

Povědomí těhotných žen o problematice kouření v těhotenství

Ivana Kinterová

Bakalářská práce
2012



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav porodní asistence

akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Ivana KINTEROVÁ**
Osobní číslo: **H09622**
Studijní program: **B 5349 Porodní asistence**
Studijní obor: **Porodní asistentka**

Téma práce: **Povědomí těhotných žen o problematice kouření v těhotenství**

Zásady pro vypracování:

Rešerše informačních zdrojů.

Studium odborné literatury a příprava teoretických východisek bakalářské práce.

Metodika výzkumu empirické části bakalářské práce.

Realizace výzkumného šetření.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat.

Interpretace získaných dat, diskuse a závěr bakalářské práce.

Doporučení pro praxi.

Vypracování edukačního materiálu.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava, 2009. Vybrané kapitoly z ošetrovatelské péče v pediatrii. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 57-851-09.

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

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

SCHNEIDEROVÁ, Dagmar et al., 2006. Kojení. Vyd. 2. Praha: Grada. ISBN 80-274-1308-X.

TREWINNARD, Karen, 2005. Jak přirozeně otěhotnět: Možnosti, jak zvýšit šance na přirozené početí. Brno: Computer press. ISBN 80-251-0764-7.

VAVŘÍNKOVÁ, Blanka a Tomáš BINDER, 2006. Návykové látky v těhotenství. Praha: Triton. ISBN 80-7254-829-8.

VELEMÍNSKÝ, Miloš a Blanka ŽIŽKOVÁ, 2008. Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-095-9.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Ludmila Reslerová, Ph.D.

Ústav porodní asistence

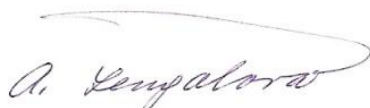
Datum zadání bakalářské práce:

30. listopadu 2011

Termín odevzdání bakalářské práce:

30. května 2012

Ve Zlíně dne 13. února 2012



doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.

děkanka




Mgr. Ludmila Reslerová, Ph.D.

ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 2.3.2012

.....
Jan L.

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělčně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Název mé bakalářské práce je Povědomí těhotných žen o problematice kouření v těhotenství. V teoretické části je popisována historie kouření a jeho negativní účinky na reprodukci, těhotenství a plod. V praktické části jsou vyhodnoceny výsledky dotazníkového šetření. Hlavními cíli je zjistit informovanost žen o tomto tématu a zjistit důvody aktivního kouření v těhotenství. Výsledky průzkumu jsou zpracovány v tabulkách a grafech.

Klíčová slova: těhotenství, kouření, rizika, reprodukce

ABSTRACT

The title of my bachelor thesis is “Awareness of Health Risks of Smoking during Pregnancy among Pregnant Women“. In the teoretical part history of smoking and its negative effects on reproduction, pregnancy and fetus are described. In the practical part the results of the questionnaire survey are evaluated. The main aim is to find out the awareness of this topic and find out reasons for active smoking during pregnancy. The results of this research are processed in the charts and graphs.

Keywords: pregnancy, smoking, risks, reproduction

PODĚKOVÁNÍ:

Na tomto místě bych chtěla poděkovat paní Mgr. Ludmile Reslerové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady, náměty a připomínky při vedení bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat porodním asistentkám na porodním sále a v gynekologických ambulancích v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně, které mi svou laskavostí umožnily realizaci výzkumu. V neposlední řadě také děkuji ženám, které byly ochotné věnovat čas vyplnění dotazníku.

"Když si žena projde těhotenstvím a porodem, je jiná, než byla předtím. Je proměněná a mnohem více rozumí životu. Přivést na svět dítě znamená vykoupat se v prameni života."

Dr. Federick Leboyer

PROHLÁŠENÍ:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Ve Zlíně dne:

.....

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 HISTORIE KOUŘENÍ	12
1.1 TABÁK	12
2 KOUŘENÍ	14
2.1 SLOŽENÍ CIGARETOVÉHO KOUŘE	14
2.1.1 Nikotin.....	14
2.1.2 Oxid uhelnatý	15
2.1.3 Oxid dusičitý	15
2.1.4 Formaldehyd	15
2.1.5 Kyanid	16
2.1.6 Dehet	16
2.2 ZÁVISLOST	16
2.2.1 Psychosociální závislost.....	16
2.2.2 Fyzická, drogová závislost	17
2.2.3 Příznaky závislosti	17
2.3 PASIVNÍ KOUŘENÍ	17
2.3.1 Pasivní kouření u dospělých.....	18
2.3.2 Pasivní kouření u dětí.....	19
3 KOUŘENÍ A REPRODUKCE	20
3.1 KOUŘENÍ A ŽENSKÁ PLODNOST	20
3.2 KOUŘENÍ A MUŽSKÁ PLODNOST	21
4 RIZIKA KOUŘENÍ V TĚHOTENSTVÍ	22
4.1 PÁNEVNÍ BOLEST	22
4.2 PŘEDČASNÝ POROD	23
4.3 MIMODĚLOŽNÍ TĚHOTENSTVÍ	24
4.3.1 Tubární ektopické těhotenství (graviditas tubaria)	25
4.3.2 Těhotenství ve vaječníku (graviditas ovarica)	25
4.3.3 Břišní těhotenství (graviditas abdominalis)	25
4.3.4 Těhotenství v děložním hrdle (graviditas cervicalis)	26
4.4 ABRUPCE PLACENTY	26
4.5 HYPOXIE A HYPONUTRICE	27
4.5.1 Intrapartální hypoxie plodu	27
4.5.2 Chronická hypoxie plodu	28
4.6 SYNDROM NÁHLÉHO ÚMRTÍ KOJENCE.....	28
4.6.1 Rizikové faktory	28
4.6.2 Poloha dítěte.....	29
4.6.3 Lůžko dítěte.....	29
4.6.4 Krmení dítěte.....	29
4.6.5 Prostředí	29
4.7 ABSTINENČNÍ SYNDROM NOVOROZENCE	30
4.7.1 Hlavní znaky abstinenčního syndromu	30
4.7.2 Hodnocení abstinenčních příznaků	30

5	KOUŘENÍ A KOJENÍ.....	32
5.1	VÝHODY KOJENÍ PRO MATKU	32
5.2	VÝHODY KOJENÍ PRO DÍTĚ.....	33
6	JAK PŘESTAT KOUŘIT	34
6.1	CO SE DĚJE PO VAŠÍ POSLEDNÍ CIGARETĚ.....	34
6.2	NÁHRADNÍ NIKOTINOVÁ TERAPIE.....	35
6.2.1	Nikotinové žvýkačky	35
6.2.2	Nikotinové náplasti	36
6.2.3	Inhalátor	36
6.2.4	Bupropion SR (150 mg)	36
II	PRAKTICKÁ ČÁST	38
7	METODOLOGIE VÝZKUMU.....	39
7.1	CÍLE	39
7.2	PRŮZKUMNÝ VZOREK.....	39
7.3	VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.....	39
8	INTERPRETACE VÝSLEDKŮ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.....	40
8.1	URČENO GRAVIDNÍM ŽENÁM.....	40
8.2	URČENO KUŘAČKÁM	53
9	DISKUZE	58
10	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	60
	ZÁVĚR	61
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	63
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	66
	SEZNAM GRAFŮ	67
	SEZNAM TABULEK.....	68
	SEZNAM PŘÍLOH.....	69

ÚVOD

Kouření je celosvětovým problémem, o kterém se mluví dnes a denně. Už od malička bývá dětem v rodinách, ale i ve škole neustále vštěpováno, jaké má škodlivé účinky na naše zdraví. I přes tato varování rok od roku stoupá počet kuřáků a bohužel tomuto zlovyku podléhají i těhotné ženy, které se ho nedokážou vzdát ani ve prospěch svého nenarozeného dítěte. V rodinách, kde kouří matka i otec, je pouze otázkou času, kdy začne i jejich dítě. Pokud se zaměříme na ženy, které kouří, pak si musíme uvědomit, kolik z nich právě kvůli tomuto zlovyku, nemůže mít děti, přesto, že by si je z celého srdce přály. Není horší pohled, než na těhotnou ženu s cigaretou v ruce. Nikdo z nás však nemá pravomoc ji za to odsuzovat nebo jí to dokonce zakazovat. Každý z nás má svůj zlovyk a sám dobře ví, že není lehké s ním skoncovat. Začít s kouřením je věcí našeho svobodného rozhodnutí, ale co takové ještě nenarozené dítě, které nemůže vyjádřit svůj názor? Proč zbytečně ohrožovat jeho zdraví a život? Stačí si pouze uvědomit, že těhotná žena už není zodpovědná jenom sama za sebe. Měla by se alespoň pokusit s kouřením přestat nebo využít možnosti náhradní nikotinové terapie. Zarážející však je, že spousta budoucích maminek těchto možností využít ani nechce. Každému dítěti by měl být přece dopřán plnohodnotný vývoj, proto je ze všeho nejdůležitější přestat s kouřením alespoň v prvním trimestru těhotenství. Nemůže být nic krásnějšího, než přivést na svět krásné a hlavně zdravé miminko a je škoda si tento nezapomenutelný okamžik zkažit. Právě těhotenství a zdraví nenarozeného dítěte by mělo být pro ženu tou největší motivací přestat s kouřením. Je jen dobře, že existují i takové ženy, které mají v sobě tu sebereflexi a ví, že se jedná především o život jejich dítěte, které nosí pod srdcem.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 HISTORIE KOUŘENÍ

První zmínky o kouření tabáku jsou z prvního století před Kristem. Archeologické nálezy dokazují, že již v této době Mayové kouřili právě tabákové listy. Přestože se mluví o kouření, nejednalo se o každodenní záležitost, ale spíše o příležitostní, např. při rituálech. Tabák pochází z amerického kontinentu. V roce 1492 přivezla Kolumbova loď tuto rostlinu do Evropy. Sám Kolumbus dostal listy této rostliny od Arawaků. Nikotin, který je považován za jedinou návykovou látku obsaženou v tabáku, dostal toto jméno podle francouzského vyslance a botanika, který se jmenoval Jean Nicot. Od 16. století bylo vydáno několik zákazů kouření a za porušení byly ukládány tresty. V roce 1640 byl papežem Urbanem VIII. vydán zákaz kouření v kostele. V Rusku se za porušení zákazu kouření usekávaly nosy nebo byl člověku rozseknut horní ret tak, aby už nikdy nesrostl. Ke zrušení těchto trestů došlo až za vlády Petra Velikého, protože i on byl vášnivým kuřákem.

Rok 1881 se považuje za průlomový, jelikož v tomto roce byl vynalezen stroj na výrobu cigaret. Bonsackův stroj byl schopen za den vyrobiť 100 000 cigaret. V 19. století se ve Spojených státech amerických zvýšil počet cigaret až na čtyřnásobek. Popularita a výroba cigaret nadále stoupala. Ve 20. století zemřelo na toxické účinky cigaret asi 100 milionů lidí, ve 21. století stoupl počet na miliardu (Králíková a Kozák, 2003, s. 11 - 12).

1.1 Tabák

V současné době existuje více než 60 druhů tabáku, pocházejících převážně z Jižní a Střední Ameriky, ale částečně také z Austrálie. Tabák řadíme do čeledi lilkovitých a podle druhu rozeznáváme letničky, rostliny vytrvalé, polokeřovité a keřovité. Některé odrůdy pěstujeme pro užitek, jiné zase pouze pro okrasu.

Tabák selský (*Nicotiana rustica* L.) se v současnosti využívá spíše jako žvýkací tabák. Pochází z Ameriky a jedná se o jednoletou rostlinu, která dorůstá do výšky přibližně jednoho metru. Má velké, vejčité, střídavé listy, které jsou společně s lodyhou pokryté žláznatými chloupky. Květy mají žlutozelenou barvu a plody za sucha pukají. Oproti tabáku virginskému není pěstován tak často.

Tabák virginský (*Nicotiana tabacum* L.) je jednoletá rostlina, vysoká až 3 metry. Má velké, polodlouhé vejčité až kopinaté listy. Květy jsou růžové až červené barvy a semena

se uvolňují po puknutí suchého plodu. Od 17. století se tento druh tabáku pěstuje převážně pro jeho listy, z nichž se sušením vyrábí tabák, který se dává do cigaret, vodních dýmek a také se využívá ke žvýkání. Za pár let se začal drtit a používal se i jako tabák šňupací. Další formou bylo, že se tabákové listy svinuly do ruliček a měly podobu doutníku. Nejmladší a nejrozšířenější formu však zastupují cigarety (Slezák a Ryška, 2006, s. 54).

2 KOUŘENÍ

Na přelomu 19. a 20. století se v moderní společnosti stala pro mnohé cigareta módním doplňkem. I když se v poslední době prosazuje heslo „moderní je nekouřit“, většina lidí si život bez cigaret nedovede představit. Největší podíl má na tom již vytvořená závislost, která se stala jedním z nejobtížněji přemožitelných návyků. V ČR kouří velké procento populace (Anon, © 2009).

Evropské výběrové šetření o zdravotním stavu populace zaměřené na kouření z roku 2011 dokázalo, že se oproti roku 2002 množství kuřáků zvýšilo. V současné době je 24,5 % denních kuřáků. Procentuálně příležitostní kuřáci zaujímají 7,8 % a bývalí kuřáci 16,5 %. Zbýlých 51,1 % jsou lidé, kteří nikdy kouřit nezačali a jsou tedy nekuřáky (Láchová, 2011).

2.1 Složení cigaretového kouře

Více než 4000 chemických látek bylo objeveno v cigaretovém kouři a je až alarmující, že se každým rokem toto číslo navyšuje. Část těchto látek je obsažena v přírodním tabáku, část vzniká až při zapálení cigarety, ale mnoho kuřáků věří tomu, že alespoň některé z těchto látek jsou zachyceny cigaretovým filtrem. Nejčastěji se do tabáku přidávají aditiva, kterých je až 599. Jejich nejdůležitější úlohou je zajistit, aby váleček popele upadl až poté, co si cigaretu sami odklepeme, aby cigarety stejnoměrně hořely, a aby neuhasínaly (eXnico, © 2009-2012).

Všechny látky obsažené v tabáku jsou pro náš organismus velmi nebezpečné a považujeme je za jedy. Arsen se používá jako jed na krysy, formaldehyd jako kuličky proti molům, kyanid jako jed na myši a nikotin jako jed na mšice (VIVANTIS, © 2004).

Mezi nejznámější chemické látky cigaretového kouře řadíme:

2.1.1 Nikotin

Jedná se o nejznámější látku obsaženou v cigaretách. Množství se pohybuje okolo 1 až 4 mg. Pro člověka, který nekouří je smrtelná dávka asi 60 mg. Po vdechnutí kouře se nikotin dostává do mozku přibližně za 10 vteřin, což způsobí zvýšení tepové frekvence a krevního tlaku, ale také stahuje cévy a zvyšuje množství mastných kyselin v krvi (Česká koalice proti tabáku; eXnico, © 2009-2012).

Účinkem nikotinu je vazokonstrikce, trvající přibližně 30 - 45 minut. Postihuje periferní kapiláry kůže, mozku, myokardu, placenty a penisu. Pravidelná fyzická aktivita může tyto důsledky alespoň částečně omezit. Nikotin je považován za návykovou látku, způsobující závislost, proto je důležité mít na mysli, že při odvykání kouření se dostaví abstinenční příznaky. Při nadměrném množství vykouřených cigaret se může objevit otrava nikotinem, kterou rozdělujeme na akutní a chronickou. Typickými příznaky akutní otravy nikotinem jsou mydriáza, bledost, hypersalivace, bradykardie, dechové potíže a poruchy vědomí. V nejtěžších případech může dojít až ke smrti. U chronické závislosti se objevuje cefalea, nechutenství a srdeční poruchy. Samotný nikotin není považován za látku s karcinogenními účinky, ovšem deriváty, které z něho vznikají při zapálení cigarety, tuto vlastnost mají (Slezák a Ryška, 2006, s. 11 - 12).

2.1.2 Oxid uhelnatý

Jedná se o bezbarvý plyn bez zápachu, který vzniká spalováním uhlíku při nedostatečném množství vzduchu. Oxid uhelnatý je vysoce jedovatou látkou způsobující ve vážných případech otravu. Jeho vlastností je, že se váže na červené krevní barvivo hemoglobin, což má negativní dopad na přenos kyslíku (Mareček a Honza, 1997, s. 153).

V cigaretovém kouři je vysoká koncentrace tohoto nebezpečného plynu, proto se tkáň v lidském těle kuřáka tzv. dusí. Následkem toho dochází k odumírání tkání a horšímu hojení ran (Česká koalice proti tabáku).

2.1.3 Oxid dusičitý

Pro lidské zdraví představuje velké nebezpečí už v malé koncentraci, protože snadno proniká z plic do krve. Často dochází k otravě, která se projevuje pálením očí, bolestmi hlavy a dýchacími potížemi. Oxid uhličitý zvyšuje riziko výskytu respiračních onemocnění (eXnico, © 2009 – 2012).

2.1.4 Formaldehyd

Formaldehyd je silný dezinfekční a sterilizační prostředek charakteristický štiplavě pronikavým zápachem. Slzení očí a posmrkávání je typickým projevem tohoto plynu, neboť dráždí sliznice očí a nosu. Tato látka má pravděpodobně karcinogenní účinky (eXnico, © 2009-2012).

2.1.5 Kyanid

Kyanid řadíme mezi nejprudší jedy. Dojde-li k otravě, smrt se dostaví do několika minut. Pro život a správnou funkci buněk je důležitá energie, která není ale dostatečně tvořena, protože působením kyanidu dochází k zástavě buněčného dýchání (Česká koalice proti tabáku).

2.1.6 Dehet

Dehet je součástí viditelného cigaretového kouře. Jsou to malé pevné částice, které jsou díky své velikosti zanášeny až do plicních sklípků, proto jsou plíce touto látkou ohroženy nejvíce. Jedná se o karcinogenní látku způsobující rakovinu plic (eXnico, © 2009-2012).

Tzv. ranní kuřácký kašel je typickým projevem působení této látky na lidský organismus. Lidé kouřící cigarety s větším množstvím dehtu jsou vystaveni vyššímu riziku vzniku rakoviny plic než lidé, kteří kouří cigarety s nižším obsahem dehtu. Pokud se člověk rozhodne přestat s kouřením, musí počítat s tím, že vyloučení veškerého dehtu z jeho těla bude trvat polovinu doby, co kouřil (Česká koalice proti tabáku).

2.2 Závislost

„Syndrom závislosti je skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více (Nešpor, 2011, s. 9 - 10).“

2.2.1 Psychosociální závislost

Psychosociální závislost se skládá z 2 druhů závislostí – z psychické a sociální. Sociální závislost vzniká v určité skupině nebo společnosti lidí. Nejlepším příkladem jsou mladí lidé, kteří vyzkouší cigaretu jenom, aby byli „in“ a zapadli do party. V takovém prostředí je velmi těžké zůstat nekuřákem. Mnoho lidí však popisuje i kladné stránky kouření. Kuřáci se snadněji seznamují, utváří si vlastní skupinu, vyřeší problém kam s rukama atd. Sociální závislost je součástí životního stylu. Každá zapálená cigareta je spojována s určitou činností např. kouření při jídle, ve stresu, v baru s přáteli nebo při kávě. (Králíková a Kozák, 2003, s. 23-24).

2.2.2 Fyzická, drogová závislost

Doba, kdy u vás vznikne fyzická závislost, je u každého individuální a záleží především na genetické výbavě. Zajímavostí ale je, že se nemusí vyskytnout u všech. Někteří lidé opravdu mohou zůstat pouze příležitostnými kuřáky bez závislosti. Většina kuřáků je však na nikotinu závislá a pozná se to především tak, že si první cigaretu musí zapálit do hodiny po probuzení a během dne vykouří 10 - 15 cigaret. Pokud si cigaretu nezapálí v intervalu, na který je zvyklý, dostaví se abstinenční příznaky (Králiková a Kozák, 2003, s. 24).

2.2.3 Příznaky závislosti

O člověku můžeme říct, že je závislý, pokud se u něj po dobu 12 měsíců objeví alespoň 3 z těchto 7 příznaků.

- Neustálé zvyšování počtu vykouřených cigaret
 - Objeví-li se abstinenční příznaky při vysazení cigaret
 - Přijímání látky ve větším množství a delší dobu
 - Několik neúspěšných pokusů omezit přijímání této látky
 - Strávení většiny času sháněním a užíváním látky
 - Sociální, pracovní a rodinná zanedbatelnost
 - Užívání látky, přestože zná všechny dostupné informace o její škodlivosti
- (Nešpor, 2011, s. 22-23).

2.3 Pasivní kouření

Na důsledky pasivního kouření zemře každý rok v České republice přibližně 3500 lidí. Děje se to tak proto, že byli nuceni vdechovat cigaretový kouř, přestože sami nekouřili. V roce 2004 studoval Dr. Matt se svými spolupracovníky povrch na různých věcech v domě kuřáků. Zjistil, že se asi za 10 minut po vydechnutí cigaretového kouře začne na povrchu věcí usazovat vrstva RSP (Respirable Suspended Particles), což jsou látky a částice, které se nacházejí právě v cigaretovém kouři. Výzkumu se zúčastnilo 47 rodin a vědci zkoumali, jaký vliv má kouření na děti, žijící v těchto rodinách. Rodiny byly rozděleny do 3 skupin. První skupinu tvořily rodiny, ve kterých se nekouřilo. Jejich počet byl 17. Další skupina byla tvořena 15 rodinami, ve kterých se nekouřilo v dětské místnosti, ale ve vedlejších místnostech nebo venku. V posledních 15 rodinách kouřila matka či otec v místnosti, kterou obývaly děti. Množství nikotinu bylo měřeno v místnostech

a na povrchu věcí, kde děti spaly a hrály si, na nábytku v ložnici a obývacího pokoje a zkoumalo se také množství nikotinu na ukazováku matky. U dětí se stanovovala hladina kotininu, což je metabolit nikotinu, v moči a ve vlasech. Ve výsledku se prokázalo, že množství nikotinu v rodinách, kde se kouřilo aktivně, bylo 8krát vyšší než v rodinách, kde se kouřilo pasivně. U rodin, kde se nekouřilo, nebyl prokázán žádný nikotin. Na povrchu ložnic a obývacích pokojů bylo v rodinách s pasivním kouřením 53 % nikotinu, u aktivně kouřících rodin 88 %. Na ukazováku žen, které nekouří, nebyl žádný nikotin, u kouřících žen byl 100 % kontaminován a 92 % patří ženám s pasivním kouřením. Hladiny nikotinu a kotininu byly u dětí z rodin s pasivním kouřením 5x vyšší než u nekuřáků a 10x vyšší v rodinách aktivních kuřáků. Jedinou možností, jak ochránit dítě před pasivním vdechováním cigaretového kouře je zákaz kouření v místnostech, kde děti spí a hrají si. Nejlepším způsobem je ovšem přestat kouřit. V místnostech, kde se kouří, jsou neustále na povrchu věcí RSP, proto stačí, aby se dítě některé z věcí dotklo, vložilo si ruce do úst a již v tom momentě se z něho stává pasivní kuřák (Pribiš, 2009, s. 34-35).

2.3.1 Pasivní kouření u dospělých

Mezi nejznámější důsledek jak aktivního tak pasivního kouření patří rakovina, především rakovina plic. U člověka, který žije ve společné domácnosti s kuřákem je riziko vzniku rakoviny až o 20 – 30 % vyšší a riziko vzniku mrtvice je dvojnásobné. Pasivní kouření se podílí i na vzniku koronární příhody, kterou jsou nekuřáci ohroženi z 25 – 35 %. U astmatiků se kvalita jejich života vystavováním pasivnímu kouři horší. Nejenom, že dochází ke snižování plicních funkcí, ale až u 80 % takto nemocných lidí dochází expozicí tabákovému kouři ke zvýšenému výskytu astmatických záchvatů (Králíková a Himmerová, 2004, s. 53).

Žena, která v těhotenství kouří, ubližuje svému dítěti vědomě. Mnoho těhotných si však neuvědomuje, že negativním účinkům cigaretového kouře vystavují svůj plod nevědomě a to právě pasivním kouřením. Vyhnout se pasivnímu kouření je v současnosti velmi složité, přestože vznikají oddělené restaurace pro kuřáky a nekuřáky. Následkem nedobrovolného vdechování cigaretového kouře se může ženám narodit dítě s menší hmotností a riziko samovolného potratu představuje až 50 %. Stejně tak vysoké je i riziko novorozenecké úmrtnosti, a s tím spojený syndrom náhlého úmrtí kojence (© Česká koalice proti tabáku).

2.3.2 Pasivní kouření u dětí

Děti vystavené pasivnímu kouření jsou převážně ohroženy nemocemi dolních cest dýchacích. Nejčastěji se vyskytují pneumonie, bronchitida a kašel. Opakované záněty středního ucha jsou zcela běžné a není ani možné vyloučit, že se u takových dětí objeví snížený plicní růst. U dětí trpících astmatem dochází ke zhoršení příznaků (Králiková a Himmerová, 2004, s. 53).

3 KOUŘENÍ A REPRODUKCE

Z mnoha studií vyplývá, že kouření má velký vliv na poruchy reprodukce. Tento problém je nejčastějším následkem kouření a postihuje nejenom ženy, ale i muže. V časopise Human Reproduction byly zveřejněny dvě studie, týkající se této problematiky.

„Studie dánských vědců vedených Clausem Ydingem Andersenem z Kodaňské univerzity prokázaly, že kouření matek v počátečních fázích těhotenství má výrazně negativní dopad na embryonální vývod gonád. Andersenův tým vyšetřil 24 embryonálních varlat odebraných z plodů po legální interrupci provedené 37. až 68. den po početí. Vyšetřeny byly rovněž vzorky krve a moči matek a byl zohledněn i životní styl těchto žen, včetně kouření a konzumace alkoholu. Množství zárodečných buněk ve varlatech embryí kuřaček bylo sníženo na méně než polovinu obvyklého počtu.“

„O více než třetinu byl ve stejné lokalizaci snížen i počet somatických buněk. Efekt byl závislý na dávce. Čím více ženy kouřily, tím větší byl pokles počtu zárodečných a somatických buněk ve varlatech embryí. Podobné výsledky byly zjištěny i v případě embryonálních ovarií. Také zde došlo u embryí kuřaček k poklesu zárodečných buněk asi o 40%. Obecně se potvrdilo, že zárodečné buňky embryonálních gonád jsou u těhotných kuřaček náchylnější k poškození DNA než somatické buňky embryonálních gonád (Petr, 2010).“

3.1 Kouření a ženská plodnost

Mnoha studii bylo prokázáno, že kouření má negativní vliv na reprodukci. Nekuřačky mají až dvakrát větší šanci na otěhotnění než kuřačky, a také menopauza nastupuje o několik let později. Riziko neplodnosti neboli neschopnost ženy otěhotnět během 18 měsíců při nechráněném pohlavním styku je u kuřaček vyšší až o 60 %. Šance na otěhotnění se zvyšuje, jakmile žena přestane kouřit nebo zásadně omezí počet vykouřených cigaret. Chemické látky obsažené v cigaretovém kouři pronikají až do folikulární tekutiny, která obklopuje vajíčko ženy ve vaječniku, což má za následek snížení hladiny ženského pohlavního hormonu – estrogenu. Největší podíl má na tom nikotin, který zároveň inhibuje sekreci dalších ženských pohlavních hormonů - estradiolu a progesteronu. Následkem snížení hladiny těchto hormonů dochází ke snížené produkci folikulů a oocytů. Na poruchách ovulace se podílí nedostatečné uvolňování

LH, způsobené nízkou hladinou estrogenu, a také může být u kuřáček zhoršena kvalita děložního hlenu (Mlčoch, © 2003-2012; Trewinnard, 2006, s. 109).

3.2 Kouření a mužská plodnost

Až 40 % mužů má podíl na neplodnosti partnerského páru. U mužů kuřáků je snížena četnost a kvalita spermií, které mají nízkou pohyblivost, dochází k poruchám erekce a je porušena spermiogeneze. Už tři měsíce poté, co muži přestanou kouřit, se začne zlepšovat kvalita spermií. Spermie nesoucí skryté genetické vady by neměly být schopné oplodnit ženské vajíčko, ale pokud se tak stane, představuje to rizika pro samotný průběh těhotenství a také pro plod. Výsledky německého výzkumného projektu informují o tom, že muži, kteří kouří alespoň 10 cigaret denně, ohrožují těhotenství samovolným potratem, zvyšuje se riziko úmrtí plodu po narození a riziko nízké porodní váhy a především riziko vzniku život ohrožujících vad. Negativním dopadem nikotinu je zúžení cév v topořivých tělesech na penisu a jejich nedostatečné prokrvení, což má za následek sníženou schopnost erekce. U kuřáků je počet spermií snížen o 22 %, hustota spermií je snížena o 13 – 17 % a výskyt normálně vyvinutých spermií je průměrně snížen o 17 %. Častým projevem je i hormonální nerovnováha. Hodnoty vazopresinu, estrogenu a FSH jsou zvýšeny, hladina LH je snížena. Kadmium obsažené v cigaretovém kouři přechází z krve do varlat a poškozuje Leydigovy a Sertoliniho buňky (Mlčoch, © 200-2012; Trewinnard, 2006, s. 110 - 111).

4 RIZIKA KOUŘENÍ V TĚHOTENSTVÍ

I když existuje spousta důkazů potvrzující negativní účinky nikotinu a dalších škodlivých látek obsažených v cigaretách na lidský organismus, objevuje se v naší společnosti stále více aktivních kuřáků. Většina těhotných žen si však neuvědomuje, že každou zapálenou cigaretou dochází k vyšší spotřebě kyslíku, což má nepříznivý vliv na vývoj plodu. Jelikož nikotin prochází placentou, jeho množství je patrné i v krvi plodu, dokonce o 15 % vyšší než v krvi matky. Mezi největší a nejčastější rizika kouření v těhotenství patří samovolné potraty, předčasný porod a předčasné odloučení placenty. U plodu mohou být patrné rozštěpy rtů, deformace končetin, poškození zubů, mozku, srdce a dalších orgánů. Zvýšené riziko syndromu náhlého úmrtí novorozence je způsobené právě kouřením (Velemínský a Žižková, 2008, s. 39 - 40).

U těhotných kuřaček dochází ke zkracování délky gravidity a ve většině případů se rodí děti s menší porodní hmotností. Některé ženy se domnívají, že čím menší bude dítě, tím snadnější bude jeho porod, což ale není pravda. Tato situace vystavuje plod větší fyzické i psychické zátěži, jelikož není na porod ještě dostatečně připravený. U silných kuřaček je vysoké riziko, že se její dítě stane na nikotinu závislé (Králíková, 2009, s. 39).

Všechna zmíněná rizika může žena výrazně snížit, pokud přestane kouřit. Důležité je to především v I. trimestru těhotenství, kdy je vyvíjející se plod na toxické účinky nejvíce náchylný. Pokud tak udělá, šance, že se těhotenství bude vyvíjet jako patologické, je stejně vysoká jako u žen, které nikdy nekouřily. Těhotenství je považováno za nejvhodnější motivaci k zanechání kouření (Hrubá, 2000, s. 28).

4.1 Pánevní bolest

Těhotné ženy, které nadále kouří, nepoškozují pouze své zdraví, ale mohou poškodit i zdraví svého dítěte. Nedávná studie zjistila, že kouření v těhotenství může zvýšit riziko pánevní bolesti. V poslední době dánští vědci vyšetřovali 5000 žen během těhotenství a po porodu. Na konci výzkumu bylo zjištěno, že u žen, které v těhotenství kouřily, byla pravděpodobnost vzniku pánevní bolesti v těhotenství o 20 % vyšší, než u nekuřaček. Tato pánevní bolest byla definována jako bolest, při které nebyla žena schopna chůze. Stejně riziko bylo prokázáno i u žen, které přestaly kouřit již v prvním trimestru. Jak je známo, pánevní bolest je častým problémem, převážně v těhotenství. Studie prokázaly, že 14 – 33 % žen může mít tuto bolest, převážně ve druhé polovině těhotenství.

Bolest může ovlivnit aktivity jako je chůze, vstávání ze židle nebo obracení se v posteli. Stačí pouze přestat s kouřením a riziko vzniku této bolesti se sníží. Nedávné výsledky ukazují na souvislost mezi kouřením a pánevní bolestí, ale bohužel neprokazují příčiny a důsledky mezi nimi. Pánevní bolest je dalším z mnoha důvodů, proč ženy přestávají kouřit, zejména pokud plánují otěhotnět. Jak je známo, kouření v těhotenství představuje vysoké riziko potratu, nízké porodní váhy dítěte a dalších komplikací během těhotenství, avšak hlavním důvodem pro ženy přestat s kouřením ještě před otěhotněním je zdraví jejich nenarozeného dítěte. I když dánští vědci zjistili, že je kouření rizikovým faktorem vzniku pánevní bolesti, u nekuřaček není žádná záruka, že nebudou mít stejný problém¹ (volně přeloženo).

4.2 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 (Hájek, 2006, s. 189).“

Příčiny předčasného porodu dělíme do 4 skupin. První skupinu tvoří komplikace vzniklé v průběhu těhotenství. Mezi nejdůležitější patří infekce, krvácení v těhotenství, vícečetné těhotenství, inkompetence hrdla děložního, předčasný odtok plodové vody a insuficienci placenty. Druhou skupinu charakterizují epidemiologické faktory, jako je věk matky,

¹ *Pregnant women who continue to smoke can harm only their health and the health of their fetus. A recent study found that smoking in pregnancy can increase the risks of pelvic pain. Recently Danish scientists investigated 5,000 women during and after pregnancy. At the end of investigation they found that those women who smoked during pregnancy were 20 percent more likely to have pregnancy-related pelvic pain than non-smokers. So, the pelvic pain was defined as a pain that was at least important enough to affect a woman's ability to walk. The same risk was seen even among women who quit smoking during the first trimester, according to new findings. As it is known pelvic pain is a common problem especially pregnancy. Recent studies showed that anywhere from 14 percent to 33 percent of women can have this pain, most often in the second half of pregnancy. The pain can make turn activities, like walking, getting up from a chair or even turning over in bed. So, it is very important to limit the risk of developing such a pain, if possible only by quitting smoking. So, the pelvic pain is another of many other reasons for women to quit their smoking habit especially if they are planning a pregnancy. As it is known, smoking cigarettes during pregnancy is also linked to high risks of misbirth, low birth weight and other complications during pregnancy period. And the main reason for women to quit before pregnancy is for the health of their future child. Even if the Danish scientists found that smoking is a risk factor for pregnancy-related pelvic pain, being a non-smoker is no guarantee that a woman will not have the same problem. (SMOKERS NEWS, © 2012 [online]. [cit. 2012-04-14]. Dostupné z: <http://www.smokernewsworld.com/pregnancy-no-smoking/>).*

výška a hmotnost matky, kouření, drogy, toxické látky a socioekonomický stav rodiny. Do třetí skupiny řadíme iatrogenní a medikamentózní faktory a čtvrtou skupinou jsou závažné zdravotní faktory matky.

U předčasného porodu jsou rozeznávána 4 klinická stadia. Jsou to partus praematurus imminens neboli hrozící předčasný porod, partus praematurus incipiens – počínající předčasný porod, partus praematurus in cursu – předčasný porod v běhu a defluvium liquoris amnialis praecox – předčasný odtok plodové vody.

U hrozícího předčasného porodu se u těhotné ženy objevuje tlak v podbřišku a bolesti v zádech. Výtok z pochvy je silný a žena udává kontrakce, které jsou bolestivé, ale různé intenzity. Při vaginálním vyšetření je zjištěno zkracování děložního hrdla a jeho dilatace. Je-li žena vyšetřována v zrcadlech, může být viditelný výhřez vaku blan nebo prolabující malé části plodu. U 15 – 30 % může být průběh asymptomatický a žena přichází pouze s předčasným odtokem plodové vody.

Při počínajícím předčasném porodu je děložní hrdlo zaniklé a porodnická branka je více než 3 cm. Pokud ani při tokolytické léčbě kontrakce neustoupí, předčasnému porodu nejde zabránit. Jakmile pokračuje dilatace děložního hrdla, předčasně odtéká plodová voda a do pánve vstupuje velká část plodu, nastává předčasný porod v běhu (Hájek, 2006, s. 190 - 191).

Riziko předčasného porodu je u těhotných kuřaček 1,5 - 2x vyšší a u takto předčasně narozených dětí stoupá i riziko onemocnění a úmrtí (Králíková a Himmerová, 2004, s. 271).

4.3 Mimoděložní těhotenství

„Ektopické těhotenství (graviditas ectopica) je stav, při kterém oplozené plodové vejce niduje mimo oblast děložní dutiny (Čech, 2006, s. 197).“

Ideálními podmínkami pro uhníždění a vývoj plodového vejce je fyziologicky vyvinutá děloha. Někdy se stane, že plodové vejce niduje v jiné části, což může vést až k situaci, kdy je ohrožen život ženy. Záleží především na cévním zásobení místa a jeho anatomii. U špatně vyživovaného plodového vejce dochází k jeho odumření a následné resorpci. Závažnější situace ovšem nastává, pokud plodové vejce začne prorůstat do děložní stěny, aby si zajistilo cévní zásobení. Následkem toho může dojít k otevírání cév, což se může

projevit jako masivní krvácení. Pokud stěna daného orgánu nevydrží růst plodového vejce, dojde k jeho ruptuře (Čech, 2006, s. 198).

Působením chemických látek obsažených v cigaretovém kouři dochází ke zhoršení utero-tubální motility a tím je ovlivněn i transport oocytu, spermií a oplodněného vajíčka (Hrubá, 2000, s. 28).

4.3.1 Tubární ektopické těhotenství (graviditas tubaria)

Jedná se o nečastější mimoděložní těhotenství, které představuje až 97 %. Podle místa nidace se rozděluje na ampulární (55 %), istmické (25 %) a fimbriální (17 %). Graviditas tubaria intacta neboli rostoucí, neporušená ektopická gravidita se může ze začátku objevit bez jakýchkoliv příznaků. Postupně se objevuje tupá bolest v podbřišku v důsledku ztenčování stěny vejcovodu. Vzácně toto těhotenství trvá déle než 8 týdnů. Většinou od 6. týdne pokračuje v některé z dalších klinických forem jako je např. tubární potrat (abortus tubarius). Plodové vejce odumírá a je vypuzováno do pánevní dutiny. Toto vypuzování zajišťuje peristaltika tuby, která je ženou pocíťována jako křečovitá bolest v podbřišku na postižené straně. Objevuje se mírné krvácení a vytváří se tubární mola. Produkce hCG klesá, proto je ukončena funkce corpus luteum (žluté tělísko). Postupně klesá i hladina estrogenů a progesteronu, což vede k odlučování decidui z dutiny děložní. Žena má hnědavý výtok nebo krvácí tmavou krví s cáry sliznice. Náhle vzniklá ruptura vejcovodu může ženu ohrozit na životě. Dochází k masivnímu krvácení, kdy žena anemizuje a upadá do šoku. V podbřišku se objevuje prudká, ostrá bolest. Vzácná intersticiální gravidita je chráněna pevnou vrstvou myometria, proto praská až po 12. týdnu (Čech, 2006, s. 199).

4.3.2 Těhotenství ve vaječníku (graviditas ovarica)

Plodové vejce může nidovat na povrchu vaječníku nebo ve folikulu. Komplikací může být krvácení do Douglasova prostoru, avšak ve většině případů plodové vejce odumírá. Příznaky jsou podobné jako u tubární ektopické gravidity, ale nejsou tak výrazné. Diagnostika graviditas ovarica je velmi obtížná (Čech, 2006, s. 201).

4.3.3 Břišní těhotenství (graviditas abdominalis)

Vznik tohoto těhotenství může být primární nebo sekundární. Primárně plodové vejce niduje v dutině břišní na peritoneu, sekundárně vzniká při tubárním potratu nebo ruptuře

tuby. Břišní těhotenství není tak časté a plodové vejce přežívá jen vzácně, většinou odumírá a resorbuje se (Čech, 2006, s. 201).

4.3.4 Těhotenství v děložním hrdle (graviditas cervicalis)

Plodové vejce niduje do cervikální sliznice a choriové klky prorůstají do tkání děložního hrdla. Dochází k otevírání velkých cév, které zásobují placentu, proto se objevuje masivní krvácení. Graviditas cervicalis je pro ženu velmi nebezpečné, proto je důležité zachytit tuto situaci co nejdříve. Při diagnostice je velmi důležitý ultrazvuk, jelikož palpačně je diagnostika obtížná (Čech, 2006, s. 202).

Přestože je mimoděložní těhotenství spíše vzácné, u kuřaček se riziko zvyšuje až o 60 %, kouří-li žena 1 - 5 cigaret denně. Tato nebezpečná situace může mít negativní vliv na plodnost a může vést až ke smrti těhotné ženy (Králíková a Himmerová, 2004, s. 271).

4.4 Abrupce placenty

„Jde o akutní porodnickou patologii, která spočívá v částečném, nebo úplném odloučení placenty před ukončením II. doby porodní (Roztočil, 2008, s. 268).“

Mezi nejrizikovější faktory předčasného odloučení placenty patří kouření a abúzus drog, hypertenzní onemocnění matky, nitroděložní růstová retardace plodu, chorioamnionitida, prodloužený odtok plodové vody a trombofilní stavy. Abrupce placenty je klasifikována do 3. stupňů. Pokud je odloučena jenom část placenty jedná se o tzv. abrutio placentae partialis neboli částečné odloučení placenty. Závažnějším stavem je abruptio placentae totalis, kdy dochází k odloučení celé placenty. Odloučení celé placenty s následným krvácením do děložní stěny a pod perimetrium se nazývá apoplexia uteroplacentalis neboli Couvelairova děloha. Mírné stupně odlučování mohou probíhat asymptomaticky. U závažnějšího odlučování se objevují příznaky, jako je krvácení různého stupně, bolesti břicha a slabý puls. Na kardiokografické křivce vidíme rozvíjející se hypoxii plodu. Podle stavu matky a plodu se musí rozhodnout, jak se bude tato nebezpečná situace řešit. Pokud není zcela jasné, že se jedná o odloučení placenty nebo toto odloučení je minimální a na KTG nejsou patrné známky hypoxie plodu, je možná expektační léčba. Další možností je indukce porodu, která se nejčastěji indikuje u žen s minimálním odloučením placenty a pokročilým nálezem na porodních cestách. Pokud se jedná o závažnější stavy je nutné těhotenství ukončit císařským řezem. Při operaci se provede antibiotická profylaxe

a trombembolická prevence. Došlo-li však k intrauterinnímu úmrtí plodu, je možný vaginálně vedený porod pod podmínkou, že není jinak ohrožen život matky (Roztočil, 2008, s. 268 - 269).

Těhotné kuřačky jsou touto nebezpečnou situací ohroženy až o 60 % více, jelikož škodlivé látky obsažené v cigaretách způsobují zvýšení aktivity trombocytů a sklerotické změny na malých arteriích (Hrubá, 2000, s. 28).

4.5 Hypoxie a hyponutrice

Fetální růstová retardace neboli fetální tabákový syndrom je považován za jeden z nejčastějších následků kouřících matek, ať už aktivních nebo pasivních. Chronická hypoxie a hyponutrice je jednou z hlavních příčin předčasného odlučování placenty, předčasného porodu, mrtvě rozeného dítěte atd. Může za to nikotin, oxid uhelnatý a kyanovodík. Tyto škodlivé látky způsobují vazokonstrikci placentárních a fetálních arterií, vyšší spotřebu kyslíku a snížení přestupu kyslíku z krve do tkání. Za perinatální mortalitu a morbiditu může být zodpovědná snížená hladina katecholaminů v pupečnickové krvi. Syndrom náhlé smrti může být způsoben při porodu nebo spánkové apnoei důsledkem snížené katecholaminové odpovědi na hypoxii. Výjimkou není ani poškození vývoje a funkce plic vedoucí ke zhoršenému přívodu kyslíku (Hrubá, 2007, s. 132 - 133).

4.5.1 Intrapartální hypoxie plodu

Intrapartální hypoxie je definována jako omezení nebo zástava výměny krevních plynů mezi matkou a dítětem placentární cestou. Dochází ke snížení pH, což vede k respirační acidóze. Rozlišujeme 3 stupně hypoxie podle stavu nedostatku kyslíku.

Hypoxemie – jedná se o počáteční stádium a postihuje pouze arteriální krev. Primární odpovědí plodu na tento stav je účinnější vstřebávání kyslíku. Kvůli snížené dodávce kyslíku dojde u plodu k omezení pohybové aktivity a dýchacích pohybů. Pokud trvá hypoxemie dlouhodobě, vzniká intrauterinní restrikce růstu plodu. Plod těmito obrannými mechanismy spotřebovává méně energie a je tak u něj zajištěna energetická rovnováha. Následkem hypoxemie je funkční porucha orgánů.

Hypoxie je fáze navazující na již vzniklou hypoxemii. Periferní tkáně jsou ovlivněny nedostatkem kyslíku a plod musí vynaložit vyšší úsilí na zvládnutí této stresové situace, proto zapojuje další obranné mechanismy. Jedním z nich je vyplavení stresových hormonů adrenalinu a noradrenalinu a redukce periferního krevního oběhu. Vlivem těchto změn

je udržována energetická rovnováha v centrálních orgánech a plod je tak schopen až několik hodin hypoxii zvládnout.

Asfyxie je stav, kdy je plně zastaven přísun kyslíku do organismu plodu. Pokud nedojde k rychlému řešení této nebezpečné situace, hrozí selhání centrálních orgánů plodu. Plod maximálně aktivuje sympatický nervový systém a sekreci stresových hormonů. Je velmi důležité ukončit těhotenství do několika minut (Roztočil, 2004, s. 339 - 340).

4.5.2 Chronická hypoxie plodu

Chronická hypoxie plodu je pro plod velmi nebezpečný děj, jelikož může probíhat asymptomaticky. Diagnostika je velmi obtížná a nepřesná a léčba často neúčinná. Nejčastějším následkem je poškození tkání a v extrémních případech až úmrtí plodu (Peschout, 2008, s. 261 - 262).

4.6 Syndrom náhlého úmrtí kojence

SIDS (Sudden infant death syndrome) neboli syndrom náhlého úmrtí kojence je náhlá, neočekávaná smrt dítěte do jednoho roku. Nejčastěji se objevuje ve druhém až čtvrtém měsíci, v ostatních měsících jen zřídka. Příčiny vzniku tohoto syndromu nejsou známe. Nebyl prokázán ani vliv genetiky ani špatná rodičovská péče (Fendrychová, 2009, s. 103).

4.6.1 Rizikové faktory

- Poloha dítěte na břiše
- Spánek na měkkém povrchu
- Kouření matky během těhotenství
- Přehřívání dítěte
- Umístění dítěte v zakouřené místnosti
- Umístění postýlky u stěny v rohu místnosti
- Pozdní nebo žádná prenatální péče
- Nízký věk matky
- Nedonošenost
- Nízká porodní hmotnost (Fendrychová, 2009, s. 103).

4.6.2 Poloha dítěte

Rodiče často ukládají své dítě na bok nebo na břicho, protože se obávají, že dítě položené na zádech může začít zvracet a následkem toho se udusit. Bylo však dokázáno, že u dítěte pokládaného při spánku na záda, klesá riziko vzniku SIDS. Z mnoha studií vyplývá, že více nebezpečnou polohou pro jejich dítě, je poloha na boku, protože se tak dítě snáze přetočí na břicho než na záda. Nikde však není napsáno, že by rodiče neměli pokládat dítě na břicho, pokud jsou v jeho blízkosti a mohou ho tak často kontrolovat (Fendrychová, 2009, s. 103).

4.6.3 Lůžko dítěte

Je doporučováno, aby v postýlce nebyly žádné měkké lůžkoviny ani měkké předměty, protože zde hrozí riziko, že si je dítě přetáhne přes hlavu a může se tak udusit. Pokud volíme na přikrytí dítěte dečku, její dolní konec by měl být založený pod matrací a měla by dosahovat pouze hrudníku dítěte. Další z možností je obléknout dítě do teplejších oblečků a nechat ho spát bez přikrývky. Novorozenec by neměl spávat v jedné posteli s matkou, ale jeho postýlka by měla být umístěna v její blízkosti. Postýlku neumísťujeme do rohu pokoje, protože tak dochází ke sníženému přísunu čerstvého vzduchu (Fendrychová, 2009, s. 104).

4.6.4 Krmení dítěte

Syndromem náhlého úmrtí kojence jsou více ohroženy děti, které nejsou kojeny nebo jsou krmeny kravským mlékem. Při krmení z lahve je důležité, aby si matka vzala dítě do náruče. Během kojení by neměla matka pít alkohol, ani brát léky (Fendrychová, 2009, s. 105).

4.6.5 Prostředí

Největší riziko pro vznik SIDS představuje kouření matky v těhotenství. Nebezpečí pro dítě však představuje i zakouřená místnost. Méně známá je informace, že k rizikovým faktorům patří i nepořádek v domácnosti. Mluví se především o dráždivých substancích, jako je např. čpavek vedoucí k hypoxii plodu. Čpavek je uvolňován z plen a lůžkovin, které jsou prosáklé močí. Syndromem náhlého úmrtí kojence jsou více ohroženi chlapci, a jednou z teorií proč tomu tak je, je i to, že chlapci si promočí více přední stranu plen a vdechují tak více čpavku (Fendrychová, 2009, s. 105).

4.7 Abstinenční syndrom novorozence

Plod není schopen metabolizovat a vylučovat chemické sloučeniny v takové míře, jako dospělý člověk. Klinicky se tyto látky mohou prokázat u plodu ještě několik hodin až dnů po porodu. Abstinenční syndrom novorozence (neonatal abstinence syndrome – NAS) je fyzická závislost dítěte na určité látce. Většinou se NAS objevuje 24 - 48 hodin po narození, ale záleží na druhu drogy a na rychlosti uvolňování. U 60 – 90 % novorozenců žen, které užívaly v těhotenství drogy, ať už opiáty, marihuanu, nikotin nebo řadu dalších, se abstinenční syndrom projevil (Vavřínková a Binder, 2006, s. 69).

4.7.1 Hlavní znaky abstinenčního syndromu

- Vysoce podrážděný novorozenec
- Generalizované křeče
- Zvýšený tonus svalstva
- Zívání, kýchání, třes
- Nekoordinované pohyby očí a úst
- Vysoký centrální křik
- Poruchy koordinace sání a polykání
- Zvracení, průjemy
- Zrychlené dýchání
- Dyspnoe
- Aspirační pneumonie
- Apnoické pauzy
- Tachykardie
- Výrazné pocení a poruchy prokrvení kůže (Vavřínková a Binder, 2006, s. 70).

4.7.2 Hodnocení abstinenčních příznaků

Hodnocení abstinenčních příznaků se provádí podle skórovacího systému Finneganové. Úkolem tohoto systému je zhodnotit příznaky CNS, gastrointestinálního a respiračního traktu. Sleduje se 21 příznaků NAS s využitím bodové škály od 1 do 5 bodů. Některé příznaky jsou hodnoceny podle délky příznaků.

Při podezření, že novorozenec prodělává abstinenci syndrom, se abstinenci příznaky kontrolují každé 4 hodiny. Pokud dítě dosáhlo dle skórovacího systému 8 bodů, dochází k dalšímu hodnocení po 2 hodinách. Je-li u dítěte ve třech po sobě následujících měřeních skóre 8 bodů nebo více, můžeme diagnostikovat abstinenci syndrom novorozence (Vavřínková a Binder, 2006, s. 70 - 71).

5 KOUŘENÍ A KOJENÍ

Světová zdravotnická organizace prosazuje, aby bylo dítě kojeno nejméně 6 měsíců, protože mateřské mléko je nejlepší potravou pro dítě, ať už donošené, nedonošené, či nemocné. Složení mateřského mléka se v průběhu kojení mění a to z toho důvodu, že se mění i výživové potřeby dítěte. Mateřské mléko obsahuje bílkoviny, mléčný cukr, vodu a tuk, vitamíny, minerální látky i stopové prvky. Velmi důležité jsou také složky zajišťující obranyschopnost dítěte. Kojení je velmi důležité už z toho důvodu, že vytváří mezi matkou a dítětem vzájemné pouto (Mydlilová, 2009, s. 10).

Přestože některé ženy přestanou v těhotenství kouřit, většina z nich se k tomuto zlovyku vrátí v době kojení. Myslí si, že jejich narozené dítě není už tolik ohroženo, jako při jeho samotném intrauterinním vývoji. Toto tvrzení, ale není založené na pravdě. Už v roce 1933 byla prokázána koncentrace nikotinu v mateřském mléce u kouřících matek, jejíž hladina se zvyšuje s množstvím vykouřených cigaret. Okamžitými reakcemi novorozence na tuto zátěž jsou koliky, zvracení a špatné přibývání na váze. U takových dětí můžeme pozorovat i zhoršený spánek a celkový neklid doprovázený zvýšenou plačtivostí. (Remešová, 2010).

Děti kuřaček jsou daleko více náchylné na různá onemocnění. Infekce dýchacích cest, zánět středouší, ale i alergie patří k těm častějším. Nikotin snižuje sekreci hormonu prolaktinu, který je důležitý pro tvorbu mateřského mléka, což může vést k horšímu přibývání na váze novorozence. Problém však není jenom v nedostatečné tvorbě mateřského mléka, ale také ve změně jeho vůně a pachu, což může dítě odmítat. Matce by mělo být doporučeno s kouřením přestat nebo alespoň omezit počet vykouřených cigaret na 5 denně. Je také důležité, aby se nekouřilo v místnosti, ve které se nachází dítě a nekouřit alespoň 2 hodiny před kojením (Schneidrová a Brázdová, 2006, s. 112 - 113).

5.1 Výhody kojení pro matku

Kojení je velmi důležité již v době po porodu. Přiložením dítěte k prsu se začíná vyplavovat hormon oxytocin, který snižuje poporodní ztrátu krve a pomáhá rychlejšímu zavínování dělohy, proto se prosazuje přiložit dítě k prsu do 30 minut po porodu. U žen, které kojí, bylo prokázáno, že mají nižší riziko vzniku rakoviny prsu, vaječníku a hrdla děložního. V menopauze jsou ženy ohroženy vznikem osteoporózy, jejímž projevem

je zvýšená lomivost kostí. Kojící ženy jsou před tímto onemocněním alespoň částečně chráněny (Mydlilová, 2009, s. 10).

5.2 Výhody kojení pro dítě

Mateřské mléko je považováno za nejlepší stravu pro rostoucí dítě. Obsahuje všechny potřebné živiny a je lehce stravitelné. U kojených dětí je menší riziko výskytu průjmů, zánětu středouší, infekcí dýchacích cest a také zhoubných onemocnění. Nejenom, že tyto děti jsou méně často hospitalizované, ale také mají nižší výskyt zubního kazu a poruch skusu (Mydlilová, 2009, s. 11).

6 JAK PŘESTAT KOUŘIT

Přestat s kouřením je velice zásadní krok a je si potřeba uvědomit, zda-li to skutečně chceme, protože je to běh na dlouhou trať a rozhodně to není jednoduchá záležitost. Až 75 % kuřáků si přeje přestat, když se dozví všechny souvislosti a rizika kouření. Při přeměně na nekuřáka se prochází 5 stadii.

- 1) Prekontemplační stadium (období před rozhodnutím) – v tomto stadiu odmítáme veškeré informace o škodlivosti kouření a myslíme si, že se nás žádné z rizik netýká.
- 2) Kontemplační stadium (období rozhodování) – postupně si začínáme uvědomovat, jak je kouření pro náš organismus nebezpečné a chápeme, jak nám zasahuje do financí.
- 3) Přípravné stadium – začínáme si zjišťovat informace od vyléčených kuřáků, jak se jim to podařilo, zajímáme se o možnosti způsobu odvykání a jsme pevně rozhodnutí s kouřením přestat.
- 4) Stadium akce – doba odvykání
- 5) Stadium setrvání – zůstat nekuřákem

Jestli překonáte všechna stadia nebo se na nějakém zaseknete, záleží pouze na vás a na vaší vůli. Někteří přestanou rychle, klidně i ze dne na den, některým to trvá měsíce i roky a někteří nepřestanou nikdy, protože to nezvládnou (Králíková a Kozák, 2003, s. 40 - 41).

6.1 Co se děje po vaší poslední cigaretě

Po zanechání kouření se organismus začne očišťovat od toxinů obsažených v cigaretovém kouři. Za několik týdnů začneme na sobě pozorovat určitá zlepšení. Nejenom, že se zlepší naše chuť a čich, ale dochází také k důležité očistě plic. Dřívější pískoty na hrudi, dušnost a dráždivý kašel vymizí a zlepší se i náš celkový zdravotní stav.

- Po 20 minutách dosahuje náš krevní tlak a tepová frekvence normálních hodnot
- Po 8 hodinách klesne v krvi hladina nikotinu a oxidu uhličitého až na polovinu
- Za 24 hodin je oxid uhličitý definitivně vyloučen ven z těla a plíce se začínají očišťovat
- Po 48 hodinách již není v těle přítomen žádný nikotin a zlepšuje se jak chuť, tak i čich

- K výraznému prokrvení celého těla dochází 2 - 12 týdnů po poslední vykouřené cigaretě
- Za 3-9 měsíců se výrazně zlepší funkce plic
- Riziko onemocnění způsobené kouřením klesá po roce abstinence
- Po 5 letech je riziko prodělání infarktu až o polovinu nižší
- Po 10 letech je pravděpodobnost výskytu infarktu stejná jako u nekuřáka a riziko vzniku rakoviny plic je poloviční (Králíková a Kozák, 2003, s. 22).

6.2 Náhradní nikotinová terapie

Náhradní nikotinová terapie je určena převážně kuřákům, kteří netrpí psychosociální závislostí, ale drogovou neboli fyzickou. Pokud si kuřák po určitou dobu nezapálí cigaretu, dojde k poklesu hladiny nikotinu v určitých centrech mozku a v krvi a dostaví se abstinenci příznaky. Tato situace se dá řešit právě za pomoci náhradní léčby nikotinem, kdy se látka dostane do těla jinou cestou, a to buď prostřednictvím náplastí, žvýkaček nebo inhalátoru. Výhodou tohoto způsobu je, že se do těla dostává pouze čistý nikotin, nikoliv toxické látky, které jsou obsaženy v cigaretách. Léčba závislosti je dlouhodobá a asi po třech měsících je přísun nikotinu snižován až k nule. Mozek si tak postupně zvyká na stále menší přísun této látky a neobjevují se již zmíněné abstinenci příznaky. Všechny formy náhradní nikotinové terapie jsou volně prodejné v lékárně, avšak nejsou hrazeny zdravotními pojišťovnami. Je důležité vědět, že vás nevyléčí, ani nezbaví závislosti. Vše záleží především na vás a na vašem rozhodnutí, zda chcete s tímto závažným zlozvykem přestat (Králíková a Kozák, 2003, s. 63 - 65).

6.2.1 Nikotinové žvýkačky

Všechny formy náhradní nikotinové terapie jsou určeny pouze kuřákům, kteří jsou na nikotinu závislí. Pro kuřáky, kterým chybí cigareta pouze jako „předmět“ nemá tato léčba žádný smysl. Podle stupně závislosti, která se určuje pomocí Fagerströмова dotazníku (Příloha P III.) se indikuje druh nikotinové žvýkačky. U kuřáka s nízkou závislostí se doporučuje 5 kusů žvýkaček denně s množstvím 4mg nikotinu. Při silné závislosti se množství pohybuje okolo 8 - 15 silnějších žvýkaček za den. Tyto žvýkačky se nežvýkají. Odlišnost je v tom, že se musí několikrát lehce nakousnout, a poté ji cca na půl minuty odložit v ústech např. pod jazyk nebo mezi zuby. Tento postup je potřeba opakovat přibližně půl hodiny, jelikož po tuto dobu se ze žvýkačky uvolňuje

nikotin. Žvýkačka se používá, když máte chuť na cigaretu nebo preventivně. Je však důležité postupně snižovat množství žvýkaček, aby byla léčba úspěšně ukončena. Přibližně po 3 měsících by měl být kuřák zbaven závislosti na nikotinu, avšak tato doba je pouze orientační a individuální (Králíková a Kozák, 2003, s. 68 - 72).

6.2.2 Nikotinové náplasti

Nikotinová náplast se nalepí na kůži a během dne postupně stoupá hladina nikotinu, která po celý den zůstává na stejné úrovni. Výhodou této formy je, že si náplast můžete nalepit prakticky všude na tělo, takže i když jdete např. plavat, nikdo ji nemusí vidět a nebude tak ani vědět o vaší léčbě. Na trhu se vyskytují 2 druhy těchto náplastí. Jedny jsou s účinkem 16 hodin, druhé s účinkem 24 hodin, ty se ale postupně přestávají prodávat. U velmi silných kuřáků je doporučena aplikace náplasti s 15 mg nikotinu po dobu 2-3 měsíců, další 3 týdny aplikovat náplasti s 10 mg nikotinu a poslední 3 týdny používat náplasti s 5 mg nikotinu. U mírnějších závislostí je léčba kratší, ale také se používá aplikace náplasti od nejsilnějších ke slabším (Králíková a Kozák, 2003, s. 73 - 74).

6.2.3 Inhalátor

Nikotinový inhalátor je v současné době známý spíše pod názvem elektronická cigareta. Do inhalátoru se vkládají speciální náplně s nikotinem a jeho součástí je speciální náustek ve formě cigaretové špičky a kuřák tak nasává vzduch s nikotinem. Princip je ale poněkud odlišný než u běžné cigarety. Je potřeba vyvinout větší tlak, jelikož 10 potažení z inhalátoru se rovná jednomu potažení z cigarety. V jedné kapsli je 10 mg nikotinu a po otevření je aktivní nejméně 20 minut. Za den se doporučuje 6 - 12 náplní (Králíková a Kozák, 2003, s. 76).

6.2.4 Bupropion SR (150 mg)

Bupropion se dříve užíval jako antidepresivum a je jako jediné antidepresivum určeno pro léčbu závislosti na tabáku. Odlišností je, že u této formy léčby se začíná užívat tableta denně 1 - 2 týdny před zapálením poslední cigarety. Po třech dnech abstinence se dávka zvyšuje na 2 tablety denně. Léčba by měla trvat nejméně 8 - 12 týdnů. U silných kuřáků je doporučováno kombinovat tento způsob ještě s nějakou formou NTN. Na trhu se objevuje pod názvem Zyban a je pouze na lékařský předpis, přestože také není hrazen zdravotními pojišťovnami. V těhotenství není doporučováno podávat tento přípravek,

avšak prozatím nebyly prokázány žádné negativní účinky na plod (Kastnerová a Žižková, 2008, s. 193).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

7 METODOLOGIE VÝZKUMU

V praktické části jsem využila jednu z nepoužívanějších metod sběru dat, a to anonymní dotazník. Dotazník (Příloha P I) obsahoval 15 uzavřených otázek, které byly vytvořeny na základě předem stanovených cílů, a byl rozdělen na 2 části. První část, 10 otázek, byla určena všem těhotným ženám zařazených do výzkumného šetření. Cílem těchto otázek bylo zjistit, jaká je informovanost těhotných žen o možných rizicích kouření v těhotenství a jaký mají názor na tuto problematiku. Druhá část, 5 otázek, byla vytyčena kuřačkám, kde mě zajímalo, jaké důvody vedou tyto ženy k aktivnímu kouření, přestože jsou gravidní.

7.1 Cíle

Cíl 1: Zjistit informovanost těhotných žen o škodlivých vlivech kouření v průběhu těhotenství.

Cíl 2: Zjistit postoj těhotných žen k problematice kouření v těhotenství.

Cíl 3: Zjistit důvody těhotných kuřaček k aktivnímu kouření v těhotenství.

7.2 Průzkumný vzorek

Dotazník byl vypracován pro těhotné ženy. Průzkum byl prováděn na oddělení porodního sálu a v gynekologických ambulancích v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně, v únoru 2012. Celkem bylo rozdáno 70 dotazníků a návratnost činila 100,00 %.

7.3 Vyhodnocení dotazníkového šetření

Údaje získané dotazníkem byly vyhodnoceny a zpracovány pomocí grafů a tabulek v programu Excel. Ke každému grafu je vytvořen slovní komentář.

8 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

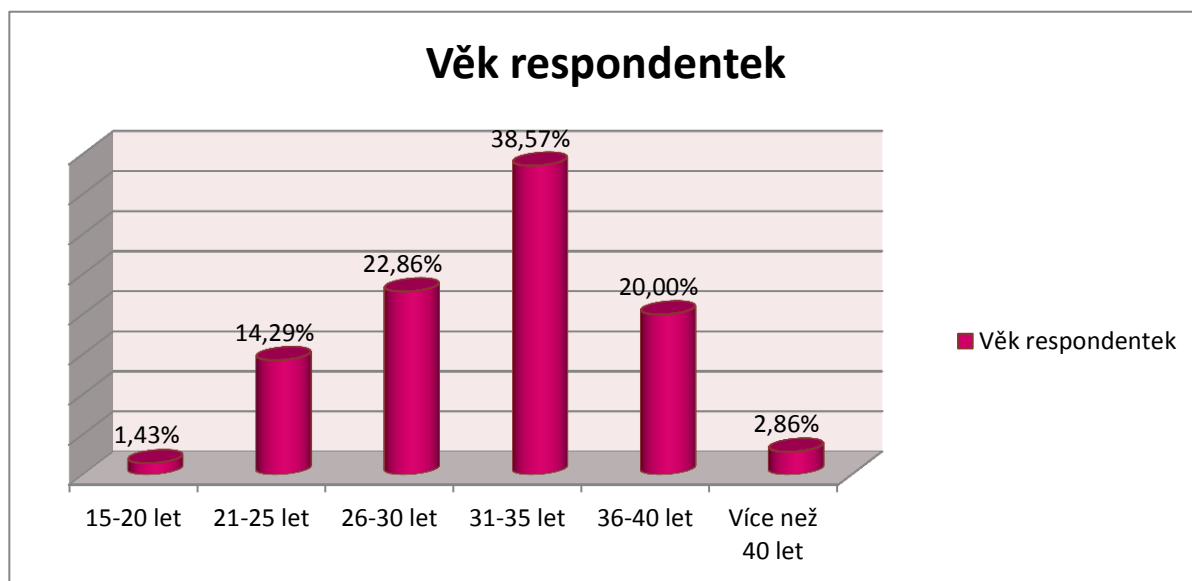
8.1 Určeno gravidním ženám

Dotazníková položka 1: Kolik je vám let?

Tabulka 1 – věk respondentek

Věk respondentek	Počet respondentek	Počet v %
15 - 20 let	1	1,43 %
21 - 25 let	10	14,29 %
26 - 30 let	16	22,86 %
31 - 35 let	27	38,57 %
36 - 40 let	14	20,00 %
Více než 40 let	2	2,86 %
Celkem	70	100,00 %

Graf 1 – věk respondentek

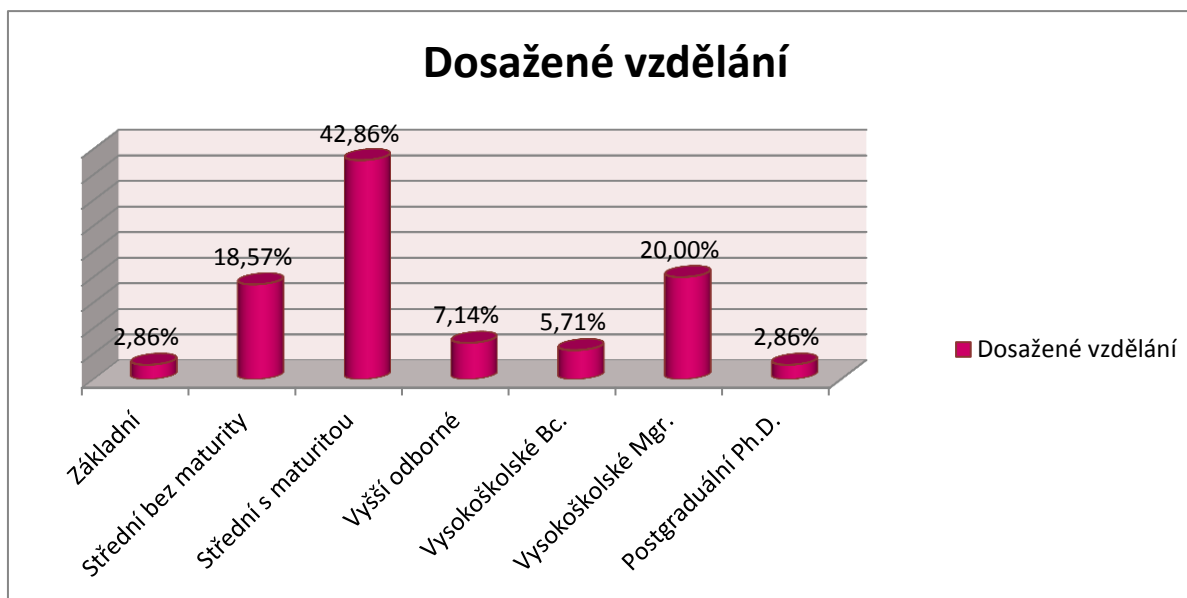


Komentář:

Celkový počet respondentek byl 70 (100,00 %). Nejmenší skupiny tvořily ženy ve věku 15 - 20 let (1,43 %) a ženy, kterým bylo více než 40 let (2,86 %). Největší zastoupení měly respondentky ve věku 31 - 35 let (38,57 %). Ženy ve věku 21 - 25 let zaujímaly 14,29 %, ve věku 26 - 30 let 22,86 % a ve věku 36 - 40 let 20,00 %.

Dotazníková položka 2: Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**Tabulka 2 – dosažené vzdělání**

Dosažené vzdělání	Počet respondentek	Počet v %
Základní	2	2,86 %
Střední bez maturity	13	18,57 %
Střední s maturitou	30	42,86 %
Vyšší odborné	5	7,14 %
Vysokoškolské Bc.	4	5,71 %
Vysokoškolské Mgr.	14	20,00 %
Postgraduální Ph.D.	2	2,86 %
Celkem	70	100,00 %

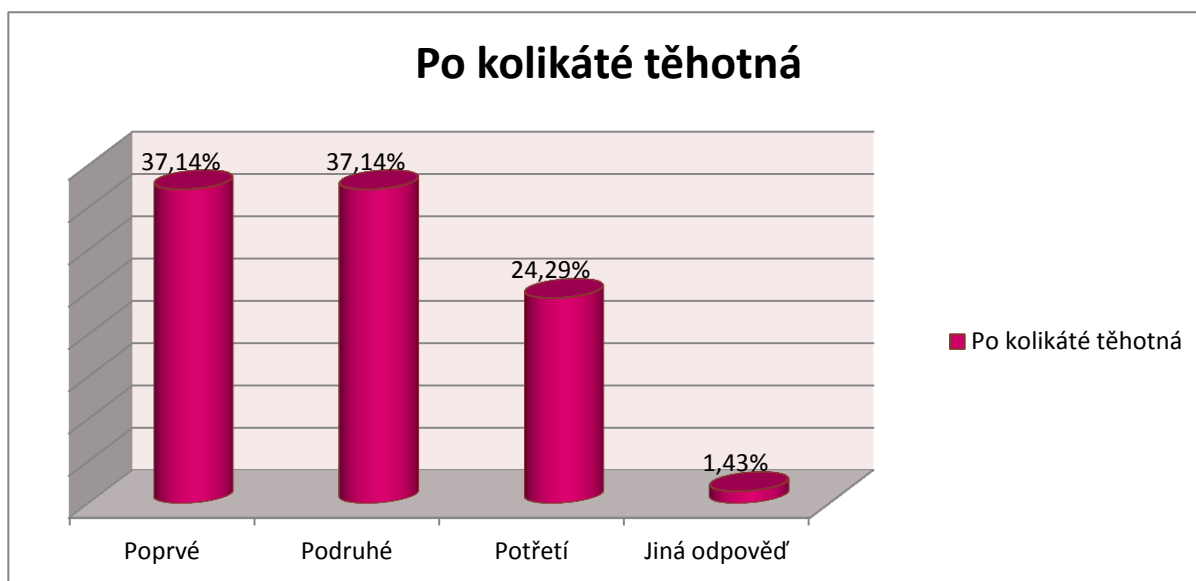
Graf 2 – dosažené vzdělání

Komentář:

Z celkového počtu dotazovaných žen se nejvíce objevilo vzdělání střední s maturitou (42,86 %) a druhým nejvyšším vzděláním bylo vysokoškolské magisterské (20,00 %). Další skupinu tvořily vyučené ženy (8,57 %). Základní a postgraduální vzdělání zaujímalo pouze po 2,86 %, vzdělání vyšší odborné 7,14 % a vysokoškolské bakalářské 5,71 %.

Dotazníková položka 3: Po kolikáté jste těhotná?**Tabulka 3 – po kolikáté těhotná**

Po kolikáté těhotná	Počet respondentek	Počet v %
Poprvé	26	37,14 %
Podruhé	26	37,14 %
Potřetí	17	24,29 %
Jiná odpověď	1	1,43 %
Celkem	70	100,00 %

Graf 3 – po kolikáté těhotná**Komentář:**

Respondentky, které byly těhotné poprvé a podruhé měly stejné zastoupení, a to 37,14 %. Třetí těhotenství prožívalo 24,29 % těhotných žen a jinou odpověď uvedlo 1,43 % žen.

Dotazníková položka 4: Zajímal se při pravidelných těhotenských prohlídkách Váš gynekolog nebo porodní asistentka (sestra) o to, zda kouříte v době těhotenství?

Tabulka 4 – zájem gynekologa o tom, zda těhotná žena kouří

	Počet respondentek	Počet v %
Ano	40	57,14 %
Ne	30	42,86 %
Celkem	70	100,00 %

Graf 4 - zájem gynekologa o tom, zda těhotná žena kouří



Komentář:

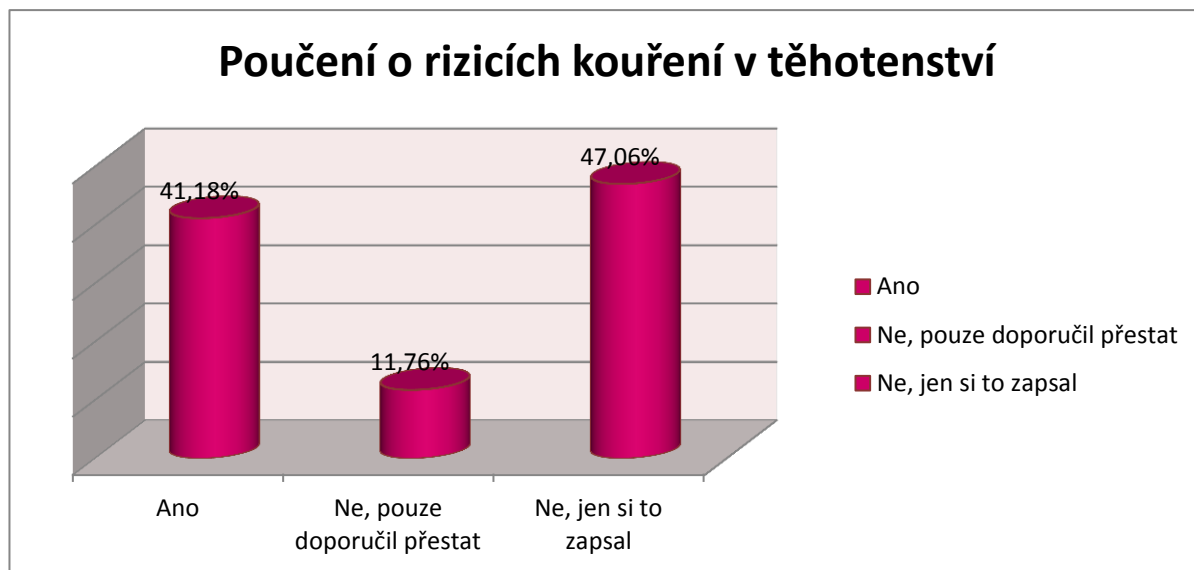
Na otázku, zda se gynekolog nebo porodní asistentka zajímali o to, zda žena v těhotenství kouří, odpovědělo 57,14 % žen, že ano a 42,86 % žen odpovědělo, že ne.

Dotazníková položka 5: Pokud ano, a Vaše odpověď byla kladná, poučil Vás lékař nebo porodní asistentka (sestra) jaká jsou rizika kouření v těhotenství?

Tabulka 5 – poučení o rizicích kouření v těhotenství

	Počet respondentek	Počet v %
Ano	7	41,18 %
Ne, pouze doporučil přestat	2	11,76 %
Ne, jen si to zapsal	8	47,06 %
Celkem	17	100,00 %

Graf 5 - poučení o rizicích kouření v těhotenství



Komentář:

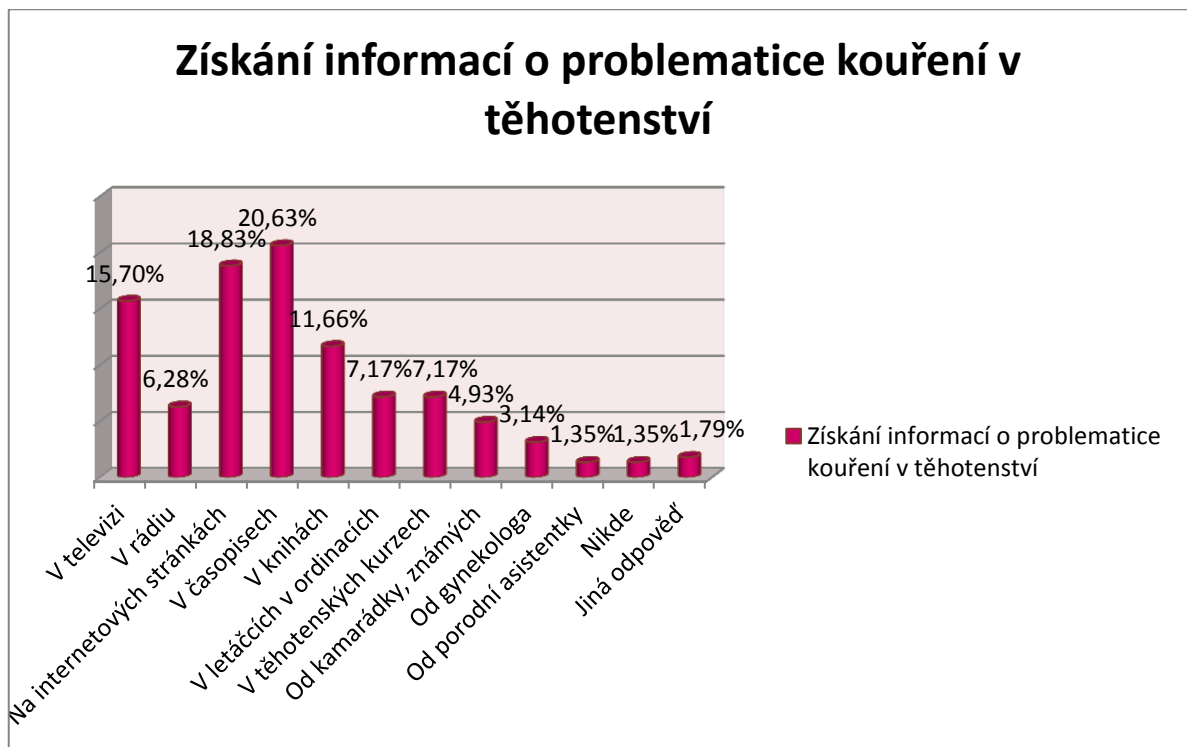
Skoro polovina dotázaných žen (47,06 %) uvedla, že i když gynekolog zjistil, že žena v těhotenství kouří, pouze si tuto informaci zapsal, ale nepodal žádné informace o této problematice. Poučeno bylo 41,18 % žen a 11,76 % ženám bylo doporučeno, aby s kouřením přestaly.

Dotazníková položka 6: Kde jste se setkala s informacemi, které poukazovaly na rizika spojené s kouřením v těhotenství?

Tabulka 6 – získání informací o problematice kouření v těhotenství

	Počet respondentek	Počet v %
V televizi	35	15,70 %
V rádiu	14	6,28 %
Na internetových stránkách	42	18,83 %
V časopisech	46	20,63 %
V knihách	26	11,66 %
V letáčcích v ordinacích	16	7,17 %
V těhotenských kurzech	16	7,17 %
Od kamarádky, známých	11	4,93 %
Od gynekologa	7	3,14 %
Od porodní asistentky	3	1,35 %
Nikde	3	1,35 %
Jiná odpověď	4	1,79 %
Celkem	223	100,00 %

Graf 6 - získání informací o problematice kouření v těhotenství

**Komentář:**

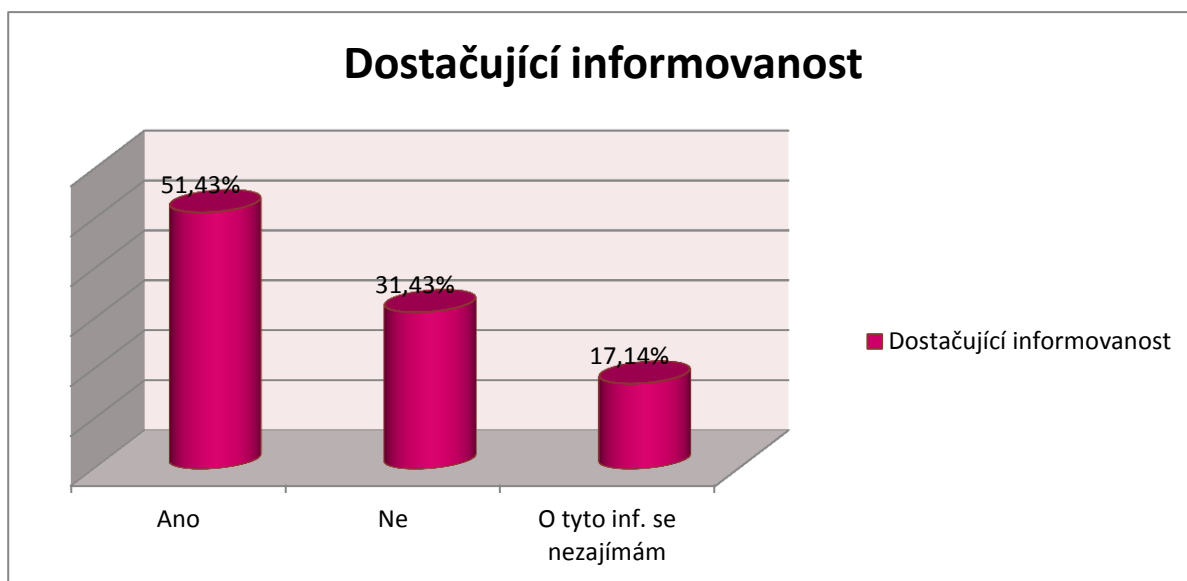
Cílem této otázky bylo zjistit, kde se nejvíce vyskytují informace o rizicích kouření v těhotenství. Nejvyšší procentuální zastoupení představovaly časopisy (20,63 %). Dalšími velkými zdroji byly webové stránky, které zaujímaly 18,83 % a televize (15,70 %). Nejméně informací získaly ženy od porodní asistentky (1,35 %) a gynekologa (3,14 %).

Dotazníková položka 7: Myslíte si, že je dostatečná informovanost o této problematice?

Tabulka 7 – dostačující informovanost

	Počet respondentek	Počet v %
Ano	36	51,43 %
Ne	22	31,43 %
O tyto inf. se nezajímám	12	17,14 %
Celkem	70	100,00 %

Graf 7 - dostačující informovanost

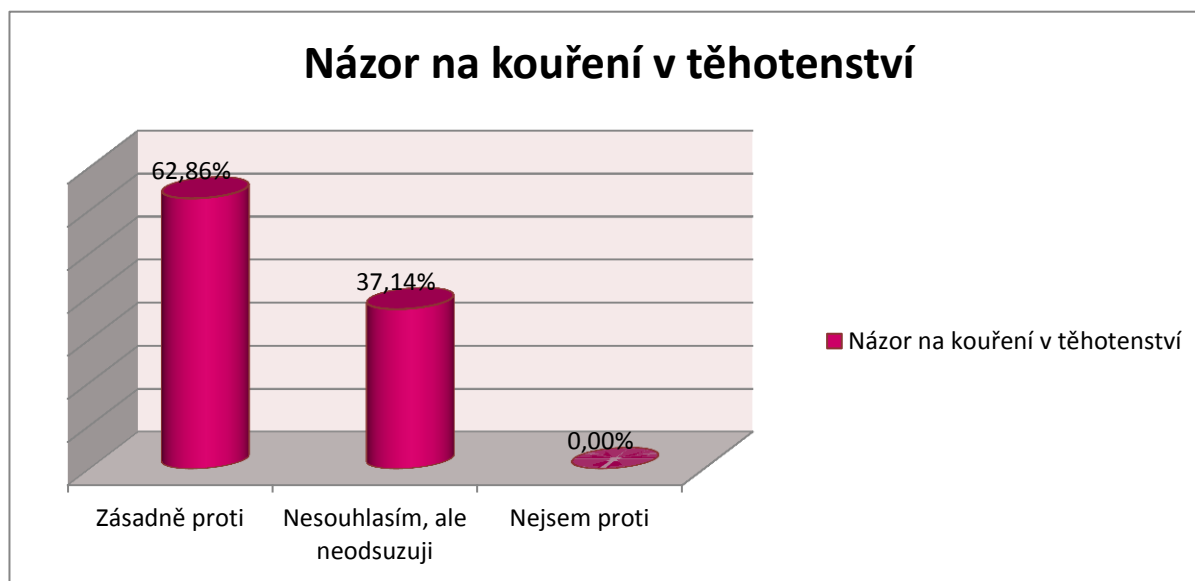


Komentář:

Více než polovina těhotných žen (51,43 %) je toho názoru, že informovanost o problematice kouření v těhotenství je dostačující, avšak 31,43 % žen je opačného názoru. Až 17,14 % těhotných žen se o tyto informace nezajímá vůbec.

Dotazníková položka 8: Jaký máte názor na kouření v těhotenství?**Tabulka 8 – názor na kouření v těhotenství**

	Počet respondentek	Počet v %
Zásadně proti	44	62,86 %
Nesouhlasím, ale neodsuzuji	26	37,14 %
Nejsem proti	0	0,00 %
Celkem	70	100,00 %

Graf 8 - názor na kouření v těhotenství**Komentář:**

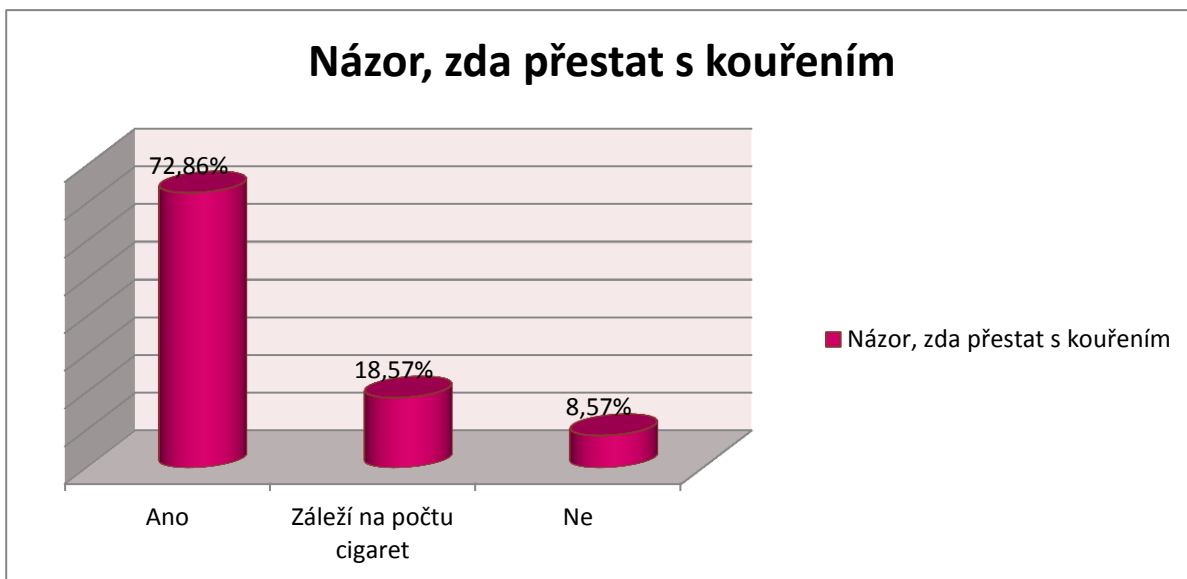
Touto otázkou bylo zjištěno, že 62,86 % žen je zásadně proti kouření v těhotenství. Dalších 37,14 % respondentek s tímto zlovykem nesouhlasí, ale nikoho za to neodsuzují.

Dotazníková položka 9: Myslíte si, že by měla kuřačka přestat v těhotenství kouřit, i když se dostaví abstinenční příznaky?

Tabulka 9 – názor, zda přestat s kouřením

	Počet respondentek	Počet v %
Ano	51	72,86 %
Záleží na počtu cigaret	13	18,57 %
Ne	6	8,57 %
Celkem	70	100,00 %

Graf 9 - názor, zda přestat s kouřením

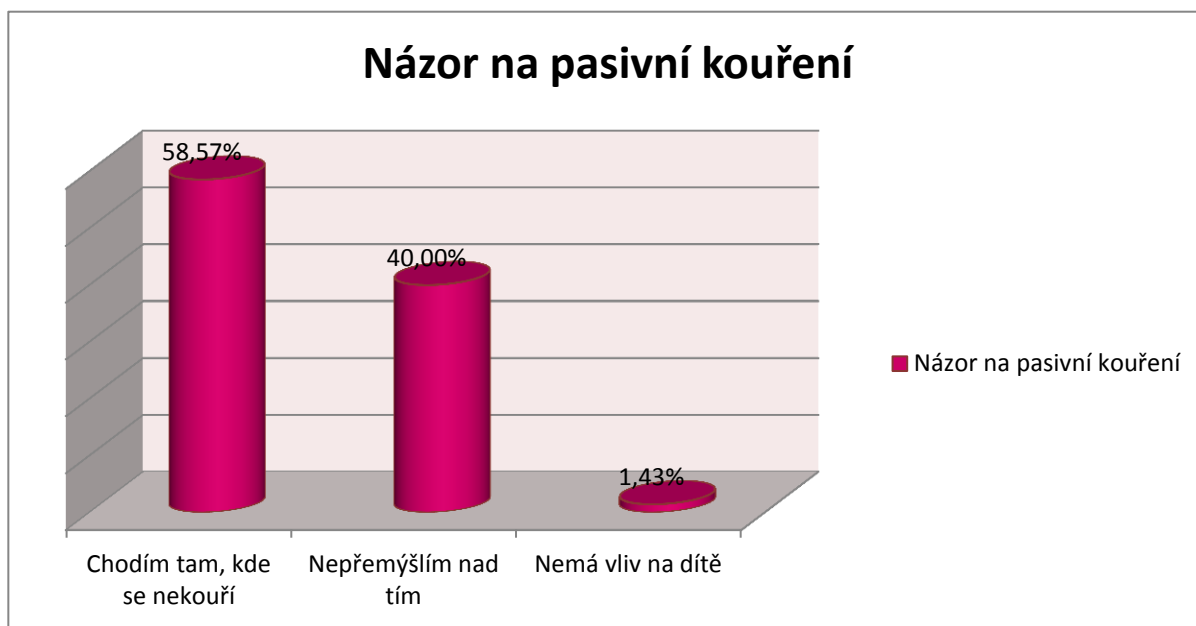


Komentář:

72,86 % dotázaných žen uvedlo, že by těhotná žena měla v těhotenství přestat kouřit, přestože se u ní dostaví abstinenční příznaky. Dalších 8,57 % žen je toho názoru, že pokud žena přestane kouřit, může to ublížit dítěti, jelikož je už zvyklé na pravidelný přísun nikotinu. Zbylých 18,57 % si myslí, že pokud žena nekouří více jak 5 cigaret denně, není nutností s kouřením přestat.

Dotazníková položka 10: Jaké pocity ve Vás vyvolává tzv. pasivní kouření?**Tabulka 10 - názor na pasivní kouření**

	Počet respondentek	Počet v %
Chodím tam, kde se nekouří	41	58,57 %
Nepřemýšlím nad tím	28	40,00 %
Nemá vliv na dítě	1	1,43 %
Celkem	70	100,00 %

Graf 10 - názor na pasivní kouření**Komentář:**

V otázce, jaký mají těhotné ženy postoj k pasivnímu kouření, odpovědělo 58,57 % žen, že zásadně vyhledávají místa, kde je zákaz kouření. 40,00% žen zná rizika pasivního kouření, ale tvrdí, že by nesměly chodit nikam, proto nad tím nepřemýšlí. Zbývajících 1,43 % žen uvedlo, že pasivní kouření nemá žádný negativní vliv na dítě.

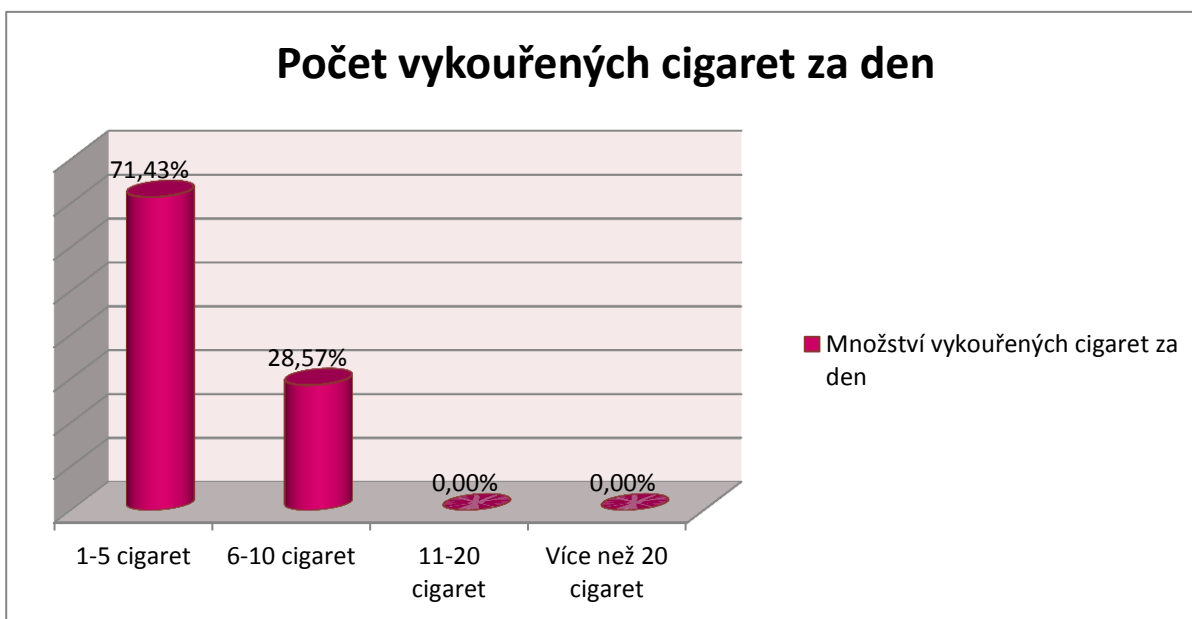
8.2 Určeno kuřačkám

Dotazníková položka 11: Kolik cigaret denně vykouříte?

Tabulka 11 – počet vykouřených cigaret za den

Počet cigaret	Počet respondentek	Počet v %
1-5 cigaret	5	71,43 %
6-10 cigaret	2	28,57 %
11-20 cigaret	0	0,00 %
Více než 20 cigaret	0	0,00 %
Celkem	7	100,00 %

Graf 11 - počet vykouřených cigaret za den



Komentář:

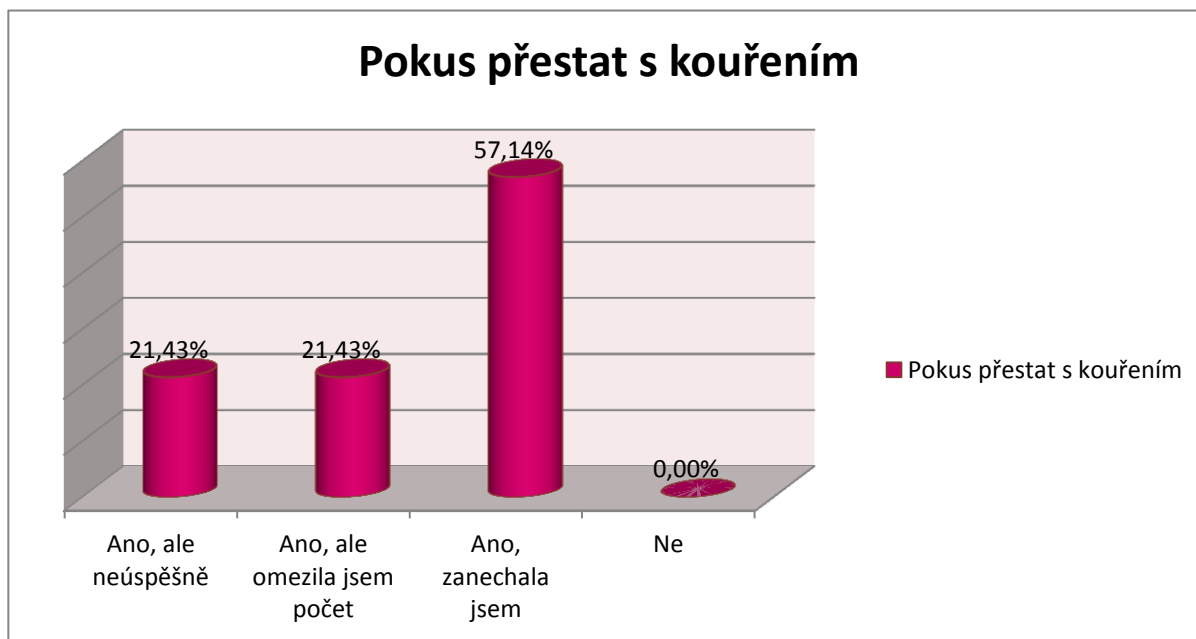
Celkový počet těhotných kuřaček byl 7 (100,00 %). Nejvyšší počet vykouřených cigaret za den byl 6 - 10 (28,57 %) a 71,43 % respondentek vykouří denně 1 - 5 cigaret.

Dotazníková položka 12: Zkoušela jste přestat s kouřením, když jste zjistila, že jste těhotná?

Tabulka 12 – pokus přestat s kouřením

	Počet respondentek	Počet v %
Ano, ale neúspěšně	3	21,43 %
Ano, ale omezila jsem počet	3	21,43 %
Ano, zanechala jsem	8	57,14 %
Ne	0	0,00 %
Celkem	14	100,00 %

Graf 12 - pokus přestat s kouřením

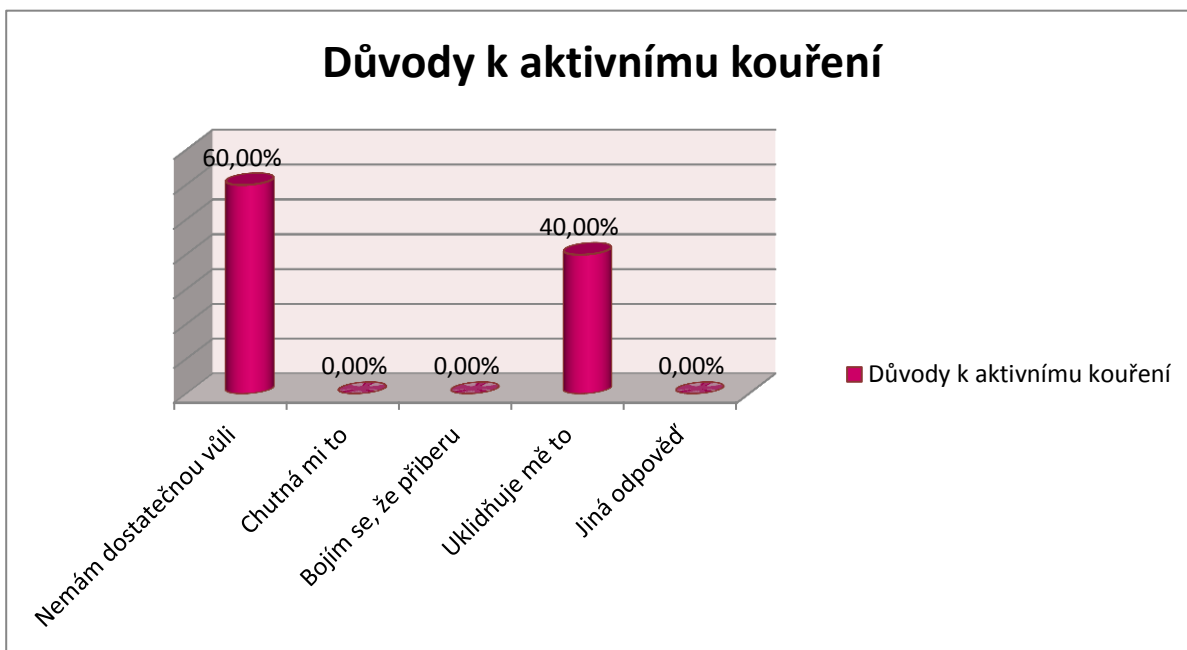


Komentář:

Hlavním úkolem této otázky bylo zjistit, zda některé respondentky zkusily přestat s kouřením, když se dozvěděly, že jsou těhotné. 57,14 % žen kouření zanechalo a 21,43 % žen se pokusilo, ale nespěšně. Stejný počet, tedy 21,43 % těhotných alespoň omezilo počet cigaret.

Dotazníková položka 13: Jaké důvody vás vedou k aktivnímu kouření v těhotenství?**Tabulka 13 – důvody k aktivnímu kouření**

	Počet respondentek	Počet v %
Nemám dostatečnou vůli	6	60,00 %
Chutná mi to	0	0,00 %
Bojím se, že přiberu	0	0,00 %
Uklidňuje mě to	4	40,00 %
Jiná odpověď	0	0,00 %
Celkem	10	100,00 %

Graf 13 - důvody k aktivnímu kouření**Komentář:**

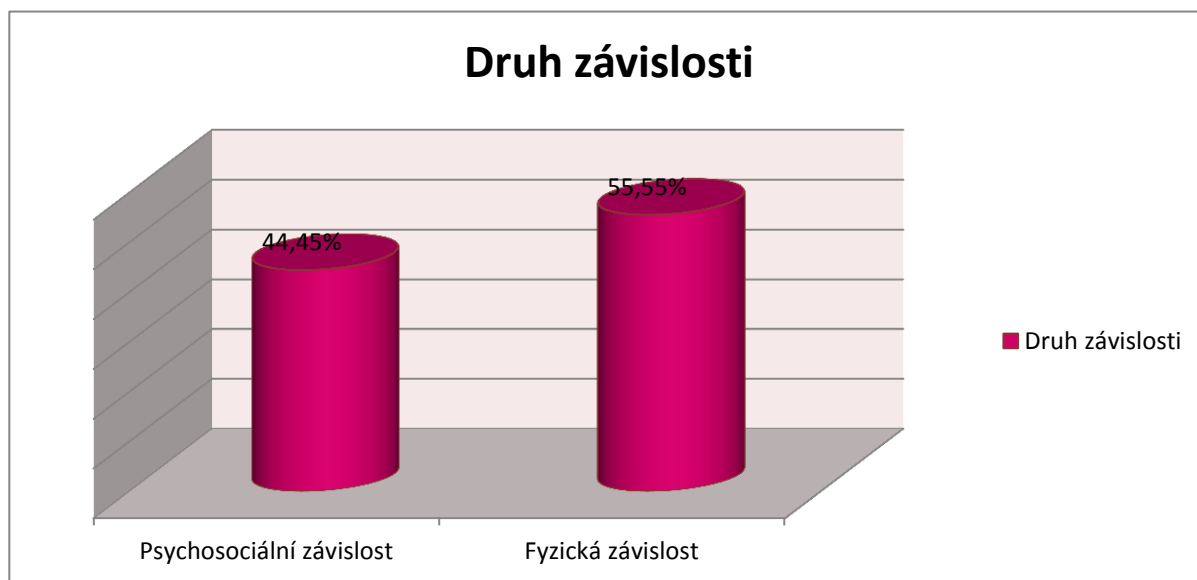
U otázky, jaké důvody vedou dotazované těhotné ženy k aktivnímu kouření, bylo nejčastější odpovědí (60,00 %), že nemají dostatečnou vůli přestat. 40,00 % žen uvedlo, že kouří, protože je to uklidňuje a pomáhá jim to zvládat stresové situace.

Dotazníková položka 14: Považujete za jeden z hlavních důvodů závislost? Pokud ano, jak byste popsala Vaši závislost?

Tabulka 14 – druh závislosti

	Počet respondentek	Počet v %
Psychosociální závislost	4	44,45 %
Fyzická závislost	5	55,55 %
Celkem	9	100,00 %

Graf 14 - druh závislosti



Komentář:

Ze všech těhotných respondentek jich 55,55 % označilo, že trpí fyzickou závislostí, která je spojena s abstinenními příznaky. Ženy s psychosociální závislostí zaujmají 44,45 %.

Dotazníková položka 15: V současné době se prosazuje heslo „Moderní je nekouřit“, avšak donedávna tomu bylo jinak. Není tedy jedním z vašich důvodů i to, že se chcete vyrovnat ostatním a nezůstat tzv. „pozadu“?

Tabulka 15 – kouření kvůli začlenění

	Počet respondentek	Počet v %
Ano	0	0,00 %
Ne	9	100,00 %
Celkem	9	100,00 %

Graf 15 - kouření kvůli začlenění



Komentář:

Poslední otázka měla zjistit, zda těhotné ženy kouří hlavně z toho důvodu, protože se chtějí vyrovnat ostatním a nezůstat tzv. „pozadu“. Všechny ženy (100,00 %) označily odpověď, že toto tvrzení nemá na jejich rozhodnutí žádný vliv.

9 DISKUZE

Některé výsledky průzkumu byly srovnány s výzkumy jiných autorů, kteří se ve svých pracích zabývali stejným nebo podobným tématem. Z dotazníkového šetření, které bylo určeno 70 těhotným ženám, vyplynulo, že se u 57,14 % žen jejich gynekolog nebo porodní asistentka zajímali o to, zda žena, navštěvující jejich ambulanci, v době těhotenství kouří. Autorka Sodomková, 2008, uvádí, že tento zájem byl v jejím výzkumu zjištěn u 77,20 % dotazovaných. Je nutno dodat, že autorka spolupracovala se 127 respondentkami, což odpovídá 100 %. 41,18 % těhotných dostalo informace o škodlivosti kouření v průběhu těhotenství a 11,76 % žen bylo pouze doporučeno, aby kouření zanechaly. Největší zastoupení (47,06 %) měla odpověď, že poučeny nebyly a lékař si pouze tuto informaci zapsal. Jinými výsledky disponuje práce Sodomkové, 2008, kde bylo zjištěno, že pouze 15 % žen byly podány informace o možných rizicích kouření po dobu těhotenství. Více než polovině žen (55,00 %) bylo navrženo, aby se pokusily s tímto zlovykem skoncovat. U zbylého počtu žen (15,00 %) si opět lékař tuto informaci pouze poznačil. Výsledky výzkumného šetření autorky Lacinové, 2008, uvádí, že 47,25 % žen získalo informace o této problematice prostřednictvím masmédií, 10,09 % žen bylo informováno v těhotenských kurzech, u gynekologa nebo porodní asistentky, 19,00 % žen se o možných následcích kouření dočetlo v knihách či časopisech a 11,01 % žen dostalo informace od příbuzných a kamarádek. Téměř shodné výsledky potvrzuje i výzkum této práce, avšak s mírnými odchylkami vzhledem k počtu respondentek. V otázce, která se zabývala mírou informovanosti o problematice kouření, odpovědělo 51,43 % žen, že informací je dostatek. V práci Lacinové, 2008, bylo zjištěno, že stejného názoru je 52,58 % žen a v práci Sodomkové, 2008, pouze 21,30 % žen. Z dotazovaných žen jich 31,43 % zastává názor, že by se informace k této problematice měly více propagovat. Tato odpověď byla nejčastěji označena v práci Sodomkové, 2008, (45,70 %), což je nejspíše důsledkem nejvyššího počtu respondentek ze všech uvedených výzkumů. V práci Lacinové, 2008, se ke stejnému názoru přiklání 34,02 % žen. Další výzkumná otázka se zabývala názorem žen na kouření během těhotenství. Z pozorovaných dat lze vyčíst, že ženy znají negativní účinky kouření na plod, proto jich zásadně proti kouření v těhotenství bylo 62,86 %. Zbylých 37,17 % respondentek s kouřením v těhotenství nesouhlasí, uvědomují si však, jak může být těžké přestat, proto za to nikoho neodsuzují. Autorka Kolichová, 2011, do jejíhož výzkumu bylo zařazeno 100 respondentek, ve své práci uvádí,

že 14,00 % dotazovaných žen považuje tento zlovyk po dobu těhotenství za neomluvitelný, jelikož matka nezodpovídá už jenom za sebe, nýbrž už i za život svého potomka. Dále z výsledků její práce vyplývá, že 16,00 % žen neakceptuje kouření v těhotenství. Je až zarážející, že 4,00 % žen zastává názor, že vystavování plodu cigaretovému kouři je neškodné. Nízké počty odpovědí u této otázky nejspíše vyplývají z faktu, že autorka nabízela více možností. Autorka Lacinová, 2008, se také zabývala otázkou, ohledně počtu vykouřených cigaret za den, v průběhu těhotenství. Maximálně 5 cigaret denně si zapálí 71,43 % těhotných. V porovnání s touto prací se výsledky ztotožňují. Více, než 5 cigaret denně vykouří 28,57 % žen, kdežto v práci Lacinové, 2008, byl počet respondentek výrazně nižší (14,29 %). Další výsledky průzkumu poukazují na to, kolik těhotných žen se pokusilo omezit počet vykouřených cigaret nebo zanechat kouření úplně. Alespoň 21,43 % žen se pokusilo s kouřením přestat, jakmile zjistily, že jsou těhotné, bohužel však neúspěšně. Stejného výsledku dosáhly i ženy, které se pokusily alespoň omezit počet vykouřených cigaret. Pozitivem je, že více než polovina (57,14 %) těhotných kouření zanechala. Je nutné podotknout, že autorce Lacinové, 2008, vyšly velmi rozdílné výsledky. Až 78,57 % žen bylo neúspěšných ve snaze skoncovat s kouřením. Je až zarážející, že žádná z respondentek se nepokusila snížit denní dávku cigaret nebo kouření zanechat. Za jeden z hlavních důvodů kouření je považována závislost, která může být psychosociální nebo fyzická. 44,45 % dotázaných žen má kouření spojeno s každodenními zvyky, jako je např. ranní káva, posezení s přáteli a zábava. Oproti tomu má 55,55 % žen závislost fyzickou, kdy jim každá zapálená cigareta poskytuje uvolnění, uklidnění, snížení napětí a stresu. U této závislosti se objevují abstinenční příznaky. V práci Kolichové, 2011, tomu je naopak. Více žen (52,92 %) má kouření spojeno převážně s fyzickou závislostí, kdežto 47,06 % se závislostí psychosociální. Je překvapující, že výsledky všech výše uvedených dotazníkových šetření poukazují na to, že i když by měla těhotná žena dostat informace o škodlivosti kouření v těhotenství převážně od svého gynekologa, porodní asistentky či v těhotenských kurzech, tak tomu tak není.

10 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Vyhodnocením získaných dat dotazníkového šetření bylo prokázáno, že se gynekologové nebo porodní asistentky při pravidelných těhotenských prohlídkách málo zajímají o to, zda žena v průběhu těhotenství kouří. Zajímavým zjištěním bylo, že pokud se na tuto otázku dotázali, a těhotná odpověděla, že je kuřačka, téměř polovina gynekologů si tuto informaci pouze poznamenala, místo toho, aby ženě doporučili s kouřením přestat a nabídli ji některou z možností odvykání. Je pochopitelné, že při takovém množství těhotných žen, které projdou denně ambulancí gynekologa, není možné každé ženě věnovat tolik času, kolik by si zasloužila, ale poskytnout ji informace o škodlivosti kouření by měl být základ, i přes to, že většina těhotných kuřaček by o této problematice měla mít alespoň malé povědomí. Určitým přínosem by už bylo, kdyby se v čekárnách prenatálních poraden objevily informační postery, letáčky nebo brožurky o této problematice. V rámci této práce jsem zpracovala návrh informačního posteru (Příloha P IV.). K dalšímu prohloubení informací by mohlo docházet v těhotenských kurzech, kde je porodní asistentka v blízkém kontaktu s více ženami, a tyto ženy si mohou mezi sebou vyměňovat zkušenosti popřípadě vést diskuzi. Po zkušenostech z praxe v gynekologických ambulancích by nebylo od věci provádět informační přednášky pro dívky na středních školách, protože spousta těhotných kuřaček jsou právě mladé dívky. Je důležité, aby se jim dostalo alespoň takové informace, že by měly přestat s kouřením hlavně v I. trimestru těhotenství, kdy je plod na chemické látky obsažené v cigaretách nejvíce náchylný. Doufám, že v těchto případech bude má práce dobrým informačním materiálem.

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zjistit povědomí těhotných žen o problematice kouření v těhotenství. Byly stanoveny tři cíle, které byly v praktické části splněny.

Prvním cílem průzkumného šetření bylo zjistit informovanost těhotných žen o škodlivých vlivech kouření v průběhu těhotenství. K tomuto cíli se vztahovaly dotazníkové položky 5, 6 a 7. Pouze 41,18 % kuřaček bylo svým gynekologem nebo porodní asistentkou informováno o tom, jak může kouření ovlivnit samotný průběh těhotenství a jaká jsou rizika pro plod. O této problematice bylo prostřednictvím masmédií informováno 40,81 % žen, v prenatální poradně nebo těhotenských kurzech získalo informace 18,83 % těhotných. Z průzkumu dále vyplynulo, že 51,43 % žen považuje informovanost za dostačující a 17,14 % se tímto problémem vůbec nezabývalo.

Cíl 1 byl splněn.

Druhým cílem práce bylo zjistit postoje těhotných žen k problematice kouření v těhotenství. Ke splnění tohoto cíle byly použity položky 8, 9 a 10. 62,86 % dotázaných žen si je vědoma toho, jak může těhotná kuřačka ohrozit život dítěte, proto jsou zásadně proti tomuto zlovyku. S kouřením v těhotenství naopak nesouhlasí 37,14 % žen, avšak nikoho za to neodsuzují. Více než polovina žen (58,57 %) vyhledává místa se zákazem kouření, protože se chtějí vyhnout i pasivnímu působení cigaretového kouře na nenarozené dítě. Pouze jedna dotazovaná žena byla toho názoru, že pasivní kouření nemá vliv na plod. **Cíl 2 byl splněn.**

Třetím cílem výzkumu bylo zjistit důvody těhotných kuřaček k aktivnímu kouření v těhotenství. K dosažení cíle byly využity položky 13, 14 a 15. Analýzou dat bylo zjištěno, že 60,00 % těhotných žen vede k aktivnímu kouření jejich nedostatečná vůle přestat. Zbývajícím 40,00 % žen pomáhá kouření zvládat stresové situace. Za jeden z hlavních důvodů kouření je považována i závislost, která byla u 44,45 % žen psychosociálního charakteru a u 55,55 % žen psychického rázu. Na otázku, zda je jedním z důvodů aktivního kouření i to, že se chtějí vyrovnat ostatním a nezůstat tzv. pozadu, odpověděly všechny ženy, že toto tvrzení nemá na jejich rozhodnutí žádný vliv.

Cíl 3 byl splněn.

Pokud bude více gynekologů a porodních asistentek poskytovat v prenatálních poradnách informace o škodlivosti kouření v těhotenství a motivovat je k zanechání tohoto zlovyku,

mohlo by se tak alespoň zčásti předejít výskytu mnoha patologických průběhů těhotenství a poškození plodu.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] ANON, 2008. Působení drog na těhotenství, porod a vývoj dítěte. In: VELEMÍNSKÝ, Miloš, Blanka ŽIŽKOVÁ a eds. *Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství*. Praha: Triton, s. 36-48. ISBN 978-807-3870-959.
- [2] ČECH, Evžen a kol, 2006. *Porodnictví*. Vyd. 2. Praha: Grada, s. 197-204. Kap. 7.3 Ektopické těhotenství. ISBN 78-80-247-1303-8
- [3] ČECH, Evžen a kol, 2006. *Porodnictví*. Vyd. 2. Praha: Grada, s. 189-197. Kap. 7.2.2 Předčasný porod. ISBN 978-80-247-1303-8
- [4] FENDRYCHOVÁ, Jaroslava a kol, 2009. *Vybrané kapitoly z ošetrovatelské péče v pediatrii*. Péče o novorozence. Brno: MIKADAPRESS, s. 103-106. Kap. 10 Syndrom náhlého úmrtí kojence. ISBN 978-80-7013-489-4.
- [5] HRUBÁ, Drahoslava, 2000. Průběh těhotenství u kouřících a nekouřících žen. In *Medicína v praxi*, č. 11, s. 27-28. ISSN 1212-8759
- [6] HRUBÁ, Drahoslava, 2007. Proč nekouřit v těhotenství – nové poznatky o účincích nikotinu. In *Praktická gynekologie*, č. 11 (3), s. 132-134. ISSN 1211-6645
- [7] KASTNEROVÁ, Markéta a Blanka ŽIŽKOVÁ, 2008. Farmakologická léčba těhotných žen závislých na tabáku. In: VELEMÍNSKÝ, Miloš, Blanka ŽIŽKOVÁ a eds. *Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství*. Praha: Triton, s. 190-195. ISBN 978-807-3870-959
- [8] KRÁLÍKOVÁ, Eva a Jiří T. KOZÁK, 2003. *Jak přestat kouřit*. Vyd. 2. Praha: MAXDORF, s. 66-79. Kap. 7 Nejčastější otázky o náhradní léčbě nikotinem. ISBN 80-85912-68-6
- [9] KRÁLÍKOVÁ, Eva a Jiří T. KOZÁK, 2003. *Jak přestat kouřit*. Vyd. 2. Praha: MAXDORF, s. 25-51. Kap. 4 Kouření a schopnost zvládat stres. ISBN 80-85912-68-6
- [10] KRÁLÍKOVÁ, Eva a Jiří T. KOZÁK, 2003. *Jak přestat kouřit*. Vyd. 2. Praha: MAXDORF, s. 15-24. Kap. 3 Kouření a zdraví, vlastně smrt. ISBN 80-85912-68-6
- [11] KRÁLÍKOVÁ, Eva a Jiří T. KOZÁK, 2003. *Jak přestat kouřit*. Vyd. 2. Praha: MAXDORF, s. 63-65. Kap. 6 Náhradní léčba nikotinem. ISBN 80-85912-68-6
- [12] KRÁLÍKOVÁ, Eva a V. HIMMEROVÁ, 2004. Kouření a reprodukce: Kouření a těhotenství. In *Časopis lékařů českých*, č. 4, s. 270-271. ISSN 0008-7335
- [13] KRÁLÍKOVÁ, Eva a V. HIMMEROVÁ, 2004. Pasivní kouření: Zdravotní důsledky. In *Časopis lékařů českých*, č. 1, s. 52-54. ISSN 0008-7335
- [14] KRÁLÍKOVÁ, Eva, 2009. Žena a cigareta. In *Lékař přítelem*, s. 38-41. ISSN neuvedeno (neprodejné číslo)

- [15] MAREČEK, Aleš a Jaroslav HONZA, 1997. *Chemie: pro čtyřletá gymnázia*. 1. díl. Brno: PROTON, s. 151-157. Kap. 4.1. Uhlík. ISBN 80-902402-0-8
- [16] MYDLILOVÁ, Anna, 2009. Kojení. In *Lékař přítelem*, s. 10-12. ISSN neuvedeno (neprodejné číslo)
- [17] NEŠPOR, Karel, 2011. *Návykové chování a závislosti: Současné poznatky a Perspektivy léčby*. Vyd. 4. Praha: Portál, s. 9-58. Kap. Co je a co není závislost. ISBN 978-80-7367-908-8
- [18] PRIBIŠ, Peter, 2009. Kouření „z třetí ruky“. In *Practicus*, č. 6, s. 34-35. ISSN 1213-8711
- [19] ROZTOČIL, Aleš a kol, 2008. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada, s. 268-269. Kap. 12.3.6 Předčasné odloučení placenty (abruptio placentae praecox). ISBN 978-247-1941-2
- [20] ROZTOČIL, Aleš a kol, 2008. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada, s. 261-262. Kap. 12.1.5 Chronická hypoxie plodu. ISBN 978-247-1941-2
- [21] SCHNEIDROVÁ, Dagmar a Zuzana Brázdová, 2006. Kojení a výživa matky. In: SCHNEIDROVÁ, Dagmar a kol. *Kojení: nejčastější problémy a jejich řešení*. Vyd. 2. Praha: Grada, s. 99-123. ISBN 80-247-1308-X.
- [22] SLEZÁK, Radovan a Aleš RYŠKA, 2006. *Kouření a dutina ústní*. Praha: Havlíček Brain Team, s. 54. Kap. 6 Botanická poznámka. ISBN 80-903609-6-3
- [23] SLEZÁK, Radovan a Aleš RYŠKA, 2006. *Kouření a dutina ústní*. Praha: Havlíček Brain Team, s. 11-12. Kap. 2.2.1. Nikotin a jeho metabolity. ISBN 80-903609-6-3
- [24] TREWINNARD, Karen, 2006. *Jak přirozeně otěhotnět: Možnosti, jak zvýšit šance na přirozené početí*. Brno: Computer Press, s. 109-118. Kap. Odstranění zlozvyků. ISBN 80-251-0764-7.
- [25] VAVŘINKOVÁ, Blanka a Tomáš BINDER, 2006. *Návykové látky v těhotenství*. Praha: TRITON, s. 69-73. Kap. 9. Abstinenční syndrom novorozence. ISBN 80-7254-829-8.

Internetové zdroje

- [26] ANON, © 2009. Kouření. *Jakprestat.cz* [online]. [cit. 2012-03-24]. Dostupné z: <http://www.jakprestat.cz/>
- [27] © ČESKÁ KOALICE PROTI TABÁKU. Složení tabákového kouře. *Dokurte.cz* [online]. [cit. 2012-03-14] Dostupné z: http://www.dokurte.cz/?stranka=slozeni_tabakoveho_koure&typ=sablony

- [28] ČESKÁ KOALICE PROTI TABÁKU. Chemické složení cigaretového kouře. *Bez cigaret.cz* [online]. [cit. 2012-03-14]. Dostupné z: <http://www.bezcigaret.cz/slozeni>
- [28] EXNICO, © 2009-2012. Jedy cigaretového kouře. *Exnico.cz* [online]. [cit. 2012-03-14]. Dostupné z: <http://www.exnico.com/jedy-cigaretoveho-koure>
- [29] LÁCHOVÁ, 2011. Evropské výběrové šetření o zdravotním stavu v ČR - EHIS CR. *Uzis.cz* [online]. [cit. 2012-03-24] Dostupné z: http://www.uzis.cz/system/files/02_11.pdf/
- [30] MLČOCH, © 2003-2012. Kouření a neplodnost u mužů a žen. *Kurakovaplice.cz* [online]. [cit. 2012-03-14]. Dostupné z: http://www.kurakovaplice.cz/koureni_cigaret/zdravi/neplodnost/309-koureni-a-neplodnost-u-muzu-a-zen.html
- [31] PETR, 2010. Kouření a plodnost. *Zdn.cz* [online]. [cit. 2012-03-14]. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/zdravotnicke-noviny/koureni-a-plodnost-454406>
- [32] VIVANTIS, © 2004. Co nevíte o kouření. *Celostnimediceina.cz* [online]. [cit. 2012-03-14]. Dostupné z: <http://www.celostnimediceina.cz/co-nevite-o-koureni.htm>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

FSH	Folikuly stimulující hormon
LH	Luteinizační hormon
hCG	Lidský choriový gonadotropin
KTG	Kardiotokograf
SIDS	Syndrom náhlého úmrtí kojence
NAS	Novorozenecký abstinenční syndrom
NTN	Náhradní terapie nikotinem
pH	Potenciál vodíku
Např.	Například
Tzv.	Takzvaný
Atd.	A tak dále
mg	Miligram
Dr.	Doktor
cm	Centimetr

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 – věk respondentek	40
Graf 2 – dosažené vzdělání.....	42
Graf 3 – po kolikáté těhotná	44
Graf 4 - zájem gynekologa o tom, zda těhotná žena kouří.....	45
Graf 5 - poučení o rizicích kouření v těhotenství.....	46
Graf 6 - získání informací o problematice kouření v těhotenství.....	48
Graf 7 - dostačující informovanost.....	49
Graf 8 - názor na kouření v těhotenství.....	50
Graf 9 - názor, zda přestat s kouřením	51
Graf 10 - názor na pasivní kouření	52
Graf 11 - počet vykouřených cigaret za den.....	53
Graf 12 - pokus přestat s kouřením	54
Graf 13 - důvody k aktivnímu kouření	55
Graf 14 - druh závislosti.....	56
Graf 15 - kouření kvůli začlenění	57

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 – věk respondentek	40
Tabulka 2 – dosažené vzdělání	42
Tabulka 3 – po kolikáté těhotná	44
Tabulka 4 – zájem gynekologa o tom, zda těhotná žena kouří.....	45
Tabulka 5 – poučení o rizicích kouření v těhotenství	46
Tabulka 6 – získání informací o problematice kouření v těhotenství.....	47
Tabulka 7 – dostačující informovanost.....	49
Tabulka 8 – názor na kouření v těhotenství.....	50
Tabulka 9 – názor, zda přestat s kouřením	51
Tabulka 10 - názor na pasivní kouření	52
Tabulka 11 – počet vykouřených cigaret za den	53
Tabulka 12 – pokus přestat s kouřením.....	54
Tabulka 13 – důvody k aktivnímu kouření	55
Tabulka 14 – druh závislosti.....	56
Tabulka 15 – kouření kvůli začlenění	57

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P I: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

PŘÍLOHA P II: DOTAZNÍK

PŘÍLOHA P III: FAGERSTRÖMŮV TEST NIKOTINOVÉ ZÁVISLOSTI

PŘÍLOHA P IV: NÁVRH INFORMAČNÍHO POSTERU

PŘÍLOHA P I: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií
Institut zdravotnických studií
Ústav porodní asistence

nám. T. G. Masaryka 588,
760 01 Zlín

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

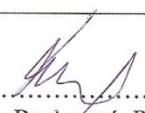
Vážená paní Mgr. Dlesková,

obracíme se na Vás s žádostí o umožnění výzkumného šetření na Vašem pracovišti KNTB Zlín, které bude podkladem pro zpracování empirické části bakalářské práce studentky 3. ročníku studijního programu Porodní asistence, oboru Porodní asistentka.

Děkujeme za vyřízení naší žádosti a těšíme se na další spolupráci.

Téma bakalářské práce	Povědomí těhotných žen o problematice kouření v těhotenství
Metoda výzkumného šetření	Dotazník
Skupina respondentů	Těhotné ženy
Pracoviště	Gynekologické ambulance, Porodní sál
Autor bakalářské práce	Ivana Kinterová
Vedoucí bakalářské práce	Mgr. Ludmila Reslerová, Ph.D


Ve Zlíně dne 21.12.2011


Mgr. Ludmila Reslerová, Ph.D
Ředitelka Ústavu porodní asistence

Vyjádření instituce:

- Žádost povolena
 Žádost zamítnuta

Krajská nemocnice T. Bati, a. s.
Havlíčkovo nábřeží 600
762 75 Zlín (9)


Razítka a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA P II: DOTAZNÍK

Milé budoucí maminky,

jmenuji se Ivana Kinterová a jsem studentkou 3. ročníku oboru Porodní asistentka na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Chtěla bych Vás poprosit o pravdivé a anonymní vyplnění dotazníku, který bude součástí mé bakalářské práce na téma povědomí těhotných žen o problematice kouření v těhotenství. Předem Vám děkuji za spolupráci a za čas, který jste věnovala vyplnění tohoto dotazníku.

ČÁST A

1. Kolik je vám let?

- a) 15-20
- b) 21-25
- c) 26-30
- d) 31-35
- e) 36-40
- f) Více než 40

2. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Základní
- b) Střední bez maturity
- c) Střední s maturitou
- d) Vyšší odborné
- e) Vysokoškolské Bc.
- f) Vysokoškolské Mgr.
- g) Postgraduální Ph.D.

3. Po kolikáté jste těhotná?

- a) Poprvé
- b) Podruhé
- c) Potřetí
- d) Jiná odpověď

.....
.....

4. Zajímal se při pravidelných těhotenských prohlídkách Váš gynekolog nebo porodní asistentka (sestra) o to, zda kouříte v době těhotenství?

- a) Ano
- b) Ne --> přejděte na otázku č. 6

5. Pokud ano a Vaše odpověď byla kladná, poučil Vás lékař nebo porodní asistentka (sestra) jaká jsou rizika kouření v těhotenství?

- a) Ano, byly mi podány informace, jak může kouření ovlivnit samotný průběh těhotenství a jaká jsou rizika pro plod
- b) Ne, bylo mi pouze doporučeno, abych s kouřením přestala
- c) Ne, tuto informaci si pouze zapsal (a)

6. Kde jste se setkala s informacemi, které poukazovaly na rizika spojené s kouřením a těhotenstvím? *(možnost výběru více odpovědí)*

- a) v televizi
- b) v rádiu
- c) na internetových stránkách
- d) v časopisech
- e) v knihách
- f) v letáčcích v ordinaci praktického gynekologa
- g) v těhotenských kurzech
- h) od kamarádky, známých
- i) od lékaře v prenatální poradně
- j) od porodní asistentky (všeobecné sestry) v prenatální poradně
- k) nikde
- l) jiná odpověď

.....
.....

7. Myslíte si, že je dostatečná informovanost o této problematice?

- a) Ano, informovanost je dostačující
- b) Ne, informace k této problematice by se měly více propagovat
- c) O tyto informace se nezajímám

8. Jaký máte názor na kouření v těhotenství?

- a) Jsem zásadně proti, může to ohrozit život dítěte
- b) S kouřením v těhotenství nesouhlasím, ale nikoho za to neodsuzuji
- c) Nejsem proti, je to neškodné

9. Myslíte si, že by měla kuřačka přestat v těhotenství kouřit, i když se dostaví abstinенční příznaky?

- a) Ano, abstinенční příznaky nepředstavují pro plod tak velké riziko jako toxické látky obsažené v cigaretách
- b) Záleží na druhu závislosti a kolik cigaret žena denně vykouří. Pokud nekouří více jak 5 cigaret denně, myslím si, že není nutností s kouřením přestat
- c) Ne, dítě je už na přísun nikotinu zvyklé, mohlo by mu to ublížit ještě víc

10. Jaké pocity ve Vás vyvolává tzv. pasivní kouření?

- a) Zásadně vyhledávám místa, kde je zákaz kouření
- b) Zním rizika, ale to bych nesměla chodit nikam, proto nad tím nepřemýšlím
- c) Nemyslím si, že by pasivní kouření mělo vliv na mé dítě

ČÁST B – určena kuřačkám

11. Kolik cigaret denně vykouříte?

- a) 1-5
- b) 6-10
- c) 11-20
- d) Více než 20

12. Zkoušela jste přestat s kouřením, když jste zjistila, že jste těhotná?

- a) Ano, pokusila jsem se, ale neúspěšně
- b) Ano, ale pouze jsem omezila počet cigaret
- c) Ano, kouření jsem zanechala
- d) Ne, ani jsem to nezkoušela

13. Jaké důvody vás vedou k aktivnímu kouření v těhotenství?
(možnost výběru více odpovědí)

- a) Nemám dostatečnou vůli přestat
- b) Chutná mi to
- c) Bojím se, že když teď přestanu, tak přiberu ještě víc
- d) Uklidňuje mě to a pomáhá zvládnout stresové situace
- e) Jiná odpověď

.....
.....

14. Považujete za jeden z hlavních důvodů závislost? Pokud ano, jak byste popsala Vaši závislost?

- a) Psychosociální závislost (spojena s každodenními zvyky – ranní káva, posezení s přáteli, zábava, manipulace s cigaretou, vdechování kouře) – bez abstinčních příznaků
- b) Fyzická závislost (uvolnění, uklidnění, snížení napětí, stresu a podrážděnosti) – s abstinčními příznaky

15. V současné době se prosazuje heslo „ Moderní je nekouřit“, avšak donedávna tomu bylo jinak. Není tedy jedním z vašich důvodů i to, že se chcete vyrovnat ostatním a nezůstat tzv. „pozadu“?

- a) Ano, kuřáci se např. lépe začleňují do společnosti
- b) Ne, toto tvrzení nemá na mé rozhodnutí žádný vliv

PŘÍLOHA P III: FAGERSTRÖMŮV TEST NIKOTINOVÉ ZÁVISLOSTI

1) Jak brzy po probuzení si zapálíte první cigaretu?

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

2) Je pro vás obtížné nekouřit tam, kde je kouření zakázáno?

- ano (1 bod)
- ne (0 bodů)

3) Které cigarety byste se nejméně rád vzdal?

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

3) Kolik cigaret denně kouříte?

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

5) Kouříte víc během dopoledne?

- ano (1 bod)
- ne (0 bodů)

6) Kouříte i během nemoci, když musíte ležet v posteli?

- ano (1 bod)
- ne (0 bodů)

Součet bodů:

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

MAMINKO, NEKUŘ! KOUŘÍŠ-LI TY, MUSÍM KOUŘIT I JÁ.



Kouření cigaret negativně ovlivňuje jenom průběh těhotenství, ale hlavně vývoj plodu a kvalitu jeho života. Každou zapálenou cigaretou dochází ke zvýšené spotřebě kyslíku, což má nepříznivý vliv na vývoj plodu. Jelikož nikotin prochází placentou, jeho množství je patrné i v krvi plodu, dokonce o 15% vyšší než v krvi matky. Všechna níže zmíněná rizika můžete výrazně snížit, pokud přestanete kouřit. Důležité je to především v I. trimestru těhotenství, kdy je vyvíjející se plod na toxické účinky nejvíce náchylný.



RIZIKA KOUŘENÍ V TĚHOTENSTVÍ

- Spontánní potrat – riziko vyšší o 20 %
- Předčasný porod – riziko vyšší o 50 %
- Mimoděložní těhotenství – riziko vyšší o 60%
- Předčasné odloučení placenty – riziko vyšší o 60 %
- Preeklampsie – riziko vyšší o 30-50 %

RIZIKA KOUŘENÍ PRO PLOD

- Hypoxie plodu
- Nízká porodní váha – v průměru nižší o 250 g
- Rozštěpové vady – riziko vyšší o 30 %
- Zkrácené končetiny – riziko vyšší o 30 %
- Urogenitální abnormality – riziko vyšší o 20 %
- Syndrom náhlého úmrtí kojence
- Abstinenční syndrom