

**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s., PRAHA 5**

**MÍRA INFORMOVANOSTI TĚHOTNÝCH ŽEN O VLIVU  
KOUŘENÍ NA PLOD**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

MARTINA KOBÍKOVÁ

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Porodní asistentka

Vedoucí práce: Mgr. Petra Amchová

Praha 2012



**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.**  
*se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00*

**Kobíková Martina**  
**2. A PA**

**Schválení tématu bakalářské práce**

Na základě Vaší žádosti ze dne 6. 4. 2011 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Míra informovanosti těhotných žen o vlivu kouření na plod

*Pregnant Women's Awareness of Smoking's Impacts on the Fetus*

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Petra Amchová

V Praze dne: 1. 9. 2011

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.  
rektor

## Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svou bakalářskou práci vypracovala samostatně za odborného vedení vedoucí bakalářské práce Mgr. Petry Amchové a s použitím odborné literatury a dalších informačních zdrojů, které jsou citovány v práci a uvedeny v seznamu literatury na konci práce.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 13.3.2012

---

Martina Kobíková

## **Poděkování**

Děkuji Mgr. Petře Amchové za odborné vedení a cenné rady při zpracování této práce. Mé poděkování dále patří mojí rodině, Ing. Lubomíru Kolárikovi a všem, kteří mě při psaní této práce podporovali.

## **Abstrakt**

**KOBÍKOVÁ, Martina. *Míra informovanosti těhotných žen o vlivu kouření na plod*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: **Bakalář (Bc.)**. Vedoucí práce: **Mgr. Petra Amchová**. Praha. 2012. 62 s.**

Hlavním tématem bakalářské práce je míra informovanosti těhotných žen o vlivu kouření na plod. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část práce uvádí nejdůležitější informace o kouření, rizicích kouření jak během těhotenství a kojení, tak vliv kouření na plod, novorozence i dítě pozdějšího věku. Důležitou součástí práce jsou informace o možnostech odvykání kouření v těhotenství. V praktické části jsou interpretovány výsledky dotazníkového šetření. Cílem práce je zjistit, zda mají těhotné ženy dostatek informací o vlivu kouření na těhotenství a na plod.

**Klíčová slova:** Dětství. Informovanost. Kojení. Kouření. Novorozenec. Odvykání. Plod. Riziko. Tabák. Těhotenství.

**KOBÍKOVÁ, Martina. *Pregnant Women Awareness of Smoking Impacts on the Fetus*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Qualification level: **Bachelor's degree (Bc.)**. Thesis supervisor: **Mgr. Petra Amchová**. Prague. 2012. 62 pages.**

The main topic of this bachelor's thesis is the awareness level of pregnant women on the impacts of smoking on the fetus. The thesis is divided into a theoretical part and a practical part. The theoretical part lists the most important information about smoking, the risks of smoking during pregnancy and breast feeding as well as the effects of smoking on the fetus, infant and the older child. An important part of this thesis is providing information about the possibilities of quitting smoking during pregnancy. The practical part of this thesis contains the interpretation of results from a questionnaire survey. The aim of this thesis is to discover, whether pregnant women have sufficient information on the impacts of smoking on pregnancy and the fetus.

**Key words:** Childhood. Awareness. Breast feeding. Smoking. Infant. Overcoming addiction. Fetus. Risk. Tobacco. Pregnancy.

## Předmluva

Při příjmu na porodní sál se během sepisování anamnézy vždy maminek ptáme jednoduchou otázkou: „Kouříte?“ Samozřejmě, že mnoho z nich nekouří a jsou si vědomy škodlivosti kouření v těhotenství. Velmi mnoho z nich však odpovídá, že ano. Na otázku, kolik cigaret denně vykouří, většina z nich odpovídá, že kouří kolem pěti až deseti cigaret za den. Odpověď 20 až 30 cigaret za den člověka zaskočí, setkala jsem se dokonce s případy, kdy odpověď zněla: „...kolem 40 cigaret za den...“.

Po takové odpovědi se nabízí velké množství otázek. Znají těhotné ženy rizika kouření v těhotenství? Vědí, co kouření cigaret v těhotenství způsobuje jejich ještě nenarozenému dítěti? Kdyby to věděly, byly by ochotné přestat? Mají možnost získat dostatek informací o tomto problému a mají vůbec o tyto informace zájem? Tyto a další otázky mi vždy běží hlavou, když těhotná maminka s klidem odpovídá, kolik cigaret denně vykouří.

Z tohoto důvodu jsem se rozhodla vypracovat svoji bakalářskou práci na téma **Míra informovanosti těhotných žen o vlivu kouření na plod.**

Zajímá mne, jak se lékaři a porodní asistentky věnují této problematice a co má vliv na kuřáctví žen v těhotenství – jestli nedostatek informací, závislost na nikotinu, anebo pouhá neochota s kouřením přestat. Zajímá mne, co by těhotné ženy motivovalo přestat kouřit a co by je motivovalo alespoň se zamyslet nad tím, že své ještě nenarozené miminko vlastně nutí kouřit s ní a mohou tím ohrozit jeho zdraví nebo dokonce život.

# Obsah

## Seznam tabulek a grafů

## Seznam použitých zkratek

Úvod .....	12
------------	----

## I TEORETICKÁ ČÁST

<b>1 Kouření a tabák .....</b>	<b>13</b>
1.1 Kouření a závislost .....	13
1.2 Vybrané složky cigaretového kouře .....	14
1.3 Pasivní kouření .....	14
<b>2 Rizika kouření v těhotenství .....</b>	<b>16</b>
2.1 Mimoděložní těhotenství .....	16
2.2 Spontánní potraty .....	17
2.3 Placenta praevia .....	17
2.4 Abrupce placenty .....	18
2.5 Předčasný odtok plodové vody .....	18
2.6 Předčasný porod .....	19
<b>3 Rizika kouření pro plod .....</b>	<b>20</b>
3.1 Fetální tabákový syndrom .....	20
3.2 Vrozené vývojové vady .....	21
<b>4 Kouření v těhotenství a nemoci v dětství .....</b>	<b>23</b>
4.1 Syndrom náhlého úmrtí kojence .....	23
4.2 Nemoci dýchacího ústrojí .....	23
4.3 Rakovina u dětí .....	24
4.4 Mentální poruchy .....	25
<b>5 Kouření během kojení .....</b>	<b>27</b>
<b>6 Možnosti odvykání kouření v těhotenství .....</b>	<b>28</b>
6.1 Program „7P“ .....	29
6.2 Náhradní nikotinová terapie .....	30

## II PRAKTICKÁ ČÁST

<b>7 Popis řešení průzkumu .....</b>	<b>31</b>
<b>8 Výsledky vlastního průzkumu .....</b>	<b>33</b>
<b>9 Diskuze .....</b>	<b>51</b>
<b>10 Doporučení pro praxi .....</b>	<b>55</b>
<b>Závěr .....</b>	<b>57</b>
<b>Seznam použité literatury .....</b>	<b>59</b>
<b>Seznam příloh</b>	



## Seznam tabulek a grafů

Tabulka 1 Věk.....	33
Tabulka 2 Vzdělání.....	34
Tabulka 3 Parita.....	35
Tabulka 4 Kouření.....	36
Tabulka 5 Snaha o zanechání kouření.....	37
Tabulka 6 Kouření před těhotenstvím.....	38
Tabulka 7 Kouření po porodu.....	39
Tabulka 8 Pobyt v zakouřených prostorech.....	40
Tabulka 9 Zájem lékaře/porodní asistentky.....	41
Tabulka 10 Odpověď lékaři/porodní asistentce.....	42
Tabulka 11 Zdroje informací.....	43
Tabulka 12 Informovanost.....	44
Tabulka 13 Kdy cigarety škodí.....	45
Tabulka 14 Kolik cigaret škodí.....	46
Tabulka 15 Následky kouření v těhotenství.....	47
Tabulka 16 Škodlivost pasivního kouření.....	49
Tabulka 17 Zanechání kouření v těhotenství.....	50
Graf 1 Věk.....	33
Graf 2 Vzdělání.....	34
Graf 3 Parita.....	35
Graf 4 Kouření.....	36
Graf 5 Snaha o zanechání kouření.....	37
Graf 6 Kouření před těhotenstvím.....	38
Graf 7 Kouření po porodu.....	39

Graf 8 Pobyt v zakouřených prostorech .....	40
Graf 9 Zájem lékaře/porodní asistentky.....	41
Graf 10 Odpověď lékaři/porodní asistentce.....	42
Graf 11 Zdroje informací.....	43
Graf 12 Informovanost.....	44
Graf 13 Kdy cigarety škodí.....	45
Graf 14 Kolik cigaret škodí .....	46
Graf 15 Následky kouření v těhotenství .....	47
Graf 15A Porovnání správných odpovědí kuřáček a nekuřáček u otázky č. 15 .....	48
Graf 16 Škodlivost pasivního kouření .....	49
Graf 17 Zanechání kouření v těhotenství.....	50

## **Seznam použitých zkratk**

<b>ADHD</b> ....	Attention Deficit Hyperactivity Disorder, hyperaktivita s poruchou pozornosti
<b>IUGR</b> .....	Intrauterine Growth Restriction, nitroděložní růstová retardace
<b>IVF</b> .....	In vitro fertilisation, mimotělní oplodnění
<b>MZ ČR</b> .....	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
<b>NNK</b> .....	Nicotine-derived nitrosamine keton, nitrosamin v tabáku
<b>NNT</b> .....	náhradní nikotinová terapie
<b>ODD</b> .....	Oppositional Defiant Disorder, porucha chování s opozičním vzdorem
<b>SIDS</b> .....	Sudden Infant Death Syndrome, syndrom náhlého úmrtí kojence
<b>WHO</b> .....	World Health Organization, Světová zdravotnická organizace

## Úvod

Závislost na tabáku je řazena mezi velmi aktuální problémy v České republice i na celém světě. Na světě je odhadem 1,3 miliard kuřáků, z toho 250 milionů žen. Podle údajů Světové zdravotnické organizace (World Health Organization, WHO) z roku 2010 v České republice denně kouří 26,2 % žen a příležitostně 29,1 % žen ve věku 15 – 64 let (WHO, 2011).

Kouření a rozvoj závislosti na tabáku je v podstatě „dětská nemoc“ – 9 z 10 kuřáků začne kouřit před 18. rokem věku. Studie WHO provedená v letech 2002 – 2005 zjistila, že v České republice příležitostně kouří 30,6 % dívek ve věku 15 let (WHO, 2011). Do dvou let od začátku kouření se u většiny kuřáků projeví fyzická závislost na nikotinu, kuřáctví u mladých dívek je proto velmi závažný problém, protože většina těchto dívek se bude jednou chtít stát matkou. Kouření ohrožuje nejen ženy samotné a průběh těhotenství, ale také dosud nenarozené dítě, které se nemůže bránit. Proto je na každé budoucí matce, jak zodpovědně ke svému těhotenství přistoupí.

Kouření je nejrozšířenější závislost u českých těhotných žen – Hájek uvádí, že odhadem kouří v průběhu těhotenství a laktace až 1/5 žen. Kouření v tomto období je velmi závažným rizikem pro vývoj plodu a existuje široké spektrum akutních i pozdních následků (HÁJEK, 2004).

Ve své práci bychom chtěly podat souhrn stručných informací o vlivu kouření na těhotenství a plod. Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí, teoretické a praktické. Teoretická část se věnuje obecně kouření, jeho vlivu na těhotenství a vývoj plodu, následkům u novorozence a staršího dítěte, kouření během kojení a možnostem odvykání kouření v těhotenství. V praktické části zjišťujeme pomocí dotazníků míru informovanosti žen o vlivu kouření na plod.

Naší prací bychom chtěly přispět k lepší informovanosti těhotných žen, zdravotnických pracovníků a veřejnosti o této problematice.

# I TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Kouření a tabák

O škodlivosti kouření tabáku na zdraví člověka dnes již není pochyb. Kouření se stalo jedním z nejzávažnějších celospolečenských zdravotnických problémů současnosti. Odhaduje se, že na světě kouří asi 1,3 miliardy lidí. Ročně umírá na onemocnění souvisící s kouřením asi 5 milionů lidí, z toho 650 tisíc v Evropě (BERNADIČ, 2008).

*„Nikotin je společností tolerovaná psychoaktivní látka, která je vysoce návyková s návykovým potenciálem porovnatelným s tvrdými drogami. Je nejvyšší čas překlasifikovat tabák v povědomí obyčejných lidí z pochutiny na drogu“ (BERNADIČ, 2008, s. 117).*

Kouřením se podle medicínské definice nazývá inhalace kouře zapáleného tabáku např. z dýmky, cigarety nebo doutníku. Kuřákovu chuť na cigaretu způsobuje převážně vysoce návykový alkaloid nikotin (PAZDERA, 2011).

Kouření je nejvýznamnější preventabilní příčinou nemocí na světě (ŠTEJFA, 2007).

Cigaretový kouř obsahuje směs více než čtyř tisíc chemických látek, které jsou vdechovány aktivním kuřákem (hlavní proud), ale také vypouštěny do ovzduší v jeho okolí (vedlejší proud) a takto dochází i k expozici nekuřáků (CRHA, 2000a).

Chemické složení směsi v hlavním a vedlejším proudu je podobné, ve vedlejším proudu jsou však vyšší koncentrace velkého množství látek, protože jeho hlavním zdrojem je nedokonalé spalování cigarety, doutnající mezi jednotlivými šluky kuřáka (CRHA, 2000a).

Po vdechnutí cigaretového kouře se chemické látky vstřebávají do krevního oběhu. Krevním oběhem jsou zanášeny do vzdálených orgánů. Nálezy nikotinu a jeho hlavního metabolitu kotininu v různých tkáních a tělních tekutinách, např. v moči, ve slinách, ve vlasech, ve folikulární tekutině, v ejakulátu, v mateřském mléce a v dalších podávají důkaz o vnitřní expozici kuřáka (CRHA, 2000a).

### 1.1 Kouření a závislost

Kouření není zlovyk, ale psychosociální a fyzická závislost. V Mezinárodní klasifikaci nemocí má svojí diagnózu pod číslem F17. K testování závislosti na kouření se používá Fagerströmův dotazník nikotinové závislosti (**Příloha B**).

**Psychosociální závislost** spočívá v tom, že kuřák kouří ve společnosti, mezi svými přáteli, patří sem rituály jako zapalování cigarety ap. Tyto situace se neustále opakují a vzniká **závislost psychická**. Je to závislost na cigaretě jako na předmětu, ale ne na jeho složkách nebo účincích. **Fyzická závislost** je drogová závislost a projeví se do dvou let od začátku kouření asi u 85 % kuřáků. Je to závislost farmakologická, při níž jde o vazbu nikotinu na receptory mozkových buněk, ze kterých se uvolňují endorfiny. Nikotin se dostává z plic do mozku asi za 10 sekund. Když klesá hladina nikotinu v krvi, objevují se **abstinenční příznaky**. K nim patří např. podrážděnost, agresivita, deprese, neschopnost soustředění, neschopnost odpočívat, lehké bolesti hlavy, zvýšená chuť k jídlu a další (REDHAMMER, 2007).

## 1.2 Vybrané složky cigaretového kouře

V cigaretovém kouři bylo zjištěno kolem čtyř tisíc chemikálií ve fázi plynné, kapalné i pevné. Kapalná fáze tvoří zhruba 1 % objemu vdechnutého kouře. Nejdůležitější směsí kapalné fáze je **dehet** (0,5 – 27 mg v každé cigaretě), viskózní černohnědá kapalina, která obsahuje kolem 600 převážně karcinogenních sloučenin, které způsobují rakovinu jícnu, plic, slinivky, ledvin, močového měchýře a kůže. Nejdůležitější dehtovou látkou je psychoaktivní **nikotin** (jedna cigareta obsahuje 0,5 – 2 mg nikotinu). Plynná fáze tvoří asi 91 % objemu vdechnutého kouře a stejně jako kapalná složka kouře obsahuje promotory nádorů a látky toxické pro řasinky respiračního epitelu. Se vznikem rakoviny jsou nejčastěji spojovány **nitrosaminy** a **formaldehyd**. Mezi další toxické látky patří **kyanovodík, acetaldehyd, oxid uhelnatý** (0,5 – 22 mg v každé cigaretě) atd. Pevná fáze tvoří 8 % objemu vdechnutého kouře a je složena převážně ze **sazí**, na které jsou opět navázány pro dehet typické polycyklické aromatické uhlovodíky (PAZDERA, 2011).

## 1.3 Pasivní kouření

Pasivní kouření je vystavování nekuřáků tabákovému kouři. Při kouření tabáku vzniká složitá směs chemických látek. Jako pasivní kuřák, nekuřák vdechuje vedlejší proud kouře z hořící špičky cigarety a hlavní proud kouře, který byl nejprve vdechnut a poté vydechnut kuřákem. Vedlejší proud kouře je několikanásobně koncentrovanější než hlavní proud, což je způsobeno nižší teplotou spalování (asi o 300 °C) při nedostatečném proudění vzduchu a malým obsahem kyslíku (AMCHOVÁ, 2010).

Pasivní kouření způsobuje každý rok na celém světě 600 tisíc předčasných úmrtí. První přesvědčivé důkazy o nebezpečí pasivního kouření byly vysloveny japonským vědcem Takeshim Hirayamou, který v roce 1981 publikoval v Japonsku studii rakoviny plic u žen nekuřáček, které byly vdané za kuřáky. Přestože tabákový průmysl na celém světě okamžitě utratil mnoho miliónů dolarů za kampaň na diskreditaci důkazů, desítky dalších studií potvrdily původní zjištění (MACKAY, 2002).

Účinky pasivního kouření se dělí na dráždivé, toxické, alergizující a karcinogenní. Mezi dráždivé účinky pasivního kouření patří bolesti hlavy, zhoršené dýchání, nevolnost, podráždění sliznice očí, nosu a bronchů. Toxické účinky se projevují zhoršením psychické činnosti, zručnosti a pohotovosti. Zhoršení stavu astmatiků a alergiků patří mezi alergizující účinky. Pasivní kouření má karcinogenní účinky stejně jako aktivní kouření, protože chemické složení vedlejšího proudu je stejné, jako chemické složení hlavního proudu kouře (AMCHOVÁ, 2010).

Dříve se předpokládalo, že k projevům poškození zdraví vlivem pasivního kouření dochází až po dlouholetém vystavování cigaretovému kouři. Nejnovější výzkumy prokazují, že k těmto projevům dochází už po jednorázové krátkodobé epizodě. Lidské plody a malé děti nejsou fyziologicky zralé a jsou více vnímavé ke škodlivým účinkům expozice pasivnímu kouření (HRUBÁ, 2011).

Všechny dosavadní poznatky vedou k tomu, že vystavování nekuřáků pasivnímu kouření je potřeba zabránit, protože v konečném důsledku je pasivní kouření identickým rizikovým faktorem jako aktivní kouření (BERNADIČ, 2008).

Prostřednictvím legislativních opatření jsou v mnoha státech stanovena pravidla zakazující kouření na veřejných místech jako jsou pracoviště, zastávky hromadné dopravy, obchodní centra ap., ve snaze chránit nekuřáky před cigaretovým kouřem (AMCHOVÁ, 2010).

## 2 Rizika kouření v těhotenství

Těhotenství je sice fyziologickým, ale přesto výjimečným stavem organismu ženy. Vývoj, výživa a růst plodu je zabezpečena placentou. Prostřednictvím placenty se však k plodu dostávají i škodliviny, které mohou souviset s rizikovým způsobem života matky. Matka svým způsobem života a výživou může do velké míry ovlivnit, zda bude intrauterinní vývoj jejího plodu fyziologický, nebo patologický. Nejrizikovější faktory pro graviditu a vývoj plodu (alkohol, kouření cigaret a užívání jiných návykových látek) drží v rukách těhotná žena sama a osud jejího dítěte často závisí na tom, zda těhotná žena bude ochotná nebo schopná tyto rizikové faktory vyřadit ze svého života (KLIMENT, 2007).

Z pohledu dostupnosti drogy v okolí těhotné ženy jsou nebezpečné tzv. legální drogy – alkohol a nikotin. Počty závislých jsou vysoké a zdravotní důsledky velmi závažné (HÁJEK, 2004).

Přestože je kouření zdraví nebezpečný zlozvyk, kouření je na celém světě tolerovaná, legalizovaná závislost. Kouření tabáku je nejčastěji zneužívanou psychoaktivní látkou v těhotenství. Tabakismus a vliv jednotlivých složek tabákového dýmu na zdraví matky a plodu patří mezi nejlépe prostudované druhy závislostí (KLIMENT, 2007).

U těhotných kuřáček se udává vyšší výskyt **mimoděložních těhotenství, spontánních potratů, placenta praevia, abrupce placenty, předčasného odtoku plodové vody, předčasného porodu** (CRHA, 2000a).

### 2.1 Mimoděložní těhotenství

*„Mimoděložní těhotenství je stav, při kterém oplozené plodové vejce niduje mimo oblast děložní dutiny“ (ČECH, 2006, s. 197).*

Mimoděložní těhotenství se vyskytuje u 1, 2 - 1, 4% všech těhotenství. U žen, které během těhotenství kouřily, je riziko této poruchy zvýšené v průměru o 77 %. Chemické látky v cigaretovém kouři působí na změny děložní a tubální hybnosti (narušení funkcí tubálních řasinkových buněk, napětí vejcovodu a amplituda tubální vlny) a tak mohou ovlivnit transport vajíčka, spermií nebo oplodněného zárodku tím, že ho zpomalí (CRHA, 2000a).



## 2.2 Spontánní potraty

„Potratem se podle dosud platné Vyhlášky MZ ČR č. 11/1988 Sb. rozumí ukončení těhotenství ženy, při němž:

- a) plod neprojevuje ani jednu ze známek života a jeho porodní hmotnost je nižší než 1000 g a pokud ji nelze zjistit, jestliže je těhotenství kratší než 28 týdnů,
- b) plod projevuje alespoň jednu ze známek života a jeho porodní hmotnost je nižší než 500 g, ale nepřežije 24 hodin,
- c) jde o afetální vejce nebo z děložní dutiny bylo získáno těhotensky změněné endometrium“ (ZWINGER, 2004, s. 173).

Vztahy mezi kouřením matky a častějším výskytem spontánních potratů jsou popisovány už od 40. let 20. století. Toxiny v cigaretovém kouři ovlivňují životnost pohlavních buněk, embryonální dělení, transport embrya a jeho uhnízdění v děloze. Příčinou potratů mohou být také těžké vrozené vady plodu (CRHA, 2000a).

Studie prokazují, že výskyt spontánních potratů v časných stádiích těhotenství je u kuřáček významně vyšší než u nekuřáček, může dosáhnout až 33 %. Také byl pozorován vztah dávky a účinku: silné kuřáčky měly riziko vyšší než kuřáčky slabší (CRHA, 2000a).

U žen léčených metodou IVF pro neplodnost se po úspěšném vyvolání těhotenství spontánní potraty vyskytovaly více než dvakrát častěji u kuřáček (42 %) než u nekuřáček (19 %) (HRUBÁ, 2009).

## 2.3 Placenta praevia

„Placenta je za normálních okolností umístěna mimo dolní segment děložní. V případě vcestného lůžka se placenta částečně nebo úplně inzeruje v dolním děložním segmentu. Dělí se do čtyř stupňů:

- I. stupeň - nízko nasedající lůžko,
- II. stupeň – placenta praevia marginalis,
- III. stupeň – placenta praevia partialis,
- IV. stupeň – placenta praevia centralis“ (ROZTOČIL, 2008, s. 267).

Placenta praevia se u kuřáček vyskytuje v průměru dvakrát častěji než u nekuřáček. K uhnízdění zárodku dochází v méně příznivých místech dělohy, zejména v jejím dolním děložním segmentu. U kuřáček bývá podle epidemiologických studií riziko

placenta praevia zvýšené o 58%. Byly nalezeny i vztahy mezi dávkou a účinkem (CRHA, 2000a).

Předpokládá se, že ke vzniku placenta praevia mohou přispívat patologické změny v cévním řečišti dělohy. Tyto patologické změny jsou u kuřáček časté (CRHA, 2000a).

## 2.4 Abrupce placenty

Abrupce placenty je předčasné odlučování lůžka od děložní stěny (HÁJEK, 2004).

Abrupce placenty se vyskytuje u 0,5 – 4 % těhotenství, významně přispívá k výskytu spontánních potratů a předčasných porodů. Může být příčinou 15 – 25 % perinatálních úmrtí novorozence. U žen kouřících v těhotenství se toto riziko podle epidemiologických studií zvyšuje průměrně o 62 % (CRHA, 2000a).

Zvýšený výskyt abrupce placenty u kuřáček se vysvětluje nekrozou v okrajích placenty vzniklou na podkladě ischemie a poruchy uteroplacentárního průtoku (HÁJEK, 2004).

Abrupce placenty není pokládána za náhlu příhodu, ale spíše za konečný výsledek postupného oddělování placenty od děložní stěny. Předpokládá se, že k patologickým změnám přispívá chronická hypoxie, vyvolávající kompenzační hypertrofii dělohy. Kuřáčky mívají také chronické poškození uteroplacentárních cév, které může poškodit jejich pružnost. Kouření akutně zvyšuje krevní tlak a matčina hypertenze je dalším významným rizikovým faktorem pro abrupci placenty. Vasokonstrikční účinky nikotinu způsobují ischemické změny v placentě a mohou v ní způsobit četné nekrózy. Nekrózu v placentě však mohou způsobit i toxické účinky kadmia. (CRHA, 2000a).

## 2.5 Předčasný odtok plodové vody

*„Za předčasný odtok vody plodové se považuje porušení vaku blan v kterémkoli stádiu gravidity, dřív než začne pravidelná porodní činnost“ (KOBILKOVÁ, 2005, s. 297).*

Podle literárních zdrojů dochází k předčasnému odtoku plodové vody ve 4,5 – 14 % těhotenství a je považován za počátek potratu či porodu. Důsledky jsou tím závažnější, čím dříve v průběhu těhotenství k odtoku plodové vody dojde. Přibližně ve 30 % je příčinou předčasného porodu a podílí se tak velkou měrou na perinatální a kojenecké morbiditě i mortalitě (HÁJEK, 2004).

Několik studií popisuje zvýšený výskyt předčasného odtoku plodové vody u kouřících žen. Mechanismus není zatím objasněn, zvažuje se vliv narušení imunity a také následky vaginálních infekcí (CRHA, 2000a).

## 2.6 Předčasný porod

*„Plody narozené před dokončeným 37. týdnem gestace (do 259 dní od prvního dne poslední menstruace a do 245 dní od koncepce) jsou klasifikované jako předčasně rozené“* (ČECH, 2006, s. 189).

Předčasné porody se častěji vyskytují u kuřaček, než u nekuřaček - riziko předčasného porodu u kuřaček je zvýšeno o 11 – 14 % oproti nekuřačkám. U kuřaček byl nalezen zvýšený tonus dělohy a amplituda děložních kontrakcí (CRHA, 2000a).

Kouř cigaret obsahuje řadu škodlivin (oxid uhelnatý, nikotin, kadmium, dehet), které způsobují omezení průtoku krve placentou. U kuřaček se riziko předčasného porodu zvyšuje při současném pití kávy (HÁJEK, 2004).

V roce 2011 publikovala skupina vědců z USA výsledky studie zaměřené na vliv pasivního kouření na předčasný porod. Průzkumný soubor tvořilo 210 žen. Výsledky studie ukazují, že ženy, které byly během těhotenství vystaveny pasivnímu kouření, častěji rodily předčasně a jejich novorozené děti měly nižší porodní váhu (v průměru o 200 – 300 gramů) i délku (v průměru o 1,1 – 1,7 cm) a častější komplikace po narození (akutní respirační tíseň, častější příjem na jednotku intenzivní péče ap.) (ASHFORD, 2011).

### 3 Rizika kouření pro plod

Prenatální období trvá od početí do porodu, za fyziologických podmínek 38 až 42 týdnů. První období vývoje po oplození je charakterizováno rychlým množením nediferencovaných buněk. Začátkem 1. týdne přistupuje první tvarové a funkční rozlišení buněk. **Embryonální období** (1. – 8. týden těhotenství) je charakterizováno diferenciací buněk a je velmi citlivé na působení chemických, fyzikálních a biologických vlivů (teratogenů), které mohou způsobit poškození vývoje a vznik vrozené vývojové vady. Období, ve kterém se orgány diferencují, je označováno jako kritické období, protože je nejcitlivější na působení teratogenu. Toto období je pro každý orgán jiné. Následuje **fetální období** které je charakterizované zejména růstovými pochody, které vedou ke zvětšování orgánů a jejich tvarovým změnám. Pravděpodobnost uplatnění teratogenu v tomto období je menší, než v embryonálním období, s výjimkou orgánů, jejichž diferenciaci ještě pokračuje nebo teprve začíná, např. některé oddíly centrální nervové soustavy nebo urogenitálního traktu (VACEK, 2006).

Za hlavní příčinu poškození plodu z důvodu kouření se pokládá chronická hypoxie a hyponutrice. Nikotin způsobuje vasokonstrikci placentárních a fetálních arterií. Oxid uhelnatý se váže na hemoglobin a tím snižuje transportní objem pro kyslík. Kyanovodík blokuje enzymy, které zajišťují přestup kyslíku z krve do tkání. Kadmium se kumuluje v placentě a způsobuje v ní ložiskové nekrózy (HRUBÁ, 2007).

Klinické projevy jsou stejné u dospělého člověka jako u nenarozeného plodu. Vasokonstrikce, zvýšení srdeční tepové frekvence a minutového srdečního objemu. Kvůli sníženému průtoku krve je sníženo zásobování orgánů kyslíkem a živinami a je zpomalen odvod zplodin metabolismu (HRUBÁ, 2011).

*„Tento stav hypoxie a hyponutrice se opakuje při každé cigaretě a trvá přibližně 30 – 45 minut, podle rychlosti metabolického rozkladu nikotinu“* (HRUBÁ, 2011, s. 35).

#### 3.1 Fetální tabákový syndrom

Pro růstovou retardaci ovlivněnou kouřením byl formulován odborný diagnostický termín "fetální tabákový syndrom", jehož kritéria jsou: denní kouření matky během

těhotenství (minimálně 5 cigaret), normální krevní tlak matky během těhotenství, absence chronického onemocnění matky, absence jiných známých příčin intrauterinní růstové retardace (CRHA, 2000b).

Fetální tabákový syndrom (fetální růstová retardace) je nejčastějším následkem kouření v těhotenství (HRUBÁ, 2007).

Růstovou retardací plodu (IUGR plodu) je opoždění růstu a vývoje plodu o 3 – 4 týdny podle ultrazvukové biometrie ve vztahu ke gestačnímu stáří. Ve většině případů je růstová retardace spojena se zhoršenou intrauterinní výživou plodu, což je charakterizováno nižší porodní hmotností, snížením svalové hmoty a ztrátou podkožního tuku (HÁJEK, 2004).

Donošení novorozenci mají průměrně o 150 – 200 gramů nižší porodní hmotnost, kratší tělesnou délku a menší obvod hlavičky (HRUBÁ, 2007).

Novorozenec s nízkou porodní hmotností je po narození více ohrožen zdravotními problémy, protože jeho schopnost adaptovat se na vnější podmínky je nižší a dětem musí být věnována intenzivnější lékařská péče (HRUBÁ, 2011).

### **3.2 Vrozené vývojové vady**

Ročně se na světě narodí asi 7,9 milionů dětí s vrozenou vývojovou vadou. Vznik vrozené vývojové vady ovlivňují různé podmínky, kterým jsou plody vystaveny v prenatálním období. Mezi rizikové faktory, kromě mnoha dalších, patří i kouření (HRUBÁ, 2011).

Většina epidemiologických studií dokládá, že frekvence výskytu vrozených vývojových vad u dětí narozených ženám kouřícím v těhotenství nebývá zvýšena. Vysvětluje se to tím, že vajíčka se v těle ženy zakládají již v době jejího intrauterinního života, a potom jsou ve vaječnicích dobře chráněna proti cizím látkám, které jsou schopny vyvolat genetickou mutaci. V odborné literatuře se ovšem vyskytují výjimky, které dokládají vyšší výskyt malformací dětí, které se narodily matkám kuřačkám. Zvýšení rizika malformací o 10 – 30 % se vyskytovalo u vývojových vad končetin, malformací urogenitálního ústrojí, rozštěpů patra a vrozených srdečních vad (CRHA, 2000a).

V současné době se potvrzují souvislosti mezi vrozenými vývojovými vadami a kuřáctvím otců. *„Muži produkují ve své dospělosti spermie nepřetržitým dělením a diferenciací zárodečných buněk. Počet buněčných dělení před zformováním gamety je*

*u muže mnohem vyšší než u ženy. Proto je u muže vyšší poměr genových mutací. Vyšší hladiny oxidačních adduktů ve spermích kuřáků mohou úzce souviset s vyšší úrovní oxidativního působení na jejich zárodečné buňky a s rizikem vyššího počtu mutací DNA“ (CRHA, 2000a, s. 43). Studiemi byla potvrzena vyšší frekvence následujících vad: defekt neurální trubice, rozštěp patra, hydrocefalus, defekt komorového septa, uretrální stenóza. Vyšší frekvence byla potvrzena i u Downova syndromu (CRHA, 2000a).*

Skupina vědců z Velké Británie publikovala v roce 2011 výsledky velké studie týkající se vztahu vrozených vývojových vad a kouření matek během těhotenství. Vědci prokázali, že kouření má mírný vliv na vývojové anomálie prstů, kryptorchismus a vady srdce a pohybového aparátu. Větší vliv byl pozorován u vývojových vad končetin, obličejových rozštěpů, vad očí a gastrointestinálního traktu (zejména gastroschisis a břišní kýly). Na tyto vady by lékaři měli poukazovat, když poskytují poradenství ženám kuřačkám, které plánují těhotenství, nebo již těhotné jsou (HACKSHAW, 2011).

## **4 Kouření v těhotenství a nemoci v dětství**

Kouření představuje velmi závažné riziko pro vývoj plodu a existuje široké spektrum akutních i pozdních následků (HRUBÁ, 2007).

Děti matek kuřáček jsou ohroženy syndromem náhlého úmrtí novorozence, v dalším vývoji mohou trpět tzv. lehkou mozkovou dysfunkcí, poruchami soustředění, horším prospěchem, problémy s chováním. Kouření v těhotenství zvyšuje riziko atopie u plodu a rozvoje alergie v raném dětském věku (BINDER, 2006).

### **4.1 Syndrom náhlého úmrtí kojence**

Syndrom náhlého úmrtí kojence je náhlá, neočekávatelná smrt zjevně zdravého kojence mezi 2. týdnem a 1. rokem života, bez adekvátního vysvětlení důkladným vyšetřením post mortem (MUNTAU, 2009).

Incidence SIDS (Sudden Infant Death Syndrome, syndrom náhlého úmrtí kojence) je 0,22 na 1000 živě narozených dětí. V rozvinutých zemích je SIDS jednou z nejčastějších příčin úmrtí u kojenců s normální hmotností po ukončení novorozeneckého období. Tento syndrom je vzácný po ukončení 1. roku života, vrchol incidence je mezi 3. a 6. měsícem života. Chlapci jsou postiženi o něco častěji (65 % případů), při úmrtí dítěte na SIDS je riziko opakování v rodině zhruba 5x vyšší než v ostatní populaci. Choroba má vždy tyto dva rysy: smrt nastává ve spánku a dítě nejeví žádné známky bolesti nebo tísně (LEIFER, 2004).

Po sjednocení doporučení o nerizikové poloze ve spánku je hlavní příčinou prenatální vystavování tabákovému kouři, které riziko zvyšuje 2 – 5 krát. Kouření přispívá k náhlému úmrtí snížením variability srdeční tepové frekvence, zvýšením rizika obstrukční apnoe a redukcí pohotovosti a bdělosti, což vyvolává kardiorespirační dysfunkce (HRUBÁ, 2011).

### **4.2 Nemoci dýchacího ústrojí**

První doklady o vlivu pasivního kouření se týkají poškození dětí, které žijí s jejich kouřícími rodiči. Lékaři pozorovali nárůst počtu dětských pacientů v prvních dnech po víkendu. Děti přicházely s kašlem, rýmou, příznaky postižení průdušek a se záněty středouší. Lékaři tuto epidemii nazvali „syndrom pondělního rána“ a jako příčinu určili

pobyt dětí v zakouřených autech. Od té doby bylo již prokázáno, že akutní i chronické respirační onemocnění, vznik a zhoršení astmatu má u dětí vztah k tomu, že jsou v domácnosti nedobrovolně vystavováni cigaretovému kouři od jejich rodičů (CRHA, 2000a).

Mnoho studií prokázalo, že novorozenci matek, které v průběhu těhotenství kouřily, mají po narození a v kojeneckém věku snížené plicní funkce, příčinou jsou změny dýchacích cest a elastických struktur, které vyvolává tabákový kouř ve vyvíjejících se plicích. Snížení plicních funkcí ovlivňuje zpomalený růst respiračního systému, a také narušení jeho zrání vlivem endokrinních změn vyvolaných nikotinem (HRUBÁ, 2011).

Po porodu se plíce rychle rozvíjejí a jsou citlivé k účinkům znečištění ovzduší. Protože však v časném dětském věku ještě nejsou vyvinuty obranné mechanismy a imunitní systém je ještě nezralý, toxické látky z cigaretového kouře mohou poškodit sliznice dýchacích cest a zvýšit jejich vnímavost k různým choroboplodným zárodkům (CRHA, 2000a).

Nedobrovolné vystavování tabákovému kouři má vztah i k onemocnění astmatem. Onemocnění častěji začíná v časnějším věku, zvyšuje se počet záchvatů a zhoršení nemoci, zvyšuje se i spotřeba léků a nutnost hospitalizace. V zimním období se onemocnění zhoršuje, protože děti tráví více času v zakouřených domovech (CRHA, 2000a).

Respirační onemocnění jsou na celém světě nejčastější příčinou dětské nemoci a v mnoha zemích i jeden z důvodů dětské úmrtnosti. Všem těmto onemocněním lze do jisté míry předcházet. Zásadním faktorem je zabránit pobytu dítěte v zakouřeném prostředí (CRHA, 2000a).

### **4.3 Rakovina u dětí**

V chemických látkách uvolňujících se z cigaretového kouře bylo zatím prokázáno 67 chemických karcinogenů z celkem 73 dosud prokázaných či vysoce pravděpodobných látek, které vyvolávají nádorové bujení u člověka. Řada z těchto chemických látek prostupuje z krve kouřící matky placentární bariérou do plodu, což vysvětluje nálezy vyššího procenta chromozomálních aberací, které po narození zvyšují riziko zhoubných nádorů. Četnost těchto aberací v periferních lymfocytech novorozence kouřící matky je podobná jako u dospělého ve středním věku, to znamená asi 1,5 – 2 %, oproti 0,5 % u novorozenců nekuřáček (HRUBÁ, 2011).



Nikotin se metabolizuje na kotinin, zároveň vzniká jeden z nejsilnějších lidských karcinogenů – nitrosamin NNK, který je specifický pro tabák, jeho vznik byl potvrzen i z nikotinu v přípravcích náhradní nikotinové terapie. NNK je jedním z karcinogenů vyvolávajících rakovinu plic. Studie publikovaná v roce 2011 polskými vědci prokazuje, že placenta nedokáže zabránit přestupu NNK z krve matky kuřačky na plod a také že hladina různých chemických látek v moči novorozenců je dokonce třikrát vyšší než hladina v moči jejich matek (FLOREK, 2011).

*„Významné epidemiologické studie, zkoumající vztah mezi prenatální expozicí cigaretovému kouři a výskytem rakoviny v dětském věku, byly organizovány ve Velké Británii, Dánsku, Švédsku, Holandsku, Francii, Itálii, USA, Kanadě, Austrálii i v Číně. Vztahy mezi kouřením ženy v těhotenství a zvýšenou incidencí nádorových onemocnění dítěte byly nalezeny pro: incidenci všech nádorů v dětství, akutní lymfatickou leukemii, lymfomy, neuroblastom, hereditární retinoblastom, Ewingům sarkom a nádory mozku“* (CRHA, 2000a, s. 49).

Některé studie prokazují, že na výskyt dětských nádorů má větší vliv kuřáctví otce, než kuřáctví matky. Počátek zhoubného bujení může souviset s mutagenními změnami ve spermiích (CRHA, 2000a).

V dnešní době je obecně přijímán názor, že prenatální vystavování tabákovému kouři přispívá k vyššímu riziku výskytu maligních nádorů po narození a později i v dospělosti (HRUBÁ, 2007).

#### **4.4 Mentální poruchy**

Děti narozené kouřícím matkám častěji mívají nálezy odchylek až poruch mentálního vývoje.

*„Častěji se u těchto dětí vyskytují kognitivní poruchy (např. snížení vizuální paměti, poruchy chápání řeči, slabší reakce na sluchové stimuly), poruchy chování (antisociální projevy, agresivita, kriminalita), poruchy pozornosti, hyperaktivita, psychické problémy (úzkosti, deprese) nebo vyšší riziko vzniku závislostí“* (HRUBÁ, 2011, s. 37).

Za hlavní mechanismus, který vyvolává tyto účinky, je opět považováno předčasné aktivování acetylcholinových receptorů nikotinem (HRUBÁ, 2011).

Američtí vědci z Univerzity v New Yorku v roce 2010 prováděli výzkum zabývající se vztahem kouření matky a otce v těhotenství na pozdější poruchy pozornosti a chování dítěte. Zjistili, že prenatální expozice nikotinu se může projevit v širokém

rozsahu klinicky významných poruch chování v raném dětství. Kouření matky během těhotenství je prokazatelně spojeno se zvýšenou nepozorností u dětí, hyperaktivitou, impulsivitou, agresivitou, celkovými příznaky syndromu ADHD (“Attention Deficit Hyperactivity Disorder” – hyperaktivita s poruchou pozornosti) a syndromem ODD (“Oppositional Defiant Disorder” – porucha chování s opozičním vzdorem) (NOMURA, 2011).

## 5 Kouření během kojení

Kojení je nejjednodušší a nejfyziologičtější způsob výživy novorozence. Spouští ho pokles hladiny estrogenu a vysoká hladina prolaktinu (RATISLAVOVÁ, 2008).

Mateřské mléko je nejdokonalejší stravou pro novorozence, má optimální teplotu. Mateřské mléko je zdrojem všech důležitých živin a energie, jeho hlavní složkou jsou bílkoviny, laktóza, voda a tuk. Obsahuje též vitaminy (kromě vitamínu K), ionty, protilátky a látky povzbuzující obranyschopnost organismu dítěte (ČECH, 2006).

Statistiky uvádějí, že v těhotenství kouří až 1/5 těhotných žen. Mnoho žen v těhotenství kouřit přestane, anebo alespoň omezí, avšak po porodu opět začne kouřit. Neuvědomují si škodlivost kouření během kojení (CRHA, 2000a).

Z klinických studií vyplývá, že kouření negativně ovlivňuje kojení a že kouření matky během kojení je jedním z nejčastějších důvodů časného ukončení kojení (HIGGINS, 2010). Nikotin snižuje produkci prolaktinu a kuřačky produkují méně mléka. Snižovaný objem mléka znamená i menší váhový přírůstek a horší prospívání kojence. Mnoho látek z cigaretového kouře přechází do mateřského mléka, kontaminuje jej toxickými látkami, nepříznivě ovlivňuje jeho chuť a snižuje podíl mastných kyselin a vitamínů. Okamžitá reakce kojenečích dětí na nikotin byla následující: kolika, zvracení, špatné sání, neklid, plačtivost, poruchy spánku (CRHA, 2000a).

Kojení je pro dítě nenahraditelné z mnoha hledisek. To by mělo být pro kouřící matku velkou motivací k zanechání kouření. V případě, že se matka odmítá vzdát kouření, měla by omezit počet vykouřených cigaret na maximálně 5 ks denně a snažit se prodloužit dobu mezi kouřením a kojením na alespoň 2 hodiny tím, že si zapálí cigaretu ihned po kojení (GREGORA, 2009).

## 6 Možnosti odvykání kouření v těhotenství

Kouření patří mezi největší hrozby pro současný i budoucí zdravotní stav na celém světě. Jednou z nejdůležitějších věcí, kterou většina kuřáků může udělat pro zlepšení svého zdraví, je přestat kouřit. Lékaři a další zdravotničtí pracovníci, kteří podporují své pacienty v odvykání kouření, se snaží o zásadní zlepšení jejich zdraví (CRHA, 2000a).

Hlavní metody vedoucí ke snížení zdravotních následků kouření v populaci jsou: snížit počet osob, které začínají v mládí kouřit, zvýšit počet osob, které zanechají kouření, dále zvýšit počet osob, které přejdou z cigaret na méně škodlivé formy tabákových produktů a snížit vystavování nekuřáků tabákovému kouři (ŠTEJFA, 2007).

Bylo provedeno mnoho epidemiologických studií, které prokazují, že když těhotná žena zanechá kouření, riziko poškození vývoje těhotenství a plodu kouření se výrazně snižuje. Riziko patologického průběhu těhotenství a vývoje plodu je stejné u nekuřačky, jako u ženy, která přestala kouřit v prvním trimestru těhotenství (CRHA, 2000a).

Těhotenství je proto výjimečným okamžikem pro motivaci kuřaček, aby přestaly kouřit, protože pro naprostou většinu těhotných žen je bezproblémové těhotenství a narození zdravého potomka prioritou.

Ve vyspělých zemích přestane spontánně kouřit anebo alespoň výrazně sníží počet vykouřených cigaret mnoho těhotných žen, naproti tomu 10 % těhotných žen dokonce zvýší dávku. Mnoho těhotných kuřaček je ochotno přestat kouřit pouze do doby, než se dítě narodí, poté znovu pokračují s kouřením (BUJA, 2011).

Doporučuje se, aby lékaři cíleně edukovali těhotné ženy o vlivu kouření na těhotenství a plod, a poskytovali jim individuální rady, zdravotně výchovné texty, letáky a brožury se stručnými a výstižnými informacemi. V České republice byla provedena studie, z níž vyplývá, že na rozhovor o kouření v prenatální poradně si vzpomíná jen velmi málo žen (kolem 12 %). Lékaři mají velmi dobrou příležitost opakovaně provádět poradenskou činnost při každé pravidelné návštěvě těhotné ženy v prenatální poradně, kterou těhotná žena při fyziologickém průběhu těhotenství navštíví 10 – 15 krát. Čím více lékařů se bude v těhotenské poradně pravidelně zabývat poradenstvím ohledně zanechání kouření, tím dříve se výsledky příznivě projeví v celospolečenském měřítku (CRHA, 2000a).

Běžnou součástí vstupní prohlídky těhotné ženy by měla být anamnéza o užívání alkoholických nápojů a aktivním i pasivním kouřením. Těhotná žena, která odpoví na tyto

dotazy negativně, by měla být pochválena a povzbuzena v setrvání. V případě pozitivních odpovědí musí lékař striktně doporučit abstinenci, zanechání kouření a vyhýbání se tabákovému kouří. Závislým kuřačkám může být doporučena náhradní nikotinová terapie. Ženám, které mají potíže se zanecháním kouření, by měla být doporučena specializovaná poradna pro odvykání kouření (HRUBÁ, 2002).

## 6.1 Program „7P“

Jedná se o krátkou, ale při každé kontrole opakovanou intervenci lékaře, která by měla být běžnou součástí všech vyšetření. Spolupráce porodní asistentky s lékařem při edukaci je samozřejmostí. Jednotlivé kroky by měly vypadat následovně:

- **PTÁT SE** při prvním vyšetření na kuřáctví ženy, zda kouří, nebo kouřila a následně jí zařadit do skupiny kuřačka nebo nekuřačka. V případě pozitivní odpovědi by měla následovat otázka, jak často kouří a kolik cigaret denně a podle odpovědi rozdělit do skupiny občasná kuřačka a pravidelná kuřačka.
- **POCHVÁLIT** nekuřačky a ty, které přestaly kouřit, nekuřící žena musí z reakce lékaře poznat, že její nekouření je podstatné pro fyziologický průběh těhotenství i pro zdraví dítěte, a že lékař opravdu oceňuje její chování.
- **PODPOŘIT** bývalé kuřačky, aby setrvaly v nekouření, a to nejen během celého těhotenství, ale i po porodu a nejlépe napořád.
- **POZNAMENAT** pozitivní informaci o kouření do zdravotní dokumentace tak zřetelně, aby při každé další návštěvě této pacientky se opakovaně zajímal o její kouření.
- **PORADIT** těhotným kuřačkám, aby kouřit přestaly. Rada musí být důrazná a jednoznačná. Je možné ženu poučit, že kouření plod poškozuje, jak bylo prokázáno v četných studiích. Lékař by měl velmi důrazně upozornit na to, že případný stres nebo nepohodlí matky při abstinenci je pro plod mnohem menší riziko, než teratogenní účinky cigaretového kouře.
- **POMOCI** nastávajícím matkám najít silný motiv pro zanechání kouření, kterým je jednoznačně jejich mateřství. Slabým a příležitostným kuřačkám poskytnout informační materiál, silnějším kuřačkám doporučit kontakt na poradnu pro odvykání kouření. Případnou léčbu náhradní nikotinovou terapií lze doporučit jen v první polovině těhotenství.

- POKRAČOVAT V POZOROVÁNÍ chování matek během celého těhotenství a trvale podporovat jejich úsilí vzdát se kouření (CRHA, 2000a).

## 6.2 Náhradní nikotinová terapie

Statistiky mluví o tom, že 80 % kuřáků si přeje zbavit se závislosti. Kuřáci, kteří se pokouší přestat kouřit sami, jsou úspěšní pouze ve 2 % (KALINA, 2008).

Dnes nejrozšířenější druh terapie – substituční léčba s využitím nikotinových náhražek – je založena na principu substituce, to znamená podávání nikotinu v jiné formě než v cigaretách (např. ve žvýkačkách, náplastech ap.). Při této léčbě se postupně snižují dávky nikotinu. Tímto dochází k odvykání bez projevů abstinenčního syndromu. Úspěšnost této léčby je v porovnání s léčbou bez použití farmakoterapie dvojnásobná. U léčby závislosti na nikotinu jsou tři měsíce minimální dobou, po kterou je třeba užívat prostředky pro odvykání kouření (KALINA, 2008).

U závislých kuřáček, které se snaží během těhotenství zanechat kouření, se doporučuje léčba náhradní nikotinovou terapií (NNT). Do nabídky přípravků patří žvýkačky, náplasti, inhalátory a tablety s nikotinem. Výměna kouření za NNT je doporučována z mnoha důvodů. Kuřačka a plod nejsou vystavováni velkému množství chemických látek, které obsahuje cigaretový kouř. Nikotin, který se uvolňuje pomalu z přípravků NNT neaktivuje sympatické nervstvo a kůru nadledvin tak silně, jako nikotin z cigaret. K vazospasmu proto nedochází vůbec, nebo podstatně méně, než při kouření cigaret. Z uvedených důvodů je v mnoha zemích doporučována v těhotenství terapie NNT (HRUBÁ, 2007).

Provedené studie týkající se vhodnosti NNT při odvykání kouření v těhotenství však nepotvrdily pozitivní vlivy a navíc bylo zjištěno mnoho negativních účinků čistého nikotinu na plod. Výsledky popisují nikotin jako lidský neuroteratogen a mnohostranně působící karcinogen. Vystavování nenarozeného dítěte nikotinu, ať už z cigaret, nebo z NNT, může vyvolat řadu dlouhodobých poškození, která se projeví v dětství nebo i v pozdějším věku. Lékaři by proto měli akceptovat postoj, že aktivní i pasivní kouření a dokonce i izolovaný nikotin v NNT ohrožují plod a měli by se snažit podpořit ženy, aby toto riziko nepodstupovaly (HRUBÁ, 2007).

## II PRAKTICKÁ ČÁST

### 7 Popis řešení průzkumu

#### **Průzkumný problém**

Míra informovanosti těhotných žen o vlivu kouření na plod.

#### **Průzkumné cíle**

**Hlavním cílem** práce je zjistit postoje a vědomosti těhotných žen ke kouření v těhotenství, dozvědět se, jestli mají v této problematice dostatek informací, zjistit, co má na kouření v těhotenství vliv a zmapovat kuřácké chování.

**Dílčí cíle** se vztahují k průzkumným hypotézám:

**Cíl č. 1:** Zjistit, zda lékaři a porodní asistentky dostatečně informují těhotné ženy o vlivu kouření na plod.

**Cíl č. 2:** Zjistit, zda na míru informovanosti o vlivu kouření na plod má vliv kuřáctví.

**Cíl č. 3:** Zjistit, zda na expozici pasivnímu kouření má vliv dosažené vzdělání.

#### **Průzkumné otázky**

**Průzkumná otázka č. 1:** Předpokládáme, že ženy získávají více informací o vlivu kouření na plod od lékaře/porodní asistentky, než z ostatních zdrojů.

**Průzkumná otázka č. 2:** Předpokládáme, že těhotné kuřáčky mají méně znalostí o vlivu kouření na plod, než těhotné nekuřáčky.

**Průzkumná otázka č. 3:** Předpokládáme, že těhotné ženy, které se striktně vyhýbají zakouřeným prostorům, mají častěji vysokoškolské vzdělání než nižší vzdělání.

#### **Metodika**

V praktické části práce jsme se zaměřily na průzkum výše uvedených cílů. Jako metodu pro náš průzkum jsme si zvolily metodu dotazníkového šetření. Výběr respondentek byl záměrný, osloveny byly těhotné ženy na pravidelné kontrole v prenatální poradně nemocnice Kladno.

Dotazník (**Příloha A**) byl nestandardizovaný a respondentkám byla zaručena anonymita možností vhazovat vyplněné dotazníky do sběrného boxu. Respondentky byly instruovány o vyplňování dotazníku, dále byly informovány o účelu studie a o využití získaných dat.

Respondentkám jsem poskytla svojí e-mailovou adresu pro případ jakýchkoliv dotazů nebo připomínek. Žádné osobní údaje nebyly zjišťovány a respondentky poskytly kromě odpovědí na otázky týkající se tématu jen základní sociodemografické charakteristiky.

Provedení průzkumu bylo schváleno Etickou komisí Oblastní nemocnice Kladno (**Příloha C**). Průzkum byl realizován během ledna až února 2012. Bylo rozdáno 110 dotazníků a návratnost byla 100 %. Deset dotazníků muselo být vyřazeno pro neúplnost odpovědí. Ke zpracování dat bylo použito 100 dotazníků.

Dotazník obsahoval 17 položek, které byly rozděleny do tří částí.

**I. část dotazníku** obsahuje tři otázky, které rozdělují těhotné ženy podle věku, vzdělání a parity. Jedná se o otázky č. 1, 2 a 3.

**II. část dotazníku** obsahuje devět otázek, v této části dotazníku zjišťují kuřáckou anamnézu těhotných žen a jejich informovanost lékařem/porodní asistentkou. Některé otázky jsou filtrační, k těmto otázkám jsou připojeny instrukce pro respondentky, jaké otázky mají vyplňovat dále. Otázky v této části dotazníku rozdělují těhotné ženy na kuřačky a nekuřačky. Jedná se o otázky č. 4 – 12.

**III. část dotazníku** obsahuje pět otázek, které zjišťují znalosti a vědomosti těhotných žen o vlivu kouření na plod. K otázce, ve které respondentky mohou označit více odpovědí, je připojena instrukce. Jedná se o otázky č. 13 – 17.

K průzkumné otázce č. 1 se vztahují otázky č. 9, 10, 11 a 12. Průzkumnou otázku č. 2 ověřovaly otázky č. 4, 13, 14, 15, 16 a 17. Na průzkumnou otázku č. 3 jsou zaměřeny otázky č. 2, 5, 6, 7 a 8.

### **Pilotní průzkum**

Před vlastním rozdělením dotazníku jsme provedly pilotní průzkum s deseti dotazníky. Dotazníky jsme rozdaly ženám ve okolí mého bydliště. Pokyny k vyplnění některých otázek musely být upraveny kvůli připomínkám respondentek.

### **Zpracování dat**

Získané údaje byly zpracovány v tabulkovém procesoru Microsoft Excel.

K popisu zjištěných dat jsme použily tabulky, hodnoty v nich jsme popisovaly v absolutních (a.č.) a relativních četnostech (r.č.). V grafech jsme použily absolutní četnost. U jednotlivých otázek je komentář.

Písemná část práce byla zpracována v textovém editoru Microsoft Word



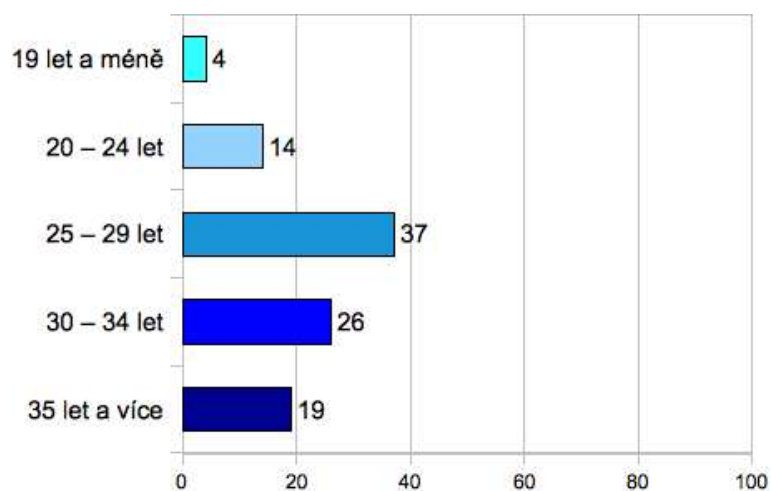
## 8 Výsledky vlastního průzkumu

### Položka č. 1: Kolik je Vám let?

Tabulka č. 1 - Věk

Odpovědi	A. č.	R. č. (%)
19 let a méně	4	4,00 %
20 – 24 let	14	14,00 %
25 – 29 let	37	37,00 %
30 – 34 let	26	26,00 %
35 let a více	19	19,00 %
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100,00 %</b>

Graf č. 1 – Věk



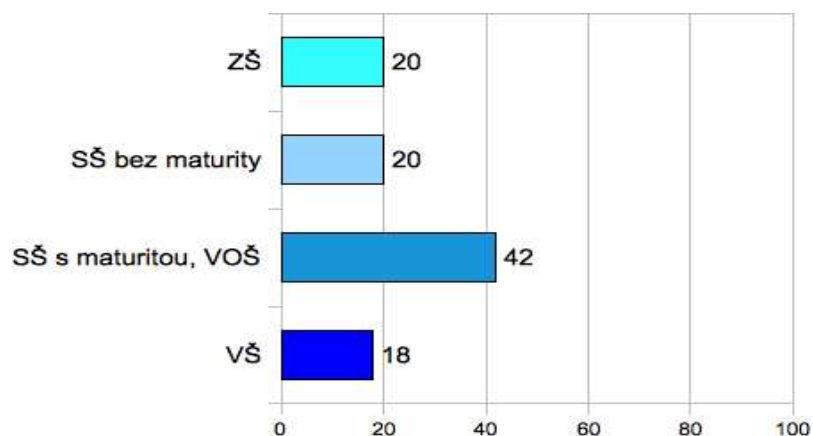
První otázka se zaměřuje na věkovou kategorii respondentek. Nejvíce dotazovaných žen je ve věku **25 – 29 let**, tuto kategorii označilo 37 respondentek (37 %). Následuje kategorie **30 – 34 let**, v této kategorii se nachází 26 respondentek (26 %). Kategorii **35 let a více** označilo 19 žen (19 %). V kategorii **20 – 24 let** se nachází 14 respondentek (14 %) a v nejmladší věkové kategorii **19 a méně let** se nachází pouze 4 respondentky (4 %).

## Položka č. 2: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka č. 2 - Vzdělání

Odpovědi	A. č.	R. č. (%)
Základní	20	20,00 %
Střední bez maturity	20	20,00 %
Střední s maturitou, VOŠ	42	42,00 %
Vysokoškolské	18	18,00 %
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100,00 %</b>

Graf č. 2 - Vzdělání



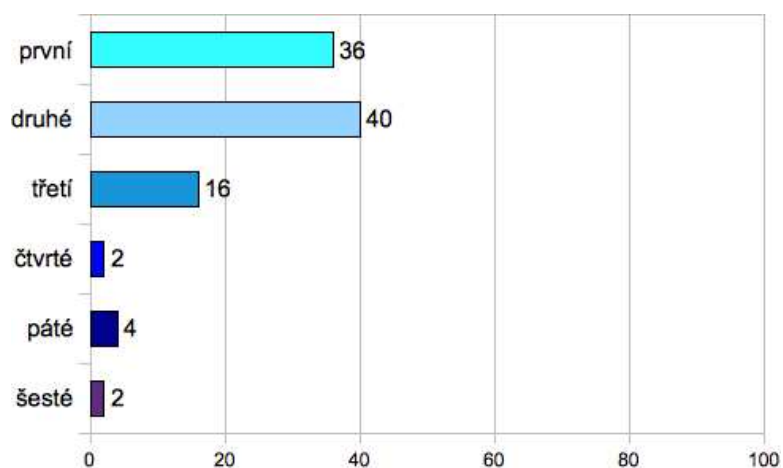
Ve druhé otázce jsme zjišťovaly, jaké mají respondentky nejvyšší dosažené vzdělání. Počet respondentek se **základním vzděláním** byl 20 (20 %), respondentek se **střední školou bez maturity** bylo též 20 (20 %), **střední školu s maturitou** nebo **vyšší odbornou školu** vystudovalo 42 (42 %) dotazovaných žen a **vysokoškolské vzdělání** má 18 (18 %) dotazovaných žen.

### Položka č. 3: Toto těhotenství je Vaše kolikáté?

Tabulka č. 3 - Parita

Odovědi	A. č.	R. č. (%)
První	36	36,00 %
Druhé	40	40,00 %
Třetí	16	16,00 %
Čtvrté	2	2,00 %
Páté	4	4,00 %
Šesté	2	2,00 %
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100,00 %</b>

Graf č. 3 – Parita



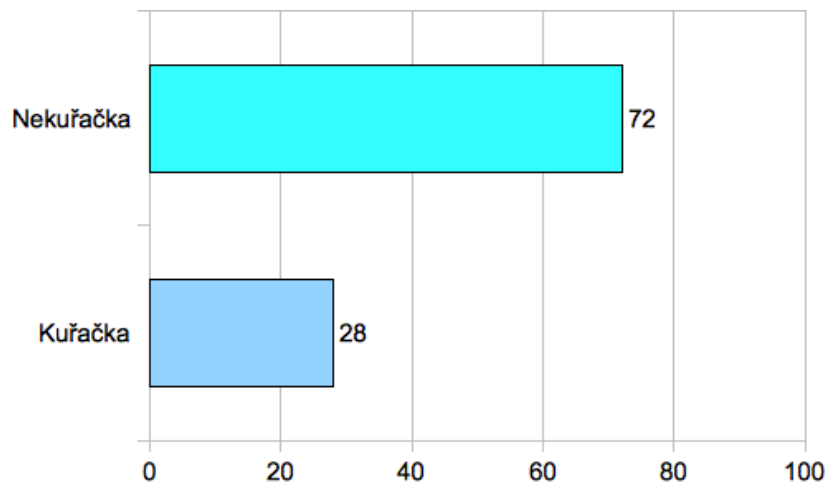
V této otázce jsem zjišťovala, kolikáté těhotenství respondentky právě prožívají. Nejvíce respondentek bylo v době dotazování těhotných **podruhé** - 40 (40 %). **Poprvé** těhotných bylo 36 (36 %) respondentek. **Třetí** těhotenství bylo zastoupeno 16 krát (16 %), **čtvrté** dvakrát (2 %), **páté** čtyřikrát (4 %). **Šesté** těhotenství se objevilo zřídka, tuto možnost označily dvě respondentky (2 %).

#### Položka č. 4: Kouříte?

Tabulka č. 4 - Kouření

<b>Odpovědi</b>	<b>A. č.</b>	<b>R. č. (%)</b>
Kuřačka	28	28,00 %
Nekuřačka	72	72,00 %
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100,00 %</b>

Graf č. 4 – Kouření



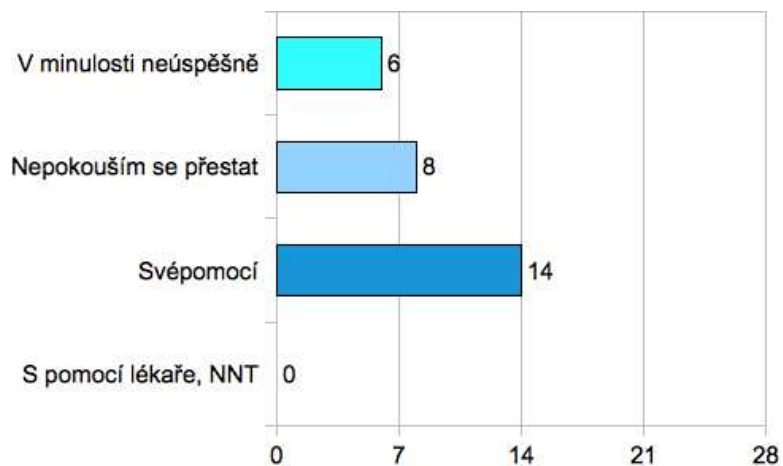
V této otázce jsme zjišťovaly, kolik respondentek patří mezi **kuřačky**, a kolik mezi **nekuřačky**. Kladně na tento dotaz odpovědělo 28 (28 %) žen, záporně 72 (72 %) žen. V případě, že odpověď byla kladná, zjišťovaly jsem počet vykouřených cigaret denně. V odpovědích se vyskytoval počet od dvou do deseti cigaret. Nejčastější odpovědí bylo **deset vykouřených cigaret denně**.

## Položka č. 5: Pokoušíte se s kouřením přestat?

Tabulka č. 5 - Snaha o zanechání kouření

Odpovědi	A. č.	R. č. (%)
V minulosti neúspěšně	6	21,40 %
Nepokouším se přestat	8	28,60 %
Svépomocí	14	50,00 %
S pomocí lékaře, NNT	0	0,00 %
<b>Celkem</b>	<b>28</b>	<b>100,00 %</b>

Graf č. 5 - Snaha o zanechání kouření



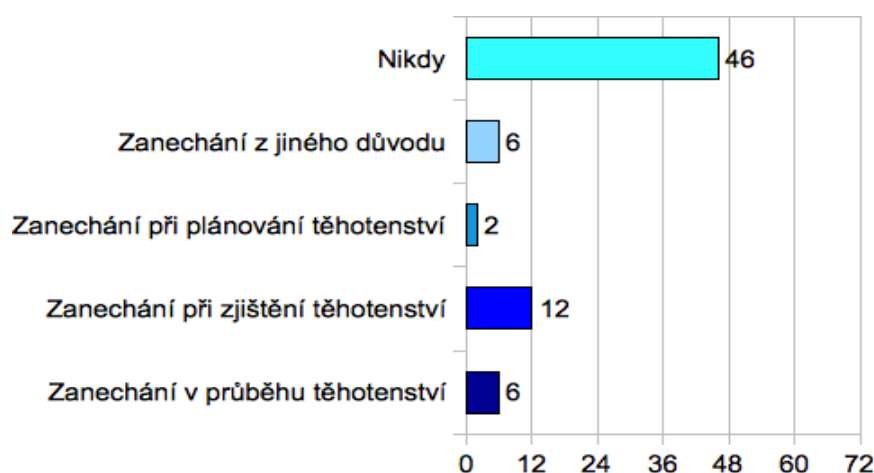
Pátá otázka byla určena pouze pro ženy, které odpověděly kladně na dotaz, zda kouří. S pomocí **lékaře** anebo **náhradní nikotinové terapie** se nesnaží s kouřením přestat žádná respondentka (0 %) a **svépomocí** se snaží 14 (50 %) kuřáček. Osm (28,6 %) kuřáček se **nepokouší přestat kouřit** vůbec, a šest (21,4 %) žen odpovědělo, že se pokoušely přestat kouřit v **minulosti, ale bez úspěchu**.

## Položka č. 6: Kouřila jste před těhotenstvím?

Tabulka č. 6 - Kouření před těhotenstvím

Odpovědi	A. č.	R. č. (%)
Nikdy jsem nekouřila	46	63,90 %
Přestala jsem z jiného důvodu	6	8,30 %
Přestala jsem při plánování těhotenství	2	2,80 %
Přestala jsem při zjištění těhotenství	12	16,70 %
Přestala jsem v průběhu těhotenství	6	8,30 %
<b>Celkem</b>	<b>72</b>	<b>100,00 %</b>

Graf č. 6 - Kouření před těhotenstvím



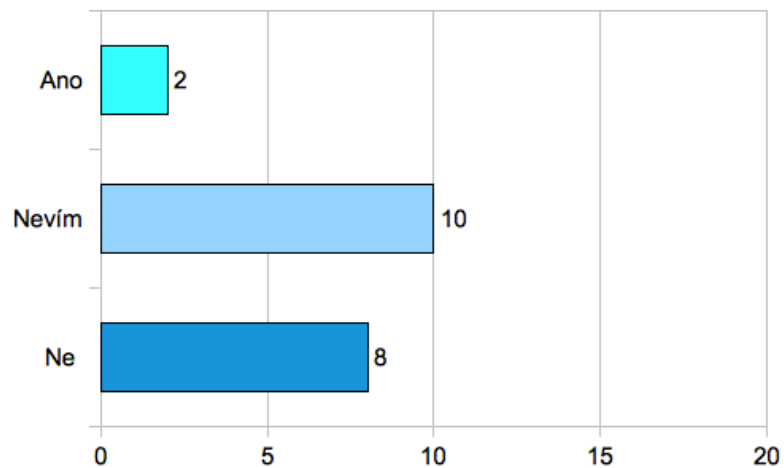
V této otázce jsme se dotazovaly pouze žen, které odpověděly záporně na dotaz, zda kouří. Zajímalo nás, zda někdy před těhotenstvím kouřily. Před těhotenstvím **nikdy** nekouřilo 46 (63,9 %) respondentek. To znamená, že 26 (36,1 %) respondentek někdy před těhotenstvím kouřilo. Z těchto respondentek šest (8,3 %) přestalo kouřit z **jiného důvodu**, než je těhotenství, a zbytek (27,8 %) v souvislosti s těhotenstvím. Při **plánování těhotenství** přestaly kouřit pouze 2 (2,8 %) ženy a ihned při **zjištění těhotenství** 12 (16,7 %) žen. Později v **průběhu těhotenství** přestalo kouřit 6 (8,3 %) respondentek.

## Položka č. 7: Plánujete po porodu znovu začít kouřit?

Tabulka č. 7 - Kouření po porodu

Odpovědi	A. č.	R. č. (%)
Ano	2	10,00 %
Nevím/nejsem rozhodnutá	10	50,00 %
Ne	8	40,00 %
<b>Celkem</b>	<b>20</b>	<b>100,00 %</b>

Graf č. 7 - Kouření po porodu



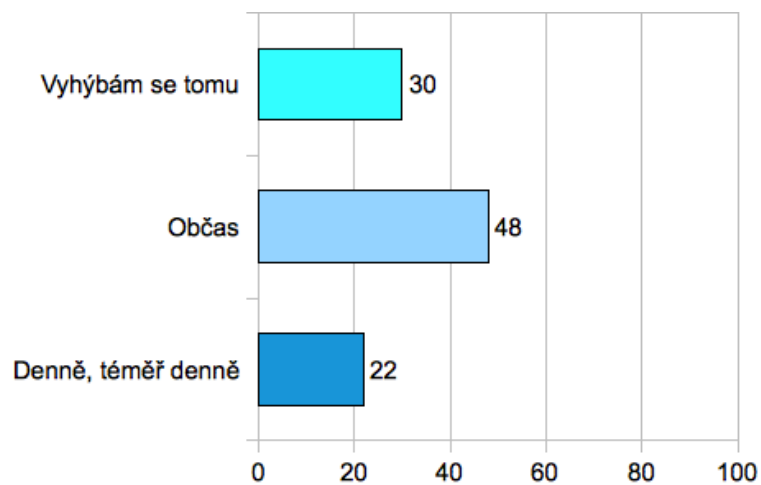
Sedmou otázku vyplňovaly pouze ženy, které v předchozí otázce označily, že přestaly kouřit v souvislosti s těhotenstvím – těchto respondentek bylo 20. Zjišťovaly jsme, zda plánují po porodu opět začít kouřit. Pouze dvě (10 %) ženy **plánují po porodu opět začít kouřit**, deset respondentek (50 %) zatím **není rozhodnuto**, a určitě **neplánuje začít znovu kouřit** osm (40 %) respondentek.

### Položka č. 8: Pobýváte často v prostředí, kde někdo jiný kouří?

Tabulka č. 8 - Pobyť v zakouřených prostorech

Odpovědi	A. č.	R. č. (%)
Vyhýbám se tomu	30	30,00 %
Občas, při společenských akcích	48	48,00 %
Denně, téměř denně	22	22,00 %
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100,00 %</b>

Graf č. 8 - Pobyť v zakouřených prostorech



Na tuto otázku již odpovídaly všechny ženy, bez ohledu na to, zda kouří, nebo ne. Cílem otázky bylo zjistit, zda pobývají v prostředí, kde někdo jiný kouří. **Denně nebo téměř denně** se v zakouřených prostorech pohybuje 22 (22 %) respondentek. **Občas, při návštěvě společenských akcí** tyto prostory navštěvuje 48 (48 %) žen. **Striktně se pobytu v zakouřených prostorech vyhýbá** pouze 30 (30 %) respondentek.

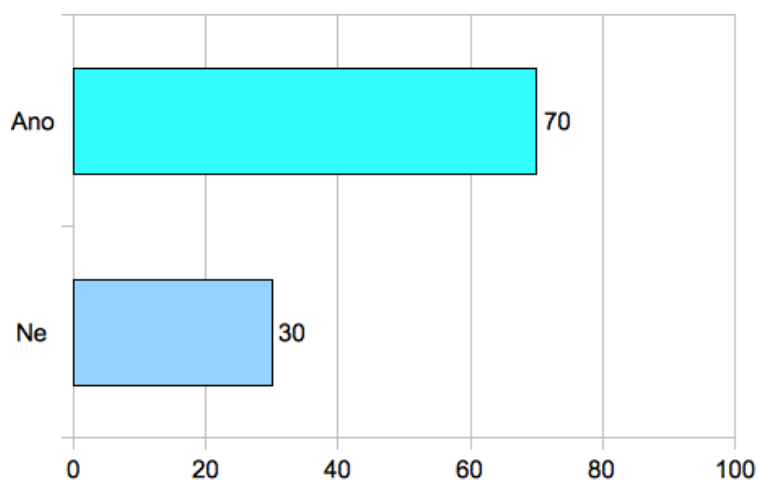


**Položka č. 9: Zajímal se Váš lékař/porodní asistentka v prenatalní poradně, jestli kouříte?**

Tabulka č. 9 - Zájem lékaře/porodní asistentky

Odpovědi	A. č.	R. č. (%)
Ano	70	70,00 %
Ne	30	30,00 %
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100,00 %</b>

Graf č. 9 - Zájem lékaře/porodní asistentky



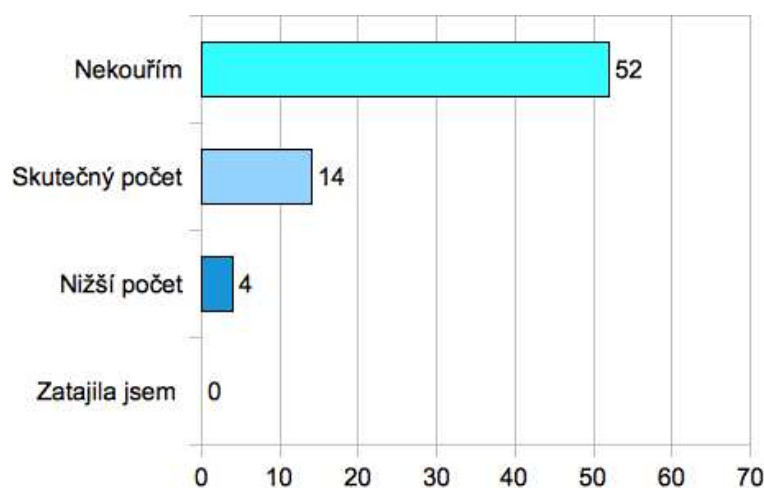
Tato otázka zjišťovala skutečnost, zda se lékaři a porodní asistentky věnují problematice kouření u svých pacientek. **Kladně** odpovědělo 70 (70 %) žen, **záporně** odpovědělo 30 (30 %) žen.

**Položka č. 10: Jaká byla Vaše odpověď na dotaz lékaře/porodní asistentky, zda kouříte?**

Tabulka č. 10 - Odpověď lékaři/porodní asistentce

Odpovědi	A. č.	R. č. (%)
Nekouřím	52	74,30 %
Uvedla jsem skutečný počet	14	20,00 %
Uvedla jsem nižší počet	4	5,70 %
Zatajila jsem to	0	0,00 %
<b>Celkem</b>	<b>70</b>	<b>100,00 %</b>

Graf č. 10 - Odpověď lékaři/porodní asistentce



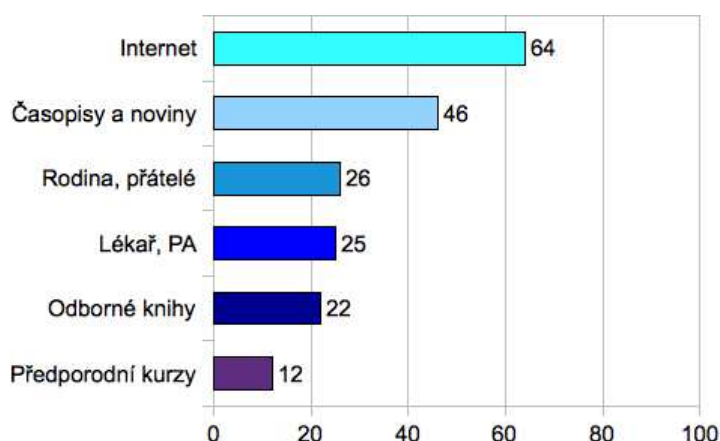
Na tuto otázku odpovídaly pouze ženy, které odpověděly, že se jejich lékař nebo porodní asistentka v těhotenské poradně zajímali, zda kouří. Těchto žen bylo 70 (70 %) z celkového počtu respondentek, z nichž bylo 52 (74,3 %) **nekuřáček**. Respondentek, které kouří a uvedly **skutečný počet vykouřených cigaret** bylo 14 (20 %) a respondentky, které uvedly **nižší počet vykouřených cigaret** byly pouze čtyři (5,7 %). Žádná žena podle mého průzkumu (0 %) lékaři **nezatajila**, že kouří.

**Položka č. 11: Označte, ze kterého zdroje máte nejvíce informací o vlivu kouření na plod?**

Tabulka č. 11 - Zdroje informací

Odpovědi	Počet bodů
Internet	64
Časopisy, noviny	46
Rodina, přátelé	26
Lékař, porodní asistentka	25
Odborné knihy	22
Předporodní kurzy	12

Graf č. 11 - Zdroje informací



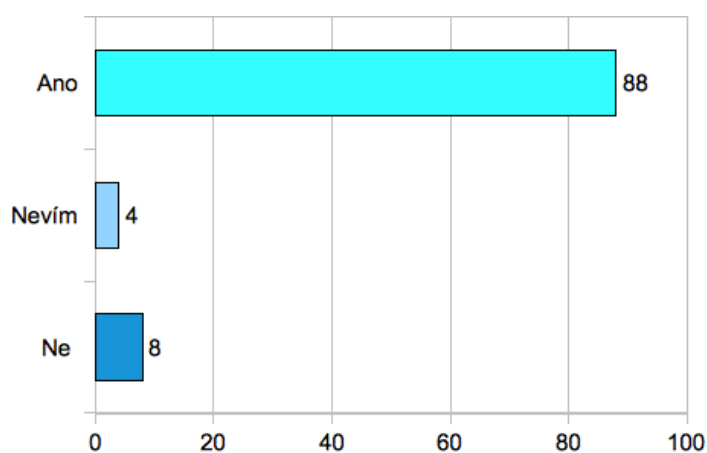
V této otázce jsme zjišťovaly, odkud respondentky čerpají informace o vlivu kouření na plod. Ženy mohly označit více odpovědí z nabízených, nejvíce však tři odpovědi. U každé z možností jsme sečetly body a seřadily možnosti podle četnosti odpovědí. Maximum u každé možnosti, kdyby jí označily všechny respondentky, by bylo 100 bodů. Nejvíce informací respondentky čerpají z **internetu**, tato možnost získala 64 bodů, na druhém místě se umístily **časopisy a noviny** – 46 bodů. Dále ženy zjišťují informace od **rodiny a přátel** (26 bodů). Informace od **lékaře a porodní asistentky** se umístily až na čtvrtém místě (25 bodů). Následují **odborné knihy** (22 bodů). Informace z **předporodních kurzů** skončily na posledním místě, získaly pouze 12 bodů.

## Položka č. 12: Myslíte si, že máte dostatek informací o vlivu kouření na plod?

Tabulka č. 12 - Informovanost

Odpoředi	A. ř.	R. ř. (%)
Ano	88	88,00 %
Nevím	4	4,00 %
Ne	8	8,00 %
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100,00 %</b>

Graf ř. 12 - Informovanost



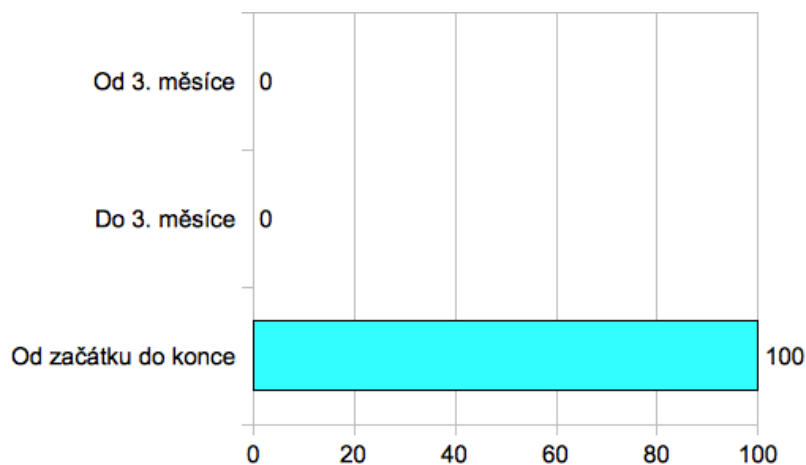
Cílem této otázky bylo zjistit, zda si respondentky myslí, že mají dostatek informací o vlivu kouření na plod. Většina žen – 88 (88 %) žen si myslí, že má **dostatek informací**, osm (8 %) žen si myslí, že nemá **žádné informace**. Více informací by uvítaly čtyři (4 %) respondentky, které si **nejsou jisté** mírou svých vědomostí.

### Položka č. 13: V jaké fázi těhotenství škodí kouření cigaret?

Tabulka č. 13 – Kdy cigarety škodí

Odpovědi	A. č.	R. č. (%)
Od 3. měsíce do konce	0	0,00 %
Do 3. měsíce, pak už ne	0	0,00 %
Od začátku do konce	100	100,00 %
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100,00 %</b>

Graf č. 13 – Kdy cigarety škodí



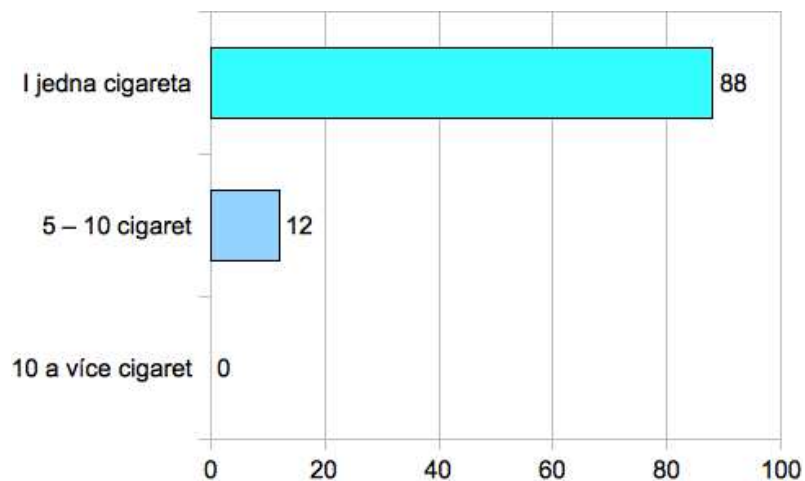
V této otázce jsme zjišťovaly názor respondentek na dotaz, v jaké fázi těhotenství škodí kouření cigaret. Všechny respondentky odpověděly, že kouření cigaret škodí **od začátku těhotenství až do konce**, těchto respondentek tedy bylo 100 (100 %). Další možnosti se v odpovědích nevyskytovaly.

### Položka č. 14: Kouření kolika cigaret denně škodí miminku?

Tabulka č. 14 – Kolik cigaret škodí

Odpovědi	A. č.	R. č. (%)
I jedna cigareta denně	88	88,00 %
5 – 10 cigaret denně	12	12,00 %
10 a více cigaret denně	0	0,00 %
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100,00 %</b>

Graf č. 14 – Kolik cigaret škodí



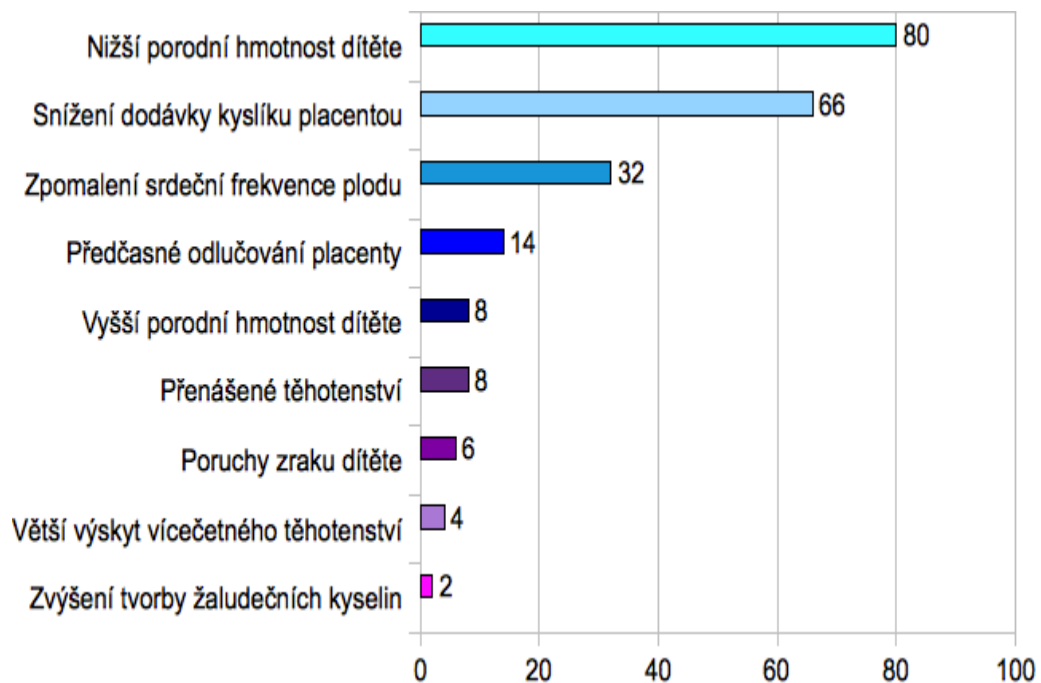
V této otázce jsme zjišťovaly počet vykouřených cigaret denně, který již respondentky označují za škodlivý vůči plodu. Většina žen - 88 (88 %) považuje za škodlivou **každou vykouřenou cigaretu**. Možnost **5 – 10 cigaret denně** byla označena 12 krát (12 %). Možnost **10 a více cigaret denně** se v odpovědích nevyskytovala vůbec (0 %).

## Položka č. 15: Co způsobuje kouření cigaret během těhotenství?

Tabulka č. 15 – Následky kouření v těhotenství

Odpovědi	Body
Nižší porodní hmotnost dítěte	80
Snížení dodávky kyslíku placentou	66
Zpomalení srdeční frekvence plodu	32
Předčasné odlučování placenty	14
Vyšší porodní hmotnost dítěte	8
Přenášené těhotenství	8
Poruchy zraku dítěte	6
Větší výskyt vícečetného těhotenství	4
Zvýšení tvorby žaludečních kyselin	2

Graf č. 15 – Následky kouření v těhotenství

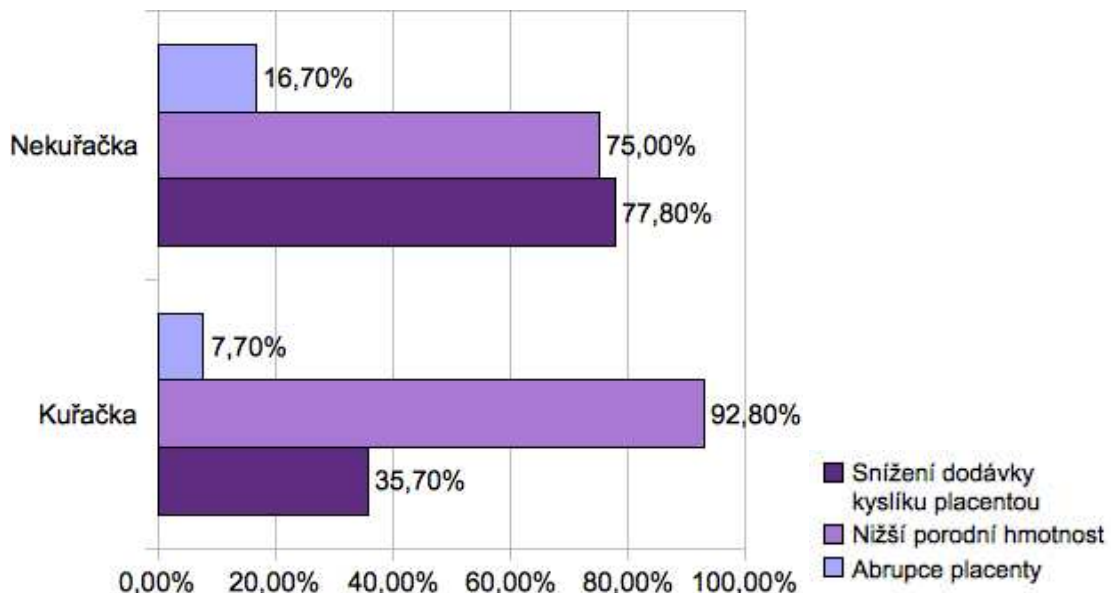


Tato otázka zjišťovala názory respondentek na možné komplikace v těhotenství a vliv na zdraví dítěte. Ženy mohly označit více odpovědí, odpovědi poté byly seřazeny podle bodů. Maximum bodů u každé možnosti je 100. Nejvíce žen si myslí, že kouření

způsobuje **nižší porodní hmotnost dítěte** (80 bodů) a také **přechodné snížení dodávky kyslíku placentou** (66 bodů). Následuje možnost **přechodného zpomalení srdeční frekvence plodu** (32 bodů) a možnost **předčasné odlučování placenty** (14 bodů). Zbylé možnosti byly označeny zřídka – **vyšší porodní hmotnost dítěte** (8 bodů), **přenášené těhotenství** (8 bodů), **poruchy zraku dítěte** (6 bodů), **větší výskyt vícečetného těhotenství** (4 body) a **přechodné zvýšení tvorby žaludečních kyselin** (2 body).

U této otázky jsme vypracovaly graf, ve kterém jsou vyznačeny **správné odpovědi a porovnány ve skupině kuřáček a nekuřáček**. Z grafu je zřejmé, že nekuřačky jsou lépe informovány v možnosti **snížení dodávky kyslíku placentou** a v možnosti **abruptce placenty**. Naopak kuřačky jsou mnohem lépe informovány v možnosti **nižší porodní hmotnost dítěte**. Tento výsledek zřejmě souvisí s velmi rozšířeným názorem, že některé kuřačky kouří **právě** z toho důvodu, že jejich dítě bude mít nižší porodní hmotnost a jejich porod proto bude snadnější.

Graf č. 15A – Porovnání správných odpovědí kuřáček a nekuřáček u otázky č. 15



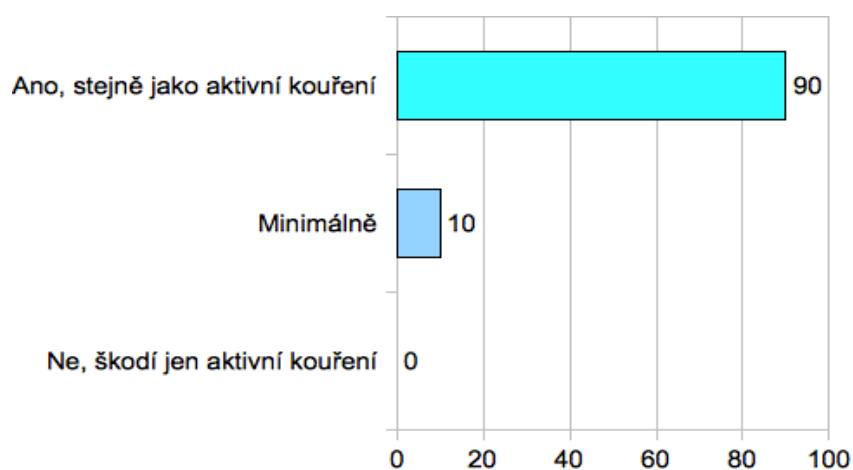


## Položka č. 16: Škodí plodu pasivní kouření?

Tabulka č. 16 – Škodlivost pasivního kouření

Odpovědi	A. č.	R. č. (%)
Ano, stejně jako aktivní	90	90,00 %
Minimálně, skoro vůbec	10	10,00 %
Ne, škodí jen aktivní	0	0,00 %
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100,00 %</b>

Graf č. 16 – Škodlivost pasivního kouření



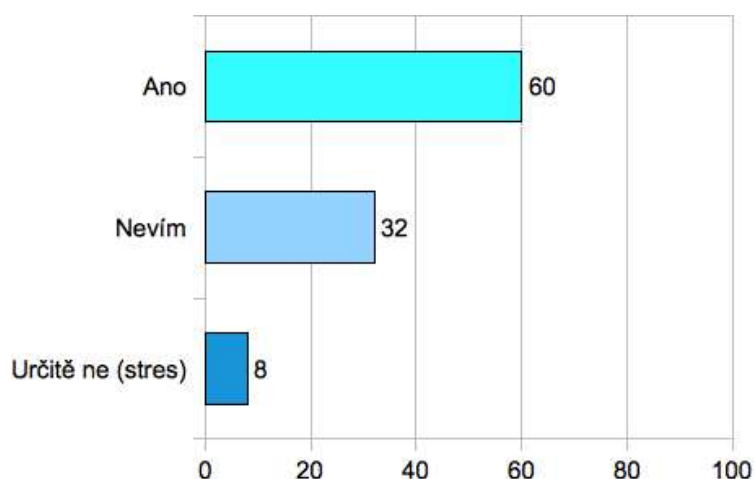
V předposlední otázce jsme zjišťovaly názor žen, zda si myslí, že pasivní kouření škodí plodu. Většina žen - 90 (90 %) označila možnost, že **pasivní kouření škodí stejně jako aktivní kouření**. Možnost **minimálně, skoro vůbec** označilo 10 (10 %) žen. Názor, že pasivní kouření **neškodí vůbec**, se nevyskytl ani jednou (0 %).

**Položka č. 17: Myslíte si, že by žena, která kouřila i před těhotenstvím, měla během těhotenství přestat kouřit?**

Tabulka č. 17 – Zanechání kouření v těhotenství

<b>Odpovědi</b>	<b>A. č.</b>	<b>R. č. (%)</b>
Ano	60	60,00 %
Nevím	32	32,00 %
Určitě ne, je to pro ní stres	8	8,00 %
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100,00 %</b>

Graf č. 17 – Zanechání kouření v těhotenství



Poslední otázku jsme zařadily do dotazníku z důvodu častých argumentů těhotných kuřáček, že by neměly přestat kouřit, protože to způsobuje stres. Většina respondentek odpověděla, že **by těhotná měla přestat kouřit** – 60 (60 %) žen. 32 (32 %) respondentek na tuto problematiku  **nemá vyhraněný názor**. Možnost, že by těhotná žena **určitě neměla přestat kouřit** označilo osm (8 %) žen.

## 9 Diskuze

Hlavním tématem bakalářské práce bylo kouření v těhotenství. Práce se zaměřovala zejména na rizika a komplikace, které přináší kouření během těhotenství. Tyto komplikace se týkají nejen těhotenství samotného, ale i zdraví plodu a následně novorozence a dítěte.

V dotazníku jsme nejprve rozdělily respondentky podle věku, vzdělání a parity. **Nejčastěji se vyskytující respondentka byla žena ve věku 25 – 29 let, se středoškolským vzděláním s maturitou či vystudovanou vyšší odbornou školou a prožívající právě druhé těhotenství.**

Jednou ze stěžejních otázek v dotazníku byla otázka, která zjišťovala, zda respondentka kouří či nikoliv. Ze 100 respondentek záporně odpovědělo 72 a kladně 28 žen. Hájek uvádí, že odhadem v České republice kouří 1/5 těhotných žen (HÁJEK, 2004). **Z našeho průzkumu vychází, že kuřáček je dokonce více než 1/4 respondentek.** Tento významný rozpor by mohl souviset s etnickým složením skupiny respondentek v místě provádění průzkumu. Součástí otázky byl dotaz na počet vykouřených cigaret u kuřáčky. Z odpovědí vychází **průměrný počet šest vykouřených cigaret denně**, rozmezí vykouřených cigaret od dvou do deseti cigaret denně a nejčastější odpovědí bylo deset cigaret denně.

Kuřáček jsme se dotazovaly, zda se snaží přestat kouřit. Nejčastější odpovědí bylo, že se snaží přestat kouřit svépomocí (50 %) a jako další nejčastější možnosti respondentky označily, že se nesnaží přestat kouřit vůbec nebo že se v minulosti pokoušely, ale neúspěšně. Kuřáčky zjevně nepovažují svoje kuřáctví za závažný problém, protože žádná z nich se nesnaží přestat kouřit s pomocí lékaře anebo náhradní nikotinové terapie, což bychom považovaly jako jedinou možnou odpověď, kdyby respondentka opravdu viděla ve svém kuřáctví během těhotenství problém a chtěla s kouřením přestat. Švýcarská studie poukazuje na to, že mezi faktory, které úzce souvisí s obtížností zanechání kouření patří stupeň závislosti na nikotinu, předchozí pokusy přestat kouřit anebo pozitivní anamnéza na choroby plic (MARQUES-VIDAL, 2011).

Nekuřáček jsme se dále dotazovaly, zda kouřily před těhotenstvím. Většina žen označila možnost, že nikdy nekouřila, těchto žen bylo více než 60 %. Ostatní nekuřáčky (36,1 %) ovšem označily možnost, že před těhotenstvím kouřily a z určitého důvodu přestaly. Nejčastějším důvodem zanechání kouření bylo zjištění těhotenství, naopak pouhé dvě ženy označily možnost, že přestaly kouřit v době, kdy plánovaly těhotenství.

Ve studii prováděné v Německu před těhotenstvím kouřilo 35 – 47 % žen (RÖSKE, 2009).

Další otázka se týkala pouze žen, které v předchozím dotazu označily možnost, že přestaly kouřit v souvislosti s těhotenstvím. Nabízí se tedy otázka, zda po porodu plánují opět začít kouřit. Podle výsledků zbytečně mnoho žen podle našeho názoru nevyužilo šance tento stav (kdy se z kuřáček staly nekuřáčky) udržet, protože jsou buď již rozhodnuté znovu začít kouřit, anebo si ještě rozmyšlí, zda znovu začnou. Röske uvádí, že přibližně polovina žen, které přestaly kouřit z důvodu těhotenství, znovu začne kouřit do roka po porodu (RÖSKE, 2009).

V následující otázce zjišťujeme, zda jsou těhotné ženy vystavovány pasivnímu kouření. Respondentky dostaly na výběr možnosti, že se v zakouřených prostorách pohybují denně nebo téměř denně, dále, že se v těchto prostorách vyskytují občas nebo při návštěvách různých společenských akcí a poslední možnost na výběr byla, že se zakouřeným prostorám striktně vyhýbají a nenavštěvují je vůbec. Vzhledem k tomu, že v jiné otázce (otázka č. 16), která zkoumá názor žen o škodlivosti pasivního kouření vůči plodu, naprostá většina žen (90 %) označila správnou možnost, že pasivní kouření plodu škodí stejně jako aktivní kouření, očekávaly bychom proto v této otázce jiné výsledky. Pouze méně než 1/3 těhotných žen se vyhýbá pobytu v zakouřených místnostech, zbylých 70 % žen se v těchto prostorech vyskytuje občas, nebo dokonce denně. Respondentky, které se striktně nevyhýbají zakouřeným prostorům, škodí svému dítěti i samy sobě vědomě. V Belgii byla v roce 2011 publikována studie týkající se pasivního kouření. Prignot uvádí, že **těhotné ženy velmi často podceňují tento problém** – ve skupině 698 těhotných nekuřáček pouze 305 (43,7 %) žen prohlásilo, že nejsou vystavovány cigaretovému kouři. Přesto ještě 197 (64,3 %) z těch žen, které tvrdily, že se pasivnímu kouření důsledně vyhýbají, měly plazmatické hladiny kotininu nad mezí detekce. Výsledkem je, že z 698 těhotných žen není vystavováno cigaretovému kouři pouze 196 (28 %) žen (PRIGNOT, 2011).

**Aktivní spolupráce lékaře a porodní asistentky je v této problematice zásadní,** v další otázce jsme se proto ptaly respondentek, zda se jich lékař nebo porodní asistentka v prenatální poradně ptali na kuřáckou anamnézu. Crha uvádí, že na základě výsledků provedené studie si v České republice na rozhovor s lékařem ohledně kouření vzpomíná pouhých 12 % žen (CRHA, 2000a). Podle mého dotazníku však většina žen (zhruba 2/3) na tuto otázku odpověděla kladně. Oproti tomu 1/3 žen tvrdí, že dotazovány nebyly. Stejný výsledek potvrzuje i da Motta ve výzkumu provedeném

v Porto Alegre v Brazílii na 267 respondentkách a Röske ve výzkumu provedeném v Německu (da MOTTA, 2010, RÖSKE, 2009). Z těchto výsledků je zřejmé, že se během deseti let tato situace výrazně zlepšila a lékaři poskytují mnohem více informací než dříve. V případě, že zbylých 30 % odpovědí o nezájmu lékařů jsou pravdivé a v odpovědích nehraje roli pouze to, že respondentky na tento dotaz lékaře nebo porodní asistentky jednoduše zapoměly, bylo by vhodné, aby se lékaři této problematice věnovali ještě více. Lékař se s těhotnou ženou v prenatalní poradně setká v průběhu těhotenství přibližně 10 – 15 krát. Má tedy příležitost poskytnout jí dostatek vhodných informací o vlivu kouření na těhotenství a plod, pomoci ženě v rozhodnutí, aby přestala kouřit, popřípadě nabídnout kontakt na poradny pro zanechání kouření.

V dalším dotazu odpovídaly pouze ženy, které si vzpomínají na rozhovor s lékařem ohledně kouření v těhotenství. Těchto žen bylo 70. Zajímalo nás, jak ženy lékaři odpověděly na dotaz, zda kouří. Nejvíce žen (52) odpovědělo lékaři, že nekouří. Následovala skupina žen kuřáček, které lékaři přiznaly skutečný počet vykouřených cigaret za den. Pouze čtyři ženy odpověděly, že kouří, ale přiznaly nižší počet vykouřených cigaret. Možnost, že těhotná žena lékaři zatajila, že kouří, se v odpovědích nevyskytla ani jednou.

Cílem další otázky bylo dozvědět se, ze kterého zdroje mají respondentky nejvíce informací o vlivu kouření na těhotenství a na plod. Předpokládaly jsme, že nejvíce informací mají ženy od lékaře a porodní asistentky. Výsledky jsou překvapující. **Na prvním místě se umístil internet, následují časopisy a noviny, na třetím místě jsou informace od rodiny a přátel. Až na čtvrtém místě se umístily informace od lékaře/porodní asistentky.** Předposlední jsou informace z odborné literatury a na posledním místě se umístily informace z předporodních kurzů.

V souvislosti s předchozí otázkou jsme se respondentek dotazovaly, zda si myslí, že mají dostatek informací o vlivu kouření na těhotenství a plod. **Většina žen (88 %) si myslí, že má dostatek informací.** Naopak osm žen (8 %) si myslí, že nemá žádné informace a čtyři ženy odpověděly, že si nejsou jisté svými vědomostmi, a tyto možnosti doplnily většinou textem, že nekouří a proto se o tuto problematiku nezajímají nebo tyto informace nepotřebují.

Poslední část dotazníku zjišťovala znalosti těhotných žen o vlivu kouření na plod a těhotenství.

Zjišťovaly jsme, ve kterém období škodí kouření cigaret plodu. **Všechny ženy odpověděly, že kouření škodí od začátku těhotenství do konce.** Takto odpovídaly

samozřejmě i ženy, které kouří a které se nevyhýbají pobytu v zakouřených místnostech. Tyto ženy opět škodí svému nenarozenému dítěti vědomě.

Další dotaz zjišťoval počet cigaret, které respondentky považují za škodlivé vůči dítěti. **Většina žen (88) označila možnost, že dítěti škodí každá jedna vykouřená cigareta.** Zbýlých 12 žen odpovědělo, že dítěti škodí cigarety až od počtu 5 – 10 denně. Žádná žena neoznačila možnost, že dítěti škodí až 10 a více vykouřených cigaret denně.

Následující otázkou jsme zjišťovaly, zda ženy znají možná rizika kouření v graviditě. **Na prvním místě se podle očekávání umístila správná možnost nižší porodní váhy dítěte.** Mnohokrát jsem se setkala s názorem, že žena během těhotenství kouří právě z tohoto důvodu (nižší porodní hmotnost dítěte) a doufá ve snadnější porod. Na druhém místě ženy nejvíce označovaly správnou možnost přechodné snížení dodávky kyslíku placentou. Jako třetí nejčastější odpověď byla označována nesprávná možnost přechodného zpomalení srdeční frekvence plodu a na čtvrtém místě se umístila správná možnost předčasného odlučování placenty. Zbylé odpovědi jsou nesprávné a byly označovány zřídka následovně: vyšší porodní hmotnost dítěte, přenášené těhotenství, poruchy zraku dítěte, větší výskyt vícečetného těhotenství a zvýšení tvorby žaludečních kyselin. Podle našeho názoru ženy prokázaly velmi dobrou míru vědomostí, protože všechny tři správné odpovědi se umístily na prvních čtyřech místech tabulky.

Do dotazníku jsme zařadily otázku, zda si ženy myslí, že by kuřačka měla během těhotenství přestat kouřit i přes rozšířený názor, že zanechání kouření je pro ženu stres a ten na plod působí hůř než samotné kouření. Nadpoloviční většina žen (60) správně odpověděla, že by žena měla přestat kouřit i během těhotenství. **Ostatní ženy si nejsou jisté (32) anebo si myslí, že by kuřačka určitě neměla přestat kouřit** (osm žen). Tímto výsledkem se potvrdil náš předpoklad, že tento názor je opravdu velmi rozšířený a má špatný vliv na mnoho žen. Pro těchto 40 % nesprávných odpovědí se nabízí možné vysvětlení, že ženy podle dotazníku dávají přednost nedůvěryhodným zdrojům informací (internet, časopisy, noviny) před informacemi od lékaře nebo porodní asistentky a snadněji si proto osvojí tyto nesprávné názory.

Výsledky našeho průzkumu jsou v mnohých bodech překvapující: **Těhotné ženy uznávají, že pasivní kouření škodí těhotenství a plodu stejně, jako aktivní kouření, a to po celou dobu těhotenství. Ženy prokázaly i velmi dobré znalosti v rizicích kouření během těhotenství. Přesto velká část z nich kouří a dokonce velká většina se nevyhýbá pobytu v zakouřených místnostech a vědomě tím škodí svému nenarozenému dítěti.**

## 10 Doporučení pro praxi

Narození zdravého potomka a bezproblémový průběh těhotenství by měl být prioritou pro každou ženu. Svým aktivním životním stylem, správnou výživou a vyvarováním se rizikových faktorů těhotná žena velkým dílem přispívá ke správnému vývoji svého dítěte. Kouření cigaret patří k rizikovým faktorům, které výrazně ovlivňují zdraví matky, průběh těhotenství i vývoj nenarozeného dítěte, jehož osud často závisí na tom, jak zodpovědně se chová jeho matka během těhotenství.

Na základě výsledků našeho průzkumu jsme zjistily, že celkové znalosti těhotných žen o vlivu kouření na těhotenství a plod jsou překvapivě dobré. Přesto v průběhu těhotenství kouří přibližně 1/4 žen a více než 2/3 těhotných žen se nevyhýbá pobytu v zakouřených místnostech.

Podle zjištěných nedostatků bych navrhovala následující řešení: do těhotenského průkazu by byl volně vložen informační **letáček**, ve kterém by byla stručně shrnuta **všechna zásadní rizika, komplikace a důsledky kouření v těhotenství**. V letáčku by bylo zdůrazněno, že **pasivní kouření během těhotenství škodí stejně, jako aktivní kouření a že je proto vhodné, se po tuto dobu pasivnímu kouření důsledně vyhýbat**. V letáčku by mohly být uvedeny i **kontakty na poradny pro odvykání kouření** v různých městech.

Když lékař v ambulanci potvrdí ženě těhotenství a vyplní jí těhotenský průkaz, vloží tento letáček do průkazu a navrhne jí, aby si tento letáček prostudovala a v případě zájmu nebo dotazů jí při příští kontrole nabídne další informace. Tento postup by zabral lékaři jen okamžik a zároveň by byla zajištěna základní informovanost těhotných žen o této problematice. Těhotné ženy, které nekouří a důsledně se vyhýbají expozici pasivnímu kouření, by mohly tento letáček s klidem z průkazky vyřadit. Stejně tak by pravděpodobně letáček odstranily ženy, které o tuto problematiku nemají zájem a nechtějí měnit svůj životní styl i za cenu komplikací, které by je mohly v těhotenství potkat. Mnoho žen by však určitě tento letáček uvítalo a dané informace by jim mohly pomoci v rozhodnutí přestat kouřit nebo kouření alespoň omezit a vyhýbat se návštěvám v zakouřených prostorech.

Letáček bych volně vložila do každého průkazu a nenechala pouze volně k dispozici v čekárnách z toho důvodu, že z vlastní zkušenosti vím, že mnoho lidí tyto letáky nečte

anebo si letákem pouze krátkou chvíli při čekání a informace z nich nemají takový vliv, jaký by měly mít.

Z našeho průzkumu vyplývá, že 30 % těhotných žen si nevybavuje rozhovor s lékařem ohledně kouření v těhotenství. Jako další zlepšení bychom proto navrhovaly, aby **lékaři a porodní asistentky cíleně poskytovali stručné informace o vlivu kouření na těhotenství každé těhotné ženě a motivovali těhotné kuřačky, aby přestaly kouřit.** V našem průzkumu 50 % těhotných kuřaček označilo, že se pokouší přestat kouřit. Když těhotná žena uvidí zájem zdravotnických pracovníků jí pomoci, tím, že jí poskytnou dostatek informací, podporu a případně kontakty na poradnu pro odvykání kouření, dle našeho názoru se bude cítit více motivovaná pro zanechání kouření.

Jako významný nedostatek v informovanosti žen považujeme jejich důvěru k neověřeným zdrojům informací (internet, noviny, časopisy, přátelé ap.). Bylo by přínosem **podpořit těhotné ženy, aby se s případnými dotazy obracely raději na lékaře, porodní asistentky, ostatní zdravotnické pracovníky a více informací čerpaly z odborné literatury.**

Na zlepšení informovanosti těhotných žen o této problematice by měl být kladen velký důraz – lepší informovanost by se pozitivně projevila na zdraví matek i jejich dětí.



## Závěr

Cílem bakalářské práce bylo zjistit úroveň znalostí těhotných žen o vlivu kouření na plod a také jejich názory a postoje k této problematice. V dotazníku jsme se zaměřily na otázky týkající se kuřácké anamnézy, zdrojů informací a míry znalostí respondentek. Stanovily jsme si tři cíle a tři průzkumné otázky. U první průzkumné otázky jsme zjišťovaly, z jakého zdroje respondentky získávají nejvíce informací. U druhé průzkumné otázky jsme zjišťovaly závislost informovanosti a kuřácké anamnézy těhotné ženy. U třetí průzkumné otázky jsme porovnávaly nejvyšší dosažené vzdělání respondentek se vztahem k pasivnímu kouření. V bakalářské práci se nám dvě průzkumné otázky potvrdily a jedna byla zamítnuta.

**Cíl č. 1: Zjistit, zda lékaři a porodní asistentky dostatečně informují těhotné ženy o vlivu kouření na plod.**

**Průzkumná otázka č. 1: Předpokládáme, že ženy získávají více informací o vlivu kouření na plod od lékaře/porodní asistentky, než z ostatních zdrojů.**

U této průzkumné otázky se očekávaný výsledek nepotvrdil. Většina žen v dotazníku označila, že informace o vlivu kouření na plod získávají z internetu, z tisku a také od rodiny a přátel. Informace od lékaře a porodní asistentky se umístily až na čtvrtém místě, následované odbornou literaturou a předporodními kurzy.

**Cíl č. 2: Zjistit, zda na míru informovanosti o vlivu kouření na plod má vliv kuřáctví.**

**Průzkumná otázka č. 2: Předpokládáme, že nekuřačky jsou lépe informovány o vlivu kouření na plod než kuřačky.**

U této průzkumné otázky se očekávaný výsledek potvrdil. Nekuřačky prokázaly v odpovědích obecně lepší znalosti o vlivu kouření na plod. V jedné položce se počet správných odpovědí shodoval (otázka č. 13), výjimku tvoří část otázky č. 15, kdy měly kuřačky lepší znalosti o tom, že kouření v těhotenství má vliv na nižší porodní váhu dítěte. V ostatních částech otázky č. 15 a ve všech ostatních položkách měly nekuřačky lepší znalosti.

**Cíl č. 3: Zjistit, zda na expozici pasivnímu kouření má vliv dosažené vzdělání.**

**Průzkumná otázka č. 3: Předpokládáme, že těhotné ženy, které se striktně vyhýbají zakouřeným prostorům, mají častěji vysokoškolské vzdělání než nižší vzdělání.**

**U této průzkumné otázky se očekávaný výsledek potvrdil.** V souboru těhotných žen, které se striktně vyhýbají pobytu v zakouřených místnostech, má 53,3 % vysokoškolské vzdělání, 33,3 % středoškolské vzdělání s maturitou nebo vyšší odbornou školu a 13,3 % středoškolské vzdělání bez maturity. Základní vzdělání jako nejvyšší dosažené v tomto souboru žen neoznačila žádná žena. Naopak ženy, které se nevyhýbají pobytu v zakouřených místnostech, mají vysokoškolské vzdělání pouze v 5,7 % a základní vzdělání v 28,6 %.

Cílem práce bylo zjistit míru informovanosti těhotných žen o vlivu kouření na plod. **Cíle bylo v práci dosaženo.** V průzkumném souboru 100 těhotných žen se nám pomocí dotazníkového šetření podařilo získat dostatek odpovědí, ze kterých jsme mohly vypracovat grafy a ověřit průzkumné otázky.

## Seznam použité literatury

AMCHOVÁ, Petra. 2010. *Kouření zahraničních studentů na LF MU*. Brno, 2010. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce prof. MUDr. Drahozlava Hrubá, Csc. 77 s.

ASHFORD, Kristin B, et al. 2010. The Effects of Prenatal Secondhand Smoke Exposure on Preterm Birth and Neonatal Outcomes. In *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 2010, vol. 39, no. 5. 525 - 535. ISSN 1552-6909.

BERNADIČ, Marián. 2008. Fajčenie ako závislosť, rizikový faktor a diagnóza. In *Psychiatria - psychoterapia - psychosomatika: Časopis psychiatrov, psychoterapeutov a psychosomaticky orientovaných odborníkov na Slovensku*. 2008, roč. 15, č. 2. ISSN, 1335-423X.

BINDER, Tomáš; VAVŘINKOVÁ, Blanka. 2006. *Návykové látky v těhotenství*. 1. vyd. Praha : Triton, 2006. 117 s. ISBN 80-7254-829-8.

BUJA, Alessandra, et al. 2011. Socio-demographic Factors and Processes Associated with Stages of Change for Smoking Cessation in Pregnant versus Non-pregnant Women. In *BMC Women's Health*. 2011, vol. 11, no. 3.

CRHA, Igor; HRUBÁ, Drahozlava. 2000a. *Kouření a reprodukce*. Brno : Lékařská fakulta Masarykovy univerzity v Brně, 2000. 54 s. ISBN 80-210-2284-1.

CRHA, Igor. 2000b. Faktory životního stylu ovlivňující porodní hmotnost novorozenců. In *Gynekolog*. 2000, roč. 9, č. 4.

ČECH, Evžen, et al. 2006. *Porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha : Grada Publishing, 2006. 544 s. ISBN 80-247-1313-9.

FLOREK, E, et al. 2011. Effect of Maternal Tobacco Smoking or Exposure to Second-hand Smoke on the Levels of 4-(methylnitrosamino)-1-(3-pyridyl)-1-butanol (NNAL)

in Urine of Mother and the First Urine of Newborn. In *Journal of Physiology and Pharmacology*. 2011, vol. 62, no. 3. 377-383. ISSN 1944-8171.

GREGORA, Martin; ZÁKOSTELECKÁ, Dana. 2009. *Jídelníček kojenců a malých dětí*. 2., doplněné a aktualizované vydání. Praha : Grada Publishing, 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2716-5.

HACKSHAW, A, et al. 2011. Maternal Smoking in Pregnancy and Birth Defects: A Systematic Review Based on 173 687 Malformed Cases and 11.7 Million Controls. In *Human Reproduction Update*. 2011, vol. 17, no. 5. 589 – 604. ISSN 1460-2369.

HÁJEK, Zdeněk, et al. 2004. *Rizikové a patologické těhotenství*. Praha : Grada Publishing, 2004. 444 s. ISBN 80-247-0418-8.

HIGGINS, Tara M, et al. 2010. Effects of Cigarette Smoking Cessation on Breastfeeding Duration. In *Nicotine & Tobacco Research*. 2010, vol. 12, no. 5. 483 – 488. ISSN 1469-994X.

HRUBÁ, Drahoslava; MALÍKOVÁ, Eva. 2002. Primární prevence v těhotenství. In *Praktická gynekologie*. 2002, roč. 6, č. 4. ISSN 1801-8750.

HRUBÁ, Drahoslava. 2007. Proč nekouřit v těhotenství - nové poznatky o účincích nikotinu. In *Praktická gynekologie*. 2007, roč. 11, č. 3. ISSN 1801-8750.

HRUBÁ, Drahoslava. 2009. Vliv kouření cigaret na klinické výsledky asistované reprodukce: meta-analýza. In *Praktická gynekologie*. 2009, roč. 13, č. 1. 24 – 25. ISSN 1211-6645.

HRUBÁ, Drahoslava. 2011. Riziko kouření v těhotenství se stále podceňuje. Tolerovat kouření v těhotenství je neodborné a neetické. In *Praktická gynekologie*. 2011, roč. 15, č. 1. 34 – 39. ISSN 1211-6645.

KALINA, Kamil, et al. 2008. *Základy klinické adiktologie*. Praha : Grada Publishing, 2008. 392 s. ISBN 978-80-247-1411-0.

KLIMENT, Michal. 2007. Rizikové správanie rodičov počas tehotenstva a po narodení dieťaťa. In *Via practica*. 2007, roč. 4, č. 07-08. ISSN 1336-4790.

KOBILKOVÁ, Jitka, et al. 2005. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1. vyd. Praha : Galén, 2005. 368 s. ISBN 80-7262-315-X.

LEIFER, Gloria. 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. 1. české vydání. Praha : Grada Publishing, 2004. 988 s. ISBN 80-247-0668-7.

MACKAY, Judith; ERIKSEN, Michael. 2002. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The Tobacco Atlas*. London : The Hanway Press, 2002. 128 s. ISBN 92-4156-209-9.

MARQUES-VIDAL, Pedro, et al. 2011. Prevalence and Factors Associated with Difficulty and Intention to Quit Smoking in Switzerland. In *BMC Public Health*. 2011, vol. 11, no. 227.

da MOTTA, Giordana, et al. 2010. Factors Associated with Smoking in Pregnancy. In *Latin American Journal of Nursing*. 2010, vol. 18, no. 4. 809 – 815. ISSN 0104-1169.

MUNTAU, Ania Carolina. 2009. *Pediatric*. 1. české vydání. Praha : Grada Publishing, 2009. 608 s. ISBN 978-80-247-2525-3.

NOMURA, Yoko, et al. 2010. Prenatal Exposure to Maternal and Paternal Smoking on Attention Deficit Hyperactivity Disorders Symptoms and Diagnosis in Offspring. In *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2010, vol. 198, no. 9. 672 – 678. ISSN 1539-736X.

PAZDERA, Vojtěch, et al. 2011. Spektroskopie tabákového kouře. In *Československý časopis pro fyziku*. 2011, roč. 61, č. 2. ISSN 1804-8536.

PRIGNOT, Jacques J. 2011. Recent Contributions of Air- and Biomarkers to the Control of Secondhand Smoke (SHS): A Review. In *International Journal of*

*Environmental Research and Public Health*. 2011, vol. 8, no. 3. 648 – 682. ISSN 1660-4601.

RATISLAVOVÁ, Kateřina. 2008. *Aplikovaná psychologie - porodnictví*. 1. vyd. Praha : Reklamní atelier Area s.r.o., 2008. 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.

REDHAMMER, Rafael. 2007. *Fajčenie a zdravie*. Bratislava : SAP - Slovak Academic Press, 2007. 153 s. ISBN 978-80-8095-017-0.

ROZTOČIL, Aleš, et al. 2008. *Moderní porodnictví*. Praha : Grada Publishing, 2008. 408 s. ISBN 978-80-247-1941-2.

RÖSKE, Kathrin, et al. 2009. Smoking Cessation Counselling for Pregnant and Postpartum Women among Midwives, Gynaecologists and Paediatricians in Germany. In *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2009, vol. 6, no. 1. 96 – 107. ISSN 1660-4601.

ŠTEJFA, Miloš, et al. 2007. *Kardiologie*. 3., přepracované a doplněné vydání. Praha : Grada Publishing, 2007. 760 s. ISBN 978-80-247-1385-4.

VACEK, Zdeněk. 2006. *Embryologie*. Praha : Grada Publishing, 2006. 256 s. ISBN 80-247-1267-9.

ZWINGER, Antonín, et al. 2004. *Porodnictví*. 1. vyd. Praha : Galén, 2004. 532 s. ISBN 80-7262-257-9.

### **Internetové zdroje**

WHO. 2011. Report on the Global Tobacco Epidemic. Country Profile, Czech republic, 2011. [ online]. [cit. 2012-03-06]. Dostupný z WWW: <[http://www.who.int/tobacco/surveillance/policy/country\\_profile/cze.pdf](http://www.who.int/tobacco/surveillance/policy/country_profile/cze.pdf)>.

Zpracováno dle ČSN 690: 2, 1997.

## **Seznam příloh**

Příloha A – Dotazník

Příloha B – Fagerströmův test nikotinové závislosti

Příloha C – Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce

## **Příloha A - Dotazník**

### **DOTAZNÍK:**

## **MÍRA INFORMOVANOSTI TĚHOTNÝCH ŽEN O VLIVU KOUŘENÍ NA PLOD**

Milé maminky,

dovoluji si Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku. Získané údaje budou použity výhradně k průzkumu v mé bakalářské práci. Dotazník je zcela anonymní. Prosím Vás o zaškrtnutí pouze jedné z možností, pokud u otázky nejsou jiné instrukce. Děkuji za Vaši ochotu při vyplnění tohoto dotazníku.

Martina Kobíková  
studentka oboru Porodní asistentka  
VŠZ Duškova, Praha 5

### **I. ČÁST DOTAZNÍKU**

#### **1. Kolik je Vám let?**

- 19 a méně let
- 20 – 24 let
- 25 – 29 let
- 30 – 34 let
- 35 a více let

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

- základní
- střední bez maturity
- střední s maturitou, vyšší odborné
- vysokoškolské

#### **3. Toto těhotenství je Vaše kolikáté? ...**

### **II. ČÁST DOTAZNÍKU**

#### **4. Kouříte?**

- ANO – kolik cigaret za den? ..... (*vynechejte prosím otázku č. 6 a 7*)
- NE (*vynechejte prosím otázku č. 5*)

#### **5. Odpověděla jste, že kouříte. Pokoušíte se s kouřením přestat?**



## Příloha A – pokračování

- ANO, s pomocí lékaře, náhradní nikotinové terapie atd.
- ANO, pokouším se přestat sama
- NE, nepokouším se přestat
- v minulosti jsem se pokoušela přestat kouřit, ale neúspěšně

### 6. Odpověděla jste, že nekouříte. Kouřila jste před těhotenstvím?

- NE, nikdy jsem nekouřila
- ANO, přestala jsem z jiného důvodu než je těhotenství
- ANO, ale přestala jsem, když jsem plánovala těhotenství
- ANO, ale přestala jsem, když jsem se dozvěděla, že jsem těhotná
- ANO, přestala jsem v průběhu těhotenství

### 7. V případě, že jste odpověděla, že jste přestala kouřit z důvodu těhotenství (před, na začátku, nebo v průběhu těhotenství), odpovězte, prosím, tuto otázku (v jiném případě ji přeskočte). Plánujete po porodu znovu začít kouřit?

- ANO
- nevím
- NE

### 8. Pobýváte často v prostředí, kde někdo jiný kouří?

- ANO, denně nebo téměř denně
- Občas, při návštěvě společenských akcí apod.
- NE, vyhýbám se tomu

### 9. Zajímá se Váš lékař/porodní asistentka v prenatální poradně, jestli kouříte?

- ANO (pokračujte prosím otázkou č. 10)
- NE (pokračujte prosím otázkou č. 11)

### 10. Jaká byla Vaše odpověď na dotaz lékaře/PA, zda kouříte?

- nekouřím, a uvedla jsem, že nekouřím
- kouřím, a přiznala jsem to, uvedla jsem skutečný počet vykouřených cigaret
- kouřím, a přiznala jsem to, ale uvedla jsem nižší počet vykouřených cigaret
- kouřím, ale nepřiznala jsem to

## Příloha A – pokračování

### 11. Označte, ze kterého zdroje máte nejvíce informací o vlivu kouření na plod?

(Můžete označit více odpovědí, maximálně však tři odpovědi.)

- lékař/porodní asistentka
- internet
- předporodní kurzy
- odborné knihy
- časopisy, noviny
- rodina, přátelé

### 12. Myslíte si, že máte dostatek informací o vlivu kouření na plod?

- ANO, mám dostatek informací
- Nejsem si jistá, uvítala bych více informací. Uveďte jaké:

.....

- NE, nemám téměř žádné informace

## III. ČÁST DOTAZNÍKU

### 13. V jaké fázi těhotenství škodí kouření cigaret?

- od 3. měsíce těhotenství až do konce těhotenství
- pouze do 3. měsíce těhotenství, pak už ne
- od začátku těhotenství až do konce

### 14. Kouření kolika cigaret denně škodí miminku?

- i jedna cigareta za den
- 5 – 10 cigaret za den
- až od 10 a více cigaret za den

### 15. Co způsobuje kouření cigaret během těhotenství? (Můžete označit více odpovědí).

- přechodné snížení dodávky kyslíku placentou
- přechodné zpomalení srdeční frekvence plodu
- přechodné zvýšení tvorby žaludečních kyselin u plodu
- možnou vyšší porodní hmotnost dítěte
- možnou nižší porodní hmotnost dítěte
- poruchy zraku dítěte
- předčasné odlučování placenty

## **Příloha A – pokračování**

- větší výskyt vícečetného těhotenství
- přenášené těhotenství

### **16. Škodí plodu pasivní kouření (vdechování cigaretového kouře od jiného kuřáka, např. v restauraci ap.)?**

- NE, škodí pouze aktivní kouření
- minimálně, skoro vůbec
- ANO, stejně jako aktivní kouření

### **17. Myslíte si, že by žena, která kouřila i před těhotenstvím, měla během těhotenství přestat kouřit?**

- ANO
- nevím
- určitě NE, je to pro ní stres – ten působí hůř, než samotné kouření

Děkuji Vám za ochotu při vyplnění dotazníku a přeji Vám hodně štěstí!

V případě dotazů mne prosím kontaktujte na e-mailové adrese

m.kobikova@seznam.cz.

## **Příloha B - Fagerströmův test nikotinové závislosti**

### **1. Jak brzy po probuzení si zapálíte první cigaretu?**

- a) do 5 minut (3 body)
- b) za 6–30 minut (2 body)
- c) za 31–60 minut (1 bod)
- d) po 60 minutách (0 bodů)

### **2. Je pro vás obtížné nekouřit tam, kde je kouření zakázáno?**

- a) ano (1 bod)
- b) ne (0 bodů)

### **3. Které cigarety byste se nejméně rád vzdal?**

- a) první ráno (1 bod)
- b) kterékoli jiné (0 bodů)

### **4. Kolik cigaret denně kouříte?**

- a) 0–10 (0 bodů)
- b) 11–20 (1 bod)
- c) 21–30 (2 body)
- d) 31 a více (3 body)

### **5. Kouříte víc během dopoledne?**

- a) ano (1 bod)
- b) ne (0 bodů)

### **6. Kouříte i během nemoci, když musíte ležet v posteli?**

- a) ano (1 bod)
- b) ne (0 bodů)

### **Součet bodů:**

- **0–1:** žádná nebo velmi malá závislost na nikotinu
- **2–4:** střední závislost na nikotinu
- **5–10:** silná závislost na nikotinu

## Příloha C - Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.  
Duškova 7, 150 00 Praha 5



### PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku,  
který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	Martina Kobíková	
Studijní obor	Porodní asistentka	Ročník 3 APA
Téma práce	Míra informovanosti těhotných žen o vlivu kouření na plod	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	Oblastní nemocnice Kladno, a.s. Prenatální poradna	
Jméno vedoucího práce	Mgr. Petra Amchová	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím                      podpis <i>Amchová</i>	
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím                      podpis	

v. Chvástanech dne 26. 1. 2012

*Kobíková Marie*  
podpis studenta

Místní Etická komise souhlasí s poskytnutím podkladů pro účely bakalářské práce.

Za EK: MUDr. Marie Švarcová  
předsedkyně EK

*Marie Švarcová*

V Kladně dne 6.2.2012

**ETICKÁ KOMISE**  
Oblastní nemocnice Kladno, a.s.  
Vančurova 1548, 272 59 Kladno  
tel.: 312 606 455, fax: 312 248 975