

**Univerzita Karlova v Praze**

**1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



**Marie Jančová**

Užívání tabáku u těhotných žen v Praze

Use of Tobacco among pregnant women in Prague

**Bakalářská práce**

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Lenka Šťastná, Ph.D.

Praha  
2013

## **Prohlášení**

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

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

V Praze 29. 4. 2013

.....

Marie Jančová

**Identifikační záznam:**

JANČOVÁ, Marie. Užívání tabáku u těhotných žen v Praze [Use of Tobacco among pregnant women in Prague]. Praha, 2013, 79 s., 6 příl. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Centrum Adiktologie Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN 2013. Vedoucí závěrečné práce Mgr. Lenka Šťastná, Ph.D.

## **Poděkování**

Děkuji Mgr. Lence Šťastné, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a vstřícnost při psaní mé bakalářské práce. Velké poděkování patří také mým nejbližším za podporu a povzbuzení při studiu.



## **Abstrakt:**

Bakalářská práce s názvem Užívání tabáku u těhotných žen v Praze shrnuje v teoretické části nejdůležitější poznatky o užívání tabáku. Teoretická část se zabývá obecnými informacemi o kouření, historií kouření, složením tabákového kouře, způsoby aplikace a pasivním kouřením. Další část teoretické práce definuje závislost na tabáku a popisuje dělení závislostí. Následně je práce zaměřena na působení tabáku na ženský organismus, na rizika spojená s abúzem tabáku během těhotenství, rizika abúzu tabáku ovlivňující prenatální vývoj plodu a vliv tabáku na postnatální vývoj dítěte. Závěrečná část teoretické práce popisuje odvykání kouření a s tím související metody a zmiňuje se také o kouření v období kojení.

Praktická část bakalářské práce zjišťuje zkušenosti a znalosti těhotných žen a žen po porodu o důsledcích dopadu způsobených užíváním tabáku v těhotenství. Dále mapuje, jaký zaujímají ženy postoj vůči této problematice. Šetření bylo realizováno formou dotazníkové metody u 112 těhotných žen, hospitalizovaných na odděleních pro riziková těhotenství dvou pražských fakultních nemocnic a u 117 žen po porodu, hospitalizovaných na odděleních šestinedělí dvou pražských nemocnic. Bylo stanoveno 5 pracovních hypotéz. Výsledky šetření prokázaly, že rozdíl ve vzdělání mezi kuřačkami a nekuřačkami a ex-kuřačkami je statisticky významný. Dále bylo potvrzeno, že ženy jsou tázány v prenatálních poradnách na abúzus tabáku v graviditě. Nejpočetnější skupinu tvoří těhotné kuřačky s nízkým stupněm závislosti na nikotinu. Dále bylo zjištěno, že novorozenci kuřaček mají horší adaptabilitu po porodu. Rozdíl v porodní hmotnosti u novorozenců kuřaček a nekuřaček se nepotvrdil, není statisticky významný.

**Klíčová slova:** tabák – kouření – těhotenství – rizika – plod

## **Abstract:**

Bachelor's thesis Use of tobacco among pregnant women in Prague summarizes the most important knowledge about use of tobacco in the theoretical part. It follows up general information about smoking, history of smoking, composition of tobacco, method of application and passive smoking. Another part of theoretical work defines addiction to tobacco and describes the division of addiction. Then the work focuses on influence of tobacco on female organism, on the risks associated with tobacco abuse during pregnancy, the influence on the fetal development and postnatal development of the child. The final part of theoretical work describes quitting smoking and its methods and also smoking during lactation.

The practical part of the bachelor's thesis identifies experience and knowledge of pregnant women and women after giving birth about consequences of tobacco use during pregnancy. It maps what attitude the women have to this issues. The survey was carried by the questionnaire by 112 pregnant women hospitalized at the risk pregnancies department for of two Prague faculty hospitals and by 117 women after giving birth hospitalized at the lying-in (postpartum) department of two Prague hospitals. Five working hypothesis were defined. Results of survey show that the difference in education among smokers, non smokers and ex-smokers is statistically significant. It was further confirmed that women are asked about tobacco abuse in prenatal counselling in pregnancy. The largest group consists of pregnant smokers with a low degree of nicotine dependence. Further information is that newborns of smokers have worse adaptability after childbirth. The difference in birth weight between newborns of smokers and non smokers wasn't confirmed, it isn't statically significant.

**Key words:** tobacco – smoking – pregnancy – risks – fetus

# OBSAH

1 Úvod .....	10
TEORETICKÁ ČÁST .....	11
2 Tabák, kouření, cigarety, způsoby aplikace .....	11
2.1 Historie užívání tabáku .....	11
2.2 Tabák .....	13
2.3 Složení tabákového kouře .....	13
2.4 Způsoby aplikace .....	15
2.5 Pasivní kouření .....	16
3 Závislost na tabáku .....	17
3.1 Definice závislosti .....	17
3.2 Závislost psycho-sociální/behaviorální .....	18
3.3 Závislost fyzická/drogová .....	18
4 Vliv tabákového kouře na ženský organismus .....	20
4.1 Abúzus tabáku a fertilita .....	20
4.1.1 Abúzus tabáku a fertilita u žen .....	21
4.1.2 Abúzus tabáku a fertilita u mužů .....	21
4.1.3 Abúzus tabáku a asistovaná reprodukce .....	22
4.2 Rizika vlivu abúzu tabáku na průběh těhotenství .....	22
4.2.1 Mimoděložní těhotenství .....	23
4.2.2 Spontánní potrat .....	23
4.2.3 Placentární komplikace .....	23
4.2.4 Pre-eklampsie .....	23
4.2.5 Předčasný porod .....	24
4.3 Rizika vlivu abúzu tabáku na prenatální vývoj plodu .....	24
4.3.1 Snížený růst plodu .....	24
4.3.2 Vrozené vývojové vady plodu .....	25
4.3.3 Perinatální úmrtí .....	25
4.4 Rizika vlivu abúzu tabáku na postnatální vývoj dítěte .....	25
4.4.1 Neuroteratogenní účinky nikotinu .....	26
4.5 Pasivní kouření během těhotenství .....	27
5 Odvykání kouření .....	28



5.1 Odvykání kouření obecně .....	28
5.1.1 Metody odvykání kouření .....	28
5.2 Možnosti léčby v těhotenství .....	29
6 Kouření v období kojení .....	31
<b>PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>32</b>
7 Výzkumné šetření .....	32
7.1 Téma a cíl výzkumu .....	32
7.2 Stanovení výzkumných otázek .....	32
7.3 Stanovení hypotéz .....	32
7.4 Metody sběru dat .....	32
7.5 Etika výzkumu .....	33
7.6 Metody výběru, charakteristika výzkumného souboru .....	33
7.7 Průběh výzkumného šetření .....	34
7.8 Metody zpracování dat .....	34
8 Výsledky výzkumu .....	35
8.1 Charakteristika sledovaného souboru, 1. dotazníkové šetření .....	35
8.2 Charakteristika sledovaného souboru, Fagerströmův test nikotinové závislosti .....	60
8.3 Charakteristika sledovaného souboru, 2. dotazníkové šetření .....	62
9 Diskuze .....	71
10 Závěr .....	76
11 Seznam literatury .....	77
12 Seznam příloh .....	80

# 1 Úvod

Kouření v těhotenství je v poslední době čím dál více častým jevem, který se v naší společnosti vyskytuje. Rizika s tím spojená, jak pro matku tak i pro plod, nejsou zrovna zanedbatelná. Kouření v těhotenství může způsobit závažné zdravotní problémy, které si mnohé nastávající matky, uživatelky tabáku neuvědomují nebo si je nechťejí připustit. Vysoké riziko je i tehdy, pokud je těhotná žena vystavena pasivnímu kouření. I v tomto případě působí kouř negativně, jak na matku, tak i na plod.

Tabák je ve své podstatě droga a je třeba k ní také tak přistupovat jako k návykové látce, na které si člověk, potažmo těhotná žena dokáže vytvořit během krátké doby těžkou závislost.

Předejít tomuto jevu, případně zamezit jeho expanzi je možné osvětou. Ta by měla být součástí již v základním vzdělávacím cyklu a měla by pokračovat v období na prahu dospělosti nejen u ženské populace.

Teoretická část bakalářské práce s názvem Užívání tabáku u těhotných žen v Praze je zaměřena na problematiku kouření, na negativní dopad kouření na zdraví ženy a rizika spojená s kouřením během těhotenství a možnosti léčby v těhotenství. Následně je věnována problematice závislosti obecně, vysvětluje vliv tabáku na ženský organismus s ohledem na fertilitu.

Praktická část práce, jejíž náplní je dotazníková studie, je zaměřena na těhotné klientky na odděleních pro riziková těhotenství a na ženy po porodu na oddělení šestinedělí dvou pražských porodnic. Mapuje stav u klientek po porodu, které hodnotí celý průběh těhotenství, porod a poskytují základní informace o dítěti. Je zjišťováno, jaký zaujímají ženy postoj vůči této problematice.

Zásadním krokem pro celou společnost by mělo být uvědomění si významu nekuřáctví.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 2 Tabák, kouření, cigarety, způsoby aplikace

### 2.1 Historie užívání tabáku

Kouření tabákových listů zavedli jako první američtí indiáni kmene Huronů, kteří kouřili tabákové listy při svých náboženských prosebných obřadech k Velkému duchu. Tabák považovali za jednu z nejdůležitějších plodin, jak pro to svědčí jejich pověst o jeho vzniku. Pro Indiány měl tabák nesmírný význam a připisovali mu neobyčejné účinky. Listy tabáku byly u nich používány k léčebným účelům ve formě obkladů či aplikovány jako pasta k léčení vředů na kůži. Jeho důležitost potvrzuje „kalumet míru“. Kouři tabáku připisovali psychické účinky. Poskytoval jim představy o budoucím světě, stimuloval je k rituálním tancům, pomáhal v boji proti únavě, bolesti a hladu.

První Evropan, který se setkal s tabákem, byl námořník Kolumbovy výpravy. Byl jím buď Luis de Torres nebo Rodrigo de Jeres. Ti poprvé viděli indiánské muže a ženy kouřit tabák. Stalo se to v roce 1492. Brzy po objevení Kuby Španěly, Kanady a Floridy Francouzi, Brazílie, Portugalci a Virginie Angličany, obyvatelé těchto oblastí tabák přijali a kouřili ho v dýmce, jakou doutník, později pili i odvar tabáku, šňupali tabákový prach a kopírovali způsoby užití tabáku podle Indiánů. Jak obchod mezi národy a kontinenty vzkvétal, rozšířil se tabák do Evropy, Asie, Afriky a Austrálie (Kozák, 1993).

Po roce 1492, kdy první Evropan viděl kouřit tabák, byl tabák v roce 1512 přivezen do Portugalska Juanem Ponce de Leon a za 44 let poté André Thevet dovezl tabák do Francie z Brazílie. V roce 1558 byl tabák již pěstován v Portugalsku a Francesco Hernandes z Toleda jej přinesl z Portugalska do Španěl. Rok nato Damien de Goes poskytl francouzskému vyslanci Jeanu Nicotovi možnost tuto rostlinu prozkoumat. Ten ji pak popsal a zdůraznil její „léčebné účinky“. Alkaloid obsažený v jeho listech byl pak později nazván jeho jménem. Tentýž rok Francesco Hernandes, osobní lékař Filipa II., přivezl semena tabáku z Mexika a začal je pěstovat. V roce 1565 Sir John Hopkins přivezl semena tabáku do Anglie a tentýž rok Sir Walter Raleigh zavedl kouření tabáku ve své zemi. Do střední Evropy byl tabák dovezen ve stejný rok, a to do Švýcar, kam ho přinesl Konrád Gesner. Do českých zemí se dostal až koncem 16. století

v době panování Rudolfa II., když Turci vpadli do Uher. Pravděpodobně jedním z prvních kuřáků v českých zemích byl Mikuláš Dačický z Heslova.

S rostoucím rozšířením tabáku, jeho chválou a vyzdvihováním jeho „léčivých“ účinků vznikala i odpor k jeho užívání. V roce 1605 zorganizoval Jakub I. V Oxfordu první veřejnou debatu o vlivu tabáku (Kozák, 1993).

Papež Urban VIII. Vydal vyhlášku, odsuzující tabák v jakékoli formě. Kuřáci byli exkomunikováni z církve.

V Turecku bylo kouření dýmky trestáno propíchnutím nosu samotnou dýmku. Lékaři začali upozorňovat na projevy užívání tabáku především v oblasti zažívacího traktu. 1857 uveřejnil Dr. Hodgkin v lékařském časopise Lancet zprávu, že tabák způsobuje demenci .

V devatenáctém století bylo již šňupání tabáku považováno za zlovyk nižších společenských vrstev a mezi vybranými kruhy se začaly ujímat doutníky a posléze cigarety. Od přelomu 19. a 20. století získaly dominantní postavení na trhu průmyslově balené cigarety <sup>1</sup>.

Zlom v rozvoji epidemie kouření pak nastal na konci 19. století, kdy byly do ulic zavedeny automaty na cigarety. Tabák se stal přístupnějším. K rozšíření tabáku vedl i volný příděl cigaret vojákům v obou světových válkách. Spolu s masovým rozšířením kuřáckých návyků se začaly objevovat i negativní důsledky. Tím se kouření dostalo do popředí zájmu lékařů a v roce 1950 je publikován první odborný článek dávající tento zlovyk do souvislosti s karcinomem plic <sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Kurakovaplice.cz, *Historie kouření, cigaret a tabáku*, [n.d.], dostupné z: < [http://www.kurakovaplice.cz/koureni\\_cigaret/zajimavosti-a-statistiky/fakta-o-koureni/25-historie-koureni-tabaku-a-jine-zajimave-informace.html](http://www.kurakovaplice.cz/koureni_cigaret/zajimavosti-a-statistiky/fakta-o-koureni/25-historie-koureni-tabaku-a-jine-zajimave-informace.html) >

<sup>2</sup> Wikipedia.org., *Zdravotní rizika kouření tabáku*, [citace 6. 2. 2013], dostupné z: < [http://cs.wikipedia.org/wiki/Zdravotn%C3%AD\\_rizika\\_kou%C5%99en%C3%AD\\_tab%C3%A1ku](http://cs.wikipedia.org/wiki/Zdravotn%C3%AD_rizika_kou%C5%99en%C3%AD_tab%C3%A1ku) >

## 2.2 Tabák

Dnes je tabák rozšířen prakticky po celé planetě. Ročně stoupá spotřeba tabáku zhruba o 3 %, a to především v rozvojových zemích. V rozvinutých zemích kouření buď stagnuje nebo klesá, většinou kouří kolem 25 % populace nad 15 let (Králíková, 2003).

Podle výzkumu z roku 2011 v České republice kouří 29 % populace ve věku 15 – 64 let (Sovinová, Sadílek, Csémy, 2012).

Tabák, *Nicotiana tabacum*, je lilkovitá, jednoletá, asi 1,5 m vysoká rostlina. Z různých druhů, kterých je v současné době asi 50, jsou nejdůležitější varietas *virginiae* Comes, který se pěstuje hlavně ve Spojených státech a *Nicotiana rustica*, selský tabák, který se pěstuje hojně v bývalém Sovětském svazu. Jedním z důvodů proč je tabák tak rozšířen po celém světě, je skutečnost, že roste stejně dobře jak v tropických, tak severních oblastech (Kozák, 1993).

## 2.3 Složení tabákového kouře

Podle způsobu účinku rozeznáváme v tabákovém kouři toxické, dráždivé, kancerogenní a kokancerogenní škodliviny.

K látkám **toxickým** patří alkaloidy nikotin, normikotin, myozin, anabasin a některé dusíkaté báze, zejména pyridin, pyroolidin, metylpyroolidin, dále pikolin, lutidin a piperidin.

K látkám **dráždivým** patří například acetaldehyd, akrolein, matanol, aceton, metylketon, oxid dusičitý a sirovodík. Dráždivé látky narušují sliznici dýchacího ústrojí, vyvolávají akutní a chronické záněty dýchacích cest, tlumí aktivitu řasinkového epitelu a vytváří podmínky pro vznik nádorových i nenádorových onemocnění dýchacího ústrojí.

Mezi nejzhubnější škodliviny tabákového kouře patří chemické **karcinogeny**. Patogeneticky nejvýznamnější skupinu karcinogenů tvoří polycyklické aromatické uhlovodíky a jejich heterocyklické analogy. Dále dehet, nitrosaminy, chinolin, sloučeniny arsenu a niklu, polonium a olovo.

Kokarcinogeny jsou látky, které sami o sobě nemají schopnost vyvolat nádorový růst, ale jejich přítomnost stimuluje účinnost vlastních karcinogenů. Patří sem fenol, substituované polyfenoly, aldehydy, mastné kyseliny a jejich estery (Kastnerová, 2007).

Kouř aktivně vdechovaný kuřákem se nazývá hlavním proudem kouře. Aerosol, který vychází z hořícího konce cigarety mezi jednotlivými tahy, je vedlejším proudem a je chemicky rozdílný od proudu hlavního.

Jak uvádí Kozák (1993, s. 19) „*K usnadnění rozboru tabákového kouře jej rozdělujeme na hmotnou a plynnou část. V plynné části jsou oxid uhelnatý a uhličitý, oxidy dusíku, amoniak, prchavé N-nitrosaminy, kyanovodík, prchavé sloučeniny síry, prchavé nitrily, sloučeniny obsahující dusík, prchavé uhlovodíky, alkoholy, aldehydy a ketony. V hmotné části nacházíme nikotin, dehty, složené z mnoha sloučenin, benzen a benzo(a)pyren*“.

Jak uvádí Králíková (In Kalina et al., 2003, s. 205) „*Jedinou návykovou látkou ze 4. – 5. tisíc složek tabákového kouře či v tabáku jako takovém je toxický rostlinný alkaloid **nikotin**. Jedná se o bezbarvou tekutinu, bez zápachu. Smrtná dávka pro člověka je kolem 80 mg*“.

Nikotin a sloučeniny z něho vznikající přispívají významně k toxicitě tabákového kouře. Jsou organoleptické povahy a považují se za hlavní příčinu závislosti na tabáku. Množství nikotinu v cigaretě, nepřesahující většinou 2 mg, je závislé na druhu tabáku, na jeho sklizni a na způsobu fermentace, popisuje Kozák (1993). Prokazatelně je to hlavní farmakologicky aktivní látka s vysokým potenciálem závislosti. Čistý nikotin nemá žádné karcinogenní účinky. Nikotin působí na nikotinové receptory, podtyp acetylcholinových receptorů, které jsou lokalizovány především v kortexu, hippokampu, thalamu, hypothalamu, substantia nigra, locus coeruleus, ve vegetativních gangliích a nervosvalových ploténkách kosterních svalů.

Stimulací nikotinových receptorů dochází k uvolňování acetylcholinu, dopaminu, serotoninu, noradrenalinu, vazopresinu, ACTH, růstového hormonu, glutamátu a GABA (Pilařová, 2003).

Nikotin je centrální gangliomimetikum, má lehce povzbuzující účinky, při stupňování dávky vyvolává třes, zvracení, stimuluje dechové centrum. Při dalším zvýšení dávky vyvolává křeče, které mohou přejít do konečného kómatu.

V kardiovaskulárním aparátu se nikotin projevuje aktivací sympatiku (injekční podání nikotinu provází hypertenze, tachykardie z aktivace sympatiku se může střídát s vagovou bradykardií).

Pilařová (2003, s. 205) zmiňuje, „*Akutní intoxikace nikotinem je charakterizována nespavostí, emoční labilitou, pocity derealizace, bizarními sny, malátností, zvracením, pocením, tachykardií. Akutní otrava při kouření nebývá většinou nebezpečná, protože kouřením cigaret nelze dosáhnout letální dávky nikotinu*“. Nebezpečí toxických dávek nikotinu, jak Pilařová (2003) uvádí, spočívá v centrální stimulaci s možnými křečemi, které mohou progredovat do kómatu se zástavou dechu, dále v hypertenzi, srdeční arytmii, depolarizace nervosvalových plotének až dechové paralýzy.

Smrtná dávka nikotinu je 50 – 60 mg, tedy vykouřením 15-20 cigaret získá kuřák smrtelnou dávku. Ke smrtelným otravám však prakticky nedochází, neboť určitou roli hraje

adaptabilita organismu. Kuřák nevykouří celou krabičku najednou, takže hodnota alkaloidu stačí do té doby poklesnout<sup>3</sup>.

Jak popisuje Pilařová (2003), pro chronickou otravu jsou typické bolesti hlavy, nechutenství, poruchy srdeční činnosti, gynekologické potíže. Příznaky jsou často směřovány s příznaky tabakismu, kde přistupují i respirační potíže v důsledku dráždění dýchacích cest cigaretovým kouřem.

**Oxid uhelnatý** má toxický vliv na kardiovaskulární systém a v jednom tahu cigaretového kouře je obsažen ve 2 až 7 objemových % (Kozák, 1993). Oxid uhelnatý je markrem intenzity kouření ve vydechaném vzduchu, dle této hodnoty lze pak spočítat % červených krvinek, zablokovaných pro přenos kyslíku do tkání. Oxid uhelnatý se na krevní barvivo váže 200 krát silněji než kyslík. Při hodnotách kolem 20 % se již objevují závažné klinické příznaky otravy, u hodnot kolem 50 % může nastat smrt.

**Dehet** je tmavá melasovitá hmota, která se tvoří při chladnutí a kondenzaci kouře. Tato kancerogenní látka je nositelkou chuti a vůně, a i když by mohla být eliminována pěstováním speciálních odrůd tabáku a důslednou filtrací, výsledkem pro kuřáka by bylo vdechnutí horkého vzduchu bez chuti a vůně. Obsah dehtu v jedné cigaretě se postupně snižuje, v Evropské unii je nyní zakázáno vyrábět cigarety s obsahem dehtu vyšším než 12 mg<sup>4</sup>.

## 2.4 Způsoby aplikace

Obvykle se tabák aplikuje kouřením, méně často per os nebo intranazálně. Mezi tradiční způsoby aplikace patří požívání a pití odvarů, orální způsoby aplikace mohou snáze vést k smrtelnému předávkování.

Při kouření se kouř vstřebává buď z dutiny ústní (zásaditý kouř – doutníky, dýmky), nebo z plic (kyselý kouř – cigarety). Při vstřebávání nikotinu v plicích je nástup účinku velmi rychlý (10 s), u vstřebávání přes dutinu nosní či ústní pomalejší (Kalina et al., 2008).

---

<sup>3</sup> Kurakovaplice.cz, *Nikotin – základní informace o nikotinu a jeho účinku v organismu*, [n.d.], dostupné z: < [http://www.kurakovaplice.cz/koureni\\_cigaret/zdravi/nikotin-a-informace-o-nem/50-nikotin-zakladni-informace-o-nikotinu-a-jeho-ucinku-v-organismu.html](http://www.kurakovaplice.cz/koureni_cigaret/zdravi/nikotin-a-informace-o-nem/50-nikotin-zakladni-informace-o-nikotinu-a-jeho-ucinku-v-organismu.html) >

<sup>4</sup> NICM.cz, *Tabák – charakteristika*, [citace 8.3.2011], dostupné z: < <http://www.nicm.cz> >

Tabák, který hoří, známe především ve formě doutníku, dýmky nebo cigarety. Doutník je svinutý tabákový list, obsahuje nejméně přidaných látek. Dýmkový, ale především cigaretový tabák je už různě upravován a doplňován, takže mezi 4. – 5. tisíci látek cigaretového kouře je dnes kolem 700 aditiv – látek přidaných pro různé účely, například několik desítek chemikálií pro ladné vinutí kouře, které je důležitou součástí psychosociální závislosti (Králíková, 2003).

## 2.5 Pasivní kouření

Riziko zdravotního poškození vlivem tabákového kouře není omezeno pouze na kuřáky, ale jsou mu vystaveni i ti, kteří vdechují kouř nedobrovolně – pasivní kuřáci. Ročně umírá v České republice 3000 lidí v důsledku pasivního kouření.

Pasivní kouření je děj, kdy je vdechován cigaretový kouř osobou, která sama aktivně v danou chvíli nekouří. Kouř pocházející z doutnajícího konce cigarety je svým složením odlišný od kouře aktivně vdechovaného. Zplodiny z doutnající cigarety vznikají při nižší teplotě a reagují s okolním vzduchem, proto některé škodliviny vznikají ve větším množství než u kouře aktivně vdechovaného kuřákem<sup>5</sup>.

Jak uvádí Kozák (1993, s. 163) „Zdravotní rizika pasivního kouření souvisejí s vdechováním škodlivin tzv. vedlejšího proudu. Ten vzniká samovolně během doutnání oharku cigarety. Tento proud tabákového kouře obsahuje četné dráždivé, karcinogenní, mutagenní, či toxické látky a některé z nich se přitom vyskytují ve vedleším proudu ve vyšších koncentracích než v proudu hlavním. Jsou to především nitrosaminy a aromatické uhlovodíky“.

Za nejzávažnější možné riziko pasivního kouření je považováno jeho působení ve vztahu k nádorům plic. I když zátěž pasivním kouřením a riziko vývoje zhoubného onemocnění není tak vysoké jako u kuřáků aktivních, je pravidelně vyšší než u osob cigaretovému kouři pasivně nevystavených (Kozák, 1993).

---

<sup>5</sup> BezCigaret.cz, *Pasivní kouření*, [n. d.], dostupné z: < <http://www.bezcigaret.cz/pasivni-koureni> >



### 3 Závislost na tabáku

Kouření a následně závislost na tabáku je chronické, recidivující a následně letální onemocnění, které zkracuje život polovině kuřáků v ČR v průměru o 15 let. V Evropě i ČR je příčinou každého pátého úmrtí, a to především na kardiovaskulární nemoci, dále způsobuje třetinu onkologických onemocnění, přes 80 % chronických plicních onemocnění a další nemoci ve všech klinických oborech. Tabák je nebezpečný v každé formě a v každém způsobu užívání. Neexistuje forma tabákového výrobku, která by byla méně nebezpečná (Kastnerová, Žižková, 2007).

Závislost na tabáku je nemoc, nejčastější diagnózou v České republice. V Mezinárodní klasifikaci onemocnění Světové zdravotnické organizace je samostatnou diagnózou F 17 (Králíková, 2005).

#### 3.1 Definice závislosti

Definice závislosti podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí. Syndrom závislosti – In Nešpor (2000, s. 14): *„Skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány) alkohol nebo tabák. Návrat k užívání látky po období abstinence často vede k rychlejšímu znovuoobjevení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje“.*

Definitivní diagnóza závislosti se stanovuje tehdy, když během jednoho roku došlo minimálně ke třem z následujících jevů:

- silná touha nebo pocit puzení užívat látku,
- potíže v sebeovládání,
- tělesný odvykací stav,
- průkaz tolerance k účinku látky,
- postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů,
- pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků.

Závislost na tabáku má dvě složky, psycho-sociální/behaviorální a fyzickou/drogovou závislost na nikotinu.

### **3.2 Závislost psycho-sociální/behaviorální**

Psycho-sociální závislost vzniká většinou s první cigaretou. Po vykouření první cigarety se dostaví nepříjemné účinky, jako pocit nevolnosti, bolesti břicha, ale postupem času na tyto pocity vzniká tolerance. Časem se kouření stane rituálem.

Kuřák si zapaluje cigaretu v určitých situacích jako po jídle, při návalu práce, ve stresu, při kávě. Vzniká závislost na cigaretě jako předmětu nebo prostředku komunikace, bez ohledu na obsah nikotinu (Králíková, Kozák, 2003).

### **3.3 Závislost fyzická/drogová**

Po určité době, vzniká závislost fyzická. Nemusí k ní dojít u všech kuřáků, někteří mohou zůstat příležitostnými kuřáky po celý život, aniž by byli závislí na nikotinu. To jsou však spíše výjimky. Na nikotinu je závislých 85 % kuřáků. Obecně bývají na nikotinu závislí silnější kuřáci, ti, kteří si musí zapálit do hodiny po probuzení a kteří kouří 10 až 15 cigaret denně. Pro zhodnocení míry závislosti se používá Fagerströmův test nikotinové závislosti (Králíková, Kozák, 2003).

Nikotin z těla mizí po několika hodinách. Jako u každé drogové závislosti, pokud drogu odejmeme, objeví se abstinenci příznaky. Mohou být různorodé a v různé délce a intenzitě, mezi nejčastější však patří (Králíková, 2005):

- silné nutkání kouřit, carving,
- špatná nálada až deprese,
- úzkost pocity napětí,
- podrážděnost,
- neschopnost odpočívat,
- nesoustředěnost,
- poruchy spánku,
- zvýšená chuť k jídlu,
- zácpa.

Většina abstinčních příznaků trvá řádově týdny, některé mohou trvat měsíce. Na zvládnutí abstinčních příznaků obvykle jen silná vůle nestačí. Velkou pomocí zvyšující významně úspěšnost pokusu přestat kouřit jsou léky, které tyto příznaky zmírňují nebo potlačují (Králiková, 2005).

## 4 Vliv tabákového kouře na ženský organismus

Jaký dopad má dlouhodobý vliv kouření na ženský organismus?

Tělesné, psychosociální a behaviorální změny ženy souvisejí s ovariálním cyklem a mají nepochybný vliv i na chování žen kuřáček. Kouření a symptomatologie kuřácké abstinence doznávají během menstruačního cyklu jasných změn. Nejvíce kouří ženy během menses a premenstruační fáze. Podání nikotinu stimuluje uvolňování dopaminu, norepinefrinu, beta-endorfinu a dalších neuroregulačních substancí, které hrají důležitou roli v regulaci afektu či psychomotorických jevů. Tyto látky jsou také ovlivňovány menstruačním cyklem, je pravděpodobné, že kouření je používáno ke kompenzaci nepříjemných pocitů, psychosociálních či kognitivních změn (Fousková, 2005).

Dalším následkem působení tabáku na ženský organismus je vyšší prevalence menstruačních nepravidelností, dřívější nástup menopauzy, vyšší incidence osteoporózy v menopauze. Několikanásobně zvýšené riziko výskytu kardiovaskulárních chorob (zvláště u žen, které kouří a užívají orální antikoncepci), riziko vzniku rakoviny plic. Nedožrnné jsou následky kuřáček matek na zdraví a vývoj jejich dětí (Fousková, 2005).

Mezinárodní agentura pro výzkum rakoviny při WHO zhodnotila velký počet dostupných studií a uzavřela, že kouření je příčina maligní rakoviny děložního hrdla. Nikotin a pro tabák specifické karcinogeny byly nalezeny v cervikálním hlenu kuřáček. Kouření může vést ke snížené imunitní odpovědi v cervixu (Králíková, Himmerová, 2004).

### 4.1 Abúzus tabáku a fertilita

Ideální je nikdy nezačít kouřit...

Pokud spolu pár, který kouří, plánují potomka, měli by, jak žena tak i muž přestat kouřit nejméně rok před plánovaným početím. To se ale nemusí vždy podařit. Je důležité si však uvědomit, že vždycky, v kteroukoli dobu, je velmi důležité přestat kouřit, neboť i tak nastává snížení rizik a patologií (Pařízek, 2009).

Jak uvádí Kráčíková a Himmerová (2004), dopad kouření na sexuální zdraví a fertilitu, je značný, jak u žen, tak i u mužů. Problémy s plodností u kuřáků vyplývají přinejmenším zčásti z vlivu kouření na pohlavní hormony a jejich metabolismus. Substance přítomné v cigaretovém kouři mohou být toxické pro varle a vaječníky.

Dle Hrubé a Brázdové (2003), v porovnání s kardiovaskulárními a karcinogenními účinky kouření se zdají být jeho negativní vlivy na plodnost mužů i žen, průběh těhotenství a vývoj plodu méně výrazné. Nicméně kombinace aditivního nikotinu, radioizotopu polonia 210, oxidu

uhelnatého, těžkých kovů a mnoha dalších toxinů a mutagenů, je důvodem, proč užívání tabáku, především pak kouření cigaret, je pokládáno za nejčastější závažný rizikový faktor ovlivňující reprodukci významné části světové populace.

#### **4.1.1 Abúzus tabáku a fertilita u žen**

Kouření žen ve fertilním věku významným způsobem přispívá k neplodnosti, poruchám sestupu oplodněného vajíčka do dělohy a jeho implantace. U kuřaček je nižší úspěšnost léčby neplodnosti a vůbec vyšší riziko primární i sekundární neplodnosti (Pařízek, 2009).

Neplodnost je definována jako neúspěšná snaha otěhotnět po 12 měsících nechráněného sexu. Ženy, které kouří, jsou dvakrát častěji neplodné než nekuřačky. Studie, které hodnotily rizika různých typů neplodnosti, dospěly k závěru, že kuřačky mají zvláště riziko tvární neplodnosti. Ženy s primární tubární neplodností byly téměř třikrát častěji kuřačky než plodné ženy (Králíková, Himmerová, 2004).

#### **4.1.2 Abúzus tabáku a fertilita u mužů**

Muži, kteří kouří, mají nižší počet spermií než nekuřáci a jejich semeno obsahuje vyšší podíl malformovaných spermií. Vedlejší produkty nikotinu přítomného v semeni mužů, kteří kouří, snižují motilitu spermií a ovlivňují jejich normální strukturu pohybu (Králíková, Himmerová, 2004).

Jak popisují Hrubá a Brázdová (2003), řada studií nachází významnější vliv kouřících otců na výskyt malformací neurální trubice, rozštěpů patra, hydrocefalu, defektu komorového septa, uretrální stenózy, Downova syndromu.

Dle německé studie z osmdesátých let, kdy vědci pozorovali vliv kouření u zhruba osmi tisíc mužů na početí, průběh těhotenství i porodu jejich partnerek. Závěry ukázaly, že otcové, kteří kouřili více než deset cigaret denně, ohrozili své partnerky zvýšenou možností potratu, předčasným porodem či nízkou porodní váhou a dalšími zdravotními potížemi.

Schopnost zlepšit funkci pohlavních buněk přitom muži mají už po třetím měsíci nekouření. Ze sledovaných porodů se dvě děti otců kuřáků ze sta narodily s vrozenými vadami. Děti kuřáků jsou také mnohem náchylnější k respiračním onemocněním jako je bronchitida nebo astma, prokázáno bylo i riziko rakoviny, které se může projevit už v dětském věku. Uvádí se, že u nekuřáků je podobnými komplikacemi postiženo méně než jedno dítě ze sta.

Přestat kouřit tedy znamená vyšší pravděpodobnost úspěšného početí, eliminaci komplikací budoucí matky a minimalizaci zdravotního dopadu na plod<sup>6</sup>.

#### **4.1.3 Abúzus tabáku a asistovaná reprodukce**

Kouření snižuje pravděpodobnost fertilizace, implantace a úspěšného těhotenství vzniklého pomocí asistované reprodukce. Ženy, které kouří, mají významně větší pravděpodobnost časného potratu po transferu embrya než nekuřačky.

Účinky kouření mužů na techniky asistované reprodukce snižují úspěch jak in vitro fertilizace tak intracytoplazmatické injekce spermií.

Během stimulace vaječníků byla u kuřaček zjištěna nižší aktivita ve vaječníku během zrání vajíčka. Ženy, které kouří, inklinují k nižší produkci vajíček během odpovědi na léčbu neplodnosti. Čím více cigaret kouří, tím méně vajíček produkují (Králíková, Himmerová, 2004).

#### **4.2 Rizika vlivu abúzu tabáku na průběh těhotenství**

Podle dnešních poznatků představuje kouření v těhotenství velmi závažné riziko pro vývoj plodu a je tu široké spektrum akutních i pozdních následků (Hrubá, 2007).

Králíková, Himmerová (2004) uvádějí, vedle vyššího mateřského rizika pro potenciálně vážné komplikace je kouření během těhotenství největší preventabilní příčina onemocnění a úmrtí plodu a novorozence.

Jak uvádí Hrubá, Malíková (2002), v dnešní době je zcela opomíjeno ohrožení těhotenství a lidského plodu užíváním tzv. legálních drog (tabáku, alkoholu), jejichž četné a různorodé škodlivé následky byly prokázány opakovaně. Přestože konzumace těchto drog je charakterizována jako epidemie, máme dosud jen velmi omezené znalosti mezi dávkou (příjemem těhotnou ženou, prostupem placentární bariérou) a účinky na plod. Fetální tabákový syndrom je obecně uznávaný následek prenatální expozice tabáku, přispívá ke zpomalení tělesného vývoje plodu hypoxií a hyponutricí.

---

<sup>6</sup> Bártová, *Cigareta, nepřítelkyně mužské plodnosti*. [citace 18. 2. 2009], dostupné z: <

<http://www.babyweb.cz/cigareta-nepritelkyne-muzske-plodnosti> >

#### **4.2.1 Mimoděložní těhotenství**

Mimoděložní těhotenství nastane, když se oplodněné vajíčko implantuje a začne růst vně dělohy, obvykle ve vejcovodu. Je nutné operativně odstranit embryo a zprůchodnit nebo odstranit poškozený vejcovod. Kouření je spojeno se zvýšeným rizikem mimoděložního těhotenství. U žen, které kouří, je riziko mimoděložního těhotenství zvýšené 1,5 - 2,5 krát. Riziko je významné dokonce i při relativně malém počtu kouřených cigaret. Studie popisují u žen kouřících 1- 5 cigaret denně riziko mimoděložního těhotenství o 60 % vyšší než u nekuřáček (Králíková, Himmerová, 2004).

#### **4.2.2 Spontánní potrat**

Vztah mezi nikotinem a spontánním potratem je popisován už od 40. let. Patologie či dokonce zánik těhotenství mohou způsobit toxiny obsažené v cigaretovém kouří. Jejich negativní účinek ovlivňuje životnost pohlavních buněk, brzké embryonální dělení, uhníždění embrya a také jeho transport. Další příčinou potratů mohou být vážné vrozené vady neslučitelné se životem (Crha, Hrubá, 2000).

#### **4.2.3 Placentární komplikace**

Kouřící těhotná žena rovněž způsobuje expozici plodu různým chemickým škodlivinám, které buď pronikají placentární bariérou, nebo se kumulují v placentě a poškozují toxicky její tkáň; v tomto ohledu jsou nejvýznamnější těžké kovy, zejména kadmium a polycyklické aromatické uhlovodíky. Placentární komplikace jsou podstatnou příčinou nemocí a smrti matky a dítěte. Předčasné odloučení placenty je jedna z hlavních příčin perinatálního úmrtí. Kouření zvyšuje riziko abrupce, které roste se spotřebou cigaret. Kouření také zvyšuje riziko vcestné placenty 1,5 – 3 krát a riziko rovněž roste se spotřebou cigaret (Kukla, Hrubá, Tyrlik, 1999).

#### **4.2.4 Pre-eklampsie**

Pre-eklampsie je častou závažnou komplikací v těhotenství. Je charakterizována vysokým krevním tlakem, otoky a bílkovinou v moči. Udivující je, že kouření je spojeno s 30 - 50 % snížením rizika pre-eklampsie. Přesto je uváděno, že tento pozitivní účinek je značně převážen škodlivými účinky kouření během těhotenství. Pokud se pre-eklampsie vyvine, pak těhotná kuřačka má mnohem větší riziko vážných komplikací než matka, která nekouří. Mezi těhotnými kuřačkami, u kterých se vyvine pre-eklampsie, je riziko abrupce placenty, omezení růstu plodu a perinatálního úmrtí extrémně vysoké (Králíková, Himmerová, 2004).

#### 4.2.5 Předčasný porod

Ženy, které kouří, mají vyšší riziko předčasného porodu. Riziko je 1,5 – 2 krát vyšší než u nekuřáček. Děti narozené před 37. týdnem těhotenství mají větší riziko onemocnění a úmrtí. Kuřačky mají 2 – 3 krát vyšší riziko protržení plodových obalů před 37. týdnem těhotenství (Králíková, Himmerová, 2004).

#### 4.3 Rizika vlivu abúzu tabáku na prenatální vývoj plodu

Hrubá et al. (2009), zjistili, že prenatální expozice cigaretovému kouři vyvolává patologické změny, zejména gastrointestinální deregulace, narušené funkce a nemoci plic, poruchy imunity. V posledních letech se intenzivní zájem soustřeďuje na poruchy vývoje mozku vlivem nikotinu, který prochází placentární bariérou a jeho koncentrace ve fetálním oběhu a plodové vodě, jsou dokonce vyšší než v krvi aktivně i pasivně kouřící matky!

Velemínský, Žižková (2008, s. 39), udávají: „*Koncentrace nikotinu v plodu je o 15 % vyšší než v krvi matky*“.

##### 4.3.1 Snížený růst plodu

Jak vysvětlují Hrubá a Brázdová (2003), nejčastějším následkem kouření ženy v těhotenství je proporcionální růstová retardace novorozence narozeného v termínu, pro niž není jiné vysvětlení. Projevuje se snížením porodní hmotnosti až o 300 gramů, zkrácením tělesné délky, obvodu hlavičky a obvodu hrudníku. Dvojnásobně je zvýšeno riziko narození dítěte s porodní hmotností nižší než 2500 gramů.

Existuje těsná spojitost mezi nízkou porodní hmotností a úmrtím v kojeneckém věku. Ženy, které kouří během těhotenství, mají třikrát vyšší riziko, že porodí dítě s nízkou porodní hmotností (Králíková, Himmerová, 2004).

Některé studie nacházejí ještě častější výskyt nižší porodní hmotnosti u novorozenců chlapců kouřících matek ve srovnání s narozeným pohlavím ženským<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup>Crha, I., Janků, P. *Faktory životního stylu ovlivňující porodní hmotnost novorozenců*. [citace 20. 11. 2009], dostupné z: < <http://www.gyne.cz/clanky/2000/400cl6.htm> >



### **4.3.2 Vrozené vývojové vady plodu**

Dále Králíková, Himmerová (2004) uvádí, že riziko vrozených vývojových vad plodu vlivem kouření je nejpravděpodobnější v prvních měsících těhotenství. Tyto vlivy by mohly být výsledkem nedostatku kyslíku v zárodku a mohou končit rozvratem cévního systému. Kouření bylo spojeno se zvýšeným rizikem rozštěpů, rozštěp rtu a patra (30 % nárůst rizika), chybějící nebo zkrácené končetiny (30 % nárůst rizika) a urogenitálních abnormalit (20 % nárůst rizika).

### **4.3.3 Perinatální úmrtí**

V pupečnickové krvi novorozenců kouřících matek bývají snižené hladiny katecholaminů, což je pokládáno za možný mechanismus odpovědný za zvýšení jejich perinatální morbidity a mortality (Hrubá, 2007).

Kuřačky jsou náchylnější k porodu mrtvého plodu. Podle švédské studie více je riziko porodu mrtvého plodu o 40 % vyšší u kuřaček než u nekuřaček. Děti narozené matkám, které kouří, jsou asi o 40 % náchylnější k úmrtí během prvních čtyř týdnů života než děti narozené kuřačkám (Králíková, Himmerová, 2004).

## **4.4 Rizika vlivu abúzu tabáku na postnatální vývoj dítěte**

Děti exponované prenatálně cigaretovému kouři mívají častější výskyt zhoubných nádorů v dětství, také poruchy štítné žlázy a odchylky až poruchy mentálního vývoje. Zajímavé a nijak ojedinělé jsou nálezy souvislostí mezi prenatální expozicí kouření a kriminální delikvencí dospívajících chlapců a dospělých mužů.

Vyskytuje se souvislost mezi kouřením rodičů v místech pobytu dítěte a respirační nemocností jejich dětí exponovaných jak v prenatálním tak v postnatálním období. V průměru se riziko závažných akutních onemocnění horních a dolních cest dýchacích a jejich komplikací, pro něž je nutná hospitalizace dětí, zvyšuje v kuřáckých rodinách dvojnásobně. V poporodním období zvýšeného růstu a vývoje plic jsou orgány dýchacího ústrojí zvýšeně citlivé k účinkům chemických i biologických kontaminantů ovzduší. Domácí expozice novorozence cigaretovému kouři má vliv i na častější začátek astmatického onemocnění, zvyšuje počet záchvatů a exacerbaci nemoci, spotřebu léků i nutnost hospitalizací, u nichž byla nalezena přímá korelace k hodnotám kotininu (hlavní metabolit nikotinu) nalezených v moči dětí – nedobrovolných obětí kuřáctví jejich rodičů (Hrubá, Brázdová, 2003).

Otrava nikotinem se u novorozenců projevuje neklidem, nespavostí, zvracením, průjmem, vyšším pulzem, nepravidelným dýcháním, špatným sáním, apatií, chvěním a našedivělou barvou pleti.

Děti kuřáček pomalu rostou, častěji se u nich objevují koliky, nemluvnata i malé děti jsou častěji nemocné, častěji než děti nekuřáček zejména trpí bronchitidou, zápallem plic a alergiemi (Velemínský, et al., 2008).

Četné epidemiologické studie popisují dvakrát až třikrát častější výskyt syndromu náhlé smrti u dětí narozených kuřáčkám. Jedná se o tzv. SIDS – Sudden infant death syndrom. Fendrychová et al. (2009, s.103) definuje Syndrom náhlého úmrtí kojence „jako náhlou, neočekávanou smrt dítěte mladšího jednoho roku, která zůstává nevysvětlena i po kompletní klinické revizi, laboratorních vyšetření a pitvě. V prvních měsících se vyskytuje zřídka, jeho incidence stoupá ve druhém až čtvrtém měsíci, a potom opět klesá. Horní věkovou hranicí je konec prvního roku života“.

Syndrom náhlého úmrtí kojence je pokládán za klinický projev dvou problémů – poruch ve vývoji řízení činnosti srdce a dýchacích orgánů a reakce na akutní hypoxii. Zdravý novorozenec je v prvních dnech po narození chráněn unikátním komplexem funkcí, které zajišťují automatické masivní vyplavování katecholaminů v reakci na hypoxii, například v důsledku spánkové apnoe. Později tato reakce vyhasne, protože řízení převzme centra v CNS, vytvořena při diferenciaci nervových buněk. Nikotin zvyšuje vnímavost srdečních buněk na hypoxii a v důsledku toho, každá hypoxická epizoda může být provázena i zástavou srdce. Proto epidemiologické nálezy zvýšeného rizika Syndromu náhlého úmrtí u dětí prenatálně exponovaných cigaretovému kouři mají biologicky přijatelné vysvětlení (Hrubá, Brázdová, 2003).

#### **4.4.1 Neuroteratogenní účinky nikotinu**

Vliv nikotinu na mozek v kritické fázi jeho prenatálního vývoje souvisí s poruchami učení a paměti, jakož i s emocionálními a behaviorálními problémy, které se u prenatálně exponovaných vyskytují častěji v předškolním a školním věku. Dále je popisován zvýšený výskyt poruch chování označovaných jako deficit pozornosti a hyperaktivita. Vztahy mezi vlivem nikotinu na mozek a uvedenými poruchami se vysvětlují především jako důsledky dopaminergního systému nikotinem (Hrubá, 2007).

Hrubá (2007) dále uvádí, že poruchy chování v dětství související se prenatální expozicí kouření mohou přetrvávat i v dospělosti. Byla pozorována vyšší kriminalita u mužů, jejichž matky v těhotenství kouřily, a to po standardizaci dalších možných přispívajících faktorů jako kriminalita otců, sociální zařízení.

Rovněž byly zaznamenány nižší průměrné výsledky testů inteligence dospělých a častěji se vyskytující mentální retardace u prenatálně exponovaných osob.

Prenatální expozice nikotinu ovlivňuje citlivost psychiky adolescentů k depresím a ke vzniku závislosti na nikotinu (Hrubá, 2007).

#### **4.5 Pasivní kouření během těhotenství**

Protože nikotin i oxid uhelnatý se nacházejí ve zvýšených koncentracích i v zakouřených interiérech, nacházíme příznaky růstové retardace i u novorozenců narozených nekouřícím matkám, ale chronicky exponovaným pasivnímu kouření (Hrubá, Brázdová, 2003).

Předpokládá se, že efekt pasivního kouření je významný, je-li těhotná žena vystavena více než deseti cigaretám za den. Vezmeme-li v úvahu, že nejčastějším zdrojem, škodlivého dýmu bývá partner, není deset cigaret zas tak vysoké číslo. Požadavek na skoncování s kouřením by proto neměl být směřován pouze na nastávající matky, ale také na jejich okolí, hlavně na otce kuřáky<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> uLekare.cz. *Pasivní kouření škodí i plodu v děloze*. [citace 17. 2. 2013], dostupné z: < <http://magazin.ceskenoviny.cz/zpravy/pasivni-koureni-skodi-i-plodu-v-deloze/897852> >

## 5 Odvykání kouření

Kouření je naučené chování, které si kuřák fixuje většinou mnoho let. Proto nelze očekávat zázračný lék ani okamžitý výsledek. Kuřák si musí především přát přestat kouřit a rozhodnout se sám k aktivní změně, naučit se nekouřit, stejně jako se před časem učil kouřit. Tato změna chování trvá řádově měsíce či léta. Průměrné období problémů bývají tři měsíce, do tří měsíců se také odehraje většina relapsů.

Při léčbě závislosti na tabáku znamená závislost na nikotinu další problémy a výskyt abstinčních příznaků. Mechanismus závislosti, abstinční příznaky i úspěšnost léčby se podobají závislosti na jiných drogách jako kokain, amfetamin, heroin. Pro tyto látky je společné především zvyšování dopaminu v nervových synapsích. Nikotin zvyšuje vyplavování do synapsí a to je při léčbě důvodem k doporučení náhradní nikotinové terapie v dostatečné dávce i trvání (Králíková, 2003).

### 5.1 Odvykání kouření – obecně

Má smysl přestat kouřit?

Přestat kouřit má smysl vždycky, v každém věku, v každém stádiu každého onemocnění, u každého. Samozřejmě, čím dříve kuřák přestane kouřit, tím výrazněji sníží riziko. Vždycky to ale znamená prospěch, zlepšení (Králíková, Kozák, 2003).

Závislost na nikotinu je komplexní poruchou. Nefarmakologické postupy tvoří základ úsilí o zanechání kouření, medikamentózní léčba je pro mnoho pacientů důležitým doplňkem. Vhodné jsou takové farmakologické postupy, které působí jak na nikotinem způsobené změny na dráhy odměny, tak na dráhy abstinčního syndromu bez současné potenciace škodlivého působení (Pilařová, 2003).

#### 5.1.1 Metody odvykání kouření

- Nefarmakologická metoda

Pro odvykání kouření má klíčový vliv osvěta, poradenství a psychologická podpora. Behaviorální terapie by měla být součástí standardní praxe. Při běžném vyšetření by se měl každý praktický lékař dotázat, zda je pacient kuřák či nekuřák. V případě, že pacient kouří, by měl doporučit zanechání této aktivity, popsat její rizika a dotázat se pacienta, zda potřebuje pomoci se zanecháním kouření, případně mu ji nabídnout (Pilařová, 2003).

- Farmakologická intervence

Pilařová (2003) popisuje nikotinovou substituční terapii, jako postupné odvykání kuřáka pomocí postupného snižování dávky nikotinu či frekvence po tu dobu, po kterou klesá závažnost abstinčních příznaků provázejících odnětí nikotinu.

Náhradní terapie nikotinem je na našem trhu ve formě žvýkaček, náplastí a inhalátoru s nikotinem. Nejedná se však v žádném případě o lék proti kouření nebo o náhražku cigarety. Jde o lék proti vzniku abstinčních příznaků (Králíková, 2003).

Náhradní terapie nikotinem zdvojnásobuje úspěšnost ve srovnání s placebem, účinnost jednotlivých forem se prakticky neliší, proto si kuřák může sám zvolit typ náhradní nikotinové terapie. Jako kontraindikace jsou nejčastěji uvedeny akutní kardiovaskulární onemocnění, těhotenství nebo dětský věk. Náhradní terapie nikotinem je však vždy méně nebezpečná než kouření, a proto podle doporučení Světové zdravotnické organizace je náhradní terapie nikotinem indikována pro všechny kuřáky závislé na nikotinu, kteří nemohou přestat bez léčby, včetně kardiovaskulárních pacientů, adolescentů nebo těhotných žen, doporučen je dohled lékaře (Velemínský et al., 2008).

Králíková (2003) uvádí, kromě různých přípravků s účinkem srovnatelným s placebem – i placebo však přináší zhruba 5 % úspěšnost, je skutečně účinná náhradní terapie nikotinem a původně antidepressivum Bupropion (Zyban), které opět zvyšuje úspěšnost léčby, zejména v kombinaci s náhradní léčbou nikotinem. Tento lék je k dostání pouze na lékařský předpis.

Chronická expozice bupropionu posiluje bupropionem indukované vzestupy intersticiálních koncentrací dopaminu v nukleus accumbens. Náhlý vzestup dopaminu je základní složkou dráhy odměny, s čímž může souviset pokles lačnění po nikotinu (Pilařová, 2003).

Dalším lékem vázaným na předpis je Vareniklin (Champix). Je to nejúčinnější lék a první vyvinutý přímo k léčbě závislosti na tabáku, který neobsahuje nikotin. Úspěšnost léčby ztrojnásobuje. V mozku obsadí receptory namísto nikotinu, způsobuje stejně jako nikotin vyplavení dopaminu, a tedy zmírnění abstinčních příznaků. Pokud si klient s vareniklinem zapálí, nikotin se nemá kam navázat, protože receptory jsou obsazené vareniklinem a obvyklý pocit odměny po potažení se nedostaví (Králíková, 2005).

## 5.2 Možnosti léčby v těhotenství

Velemínský, et al., (2008) zmiňují, že těhotné kuřáčky by měly dostat jasné informace o riziku kouření pro jejich plod a jasné doporučení přestat kouřit. Měly by být doporučeny do specializovaného centra, centra léčby závislosti na tabáku. Při léčbě závislosti na tabáku je

možné používat farmakologickou léčbu ve formě náhradní terapie nikotinem. Substituční léčba těhotných žen patří mezi nové indikace náhradní terapie nikotinem.

Dle Králíkové et al., (2005) není doporučeno podávat bupropion v těhotenství, ale nejsou žádné zprávy o negativních účincích na plod. Je tedy možným, aby specialista v indikovaném případě, kdy ostatní možnosti léčby selhaly, těhotné ženě bupropion podal, sledoval ji a ohlásil k evidenci výrobci.

Hrubá (2007) ve svém článku o dva roky později, nepovažuje používání náhradní nikotinové terapie v těhotenství za bezpečné s ohledem na snadný transplacentární přenos nikotinu. Dále uvádí, že populace ve vyspělých zemích již akceptovala názor, že náhradní nikotinová terapie je dobrým podpůrným prostředkem při odvykání kouření. Studie, které sledovaly účinnost přípravků náhradní nikotinové terapie při odvykání v těhotenství v porovnání s placebem, však tyto pozitivní vlivy nepotvrdily, právě naopak, našly řadu negativních účinků čistého nikotinu na plod.

Velemínský, et al., (2008, s. 194) zmiňují: *„Vhodnost farmakologické léčby především formou náhradní terapie nikotinem u těhotných žen je diskutabilní. Je ale nezbytné a velmi důležité s i uvědomit, že léčba formou náhradní terapie nikotinem představuje pro těhotnou ženu vždy menší riziko než kouření“*.

## 6 Kouření v období kojení

Kojení je nepříznivě ovlivňováno kouřením. Nikotin inhibuje produkci prolaktinu, kuřáčky mívají sníženou produkci mléka, které může mít i nepříjemnou pachů po nikotinu a jiných chemických látkách z cigaretového kouře. Určitým způsobem se podílejí i sociální aspekty, neboť jak kuřáctví, tak předčasné ukončení kojení se častěji vyskytuje v nižších sociálních vrstvách populace (Hrubá, Brázdová, 2003).

Hladina nikotinu v mateřském mléce je třikrát vyšší než v plazmě. Toxické látky a nikotin, dostávající se do mateřského mléka po vykouření cigarety, znamenají pro organismus novorozence, který si neumí s jejich odbouráváním poradit jako organismus dospělý, obrovskou zátěž. Okamžité reakce na nikotin, kojených dětí silných kuřáček jsou známy reakce jako zvracení, koliky, špatné přibývání na váze, omezená schopnost pít, celkový neklid a zvýšená plačtivost kojenců a poruchy spánku.

U žen kuřáček je nižší množství vyprodukovaného mateřského mléka, také jeho kvalita je negativně ovlivněna. Sníží se podíl mastných kyselin, vitamínu C a E<sup>9</sup>.

Není-li kojící žena kuřáčka ochotna se vzdát kouření, kouří-li žena do pěti cigaret denně, výhody kojení stále převyšují nevýhody kouření. Toto množství je tedy ještě považováno za únosné. Kouřit by se mělo ihned po kojení, aby se část nikotinu stihla metabolizovat a vyloučit<sup>10</sup>.

---

<sup>9</sup> ObsGynae.net. *Kouření od početí k šestinedělí*. [citace 15. 10. 2010], dostupné z: <  
<http://www.obsgynae.net/news/koureni-od-poceti-k-sestinedeli/>>

<sup>10</sup> Viviente.cz. *Kouření v těhotenství a při kojení*. [citace 9. 4. 2009], dostupné z: <  
<http://www.viviente.cz/koureni-v-tehotenstvi-a-pri-kojeni/>>

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 7 Výzkumné šetření

Praktická část bakalářské práce je zaměřena na výzkum, který byl proveden formou dotazníkového šetření v rámci dvou pražských gynekologicko - porodnických klinik. Předmětem šetření byla problematika užívání tabáku v graviditě a následný dopad škodlivých účinků tabáku pro plod.

### 7.1 Téma a cíl výzkumu

V mé práci je ústředním tématem Užívání tabáku u těhotných žen v Praze. Cílem tohoto výzkumu je zjistit informovanost a postoj těhotných žen v Praze ke kouření a poukázat na následky užívání tabáku v těhotenství a dopad na vývoj plodu.

### 7.2 Stanovení výzkumných otázek

- 1.) Má vzdělání vliv na užívání tabáku v graviditě?
- 2.) Informuje se zdravotnický personál při odebrání anamnézy na abúzus tabáku v graviditě?
- 3.) V jaké míře jsou těhotné ženy závislé na tabáku dle Fagerströмова testu nikotinové závislosti?
- 4.) Vyskytuje se u novorozenců kouřících žen horší adaptabilita po porodu?
- 5.) Budou mít novorozenci kuřaček nižší porodní hmotnost?

### 7.3 Stanovení hypotéz

Mojí pracovní hypotézou je tvrzení:

- 1.) Vzdělání bude mít vliv na užívání tabáku v graviditě.
- 2.) Ženy budou tázány na abúzus tabáku v graviditě.
- 3.) Nejpočetnější skupinu budou tvořit těhotné kuřačky s nízkým stupněm závislosti na nikotinu.
- 4.) Novorozenci kuřaček budou mít nižší Apgar skóre, čili horší adaptabilitu po porodu.
- 5.) Novorozenci kuřaček budou mít nižší porodní hmotnost.

### 7.4 Metody sběru dat

V praktické části jsem se zaměřila na výzkum výše uvedených cílů pomocí dvou dotazníkových šetření (viz. Příloha č. 1). Sběr dat formou dotazníků jsem zvolila z důvodu



zjištění více názorů těhotných žen a následně matek po porodu a také z důvodu poměrně rychlého vyplňování respondentkami.

První dotazník byl rozdán těhotným ženám, hospitalizovaným na oddělení pro riziková těhotenství. Dotazník se skládal z 20 otázek a doplňkový byl Fageströmův test nikotinové závislosti (viz. Příloha č. 2), který vyplňovaly pouze kuřačky.

Na začátku dotazníkového šetření respondentky odpovídaly na socio - demografické údaje, kde jsem zjišťovala věk, nejvyšší dosažené vzdělání, rodinný stav, graviditu a paritu ženy. Další otázky zjišťovaly základní informace o probíhajícím těhotenství, znalosti respondentek o rizicích kouření v graviditě a škodlivosti působení na plod. Dále se jednalo o vyplnění otázek, odkud pocházel zdroj informací o rizicích kouření v graviditě, zajímalo mě, zda byly ženy dotazovány v prenatálních poradnách na abúzus tabáku a zda v případě pozitivní odpovědi byly adekvátně edukovány o zanechání kouření. Další otázka se vztahovala k frekvenci pobytu v zakouřeném prostředí v těhotenství a v neposlední řadě respondentky odpovídaly na otázku abúzu tabáku. V případě kladné odpovědi, respondentky vyplnily další čtyři otázky týkající se abúzu tabáku v nynější graviditě. V případě záporné odpovědi, odpovídaly jen nekuřačky na poslední otázku zaměřenou na kouření a domácnost, v níž bude vyrůstat novorozenec. Poslední částí prvního dotazníku byl Fagerstömův test nikotinové závislosti, který je složen ze šesti otázek, odpovídaly na něj pouze kuřačky.

Druhý dotazník (viz. Příloha č. 3) byl složen z šesti otázek a určen pro ženy po porodu, hospitalizované na oddělení šestinedělí. Respondentky v dotazníku krátce zhodnotí průběh těhotenství a porodu a poskytnou základní informace o novorozenci.

## **7.5 Etika výzkumu**

Oba dotazníky pro výzkumné šetření jsou anonymní. Respondentkám byla předem poskytnuta informace o využití získaných dat a k jakým účelům dotazníky slouží a zároveň byly požádány o podepsání informovaného souhlasu s výzkumem (viz. Příloha č. 4).

## **7.6 Metody výběru, charakteristika výzkumného souboru**

Výzkumný soubor tvořily těhotné ženy hospitalizované na oddělení pro riziková těhotenství a ženy po porodu hospitalizované na oddělení šestinedělí ve dvou fakultních nemocnicích v Praze, konkrétně na gynekologicko - porodnických klinikách.

Předpokládaný počet dotazníků v obou nemocnicích byl 150. Vzhledem k tomu, že ve většině pražských nemocnic probíhala dotazníková šetření i jiných studentů vysokých škol, některé s výzkumem bohužel nesouhlasily. Celkem bylo rozdáno 120 dotazníků těhotným

ženám, na rizikových odděleních ve Fakultní Nemocnici Motol a Fakultní Nemocnici Královské Vinohrady. Návratnost byla 93,3 % tedy 112 dotazníků.

Ženám po porodu bylo rozdáno celkem 130 dotazníků s návratností 90 % tedy 117 dotazníků.

### **7.7 Průběh výzkumného šetření**

Na začátku výzkumného šetření jsem rozeslala emailovou poštou žádosti o schválení dotazníků pro účely vypracování bakalářské práce do pěti pražských nemocnic. Ve všech případech jsem zaslala žádost náměstkyni pro ošetrovatelskou péči v dané nemocnici a vrchní sestře příslušné gynekologicko – porodnické kliniky. Jak už jsem se zmiňovala, v některých nemocnicích mi žádost byla zamítnuta. Ve Fakultní Nemocnici Motol a Fakultní Nemocnici Královské Vinohrady mi byl sběr dat povolen a žádost schválena.

Dotazníkové šetření probíhalo v měsíci březnu 2013. Po domluvě na konkrétních termínech, se staničními sestrami příslušných oddělení, tedy rizikového oddělení pro těhotné a oddělení šestinedělí. Na oddělení jsem docházela tak, aby mou přítomností nebyl narušen řád a chod oddělení. Dotazníky jsem rozdávala osobně.

### **7.8 Metody zpracování dat**

Analýzu dat jsem zpracovávala v tabulkovém procesoru Microsoft Office Excel 2007. Získaná data byla převedena do tabulek a grafů s příslušným výkladem o analýze. Hodnoty v tabulkách jsem udávala v absolutních a relativních četnostech.

Pro ověření tvrzení stanovených pracovních hypotéz jsem využila Chí kvadrát testu k ověření případné statistické významnosti. Pro testování hypotéz jsem stanovila hladinu významnosti **p (5%)**.

## 8 Výsledky výzkumu

### 8.1 Charakteristika sledovaného souboru, 1. dotazníkové šetření

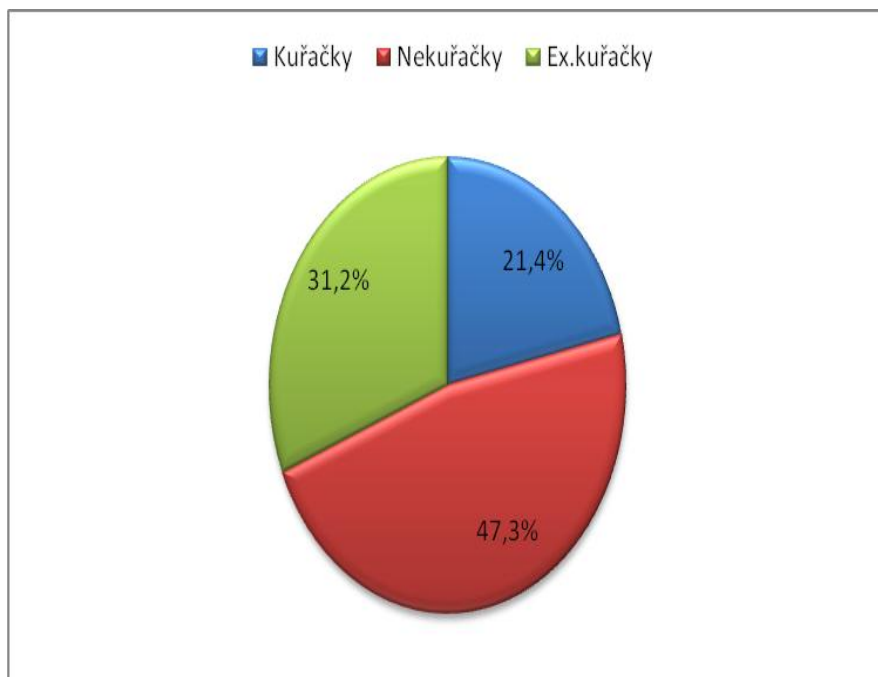
Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 112 respondentek. Šetření probíhalo na odděleních pro riziková těhotenství motolské a vinohradské nemocnice v měsíci březnu 2013.

Dotazníkového šetření se celkem zúčastnilo 53 nekuřáček (47,3%), 24 kuřáček (21,4%), 35 ex-kuřáček (31,2%), což představuje tabulka č. 1 a graf č. 1. Z hlediska věkového rozmezí, nejmladší respondentce bylo 16 let a nejstarší 43 let.

**Tabulka č. 1** Charakteristika souboru dle abúzu tabáku (odpovídá položce dotazníku č. 16)

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Kuřáčky	24	21,4%
Nekuřáčky	53	47,3%
Ex-kuřáčky	35	31,2%
<b>Celkem</b>	<b>112</b>	<b>100,0%</b>

**Graf č. 1** Grafické rozčlenění dle abúzu tabáku



### Položka dotazníku č. 1

#### Uveďte Váš věk, prosím.

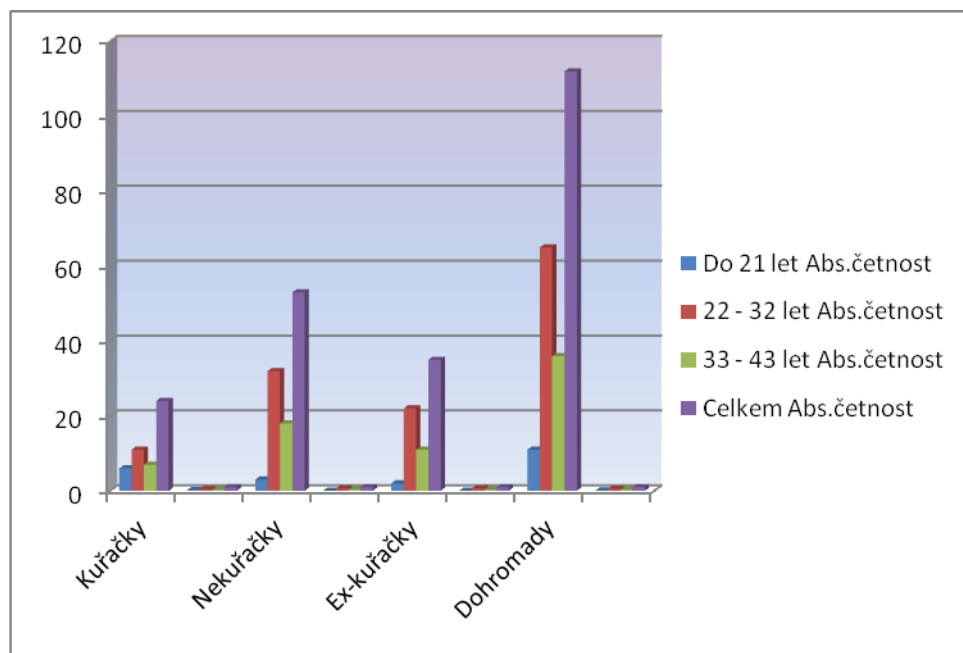
Z celkového počtu 112 gravidních žen je nejvíce zastoupena věková hranice od 22-32 let, tvoří ji 65 žen (58, 1%), další skupina ve věku od 33 do 43 let, je zastoupena 36 ženami (32, 1%) a nejméně početně zastoupenou skupinu tvoří věková hranice do 21 let, kterou tvoří 11 žen (9, 8%).

Podle kuřácké anamnézy nejpočetnější skupinou byly nekuřáčky 53 žen, z nichž byla nejhojněji zastoupena věková skupina 22-32 let, dohromady 32 žen (60, 4%) stejně tak jako u ex-kuřáček, kde tato věková skupina 22-32 let byla nejvíce zastoupena a to 22 ženami (62, 9%). Ve věku do 21 let je z celkové kuřácké anamnézy nejpočetněji zastoupena právě kuřáčkami, což vypovídá o současném postoji mladistvých ke kouření. Opřu-li se o výsledky Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) z roku 2011, byť jsou zaměřeny na studenty základních a středních škol, u dívek je prevalence denního kouření 24% a 6% kouří víc jak 11 cigaret denně, kdy už patří v tak nízkém věku k silně závislým na tabáku. Slabou útěchou v tomto případě může být mírný pokles od roku 2007 do roku 2011 silného kuřáctví u dívek, které vykouří víc jak jedenáct cigaret denně (Csémy, Chomynová, Mravčík (Eds.). 2012).

**Tabulka č. 2** Charakteristika souboru dle věku respondentek

	<b>Do 21 let</b>	<b>22 - 32 let</b>	<b>33 - 43 let</b>	<b>Celkem</b>
	Abs.četnost	Abs.četnost	Abs.četnost	Abs.četnost
	Rel.četnost	Rel.četnost	Rel.četnost	Rel.četnost
<b>Kuřáčky</b>	6	11	7	<b>24</b>
	25, 0%	45, 8%	29, 2%	100, 0%
<b>Nekuřáčky</b>	3	32	18	<b>53</b>
	5, 7%	60, 4%	33, 9%	100, 0%
<b>Ex-kuřáčky</b>	2	22	11	<b>35</b>
	5, 7%	62, 9%	31, 4%	100, 0%
<b>Dohromady</b>	<b>11</b>	<b>65</b>	<b>36</b>	<b>112</b>
	<b>9, 8%</b>	<b>58, 1%</b>	<b>32, 1%</b>	<b>100, 0%</b>

**Graf č. 2** Grafické rozčlenění dle věku respondentek (Absolutní četnost)



## Položka dotazníku č. 2

K této položce se vztahuje **výzkumná otázka č. 1: Má vzdělání vliv na užívání tabáku v graviditě?**

### **Hypotéza č. 1. Vzdělání bude mít vliv na užívání tabáku v graviditě.**

Tabulka a Graf č. 3 charakterizují soubor dle vzdělání. Nejpočetněji byla zastoupena skupina respondentek s vysokoškolským vzděláním v počtu 39 žen (34, 8%). Druhou ne méně početnou skupinu tvořily ženy se středoškolským vzděláním s maturitou 36 žen (32, 1%). Jako další byly ženy středoškolsky vzdělané bez maturity 19 žen (17,0%). Nejmenší počet byl zastoupen ženami se základním vzděláním 11 (9, 8%) a na druhou stranu ženy s vyšším odborným vzděláním 7 (6, 3%).

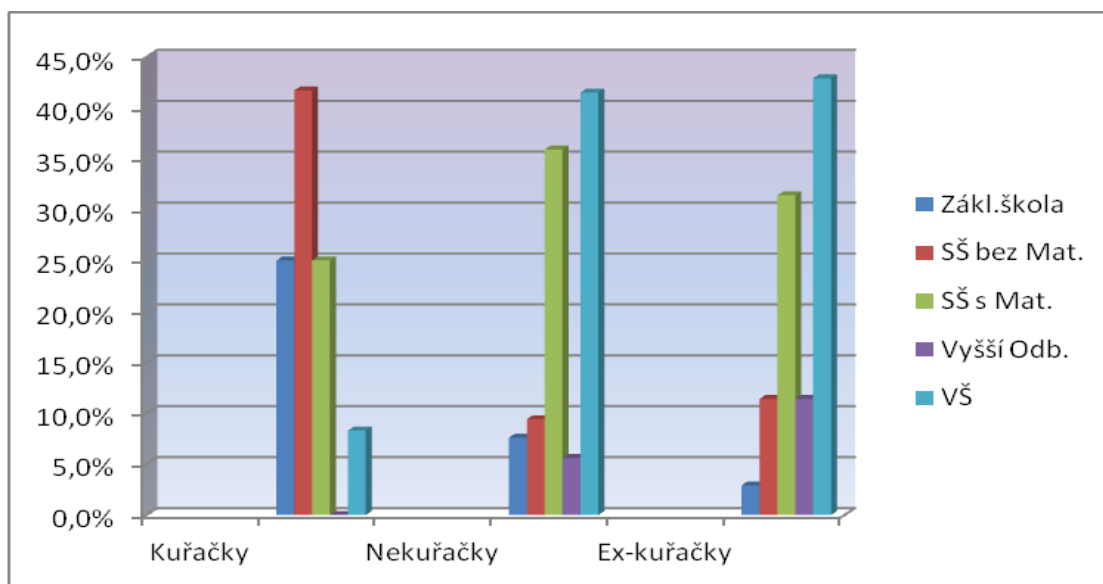
Tady jsou signifikantní rozdíly ve vztahu vzdělání a užívání tabáku. Pomínou-li nejnižší počet respondentek právě v zastoupení vyššího odborného vzdělání, které je nástavbové a nelze jej považovat za vysokoškolské ani středoškolské, zůstává nejnižší počet respondentek ve skupině se základním vzděláním 11 (9, 8%), do něhož spadají v nejpočetnějším zastoupení kuřačky 6 respondentek (25, 0%). Celkově je u kuřaček nejvíce zastoupeno středoškolské vzdělání bez maturity 10 (41, 7%). Nekuřačky dosahují nejčastěji vysokoškolského vzdělání 22 žen (41, 5%). A ex-kuřačky dosahují stejně jako nekuřačky nejvíce vzdělání vysokoškolského 15 (42, 9%). Rozdíl ve vzdělání mezi kuřačkami, nekuřačkami a ex-kuřačkami je statisticky významný. Statistická významnost ve vlivu vzdělání na užívání tabáku v graviditě se prokázala (**p = 0,000392**). Tím se potvrdila mnou stanovená hypotéza č. 1: **Vzdělání bude mít vliv na užívání tabáku v graviditě.**

**Tabulka č. 3** Charakteristika souboru dle vzdělání respondentek

	<b>Zákl.škola</b>	<b>SŠ bez Mat.</b>	<b>SŠ s Mat.</b>	<b>Vyšší Odb.</b>	<b>VŠ</b>	<b>Celkem</b>
	Abs.četnost	Abs.četnost	Abs.četnost	Abs.četnost	Abs.četnost	Abs.četnost
	Rel.četnost	Rel.četnost	Rel.četnost	Rel.četnost	Rel.četnost	Rel.četnost
<b>Kuřačky</b>	6	10	6	0	2	<b>24</b>
	25, 0%	41, 7%	25, 0%	0, 0%	8, 3%	100, 0%
<b>Nekuřačky</b>	4	5	19	3	22	<b>53</b>
	7, 6%	9, 4%	35, 9%	5, 6%	41, 5%	100, 0%
<b>Ex-kuřačky</b>	1	4	11	4	15	<b>35</b>
	2, 9%	11, 4%	31, 4%	11, 4%	42, 9%	100, 0%
<b>Dohromady</b>	<b>11</b>	<b>19</b>	<b>36</b>	<b>7</b>	<b>39</b>	<b>112</b>
	<b>9, 8%</b>	<b>17, 0%</b>	<b>32, 1%</b>	<b>6, 3%</b>	<b>34, 8%</b>	<b>100, 0%</b>

**statisticky významné (p = 0,000392)**

**Graf č 3** Grafické rozčlenění dle vzdělání respondentek



statisticky významné ( $p = 0,000392$ )

### Položka dotazníku č. 3

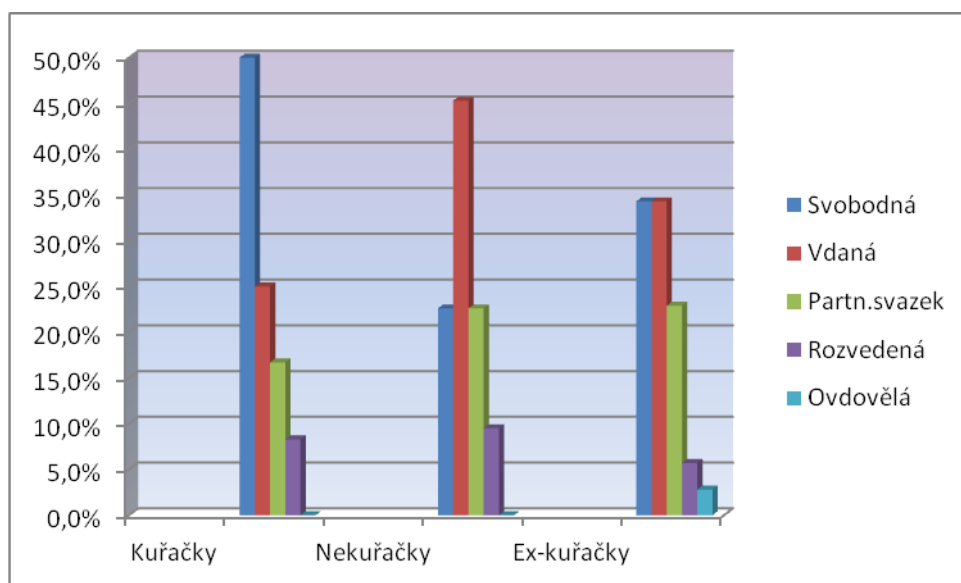
#### Váš rodinný stav?

Největší zastoupení ze všech těhotných respondentek vzhledem k rodinnému stavu představovala skupina vdaných žen 42 (37, 5%). Další skupina byla tvořena ženami svobodnými a to 36 (32, 1%) a v těsném závěsu za ní byla skupina žen žijících v partnerském svazku 24 (21, 4%). Nejméně početnou skupinu pak tvořily rozvedené a ovdovělé ženy a to 9 (8, 0%) a 1 (1, 0%). Dle kuřácké anamnézy vyplynulo zajímavé zjištění, že nebyl vůbec žádný rozdíl v počtu žen svobodných, které představovaly ve všech skupinách jak u kuřáček 12 (50, 0%), nekuřáček 12 (22, 6%) a ex-kuřáček 12 (34, 3%) naprosto stejný počet. U nekuřáček převažuje skupina vdaných žen 24 (45, 3%). Ex-kuřačky mají shodný počet ve skupině svobodných a vdaných žen a to 12 (34, 3%). Výsledky jsou doplněny tabulkou č. 4 a dvěma grafy č. 4a grafem č. 5.

**Tabulka č. 4** Charakteristika souboru dle rodinného stavu

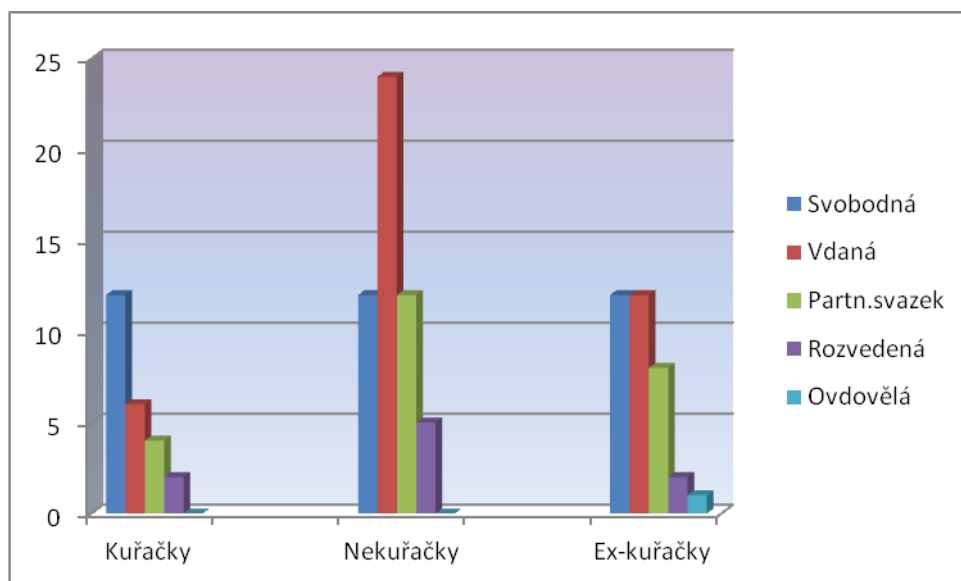
	<b>Svobodná</b>	<b>Vdaná</b>	<b>Partn.svazek</b>	<b>Rozvedená</b>	<b>Ovdovělá</b>	<b>Celkem</b>
	Abs.četnost	Abs.četnost	Abs.četnost	Abs.četnost	Abs.četnost	Abs.četnost
	Rel.četnost	Rel.četnost	Rel.četnost	Rel.četnost	Rel.četnost	Rel.četnost
<b>Kuřačky</b>	12	6	4	2	0	<b>24</b>
	50,0%	25,0%	16,7%	8,3%	0,0%	100,0%
<b>Nekuřačky</b>	12	24	12	5	0	<b>53</b>
	22,6%	45,3%	22,6%	9,5%	0,0%	100,0%
<b>Ex-kuřačky</b>	12	12	8	2	1	<b>35</b>
	34,3%	34,3%	22,9%	5,7%	2,8%	100,0%
<b>Dohromady</b>	<b>36</b>	<b>42</b>	<b>24</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>112</b>
	<b>32,1%</b>	<b>37,5%</b>	<b>21,4%</b>	<b>8,0%</b>	<b>1,0%</b>	<b>100,0%</b>

**Graf č. 4** Grafické rozčlenění dle rodinného stavu (Relativní četnost)





**Graf č. 5** Grafické rozčlenění dle rodinného stavu (Absolutní četnost)



#### Položka dotazníku č. 4

#### Kolikáte je to těhotenství?

Jak je patrné z tabulky č. 5 z celkového počtu 112 respondentek je více než pro polovinu žen, přesně pro 60 (53, 6%) nynější těhotenství první. Následuje druhé těhotenství s počtem 29 (25, 9%) žen a pro 11 (9, 8%) respondentek je aktuální těhotenství třetí. V nejmenším zastoupení bylo těhotenství čtvrté a více těhotenství a to 5 (4, 5%) a 7 (6, 2%) žen. Dle kuřácké anamnézy je nejčastějším těhotenstvím u kuřáček první těhotenství u 11 (45, 8%) žen a více než čtyři těhotenství udávalo 6 (25, 0%) kuřáček. Nekuřačky stejně tak jako ex-kuřačky měly nejpočetnější zastoupení ve skupině prvního těhotenství 28 (52, 8%) a 21 (60, 0%) žen stejně tak jako druhé nejčastější udávaly těhotenství druhé 16 (30,2%) u žen nekuřáček a 9 (25, 7%) u ex-kuřáček.

**Tabulka č 5** Charakteristika souboru dle počtu těhotenství

	<b>I.těhotenst.</b>	<b>II.těhot.</b>	<b>III.těhot.</b>	<b>IV.těhot.</b>	<b>Více těhot.</b>	<b>Celkem</b>
	Abs.četn.	Abs.četn.	Abs.četn.	Abs.četn.	Abs.četn.	Abs.četn.
	Rel.četn.	Rel.četn.	Rel.četn.	Rel.četn.	Rel.četn.	Rel.četn.
<b>Kuřačky</b>	11	4	1	2	6	<b>24</b>
	45, 8%	16, 7%	4, 2%	8, 3%	25, 0%	100, 0%
<b>Nekuřačky</b>	28	16	5	3	1	<b>53</b>
	52, 8%	30, 2%	9, 4%	5, 7%	1, 9%	100, 0%
<b>Ex-kuřačky</b>	21	9	5	0	0	<b>35</b>
	60, 0%	25, 7%	14, 3%	0, 0%	0, 0%	100, 0%
<b>Dohromady</b>	<b>60</b>	<b>29</b>	<b>11</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>112</b>
	<b>53, 6%</b>	<b>25, 9%</b>	<b>9, 8%</b>	<b>4, 5%</b>	<b>6, 2%</b>	<b>100, 0%</b>

Položka dotazníku č. 5Skončilo některé Vaše těhotenství potratem?

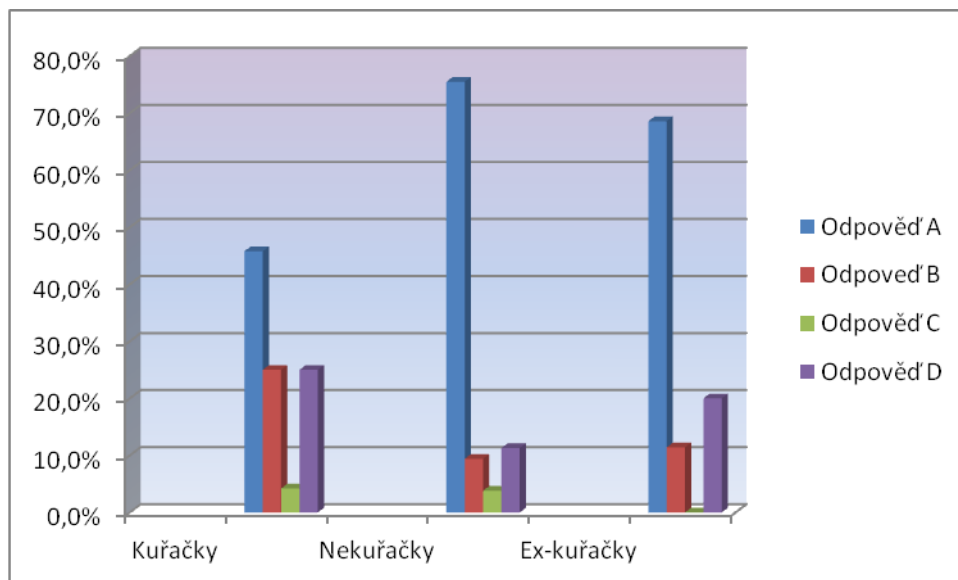
Tabulka č. 6 a zároveň graf č. 6 představují potratovost u respondentek. U kuřaček, byla ve stejném početním zastoupení odpověď B a odpověď D a to 6 (25, 0%). Druhá nejpočetněji zastoupená skupina u ex-kuřaček byla odpověď D u 7 (20, 0%) žen. Což je podstatně více respondentek, oproti nekuřačkám, které v této skupině mají prezenci podstatně nižší jak znázorňuje graf č. 6 (11, 3%) u 6 žen. Nekuřačky představují ve skupině s odpovědí A, čili nulovou potratovostí v anamnéze, také nejvyšší početní zastoupení 40 (75, 5%) respondentek .

**Tabulka č. 6** Charakteristika souboru dle potratovosti

	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>Celkem</b>
	Abs.četn.	Abs.četn.	Abs.četn.	Abs.četn.	Abs.četn.
	Rel.četn.	Rel.četn.	Rel.četn.	Rel.četn.	Rel.četn.
<b>Kuřačky</b>	11	6	1	6	<b>24</b>
	45, 8%	25, 0%	4, 2%	25, 0%	100, 0%
<b>Nekuřačky</b>	40	5	2	6	<b>53</b>
	75, 5%	9, 4%	3, 8%	11, 3%	100, 0%
<b>Ex-kuřačky</b>	24	4	0	7	<b>35</b>
	68, 6%	11, 4%	0, 0%	20, 0%	100, 0%
<b>Dohromady</b>	<b>75</b>	<b>15</b>	<b>3</b>	<b>19</b>	<b>112</b>
	<b>66, 9%</b>	<b>13, 4%</b>	<b>2, 7%</b>	<b>17, 0%</b>	<b>100, 0%</b>

**Legenda odpovědí:** **A)** ne; **B)** ano, podstoupila jsem umělé přerušování těhotenství (UPT); **C)** ano, prodělala jsem mimoděložní těhotenství (GEU); **D)** ano, samovolný potrat

**Graf č. 6** Grafické rozčlenění dle potratovosti



### Položka dotazníku č. 6

V kolikátém týdnu těhotenství jste navštívila poprvé prenatální poradnu?

U 6. položky dotazníku jsem provedla kategorizaci odpovědí. Respondentky měly číselně doplnit týden těhotenství, kdy poprvé navštívily prenatální poradnu. Nejčastěji se vyskytující odpovědi jsem zahrнула do pěti kategorií A, B, C, D, E, viz. legenda odpovědí.

Z tabulky č. 7 je patrné, že z celkového počtu 112 respondentek, navštívila poprvé prenatální poradnu většina žen v rozmezí 5. - 9. týdne těhotenství a to 68 (60, 7%) žen. Druhou nejpočetnější skupinu tvořily ženy, které navštívily poprvé prenatální poradnu v rozmezí 10. -12. týdne těhotenství a to 21 (18, 8%) žen. Zarážející je počet 5 (4, 5%) respondentek, které nenavštěvovaly prenatální poradnu vůbec.

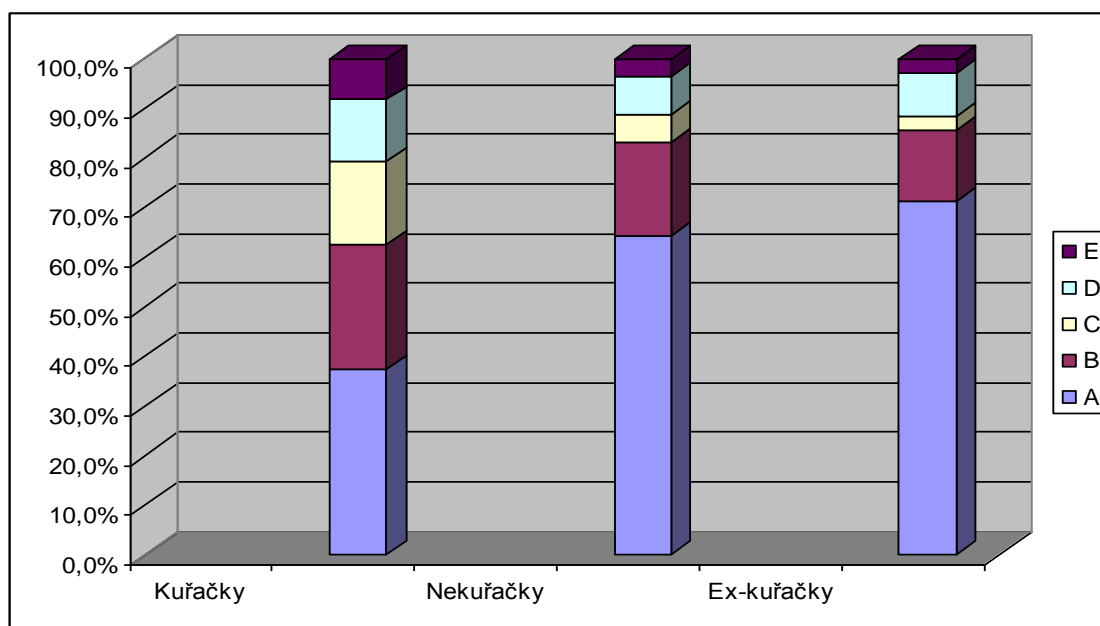
Z grafu č. 7 vyplývá, že nekuřačky a ex-kuřačky měly početnější zastoupení ve skupině A, dle legendy odpovědí a to 34 (64, 2%) nekuřaček a 25 (71, 4%) ex-kuřaček na rozdíl od kuřaček 9 (37, 5%), které první návštěvu prenatální poradny absolvovaly v menším zastoupení.

**Tabulka č.7** Charakteristika souboru dle první návštěvy prenatalní poradny

	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>Celkem</b>
	Abs.četn.	Abs.četn.	Abs.četn.	Abs.četn.	Abs.četn.	Abs.četn.
	Rel.četn.	Rel.četn.	Rel.četn.	Rel.četn.	Rel.četn.	Rel.četn.
<b>Kuřačky</b>	9	6	4	3	2	<b>24</b>
	37, 5%	25, 0%	16, 7%	12, 5%	8, 3%	100, 0%
<b>Nekuřačky</b>	34	10	3	4	2	<b>53</b>
	64, 2%	18, 9%	5, 7%	7, 5%	3, 7%	100, 0%
<b>Ex-kuřačky</b>	25	5	1	3	1	<b>35</b>
	71, 4%	14, 2%	2, 9%	8, 6%	2, 9%	100, 0%
<b>Dohromady</b>	<b>68</b>	<b>21</b>	<b>8</b>	<b>10</b>	<b>5</b>	<b>112</b>
	<b>60, 7%</b>	<b>18, 8%</b>	<b>7, 1%</b>	<b>8, 9%</b>	<b>4, 5%</b>	<b>100, 0%</b>

**Legenda odpovědí:** **A)** první návštěva v prenatalní poradně v rozmezí od 5.-9. týdne těhotenství; **B)** první návštěva v prenatalní poradně v rozmezí od 10.-12. týdne těhotenství; **C)** první návštěva v prenatalní poradně v rozmezí od 13.-17. týdne těhotenství; **D)** první návštěva v prenatalní poradně v rozmezí od 18. týdne těhotenství a později; **E)** prenatalní poradnu respondenta v těhotenství nenavštěvovala vůbec

**Graf č. 7** Grafické rozčlenění dle první návštěvy v prenatalní poradně



### Položka dotazníku č. 7

#### Je Vaše těhotenství plánované?

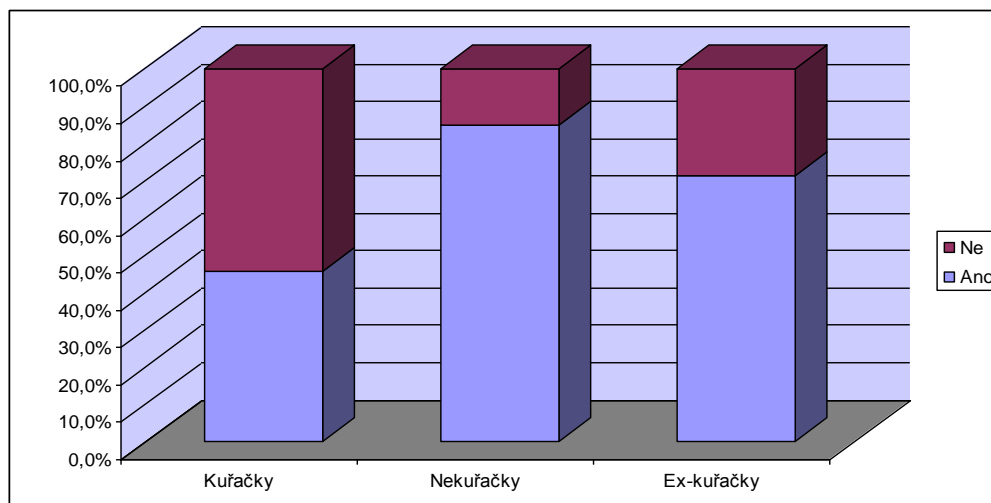
Tabulka č. 8 ukazuje, že většina respondentek 81 (72, 3%) uvedlo svou nynější graviditu jako plánovanou. Z celkového počtu 112 žen, své těhotenství neplánovalo 31 žen (27,7%).

Dle tabulky č. 8 je evidentní, že více jak polovina kuřáček svou graviditu neplánovala 13 (54, 2%), což doplňuje graf č. 8. Dále pro 8 nekuřáček (15, 1%) a 10 ex-kuřáček (28, 6%) není gravidita plánovaná.

**Tabulka č. 8** Charakteristika souboru dle plánování těhotenství

	<b>Ano</b>	<b>Ne</b>	<b>Celkem</b>
	Abs.četn.	Abs.četn.	Abs.četn.
	Rel.četn.	Rel.četn.	Rel.četn.
<b>Kuřáčky</b>	11	13	<b>24</b>
	45, 8%	54, 2%	100, 0%
<b>Nekuřáčky</b>	45	8	<b>53</b>
	84, 9%	15, 1%	100, 0%
<b>Ex-kuřáčky</b>	25	10	<b>35</b>
	71, 4%	28, 6%	100, 0%
<b>Dohromady</b>	<b>81</b>	<b>31</b>	<b>112</b>
	<b>72, 3%</b>	<b>27, 7%</b>	<b>100, 0%</b>

**Graf č. 8** Grafické rozčlenění dle plánování těhotenství



## Položka dotazníku č. 8

Jaký je důvod Vaší hospitalizace v nynějším těhotenství? Napište vlastními slovy.

V této otázce, měly respondenty možnost otevřených odpovědí. Následně jsem provedla kategorizaci těchto odpovědí.

Jak je patrné z tabulky č. 9 nejčastějším důvodem hospitalizace byly komplikace v těhotenství spojené s preeklampsií dle legendy odpověď- A, kterou zvolilo 21 žen (18, 8%). Následuje odpověď B – hrozící předčasný porod, který udávalo 20 žen (17, 9%). Další poměrně častou příčinou hospitalizace bylo přenášení, odpověď K dle legendy, kterou zvolilo 14 žen (12, 5%). Důvod hospitalizace pro suspektní odtok plodové vody udávalo 11 že ( 9, 8%).

Kuřačky jako nejčastější důvod hospitalizace volily odpověď A, a to 5 žen (20, 8%). Stejná relativní četnost (20, 8%) byla v zastoupení u nekuřáček, kdy tak odpovídalo 11 žen. Druhou nejčastější odpovědí kuřáček byla odpověď B dle legendy u 4 žen (16, 7%). Ex-kuřačky nejčastěji uváděly odpověď B a K dle legendy odpovědí a to 7 žen (20, 7%) a 6 žen (17, 1%).

V tabulce je také zachycena poměrně častá odpověď C u kuřáček 3 ženy (12, 5%) z celkového počtu 24 respondentek kuřáček. Důvodem hospitalizace je tedy u těchto žen intrauterinní růstová retardace plodu, na jejíž příčině se z velké míry může podílet právě užívání tabáku v těhotenství.

**Tabulka č. 9** Charakteristika souboru dle důvodu hospitalizace

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	Celkem
	Ab.č.	Ab.č.	Ab.	Ab.č.	Ab.č.	Ab.č.	Ab.č.	Ab.č.	Ab.č.	Ab.č.	Ab.č.	Ab.č.	Ab.č.	Ab.č.
	Rel.č.	Rel.č.	Rel.č.	Rel.č.	Rel.č.	Rel.č.	Rel.č.	Rel.č.	Rel.č.	Rel.č.	Rel.č.	Rel.č.	Rel.č.	Rel.č.
<b>Ku</b>	5	4	3	1	3	0	0	0	2	1	2	2	1	<b>24</b>
	20, 8%	16, 7%	12, 5%	4, 2%	12, 5%	0, 0%	0, 0%	0, 0%	8, 3%	4, 2%	8, 3%	8, 3%	4, 2%	<b>100, 0%</b>
<b>Ne</b>	11	9	1	3	5	5	3	0	5	3	6	2	0	<b>53</b>
	20, 8%	16, 9%	1, 9%	5, 7%	9, 4%	9, 4%	5, 7%	0, 0%	9, 4%	5, 7%	11, 3%	3, 8%	0, 0%	<b>100, 0%</b>
<b>Ex</b>	5	7	2	2	3	2	0	2	2	2	6	1	1	<b>35</b>
	14, 3%	20, 0%	5, 7%	5, 7%	8, 6%	5, 7%	0, 0%	5, 7%	5, 7%	5, 7%	17, 1%	2, 9%	2, 9%	<b>100, 0%</b>
<b>Do</b>	21	20	6	6	11	7	3	2	9	6	14	5	2	<b>112</b>
	18, 8%	17, 9%	5, 3%	5, 3%	9, 8%	6, 3%	2, 7%	1, 8%	8, 0%	5, 3%	12, 5%	4, 5%	1, 8%	<b>100, 0%</b>

**Legenda odpovědí:** Důvody hospitalizace: **A)** preeklampsie (vysoký tlak, otoky, zvýšená bílkovina v moči); **B)** hrozící předčasný porod; **C)** IUGR (porucha růstu plodu); **D)** suspektní monitory plodu; **E)** suspektní odtok plodové vody; **F)** urologické komplikace (záněty močových cest, ledvinné koliky); **G)** těhotenská cukrovka; **H)** suspektní trombóza; **I)** krvácení; **J)** zvracení;

**K)** přenášení; **L)** pozdní záchyt těhotenství, nesledovaná gravidita; **M)** jiné (vcestná placenta, vysoké jaterní testy)

Vysvětlivky k tabulce:

Ku – kuřačky

Ne – nekuřačky

Ex – ex-kuřačky

Do – dohromady

Položka dotazníku č. 9

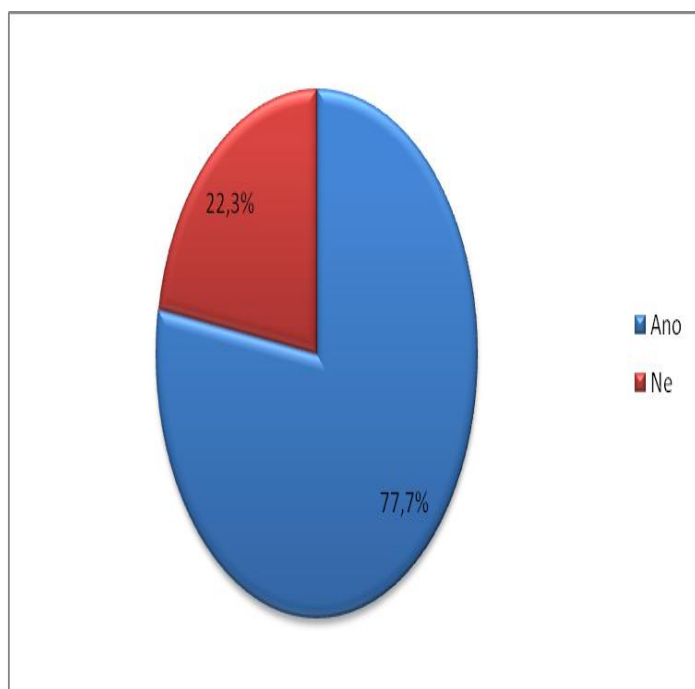
Myslíte, že kouření má vliv na otěhotnění?

Z tabulky č.9 a grafu č. 10 vyplývá, že 87 žen (77, 7%) sdílí názor, že kouření ovlivňuje možnost otěhotnění a 25 žen (22, 3%) je opačného názoru. Tenhle názor bohužel sdílí téměř polovina kuřaček v zastoupení 11 žen (45, 8%).

**Tabulka č. 10** Charakteristika souboru dle vlivu kouření na otěhotnění

	<b>Ano</b>	<b>Ne</b>	<b>Celkem</b>
<b>Kuřačky</b>	13	11	<b>24</b>
	54, 2%	45, 8%	100, 0%
<b>Nekuřačky</b>	46	7	<b>53</b>
	86, 8%	13, 2%	100, 0%
<b>Ex-kuřačky</b>	28	7	<b>35</b>
	80, 0%	20, 0%	100, 0%
<b>Dohromady</b>	<b>87</b>	<b>25</b>	<b>112</b>
	<b>77, 7%</b>	<b>22, 3%</b>	<b>100, 0%</b>

**Graf č. 9** Grafické rozčlenění dle vlivu kouření na otěhotnění



Položka dotazníku č. 10

Jaký máte názor na kouření v těhotenství? Napište vlastními slovy.

V této otázce, měly respondentky rovněž možnost otevřených odpovědí. Následně jsem provedla kategorizaci těchto odpovědí dle tvrzení respondentek.

Většina kuřaček si uvědomuje následky užívání tabáku v těhotenství, mnoho z nich však přestat kouřit odmítá, ať už z mylného důvodu, že „přestat z ničeho nic, není dobré“ nebo navzdory tomu, že škodí zdraví své i zdraví nenarozeného plodu, zkrátka přestat nechtějí. Cituji výpověď jedné z kuřaček: „Kouření škodí, ale není dobré přestat z ničeho nic, škodlivé látky jsou v těle dlouho a když maminka kouřila před otěhotněním, dítě by mohlo mít abstinenční příznaky...“

Z tabulky č. 11 je patrné, že většina žen volila převážně mezi dvěma odpověďmi A, D dle legendy odpovědí. Odpověď A tedy tvrzení respondentek, že postoj ke kouření v těhotenství mají negativní a kouřit by se nemělo, uvedlo 26 žen (23,2 %) a odpověď D, kdy postoj respondentek ke kouření v těhotenství je naprosto zamítavý a nepřijatelný, v tomto případě zvolilo také 26 žen čili (23,2%).



Z odpovědí žen kuřaček převažují A, F a to v zastoupení 9 (37, 5%) a 7 (29,2 %) žen. Což může vypovídat o tom, že kuřačky jsou si vědomy škodlivosti kouření, na druhou stranu si namlouvají, že přestat kouřit v těhotenství by bylo škodlivé pro plod, z důvodu stresu. V takovém případě by měla zafungovat osvěta ze strany zdravotnických pracovníků, ale ne jen z jejich strany, ale všech, kteří přijdou s těhotnou kuřačkou do kontaktu.

Nekuřačky měly nejpočetnější zastoupení odpovědí C, D a to 16 (30, 2%) a 17 (32, 1%). Ex-kuřačky volily nejčastěji odpověď A, D a to 8 (22, 9%) a 9 (25, 7%).

**Tabulka č. 11** Charakteristika souboru dle názoru na kouření v těhotenství

	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>F</b>	<b>G</b>	<b>H</b>	<b>Celkem</b>
	Abs.četn.	Abs.četn.	Abs.četn.	Abs.četn.	Abs.četn.	Abs.četn.	Abs.četn.	Abs.četn.	Abs.četn.
	Rel.četn.	Rel.četn.	Rel.četn.	Rel.četn.	Rel.četn.	Rel.četn.	Rel.četn.	Rel.četn.	Rel.četn.
<b>Kuřačky</b>	9	2	3	0	0	7	3	0	<b>24</b>
	37, 5%	8, 3%	12, 5%	0, 0%	0, 0%	29, 2%	12, 5%	0, 0%	100, 0%
<b>Nekuřačky</b>	9	8	16	17	1	0	2	0	<b>53</b>
	17, 0%	15, 1%	30, 2%	32, 1%	1, 9%	0, 0%	3, 7%	0, 0%	100, 0%
<b>Ex-kuřačky</b>	8	6	4	9	2	0	3	3	<b>35</b>
	22, 9%	17, 1%	11, 4%	25, 7%	5, 7%	0, 0%	8, 6%	8, 6%	100, 0%
<b>Dohromady</b>	<b>26</b>	<b>16</b>	<b>23</b>	<b>26</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>112</b>
	<b>23, 2%</b>	<b>14, 3%</b>	<b>20, 5%</b>	<b>23, 2%</b>	<b>2, 7%</b>	<b>6, 3%</b>	<b>7, 1%</b>	<b>2, 7%</b>	<b>100, 0%</b>

**Legenda odpovědí:** **A)** negativní, v těhotenství by se kouřit nemělo; **B)** nebezpečné pro plod; **C)** nebezpečné pro matku i plod; **D)** nepřípustné, nekouřit!; **E)** co nejdříve přestat kouřit; **F)** přestat kouřit v těhotenství je stresující; **G)** omezit kouření na minimum, příležitostné kuřáctví v těhotenství neodsuzují; **H)** je to svobodné rozhodnutí každé matky

#### Položka dotazníku č. 11

Uveďte prosím, co považujete za nejvhodnější dobu pro zanechání užívání tabáku u ženy, která plánuje těhotenství?

Tabulka č. 12 znázorňuje odpovědi žen na vhodnost doby zanechání užívání tabáku u žen, plánujících těhotenství. Z celkového počtu 112 respondentek byla nejčastěji volena odpověď a) 1 rok. Tuto možnost zvolila více než polovina žen, tedy 62 (55, 4%). Druhou nejvíce frekventovanou odpovědí byla odpověď b), ta byla zvolena 25 respondentkami (22, 3%). Přestat užívat tabák v první třetině těhotenství volilo 8 žen (7,1%). Možnost odpovědi d) přestat užívat tabák v druhé třetině těhotenství, ne zvolila žádná respondentka. Odpověď f) nemusí přestat

vůbec, byla zvolena 2 respondentkami (1, 8%) kuřačkou a ex-kuřačkou. Mezi kategorizovanými odpověďmi byla nejčastější odpověď A) 2 roky, tu zvolilo 6 žen (5, 3%).

**Tabulka č. 12** Charakteristika souboru dle vhodnosti doby zanechání užívání tabáku u kuřačky plánující těhotenství

	1 rok	1/2 roku	I.trimestr	II.trim.	III.trim.	Nemusi přestat	A	B	C	D	Celkem
	Abs.čet.	Abs.čet.	Abs.čet.	Abs.čet.	Abs.čet.	Abs.čet.	Abs.čet.	Abs.čet.	Abs.čet.	Abs.čet.	Abs.čet.
	Rel.čet.	Rel.čet.	Rel.čet.	Rel.čet.	Rel.čet.	Rel.čet.	Rel.čet.	Rel.čet.	Rel.čet.	Rel.čet.	Rel.čet.
<b>Kuřač.</b>	11	8	2	0	1	1	0	1	0	0	<b>24</b>
	45, 8%	33, 3%	8, 3%	0, 0%	4, 2%	4, 2%	0, 0%	4, 2%	0, 0%	0, 0%	100, 0%
<b>Nekuř.</b>	28	9	4	0	0	0	6	0	4	2	<b>53</b>
	52, 8%	17, 0%	7, 6%	0, 0%	0, 0%	0, 0%	11, 3%	0, 0%	7, 5%	3, 8%	100, 0%
<b>Ex-kuř.</b>	23	8	2	0	0	1	0	1	0	0	<b>35</b>
	65, 7%	22, 8%	5, 7%	0, 0%	0, 0%	2, 9%	0, 0%	2, 9%	0, 0%	0, 0%	100, 0%
<b>Dohrom.</b>	<b>62</b>	<b>25</b>	<b>8</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>112</b>
	<b>55, 4%</b>	<b>22, 3%</b>	<b>7, 1%</b>	<b>0, 0%</b>	<b>0, 9%</b>	<b>1, 8%</b>	<b>5, 3%</b>	<b>1, 8%</b>	<b>3, 6%</b>	<b>1, 8%</b>	<b>100, 0%</b>

Respondentky měly na výběr z 6 odpovědí, sedmá odpověď jim skýtala možnost napsat vlastní tvrzení. Tato tvrzení mnou byla posléze zkatégorizována. **Legenda odpovědí:** **a)** 1 rok před plánovaným otěhotněním; **b)** ½ roku před plánovaným otěhotněním; **c)** I. trimestr těhotenství; **d)** II. trimestr těhotenství; **e)** III. trimestr těhotenství; **f)** nemusí přestat vůbec; **g)** jiné: Kategorizace odpovědí: **A)** 2 roky; **B)** 5 let; **C)** nikdy nezačínat; **D)** co nejdříve

#### Položka dotazníku č. 12

##### Jaké následky pro plod, (dítě) má nikotin obsažený v cigaretách?

Polytomická otázka, v níž měly respondentky možnost výběru několika variant, proto četnost neodpovídá 100, 0%. Tato otázka zjišťuje znalosti žen týkající se možných rizik pro plod v důsledku užívání tabáku. Z tabulky č. 13 je vidno, že většina žen si vybrala odpověď C) nízká porodní hmotnost, konkrétně 74 žen (66, 1%). Za touto odpovědí následovala druhá nejpočetněji zastoupená odpověď B) předčasný porod. Tuto odpověď zvolilo 60 žen (53, 6%). Další častá odpověď byla E) výskyt vyššího procenta syndromu náhlého úmrtí novorozence, kojence, kterou vybralo 45 (40, 2%) žen. Nejméně zastoupena byla odpověď H) vyšší procento výskytu nádorů u dětí, kterou zvolilo pouze 23 žen (20, 5%). Více jak polovina kuřaček, přesně 14 (58, 3%) uvádí odpověď C) nízká porodní hmotnost. Stejně tak je o této odpovědi

přesvědčena většina ex-kuřáček 29 (76, 3%). Nekuřáčky volily odpověď B) předčasný porod. Tuto možnost zvolilo 34 (64, 2%) žen.

Zaznamenala jsem, že celkově ze všech 112 dotázaných respondentek zvolilo pouze 6 žen variantu všech odpovědí A) – H). 5 z nich bylo ze skupiny nekuřáček a 1 žena byla ex-kuřáčka.

**Tabulka č. 13** Charakteristika souboru dle následků užívání tabáku v těhotenství s možnými riziky pro plod

	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>F</b>	<b>G</b>	<b>H</b>
	Abs.čet.	Abs.čet.	Abs.čet.	Abs.čet.	Abs.čet.	Abs.čet.	Abs.čet.	Abs.čet.
	Rel.čet.	Rel.čet.	Rel.čet.	Rel.čet.	Rel.čet.	Rel.čet.	Rel.čet.	Rel.čet.
<b>Kuřač.</b>	4	8	<b>14</b>	4	4	5	5	4
	16, 7%	33, 3%	<b>58, 3%</b>	16, 7%	16, 7%	20, 8%	20, 8%	16, 7%
<b>Nekuř.</b>	24	<b>34</b>	31	22	26	17	18	13
	45, 3%	<b>64, 2%</b>	58, 5%	41,5%	49, 1%	32, 1%	33, 9%	24, 5%
<b>Ex-kuř.</b>	12	18	<b>29</b>	12	15	16	15	6
	34,3%	51, 4%	<b>76, 3%</b>	34, 3%	42, 9%	45, 7%	42, 9%	17, 1%
<b>Dohr.</b>	40	<b>60</b>	<b>74</b>	38	<b>45</b>	38	38	23
	35, 7%	<b>53, 6%</b>	<b>66, 1%</b>	33, 9%	<b>40, 2%</b>	33, 9%	33, 9%	20, 5%

**Legenda odpovědí:** **A)** potrat; **B)** předčasný porod, **C)** nízká porodní hmotnost; **D)** fetální tabákový syndrom, růstová retardace; **E)** vyšší procento výskytu syndromu náhlého úmrtí novorozence, kojence; **F)** alergie; **G)** hyperaktivita (odlišnosti ve vývoji); **H)** vyšší procento výskytu nádorů u dětí

#### Položka dotazníku č. 13

Byla jste informována o rizicích kouření v těhotenství? Pokud ano, odkud pocházel zdroj informací?

Polytomická otázka, v níž měly respondentky možnost výběru několika variant, proto četnost neodpovídá 100, 0%. V této otázce jsem mapovala zdroje informovanosti týkající se rizik kouření v těhotenství. Skýtala se možnost výběru více z šesti odpovědí, sedmá odpověď nabízela doplnit vlastní tvrzení. Při odpovědi ne – měly respondentky na výběr ze dvou odpovědí.

Tabulka č. 14 ukazuje, odkud pocházel zdroj informací respondentek spojený s riziky užívání tabáku v těhotenství. Nejvíce žen čerpalo informace z internetu 55 (49,1 %). Druhým nejčastějším zdrojem poskytující informace o rizicích kouření byla odpověď C) tiskopisy, letáky, informační materiál v ordinaci lékaře. Tuto odpověď uvedlo 37 žen (33, 0%).

Ženy ex-kuřačky společně s nekuřačkami uváděly nejčastěji jako zdroj informací internet, tak odpovědělo 23 (65,7%) ex-kuřáček a 24 (45, 3%)nekuřáček. Pro ženy kuřačky byl nejčastějším zdrojem informací lékař/zdravotní sestra, což byla odpověď F), kterou si zvolilo 10 (41, 2%) žen. Ženy nekuřačky se o tuto problematiku nezajímaly odpověď I) dle legendy odpovědí a to v počtu 9 (17, 0%).

**Tabulka č. 14** Charakteristika souboru dle informovanosti o rizicích kouření

	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>F</b>	<b>G</b>	<b>H</b>	<b>I</b>
	Abs.čet.	Abs.čet.	Abs.čet.	Abs.čet.	Abs.čet.	Abs.čet.	Abs.čet.	Abs.čet.	Abs.čet.
	Rel.čet.	Rel.čet.	Rel.čet.	Rel.čet.	Rel.čet.	Rel.čet.	Rel.čet.	Rel.čet.	Rel.čet.
<b>Kuř.</b>	5	2	8	8	1	<b>10</b>	1	3	0
	20, 8%	8, 3%	33, 3%	33, 3%	4, 2%	<b>41, 2%</b>	4, 2%	12, 5%	0, 0%
<b>Nekuř.</b>	13	4	17	<b>24</b>	4	11	1	7	9
	24, 5%	7, 6%	32, 1%	<b>45, 3%</b>	7, 6%	20, 8%	1, 9%	13, 2%	17, 0%
<b>Ex-kuř.</b>	12	5	12	<b>23</b>	2	6	2	2	4
	34, 3%	14, 3%	34, 3%	<b>65, 7%</b>	5, 7%	17, 1%	5, 7%	5, 7%	11, 4%
<b>Dohr.</b>	30	11	<b>37</b>	<b>55</b>	7	27	4	12	13
	26, 8%	9, 8%	<b>33, 0%</b>	<b>49, 1%</b>	6, 3%	24, 1%	3, 6%	10, 7%	11, 6%

**Legenda odpovědí:** **A)** televize; **B)** rádio; **C)** tiskopisy, letáky, informační materiál v ordinaci lékaře; **D)** internet; **E)** kurz předporodní přípravy; **F)** lékař, zdravotní sestra; **G)** jiné: Kategorizace odpovědí – studium na škole; **H)** informace jsem nedostala; **I)** nezajímám se o to

#### Položka dotazníku č. 14

Zajímal se váš lékař/zdravotní sestra v prenatalní poradně, zda kouříte?

K této položce dotazníku se vztahuje **výzkumná otázka č. 2: Informuje se zdravotnický personál při odebírání anamnézy na abúzus tabáku v graviditě?**

#### **Hypotéza č. 2: Ženy budou tázány na abúzus tabáku v graviditě**

Tabulka č. 15 a graf č. 10 znázorňují odpovědi respondentek dle zájmu zdravotnického personálu týkající se kuřácké anamnézy gravidních žen. Jak je patrné z tabulky č. 15, většina žen 100 (89, 3%) odpovědělo, že se zdravotnický personál v prenatalní poradně zajímal, zda kouří. Pouze 12 (10, 7%) žen uvedlo opačnou odpověď, z nichž polovina bohužel patřila do skupiny kuřáček, v zastoupení 6 žen (25, 0%). To je dle mého názoru zrovna u žen kuřáček dosti nešťastné.

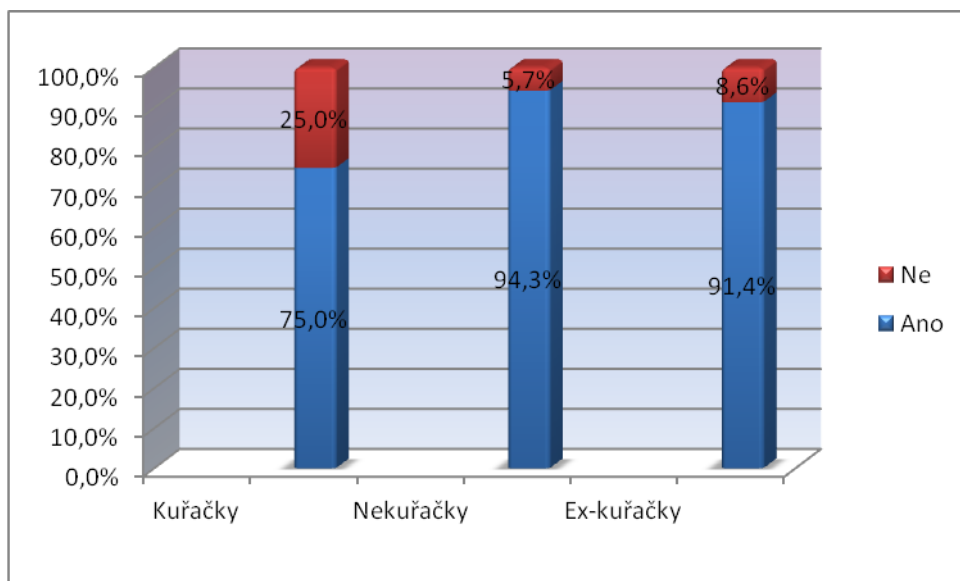
Statistická významnost u zájmu zdravotnického personálu o kuřáckou anamnézu u respondentek se prokázala. Dosažená hladina statistické významnosti je ( $p = 0,035$ ). **Tím se potvrdila mnou stanovená hypotéza č 2: Ženy budou tázány na abúzus tabáku v graviditě.**

**Tabulka č. 15** Charakteristika souboru dle zájmu o kouření u respondentek ze strany zdravotnického personálu

	<b>Ano</b>	<b>Ne</b>	<b>Celkem</b>
	Abs.čet.	Abs.čet.	Abs.čet.
	Rel.čet.	Rel.čet.	Rel.čet.
<b>Kuřáčky</b>	18	6	<b>24</b>
	75, 0%	25, 0%	100, 0%
<b>Nekuřáčky</b>	50	3	<b>53</b>
	94, 3%	5, 7%	100, 0%
<b>Ex-kuřáčky</b>	32	3	<b>35</b>
	91, 4%	8, 6%	100,0%
<b>Dohromady</b>	<b>100</b>	<b>12</b>	<b>112</b>
	<b>89, 3%</b>	<b>10, 7%</b>	<b>100, 0%</b>

statisticky významné ( $p = 0,035$ )

**Graf č. 10** Grafické rozčlenění dle zájmu o kouření u respondentek ze strany zdravotnického personálu



**statisticky významné ( $p = 0,035$ )**

#### Položka dotazníku č. 15

#### Pobývala jste během těhotenství v zakouřeném prostředí?

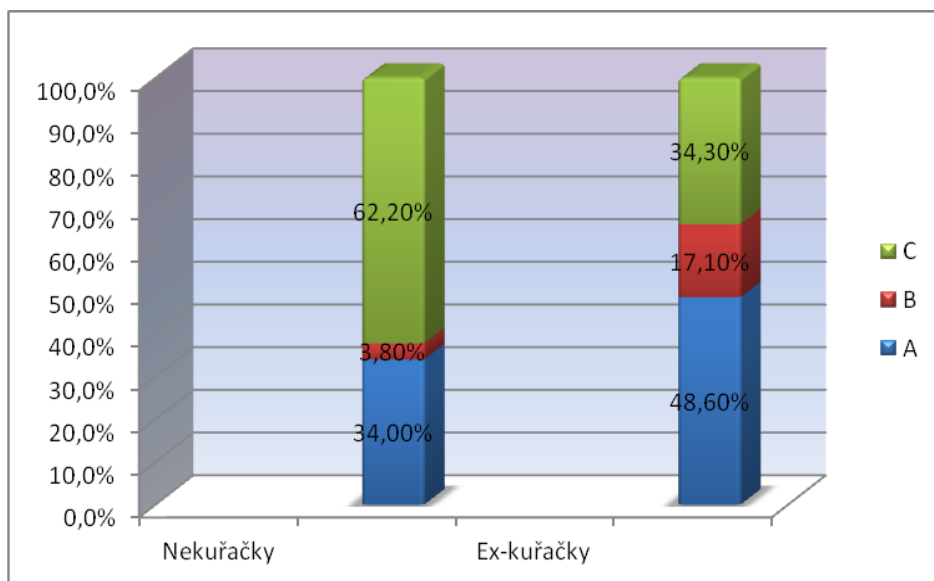
Z celkového počtu 88 nekouřících respondentek připustilo pobyt v zakouřeném prostředí jednou do měsíce 35 žen (39, 8%). Ex-kuřačky nejčastěji volily odpověď A) zřídka, jednou do měsíce v počtu 17 žen (48, 6%). Více než polovina nekuřaček se v graviditě zakouřenému prostředí vyhýbala, tudíž volily odpověď C) ne vůbec, v počtu 33 žen (62, 2%). Možnost odpovědi B) přiznalo dohromady 8 žen (9, 1%).

**Tabulka č. 16** Charakteristika souboru dle pobytu v zakouřeném prostředí během těhotenství

	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>Celkem</b>
	Abs.čet.	Abs.čet.	Abs.čet.	Abs.čet.
	Rel.čet.	Rel.čet.	Rel.čet.	Rel.čet.
<b>Nekuřačky</b>	18	2	33	53
	34, 0%	3, 8%	62, 2%	100, 0%
<b>Ex-kuřačky</b>	17	6	12	35
	48, 6%	17, 1%	34, 3%	100, 0%
<b>Dohromady</b>	35	8	45	88
	39, 8%	9, 1%	51, 1%	100, 0%

**Legenda odpovědí :** A) zřídka, jednou do měsíce; B) často, 2-3 krát týdně; C) ne, vůbec

**Graf č. 11** Grafické rozčlenění dle pobytu v zakouřeném prostředí



#### Položka dotazníku č. 17

Přestala jste kouřit nebo omezila jste počet vykouřených cigaret, když jste zjistila, že jste těhotná?

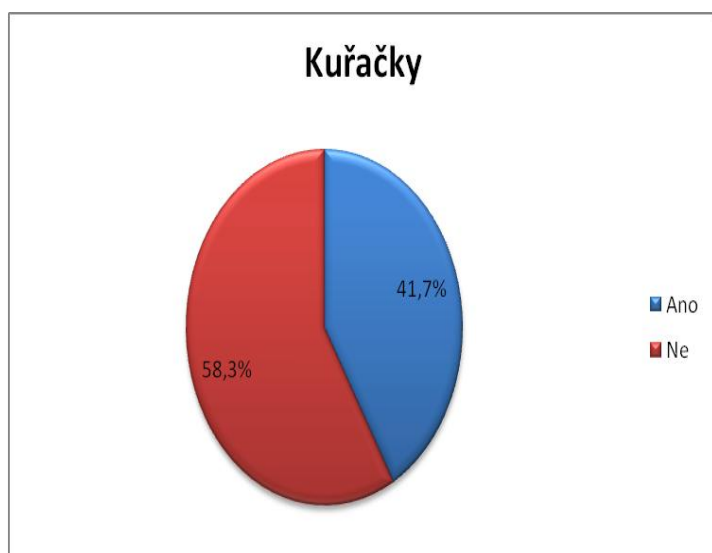
Tabulka č. 17 a graf č. 12 znázorňují postoj kuřaček v graviditě vzhledem k užívání tabáku. Navzdory graviditě dále v užívání tabáku pokračovala více než polovina kuřaček 14 (58, 3%). Kouření omezilo 10 kuřaček (41, 7%).

Omezení užívání tabáku v graviditě však negativní účinky nesníží. Je nutné ženy uživatelky tabáku poučit a doporučit jim, aby s kouřením naprosto přestaly.

**Tabulka č. 17** Charakteristika souboru dle zanechání/omezení počtu vykouřených cigaret

	Ano	Ne	Celkem
	Abs.čet.	Abs. Čet.	Abs.čet.
	Rel.čet.	Rel.čet.	Rel.čet.
<b>Kuřačky</b>	10	14	24
	41,70%	58,30%	100,0%

**Graf č. 12** Grafické rozčlenění dle zanechání/omezení počtu vykouřených cigaret



#### Položka dotazníku č. 18

#### Jak/Jakým způsobem se Vám podařilo přestat kouřit?

Tabulka č. 18 znázorňuje, že 33 (94, 3%) respondentek dokázalo přestat kouřit samo. Jen 2 ženy (5, 7%) vyhledaly jednorázově ke konzultaci lékaře a přestaly kouřit pomocí náhradní nikotinové terapie. Centrum pro odvykání kouření nenavštívila ani jedna ex-kuřačka. Z odpovědí C), D) žádná zvolena nebyla, proto jsem je nezahrnovala do tabulky.



**Tabulka č. 18** Charakteristika souboru dle způsobu zanechání kouření

	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>Celkem</b>
	Abs.čet.	Abs.čet.	Abs.čet.
	Rel.čet.	Rel.čet.	Rel.čet.
<b>Ex-kuřačky</b>	<b>33</b>	<b>2</b>	<b>35</b>
	<b>94, 3%</b>	<b>5, 7%</b>	<b>100, 0%</b>

**Legenda odpovědí:** **A)** přestala jsem sama bez pomoci; **B)** jednorázová konzultace s lékařem a dále pomocí náhradní nikotinové terapie – žvýkačky, náplasti, inhalátory; **C)** docházela jsem pravidelně do centra pro odvykání kouření; **D)** jiné

Položka dotazníku č. 19

Pokud kouříte/kouřila jste v těhotenství, řekl Vám lékař/zdravotní sestra, že můžete kouřit dál?

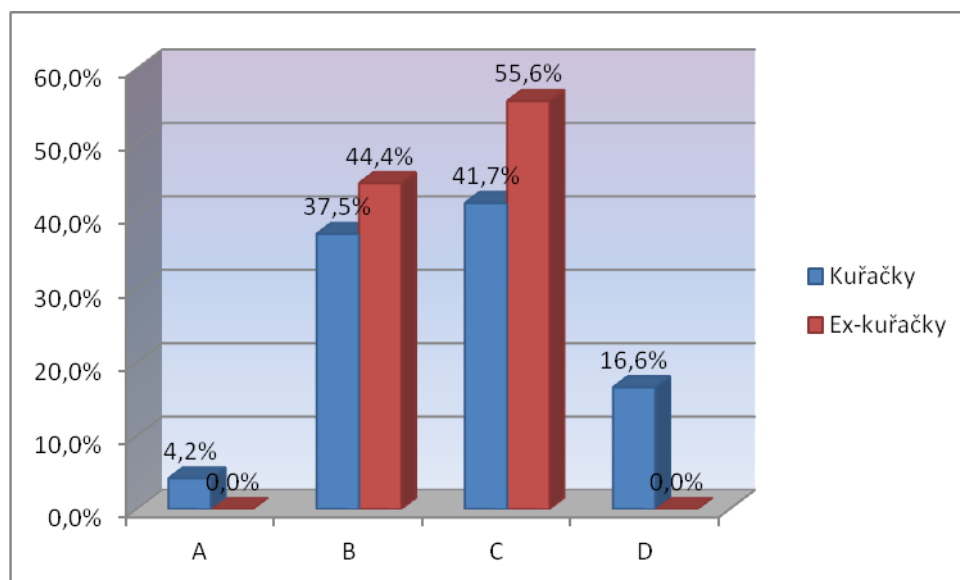
Na tuto otázku odpovědělo celkově 9 ex-kuřaček, které přestaly kouřit v průběhu gravidity. Tento počet jsem zahrнула do odpovědí kuřaček. Dohromady jsem tedy pracovala u této otázky s 33 odpověďmi respondentek. Jak je vidět v tabulce č. 19, celkem 15 (45, 5%) respondentek volilo odpověď C), čili jim bylo doporučeno lékařem nebo zdravotní sestrou snížit počet vykouřených cigaret na minimum. Bohužel až jako druhou nejčastější odpověď udaly respondentky odpověď B) ne, hned mi bylo doporučeno přestat a to v počtu 13 žen (39, 4%).

**Tabulka č. 19** Charakteristika souboru dle poskytnutých informací lékařem/zdravotní sestrou kuřačkám

	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>Celkem</b>
	Abs.čet.	Abs.čet.	Abs.čet.	Abs.čet.	Abs.čet.
	Rel.čet.	Rel.čet.	Rel.čet.	Rel.čet.	Rel.čet.
<b>Kuřačky</b>	1	9	10	4	<b>24</b>
	4, 2%	37, 5%	41,7%	16, 6%	100, 0%
<b>Ex-kuřačky</b>	0	4	5	0	<b>9</b>
	0, 0%	44, 4%	55,6%	0, 0%	100, 0%
<b>Dohromady</b>	<b>1</b>	<b>13</b>	<b>15</b>	<b>4</b>	<b>33</b>
	<b>3, 0%</b>	<b>39, 4%</b>	<b>45, 5%</b>	<b>12, 1%</b>	<b>100, 0%</b>

**Legenda odpovědí:** **A)** ano; **B)** ne, bylo mi doporučeno hned přestat; **C)** ano, ale snížit počet vykouřených cigaret na minimum; **D)** ano, v těhotenství mi bylo doporučeno nepřestávat kouřit, kvůli možným abstinenčním příznakům (stresu) u dítěte i matky

**Graf č. 13** Grafické rozčlenění dle poskytnutých informací



## Položka dotazníku č. 20

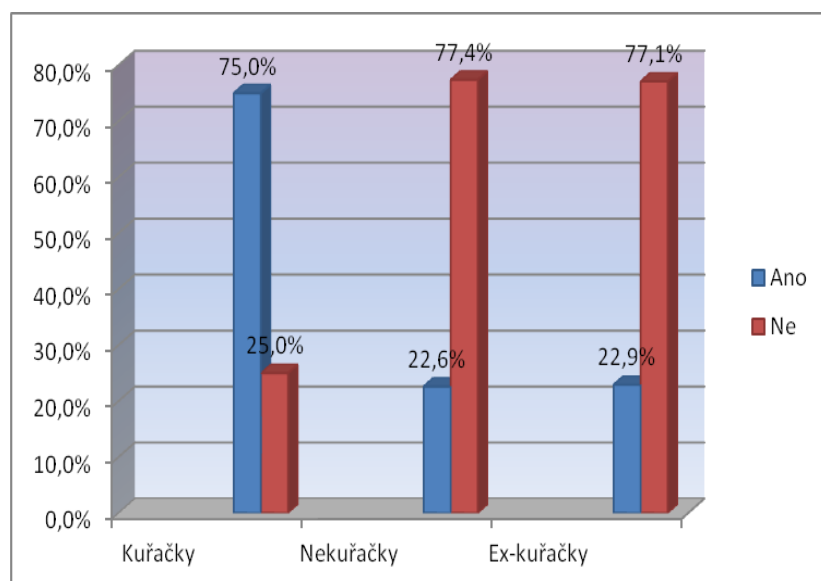
Je v domácnosti, kde bude vyrůstat dítě někdo kuřák?

Tabulka č. 20 a graf č. 14 znázorňují, že většina domácností je nekuřáckých, jak odpovědělo 74 žen (66, 1%). Naproti tomu 38 žen (33, 9%) uvedlo, že dítě bude vyrůstat v domácnosti, kde se kouří. U kuřáček byla tato odpověď nejčastější, uvedlo ji 18 žen (75, 0%). (U kouřících respondentek bylo myšleno, zda bude v domácnosti další kuřák mimo jí samotné).

**Tabulka č. 20** Charakteristika souboru dle kuřácké/nekuřácké domácnosti

	<b>Ano</b>	<b>Ne</b>	<b>Celkem</b>
	Abs.čet.	Abs.čet.	Abs.čet.
	Rel.čet.	Rel.čet.	Rel.čet.
<b>Kuřáčky</b>	18	6	<b>24</b>
	75, 0%	25, 0%	100, 0%
<b>Nekuřáčky</b>	12	41	<b>53</b>
	22, 6%	77, 4%	100, 0%
<b>Ex-kuřáčky</b>	8	27	<b>35</b>
	22, 9%	77, 1%	100, 0%
<b>Dohromady</b>	<b>38</b>	<b>74</b>	<b>112</b>
	<b>33, 9%</b>	<b>66, 1%</b>	<b>100, 0%</b>

**Graf č. 14** Grafické rozčlenění dle kuřácké/nekuřácké domácnosti



## 8.2 Charakteristika sledovaného souboru, Fagerströmův test nikotinové závislosti

K Fagerströmovu testu nikotinové závislosti, jenž byl součástí prvního dotazníkového šetření, který vyplňovaly těhotné respondentky užívající tabák, se vztahuje **3. výzkumná otázka: V jaké míře jsou těhotné ženy závislé na tabáku dle Fagerstöмова testu nikotinové závislosti?**

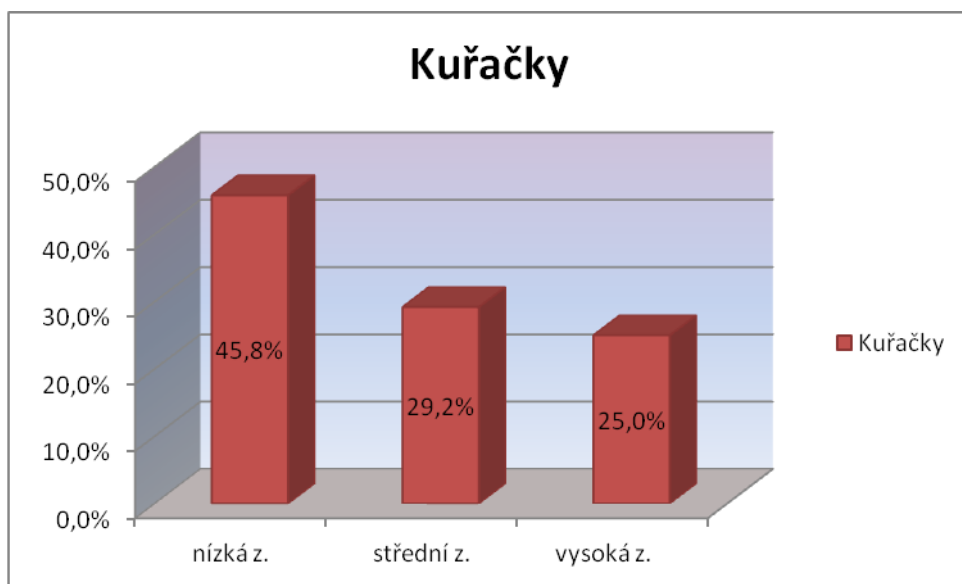
**Hypotéza č. 3: Nejpočetnější skupinu budou tvořit těhotné kuřačky s nízkým stupněm závislosti na nikotinu.**

Tabulka č.1 a graf č.1 znázorňují výsledky dotazníkového šetření u těhotných uživatelék tabáku. Do skupiny uživatelék s nízkou závislostí patří 11 respondentek (45, 8%). Střední stupeň nikotinové závislosti jsem zjistila u 7 respondentek (29, 2%). Silná závislost na nikotinu se prokázala u 6 (25, 0%) gravidních žen. **Hypotéza č. 3: Nejpočetnější skupinu budou tvořit těhotné kuřačky s nízkým stupněm závislosti na nikotinu.**

**Tabulka č. 1** Charakteristika souboru dle závislosti na nikotinu dle Fagerströmova testu

	<b>nízká z.</b>	<b>střední z.</b>	<b>vysoká z.</b>	<b>Celkem</b>
	Abs.čet.	Abs.čet.	Abs.čet.	Abs.čet.
	Rel.čet.	Rel.čet.	Rel.čet.	Rel.čet.
<b>Kuřačky</b>	<b>11</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>24</b>
	<b>45, 8%</b>	<b>29, 2%</b>	<b>25, 0%</b>	<b>100, 0%</b>

**Graf č. 1** Grafické rozčlenění dle závislosti na nikotinu dle Fagerströмова testu



### 8.3 Charakteristika sledovaného souboru, 2. dotazníkové šetření

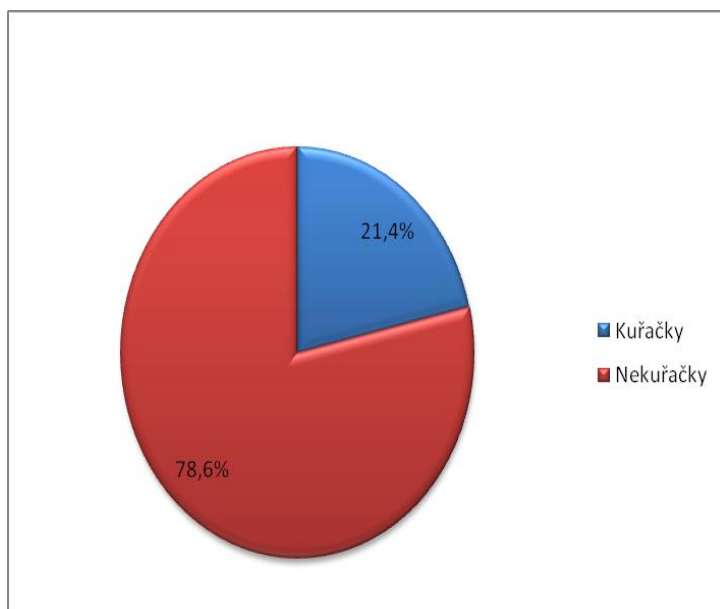
Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 117 respondentek. Šetření probíhalo na odděleních šestinedělí motolské a vinohradské nemocnice v měsíci březnu 2013.

Dotazníkového šetření se celkem zúčastnilo 92 nekuřáček (78, 6%), 25 kuřáček (21, 4%), což představuje tabulka č. 1 a graf č. 1. Tabulka a graf č. 1 se také současně vztahují k položce dotazníku č. 6: Kouřila jste v těhotenství?

**Tabulka č. 1** Charakteristika souboru respondentek v šestinedělí dle užívání tabáku v těhotenství

	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>Kuřáčky</b>	25	21, 4%
<b>Nekuřáčky</b>	92	78, 6%
<b>Celkem</b>	117	100, 0%

**Graf č. 1** Grafické rozčlenění u respondentek v šestinedělí dle užívání tabáku v těhotenství



### Položka dotazníku č. 1

#### V kolikátém týdnu těhotenství jste porodila?

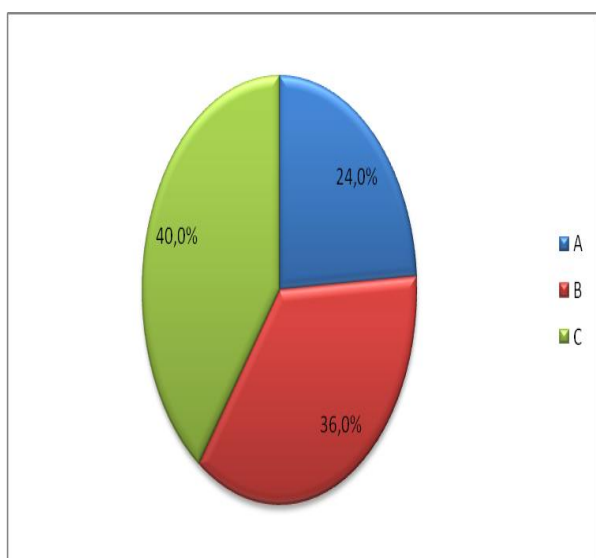
Tabulka č. 2 a graf č. 2 znázorňují tvrzení respondentek s odpověďmi, které jsem zpracovala do tří kategorií viz. legenda odpovědí. Z celkového počtu 117 respondentek více než polovina žen uvedla odpověď B), porodily tedy mezi 38. - 40. týdnem těhotenství v počtu 60 respondentek (51, 3%). Druhá nejčastější odpověď byla C), kterou zvolilo 39 žen (33, 3%), to znamená, že tyhle ženy přenášely a rodily až po jejich stanoveném termínu porodu. Zajímaly mě odpovědi uživatelky tabáku, u kterých z celkového počtu 25 kuřáček porodilo předčasně před stanoveným termínem porodu, čili před 38. týdnem těhotenství, 6 žen (24, 0%).

**Tabulka č. 2** Charakteristika souboru dle týdne porodu

	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>Celkem</b>
	Abs.čet.	Abs.čet.	Abs.čet.	Abs.čet.
	Rel.čet.	Rel.čet.	Rel.čet.	Rel.čet.
<b>Kuřáčky</b>	6	9	10	<b>25</b>
	24,0%	36, 0%	40, 0%	100, 0%
<b>Nekuřáčky</b>	12	51	29	<b>92</b>
	13, 1%	55, 4%	31, 5%	100, 0%
<b>Dohrom.</b>	<b>18</b>	<b>60</b>	<b>39</b>	<b>117</b>
	<b>15, 4%</b>	<b>51, 3%</b>	<b>33, 3%</b>	<b>100, 0%</b>

**Legenda odpovědí:** **A)** porod před 38. týdnem těhotenství; **B)** porod mezi 38. - 40. týdnem těhotenství; **C)** porod po 40. týdnu těhotenství

**Graf č. 2** Grafické rozčlenění souboru dle týdne porodu



## Položka dotazníku č. 2

### Jak/jakým způsobem jste porodila?

Tabulka a graf č. 3 charakterizují způsob ukončení porodu u nekuřáček a u žen závislých na tabáku. Z celkového počtu 117 žen hospitalizovaných na oddělení šestinedělí dvou nemocnic uvedlo 96 respondentek (82, 0%) spontánní ukončení porodu, čili odpověď A). Druhou nejpočetněji zastoupenou skupinou, která udávala odpověď B) ukončení porodu Císařským řezem, byla skupina 16 – ti respondentek (13, 7%). Nejméně zastoupená byla pak odpověď C) a D) v počtu 4 (3, 4%) a 1 (0, 9%) žen. U uživatelek tabáku bylo nejčastější tvrzení A) v počtu 21 (84, 0%) žen, stejně tak tato odpověď byla zastoupena nejpočetněji u nekuřáček v počtu 75 žen (81, 5%).

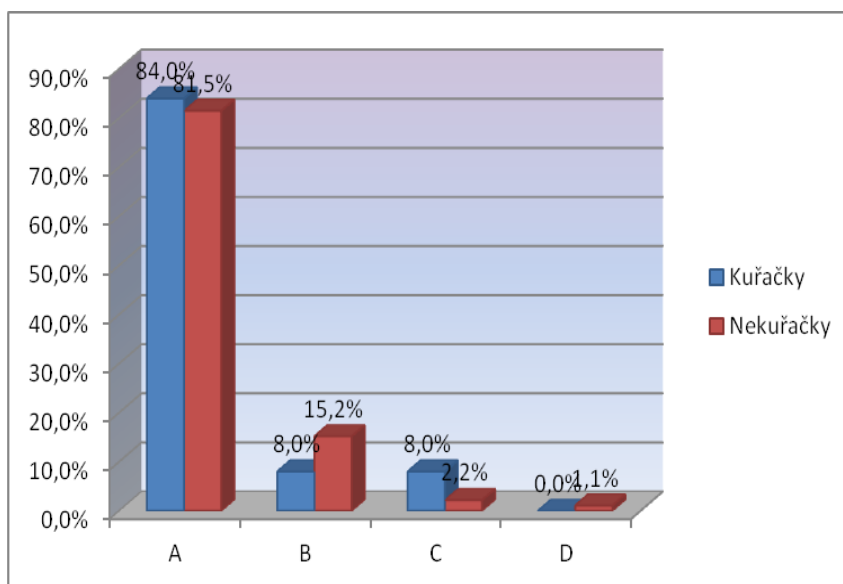
**Tabulka č. 3** Charakteristika souboru dle způsobu porodu

	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>Celkem</b>
	Abs.četn.	Abs.četn.	Abs.četn.	Abs.četn.	Abs.četn.
	Rel.četn.	Rel.četn.	Rel.četn.	Rel.četn.	Rel.četn.
<b>Kuřáčky</b>	21	2	2	0	<b>25</b>
	84, 0%	8, 0%	8, 0%	0, 0%	100, 0%
<b>Nekuřáčky</b>	75	14	2	1	<b>92</b>
	81, 5%	15, 2%	2, 2%	1, 1%	100, 0%
<b>Dohromady</b>	<b>96</b>	<b>16</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>117</b>
	<b>82, 0%</b>	<b>13, 7%</b>	<b>3, 4%</b>	<b>0, 9%</b>	<b>100, 0%</b>

**Legenda odpovědí:** **A)** spontánně; **B)** Císařským řezem; **C)** porod s pomocí vakuumextraktoru (VEX); **D)** porod s pomocí porodnických kleští (Forcesps)



**Graf č. 3** Grafické rozčlenění dle způsobu porodu



Položka dotazníku č. 3

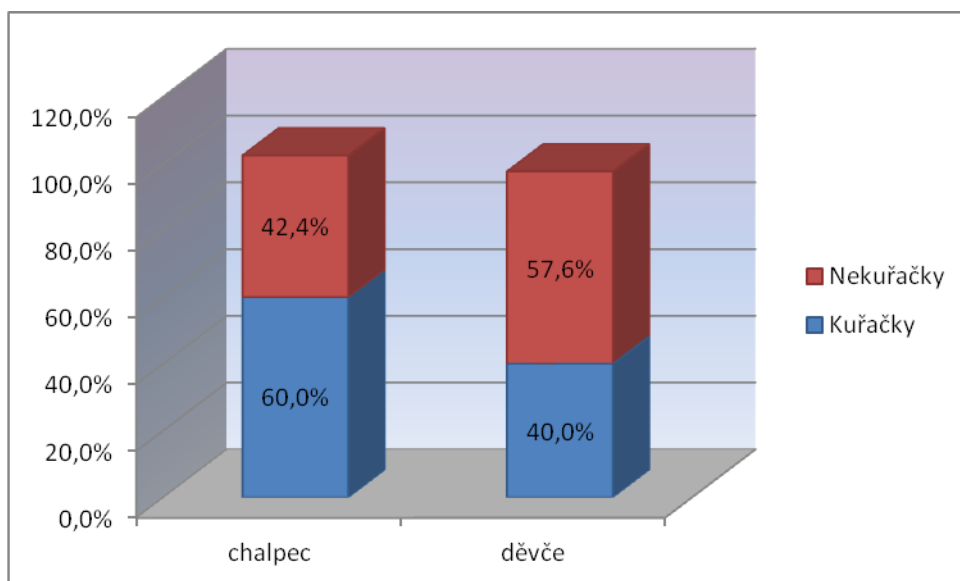
Vyplňte, prosím: Narodil se mi:

Jak uvádí tabulka a graf č. 4 z celkového počtu odpovědí 117 respondentek, se 63 ženám (53, 9%) narodilo děvče, tedy více než polovině žen a 54 (46, 1%) respondentek uvedlo narození chlapce. Je zajímavé, že u uživatelek tabáku dominují, co se týče z celkového počtu 25 porodů kuřaček, chlapeci a to u 15 respondentek (60, 0%).

**Tabulka č. 4** Charakteristika souboru dle pohlaví novorozenců

	<b>chalpec</b>	<b>děvče</b>	<b>Celkem</b>
	Abs.četn.	Abs.četn.	Abs.četn.
	Rel.četn.	Rel.četn.	Rel.četn.
<b>Kuřačky</b>	15	10	<b>25</b>
	60, 0%	40, 0%	100, 0%
<b>Nekuřačky</b>	39	53	<b>92</b>
	42,4 %	57, 6%	100, 0%
<b>Dohromady</b>	<b>54</b>	<b>63</b>	<b>117</b>
	<b>46, 1%</b>	<b>53, 9%</b>	<b>100, 0%</b>

**Graf č. 4** Grafické rozčlenění dle pohlaví novorozenců



#### Položka dotazníku č. 4

Napište prosím porodní váhu novorozence

K této položce dotazníku se vztahuje **výzkumná otázka č. 5: Budou mít novorozenci kuřáček nižší porodní hmotnost?**

#### **Hypotéza č. 5: Novorozenci kuřáček budou mít nižší porodní hmotnost**

Tabulka a graf č. 5 charakterizují výsledky jednotlivých váhových kategorií u novorozenců. Odpovědi respondentek byly zkatégorizovány viz. legenda odpovědí. Z celkového počtu 117 respondentek, byla nejčastěji uvedena odpověď C) 3000-3500 gramů, kterou napsalo 46 žen (39, 3%). V návaznosti byla druhou nejpočetněji zastoupenou odpovědí D), kterou uvedlo 39 žen (33, 3%).

U kuřáček byla nejhojnější odpověď C) 3000-3500 gramů, tuto odpověď uvedlo 10 žen (40, 0%). Tato odpověď byla stejně tak častá u nekuřáček v zastoupení 36 žen (39, 1%). U druhé nejčastější kategorie však už byly rozdíly. Kuřáčky jako druhou nejčastější odpověď napsaly B) 2500-2990 gramů, tak uvedlo 8 žen (32, 0%), kdežto nekuřáčky uvedly jako druhou nečastější odpověď D) nad 3500 gramů v zastoupení 35 žen (38, 0%). Odpověď D) u kuřáček byla udána pouze 4 (16,0 %) ženami. Nejnižší váhovou kategorii A) pod 2500 gramů byla zastoupena kuřáčkami u 3 respondentek (12, 0%) tedy více než u nekuřáček, kde tuto skupinu uvedly 4 ženy (4, 4%). Tato odpověď byla hodnocena kvantitativně při statistickém hodnocení hypotéz (**p = 0, 09002**). **Rozdíl mezi hmotností novorozenců kuřáček a nekuřáček není statisticky významný. Hypotéza č.5: Novorozenci kuřáček budou mít nižší porodní hmotnost, se mi nepotvrdila.**

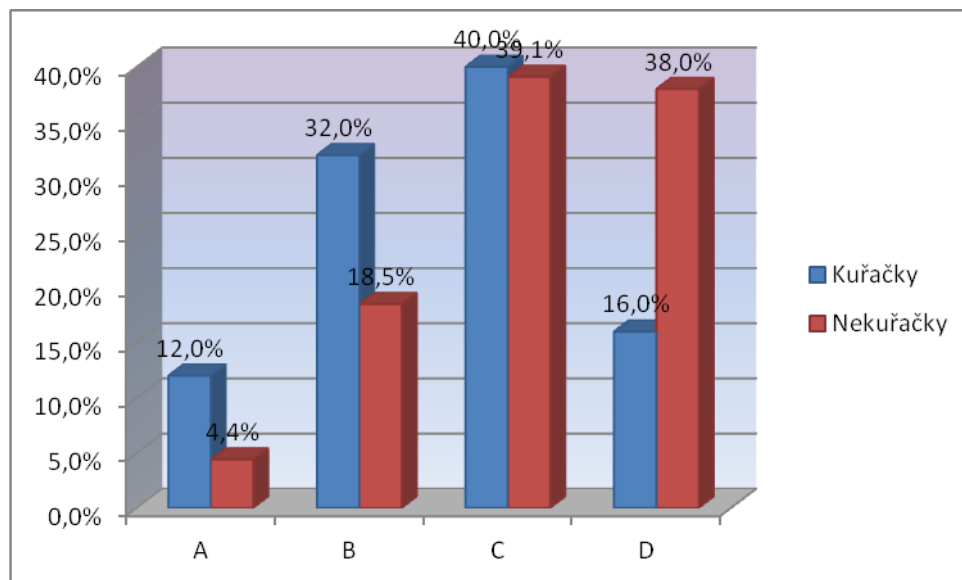
**Tabulka č. 5** Charakteristika souboru dle porodní váhy novorozence

	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>Celkem</b>
	Abs.čet.	Abs.čet.	Abs.čet.	Abs.čet.	Abs.čet.
	Rel.čet.	Rel.čet.	Rel.čet.	Rel.čet.	Rel.čet.
<b>Kuřáčky</b>	3	8	10	4	25
	12, 0%	32, 0%	40, 0%	16, 0%	100, 0%
<b>Nekuřáčky</b>	4	17	36	35	92
	4, 4%	18, 5%	39, 1%	38, 0%	100, 0%
<b>Dohromady</b>	7	25	46	39	117
	6, 0%	21, 4%	39, 3%	33, 3%	100, 0%

**statisticky nevýznamné (p = 0, 09002)**

**Legenda odpovědí:** **A)** porodní hmotnost pod 2500 gramů; **B)** porodní hmotnost 2500-2990 gramů; **C)** porodní hmotnost 3000-3500 gramů; **D)** porodní hmotnost nad 3500 gramů

**Graf č. 5** Grafické rozčlenění dle porodní váhy novorozenců



### Položka dotazníku č. 5

Pokud víte, doplňte prosím, hodnoty Apgar skóre u novorozence (číselné hodnocení poporodní adaptace novorozence pediatrem v 1., 5., a 10. minutě po porodu)

K této položce dotazníku se vztahuje **výzkumná otázka č. 4: Vyskytuje se u novorozenců kouřících žen horší adaptabilita po porodu?**

### **Hypotéza č. 4: Novorozenci kuřáček budou mít horší adaptabilitu po porodu**

Z celkového počtu 117 respondentek na položku dotazníku č. 5 odpovědělo 90 žen. Ne všechny respondentky disponovaly touto informací, ať už z důvodu neznalosti či neinformovanosti. Jednotlivé odpovědi byly opět zkatégorizovány viz. legenda odpovědí: A)-J).

Apgar skóre hodnotí stav novorozence bezprostředně poporodu. Jeho principem je zhodnocení pěti projevů dítěte v časovém sledu 1., 5., a 10. minuty po narození. Hodnotí se srdeční frekvence, dechová aktivita, barva kůže, svalový tonus a reakce na podráždění. Každý znak může být ohodnocen 0, 1 nebo 2 body (Fendrychová et al., 2009).

Pro přehlednost výsledků a následného zpracování do tabulky a grafu, jsem hodnoty Apgar skóre u každé odpovědi sečetla. 30 bodů je maximum, kterého lze u fyziologického novorozence dosáhnout. Maximálního Apgar skóre dosáhly nejpočetněji novorozenci nekuřáček v 22, 4%, novorozenci kuřáček pak jen v 8, 7%. Druhé nejlepší hodnocení novorozence dosáhla téměř polovina nekuřáček 47, 8%, kuřáčky pak v 39, 1%. Nejméně bodů, čili nejhorší hodnocení pak měly nekuřáčky v 2, 9% a druhé nejhorší hodnocení novorozence pak uvedly kuřáčky a to v 17, 4%.

**Rozdíl v hodnocení poporodní adaptace u novorozenců kuřáček a nekuřáček byl statisticky významný. ( $p = 0,0372$ ) Hypotéza č. 4 Novorozenci kuřáček budou mít horší adaptabilitu po porodu se mi potvrdila.**

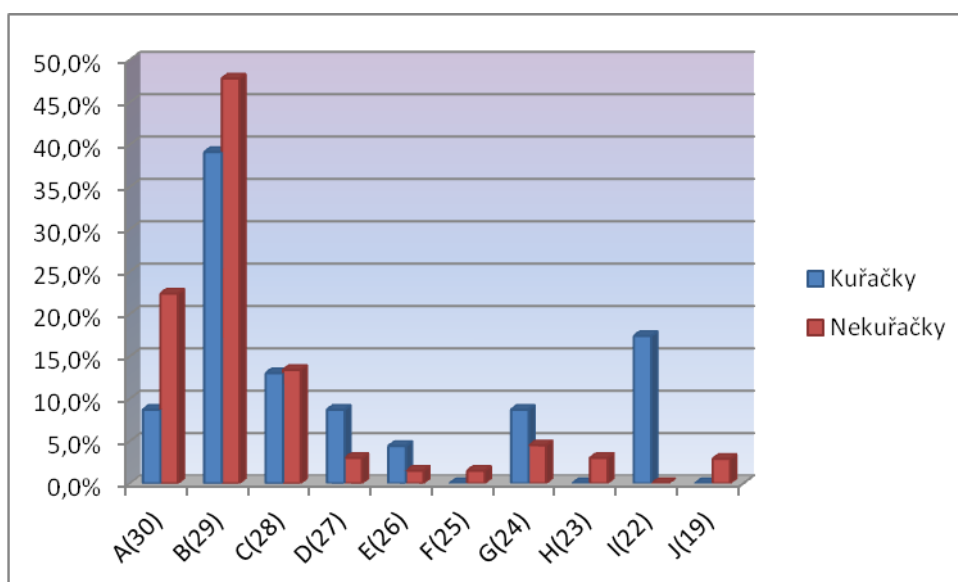
**Tabulka č. 6** Charakteristika souboru dle poporodní adaptace novorozence

	A(30)	B(29)	C(28)	D(27)	E(26)	F(25)	G(24)	H(23)	I(22)	J(19)	Celkem
	Abs.čet.	Abs.čet.	Abs.čet.	Abs.čet.	Abs.čet.	Abs.čet.	Abs.čet.	Abs.čet.	Abs.čet.	Abs.čet.	Abs.čet.
	Rel.čet.	Rel.čet.	Rel.čet.	Rel.čet.	Rel.čet.	Rel.čet.	Rel.čet.	Rel.čet.	Rel.čet.	Rel.čet.	Rel.čet.
<b>Kuřačky</b>	2	9	3	2	1	0	2	0	4	0	<b>23</b>
	8,7%	39,1%	13,0%	8,7%	4,4%	0,0%	8,7%	0,0%	17,4%	0,0%	<b>100,0%</b>
<b>Nekuřačky</b>	15	32	9	2	1	1	3	2	0	2	<b>67</b>
	22,4%	47,8%	13,4%	3,0%	1,5%	1,5%	4,5%	3,0%	0,0%	2,9%	<b>100,0%</b>
<b>Dohromady</b>	17	41	12	4	2	1	5	2	4	2	<b>90</b>
	18,9%	45,7%	13,3%	4,4%	2,2%	1,1%	5,6%	2,2%	4,4%	2,2%	<b>100,0%</b>

**statisticky významné (p = 0,03726)**

**Legenda odpovědí:** **A)** maximální hodnota Apgar skóre v 1., 5. a 10 minutě.: (10/10/10), součet (30bodů); **B)** Apgar skóre (9/10/10), součet (29 bodů); **C)** Apgar skóre (8/10/10) nebo (9/9/10), součet (28 bodů); **D)** Apgar skóre (7/10/10) nebo (8/9/10), součet (27 bodů); **E)** Apgar skóre (8/8/10) nebo (8/9/9), součet (26 bodů); **F)** Apgar skóre (8/8/9), součet (25 bodů); **G)** Apgar skóre (7/8/9) nebo (5/9/10), součet (24 bodů); **H)** Apgar skóre (4/9/10) nebo (5/8/10), součet (23 bodů); **I)** Apgar skóre (4/8/10), součet (22 bodů); **J)** Apgar skóre (2/8/9) nebo (3/7/9), součet (19 bodů)

**Graf č. 6** grafické rozčlenění dle poporodní adaptace novorozence



## 9 Diskuze

Bakalářskou práci zabývající se Užíváním tabáku u těhotných žen v Praze jsem si zvolila z důvodu zájmu o tuto problematiku. Vzhledem k tomu, že se v mém okolí i pracovním prostředí, vyskytují ženy ve fertilním věku a velká část z nich je uživatelkou tabáku, myslím, že téma je velmi aktuální. Domnívám se, že je tento problém ze strany lékařů a zdravotních sester v gynekologických a zvláště pak prenatálních poradnách dosti opomíjen.

Validitu výzkumného šetření jsem podpořila tím, že jsem v obou fakultních nemocnicích dotazníky na smluvených odděleních rozdávala osobně. V dotazníkovém šetření mohly být některé výsledky zkresleny tím, jak typy odpovědí na kladené otázky vnímaly samy respondentky a na kolik z nich mohu vyvodit statistické závěry. Je otázkou, jestli 112 respondentek z prvního výzkumného šetření a 117 respondentek z druhého výzkumného šetření je dostatečně velkým vzorkem pro výzkum, který se týká tak velké lokality jako je Praha. Také se nabízí otázka, zda odpovědi žen, týkající se kouření jsou pravdivé.

Mého prvního výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 112 respondentek, z nichž bylo 21, 4% kuřáček, 47, 3% nekuřáček a 31, 2 % ex-kuřáček. Porovná-li výsledky mého výzkumného šetření, konkrétně u otázky č. 16, prvního výzkumného šetření, týkající se kuřácké anamnézy se studií ELSPAC, což je Evropská longitudinální studie těhotenství a dětství, která probíhala v Brně u souboru těhotných 3897 žen v období 1990-1992, zjistím, že této studii se zúčastnilo 41, 6 % žen s kuřáckou anamnézou (Kukla, Hrubá, Tyrlík, 1999). Vzhledem k nižšímu počtu respondentek v mém šetření jsou výsledky rozdílné. Mého šetření se zúčastnilo 52, 6% respondentek s kuřáckou anamnézou včetně ex-kuřáček. V nynějším těhotenství v mém šetření přiznalo kouření 24 (21,4 %) žen ze 112, ve studii ELSPAC pak 318 žen v graviditě (8, 2%) z 3897 žen kouřilo. Nekuřících respondentek v graviditě pak mé šetření uvádí 53 (47, 3%) nekuřáček a 35 (31, 2%) ex-kuřáček, což je celkem 88 žen (78, 5%), výsledky studie ELSPAC ukazují 3579 nekuřáček (92,0%).

V dalším srovnání se studií ELSPAC, kdy srovnávám míru nikotinové závislosti, v mém dotazníkovém šetření je 11 (45, 8%) žen s nízkým stupněm nikotinové závislosti, ve studii ELSPAC je to (57, 4%). Respondentek se středním stupněm nikotinové závislosti je v mém šetření 7 (29, 2%) ve studii pak (32,4%) žen. Vysoký stupeň nikotinové závislosti pak uvádí 6 (25, 0%) respondentek v mém šetření a ve studii ELSPAC je to (9,0%).

Základní charakteristika souboru ukazuje, že těhotné ženy uživatelky tabáku byly nejvíce zastoupeny v 45, 8% ve věkové skupině 22-32 let, byly v 50, 0% svobodné a jejich nejvyšší dosažené vzdělání bylo středoškolské bez maturity v 41, 7%.

Nekuřačky byly nejpočetněji zastoupeny ve věkové skupině 22-32 let v 60,4 %, byly nejčastěji vysokoškolsky vzdělané 41, 5% a vdané 45, 3%.

Ex-kuřačky byly zastoupeny v 62, 9% ve skupině 22-32 let, nejčastěji vysokoškolsky vzdělané 42, 9% a stejné zastoupení měly ve skupině vdané i svobodné a to 34, 3%.

Prvním z výzkumných cílů, bylo zjistit, zda má vzdělání vliv na užívání tabáku v graviditě, což bylo prokazatelně významné. Nekuřačky a ex-kuřačky měly nejčastěji uvedené nejvyšší vzdělání vysokoškolské 41,5 % a 42, 9%, kdežto u kuřaček bylo nejvíce zastoupeno středoškolské vzdělání bez maturity 41, 7% a také ze skupiny se základním vzděláním tvořily nejpočetnější skupinu 25, 0%. Rozdíl ve vzdělání mezi kuřačkami, nekuřačkami a ex-kuřačkami je statisticky významný. Vzdělání má vliv na užívání tabáku v graviditě.

Z výzkumného souboru zaměřeného na potratovost vyplynulo, že nejvíce samovolných potratů postihlo právě kuřačky a to v 25, 0%, ex-kuřačky v 20, 0% a nekuřačky v 11, 3%.

Na otázku, zda je současné těhotenství plánované, většina žen odpověděla, že ano. Více jak polovina kuřaček 54, 2%, že svou graviditu neplánovala. Nekuřačky uváděly neplánovanou graviditu v 15, 1% a ex-kuřačky ji neplánovaly v 28, 6%.

Co se týče důvodů hospitalizací na rizikových odděleních pro těhotné, byla u kuřaček poměrně častá hospitalizace z důvodu intrauterinní růstové retardace a suspektního odtoku plodové vody a to v obou případech v 12, 5%, na jejichž příčině se může z velké míry podílet právě užívání tabáku v těhotenství.

Ženy byly ve většině případů ztotožněny s názorem, že kouření má vliv na otěhotnění v 77, 7%. Největší početní zastoupení opačného názoru, tedy ne, sdílely kuřačky v 45, 8%.

Názory těhotných respondentek na kouření v těhotenství, jsou převážně negativní a mnohé ho považují za sobecké a naprosto nepřijatelné. Většina kuřaček si uvědomuje následky užívání tabáku v těhotenství, mnoho z nich však přestat kouřit odmítá, ať už z mylného důvodu, že „přestat z ničeho nic, není dobré“ nebo navzdory tomu, že poškozují zdraví své i zdraví nenarozeného plodu, zkrátka přestat nechtějí. Cituji výpověď jedné z kuřaček: „Kouření škodí, ale není dobré přestat z ničeho nic, škodlivé látky jsou v těle dlouho, a když maminka kouří před otěhotněním, dítě by mohlo mít abstinenční příznaky...“

U kuřaček převažují odpovědi, že kouřit v těhotenství by se nemělo a na druhou stranu, že přestat kouřit v těhotenství je stresující v zastoupení 37, 5% a 29, 2%. Což může vypovídat o tom, že kuřačky jsou si vědomy škodlivosti kouření, ale na druhou stranu si namlouvají, že



přestat kouřit v těhotenství by bylo škodlivé pro plod, z důvodu stresu. V takovém případě by měla zafungovat osvěta ze strany zdravotnických pracovníků, ale ne jen z jejich strany, ale všech, kteří přijdou s těhotnou kuřačkou do kontaktu.

S názorem, že minimálně jeden rok je doporučeno pro ženu plánující těhotenství přestat kouřit, bylo ztotožněno 65, 7% ex-kuřaček, 52, 8% nekuřaček a nejméně tohoto názoru byly kuřačky s 45, 8%. Ze skupiny nekuřaček zvolilo v kategorizaci odpovědí 11, 3% žen 2 roky jako vhodnou dobu pro zanechání kouření. Jedna žena ze skupiny kuřaček a jedna žena ze skupiny ex-kuřaček si myslely, že přestat kouřit se při plánování těhotenství nemusí. Je jasné, že nejlepší variantou je nekouřit vůbec a nikdy ani nezačínat, ale minimální vhodnou dobou pro zanechání kouření při plánující graviditě je jeden rok.

Jako nejčastější následky nikotinu obsaženého v cigaretách pro plod, uváděly ženy nejvíce nízkou porodní hmotnost 66, 1% a jako druhý následek uvedly předčasný porod 53, 6% a třetí bylo respondentkami uvedeno vyšší procento výskytu syndromu náhlého úmrtí 40, 2%. Více než polovina kuřaček 58, 3% uvádí nízkou porodní hmotnost. Stejně tak je o této odpovědi přesvědčena většina ex-kuřaček 76, 3%. Nekuřačky volily nejčastěji v 64, 2% předčasný porod. Z celkového počtu 112 respondentek zvolilo pouze 6 žen variantu všech odpovědí. Pět z nich bylo ze skupiny nekuřaček a jedna ze skupiny ex-kuřaček. Kuřačky celkově vykazovaly menší znalosti než nekuřačky a ex-kuřačky.

Dalším výzkumným cílem, byl věnován informovanosti ze strany lékaře/zdravotní sestry k respondentkám týkající se abúzu tabáku v graviditě. Většina žen 89, 3% uvedla, že se lékař/zdravotní sestra v prenatální poradně zajímal/a, zda kouří. Pouze 10, 7% žen uvedlo opačnou odpověď, z nichž polovina 25, 0% patřila bohužel do skupiny kuřaček. Statistická významnost u zájmu zdravotnického personálu o kuřačkovou anamnézu u respondentek se prokázala. Ženy budou tázány na abúzus tabáku v graviditě.

Na otázku, jaké doporučení těhotným kuřačkám poskytl lékař/zdravotní sestra, 45, 5% žen kuřaček volilo odpověď, že jim lékař doporučil snížit počet vykouřených cigaret na minimum. Druhou nejčastější odpovědí respondentek byla v 39, 4% odpověď, že jim bylo doporučeno hned přestat a třetí odpovědí, kterou tvořilo 12, 1%, bylo doporučení od zdravotnického personálu nepřestávat kouřit kvůli abstinenčním příznakům. V tomto případě si myslím, je velká chyba na straně zdravotníků, ať už lékaře či zdravotní sestry. Ve většině případů gravidní ženě užívající tabák doporučí jeho užívání omezit a tím veškerá intervence a navíc ještě špatná, končí. Důležitou se stává i krátká intervence, obsahující alespoň otázku, zda těhotná žena kouří a v případě kladné odpovědi, důrazné doporučení, aby okamžitě přestala. Omezit užívání tabáku

v graviditě negativní účinky neovlivní. Je nutné doporučit těhotným, aby s kouřením zcela přestaly.

Důkladná kuřácká anamnéza a v případě potřeby kvalifikované poradenství by měly být standardní součástí prenatální a ošetrovatelské péče spolu s doporučením návštěvy příslušného odvykacího centra.

Další výzkumný cíl byl zaměřen na míru nikotinové závislosti u těhotných uživatelek tabáku dle Fagerströмова testu nikotinové závislosti. Ze souboru 24 kuřáček, do skupiny uživatelek s nízkou závislostí patří 45, 8%, střední stupeň nikotinové závislosti byl zjištěn u 29, 2% žen a silná závislost na nikotinu se prokázala u 25, 0% gravidních žen. Při testování hladiny statistické významnosti se míra závislosti na nikotinu u těhotných žen prokázala jako statisticky významná.

Mého druhého dotazníkového šetření se zúčastnilo 117 respondentek na oddělení šestinedělí obou fakultních nemocnic, z čehož 78, 6% bylo nekuřáček a 21, 4% tvořily kuřáčky.

Na otázku v kolikátém týdnu těhotenství ženy porodily, přičemž odpovědi byly zkategorizovány, polovina 51, 3% uvedla porod mezi 38. - 40. týdnem těhotenství. Druhá nejčastější odpověď byla porod po 40. týdnu těhotenství, to znamená, že tyto ženy přenášely a porodily až po jejich stanoveném termínu porodu, tuto odpověď zvolilo 33, 3% žen. Zajímaly mě odpovědi uživatelek tabáku, u kterých z celkového počtu 25 kuřáček porodilo předčasně před stanoveným termínem porodu, čili před 38. týdnem těhotenství 24, 0% v porovnání s nekuřáčkami, které porodily předčasně v 13, 1% případů.

Ženy nejvíce uváděly způsob porodu spontánní, kuřáčky 84, 0% a nekuřáčky 81, 5%. Druhý nejčastější způsob porodu následoval Císařský řez v 8, 0% u kuřáček a 15, 2% u nekuřáček. Zde se vliv kouření u uživatelek tabáku na způsob ukončení porodu neprojevil.

Z celkového počtu 117 respondentek se v 53, 9% narodila děvčata a 46, 1% tvořili narození chlapci. Je zajímavé, že v 60, 0% u kuřáček dominují narození chlapci.

Statisticky nevýznamný se projevil rozdíl mezi hmotností novorozenců kuřáček a nekuřáček. 40, 0% kuřáček uvedlo porodní hmotnost jejich novorozence v rozmezí 3000-3500 gramů stejně tak jako nekuřáčky v 39, 1%, což byly nejčastěji zastoupené váhové kategorie.

Výzkumným cílem byla také poporodní adaptabilita u novorozenců kuřáček. K tomuto zjištění bylo třeba porovnat dosažené body při hodnocení poporodní adaptace novorozence dle Apgar skóre. Apgar skóre hodnotí stav novorozence bezprostředně po porodu. Jeho principem je zhodnocení pěti projevů dítěte v časovém sledu 1., 5. a 10. minutě po narození. Hodnotí se srdeční frekvence, dechová aktivita, barva kůže, svalový tonus a reakce na podráždění. Každý

znak může být ohodnocen 0, 1 nebo 2 body (Fendrychová et al., 2009). Maximálního Apgar skóre dosáhly nejpočetněji novorozenci nekuřaček v 22, 4%, novorozenci kuřaček pak jen v 8, 7%. Druhé nejlepší hodnocení novorozence dosáhla téměř polovina nekuřaček 47, 8%, kuřačky pak v 39, 1%. Nejméně bodů, čili nejhorší hodnocení pak měly nekuřačky v 2, 9% a druhé nejhorší hodnocení novorozence pak uvedly kuřačky a to v 17, 4%. Rozdíl v hodnocení poporodní adaptace u novorozenců kuřaček a nekuřaček byl statisticky významný. Novorozenci kuřaček budou mít horší adaptabilitu po porodu.

## 10 Závěr

Cílem práce bylo zjistit pomocí dotazníkového šetření názory, informovanost a postoje žen v Praze na užívání tabáku v graviditě v souvislosti s hrozícími riziky spojenými s abúzem tabáku během těhotenství, včetně vlivu na prenatální vývoj plodu a následně na postnatální vývoj dítěte. Dále mým zájmem bylo ověřit si, zda jsou ženy v prenatálních poradnách svými ošetřujícími lékaři, případně zdravotními sestrami, tázány v rámci odebrání anamnézy na abúzus tabáku v graviditě.

V této práci poukazuji na fakt, že tabák, jako legální droga, společností tolerovaná, má v těhotenství závažné důsledky jak pro matku tak pro plod.

Mnohé ženy jsou uživatelkami tabáku i v graviditě, kouří protože jejich znalosti o daném tématu jsou nedostatečné.

Podněty pro další výzkum bych určitě doporučovala uskutečnit na větším výzkumném souboru. Velmi zajímavým podnětem pro další výzkum, pro který by bylo třeba získat podstatně větší počet respondentek, by se mi jevila skutečnost, která se prokázala z mého malého výzkumu, a to, že ženám kuřačkám se rodí častěji chlapci (60, 0%) než ženám nekuřačkám (42, 4%) a na větším vzorku respondentů by se určitě lépe prokázala i souvislost mezi kouřením a porodní hmotností novorozenců.

Velkým úkolem do budoucna by mělo být zintenzivnění osvěty, co se týče lékařů a celého zdravotnického týmu. Jejich nezájem o danou problematiku by mohl na ženy působit tak, že by v nich mohl vyvolat pocit, že daná oblast v otázkách kouření není na tolik závažná. Spoustou žen může být pak škodlivost užívání tabáku a zejména v graviditě, ale i po narození dítěte, při kojení a v kuřáckých rodinách, kde je i partner kuřák, podceňována.

## 11 Seznam literatury

- Bártová, K. *Cigareta, nepřítelkyně mužské plodnosti*. Retrived February 18, 2009, from <http://www.babyweb.cz/cigareta-nepriteklyne-muzske-plodnosti>.
- Bez cigaret.cz, *Pasivní kouření*. [n.d.], from <http://www.bezcigaret.cz/pasivni-koureni>.
- Csémy, L., Sovinová, H. (2003). *Kouření cigaret a pití alkoholu v ČR*. Praha: Státní zdravotní ústav. ISBN 80-7071-230-9.
- Csémy, L., Chomynová P., Mravčík, V.(Eds.). (2012). *Zaostřeno na drogy*. Úřad vlády České republiky, Roč. 10 (1), ISSN 1214-1089.
- Crha, I., Hrubá, D. (2000). *Kouření a reprodukce*. 1. vydání, Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-2284-1.
- Crha, I., Janků, P. *Faktory životního stylu ovlivňující porodní hmotnost novorozenců*. Retrived November 20, 2009, from <http://www.gyne.cz/clanky/2000/400c16.htm>.
- Čech, E., Hájek, Z., Maršál, K., Srp, B. et al., (2006). *Porodnictví*. Grada Publishing, a.s. ISBN 80-247-1313-9.
- Dort, J. et al. (2004). *Neonatologie*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0790-5.
- Fendrychová, J. et al., (2009). *Vybrané kapitoly z ošetrovatelské péče v pediatrii*. Brno. ISBN 978-80-7013-489-4.
- Fousková, D. *Žena a kouření*. Retrived December 6, 2005, from <http://www.celostatnimedcina.cz/zena-a-koureni.htm>.
- Heller, J., Pecinovská, O. et al., (1996). *Závislost známá neznámá*. Grada s.r.o. ISBN 80-7169-277-8.
- Hrubá, D. (2007). *Proč nekouřit v těhotenství – nové poznatky o účincích nikotinu*. Praktická gynekologie, Roč. 3 (11), ISSN 1211-6645.

- Hrubá, D., Brázdová Z. (2003). *Význam primární prevence v perinatologii – doporučení pro primární prevenci*. Interní medicína. (2), ISSN 1212-7299.
- Hrubá, D., Malíková, E. (2002). *Primární prevence v těhotenství*. Praktická gynekologie (4), ISSN 1211-6645.
- Kalina, K. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Grada Publishing, Praha, 1. vydání. ISBN 978-80-247.
- Kalina, K. et al., (2003). *Mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky, 1. vydání. ISBN 80-86734-05-6.
- Kastnerová, M., Žižková, B. (2007). *Kouření jako zdravotně sociální problém*. Časopis Kontakt. (2), (p.183-186). ISSN 1804-7858.
- Kozák, J. T. (1993) *Rizikový faktor kouření*. KPK Praha. ISBN 80-85267-42-x.
- Králíková, E. (2005). *Nekuřáctví – základní podmínka zdravých plic*. Solen, s.r.o. ISBN 978-80-87327-27-2.
- Králíková, E. (2008). *Sekněte s cigaretami, než cigarety seknou s Vámi*. Praha: Společnost pro léčbu závislosti na tabáku, 2. Vydání. ISBN 978-80-254-7400-6.
- Králíková, E., Himmerová, V. (2004). *Kouření a těhotenství*. Časopis lékařů českých. Roč. 143 (4), (p. 270-273). ISSN 0008-7335.
- Králíková, E., Himmerová, V. (2004). *Kouření a sexuální zdraví*. Časopis lékařů českých. Roč. 143 (3), (p. 207-210). ISSN 0008-7335.
- Králíková, E. (2003). *Tabák a závislost na tabáku*. In K. Kalina & J. Raimecký (Eds.), *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup* (p. 205-211). Praha: Úřad vlády ČR. ISBN 80-86734-05-6.
- Králíková, E., Kozák, J.T. (2003). *Jak přestat kouřit*. Maxdorf, 2. vydání. ISBN 80-85912-68-6.

- Králíková, E. et al. (2005). *Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku*. Časopis lékařů českých. Praha, 1. vydání. (5), ISSN 0008-7335.
- Kukla, L., Hrubá, D., Tyrlik, M. (1999). *Změny kuřáckého chování žen v těhotenství*. Výsledky studie ELSPAC. Časopis Praktický lékař. Roč. 79 (9), ISSN 0032-6739.
- Kurakova plíce.cz, *Nikotin – základní informace o nikotinu a jeho účinku v organismu*. [n.d.], from [http://www.kurakovaplice.cz/koureni\\_cigaret/zdravi/nikotin-a-informace-o-nem/50-nikotin-zakladni-informace-o-nikotinu-a-jeho-ucinku-v-organismu.html](http://www.kurakovaplice.cz/koureni_cigaret/zdravi/nikotin-a-informace-o-nem/50-nikotin-zakladni-informace-o-nikotinu-a-jeho-ucinku-v-organismu.html).
- Nešpor, K. (2005). *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál, s.r.o., p.14. ISBN 80-7178-831-7.
- NICM.cz, *Tabák – charakteristika*. Retrived March 8, 2011 from <http://www.nicm.cz>.
- Obsgynae.net, *Kouření od početí k šestinedělí*. Retrived October 15, 2010, from <http://www.obsgynae.net/news/koureni-od-poceti-k-sestinedeli>.
- Pařízek, A. (2009). *Kniha o těhotenství a dítěti*. Galén. 4. vydání. (p. 355-356). ISBN 978-80-7262-653-3.
- Pilařová, L. (2003). *Problematika závislosti na nikotinu*. Psychiatrie pro praxi. Solen, (4), (p. 205-209). ISSN 1213-05-08.
- Sovinová, H., Sadílek, P., Csémy, L. (2012). *Vývoj prevalence kuřáctví*. Státní zdravotní ústav. (p. 3-47). Retrived from <http://www.s.z.u.cz/uploads/documents/czpzp/zavislosti/koureni/zprava-kuractvi-2011.pdf>.
- Ulekaře.cz, *Pasivní kouření škodí i plodu v děloze*. Retrived February 17, 2013, from <http://magazin.ceskenoviny.cz/zpravy/pasivni-koureni-skodi-i-plodu-v-deloze/897852>.
- Velemínský, M., Žižková, B. (Eds.). (2008). *Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství*. Praha: Triton. 1. vydání. ISBN 978-80-7387-095-9.
- Zdravotní rizika kouření tabáku. In Wikipedia. Retrived February 6, 2013, from [http://cs.wikipedia.org/wiki/Zdravotni\\_rizika\\_koureni\\_tabaku](http://cs.wikipedia.org/wiki/Zdravotni_rizika_koureni_tabaku).

## 12 Seznam příloh

Příloha č. 1: Dotazník I.

Příloha č. 2: Fagerströmův test nikotinové závislosti

Příloha č. 3: Dotazník II.

Příloha č. 4: Informovaný souhlas s výzkumem

Příloha č. 5: Žádost o umožnění dotazníkového šetření ve FNKV

Příloha č. 6 Žádost o umožnění dotazníkového šetření ve FNM



Příloha č. 1: Dotazník I.

Dobrý den,

Jmenuji se Marie Jančová, jsem studentkou 3. ročníku Adiktologie – bakalářského kombinovaného studia na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze. Touto cestou bych Vás ráda požádala o vyplnění dotazníku, který je anonymní. Výsledky budou použity výhradně ke zpracování praktické části mé bakalářské práce, jejímž tématem je ***Užívání tabáku u těhotných žen v Praze.***

Předem všem děkuji za spolupráci a přeji klidný průběh těhotenství.

Marie Jančová

1.) Uveďte Váš věk, prosím. Vyplňte číslem .....

2.) Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

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

3.) Váš rodinný stav?

- a) svobodná
- b) vdaná
- c) žiji v partnerském svazku
- d) rozvedená
- e) ovdovělá

4.) Kolikáté je to těhotenství ?

- a) první
- b) druhé
- c) třetí
- d) čtvrté
- e) více

5.) Skončilo některé Vaše těhotenství potratem?

- a) ne
- b) ano, podstoupila jsem umělé přerušování těhotenství (UPT)
- c) ano, prodělala jsem mimoděložní těhotenství (GEU)
- d) ano, samovolným potratem

6.) V kolikátém týdnu těhotenství jste navštívila poprvé prenatalní poradnu?

*(příklad: 5., 8., 12., 14., 16., 18. týden těhotenství, nebo později – napište kdy)*

Vyplňte číslem .....

*/v případě, že jste nenavštívila v tomto těhotenství prenatalní poradnu, zvolte variantu a)/*

do prenatalní poradny jsem nechodila vůbec

7.) Je Vaše těhotenství plánované?

- a) ano
- b) ne

8.) Jaký je důvod Vaší hospitalizace v nynějším těhotenství? Napište vlastními slovy.

.....  
.....  
.....

9.) Myslíte si, že kouření má vliv na otěhotnění?

- a) ano
- b) ne

10.) Jaký máte názor na kouření v těhotenství? Napište vlastními slovy.

.....  
.....  
.....

11.) Uved'te prosím, co považujete za nejvhodnější dobu pro zanechání užívání tabáku u ženy, která plánuje těhotenství?

- a) 1 rok před plánovaným otěhotněním
- b) ½ roku před plánovaným otěhotněním
- c) 1. trimestr
- d) 2. trimestr
- e) 3. trimestr
- f) nemusí přestat vůbec
- g) jiné, uved'te .....

12.) Jaké následky pro plod, (dítě) má nikotin obsažený v cigaretách? (možnost více odpovědí)

- a) potrat
- b) předčasný porod
- c) nízká porodní hmotnost
- d) fetální tabákový syndrom, růstová retardace
- e) vyšší procento výskytu syndromu náhlého úmrtí (SIDS)
- f) alergie
- g) hyperaktivita (odlišnosti ve vývoji)
- h) vyšší procento výskytu nádorů u dětí

13.) Byla jste informována o rizicích kouření v těhotenství? Pokud ano, odkud pocházel zdroj informací?

3. ano – a) televize

b) rádio

c) tiskopisy, letáky, informační materiál v ordinaci lékaře

d) internet

e) kurz předporodní přípravy

f) lékař, zdravotní sestra

g) jiné, uveďte .....

3. ne – a) informace jsem nedostala

b) ne, nezajímám se o to

14.) Zajímal se Váš lékař / zdravotní sestra v prenatální poradně, zda kouříte?

a) ano

b) ne

15.) Pobývala jste během těhotenství v zakouřeném prostředí?

a) zřídka, jednou do měsíce

b) často, 2-3 krát týdně

c) ne, vůbec

16.) Jste kuřačka?

a) ano

b) jsem ex-kuřák

c) ne, nikdy jsem nekouřila

*Ex-kuřačky přejděte k otázce č. 18*

*Nekuřačky přejděte k otázce č. 20*

17.) Přestala jste kouřit nebo omezila jste počet vykouřených cigaret, když jste zjistila,

že jste těhotná?

a) ano

b) ne

*Při odpovědi ne, přejděte k otázce č. 19*

18.) Jak / jakým způsobem se Vám podařilo přestat kouřit?

a) přestala jsem sama, bez pomoci

b) jednorázovou konzultací s lékařem a pomocí náhradní nikotinové terapie -  
žvýkačky, náplasti, inhalátory

c) docházela jsem pravidelně do centra pro odvykání kouření

d) jiné, uveďte .....

19.) Pokud kouříte/kouřila jste v těhotenství, řekl Vám lékař/zdravotní sestra, že můžete kouřit dál?

a) ano

b) ne, bylo mi doporučeno hned přestat

c) ano, ale snížit počet vykouřených cigaret na minimum

d) ano, v těhotenství mi bylo doporučeno nepřestávat kouřit, kvůli možným abstinčním příznakům (stresu) u dítěte i matky

20.) Je v domácnosti, kde bude vyrůstat dítě někdo kuřák?

a) ano

b) ne

Příloha č. 2: Fagerströmův test nikotinové závislosti

*Dále odpovídají jen kuřačky; Fagerströmův test nikotinové závislosti*

- 1.) Jak brzy po probuzení si zapálíte svou první cigaretu?
  3. do 5 minut
  4. za 6 – 30minut
  5. za 31 – 60 minut
  6. po 60 minutách
  
- 2.) Je pro Vás obtížné nekouřit v místech, kde není kouření dovoleno?
  - a) ano
  - b) ne
  
- 3.) Kterou cigaretu byste nerada postrádala?
  4. první ráno
  5. kteroukoli jinou
  
- 4.) Kolik cigaret denně kouříte?
  - a) 0 – 10
  - b) 11 – 20
  - c) 21 – 30
  - d) 31 a více
  
- 5.) Kouříte častěji během dopoledne?
  4. ano
  5. ne
  
- 6.) Kouříte, i když jste nemocná a upoutána na lůžko?
  - a) ano
  - b) ne

Příloha č. 3: Dotazník II.

Dobrý den,

Gratuluji Vám k narození miminka. Jmenuji se Marie Jančová, jsem studentkou 3. ročníku Adiktologie – bakalářského kombinovaného studia na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze. Touto cestou bych Vás ráda požádala o vyplnění krátkého dotazníku, který je anonymní. Výsledky budou použity výhradně ke zpracování praktické části mé bakalářské práce, jejímž tématem je ***Užívání tabáku u těhotných žen v Praze.***

Předem děkuji za spolupráci.

Marie Jančová

1.) V kolikátém týdnu těhotenství jste porodila? Doplňte číslem .....

*(pozn.: Napište prosím, pokud možno přesný týden a den těhotenství, příklad: 39+5)*

2.) Jak/jakým způsobem jste porodila?

- a) spontánně
- b) Císařským řezem
- c) porod s pomocí vakuumextraktoru (VEX)
- d) porod s pomocí porodnických kleští (Forceps)

3.) Vyplňte, prosím: Narodil se mi:

- a) chlapec
- b) děvče

4.) Napište prosím, porodní váhu novorozence .....

5.) Pokud víte, doplňte prosím, hodnoty Apgar skóre u novorozence (číselné hodnocení poporodní adaptace novorozence pediatrem v 1., 5. a 10. minutě po porodu)

6.) Kouřila jste v tomto těhotenství?

- a) ano
- b) ne

#### Příloha č. 4: Informovaný souhlas s výzkumem

##### Souhlas s výzkumem

Já \_\_\_\_\_ souhlasím se svojí účastí na výzkumu pro účely bakalářské práce s názvem Užívání tabáku u těhotných žen v Praze. Souhlasím s vyplněním dotazníku a také souhlasím a rozumím, že veškeré informace i výsledky jsou důvěrné, budou použity výhradně ke studijním účelům a budou analyzovány a publikovány způsobem, který vylučuje moji identifikaci.

Podpis: \_\_\_\_\_

V Praze, dne: \_\_\_\_\_

Příloha č. 5 Žádost o umožnění dotazníkového šetření ve FNKV



**Etická komise**  
FAKULTNÍ NEMOCNICE KRÁLOVSKÉ VINOHRADY  
Česká republika

**Ethics Committee**  
*The University Hospital Kralovske Vinohrady*  
Czech Republic

✉ Srobarova 50, 100 34 Praha 10 ☎ 296 472 272 📠 267 310 376 📧 [eticka.komise@fnkv.cz](mailto:eticka.komise@fnkv.cz)

Vážená paní  
Marie Jančová  
Gynekologicko porodnická klinika  
FN Královské Vinohrady

V Praze dne 12.3.2013

Věc  
Žádost o umožnění dotazníkového šetření ve FNKV – odpověď

K Vaší žádosti ve věci umožnění dotazníkového šetření ve FNKV (Gynekologicko porodnická klinika) pro účely zpracování bakalářské práce na téma „Užívání tabáku u těhotných žen v Praze“ na 1. LF UK Vám sděluji, že Etická komise FNKV s dotazníkovým šetřením souhlasí za předpokladu dodržení zákona č. 20/1966 Sb. O péči a zdraví lidu v platném znění a zákona č. 101/2000 Sb. O ochraně osobních údajů v platném znění.

Prof. MUDr. Jan Páchl, CSc.  
Předseda Etické komise FNKV

FAKULTNÍ NEMOCNICE  
KRÁLOVSKÉ VINOHRADY  
Srobarova 50, 100 34 Praha 10  
ETICKÁ KOMISE



Příloha č. 6: Žádost o umožnění dotazníkového šetření v FNM

**FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE**

**V Úvalu 84  
Praha 5  
150 06**

---

**ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉ AKCE  
V SOUVISLOSTI SE ZÁVĚREČNOU BAKALÁŘSKOU PRACÍ**

Příjmení a jméno žadatele: Jančová Marie

Škola: 1. LF UK v Praze, Obor studia: Adiktologie

Téma závěrečné práce: Užívání tabáku u těhotných žen v Praze

Požadavek: Sběr dat formou dotazníku

Termín sběru dat od: 11.3. 2013 do 31.3. 2013

Pracoviště, kde bude sběr dat probíhat: FN Motol (Gyn-por klinika)

V Praze dne:

Marie Jančová

Vyplňuje FN Motol

Vyjádření odpovědného zaměstnance dle organizačního řádu:

**SOUHLASÍM**

V Praze dne:

Mgt. Jana Nováková, MBA  
řádková pro oš. péči FN Motol

Podpis a razítko: .....

*Jančová Marie*

*11.3.2013*

Bc. Miroslav Holmannová  
vrchní sestra

