

# Kouření v těhotenství

Hana Hanáková

---

Bakalářská práce  
2014



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2013/2014

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Hana Hanáková**  
Osobní číslo: **H11197**  
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**  
Studijní obor: **Porodní asistentka**  
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Kouření v těhotenství**

Zásady pro vypracování:

**Sběr dat a odborné literatury týkající se prenatální diagnostiky.**  
**Stanovení a formulace cílů.**  
**Volba výzkumné metody a výběr vhodné skupiny respondentů.**  
**Vypracování teoretické části bakalářské práce.**  
**Sestavení dotazníku a realizace výzkumného šetření.**  
**Provedení výzkumu zvolenou metodou.**  
**Zpracování získaných dat a jejich interpretace.**  
**Prezentace výsledků výzkumu.**

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

**BURNS, Stephen Arterburn a [z anglického originálu ... přeložila Daniela DIMEOVÁ]. Drogy klepou na dveře: výchova, prevence, léčba. 1. vyd. Brno: Nová naděje, 2001, 54 s. Edice kontinuálního vzdělávání v medicíně. ISBN 80-860-7703-9.**

**CRHA, Igor a Drahoslava HRUBÁ. Kouření a reprodukce. 1. vyd. Brno: Lékařská fakulta Masarykovy univerzity, 2000, 54 s. Edice kontinuálního vzdělávání v medicíně. ISBN 80-210-2284-1.**

**ČECH, Evžen a Zdeněk HÁJEK, Zdeněk. Porodnictví. 2. přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1313-9.**

**FENDRYCHOVÁ, Jaroslava. Vybrané kapitoly z ošetrovatelské péče v pediatrii. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2009, 133 s. ISBN 978-807-0134-894.**

**KRÁLÍKOVÁ, Eva a Jiří KOZÁK. Jak přestat kouřit. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Maxdorf, c2003, 130 s. ISBN 80-859-1268-6.**

Vedoucí bakalářské práce:

**Mgr. Dagmar Moravčíková**

Ústav zdravotnických věd

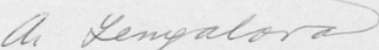
Datum zadání bakalářské práce:

**15. ledna 2014**

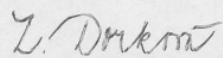
Termín odevzdání bakalářské práce:

**23. května 2014**

Ve Zlíně dne 15. ledna 2014

  
doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.  
děkanka



  
Mgr. Zlatica Dorková, 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 <sup>1)</sup>;
- 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 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> 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 <sup>3)</sup> 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 .....14.2.2014.....

.....Haukora'.....

*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 nevýdělečně 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 vzdělávacímu 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 jim 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**

Bakalářská práce na téma Kouření v těhotenství shrnuje v teoretické části základní poznatky o kouření jako jeho historii, složení tabákového kouře, pasivní kouření a možnosti odvykání. Dále se zabývá jeho negativními účinky na reprodukci, těhotenství a dítě.

V praktické části jsou prezentovány výsledky dotazníkového šetření. Hlavními cíli je zjistit stav informovanosti těhotných žen o tomto tématu a zjistit jejich postoj ke kouření v těhotenství. Další zaměření se zabývalo zjištěním poměru kouřících a nekouřících žen v graviditě.

Klíčová slova: Těhotenství, kouření, odvykání kouření, zdraví, riziko, znalosti, plod, škodlivé vlivy, abusus.

## **ABSTRACT**

The bachelor thesis named Smoking in Pregnancy is divided into two parts a theoretical and practical. The theoretical part summarises elementary knowledge of smoking such as history of smoking, composition of tobacco smoke, passive smoking and the possibilities of smoking cessation techniques. It also studies negative effects on reproduction, pregnancy and newborn babies.

The practical part presents the results of a questionnaire survey. The main objective is to determine the state of awareness of pregnant women about this topic and to find out their attitude to smoking during pregnancy. Another aim is to compare ratio among smoking and non-smoking pregnant women.

Keywords: Pregnancy, smoking, smoking cessation, health risks, knowledge, foetus, negative impacts, smoking habits.

## **PODĚKOVÁNÍ:**

Děkuji Mgr. Dagmar Moravčíkové za trpělivost, odborné vedení při psaní této bakalářské práce, za neocenitelnou pomoc při zpracování statistických údajů, cenné rady a připomínky. Také bych chtěla poděkovat všem těhotným ženám, za jejich čas a ochotu při vyplňování mého dotazníku.

*„Přestat kouřit je snadné – problém je jen zůstat nekuřákem!“  
Mark Twain*

## **PROHLÁŠENÍ:**

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Ve Zlíně dne: .....

.....

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>10</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>11</b>
<b>1 KOUŘENÍ</b> .....	<b>12</b>
1.1 HISTORIE KOUŘENÍ .....	12
1.2 AKTIVNÍ KOUŘENÍ .....	13
1.3 SLOŽENÍ TABÁKOVÉHO KOUŘE .....	14
1.3.1 Oxid uhelnatý .....	14
1.3.2 Nikotin .....	14
1.3.3 Dehet .....	14
1.4 PASIVNÍ KOUŘENÍ .....	15
1.4.1 Pasivní kouření dětí .....	16
1.4.1.1 Smoke-free homes a Smoke-free cars .....	16
1.4.2 Kouření z „třetí ruky“ .....	16
1.5 LÉČBA ZÁVISLOSTI NA TABÁKU .....	17
1.5.1 Farmakoterapie .....	18
1.5.1.1 Náhradní terapie nikotinem NTN .....	18
1.5.1.2 Bupropion .....	19
1.5.2 Léčba závislosti na tabáku v těhotenství .....	19
1.5.2.1 Program „7P“ .....	20
<b>2 KOUŘENÍ A REPRODUKCE</b> .....	<b>22</b>
2.1 KOUŘENÍ A NEPLODNOST ŽEN .....	22
2.1.1 IVF .....	23
2.2 KOUŘENÍ A NEPLODNOST MUŽŮ .....	24
<b>3 KOUŘENÍ V TĚHOTENSTVÍ</b> .....	<b>26</b>
3.1 MIMODĚLOŽNÍ TĚHOTENSTVÍ GEU .....	26
3.1.1 Tubární mimoděložní těhotenství (graviditas tubaria) .....	26
3.1.2 Jiné lokalizace mimoděložního těhotenství .....	27
3.2 SPONTÁNNÍ POTRAT .....	28
3.3 ABRUPCE PLACENTY .....	28
3.4 PLACENTA PRAEVIA .....	29
3.5 PŘEDČASNÝ ODTOK PV - PROM .....	30
3.6 PŘEDČASNÝ POROD .....	30
<b>4 RIZIKA KOUŘENÍ PRO PLOD</b> .....	<b>32</b>
4.1 HYPOXIE .....	32
4.1.1 Stupně Hypoxie .....	32
4.2 NÍZKÁ PORODNÍ HMOTNOST A IUGR .....	33
4.2.1 Klasifikace IUGR .....	34
4.3 MALFORMACE PLODU .....	35
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>36</b>
<b>5 METODIKA PRÁCE</b> .....	<b>37</b>



5.1	CÍLE PRÁCE.....	37
5.2	UŽITÁ METODA VÝZKUMU.....	37
5.3	CHARAKTERISTIKA SOUBORU.....	37
<b>6</b>	<b>PREZENTACE VÝSLEDKŮ.....</b>	<b>38</b>
6.1	URČENO TĚHOTNÝM ŽENÁM.....	38
6.2	URČENO KUŘAČKÁM A BÝVALÝM KUŘAČKÁM.....	64
6.3	PRO KUŘAČKY V TĚHOTENSTVÍ.....	67
<b>7</b>	<b>DISKUZE.....</b>	<b>72</b>
7.1	POROVNÁNÍ VÝSLEDKŮ S JINÝMI VÝZKUMY.....	72
7.2	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	75
	<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>76</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>78</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>	<b>81</b>
	<b>SEZNAM OBRÁZKŮ.....</b>	<b>82</b>
	<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>83</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>84</b>

## ÚVOD

Kouř z cigaret je považován za nejkomplexnější směs chemických karcinogenů, kterým mohou být lidé vystaveni. Podle klasifikace IARC obsahuje 62 vysoce pravděpodobných nebo prokázaných humánních karcinogenů z celkového seznamu asi 73 takto kategorizovaných látek. Kouření způsobuje bujení v mnohem větší škále orgánů, než jakákoliv jiná známá příčina rakoviny. Chemické látky z cigaretového kouře ovlivňují orgány a tkáně nejen v místech přímého kontaktu (dutina ústní, dutina nosní, hrtan, hltan, jícen, průdušky a plíce), ale i v místech vzdálených. Kouření má vliv i na reprodukční orgány, ovlivňuje plodnost ženy i muže, průběh těhotenství, ale i život nenarozeného dítěte (Hrubá, 2013, s. 167).

Přes všeobecně známý fakt, že kouření škodí zdravý, spousta lidí dnes kouří. Kouří i mnoho mladých lidí a dětí. Když kouří rodiče, není se čemu divit, že potomci jejich zlozvyky často napodobují. Většina kuřáků si neuvědomuje působení cigaretového kouře, a všech látek v něm obsažených, na reprodukční orgány. Kuřačky mají větší problém otěhotnět, jejich abusivní má vliv na průběh těhotenství a vývoj plodu. Důvodem, že se ženy rozhodnou vystavovat těmto nepříznivým vlivům své dítě, můžou být i neznalosti, čímž se zabývá praktická část této bakalářské práce.

Kouření je stále probírané téma v naší společnosti. Ve spojení s těhotenstvím jsou diskuze o tomto tématu ještě bouřlivější. Teoretická část je tedy zaměřena na tento nešvar gravidních žen. První kapitola se zabývá kouřením, jeho historií, složením tabákového kouře, aktivním, ale i pasivním kouřením a možnostmi odvykání. Další kapitoly jsou orientované na kouření a reprodukci, kouření v těhotenství a vliv kouření na plod. Všechny tyto rizika, popsané v teoretické části, gravidní kuřačky ignorují. Gynekolog a porodní asistentka se v období gravidity stávají rádci těhotné ženy. Z tohoto důvodu by jim měli podat potřebné informace o zásadách zdravého způsobu života a zabránit tak vzniku různých poruch v průběhu těhotenství a vývoje plodu. Informace, které jsou popsány v teoretické části, by měly být předávány těhotným kuřačkám. Díky tomu by měly nabýt dojmu, že normální je nekouřit a přivést tak na svět zdravé miminko (Crha, 2000, s. 5).

## I. TEORETICKÁ ČÁST

# 1 KOUŘENÍ

## 1.1 Historie kouření

Svůj původ má tabák na americkém kontinentě. Tabákové listy kouřili Májové již v prvním století před Kristem, jak nám dokazují archeologické nálezy. Arawakové používali suché tabákové listy při rituálních obřadech. Sám Kolumbus, který je pozoroval, byl těmito listy obdarován a jeho loď roku 1492 přivezla tuto rostlinu do Evropy. V jedné staré indiánské pověsti se říká, že v období hladu a bídy sestoupila nahá dívka z oblak. Když se posadila, položila za zem dlaně: pod pravou dlaní vyrostly boby, pod levou rukou kukuřice a na místě kde seděla, tabák. Mezi americkými indiány se začal kouřit spíše při obřadech, nikdy tedy nebyl součástí jejich života. Kouř také neinhalovali, to vše je až záležitost naší doby a jejich výrobků – cigaret (Králíková, 2003, s. 11).

Francouzský botanik a velvyslanec, Jean Nicot, odvodil ze svého jména název jediné návykové látky, která je v tabáku obsažena, nikotinu. Této rostlině byly totiž přisuzovány zázračné léčivé schopnosti, jako například obkládání vředů tabákovými listy vedlo prý k jistému vyléčení. Sám Nicot byl veliký propagátor a uživatel tohoto léku, migrénu si léčil obklady z tabákových listů (Králíková, 2003, s. 11, Kozák, 1993, s. 8 – 11).

Forem užívání tabáku bylo tehdy spousty. Kouř z ručně balených svitků tabáku, zabaleném v kukuřičném nebo palmovém listu „lokali“ původní obyvatelé Ameriky. Žvýkání dávali přednost námořníci z Evropy, protože se báli požáru na lodi. Dříve bylo velice oblíbené také šňupání tabáku, ale dnes už se převážně jen kouří (Králíková, 2003, s. 11, Slezák, 2006, s. 54).

Kouření tabáku se šířilo pomalu ještě několik století. Papež Urban VIII. vydal roku 1640 bulu, která zakazovala kouření v kostelech. Za kouřící byly také různé tresty v 16. a 17. století. V Rusku se kuřáci trestali například useknutím nosu nebo rozseknutím horního rtu, aby už nesrostl a jedinec tak nemohl dál kouřit. Až Petr Veliký, který byl sám náruživý kuřák, zrušil tyto tresty. Zlomový byl teprve rok 1881 a to vynálezem stroje na výrobu cigaret, který byl schopen vyrobit 100000 cigaret denně. Díky marketingu a rozšíření strojově vyráběných cigaret tabákový průmysl roste stejně, jako počet kuřáků. Dá se říct, že s 20. stoletím začala tabáková epidemie (Králíková, 2003, s. 12, Mackay, 2002, s. 18).



## 1.2 Aktivní kouření

Na počátku 21. století je závislost na tabáku zařazena mezi celosvětové problémy lidstva a v naší společnosti je stále tolerováno a považováno spíše za zlovyk, než za drogovou závislost. Kouření cigaret je na celém světě závažným problémem nejen společenským, ale i zdravotnickým. Závislost na tabáku je chronické a často recidivující onemocnění, které je spjato s řadou dalších chorob a v mnoha případech je konečný důsledek smrt. Kouření způsobuje rozvoj nemocí, které se u nekouřících osob vyskytují podstatně méně (Mlčochová, 2011, s. 131).

Podle výběrového šetření UZIS o zdravotním stavu je v české populaci 24,5 % denních kuřáků (30 % mužů a 19 % žen), 7,8 % příležitostných kuřáků, 16,5 % bývalých kuřáků a 51,1 % osob, které nikdy nekouřily. Podíl kuřáků se v populaci ve srovnání s rokem 2002 zvýšil. U denního kuřáka je průměrný počet vykouřených cigaret 16 ks a u žen je to 12 ks za den (Evropské výběrové šetření o zdraví v České republice EHIS 2008, 2011, s. 158).

Začátky kouření se v České republice posunují do stále mladších věkových kategorií. Před dovršením 15. roku se stává cca 20 % dětí pravidelnými kuřáky a 3 – 5 % dětí kouří ve věku 10 – 11 let. Vzor rodičů je jedním z hlavních důvodů tohoto neblahého vývoje. Děti jejich kouření pokládají, už od malička, za normu chování a v zápětí je zcela přirozeně napodobují (Hrubá, 2001, s. 35 – 37).

Kouř, který kuřáci vdechují do plic a vypouštějí do vzduchu, obsahuje tisíce chemických sloučenin ve formě plynů nebo tuhých částic. Tuhé částice obsahují benzen, nikotin a látku známou jako dehet. Plynná fáze obsahuje oxid uhelnatý (CO), který je hlavní jedovatou složkou výfukových plynů z motorových vozidel, formaldehyd a čpavek. Do této doby bylo 60 z těchto tisíců chemikálií rozpoznáno jako předpokládané či známé kancerogeny, tedy látky, které jsou schopné vyvolat některý druh rakoviny. (Tyler, 2000, s. 343)

Neexistuje jiné spotřební zboží, které zabije polovinu svých konzumentů, pokud je tedy užíváno k účelům, ke kterým bylo vyrobeno (v případě cigaret ke kouření). V české republice je to konkrétně o 15 let dříve, než kdyby nekouřili. Na následky kouření tabáku v našem státě umírá kolem 60 lidí denně. Sedm z deseti osob, které začnou kouřit v dospívání, toho později litují (Králíková, 2010, s. 42, Nešpor, 2003, s. 32).

### 1.3 Složení tabákového kouře

Tabákový kouř vzniká nedokonalým spalováním tabáku. Řada faktorů, jako například nedostatečný přívod kyslíku, teplota, která kolísá při kouření (835 až 884°C) a také málo hořlavé součásti tabákových listů, takový způsob spalování tabáku ovlivňuje. Kombinací fyzikálních a chemických procesů vzniká při hoření tabáku velké množství chemických sloučenin a látek. (Novák, 1980, s. 14)

#### 1.3.1 Oxid uhelnatý

Oxid uhelnatý je bezbarvý plyn, který je velmi málo rozpustný ve vodě. Vzniká při spalování uhlíku za nedostatečného přístupu vzduchu. Je jedovatý a bez zápachu, což zvyšuje nebezpečí otravy. Příčinou jedovatosti oxidu uhelnatého je schopnost, vázat se s červeným krevním barvivem - hemoglobinem, který v těle celé řady živočichů přenáší kyslík. Na rozdíl od kyslíku se oxid uhelnatý v tkáních neuvolňuje a „postižený“ hemoglobin je pro další přenos plynů z plic do tkání zablokovan. Při větším zasažení hrozí jedinci smrt vnitřním udušením. (Mareček, 2005, s. 153 – 154)

#### 1.3.2 Nikotin

Je návykovou látkou s velkou úrovní závislosti. Vyvíjí se na něj silná tolerance, která vyžaduje zvýšení dávky pro dosažení účinku předchozích nižších dávek. Nikotin má stimulační účinky pro CNS a trvá mu pouhých sedm sekund, než po vdechnutí dorazí do mozku (což je také důvod, proč dostává hodně lidí závratě, když kouří poprvé). Působí vazokonstrikci na úrovni periferních kapilár kůže, mozku, myokardu, placenty, penisu a relaxuje kosterní svalstvo. Vasokonstrikce, po vykouření jedné cigarety, trvá 30-45 minut i déle. Nikotin také stimuluje žaludeční sekreci a střevní peristaltiku, a má antidiuretický účinek. Samotný nikotin nemá karcinogenní účinky, toto však neplatí pro deriváty, které vznikají při jeho nedokonalém spalování během kouření. Průmyslově se nikotin využívá jako kontaktní insekticid (Slezák, 2006, s. 11 – 12, Ganeri, 2001, s. 100).

#### 1.3.3 Dehet

Dehet je asi nejdůležitější složkou kouře. Je to tmavá lepivá hmota, která se tvoří během chladnutí a kondenzace kouře. Tato látka je rakovinotvorná a cigaretě dodává chuť a vůni. Přesto, že by mohla být pěstováním speciálních rostlinných odrůd a důslednou filtrací eliminována, výsledkem by pro kuřáka bylo vdechování horkého vzduchu bez chuti

a vůně. Mimo jiné také barví zuby, prsty a jazyk do žluta. (Tyler, 2000, s. 343-344, Ganeri, 2001, s. 101)

Byla prokázána souvislost se vznikem onemocnění, především s rozvojem plicní rakoviny, a touto látkou. Obsah dehtu v jedné cigaretě se postupně snižuje, v Evropské unii je například zákaz vyrábění cigaret s obsahem dehtu vyšším než 10 mg. Cigarety s filtrem mají menší množství dehtu a představují největší podíl v prodeji cigaret, než cigarety bez filtru (Mlčochová, 2012, s. 24).

#### 1.4 Pasivní kouření

Jako pasivní expozice směsi škodlivin v zakouřeném prostoru se označuje vdechování vzduch zamořeného tzv. environmentálním tabákovým kouřem. Jako zdroj slouží cigaretový dým, unikající ze zapáleného konce cigarety (side stream) a emise zbytků dýmu, které vydechuje aktivní kuřák (main stream). Side stream sice vzniká při nedokonalém spalování (za nižších teplot a přívodu kyslíku), je v něm přesto koncentrace některých chemických škodlivin několikanásobně vyšší, než v main stream (Samara, 2011, s. 70).

Problematice zdravotních následků, při vystavení pasivnímu kouření, se věnuje zvýšená pozornost od 60. let 20. století. Publikované výsledky, o negativních účincích expozice na zdraví, byly založeny na epidemiologických pozorováních a hned od počátku byly pomluveny producenty tabákových výrobků, prostřednictvím četných agresivních kampaní. V 70. letech se prokázaly dráždivé účinky a obsah toxických látek a to včetně karcinogenů, což podnítilo snahy o různé úpravy cigaret. Tabákové společnosti přesto pokračují v popírání škodlivého vlivu pasivního kouření na zdraví až dodnes. V některých zemích, včetně České republiky, je tato aktivita akceptována mnoha politiky, kteří pak brzdí přijetí účinných opatření na ochranu nekuřáků (Samara, 2011, s. 69).

Ve většině zemí jsou postupně přijímána opatření na ochranu nekouřících občanů před nedobrovolnou expozicí pasivnímu kouření. Rámcová úmluva o kontrole tabáku přináší všestranné řešení, náš stát ji však zatím neschválil. Přesto se u nás nesmí kouřit v prostorách veřejných doprav, ve školních a zdravotnických zařízeních a na dalších veřejných místech (Samara, 2011, s. 70).

V ČR umře každý rok přibližně 3500 lidí na důsledky pasivního kouření. Je to proto, že se nacházejí v prostředí, ve kterém někdo kouřil (partner, spolupracovník, zákazník, ...)

a oni tak byli nuceni vdechovat kouř. Nekuřáci mají ve srovnání s kuřáky citlivější čich. Když vejdou do místnosti, kde se kouřilo, tak stále cítí zápach kouře, i přes případné intenzivní větrání. Stejně tak nekuřákům zapáchá oblečení kuřáků a není žádné tajemství, že líbat se s kuřákem je jako „vylízat popelník“ (Pribiš, 2009, s. 38).

#### 1.4.1 Pasivní kouření dětí

Vystavení dětí pasivnímu kouření představuje ve vyspělých zemích největší zdravotní riziko, které je v současné době plně preventabilní. Významným způsobem zvyšuje výskyt mnoha onemocnění. Na ještě nenarozený plod má pasivní kouření také vliv. Cigaretový kouř obsahuje 4 – 5 tisíc různých chemických látek jako humánní karcinogeny, ale i teratogeny. Tyto látky mohou procházet placentární bariérou a působit na vyvíjející se plod (Samara, 2011, s. 68 – 71, Hrubá, 2011, s. 34).

Kojenci, batolata a děti v předškolním věku jsou nejvíce vnímavé k působení chemických škodlivin, obsažených v cigaretovém kouři. Rozdíl mezi nimi a dospělými nekuřáky je ten, že děti jsou proti expozici pasivnímu kouření prakticky bezbranné, jelikož ze zakouřeného prostoru nemohou odejít. Za těchto okolností máme v zásadě jen 3 možnosti: nedělat pro ochranu dětí nic (jako doposud), přijmout opatření, která by bránila pasivnímu kouření dětí, anebo přimět rodiče, aby přestali kouřit. (Samara, 2011, s. 68).

##### 1.4.1.1 *Smoke-free homes a Smoke-free cars*

V některých zemích probíhá úspěšná kampaň s názvem „Smoke-free homes“ a „Smoke-free cars“. Spočívá v tom, že motivuje kuřáky, aby nikdy nekouřili v přítomnosti dětí, a nabádají kuřáky, aby přestali kouřit úplně (Samara, 2011, s. 71).

Pravidla projektů spočívají v odstupňování omezení kouření do 3 kategorií:

- Zlatý stupeň – úplný zákaz kouření v celém bytě a v autě.
- Stříbrný stupeň – povolení kouření v jediné dobře větrané místnosti.
- Bronzový stupeň – dohoda o nekouření v přítomnosti dětí ani nekuřáků (Ritchie, 2009)

#### 1.4.2 Kouření z „třetí ruky“

Většina lidí ví, že pasivní kouření představuje vážné zdravotní riziko. Milně se však domnívají, že zdraví nekouřících dostatečně ochrání vyvětrání zakouřené místnosti. Vedle expozice kontaminovaným ovzduším jsou nekuřáci, především tedy děti, vystaveny půso-



bení tzv. kouření z třetí ruky. To znamená, že se na povrchu nábytku, zdí a věcí se začíná usazovat tenká vrstva vzduchem přenášených rozptýlených částic, které obsahují celou paletu toxinů z tabákového kouře. Tyto částice se usazují v průběhu 10 minut poté, co byl dým vydechnut do vzduchu a jsou tak malé, že se při nadechnutí mohou dostat hluboko do plic a způsobit závažné respirační onemocnění (astma, bronchitida, karcinom plic, atd.) (Samara, 2011, s. 70, Pribiš, 2009, s. 34, Nešpor, 2009, s. 364).

Děti vyrůstající v místech, kde se kouřilo, jsou neustále pod vlivem těchto látek na povrchu všeho, čeho se dotknou. Když si pak vloží ruce do úst, dostanou se částice do jejich organismu. Ventilace nikdy neodstraní všechny látky z tabákového kouře a oni se tak stávají nedobrovolně pasivními kuřáky (Králiková, 2010, s. 42, Pribiš, 2009, s. 34).

Koncentrace škodlivých látek v tělech dětí, při pobytu v kontaminovaných prostorách, odpovídá hodinám aktivního kouření u dospělých (Nešpor, 2009, s. 364).

## 1.5 Léčba závislosti na tabáku

Otázka asi každého kuřáka, kterému bylo nabídnuto, aby přestal, zní: „Má smysl přestat?“ A odpověď: „Ano, má!“. Vždycky má smysl přestat kouřit, v každém věku, v každém stádiu jakékoliv nemoci, prostě u každého. Je samozřejmé, že čím dřív přestane kuřák s kouřením, tím výrazněji sníží rizika, která sebou přináší tento zlovyk. V každém případě to znamená prospěch, zlepšení. Už po roce abstinence je riziko smrti v důsledku kouření asi poloviční, za 5 let je riziko onemocnění nebo úmrtí zapříčiněné kouřením jen o málo vyšší, než u nekuřáka (Králiková, 2003, s. 21).

Léčba této závislosti není snadná, jedná se o chronickou, relaxující nemoc s vlastní diagnózou F17. I když by většina dospělých kuřáků raději nekouřila, záleží na celé řadě vlivů, od společenského tlaku a přijatelnosti kouření, po informovanost o vlivu kouření na zdraví a komplexní nabídku pomoci a léčby (Králiková, 2005, s. 573). Každý musí chtít přestat sám, pokud je do toho nucen, je předpoklad úspěšnosti léčby nízký. Při pomoci jsou dvě možnosti, podle toho, zda kuřák je nebo není závislý na nikotinu (viz. PŘÍLOHA P I). Pokud není závislý, stačí psychosociální snažení, to znamená změnu dosavadního životního stylu a chování. Pokud však má závislost na nikotinu, může navíc k psychosociálnímu snažení využít náhradní léčbu nikotinem nebo bupropionem na zmírnění abstinčních příznaků, které se objevují již po několika hodinách a projevují se nervozitou, nespavostí,

neschopností odpočívat, nesoustředěností, bažením po cigaretě a zvýšenou chutí k jídlu. Je dobré si uvědomit, že většina kuřáků, kteří se snaží přestat kouřit, kouří několik (většinou desítky) let, a že v sobě mají kuřácké chování pevně zakódované a změnit ho bude trvat delší dobu, i několik měsíců. (Králíková, 2003, s. 52, 63, Kmet'ová, 2011, s. 111).

Při odvykání je důležité, stanovit si den D, kdy kuřák úplně a navždy přestane kouřit. Takový člověk by se měl sžít s představou, že ode dne D už prostě nekouří a připravit si tento den předem (i několik týdnů). Spojit ho například s jiným významným dnem jako narozeniny dcery, nebo s jiným výročím. Večer před tímto dnem je dobré, když sám sobě demonstruje své rozhodnutí třeba tím, že vyhodí, zakope na zahradě, poláme či daruje zbylé cigarety a veškeré příslušenství jako popelníky, zapalovače a vše ostatní. Stejně tak je dobré znát, jaký přínos mu to po zdravotní stránce přinese (viz. PŘÍLOHA P II) (Králíková, 2003, s. 55).

Problém je u dospívajících dívek a mladých žen obava, že po zanechání kouření přiberou na váze. Některé ženy dokonce uvádí, že kouření používají jako způsob kontroly nad svou váhou. Po tom, co přestane člověk kouřit se všechny změny v organismu, dříve navozené kouřením, vracejí zpět k normě. Je tedy možné průměrné zvýšení hmotnosti o 2 – 3 kg po zanechání kouření, jelikož nekuřák má rychlejší evakuaci žaludku, pokleslý pocit postprandiální sytosti a zvýšenou chuť k jídlu. Tohle všechno bylo kouřením utlumeno a vede to k častějšímu příjmu potravy, než byl kuřák zvyklý. Záleží také na tom, jestli si zvolí bývalý kuřák na svačinu nějakou sladkost nebo jinou nevhodnou potravinu. Zanechání kouření má v neposlední řadě vliv také na zpomalení střevní peristaltiky, což zvyšuje riziko zácpy. Nekuřáctví je ovšem taková výhoda, která dalece převyšuje mírná rizika z přibrání 2 – 3 kg, navíc, když to lze lehce ovlivnit zvýšenou tělesnou aktivitou nebo úpravou jídelníčku. Hmotnostní přírůstek 5 – 10 kg nelze svalovat na život bez cigaret (Mlčochová, 2011, s. 133).

### **1.5.1 Farmakoterapie**

#### ***1.5.1.1 Náhradní terapie nikotinem NTN***

Tato pomoc přichází, když je kuřák závislý fyzicky, tedy na nikotinu. Závislost se projevuje vnikem nepříjemných abstinčních příznaků, kterých se lze lehce zbavit: zapálit si cigaretu a „je vám dobře“. Takto většinou dopadají snahy kuřáků. Snaží se skoncovat

s kouřením, ale opět se k němu vrátí. Abstinenční příznaky vznikají z poklesu hladiny nikotinu v krvi a jeho nedostatku v určitých centrech mozku. K tomu dochází především ráno. Ve spánku člověk nekouří a tak si po ránu, v co nejkratší době musí zapálit svou první cigaretu. Tady přichází na řadu NTN, která spočívá v tom, že se do těla dostane nikotin jinou cestou než z cigaretového kouře a to z náplasti, žvýkačky nebo inhalátoru. Kterou formu si kuřák zvolí, je víceméně na něm. Všechny jsou v lékárnách volně prodejné a každý si hradí jejich plnou cenu. Abstinenční příznaky se pak buď neobjeví, nebo jen v malé intenzitě (Králíková, 2003, s. 63).

Je nutné zdůraznit, že tohle není lék proti kouření. Nelze očekávat, že kuřáka zbaví závislosti, bez jeho přispění. Jen mu ulehčí práci v tom, že zamezí abstinenčním příznakům. Změnit své chování, životní styl a pracovat na své převýchově už musí kuřák v každém případě sám. Léčba by měla trvat neméně 8 týdnů, v lepším případě 12 i více týdnů. Diskutabilní jsou však kontraindikace jako těhotenství, dětský věk, kardiovaskulární nemoci, neboť je vždy méně nebezpečná, než samotné kouření (Králíková, 2003, s. 65, Slezák, 2006, s. 50).

### **1.5.1.2 Bupropion**

Bupropion se běžně používá jako antidepresivum. Jeho účinek při léčbě závislosti na tabáku spočívá v blokování nikotinových receptorů. Začíná se užívat 1-2 týdny před dnem D a hodnota dávky začíná na 150 mg denně, pak se může zvyšovat maximálně na 300 mg 2krát denně 3-6 měsíců. Mezi nejčastější nežádoucí účinky tohoto preparátu patří nespavost, sucho v ústech a příležitostně zvýšený krevní tlak. U pacientů s křečovými stavy (epilepsie), po úrazech hlavy, poruchami příjmu potravy (bulimie, anorexie) či v kombinaci s některými léky (např. jiná antidepresiva) je bupropion kontraindikován (Králíková, 2013, s. 390, Králíková, 2003, s. 80).

### **1.5.2 Léčba závislosti na tabáku v těhotenství**

Vliv kouření na plod popisují v samostatné kapitole bakalářské práci, což může být dobrou motivací pro gravidní kuřačku, aby přestala kouřit. Bohužel gynekologové u nás často doporučují nepřestávat s kouřením, aby plod neprožíval abstinenční příznaky, které je možné potlačit NTN. Pro toto doporučení však neexistuje odborný podklad. Naopak by mělo být doporučení přestat kouřit jednoznačné, jasné a důrazné, spolu s nabídkou pomoci. (Králíková, 2013, s. 400).

Zanechání kouření během I. trimestru snižuje výskyt možných komplikací v těhotenství a ve vývoji plodu, které jsou popsány níže, na úroveň nekouřících rodičovských párů. Ovšem i v dalších fázích těhotenství má zanechání prokazatelně příznivý efekt (Hrubá, 2001, s. 36).

Léčba těhotných žen závislých na nikotinu probíhá v mnoha směrech jako u netěhotných. Ovšem zvláště opatrně se léčí odvykací syndrom. V případě závislosti na nikotinu v graviditě se při léčbě doporučuje používat především psychosociální intervence. Nikotinové náhražky nejsou v těhotenství považované za nebezpečné, nevedly ke komplikacím ani nižší porodní váze, ale není doporučena jejich vzájemná kombinace. O podání bupropionu lze uvažovat především v případě, že je indikován zároveň jako antidepresivum. Intervence je však pro těhotné nejbezpečnější a zároveň účinná forma léčby a má příznivý efekt na vývoj plodu. Všechny prenatální poradny a porodnická zařízení by proto měla rutinně poskytovat léčbu závislosti na tabáku. Komplikovat léčbu mohou kouřící partneři, ale i stres a nutná adaptace na novou roli po porodu, proto je nutné věnovat zvýšenou pozornost i prevenci možných recidiv po porodu. Mělo by se zdůraznit, že žena by se ke kouření neměla vracet ani po porodu a to s ohledem jak na sebe, tak na svou rodinu (Nešpor, 2011, s. 342, Králíková, 2013, s. 401).

#### **1.5.2.1 Program „7P“**

Autor Crha (2000, s. 51) popisuje program „7P“ jako takovou krátkou, opakovanou intervenci lékaře, která by měla být rutinní součástí každého vyšetření a skládá se ze sedmi kroků:

##### **PTÁT SE**

- Doktor by se při vyšetření měl zeptat každé těhotné také na kouření.

##### **POCHVÁLIT**

- Pochváleny jsou ženy nekuřačky a ty, které kouřit přestaly. Nekouřící žena tak pozná, že je to pro zdárný průběh těhotenství a očekávané dítě opravdu podstatné a že je její chování oceněno.

##### **PODPOŘIT**

- Podporovat zejména bývalé kuřačky v setrvání, a to nejen během gravidity, ale i po porodu a po celý svůj život.

## POZNAMENAT

- Zřetelně si zaznamenat do dokumentace abúzus nikotinu. Při další kontrole je lékař automaticky upozorněn a nezapomene se opět zeptat na kouření.

## PORADIT

- Důrazně a jednoznačně poradit těhotným kuřačkám, aby kouřit přestaly. Poučít je o škodlivých vlivech na plod.

## POMOCI

- Pomoc může být různá. Lékař či sestra může těhotným ženám pomoci najít silný motiv pro zachování kouření, což už je samotné mateřství. Dále může poskytnout vhodné materiály a rady pro zvládnutí abstinenčních příznaků, nebo doporučit kontakt na poradnu pro odvykání.

## POKRAČOVAT V POZOROVÁNÍ

- Sledovat matku během celého těhotenství a trvale ji podporovat v úsilí vzdát se cigaret.

## 2 KOUŘENÍ A REPRODUKCE

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) je sterilita stav, kdy žena nedosáhne gravidity po 2 letech nechráněného pohlavního styku. Po uplynutí této doby, někdy i dříve (již po 1 roce), se zahajuje vyšetření nebo léčba neplodnosti. Sterilitu rozlišujeme na dva typy: primární – žena v anamnéze nemá žádné těhotenství a sekundární – žena v minulosti uvádí graviditu ukončenou porodem, potratem nebo mimoděložní těhotenství. U nás tímto problémem trpí přibližně 15 % párů a podílí se na něm různou měrou oba partneři. Porucha na straně ženy dominuje a objevuje se ve 40 – 50 % případů, ve 30 – 40 % na straně muže a oba partneři se na neplodnosti podílí asi ve 20 % (Kudela, 2011, s. 55).

Sterilita může být u páru způsobena genetickými anomáliemi u jednoho nebo obou partnerů, poruchou řízení vzorce někde na ose hypotalamus – hypofýza – gonády, poškozen může být také vznik a transport gamet a v neposlední řadě může být také problémem v samotné děloze (Kudela, 2011, s. 55)

Chemické látky z cigarety se po vdechnutí kouře vstřebávají do krevního oběhu a jsou jím přenášeny do vzdálených orgánů. Důkazem jsou nálezy nikotinu ve tkáních a tělních tekutinách jako například v moči, ve slinách, ve vlasech, ve vaginálním sekretu a sekretu z děložního čípku, ve folikulární tekutině, v ejakulátu a v mateřském mléce. Je tedy prokázáno, že aktivní i pasivní kouření mužů i žen mnoha způsoby narušuje proces reprodukce ve všech jeho fázích: poškozuje gamety, vyvolává hormonální nerovnováhu, ovlivňuje transport a nidaci oplodněného vajíčka a v neposlední řadě i intrauterinní vývoj plodu (Crha, 2000, s. 9 – 10, Hrubá, 2001, s. 37).

### 2.1 Kouření a neplodnost žen

U kouřících žen je pozorován častější výskyt neplodnosti. Jako příčiny můžou být označeny, jak poruchy hormonální, jelikož kouření působí antiestrogenně, tak poruchy při zrání oocytů a při jeho dalším vývoji po oplodnění (Hrubá, 2001, s. 35).

Podle nejnovějších studií je riziko sterility u kuřaček o 60 % vyšší, než u nekouřících žen. Mezi kuřačkami také převládá výskyt nepravidelné menstruace a častější nástup menopauzy díky přímým toxickým účinkům kouření na funkci ovarii. Vztah mezi výskytem primární neplodnosti a kouřením významně doplnil i nález vztahu k věku, kdy žena začne pravidelně kouřit. Bylo popsáno, že ženy, které pravidelně kouřily před 18. rokem

života, měly o 30 % vyšší riziko sterility než kuřačky, jež začaly kouřit později (Crha, 2000, s. 21 – 22).

To, že se u žen s věkem fyziologicky snižuje tzv. ovariální rezerva, je známo, co se ale ví méně je fakt, že toto snižování je u kuřaček rychlejší. Kouřící ženy mají také ve srovnání s nekuřačkami snížené hladiny cirkulujících estrogenů a estrogenů ve folikulární tekutině, vytvářejí méně folikulů a oocytů. Příčinou je nikotin, který brání sekreci estradiolu a progesteronu a přispívá k rychlejšímu katabolismu estrogenu. Také blokuje proces meiózy oocyty, soustřeďuje se v blastocytech a ovlivňuje tak jejich nidaci a embryogenezi. Poškozuje ovariální funkce tím, že přímo ovlivňuje průtok krve v ovariu (Crha, 2000, s. 24).

### 2.1.1 IVF

Výzkumy z oblasti asistované reprodukce nám dokazují negativní vliv aktivního kouření na otěhotnění při embryotransferu. Podle norské populační studie mají ženy vystavené vlivu kouření in utero sníženou fertilitu. Neúspěšnost implantace taktéž snižuje kouření partnerů žen nekuřaček. Léčba neplodnosti by tedy měla být zahájena až po té, co neplodný pár zanechá kouření, aby se zvýšila šance na její úspěšnost (Nechanská, 2012, s. 458, Hrubá, 2001, s 37).

Jak uvádí autor Crha (2000, s. 22), jsou u kouřících žen při léčbě neplodnosti asistovanou reprodukcí tyto problémy:

- častější nepřítomnost jakékoliv odezvy na hormonální provokaci,
- snížená produkce oocytů po hormonální stimulaci,
- výrazně snížen fertilizační poměr (počet oplozených oocytů z celkového počtu oplozovaných in vitro).

Bylo potvrzeno významné snížení fertilizačního poměru u žen, jež kouří a bývalých kuřaček v porovnání s nekuřačkami. Šedesát jedna procent oocytů se podařilo oplodnit u nekouřících žen, u bývalých kuřaček to bylo 40 % a u žen, které v průběhu IVF kouřily, jen 25 % oocytů. Navíc po jednom cyklu IVF terapie se povedlo otěhotnět pouze nekuřačkám (Crha, 2000, s. 23).



## 2.2 Kouření a neplodnost mužů

Autor Crha (2000, s. 26) rozděluje 3 faktory neschopnosti oplodnit ženu, z nichž je řada preventabilních:

- faktory testikulární – kryptorchismus, traumatické poškození varlat, testikulární torze spojená s ischemií, postinfekční poškození testes a prostaty, varicocele,
- faktory gonadotoxické – kouření, alkoholismus, užívání marihuany, konzumace anabolických steroidů, některých léků a chemoterapeutik, radioaktivní přístroje, chemické škodliviny a jedy, hypertermie,
- faktory koitální – cévní změny v kavernózních tělesech, psychické, fyzické a behaviorální hlediska spojené s impotencí, předčasnou ejakulací, pozdní ejakulací nebo neschopností ejakulovat, častá masturbace, nízká frekvence pohlavního styku, abnormální sexuální chování.

Neplodnost se častěji vyskytuje u kuřáků. Kouření se přisuzují účinky na poruchy erekce a na spermiogenezi. Nikotin způsobuje zúžení artérií v různých částech těla, mimo jiné i v pánevní oblasti, takže i v kavernózních tělesech. Kouření je také rizikový faktor pro chronické poruchy v arteriálním řečišti aterosklerotického původu což vede k poruchám erekce až k impotenci (Crha, 2000, s. 26).

Spermatogeneze trvá v průměru 74 dní. Poté spermie přechází přes nadvarle, kde dozrávají a získávají pohyblivost. Škodlivé účinky působící v časných stádiích spermatogeneze jsou zjištěné po uplynutí 2 až 3 měsíců. Kouření cigaret je tedy možným rizikovým faktorem pro kvalitu spermatu. V porovnání s nekuřáky mají kuřáci sníženou hustotu spermií o 13 – 17 %, mají vyšší frekvenci buněk s narušenou pohyblivostí a morfologickými poruchami, výskyt normálně vyvinutých spermií je snížen o 17 %. Průměrný objem ejakulátu je snížený a snížený je i počet spermií a průměru o 22 %. Chemické látky z cigaretového kouře s mutagenními účinky zvyšují podíl aneuploidních spermií. U spermií kuřáků byla také prokázána výrazně snížená schopnost penetrace do oocyty, která souvisí s aktivitou akrosinu. Bylo prokázáno, že podíl kouřících otců na vyšší prevalenci novorozenců s vrozenými vývojovými vadami je významný (Hrubá, 2001, s. 35, Crha, 2000, s. 29 – 30,32).

Základy poruchy reprodukce můžeme najít již během fetálního období. Pokud budoucí matky kouří v graviditě, objevují se u synů menší varlata, snížená hustota a obsah spermií. U potráčených plodů takovýchto matek byla nalezena snížená hladina hCG a výrazná

redukce počtu somatických a zárodečných buněk. Z toho vyplývá, že jednou z příčin klesající fertility dospělých mužů může být pravděpodobně i prenatální expozice kouření (Hrubá, 2011, s. 37).

### 3 KOUŘENÍ V TĚHOTENSTVÍ

Na průběh těhotenství, zdravotní stav dítěte, zdravotní komplikace rodičky a zdravotní péči po porodu má včetně kvality poskytované pre-, peri- a postnatální péče vliv spoustu socioekonomických a biologických faktorů na straně gravidní ženy a rodičky (Nechanská, 2012, s. 457)

Nejrozšířenější závislostí u českých těhotných žen je kouření. Podle odhadů kouří v průběhu těhotenství a laktace až jedna pětina nastávajících maminek. U těhotných kuřaček je uváděna vyšší incidence mimoděložních těhotenství, spontánních potratů, abrupce placenty, polyhydramnionu, placenty praevii, předčasného odtoku plodové vody a předčasných porodů. Na druhou stranu je nižší výskyt peeklampsie (Crha, 2000, s. 33, Hájek, 2004, s. 229).

#### 3.1 Mimoděložní těhotenství GEU

Mimoděložní gravidita (graviditas extrauterina – GEU) je stav, při kterém se plodové vejce zahnízdí mimo dutinu děložní. Nejčastěji niduje ve vejcovodech (graviditas tubaria, v 95 %), ve vaječnicích už méně často (graviditas ovarica, 3 %) a velice výjimečně v Douglasově prostoru (1 %) nebo jinde na orgánech dutiny břišní (graviditas abdominalis, 1%). Pokud takové těhotenství vznikne, může nastat prudké a rozsáhlé krvácení z narušených a otevřených cév, způsobených agresivním plodovým vejcem. To v místě uhníždění prorůstá do stěn orgánů, aby si zajistilo krevní zásobení. Typickým příkladem je prasknutí vejcovodu následkem rostoucího GEU. Mimoděložní těhotenství je nutné brát jako závažný a rizikový stav. Může vyústit v náhlou příhodu břišní s příznaky hemoperitonea a rozvíjejícího se hemoragického šoku, jenž v nejhorších případech končí smrtí (Čech, 1999, s. 161).

##### 3.1.1 Tubární mimoděložní těhotenství (graviditas tubaria)

Dle autora Čecha (1999, s. 161) jsou příčiny tubárního GEU hypoplazie vejcovodů (dlouhý tenký vejcovod se sníženou peristaltikou), pozánětlivé stavy vejcovodů (i u sexuálně přenosných nemocí), stavy po operacích na vejcovodech, zevní endometrióza s lokalizací v tubě, zavedené nitroděložní tělísko (IUD) a souvislosti s metodami asistované reprodukce.

Tubární ektopické těhotenství může být z počátku asymptomatické, postupně však rostoucí těhotenství dilatuje průsvit tuby a jeho stěna se ztenčuje. V této fázi je příznakem občasná tupá lateralizovaná bolest v podbřišku. GEU trvá většinou 6 týdnů od poslední menstruace, vzácně přetrvává neporušené déle než 8 týdnů. Po odumření těhotenství je peristaltikou vejcovodu vypuzeno do pánevní dutiny. Krvácení záleží na velikosti plodového vejce. Buď je krvácení mírné a žena pociťuje jen křeče v podbřišku způsobené peristaltikou tuby, nebo se stěna vejcovodu poruší a z otevřených cév vzniká hemoperitoneum, anémie a šokový stav. Zde je bolest v podbřišku prudká a ostrá. Klesá produkce hCG, estrogenu a progesteronu a začíná se odlučovat decidua z dutiny děložní (Čech, 1999, s. 161).

### 3.1.2 Jiné lokalizace mimoděložního těhotenství

**Mimoděložní těhotenství ve vaječniku (graviditas ovarica)** znamená, že se oplozené vajíčko usídí přímo ve folikulu nebo na povrchu ovaria. Gravidita odumírá poměrně brzo pro nedostatečnou výživu na povrchu vaječniku a vzniklé krvácení se projeví v Douglasově prostoru. Příznaky jsou totožné jako při GEU tubaria, jen méně výrazné (Čech, 1999, s. 164).

**Břišní gravidita (graviditas abdominalis)** vzniká primárně nidací na peritoneu v dutině břišní nebo sekundárně po tubárním potratu nebo ruptuře vejcovodu. Ve většině případů těhotenství odumírá a vstřebá se. Ojedinele, když se placenta umístí tak, aby byl zajištěn dostatek živin pro plodové vajíčko, plod přežívá. Jelikož však chybí ochrana děložní stěnou, málokdy je donošený plod bez deformit kostry nebo tlakových změn na malých částech dítěte. Během vývoje však plod může mumifikovat, můžou se do něj začít ukládat vápenaté soli a vznikne tak zkamenělý plod (lithopaedion), nebo bude infikovaný a vytvoří absces. Při diagnostice abdominálního těhotenství je naplánované jeho laparotomické odstranění. Placentu je lepší ponechat in situ a během času se vstřebá. Při pokusech o její odstranění totiž vznikají nejzávažnější problémy (silné krvácení a poškození orgánů břišní dutiny) (Čech, 1999, s. 164).

Chemické toxiny z cigaret narušují motilitu vejcovodu, a tím vysvětlujeme častější nález mimoděložního těhotenství u kouřících žen. Riziko této poruchy je u žen, které kouřily v graviditě zvýšené v průměru o 77 % a dále se zvyšuje při spojení s dalšími přispívajícími faktory (IUD, zánětlivý proces v pánvi, předchozí GEU). Po podání nikotinu, ale i po pasivní expozici je narušena funkce tubálních řasinkových buněk, napětí vejcovodu i amplituda tubální vlny. Kouření také přispívá k neadekvátní reakci tubálního

epitelu na různé zánětlivé faktory s následkem častějších zánětů vejcovodů (Crha, 2000, s. 33, Hrubá, 2001, s. 35).

### 3.2 Spontánní potrat

U kuřaček může častěji nastat zánik plodu neboli spontánní potrat než třeba intrauterinní růstová retardace. Ta sice ohrožuje zdraví dítěte, ale obvykle je slučitelná s životem. Životnost pohlavních buněk, organogenezi, transport embrya a jeho uhnízdění ovlivňují toxiny z cigaretového kouře. V různých stádiích gravidity mohou způsobit její komplikace a předčasné ukončení. I neplodnost může být někdy maskována brzkými aborty, jež se klinicky neprojevují. Výskyt spontánních potratů v časných stádiích gravidity je u kouřících žen výrazně vyšší než u nekuřaček, asi o 33 %. Také u žen léčených metodou asistované reprodukce, se po úspěšném vyvolání těhotenství, objevily spontánní aborty u kuřaček ve 42 % a u nekouřících matek v 19 % (Crha, 2000, s. 36).

### 3.3 Abrupce placenty

Jde o předčasné odlučování normálně uložené placenty doprovázené krvácením. Závažné formy jsou zatíženy vysokou mortalitou během porodu. Vyskytuje se u gravidních s vysokým tlakem a při jeho náhlých změnách, jako při peeklampsii, eklampsii, u onemocnění ledvin. Tupý úraz nebo myom v děložní stěně, tuhé plodové obaly, krátký pupečník, náhlé zmenšení obsahu dělohy (po dirupci vaku blan u polyhydramnia) mohou být také příčinami abrupce placenty, ale jsou méně časté (Čech, 1999, s. 204, Hájek, 2004, s. 248).

Předčasné odlučování placenty se vyskytuje přibližně u 0,5 – 4 % gravidních a významným způsobem přispívá k výskytu předčasných porodů a spontánních potratů. V 15 – 25 % může být příčinou perinatálního úmrtí dítěte. Toto riziko se u kuřaček zvyšuje zhruba o 62 %. Různé studie prokázaly u kouřících žen chronické poškození uteroplacentálních cév, které narušují jejich pružnost. K častějším trombotickým příhodám v uteroplacentální oblasti, kde dochází k odloučení placenty, přispívá zvýšená aktivita krevních destiček a skleróza malých arterií (Crha, 2000, s. 34).

### 3.4 Placenta praevia

Neboli včestné lůžko se nazývá plodové vejce, jež se zanidovalo do dolního děložního segmentu. Čech (1999, s. 202) rozeznává 4 typy placenty praevie podle toho, jak hluboko k vnitřní brance zasahuje:

1. Insertio placentae profunda (hluboké nasedání lůžka). V tomhle typu placenta zasahuje svou částí do dolního děložního segmentu, ale nedosahuje až k vnitřní brance, a to ani za porodu.
2. Placenta praevia marginalis už svým okrajem k vnitřní brance zasahuje. Za porodu se z marginálního uložení lůžka může stát parciální díky dolnímu děložnímu segmentu, který se vytahuje vzhůru a rozevírání branky.
3. Placenta praevia partialis částečně překrývá vnitřní branku.
4. Placenta praevia centralis (totalis) překrývá celou vnitřní branku. Opět díky vytahujícímu se dolnímu segmentu se tento úpon za porodu může měnit, až branku nepřekrývá vůbec.

Klinickými příznaky placenty praevie jsou epizody bolestivého krvácení jasnou krví z rodidel. Síla krvácení je různá. Při zevním vyšetření hmatáme naléhající část plodu vysoko nad pánevním vchodem. Poloha plodu je často příčná nebo konec pánevní. Naléhající část je navíc špatně hmatná palpací a dolní segment je nezvykle měkký, pokud je placenta umístěna na přední stěně (Hájek, 2004, s. 246, Čech, 1999, s. 202).

Tímto stavem je ohrožen život matky i plodu. Krvácení ohrožuje matku a vzniklá hypoxie, ale vzácně i vykrvácení, pokud byly porušeny placentární cévy, plod. Prvním léčebným postupem při vniku krvácení bez děložní činnosti je klid na lůžku. Ataky krvácení se často opakují, a proto je potřeba kontrolovat hodnoty krevního obrazu a při anemizaci doplnit ztráty krve transfuzí a preparáty železa. Jestliže je krvácení silné, jedinou možností záchrany matky a plodu je akutní císařský řez (Hájek, 2004, s. 204).

Včestné lůžko se u kuřáček vyskytuje v průměru dvakrát častěji. Přispívají k tomu mimo jiné různé patologické změny v cévním řečišti dělohy, které jsou časté u kuřáček. Jestli kouření ovlivňuje endometriální reakci na estrogen, progesteron nebo schopnost připravit se na nidaci oplodněného vajíčka dosud nevíme. Svědčí o tom jen epidemiologické studie, které našli vyšší výskyt spontánně potrácených chromozomálně normálních plodů u kuřáček. Navíc, při tomhle uložení placenty, může kuřáctví nastávající matky posilovat vaskulární poškození plodu (Crha, 2000, s. 34).

### 3.5 Předčasný odtok PV - PROM

Předčasný odtok plodové vody je považován za začátek porodu či potratu. Závažnost tohoto stavu záleží na tom, kdy v průběhu gravidity k odtoku plodové vody dojde. Asi ve 30 % je příčinou předčasného porodu a výrazně se podílí na perinatální a kojenecké morbiditě i mortalitě (Hájek, 2004, s. 282).

Zvýšenou frekvenci předčasného odtoku PV u kuřaček popisuje několik prací, ovšem mechanismus není zatím objasněn. Jako příčina se předpokládá vliv narušení imunity a také následky vaginální infekce (Crha, 2000, s. 36).

### 3.6 Předčasný porod

WHO definovala předčasně narozené děti jako plody, narozené před dokončeným 37. týdnem těhotenství nebo jež váží méně než 2500 gramů ve vztahu k délce gestace. Plody vážící méně než 1500 gramů jsou velmi nezralé a vážící méně než 1000 gramů už extrémně nezralé. V České republice kolísá četnost výskytu předčasných porodů mezi 5 – 6%. Až v 70 % se podílí na časné neonatální úmrtnosti (ČNÚ), ale díky současné neonatologické péči se tato úmrtnost zlepšila. Přežití dětí narozených ve 28. týdnu je až 78% a téměř totožná ČNÚ s dětmi narozenými v porodním termínu je po 32. týdnu gestace. U dětí vážících méně než 2500 g se vyskytují závažné neurologické a mentální handicap v 5 – 6 %, v 18 % u dětí s hmotností pod 1500 g a u dětí s porodní hmotností pod 750 g ve 48 – 50 % (Čech, 1999, s. 155).

Čech (1999, s. 155) uvádí ve své knize čtyři nejčastější příčiny způsobující předčasný porod:

- Komplikace v průběhu gravidity – infekce, vícečetné těhotenství, vývojové vady dělohy, krvácení v graviditě, inkompetence děložního hrdla, polyhydramnion, VVV plodu, celková onemocnění matky, PROM, intrauterinní růstová retardace plodu a insuficience placenty.
- Epidemiologické faktory – věk, výška a váha matky, nedostatečná prenatální péče, kouření, drogy a toxické látky, socioekonomický stav rodiny, psychologické vlivy (nechtěné těhotenství), nepříznivá anamnéze (opakované předčasné porody).
- Iatrogenní příčina – předčasně vyvolaný porod kvůli onemocnění plodu nebo matky.
- Závažné zdravotní faktory matky

Mezi kuřáčkami se častěji vyskytují předčasné porody. Připisující riziko je 11 – 14%. Díky chronickým a ischemickým poměrům, které vyvolávají změny v placentě, může vzniknout i předčasný porod. U kouřících žen byl také objeven zvýšený tonus děložního svalstva. Navíc se u nich častěji vyskytují přídatné rizikové faktory jako nižší sociální postavení a vzdělání, stres, požívání alkoholu a drog, zájem ženy o udržení těhotenství (Crha, 2000, s. 36).



## 4 RIZIKA KOUŘENÍ PRO PLOD

Účinky kouření cigaret na plod v průběhu gravidity byly popsány před desítkami let. Autorka Vavřínková dospěla metaanalýzou posledních publikovaných prací k závěru, že kouření je odpovědné za 15 – 25 % dětí s nízkou porodní hmotností, 10 – 15 % předčasných porodů a 5 % intrauterinních úmrtí (Vavřínková, 2006, s. 58).

Nikotin prochází placentou, zde se jeho koncentrace zvýší a v plodu je pak o 15 % vyšší než v krvi matky. Jelikož má teratogenní účinky tak mimo jiné, že poškozuje plod, zvyšuje riziko vzniku mozkových poškození, rozštěpů rtů, deformací dolních končetin, zubů a srdce. Dále zvyšuje riziko náhlého úmrtí plod, hlavně po 28. týdnu gravidity. Také lze pozorovat změny na placentě a její sníženou funkci díky vazokonstrikci způsobené nikotinem. Plod je vystaven atakům přechodné hypoxie, která podle množství vykouřených cigaret a placentárních změn přejde ve chronickou hypoxii. Ve výsledku má plod nižší porodní hmotnost a hrozí rozvoj intrauterinní růstové retardace (Velemínský, 2008, s. 39 – 40, Hájek, 2004, s. 229)

### 4.1 Hypoxie

Hypoxie je obecně používaný termín pro stav omezení nebo zástavy výměny krevních plynů mezi plodem a matkou při cestě placentou a pupečnickem. Vede ke snížení saturace fetální krve kyslíkem a k hromadění oxidu uhličitého (CO<sub>2</sub>). Dále dochází k respirační acidóze kvůli poklesu pH. Při déletrvajícím hypoxii se u plodu zahajuje anaerobní metabolismus (Hájek, 2004, s. 339).

Za tyto nepříznivé podmínky je zodpovědný mechanismus kombinací působení nikotinu, který způsobuje vazokonstrikci placentárních a fetálních arterií, oxidu uhelnatého, ten se váže na hemoglobin a redukuje objem transportovaného kyslíku a kyanovodíku, způsobujícího blokádu enzymů zajišťujících přestup kyslíku z krve do tkání (Hrubá, 2007, s. 132). Po nikotinové vazokonstrikce se opakují s každou cigaretou a trvá okolo 30 – 45 minut. Naopak k uvolnění oxidu uhelnatého z vazby na hemoglobin dochází až po hodinách (6 – 8) u dospělého člověka. Plod je tím pádem po celou tuto dobu zásobován krví, s nižším obsahem kyslíku. (Hrubá, 2011, s. 35)

#### 4.1.1 Stupně Hypoxie

V knize autora Hájka (2004, s. 339) je hypoxie rozdělena na 3 stupně:

- **Hypoxemie**

Jedná se o počáteční stádium hypoxického stavu plodu s nedostatkem kyslíku. Postihuje pouze arteriální krev plodu. Orgánové a buněčné funkce zůstávají při tomto stavu zachovány, dochází tedy pouze ke snížení saturace fetální krve kyslíkem.

Plod na hypoxemii reaguje účinnějším vstřebáváním kyslíku, snížením pohybové aktivity a dýchacích pohybů. Při déletrvajícím stavu dochází k omezení růstu plodu za účelem snížit spotřebu energie a tím i potřebu kyslíku. Tento stav plod může zvládat v průměru několik dní až týdnů.
- **Hypoxie**

Hypoxie se rozvíjí z hypoxemie pokud stále dochází k poklesu saturace a obranné mechanismy plodu už nejsou dostačující k udržení energetické rovnováhy. Nedostatkem kyslíku začínají být ovlivněny periferní tkáně. Plod na tento stav reaguje vyplavením stresových hormonů a redukcí periferního oběhu. Krevní zásobení je přerozděleno ve prospěch centrálních orgánů – srdce, mozek, nadledviny. Je spuštěn periferní tkáňový anaerobní metabolismus. Pokud je nedostatek kyslíku omezen na toto prostředí, nehrozí plodu bezprostřední nebezpečí. Tuto situaci je plod schopen kompenzovat několik hodin.
- **Asfyxie**

Asfyxie znamená úplnou zástavu transportu kyslíku do organismu plodu. Při tomto stavu hrozí selhání centrálních orgánů, pokud není obnovena jeho dodávka. Saturace je extrémně nízká a plod reaguje maximální aktivací sympatického nervového systému a sekrecí stresových hormonů. Anaerobní metabolismus probíhá už i v centrálních orgánech a plod kryje metabolické potřeby z glykogenových rezerv, které má v játrech a myokardu. Tento stav může plod zvládnout jen několik minut. Při přetrvávání asfyktického útoku celý systém velmi rychle kolabuje a dochází k orgánovému selhání mozku a kardiovaskulárního systému.

## 4.2 Nízká porodní hmotnost a IUGR

Za růstovou retardací plodu je považován takový plod, který je opožděný v růstu o 3 –4 týdny podle ultrazvukové biometrie ve vztahu ke gestačnímu stáří. V této skupině

se rozlišují 3 kategorie podle hmotnosti: plody nízké porodní hmotnosti, velmi nízké a extrémně nízké porodní hmotnosti (Hájek, 2004, s. 70).

Projevem, se kterým se v porodnictví setkáváme nejčastěji při vystavení plodu cigaretovému kouři, je jeho intrauterinní růstová retardace. Projevuje se menší porodní hmotností v průměru o 100 – 300 gramů, kratší délkou o 1 – 3 cm u plně donošeného novorozence a menším obvodem hlavičky o 0,2 cm. U plodů žen, které v těhotenství kouří, je riziko výskytu porodní hmotnosti nižší než 2500 g až dvojnásobné. V průměru kouření přispívá k nízké porodní váze 20 – 40 %. Zpomalením růstu není postižena pouze svalová tkáň, ale i orgány, především plíce. U novorozence tak po narození můžeme pozorovat snížení dechové frekvence ještě dlouho po narození. Za hlavní příčinu IUGR je považována chronická hypoxie (Hrubá, 2001, s. 36, Hrubá, 2007, s. 132, Crha, 2000, s. 39).

Zanechání kouření během I. trimestru gravidity snižuje výskyt IUGR na téměř stejnou úroveň plodů, jejichž matky nikdy nekouřily. I nedobrovolné vystavení tabákovému kouři v graviditě se podílí na redukci porodní hmotnosti v průměru o 100 gramů a délce těla. IUGR je pokládán za projev teratogenního působení škodlivin z cigaretového kouře, pokud nejsou jiné příčiny, jako chronická nemoc matky nebo její anatomické proporce a je označována jako „fetální tabákový syndrom“ (Crha, 2000, s. 39 – 40).

#### 4.2.1 Klasifikace IUGR

Dle autora Hájka (2004, s. 73) lze IUGR klasifikovat do 3 typů:

- Typ I.: Symetrický, proporcionální  
Jedná se o chronický typ retardace. Plod zaostává ve vývoji od samotného začátku těhotenství. Takový plod je tělesně proporcionální s dystrofií svalové hmoty a podkožního tuku. Placenta je histologicky bez výrazných změn a velikostně malá. Tato retardace se vyskytuje u žen kouřících v těhotenství.
- Typ II.: Disproporcionální, klasický  
Tento typ se projevuje v pozdním těhotenství, po 30. týdnu gravidity. Hypotrofie novorozence je asymetrická – hlavička rozměry odpovídá gestačnímu stáří, ale obvody hrudníku a břicha vykazují značnou růstovou retardaci. Svalová hmota je redukována a podkožní tuk zcela chybí. Velikost placenty je normální, ale jsou přítomny patologické změny (placentární infarkty).
- Typ III.: Kombinovaný

Jde o kombinaci obou předchozích růstových retardací s různou hloubkou komplikací. Růst plodu je opožděn v posledním trimestru, 2 až 3 týdny před porodem. Délka, hmotnost novorozence i obvod hlavičky jsou zmenšeny. Také orgány, jako játra a slezina jsou menší.

### 4.3 Malformace plodu

Dle předpokladů se na Zemi ročně narodí 7,9 mil. lidí s nějakou vrozenou vývojovou vadou, z tohoto počtu jich 3,3 mil. zemře do pěti let po narození a 3,2 mil. je jedinců mentálně nebo fyzicky nezpůsobilých vést normální život. Vznik malformací je ovlivněn různými zevními podmínkami, jimiž jsou v prenatálním období exponovány plody. Výsledné působení pak závisí na genetické výbavě vystavených. Ve vztahu ke kouření matek v graviditě jsou u dětí popisovány významně zvýšená množství malformací urogenitálního traktu, defekty srdečního septa, defekty dolních končetin a zejména obličejové rozštěpy (Hrubá, 2011, s. 35).

## II. PRAKTICKÁ ČÁST

## **5 METODIKA PRÁCE**

### **5.1 Cíle práce**

V předkládané bakalářské práci byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Zjistit úroveň informovanosti těhotných žen o škodlivém vlivu kouření na vývoj jejich plodu a celý průběh těhotenství.

Cíl 2: Zjistit názor těhotných žen na problematiku kouření v těhotenství.

Cíl 3: Stanovit poměr kouřících a nekouřících žen v těhotenství ve sledované skupině.

### **5.2 Užitá metoda výzkumu**

Bakalářská práce je teoreticko-praktická. Zabývá se problematikou kouření v těhotenství. V praktické části se pokouším vyzkoumat výše uvedené cíle kvalitativním výzkumem pomocí dotazníku, který byl anonymní a skládá se z 25 otázek. Dotazník je tvořen třemi otázkami otevřenými, patnácti uzavřenými a sedmi polootevřenými otázkami. Je rozdělený na 3 části. V první části zjišťuji demografické údaje jako věk, vzdělání, kolikátou graviditu ženy prožívají. Dále pak zda kouřily v minulosti nebo v těhotenství, informovanost a jejich postoj k problematice kouření v těhotenství. Druhá část je určena pro kuřačky a bývalé kuřačky a odpovídaly na otázky ohledně délky kouření, a zda a kdy se pokoušely přestat. Jen pro těhotné kuřačky je určena třetí část. Otázkami zjišťuji počet vykouřených cigaret, pokusy o abstinenci, zájem a doporučení jejich lékařů.

### **5.3 Charakteristika souboru**

Výzkumný soubor tvořily těhotné ženy. Mezi ženy byl dotazník rozšířen bez ohledu na socioekonomické a demografické poměry. Dotazníkové šetření probíhalo na internetu. Byly osloveny na serverech, kde se tyto ženy sdružují a zde byly požádány o spolupráci. Celkem bylo vyplněno 100 dotazníků a žádný nemusel být ze šetření vyřazen pro nesprávné vyplnění, návratnost tedy činila 100%. Průměrný věk respondentek byl 31,5 let, nejmladší ženě bylo 18 a nejstarší 44. Středoškolské vzdělání s maturitou se ukázalo jako nejčastější dosažené vzdělání v této zkoumané skupině gravidních žen. Ze 100 těhotných jich téměř ¼ kouřila ať už slabě, středně, silně nebo jen příležitostně.

## 6 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

### 6.1 Určeno těhotným ženám

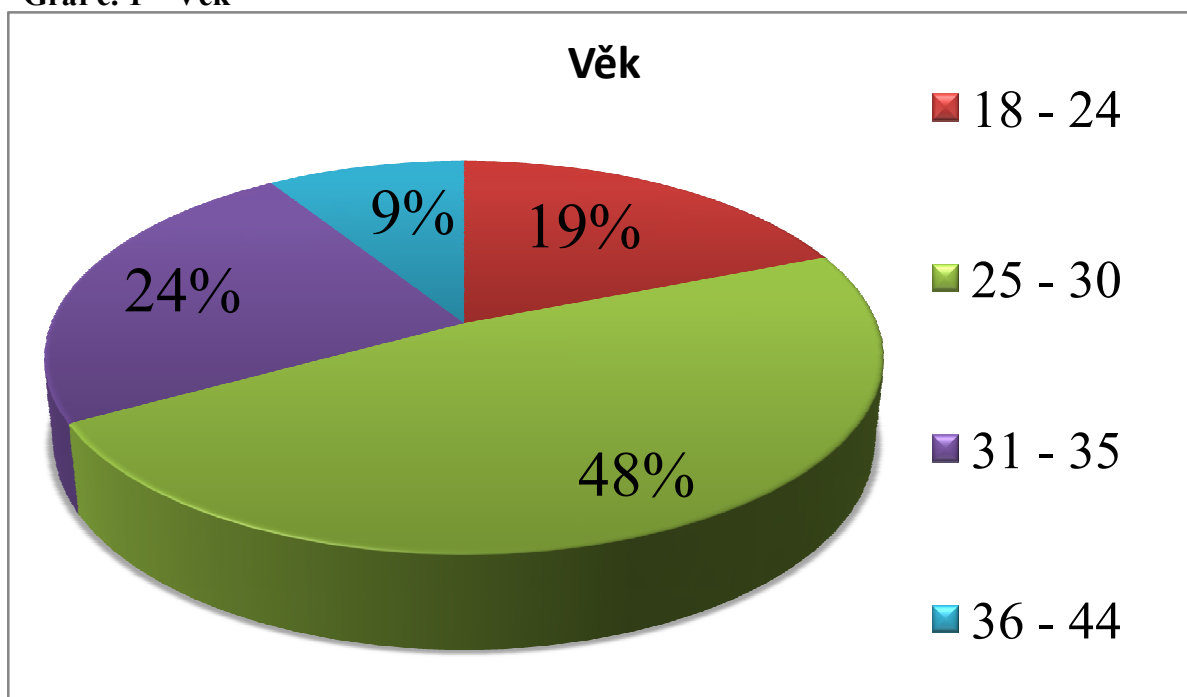
Dotazníková položka 1: Kolik je Vám let?

Tabulka č. 1 – Věk

Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost %
18 – 24	19	19
25 – 30	48	48
31 – 35	24	24
36 – 44	9	9
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

*Zdroj: vlastní*

Graf č. 1 – Věk



*Zdroj: vlastní*

#### Komentář:

Z tabulky je patrný celkový počet respondentek – 100 (100 %). V dotazníku ženy doplňovaly svůj věk a v tabulce a grafu byly rozděleny do 4 kategorií. Nejnižší věk u dotazovaných žen byl 18 let, nejvyšší 44 let. Největší zastoupení měly ženy ve věkové skupině 25 – 30 a nejčastější věk v tomto rozmezí byl 27 a 29 let. Nejméně respondentů se nacházelo ve věkovém rozmezí 36 – 44. Průměrný věk žen je 31,5 let.

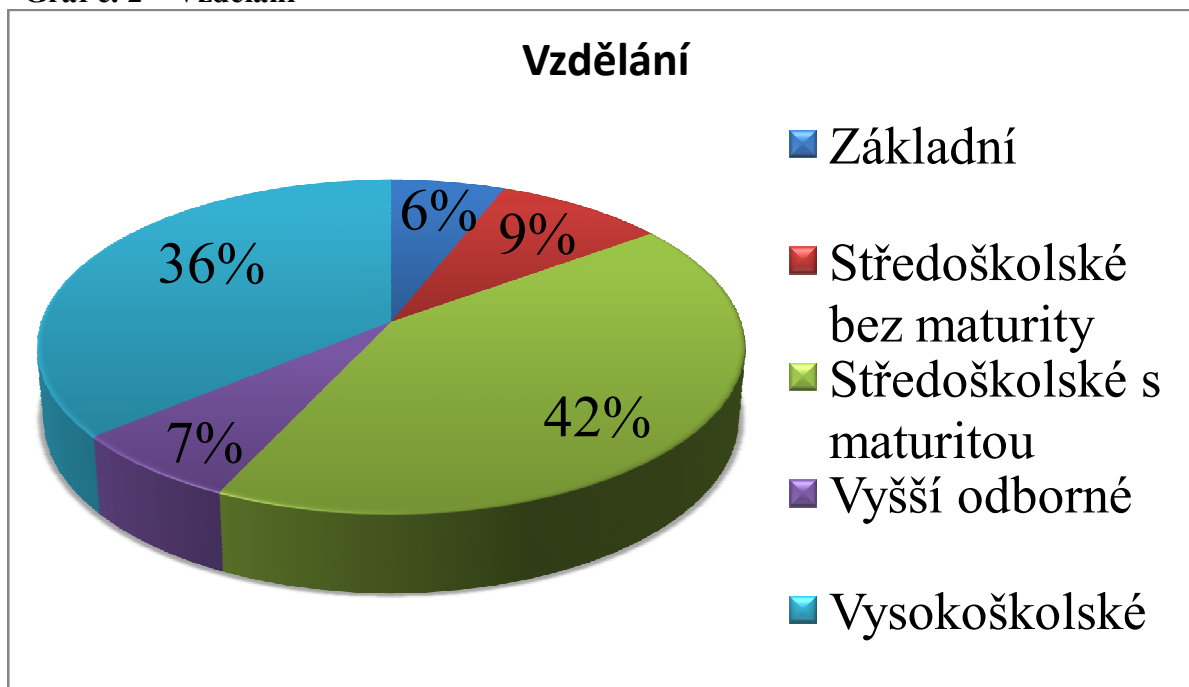
Dotazníková položka 2: Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka č. 2 – Vzdělání

Vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Základní	6	6
Středoškolské bez maturity	9	9
Středoškolské s maturitou	42	42
Vyšší odborné	7	7
Vysokoškolské	36	36
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

Zdroj: vlastní

Graf č. 2 – Vzdělání



Zdroj: vlastní

#### Komentář:

Ze 100 dotazovaných těhotných žen jich 6 (6 %) mělo nejvyšší dosažené vzdělání základní, 9 (9 %) středoškolské bez maturity, 42 (42 %) středoškolské s maturitou, 7 (7 %) vyšší odborné a 36 (36 %) vysokoškolské vzdělání. Z toho vyplývá, že nejvíce respondentek mělo středoškolské vzdělání s maturitou. Druhou nejpočetnější skupinou pak byly ženy s vysokoškolským vzděláním.



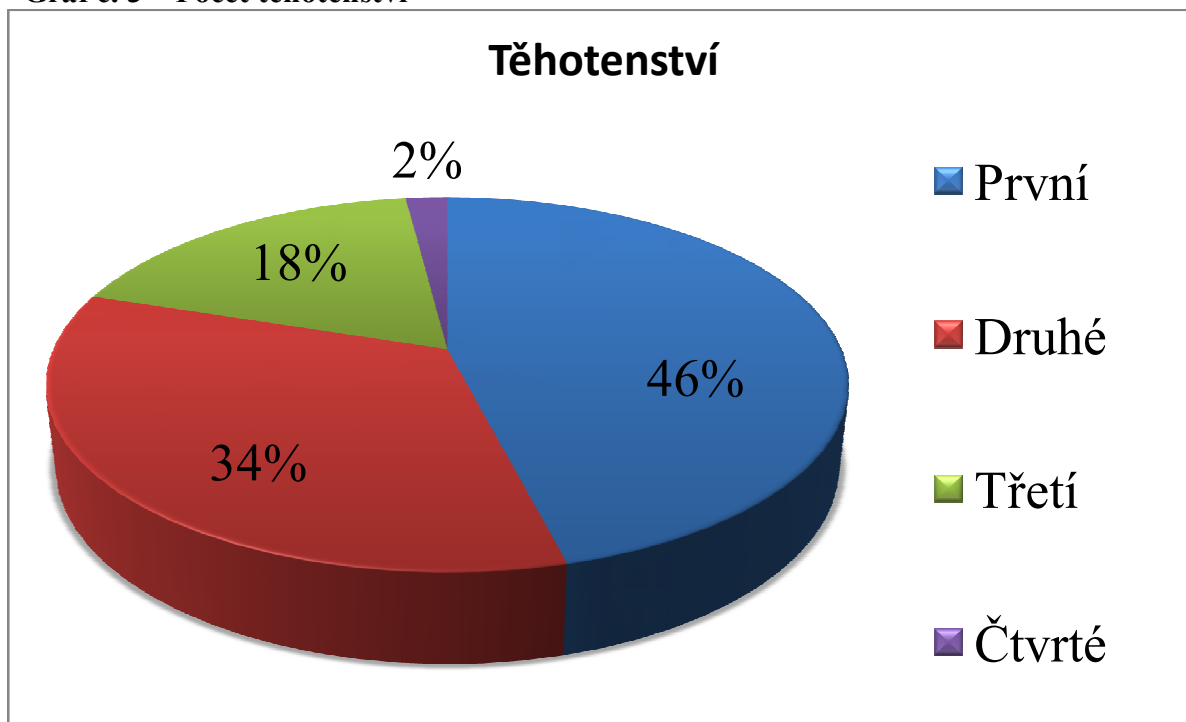
Dotazníková položka 3: Kolikáté je toto Vaše těhotenství?

Tabulka č. 3 – Počet těhotenství

Počet těhotenství	Absolutní četnost	Relativní četnost %
První	46	46
Druhé	34	34
Třetí	18	18
Čtvrté	2	2
Jiné	0	0
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

Zdroj: vlastní

Graf č. 3 – Počet těhotenství



Zdroj: vlastní

#### Komentář:

Respondentky, prožívající své první těhotenství mají z celého počtu 100 žen největší zastoupení, přesně 46 těhotných (46 %). Druhé v pořadí jsou těhotné podruhé v počtu 34 (34 %), 18 žen (18 %) bylo těhotných potřetí a jen 2 ženy (2 %) po čtvrté. Vícekrát těhotná než čtyřikrát nebyla žádná žena a proto se tato položka nevyskytuje v grafu ani tabulce. U možnosti „jiné“ ženy psaly např. „těhotná jsem sice po třetí, ale předchozí 2 těhotenství dopadly samovolným potratem“.

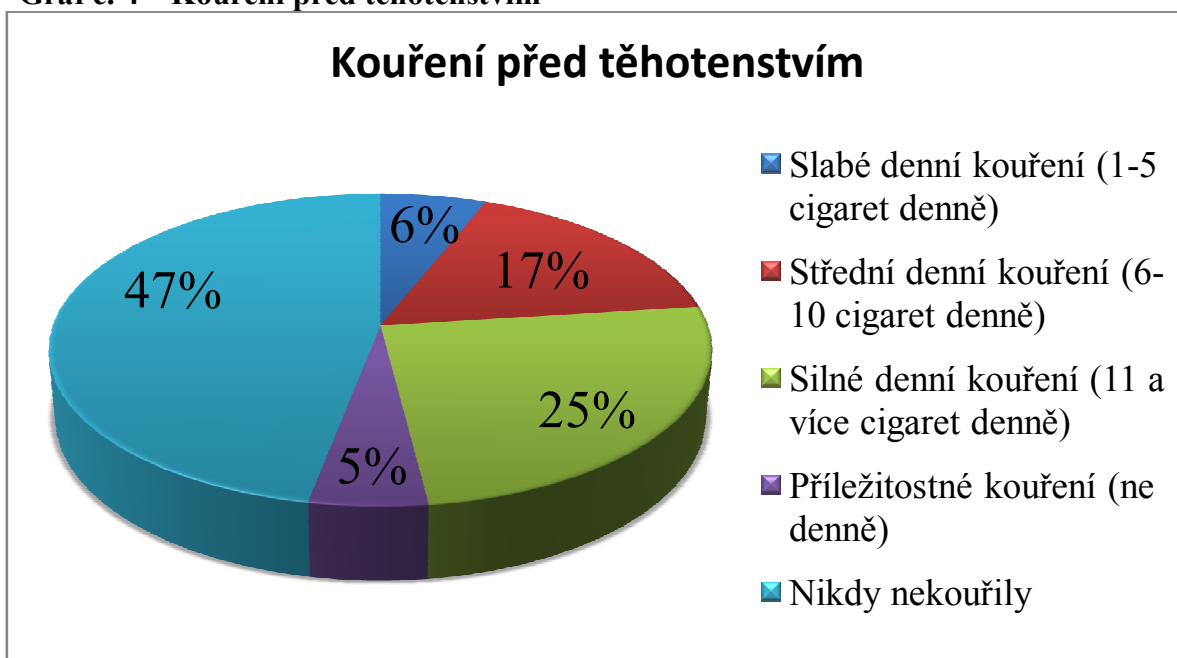
Dotazníková položka 4: Kouřila jste někdy v minulosti před těhotenstvím?

**Tabulka č. 4 – Kouření před těhotenstvím**

Kouření před těhotenstvím	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Slabé denní kouření (1-5 cigaret denně)	6	6
Střední denní kouření (6-10 cigaret denně)	17	17
Silné denní kouření (11 a více cigaret denně)	25	25
Příležitostné kouření (ne denně)	5	5
Nikdy nekouřily	47	47
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

*Zdroj: vlastní*

**Graf č. 4 – Kouření před těhotenstvím**



*Zdroj: vlastní*

#### **Komentář:**

Více než polovina dotazovaných žen kouřila někdy v minulosti před těhotenstvím, přesně 53 (53 %) a 47 (47 %) žen nikdy v životě nekouřilo, což dokazuje, že kouření je velice rozšířený jev. Z počtu padesáti tří kuřáček byla skoro polovina – 25 silné kuřáčky, dále následovaly střední 17, slabé kuřáčky 6 a příležitostné kuřáčky 5.

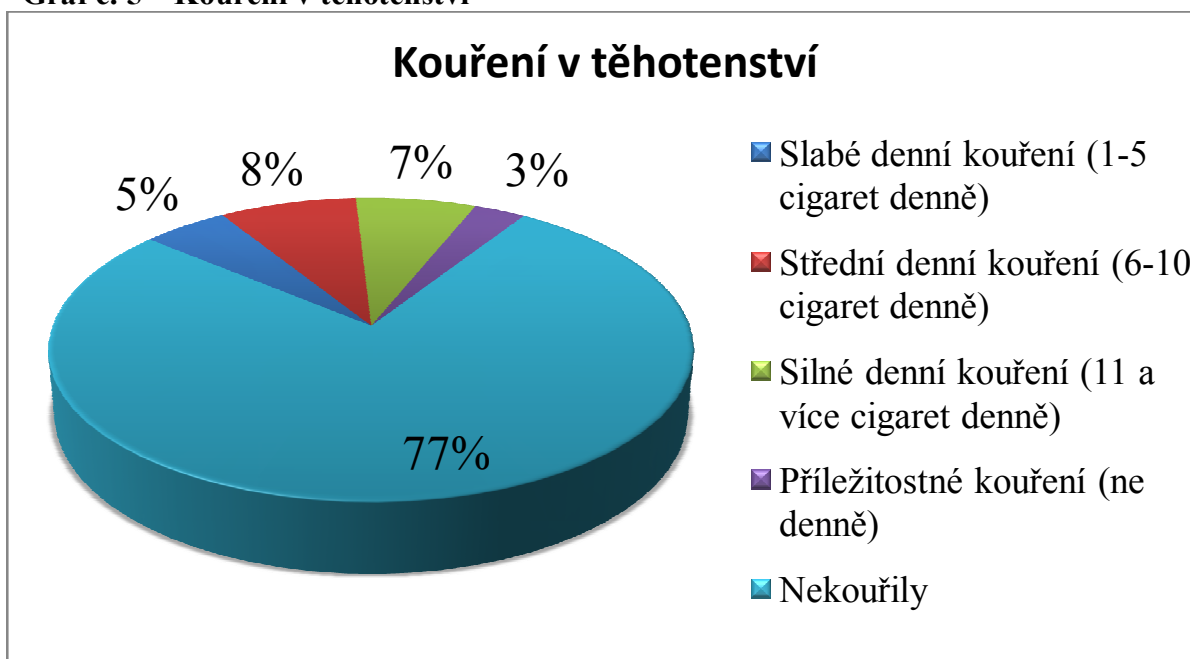
Dotazníková položka 5: Kouříte v tomto těhotenství?

**Tabulka č. 5 – Kouření v těhotenství**

Kouření v těhotenství	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Slabé denní kouření (1 – 5 cigaret denně)	5	5
Střední denní kouření (6 – 10 cigaret denně)	8	8
Silné denní kouření (11 a více cigaret denně)	7	7
Příležitostné kouření (ne denně)	3	3
Nekouřily	77	77
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

*Zdroj: vlastní*

**Graf č. 5 – Kouření v těhotenství**



*Zdroj: vlastní*

### **Komentář:**

Něco málo přes  $\frac{3}{4}$  dotazovaných gravidních žen 77 (77 %) v těhotenství nekouřilo. Dvacet tři (23 %) respondentek na kouření v těhotenství odpovědělo kladně. Z nich bylo nejvíce středních denních kuřáček to 8 (8 %), silných denních kuřáček bylo 7 (7 %), slabých 5 (5 %) a příležitostných 3 (3 %).

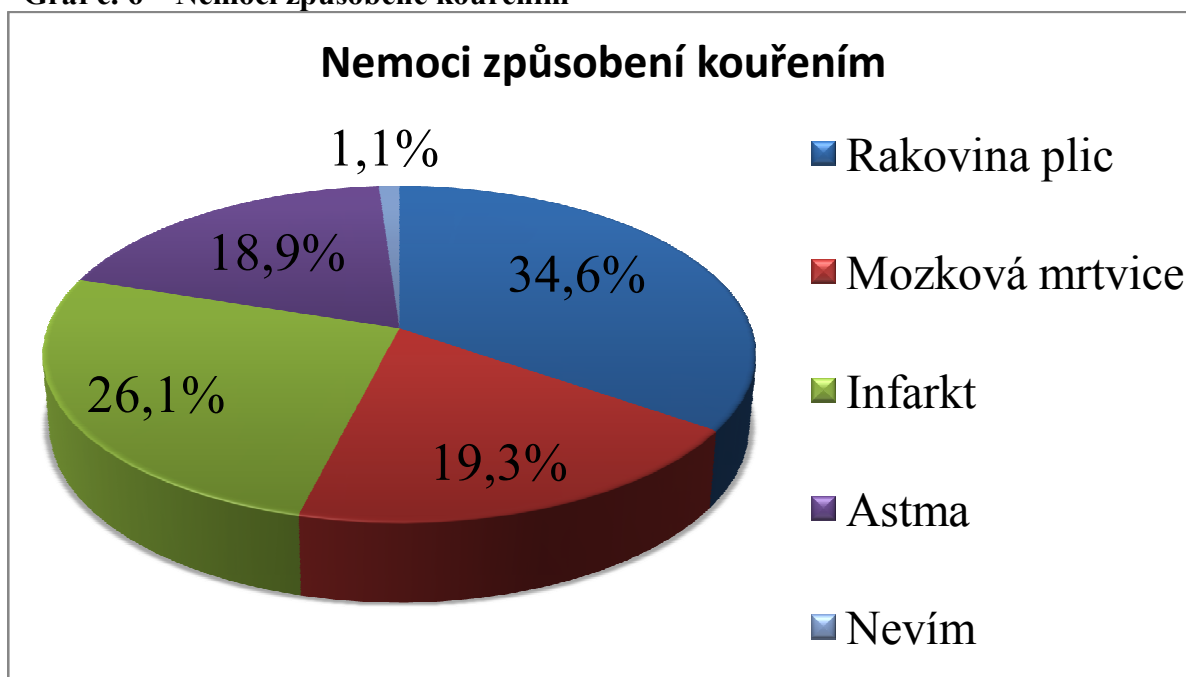
Dotazníková položka 6: Víte, jaké onemocnění může Vašemu organismu způsobit kouření?

**Tabulka č. 6 – Nemoci způsobené kouřením**

Nemoci způsobené kouřením	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Rakovina plic	97	34,6
Mozková mrtvice	54	19,3
Infarkt	73	26,1
Astma	53	18,9
HIV	0	0
Kouření nezpůsobuje žádné onemocnění	0	0
Nevím	3	1,1
<b>Celkem</b>	<b>280</b>	<b>100%</b>

*Zdroj: vlastní*

**Graf č. 6 – Nemoci způsobené kouřením**



*Zdroj: vlastní*

**Komentář:**

U této dotazníkové položky ženy mohly vybírat maximálně 5 ze 7 možností. Z celkového počtu 280 (100 %) odpovědí byla nejčastěji vybraná odpověď „*rakovina plic*“ v počtu 97 vybrání, což činí 34,6 %. Hned za ní byl infarkt – 73 zvolení (26,1 %). U 54 (19,3 %) žen se objevila i odpověď „*mozková mrtvice*“ a u 53 (18,9 %) dotazovaných astma.

Možnost „nevím“ se objevila třikrát, tedy v 1,1%. Ani jedna respondentka nevybrala chybnou možnost, že by kouření způsobovalo HIV nebo, že nezpůsobuje žádné onemocnění. Vzhledem k nulovému počtu respondentů, nejsou tyto kategorie znázorněny v grafu.

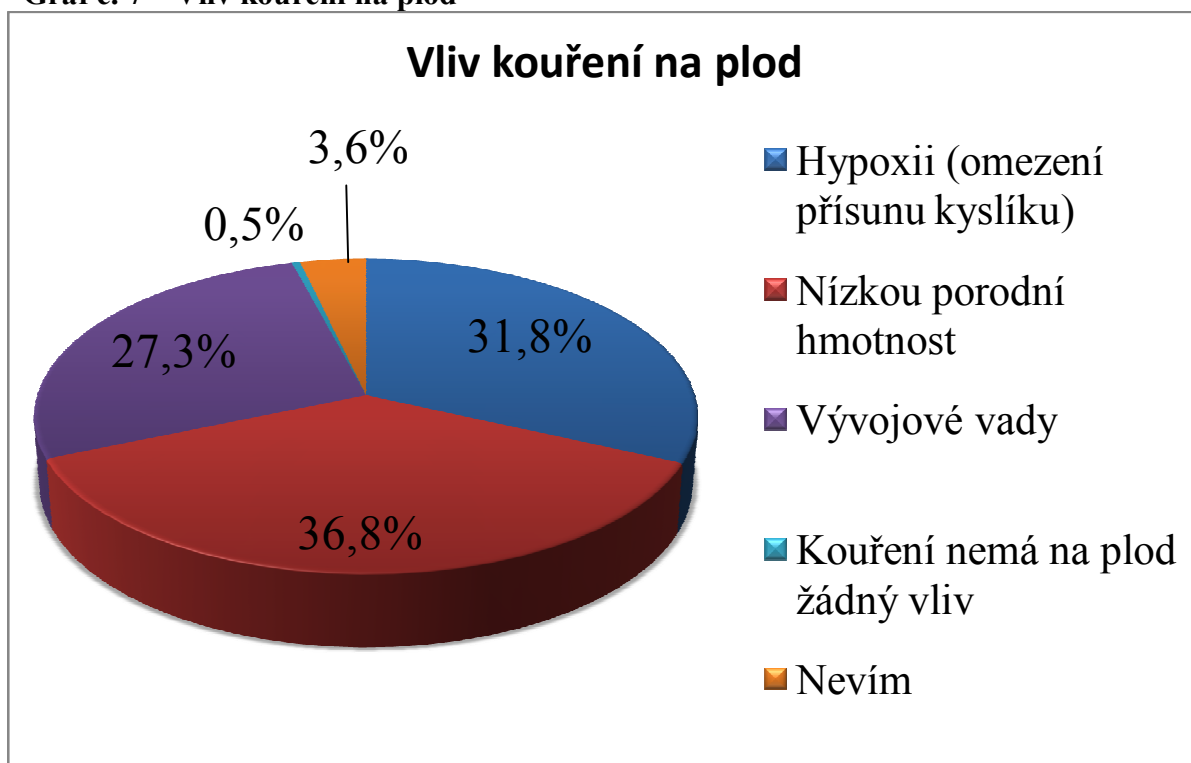
Dotazníková položka 7: Víte, jaké onemocnění může kouření způsobit Vašemu plodu?

**Tabulka č. 7 – Vliv kouření na plod**

Vliv kouření na plod	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Hypoxii (omezení přísunu kyslíku)	70	31,8
Nízkou porodní hmotnost	81	36,8
Vysokou porodní hmotnost	0	0
Vývojové vady	60	27,3
Kouření nemá na plod žádný vliv	1	0,5
Nevím	8	3,6
<b>Celkem</b>	<b>220</b>	<b>100%</b>

*Zdroj: vlastní*

**Graf č. 7 – Vliv kouření na plod**



*Zdroj: vlastní*

**Komentář:**

Otázka byla opět s možností vybrání více odpovědí. Maximální počet vybraných možností byl 4 a odpovědi bylo celkem 220 (100 %). Nejběžnější onemocnění, které může způsobit kouření v těhotenství plodu je podle respondentek 81krát vybraný IUGR (36,8 %). Na druhém místě je hypoxie – 70 (31,8 %), pak VVV, které byly vybrány

šedesátkrát (27,3 %). Osm žen vybralo možnost nevím (3,6 %) a jedna žena zvolila možnost, že kouření nemá na plod žádný vliv (0,5 %).

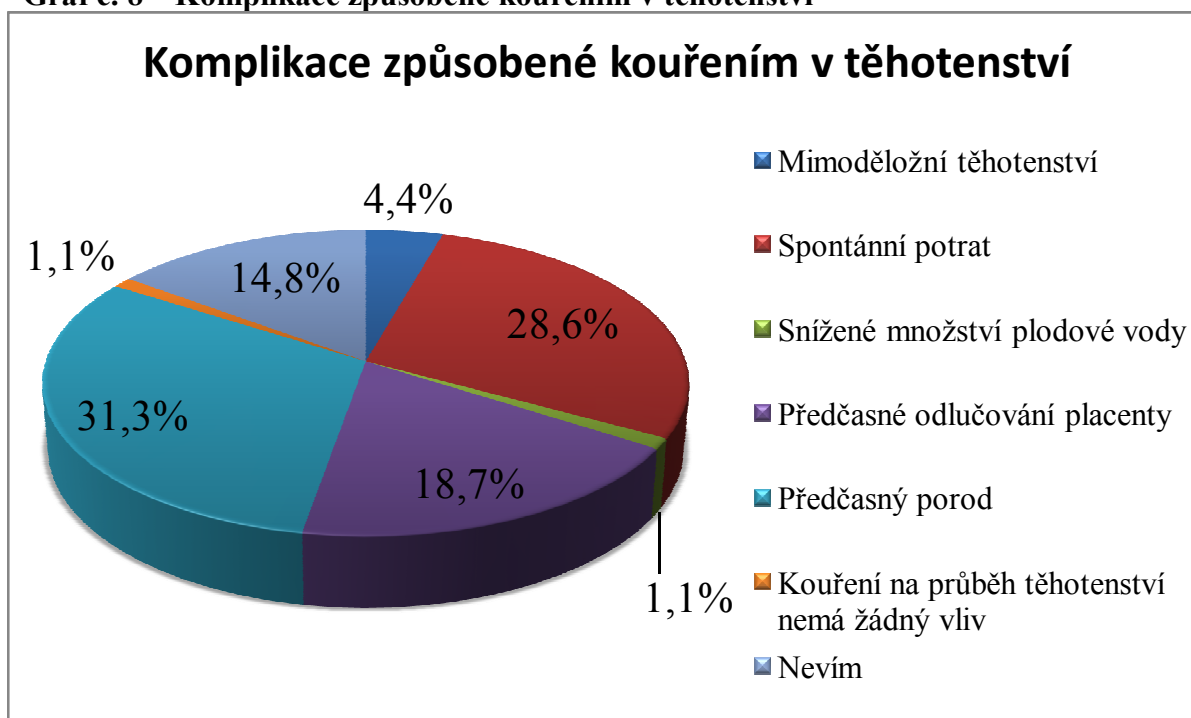
Dotazníková položka 8: Vyberte komplikace, které podle Vás způsobuje kouření v těhotenství.

**Tabulka č. 8 – Komplikace způsobené kouřením v těhotenství**

Komplikace způsobené kouřením v těhotenství	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Mimoděložní těhotenství	8	4,4
Spontánní potrat	52	28,6
Snížené množství plodové vody	2	1,1
Předčasné odlučování placenty	34	18,7
Předčasný porod	57	31,3
Kouření na průběh těhotenství nemá žádný vliv	2	1,1
Nevím	27	14,8
<b>Celkem</b>	<b>182</b>	<b>100%</b>

*Zdroj: vlastní*

**Graf č. 8 – Komplikace způsobené kouřením v těhotenství**



*Zdroj: vlastní*

#### **Komentář:**

Stejně jako v předchozí otázce bylo na výběr z více možností, kdy však nejvíce mohlo být vybráno 5 variant ze 7. Celkový počet odpovědí byl 182 (100 %). To, že kouření v těhotenství může způsobit předčasný porod, zvolilo 57 respondentek, z celkového počtu



odpovědí 182, což činí 31,3 %. Často také volily dotazované ženy spontánní potrat – 52 (28,6 %). Jako další možnost ve 34 (18,7 %) případech volily gravidní předčasné odloučení placenty. Počet výběrů možnosti „nevím“ byl 27 (14,8 %). Obě špatné odpovědi – kouření nemá na průběh těhotenství žádný vliv a kouření způsobuje snížené množství plodové vody – byly vybrány dvakrát (1,1 %).

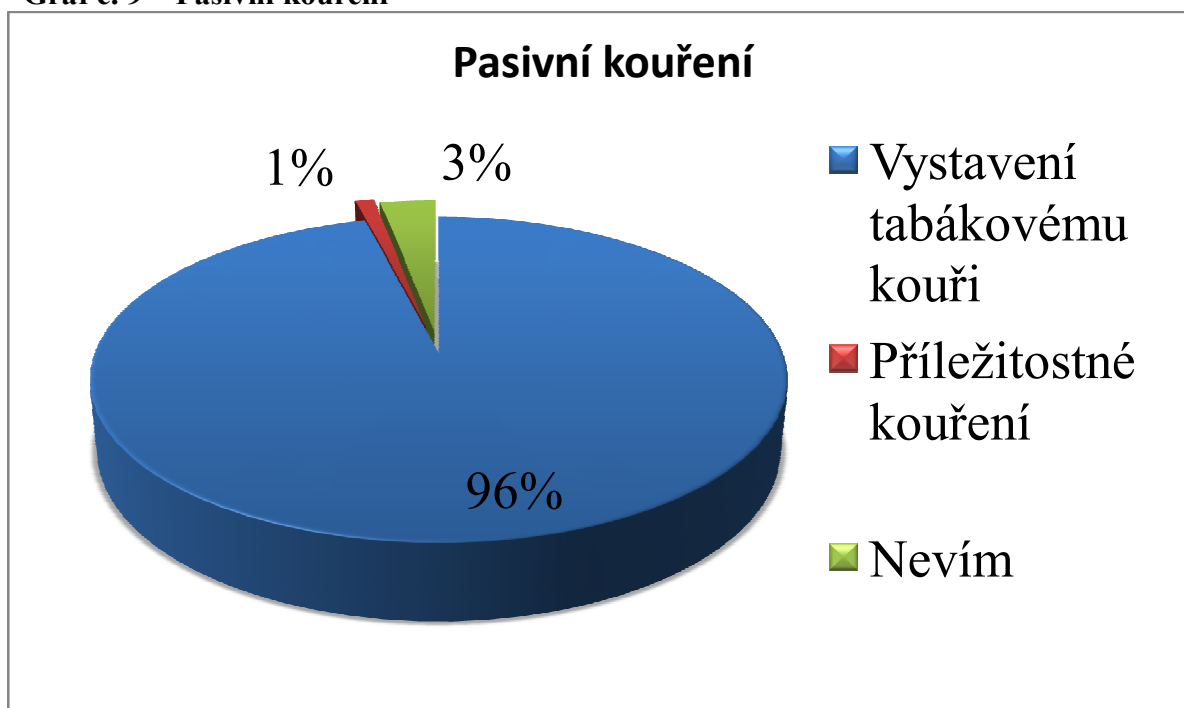
Dotazníková položka 9: Víte co znamená pojem pasivní kouření?

**Tabulka č. 9 – Pasivní kouření**

Pasivní kouření	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Vystavení tabákovému kouři	96	96
Příležitostné kouření	1	1
Nevím	3	3
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

*Zdroj: vlastní*

**Graf č. 9 – Pasivní kouření**



*Zdroj: vlastní*

**Komentář:**

Jak je z tabulky a grafu zřejmé, téměř všechny dotazované (96 %) věděly, co znamená výraz pasivní kouření. Pouze 1 respondentka označila příležitostné kouření jako význam pojmu pasivní kouření a 3 ženy zvolily možnost „nevím“.

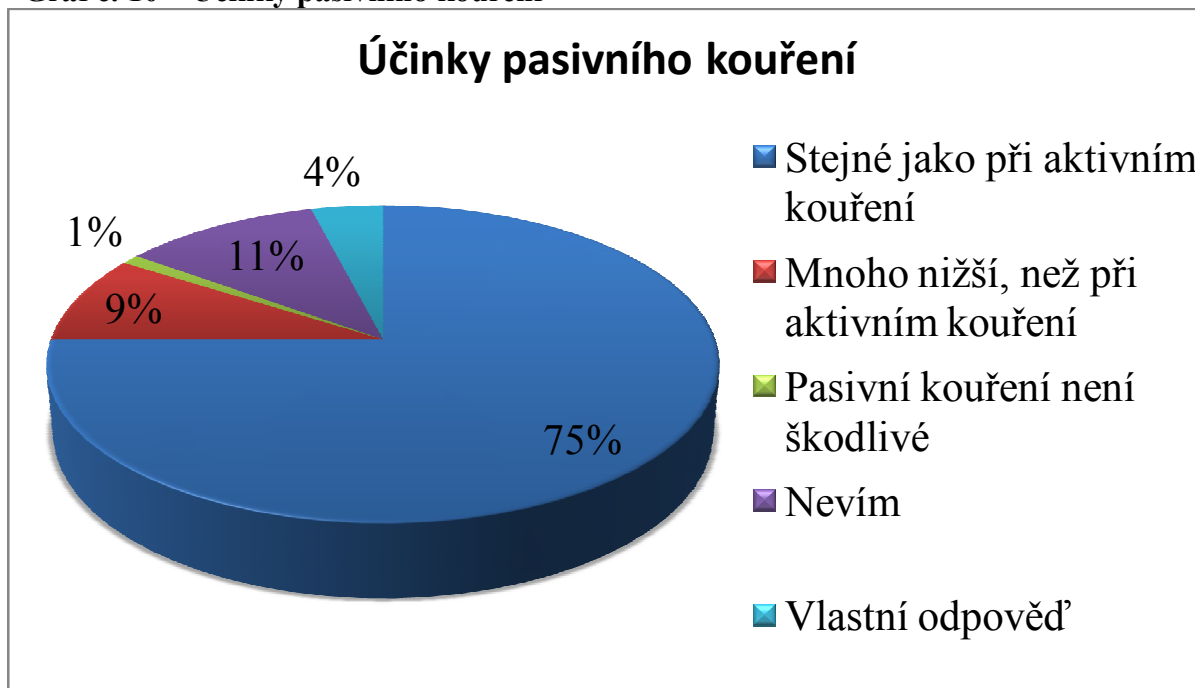
Dotazníková položka 10: Znáte nežádoucí účinky pasivního kouření na Vaše těhotenství a plod?

**Tabulka č. 10 – Účinky pasivního kouření**

Účinky pasivního kouření	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Stejně jako při aktivním kouření	75	75
Mnoho nižší, než při aktivním kouření	9	9
Pasivní kouření není škodlivé	1	1
Nevím	11	11
Vlastní odpověď	4	4
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

*Zdroj: vlastní*

**Graf č. 10 – Účinky pasivního kouření**



*Zdroj: vlastní*

**Komentář:**

Ze sta dotazovaných správně vybralo 75 (75 %) žen, že pasivní kouření má totožné účinky na těhotenství a plod, jako aktivní kouření. Odpověď „nevím“ zvolilo 11 (11 %) respondentek. Pro 9 (9 %) dotazovaných je pasivní kouření mnohem méně škodlivé, než aktivní. Podle jedné ženy (1 %) pasivní kouření škodlivé není a 4 zvolily možnost vlastní odpovědi. Zde se objevil názor, že pasivní kouření – „*má stejný vliv jako slabé kouření (cca 3 cigarety denně)*“, „*má mnohem horší vliv než aktivní kouření*“, „*má stejný vliv*

*jako aktivní kouření, jen v o něco málo menší míře“ a „má o trošičku menší vliv než aktivní kouření“.*

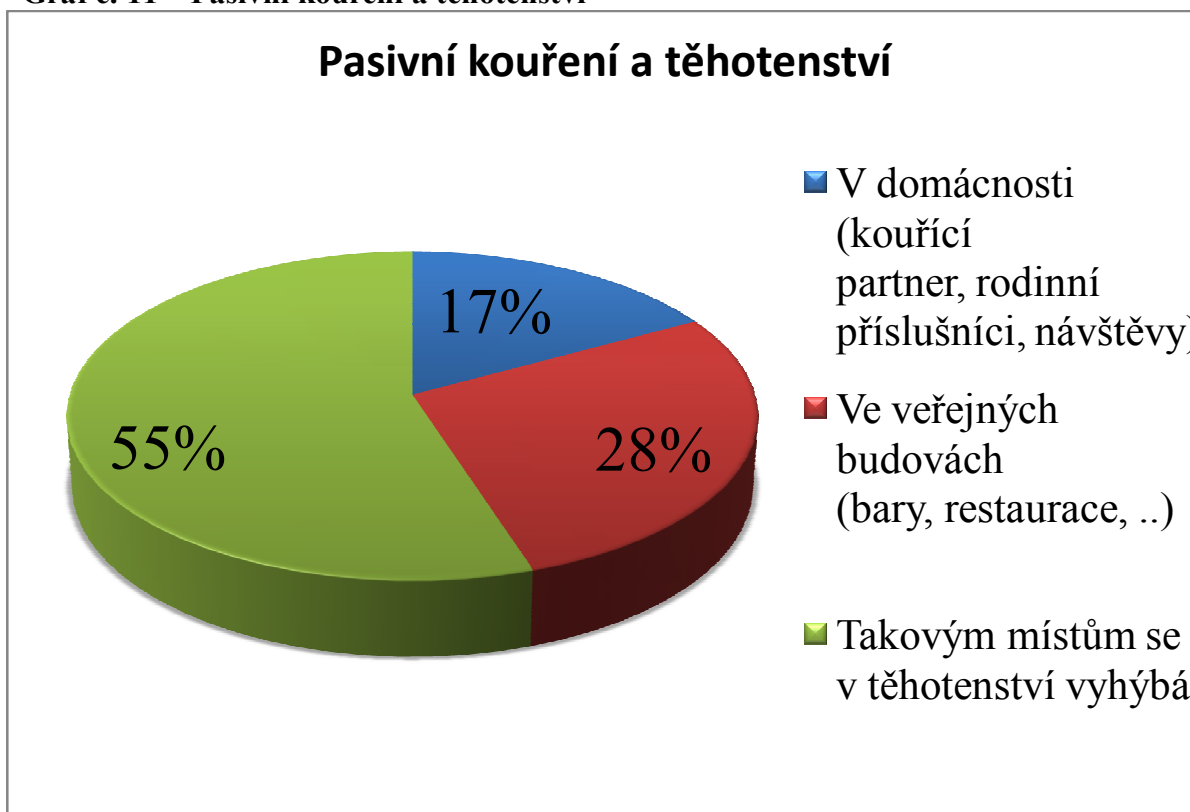
Dotazníková položka 11: Byla jste v průběhu těhotenství vystavena tabákovému kouři?

**Tabulka č. 11 – Pasivní kouření a těhotenství**

Pasivní kouření a těhotenství	Absolutní četnost	Relativní četnost %
V domácnosti (kouřící partner, rodinní příslušníci, návštěvy)	17	17
Ve veřejných budovách (bary, restaurace, ..)	28	28
Takovým místům se v těhotenství vyhýbá	55	55
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

*Zdroj: vlastní*

**Graf č. 11 – Pasivní kouření a těhotenství**



*Zdroj: vlastní*

#### **Komentář:**

V otázce č. 11 bylo zjišťováno, zda se těhotné ženy vyskytují v zakouřeném prostředí a případně kde k tomu dochází. V 55 (55 %) případech se dotazované takovým místům vyhýbají. Zbýlé respondentky se dělily na ty, které jsou pasivnímu kouření vystaveny v domácnosti – 17 (17 %) a ty, které se vyskytovaly ve veřejných kuřáckých budovách – 28 (28 %).

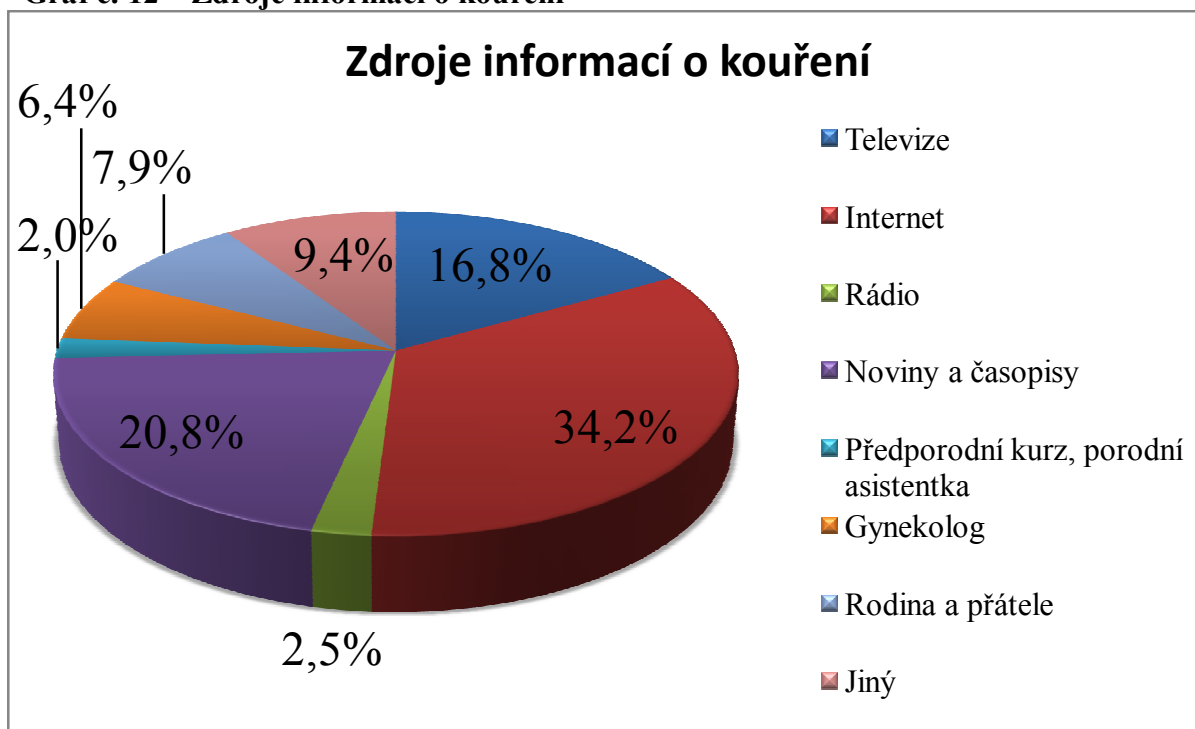
Dotazníková položka 12: Kde jste přišla k informacím o problematice škodlivosti kouření v těhotenství?

Tabulka č. 12 – Zdroje informací o kouření

Zdroje informací o kouření	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Televize	34	16,8
Internet	69	34,2
Rádio	5	2,5
Noviny a časopisy	42	20,8
Předporodní kurz, porodní asistentka	4	2,0
Gynekolog	13	6,4
Rodina a přátelé	16	7,9
Jiný	19	9,4
<b>Celkem</b>	<b>202</b>	<b>100%</b>

Zdroj: vlastní

Graf č. 12 – Zdroje informací o kouření



Zdroj: vlastní

#### Komentář:

Z celkového počtu vybraných možností 202 (100 %) ženy nejčastěji získávaly informace z medií, tyto možnosti byly vybrány 150krát tj. 75 %. Internet byl z médií nejčastěji voleným zdrojem informací, a to 69 ženami (34,2 %). To sebou nese i nevýhody v podobě

klamných nebo neúplných informací, což může vést ke strachu a stresu gravidní ženy. Druhým nejčastějším zdrojem byly noviny a časopisy (20,8 %). Dále televize (16,8 %) a rádio (2,5 %). Mezi nemediální zdroje informací patří, i když už v menším zastoupení, gynekolog (6,4 %), předporodní kurz + porodní asistentka (2,0 %) a rodina a přátelé (7,9 %). Do možnosti vypsání jiného zdroje informací rodičky uváděly školu a všeobecné povědomí o škodlivosti kouření.

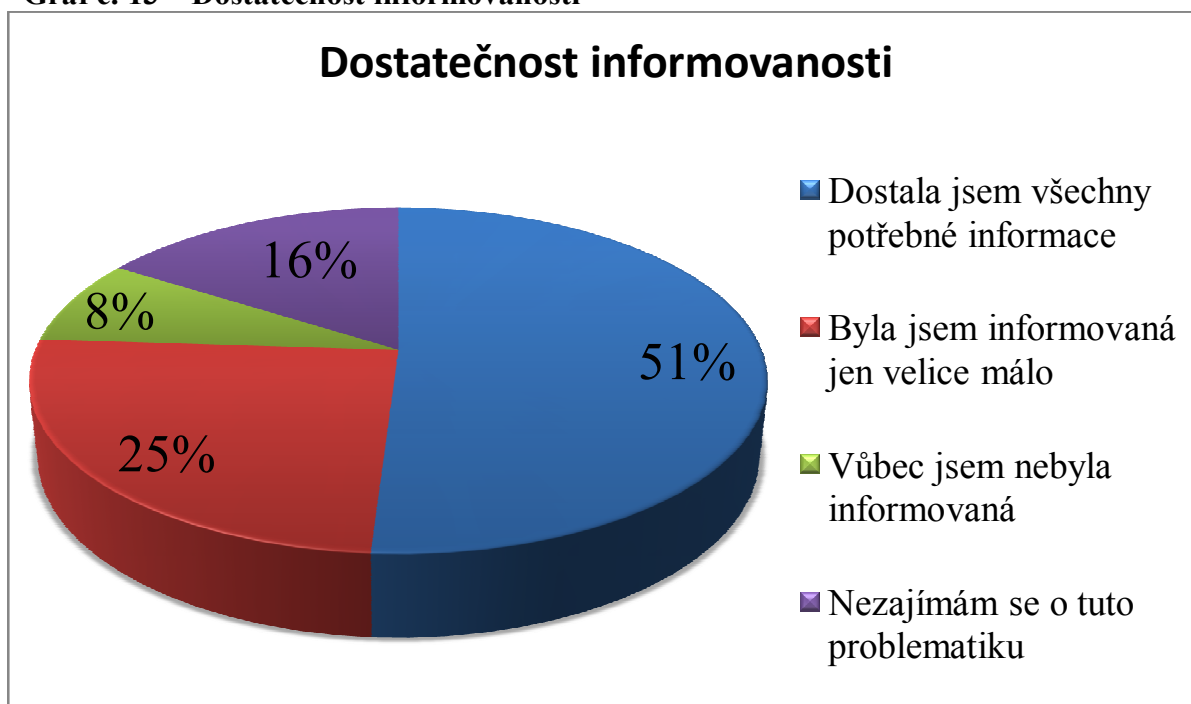
Dotazníková položka 13: Myslíte si, že informovanost o škodlivosti kouření v těhotenství je dostatečná?

**Tabulka č. 13 – Dostatečnost informovanosti**

Dostatečnost informovanosti	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Dostala jsem všechny potřebné informace	51	51
Byla jsem informovaná jen velice málo	25	25
Vůbec jsem nebyla informovaná	8	8
Nezajímám se o tuto problematiku	16	16
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

*Zdroj: vlastní*

**Graf č. 13 – Dostatečnost informovanosti**



*Zdroj: vlastní*

**Komentář:**

Více než polovina z dotazovaných žen (51) dostala všechny potřebné informace a je podle jejich názoru informovanost dostatečná. Na druhé straně byly ženy informované jen velice málo (25), nebo jim o této problematice nebyly podány žádné zprávy (8). Několik žen (25) také uvedlo, že se tímto tématem vůbec nezabývají.



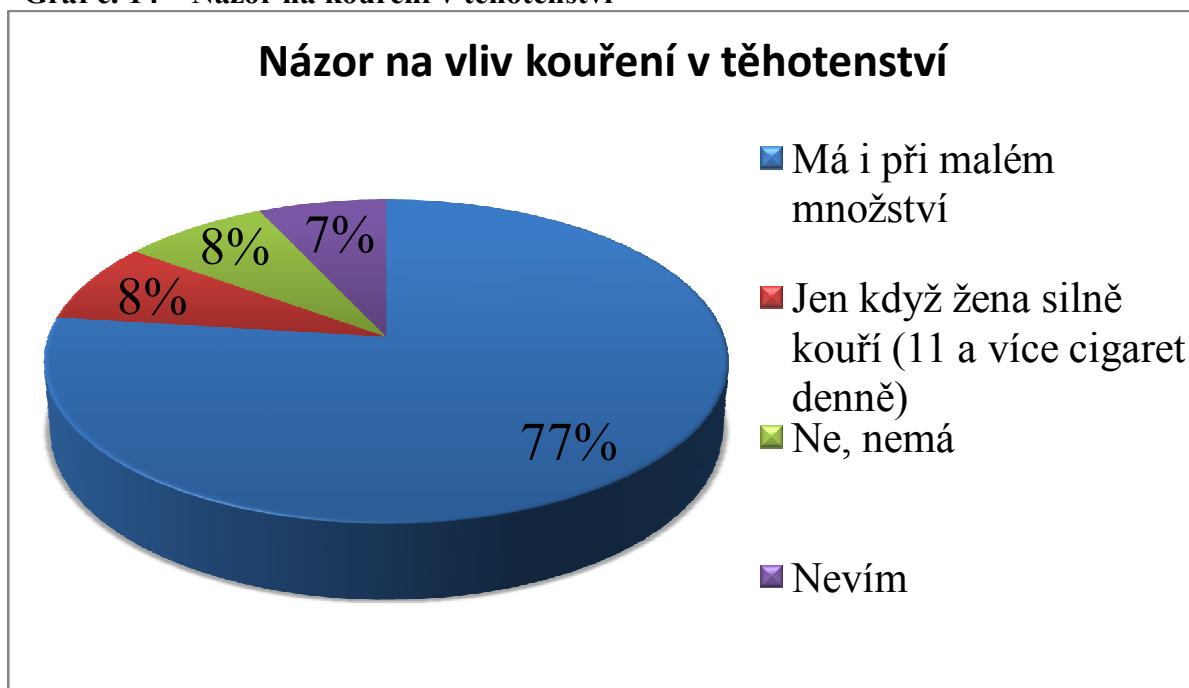
Dotazníková položka 14: Má podle Vás kouření vliv na vývoj plodu a celkový průběh těhotenství?

Tabulka č. 14 – Názor na kouření v těhotenství

Názor na vliv kouření v těhotenství	absolutní četnost	relativní četnost %
Má i při malém množství	77	77
Jen když žena silně kouří (10 a více cigaret denně)	8	8
Ne, nemá	8	8
Nevím	7	7
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

Zdroj: vlastní

Graf č. 14 – Názor na kouření v těhotenství



Zdroj: vlastní

#### Komentář:

Z celkového počtu 100 dotázaných žen se většina rodiček (77 %) domnívá, že kouření má na vývoj plodu vliv, i při malém množství. Na stejné úrovni (8 %) jsou názory, že „kouření vliv má, ale jen když žena kouří silně“, a že „kouření nemá na těhotenství žádný vliv“. Sedm procent respondentů neví, zda kouření v těhotenství něco způsobuje.

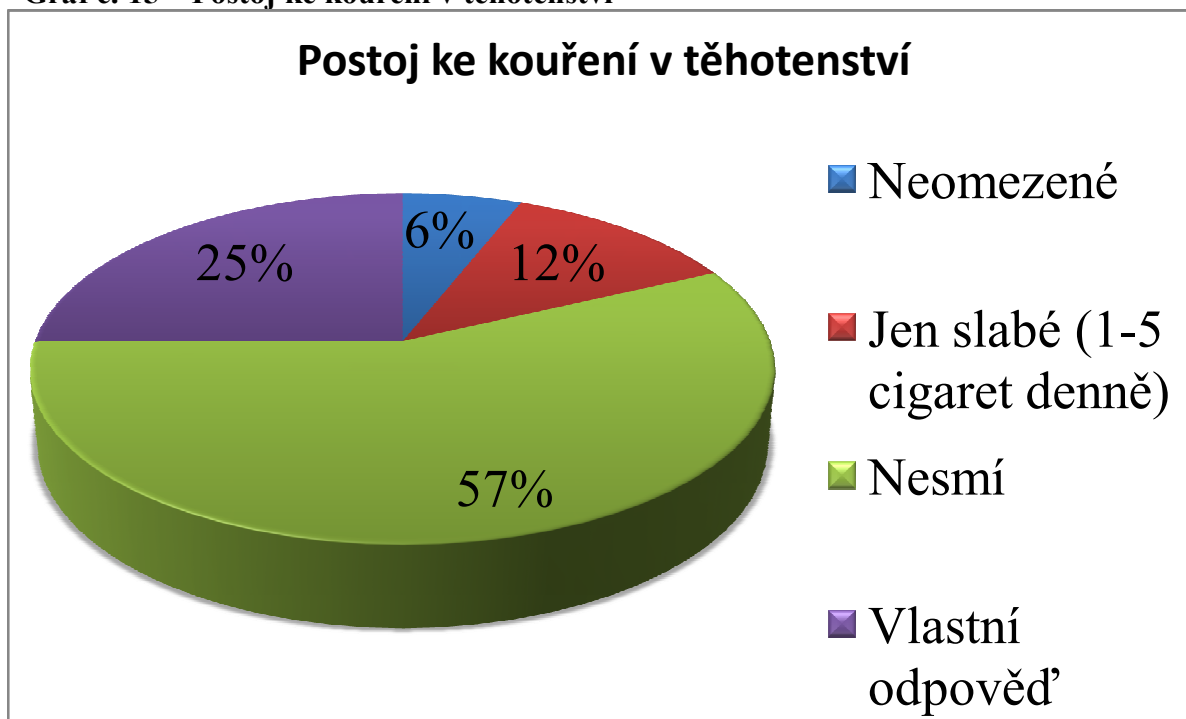
Dotazníková položka 15: Může podle Vašeho názoru těhotná žena kouřit?

**Tabulka č. 15 – Postoj ke kouření v těhotenství**

Postoj ke kouření v těhotenství	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Neomezené	6	6
Jen slabé (1 – 5 cigaret denně)	12	12
Nesmí	57	57
Vlastní odpověď	25	25
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

*Zdroj: vlastní*

**Graf č. 15 – Postoj ke kouření v těhotenství**



*Zdroj: vlastní*

### **Komentář:**

Touto otázkou bylo zjištěno, že podle názoru více než poloviny respondentek – 57 (57 %) žena v těhotenství kouřit nesmí. Jen slabé kouření, do pěti cigaret denně, v těhotenství nevádí podle 12 (12 %) žen. Jen 6 (6 %) žen se domnívá, že neomezené kouření v těhotenství je v pořádku. Vlastní odpověď zvolilo 25 (25 %) dotázaných žen. Většinou odpovědi zněly „neměla by“, dále často objevovalo „je to na její zodpovědnosti“ a také, že „u silných kuřaček je úspěch i to, když kouření omezí“. Při vyhotovování byly zarážející 3 odpovědi, které se vyjímaly – „takové matce bych urazila obě ruky“,

*„když jí není špatně“ a „kouřila jsem při minulém těhotenství a mám zdravého chlapečka s porodní váhou 3410g“.*

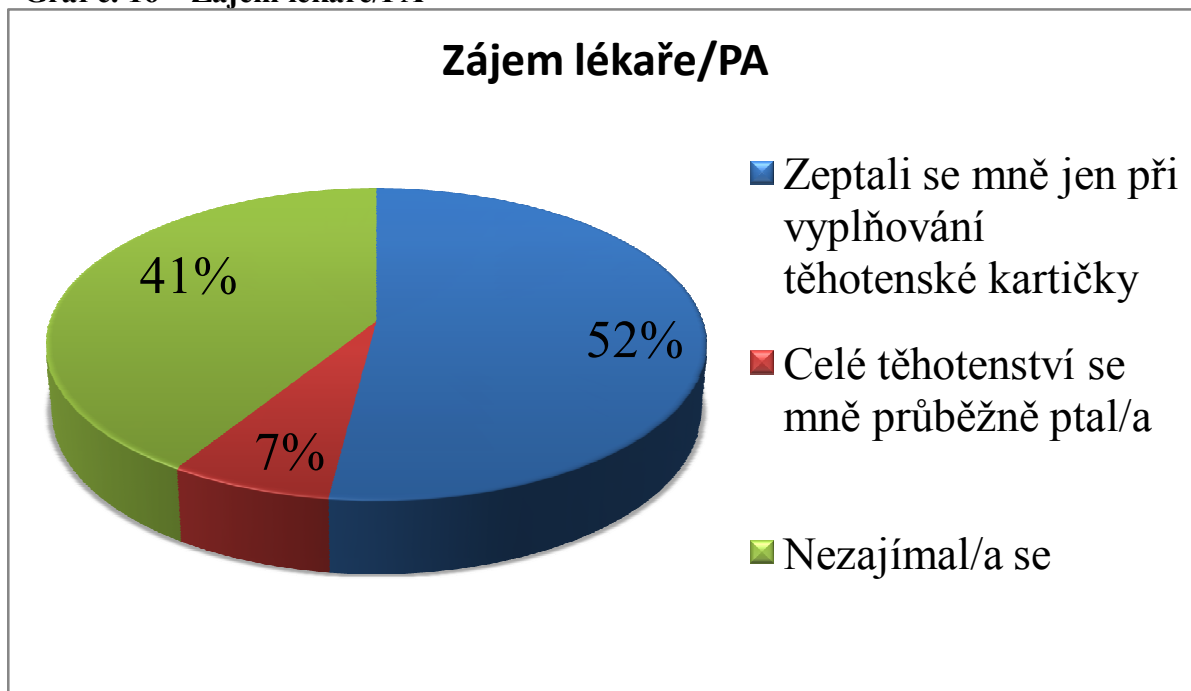
Dotazníková položka 16: Zajímal se Váš gynekolog či porodní asistentka/sestra při pravidelných těhotenských prohlídkách zda kouříte v průběhu těhotenství?

**Tabulka č. 16 – Zájem lékaře/PA**

Zájem lékaře/PA	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Zeptali se mně jen při vyplňování těhotenské kartičky	52	52
Celé těhotenství se mně průběžně ptal/a	7	7
Nezajímal/a se	41	41
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

*Zdroj: vlastní*

**Graf č. 16 – Zájem lékaře/PA**



*Zdroj: vlastní*

#### **Komentář:**

V otázce, zaměřené na zájem gynekologa a porodní asistentky o kuřáctví jejich klientek odpovědělo 52 (52 %) žen, že byly dotázány jen při vyplňování těhotenské průkazky. Překvapivé byly odpovědi 41 (41 %) dotazovaných, které zvolily možnost „nezajímal/a se“. Pouze u 7 (7 %) rodiček se lékař či PA zajímal/a průběžně celé těhotenství, zda žena kouří.

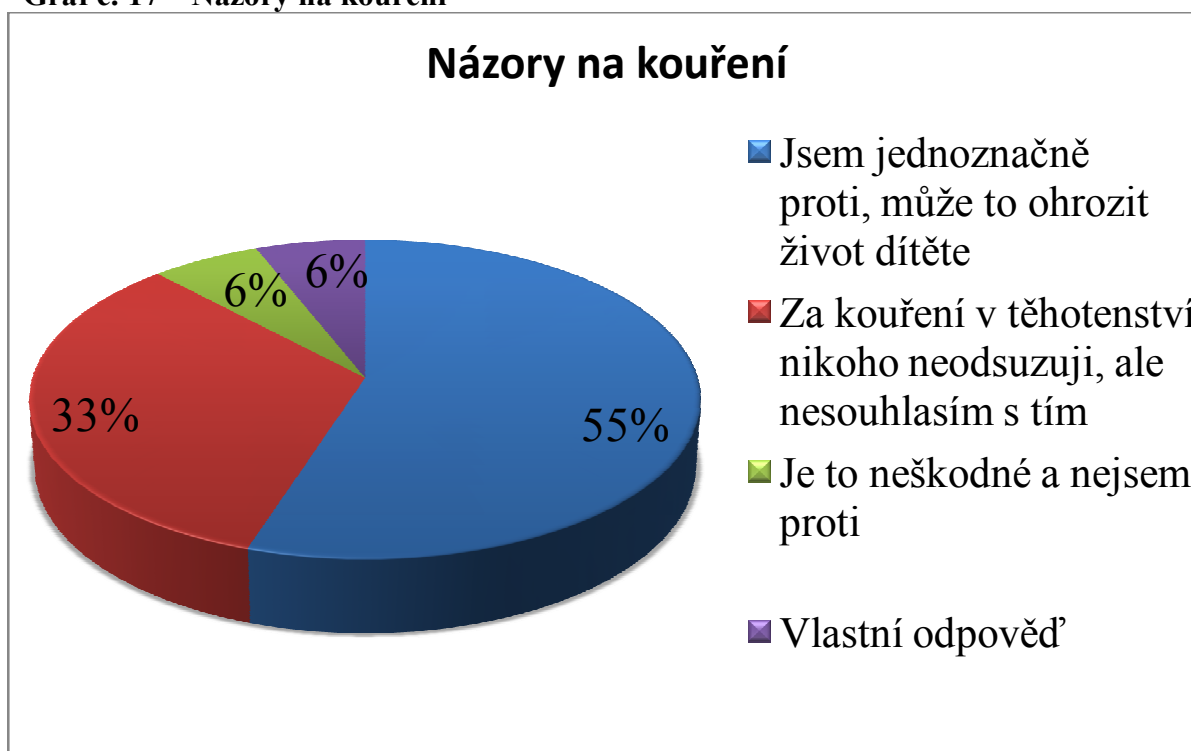
Dotazníková položka 17: Jaký máte názor na kouření v těhotenství?

**Tabulka č. 17 – Názory na kouření**

Názory na kouření	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Jsem jednoznačně proti, může to ohrozit život dítěte	55	55
Za kouření v těhotenství nikoho neodsuzuji, ale nesouhlasím s tím	33	33
Je to neškodné a nejsem proti	6	6
Vlastní odpověď	6	6
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

*Zdroj: vlastní*

**Graf č. 17 – Názory na kouření**



*Zdroj: vlastní*

**Komentář:**

Touto dotazníkovou položkou byl zjišťován postoj žen ke kouření v těhotenství. Z celkového počtu 100 dotázaných bylo 55 (55 %) z nich totožného názoru, že kouření může ohrozit život dítěte a nesouhlasí s tím. Další početnou skupinou byly ženy, které s tímto počínáním sice nesouhlasí, ale nikoho za to neodsuzují. Takto odpovídalo 33 (33 %) respondentek. Názor, že kouření je neškodné, sdílelo 6 (6 %) dotazovaných

a také to bylo u možnosti vlastní odpovědi. Zde se objevily odpovědi typu „*neměla by*“, „*je to strašné, když těhotná kouří, chudák dítě!!*“, ale i „*v pohodě, skoro*“.

Dotazníková položka 18: Myslíte si, že by kuřačka měla přestat kouřit v těhotenství, když se projeví abstinenční příznaky?

**Tabulka č. 18 – Přestat kouřit v těhotenství?**

Přestat kouřit v těhotenství?	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Ano, toxické látky jsou větší riziko než abstinenční příznaky	53	53
Záleží na velikosti závislosti (do 5 cigaret denně je to v pořádku)	16	16
Ne, plod je zvyklý na nikotin, víc by mu to ublížilo	16	16
Vlastní odpověď	15	15
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

*Zdroj: vlastní*

**Graf č. 18 – Přestat kouřit v těhotenství?**



*Zdroj: vlastní*

#### **Komentář:**

Názor 53 (53 %) dotazovaných je takový, že těhotná žena by měla přestat kouřit, i když se dostaví abstinenční příznaky, jelikož toxické látky obsažené v cigaretě jsou pro plod větší riziko. Shodný počet žen – 16 (16 %) zvolilo možnosti b) a c), tedy: „záleží na velikosti závislosti a kolik cigaret denně žena vykouří. Pokud nevykouří

*více než 5 cigaret denně, myslím si, že není nutné přestat s kouřením“ a „plod je na přísun nikotinu již zvyklý, mohlo by mu to ještě více ublížit“.* Patnáct (15 %) respondentek zvolilo možnost vlastního vyjádření. Kuřačky, i nekuřačky, které to znaly ze svého okolí, nejčastěji psaly, že jim bylo lékařem doporučeno, aby kouřily dál, čímž naráží na problém, který byl řešen i v teoretické části bakalářské práce. Mimo jiné, několik rodiček zmínilo náhradní nikotinovou terapii jako možnost, vyhnout se abstinčním příznakům a ušetřit dítě kouření.



## 6.2 Určeno kuřačkám a bývalým kuřačkám

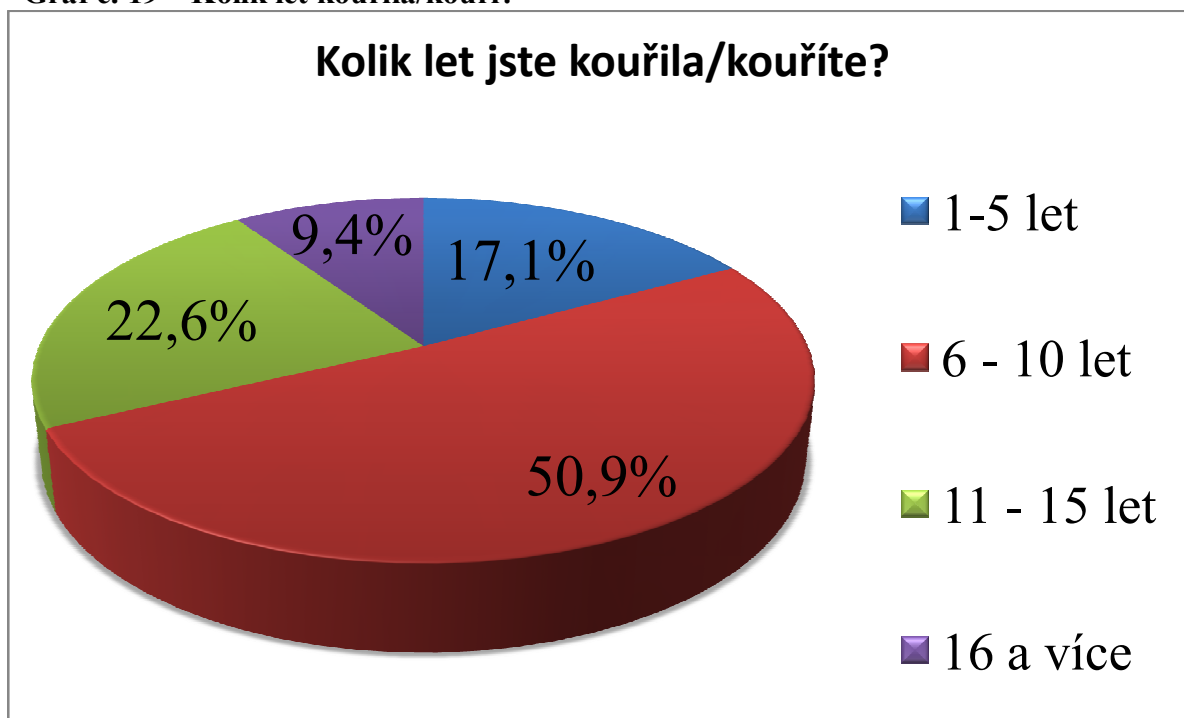
Dotazníková položka 19: Kolik let jste kouřila/kouříte?

Tabulka č. 19 – Kolik let kouřila/kouří?

Kolik let jste kouřila/kouříte?	Absolutní četnost	Relativní četnost %
1 – 5 let	9	17,1
6 – 10 let	27	50,9
11 – 15 let	12	22,6
16 a více	5	9,4
<b>Celkem</b>	<b>53</b>	<b>100%</b>

*Zdroj: vlastní*

Graf č. 19 – Kolik let kouřila/kouří?



*Zdroj: vlastní*

### Komentář:

V otázce číslo 19 bylo zjišťováno, kolik let ženy kouří/kouřily. Do kolonky v dotazníku vypsaly počet let a v tabulce a grafu byly vytvořeny 4 skupiny počtů let. Z celkového počtu 53 kuřaček a bývalých kuřaček jich nejvíce, přesně 27 (50,9 %), kouřilo 6 – 10 let. Těch žen, které kouřily 11 – 15 let bylo 12 (22,6 %). Ne více než 5 let si cigaretu vychutnávalo 9 (17,1 %) dotázaných a nejméně bylo těch, jež kouřily 16 a více let, přesně 5 (9,4 %).

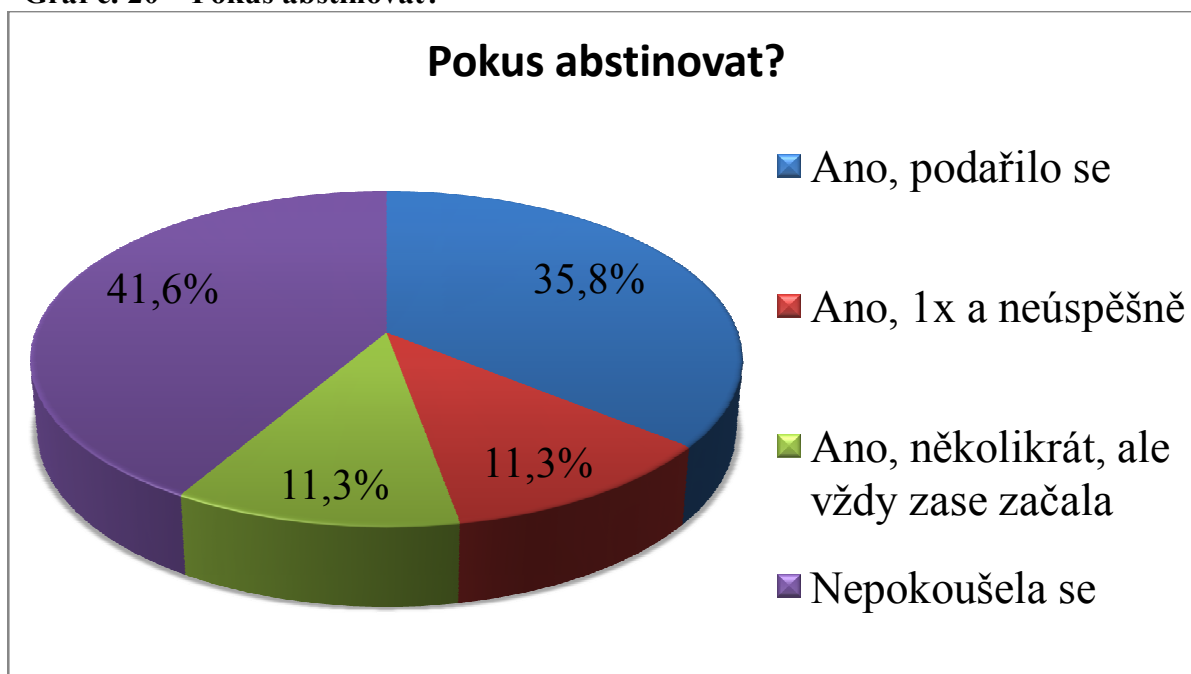
Dotazníková položka 20: Pokoušela jste se přestat s kouřením v těhotenství?

**Tabulka č. 20 – Pokus abstinovat?**

Pokus abstinovat?	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Ano, podařilo se	19	35,8
Ano, 1x a neúspěšně	6	11,3
Ano, několikrát, ale vždy zase začala	6	11,3
Nepokoušela se	22	41,6
<b>Celkem</b>	<b>53</b>	<b>100%</b>

*Zdroj: vlastní*

**Graf č. 20 – Pokus abstinovat?**



*Zdroj: vlastní*

### **Komentář:**

Jak je vidět v grafu č. 20, 22 (41,6 %) a tedy nejvíce žen se s kouřením nikdy nepokoušelo přestat. Na druhé straně se o to 31 (58,4 %) kuřáček pokusilo, s různými výsledky. Devatenáct (35,8 %) dotázaných s kouřením úspěšně přestalo. Šest (11,3 %) respondentek se o to pokoušelo jen jednou, ale neúspěšný pokus je odradil od dalších pokusů. Ten samý počet žen se o to pokoušelo už několikrát a vždy se stejným koncem – zase začaly kouřit.

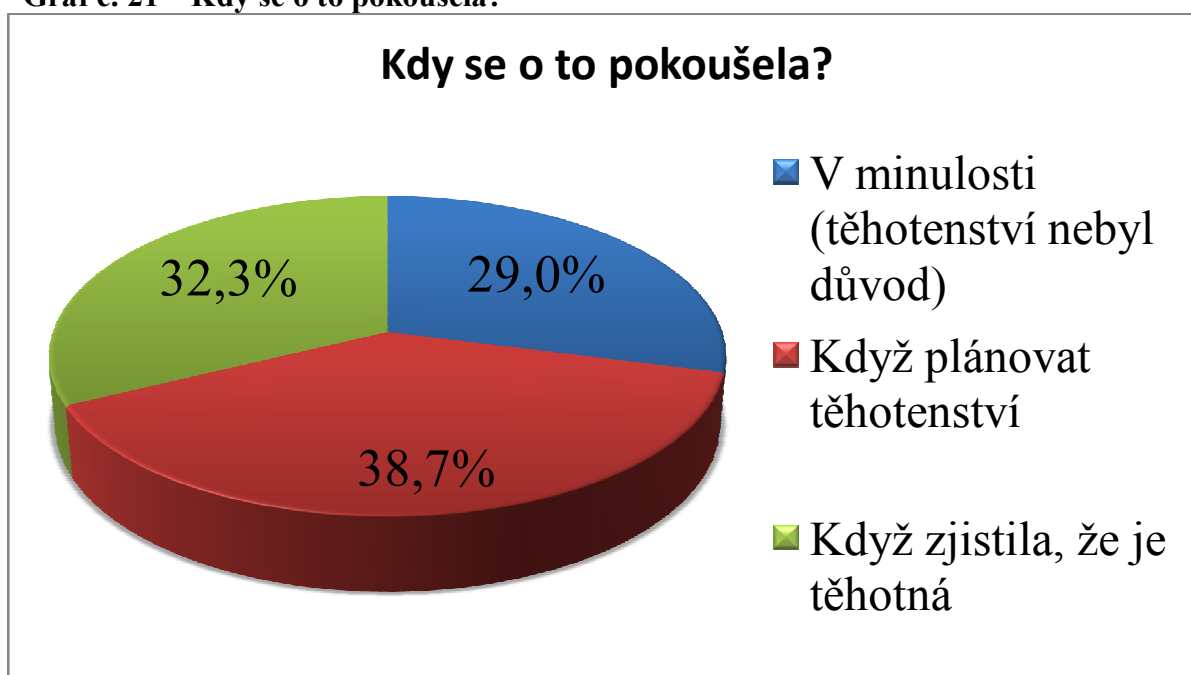
Dotazníková položka č. 21: Kdy jste se pokoušela přestat?

**Tabulka č. 21 – Kdy se o to pokoušela?**

Kdy se o to pokoušela?	Absolutní četnost	Relativní četnost %
V minulosti (těhotenství nebyl důvod)	9	29,0
Když plánovat těhotenství	12	38,7
Když zjistila, že je těhotná	10	32,3
<b>Celkem</b>	<b>31</b>	<b>100%</b>

*Zdroj: vlastní*

**Graf č. 21 – Kdy se o to pokoušela?**



*Zdroj: vlastní*

**Komentář:**

Díky této otázce bylo zmapováno, kdy se oněch 31 kuřáček, z celkového počtu 53, v minulosti rozhodlo přestat kouřit. Nejvíce žen, přesně 12 (38,7 %), k tomuto rozhodnutí dospělo, když začalo plánovat rodičovství. V závěsu je 10 (32,3 %) respondentek, které přestaly kouřit, až při zjištění gravidity. Pouze 9 (29 %) dotázaných přestalo kouřit nezávisle na těhotenství. Z tohoto zjištění vyplývá, dítě je pro ženy jednou z největších motivací k zanechání kouření.

### 6.3 Pro kuřačky v těhotenství

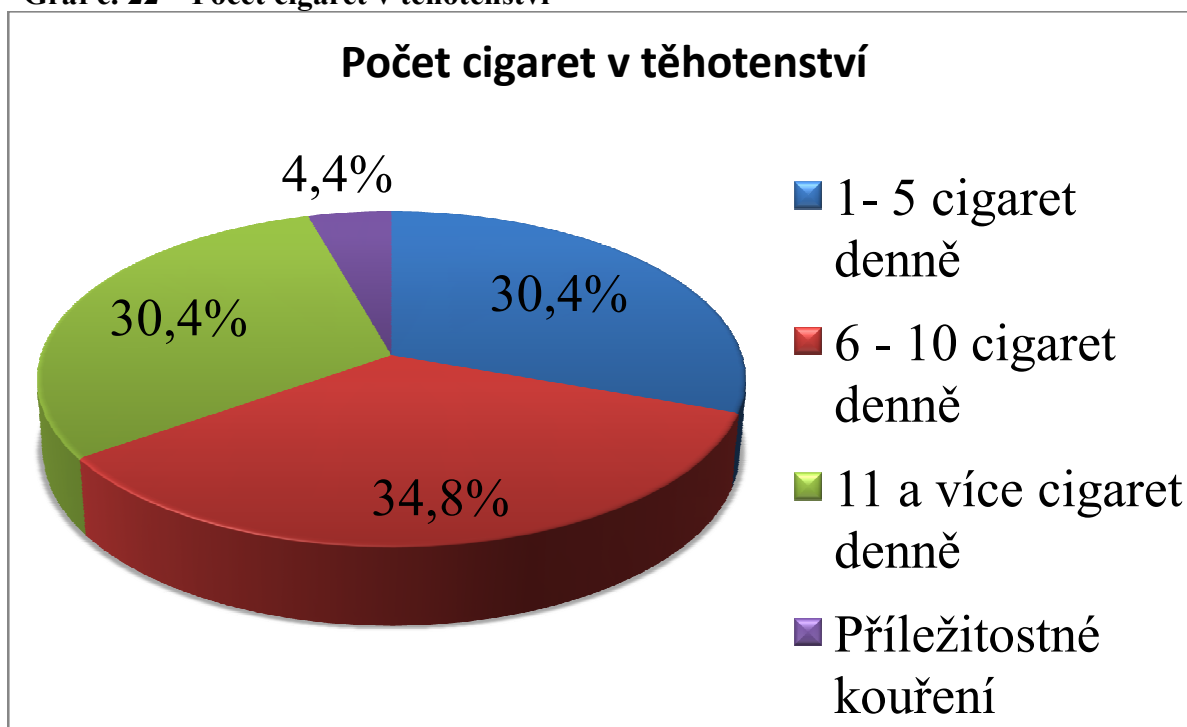
Dotazníková položka 22: Kolik cigaret vykouříte za den v těhotenství? (0 – 100)

Tabulka č. 22 – Počet cigaret v těhotenství

Počet cigaret v těhotenství	Absolutní četnost	Relativní četnost %
1– 5 cigaret denně	7	30,4
6 – 10 cigaret denně	8	34,8
11 a více cigaret denně	7	30,4
Příležitostné kouření	1	4,4
<b>Celkem</b>	<b>23</b>	<b>100%</b>

*Zdroj: vlastní*

Graf č. 22 – Počet cigaret v těhotenství



*Zdroj: vlastní*

#### Komentář:

Otázkou 22 bylo zjištěno, kolik cigaret denně vykouřilo 23 (100 %) žen, které v dotazníkovém šetření přiznalo kouření v těhotenství. Z tabulky a grafu vyplývá, že počet slabých a silných kuřaček v těhotenství je v tomto šetření stejný – 7 (30,4 %). Střední kuřačky jsou v popředí svým počtem - 8 (34,8 %) žen. Jedna respondentka (4,4 %) přiznala příležitostné kouření, v dotazníku udala 1 cigaretu týdně.

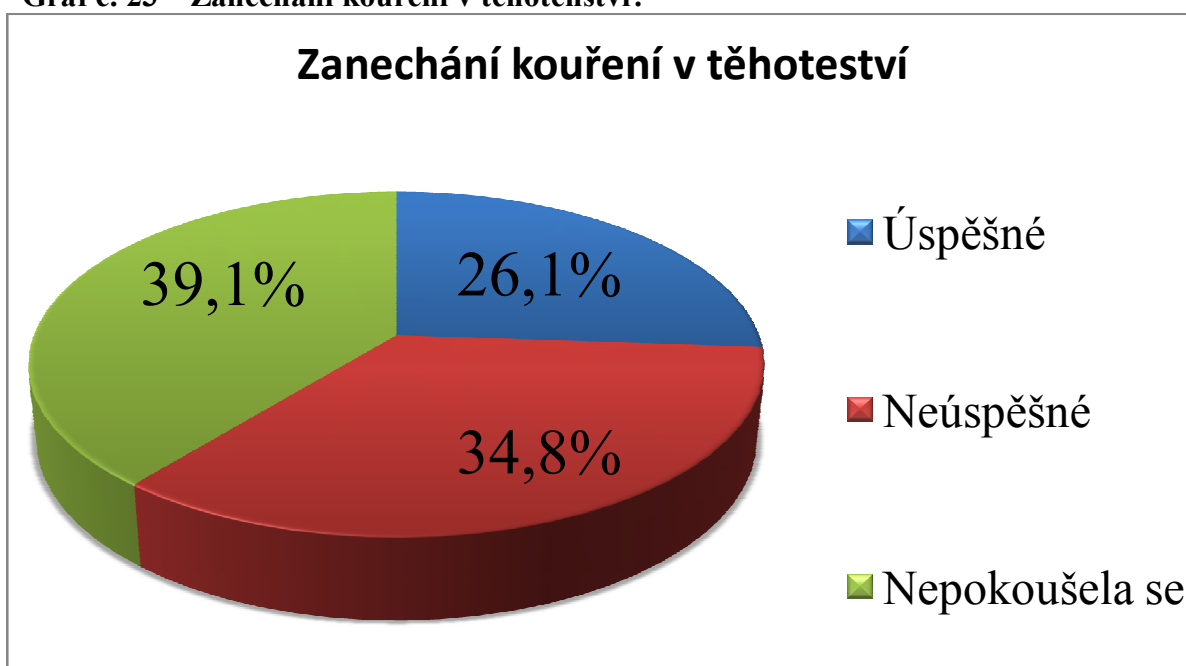
Dotazníková položka 23: Snažila jste se s kouřením přestat v těhotenství?

**Tabulka č. 23 – Zanechání kouření v těhotenství?**

Zanechání kouření v těhotenství?	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Úspěšné	6	26,1
Neúspěšné	8	34,8
Nepokoušela se	9	39,1
<b>Celkem</b>	<b>23</b>	<b>100%</b>

*Zdroj: vlastní*

**Graf č. 23 – Zanechání kouření v těhotenství?**



*Zdroj: vlastní*

**Komentář:**

Z celkového počtu 23 kouřících žen v těhotenství se jen 14 pokoušelo o abstinenci. Pouze 6 (26,1 %) pokusů bylo úspěšných a dotazované přestaly se svým zlozvykem v průběhu těhotenství. Neúspěšných pokusů bylo 8 (34,8 %), ale alespoň se pokusily. Na druhé straně 9 (39,1 %) rodiček se ani nesnažilo uchránit své dítě ode všech možných komplikací, které jsou s kouřením spojené.

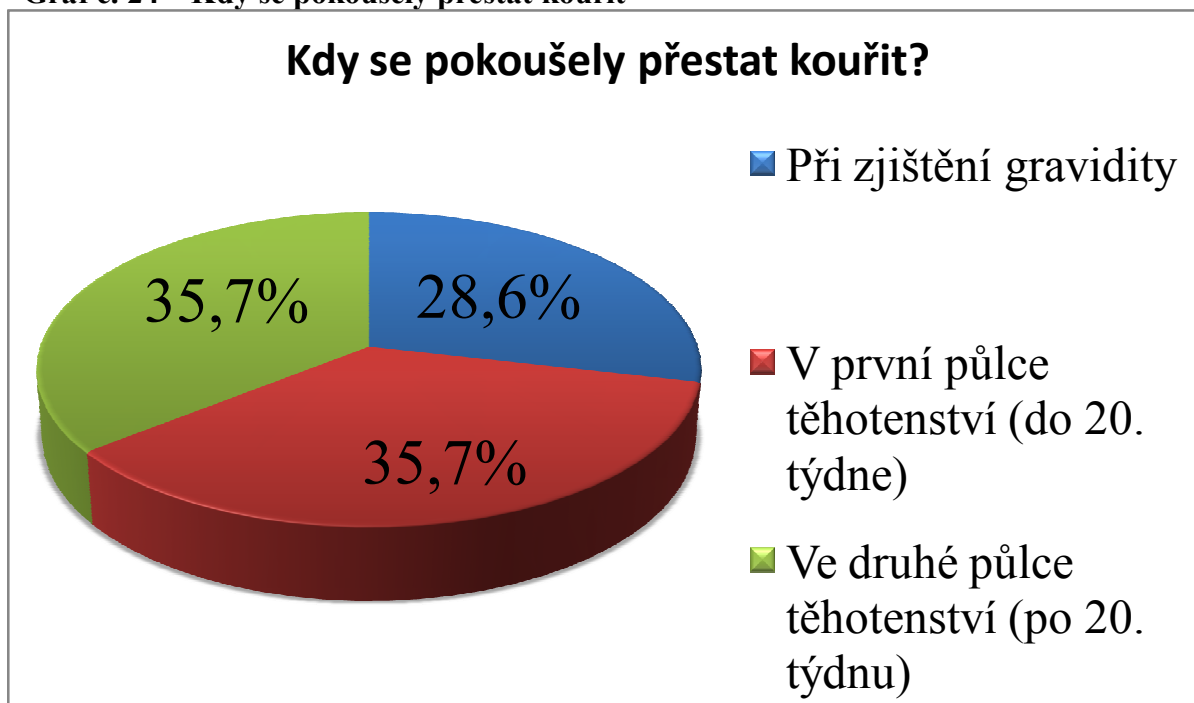
Dotazníková položka č. 24: Uveďte prosím, kdy v těhotenství jste přestala/jste se pokoušela přestat s kouřením:

**Tabulka č. 24 – Kdy se pokoušely přestat kouřit**

Kdy se pokoušely přestat kouřit?	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Při zjištění gravidity	4	28,6
V první půlce těhotenství (do 20. týdne)	5	35,7
Ve druhé půlce těhotenství (po 20. týdnu)	5	35,7
<b>Celkem</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>

*Zdroj: vlastní*

**Graf č. 24 – Kdy se pokoušely přestat kouřit**



*Zdroj: vlastní*

**Komentář:**

Výše zmíněný počet čtrnácti žen, které se pokoušely přestat s kouřením, je téměř rozdělený na třetiny podle toho, ve kterém období se o to snažily. Čtyři (28,6 %) dotázané začaly s abstinencí při diagnostice gravidity. Pět (35,7 %) rodiček své snahy započaly v první půlce těhotenství a stejný počet ve druhé půlce. Bohužel jen 6 pokusů bylo úspěšných, jak vyplývá z předchozího dotazníkového šetření.

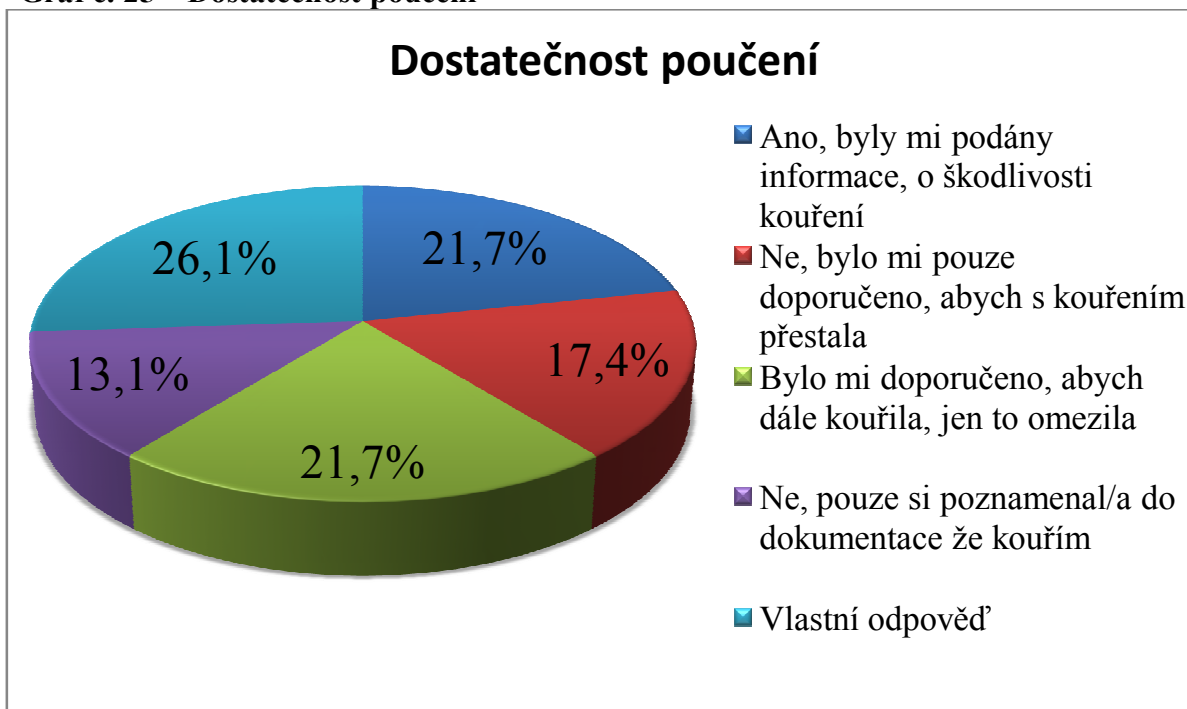
Dotazníková položka 25: Byla jste poučena Vaším lékařem nebo porodní asistentkou (sestrou) o rizicích kouření v těhotenství?

**Tabulka č. 25 – Dostatečnost poučení**

Dostatečnost poučení	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Ano, byly mi podány informace, o škodlivosti kouření	5	21,7
Ne, bylo mi pouze doporučeno, abych s kouřením přestala	4	17,4
Bylo mi doporučeno, abych dále kouřila, jen to omezila	5	21,7
Ne, pouze si poznamenal/a do dokumentace že kouřím	3	13,1
Vlastní odpověď	6	26,1
<b>Celkem</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>

*Zdroj: vlastní*

**Graf č. 25 – Dostatečnost poučení**



*Zdroj: vlastní*

**Komentář:**

Touto dotazníkovou položkou byla zjišťována úroveň poskytování informací lékařem či porodní asistentkou těhotné kouřící ženě. Veškeré potřebné informace o škodlivosti kouření pro plod a na celý průběh gravidity byly podány 5 (21,7 %) ženám. Ve čtyřech (17,4 %) případech gynekolog/PA pouze doporučili s kouřením přestat. Na druhé straně,

5 (21,7 %) dotazovaných odpovědělo, že jim bylo doporučeno, aby nadále kouřily, jen se to pokusily omezit. Pouze u 3 (13,1 %) respondentek se lékař, ani PA, o její kouření nezajímali, jen tento stav poznamenali do dokumentace. Možnost se k této otázce vyjádřit zvolilo 6 (26,1 %) dotázaných. Zde se v převážné většině vyskytovaly odpovědi typu: *„můj ošetřující gynekolog se mě na kouření neptal, předpokládal zřejmě, že těhotné ženy nekouří“*.



## 7 DISKUZE

### 7.1 Porovnání výsledků s jinými výzkumy

Výsledky cílů této bakalářské práce byly porovnány s průzkumy jiných autorů, kteří se ve svých výzkumech zabývali podobnými nebo stejnými tématy. První cíl byl zjistit informovanost těhotných žen o škodlivosti kouření v těhotenství. Z dotazníkového šetření vyplývá, že ze 100 dotázaných žen jich 51 % dostalo všechny potřebné informace, 25 % bylo informováno jen velice málo, 8 % žen nebylo informováno vůbec a 16 % dotázaných se o tuto problematiku nezajímalo, a tedy informace nepotřebovalo. Autorka Vnenčáková (2012, s. 36) ve své práci uvádí dostatečnou informovanost u 73 % respondentek a neinformovanost u 59 respondentek. Tyto výsledky jsou v porovnání dosti odlišné. Je nutné však dodat, že její počet respondentů byl 215. Kinterová (2012, s. 49) vyzkoumala, z celkového počtu 70 dotázaných, dostatečnou informovanost u 51,43 % žen, nedostatečnou obeznámenost u 31,43 % rodiček a u 17,14 % respondentek nezáměr o toto téma. **Při porovnání s výsledky dotazníkového šetření této práce jsou závěry téměř totožné. Ve všech třech šetření byl nejčastějším zdrojem informací internet, kde se ženy dovídaly vše potřebné a předávaly si své zkušenosti, ale nemusí to být vždy k prospěchu vzhledem ke klamným a neúplným informacím.** V dotazníkovém šetření k této bakalářské práci bylo překvapivé zjištění, že gynekolog, jako zdroj informací, slouží ženám jen v 6,4 % a předporodní kurz nebo porodní asistentka ve 2,0 %. Kolichová (2011, s. 43) uvádí ze 100 respondentek 10 % žen poučených lékařem a 6 % v předporodním kurzu. Autorka Kinterová (2012, s. 47) vyzkoumala z 223 odpovědí 3,14 % informovaných žen od doktora a 8,52 % od porodní asistentky nebo z předporodní přípravy. **Ze srovnání těchto dvou výsledků je patrný nízký počet žen, které byly informovány o škodlivosti kouření svým gynekologem nebo porodní asistentkou.**

Druhým cílem byl úkol zjistit postoj těhotných žen k problematice kouření v těhotenství. Tento cíl byl zkoumán otázkami, zda může podle názoru respondentek těhotná kouřit, jaký mají názor na kouření a jestli si myslí, že by měla kuřačka přestat s kouřením, i když se projeví abstinenci příznaky. První otázkou bylo zjištěno, že ze 100 rodiček si 57 % myslí, že těhotná žena kouřit nesmí. Podle 12 % žen slabé denní kouření (do 5 cigaret) nevadí. Znepokojující počet, 6 % žen, si myslím, že neomezené kouření je v pořádku. Zbýlých 25 % žen si zvolilo vlastní možnost vyjádření, kde se nejčastěji

objevovala odpověď „neměla by“. Podle průzkumu Vnenčákové (2012, s. 35) si 72 % gravidních z 215 myslí, že žena v těhotenství kouřit nesmí. Dvacet čtyři procent žen je toho názoru, že žena občas kouřit může. Na tuto otázku nevěděla 3 % rodiček jak odpovědět a pouze podle 1 % žen může být kouření v graviditě neomezené. Výsledky Vnenčákové jsou jistě pozitivnější. Druhou otázkou bylo zjištěno, že 55 % těhotných za 100 nesouhlasí s kouřením v těhotenství a že to může ohrozit život dítěte. Třicet tři procent žen, tato početná skupina, s kouřením v graviditě sice nesouhlasí, ale kuřačky neodsuzují za jejich zlozvyk a 6 % dotázaných sdílelo názor, že kouření není neškodně a nejsou proti tomu. Dalších 6 % zvolilo vlastní odpověď. Většina z nich bylo negativního charakteru k této problematice. Kinterová (2012, s. 50) došla ve své práci k výsledku, že 62,86 % žen, z celkového počtu sedmdesáti dotázaných, je zásadně proti kouření v graviditě a 37,14 % rodiček za tento zlozvyk těhotné neodsuzují, ale nesouhlasí s tím. **Tyto studie dosáhly v porovnání podobných výsledků, jen Kinterová ve své skupině respondentek neměla nikoho, kdo by souhlasil s tímto nešvarem. To, že s kouřením v těhotenství většina gravidních nesouhlasí, může být způsobené tím, že většina žen, i bývalé kuřačky, v graviditě již nekouří.** Poslední otázkou, zkoumající tento cíl, byl zjištěn počet 53 % dotázaných, které si myslí, že by těhotná měla přestat kouřit, i přes abstinenci příznaky. Šestnáct procent žen by abstinenci nevolilo, jelikož je plod na přísun nikotinu zvyklý a podle stejného počtu žen (16 %) záleží na počtu denně vykouřených cigaret (do 5 cigaret denně je to v pořádku). Vlastní vyjádření zvolilo 15 % gravidních žen a nejčastější odpověď byla, že jim bylo lékařem doporučeno nadále kouřit. Ve výzkumu Kinterové (2012, s. 51) uvedlo 72,86 % dotázaných, že by těhotná měla přestat kouřit i přes dostavení abstinenci příznaků. To, že záleží na počtu cigaret, odpovědělo 18,57 %. Zbylý počet žen (8,57 %) zvolilo možnost nepřestávat s kouřením. **Z těchto srovnání je patrné, že výsledky jsou odlišné. Odlišné výsledky mohou být způsobené menším počtem respondentek, jelikož Kinterová měla 70 vyplněných dotazníků. Jako další faktor zde může působit místo šetření. Tento průzkum byl přes internet a tedy po celé ČR, Kinterová měla respondentky z ambulancí Krajské nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně. Zde lékaři nemusí zastávat názor, že ženy by měly v těhotenství nadále kouřit a tyto informace mohou předávat ženám.**

Posledním cílem bylo zjistit, ve sledované skupině sta žen, poměr kuřaček a nekuřaček. Průzkumem byl zjištěn počet kouřícími a nekuřícími žen v těhotenství. Sedmdesát sedm procent těhotných nekouřilo a 23 % respondentek naopak kouřilo. Autorka Vnenčáková

(2012, s. 31) také zkoumala tento poměr a její výsledky jsou podobné. Kouřících těhotných se v jejím výzkumu objevilo 19 % a nekouřících 81 %. Počet jejich respondentek byl ovšem 215, jak už jsem zmiňovala výše. Lacinová (2008, s. 46) měla ve svém dotazované skupině 49 žen, z nichž 71,42 % v graviditě nekouřilo a naopak 28,58 % žen tento zlozvyk nezařadilo ani v těhotenství. Z dotazníkového šetření Kolichové (2011, s. 39) vyšlo, že ze sta rodiček jich 83 % nekouřilo během těhotenství. Na druhé straně bylo 17 % žen, jež s kouřením pokračovaly i přes graviditu. **Výsledky těchto výzkumů jsou přibližně stejně s výsledkem této bakalářské práce. Pouze autorka Lacinová měla ve výsledcích vyšší počet kouřících žen v těhotenství. To mohlo být zapříčiněné nízkým počtem dotazovaných.**

## 7.2 Doporučení pro praxi

Kouření je velice rozšířený trend, jak může dokázat i dotazníkové šetření, ze kterého vyplývá, že zkušenost s cigaretami mělo 53% dotazovaných žen ze 100. Spousta žen se rozhodla přestat s kouřením v době, kdy zjistily, že jsou těhotné. Přesně 32,3 % z 31 kuřáček, které se pokoušely přestat s kouřením. Jenže přestat s kouřením až v téhle chvíli je pozdě. Kouření a chemické látky v kouři obsažené ovlivňují i celý proces reprodukce, to jak u ženy, tak u muže. Proto by bylo dobré, o téhle problematice přednášet na středních a vysokých školách, aby mladí lidé získali povědomí o tom, jaký vliv má kouření na reprodukční zdraví.

V dotazníkovém šetření byl zjištěn i počet žen kouřících v těhotenství, přesně 23 % ze 100 dotázaných. Z celkového počtu respondentek však jen 51 % gravidních uvedlo dostatečnou informovanost. Šokující byl počet žen, které informace dostaly od svého gynekologa, jejich počet byl jen 6,4 %. Ženy nemají všechny potřebné informace, jaké komplikace může způsobit kouření v těhotenství a co tento nešvar může udělat jejich dítěti. Z tohoto důvodu byl vytvořen Informační poster (PŘÍLOHA P IV), který by mohl být v ordinacích gynekologů a informovat tak matky o všech rizicích.

## ZÁVĚR

Bakalářská práce je zaměřena na Kouření v těhotenství. V praktické části byly stanoveny 3 cíle: zjistit informovanost těhotných o škodlivosti kouření v jejich stavu, jejich postoj k této problematice a poměr kuřáček a nekuřáček v období gravidity.

**Prvním cílem** byla, díky dotazníkovému šetření, vyzkoumána procenta informovaných a neinformovaných žen z celkového počtu 100 respondentek. Žen, které dostaly všechny potřebné informace, bylo 51 %. Dvacet pět procent bylo informováno jen velice málo a 8 % žen vůbec. O problematiku kouření v těhotenství se nezajímalo 16 % žen, a tedy nepotřebovalo žádné informace. Z tohoto vyplývá, že informovanost není dostačující.

To může být příčina odpovědí, které byly v dotazníku vyplněny u otázky č. 7 a 8. Zde měly matky vybrat všechny možné onemocnění, které může kouření způsobit jejich plodu in utero. Ze 100 dotazovaných jich jen 70 odpovědělo, že kouření může způsobit hypoxii plodu, 81 si také myslelo, že nízkou porodní hmotnost a 60 k tomu vybralo ještě vrozené vývojové vady. Odpověď nevím zvolilo 8 žen a chybnou odpověď, že kouření nemá na plod žádný vliv, zvolila 1 žena. Poslední možnost byla vysoká porodní hmotnost a tu nevybrala žádná z dotazovaných. Důkazem nedostatečné informovanosti je to, že ani u jedné správné odpovědi nebyl počet vybrání 100. V druhé otázce, ve které měly ženy za úkol vybrat možné komplikace způsobené kouřením v těhotenství, bylo ze 182 odpovědí pouze 4,4 % pro mimoděložní těhotenství, 28,6 % pro spontánní potrat, 18,7 % pro předčasné odloučení placenty a 31,3 % pro předčasný porod. Chybné odpovědi jako snížené množství plodové vody (1,1 %) a kouření nemá žádný vliv na průběh těhotenství (1,1 %) zvolilo poměrně málo žen, ale zvolilo je. Problém vidím v počtu 14,8 % odpovědí, které patřilo možnosti „nevím“. Z tohoto vyplývá, že 83 % vybraných možností bylo správně a 17 % špatně, ale opět se dostávám k tomu, že u správných odpovědí nebyla celá stovka vybrání. Například mimoděložní těhotenství zvolilo pouze 8 respondentek. Příčina toho může být i nejčastější pramenem informací, kde se těhotné dozívají potřebné, a to internet. Gynekolog a porodní asistentka, kteří by měli být nejhlavnějším zdrojem informací pro těhotnou ženu, se umístili na posledních místech. Jako velký problém navíc vidím, že gravidním ženám je v ambulancích často doporučováno, aby s kouřením nadále pokračovaly, i v těhotenství. Cíl číslo 1 byl splněn.

**Cílem číslo 2**, kterým byl zjišťován postoj žen ke kouření v graviditě, bylo zjištěno, že více než polovina dotázaných je jednoznačně proti kouření v těhotenství.

Ale i zde se objevily ženy, které zvolily odpověď, že kouření je neškodné a nejsou tedy proti kouření v graviditě. Z další otázky je zase zřejmé, že podle 57 žen ze 100 těhotná nesmí kouřit. Podle názoru šesti žen kouřit může neomezeně. Další otázka poukazuje na názor 53 žen, podle kterých by těhotná žena měla přestat kouřit, když se u ní objeví abstinenční příznaky. Z těchto odpovědí vyplývá, že polovina těhotných má ke kouření negativní vliv a podle jejich názorů by těhotné tohoto zlovyku měly zanechat. Zbytek žen už je ke kouření více tolerantní. I toto zjištění může být způsobené nedostatkem informovanosti. Cíl číslo 2 byl splněn.

**Ve třetím cíli** měl být stanoven poměr kouřících a nekouřících žen v těhotenství. Jak už bylo zmíněno v diskuzi, 77 % žen, které se zúčastnily dotazníkového šetření, v těhotenství nekouřilo a 23 % ano. Největší zastoupení měly kuřačky ve střední kategorii, tedy 6 – 10 cigaret denně a to 34,8 % z oněch 23 žen. Z tohoto počtu těhotných se 39,1 % ani nepokoušelo přestat se svým zlovykem a pouze 26,1 % se to v průběhu těhotenství podařilo. Zde může být příčinou znovu nedostatek informací. Cíl číslo 3 byl splněn.

Jak je psané v mottu, přestat kouřit je snadné, ale ne každému se podaří zůstat nekuřákem. Pro většinu žen je těhotenství dostatečný důvod s tímto zlovykem přestat, najdou se však i takové, které si pořád ještě myslí, že kouření v graviditě je v pořádku a není to pro ně taková motivace, aby přestaly. Kdyby jejich plody mohli mluvit, určitě by je poprosili, aby jim do břicha poslaly raději něco zdravějšího než všechny ty škodlivé plyny a látky, které jsou v cigaretovém kouři obsaženy. Důležitá je určitě i informovanost od těch nejpovolanějších lidí, od gynekologa a porodní asistentky. Z této strany je informovanost nedostačující.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

1. CRHA, Igor a Drahoslava HRUBÁ, 2000. 1. vyd. V Brně: Lékařská fakulta Masarykovy univerzity, 54 s. Edice kontinuálního vzdělávání v medicíně, 4. ISBN 80-210-2284-1.
2. ČECH, Evžen et al., 1999. *Porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 432 s. ISBN 80-716-9355-3.
3. *Evropské výběrové šetření o zdraví v České republice EHIS 2008*, 2011. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 240, 32 p. ISBN 80-728-0916-4.
4. GANERI, Anita, 2001. *Drogy: od extáze k agonii*. 1. vyd. Praha: Ivo Železný, 149 s. Alfabet. ISBN 80-862-9970-8
5. HÁJEK, Zdeněk, 2004. *Rizikové a patologické těhotenství*. 1. vyd. Praha: Grada, 444 s. ISBN 80-247-0418-8.
6. HRUBÁ, Drahoslava, 2013. *Epigenetické účinky cigaretového kouře v procesu karcinogeneze*. In *Hygiena*, Praha: Státní zdravotní ústav, roč. 58, č. 4, s. 167-170. ISSN 1802-6281.
7. HRUBÁ, Drahoslava, 2001. *Kouření je největší preventabilní riziko poruch reprodukce*. In *Praktická gynekologie*, Brno: Medica Publishing and Consulting, s.r.o., roč. 5, č. 2, s. 35-37. ISSN 1211-6645.
8. HRUBÁ, Drahoslava, 2007. *Proč nekouřit v těhotenství – nové poznatky o účincích nikotinu*. In *Praktická gynekologie*. roč. 3, č. 11, s. 132-134. ISSN 1211-6645.
9. HRUBÁ, Drahoslava, 2011. *Riziko kouření v těhotenství se stále podceňuje. Tolerovat kouření v těhotenství je neodborné a neetické*. In *Praktická gynekologie*, Praha: Ambit Media, a.s., roč. 15, č. 1, s. 34-39. ISSN 1211-6645.
10. KINTEROVÁ, Ivana, 2012. *Povědomí těhotných žen o problematice kouření v těhotenství*. Zlín. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Vedoucí práce Mgr. Ludmila Reslerová, Ph.D.
11. KMEŤOVÁ, Alexandra a Eva KRÁLÍKOVÁ, 2011. *Nové zkušenosti s léčbou závislosti na tabáku díky spolupráci s Mayo Clinic, Nicotine Dependence Center, Rochester, MN, USA*. In *Časopis lékařů českých*, roč. 150, č. 2, s. 110-111.
12. KOLICHOVÁ, Šárka, 2011. *Kouření v těhotenství*. Brno. Bakalářská práce. Masarykova univerzita v Brně. Vedoucí práce Mgr. Blanka Trojanová.

13. KOZÁK, Jiří T, Ivan PFEIFER a Josef RICHTER, 1993. *Rizikový faktor kouření*. 1. vyd. Praha: KPK, 242 s. Zdravotnické aktuality Ministerstva zdravotnictví ČR. ISBN 80-852-6742-X.
14. KRÁLÍKOVÁ, Eva, 2010. *Evropská síť prevence kouření*. In Časopis lékařů českých, Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 2010, roč. 149, č. 1, s. 49. ISSN: 1210-7816
15. KRÁLÍKOVÁ, Eva a Jiří T KOZÁK, 2003. *Jak přestat kouřit*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Maxdorf, 130 s. ISBN 80-859-1268-6.
16. KRÁLÍKOVÁ, Eva et al., 2005. *Telefonní linky jako součást komplexní nabídky služeb pro odvykání kouření*. In Časopis lékařů českých, roč. 144, č. 8, s. 573-575. ISSN: 0008-7335.
17. KRÁLÍKOVÁ, Eva et al., 2013. *Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba*. 1. vyd. Břeclav: Adamira, 503 s. ISBN 978-809-0421-745.
18. KUDELA, Milan, 2011. *Základy gynekologie a porodnictví: pro posluchače lékařské fakulty*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 273 s. ISBN 9788024419756.
19. LACINOVÁ, Hana, 2008. *Alkohol a kouření v těhotenství*. Zlín. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Vedoucí práce Mgr. Helena Krausová.
20. MACKAY, Judith a Michael P ERIKSEN, 2002. *The Tobacco atlas*. Geneva: World Health Organization, 126 s. ISBN 92 4156 209 9.
21. MAREČEK, Aleš a Jaroslav HONZA, 2005. *Chemie pro čtyřletá gymnázia*. 1. vyd. Olomouc: Nakladatelství Olomouc, 250 s. ISBN 80-718-2057-1.
22. MLČOCHOVÁ, Veronika a Klára PAPEŽOVÁ, 2011. *Kouření a výživa*. In Praktický lékař, Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, roč. 91, č. 3, s. 131-133. ISSN 0032-6739.
23. MLČOCHOVÁ, Veronika. *Zajímavosti o kouření / část první*. In Alergie, astma, bronchitida, Praha: TIGIS, 2, od s. 23-29, 7 s. 2012.
24. NECHANSKÁ, Blanka et al., 2012. *Rodičky užívající alkohol, tabák a nelegální drogy*. In Česká gynekologie, roč. 77, č. 5, s. 457-469. ISSN 1210-7832.
25. NEŠPOR, Karel a Ladislav CSÉMY, 2003. *Alkohol, drogy a vaše děti: jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat a jak je zvládat*. 5. vyd. Praha, 102 s. ISBN 80-260-3873-8.



26. NEŠPOR, Karel, Andrea SCHEANSOVÁ, 2011. *Alkohol, tabák a jiné návykové látky a reprodukční rizika*. In Časopis lékařů českých, roč. 150, č. 6, s. 339-343. ISSN 0008-7335.
27. NEŠPOR, Karel, 2009. *Pasivní kouření jinak*. In Časopis lékařů českých. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, roč. 148, č. 15, s. 364. ISBN: 1210-7816.
28. NOVÁK, Miroslav, 1980. *O kouření*. 1.vyd. Praha: Avicenum, 1980. ISBN 08-060-80.
29. PRIBIŠ, Peter, 2009. *Kouření "z třetí ruky"*. In Practicus: odborný časopis praktických lékařů. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, roč. 8, č. 6, s. 38. ISSN 1213-8711.
30. RITCHIE, Deborah, Amanda AMOS, Richard PHILLIPS a MARTIN, 2009. *Action to achieve smoke-free homes- an exploration of experts' views*. BMC Public Health [online]. vol. 9, issue 1, s. 112 [cit. 2013-11-25]. DOI: 10.1186/1471-2458-9-112. Dostupné z: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/112>
31. SAMARA, Ibrahim, Josef PLCH a Drahoslava HRUBÁ, 2011. *Pasivní kouření a otitis media*. In Praktický lékař, Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, roč. 91, č. 2, s. 68-72. ISSN 0032-6739.
32. SLEZÁK, Radovan a Aleš RYŠKA, 2006. *Kouření a dutina ústní*. 1. vyd. Praha: Česká stomatologická komora, 63 s. ISBN 80-903-6096-3.
33. TYLER, Andrew, 2000. *Drogy v ulicích: mýty, fakta, rady*. Praha: Ivo Železný. ISBN 80-237-3606-X.
34. VAVŘINKOVÁ, Blanka a Tomáš BINDER. 2006. *Návykové látky v těhotenství*. Vyd. 1. Praha: Triton, 122 s. ISBN 80-725-4829-8.
35. VELEMÍNSKÝ, Miloš a Blanka ŽIŽKOVÁ, 2008. *Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství*. 1. vydání. Editor Miloš Velemínský, Blanka Žižková. Praha: Triton, 341 s. ISBN 978-807-3870-959.
36. VNENČÁKOVÁ, Aneta, 2012. *Kouření v těhotenství a vliv na vývoj plodu*. Jihlava. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava. Vedoucí práce Mgr. Lenka Görnerová.

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

CNS	Centrální nervový systém
CO	Oxid uhelnatý
CO <sub>2</sub>	Oxid uhličitý
ČNÚ	Časná neonatální úmrtnost
ČR	Česká republika
GEU	Mimoděložní těhotenství
hCG	Humánní choriový gonadotropin
IARC	International Agency for Research on Cancer
IUD	Nitroděložní tělísko
IUGR	Intrauterinní růstová retardace
IVF	In vitro fertilizace
NTN	Náhradní terapie nikotinem
PA	Porodní asistentka
PROM	Předčasný odtok plodové vody
PV	Plodová voda
UZIS	Ústav zdravotnických informací a statistik
VVV	Vrozené vývojové vady
WHO	Světová zdravotnická organizace

**SEZNAM OBRÁZKŮ**

Graf č. 1 – Věk.....	38
Graf č. 2 – Vzdělání .....	39
Graf č. 3 – Počet těhotenství.....	40
Graf č. 4 – Kouření před těhotenstvím .....	41
Graf č. 5 – Kouření v těhotenství.....	42
Graf č. 6 – Nemoci způsobené kouřením .....	43
Graf č. 7 – Vliv kouření na plod .....	45
Graf č. 8 – Komplikace způsobené kouřením v těhotenství.....	47
Graf č. 9 – Pasivní kouření .....	49
Graf č. 10 – Účinky pasivního kouření .....	50
Graf č. 11 – Pasivní kouření a těhotenství.....	52
Graf č. 12 – Zdroje informací o kouření.....	53
Graf č. 13 – Dostatečnost informovanosti .....	55
Graf č. 14 – Názor na kouření v těhotenství.....	56
Graf č. 15 – Postoj ke kouření v těhotenství.....	57
Graf č. 16 – Zájem lékaře/PA .....	59
Graf č. 17 – Názory na kouření.....	60
Graf č. 18 – Přestat kouřit v těhotenství? .....	62
Graf č. 19 – Kolik let kouřila/kouří? .....	64
Graf č. 20 – Pokus abstinovat? .....	65
Graf č. 21 – Kdy se o to pokoušela? .....	66
Graf č. 22 – Počet cigaret v těhotenství.....	67
Graf č. 23 – Zanechání kouření v těhotenství? .....	68
Graf č. 24 – Kdy se pokoušely přestat kouřit .....	69
Graf č. 25 – Dostatečnost poučení .....	70

**SEZNAM TABULEK**

Tabulka č. 1 – Věk .....	38
Tabulka č. 2 – Vzdělání.....	39
Tabulka č. 3 – Počet těhotenství .....	40
Tabulka č. 4 – Kouření před těhotenstvím.....	41
Tabulka č. 5 – Kouření v těhotenství .....	42
Tabulka č. 6 – Nemoci způsobené kouřením .....	43
Tabulka č. 7 – Vliv kouření na plod.....	45
Tabulka č. 8 – Komplikace způsobené kouřením v těhotenství .....	47
Tabulka č. 9 – Pasivní kouření.....	49
Tabulka č. 10 – Účinky pasivního kouření.....	50
Tabulka č. 11 – Pasivní kouření a těhotenství .....	52
Tabulka č. 12 – Zdroje informací o kouření .....	53
Tabulka č. 13 – Dostatečnost informovanosti .....	55
Tabulka č. 14 – Názor na kouření v těhotenství .....	56
Tabulka č. 15 – Postoj ke kouření v těhotenství .....	57
Tabulka č. 16 – Zájem lékaře/PA.....	59
Tabulka č. 17 – Názory na kouření .....	60
Tabulka č. 18 – Přestat kouřit v těhotenství?.....	62
Tabulka č. 19 – Kolik let kouřila/kouří? .....	64
Tabulka č. 20 – Pokus abstinovat?.....	65
Tabulka č. 21 – Kdy se o to pokoušela? .....	66
Tabulka č. 22 – Počet cigaret v těhotenství .....	67
Tabulka č. 23 – Zanechání kouření v těhotenství?.....	68
Tabulka č. 24 – Kdy se pokoušely přestat kouřit.....	69
Tabulka č. 25 – Dostatečnost poučení.....	70

## SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P I: Fagerströmův test závislosti na nikotinu

PŘÍLOHA P II: Zdravotní výhody zanechání kouření

PŘÍLOHA P III: Dotazník

PŘÍLOHA P IV: Informační leták

## **PŘÍLOHA P I: FAGERSTÖMŮV TEST ZÁVISLOSTI NA NIKOTINU**

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

- do 5 min. 3 body
- za 6-30 min. 2 body
- za 31-60 min. 1 body
- po 60 min. 0 bodů

### **2. Je pro Vás obtížné nekouřit tam, kde to není dovoleno?**

- ano 1 bod
- ne 0 bodů

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

- té první ráno 1 bod
- kterékoli jiné 0 bodů

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

- 10 nebo méně 0 bodů
- 11-20 1 bod
- 21-30 2 body
- 31 a více 3 body

### **5. Kouříte víc v prvních hodinách dne po probuzení než ve zbytku dne?**

- ano 1 bod
- ne 0 bodů

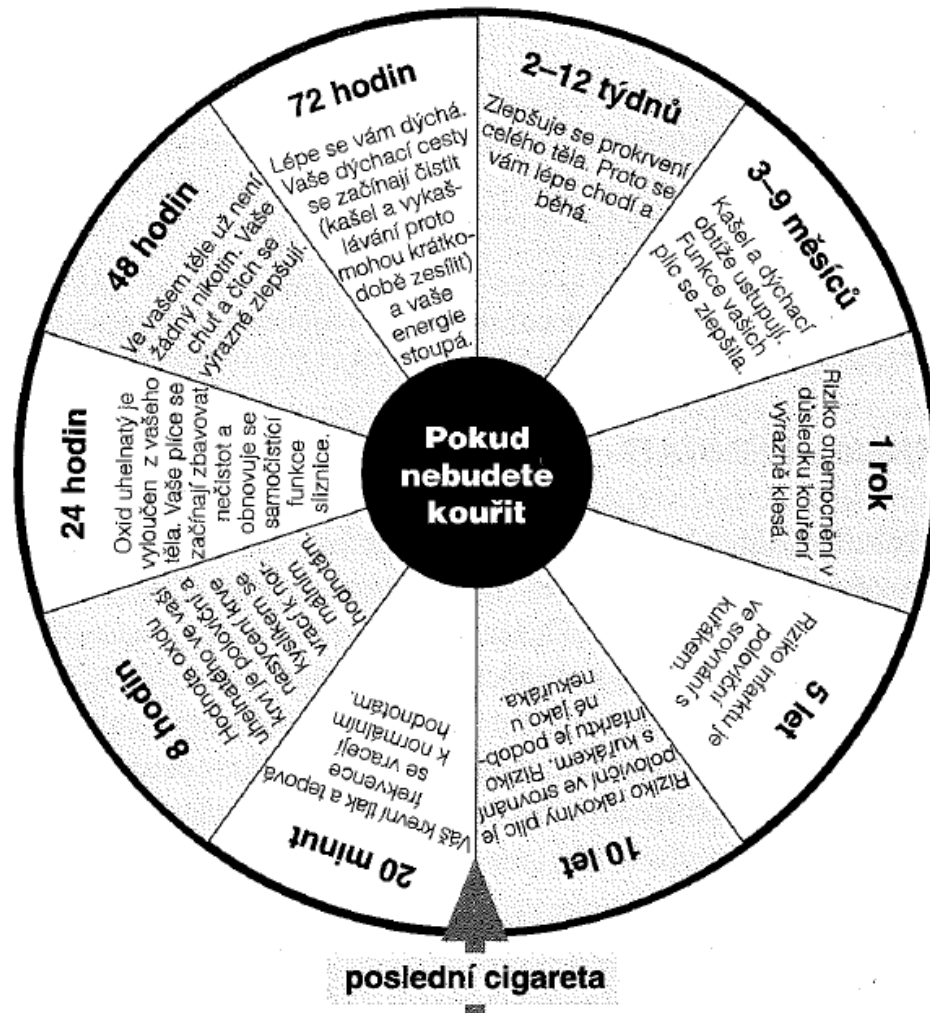
### **6. Kouříte, i když jste nemocný/á tak, že strávíte většinu dne na lůžku?**

- ano 1 bod
- ne 0 bodů

**Po sečtení získaných bodů hodnotíme závislost na nikotinu takto:**

0 - 1 bod	žádná nebo velmi nízká
2 - 4 body	nízká
5 bodů	střední
6 - 7 bodů	vysoká
8 - 10 bodů	velmi vysoká

## PŘÍLOHA P II: ZDRAVOTNÍ VÝHODY ZANECHÁNÍ KOUŘENÍ



(Zdroj: Králíková, 2003, s. 22)



## **PŘÍLOHA P III: DOTAZNÍK**

### **Dobrý den budoucí maminky,**

jmenuji se Hana Hanáková a jsem studentkou 3. ročníku Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, oboru Porodní asistentka. Tímto bych Vás chtěla požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé závěrečné bakalářské práce. V ní řeším problematiku Kouření v těhotenství. Tento dotazník je zcela ANONYMNÍ a Vaše odpovědi nebudou nijak zneužity.

Hodící variantu zakroužkujte, popřípadě doplňte odpověď.

Hana Hanáková

### **1) Kolik je Vám let?**

.....

### **2) Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

- a) základní
- b) středoškolské bez maturity
- c) středoškolské s maturitou
- d) vyšší odborné
- e) vysokoškolské

### **3) Kolikáté je toto Vaše těhotenství?**

- a) první
- b) druhé
- c) třetí
- d) čtvrté
- e) jiné .....

### **4) Kouřila jste někdy v minulosti před těhotenstvím?**

- a) ano, slabé denní kouření (1-5 cigaret denně)
- b) ano, střední denní kouření (6-10 cigaret denně)
- c) ano, silné denní kouření (11 a více cigaret denně)
- d) ano, příležitostné kouření (ne denně)
- e) nikdy jsem nekouřila

### **5) Kouříte v tomto těhotenství?**

- a) ano, slabé denní kouření (1-5 cigaret denně)
- b) ano, střední denní kouření (6-10 cigaret denně)
- c) ano, silné denní kouření (11 a více cigaret denně)
- d) ano, příležitostně (ne denně)
- e) ne, nekouřím

**6) Víte, jaká onemocnění Vašemu organismu může způsobit kouření?**

*(zvolte alespoň jednu možnost, maximálně 5 možností)*

- a) rakovina plic
- b) mozková mrtvice
- c) infarkt
- d) astma
- e) HIV
- f) kouření nezpůsobuje žádné onemocnění
- g) nevím

**7) Víte, jaké onemocnění může kouření způsobit Vašemu plodu?**

*(zvolte alespoň jednu možnost, maximálně 4 možnosti)*

- a) hypoxii (omezení přísunu kyslíku)
- b) nízkou porodní hmotnost
- c) vysokou porodní hmotnost
- d) vývojové vady
- e) kouření nemá na plod žádný vliv
- f) nevím

**8) Vyberte komplikace, které podle Vás způsobuje kouření v těhotenství:**

*(zvolte alespoň jednu možnost, maximálně 5 možností)*

- a) mimoděložní těhotenství
- b) spontánní potrat
- c) snížené množství plodové vody
- d) předčasné odlučování placenty
- e) předčasný porod
- f) kouření na průběh těhotenství nemá žádný vliv
- g) nevím

**9) Víte, co znamená pojem pasivní kouření?**

- a) vystavení tabákovému kouři (v zakouřené místnosti)
- b) příležitostné kouření (ne denně)
- c) nevím

**12) Kde jste přišla k informacím o problematice škodlivosti kouření v těhotenství?**

*(vyberte maximálně 3 nejčastější)*

- a) televize
- b) internet
- c) rádio
- d) noviny a časopisy
- e) na předporodním kurzu
- f) u svého gynekologa
- g) od porodní asistentky
- h) rodina a přátelé
- i) jinde .....

**13) Myslíte si, že informovanost o škodlivosti kouření v těhotenství je dostatečná?**

- a) ano, dostala jsem všechny potřebné informace
- b) ne, byla jsem informovaná jen velice málo
- c) ne, vůbec jsem nebyla informovaná
- d) nezajímám se o tuto problematiku

**14) Má podle vás kouření vliv na vývoj plodu a celkový průběh těhotenství?**

- a) ano, má i při malém množství
- b) ano, ale jen když žena silně kouří (více než 10 cigaret denně)
- c) ne, nemá
- d) nevím

**15) Může podle Vašeho názoru těhotná žena kouřit?**

- a) ano, neomezeně
- b) ano, ale jen slabě (1-5 cigaret denně)
- c) ne, nesmí
- d) vlastní odpověď: .....

**16) Zajímal se Váš gynekolog nebo porodní asistentka /sestra při pravidelných těhotenských prohlídkách o to, jestli kouříte v průběhu těhotenství?**

- a) ano, zeptali se mně jen při vyplňování těhotenské kartičky
- b) ano, celé těhotenství se mně průběžně ptal/a
- c) ne, nezajímal/a se

**17) Jaký máte názor na kouření v těhotenství?**

- a) jsem jednoznačně proti, může to ohrozit život dítěte
- b) za kouření v těhotenství nikoho neodsuzuji, ale nesouhlasím s tím
- c) je to neškodné a nejsem proti
- d) vlastní odpověď: .....

**18) Myslíte si, že by kuřačka měla přestat kouřit v těhotenství, i když se projeví abstinenční příznaky?**

- a) ano, toxické látky, které jsou obsažené v cigaretě, představují pro plod větší riziko než abstinenční příznaky
- b) záleží na velikosti závislosti a kolik cigaret denně žena vykouří. Pokud nevykouří více než 5 cigaret denně, myslím si, že není nutné přestat s kouřením
- c) ne, plod je na přísun nikotinu již zvyklý, mohlo by mu to ještě více ublížit
- d) vlastní odpověď: .....

## **PRO KUŘAČKY A BÝVALÉ KUŘAČKY**

**19) Kolik let jste kouřila/kouříte?**

.....

**20) Pokoušela jste se přestat s kouřením před těhotenstvím?**

- a) ano, podařilo se
- b) ano, ale nezdařilo se a víckrát už jsem se o to nepokoušela
- c) ano, několikrát, ale vždy jsem zase začala
- d) ne, nepokoušela jsem se

**21) Kdy jste se pokoušela přestat?**

- a) v minulosti (těhotenství nebyl důvod)
- b) když jsem začala plánovat těhotenství
- c) když jsem zjistila, že jsem těhotná

## **PRO KUŘAČKY V TĚHOTENSTVÍ**

**22) Kolik cigaret vykouříte za den v těhotenství? (uved'te počet 0-100)**

.....

**23) Snažila jste se s kouřením přestat v těhotenství?**

- a) ano, a zdařilo se
- b) ano, ale nezdařilo se
- c) ne, nepokoušela jsem se
- d) už jsem nekouřila

**24) Uved'te prosím, kdy v těhotenství jste přestala/jste se pokoušela přestat s kouřením:**

- b) Jak jsem zjistila, že jsem těhotná (do 7 t. g.)
- c) V první půlce těhotenství (do 20. týdne)
- d) V druhé půlce těhotenství (po 20. týdnu)

**25) Byla jste poučena Vaším lékařem nebo porodní asistentkou (sestrou) o rizicích 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) bylo mi doporučeno, abych dále kouřila, jen to omezila
- d) ne, pouze si poznamenal/a do dokumentace že kouřím
- e) vlastní odpověď: .....

**Děkuji Vám za Váš čas a spolupráci a přeji Vám i Vašemu miminku hodně zdraví.**

## **PŘÍLOHA P IV: INFORMAČNÍ LETÁK**

Viz přiložená edukační brožurka v deskách bakalářské práce.