku abstinence, po náhlém vysazení alkoholu po dlouhodobém abusu. Pokud je nález EEG negativní, nehovoříme o epilepsii, ale o odvykacím stavu spojeném s křečemi. Při pokračování v pití je vysoké procento pravděpodobnosti, že se záchvat objeví při další abstinenci.

Mozkové oběhové poruchy: vytváří se kvůli zvýšené propustnosti cévních stěn a snížené tvorby protrombinu v játrech. Navíc se tu uplatňují jiné potíže spojené s alkoholem jako je kolísavá hypertenze a arteriosklerotické změny. Můžeme najít intracerebrální nebo subarachnoideální krvácení. Velmi nebezpečný a často nerozpoznatelný u alkoholiků po abusu je subdurální hematom.

Poruchy vegetativního systému: po 8-12 hodinách abstinence se objevují příznaky podráždění autonomního nervového systému. Často nejprve pozorujeme vegetativní příznaky, jako je pocení, kolísání krevního tlaku a pulsu.

Neurocirkulační dystonie: projevuje se bolestí v oblasti srdečního hrotu, která mizí při činnosti, podrážděnost, dušnost, pocení, nevolnost a poruchami spánku. Objektivně vidíme třes očních víček a prstů a zvýšenou citlivost kůže na levé straně hrudníku. (Heller, 2011, s. 64-69)

2.5.2 Psychiatrické komplikace

Prostá opilost: příčinou je kvantitativní porucha vědomí, kdy se její rozsah vztahuje k dávce požitého alkoholu. Po napití dochází k postupnému ovlivnění vědomí od vybuzení přes spavost, bezvědomí až smrt. Ta nastává po překročení hladiny 4 – 5 g/l. Míru poruchy ovlivňuje i čas, za který byl alkohol vypit, tolerance jedince a momentální tělesná a duševní dispozice.

Komplikovaná opilost: je spojena s kvantitativní poruchou vědomí. Od prosté opilosti se liší neschopností sebeovládání a dlouhodobou změnou psychického stavu. Dominantou jsou poruchy motoriky a reflexů. Někdy se vyskytují bludy nebo halucinace, při zachované orientaci v čase, místě a situaci.

Patická opilost: je zařazena mezi alkoholové psychózy přesto, že je vyvolána jednorázovým požitím alkoholu. Je porušeno kvalitativně vědomí i vnímání. Stav zmatenosti, někdy mráкотný s úzkostnými nebo paranoidními stavy, přesto není porušena motorika ani řeč. Můžeme si všimnout změn ve výrazu tváře a neúčelným počínáním, činy obvykle směřují k neznámé osobě. Na vzniku tohoto stavu se podílejí oslabující činitele, jako jsou hlad, vyčerpanost, emoční napětí. Tento stav je abnormální a u závislých se nevyskytuje.

Delirium tremens: vzniká po přerušení dlouhodobého, každodenního pití alkoholu. Většinou nastává po 48 – 72 hodinách abstinence, ale může se objevit kdykoli během prvních 10 dnů. Nejdříve se vyskytují mírnější projevy abstinence spojeny s pocením, nervozitou, úzkostí, nespavostí, nočními můrami a třesem. Pokud se tyto příznaky objeví při 1 – 1,5 promile, je vysoké riziko epileptického záchvatu a je třeba začít s léčbou odvykacího stavu, ještě než pacient vystřízliví. Po těchto symptomech nastupují zrakové halucinace a stav dezorientace v čase i místě, kdy závislý vidí postavy či malá zvířata, volá různé osoby nebo se brání neexistujícímu nebezpečí. Pacient velmi snadno podléhá iluzím nebo halucinacím, začíná být úzkostný a neklidný, strach se může proměnit v agresi. Typický je kolísavý průběh. Dalšími projevy jsou zrychlený puls, vysoký tlak, horečka, pocení, nevolnost, zvracení a třes. Stav trvá 3-6 dní a je ukončen hlubokým spánkem.

Ve stavu deliria je klient ohrožen úrazem při epileptickém záchvatu, infekcemi, krvácením do trávicího traktu, jaterním selháním, selháním srdce nebo plic, edémem mozku, metabolickou dysbalancí s minerálním rozvratem při postižení jater spolu

s dehydrací spojenou s pocením a zvracením. Závislý může být agresivní a nebezpečný sám sobě i okolí. Neléčené delirium tremens má až 35% úmrtnost. Léčba se zaměřuje na útlum neklidu a substituci minerálů vitamínů a tekutin. Je důležité sledovat stav pacienta a jeho životní funkce. Doporučuje se klidné prostředí s tlumeným světlem, musíme zajistit bezpečí pacienta. Na vrcholu deliria je někdy potřeba fyzikálního omezení pacienta na lůžku. Po zvládnutí odvykacího stavu je potřeba pacienta motivovat k odvykací léčbě.

Alkoholická halucinóza: jsou pro ni typické sluchové halucinace s pocitem pronásledování. Často se objevují po nočních můrách nebo v období mezi spánkem a bděním. Somatické projevy jsou mírnější než u deliria a trvají 3 – 10 dní, doznávat mohou i několik měsíců.

Alkoholická paranoidní psychóza: vyskytuje se více u mužů. Typickými rysy jsou bludy pronásledování, nevěry a žárlivosti. Člověk je vztahovačný podezřivý a nedůvěřivý. Je porušeno vnímání i myšlení. Paranoii lze vysvětlit jako obranu vůči životním situacím, do kterých se pacient dostal kvůli alkoholu. Léčba je těžká a dlouhodobá a samotná medikamentózní léčba není účinná, proto se kombinuje s psychoterapií.

Korzakovova psychóza: se vyznačuje poruchou krátkodobé paměti a dezorientace při zachování zážitků a dovedností. Díry v paměti vyplňuje pacient smyšlenkami, kterým sám věří. Tato porucha se objevuje častěji u žen a je spojena s dlouhodobou konzumací destilátů. Léčba řeší jen polyneuritické projevy, mnestické poruchy se vrací k normě pomaleji. Nemoc má často regresivně chronický charakter. (Heller, 2011, s 71-81)

3 ALKOHOLISMUS U ŽEN

3.1 Ženy a závislost

Od druhé světové války výrazně narůstá ženská závislost na alkoholu. Alkoholismus u žen přestává být projevem nízké sociální úrovně. Společenské postavení žen se za poslední století velmi změnilo. Žena se stala nezávislou ekonomicky, společensky i právně, dostala se do nových rolí a plní nové úkoly. Přijetím nového životního stylu se častěji dostávají do styku s alkoholem. Zvýšené nároky vedou ženu k častějšímu vyhledávání

alkoholu jako pomocníka k rozšíření možností. Intenzivní rozvoj žen závislých na alkoholu se v posledních letech stabilizoval a dále stoupá minimálně.

Nejčastěji ženu k alkoholu přivádí její sociální nebo ekonomická situace. Některé rozvedené matky potřebují oporu, aby vše zvládly. Hledají pomoc jinde – některé právě u alkoholu. Ovšem nesmíme si myslet, že všechny rozvedené nebo svobodné matky se stanou alkoholičkami. Také nesmíme závislé hledat pouze mezi takovými ženami. Velmi často po alkoholu sahají i ženy úspěšné, jako jsou podnikatelky či lékařky. Statisticky častěji sahají po alkoholu ženy, jejichž manžel je také závislý na alkoholu. Další častou příčinou, kdy ženy hledají pomoc v alkoholu, je syndrom prázdného hnízda. Je to stav, kdy se děti odpoutávají od matky a začínají svůj vlastní život. Některé ženy toto období špatně zvládají a je u nich vyšší tendence k rozvoji závislosti.

U žen je důležitá včasná diagnostika závislosti a brzká léčba ambulantní nebo ústavní. Neléčený alkoholismus u žen má závažnější důsledky než u mužů, naopak včasná léčba u žen má lepší výsledky než u mužů. V léčebném programu je velmi důležitá spolupráce rodiny. Manželské či rodinná terapie se dnes zařazuje do většiny programů pro závislé. (Heller, 2011, s. 34-37, www.alkoholik.cz)

3.2 Specifika u žen

Ženy jsou považovány za odolnější, jsou méně nemocné, dožívají se vyššího věku. V konzumaci alkoholu to však neplatí. Ženy mají menší játra a menší obsah vody v těle, protože se alkohol rozpouští ve vodě a je z velké části odbouráván játry, žena má po vypití stejného množství alkoholu jako muž vyšší koncentraci alkoholu v krvi. Také to je důvod, proč si ženy vytvoří návyk na alkohol rychleji než muži a jejich zdravotní problémy nastávají dříve. Ženy jsou ve vztahu k alkoholu zdrženlivější a opatrnější také mají větší pud sebezáchovy, proto je počet závislých žen nižší než závislých mužů. Ženám více záleží na vzhledu a na tom jak působí na své okolí. Abusus alkoholu u žen je společností více odsuzován než u mužů, proto většina žen pije tajně a o samotě. Prokázala se souvislost mezi menstruačním cyklem a konzumací alkoholických nápojů. Ženy mívají před menstruací větší sklon k lítosti, proto v této době častěji hledají útěchu v alkoholu. Také klimakterium je tělesně i duševně náročné období, proto v tuto dobu častěji sahají po alkoholu, a tím se zvyšuje riziko vzniku závislosti. (Nešpor, 2007b, s. 53-54, Nešpor, 2004, s. 60)

Ženy mají větší zábrany při hledání odborné pomoci při závislosti na alkoholu, více se setkávají s nepochopením okolím. Důvodem může být i nezajištěná péče o děti. Motivace žen k léčbě nejčastěji souvisí s rodinnými problémy, u mužů jsou to nejčastěji problémy se zákonem z důvodu vyšší agresivity pod vlivem alkoholu. Zde je rodinná terapie důležitější než u mužů. Ženy mnohem lépe než muži přijímají psychoterapii a různé relaxační techniky. Jsou ochotny více času i energie věnovat doléčovacím programům, proto léčba často přináší dlouhotrvající a lepší výsledky než u mužů. (Nešpor, 2007a, s. 2)

3.3 Alkohol a těhotenství

V České republice pije alkohol před těhotenstvím asi 75% žen. V prvním trimestru pokračuje v konzumaci 25% a v druhém trimestru 16% těhotných. V těhotenství, zejména v prvních třech měsících, je konzumace alkoholu velmi riziková pro plod. Nejen, že může způsobit fetální alkoholový syndrom, ale i poškození mozku, srdce a ledvin, slepotu či hluchotu plodu. Alkohol také zvyšuje riziko předčasného porodu, potratu, abrupce placenty, eklampsie a další. V České republice není alkoholismus v těhotenství příliš častý, přesto se s ním občas setkáváme zejména u starších rodiček z nižších sociálních vrstev. U nich musíme počítat s komplikacemi způsobené orgánovým postižením dlouhodobou konzumací alkoholu. Nejzávažnější komplikací je cirhóza jater. Častější je u alkoholově závislých malnutrice a deficit vitamínu skupiny B. Studie v Kanadě prokazuje, že matky, které požívají alkohol v těhotenství, se často narodily matkám, které během svého těhotenství také pily alkohol. To je důkaz, že se tyto problémy nepřenáší jen na dítě, ale i do dalších generací. Jiná studie dává do souvislosti pití alkoholu v prvním trimestru a výskyt náhlé smrti novorozence. (Nešpor, 2007a, s. 2-3, Hájek 2004, s. 229)

V těle ženy se alkohol dopravuje nejen ke všem orgánům, ale i k placentě, kterou volně přechází přes membránu oddělující krevní systém matky a plodu. Touto cestou se alkohol dostává ke všem orgánům plodu. Koncentrace alkoholu, který žena vypije, je stejná v krevním oběhu matky i plodu. Játra plodu nedokážou alkohol odbourat stejnou rychlostí jako játra matky. Vysoká koncentrace alkoholu zůstává v těle plodu mnohem déle než v těle matky. Dvě až tři hodiny po konzumaci alkoholu je v těle plodu koncentrace dokonce vyšší než u matky. (Sedláčková, 2007, s. 73)

Na důsledky pití alkoholu v těhotenství existuje různá citlivost, protože ne všechny alkoholičky porodí poškozené děti. Není dána hranice, od jakého množství alkohol škodí. V jednotlivých trimestrech má alkohol na plod různé dopady. V době od oplození do

17. dne gravidity platí zákon „vše nebo nic“, to znamená: jestliže něco způsobí velké poškození či zánik buněk v zárodku, dojde k jeho odumření a následnému potratu. V prvních 8 týdnech se vytváří orgány dítěte, dojde-li k narušení dělení buněk alkoholem, vzniká riziko anomálií. Růst dítěte je ovlivněn nejvíce mezi čtvrtým a šestým měsícem. Dále až do porodu alkohol brzdí vytváření spojů mezi nervovými buňkami. Následkem toho se mozek zmenšuje, a to vede k trvalému poškození. (Sabersky, 2007, s. 13-14, Gregora, 2011, s. 26)

Těhotná užívající alkohol, by měla být vyšetřena lékařem, porodní asistentkou, ale i drogovým specialistou. Péče o těhotnou závislou na alkoholu je stejná jako u jiných těhotných. Měla by být doplněna o kontakt na středisko zabývající se tímto problémem. V prenatalních poradnách se provádí depistáž pomocí specializovaných středisek. Pokud těhotná žena užívá menší množství alkoholu je možná ambulantní léčba, u užívání velkého množství je doporučována léčba ústavní. Závislost v těhotenství, ze zdravotnického hlediska, není riziková jen pro matku, ale i pro plod. (Sedláčková, 2007, s. 7-8)

4 ALKOHOL A PLOD

Prvním člověkem, který upozornil na nepříznivý vývoj plodu při užívání alkoholu v těhotenství, byl starořecký učenec Platón. První odborně doložené informace o tomto problému pocházejí z Anglie, kde v 18. století bylo publikováno v odborném časopise „*Alkoholičkám se nápadně často rodí děti nemocné, slabé, svráštělé, se stařeckým vzhledem.*“ (Trča, 2009, s. 80) V roce 1973 američtí lékaři publikovali hlášení o dětech narozených matkám alkoholičkám, které měly stejné znaky poškození. (Trča, 2009, s. 79-80)

Doporučení lékařů a porodních asistentek zahrnuje:

1. gravidní žena by neměla pít alkohol
2. těhotná, která pije během svého těhotenství, by měla ihned přestat
3. ženy, které plánují otěhotnět, by neměly pít žádný alkohol
4. těhotné ženy by měly chodit do prenatalní poradny a spolupracovat se svým lékařem
5. porodní asistentky by měly zjišťovat konzumaci alkoholu u ženy a poučit je o rizicích pití alkoholu během těhotenství a doporučit abstinenci. (Nešpor, 2010, s. 36)

O tom, že je prevence skutečně efektivní, svědčí práce, podle níž se v USA v letech 1991 – 1998 snížil počet žen, které během těhotenství konzumovaly alkohol a tím nižší

počet dětí s fetálním alkoholovým syndromem. Preventivní program zahrnuje všeobecnou prevenci zaměřenou na ženy ve fertilním věku, selektivní prevenci zaměřenou na ženy ve fertilním věku, které konzumují alkohol a indikovanou prevenci zaměřenou na ženy s vysokým rizikem nebo na ženy s problémy a alkoholem v minulosti. (Nešpor, 2005, s. 705, Astley, 2004, s 344-351)

4.1 Spektrum vrožených alkoholových poruch

Alkohol v těhotenství může způsobit celou řadu poškození. Stupně poškození se pohybují od plně vyvinutého fetálního alkoholového syndromu, přes mírnější. Dělení poruch podle stupně postižení je následující: ARND (alcohol related neurodevelopmental disorders), ARBD (alcohol related birth defects), FAE (fetal alcohol effects = částečně rozvinutý FAS), FAS (plně vyvinutý fetální alkoholový syndrom).

Fetal alcohol effect: pro diagnózu je potřeba dokázat abusů alkoholu matkou v průběhu těhotenství, přítomnost několika znaků v obličeji typických pro fetální alkoholový syndrom a prokázání některých se znaků vývojových abnormalit centrální nervové soustavy tj. IQ 70-85, deficit růstu, poruchy chování. V roce 1996 byl definován souhrn charakteristických znaků jako poruchy chování a kognitivní dysfunkce, které nemají spojitost s vývojovou zralostí nebo rodinným prostředím. Ty zahrnují poruchy učení, špatné sebeovládání, neschopnost porozumět sociálním situacím, sníženou schopnost abstraktního myšlení, potíže v počtech, problémy se soustředěním a správným úsudkem, potíže v porozumění a užití řeči.

Alcohol related neurodevelopmental disorder: je to mírnější stupeň poškození dítěte při konzumaci alkoholu v době těhotenství. Projevuje se poškozením mozku dítěte, ale neobjevují se žádné jiné znaky fetálního alkoholového syndromu. Toto poškození zahrnuje specifické poškození učení, neschopnost nebo velmi omezenou schopnost porozumět sociálním situacím, problémy s pamětí a soustředěním se, poruchy chování, impulzivita, špatné sebeovládání.

Alcohol related birth defect: méně závažný stupeň postižení dítěte při konzumaci alkoholu v těhotenství. Charakteristický je výskyt somatických anomálií bez přítomnosti abnormalit centrální nervové soustavy.

Somatické znaky, prokazující spektrum vrozených alkoholových poruch, jsou nejvíce rozpoznatelné v dětství. Diagnóza je komplikovaná u novorozenců a v dospělosti. U dospělých je rozpoznání vrozeného poškození alkoholem ztíženo nejen kvůli změnám v charakteristice poruchy u jedinců, ale mívají další přidružené tělesné poškození a zdravotní postižení týkající se srdce, žeber, páteře a kloubů, prstů končetin (jejich zakřivení, nadpočet či menší počet prstů), genitálií atd. Diagnóza FASD by měla být stanovena týmem odborníků, který je složený z dětských lékařů, genetiků, psychiatrů, psychologů a dalších zdravotníků. Často nám porucha unikne pro komplikovanost diagnostiky, pro tajnou konzumaci alkoholu během těhotenství nebo nedostatek údajů o biologické matce. (Malá, 2007, s. 68-70, Peterka, 2003, s. 44)

4.1.1 Epidemiologie

Ne všechny děti vystavené v době těhotenství vlivu alkoholu jsou postiženy ve stejném rozsahu. Liší se stupněm postižení a přítomností různých anomálií, které, i když jsou pro fetální alkoholový syndrom typické, jsou u každého jiné. Charakteristickým faktorem je množství a druh konzumovaného alkoholu, doba, po kterou byl plod alkoholu vystaven a stupeň vývojového stádia plodu v době konzumace alkoholu. Výskyt poruch, včetně mozkových malformací, byl prokázán na embryích matek závislých na alkoholu, které se rozhodly ukončit těhotenství. Zjištěné vady byly mikrocefalie, hydrocefalus, zjistil se silný teratogenní účinek ve třetím až šestém týdnu gravidity, ve kterém se začíná vyvíjet mozek. Dále se potvrdil vztah mezi konzumací alkoholu a opožděním prenatalního růstu, avšak tyto výsledky mohly ovlivnit i faktory jako je věk, počet těhotenství a kouření. Postnatální růst ovlivňuje konzumace alkoholu zejména ve vyšším stupni těhotenství.

Úplný fetální alkoholový syndrom byl prokázán jen u dětí, jejichž matka měla v anamnéze chronický, denní abusus alkoholu nebo časté intermitentní pití. Za vysoké riziko pro plod je považováno užívání alkoholu 6 a vícekrát denně nebo příležitostně 5 – 6 sklenek alkoholu. Množství alkoholu, které je zapotřebí k parciálnímu fetálnímu alkoholovému syndromu (FAE), je obtížné stanovit. Podle Jacobsona je podstatou, která určuje vznik úplného nebo parciálního fetálního alkoholového syndromu, dávka a frekvence spotřebovaného alkoholu v těhotenství. Dále uvádí, že problémy s alkoholem v době před těhotenstvím nejsou určující pro vznik funkčního deficitu plodu. Tento výsledek ukázal, že 80 % dětí s fetálním alkoholovým syndromem bylo vystavováno pití alkoholu ve větším množství v „tazích“.

Ve studii chronických alkoholiček ze dvou sociálních skupin – nižší třída s nedostatečným ekonomickým a sociálním zázemím a vyšší střední třída – byli potomci pozorováni a následně porovnáváni. Fetální alkoholový syndrom byl vyšší u dětí z nižší třídy. Autoři se domnívají, že rozdíly ve výskytu poškození u dětí byly způsobeny špatnou životosprávou, genetickými a sociálními faktory. Další faktory, které mohou podněcovat účinek alkoholu, jsou znečištěné prostředí, stres, kouření a fyzická námaha. (Malá, 2007, s. 71-72)

4.1.2 Behaviorální a vývojové abnormality

Tyto abnormality mohou být vystupňovány negativními faktory prostředí. Děti poškozeny fetálním alkoholovým syndromem, žijí častěji v neúplných nebo nestabilních rodinách a velmi často jsou umístovány do dětských domovů.

Kojenci a děti do 7 let s parciálním fetálním alkoholovým syndromem mají potíže se sebeovládáním, mají pokleslou náladu, jsou podrážděné a špatně utěšitelné. Často trpí poruchou soustředění, jsou hyperaktivní nebo naopak hypoaktivní. Mateřská podpora takto postiženým dětem je spojována s lepší dovedností vyrovnat se se zátěží a pevnějším vztahem mezi matkou a dítětem. Malé děti s fetálním alkoholovým syndromem jsou více impulsivní, vyžadují větší pozornost a fyzický kontakt, trpí nedostatkem sociálního citění.

U dětí s parciálním fetálním alkoholovým syndromem je často určena špatná diagnóza, a to porucha opozičního vzdorů – dítě je extrémně vzdorovité, záměrně provokuje, obviňuje jiné osoby, není agresivní – protože jsou hovorné, ale mají nedostatek kognitivního porozumění a nerozlišují příčinu a následek. Přibližně u třetiny dětí, které byly během těhotenství vystaveny alkoholu, se projevuje agresivní chování. Dále se do souvislosti s abusem v těhotenství dává i antisociální chování a poruchy chování s nedostatečnými školními výsledky, hlavně v oblasti čtení, výslovnosti a počítání. Poruchy chování, jako je nepozornost, impulzivita a problémy s komunikací, dále poruchy učení, deficit paměti a pozornosti, jsou pro tyto děti typické.

Poškození kognitivních funkcí u adolescentů a v rané dospělosti u jedinců s úplným nebo částečným fetálním alkoholovým syndromem se týká hlavně oblasti matematiky, zvláště početních úkonů a logiky. Kognitivní deficit u adolescentů, kteří mají IQ v normě, se objevuje jako deficit verbálního učení a deficit pozornosti. Neurologické postižení u pacientů s fetálním alkoholovým syndromem je typické poruchami učení, impulzivitou, obtížemi s rozvahou a úsudkem a zvýšenou náchylností k nezákonnému jednání.

Psycholožka Julianne Conry, zabývající se fetálním alkoholovým syndromem, ve své práci shrnuje kognitivní a behaviorální handicap do pěti okruhů problému pod zkratkou ALARM.

A – adaptivní chování (adaptive behaviour)

L – jazyk (language)

A – pozornost (attention)

R – rozhodování (reasoning)

M – paměť (memory)

Pacienti s fetálním alkoholovým syndromem mají porušené adaptivní chování, nejsou schopni na setkáních přijmout pravidla mezilidských vztahů a etiky. Nedodržují ani základní požadavky každodenního života jako je sebezpečí, udržení zaměstnání, finanční zabezpečení. Problémy s řečí jsou ve vývoji u těchto lidí častější. Mohou mít naučenou bohatou slovní zásobu, ale nedokážou jí porozumět v kontextu. Dalším problémem je porucha aktivity a pozornosti. Mohou se vystavit nebezpečným situacím bez přemýšlení a pochopení možných následků, neumí se poučit z minulých chyb a neumí si spojit příčinu a důsledek. Nejsou schopni vyhodnotit své chování vůči druhým, často jsou egocentričtí. Častým problémem je porucha výbavnosti paměti. Mohou plést detaily, určité události zaměňovat za jiné reálné nebo fiktivní. (Malá, 2007, s. 75-77)

4.2 Fetální alkoholový syndrom

Fetální alkoholový syndrom popsal v roce 1973 Jones a vymezil ho jako samostatnou klinickou jednotku. Detailně popsal abnormální rysy jedinců, kteří byli v prenatálním období vystaveni působení alkoholu. FAS je popisován jako negeneticky podmíněné poškození intelektu a ke snížení frekvence výskytu lze docílit jen prevencí. Odhadované riziko, že se dítě narodí s alkoholovou fetopatií při požívání alkoholických nápojů během těhotenství je 30-50%. Průkaz abusu alkoholu v těhotenství je velmi důležitou částí anamnézy. Rozsah postižení závisí na množství konzumovaného alkoholu a na individuální citlivosti plodu. (Malá, 2007, s. 64-65)

4.2.1 Diagnostika fetálního alkoholového syndromu

Pro přesnou diagnostiku fetálního alkoholového syndromu neexistuje žádný laboratorní test. Diagnóza může být podložena na základě přítomnosti typické abnormality

a na prokázání požívání alkoholu matkou v době gravidity. Důraz je kladen hlavně na přítomnost souboru příznaků, které jsou u dětí patrné, i když někdy obtížně rozpoznatelné. Po pozorování množství jedinců s fetálním alkoholovým syndromem, byly určeny základní rysy, které se vyskytují ve většině případů. Do základních znaků patří retardace růstu, charakteristické znaky v obličeji jako je úzký horní ret, nízký kořen nosu, ploché tváře, málo vyvinutá brada, povislá víčka a chybění jamky pod nosem a dysfunkce centrální nervové soustavy, do kterých se řadí pokles intelektu, kojenecká iritabilita a problémy s příjmem potravy. Tyto rysy se objevují i u jiných vrozených vad, proto je důležité během diagnostického procesu zjištění škodlivého abusu alkoholu matkou v době těhotenství. Pokud není informace o požívání alkoholu v graviditě potvrzena, diagnóza může být určena, pokud abnormality zjištěné u dítěte odpovídají příznakům fetálního alkoholového syndromu a všechny ostatní diagnózy jsou vyloučeny. Základní diagnostická kritéria fetálního alkoholového syndromu jsou mikrocefalie, blefarofimoza (horizontálně úzká oční štěrbina), malý vzrůst (prenatální i postnatální), abusus alkoholu matky v graviditě. (Malá, 2007, s 65-66)

4.2.2 Klinické projevy

Novorozenci postižení fetálním alkoholovým syndromem mají nízkou porodní hmotnost, je u nich přítomen výrazný hypotonický syndrom, většinou i mikrocefalie a vysoká kojenecká podrážděnost. S postupem času se objevuje porucha růstu a mírný až střední opožděný vývoj. Poškození srdce se vyskytuje zhruba u jedné třetiny jedinců. Nejčastěji se vyskytuje defekt komorového septa, defekt síňového septa a Fallotova tetralogie, do které se řadí hypertrofie pravé komory, stenóza plicnice, defekt komorového septa a nasedající aorta. Anomálie ledvin jsou další z častých poškození, bývají výrazně menší. Dalším důležitým znakem mohou být i nadpočetné bradavky. Oční malformace u fetálního alkoholového syndromu popsala profesorka oftalmologie Kerstin Stromland. Mezi nejběžnější patří hypoplasie očního nervu, vyskytující se až v polovině případů. Dalšími abnormalitami jsou šedý oční zákal, anomálie předního očního segmentu, šilhavost, ptosis (spadlé oční víčko) a abnormality retinálních cév. Často se vyskytují rozštěpy rtů a patra a bodové kalcifikace epifýz.

Znaky v obličeji charakterizující fetální alkoholový syndrom a retardace růstu se s věkem mění a jsou rozdílné u různých etnických skupin. Nejlépe se diagnóza určuje u kojenců a malých dětí podle přítomnosti dysfunkce centrální nervové soustavy

a typických znaků v obličeji. V adolescenci je obličejová morfologie již méně patrná, přetrvává však mikrocefalie, úzký horní ret a blízko sebe posazené oči. Děti s fetálním alkoholovým syndromem mívají v průměru hodnocené IQ kolem 60-70, to odpovídá lehké mentální retardaci, není to ale pravidlem, mohou se pohybovat i v pásu normy. Stupnice IQ viz. příloha č. 5. (Schmidtová, 2007, s. 355-356, Malá, 2007, s. 65-67)

5 DŮSLEDKY ALKOHOLISMU PRO RODINU

Když mluvíme o závislosti na alkoholu a její dopad na rodinu, představujeme si za oběti alkoholismu rodičů především děti. Závislost však přináší mnohem více obětí a působí rozvrat celé rodiny. Problémy spojené s alkoholem se řeší především jako problémy zdravotní, ale jsou tu i neméně důležité problémy sociální a ekonomické. V dnešní době je již dobře známé působení alkoholu na lidské tělo i následky, které na něm zanechává jeho nadměrné užívání. Rozumíme vývoji závislosti, některým aspektům jeho škodlivosti ve společnosti i negativním důsledkům ve společenském životě. Méně probírané jsou důsledky z hlediska sociálního a psychologického, kdy chování závislého k alkoholu, je v rozporu s předpoklady pro vytvoření příznivého rodinného prostředí a dobrých rodinných vztahů. (Heller, 2011, s. 111)

5.1 Problémy v partnerském vztahu

Soužití se závislým na alkoholu přináší do partnerského vztahu spoustu negativních jevů. Jednání či řešení problémů pod vlivem alkoholu, znemožňuje běžnou komunikaci opilé ženy s jejím partnerem a nedovoluje jí tvůrčí rozhodování. Alkohol však nepříznivě ovlivňuje komunikaci i v době střízlivosti, blokuje zdolávání a řešení problémů běžného života. To s sebou přináší extrémní chování a ztrátu možnosti přistoupení na kompromis. Tyto situace podmiňují závislou ženu řešit vzniklé problémy s pomocí alkoholu. Při vzniku závislosti se uplatňují dvě součásti, a to utajení pití a zdůvodnění proč pije. Tajení požívání alkoholu, ničí partnerskou komunikaci i důvěru a zamíchá hodnotovým systémem. Z toho lze lehce usoudit, že jedinec závislý na alkoholu není schopný splňovat základní rodinné funkce jako je funkce ekonomická, výchovná nebo ochranná.

V dnešní době se stále častěji objevují partnerské rozchody či rozvody manželství z důvodu pravidelné konzumace alkoholu ženy. Její závislost znamená větší ohrožení

funkčnosti rodiny než závislost muže. Trvale oslabuje souznění rodiny. Manžel či partner nemůže vytvořit produktivní koalici s dětmi. Většinou není ani možné, aby se muž s dětmi od ženy odstěhoval a ženu nechal v současném bytě. Žena většinou pije sama doma, snaží se odstranit psychickou nepohodu způsobenou nepochopením, přepracováním, únavou a dalšími osobními problémy. Manžel či partner je nejčastější příčinou účelného požívání alkoholu. Muži situaci s pitím ženy tolerují a kryjí ji, pokud se drží uvnitř rodiny. Když se problém s alkoholismem ženy dostane na veřejnost, je to pro většinu mužů signál k ústupu, a to většinou formou rozvodu. Ženy zůstávají v manželství se závislým mužem častěji, než muži se závislými ženami. Zvláštní je, že při rozvodech dostávají do péče děti i závislé ženy.

Žena po absolvování léčby se vrací zpět do rodiny a přijímá program vedoucího ke změně svého životního stylu. Žena si potřebuje zařazení svého programu do programu rodiny, tím vzniká problém u manžela, který se již těší na předání povinností spojených s péčí o rodinu zpět manželce a přitom je požádán o další spolupráci. V tuto chvíli je nezbytná obnova komunikace. Mezi největší problémy v soužití se závislou osobou můžeme zařadit i to, že opuštění manželky problém nevyřeší a bytová otázka úplné odloučení často neumožní. Muži neznáma řeší problémy v manželství, spojené se závislostí manželky na alkoholu, změnou pracoviště na vzdálenějších místech, pobytem v ubytovnách nebo vyhledáním nové životní partnerky. (Heller, 2011, s. 112-114)

5.2 Dopad alkoholismu matky na děti

Odedávna se traduje, že děti závislých na alkoholu se častěji v dospělosti stávají také závislými. Otázkou je, zda za to může dědičnost, genetické zatížení nebo výchova a společenské prostředí. Starší výzkumy dávaly do popředí vliv prostředí a jeho sociální a psychologické faktory. Závěry těchto zkoumání vycházely z toho, že děti závislých na alkoholu, které byly vychovávány v náhradních rodinách, kde se neholdovalo alkoholu, měly v dospělosti podobný vztah k alkoholu, jako rodina v které byly vychovány.

Další výzkum ukázal, že i genetika může mít vliv na budoucí vztah k alkoholu. U závislých matek byl zjištěn až 3x vyšší výskyt dcer v dospělosti také závislých na alkoholu. Požívání alkoholu v náhradních rodinách, nezvýšil abusivní alkoholismus u adoptivních dcer. Prokazuje se tedy důležitost hlavně mateřské dědičnosti.

Ve 20. století seriózní pokusy potvrdily domněnky, že při dlouhodobém požívání alkoholických nápojů dochází k poškození zárodečné hmoty, a tím k poškození dětí

závislých rodičů. Američtí vědci v roce 1973 popsali typické poškození plodu při nadměrném pití alkoholických nápojů matkou v průběhu gravidity. Základní informace znějí: „ *Alkohol požitý matkou přechází zcela volně z jejího krevního oběhu do oběhu dítěte a poškozuje jeho mozkovou tkáň. Prokazatelně škodlivý vliv na plod má denní dávka od 60 do 80 g čistého alkoholu a škodlivá může být již poloviční dávka, tedy 30 g alkoholu denně. Odolnost organismu a metabolická schopnost jater vytváří individuální odchylky a výjimky, na základním faktu to však nic nemění.*“ (Heller, 2011, s. 116)

Dalším vlivem, který působí na vývoj dětí v rodinách, kde má rodič problémy s nadměrnou konzumací alkoholu, je vliv sociální. Tyto děti jsou vystaveny vyššímu riziku toho, že nebudou zvládat životní situace a v dospělosti se častěji stávají závislými na alkoholu, kvůli porušení funkce rodiny. Děti špatně snášejí neustálé rodinné napětí a nejasnost rodičovských rolí. Začínají přebírat povinnosti závislého rodiče. Přestávají si hrát, stávají se úzkostnými, mají „dospělé starosti“ a ztrácí možnost prožít bezstarostné dětství. U dětí závislých rodičů se často vyskytují duševní poruchy a odchylky v psychickém vývoji, které nepříznivě ovlivňují přizpůsobení dítěte v kolektivu. Tento problém se vyskytuje ve větším rozsahu u dětí, které mají závislou matku. Děti pocházející z rodiny s problémy s alkoholem, mívají horší prospěch ve škole, jsou často nemocné, mají málo zálib a špatně se uplatňují ve společenském a pracovním životě. Kvůli poškození rodinných vztahů a sociálních rodičovských rolí je ohrožen psychosexuální vývoj dítěte a zdravé utváření rodičovských postojů.

Díky požívání alkoholu u rodičů, se už v dětském věku vyvíjí vlastní abus. Základ se někdy vyvíjí už u předškoláků. Děti začínají ochutnávat alkohol na různých oslavách. Čím častěji si rodiče s dětmi připíjejí, tím častěji děti konzumují alkohol samy. Tyto rituály mají velký vliv na množství alkoholu, které dítě vypije a to má následně vliv na rozsah poškození. Asi jen 16% nezletilých si s rodiči nikdy nepřipilo alkoholickým nápojem. 20 % rodičů podává alkohol dítěti jako lék např. při zažívacích potížích. Podle statistik víno pijí dívky i chlapci, pivo a koncentráty více chlapci. U dětí se popíjení alkoholu odehrává nejčastěji v partách a je nezřídka provázen i jinou delikvencí. U starších dětí pijí zejména děti neukázněné s horšími známkami, ale zároveň i žáci dominantní, kteří jsou oblíbení.

S věkem dítěte se zvyšuje i informovanost o škodlivosti alkoholu. Zvyšuje se, ale i tolerance k požívání alkoholu a nesouhlas s abstinencí jako součást životního stylu. Závažné je, že vývoj závislosti se u dětí oproti dospělým zkracuje o několik let vzhledem

ke stále probíhajícímu tělesnému a duševnímu vývoji. Mladiství často podléhají tlaku pijícího okolí a nedbají na výchovu doma či ve škole, tlak je silnější než obava o své zdraví. Po 15 roce věku se zvyšuje množství i frekvence konzumovaného alkoholu a výrazně stoupá spotřeba koncentrátů. Legislativní normu České republiky, která zakazuje nezletilým konzumovat alkoholické nápoje, nedodrží 90 % dětí školního věku. (Heller, 2011, 114-118)

Děti, které byly vychovávány v dysfunkční rodině, kde byl rodič závislý, si následky může nést až do dospělosti. Některé dospělé děti alkoholiků mohou mít problém s některými z následujících bodů: těžko dokončují zadané úkoly, nejsou si jisty správným chováním, mají problém se bavit, berou se velmi vážně, mají problém s důvěrnými vztahy, nepřiměřeně reagují na změny, jsou mimořádně odpovědné nebo naopak nezodpovědné, jsou více impulsivní. (Profous, 2011, s. 72-73)

6 PREVENCE ALKOHOLISMU

Závislost na alkoholu ničí základní hodnoty závislého, jeho rodiny i okolní společnosti a zasahuje do mnoha různých oblastí života. Proto není možné tento problém řešit izolovaně, ale v souvislosti aktivních opatření rodinné výchovy a podpory, zdravotní a sociální péče, ochrany veřejného zdraví i v dalších oblastech. Člověk potřebuje informace a motivaci, aby stál za svým rozhodnutím a dokázal čelit nabídce alkoholu. Prevenci závislosti na alkoholu musíme vnímat jako důležitou aktivitu, která vede k posílení a ochraně zdraví a ke zdravému životnímu stylu. (Heller, 2011, s. 197-198)

6.1 Primární prevence

Primární prevence se zaměřuje především na udržení a podporu zdraví jedince i celé společnosti. Působí na mechanismus vzniku a vývoj alkoholismu. Pracuje se se zdravými lidmi a jejich motivací ke zdravému způsobu života. Spočívá v edukaci o konfliktech, kritice a prožitcích.

Prioritou pro primární prevenci jsou především děti a dospívající mládež. U těchto klientů je nutnost vytvořit všechna preventivní, poradenská a léčebná opatření jako komunikačně bezbariérová a nízkoprahová. Všem by měla být dostupná místně i finančně. Primární prevence by měla mít kvalitní organizaci, měla by být stejně důmyslná jako distributoři, kteří alkohol nabízí. V prevenci není vhodné odstrašování formou

jednostranného vyzdvihování negativních a varovných informací a odsuzování již závislých zdůrazňováním jejich slabostí. Prevence má dobré výsledky, pokud ji provádí odborník citlivě a s nasazením. Důležité je přizpůsobit ji věku a prostředí, kde se vytvářejí hodnoty a návyky.

Ve školách je velmi důležité, aby se prevence a problematika závislostí stala součástí vzdělávání a výchovy dětí a mládeže. Je vhodné, aby prevenci prováděla osoba s přirozenou autoritou a schopností vytvořit si s dětmi vztah. Měla by být prováděna jako kontinuální proces přiměřený věku posluchačů, postavena jako možnost zisku nových poznatků a informací o problematice závislosti a zaměřena na vytváření postojů a dovedností, které umožní řešit životní situace bez alkoholu. Do prevence lze zapojit i rodinu klienta a tím zlepšit komunikaci o problémech a lépe se s nimi vyrovnat.

Na pracovištích se prevence provádí hlavně tam, kde se může vyskytovat větší počet příslušníků rizikových skupin. Měly by se vytvářet vlastní preventivní programy. Vytvoření zájmu velkých podniků v rizikových oblastech na aktivním prosazování zdravého životního stylu v zájmu celého pracoviště nebo jednotlivce, zvyšuje účinnost prevence. S preventivními programy lze spojit s programy jiných občanských sdružení, jako jsou zájmové skupiny a jiné občanské svépomocné skupiny. Společně s těmito organizacemi lze vytvořit program, reagující na konkrétní místní problémy. Velké úspěchy má i spolupráce s odbornými společnostmi, zdravotnickými zařízeními, policií, novináři apod.

Preventivní programy zaměřené na děti a mládež dosahují velmi dobrých výsledků. K dosažení potřebného efektu v rámci prevence je důležité řádné zaškolení učitele či vychovatele, který by měl prokázat nejen teoretické znalosti, ale i praktickou dovednost při realizaci programu. (Heller, 2011, s. 199-201)

6.2 Sekundární a terciární prevence

Sekundární prevence se zaměřuje na pomoc v místech s existujícím nebezpečím závislosti. Jde o snahu, co nejdříve poznat příznaky závislosti a co nejrychleji zmírnit škody v osobním a sociálním životě při nadměrném požívání alkoholu. Nabízí programy ovlivňující jednání a chování, které jsou zaměřeny i na sociální práci. Cílem programu je změnit zaběhlý návyk na alkoholické nápoje a dosáhnou stavu zdraví, které jedinec chápe jako výsledek vlastní práce.

Terciární prevence se skládá z opatření, která zabraňují návratu akutní závislosti, podporuje léčbu a odstraňuje následky způsobené nadměrnou konzumací alkoholu. Zkušenosti nabrané během terapie, je nutné v běžném rodinném či pracovním životě stále upevňovat. Podporuje sestavení a příjem nového hodnotového systému, vstup do nového aktivního způsobu života a vytvoření sociální zodpovědnosti.

V této oblasti prevence se dělí o zvládnání úkolů zdravotnictví a sociální péče. Nejčastěji jsou vyhledávány tzv. služby prvního kontaktu. Do nich se řadí:

Poradny: jsou většinou odborně specializované a poskytují odbornou pomoc, popřípadě léčbu. V léčebných programech využívají především psychoterapii v různých formách (individuální, skupinová, rodinná) a podpůrnou farmakologii.

Krizová centra: vytvářejí se zejména ve větších městech. Poskytují širokou škálu jak ambulantní, tak případně i lůžkové psychoterapie, farmakoterapie a socioterapie

Linky telefonické pomoci: nejčastěji známé jako linky důvěry. Pomáhají především anonymním kontaktem a doporučením na vhodné středisko pomoci.

Detoxikační centra: poskytují speciální krátkodobou medicínskou a psychologickou pomoc při vysazení návykové látky a pokusu o abstinenci. Na toto centrum by měly následně navazovat možnosti další léčby a sociální pomoci.

Do zdravotně-sociální a sociální péče patří pobytová a resocializační centra, socioterapeutické kluby, terénní práce, celodenní kluby zaměřené na určitý problém a zvláštní péče o klienty s různým postižením. Zaměření jednotlivých služeb by mělo vycházet z potřeb daného regionu a mělo by vytvářet vzájemně spolupracující síť. Tento problém vyžaduje spolupráci mezi jednotlivými skupinami, do kterých patří lékaři, psychologové, pedagogové, všeobecné sestry, sociální pracovníci a laici, kteří jsou především z řad bývalých konzumentů alkoholu či závislých po léčbě. Velmi důležitá je finanční a místní dostupnost služeb, a také dostupnost psychologická, která je založena na bezbariérové komunikaci. Všechna tato zařízení mohou spadat pod stát nebo být vedena jako zařízení soukromá a mohou získávat peníze na provoz z více různých zdrojů.

Prevence prosazuje zdravý životní styl, ten proti životu v závislosti přináší jisté výhody např. více peněz (každá závislost něco stojí), lepší paměť, kvalitní vztahy, lepší pracovní výsledky a svobodu (závislostí ztrácíme svobodu vlastního rozhodování

a schopnosti člověka jsou využívány jen ve prospěch drogy). Prevence je dlouhodobý postup, který je podpořen i právní normou. (Heller, 2011, s. 199, 202-207)

7 LÉČBA ZÁVISLOSTI

Léčba závislosti neodstraní samotnou závislost ani všechny zdravotní problémy způsobené dlouhodobým požíváním alkoholu. Dodržováním léčebného programu se však dosahuje vymizení příznaků závislosti. Pro udržení je bezpodmínečně nutná abstinence, to znamená vzdát se alkoholu v jakémkoli množství po celý život. U závislých chybí důležitá podmínka pro úspěšnou léčbu, a tím je náhled na nutnost léčby a následně zvolení vhodné formy terapie. Jen lidé, kteří se závislým žijí v jedné domácnosti, vědí o snaze přesvědčit jej o jeho problému a jeho přílišná konzumace již nesouvisí s tím, co se děje okolo něj. Důležité je ujistit dotyčného, že jejich aktivity nejsou mířeny proti jeho osobě, ale proti jeho problémům s alkoholem. To vyžaduje trpělivost, obětavost a pevný vztah.

Nařídít léčbu může v současnosti nařídít pouze soud, a to v souvislosti s trestným činem nebo při ohrožování osobní svobody. Do odvykací léčby může nastoupit klient pouze z vlastní vůle. Pacientů, kteří se dobrovolně rozhodnou pro nastoupení do léčebného programu je velmi málo. Není ani mnoho rodin, kterým přes všechny problémy způsobené alkoholismem člena rodiny, zůstane ochota a trpělivost, aby pomohli závislému k léčbě. Dnes, kdy je podmínkou k přijetí klienta do léčby jeho motivace, je většinou rodina jedinou možností jak pomoci závislému. Často se nejprve spolupracuje s rodinnými příslušníky, kdy se jim sdělují potřebné informace o léčbě a dostává se jim podpory k vytrvání v tlaku na závislého.

Léčebný program zajišťuje detoxikaci neboli odstranění drogy z organismu, obnovu somatických a psychických funkcí a odstraňuje hlavní problém, kterým je schopnost řešit životní situace bez alkoholu. Ambulantní léčba podporuje a rozvíjí schopnost zvládnout abstinenci a přijmout léčebný program. Klient by měl být schopen abstinovat na podkladě svého rozhodnutí minimálně půl roku. Léčba je formou psychoterapie, farmakoterapie, socioterapie a poskytování potřebných informací. Stacionární léčba trvá obvykle několik týdnů, kdy klient dochází na celodenní léčebný program, kde je umožněno zahájit abstinenci a přitom být každý den v kontaktu s domácím prostředím. Předpokladem je spolupráce klienta. V programu si závislý vytvoří osobní program nového životního stylu, kde je hlavní podmínkou úplná abstinence. (Heller, 2011, s. 121-125)

7.1 Ústavní léčba

Probíhá většinou 3-6 měsíců a program obsahuje farmakoterapii, psychoterapii, pevný režim, informace a socioterapie v komunitě. Do ústavní léčby přicházejí závislí, kteří nezvládali stav bez alkoholu a opakovaně se vrací k jeho požívání bez ohledu na zdraví či rodinu. Léčba probíhá pobytem na lůžku minimálně 4 – 6 týdnů – to je minimální doba potřebná k detoxikaci. Takto dlouhá hospitalizace je vhodná jako první pomoc u chronických forem alkoholismu. Nejčastější komplikací při abstinenci je delirium tremens, stav kdy je potřeba farmakoterapie. (Heller, 2011, 125-126)

7.1.2 Komplexní léčebný program

Farmakoterapie: je nejvýznamnějším prvkem při detoxikaci, při léčbě duálních diagnóz a u chronického stádia závislosti. Je možná celá řada postupů, při nichž chceme docílit omezení nebo úplnému vymizení nutkání se napít alkoholického nápoje. Jedním z požívaných postupů je senzibilizující terapie, kterou se snažíme změnit reakci organismů na alkohol. K tomu se nejčastěji používají farmaka, kdy nejpoužívanějším je disulfiram (Antabus). Po podání léku proběhne disulfiram-etanolová reakce a klient prožije zvýšenou vnímavost organismu na alkohol. Tím se posílí jeho obrana proti alkoholu. Pro tuto léčbu je nutná správná indikace s posouzením spolupráce klienta a dodržení programu. Při nedodržení podmínek může terapie vést k závažným, až život ohrožujícím komplikacím. Další z možností farmakologické léčby je vytvoření se averze k alkoholu, a to na základě reflexu založeného na spojení charakteristik alkoholu s následnou nevolností, zvracením, bolestí hlavy a jinými typickými problémy po požití alkoholu. K vyvolání těchto problémů se používá medikace, autosugesce nebo elektrické stimule. V dnešních zařízeních se přestala tzv. averzní terapie používat po roce 1990.

Psychoterapie: při léčbě závislosti se nejčastěji používá psychoterapie integrativní, kde se individuálně podle klienta sjednocují různé metody a kognitivně-behaviorální, ta se zaměřuje na chování a myšlení, klient identifikuje a změní porušené chování a myšlenky. Psychoterapie je jedním z hlavních pilířů léčby závislosti. Individuálně, podle pokroků nebo naopak poškození zdraví klienta, se využívá forem skupinové, hromadné nebo individuální psychoterapie. Podle potřeb vycházejících z jednotlivých odchylek se může použít např. racionální psychologie, která se zabývá logickým úsudkem a pochopením souvislostí. Využívá se hlavně na začátku léčby při budování náhledu pacienta na svůj

problém. Sugestivní psychoterapie využívá autogenního tréninku a hypnózy, k potlačení racionalizačních systémů klienta. Abreaktivní psychoterapie umožňuje vyvolat a znovu prožít zážitky, které vedly ke konzumaci alkoholu. Vyhledává nová řešení a odstraňuje trauma ze situací, které klient nedokázal dříve řešit bez pití. Psychoanalytická psychoterapie, snaží se přenést do vědomí potlačená přání a obsah nevědomí, a tím omezit jejich negativní působení. Interpersonálně korektivní psychoterapie se odehrává formou skupinové a komunitní psychoterapie. Zde se využívá skupinová interakce a vztahů vytvářejících se v cíleně sestavené skupině klientů. V léčbě má své místo i muzikoterapie, arteterapie, nácvik rolí a asertivního chování a rodinná či manželská terapie.

Psaní deníků: není podmínkou léčby a je čistě na rozhodnutí pacienta zda si deník začne psát. Deník slouží jako forma komunikace mezi klientem a terapeutem. Během léčebného programu pacient píše elaboráty z jednotlivých programů. Cílem je další rozbor a následné řešení problému nebo nácvik paměti s požadavkem na co nejpřesnější informace a co největší rozsah. Pracuje se s písemným a rozsáhlým životopisem, který je nadále využíván ve skupinové terapii. V závěru léčby lze elaborát využít ke shrnutí celého terapeutického programu, jednotlivých pokroků a výsledcích léčby.

Volné tribuny: jsou velmi důležitým prvkem v léčebném programu. Jedná se o setkání celé skupiny, kterou tvoří jak pacienti, tak celý léčebný tým. Toto sezení se koná většinou jednou za týden a řeší se zde všechny problémy a události, které se od minulého sezení odehráli. Problémy se mohou týkat jen jednotlivce, ale i celé skupiny. „Tribuna“ pomáhá tyto problémy řešit, poskytnout zpětnou vazbu nebo upravit dohodnutá pravidla. Obdobou volné tribuny je program socioterapeutického klubu. Zde se více zaměřují na potřeby abstinujících klientů. V klubu se spojují abstinující klienti a klienti, kteří jsou v terapeutickém programu. Hlavně pro pacienty v léčbě má klub vysokou hodnotu. Dostávají se do prostředí mimo ustavní péči a přichází do kontaktu s novými lidmi.

Další možnosti v léčebném programu: pohybové a sportovní aktivity - mohou mít podobu rozcviček, turistiky nebo výkonových testů, kde se prokáže zlepšení fyzické kondice. Pracovní terapie - má smysl, pokud je dobře organizovaná. Má dobré výsledky především rehabilitační v oblasti psychické a fyzické. Bodovací systém - díky němu víme, co se klientovi daří nebo naopak nedaří. Má toleranční hranice. Po překročení těchto hranic, se objevují předem domluvené penalty. Návštěvy rodiny - první je naplánována až

po psychické rekonvalescenci a pokroku při aktivní spolupráci klienta. Pacient dostává při návštěvě informace o životě mimo ústavní léčbu, a tím může korigovat problematiku pohledu na svůj život při změně životního stylu. (Heller, 2011, s. 126-131)

7.2 Doléčovací programy

Doléčovací programy, ať typu ústavního nebo ambulantního, mají za svůj hlavní úkol stabilizovat změny v novém životním stylu klienta, na kterého působí běžné prostředí. S klientem je potřeba mluvit o jeho psychickém stavu, protože asi po roční abstinenci se znovu objevují primární problémy, které dříve vedly k požití alkoholu. Pokud zvládne návrat primárních problémů, ve druhém roce abstinence dochází k přeměně osobnosti i ve struktuře životního stylu a projevu, k tomu se musí správně postavit jeho okolí. Ke stabilizaci všech změn v životě klienta dochází v průběhu třetího roku, po tuto dobu je stále sledován odborníkem. Pokud klient ukončí spolupráci s terapeutem dříve, zvyšuje pravděpodobnost návratu k abusu a snižuje pravděpodobnost dlouhodobé remise. Až 80 % pacientů, kteří nastoupí na tříletý doléčovací program, se k pití alkoholu nevrátí. (Heller, 2011, s. 132-133)

PRAKTICKÁ ČÁST

8 FORMULACE PROBLÉMU

Je těžké určit, jaké množství alkoholu je v těhotenství pro plod bezpečné. Doporučení lékařů je takové, že by se každá těhotná měla alkoholu úplně vzdát, až do porodu dítěte. Musíme myslet na to, že pokaždé když se žena napije alkoholu, dává jej i svému nenarozenému dítěti. Alkohol se velmi rychle a snadno dostane přes placentu do krevního oběhu plodu, a to ve stejné koncentraci. Plodu však trvá déle, než alkohol jeho tělo odbourá. Při konzumaci dvou sklenic alkoholického nápoje denně znamená, že plod vystavuje riziku vzniku fetálního alkoholového syndromu či dalším poruchám, které budou komplikovat jeho život.

Alkohol má spoustu nežádoucích účinků i na samotnou matku. Proto se chci ve své bakalářské práci zaměřit na konzumaci alkoholu v těhotenství. Zjistit zda ženy ví, jaké důsledky může mít konzumace alkoholu během těhotenství na zdraví plodu a jaké na zdraví jí samotné. Dále jestli ví, kam se při problémech s alkoholem obrátit a zda znají instituci zabývající se o problémy spojené s alkoholem a závislostí na alkoholu.

CÍLE PRŮZKUMU

1. Zjistit kolik žen konzumuje alkohol v těhotenství
2. Zjistit informovanost žen o účinku alkoholu na jejich zdraví
3. Analyzovat znalosti žen o poškození plodu vlivem alkoholu
4. Zjistit, zda ženy vědí, kam se obrátit v případě závislosti na alkoholu

METODIKA

Zvolenou formou pro vypracování praktické části mé bakalářské práce je dotazníkové šetření. Dotazník je určen pro těhotné ženy a pro ženy, které těhotenstvím prošly před méně než rokem. Dotazník je tvořen 15 otázkami, 11 uzavřenými, 3 polouzavřenými a 1 otevřenou. Dotazníky byly rozdány široké veřejnosti.

PŘEDPOKLADY

P1. Domnívám se, že v těhotenství konzumuje alkohol velmi nízké procento žen

Kritérium: za velmi nízké procento považuji méně než 10% žen

P2. Většina žen zná účinky alkoholu na jejich zdraví.

Kritérium: žena správně označí 3 účinky alkoholu na jejich zdraví

P3. Většina žen zná účinky alkoholu na plod.

Kritérium: žena správně označí 3 možná poškození plodu

P4. Většina žen zná instituci zabývající se problematikou alkoholismu

VZOREK RESPONDENTŮ

Dotazník je zaměřen na ženy těhotné a ženy, které jsou méně než rok po porodu. Dotazníky jsem rozdávala do doby, než jejich návratnost činila 100 a to v termínu od prosince 2013 do ledna 2014.

PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

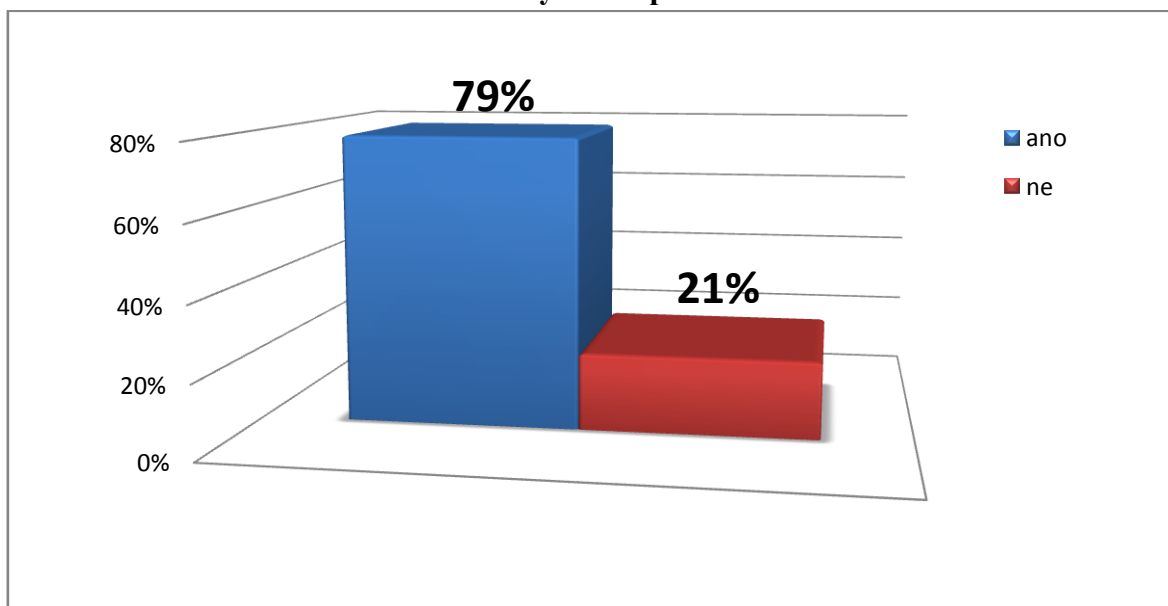
Předpoklad č. 1

Domnívám se, že v těhotenství konzumuje alkohol velmi nízké procento žen

Kritérium: za velmi nízké procento považují méně než 10% žen

K předpokladu č. 1 se vztahují otázky č. 1, 2, 3, 4, 5, 6

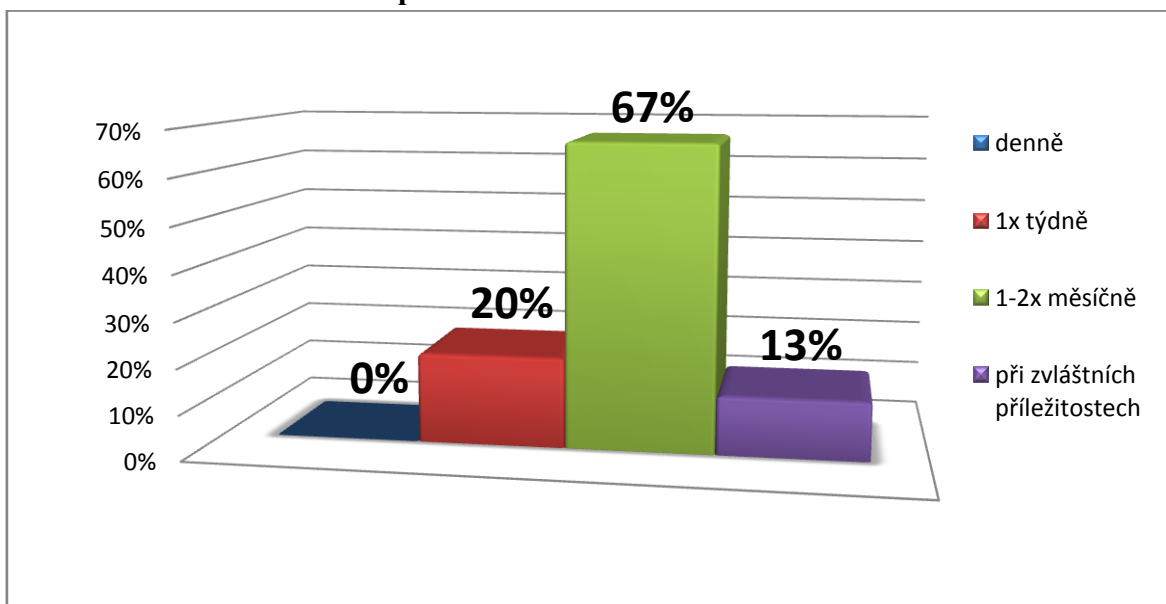
Graf 1 Konzumace alkoholu dotazovaných žen před otěhotněním



Zdroj: vlastní

Graf 1 vypovídá, že 79% žen požívalo alkoholické nápoje před těhotenstvím a 21% respondentek alkohol nepilo.

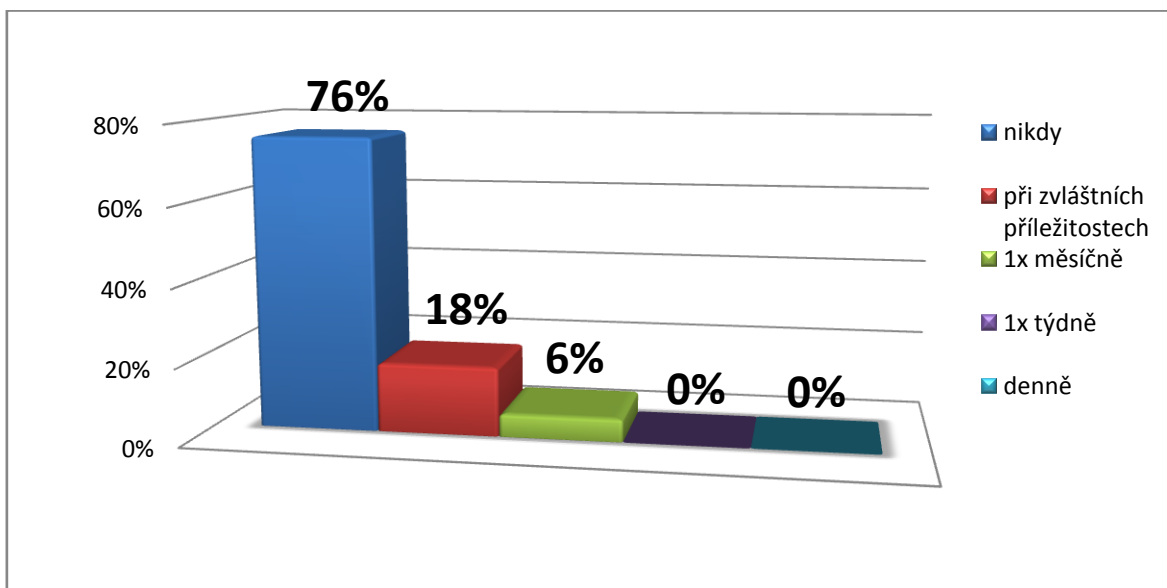
Graf 2 Konzumace alkoholu před těhotenstvím



Zdroj: vlastní

Na grafu 2 vidíme, že 67% (53) žen se napilo alkoholu 1-2x měsíčně, 20% dotazovaných (16) pilo alkoholické nápoje každý týden a 13% žen (10) pouze při zvláštních příležitostech, jako jsou svatby a oslavy. Na tuto otázku odpovídaly jen ženy, které uvedly, že požívaly alkoholické nápoje před těhotenstvím.

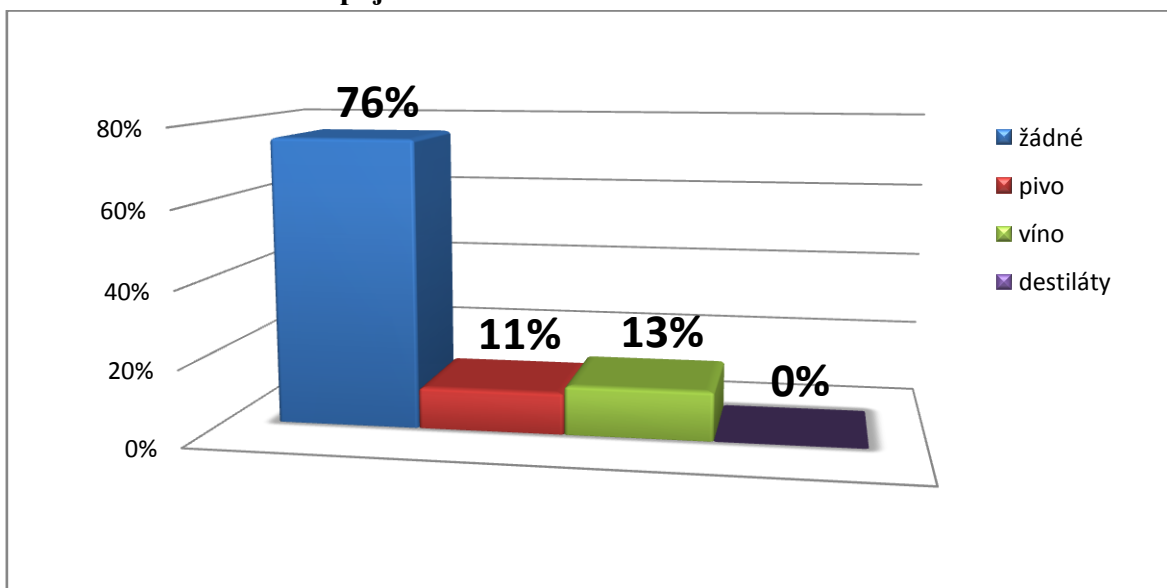
Graf 3 Konzumace alkoholu v těhotenství



Zdroj: vlastní

V grafu 3 je znázorněno, kolik žen pilo alkohol během těhotenství. 76% dotázaných žen uvedlo, že nepilo v těhotenství vůbec. 18% označilo odpověď „při zvláštních příležitostech“ a 6% žen uvedlo, že alkohol pilo jednou za měsíc. Odpovědi „1x týdně“ a „denně“ neoznačila žádná respondentka.

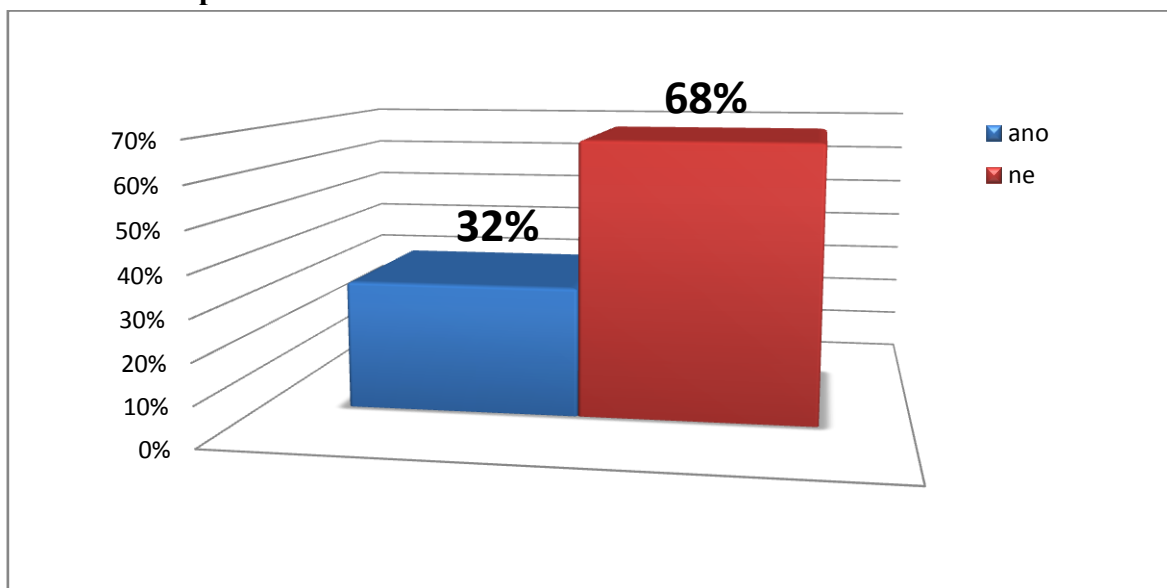
Graf 4 Konzumované nápoje v těhotenství



Zdroj: vlastní

Graf 4 ukazuje, jaké alkoholické nápoje ženy v těhotenství pily. 76% uvedlo, že žádné. Víno pilo 13% a pivo 11% dotázaných. Destiláty nepožila v těhotenství žádná z dotázaných žen.

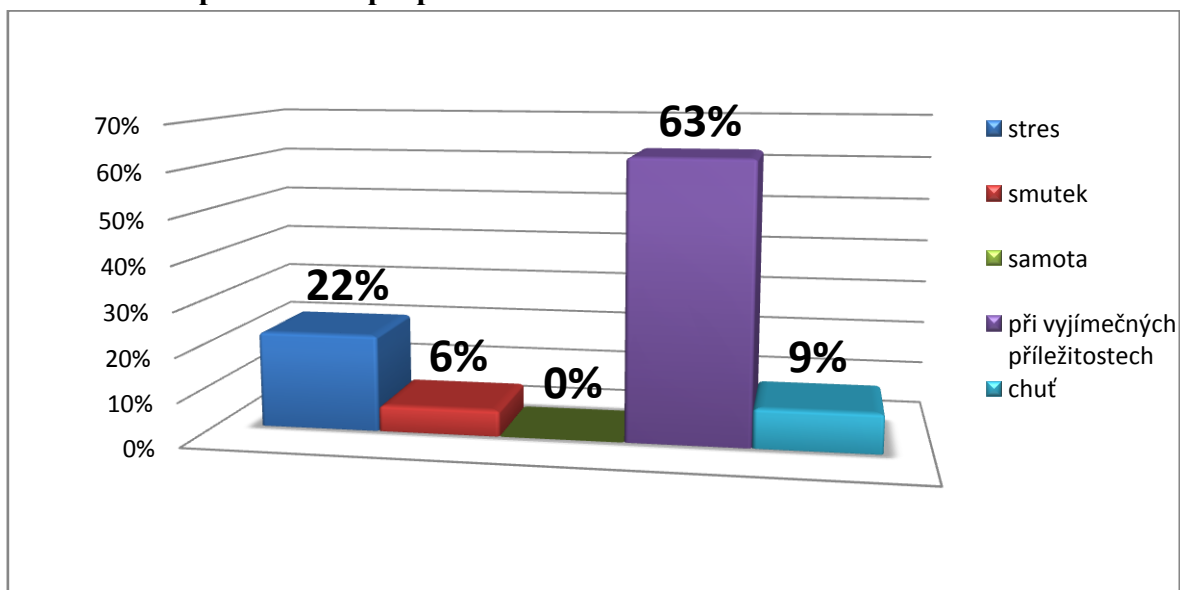
Graf 5 Touha po alkoholu během těhotenství



Zdroj: vlastní

V grafu 5 se dozvídáme, že 68% žen nepocítilo během těhotenství žádnou touhu po alkoholu. 32% respondentek uvedlo, že v těhotenství pocítilo touhu po alkoholu.

Graf 6 Touha po alkoholu při příležitosti



Zdroj: vlastní

V grafu 6 vidíme odpovědi pouze žen, které v předešlé otázce vyplnily možnost „ano“. Nejvíce žen, 63% (20), pocítilo touhu po alkoholu při výjimečných situacích, jako jsou oslavy a svatby, 22% žen (7) uvedlo, že touhu po alkoholu pocítilo ve stresu. 6% (2) vyplnily možnost „smutek“. Samotu neoznačila žádná dotázaná žena. V této otázce měly ženy možnost dopsat jiný důvod. 9% žen (3) uvedlo, že mělo na alkohol chuť.

Závěr: předpoklad se nepotvrdil

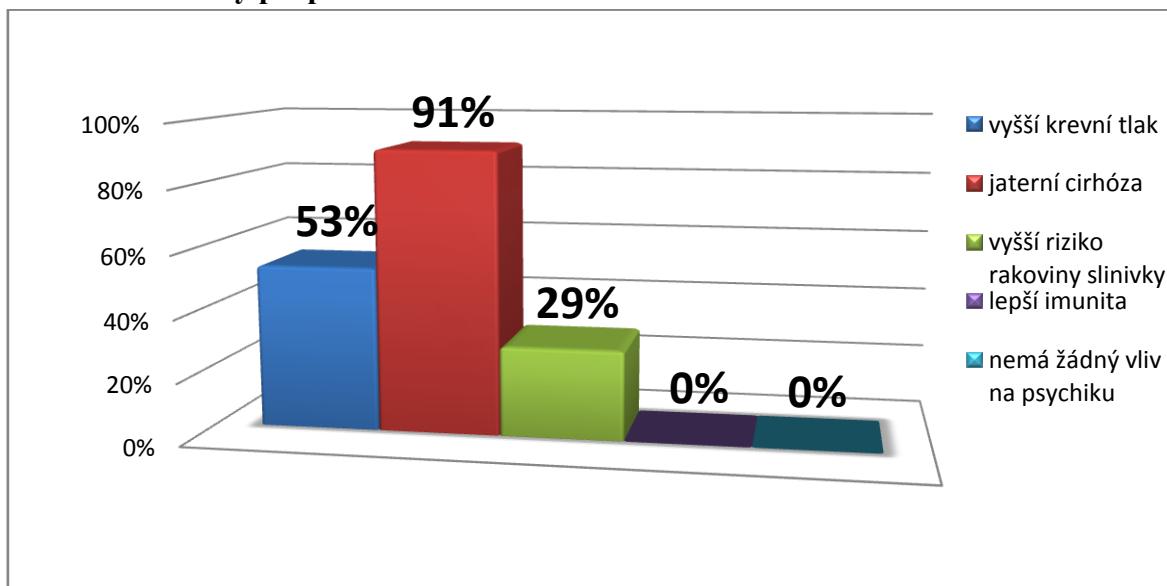
Předpoklad č. 2

Většina žen zná účinky alkoholu na jejich zdraví.

Kritérium: žena správně označí alespoň 3 z 5 účinků alkoholu na jejich zdraví

K předpokladu č. 2 se vztahují otázky č. 11, 12, 13

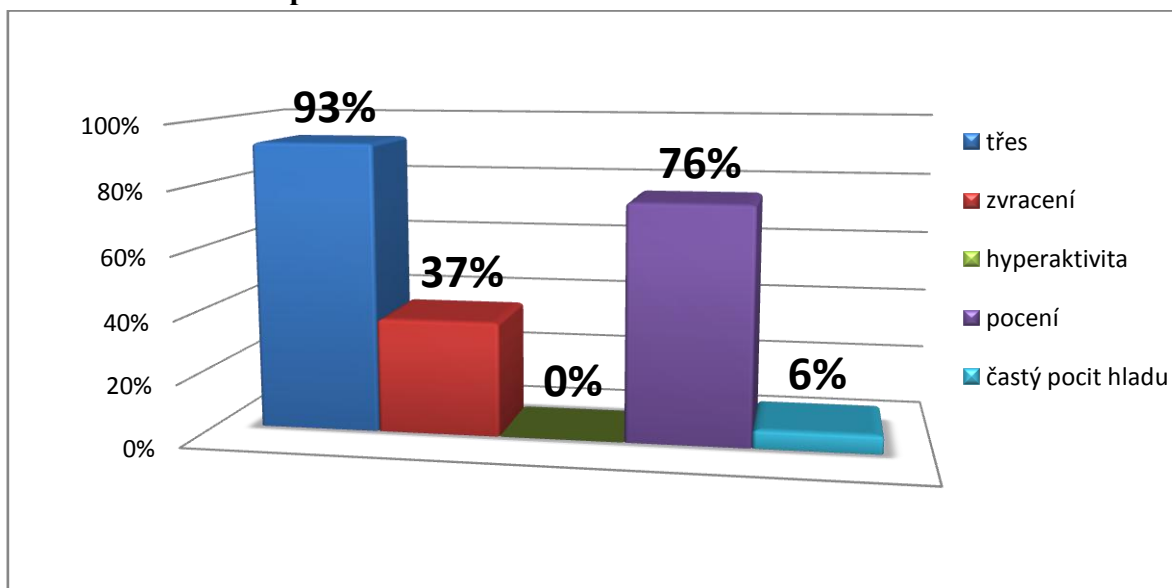
Graf 11 Problémy při pravidelné konzumaci alkoholu



Zdroj: vlastní

Z grafu 11 se dozvídáme, jaké mají dotazované ženy znalosti o problémech způsobených pravidelnou konzumací alkoholu. Skoro všechny ženy, 91%, uvedly jaterní cirhózu, 53% vyšší krevní tlak a 29% dotázaných správně označilo vyšší riziko rakoviny slinivky. Žádná respondentka neoznačila chybné odpovědi (lepší imunita, nemá žádný vliv na psychiku).

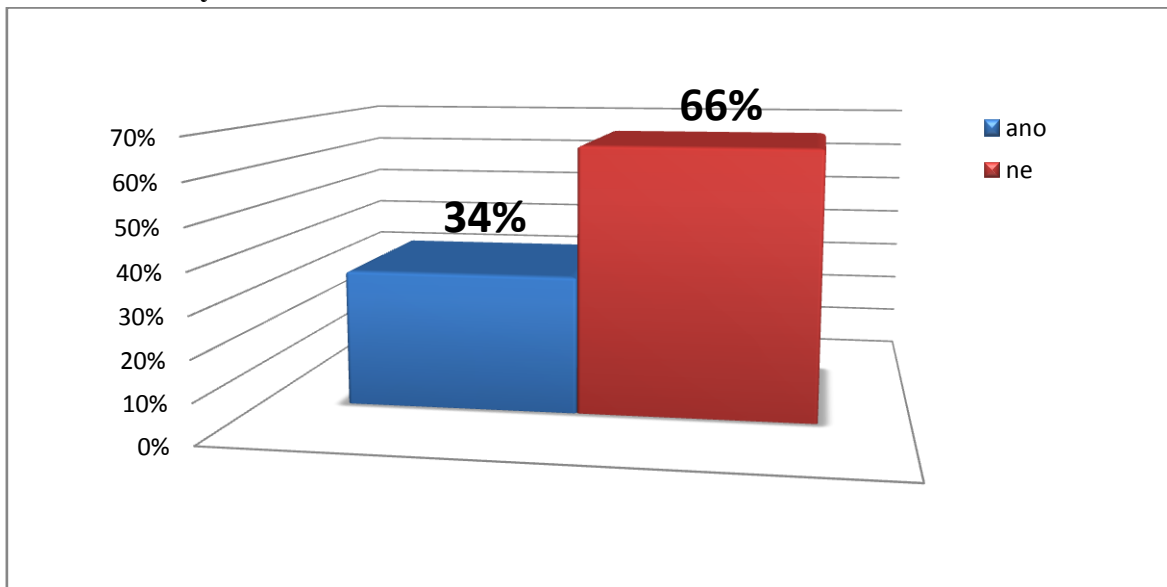
Graf 12 Abstinenční potíže



Zdroj: vlastní

Graf 12 ukazuje, jestli ženy ví, jaké mohou být abstinenční potíže u alkoholově závislých. 93% dotazovaných žen uvedlo třes, 76% pocení a 37% žen zvracení, což byly správné možnosti. Špatnou odpověď „častý pocit hladu“ označilo 6% žen a žádná z dotázaných neoznačila chybnou hyperaktivitu.

Graf 13 Závísly na alkoholu v okolí



Zdroj: vlastní

V grafu 13 je znázorněno, kolik z dotazovaných žen má ve svém okolí někoho, kdo je závislý na alkoholu. Nikoho ve svém okolí nezná 66% žen a 34% dotazovaných udává, že má ve svém okolí závislého.

Závěr: předpoklad se nepotvrdil

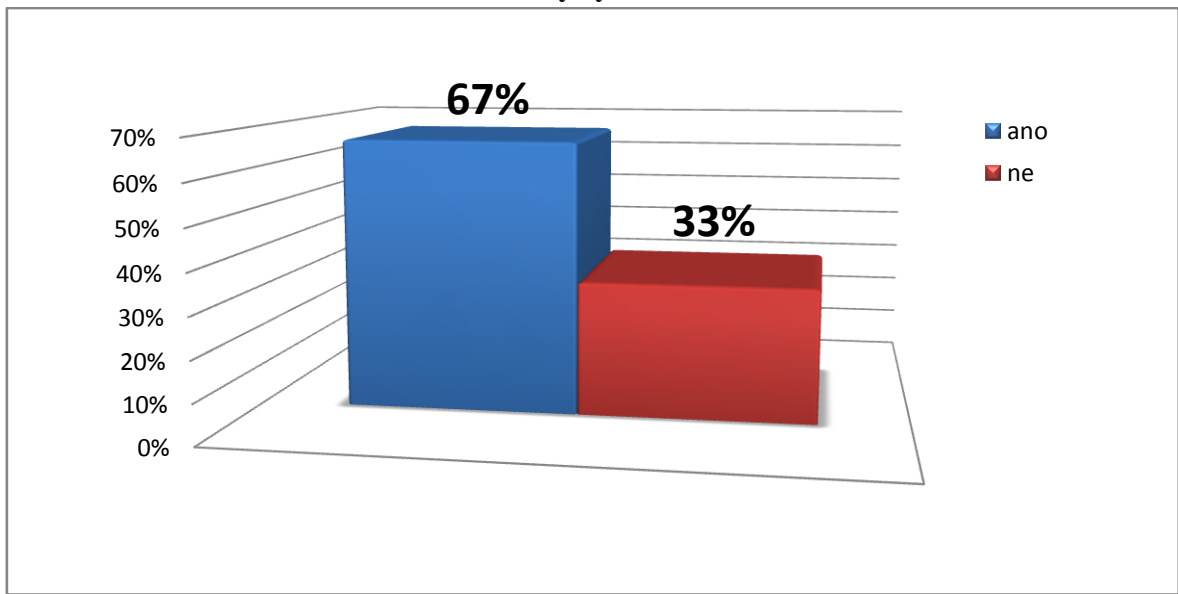
Předpoklad č. 3

Většina žen zná účinky alkoholu na plod.

Kritérium: žena správně označí alespoň 3 z 5 poškození plodu

K předpokladu se vztahují otázky č. 7, 8, 9, 10

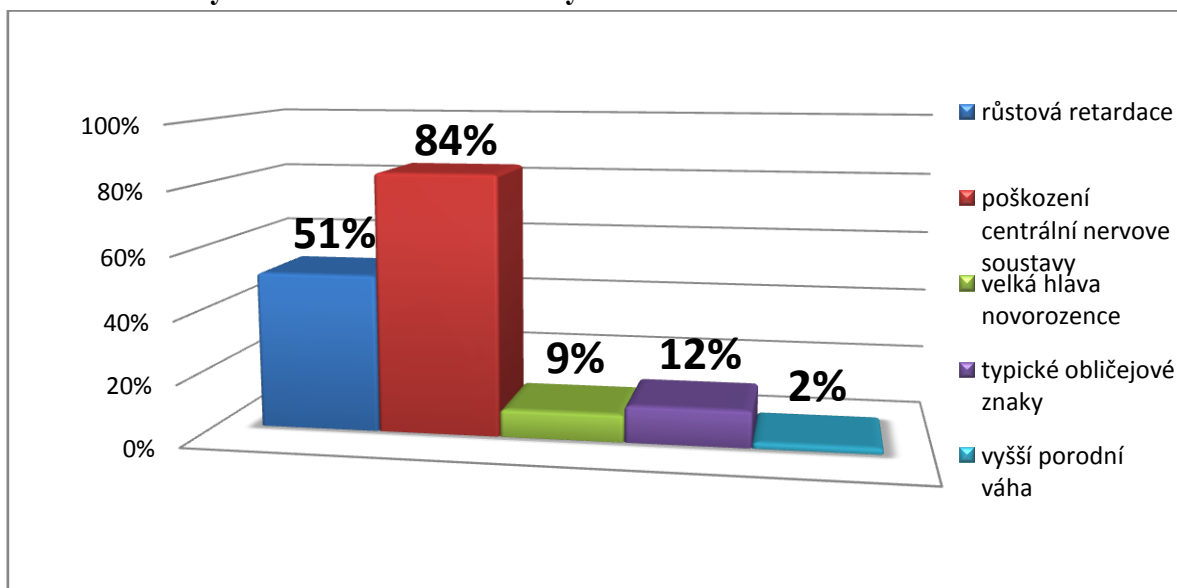
Graf 7 Znalost termínu fetální alkoholový syndrom



Zdroj: vlastní

Graf 7 ukazuje, kolik z dotazovaných žen někdy slyšelo termín fetální alkoholový syndrom. Z vyhodnoceného dotazníku vyplývá, že pojem fetální alkoholový syndrom slyšelo 67% žen, 33% dotazovaných nikdy o této poruše neslyšelo.

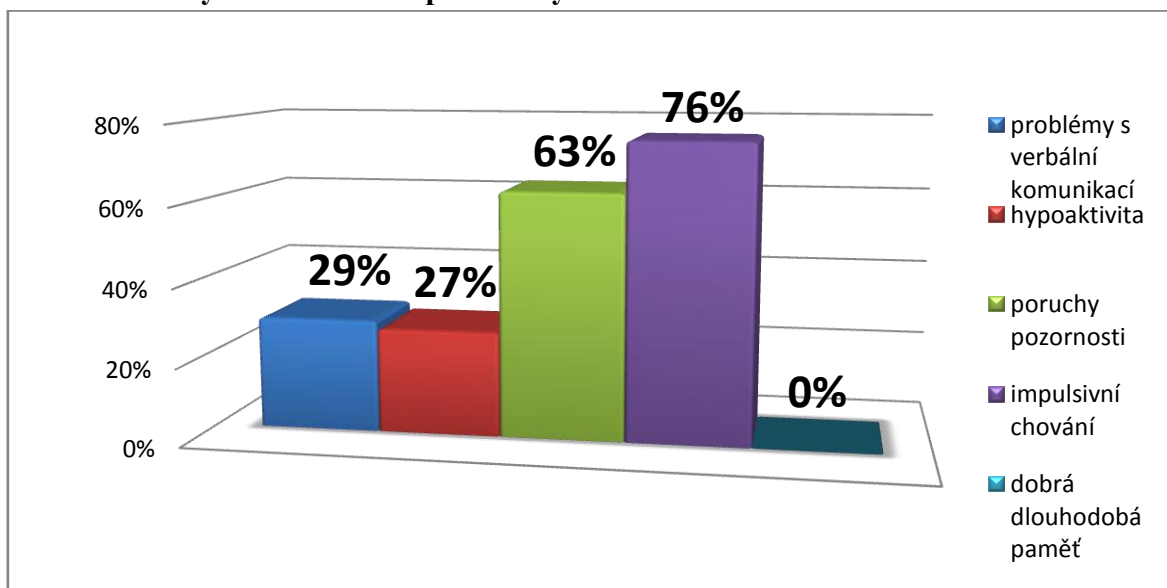
Graf 8 Příznaky fetálního alkoholového syndromu



Zdroj: vlastní

Graf 8 znázorňuje znalosti respondentek o fetálním alkoholovém syndromu. V této otázce bylo možno označit více správných odpovědí. Nejvíce žen, 84%, označilo odpověď „poškození centrální nervové soustavy“, 51% růstovou retardaci a 12% dotazovaných si myslí, že příznakem fetálního alkoholového syndromu jsou typické obličejové rysy. Tyto odpovědi byly správné. Špatnou možností byla velké hlava novorozence, kterou označilo 9% žen a vyšší porodní váha, kterou si vybrala 2% žen.

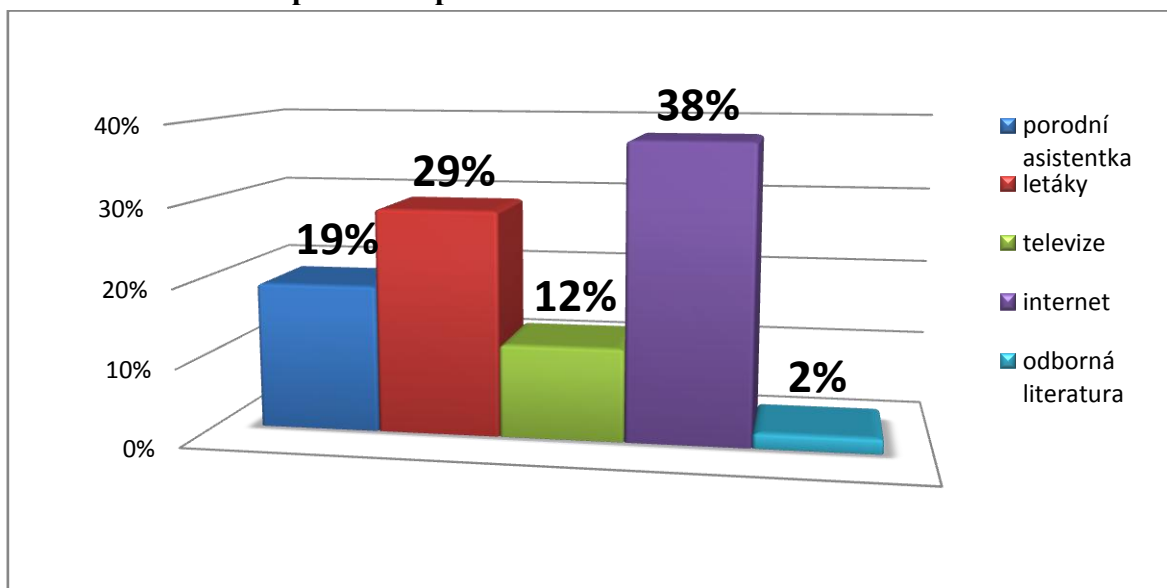
Graf 9 Poruchy chování u dětí poškozených alkoholem



Zdroj: vlastní

Vyhodnocení otázky, jakými poruchami chování může dítě poškozené alkoholem trpět, je ukázáno v grafu 9. 76% z dotázaných žen označilo impulsivní chování, 63% poruchy pozornosti a 29% se domnívá, že mezi poruchy patří problémy s verbální komunikací. Tyto odpovědi byly správné. 27% respondentek si vybralo odpověď „hypoaktivita“ a žádná žena neoznačila dobrou dlouhodobou paměť, co byly odpovědi chybné.

Graf 10 Informace o poškození plodu alkoholem



Zdroj: vlastní

Z grafu 10 se dozvídáme, odkud mají respondentky informace o možném poškození plodu alkoholem. Nejvíce žen, 38%, se o fetálním alkoholovém syndromu dozvědělo z internetu, 29% z letáků, 19% od své porodní asistentky a 12% z televize. U této otázky byla možnost, dopsat jiný zdroj informací o fetálním alkoholovém syndromu. 2% žen uvedla, že informace čerpala z odborné literatury.

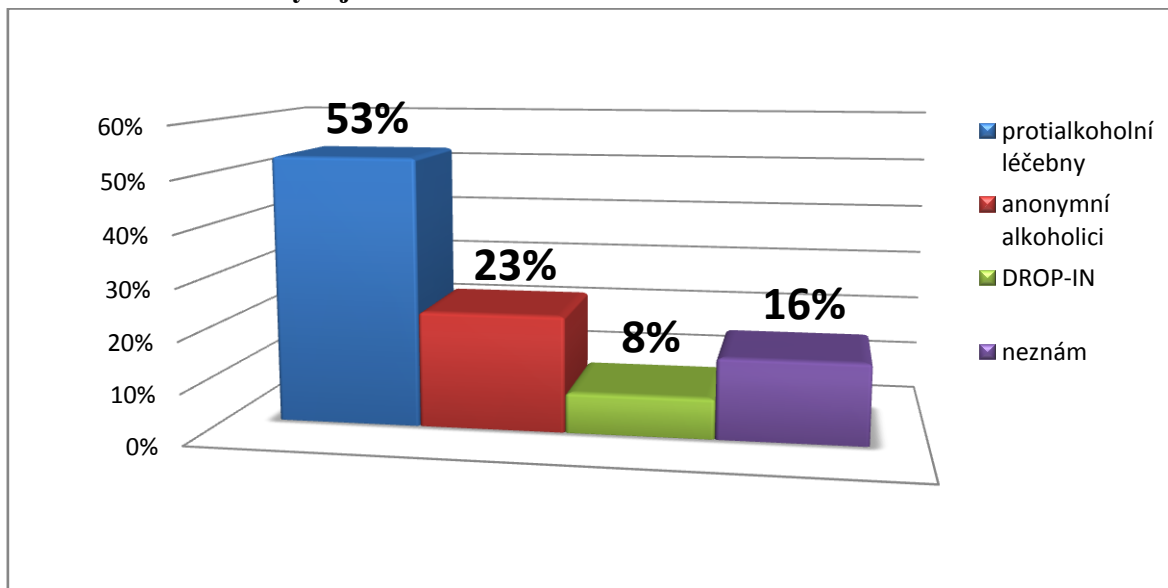
Závěr: předpoklad se nepotvrdil

Předpoklad č. 4

Většina žen zná instituci zabývající se problematikou alkoholismu

K předpokladu se vztahují otázky č. 14, 15

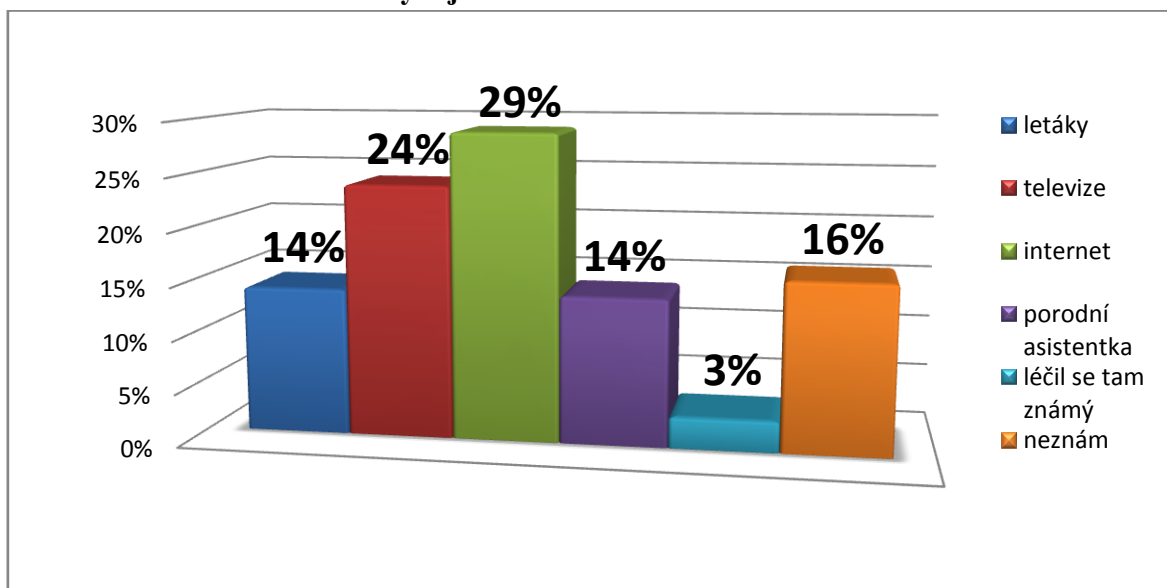
Graf 14 Instituce zabývající se závislostí na alkoholu



Zdroj: vlastní

Graf 14 ukazuje, které instituce zabývající se alkoholovou závislostí respondentky znají. Nejvíce byly udávány protialkoholní léčebny, ty zná 53% z dotázaných žen. 23% napsalo anonymní alkoholiky a 8% DROP-IN. 16% žen nezná žádnou instituci, kde se zabývají alkoholovou závislostí.

Graf 15 Znalost instituce zabývající se alkoholovou závislostí



Zdroj: vlastní

Graf 15 znázorňuje zdroje informací o instituci zabývající se alkoholovou závislostí. Nejvíce byla označována možnost internet, kterou si vybralo 29% žen, 24% označilo televizi jako zdroj informací, 14% dotázaných zná instituci od porodních asistentek a 14% z letáků. 3% žen uvedla, že instituci znají, protože se jim tam léčil známý. 16% žen nezná žádnou instituci zabývající se alkoholovou závislostí.

Závěr: předpoklad se potvrdil

9 DISKUZE

Cílem bakalářské práce bylo, zjistit kolik žen konzumovalo alkohol během těhotenství a jestli znají účinky alkoholu na jejich zdraví a na plod. Dalším cílem bylo analyzovat znalost žen o institucích zabývajících se problematikou alkoholismu. Stanoveny byly čtyři předpoklady, k jejichž potvrzení či vyvrácení, byly použity výsledky z dotazníkového šetření. Vzorek respondentů tvořily ženy těhotné nebo ženy do 1 roka po porodu. Celkový počet respondentek bylo 100.

První dvě otázky byly zaměřeny na období před těhotenstvím. Respondentky odpovídaly na otázku, zda pily alkohol před graviditou, a pokud ano, tak jak často. 79% žen uvedlo, že alkohol před otěhotněním pilo, 21% žen nikoli. Nejvíce z dotazovaných (67%) pilo alkoholické nápoje 1-2x měsíčně, 20% žen požilo alkohol každý týden a 13% se napilo alkoholu jen při výjimečných situacích. Žádná z žen neuvedla možnost „denně“. Odpovědi na tyto otázky mne nepřekvapily. Většina žen žije společenským životem, kdy si jednou za čas zajde s přáteli na „pár“ sklenek vína či piva. V dnešní době alkohol patří k většině příležitostí, kdy se lidé chtějí bavit. Ať je svatba, oslava narozenin nebo setkání pár přátel, vždy se konzumuje alkohol.

Otázky č. 3 a 4 se zabývaly konzumací alkoholu v těhotenství. 76% respondentek uvedlo, že alkohol během těhotenství vůbec nepilo. 18% dotázaných žen se napilo alkoholu při zvláštních příležitostech, jako jsou svatby nebo oslavy a 6% konzumovalo alkoholické nápoje 1x měsíčně. Žádná z žen neuvedla možnosti „jednou týdně“ ani „denně“. Další otázka se ptala, jaké alkoholické nápoje ženy v těhotenství pily. 76% nepilo během těhotenství žádné alkoholické nápoje. Piva se napilo 11% žen a 13% žen si během gravidity dalo víno. Destiláty a tvrdý alkohol nepila v těhotenství žádná z dotázaných žen. Velmi mě překvapil výsledek tohoto šetření, ze kterého vyplívá, že téměř čtvrtina těhotných žen konzumuje během svého těhotenství alkoholické nápoje. 6% žen pije alkoholické nápoje dokonce opakovaně. Myslím si, že každá žena ví, že požívání alkoholu během těhotenství má mnoho rizik, proto by mě zajímalo, co těhotné ženy vedlo k opakovanému požívání alkoholu. V budoucnu bych chtěla pokračovat v šetření a více se zaměřit na tuto otázku.

V otázce č. 5 a č. 6 odpovídaly ženy na otázku, zda během těhotenství pocítily touhu po alkoholu, pokud ano v jaké to bylo situaci. 68% žen uvedlo, že během těhotenství nepocítilo žádnou touhu po alkoholu. 32% dotázaných označilo možnost „ano“. Na otázku, při jaké příležitosti se touha po alkoholu projevila, odpovědělo nejvíce respondentek, 63%

(20), při výjimečných příležitostech. U 22% (7) žen byl spouštěčem touhy po alkoholu stres. Chuť na alkohol udalo 9% (3) žen a 6% (2) žen uvedlo smutek. 20 žen mělo potřebu napít se alkoholu při výjimečných událostech. Tento výsledek jsem očekávala. Pokud je žena zvyklá při příležitostech pít alkohol a najednou nemůže, může pocítit potřebu se napít. Poté záleží na vůli ženy, zda se napije nebo kvůli svému nenarozenému dítěti svou potřebu potlačí. 9 žen pocítilo potřebu se napít alkoholu ve stresu či smutku. Myslím si, že tišení naší vnitřní bolesti, stresu či smutku alkoholem je rizikové pro vznik alkoholismu. Alkohol by neměl být považován za lék na řešení problému. Alkohol nic nevyřeší, naopak nám může přinést další problémy.

Otázky č. 7, 8 a 9 jsou zaměřeny na znalosti žen o fetálním alkoholovém syndromu. Termín fetální alkoholový syndrom slyšelo 67% žen, zbytek žen (33%) tento pojem nikdy neslyšel. V následující otázce měly ženy označit správné odpovědi na otázku, jaké příznaky zahrnuje fetální alkoholový syndrom. Zde byla možnost vybrání více možností. Nejvíce žen (84%) označilo možnost poškození nervové soustavy, 51% žen růstovou retardací a 12% žen si myslí, že fetální alkoholový syndrom zahrnuje typické obličejové znaky. To byly správné odpovědi. Chybně odpověděly ženy, které označily možnosti velká hlava novorozence (9%) a vyšší porodní váha (2%). Další otázka se ptala, jakými poruchami chování trpí děti poškozené alkoholem. Správně odpověděly respondentky, které označily možnost impulsivní chování (76%), poruchy pozornosti (63%) a problémy s verbální komunikací (29%). Špatné možnosti byly hypoaktivita, kterou uvedlo 27% žen a dobrá dlouhodobá paměť, kterou si nevybrala žádná z dotazovaných žen. Respondentky odpovídaly na otázky o fetálním alkoholovém syndromu podle mého názoru velmi dobře. Protože ženy měly na výběr odpovědi, nedokážu posoudit jak moc objektivní toto šetření je. V příštím výzkumu bych tuto otázku položila jako otázku otevřenou.

Otázka č. 10 zjišťuje, odkud dotazované ženy znají informace o poškození plodu alkoholem. Nejvíce žen našlo tuto informaci na internetu (38%), více než čtvrtina žen (29%) označila možnost letáky. Od porodní asistentky má informace 19% žen a 12% respondentek zná možnosti poškození plodu alkoholem z televize. 2% žen si tyto informace přečetla v odborné literatuře. Myslím, že by porodní asistentky měly těhotným ženám podávat více informací o možném poškození plodu v graviditě. Vyhodnocení otázky č. 10 ukazuje, že 4/5 žen porodní asistentky o tomto problému vůbec neinformovaly. To je podle mého názoru velký nedostatek v prenatální péči.

Otázky č. 11 a č. 12 zjišťují informovanost žen o účincích alkoholu a abstinčních potížích u člověka závislého na alkoholu. Na otázku co způsobuje pravidelná konzumace alkoholu téměř všechny ženy (91%) označily možnost jaterní cirhóza, více než polovina dotazovaných (53%) odpověděla vyšší krevní tlak a 29% žen vybralo možnost vyšší riziko rakoviny slinivky – to byly správné odpovědi. Chybné odpovědi, lepší imunita a alkohol nemá žádný vliv na psychiku, neoznačila žádná z žen. V další otázce jsem se ptala dotazovaných žen, jaké znají abstinční potíže u závislých na alkoholu. 93% respondentek označilo odpověď třes, 76% pocení a 37% žen si myslí, že mezi příznaky patří zvracení – to byly správné možnosti. Špatné odpovědi byly častý pocit hladu, který označilo 6% žen a hyperaktivita, kterou neoznačil nikdo. Výsledky tohoto šetření dokazují, že ženy mají výborný přehled o účincích alkoholu na zdraví člověka i o abstinčních potížích u závislého na alkoholu. Dle mého názoru je velmi dobře, že si jsou lidé vědomi účinků alkoholu na jejich zdraví. Myslím, že tyto znalosti odradí mnoho lidí od nadměrné konzumace alkoholických nápojů.

V otázce č. 13 jsem se ptala, zda mají ženy ve svém okolí někoho, kdo je závislý na alkoholu. 66% žen odpovědělo záporně, tedy že nezná nikoho se závislostí na alkoholu. Více než třetina žen (34%) má ve svém okolí osobu, která má problémy s alkoholovou závislostí. Toto vyhodnocení dokazuje, jak je alkoholismus rozšířený problém.

Otázka č. 14 byla otevřená a ženy měly napsat alespoň jednu instituci zabývající se alkoholovou závislostí. Nejvíce respondentek (53%) uvedlo různé protialkoholní léčebny (Dobřany, Bohnice), 23% žen odpovědělo anonymní alkoholici. 16% z dotázaných, nezná žádnou instituci zabývající se alkoholovou závislostí a 8% žen uvedlo DROP-IN. Myslím si, že každý by měl znát nějakou instituci, kde se zabývají problémy s alkoholem. Je dobré vědět, kam se obrátit při potřebě pomoci, ať nám samotným nebo někomu blízkému z našeho okolí.

V otázce č. 15 zjišťuji, odkud uvedenou instituci zabývající se alkoholovou závislostí znají. Z internetu zná instituci zabývající se alkoholovou závislostí 29% žen, 24% ji zná z televize. 16% žen žádnou instituci zabývající se o lidi s alkoholovou závislostí nezná. 14% žen zná uvedenou instituci od porodních asistentek a stejné množství z letáků a 3% uvedla, že ji znají, protože se jim tam léčil známý. Tento výsledek mě nepřekvapil. V dnešní době se dá na internetu najít téměř vše, a proto mnoho lidí vyhledává potřebné informace právě tam. Co se týče těhotných žen, myslím, že hlavním zdrojem informací by měly být porodní asistentky.

ZÁVĚR

V teoretické části je popsán alkoholismus a jeho důsledky. Rozebrala jsem vznik alkoholismu, diagnostiku i léčbu. Zaměřila jsem se především na alkoholismus u žen, zvláště v těhotenství. Uvádím specifika alkoholismu u žen, důsledky pro rodinu a možnosti ovlivnění plodu alkoholem – rozebrán hlavně fetální alkoholový syndrom.

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit počet žen, které v těhotenství konzumují alkohol. V práci jsem se zaměřila také na informovanost žen o negativních vlivech na zdraví člověka, a také o možném poškození plodu alkoholem. Po vyhodnocení dotazníkového šetření jsem došla k závěru, že většina budoucích matek si není vědoma všech rizik, které požívání alkoholu může obnášet. Vědí, že alkohol není vhodné v těhotenství pít, ale neznají konkrétní problémy, které může abusivní alkohol v graviditě způsobit. Překvapil mě i výsledek, že některé ženy konzumují během těhotenství alkohol opakovaně. Dalším z cílů bylo zjistit, zda ženy znají účinky alkoholismu na zdraví jejich a zda vědí kam se při problémech s alkoholem obrátit. Z výsledků vyplývá, že tyto informace ženy znají. Všechny zadané cíle se mi podařilo splnit a tím i potvrdit či vyvrátit předem stanovené předpoklady.

Myslím si, že by porodní asistentky měly zlepšit komunikaci s jejich klientkami, edukovat nastávající matky o nevhodnosti požívání alkoholických nápojů v těhotenství a možných rizicích s konzumací spojených. Apelovat na dodržení abstinence nejen v těhotenství, ale i v období kojení. Nastávající matky jsou s porodními asistentkami častěji v kontaktu než s lékaři, proto by se měly porodní asistentky více věnovat této problematice. Tato práce by mohla sloužit jako podklad k edukaci o alkoholismu v těhotenství a jeho dopadu na plod.

Tato práce mě velmi obohatila. Díky vypracování teoretické části jsem přečetla spousty knih a článků o alkoholismu jako takovém i v těhotenství. Dozvěděla jsem se mnoho nových poznatků o vzniku alkoholismu i jeho léčbě. O negativním působení na různé orgány našeho těla a hlavně o působení alkoholu na plod. Myslím si, že nové poznatky o fetálním alkoholovém syndromu a celkové nevhodnosti požívání alkoholických nápojů během těhotenství, se mi, jako budoucí porodní asistentce, budou při mé profesi hodit. V praktické části jsem se dozvěděla, že většina porodních asistentek dostatečně neinformuje těhotné ženy o účincích alkoholu na plod. To bych ráda v budoucnu změnila. Ne všechny ženy znají účinky alkoholu na plod, ale všechny ženy mají právo o nich vědět.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ASTLEY, Susan. J. Fetal alcohol syndrome prevention in Washington State: evidence of success. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*. 2004, svazek 18, č. 5, s. 344-351. ISSN 0269-5022.
- GREGORA, Martin a VELEMÍNSKÝ, Miloš ml. *Nová kniha o těhotenství a mateřství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 229 s. ISBN 978-80-247-3081-3.
- HÁJEK, Zdeněk et al. *Rizikové a patologické těhotenství*. 1. vyd. české. Praha: Grada, 2004. 444 s. ISBN 80-247-0418-8.
- HELLER, Jiří a PECINOVSKÁ, Olga. *Pavučina závislosti: alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby*. 1 vyd. Praha: Togga, 2011. 215 s. ISBN 978-80-87258-62-0.
- KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 1*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky. 2003. 320 s. ISBN 80-86734-05-6.
- MALÁ, Eva et al. *Dítě a stres*. 1. vyd. Praha: Tigris, 2007. 63-101 s. ISBN 978-80-903750-1-7.
- NEŠPOR, Karel. *Alkohol a jiné návykové látky u žen*. Podklady pro přednášky Katedry gynekologie a porodnictví IPVZ. Praha: 2007a. 16 s.
- NEŠPOR, Karel. *Jak překonat problémy s alkoholem*. Sportpropag pro Ministerstvo zdravotnictví ČR, 4. vyd. Praha: 2004, 124 s.
- NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. 3. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007b. 176 s. ISBN 978-80-7367-267-6.
- NEŠPOR, Karel a CSÉMY, Ladislav. Alkohol v těhotenství. *Časopis lékařů českých*. 2005, roč. 144, č. 10, s. 704-705. ISSN 0008-7335.
- NEŠPOR, Karel a SCHEANSOVÁ, Andrea. Alkohol, tabák a jiné návykové látky a reprodukční rizika. *Bulletin Sdružení praktických lékařů ČR*. 2010, roč. 20, č.6, s. 32-38. ISSN 1212-6152.
- JAROLÍMKOVÁ, Stanislava a PETERKA Miroslav. *Aby se narodilo zdravé*. 1. vyd. Praha: Chvojko nakladatelství, 2003. 157 s. ISBN 80-86183-42-4.
- PROFOUS, Jiří. *Průvodce alkoholovou závislostí*. 1. vyd. Praha: Galén, 2011. 108 s. ISBN 978-80-7262-820-9.
- SABERSKY, Annette. *Gesunder Genuss Für Mutter und Baby*. 1. vyd. Stuttgart: Urania, 2007. 223 s. ISBN 978-3-332-01974-2.

SANDOROVÁ, Radka et al. Droga jménem alkohol. *Kontakt: vědecký časopis Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity*. 2006, roč. 8, č. 2, s. 358-365. ISSN 1212-4117.

SEDLÁČKOVÁ, Kateřina, a ŽIŽKOVÁ Blanka. Dopad užívání psychoaktivních látek v těhotenství. *Sestra*. 2007, roč. 17, č. 7-8, s. 35-36. ISSN 1210-0404.

SEDLÁČKOVÁ, Kateřina a ŽIŽKOVÁ Blanka. Užívání psychoaktivních látek v těhotenství. *Prevence úrazů, otrav a násilí*. 2007, roč. 3, č. 1, s. 71-76. ISSN 1801-0261.

SCHMIDTOVÁ, Jana. Fetální alkoholový syndrom (FAS) a spektrum vrozených alkoholových poruch (FASD). *Adiktologie*. 2007, roč. 7, č. 3, s. 353-364. ISSN 1213-3841.

TRČA, Stanislav. *Budeme mít děťátko*. 9. předprac. vyd. Praha: Grada, 2009. 272 s. ISBN 978-80-247-2581-9.

VAVŘINKOVÁ, Blanka a BINDER Tomáš. *Návykové látky v těhotenství*. 1. vyd. Praha: Triton, 2006. 122 s. ISBN 80-7254-829-8.

www.alkoholik.cz. Načteno z

http://www.alkoholik.cz/zavislost/zeny_a_alkohol/zena_alkoholicka_piti_alkoholu_u_zen_specifika_chovani_a_duvody_alkoholismu.html

www.zachytka.sk. Načteno z <http://zachytka.sk/zavislost-od-alkoholu/typy-alkoholizmu/>

SEZNAM ZKRATEK

př. n. l.	před našim letopočtem
n. l.	našeho letopočtu
tzv.	takzvaně
GMT	gama-glutamyltransferáza
RTG	rentgen
AST	aspartátaminotransferáza
ALT	alaninaminotransferáza
EEG	elektroencefalografie
USA	spojené státy americké (United States of America)
ARND	neurologické vývojové poruchy spojené s alkoholem (alcohol related neurodevelopmental disorders)
ARBD	vrozené vady spojené s alkoholem (alcohol related birth defects)
FAE	částečně rozvinutý FAS (fetal alcohol effects)
FAS	plně vyvinutý fetální alkoholový syndrom
FASD	spektrum fetálních alkoholových poruch (fetal alcohol spectrum disorders)
IQ	intelligenční kvocient

SEZNAM GRAFŮ

- Graf č. 1 Konzumace alkoholu dotazovaných žen před otěhotněním
- Graf č. 2 Konzumace alkoholu před těhotenstvím
- Graf č. 3 Konzumace alkoholu v těhotenství
- Graf č. 4 Konzumované nápoje v těhotenství
- Graf č. 5 Touha po alkoholu během těhotenství
- Graf č. 6 Touha po alkoholu při příležitosti
- Graf č. 7 Znalost termínu fetální alkoholový syndrom
- Graf č. 8 Příznaky fetálního alkoholového syndromu
- Graf č. 9 Poruchy chování u dětí poškozených alkoholem
- Graf č. 10 Informace o poškození plodu alkoholem
- Graf č. 11 Problémy při pravidelné konzumaci alkoholu
- Graf č. 12 Abstinenční potíže
- Graf č. 13 Závislý na alkoholu v okolí
- Graf č. 14 Instituce zabývající se závislostí na alkoholu
- Graf č. 15 Znalost instituce zabývající se alkoholovou závislostí

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha č. 1 Dotazník
- Příloha č. 2 Tabulka č. 1 – Kritéria závislosti dle Světové zdravotnické organizace
- Příloha č. 3 Tabulka č. 2 – Kritéria závislosti dle Americké psychiatrické asociace
- Příloha č. 4 Tabulka č. 3 – Otázky pro diagnostický rozhovor
- Příloha č. 5 Tabulka č. 4 – Stupnice IQ
- Příloha č. 6 Znaky fetálního alkoholového syndromu

PŘÍLOHY

Příloha č.1 Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Michaela Morová a jsem studentkou třetího ročníku oboru porodní asistentka na Fakultě zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni. Nyní pracuji na své bakalářské práci s názvem „Alkoholismus a těhotenství“.

Prosím Vás o vyplnění tohoto dotazníku, který je zcela anonymní a informace z něj poslouží pouze pro mou bakalářskou práci. Označte vždy jednu odpověď, pokud není uvedeno jinak.

1. Pila jste alkohol před otěhotněním?
 - a) ano
 - b) ne (přejděte k otázce č. 3)

2. Jak často jste před těhotenstvím pila alkohol?
 - a) denně
 - b) 1x týdně
 - c) 1-2x měsíčně
 - d) pouze při zvláštních příležitostech (1-2x za rok)

3. Jak často jste požila alkohol v těhotenství?
 - a) nikdy
 - b) při zvláštní příležitosti (oslavy, svatby)
 - c) jednou měsíčně
 - d) jednou týdně
 - e) denně

4. Jaké alkoholické nápoje jste pila?
 - a) žádné
 - b) pivo
 - c) víno
 - d) destiláty

5. Pocítila jste během těhotenství touhu napít se alkoholického nápoje?
- a) ano
 - b) ne (přejděte k otázce č. 7)
6. Při jaké příležitosti se objevila touha k alkoholu?
- a) stres
 - b) smutek
 - c) samota
 - d) při výjimečných příležitostech (oslavy, svatby)
 - e) jiný důvod, jaký?
7. Slyšela jste termín fetální alkoholový syndrom?
- a) ano
 - b) ne
8. Jaké příznaky zahrnuje fetální alkoholový syndrom? (možno více správných odpovědí)
- a) růstová retardace
 - b) poškození centrální nervové soustavy
 - c) velká hlava novorozence
 - d) typické obličejové znaky (úzký horní ret, široký kořen nosu, nízko položené uši)
 - e) vyšší porodní váha
9. Děti poškozené alkoholem trpí poruchami chování. Co lze do tohoto poškození zařadit?
- a) problémy s verbální komunikací
 - b) hypoaktivita
 - c) poruchy pozornosti
 - d) impulsivní chování
 - e) dobrá dlouhodobá paměť

10. Odkud znáte informace o možném poškození plodu alkoholem?
- a) porodní asistentka
 - b) letáky
 - c) televize
 - d) internet
 - e) jiný zdroj (uved'te)
11. Co způsobuje pravidelná konzumace alkoholu? (možno více správných odpovědí)
- a) vyšší krevní tlak
 - b) jaterní cirhóza
 - c) vyšší riziko rakoviny slinivky
 - d) lepší imunita
 - e) nemá žádný vliv na psychiku
12. Jaké jsou abstinenční potíže? (možno více správných odpovědí)
- a) třes
 - b) zvracení
 - c) hyperaktivita
 - d) pocení
 - e) častý pocit hladu
13. Máte někoho ve vašem okolí, kdo je závislí na alkoholu?
- a) ano
 - b) ne
14. Znáte nějakou instituci zabývající se alkoholovou závislostí?
.....

15. Odkud znáte tuto instituci?

- a) letáky
- b) televize
- c) internet
- d) porodní asistentka
- e) jiný zdroj (uved'te

Děkuji za Vaši spolupráci.

Zdroj: vlastní

Příloha č. 2 Tab. č. 1 – Kritéria závislosti dle Světové zdravotnické organizace

a) silná touha po požití alkoholu
b) potíže v sebeovládání při konzumaci alkoholu – začátek nebo konec pití, množství
c) pokud je alkohol používán ke zmírnění příznaků vyvolaných předchozím užitím nebo ke zmírnění odvykacího stavu
d) důkaz tolerance k účinku látky – vyžadování vyšších dávek, aby se dosáhlo účinků vyvolaného dříve menším množstvím látky
e) zanedbávání jiných zájmů ve prospěch alkoholu, zvýšené množství času ke konzumaci nebo zotavení se z účinků alkoholu
f) pokračování v užívání i před důkaz škodlivých následků – poškození jater, depresivní stavy

Zdroj: Nešpor, 2007b, s. 10

Příloha č.3 Tab. č. 2 – Kritéria závislosti dle Americké psychiatrické asociace

a) růst tolerance
b) odvykací příznaky po vysazení alkoholu
c) přijímání látky ve větším množství nebo delší dobu
d) dlouhodobá snaha nebo jeden či více pokusů omezit a ovládat příjem alkoholu
e) trávení velkého množství času užíváním alkoholu nebo zotavování se z jeho účinků
f) zanechání nebo omezení sociálních, pracovních a rekreačních aktivit kvůli alkoholu
g) pokračování v konzumaci alkoholu navzdory opakujícím se problémům sociálním, psychologickým nebo tělesným

Zdroj: Nešpor, 2007b, s. 21-22

Příloha č.4 Tab. č. 3 – Otázky pro diagnostický rozhovor

a) druh, množství a frekvenci užívání alkoholu
b) emoční stavy před a po konzumaci alkoholu
c) zdravotní problémy související s návykovým problémem
d) následky v dalších oblastech života (práce, rodina)
e) otázky na diagnostické znaky závislosti (bažení, zhoršené sebeovládání, ...)
f) otázky na předchozí pokusy o léčbu

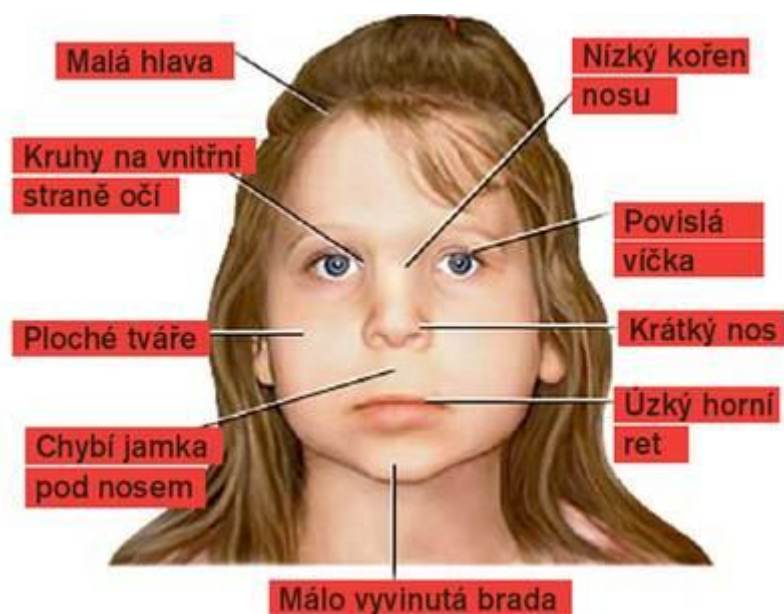
Zdroj: Nešpor, 2007a, s. 11-12

Příloha č. 5 Tabulka č. 4 – Stupnice IQ

nad 140	Genialita
130 - 139	Vysoký nadprůměr
110 - 129	Nadprůměr
90 - 109	Průměr
70 - 89	Podprůměr
50 - 69	Lehká mentální retardace (debilita)
35 - 49	Středně těžká mentální retardace (imbecilita)
20 - 34	Těžká mentální retardace (idiocie)
pod 20	Hluboká mentální retardace

Zdroj: http://www.wikiskripta.eu/index.php/Intelligence_a_jej%C3%ADD_poruchy

Příloha č. 6 Znamky fetálního alkoholového syndromu



Zdroj:

http://www.alkoholik.cz/zavislost/tehotenstvi_a_alkohol/piti_alkoholu_v_tehotenstvi_a_fetalni_alkoholicky_syndrom_fas.html