Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Abúzus nikotinu v těhotenství

Alena Havlová

Bakalářská práce

2019

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: **2017/2018**

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení:	**Alena Havlová**
Osobní číslo:	**Z16216**
Studijní program:	**B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor:	**Všeobecná sestra**
Název tématu:	**Abúzus nikotinu v těhotenství**
Zadávající katedra:	**Katedra ošetřovatelství**

Zásady pro vypracování:

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**

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

Seznam odborné literatury:

1. ROZTOČIL, Aleš. Moderní porodnictví.: 2.přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-247-5753-7.
2. KUKLA, Lubomír. Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5753-7.
3. HÁJEK, Karel a kolektiv. Porodnictví: 3.zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5753-7.
4. KOUCKÝ, Michal a Jan a kolektiv SMÍŠEK. Spontánní předčasný porod. Praha: Maxdorf, 2014. ISBN 978-80-247-5753-7.
Doporučení: http://www.gynekologiepribyl.cz/nexs/koureni-v-tehotenstvi/
5. PAŘÍZEK, Antonín. Kniha o těhotenství, porodu a dítěti. Praha: Galén, 2015. ISBN 978-80-7492-214-5.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Barbora Faltová**
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2017**

Termín odevzdání bakalářské práce: **9. května 2019**

prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.

PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 13. března 2019

Prohlášení autora

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byl jsem seznámen s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47 b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 24. 4. 2019

Alena Havlová

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych poděkovat své vedoucí práce, Mgr. Barboře Faltové, za její trpělivost, vstřícnost v každé situaci a za čas, který mi věnovala. Dále bych chtěla poděkovat všem ženám, které dobrovolně vyplnily dotazník a mojí rodině za podporu a pochopení.

ANOTACE

Téma bakalářské práce je „Abúzus nikotinu v těhotenství“. Práce se skládá ze dvou částí, a to z části teoretické a z části průzkumné. Teoretická část obsahuje obecné informace o těhotenství a charakterizuje jednotlivé trimestry. Dále pak definuje závislost a její znaky. Zaměřuje se na ženy, které mají zkušenost s kouřením. Popisuje možnosti odvykání kouření v době těhotenství. Věnuje se také charakteristice pasivního kouření. V této části je též popsáno, jak jsou ženy informovány o rizicích kouření a jeho vlivu na plod v období těhotenství.

Průzkumná část bakalářské práce se zabývá vyhodnocením zpracovaných dat získaných pomocí průzkumu. Cílem průzkumné části je zjistit informovanost těhotných žen o vlivu kouření na vývoj jejich plodu v době těhotenství. V této části jsou prezentovány výsledky průzkumného šetření. Průzkum byl orientován pouze na ženy, které mají zkušenost s kouřením.

KLÍČOVÁ SLOVA

těhotenství, abúzus, nikotin, plod, odvykání

ANOTTATION

The topic of thebachelor thesis is "Nicotine abuse in pregnancy". The thesis consists of two parts, the theoretical part and the practical part. Thetheoretical part contains general information on pregnancy and characterizes each quarter. It then defines dependence and its features. It focuses on women who have experience with smoking and about how to quit smoking during pregnancy. In this section I also deal with the characteristics of passive smoking. In this section I also findout how women are informed about the risks of smoking during pregnancy and its effects on the fetus.

The practical part of the bachelor thesis deals with the processing of data obtained through research. The aim of the research is to get pregnant women aware of the influence of smoking on the development of their fetus during pregnancy. In the practical part, questionnaire survey is interpreted. The survey was focused only on women who have experience with smoking.

KEY WORDS

pregnancy, abuse, nicotine, fetus, cessation

Obsah

11

ÚVOD 12

1 TĚHOTENSTVÍ 13

1.1 První trimestr 14

1.2 Druhý trimestr 15

1.3 Třetí trimestr 16

2 SYNDROM ZÁVISLOSTI 17

2.1 Znaky závislosti 18

2.2 Příčiny závislosti 19

2.3 Závislost na tabáku 19

2.3.1 Bezdýmný tabák 19

2.3.2 Vodní dýmky 19

2.3.3 Dýmka a doutníky 20

3.2.4 Cigarety 20

2.4 Prevence 20

3 ABÚZUS NIKOTINU V TĚHOTENSTVÍ 21

3.1 Abúzus nikotinu v těhotenství a jeho vliv na plod 21

3.1.1 Nižší porodní hmotnost 21

3.1.2 Předčasný porod 22

3.1.3 Předčasné odloučení placenty 22

3.1.4 Spontánní potrat 23

3.1.5 Mimoděložní těhotenství 24

3.2 Komplikace způsobené abúzus nikotinu v těhotenství 25

3.3 Kouření 25

3.4 Pasivní kouření 25

4 MOŽNOSTI ODVYKÁNÍ KOUŘENÍ V TĚHOTENSTVÍ 26
4.1 Náhradní nikotinová léčba-NNL 26
4.1.1 Náplasti 27
4.1.2 Pastilky 27
4.1.3 Žvýkačky 27
4.1.4 Mikro pastilky 27
4.1.5 Inhalátory 27
4.1.6 Nosní spreje 27
4.2 Léky k odvykání kouření 28
4.2.1 Champix 28
4.2.2 Bupropion 28
4.3 Elektronické cigarety 29
4.4 Psychologická podpora odvykání 29
4.5 Alternativní terapie 29
4.5.1 Hypnoterapie 30
4.5.2 Akupunktura 30
4.5.3 Rostlinné léky 30
PRŮZKUMNÁ ČÁST 31
1 HLAVNÍ CÍL 31
2 PRŮZKUMNÉ OTÁZKY 31
3 METODIKA PRŮZKUMU 31
3.1 Technika sběru dat 31
3.2 Charakteristika průzkumného vzorku 32
4 PREZENTACE VÝSLEDKŮ 33
5 DISKUSE 47
5.1 Průzkumná otázka č. 1: Jaká je zkušenost žen s kouřením 47
v těhotenství? 47

5.2 Průzkumná otázka č. 2: Jak jsou ženy informovány o abúzu nikotinu v těhotenství a jeho vlivu na plod 48
ZÁVĚR ..... **Chyba! Záložka není definována.**
6 POUŽITÁ LITERATURA 53
7 PŘÍLOHA – dotazník k průzkumné části práce 55

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Počet vykouřených cigaret před těhotenstvím 33
Obrázek 2 Ukončení kouření po rozhodnutí otěhotnět.....34
Obrázek 3 Kouření v průběhu těhotenství 35
Obrázek 4 Společná domácnost s kuřákem 36
Obrázek 5 Vliv aktivního nebo pasivního kouření v těhotenství.....37
Obrázek 6 Zájem zdravotnického personálu o kouření v těhotenství.....38
Obrázek 7 Reakce zdravotnického personálu po potvrzení kouření.....39
Obrázek 8 Rizika dítěte, pokud matka kouří 40
Obrázek 9 Nejčastější komplikace způsobené kouřením v těhotenství.....41
Obrázek 10 Zdroj získaných informací o rizicích kouření v těhotenství.....42
Obrázek 11 Zdroj poskytnutých informací o možnostech odvykání kouření.....43
Obrázek 12 Účinnost z možností odvykání 45

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

US	ultrasonografie
HCG	humánní choriový gonadotropin
WHO	World Health Organisation
DIC	diseminované intravaskulární koagulace
NNL	náhradní nikotinová léčba
GEU	gravidita extrauterinní

ÚVOD

„Přestat kouřit je ta nejsnadnější věc na světě. Já to mohu potvrdit, zkusil jsem to už nejmíň tisíckrát“. (Mark Twain)

Téma bakalářské práce je „Abúzus nikotinu v těhotenství“. Toto téma jsem si zvolila z důvodu, že si myslím, že kouření je stále jedním z diskutovaných celosvětových problémů, který ničí spousty lidem zdraví, ale i životy těch nenarozených. Dítě v bříšku matky kuřačky nemá bohužel na výběr, vyvíjí se na rozdíl od matek nekuřaček v rizikovém prostředí již od početí. Cigarety jsou droga jako každá jiná a závislost na cigaretách je často hůře léčitelná než závislost na tvrdých drogách. Abúzus nikotinu v těhotenství prokazatelně škodí dítěti. Respirační symptomatologie a morbidita se vyskytly zvýšeně v 6 a 18 měsících života dětí, jejichž matky kouřily. Negativní vliv kouření se odrazil v dalším vývoji dítěte, a to zejména v průměrné hmotnosti novorozenců, která je u matek kuřaček o 107 g nižší ve srovnání s novorozenci nekuřaček. Dále byly nalezeny rozdíly v tělesné délce a obvodu hlavičky vždy v neprospěch matek kuřaček. (Hájek, Maršál, 2014).

Cílem bakalářské práce je zjistit informovanost těhotných žen o vlivu kouření na vývoj jejich plodu v době těhotenství. Tato práce je orientovaná na ženy, které měli s kouřením zkušenosti a zda po zjištění těhotenství jsou schopny přestat kouřit, nebo využít odvykacích metod. Chtěla jsem také zjistit, jaké vhodné metody odvykání by byly účinné a přijatelné pro těhotné ženy a zda byla některá z nich opravdu účinná, dále jestli se zajímal zdravotnický personál při pravidelných prohlídkách o to, zda žena kouří a ženy informoval o rizicích, jaké může mít kouření na vývoj jejich plodu i na komplikace způsobené kouřením v těhotenství. Evropská školní studie ESPAD v oblasti kuřáctví mezi šestnáctiletými studenty středních škol ukázala, že Česká republika je ke kouření velmi tolerantní. Cigarety jsou široce dostupné i šestnáctiletým, ačkoliv pro ně jsou vzhledem k jejich věku tabákové výrobky nelegální drogou. Bylo zjištěno, že jednu zkušenost s kouřením v životě má v ČR 80 studentů. Obzvláště varující je kouření mezi dívkami. (Presl,2018).

Lékař při komunikaci s nastávající maminkou nebo ženou, která se rozhodne otěhotnět, musí brát v potaz celou osobnost pacienta, ne pouze její zdravotní stav. Důležité je posoudit psychologický stav ženy, její zázemí, a to zejména z rodinného a sociálního hlediska. Tato hlediska mají vliv na vznik následných somatických obtíží. (Roztočil,2011).

TEORETICKÁ ČÁST

V teoretické části popisuji těhotenství a charakteristiku jednotlivých trimestrů. Dále definici a znaky závislostí, konkrétně závislosti na tabáku. Následují zkušenosti žen s kouřením v těhotenství a jejich informovanost o negativním vlivu na plod, charakteristika jednotlivých onemocnění po narození dítěte u matek kuřaček. V závěru teoretické části se snažím charakterizovat pasivní kouření a informovat o možnostech odvykání.

1 TĚHOTENSTVÍ

Každé těhotenství začíná početím, kdy v polovině menstruačního cyklu se ženě z vaječníku uvolní vajíčko – mluvíme o tzv. ovulaci, vajíčko je zachyceno ústím vejcovodu a posunuje se směrem do dělohy, kde v případě oplození zahnízdí. Pokud není vajíčko oplodněné, do 24 h zaniká. Miliony spermií se při pohlavním styku dostanou při ejakulaci do pochvy ženy, ale pouze jedna z nich má možnost vajíčko oplodnit. První buněčné stádium se nazývá zygota. (Kukla,2016).

Nelze stanovit přesnou délku těhotenství od oplodnění vajíčka po samotný porod. V porodnictví se délka těhotenství počítá od prvního dne poslední menstruace, i když ovulace a následné oplodnění nastaly o 14 dnů později. *„Ve studiích na velkých souborech bylo průměrné těhotenství stanoveno na 280 dnů, tj.40 ukončených týdnů + 0 dnů, což odpovídá 10 lunárním měsícům.“ (*Hájek, Maršál, 2014, s.32).

Biochemický průkaz těhotenství (Binder, 2011) popisuje jako zjištění HCG v séru matky, je produkován placentou od 3.-4. týdne těhotenství. Hodnota se během těhotenství zdvojnásobí a vrcholu dosahuje kolem 12 týdne těhotenství. Je průkazná positivita i v moči těhotné ženy.

Těhotenství se skládá ze 3 fází, tzv. trimestrů. Každý z těchto trimestrů je rozdílný. Jejich rozdělení je od oplodnění do termínu porodu. První trimestr je od počátku početí do ukončeného 12. týdne, druhý trimestr do ukončeného 28. týdne a poslední třetí trimestr je od 28. týdne do termínu porodu. Propočet termínu porodu a v kterém týdnu těhotenství se žena nachází, je možno vypočítat několika možnými způsoby. Jeden z nich je, že k prvnímu dni poslední menstruace připočteme sedm dní a odečteme tři kalendářní měsíce a tím vypočteme termín porodu a následně i týden nebo trimestr, ve kterém se žena nachází. Další pomocnou metodou je ultrazvukové vyšetření, které se provádí u všech těhotných v časné graviditě. (Hájek, 2014).

„Ultrazvukové vyšetření představuje základní zobrazovací metodu v období těhotenství a porodu. V současnosti je považováno za spolehlivý, neinvazivní, bezpečný, přesný a ekonomicky přijatelný typ zobrazování. Ultrazvuk významně přispívá ke snižování perinatální morbidity a mortality.“ (Binder, 2011, s.45).

Do základní náplně práce všech gynekologů, pečujících o těhotné ženy, patří US vyšetření. V těhotenství jsou optimální podmínky pro diagnostickou metodu, jakou je US vyšetření, informuje nás o uložení plodu v plodové vodě, která je pro ultrazvukové vlny příznivým akustickým prostředím. Nejčastější ultrazvukové gynekologické vyšetření je vaginální sondou, výhoda je blízkost rozpoznání vyšetřovaných orgánů, dalším je přístup abdominální, výhodou je snadná spolupráce s pacientkou a naprostá neinvazivita vyšetření a snadná manipulace. Můžeme vyšetřit větší oblast, nevýhodou je horší přehled díky vzdálenosti sondy od vyšetřované oblasti. Poslední téměř nepoužívaný je rektální přístup, pomocí rektální sondy zavedené do konečníku. (Maršál, 2014).

1.1 První trimestr

První týdny těhotenství je období prudkého vývoje, na jehož průběhu závisí budoucí růst plodu. Na začátku prvního trimestru se jádro spermie spojí s jádrem vajíčka, vznikne tím zygota – oplodněné vajíčko. Dále se rýhuje a vytvoří tzv. morula, která se posouvá vejcovodem do dělohy. Asi týden po oplodnění se tento útvar nazývá blastocysta, která se zanoří hlouběji do sliznice do fáze tzv. nidace. Dalším vývojem a dělením, který má rychlý charakter, vzniká embryo. V blastocystě se z buněk vyvine zárodečný terčík. Vzniklý zárodečný terčík se vytvoří z blastocysty, která vytváří plodové obaly a žloutkový váček. Tvar embrya se mění ve dvouvrstevný kotouček, z kterého se vytvoří tzv. zárodečné vrstvy. Za dalších devět měsíců se vyvinou orgány dítěte. (Kukla,2014).

Ze žloutkového váčku se vyvíjí pupečník, který spojuje plod s placentou. Tvoří se plodová voda. Tato tekutina vyplňuje dutinu děložní a zabezpečuje ideální podmínky pro vývoj a růst plodu. (Roztočil, 2008).

Binder (2011) ve své knize popisuje, že z těchto zárodečných vrstev se v příštích měsících vyvinou všechny orgány dítěte. Tyto vrstvy jsou dále rozděleny na vnější, vnitřní a střední vrstvu. Z vnější vrstvy se vyvíjí kůže, zuby, vlasy, oči, nehty. Ze střední vrstvy se vyvíjí a vznikne kostra, svaly, vaječníky, semeníky a mízní uzliny. Z vnější vrstvy vzniknou a následně se vyvinou plíce, močový měchýř, játra, střevní sliznice a štítná žláza. Embryo se dále vyvíjí a již ve čtvrtém týdnu můžeme vidět na ultrazvuku bijící srdíčko.

Charakteristickým rysem je velká hlavička, spodní část těla zatím připomíná zašpičatělý ocas, z kterého se časem vyvinou dolní končetiny včetně prstů. Srdce je již zcela vytvořeno v šestém týdnu těhotenství a následně v osmém týdnu jsou již vyvinuty všechny hlavní části těla. V tomto období zárodek měří pouhé čtyři centimetry. Pokud vývoj proběhl bez potíží, riziko vážného poškození je nízké a nebezpečí spontánního potratu klesá. V této vývojové fázi už nemluvíme o zárodku, nýbrž o plodu. Nyní těhotenství přechází do vyrovnanější etapy, nastávající maminka zaznamená ústup nevolnosti, pálení žáhy, únavy, časté nucení na močení a následné zvětšení prsou. Existují i ženy, které žádné příznaky těhotenství, kromě vynechání menstruace, nepoznají. Na konci prvního trimestru se provádí první genetické vyšetření. Jde o vyšetření krve v 11. – 12. týdnu a ultrazvukové změření šíjového projasnění. V tomto období se již snižuje riziko potratu a následné obavy z něj, vyhlídky na úspěšné donošení dítěte rostou. U velkého procenta žen s prvním trimestrálním krvácením se o hrozící potrat nejedná, krvácení je způsobeno výchlipkou poblíž děložního hrdla, krvácení spontánně ustává kolem 12. týdne těhotenství. (Binder,2011).

1.2 Druhý trimestr

Druhý trimestr začíná od začátku 12. týdne těhotenství do konce 27. týdne. V druhé třetině těhotenství žena začíná cítit pohyby plodu a plně si uvědomuje jeho existenci. Cítí se již lépe a snaží se podpořit zdárný průběh těhotenství. Jedním z úkolů této fáze je přijmout plod jako nezávislého jedince. (Slezáková, 2017).

Plod již téměř zaplňuje celou dělohu a pravidelně dýchá. V prvním trimestru dochází k vývoji jednotlivých částí těla a jejich uložení na správné místo a v pokračujícím druhém trimestru se zvětšuje jejich délka, hmotnost a hustota. Je to období prenatálních zkoušek, odhalujících možné vývojové vady plodu, patří sem zejména odběr plodové vody tzv. aminocentéza a krevní odběry u matky. Pozvolna se vyvíjí obličej, plod má již zřetelné lidské rysy. Základem obličeje je pět podkožních výběžků, které se postupně propojují. Vytváří se z nich nosní dírky, nos, tváře, ret a brada. Můžeme pozorovat začátky mimických pohybů jako je otevírání a zavírání rtů, pohyby hlavy. Dítě se už umí mračit, usmívat, plakat, rostou mu nehty. Na pokožce se objevuje lanugo. Lanugo pokrývá celý povrch těla a vytváří na pokožce zajímavé vzorce. Slouží zejména k udržení ochranného kožního mazu, vytvářeného tukovými žlázami. Začíná slyšet zvuky, které jej mohou stimulovat, ale i dráždit. Maminkám se v tomto období doporučuje, aby dítěti zpívaly. Tvrdí se, že zvuk matčina hlasu a tep jejího srdce mají na dítě dobrý vliv a roste tím i vzájemná vazba. Viditelné části kostry se objevují již ve 14. týdnu těhotenství. (Kukla, 2016).

1.3 Třetí trimestr

Třetí trimestr začíná od 28. týdne těhotenství a končí porodem dítěte. Ke konci těhotenství si většinou nastávající maminky stěžují na pálení žáhy, nadýmání, samovolný odtok moči nebo problémy s dýcháním. Většinou už nemohou spát celou noc a odpočívají přes den. Uvnitř jejich dělohy dítě pořád roste a vyvíjí se. Plod zaujímá bezpečnou polohu v děloze a je obklopen plodovou vodou. Objem plodové vody se ke konci těhotenství zvyšuje. Je charakterizována jako sterilní roztok, který před porodem dosahuje 0,5-1,5 litru. Od 28. týdne se začíná ztrácet lanugo a v podkoží se vytváří ochranná vrstva tuku. Genitálie dítěte začínají mít správný tvar a polohu, u chlapců sestupují varlata do šourku. Posledním orgánem, který dozrává, jsou plíce. Oči jsou zavřené do sedmého měsíce. Děloha zvětší svůj objem 500x, není už mnoho místa. Žena si v této třetí závěrečné fázi staví tzv. hnízdo, připravuje se na porod a existenci nového jedince, který žije samostatně mimo organismus matky. (Slezáková,2017).

Vzhledem ke tvaru děložní dutiny zaujímá plod v těle matky většinou polohu hlavou dolů. Obvod jeho hrudníku je o dva centimetry menší než obvod hlavy. Již nyní je stabilizován cyklus střídání spánku a bdění, který pokračuje i po narození. (Roztočil, 2008).

Termín porodu lze určit za 266 dní, to je asi 38 týdnů po oplození. Zhruba od 36. týdne těhotenství se dítě v děloze již neotáčí a zaujme definitivní polohu. Ve velké většině směřuje hlavička dolů. Aby bylo možno dobře naplánovat porod, musí lékař zjisti polohu plodu v děloze. Pokud je dítě velké, nebo rodí-li se nohama či zadečkem, je na lékaři, jak povede porod, zda nepřistoupí na operační zákrok – císařský řez. Cílem je, aby porod proběhl bez problému a nedošlo k poškození rodičky či dítěte. Lékař se musí správně a včas rozhodnout. Většina žen se na narození dítěte těší, je to pro ně silný a povznášející zážitek, jaký v lidském životě nemá obdoby. V každém z těchto tří trimestrů dochází k předem určeným změnám jak u plodu, tak u matky, díky nimž můžeme odhalit vzniklé odchylky od správného vývoje. (Slezáková,2017).

Těhotenství představuje jedno z nejdůležitějších období v životě ženy, kdy se nachází mezi tím, čím byla a tím, čím se má stát. Musí přijmout nové životní role, někdy propadá depresi a úzkosti, důležitá je podpora rodiny a okolí. "*Ženy mohou být v těhotenství vystaveny různým stresovým situacím, osobním či socioekonomickým problémům jako je rozvod, ztráta partnera nebo zaměstnání".* (Koucký, Smíšek, 2014, s.124).

2 SYNDROM ZÁVISLOSTI

Syndrom závislosti Nešpor (2018) definoval, jako soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických fenoménů, který se vyvíjí po opakovaném užití látky a který typicky zahrnuje následující projevy:

- silné přání užít drogu, nutkavá potřeba

- porušené ovládání při jejím užívání, ztráta volní kontroly

- přetrvávající užívání i přes škodlivé následky, neschopnost odpoutat se navzdory tělesným i duševním komplikacím

- periodizace drogy před všemi ostatními aktivitami a závazky, převažující orientace na životní styl s drogou, její shánění a zotavování se z jejího účinku

- zvýšená/snížená tolerance

- odvykací stav při nedostatku či vysazení drogy

Diagnóza se stanovuje následovně: pokud během roku došlo k následujícím jevům opakujících se několikrát za sebou, můžeme stanovit, že jedinec trpí závislosti.

Další složkou závislosti je touha. Může být dost často silná, že vás ovládne. Pokud v abstinenčním období jedinec požije dříve pravidelně užívanou látku, nastane návrat k závislosti, a to v dosti větším měřítku. Závislost je řazena mezi chronické onemocnění centrální mozkové soustavy a jako všechny nemoci je ji třeba léčit. Návykové látky nám přináší pocit příjemného stavu, kdy zapomínáme na problémy, které máme a unikáme do jiného světa. Pokračování v užívání látky nás může poškodit nejen psychicky, ale i fyziologicky, především nevratným poškozením našich orgánů. "*Nejčastějšími důvody, co vedou konzumenta k užívání dané látky, je prožívání příjemného stavu. Tohoto stavu nelze jinak dosáhnout, pouze po požití této látky"*. (Fischer, Škoda,2014, s.82).

2.1 Znaky závislosti

Craving (anglicky) neboli bažení, je silná touha užívat látku, která nám dává pocit blaha. Bažení lze vyvolat různými podněty a to vnějšími, zejména stimul rizikového prostředí anebo vnitřními, to je únava nebo nuda. Náš mozek se během bažení aktivuje, ale dlouhodobým působením může dojít k oslabení paměti, snížení postřehu a neschopnosti mluvy. Bažení dále ovlivňuje schopnost se správně rozhodovat. Řada těchto změn mají společné symptomy se stresem. Mezi hlavní znaky závislosti patří zhoršené sebeovládání.

Nešpor (2011) uvádí, že sebeovládání úzce souvisí s bažením, ale může nastat situace, kdy lidé, kteří trpí silným bažením, i přes to mají zčásti zachované sebeovládání. Neumějí řídit své emoce a hůře vnímají své tělo a reakce na životní situace. Po požití návykové látky jedinec ztrácí sám nad sebou kontrolu a čeká, že se vše vyřeší samo. Po ukončení působení dané látky ale problémy nemizí, naopak narůstají, proto se obrací znovu k návykové látce. S postupným zvyšováním dávek ztrácejí nad svým jednáním kontrolu. K recidivě návykového chování dojde rychleji, pokud se jedinec vyskytne v rizikovém prostředí. Důležitá je i změna životního stylu a výměna přátel nebo zaměstnání. Dalším znakem je somatický odvykací stav**,** který souvisí s užíváním látky, aby došlo následně ke zmírnění odvykacího stavu. Odvykací příznaky se hlavně projevují nervozitou, úzkostí, pocitem na zvracení, střídavě teplo, zima a dochází k silné touze po požití návykové látky. Tyto potíže často mívají opačný vliv, než jakým působí návyková látka. *„Tolerance se projevuje tím, že k dosažení stejného účinku je třeba vyšších dávek látek, nebo že stejné dávky mají nižší účinek“.* (Nešpor 2018, str.24).

Zvyšování dávek může vést až k tomu, že jedinec musí přijímat návykovou látku celý den, tedy přes den a noc. Může dojít i k poklesu tolerance, a to v přímé souvislosti s onemocněním nebo při léčbě řadou léků. Zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů souvisí s časem. Čas, který dříve vyplňovaly zájmy, koníčky, rodina, děti, práce, je nahrazen sháněním návykové látky. Závislí lidé zanedbávají také samy sebe a to hygienu, ošacení, stravu, úklid domácnosti, péče o dům. Není to otázka jednoho roku, ale několika let, kdy látka se stává koníčkem číslo jedna. Posledním znakem je pokračování v užívání přes jasný důkaz škodlivých následků. Nemají ohledy na to, jak to ničí jejich tělo a mysl, i když to ví, berou to dál. Ničí tím sebe, rodinu, přátele, kolegy v zaměstnání čili celé okolí. Diagnóza závislosti na tabáku je F17, je označována jako samostatná nemoc, nesmíme zapomínat i na to, že způsobuje další nemoci. (Králíková, 2017).

2.2 Příčiny závislosti

Rizikovým faktorem může být dostupnost látky, psychika jedince, genetické faktory, rodina, vrstevníci a prostředí, zaměstnání. Ochranným faktorem může být sám jedinec, jeho vlastnosti, motivace, vůle, jeho osobnost nebo rodina. Životní styl je ovlivňován velkým množstvím negativních faktorů. Jedním z nich je i kouření, to posiluje pubescenty vstupem do dospělosti. Myslíme si, že kouřit je moderní a normální. (Binder, 2006) Drogové závislosti musíme posuzovat z hlediska bio-psycho-sociálního onemocnění, kde se jednotlivé složky prolínají a doplňují.

2.3 Závislost na tabáku

„Nejvíce fascinujícím objevem medicíny 20. století byl fakt, že tolik nemocí a utrpení je způsobeno kouřením. Poněkud méně fascinující je fakt, že tomu věnujeme tak málo pozornosti.“ (Richard Doll)

Tabáková rostlina a kouření tabáku bylo poprvé objeveno u amerických indiánů. Do Evropy se dostala díky Kolumbovým námořníkům. Kouřily se doutníky a dýmky, změnu přinesly až cigarety. První cigarety se objevily v Londýně v polovině 19. století. První klasická cigareta byla značky Camel, ta nastartovala začátek tabákové pandemie. Základními složkami tabáku je nikotin, oxid uhelnatý, dehet. Nikotin vyvolává tělesnou a psychickou závislost. Vlivem nikotinu jsme se naučili spojovat určité situace s cigaretou, ty nás podmíní k impulsu, abychom si hned zapálili. (Jopp, 2014).

Nejčastější užívané formy tabáku.

2.3.1 Bezdýmný tabák

Je to forma tabáku žvýkací nebo porcovaná a znamená menší riziko než kouření. Nejčastěji rozšířený v Švédsku, kde je díky tomu nízká prevalence kouření a mortalita.

2.3.2 Vodní dýmky

Vodní dýmky jsou bohužel oblíbenější u mladých lidí a dětí. Domnívají se, že nekouří. Chladný kouř se pak lépe vdechuje do plic a celková dávka musí být vyšší, ve vodní dýmce nehoří tabák, ale uhlík umístěný na tabákové placce. Jedním z rizik tohoto typu kouření je šíření infekce, zejména při skupinovém kouření. Ani kouření vodní dýmky pro vás není bezpečné, vystavujete se riziku všech vedlejších účinků cigaret. (Atkins, 2014).

2.3.3 Dýmka a doutníky

Dýmka je nástroj určený ke kouření, skládá se z hlavičky, v níž je umístěn tabák a je zakončena náustkem, kterým kuřák vdechuje dým. Na rozdíl od ní je doutník tabákový výrobek, obsahující usušenený tabák, který po zapálení nám umožnuje vdechnout kouř do úst. *„Slyšela jsem přirovnání, že kouřit cigarety je jako skočit z dvacátého patra, kdežto kouřit doutník je jen z devatenáctého patra. Celkem to vystihuje situaci“.* (Králíková, 2015, s.24).

3.2.4 Cigarety

Jsou nečastější a nejnávykovější formou tabáku u nás. Zabijí téměř polovinu konzumentů. Kouření cigarety představuje velké nebezpečí vzniku závislosti, se kterou lze obtížně přestat. (Atkins, 2013).

Kouření je popisováno (Vavřinková, Binder, 2006) jako nejrozšířenější závislost u českých těhotných žen, až pětina jich kouří během těhotenství. V současnosti je v cigaretách několik druhů tabáku různě upraveného. Obsahují různé chutě, lákavé i pro děti, jako je například lékořice, ovocné příchutě a mentol. V 80. letech přišly na trh cigarety „lightky“, čili lehké s nízkým obsahem nikotinu. Cigaretový kouř obsahuje dioxiny, močovinu, formaldehyd, acetaldehyd, benzen a další škodliviny.

Závislý kuřák ale těchto cigaret vykouřil více, aby dosáhl své dávky. (Nešpor, 2018).

2.4 Prevence

(Králíková, 2017, str.12) Nejlepší prevencí jsou zákony, které stát nic nestojí a může na nich i vydělat, a to zejména vysoké daně a v návaznosti i vyšší cena cigaret. Nekuřácké všechny uzavřené prostory včetně restaurací, zákaz reklamy a viditelnost, dostupnost cigaret v obchodě. Prodej by měl být uskutečněn pouze ve specializovaných obchodech a na krabičce by mělo být zdravotní varování s obrázky. Prevence se dále skládá nejen z legislativy, ale důležité je i působení v rodině, chování dospělých jako vzorů, kontroly tabáku, snížení dostupnosti, film a kouření, a hlavně školní preventivní programy. Rodina by měla být příkladem, a tedy sami nekouřit. Ani doma ani v autě nedělat ze svých blízkých nedobrovolné pasivní kuřáky. Zvyšovat dětem sebevědomí, neboť více kouří děti, které si nevěří. Dbát o to, aby děti byly doma spokojené, víc kouří děti nespokojené. A upozorňovat na vliv kouření jako je impotence, neplodnost, horší pleť, infarkty, rakovina a rychlejší stárnutí. Snížení a omezení dostupnosti tabákových výrobků.

3 ABÚZUS NIKOTINU V TĚHOTENSTVÍ

Abúzus nikotinu v těhotenství ohrožuje nejen matku, ale i plod v děloze, který nemá na vybranou a vyvíjí se pod vlivem návykové látky. Zvyšuje se tak riziko předčasného porodu, spontánního potratu, narozené děti mají nižší hmotnost. Dále hrozí hypoxie plodu, předčasné odloučení placenty, mimoděložní těhotenství. Kouření ve formě cigaret představuje pro společnost předčasné ztráty zdraví i života. Tabák je šestým rizikovým faktorem, v hodnocení WHO, jako nejčastější příčina smrti. „*Všeobecně je pokládáno za prokázané, že expozice dětí tabákovému kouři v průběhu nitroděložního vývoje a zakouřenému prostředí v průběhu dětství je všudypřítomný a nejnebezpečnější ze škodlivých vlivů prostředí, které ovlivňuje jejich zdraví.“ (*Kukla, 2016, s.329).

Exponované děti mají na rozdíl od ostatních dětí zvýšené riziko poruch. V současnosti a během posledních let studie prokázaly, že stoupá procento kuřaček ve fertilním věku. Škodlivé látky, pocházející z cigaretového kouře, přechází přes placentu a přímo ovlivňují plod. Důležitým úkolem prenatální péče je informovat ženy, které se rozhodnou pro těhotenství nebo jsou již těhotné, o rizicích kouření a negativních účincích na vývoj jejich plodu během těhotenství. Doporučit jim, aby se vyhnuly kouření během celého těhotenství. Pokud žena není schopna přestat s kouřením, měla by alespoň omezit počet cigaret na minimum. Doporučuje se také odvykací léčba, a to ve formě nikotinových náhrad, jako jsou žvýkačky, náplasti a další odvykací formy. Nejlepším darem, který nastávající matka může svému dítěti dát, je přestat kouřit a vytvořit mu tak zdárné podmínky pro jeho další vývoj.

3.1 Abúzus nikotinu v těhotenství a jeho vliv na plod

3.1.1 Nižší porodní hmotnost

Novorozenci matek kuřaček mají prokazatelně nižší poporodní hmotnost o 200-300 g než děti matek nekuřaček nebo těch, které během těhotenství nekouřily, nebo kouřit přestaly. (Hájek, Maršál, 2014).

Díky kouření dochází k přestupu cigaretového kouře do placentálního oběhu a dochází k následné vazokonstrikci cév, zvyšuje se hladina katecholaminů a plod je vystaven přechodné hypoxii a dochází k jeho nedostatečné výživě. (Vavřinková, Binder, 2006¨)

Hmotnost hypotrofického novorozence se pohybuje pod 2 500 g, jeho délka se pohybuje od 30-50 cm. Na první pohled je dítě vyhublé a má málo podkožního tuku, kůže je vrásčitá a jeho obranyschopnost klesá. (Binder,2011).

Matkám kuřačkám se rodí dvakrát častěji dítě s nižší hmotností. Takže pokud chceme, aby se nám narodilo dítě s průměrnou hmotností, je důležité během těhotenství nekouřit. Binder (2011) ve své knize popisuje hlavní znaky dětí matek, které během těhotenství kouřily. Jsou to zejména rudá kůže bez mázku, chybí rýhování na dlaních a nohou, oční víčka nejsou oddělena, u ucha chybí nevyvinutá chrupavka, chybí prsní žláza, varlata nesestupují do šourku, genitál je celkově nedostatečně vyvinutý.

3.1.2 Předčasný porod

Předčasně narozené děti jsou novorozenci narození před dokončeným 37. týdnem těhotenství, tedy do 259 dne od prvního dne posledních měsíčků. Jako nezralé charakterizujeme děti, které váží méně než 1500 gramů. Počet předčasných porodů v České republice stoupá, v roce 2012 přesahovala četnost porodů do konce 37. týdne těhotenství 11 %, jejich váha byla 2500 g, a to u více než 7 %. (Hájek, Maršál, 2014).

Předčasný porod má spoustu rizikových faktorů, lze je rozdělit do tří skupin. Do první skupiny patří genetické predispozice, rasa, vzdělání, výživa a socioekonomická situace. Do druhé skupiny patří reprodukční anamnéza, předchozí porody, vrozené vývojové vady a operační gynekologické zákroky. Třetí skupinu tvoří faktory, které se objevují v aktuálním těhotenství. (Koucký, Smíšek, 2014).

Jednou z příčin předčasných porodů je u matky abúzus nikotinu v těhotenství. Oproti matkám nekuřačkám je toto riziko o 1,5 - 2x vyšší. U dříve narozených dětí také hrozí předčasné úmrtí a onemocnění dalších orgánových soustav včetně vývojových vad. Perinatální úmrtnost je o 1,2 vyšší. Není znám přesný mechanismus kouření a jeho vliv na dítě, ale jednou z možností může být i to, že nikotin působí vasokonstrikčně a způsobuje uteroplacentární ischemii a ta může být jedním ze spouštěcích faktorů předčasného porodu. Důležité je pro ženu, která se rozhodne otěhotnět, přestat hned s kouřením a tím předejít možným komplikacím. (Hájek, 2014).

3.1.3 Předčasné odloučení placenty

„Je to stav, kdy dochází k předčasnému odlučování normálně uloženého lůžka, a to zejména se jedná o období posledních třech měsíců těhotenství za předpokladu, že je uložení placenty normální.“ (Roztočil, 2014, s.313).

Lehčí formy se vyskytují v 1 % těhotenství, vážnější formy 2-5 %. Ohrožuje nejen život dítěte, ale i matky. Příčina bývá sdružena s jinými komplikacemi, především hypertenze, preeklampsie, užívání vasokonstrikčních látek. Příčinou je porušení arteriovenózních spojek a následkem toho dochází ke krvácení a tvorbě hematomu mezi stěnou dělohy a placentou. Krev trombotizuje a proniká celou děložní stěnou, dochází k fialovému zabarvení placenty. Toto zbarvení lékaři diagnostikují jako Couvelairova děloha. Dochází ke snížení aktivity plodu a následné hypoxii až úmrtí plodu. Děloha je zvětšená a bolestivá, u těhotné se tento stav může rozvinou až v šok, a to z důvodu krevní ztráty. Diagnózu stanovujeme pomocí ultrasonografického vyšetření. Léčba a její úspěšnost závisí na velikosti odloučené placenty, na fázi porodu a velikosti plodu. Rodička je pod stálou kontrolou, sledujeme diurézu a rozvoj DIC. Pokud je poškození placenty rozsáhlejší a ohrožuje život matky a plodu, volí se varianta operační, císařský řez. Při malém rozsahu poškození a nižším stupni těhotenství volí se varianta vaginálního ukončení. (Roztočil, 2014).

3.1.4 Spontánní potrat

„Spontánní potrat, to je ukončení těhotenství, kdy je embryo nebo plod neprojevující známky života samovolně vypuzen nebo vyjmut z dělohy a jeho hmotnost je nižší než 500 g a pokud ji nelze zjistit, je-li těhotenství kratší než 22 týdnů.“ (Koucký, Smíšek, 2015, s.11).

Mezi nejčastější příčiny spontánního potratu patří defektní plodové vejce a mateřské příčiny. Pokud je defektní plodové vejce, z důvodu embryonální a fetální abnormality, organismus ženy se zbaví sám postiženého plodu již v počátku těhotenství. Příčiny jsou například strukturální defekt, genetické choroby nebo odchylky v počtu chromozomů. Příčiny mohou být, hormonálního původu, patologické spermie partnera, malformace dělohy, záněty nádory, traumata a otravy. Mezi otravy, které ohrožují plod v prvním trimestru je rizikovým faktorem označen i abúzus nikotinu v těhotenství. Zánik těhotenství mohou způsobit toxiny, které obsahuje cigaretový kouř. Důležitá je pro těhotné ženy také prekoncepční péče a její informovanost o škodlivosti kouření v těhotenství z důvodu předčasného porodu. Potraty mohou být indikovány z důvodu terapeutického. Žena sama požádá svého gynekologa o umělé přerušení těhotenství, to u nás umožňuje zákon 467/1992 Sb. Těhotenství lze ukončit do konce 12. týdne, po uplynutí tohoto termínu lze těhotenství ukončit pouze je-li ohrožen život ženy nebo se prokáže poškození plodu. Potrat popisuje Binder (2011) jako vypuzení plodu a ostatních částí plodového vejce, a to před tím, než plod dosáhne úplné životaschopnosti.

Samovolný potrat podle průběhu rozdělujeme na nekomplikovaný a komplikovaný. Nekomplikovaný potrat probíhá v několika stádiích, a to potrat hrozící, počínající a úplný. Komplikovaný potrat rozdělujeme na potrat protahovaný, neúplný, horečnatý, zamlklý. Pokud žena potratí vícekrát za sebou, označujeme tento stav jako potrat habituální. (Smíšek, Koucký,2014).

3.1.5 Mimoděložní těhotenství

Mimoděložní těhotenství je charakterizováno jako ektopické (GEU) nebo extrauterinní těhotenství. Oplodněný oocyt se zahnízdí mimo dělohu a začne růst. Incidence GEU připadá na 1 ze 140 těhotenství. Ve většině případů je rozpoznáno již před dokončeným 12. týdnem a může se vyskytnou v každém věku pacientky. Mezi příznaky, které pacientky udávají jsou ztráta krvácení nebo špinění, bolest v podbřišku, absence gestačního váčku v děloze, pozitivní těhotenský test hCG a pocit nevolnosti. Pokud je nepřítomný gestační váček v děložní dutině a hladina hCG je 2000IU/l a vyšší jde, s velkou pravděpodobností o mimoděložní těhotenství. (Hájek, Maršál,2014).

„*V drtivé většině případů (kolem 95 %) se zárodek implantuje ve vejcovodu. Lokalizace v tubě je následující: v ampule niduje v 55 %, v isthmu ve 25 %, ve fimbriích v 17 % a intersticiálně ve stěně děložní (nejčastěji v děložním rohu – kornuální gravidita) ve 2-3 % případů.“* (Roztočil, 2018, s.215).

Podle Roztočila (2008) bylo prokázáno na základě mnoha studií, že ženy, které mají v anamnéze abúzus nikotinu před těhotenstvím a v období těhotenství, mají větší riziko mimoděložního těhotenství. Toto riziko je zvýšené 1,5-2,0krát, a to i při minimálním počtu vykouřených cigaret. Rizikové faktory mimoděložního těhotenství dělíme na 3 stupně rizika. První je vysoké riziko vzniku, jako je například patologie nebo chirurgický výkon na vejcovodu, dále pak na střední riziko, tím může být spontánní potrat v anamnéze, a nakonec nízké riziko, jako je abúzus nikotinu. Nejrychlejší diagnostickou metodou je ultrasonografie, pro ženy nezátěžové vyšetření. Po potvrzení mimoděložního těhotenství gynekolog volí při nízkých hladinách hCG nejprve konzervativní postup a observaci pacientky anebo tubulární potrat. Operační postup, nejčastěji proveden laparoskopickým přístupem, je výkon pod názvem salpingektomie čili odstranění vejcovodu spolu s oplozeným vajíčkem. Mimoděložní těhotenství se u 10-20 % pacientek opakuje. Komplikací muže být ruptura tuby a následné krvácení, které může pacientku ohrozit na životě.

3.2 Komplikace způsobené abúzem nikotinu v těhotenství

Králíková (2015) uvádí, že abúzus nikotinu je nejrozšířenější závislostí u těhotných žen. Nežádoucí účinky tabákového kouře vedou ke komplikacím v těhotenství a jsou rizikové nejen pro matku, ale i pro plod. Současná medicína založená na důkazech, že abúzus nikotinu škodí jak matce, tak dítěti a neexistuje bezpečná dávka cigaretového kouře. Každá cigareta poškozuje! Také upozorňuje na to, že u nás kouří, 20 %, těhotných žen a z toho 7 % jich kouří až do porodu. Mezi komplikace způsobené kouřením řadíme:

- Spontánní potrat
- Předčasný porod
- Předčasný odtok plodové vody
- Nízká porodní hmotnost
- Předčasné odlučování placenty

3.3 Kouření

„Kouření mi prostě chutná“ a „Můžu s tím kdykoli přestat“, říkají kuřáci, aby mohli dál v klidu kouřit. (Jopp,2014 s.72).

Podle Joppa (2014) většina kuřáků tyto věty používá, aby okolí dokázala svoji nezávislost vůči kouření. Kouření je nemoc a každý čtvrtý kuřák umírá na jeho následky. Kouření nám dává stav uvolnění a relaxace, přináší potěšení, navozuje stav klidu a méně stresu, to po 45 min. odpadá a objeví se chuť na další cigaretu. Cigarety a ostatní tabákové výrobky řadíme mezi nejrozšířenější drogy u nás, a navíc snáze dostupné. Závislost se může projevit i u příležitostných nebo pasivních kuřáků.

3.4 Pasivní kouření

Pasivní kouření neboli nedobrovolné kouření, je definováno jako vystavení se tabákovému kouři. V případě, kdy kouř jedné osoby, kouřící tabákové výrobky, je vdechován jinými, kteří nekouří. Na nádory plic zemře 90 % pacientů aktivně kouřících, dalších 30 % tvoří nekuřáci. (http://www.kurakova-plice.cz/koureni_cigaret/zdravi/pasivni-koureni-a-obrana.html autorem**bezcigaret.cz**

Králíková (2017) ve své knize udává, pasivní kouření je diagnóza Z 58.7 a píše, že bezpečná dávka kouření neexistuje. A apeluje na pohyb nebo pobyt v uzavřených prostorech, kde se kouří.

4 MOŽNOSTI ODVYKÁNÍ KOUŘENÍ V TĚHOTENSTVÍ

„Jen jedno způsobuje, že je tvůj vysněný cíl nedosažitelný: strach ze selhání. " Paolo Coelho

V současnosti máme k dispozici spoustu dostupných prostředků a metod, které nám mohou pomoci přestat kouřit. Kuřák není závislý pouze na nikotinu, ale i na zvyku a způsobu zapálení cigarety. Pro mnohé je velký problém přestat kouřit, a proto je nutné vyhledat odbornou pomoc. Pro ženu, která se rozhodne otěhotnět, je dobré přestat s kouření alespoň rok před plánovaným otěhotněním. Přestat kouřit má význam pro matku i dítě v jakémkoliv týdnu těhotenství. Těhotné ženy většinou mají informace o abúzus nikotinu, ale přesto malé procento těchto žen kouří dál. Někdy kouření vůbec neomezí anebo pouze sníží počet vykouřených cigaret. Období těhotenství, nebo rozhodnutí otěhotnět, je pro ženy kuřačky dobrou motivací, jak s kouřením skoncovat. Ženy by měly být upozorněny na rizika spojená s kouřením v těhotenství, již u svého gynekologa, měla by být součástí rutinní péče o těhotnou ženu. V ČR si na rozhovor s lékařem v gynekologické ambulanci vzpomnělo jen malé množství žen. *„Kouření ale znamená pro normální růst a vývoj dítěte tak vysoké riziko, a to jak před narozením, tak po něm, že pokud jste těhotná a nedokážete přestat kouřit bez pomoci, doporučuje se vyzkoušet některou z forem NNL.“* (Atkins, 2014, s.36).

4.1 Náhradní nikotinová léčba-NNL

Nejrozšířenější používaná metoda je snadno dostupná po celém světě v lékárnách, po internetu a někdy i na předpis. Poskytuje kuřákům, kteří chtějí svůj návyk změnit, pomoc, a to ve způsobu, jak do sebe dostat dávku nikotinu, aniž by si zapálili cigaretu. Tento nikotin se dostává do organismu krevní cestou a naváže se v mozku na nikotinové receptory. To dále vede k uvolnění dopaminu a k pocitu uvolnění a klidu, které by normálně vznikly po požití nikotinu. Tento způsob zabraňuje abstinenčním příznakům, kdy nehledáte cigarety a odvykání se stává snazším. Nejčastější otázka na terapii náhražky nikotinu je *„Může vést používání nikotinových náplastí k nové závislosti? Ne, v případě náplastí je závislostní potenciál prakticky nulový. Chybí rychlá dávka, jako je tomu u cigarety. Náplast zvedá hladinu nikotinu v krvi pomalu a na delší dobu“.* (Joop, 2014, s.224).

4.1.1 Náplasti

Nezátěžové a nenápadné ukryté pod oblečením. Vyrábí se dva typy – ty, co se nosí čtyřiadvacet hodin a ty, co se nosí pouze přes den. Vyrábí se různě silné, můžete si je koupit v lékárně nebo nechat předepsat lékařem. Doporučuje se snížit dávku pokaždé, když dostanete další nové balení. Vedlejšími účinky jsou kožní vyrážka, špatný spánek. (Jopp, 2014).

4.1.2 Pastilky

Jejich použití je podobné jako u žvýkaček s tím rozdílem, že se cucají, rozpouští se do půl hodiny. Jejich užívání se také s postupem času snižuje. Vedlejšími účinky jsou podrážděný žaludek, škytavka, brnění jazyka nebo bolesti hlavy. (Atkins, 2013).

4.1.3 Žvýkačky

„U žvýkaček je důležitý způsob žvýkání: několikrát jen nakousnout, jakmile začnete polykat sliny a začne vás pálit v krku, přestaňte žvýkat a odložte žvýkačku na zhruba 30 vteřin pod jazyk nebo za dáseň, pak opakujte ně kolikateré nakousnutí.“ (Králíková, 2017, s.22).

Nikotinové žvýkačky jsou vyráběné ve dvou různě silných výrobcích a to 4 miligramové, pro těžší kuřáky a 2 miligramové. Žvýkačka se žvýká do doby až je její chuť nejsilnější, dávka se spotřebuje asi za hodinu. Snižovat dávku se doporučuje rozpůlením žvýkačky a žvýkat kratší dobu. Vedlejšími účinky jsou nechutenství, bolesti čelisti.

4.1.4 Mikro pastilky

Podle Králíkové (2017) jsou to drobné tablety určené k tomu, aby se pomalu rozpustily pod jazykem, kde se nikotin vstřebává. Užívání těchto tablet se doporučuje tři až šest měsíců. Vedlejšími účinky jsou závratě, bolest v ústech nebo krku a bušení srdce.

4.1.5 Inhalátory

Jak popisuje Atkins (2013), tato zařízení mají napodobit cigarety. Jsou určena, k tomu, aby pomohla kuřákům, kterým při odvykání kouření chybí kouř z cigarety, a to především jako akt. Léčebná dávka je dvanáct týdnů. Vedlejšími účinky jsou kašel a bolení v krku.

4.1.6 Nosní spreje

Jsou nejrychlejší metodou, jak poskytovat nikotinovou dávku. Droga je vstřebávána nosní sliznicí, která je hodně prokrvená. Jediný vstřik dodá organismu stejnou dávku nikotinu jako jedna cigareta. Ze začátku se používá jeden vstřik, a to každou hodinu a řídíme se podle toho, kolik cigaret předtím jedinec vykouřil. Vedlejšími účinky jsou rýma, slzení, krvácení z nosu, kašel a bolesti hlavy. (Atkins, 2013).

4.2 Léky k odvykání kouření

Existují dva léky, které vám mohou pomoci s odvykáním, a to hlavně v případě, pokud nechcete zkusit NNL. Fungují rozdílně, jsou dostupné pouze na předpis praktického lékaře nebo lékaře pracujícího na odvykací klinice.

4.2.1 Champix

Champix je velice účinná látka, která pomáhá účinně v procesu odvykání kouření. Zvyšuje šanci na svobodný život bez cigaret. (Joop, 2014).

V organismu způsobuje to, že molekula tohoto léku se naváže na nikotinové receptory v mozku. Následkem je snížení nucení bažení po nikotinu v cigaretách. Pokud se rozhodneme začít užívat tento lék, musíme si předem stanovit přesný datum, kdy přestaneme kouřit a začít brát tabletky týden či dva před stanoveným datem. Doporučovaná dávka je jedna tableta denně po dobu tří dnů a následně dávku zvyšte na dvakrát denně. Jedna tableta obsahuje 500 mikrogramů účinné látky. Vedlejšími účinky jsou změny chuti, bolesti hlavy, závratě, narušení spánku a sucho v ústech. Užívání tohoto léku je povoleno osobám starším 18 let, není vhodné pro těhotné a kojící ženy. Proto se užívání tohoto léku doporučuje ženám, které chtějí přestat kouřit a následně otěhotnět. Je to nejnovější metoda a první lék vyvinutý přímo k léčbě závislosti na tabáku. Neobsahuje nikotin a léčba tímto přípravkem je velice účinná. (Atkins, 2014).

4.2.2 Bupropion

„Také antidepresivum bupropion snižuje potřebu kouřit, v indikaci léčby závislosti na tabáku se jmenuje Zyban.“ (Králíková, 2017 s.24).

Králíková ho označuje jako lék, který byl původně vyroben jako antidepresivum, ale lékaři zjistili spojení u kuřáků s depresemi, kteří užívali tento lék, že často přestali s kouřením. Působí v mozku na dva neurotransmitery – dopamin a noradrenalin a to tím, že zvedá jejich hladinu. V jedné tabletě je150 miligramu účinné látky. Měl by se brát jeden nebo dva týdny před datem, co se rozhodneme skončit s kouřením. Bere se sedm až devět týdnů. Vedlejšími účinky jsou neklid, úzkost, sucho v ústech, deprese, bolení hlavy, vyrážka a nespavost. Lék nesmí užívat děti, těhotné a kojící ženy, není vhodný také pro lidi se závislostí na alkoholu. Je na předpis. (Králíková, 2017, s. 24).

4.3 Elektronické cigarety

„Elektronické cigarety jsou vyrobené tak, aby vypadaly jako tradiční cigarety, a to s bílým tělem a oranžovým koncem, ale existují i takové, které jsou celé černé, vyrábí se v mnoha různých tvarech a velikostech.“ (Atkins, 2013, s. 46).

Vnější obal je z plastu, rozdělený na dva díly. Na jednom konci je patrona s nikotinem, který je rozpuštěný v tekutině s názvem propylen glykol. Druhy díl se zašroubovává do patrony, obsahující rozprašovač, který mění kapalinu v páru, kterou vdechujeme. Třetí část tvoří lithiová baterie, kterou můžeme dobíjet. Nabíječka je součástí příslušenství. Poslední část tvoří LED dioda umístěná na špičce, rozsvítí se, když uživatel potáhne. Velká skupina uživatelů na internetu uvedlo, že jim elektronické cigarety pomohly přestat kouřit. Obsah elektronických cigaret je méně toxický než obsah standartních cigaret. (Atkins, 2013).

4.4 Psychologická podpora odvykání

Po celém světě existuje mnoho charitativních organizací a odvykacích klinik, které pomáhají kuřákům skončit s kouřením. V odvykací klinice jsou zaměstnáni specialisté, kteří pomáhají svým klientům s překonáváním nutkání si zapálit, poskytují rady, vedou rozhovory o problému, povzbuzují k boji s recidivou a také předepisují léky NNL. Využívají mobilních telefonů v používání sms zpráv k podpoře odvykání a ke stažení aplikací z internetu. Psychoterapie jsou terapie dvojího druhu, a to buď individuální rozhovor s terapeutem, nebo skupiny vedené terapeutem. Jsou různého zaměření, a to na stánku behaviorální, interpersonální, kognitivně-behaviorální popisuje (Atkins,2013). Společné mají to, že pomocí terapie zjistí, proč jste začali kouřit a sami vymysleli, jak svůj zlozvyk překonat.

4.5 Alternativní terapie

Význam slova alternativní je zvolení jiné, zástupné nebo náhradní možnosti. Termín alternativní terapie se od konce 60 let stal módním pojmem a v současnosti již ztratil negativní význam. Běžně hovoříme o alternativním řešení, které zvažujeme při volbě nejlepšího léčebného postupu, posuzujeme prospěšnost léčby a rizika léčby. Přihlížíme i k přání pacienta. Alternativní medicína spojuje lidové a přírodní léčení, její metody jsou mnohdy určitou formou psychoterapie. Jedním ze znaku moderní doby je právě návrat člověka k nevědeckým formám zdravotní péče. Léčit podle alternativní medicíny neznamená potlačovat příznaky nebo odstraňovat patologické projevy, ale spíše posiluje vitalitu, nezdolnost, motivaci a pomáhá dostat nemocného do optimálního zdravotního stavu, kdy bude schopen si s nemocí poradit (Křížová, 2016).

4.5.1 Hypnoterapie

„Účinnost hypnózy přitom prokázaly mnohé vědecké studie. Díky hypnóze se až 48 % sledovaných osob po roce stalo nekuřáky.“ (Jopp, 2014, s.213)

Hypnoterapie je také dobrým lékem na další onemocnění jako jsou fobie, noční pomočování, neplodnost a stresy. Během hypnózy terapeut používá různé metody, aby navodil stav uvolnění až do úplného transu, pacient nespí, ale je při plném vědomí. Jeho myšlenky jsou zaměřeny na konkrétní téma, zatímco dochází k vyloučení ostatních podmětů. Důležité je, aby tato terapie fungovala je 100 % spolupráce. Doba trvání je přibližně jedna hodina. Skládá se z několika seancí včetně prvotního rozhovoru. V průběhu hypnózy vám bude chtít terapeut navrhnout způsob, jak přestat s kouřením, například si představit v mysli obraz, jak dosahujete svých cílů. Hypnoterapie není hrazena pojišťovnou.

4.5.2 Akupunktura

Pochází z čínské medicíny jako jedno z jejích odvětví. Jejím principem je vpichování ostrých nerezových jehel do kůže v určitých bodech. Tyto body se nacházejí v liniích, kde proudí tělesná energie. Zaměřuje se na vzorce a spouštějící mechanismy kouření, jako například tradičně při pití kávy anebo po jídle, dle zvyklostí daného jedince. Akupunktura může být součástí podpůrné léčby a to, pokud jste se již rozhodla přestat kouřit a jste zaměřena na alternativní cestu, ale není vhodná pro každého.

4.5.3 Rostlinné léky

Lobelka, tato rostlina známá jako indiánský tabák, obsahuje chemickou látku působící na mozek podobně jako nikotin. Uvolňuje dopamin, ale má často vedlejší účinek, a to nevolnost a zvracení.

PRŮZKUMNÁ ČÁST

1 HLAVNÍ CÍL

Zjistit informovanost těhotných žen o vlivu kouření na vývoj jejich plodu v době těhotenství.

2 PRŮZKUMNÉ OTÁZKY

1. Jaká je zkušenost žen s kouřením v těhotenství?

2. Jak jsou ženy informovány o rizicích kouření v těhotenství a jeho vlivu na plod?

3. Jak jsou ženy kuřačky informovány o možnostech odvykání?

3 METODIKA PRŮZKUMU

Průzkumná část této práce popisuje výsledky kvantitativního průzkumu, který vyhodnocuje data získaná dotazníkovým šetřením. Statistické údaje jsou získány výstupem zjištěných dat a dále zpracovány.

Kvantitativní průzkum je zaměřen na vzájemné vztahy proměnných, jejich měření, rozložení a jejich následným převodem do numerologických hodnot. Na rozdíl od kvantitativního průzkumu je kvalitativní průzkum zaměřen na jednotlivce nebo skupiny a jejich náhled na svět, nepoužívá statistické metody a techniky. Pracuje též s analýzou vět, získaných pomocí metody otevřených otázek. (Punch, 2008)

Kvantitativní a kvalitativní průzkum používá různé techniky sběru dat, tyto techniky používáme v různých obměnách. Nejčastěji používané jsou: dotazníky, rozhovory, pozorování a studia dokumentů (Reichel, 2009).

Průzkumná část je zpracována pomocí programu Microsoft Office Excel. Výstupní data zpracována do grafů a vyhodnocena pomocí popisné statistiky. Procentuální hodnoty vyjadřují relativní četnost a hodnoty uvedené v celých číslech udávají absolutní četnost.

3.1 Technika sběru dat

Při zpracování průzkumné části, jako forma kvantitativního průzkumu, byl použit dotazník vlastní tvorby, který obsahuje 17 uzavřených otázek. Respondentkám byl dotazník předložen k vyplnění v tištěné formě. Je to forma sběru dat poměrně časově nenáročná a nenákladná (Reich, 2009).

Kutnohorská (2009) uvádí, že výhodou dotazovaných respondentek je zachování anonymity a nenáročnost zpracování, díky současnému vývoji výpočetní techniky. Rizikem může být pouze ztráta dotazníku, neúplné vyplnění nebo neporozumění otázce, důležité je klást důraz na srozumitelnost a jednoduchost otázek.

Průzkum probíhal v gynekologické ambulanci regionální nemocnice v období od 1.srpna 2018 do 1. října 2018. S průzkumem souhlasilo vedení nemocnice a kompetentní lékařka příslušné gynekologické ambulance. Průzkumnice donesla do ambulance dotazníky sama se souhlasem zdravotního personálu gynekologické ambulance. Porodní asistentka byla edukována průzkumnicí, která následně rozdávala dotazníky. Dotazník byl určen pouze ženám, které mají zkušenost s kouřením. Těhotné ženy souhlasily s účastí na průzkumu a vyplnily obdržené dotazníky. Rozdáno bylo celkem 30 dotazníků a 30 respondentek ochotně vyplnil a odpovědělo na průzkumné otázky. Průzkumnice převzala od porodní asistentky všechny vyplněné dotazníky. Dotazník je součástí této práce.

3.2 Charakteristika průzkumného vzorku

Průzkumný vzorek tvořily respondentky, které mají zkušenost s abúzus nikotinu. Podmínkou pro zapojení do průzkumu byla pravda o informovanosti respondentek v průběhu jejich života o abúzus nikotinu. Respondentky s průzkumem takto citlivého tématu ochotně souhlasily a dobrovolně se zapojily.

Na otázku č. 1 „Jaké je Vaše vzdělání?“ odpovědělo 30 respondentek, z toho 2 ženy (7 %), mají vysokoškolské vzdělání, vyšší odborné také 2 ženy (7 %), 17 (56 %) má středoškolské s maturitou, 7 žen (23 %) odpovědělo, že mají středoškolské vzdělání bez maturity a poslední dvě respondentky (7 %) mají dokončené základní.

Na otázku č. 2 „V jakém trimestru se nyní nacházíte?“ bylo zjištěno, že 13 žen (43 %) je v prvním trimestru, dále 9 žen (30 %) je v druhém a 8 žen (27 %) je v třetím trimestru.

Na otázku č. 3 „Jaký je Váš věk?“ odpověděly všechny respondentky, že 2 ženy (6 %) jsou ve věku do 20 let, dalších 12 žen (40 %) jsou ve věku od 21–25 let, 5 žen (17 %) je ve věku 26–30 let. Poslední dvě věkové kategorie odpověděly, že 5 žen (17 %) jsou ve věku 31-35 let a 6 žen (20 %) je věk nad 35 let.

4 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

Otázka č. 4

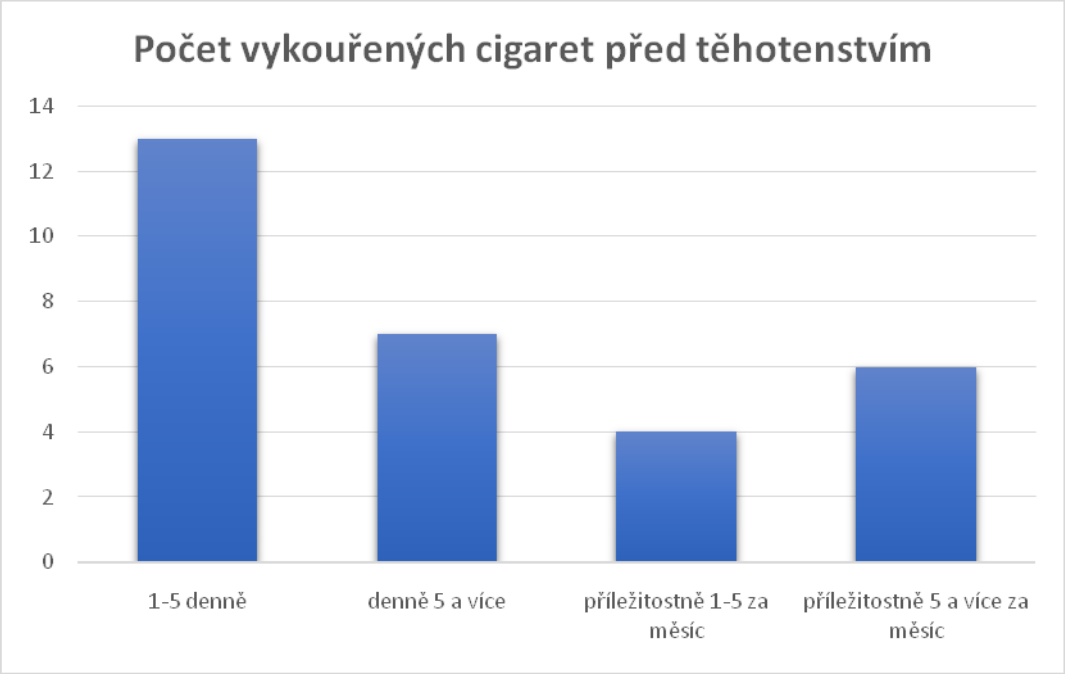
Kolik cigaret jste kouřila před těhotenstvím?

a) Kouřila jsem 1-5 cigaret denně

b) Kouřila jsem více jak 5 cigaret denně

c) Kouřila jsem příležitostně 1-5 cigaret měsíčně

d) Kouřila jsem příležitostně 5 a více cigaret měsíčně



Obrázek 1 Počet vykouřených cigaret před těhotenstvím

Na obrázku 1 je znázorněno kolik cigaret kouřila žena před těhotenstvím. Z grafu je patrné, že 13 respondentek (43 %) kouřilo 1-5 cigaret denně, což je, jak z grafů vyplývá, nejvyšší počet dotázaných. Více jak 5 vykouřených cigaret denně udává 7 žen (24 %). Příležitostně 1-5 cigaret měsíčně kouřily před otěhotněním 4 ženy (13 %) a poslední kategorií jsou ženy, které vykouřily příležitostně 5 a více cigaret měsíčně, jejich počet je 6 (20 %).

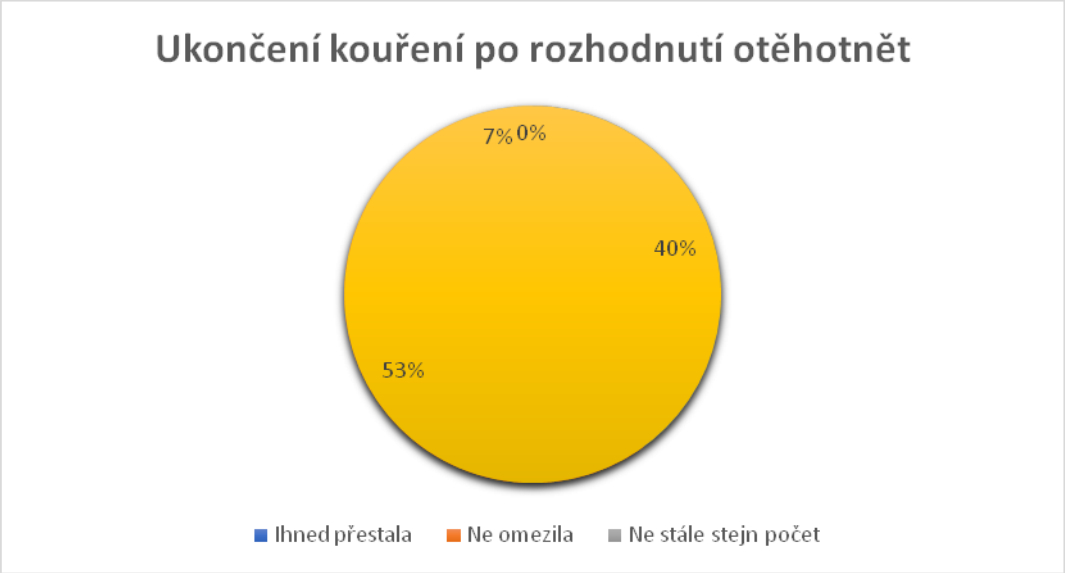
Otázka č. 5

Když jste se rozhodla otěhotnět, přestala jste ihned kouřit?

a) Ano, přestala jsem hned

b) Ne, omezila jsem počet vykouřených cigaret

c) Ne, kouřila jsem stále stejný počet cigaret



Obrázek 2 Ukončení kouření po rozhodnutí otěhotnět

Obrázek č. 2 znázorňuje, zda žena přestala hned kouřit po svém rozhodnutí otěhotnět. Z toho 12 žen (40 %) udává ano, rozhodně přestaly hned kouřit. Nejvyšší počet, jak vidíme na průzkumném grafu, je rozhodnutí 16 žen (54 %), které pouze omezily počet vykouřených cigaret. A 2 ženy (6 %) kouřily stále stejný počet cigaret.

Otázka č. 6

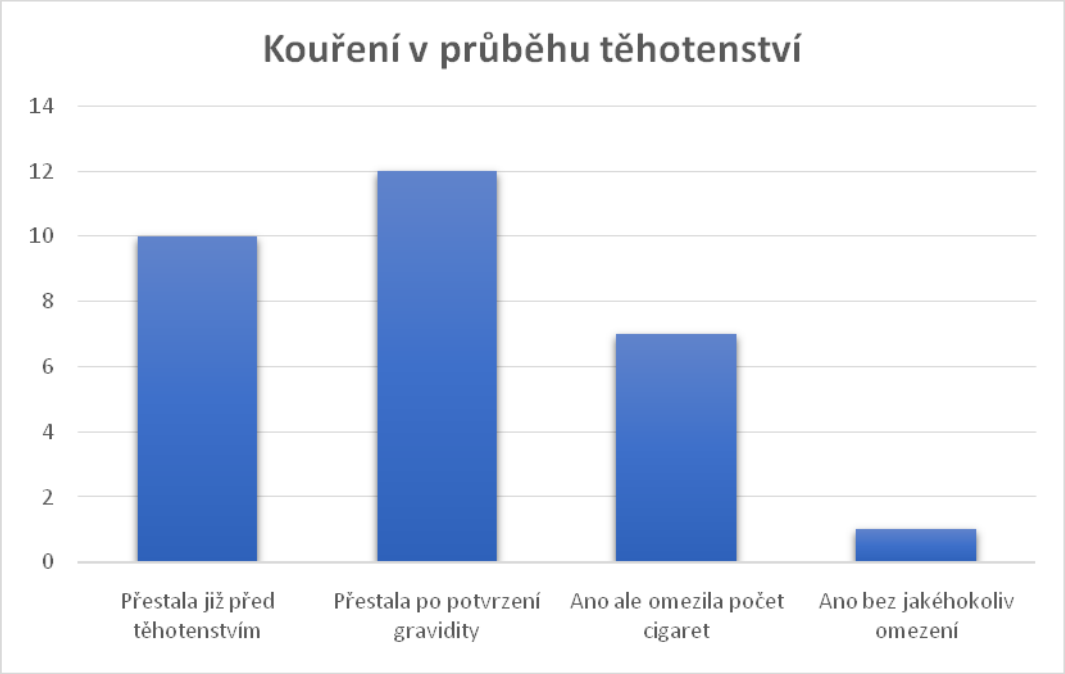
Kouříte během tohoto těhotenství?

a) Ne, s kouřením jsem přestala hned již před těhotenstvím

b) Ne, po potvrzení gravidity jsem kouřit přestala

c) Ano kouřím, ale omezila jsem počet vykouřených cigaret

d) Ano, kouřím bez jakéhokoliv omezení



Obrázek 3 Kouření v průběhu těhotenství

Graf na obrázku č. 3, znázorňuje odpovědi těhotných žen, zda kouří během tohoto těhotenství. Respondentky nejčastěji odpověděly, že po potvrzení gravidity přestaly hned kouřit a to 12 žen (40 %), 10 žen (33 %) uvádí, že přestaly s kouřením již před otěhotněním. Poslední dvě kategorie ženy potvrzují kouření, v jedné variantě zvolí možnost omezení počtu vykouřených cigaret a to 7 těhotných žen (24 %) a v poslední verzi potvrzuje pouze 1 žena kouření bez jakéhokoliv omezení.

Otázka č. 7

Bydlíte ve společné domácnosti s někým, kdo kouří?

a) Ano

b) Ne

Obrázek 4 Společná domácnost s kuřákem

Na obrázku č. 4 je graficky znázorněno vyjádření žen, zda bydlí ve společné domácnosti s někým, kdo kouří. Většina dotázaných 19 (63 %) odpověděla kladně, ano. O něco menší počet 11 (30 %) udává negativní odpověď, ne.

Otázka č. 8

Má negativní vliv na plod v období těhotenství spíše aktivní nebo pasivní kouření?

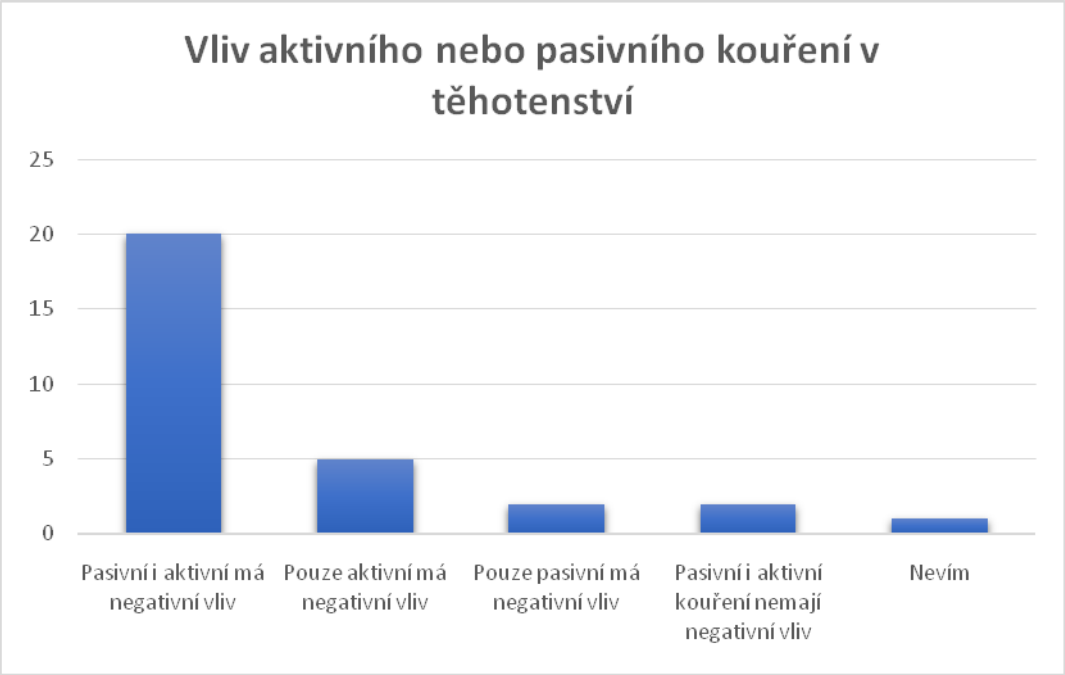
a) Pasivní i aktivní kouření má negativní vliv

b) Pouze aktivní kouření má negativní vliv

c) Pouze pasivní kouření má negativní vliv

d) Pasivní i aktivní kouření nemají negativní vliv

e) Nevím



Obrázek 5 Vliv aktivního nebo pasivního kouření v těhotenství

Obrázek grafu č. 5 vyjadřuje, vliv aktivního nebo pasivního kouření v těhotenství a názory žen na jeho abúzus. Respondentky nejčastěji odpověděly, že pasivní i aktivní kouření má negativní vliv na plod v období těhotenství. Tuto odpověď udává 20 dotázaných respondentek (67 %). 5 dotázaných žen (17 %) odpovědělo, že pouze aktivní kouření má negativní vliv na plod a 4 ženy (13 %) se domnívají, že negativní vliv na plod má pouze pasivní kouření. Poslední dvě skupiny dotázaných tvořila 1 žena (3 %), která si myslí, že aktivní ani pasivní kouření nemají vliv na plod v těhotenství. Odpověď „nevím“ neudává žádná respondentka.

Otázka č. 9

Zajímal se zdravotnický personál při pravidelných těhotenských prohlídkách, jestli kouříte?

a) Ano, zajímal

b) Ne, nezajímal

c) Nevzpomínám si

Obrázek 6 Zájem zdravotnického personálu o kouření v těhotenství

Grafem na obrázku č. 6 je znázorněn zájem zdravotnického personálu při pravidelných prohlídkách ženy, zda kouří v období těhotenství. Více než polovina respondentek odpovědělo, že zdravotnický personál se zajímal o to, jestli žena kouří v těhotenství, to udává 25 žen (83 %). Malé procento žen odpovědělo, ne. Nezájem zdravotnického personálu udávají 2 ženy (7 %) a zbytek si nevzpomíná 3 (10 %).

Otázka č. 10

Pokud jste v ordinaci potvrdila kouření, jaká byla reakce zdravotnického personálu?

a) Informaci zapsali do dokumentace a dále se nezajímali

b) Při další návštěvě se informovali, zda došlo ke změně ohledně mého kouření

c) Řekli mi, abych s kouřením přestala nebo ho omezila

d) Byla jsem upozorněna na škodlivost kouření v těhotenství

e) Probrali se mnou možnost odvykání

f) Jiná možnost…….

Obrázek 7 Reakce zdravotnického personálu po potvrzení kouření

Na obrázku č. 7 jsou pomocí grafu znázorněny reakce zdravotnického personálu, kdy matka potvrdila abúzus nikotinu v těhotenství. Respondentky měly možnost označit více odpovědí. 25 žen (83 %) udává, že zdravotnický personál pouze informaci zapsal do dokumentace a dále se nezajímal. Další variantu odpovědělo 20 žen (67 %), že při další návštěvě se zdravotníci informovali, zda došlo ke změně ohledně abúzus nikotinu. 15 respondentkám (50 %) zdravotnický personál důrazně řekl, aby s kouřením přestaly nebo ho alespoň omezily, 18 dotázaných (60 %) odpovědělo, že byly upozorněny na škodlivost kouření v těhotenství, s dalšími 4 ženami (13 %) probrali možnost odvykání. Jinou možnost udává 5 žen (16 %).

Otázka č. 11

Jaká jsou podle Vás rizika pro dítě, pokud matka kouří?

a) Nízká porodní hmotnost

b) Vyšší riziko potratu

c) Zvýšená chuť k jídlu

d) Abstinenční příznaky

e) Vyšší riziko vývojových vad

f) Poruchy mentálního vývoje

g) Žádné riziko v souvislosti s kouřením neznám

Obrázek 8 Rizika dítěte, pokud matka kouří

Zobrazení pomocí grafu na obrázku č. 8 znázorňuje informovanost žen o možných rizicích pro dítě na plod během těhotenství, pokud žena kouří. Byla možnost zvolit více odpovědí. Nejčastější odpovědí byla nízká porodní hmotnost plodu, tuto možnost zvolilo 28 žen (93 %). 26 respondentek (87 %) odpovědělo vyšší riziko potratu. Jako třetí nejčastější riziko ženy uváděly abstinenční příznaky a to 10 žen (33 %). Vyšší riziko vývojových vad – tato odpověď se vyskytla u 9 žen (30 %). 2 ženy (7 %) uvádějí riziko zvýšené chuti k jídlu a stejný počet žen (7 %) udává poruchy mentálního vývoje. Žádné riziko neznám – uvádí 7 žen (25 %).

Otázka č. 12

Jaké nejčastější komplikace způsobené kouřením v době těhotenství mohou nastat?

a) Potrat

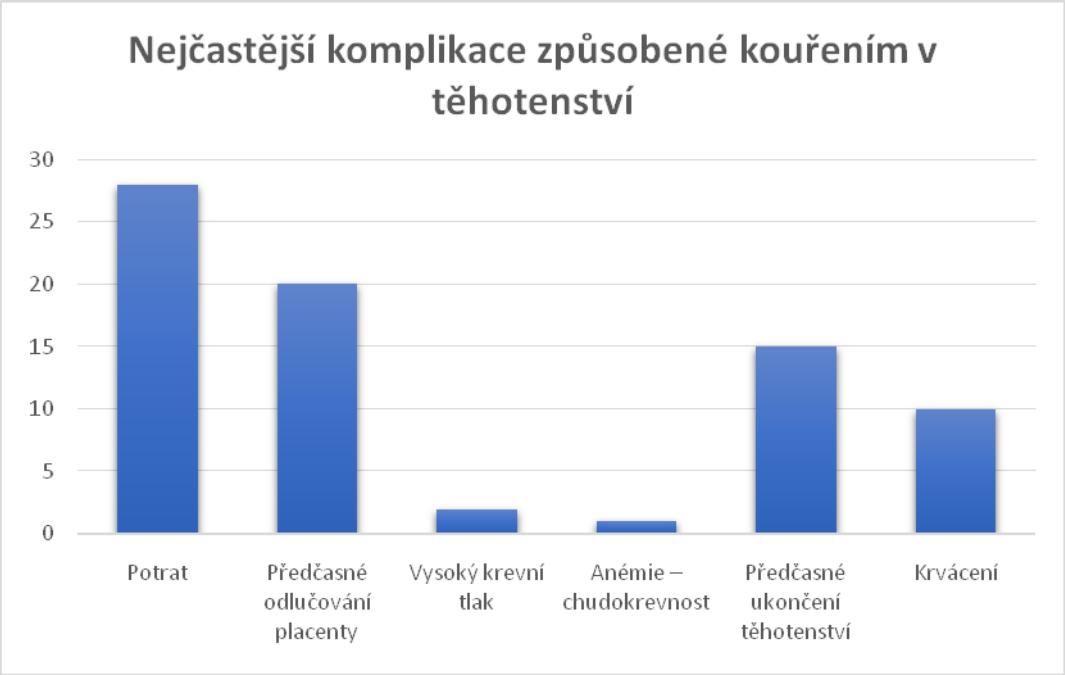
b) Předčasné odlučování placenty

c) Vysoký krevní tlak

d) Anémie – chudokrevnost

e) Předčasné ukončení těhotenství

f) Krvácení



Obrázek 8 Nejčastější komplikace způsobené kouřením v těhotenství

Obrázek 9 představuje graf, který se týká znalostí žen týkající se komplikací způsobených abúzem nikotinu v těhotenství. Respondentky měly možnost označit více odpovědí v dotazníku. Nejvíce respondentky označily odpověď potrat a to 28 žen (93 %), další nejvíce zvolená varianta byla předčasné odlučování placenty, tu potvrdilo 20 respondentek (67 %). Třetí možnost označilo v těhotenství při abúzu nikotinu označilo 10 žen (33 %). Jako další komplikaci, a to 15 žen (50 %) a to předčasné ukončení těhotenství. Krvácení považuje za komplikaci vysoký krevní tlak označily 2 (7 %) respondentky a poslední možnost anémii udává pouze 1 (3 %) žena z celkového množství dotázaných.

Otázka č. 13

Kde jste získala informace o rizicích spojených s kouřením v těhotenství?

a) Od gynekologa

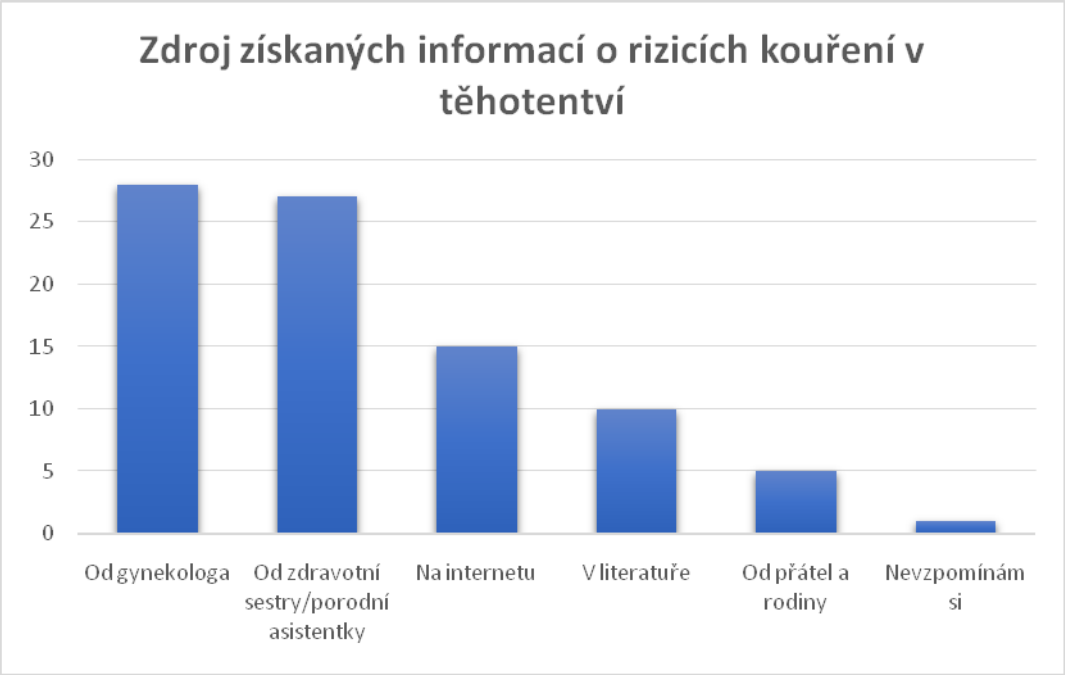
b) Od zdravotní sestry/porodní asistentky

c) Na internetu

d) V literatuře

e) Od přátel a rodiny

f) Nevzpomínám si



Obrázek 9 Zdroj získaných informací o rizicích kouření v těhotenství

Graf na obrázku č. 10 znázorňuje, kde respondentky získaly potřebné informace o rizicích spojených s kouřením v těhotenství. Možnost více odpovědí. Nejčastěji ženy získaly informace od gynekologa a to 28 žen (93 %), dále 27 respondentek (90 %) udává, že od zdravotní setry/porodní asistentky. Na internetu na dané téma získalo informace 15 žen (50 %), 10 žen (33 %) získalo informace z literatury. Od přátel a rodiny získalo potřebné informace 5 žen (17 %) a pouze 1 žena (3 %) si nevzpomíná na žádný zdroj získání informací spojených s abúzem nikotinu v těhotenství.

Otázka č. 14

Jaký zdroj nebo kdo Vám poskytl informaci o možnostech odvykání kouření?

a) Gynekolog

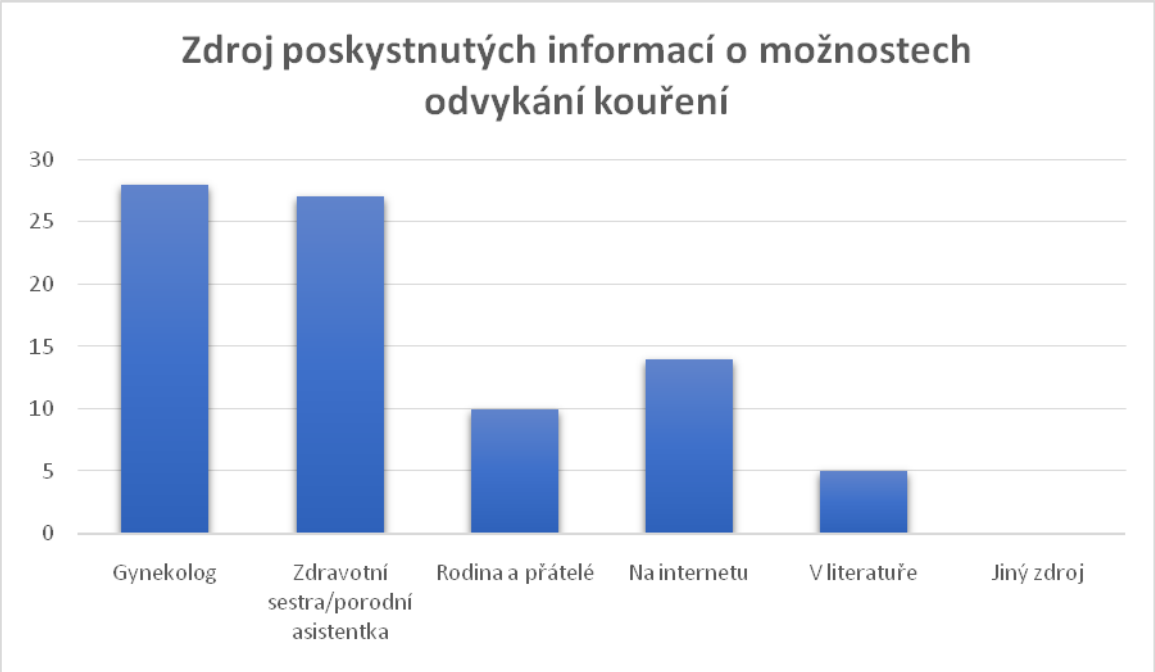
b) Zdravotní sestra/porodní asistentka

c) Rodina a přátele

d) Na internetu

e) V literatuře

f) Jiný zdroj, prosím vypište: ……



Obrázek 10 Zdroj poskytnutých informací o možnostech odvykání kouření

Obrázek 11 představuje graf, který znázorňuje odpovědi respondentek na otázku, kde získaly informace o možnostech odvykání kouření. Respondentky mohly označit více odpovědí. Nejčastěji ženy v dotazníku odpovídají, že gynekolog a to 28 žen (93 %), další četnou odpovědí, kterou udává 27 žen (90 %) je, že informace získaly od zdravotní sestry/porodní asistentky. 14 žen (47 %) našlo informace o možnostech odvykání v těhotenství na internetu. Rodinu a přátele označilo 10 žen (33 %), v literatuře potřebné informace našlo 6 žen (20 %). A poslední možnost vypsat jiný zdroj nevyužila žádná z dotázaných žen.

Otázka č. 15

Jaká možnost Vám byla nabídnuta k odvykání kouření?

Možnost	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Těhotenství	10	0,33
Žvýkačky	6	0,2
Náplasti	6	0,2
Alternativní terapie	5	0,17
Elektronické cigarety	2	0,07
Žádná	1	0,03
Součet	30	1

V tabulce na otázku č. 15 odpovědělo 10 žen (33 %), že těhotenství byl hlavním důvodem přestat kouřit. Dalších 6 žen (20 %), označilo jako možnost k odvykání kouření nikotinové žvýkačky, další nabídnutou možností byli náplasti to potvrdilo stejný počet žen 6 (20 %). Alternativní terapii zvolilo 5 žen (17 %) a možnost náhrady pomocí elektronických cigaret udávají 2 ženy (7 %). Pouze 1 žena (3 %) udává, že jí nebyla nabídnuta žádná možnost k odvykání kouření. Celkem odpovědělo 30 oslovených respondentek.

Otázka č. 16

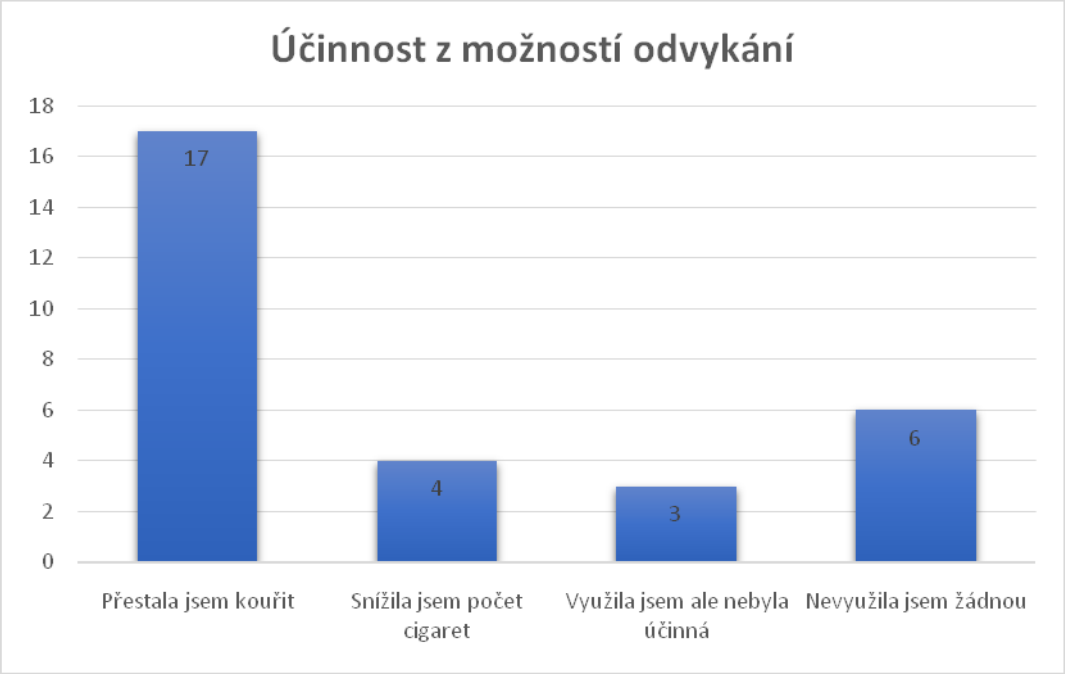
Byla pro Vás některá z možností odvykání kouření opravdu účinná?

a) Ano, přestala jsem kouřit

b) Ano, snížila jsem počty cigaret

c) Využila jsem nabízenou možnost, ale nebyla účinná

d) Nevyužila jsem žádnou možnost



Obrázek 12 Účinnost z možností odvykání

Na obrázku č. 12 jsou grafem znázorněny odpovědi respondentek, zda některá z možností odvykání kouření v těhotenství byla opravdu účinná. 17 žen (57 %) udává, že našly zdroj odvykání kouření, který jim pomohl a ony přestaly kouřit. Další 4 ženy (13 %) zaškrtlo možnost ano, ale pouze omezily počty cigaret. 3 ženy (10 %) odpověděly, že využily nabízenou možnost odvykání kouření, ale nebyla účinná. Posledních 6 žen (20 %) odpovědělo, že nevyužily žádnou možnost odvykání kouření v těhotenství.

Otázka č. 17

Jaká odvykací varianta pro Vás byla nejvíce účinná?

Možnost	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Těhotenství	10	0,33
Žvýkačky	1	0,03
Náplasti	1	0,03
Alternativní terapie	1	0,03
Elektronické cigarety	1	0,03
Žádná	16	0,55
Součet	30	1

N otázku č. 17 je zobrazena tabulka, kde jsou znázorněny odpovědi, týkající zvolené možnosti odvykání kouření a zda tato varianta byla účinná. Nejvíce respondentek odpovědělo že žádná varianta nebyla účinná, a to 16 (55 %), na druhém místě se umístila možnost jako odvykací varianta, zjištěné těhotenství to udává 10 žen (33 %), možnosti nikotinové náhrady ve formě žvýkaček potvrdila 1 respondentka (3 %) stejně tak odvykací varianta formou nikotinových náplastí udává 1 žen (3 %¨). Alternativní terapii 1 (3 %) a elektronické cigarety 1 (3 %) potvrzují účinnost celkem 2 oslovené ženy.

5 DISKUSE

Tato část bakalářské práce se zaměří na průzkumné otázky a jejich odpovědi a také na porovnání získaných výsledků. Obsahuje i nahlédnutí do jiných prací podobného zkoumaného tématu. Hlavním cílem této bakalářské práce bylo zjistit informovanost těhotných žen o vlivu kouření na vývoj jejich plodu v době těhotenství. Hlavní cíl je dále rozvinut dalšími průzkumnými otázkami.

5.1 Průzkumná otázka č. 1: Jaká je zkušenost žen s kouřením v těhotenství?

Mé dotazníkové šetření poskytlo následující údaje. Z celkového počtu 30 dotazovaných žen, které měly nebo mají zkušenost s kouřením před těhotenstvím, na otázku zda kouří během tohoto těhotenství odpovědělo 12 žen (40 %), že přestaly kouřit po potvrzení gravidity, 10 žen (33 %) potvrzuje, že s kouřením přestaly, již před těhotenstvím. 7 dotázaných respondentek (24 %) potvrzuje kouření, ale omezily množství vykouřených cigaret poslední skupinu tvoří 1 žena (3 %) a ta odpověděla, že kouří bez jakéhokoliv omezení. Šedová (2017) ve své bakalářské práci oslovila 49 respondentek, její bakalářská práce nemá omezení pouze na ženy, které měly zkušenost s kouřením, ale na neurčenou skupinu dotázaných těhotných žen. Použila techniku dotazníkového šetření. Většina oslovených žen na otázku, zda kouří/kouřila během těhotenství odpověděla že nikdy 41 respondentek (84 %), 3 ženy (6 %) kouřily pravidelně a 3 (6 %) příležitostně 2 respondentky potvrzují kouření pouze na začátku těhotenství. Z toho vyplývá dobrá prenatální péče a vysoká návštěvnost prenatálních poraden a informovanost žen o abúzu nikotinu v těhotenství.

Jakubíková (2017) ve své diplomové práci oslovila 120 respondentek na otázku: „Kouříte nebo jste kouřila v tomto těhotenství odpovědělo 15 žen, že kouřily po celou délku těhotenství (12 %) a 105 žen udává, že nekouřily. (88 %). Z osloveného množství žen, které potvrdily abúzus nikotinu v těhotenství, jich 9 (60 %) odpovědělo, že kouřily pouze na začátku. Další 3 ženy udávají možnost příležitostně (20 %) a poslední skupina 3 žen (20 %) potvrzuje počet cigaret vykouřených denně je 5 a více. Na základě dotazníkového šetření jsem zjistila tyto odpovědi na otázku: Kouříte během tohoto těhotenství? Nejvíce žen odpovědělo, že po potvrzení gravidity přestaly hned kouřit 12 (40 %), 7 (24 %) žen uvedlo, že ano, ale omezily množství cigaret, poslední celkem 1 žena (3 %) kouří bez jakéhokoliv omezení. Porovnávala jsem skupinu žen, která kouří příležitostně nebo omezila počet cigaret z celkových 100 %.

V obou případech dotazníkového šetření bylo zjištěno téměř stejné procento žen, které kouřily příležitostně nebo omezily počet cigaret.

5.2 Průzkumná otázka č. 2: Jak jsou ženy informovány o abúzu nikotinu v těhotenství a jeho vlivu na plod

Na základě dotazníkového šetření jsem získala data ohledně zájmu zdravotnického personálu při pravidelných těhotenských prohlídkách o abúzus nikotinu. Z celkového počtu 30 respondentek uvedlo 25 žen (83 %), že zdravotnický personál se zajímal o to, zda žena kouří v těhotenství. Nezájem zdravotnického personálu udávají 2 ženy (7 %) a zbytek žen v počtu 3 (10 %) si nevzpomíná, zda zdravotnický personál se zajímal o to, zda žena kouří. Šedová (2017) ve své bakalářské práci publikuje, že na otázku, zda se zajímal gynekolog, jestli žena užívá návykové látky, tyto výsledky. Nejčastěji ženy odpověděly ano, tuto možnost označilo 32 dotázaných (65 %) žen, 12 respondentkám (25 %) gynekolog tuto otázku nepoložil a zbývajících 5 (10 %) si nevzpomíná.

Mé dotazníkové šetření poskytlo informace o informovanosti nastávajících maminek, jaká jsou rizika pro dítě, pokud žena v těhotenství kouří. Více než ¾ těhotných žen kuřaček jsou tedy o rizicích kouření velmi dobře informovány.

Jakubíková (2017) ve své diplomové práci dotazníkovým šetřením zjistila informovanost žen o postižení plodu při abúzu nikotinu v těhotenství. Na prvním místě se umístila odpověď nízká porodní váha tu udává 57 dotázaných žen (58 %) druhým nejčastějším negativním důsledkem 10 žen (10 %) odpovědělo možnost předčasného porodu. A třetí možností zvolilo 10 žen (10 %) a tou bylo onemocnění astma.

V porovnání s výsledky průzkumu Jakubíkové, jsem zjistila výrazně lepší informovanost o rizicích kouření v těhotenství, což může být způsobeno dílem relativně malým počtem respondentek, dílem zlepšujícím se povědomím těhotných o rizicích kouření mezi roky 2017 a 2018

V porovnání s výsledky průzkumu Šedové jsem zjistila o 18% větší zájem zdravotníků o abúzus návykových látek v těhotenství , což může být opět způsobeno dílem relativně malým počtem respondentek, dílem zlepšujícím se zájmem zdravotníků o edukaci těhotných o rizicích kouření mezi roky 2017 a 2018, rozdíl může být též způsoben rozdílným přístupem jednotlivých zdravotníků, průzkum byl prováděn pouze na 1 pracovišti, pro větší vypovídací hodnotu průzkumu bylo, vhodnější jej provést na větším počtu pracovišť.

5.3 Průzkumná otázka č. 3: Jak jsou těhotné ženy kuřačky informovány o možnostech odvykání

Průzkumná data jsem získala dotazníkovým šetřením v rámci bakalářské práce a jsou zaměřena na informovanost těhotných žen, o možnostech odvykání a na zdroj poskytnutých informací, ohledně odvykání kouření v těhotenství a účinnost terapií. Na otázku: Jaký zdroj nebo kdo Vám poskytl i informaci o možnostech odvykání kouření, možnost více odpovědí. Odpovědělo všech 30 dotázaných respondentek. Většina 28 žen (93 %) udává gynekologa a následuje zdravotní sestra/porodní asistentka 27 žen (90 %), na třetím místě se umístil internet 14 žen (47 %), dalším zdrojem je rodina a přátelé, to potvrdilo 10 žen (33 %). Z literatury získalo informace 6 žen (20 %) a poslední variantu nevyužila žádná žena čili jiný zdroj informací. Na otázku: Zda byla pro Vás některá z možností odvykání kouření opravdu účinná, odpovědělo z 30 dotázaných žen 17 (57 %), více jak polovina ano, přestala jsem kouřit. Nejvyšší počet hlasů obsadila metoda na odvykání kouření, která byla pro těhotné ženy účinná, a to formou náplastí 5 žen (17 %), další místo obsadily žvýkačky 4 ženy (13 %), orální sprej uvedly 3 ženy (10 %). Vlastní rozhodnutí nekouřit v těhotenství potvrdily 4 ženy (13 %), zbytek dotázaných respondentek 4 ženy (13 %) neodpověděly.

Kolichová (2011) ve své bakalářské práci uvádí, že na otázku: Z jakých zdrojů máte nejvíce informací o působení nikotinu na plod, nejvíce žen 28 (28 %) uvedlo internet, na druhém místě se umístila televize 21 respondentek (21 %), třetí místo obsadily noviny a časopisy 19 dotázaných (19 %). Až na čtvrtém místě uvedly ženy 10 (10 %) lékaře, zdravotní sestru. Předporodní kurs uvedlo 6 žen (6 %), rodinu a přátele odpovědělo 5 dotázaných (5 %). Stejný počet 2 žen (2 %) potvrdilo zdroj z rádia anebo z plakátů a letáků. 7 žen (7 %) udává, že se o to nezajímají. Z toho vyplývá, že těhotné ženy dříve udávaly jako zdroj informací na prvním místě internet. V současnosti díky dobré prevenci a informovanosti, rozvoji zdravotnictví, edukaci první místo obsadil zdravotnický personál. Gynekologa nebo zdravotní sestru/asistentku, jako zdroj, který jim poskytl informace o možnostech odvykání.

ZÁVĚR

„Vědomí, že si kouřením ničím zdraví, mě neustále dostávalo do rozporu typického pro každého kuřáka. Dlouhá léta jsem informace o údajné škodlivosti cigaret přehlížel, vnitřně jsem jim odporoval svými účelovými argumenty a pak je vytěsnil z hlavy, abych v kouření mohl pokračovat dál. Jestlipak jste už někdy nabídli cigaretu svým dětem? To by snad neudělal ani ten nejnáruživější kuřák“ (Jopp,2014, s.7).

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala celosvětovou problematikou abúzus nikotinu v těhotenství. Hlavním cílem bylo zjistit informovanost těhotných žen o vlivu kouření na vývoj jejich plodu v období těhotenství. Dotazník byl určen pouze ženám, které měly nebo mají zkušenost s kouřením. Průzkum byl proveden formou anonymního dotazníkového šetření a byl se souhlasem 30 těhotných žen rozdán v gynekologické ambulanci v oblastní nemocnici se souhlasem vedení daného zdravotnického zařízení. Podmínkou pro vyplnění byla gravidita žen.

V teoretické části popisuji samotné těhotenství a charakteristiku všech tří trimestrů. V další části se věnuji charakteristice syndromu závislosti – jeho znaky, příčiny a prevencí. Ve třetí části popisuji následky abúzus nikotinu v těhotenství a jeho vliv na plod a zabývám se problematikou pasivního kouření. Jsou zde uvedeny i důsledky kouření matky na plod v období těhotenství. Důležitou kapitolou pro mě byly metody a možnosti odvykání kouření v těhotenství, kterým se v minulosti nepřikládalo velkého významu, medializaci a informovanosti.

Hlavním cílem v průzkumné části bylo zjistit zkušenosti žen s abúzus nikotinu v těhotenství, zda jsou ženy informovány o rizicích kouření v těhotenství a jeho vlivu na plod a zda jsou informovány o možnostech odvykání kouření. Zajímala jsem se také o informovanosti těhotných žen, zda vědí, jaká jsou rizika spojené s abúzus nikotinu v těhotenství. Dotazník byl určen hlavně ženám, které měli nebo mají zkušenost s kouřením. Závěrem mohu potvrdit a vyhodnotit, že stanoveného cíle bylo dosaženo, neboť dle vyhodnocení získaných výsledků, ženy, které se zúčastnily průzkumu potvrzují, že mají dostatek informací o účincích návykových látek a škodlivosti jejich užívání. Těhotné ženy udávají, jako nejčastější riziko pro plod v době těhotenství při abúzu nikotinu nízkou porodní hmotnost dítěte po porodu. Na dalším místě dotazované potvrzují i vyšší riziko potratu a projevy abstinenčních příznaků.

Dalším ukazatelem byla jejich informovanost, co se týče škodlivosti pasivního a aktivního kouření na těhotnou ženu. Dvě třetiny žen správně udávají možnost, že aktivní i pasivní

kouření má negativní vliv na plod. Z toho vyplývá, že současné těhotné ženy, jsou lépe informovány, než tomu bylo dříve, kdy pasivní kouření nebylo udávaným negativním faktorem pro ženu v době těhotenství.

Při náhledu na internetovou diskusi na téma kouření v těhotenství mě zaujal dotaz matky.

Dobrý den, vím, že to bude šíleně nezodpovědné, ale potřebuji se zeptat na jednu věc. Jsem těhotná, asi ve 4 týdnu, ještě jsem nebyla na kontrole. K lékaři jdu příští týden. Ale jsem kuřačka. Vykouřím 5–8 cigaret denně. Hodně těhotných žen z mého okolí mi říkalo, že nikotin stejně v mém těle nějakou dobu zůstane. Chci se tedy zeptat, zda je velké zlo, že kouřím. Samozřejmě to čím dál víc omezuji, ale slyšela jsem, že není dobré přestat hned. Děkuji za odpověď.

Odpověď MUDr. Veroniky Ťápalové: Dobrý den, pokud zjistíte, že jste těhotná, rozhodně byste měla přestat kouřit ihned bez ohledu na to, kolik cigaret kouříte denně.

Proč nabízí cigaretu matka dítěti v období svého těhotenství? To značí o její závislosti na danou látku, ale už menší má starost o zdraví svého nenarozeného dítěte. Dýchat čistý vzduch má právo každý a má jistě vyšší hodnotu než právo kouřit. Nenechme si zbytečně kazit svoje zdraví a bránit si svou svobodu dýchat čistý vzduch. Abúzus nikotinu v těhotenství má velmi rizikový dopad na ještě nenarozené děti, předurčuje ho k dalším závislostním faktorům, které ho mohou ovlivnit na celý život. (Binder,2011)

Těhotné ženy s abúzem nikotinu přivádí na svět děti s abstinenčními příznaky. Ty se třesou, pláčou, nemohou spát a jsou citlivější na hluk. Narodily se před pár hodinami a jejich tělo už touží po nikotinu, neměly na výběr. Jejich nejmilovanější osoba, v které se vyvíjely, jim tuto látku dávala pravidelně, aniž by ji chtěly.

Králíková (2015) uvádí, že cigarety jsou droga jako každá jiná a kouření v těhotenství prokazatelně poškozuje dítě. Závislost na cigaretách je často hůře léčitelná než závislost na tvrdých drogách. Proto si myslím, že je důležité zaměřit se na dostatečnou prevenci a informovanost mladých dívek. Preventivní programy již na základních školách, a to již na prvním stupni, kdy dívky začínají menstruovat a hormonálně se vyvíjet, že si svůj život a zdraví mohou ovlivnit samy, a to jak positivně, tak negativně vše je na jejich rozhodnutí. Proto si myslím, že včasná informovanost a edukace těchto mladých lidí by mohla přispět k jejich spokojenějšímu životu, neboť v dnešní moderní společnosti je přístupnost k abúzu látek snadnější.

Výsledky dotazníkového šetření jsem provedla u malé populace náhodných těhotných žen, které mají zkušenost s kouřením. Jejich odpovědi byly ryze individuální a nemohu tím uzavřít zjištění, že tyto názory jsou připisovány celé populaci všech těhotných žen. Navzdory tomu na základě výsledků šetření lze konstatovat, že informovanost těhotných žen o rizicích kouření je velmi dobrá, stejně jako snaha zdravotníků o jejich edukaci, a obojí má tendenci ke zlepšování v průběhu let. Na druhé straně jsou značné rezervy jak v povědomí veřejnosti o rizicích kouření, tak i v systému edukace těhotných žen ze strany zdravotníků

"*Ze všech práv, které ženy mají, je tím nejdůležitějším právo být matkou.*"
- Lin Yutang, čínská spisovatelka

6 POUŽITÁ LITERATURA

ATKINS, Simon. *První kroky z kouření*. 1. Nesovice: Dodon, 2014. ISBN 978-80-7297-112-1.

BARTŮNĚK, Petr, Jana JURÁSKOVÁ, Jana HECZKOVÁ a Daniel NALOS. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha 7: Garda, 2016. ISBN 978-80-271-9328-8.

BINDER, Tomáš a kolektiv. *Porodnictví*. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1907-1

CARR, Allen. *Snadná cesta, jak přestat kouřit*. 3. Praha 5: EARTH SAVE CZ, 2012. ISBN 978-80-86916-13-2.

HÁJEK, Zdenek, Evžen ČECH a Karel MARŠAL. *Porodnictví: 3. zcela přepracované a doplněné vydání*. 3. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.

http://www.azrodina.cz/3394-koureni-v-tehotenstvi-od-poceti-k-sestinedeli

JOPP, Andreas. *Kouřím rád, ale přestanu do 30 dní*. Praha 4: Albatros Media a.s., 2014. ISBN 978-80-264-0591-7.

KOUCKÝ, Michal, Jan SMÍŠEK a kolektiv. *Spontánní předčasný porod*. Praha 4: Maxdorf, 2014. ISBN 978-80-7345-416-6.

KRÁLÍKOVÁ, Eva. *Nekuřáctví – základní podmínka zdravých plic*. Olomouc: Solen, 2017. ISBN 978-80-87327-27-2.

KRALÍKOVÁ, Eva. *Diagnóza F17: závislost na tabáku*. Praha 4: Mladá fronta a.s., 2015. ISBN 978-80-204-3711-2

KŘÍŽOVÁ, Eva. *Alternativní medicína v České republice*. Praha: Karolinum, 2016. ISBN 978-80-246-2498-3.

KUKLA, Lubomír. *Sociální a preventivní pediatrie: v současném pojetí*. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3874-1.

NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. 4. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-908-8.

NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. 5. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262

ROZTOČIL, Aleš a kolektiv. *Moderní porodnictví*. Praha 7: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1941-2.

ROZTOČIL, Aleš a kolektiv. *Moderní porodnictví: 2., přepracované a doplněné vydán*. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-247-5753-7.

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

7 PŘÍLOHA – dotazník k průzkumné části práce

Dotazník je určen pouze ženám, které mají zkušenost s kouřením.

Dobrý den,
jmenuji se Alena Havlová, jsem studentkou Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice, obor Ošetřovatelství. Prosím Vás o vyplnění tohoto anonymního dotazníku, jeho výsledky budou použity pouze jako podklad k mé bakalářské práci na téma Abúzus nikotinu v těhotenství. Chtěla bych Vás požádat o pravdivé vyplnění a zároveň Vám poděkovat za čas, který věnujete vyplnění tohoto dotazníku.

1. Jaké je Vaše vzdělání?
   a) Základní dokončené
   b) Středoškolské bez maturity
   c) Středoškolské s maturitou
   d) Vyšší odborné
   e) Vysokoškolské
2. V jakém trimestru se nyní nacházíte?
   a) V prvním trimestru (0-11 t.t)
   b) V druhém trimestru (12-24 t.t)
   c) Ve třetím trimestru (24 t.t a více)
3. Jaký je Váš věk?
   a) Do 20 let
   b) 20-25 let
   c) 26-30 let
   d) 31-35 let
   e) Nad 35 let

4. Kolik cigaret jste kouřila před těhotenstvím?
    a) Kouřila jsem 1-5 cigaret denně
    b) Kouřila jsem více jak 5 cigaret denně
    c) Kouřila jsem příležitostně 1-5 cigaret měsíčně
    d) Kouřila jsem příležitostně 5 a více cigaret měsíčně
5. Když jste se rozhodla otěhotnět, přestala jste ihned kouřit?
    a) Ano, přestala jsem hned
    b) Ne, ale omezila jsem počet vykouřených cigaret
    c) Ne, kouřila jsem stále stejný počet cigaret
6. Kouříte během tohoto těhotenství?
    a) Ne, s kouřením jsem přestala hned již před otěhotněním
    b) Ne, po potvrzení gravidity jsem kouřit přestala
    c) Ano kouřím, ale omezila jsem počet vykouřených cigaret
    d) Ano, kouřím bez jakéhokoliv omezení
7. Bydlíte ve společné domácnosti, s někým, kdo kouří?
    a) Ano
    b) Ne
8. Má negativní vliv na plod v období těhotenství spíše aktivní kouření nebo pasivní kouření?
    a) Pasivní i aktivní kouření má negativní vliv
    b) Pouze aktivní kouření má negativní vliv
    c) Pouze pasivní kouření má negativní vliv
    d) Pasivní i aktivní kouření nemají negativní vliv
    e) Nevím

9. Zajímal se zdravotnický personál při pravidelných těhotenských prohlídkách, jestli kouříte?

   a) Ano, zajímal

   b) Ne, nezajímal

   c) Nevzpomínám si

10. Pokud jste v ordinaci potvrdila kouření, jaká byla reakce zdravotnického personálu? (Možnost více odpovědí)

   a) Informaci zapsali do dokumentace a dále se nezajímali

   b) Při další návštěvě se informují, zda došlo ke změně ohledně mého kouření

   c) Řekli mi, abych s kouřením přestala nebo ho omezila

   d) Byla jsem upozorněna na škodlivost kouření v těhotenství

   e) Probrali se mnou možnost odvykání

   f) Jiná možnost …….

11. Jaká jsou podle Vás rizika pro dítě, pokud matka kouří? (je možné zvolit více odpovědí)

   a) Nízká porodní hmotnost

   b) Vyšší riziko potratu

   c) Zvýšená chuť k jídlu

   d) Abstinenční příznaky

   e) Vyšší riziko vývojových rad

   f) Poruchy mentálního vývoje

   g) Žádné riziko v souvislosti s kouřením neznám

12. Jaké nejčastější komplikace způsobené kouřením v době těhotenství mohou nastat? (možnost více odpovědí)

a) Potrat

b) Předčasné odlučování placenty

c) Vysoký krevní tlak

d) Anémie – chudokrevnost

e) Předčasné ukončení těhotenství

f) Krvácení

13. Kde jste získala informace o rizicích spojených s kouřením v těhotenství?

a) Od gynekologa

b) Od zdravotní sestry/porodní asistentky

c) Na internetu

d) V literatuře

e) Od přátel a rodiny

f) Nevzpomínám si

14. Jaký zdroj nebo kdo Vám poskytl informaci o možnostech odvykání kouření? (je možné zvolit více odpovědí)

a) Gynekolog

b) Zdravotní sestra/porodní asistentka

b) Rodina a přátele

d) Na internetu

e) V literatuře

d) Jiný ……..……

15. Jaká možnost Vám byla nabídnuta k odvykání kouření? (prosím vypište)

……

……

16. Byla pro Vás některá z možností odvykání kouření opravdu účinná?

a) Ano, přestala jsem kouřit

b) Ano, snížila jsem počty cigaret

c) Využila jsem nabízenou možnost, ale nebyla účinná

d) Nevyužila jsem žádnou možnost

17. Jaká odvykací varianta pro Vás byla nejvíce účinná? (prosím vypište)

……

……

Děkuji za Váš čas