

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Alkohol a kouření v těhotenství

bakalářská práce

Autor práce: Šárka Plešáková
Studijní program: Porodní asistence
Studijní obor: Porodní asistentka

Vedoucí práce: PhDr. Drahomíra Filausová

Datum odevzdání práce: 6.5.2013

Abstrakt

1. Základní teoretická východiska

Alkohol a kouření jsou drogy celosvětově velmi rozšířené, ale jen velmi malá část populace žen zná jejich škodlivé účinky v těhotenství. Dalším varovným signálem může být i fakt, že užívání těchto návykových látek spadá do stále nižší věkové kategorie. Důležitá je proto včasná informovanost. V našich zemích je alkohol bohužel tolerovanou drogou. Návyk vzniká většinou pomalu a důsledky alkoholové závislosti nejsou na první pohled patrné. To samé lze konstatovat i u kouření. Ženy, které přestanou kouřit před koncepcí, snižují riziko obtíží s otěhotněním, předčasným odtokem plodové vody nebo nízkou porodní váhou plodu. Zdravotníci by měli vyvinout úsilí, aby vysvětlili ženám, jaká ohrožení znamenají kouření i užívání alkoholu pro ně samé i pro jejich nenarozené dítě.

2. Cíle práce

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaké jsou názory, znalosti a informovanost žen v souvislosti s užíváním alkoholu a kouřením v těhotenství. V souvislosti s tímto cílem byly položeny tyto dvě výzkumné otázky. Jaké mají ženy informace o škodlivosti alkoholu v těhotenství? Jaké mají ženy informace o škodlivosti kouření v těhotenství? Dále jsem zjišťovala, zda se lékaři a ostatní zdravotnický personál zajímá o to, zda těhotná žena požívá alkohol nebo kouří. Byly položeny následující výzkumné otázky: Jakým způsobem edukují zdravotníci těhotné ženy o škodlivosti alkoholu v těhotenství? Jakým způsobem edukují zdravotníci těhotné ženy o škodlivosti kouření v těhotenství?

3. Použité metody

Praktická část bakalářské práce byla zpracována na základě kvalitativního výzkumného šetření, technikou sběru dat byl strukturovaný rozhovor. Stejná struktura

otázek ulehčila kategorizace rozhovorů a pomohla udržet obsahovou stránku všech rozhovorů.

Rozhovory proběhly v měsíci listopadu 2012 v domácím prostředí a byly se souhlasem dotazovaných žen nahrávány pomocí audiovizuální techniky nebo zaznamenány písemnou formou.

Výzkumný soubor tvořilo deset žen v různém stupni gravidity. Jedinými kritérii výběru respondentek byly potvrzené těhotenství a ochota poskytnout rozhovor.

4. Výsledky

Z provedeného výzkumu vyplynulo, že gravidní ženy jsou si vědomy škodlivosti užívání alkoholu a kouření v těhotenství, ale podrobnějších informací se jim nedostává. Ve většině případů neznají pojem fetální alkoholový syndrom. Více než polovina respondentek nevidí problém v malých dávkách alkoholu konzumovaných během těhotenství a většina z nich nemá žádné informace o náhradní nikotinové terapii. Negativním zjištěním bylo i to, že se zdravotníci o konzumaci alkoholu a kouření ve většině případů nezajímali.

5. Závěr

Výsledky výzkumného šetření by bylo možné využít ke zkvalitnění a rozšíření všeobecné informovanosti všech žen v reprodukčním věku. Respondentky shodně uvedly, že kdyby měly k dispozici informační materiály v čekárnách prenatálních poraden či v gynekologických čekárnách, rády by si tyto brožury přečetly.

Klíčová slova

těhotenství, fetální krevní oběh, alkohol, kouření, edukační proces

Abstract

1. Theoretical Basis

Alcohol and smoking are worldwide spread drugs but only very limited number of women know their harmful effects on the foetus and on the pregnant women themselves. Taking these addictive substances appears among younger and younger people therefore early foreknowledge is very important. Unfortunately alcohol is a tolerated drug in our countries because the addiction is arising usually slowly and consequences of alcohol addiction are not so apparent at first sight. The same can be said about smoking which affects both pregnancy and the foetus very negatively. Women who stop smoking before conception reduce the risk of complications with conceiving, with early outflow of amniotic fluid or low birth weight of the foetus. Medical personnel should make an effort to explain to women how alcohol and smoking endanger both them and their non-born baby.

2. Work Goal

The first goal of the work was to find out opinions, knowledge and foreknowledge of women on the influence of alcohol and smoking on the development of their foetus. In relation to this goal there were asked two research questions. What is women's information on harmfulness of alcohol during pregnancy like? And what is women's information on harmfulness of smoking during pregnancy like? The second goal was to find out if physicians and other members of the medical personnel are interested in whether the pregnant woman drinks alcohol or smokes. In relation to this goal there were asked the following research questions: In what ways do the medical personnel educate pregnant women about the harmfulness of alcohol during pregnancy? In what ways do the medical personnel educate pregnant women about the harmfulness of smoking during pregnancy?

3. Used Methods

The practical part of the work was compiled on the basis of the qualitative research inquiry and the structured interview was the selected technique for data collection. The same structure of questions made the interview categorizations easier and enabled to hold the content structure of all interviews.

Interviews were carried out in November 2012 in homes of respondents and upon their agreements the interviews were recorded by means of audiovisual technologies or recorded in writing.

The research group consisted of ten women in different pregnancy stages. The only selection criterion was the confirmed pregnancy and the will to be interviewed.

4. Results

The carried out research resulted in the fact that pregnant women are aware of harmful effects of alcohol and smoking during pregnancy but they have lack of more detailed information. In most cases they do not know the notion of foetal alcohol syndrome and more than a half of respondents do not find any problem in consuming small amount of alcohol during pregnancy and have no information on compensatory nicotine therapy. The second goal showed that in most cases medical personnel members are not interested in alcohol consumption and smoking issues.

5. Conclusion

Research inquiry results could be used for quality improvement and for broadening general foreknowledge of all women in reproductive age. Respondents agreed on the fact that if there was the information available in waiting rooms of antenatal clinics or in gynaecology waiting rooms, they would be happy to read these brochures.

Key Words

Pregnancy, foetal blood circulation, alcohol, smoking, educative process

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 6.5.2013

.....

Šárka Plešáková

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala PhDr. Drahomíře Filausové za její trpělivost a ochotu při odborných konzultacích, za její cenné rady a připomínky, které mi poskytla při vedení bakalářské práce.

Velké díky patří též mému manželovi a celé mé rodině za podporu a velkou trpělivost v průběhu celého studia.

Obsah

Seznam použitých zkratk.....	10
Úvod.....	11
1 Současný stav.....	13
1.1 Těhotenství.....	13
1.1.1 První trimestr.....	13
1.1.2 Druhý trimestr.....	14
1.1.3 Třetí trimestr.....	15
1.2 Fetální krevní oběh.....	16
1.3 Placenta.....	16
1.4 Alkohol.....	17
1.4.1 Specifika užívání alkoholu u žen.....	18
1.4.2 Vliv alkoholu na těhotnou ženu.....	19
1.4.3 Vliv alkoholu na prenatální vývoj.....	20
1.4.3.1 FAS.....	21
1.4.3.2 FAE.....	24
1.4.3.3 Porucha ARND a ARBD.....	25
1.4.3.4 Behaviorální projevy dětí s prenatální expozicí alkoholu.....	25
1.5 Kouření.....	26
1.5.1 Kouření a reprodukce.....	27
1.5.1.1 Orální antikoncepce a kouření.....	27
1.5.1.2 Kouření a pohlavní hormony.....	28
1.5.1.3 Kouření a fertilita.....	29
1.5.2 Kouření v těhotenství.....	30
1.5.3 Následky kouření na vývoj plodu a novorozence.....	31
1.5.4 Pasivní kouření.....	34
1.6 Úloha porodní asistentky.....	34
1.6.1 Intervence PA v těhotenství – alkohol.....	36
1.6.2 Intervence PA v těhotenství – kouření.....	38
2 Cíl práce a výzkumné otázky.....	42

2.1 Cíle práce.....	42
2.2 Výzkumné otázky.....	42
3 Metodika.....	43
3.1 Metodika a technika výzkumu.....	43
3.2 Charakteristika zkoumaného souboru.....	43
4 Výsledky výzkumu.....	44
4.1 Kategorizace respondentek.....	44
4.2 Kategorizace dat týkajících se alkoholu.....	45
4.3 Kategorizace dat týkajících se kouření.....	49
4.4 Kategorizace dat týkající se informovanosti od zdravotnického personálu a všeobecné informovanosti těhotných žen.....	53
5 Diskuse.....	54
6 Závěr.....	62
7 Seznam použité literatury.....	64
8 Přílohy.....	69
8.1 Seznam příloh.....	69

Seznam použitých zkratk

CNS – centrální nervový systém

TK – tlak krevní

FAS – fetální alkoholický syndrom

FAE – fetal alcoholic effect (částečné FAS) – fetální alkoholový efekt

ARBD – alcohol related birth defects - funkční vady způsobené expozicí alkoholu

ARND – alcohol related neurodevelopmental disorder - porucha nervového vývoje

PA – porodní asistentka

IQ – inteligenční kvocient

PEAP – prenatální expozice alkoholu na plod

ADHD - Attention Deficit Hyperactivity Disorder – hyperkinetická porucha

HAK – hormonální antikoncepce

IUGR – intrauterinní růstová retardace

SIDS – syndrom náhlého úmrtí kojence

WHO - Světová zdravotnická organizace

NTN – náhradní terapie nikotinem

VVV – vrozené vývojové vady

CA - karcinom

Úvod

Česká republika má nadprůměrnou spotřebu alkoholu. Na rozdíl od většiny evropských zemí u nás tato spotřeba stále roste. Jedná se o jeden z nejzávažnějších problémů celé společnosti, a to z několika hledisek, jež jsou vzájemně provázána. Jsou to hlediska zdravotní, sociální a v neposlední řadě i ekonomická. Široké spektrum, které tato problematika zaujímá, by mělo být dostatečným důvodem k vyvolání větší pozornosti a zájmu veřejnosti laické i odborné. Hlavně u českých dospívajících je situace neutěšená. Je to tím, že alkohol je všeobecně považován za tolerovanou drogu, jejíž devastující účinek je bagatelizován. Avšak svými zdravotními a sociálními důsledky ohrožuje nejen zdravou populaci, ale především těhotné ženy, které přebírají odpovědnost za ještě nenarozené dítě. Zneužívání alkoholu má za následek mnoho poruch plodu, počínaje nenápadným opožděním ve vývoji, až po rozsáhlé poškození fetálním alkoholovým syndromem. Proto je důležité, aby těhotné i ženy ve fertilním věku byly dostatečně informovány a mohly tak upravit svůj životní styl.

A kouření? Nikotin je nejrozšířenějším omamným prostředkem, který společnost běžně toleruje. A to i přes skutečnost, že se kouření umístilo na prvním místě v příčinách úmrtí, kterým by šlo předejít. Kouření se stalo nejrozšířenější závislostí u českých gravidních žen. Odhaduje se, že asi 1/5 žen kouří v těhotenství a v období laktace. Je nezbytně nutné, aby těhotné ženy znaly rizika spojená s kouřením a důsledky poškození svého zdraví, zdraví plodu a novorozence.

Toto téma mě oslovilo hlavně proto, že jsem se ve své praxi setkala s nezájmem o tuto problematiku a s velkou neinformovaností těhotných žen. Není výjimkou zahlédnout těhotnou ženu na veřejnosti s cigaretou v ruce.

V této práci bych chtěla podat komplexní informace o vlivu alkoholu a kouření jak na těhotnou ženu, tak na její plod. Cílem bakalářské práce je zjistit názory, znalosti a stav informovanosti gravidních žen o vlivu alkoholu a kouření na vývoj jejich nenarozeného dítěte. Zjistit, zda se zdravotnický personál zajímá o to, jestli těhotná

žena kouří nebo požívá alkohol. Myslím si, že informovanost nejen těchto žen, ale i ostatní veřejnosti má zásadní vliv na kvalitu života jejich dětí.

Tato bakalářská práce by mohla také posloužit jako podklad k vytvoření informativních letáků, které by byly k dispozici v prenatálních poradnách nebo nabízeny v předporodních kurzech .

1 Současný stav

1.1 Těhotenství

Lékaři i psychologové považují těhotenství za největší a nejdůležitější změnu, kterou život ženě nabízí. Dle psychologů teprve těhotná žena nalézá svůj smysl života (1).

K oplodnění dochází nejčastěji ve vejcovodu, kde se spermie setká s vajíčkem a pronikne do něj. Od spermie se poté oddělí bičík a samotné tělo spermie splyne s vajíčkem. Nově vzniklá buňka obsahuje veškeré genetické informace potřebné k vývoji nového života (2). Oplodněné vajíčko se nazývá zygota, a to se záhy začne dělit na morulu. Během tohoto děje se vajíčko posouvá směrem do dělohy, kde niduje se sliznicí dělohy ve formě blastocysty. Vývoj embrya je charakteristický velmi intenzivním buněčným dělením, které se zevně projevuje rýhováním. Ve třetím týdnu vývoje embrya dochází ke gastrulaci, tzn. vytvoření intraembryonálního mezodermu a přeměně zárodečného terčíku z dvojvrstevného na trojvrstevný. Od konce třetího týdne těhotenství začíná organogeneze, která je odpovědná za vznik a vývoj orgánů skládajících tělo živého jedince. Těhotenství lze rozdělit na již zmíněnou blastogenezi, embryogenezi a fetogenezi, která se vyznačuje zráním a funkční diferenciací (3).

Těhotenství trvá zhruba 280 dnů, tj. 40 ukončených týdnů. Počátek těhotenství biologicky začíná početím, v porodnictví se však uvádí první den poslední menstruace, který také slouží k výpočtu předpokládaného data porodu (4).

1.1.1 První trimestr

První trimestr těhotenství zahrnuje 1. týden až konec 12. týdne gravidity. V tomto období se tělo ženy přizpůsobuje těhotenství. Prvními klasickými příznaky může být velká únava a časté nevolnosti, které se objevují v průběhu dne. Některé ženy je pociťují nejvíce ráno (2). Těhotenství změní celkové fungování těla ženy, které se musí podřídit výjimečné situaci, kdy plod zasáhne do téměř všech jeho

funkcí. Těhotenské změny lze rozlišit do čtyř základních přízpůsobovacích procesů: růst tkání, retence tekutin, relaxace hladkého svalstva a všeobecné funkční přizpůsobení se zvýšeným nárokům těhotenství. Mezi ně se může zařadit například zvětšení cirkulujícího objemu krve, zvýšení srdeční činnosti nebo celkové zvýšení metabolické a endokrinní aktivity (3).

Na konci prvního trimestru má plod vyvinuty všechny hlavní orgány, některé však ještě nejsou plně funkční. Srdce dodává krev do celého těla, vyvíjí se žaludek, který je spojen s ústy a se střevy. Hlava je neúměrně veliká k délce těla. Plod váží zhruba 15 g a jeho délka je asi 6 cm. Plod je již pohybově aktivní. Dítě polyká plodovou vodu, kterou močí zpět do vody. Prsty na ruce a nohy jsou již znatelné, jsou také vyvinuty pohlavní orgány (2).

1.1.2 Druhý trimestr

Druhý trimestr začíná 13. týdnem a končí ukončeným 27. týdnem gravidity (2). Toto období je více stabilní, protože tělo ženy se těhotenství již přizpůsobilo. V prsou ženy se začíná tvořit mlezivo, ztrácí se linie pasu – žena začíná viditelně přibírat na váze. Zvýšená hladina těhotenských hormonů má za následek zduření dásní. Progesteron uvolní jícnový svěrač, který se nezavírá tak těsně jako obvykle. To má za následek vrácení žaludečních šťáv zpět do jícnu. Výsledkem je nepříjemné pálení žáhy těhotné ženy (4). Progesteron způsobí i zpomalení trávicího systému a s tím spojenou zácpu a nadýmání. Vlivem hormonů se těhotná žena více potí. Gravidní žena pociťuje také častější nutkání na močení, a to i v době, kdy její močový měchýř není zcela plný. Někdy se může objevit nepříliš hojný a nepáchnoucí výtok z pochvy, který je také důsledkem hormonálních změn (1).

V 16. týdnu je plod asi 12 cm dlouhý a váží přibližně 130 g. Není ještě vytvořena vrstva podkožního tuku. Kůže je průsvitná a tenká, proto lze pozorovat podkožní cévy. Plod je velmi aktivní, cucá si palec, zatíná ruce v pěst (5). Proto v tomto období gravidní ženy začínají pociťovat první pohyby dítěte, které charakterizují například jako pohyb motýlích křídel nebo stoupání vzduchových

bublinek (4). Na hlavě plodu jsou již vytvořeny obličejové kosti, na ultrazvuku jsou viditelné detaily úst nebo nosu. Díky vyvinutým obličejovým svalům může dítě dělat nekontrolovatelné grimasy.

Ve 24. týdnu se v mozku plodu vyvíjí buňky odpovědné za vědomí, dítě se stává vnímavější na zvuky a pohyb. Plíce jsou dosud naplněny plodovou vodou, začínají se však vytvářet plicní sklípky (5). Hlavním cílem plodu do období porodu se stává dotváření všech tělních systémů a ukládání tuku. Plod má vytvořený určitý cyklus bdění a spánku (2). Na konci 24. týdne těhotenství nastává důležitý mezník ve vývoji plodu, tzv. hranice viability, kdy je dítě schopno přežít mimo matčinu dělohu.

1.1.3 Třetí trimestr

Třetí trimestr začíná 28. týdnem a je ukončen porodem. V tomto období se tělo začíná připravovat na porod, pohyb se pro ženu stává obtížnější. Děloha tlačí zespodu na plíce a bránici, proto se těhotným ženám hůře dýchá. U některých žen se mohou také objevovat varixy, hemeroidy nebo křeče v dolních končetinách (2).

Ve 29. týdnu je plod dlouhý přibližně 26 cm a váží zhruba 1,1 kg. Kůže je ochráněna mázkem. Díky své velikosti je plod v děloze stísněnější, ale stále může změnit svou polohu (5).

V 36. týdnu je již hlavička dítěte pokryta vlasy, dítě zavírá a otevírá oči, které již rozeznávají světlo a tmou. Lanugo, tj. jemné ochmýření pokrývající povrch lidského plodu, mizí a po narození zůstávají pouze zbytky na ramínkách novorozence. Plíce plodu jsou již téměř vyvinuty, stejně tak i ledviny. Játra jsou schopná zpracovávat některé odpadní produkty (2).

Ve 40. týdnu je průměrná hmotnost доноšeného dítěte 3,3 kg, u vícerodiček je obvykle o trochu vyšší (6). Plod je připraven na porod, všechny jeho orgány jsou již vyvinuty. Dítě však nemá ještě vyzrálý imunitní systém a myelinové pochvy chránící nervový systém. Ve střevech plodu je vytvořena první stolice – mekonium

(2). V 96,5 % případů těhotenství je dítě k porodu připraveno v poloze podélné hlavičkou (3).

Plod má odlišný krevní oběh od dospělého jedince, porodem tyto odlišnosti zaniknou.

1.2 Fetální krevní oběh

Krevní oběh dospělých je odlišný od fetálního krevního oběhu. Zásadním rozdílem je nefunkčnost plic plodu a jeho napojení na placentu, přes kterou plod dostává živiny s kyslíkem a odevzdává produkty látkové výměny. Plod a placentu spojuje pupečník, kterým prochází umbilikální cévy. Jednou pupečnickovou tepnou přitéká krev do placenty, v níž se okysličí a získá živiny. Párovými pupečnickovými žilami se vrací zpět do plodu. Protože není možné okysličovat krev plodu v plicích, je většina krve směřována do aorty a velkého krevního oběhu k výživě jednotlivých orgánů. K tomuto odklonění slouží otvor v přepážce mezi síněmi foramen ovale a spojka mezi plicnicí a aortou Botallova dučej. Pravá a levá strana krevního oběhu spolu komunikuje pomocí tří zkratů, které se po narození uzavírají a mizí: foramen ovale, ductus venosus a ductus arteriosus Botalli (3,7). Relativnímu nedostatku kyslíku způsobeného smíšenou krví je plod přizpůsoben několika mechanismy. Jde zejména o zvláštní typ hemoglobinu tzv. fetální hemoglobin, který má větší schopnost vázat kyslík a uzpůsobení průtoku krve v srdci, díky němuž zejména mozek získává krev bohatou na kyslík.

U plodu je srdeční frekvence dvojnásobná než u dospělého člověka – tj. rozmezí 110 – 160 úderů za minutu (3).

1.3 Placenta

Lidská placenta je dočasný orgán, který zásobuje plod kyslíkem a živinami. Zároveň slouží k odvádění metabolitů. Placenta má kruhovitý tvar o průměru 15-20 cm, výšku 2-3 cm a hmotnost 500-700 g. Nejčastěji je uložena v děložním fundu

na přední či zadní straně dělohy. Skládá se z mateřské plochy obrácené ke stěně dělohy a fetální plochy směřující k plodovému vejci, tato část je krytá amniem. Placenta se skládá z 15-20 kotyledonů, oddělených placentárními septy. Každý kotyledon je dále tvořen 10 až 20 lobuly odpovídajícími vývodům mateřských cév. Vlastní tkáň placenty je tvořena choriiovými klky. Lidská placenta je hemochoriální – tzn., že mezi fetální a mateřskou krví je bariéra (3,8).

Placenta má několik velice důležitých funkcí. Jejím prostřednictvím získává plod od matky kyslík a výživu. Zbavuje se oxidu uhličitého i ostatních metabolitů těla plodu. Placenta vytváří bariéru mezi plodem a matkou, brání tak přechodu některých škodlivin a infekčních agens. Nezabrání však přestupu všech škodlivých látek do těla plodu jako je například alkohol, léky či jiné toxické látky. Placenta je také sekreční žlázou s vnitřní sekrecí. Tvoří se zde velké množství hormonů důležitých po normální průběh těhotenství: humánní choriiový gonadotropin, humánní placentární laktogen, estrogény a progesteron (3,8).

Placenta je nejdůležitějším společným orgánem matky a nenarozeného dítěte. Jak již bylo řečeno, zastává nezastupitelné funkce, bez kterých by plod nemohl přežít. Její případné abnormality mohou být pro matku i dítě fatální. Není však spolehlivým filtrem, který by zachytil veškeré škodliviny jako jsou drogy, alkohol nebo zplodiny tabáku.

1.4 Alkohol

Alkohol je droga celosvětově velmi rozšířená. Nadměrné užívání alkoholu vede ke změnám ve fungování člověka, výrazně ovlivňuje jeho zdravotní stav, může způsobit rodinné problémy vedoucí až k jejímu rozpadu a ovlivňuje také společenské uplatnění (9). Na první pohled se alkohol může zdát méně nebezpečný než ostatní návykové látky, protože je obecně společností tolerován. Jeho užívání je sice omezeno některými zákonnými normami, ale až na výjimky je ve většině zemí legálně dostupný. Návykový potenciál a rizika užívání alkoholu se pohybují

v rovině tvrdých drog a je o to nebezpečnější, že jeho užívání je obecně tolerováno, až dokonce podporováno masivními reklamami v masmédiích (10).

Alkohol tlumí centrální nervový systém. Jeho účinky jsou patrné již v malém množství. Negativně působí na koordinaci pohybu, rozhodování, rychlost reakcí. Vysoká koncentrace tlumí dýchací centrum a krevní oběh, což může mít fatální následky (10). Účinek alkoholu závisí na dávce jeho užívání. Některá tělesná poškození, jako je cirhóza jater se běžně projeví až dlouho po rozvoji tolerance a těžké závislosti. K poškození může dojít přímým účinkem nebo v důsledku životního stylu provázející nadměrné pití. Alkohol například zasytí tělo kaloriemi, je však bez jakýchkoliv živin. Proto nadměrná konzumace alkoholu vede k obezitě a současně k nevhodné výživě postrádající proteiny a vitamíny. Tento proces může vést až k poškození mozku (11). Všechny tyto negativní vlivy alkoholu působí na člověka přímou cestou, tzn., že ovlivňují fungování orgánových systémů.

Alkohol nepůsobí na jedince pouze přímo, ale i nepřímo. Příkladem může být vliv alkoholu u viníků dopravních nehod, u kriminálních činů nebo všeobecný vztah mezi alkoholem a agresivitou. Nepřímé působení alkoholu je mnohem širšího rozsahu. Schopnost správného rozhodování, správnost percepce a kognitivního uvažování, výdrž pozornosti, to vše mohou být příčiny chybných rozhodnutí v různých činnostech běžného života (12).

1.4.1 Specifika užívání alkoholu u žen

V minulosti byla konzumace alkoholu spíše výsadou mužů. V současnosti je díky rovnoprávnosti obou pohlaví pití alkoholu ženami stále více tolerováno. Jedna z hlavních charakteristik konzumace alkoholu u žen je, že většinou pijí samy a se svým problémem s požíváním alkoholu se skrývají (9). Ženy dosahují při stejné dávce větší hladiny alkoholu v krvi než muži. To je způsobeno nižším obsahem vody v těle ženy a méně aktivní alkoholdehydrogenázou v žaludeční sliznici. Velkou pozornost je třeba věnovat zdravotním rizikům spojeným s konzumací alkoholu, které jsou u žen častější a začínají dříve. Příkladem těchto

chorob může být jaterní onemocnění, hypertenze či psychiatrické onemocnění. Zvýšené riziko rakoviny prsu je dalším specifickým projevem nadměrného užívání alkoholu u žen a je zjistitelné již při relativně nízkých dávkách alkoholu. Toto riziko roste úměrně s jeho dávkou. U žen byla prokázána vyšší konzumace alkoholu v premenstruačním období. Ženy také často kombinují alkohol s tlumivými léky, hypnotiky a analgetiky, což má za následek méně předvídatelné účinky na organismus (13). U žen může vést alkohol také k hormonálním deficitům, k poruchám funkce vaječnicků a tím zapříčinit sterilitu (14). Pozornost je třeba také věnovat rodinným vztahům. Ženy častěji řeší krizové rodinné situace konzumací alkoholu. Jedním z příkladů je tzv. „syndrom prázdného hnízda“, kdy se žena pomocí alkoholu zbavuje pocitu osamění. Motivace k léčbě nejčastěji souvisí se zdravím a hlavně s rodinou, ženy obzvláště dobře přijímají psychoterapii, relaxační techniky a jógu (13).

1.4.2 Vliv alkoholu na těhotnou ženu

Abúzus alkoholu zasahuje do stále nižších věkových skupin. Přímým důsledkem tohoto jevu je konzumace alkoholu u žen v reprodukčním věku a problémové pití alkoholu v graviditě. Abnormální mateřské chování související s požíváním alkoholu v těhotenství souvisí s komplexem fyzických, sociálních a emocionálních faktorů. Mezi tyto faktory lze zahrnout osobnost matky, její traumatické zážitky z dětství a dospívání, nezanedbatelný vliv má také dědičnost. V těhotenství roste stres matky způsobený omezením její přítomnosti pouze na domácí prostředí často spojený s pocity sociální izolace a péčí o další děti. Významnou úlohu sehrává otec (popř. partner) matky. Pokud není v rodině přítomen nebo nevykonává svoji roli, přebírá těhotná žena zodpovědnost za hmotné zabezpečení rodiny a další povinnosti. Vyskytuje-li se v anamnéze těhotné ženy alkohol, bývá často důvodem ztráta rodičů v dětství, sexuální zneužívání, psychické či fyzické týrání, nebo také exponování teratogennímu účinku alkoholu před jejím narozením (13).

Kromě velmi závažného vlivu, který alkohol má na plod (tomuto tématu jsou věnovány další kapitoly), lze očekávat všechny komplikace abúzu jako u netěhotné ženy. Zvláště závažná je jaterní cirhóza. Setkat se lze také s malnutricí a karencí vitaminů zvláště skupiny B (15). U cirhotiček je vyšší míra potratů a předčasných porodů. Na konci gravidity se v důsledku portální hypertenze, tzn. zvýšeného TK v povodí vrátnicové žíly, může vyvinout ascites. Velké nebezpečí s mnohdy fatálními následky představuje krvácení z jícnových varixů (8). K dalším komplikacím patří anémie, endokarditis, hepatitis nebo poškození CNS. Ohrožení související s těhotenstvím zahrnuje eklampsii, preeklampsii či abrupci placenty (13).

1.4.3 Vliv alkoholu na prenatální vývoj

„Alkohol nepříznivě ovlivňuje vývoj plodu. První, kdo upozornil na tuto skutečnost, byl starořecký učenec Platon. V jednom ze svých spisů uvádí: „Bylo-li dítě počato v alkoholovém opojení, objeví se u něj slabomyslnost a neposlušnost a bývá často nemocné.“ Skutečně již ve starověku byly v některých státech v platnosti zákony, jimiž se mělo zabránit početí v alkoholovém opojení. Jedním z nich byl zákon vydaný v Kartágu, zakazující novomanželům pít alkohol před svatební nocí a během ní. První odborně podložené zprávy o škodlivém působení alkoholu na vyvíjející se plod pochází z 18. století z Anglie. Stalo se tak v souvislosti s mohutným růstem domácí i průmyslové výroby ginu, která se rozšířila zvláště v letech 1720-1750. Anglické lékařské sdružení tehdy uvedlo v jednom ze svých časopisů: „Alkoholičkám se nápadně často rodí děti nemocné, slabé, svraštělé a se stařeckým vzhledem“ (6, s.61)“.

Konzumuje-li těhotná žena alkohol, jeho hladina je stejná i u plodu. V plodové vodě koncentrace alkoholu narůstá pomaleji než v samotném séru plodu, ale je znatelná i v době nepřítomnosti alkoholu v plodovém oběhu. Aktivita fetální alkoholdehydrogenázy je asi 10% oproti dospělému člověku, proto je plod více závislý na odbourávání alkoholu játry matky. Je také ovlivněn po mnohem delší

dobu, protože přetrvává hladina v plodové vodě (16). Koncentrace alkoholu v krvi plodu je během druhé až třetí hodiny po konzumaci dokonce vyšší než u matky (17).

Výzkumy ukázaly, že i malé množství alkoholu požívané během gravidity může velice vážně poškodit nenarozené dítě. Tělo těhotné ženy dodává alkohol nejen do všech orgánů a tkání, ale také do placenty, kde velice snadno projde přes membránu oddělující oba krevní systémy. Touto cestou dorazí alkohol k plodu a ke všem jeho vyvíjejícím se systémům (17). Průkaz abúzu alkoholu v těhotenství má zásadní diagnostickou důležitost. Rozsah postižení nenarozeného dítěte záleží na množství požitého alkoholu, na individuální citlivosti plodu na alkohol, na věku matky a dalších faktorech, jako je znečištěné prostředí (zejména olovem), psychický stres, fyzické přetížení a nebo kombinace s kouřením. Studie potvrdily, že při pití 5 a více standardních skleniček alespoň každý víkend se u ženy starší 30 let zvýší riziko poškození plodu 2-5x. Nejhorší teratogenní efekt byl prokázán při požívání alkoholu mezi 3.-6. týdnem těhotenství, kdy se vyvíjí mozek. Toto zjištění je alarmující v tom, že žena o svém těhotenství ještě nemusí vědět (9).

Důležitý je fakt, že konzumace alkoholu těhotnými ženami není ojedinělá. V České republice jedna třetina těhotných pokračovala v jeho dřívějším pití (18). Ženy tak vědomě či nevědomě poškozují své nenarozené dítě různými stupni vad způsobených konzumací alkoholu.

1.4.3.1 Fetální alkoholový syndrom - FAS

Prenatální působení alkoholu způsobuje velké množství zdravotních poruch. Mezi nejtěžší se řadí fetální alkoholový syndrom FAS. Je to také jedna z hlavních příčin defektů a mentální retardace u novorozenců. Dítě s FAS je potom celoživotně mentálně a fyzicky postižené (19). Tento syndrom byl poprvé popsán v roce 1973 Jonesem, který vysledoval souvislost retardace novorozence s konzumací alkoholu (8). Plně vyvinutý FAS připadá zhruba na 1 ze 750

novorozenců. U žen alkoholiček připadá incidence FAS na 30 procent narozených dětí (17).

Pro vývoj a poruchy plodu je zásadní, kdy těhotná žena alkohol konzumuje. V prvním trimestru jsou významnější malformace nervového systému. Alkohol negativně ovlivňuje růst buněk a má za následek jejich časně ztráty. Tím dochází k pomalejšímu vývoji plodu, menšímu růstu a nižší porodní váze (19). Průměrná porodní hmotnost dětí alkoholiček je 2080 g (18).

Mozek je velice citlivý na alkohol, proto bývá u pacientů s FAS menší a neurony se nacházejí na nesprávném místě (19). V prvním trimestru dále vznikají faciální dysmorfie, orgánové a skeletové abnormality (18). Druhý trimestr je vlivem konzumace alkoholu nebezpečným rizikem potratu. Ve třetím trimestru dítě za běžných podmínek rychle roste, jeho růst může však být narušen alkoholem. Působením alkoholu dochází také ke změnám struktury a funkce koncového mozku a mozečku a jejich špatnému propojení. Výsledkem jsou poruchy chování (19).

Klinický obraz FAS je charakterizován třemi hlavními rysy: kraniofaciálními abnormalitami, prenatální i postnatální poruchou růstu, anomáliemi a dysfunkcí CNS (18).

Kraniofaciální dysmorfie jsou charakterizovány následujícími znaky: krátké oční štěrby, větší vzdálenosti mezi očima, epikantus (kožní řasa ve vnitřním očním koutku), široký a plochý hřbet nosu, tupý nos, chybějící rýha mezi nosem a horním rtem, špatně vyvinuté philtrum (prohloubenina horního rtu), malá, dozadu ustupující brada, nízko umístěné uši, které jsou často stočené směrem dozadu (20). Oči mohou být postiženy strabismem (šilhání), mikrooftalmem (vývojová anomálie oka spočívající ve výrazném zmenšení oka) nebo hypoplazií nervus opticus. Dále se mohou vyskytovat různé typy sluchových vad včetně hluchoty. V dospívání bývají obličejové znaky méně znatelné než při narození (18). Aby se FAS mohl diagnostikovat, musí být přítomny alespoň dva z uvedených znaků (20).

Dalším typickým znakem je porucha růstu v prenatálním i postnatálním období. Růstová křivka se pohybuje pod 10. percentilem (18).

„Prenatální expozici alkoholu uvádějí někteří američtí autoři jako velmi častou – nebo dokonce nejčastější příčinu neurologického poškození u dětí. Neuropatologie tu představuje kontinuální spektrum různě těžkého postižení od rozličných prokazatelných strukturálních změn (mikrocefalie, arinencefalie, porencefalie, dilatace komor, agenese corpus calosum aj.) až po lehké deficity inteligence s poškozením jen na mikroúrovni (18, s.608)“. Děti s FAS mívají obvykle hodnotu IQ okolo 60-70, což je lehká mentální retardace. Celkový intelektový rozptyl se může pohybovat od velkého intelektového handicapu až po intelekt v pásmu normy (9). Z neurologických postižení bývá častá hypotonie, psychomotorická retardace včetně špatného vývoje řeči. Další anomálie mohou postihovat celou řadu orgánů. Časté jsou vrozené vývojové vady srdce (Fallotova tetralogie, defekt síňového nebo komorového septa), změny na kůži (hemangiomy, hirsutismus v dětství), anomálie skeletu (prstů rukou, luxace kyčlí) nebo vady urogenitálního systému (hypoplazie labií nebo ledvin) (18). Novorozenec má slabý sací reflex, trpí poruchami spánku a je celkově podrážděný (17).

Dle některých odborníků se diagnostika FAS v České republice pravděpodobně podceňuje. Pokud k ní vůbec dochází, je určována pouze faciálními abnormalitami (21). Ve světě je tato situace již na lepší úrovni. Mezi komplexní diagnostické nástroje patří vyplnění základní diagnostické tabulky – Diagnostic Guide for Fetal Alcohol Spectrum Disorders – The 4-Digit Diagnostic Code (4DDC). Hodnotí se zde čtyři základní kategorie: poruchy růstu, obličejové znaky, poruchy CNS a prenatální expozice alkoholu. Každá kategorie je hodnocena mírou naplnění daného znaku body od 1 do 4. Nevýhodou tohoto nástroje je časová náročnost diagnostického procesu (obvykle 1-2 hod). Tato délka vyšetření je ale vyvážena komplexním obrazem jedince. Dalším základním nástrojem jsou screeningové dotazníky např. TWEAK – název je tvořen prvními písmeny jednotlivých položek. Zjišťuje se tolerance alkoholu, obavy okolí z pití ženy, ranní pití, opileckou amnézií a pocity nutnosti přestat pít (21).(Příloha 1) (22). Posledním diagnostickým nástrojem jsou biologické markery prenatální expozice alkoholu. Mezi nejnovější postupy se řadí sledování biologických markerů PEAP (prenatální expozice

alkoholu na plod). Tyto ukazatele se mohou sledovat v těle matky, nejpřínosnější se ale jeví sledování markerů PEAP u dítěte. Vzorky lze získat z mekonie nebo vlasových vzorků dítěte (21).

Pro účely výuky porodních asistentek se využívá model FAS simulátor, který byl navržen lékaři, porodními asistentkami a zdravotními sestrami (Příloha 2).

1.4.3.2 Fetální alkoholový efekt - FAE

FAE – fetal alcohol effect – fetální alkoholový efekt je diagnóza, která zahrnuje ty jedince, u nichž se vyskytuje pouze některý ze základních znaků FAS, případně jiné (např. psychické) poruchy, ale není prokázána přítomnost všech typických znaků pro FAS. Problémem ovšem zůstává jejich nespecifičnost a horší schopnost diferenciací navzájem. V posledních letech se odborníci snaží určit jasnější hranice mezi jednotlivými diagnózami (21). V roce 1996 definoval Institut of Medicine fetální alkoholový efekt jako komplex charakteristických znaků zahrnující poruchy chování a kognitivní dysfunkce nemající žádný vztah k vývojové zralosti nebo k rodině či domácímu prostředí. Zároveň zahrnuje tyto projevy: deficitní školní výkon, poruchy učení, poruchy sebeovládání, impulzivita, problémy ve vztazích, snížená schopnost porozumět sociálním situacím, deficit v oblasti jazyka zejména v porozumění a užití řeči, snížená schopnost abstraktního myšlení, poruchy paměti, soustředění, úsudku. IQ bývá v rozmezí 70 – 85 (9).

Odhaduje se, že tato mírnější forma FAS se vyskytuje 3x častěji než samotný fetální alkoholový syndrom (18).

Diagnózu FAE nelze vždy stanovit bezprostředně po porodu, často je určena až na základě dalšího vývoje dítěte. Někdy lze FAE stanovit až ve školním věku, kdy u dítěte můžeme pozorovat vážné poruchy učení a chování. V některých případech není fetální alkoholový efekt diagnostikován vůbec a potíže bývají považovány např. za hyperaktivitu s poruchou pozornosti (ADHD) nebo za opoždění psychomotorického vývoje (20).

1.4.3.3 Porucha ARND a ARBD

Je-li expozice alkoholu méně intenzivní než u FAS a FAE, může se teratogenní efekt alkoholu projevit jako poruchy zvané ARBD (Alcohol-related birth defects) a ARND (Alcohol-related neurodevelopmental disorder) (9).

ARBD je porucha charakterizována somatickými anomáliemi. Novorozenci jsou postiženi problémy se srdcem, ledvinami, sluchem a špatnou tvorbou kostní hmoty. Tedy různými typy orgánových malformací (19).

ARND je postižení spojené s poruchou nervového vývoje. Jedinci s tímto postižením mohou mít jak funkční, tak i mentální problémy zahrnující abnormality v chování a kognitivních funkcích. Příkladem jsou problémy s učením, zhoršené prospívání ve škole nebo špatná kontrola chování, potíže s matematikou, pamětí, pozorností a názory. Děti nemají žádné pro FAS typické obličejové znaky ani poruchy růstu (19).

1.4.3.4 Behaviorální projevy dětí s prenatální expozicí alkoholu

Mezi první větší nápadnosti v chování dítěte můžeme zařadit hyperaktivitu a nízký intelektový výkon (9). U dětí s expozicí alkoholu se projeví různé druhy problémů s jazykem a pamětí. Zdravé děti ve věku od pěti do šestnácti let se naučí více slov ve srovnání s dětmi s FAS. Nicméně obě skupiny projevily srovnatelnou schopnost vybavení si věcí z minulosti. Děti matek, které konzumovaly v graviditě alkohol, reagují špatně na úkoly, které se týkají určení prostorových vztahů mezi objekty. Ve školním věku děti pomaleji a méně efektivně zpracovávají informace. Mají také problém upustit od prokazatelně neúčinného řešení zadaného problému – tzn., že nejsou dostatečně flexibilní. Vyznačují se vznětlivostí a těkavostí, která pak přímo souvisí s problémy s učením a pozorností (19).

V adolescenci a dospělosti bývají často závislí také na alkoholu či jiných drogách nebo mívají konflikty se zákonem. Abnormality v CNS se v průběhu

života nezmírňují, někdy přecházejí do psychiatrických onemocnění. Častým jevem je i nestabilní rodinné prostředí a nevhodné sociální podmínky (9).

1.5 Kouření

Tabák má mezi drogami výjimečné postavení. Je to vyjma alkoholu jediná legalizovaná droga, která se prodává takřka bez omezení (23). Cigarety jsou tak jediné spotřební zboží, které, je-li užíváno „dle návodu“, způsobí smrt. Přesto se jedná o zboží nejen volně prodejné, ale dokonce propagované pomocí reklam. V České republice je asi 2,2 mil. kuřáků. Každoročně u nás umírá na následky kouření 18000 lidí, což je asi 50 lidí denně. Celosvětově se počet kuřáků odhaduje na 1,3 miliardy a počet úmrtí v důsledku kouření za jeden rok je asi 5 miliónů obyvatel. Každý kuřák si zkrátí život v průměru o 15 let, každý druhý kuřák kouření podlehně a každý šestý kuřák pak dostane rakovinu plic (24).

Cigaretový kouř obsahuje 4-5 tisíc různých chemických látek, z nichž většina je prokazatelně či vysoce pravděpodobně karcinogenní. Obsahuje též průmyslové a environmentální toxiny, iritanty a teratogeny (25). Nikotin i další látky, které jsou součástí cigaretového kouře, vstřebávají plíce. Záleží pak na tom, kolik kouře kuřák doopravdy vdechne a kolik ho pouze vypustí z úst. Plíce ho vstřebávají dost rychle na to, aby kuřák cítil při každém vdechu okamžitý účinek. Nikotin je také droga, která má rozsáhlé účinky na mozkovou činnost. I když je tabák mírný stimulant, využívá se paradoxně k úlevě od úzkosti a stresu (11).

Čím člověk více kouří, tím je pravděpodobnější, že bude trpět následujícími nemocemi: poruchami srdeční činnosti, tvorbou krevních sraženin, srdečními infarkty, infekcemi plic, mozkovou mrtvicí, chorobami dýchacích cest, poruchami krevního oběhu, rakovinou plic, ústní dutiny a hrdla nebo vředy gastrointestinálního traktu. Ženy kuřačky jsou více ohroženy rakovinou děložního hrdla (11). Kouření způsobuje nejen vážné zdravotní problémy, ale funguje také jako spolehlivý urychlovač stárnutí (24). Také infekční onemocnění a alergie jsou u kuřáků častější. Nikotin mírně povzbuzuje centrální nervový systém a silně systém

kardiovaskulární. Zvyšuje TK, způsobuje stahování cév a stimuluje činnost srdce (26).

Lidé jsou motivováni ke kouření různými situacemi a pocity: zvládnutí stresu, vymanění se z pocitů méněcennosti, zvýšení pocitu sebehodnocení, překonání pocitů nejistoty, přijetí do skupiny lidí, kteří kouří nebo přiblížení se obrazu „ideálního muže“ či „společensky úspěšné ženy“ (12). Užívání tabáku je velice silnou závislostí (není pouze zlozvykem, jak je běžnou populací kouření často označováno) a v mnoha aspektech je srovnatelné se závislostí na heroinu, kokainu či alkoholu (34).

V České republice jsou roční náklady na léčbu kuřáků asi 80 miliard Kč, naproti tomu příjem z daní tabákových výrobků je pouze asi 35 miliard Kč. Je zřejmé, že kouření velice zatěžuje i zdravotní systém ČR a společnost jako celek. Žádná země doposud kouření tabáku přímo nezakazuje (vyjma určitých konkrétních lokalit, veřejné budovy, pracoviště, zdravotnická zařízení apod.), ale mnohé státy omezují alespoň reklamu na tabákové výrobky (11).

1.5.1 Kouření a reprodukce

S kouřením je spojena celá řada rizikových způsobů chování, jako je konzumace alkoholických nápojů, častější výběr nevhodných potravin, častější střídání partnerů či pohlavní promiskuita. Všechny tyto aspekty spolu s riziky samotného kouření mohou velice silně a nepříznivě ovlivnit reprodukční proces žen i mužů (27). Mezi největší problémy týkající se kouření a reprodukce lze zařadit interakci kouření s orální antikoncepcí, s pohlavními hormony nebo souvislost sterility s kouřením.

1.5.1.1 Orální antikoncepce a kouření

Kouření může vyvolat onemocnění srdečních cév či způsobit mozkové příhody. Kouření a užívání antikoncepce obsahující estrogen zvyšují riziko obou

nemocí. Kouření a kombinované antikoncepční prostředky působí synergicky. Spojený efekt je poté větší, než by se očekávalo na základě rizika představovaného oběma rizikovými faktory jednotlivě (28).

Uživatelky HAK, které kouří, mají také riziko infarktu asi 20x vyšší. Některé důkazy také naznačují, že kuřáčky, které používají kombinovanou HAK, jsou vystaveny vyššímu riziku mozkové příhody než ženy-nekuřáčky používající stejnou antikoncepci (28).

Selhání antikoncepční tablety není obvyklé. Některé studie však naznačují, že kouření může zvýšit riziko selhání kombinovaných antikoncepčních tablet (nikoli však pouze progesteronové tablety). Toto riziko je u kuřáček 2x vyšší než u uživatelů nekuřáček. „Selhání antikoncepčních tablet obsahujících estrogen pravděpodobně vyplývá ze změn v metabolismu umělejších estrogenů u žen, které kouří. Zatímco hladiny endogenních estrogenů se u kuřáček a nekuřáček neliší, orální estrogény jsou rozkládány rychleji u kuřáček a krevní hladiny aktivních estrogenů jsou nižší (28, s.208)“.

1.5.1.2 Kouření a pohlavní hormony

Kouření může změnit metabolismus pohlavních hormonů u žen i mužů. U žen mohou hormonální dysbalance způsobovat projevy pozorované v epidemiologických studiích. Zjistilo se, že u kuřáček se vyskytuje častěji hirsutismus, oligomenorea, amenorea, nepravidelná menstruace, abnormální vaginální krvácení. Dále se u kuřáček projevuje časnější menopauza a osteoporosa, snížení libida a fertility (27).

Bylo také zjištěno, že ženy, které kouří, mají nižší riziko karcinomu endometria či prsu – tj. fenomény závislé na estrogenu. Kouření má tedy i anti-estrogenní účinek (28).

Kouření také může změnit metabolismus gonadotropinů. Tyto hormony jsou odpovědné za spuštění produkce estrogenu a progesteronu, regulují procesy nezbytné pro ovulaci, implantaci embrya a udržení těhotenství (28).

Kouření ovlivňuje i metabolismus mužských pohlavních hormonů. Kuřáci mají změněné hladiny androgenů. Studie na zvířatech prokázaly, že tabákový kouř je pro varlata toxický (28).

1.5.1.3 Kouření a fertilita

Kouření snižuje fertilitu mužů i žen. Odhaduje se, že z celkového počtu párů má asi každý šestý problémy s početím (28).

Mužská fertilita je ovlivněna hlavně sníženým objemem ejakulátu, sníženým počtem spermií a jejich sníženou hustotou, sníženou prevalencí normálně vyvinutých spermií nebo jejich sníženou motilitou a zkrácenou dobou pohyblivosti (27). Po zanechání kouření byla prokázána lepší kvalita i množství spermií. Inhalace tabáku však může způsobit až mužskou impotenci a poškození genetického materiálu ve spermiích (28).

Kuřačkám trvá delší dobu, než otěhotní. Šance na početí je snížena o 10-40 % na cyklus. Čím více cigaret vykouří, tím déle trvá otěhotnění (28).

„Neplodnost je obvykle definovaná jako neúspěšná snaha otěhotnět po 12 měsících nechráněného sexu (28, s.209)“. Kouření zvyšuje riziko sterility. Kuřačky jsou dvakrát častěji neplodné než ženy, které nekouří (28).

Páry, které podstoupily metody asistované reprodukce, měly menší úspěšnost v případě kuřáků. Během stimulace vaječnicků mají kuřačky nižší aktivitu ve vaječniku během zrání vajíčka. Tyto ženy inklinují také k menší produkci vajíček. Platí zde pravidlo: čím více cigaret kouří, tím méně vajíček produkují.

Účinek kouření na plodnost ženy i muže se jeví jako reverzibilní, tzn., že je vratný. Pokud žena přestane kouřit, otěhotní stejně rychle jako ženy nekuřačky (28).

1.5.2 Kouření v těhotenství

Závislost na tabáku v období gravidity je rizikovým faktorem negativně ovlivňující těhotenství a vývoj novorozence. Děti jsou zatížené toxickým vlivem jak v průběhu, tak po ukončení těhotenství (další kapitola je podrobněji věnována vlivu kouření na plod a novorozence). Těhotné ženy jsou vystaveny celé řadě komplikací (20). Následuje výčet nejzávažnějších z nich:

Ektopické těhotenství je stav, kdy oplodněné vejce niduje mimo děložní dutinu. V české literatuře se někdy uvádí pojem mimoděložní těhotenství, který však není zcela přesný, protože nezahrnuje uterinní formy této patologie (např. cervikální umístění nebo lokalizace v rudimentárním děložním rohu). Výskyt se uvádí 1:80-150 (3). Kouření je spojeno se zvýšeným rizikem ektopického těhotenství. Studie shledaly, že kuřačky mají riziko mimoděložního těhotenství zvýšené 1,5–2,5 x. Riziko je významné i při relativně malém počtu cigaret. Bylo prokázáno, že i 1-5 vykouřených cigaret za den zvýšilo riziko ektopického těhotenství o 60 % proti nekuřačkám. Cigaretový kouř potlačuje rytmický pohyb cilií, které obsahuje vejcovod, a poškozuje tak tubární transport oplodněného vejce (29).

Potrat je děj, při kterém je plod vypuzen nebo vyňat z těla matky. Plod neprojevuje ani jednu ze známek života a má porodní hmotnost menší než 500 g nebo jeho váhu nelze zjistit, jestliže je těhotenství kratší než 22 týdnů. Dle statistických údajů je incidence potratů 10-15 % ze všech klinicky diagnostikovaných gravidit (3). „Je prokázáno, že kouření zvyšuje riziko potratu: Britská Royal College of Physicians odhadla, že riziko je vyšší o 25 % (29, s.271)“.

Placentární komplikace jsou dalším velkým rizikem pro kouřící těhotné ženy. Tyto komplikace jsou zásadní příčinou nemocí a smrti matky a dítěte. Kouření zvyšuje riziko předčasného odloučení placenty asi 1,4-2,4 x, toto riziko roste se spotřebou cigaret. Riziko placenty praevie (vcestné placenty) se zvyšuje 1,5-3 x a roste s počtem vykouřených cigaret (29). Placenta žen, které kouří, podléhá dříve degenerativním změnám v periferních partiích jako jsou nekróza, mikroinfarkty nebo depozita fibrinu (8).

Předčasný porod je u kuřáček asi 1,5-2 x častější než u žen, které nekouří. Zvyšuje se také riziko protržení plodových obalů před 37. týdnem gravidity, a to zhruba 2-3 x (29).

Preeklampsie je charakterizována jako graviditou podmíněná hypertenze s proteinurií a případně edémy po 20. týdnu těhotenství (15). Kouření paradoxně riziko této komplikace snižuje o 30-50 %. Důvody tohoto mechanismu nejsou známy. Pokud se i přes to u kuřáčky preeklampsie rozvine, má mnohem větší riziko vážných komplikací (29).

Některé kuřáčky přestávají v graviditě kouřit, aniž by o negativním vlivu nikotinu byly poučeny. Ztrácejí chuť na cigarety. Je to vysvětlováno „přeladěním“ těla na těhotenství, které ztrácí chuť na nikotin, někdy dokonce vyvolává odpor i vůči cigaretovému kouři. Úkolem porodní asistentky je na tyto ženy apelovat, aby s kouřením po porodu znovu nezačínaly (6).

1.5.3 Následky kouření na vývoj plodu a novorozence

„Nežádoucí účinky spojené s kouřením jsou způsobeny oxidem uhelnatým a nikotinem. Oxid uhelnatý prochází placentou a váže se na fetální hemoglobin. Tím vzniká karboxyhemoglobin, který snižuje oxidační kapacitu krve. Současně oxid uhličitý zvyšuje afinitu hemoglobinu ke kyslíku, v důsledku toho se snižuje uvolňování kyslíku v tkáních. Studie prokázaly, že sérové hladiny karboxyhemoglobinu dosahují u plodu vyšších hodnot než u matky a tak je plod vystaven jeho účinkům po relativně delší dobu. Nikotin rovněž prochází placentární bariérou (16, s.59)“. Plod a následně novorozenec jsou postiženi celou škálou následků, které přímo souvisí s kouřením.

Vrozené vývojové vady, respektive jejich zvýšené riziko, jsou řadou studií prokázány v souvislosti s konzumací tabáku. 30% nárůst rizika je u rozštěpu rtu nebo rozštěpu patra, 20% nárůst rizik u urogenitálních abnormalit a 30% nárůst rizik u malformací dolních končetin (chybějící nebo zkrácená končetina). Riziko

defektů souvisejících s kouřením je nejpravděpodobnější v prvním trimestru těhotenství (29).

Chronická hypoxie a hyponutrice plodu je následek přítomnosti nikotinu v krevním oběhu plodu. Nikotin u dospělého i u plodu vyvolá stejnou reakci jako stres: vazokonstrikci, zvýšení srdeční tepové frekvence a minutového objemu. Snížený průtok krve v orgánech plodu vyvolá i snížené zásobení kyslíkem a živinami a zpomalení odvodu zplodin metabolismu. Tento vyvolaný stav hypoxie a hyponutrice se opakuje při každé cigaretě a účinek trvá asi 30-45 min. Komplex hypoxických změn v důsledku expozice tabákovému kouří má za následek jeho intrauterinní růstovou retardaci (IUGR) projevující se menší porodní hmotností a kratší délkou plně donošeného novorozence. IUGR, která se nejčastěji projevuje právě při kouření v těhotenství, se jinak nazývá také „Fetální tabákový syndrom“ (25).

Ateroskleróza plodu je proces, který začíná během intrauterinního vývoje především u těhotných žen, které kouří. Prvním projevem aterosklerózy plodu jsou tukové proužky, v nichž dochází k akumulaci cholesterolu. Aterosklerotické léze se u plodu vyvíjí ještě před porodem a následně i po něm. Ve třetí až čtvrté dekádě života již progredují tyto primární léze do fibrózních plátů a způsobují kardiovaskulární nemoci (30).

Poruchy štítné žlázy u plodu byly prokázány v souvislosti s kouřením v časně graviditě. Byla zjištěna 2x větší prevalence morbus Graves Basedow a zhoršuje se Gravesova ophtalmopatie. Aktivní i pasivní kouření má negativní vliv i na samotnou štítnici plodu (31).

Nízká porodní hmotnost je negativním dopadem kouření, je i nejdůležitějším determinantem novorozenecké a dětské morbidity a mortality (19). V průměru jsou děti kuřaček lehčí asi o 200-250 g než děti žen, které nekouří. Váha a vývoj plodu jsou nepřímo úměrné počtu vykouřených cigaret – tzn., že čím více těhotná cigaret vykouří, tím nižší je váha plodu. Kuřačky mají třikrát vyšší riziko, že porodí dítě s nízkou porodní hmotností. Ta potom hraje velice důležitou roli v celkové adaptaci novorozence a riziku následných nemocí (29).

Syndrom náhlého úmrtí kojence (SIDS) je hlavní příčinou poporodní mortality v kojeneckém období. Jeho riziko v souvislosti s kouřením se zvyšuje 2-5 x. „K mechanismům, kterými kouření přispívá k náhlému úmrtí kojenců, patří snížení variability srdeční tepové frekvence, zvýšení obstrukční apnoe a redukce pohotovosti a bdělosti vyvolávající kardiopulmonální dysfunkce (25, s.37)“.

Mezi *ostatní následky prenatální expozice cigaretovému kouři* lze zahrnout následující rizika a komplikace: dysfunkce mužské reprodukce, zvýšené riziko zhoubných nádorů v dětství, vyšší kazivost chrupu nebo vyšší výskyt astmatických onemocnění v dětství a dospívání (25).

Kojení je kouřením velice ovlivněno. Mnohé statistiky uvádějí, že v graviditě pokračuje s kouřením zhruba 12-15 % kuřáček a ostatní začínají kouřit po porodu, aniž by si uvědomovaly úskalí a rizika s kouřením spojená. Přítomnost nikotinu v mateřském mléce byla prokázána v roce 1933. Tato hladina je asi třikrát vyšší než v plazmě. Toxické látky i nikotin představují pro novorozence velkou zátěž, protože jeho organismus si neumí s odbouráváním těchto látek poradit. Mezi reakce kojeneckých dětí silných kuřáček lze zařadit koliky, zvracení a špatné přibývání na váze. Novorozenci mají omezenou schopnost pít, jsou celkově neklidní a mají poruchy spánku. Ovlivněna není jenom kvalita mléka, ale i jeho kvantita. Některé studie prokázaly menší množství vyprodukovaného mateřského mléka u žen kuřáček než u nekuřících žen (32).

Poruchy chování – studie ELSPAC zkoumala následky prenatální expozice kouření pro děti různého věku. „Po narození se u prenatálně exponovaných novorozenců popisuje hyperaktivita, zvýšený tonus a třes, a to dokonce i v závislosti na dávce. Ve druhém roce života už lze rozpoznat v chování batolat výrazný negativismus, opět častější u dětí narozených kuřáčkám (33, s.388)“.

ADHD je porucha uváděná v souvislosti s kouřením. Byly prokázány horší výsledky inteligence a školního prospěchu dětí, agresivita, neschopnost soustředění a nepřiměřené reakce (33). Častěji se vyskytují také kognitivní poruchy, mezi něž se může zařadit snížení vizuální paměti, poruchy chápání řeči či slabší reakce na sluchové stimuly (25).

1.5.4 Pasivní kouření

Pasivním kouřením se chápe vdechování škodlivin nekuřákem v prostředí, v němž někdo právě kouří. Můžeme se s ním setkat na pracovišti, v restauraci nebo v rodině, kde je partner/manžel kuřák (6). Na následky způsobené pasivním kouřením zemře v České republice ročně asi 3000 lidí, v zemích Evropské unie je to 22000 obyvatel. Kouř vdechovaný těmito „nedobrovolnými kuřáky“ pochází jednak z doutnajícího konce cigarety mezi dvěma potáhnutími a jednak je vydechován kuřákem (24). Pasivní kuřáci jsou tak vystaveni stejným rizikům jako kuřáci aktivní.

Nejnovější výzkumy dokazují, že k poškození zdraví vlivem pasivního kouření nedochází až po dlouholetém působení, ale dokonce i po jednorázové krátkodobé epizodě. Lidské plody i novorozenci, kteří nejsou ještě fyziologicky zralí, mohou být zvýšeně vnímaví ke škodlivým účinkům pasivního kouření (25). Nekuřačkám vystaveným tabákovému kouři během těhotenství se rodí děti s nižší porodní hmotností. Dle některých studií bylo prokázáno, že těhotné pasivní kuřačky mají o 23 % vyšší riziko předčasného porodu (29). Mimoto pobyt těhotné v zakouřených prostorách zvyšuje (kromě samotného negativního dopadu cigaretového kouře) i riziko rozvoje alergie v raném dětském věku a riziko rozvoje atopie u plodu (15).

1.6 Úloha porodní asistentky

PA jsou stále více v kontaktu s těhotnými ženami od úplného počátku jejich těhotenství, s mnohými jsou v kontaktu ještě v době před otěhotněním. Svou činností, vším o čem ženy a budoucí maminky poučí či nepoučí, ovlivňují morální stav nové generace. PA má možnost vzdělávat a vychovávat mladou generaci k odpovědnosti v přístupu k mateřství a rodičovství. Mállokterá profese má takovou možnost ovlivnit nepříjemné společenské jevy jako porodní asistentka. Ve zdravotnictví je důležitým nástrojem ovlivňující chování lidí edukace neboli výchova.

Obecně lze pojem edukace vymezit jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech, znamená výchovu a vzdělávání jedince.

Edukační proces je záměrná nebo nezáměrná činnost lidí, při které dochází k učení, probíhá od prenatálního života až do smrti. Do procesu vstupují čtyři determinanty: edukanti a jejich charakteristika, edukátor, edukační konstrukty a edukační prostředí. Edukantem ve zdravotnictví je buď zdravý, nebo nemocný klient. Je to individuální osobnost charakterizována svými fyzickými, afektivními a kognitivními vlastnostmi. Edukatory jsou zdravotničtí pracovníci, nejčastěji lékaři, porodní asistentky, všeobecné sestry nebo fyzioterapeuti atd. Kvalitu edukačního procesu ovlivňují edukační konstrukty, mezi které řadíme například plány, předpisy, zákony, edukační standardy či ostatní edukační materiály. Místo, ve kterém edukace probíhá, nazýváme edukačním prostředím. Mezi charakteristiky edukačního prostředí řadíme například osvětlení, barvu, zvuk, prostor, nábytek, ale i sociální klima a atmosféru edukace. Příkladem edukačního prostředí může být porodní sál, ve kterém probíhá edukační proces, kdy edukátorem je porodní asistentka a edukantem rodička (35).

Cílem edukace ve zdravotnictví je předcházení nemoci, udržení či navrácení zdraví nebo přispění ke zkvalitnění života jedince. Tento proces hraje velice významnou roli v primární, sekundární a terciární prevenci. Edukace v primární prevenci je určena zdravým jedincům. Zahrnuje edukaci v prevenci nemocí a zdraví prospěšných opatřeních, aby došlo k udržení jejich zdraví a zlepšení kvality života. Sekundární prevence probíhá již u nemocných jedinců. Edukační proces se snaží ovlivnit jejich vědomosti, dovednosti a postoje tak, aby došlo k pozitivnímu vlivu na jejich uzdravení a nedošlo k možným komplikacím. Terciární prevence je zaměřena na jedince s již trvalými a nevratnými následky. Edukace se snaží o zlepšení kvality jejich života (35).

Edukační metoda je cílevědomé a promyšlené působení edukátora aktivizujícího edukanta v jeho učení tak, aby byly naplněny cíle učení. Důležité hledisko pro výběr metody je zhodnocení osobnosti edukanta, jeho dosavadní

vědomosti, dovednosti a zkušenosti. Dále musíme přihlédnout i ke stanoveným cílům, obsahu a zvolené formě edukace. Nejčastější metodou porodní asistentky je rozhovor. Základem této metody je kladení otázek, dochází zde k vzájemné výměně informací. Rozhovor slouží ke sběru informací o klientce, ke sdělení nových poznatků, k upevnění a opakování získaných vědomostí. PA musí mít dobré komunikační schopnosti a musí umět dodržovat všechna pravidla správné komunikace. Další důležitou metodou PA je práce s písemným materiálem, nejčastěji s letáky, brožurami, časopisy či knihou (35).

Nedílnou součástí edukace je komunikace. Ve zdravotnictví je v mnoha ohledech specifická, protože řeší mnohdy intimní a závažné problémy lidského života. Proto je velice důležité, aby PA uměla vytvořit atmosféru důvěry a bezpečí, navázala vztah založený na úctě a respektu. Toto vše se docílí především dobrou komunikací mezi PA a klientkou, která se pak stává základem ošetrovatelské péče. Princip respektu, empatie, autentičnosti, aktivního naslouchání a důvěry jsou velice důležité ve vztahu k pacientům i jejich rodinným příslušníkům (36).

1.6.1 Intervence PA v těhotenství - alkohol

Problematika prenatální expozice alkoholu je velice závažným tématem zasluhujícím pozornost veřejnosti i zdravotníků. Především vzhledem k tomu, že v České republice je zakořeněna tradice konzumace alkoholických nápojů, je žádoucí rozvíjet aktivitu v této oblasti a podporovat snahy o ochranu ještě nenarozených dětí. Za klíčové se považuje především informovanost všech žen ve fertilním věku o škodlivosti alkoholu v těhotenství (21). Je důležité, aby si všechny porodní asistentky, které pečují o tyto ženy, uvědomily svou odpovědnost, zjišťovaly výši a četnost konzumace alkoholu a zároveň poskytovaly všechny preventivní informace o rizicích spojených s užíváním alkoholu. V současnosti není prokázána žádná bezpečná dávka alkoholu (18). Ideální preventivní program zahrnuje všeobecnou prevenci zaměřenou na celou populaci žen ve fertilním věku, selektivní prevenci žen ve fertilním věku, které pijí alkohol a indikovanou prevenci

žen s vysokým rizikem včetně těch, které zneužívaly alkohol během minulých těhotenství (37).

Porodní asistentky by měly doporučovat ženám, aby v těhotenství nekonzumovaly žádný alkohol. Gravidním ženám, které již alkohol v těhotenství pily, důrazně doporučit, aby ho přestaly konzumovat úplně a zmírnily tak rizika poškození plodu. Ženy, které plánují těhotenství, by se také měly alkoholu vyvarovat. Porodní asistentky i ostatní zdravotníci by měli soustavně zjišťovat spotřebu alkoholu žen v produktivním věku, informovat je o riziku pití alkoholu v těhotenství a doporučovat abstinenci (37).

Dle Nešpora (13) je velice účinná krátká intervence v gynekologii a porodnictví. Lze ji definovat jako časově omezené poradenství s cílem změnit klientčino chování. Vychází se z toho, že alkohol je u těhotných žen vysoce stigmatizující problém, o němž jen málokterá žena ochotně a spontánně hovoří. Z tohoto důvodu otázka typu „Kolik vypijete alkoholu?“ není tou nejlepší strategií. Doporučuje se následující postup. „Otázky týkající se alkoholu a jiných návykových látek včetně tabáku by měly být rutinní součástí rodinné, pracovní i sociální anamnézy. Klíčový význam má otevřený, neodsuzující a pochopení vyjadřující přístup. Bez toho často nelze ani stav náležitě posoudit. Informace týkající se škodlivého užívání alkoholu jsou důležité i u netěhotných gynekologických pacientek jako prevence v případě, že otěhotní (13, s.5)“. Při pozitivní anamnéze musí porodní asistentka doporučit abstinenci nebo specializovanou léčbu. Léčba odvykacího syndromu se v těhotenství řídí stejnými zásadami jako u žen, které alkohol nepijí (13). V tomto případě se nejúčinnější edukační metodou stává individuální rozhovor, důležité jsou také informační materiály (brožury a letáky) umístěné v čekárnách ordinací nebo přímo cíleně rozdáváné rizikovým skupinám klientek.

1.6.2 Intervence PA v těhotenství – kouření

Vzhledem k velké rozšířenosti kouření mezi gravidními ženami musí být jedním z nejdůležitějších úkolů PA v prenatalní péči informovat těhotné o průkazných negativních vlivech kouření na plod. Kuřačkám by měly důrazně doporučovat, aby nekouřily během celého těhotenství. Pokud gravidní žena nedokáže zcela přestat, měla by alespoň omezit počet vykouřených cigaret na minimum. Vzhledem k mnohostrannému vlivu na plod, novorozence i samotnou matku je nezbytné přesvědčit těhotnou, že nejlepším darem, který může svému dítěti do budoucnosti dát, je, že nebude kouřit (3). Systém prenatalní péče v České republice poskytuje opakovanou příležitost pro aktivní účast PA při informování těhotných kuřaček o všech rizicích a pro poradenství při odvykání (38). Více než 20 % těhotných kuřaček v počátku gravidity je alarmující číslo a je zde prostor pro včasnou osvětu (31).

Při plánování těhotenství doporučuje PA zanechat kouření alespoň jeden rok před otěhotněním. Při závislosti na nikotinu se v těhotenství doporučuje především psychosociální intervence, která má účinný efekt. Léčbu těhotných kuřaček mohou komplikovat jejich kouřící partneři, stres a nutnost se adaptovat na novou situaci po porodu (14). Být více než hodinu bez cigarety znamená pro těhotnou ženu závislou na nikotinu dostavení se abstinenčním příznaků. Často jsou psychické problémy větší než ty fyzické. V těchto případech může kuřačka vyhledat centra léčby závislosti na nikotinu (Příloha 3).

Odvykácí léčba u těhotných kuřaček má stejné principy jako u netěhotných. Lze použít náhradní terapie nikotinem (NTN) ve formě žvýkačky nebo náplastí s postupně se snižující denní dávkou nikotinu. Plod tak není vystaven oxidu uhelnatému a jiným toxickým látkám z cigaretového kouře, tím se sníží celková expozice (3). Pro těhotné jsou vhodnější orální formy NTN (sublingvální tablety, pastilky, žvýkačky), rozhodující význam pro užití pak může mít těhotenské zvracení nebo změny chuti. Používány by neměly být preparáty ochucené lékořicí. Obsah nikotinu v mateřském mléce kojících žen s NTN je velmi malý, riziko pro

novorozence je minimální ve srovnání se stavem, kdy matka kouří (25). Užívání farmakoterapie se v těhotenství nedoporučuje (34).

Kouření cigaret s nízkým obsahem dehtu nebo nízkým obsahem nikotinu, označovaných jako „light“ nebo „mild“ nemá pro těhotnou ženu žádný význam, ba dokonce má horší efekt. Často je uváděno, že kuřáci cigarety zhluboka vdechují a vykouří jich více (26). Také současný obchodní hit – elektronická cigareta – nemá pro gravidní ženu téměř žádná pozitiva. Při inhalaci elektronické cigarety se do těla společně s řadou jiných chemikálií dostává i nikotin, který je hlavní příčinou vzniku závislosti na kouření. V září 2008 vydala WHO prohlášení, ve kterém uvedla, že elektronická cigareta není ani prostředek vhodný k odvykání kouření (39).

Prenatální poradny mohou používat různé typy programů odborného poradenství v oblasti prevence kouření (44):

- individuální rady každé ženě
- intervence prováděné školenými porodními asistentkami
- distribuce zdravotně výchovných letáků a brožur
- kombinace stručné rady s předáním zdravotně výchovných textů
- zprostředkovaná intervence pomocí zasílání zdravotně výchovných materiálů poštou

V České republice je nejlepší variantou program stručné intervence doplněný speciální brožurou pro těhotné kouřící ženy. Krátká, ale opakovaná intervence lékaře či porodní asistentky by měla být součástí každého vyšetření v prenatální poradně. PROGRAM 7 P doporučuje následující postup (44):

1. *PTÁT SE* při prvním vyšetření na kuřáckou anamnézu ženy: Kouříte, nebo kouřila jste? Dle odpovědí se gravidní žena zařazuje do skupiny „nekuřačka“ nikdy nekouřila popř. ojedinělé pokusy nebo „bývalá kuřačka“ kouřila dříve, nyní již nekouří. Dalšími doplňujícími otázkami jsou: Kdy jste přestala kouřit? (zda před otěhotněním či později) Proč jste přestala kouřit? (zda ze zdravotních důvodů). Tyto odpovědi rozdělí ženy na „občasné kuřačky“, které nekouří každý den, a „pravidelné kuřačky“,

teré kouří denně. Zde se anamnéza doplňuje množstvím vykouřených cigaret za den. Každá skupina poté vyžaduje rozdílnou intervenci. U nekuřáček se jedná o edukaci v oblasti prevence, kuřáčky vyžadují již konkrétní intervence.

2. *POCHVÁLIT* nekuřáčky a ty, které kouření zanechaly. Lékař a PA musí dát těhotné ženě najevo, že její chování opravdu oceňují a že její nekouření je pro dobrý průběh těhotenství velice důležité.
3. *PODPORĚT* bývalé kuřáčky, aby setrvaly v nekouření po celý svůj život. Rada by měla být stručná, ale důrazná.
4. *POZNAMENAT* si do zdravotnické dokumentace tyto pozitivní informace a při každé další návštěvě ženy se o kuřácké chování zajímat.
5. *PORADIT* gravidních kuřáčkám, aby kouření zanechaly. Rada musí být velice důrazná. Je třeba ženě vysvětlit, jakým způsobem kouření poškozuje její nenarozené dítě, ovlivňuje průběh těhotenství i samotný porod. Dyskomfort její abstinence je pro plod mnohem menším rizikem než teratogenní působení kouře z cigaret.
6. *POMOCI* těhotným ženám nalézt silný motiv pro zanechání kouření, kterým je jednoznačně jejich nenarozené dítě. Slabší kuřáčky, které vykouří do 10 cigaret za den, by se neměly obávat větších abstinenčních obtíží. Mohou přestat kouřit okamžitě. Silné kuřáčky by měly být doporučeny do poradny pro odvykání kouření.
7. *POKRAČOVAT V POZOROVÁNÍ* žen během celého průběhu těhotenství a trvale podporovat jejich úsilí kouření zanechat.

Mezi další úkoly porodní asistentky v této oblasti patří plynulé obnovování dodávek materiálů zdravotní výchovy, upozornění lékaře na kuřáckou anamnézu konkrétní klientky, opakování či doplňování rad a informací lékaře (44). V každé čekárně prenatalní poradny by měly být vyvěšeny plakáty s aktuálními informacemi.

Pro zhodnocení míry závislosti na nikotinu se využívají různé typy screeningových dotazníků např. Fagerströmův test nikotinové závislosti (Příloha 4).

Na PA je, aby těhotnou klientku přesvědčila o negativních účincích kouření a přivedla ji k myšlence přestat kouřit. Je třeba, aby všechny ženy měly k dispozici informace o škodlivosti kouření a věděly, kde mohou najít pomoc a podporu.

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit názory, znalosti a stav informovanosti žen o vlivu alkoholu a kouření na vývoj jejich plodu.

Cíl 2: Zjistit, zda se lékaři a ostatní zdravotnický personál zajímá o to, zda těhotná žena požívá alkohol nebo kouří.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Jaké mají ženy informace o škodlivosti alkoholu v těhotenství?

Výzkumná otázka 2: Jaké mají ženy informace o škodlivosti kouření v těhotenství?

Výzkumná otázka 3: Jakým způsobem edukují zdravotníci těhotné ženy o škodlivosti alkoholu v těhotenství?

Výzkumná otázka 4: Jakým způsobem edukují zdravotníci těhotné ženy o škodlivosti kouření v těhotenství?

3 Metodika

3.1 Metodika a technika výzkumu

Praktická část bakalářské práce na téma „Alkohol a kouření v těhotenství“ byla zpracována na základě kvalitativního výzkumného šetření, kde technikou sběru dat byly strukturované rozhovory. Tato metoda byla vybrána zejména kvůli tomu, že pomáhá udržet obsahovou stránku rozhovoru a zároveň respondentky mohou uplatnit své vlastní názory, pocity a zkušenosti. Díky stejné struktuře otázek se ulehčila i následná kategorizace rozhovorů.

Základních otázek bylo sestaveno celkem 19 (Příloha 5). Začátek rozhovoru byl zaměřen na zjištění osobních údajů o dotazované osobě. Následovaly otázky týkající se kouření a alkoholu před otěhotněním, názory a pocity na konzumaci těchto látek v době těhotenství a rizika s tím spojená. Poslední částí rozhovorů byl zjišťován přístup zdravotnického personálu k informování těhotných žen v období gravidity a zdroje informací těhotných žen.

Rozhovory proběhly v měsíci listopadu 2012 v domácím prostředí a byly se souhlasem dotazovaných žen nahrávány pomocí audiovizuální techniky nebo zaznamenávány písemnou formou. Jedno výzkumné šetření trvalo přibližně 30 – 45 min.

Nejprve byla provedena transkripce rozhovorů, kde byly odpovědi respondentek interpretovány stručně a správně po obsahové stránce. V dalším kroku byla provedena kategorizace dat. Všechny rozhovory byly pečlivě přečteny a v každém rozhovoru byly identifikovány názory, pocity a vědomosti těhotných žen, které byly poté parafrázovány do obecnějších vyjádření. Kategorizace dat zahrnuje popsání jevu a zpracování formou schémat a tabulek.

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Výzkumný soubor tvořilo celkem deset žen v různém stupni těhotenství. Jediným kritériem výběru respondentek bylo potvrzení gravidity a ochota poskytnout rozhovor.

4 Výsledky výzkumu

4.1 Kategorizace respondentek

Tabulka č. 1 Identifikační údaje respondentek

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Věk	19	34	29	29	28	25	35	27	33	37
Vzdělání	SŠ	VŠ	SO	VŠ	SŠ	SO	SŠ	SŠ	VŠ	SŠ
Rodinný stav	svob.	vdaná	roz.	vdaná	svob.	vdaná	vdaná	vdaná	svob.	vdaná
Počet porodů	0	1	3	1	1	0	1	2	1	1
Týden těhotenství	23.	31.	12.	13.	38.	21.	36.	35.	19.	25.

Respondentce č.1 je 19 let, respondentce č.2 je 34 let, respondentkám č.3 a č.4 je 29 let, respondentce č.5 je 28 let, respondentce č.6 je 25 let, respondentce č.7 je 35 let, respondentce č.8 je 27 let, a respondentce č.9 je 33 let. Respondentce č.10 je 37 let a z dotazovaných těhotných žen je nejstarší.

Respondentky č.3 a č.6 mají střední odborné vzdělání bez maturity, respondentky č.1, č.5, č.7, č.8 a č.10 mají středoškolské vzdělání s maturitou, respondentky č.2, č.4 a č.9 jsou vysokoškolsky vzdělané ženy.

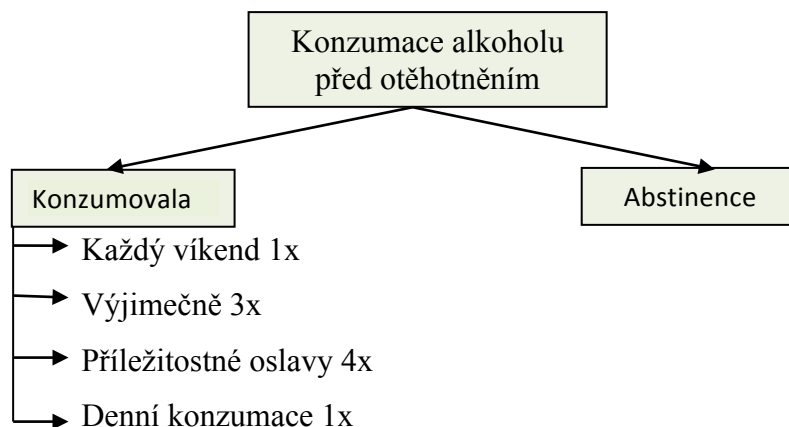
Respondentky č.1, č.5 a č.9 jsou svobodné ženy, respondentky č.2, č.4, č.6, č.7, č.8 a č.10 jsou vdané ženy, respondentka č.3 je rozvedená.

Respondentky č.1 a č.6 budou rodit poprvé, respondentky č.2, č.4, č.5, č.7, č.9 a č.10 čekají druhé dítě, respondentka č. 8 čeká třetí dítě a respondentka č. 3 bude rodit počtvrté.

Respondentka č.3 je nejkratší dobu těhotná – 12. týden, respondentka č.4 je v 13. týdnu, respondentka č.9 je v 19. týdnu, respondentka č.6 je ve 21. týdnu, respondentka č.1 je ve 23.týdnu, respondentka č.10 je ve 25. týdnu, respondentka č.2 je v 31. týdnu, respondentka č.8 je v 35. týdnu, respondentka č.7 je v 36. týdnu a respondentka č.5 je ve 38. týdnu těhotenství.

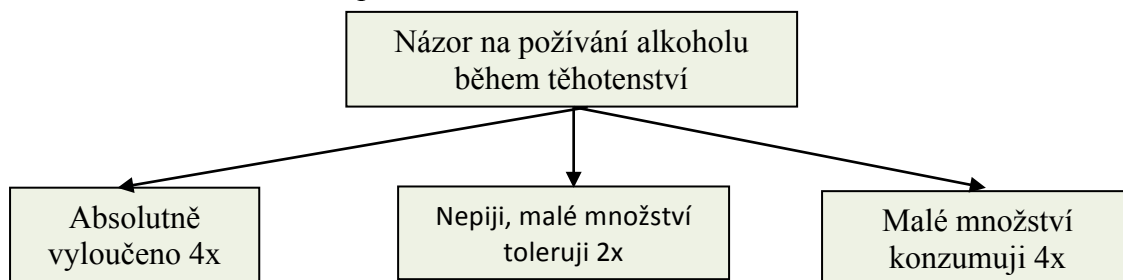
4.2 Kategorizace dat týkající se alkoholu

Schéma č. 1 Konzumace alkoholu před otěhotněním



Respondentka č.1 uvádí konzumaci alkoholu každý víkend. Respondentky č. 2, 3 a 4 pily alkohol pouze ve výjimečných případech, a to velice střídavě. Respondentky č. 5, 6, 8 a 10 uvádějí konzumaci alkoholu závislou na určitých situacích jako například oslavy nebo občasné posezení s přáteli. Respondentka č. 7 udává denní konzumaci alkoholu a respondentka č. 9 se považuje za abstinentku, alkohol nepila vůbec.

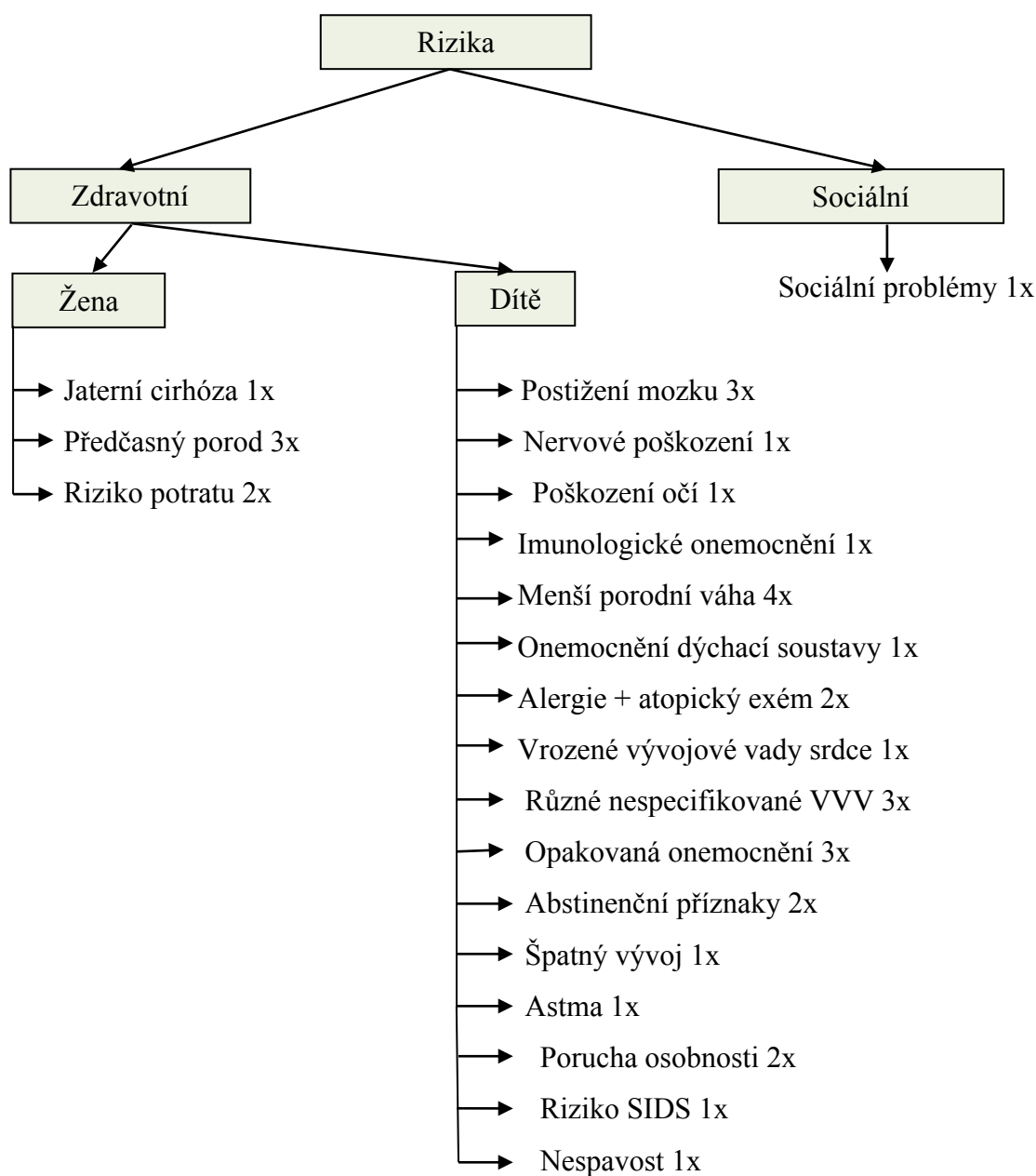
Schéma č. 2 Názor na požívání alkoholu během těhotenství



Respondentky č. 3, 5, 8 a 9 zásadně odmítají jakýkoliv alkohol během těhotenství a to i v malých dávkách (malou dávku uvádějí shodně jako malé pivo nebo sklenička vína za týden), sami ho během těhotenství nekonzumují. Respondentky č. 1 a 2 alkohol také během těhotenství nepijí, ale nevidí problém u ostatních těhotných v občasné

konzumaci malých dávek alkoholu. Respondentky č. 4, 6, 7 a 10 pijí během těhotenství alkohol v malých dávkách, myslí si, že malé množství plodu nemůže uškodit. Žádná z respondentek nevedla vyšší konzumaci alkoholu nebo pití tvrdého alkoholu v těhotenství. Shodně se všechny respondentky domnívají, že je to pro dítě škodlivé.

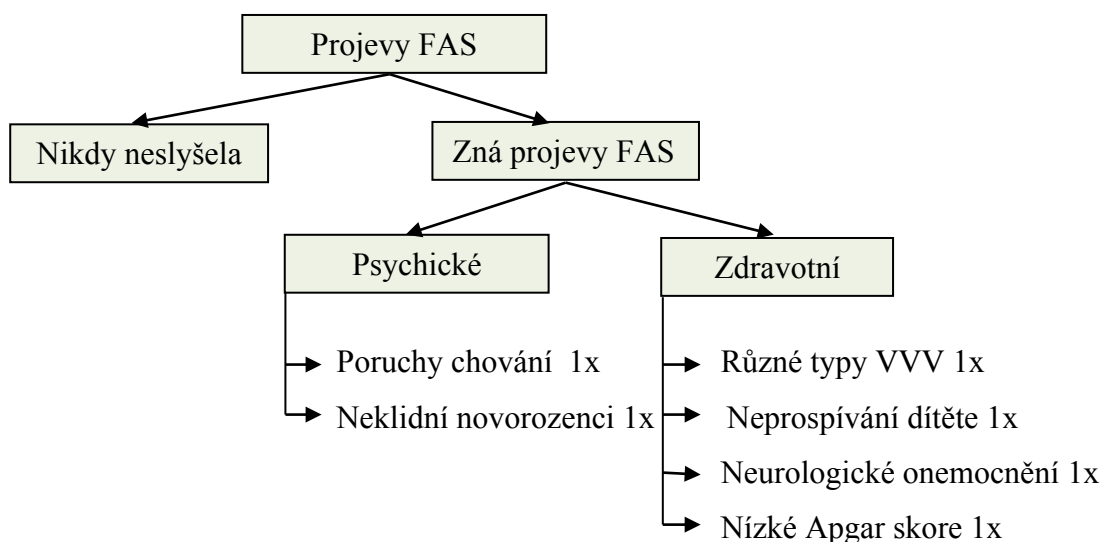
Schéma č. 3 Rizika konzumace alkoholických nápojů v těhotenství



Respondentky č. 3, 4, 5, 6, 8, 9 a 10 se shodně domnívají, že následky alkoholu a kouření pro dítě jsou totožné, nevidí žádný rozdíl mezi alkoholovým poškozením a poškozením v důsledku kouření cigaret.

Respondentky č. 1, 5, a 7 udávají postižení mozku dítěte v důsledku konzumace alkoholu, respondentka č. 2 jaterní cirhózu u těhotné ženy, sociální problémy, nervové poškození dítěte, poškození očí dítěte, imunologické onemocnění dítěte, onemocnění dýchací soustavy dítěte a vrozené vývojové vady srdce dítěte. Respondentky č. 2, 6, 8 a 10 připisují alkoholu menší porodní hmotnost novorozence. Respondentky č. 2 a 6 by alkoholu připsaly atopický exém a alergie. Blíže nespecifikované vrozené vývojové vady udaly respondentky č. 3, 4 a 7. Respondetky 3, 8 a 10 se domnívají, že alkohol způsobuje celkové častější onemocnění dítěte v jeho novorozeneckém i dalším období. Abstinenční příznaky uvedly respondentky č. 4 a 7, špatný vývoj dítěte respondentka č. 5, astma respondentka č. 6. Tři ženy vidí předčasný porod jako následek konzumace alkoholu – respondentky č. 6, 8 a 9, vyšší riziko potratu respondentky č. 6 a 9, které si taktéž shodně myslí, že se u dítěte objeví i porucha osobnosti. Vyšší riziko náhlého úmrtí novorozence udává respondentka č. 8 a nespavost u novorozence respondentka č. 9.

Schéma č. 4 Projev fetálního alkoholového syndromu u dítěte



Osm z deseti respondentek nikdy o fetálním alkoholovém syndromu neslyšely a tudíž neznají ani jeho projevy – respondentky č. 1, 3, 5, 6, 7, 8, 9 a 10. Respondentka č. 2 uvedla jako projevy fetálního alkoholového syndromu různé typy vrozených vývojových vad, neprospívání dítěte, neurologické nemoci a poruchy chování. Respondentka č. 4 si myslí, že mezi projevy FAS patří nízké Apgar skóre při narození dítěte a neklid novorozence.

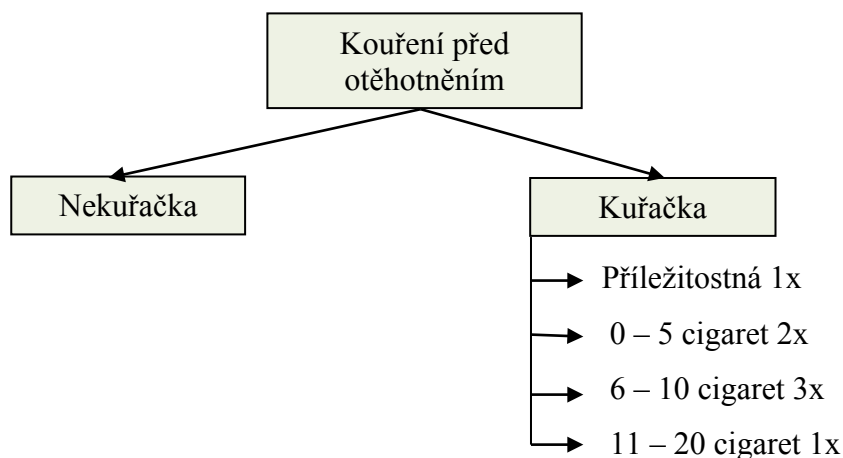
Tabulka č. 2 Souvislost alkoholu s poruchami chování u dětí

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Žádnou souvislost nevidí	x						x		x	x
Existuje souvislost		x	x	x	x	x		x		

Čtyři respondentky z deseti nevidí žádnou souvislost mezi alkoholem a poruchou chování u dětí, myslí si, že jsou to neopodstatněné výmluvy pro temperament některých dětí – respondentky č. 1, 7, 9 a 10. Šest respondentek připisuje alkoholu hyperaktivitu, poruchy typu ADHD a ostatní poruchy chování u větších dětí – respondentky č. 2, 3, 4, 5, 6 a 8.

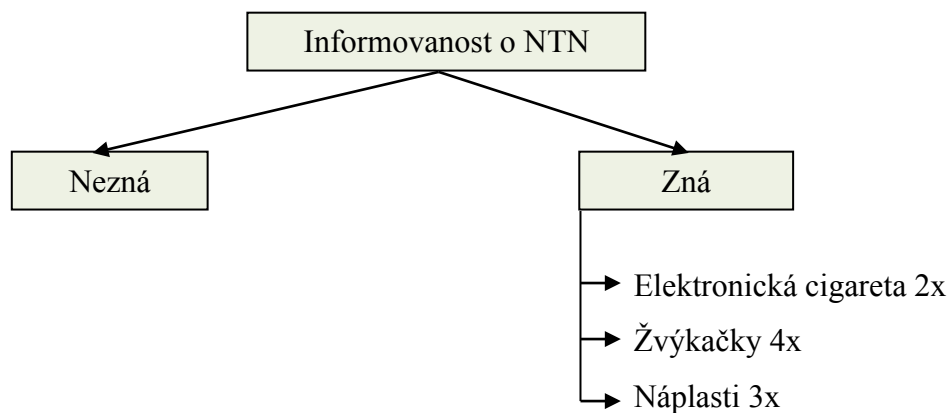
4.3 Kategorizace dat týkajících se kouření

Scéma č. 5 Kouření před otěhotněním



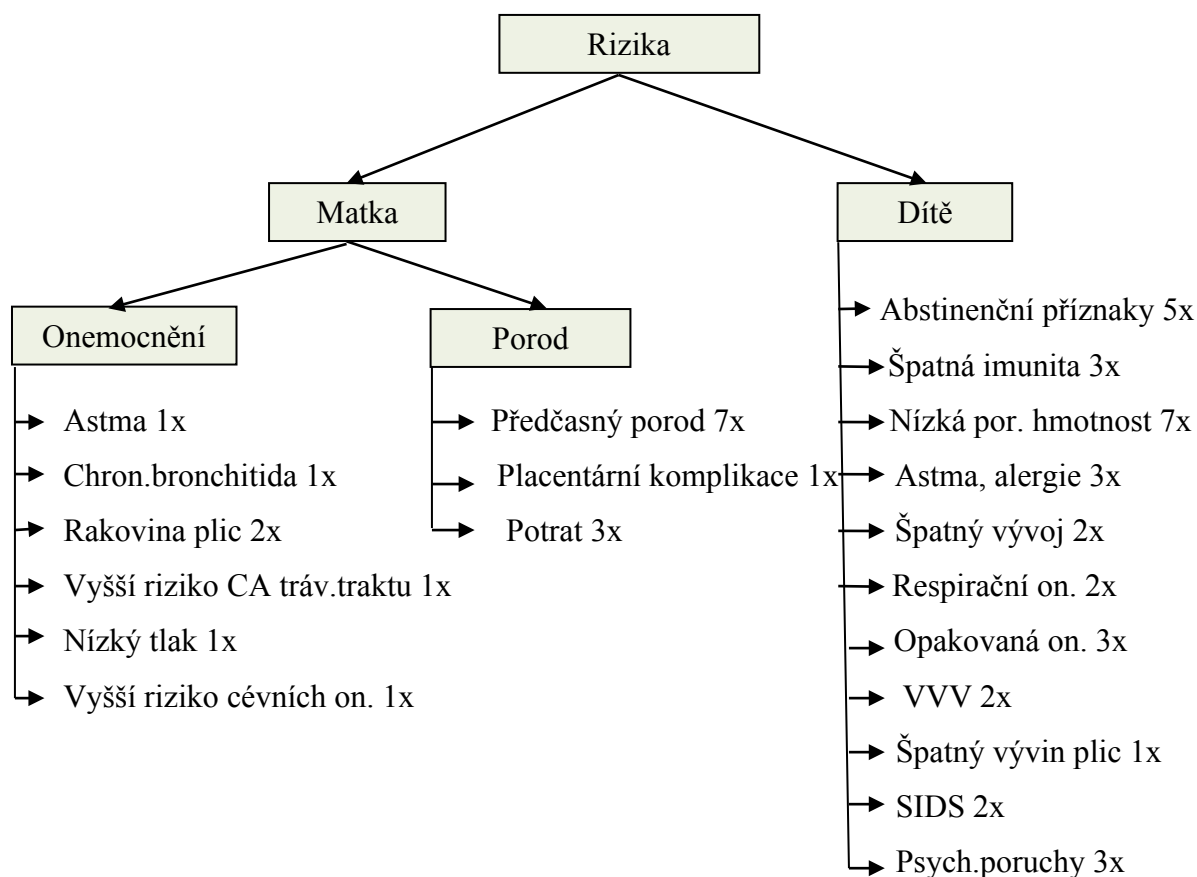
Z deseti gravidních žen pouze tři před otěhotněním nekouřily – respondentky č.3, 9 a 10. Respondentka č.2 se označila jako „sváteční kuřačka“, kouřila pouze ojediněle v určitých situacích. Dvě tázané ženy kouřily pravidelně do pěti cigaret za den – respondentky č. 4 a 5. Tři respondentky kouřily od šesti do deseti cigaret denně – respondentky č. 1, 6 a 8. Jedna tázaná žena se označila jako kuřačku závislou na krabičce cigaret denně – respondentka č.7.

Schéma č. 6 Informovanost o náhradní nikotinové terapii



Polovina tázaných žen náhradní nikotinovou terapii nezná, nikdy ji nepoužila a neví o jejích účincích – respondentky č. 1, 3, 6, 9 a 10. Respondentka č. 2 nikdy žádnou NTN nepoužila, ale ví o existenci elektronických cigaret a žvýkaček. Respondentka č. 4 také nikdy NTN nezkusila, ale zná odvykací náplasti a žvýkačky. Dotazovaná žena č. 5 zná NTN – žvýkačky a náplasti, ale nevěří jejich účinku. Respondentka č. 7 si je vědoma existence odvykacích žvýkaček, ale nikdy je nevyzkoušela, protože se domnívá, že by ji nepomohly. Respondentka č. 8 jako jediná z dotazovaných žen má osobní zkušenosti s NTN, vyzkoušela elektronickou cigaretu a odvykací náplasti, které se jí osvědčily.

Schéma č. 7 Rizika kouření v těhotenství



Sedm respondentek se domnívá, že následky konzumace alkoholu a následky kouření jsou u dítěte totožné – respondentky č. 3, 4, 5, 6, 8, 9 a 10. Jako nejčastější komplikace je uveden předčasný porod – respondentky č. 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9 a nižší porodní hmotnost dítěte – respondentky č. 2, 4, 5, 6, 7, 8 a 10. Astma matky uvedla respondentka č. 1, abstinenční příznaky uvedlo pět respondentek – č. 1, 2, 4, 5 a 7. Kouření má za následek špatnou imunitu celkem třikrát – respondentky č. 1, 3 a 5. Respondentka č. 2 uvedla dále placentární komplikace, chronickou bronchitidu matky a vyšší riziko karcinomu trávicího traktu u matky. Rakovina plic matky – respondentky č. 2 a 8. Astma u dítěte uvedly celkem tři respondentky – č. 2, 3 a 6, alergie u dítěte – respondentky č. 2, 3 a 6. Tři dotazované ženy vidí souvislost s kouřením a vyšším rizikem potratu – respondentky č. 3, 6 a 9. Špatný vývoj dítěte a respirační onemocnění u dítěte uvedly respondentky č. 3 a 5. Blíže nespecifikované časté onemocnění dětí si myslí respondentky č. 3, 8 a 10. Psychické poruchy dítěte uvedly tři respondentky – č. 5, 6 a 9. Mezi méně časté odpovědi se řadí vrozené vývojové vady dítěte – respondentky č. 3 a 4, nízký tlak matky respondentka č. 4, špatně vyvinuté plíce dítěte respondentka č. 4, nízké Apgar skóre při narození dítěte uvedla respondentka č. 4, vyšší riziko cévních onemocnění matky respondentka č. 5, náhlé úmrtí novorozence respondentky č. 5 a 8, nespavost a podrážděnost respondentka č. 9.

Tabulka č. 3 Názor na kouření v těhotenství

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Negativní, kouří do 3ks/den	x									
Negativní, nekouří		x	x	x	x				x	x
Neutrální, kouří do 5ks/den						x	x			
Neutrální, nekouří								x		

Respondentka č. 1 má sice negativní názor na kouření v těhotenství, nicméně sama kouří tři cigarety za den, do budoucna by ráda kouření zanechala úplně. Šest z deseti tázaných žen kouření v těhotenství zásadně odmítají a samy by nikdy nekouřily – respondentky č. 2, 3, 4, 5, 9 a 10. Respondentky č. 6 a 7 kouření v graviditě nijak

nepohoršuje a obě kouří do pěti cigaret za den. Respondentka č. 8 sama nyní nekouří, ale jako bývalá kuřačka to dokáže pochopit a neodsuzuje to.

Tabulka č. 4 Názory na kojení v souvislosti s kouřením

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Škodí	x	x	x	x	x			x	x	x
Do 5 ks/den neškodí						x				
Neškodí							x			

Osm z deseti respondentek zásadně kojení v souvislosti s kouřením nepřipouští, připadá jim to nezodpovědné a sobecké – respondentky č. 1, 2, 3, 4, 5, 8, 9 a 10. Jedna dotazovaná žena je přesvědčena, že kouření do pěti kusů cigaret za den nemůže mít za následek žádná poškození dítěte – respondentka č. 6. Respondentka č. 7 si myslí, že cigarety v souvislosti s kojením nemají žádné negativní účinky pro dítě.

Tabulka č. 5 Názor na pasivní kouření

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Cigaret.kouří se vyhýbá	x	x	x	x	x				x	x
V omezené míře ano						x		x		
Cigaret.kouří se nevyhýbá							x			

Sedm z deseti respondentek se domnívají, že by se všechny těhotné ženy měly zakouřeným prostorám vyhýbat a jsou přesvědčeny o negativním vlivu pasivního kouření na plod – respondentky č. 1, 2, 3, 4, 5, 9 a 10. Dvě respondentky nevidí problém v občasné návštěvě zakouřených prostor, kterému se ani ony nevyhnou – respondentky č. 6 a 8. Respondentka č. 7 nevidí problém v inhalaci kouře a zakouřené místnosti ji nevadí.

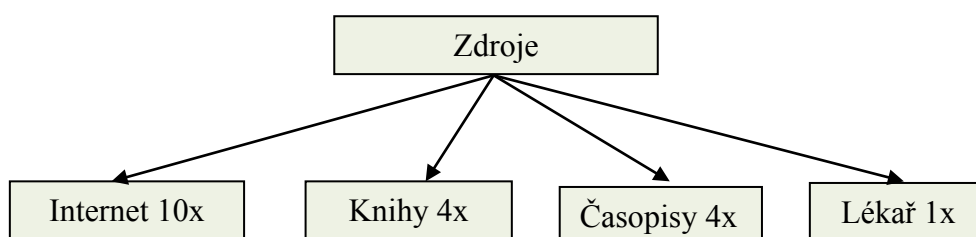
4.5 Kategorizace dat týkající se informovanosti od zdravotnického personálu a všeobecné informovanosti těhotných žen

Tabulka č. 6 Informovanost těhotných žen ze strany zdravotnického personálu

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Žádné informace	x	x	x							
Kouření-1.návštěva				x					x	
Kouření,alkoh.-1.návštěva					x		x	x		x
Zajímá se						x				

U třech respondentek se zdravotnický personál zatím neinformoval na konzumaci alkoholem a kouření v těhotenství, z tohoto důvodu se jim nedostalo ani žádné edukace a podrobnějších informací – respondentky č. 1, 2 a 3. Dvou dotazovaných žen se lékař či porodní asistentka ptali při první návštěvě na kouření, o alkohol se nezajímali – respondentky č. 4 a 9. Respondentek č. 5, 7, 8 a 10 se zdravotnický personál informoval pouze při první návštěvě, při dalších návštěvách prenatální poradny se již toto téma neřešilo. Respondentka č. 6 uvedla: „Zdravotnický personál se zatím po celou dobu těhotenství zajímal o můj životní styl, zda kouřím nebo piju alkohol. Poskytl mi mnoho cenných rad, nicméně mě nikdy k ničemu nenutili, pouze doporučovali“.

Schéma č. 8 Zdroje informací těhotných žen



Jako nejrozšířenější zdroj informací těhotným ženám slouží internet, uvedly ho všechny respondentky. Čtyři respondentky získávají informace z literatury pro nastávající maminky – respondentky č. 2, 4, 5 a 10. Časopisy využívají čtyři nastávající maminky – respondentky č. 2, 3, 5 a 10. Pouze jedna z dotazujících žen uvedla svého lékaře jako svůj zdroj informací – respondentka č. 6.

5 Diskuse

V současné době je kladen důraz na zdravý životní styl v období těhotenství. Ale jsou těhotné ženy dostatečně informovány o škodlivosti alkoholu a kouření v těhotenství? V posledních letech bylo v odborných lékařských časopisech téměř všech zemí napsáno množství článků o škodlivosti těchto látek v období gravidity. Přednášky s uvedenou tematikou přednesli lékaři na světových lékařských kongresech (6).

Vzhledem k faktu, že spotřeba alkoholu v České republice roste, závislost na alkoholu u žen často zasahuje do reprodukčního věku ženy a souvisí s problémovým pitím alkoholu v graviditě. Vzhledem k tomu, že ženy svou závislost často úspěšně skrývají, může se tato skutečnost odhalit až po porodu postiženého dítěte. Proto je nezbytná důsledná edukace nejen těhotných žen, ale všech žen v reprodukčním věku. Spotřeba tabáku v současné době stagnuje a Česká republika zaujímá v evropském měřítku příčku těsně nad průměrem, který činí 28 %, což je velká část populace České republiky. Stejně jako u alkoholu je i zde potřeba důkladné informovanosti (45).

Výzkumným souborem praktické části bakalářské práce byla skupina těhotných žen, které souhlasily s poskytnutím rozhovoru. Rozhovor byl veden standardizovaným způsobem, gravidní ženy odpovídaly podle předem připravené osnovy otázek.

Pařízek uvádí, že z biologického i genetického hlediska je pro těhotenství nejvhodnější věk mezi 20. až 24. rokem, průměrný věk respondentek v našem souboru byl 30 let. Ženy před 20. rokem nebývají ještě zcela duševně připraveny na těhotenství a u žen nad 35 let je gravidita spojena se zvýšeným rizikem těhotenských komplikací. Psychologové jako ideální věk ženy uvádí věk mezi 25 a 30 rokem, kdy jsou ženy již psychicky zralé a schopné se dobře adaptovat na novou životní roli (1). Nejmladší respondentce bylo 19 let, její těhotenství plánované nebylo. Nejstarší respondentce bylo 37 let, těhotenství plánovala (Tabulka č. 1). U dotazovaných respondentek nemělo vzdělání vliv na kouření či konzumaci alkoholických nápojů před otěhotněním i v době gravidity. Taktéž na informovanost respondentek ohledně rizik kouření a alkoholu v graviditě nemělo získané vzdělání žádný význam. Těhotná žena, pokud měla zájem o získání informací, si je bez ohledu na stupeň vzdělání dokázala získat.

Dle Pařízka se o životním stylu nastávajících těhotných žen buď mlčí, anebo se často nepřiměřeně moralizuje. Pravda leží někde uprostřed. V současné době se již partneři na příchod svého dítěte pečlivě připravují a k početí přistupují zodpovědněji než dříve, kdy bylo celkem normální, když „děti měly děti“. Díky plánovanému těhotenství by se každá nastávající těhotná měla udržovat v kondici, zdravě jíst a vyvarovat se alkoholu a kouření již před graviditou. Plánování těhotenství je ideální dobou k posouzení životního stylu a odstranění nezdravých návyků (1). Dvě z deseti respondentek těhotenství neplánovaly, buď pro nízký věk (R1, 19 let) nebo pro již dostatečný počet dětí v rodině (R3, 3 děti). Respondentka č.1 uvedla konzumaci alkoholu před otěhotněním každý víkend a respondentka č. 3 konstatovala pouze výjimečné pití alkoholických nápojů. Jedna z dotazovaných žen, které své těhotenství již plánovaly, se pečlivě připravovala a alkohol před otěhotněním nepila vůbec (R9). Respondentka č. 7 se netajila s denní konzumací alkoholu před plánovaným otěhotněním a ostatní dotazované ženy požívaly alkohol pouze v příležitostných situacích (Schéma č. 1). Z uvedených výsledků vyplývá, že ženy, které své těhotenství plánují, v drtivé většině případů nepijí a nebo konzumaci alkoholických nápojů omezí na minimum. Ale bohužel se stále ještě najdou ženy, které alkohol před plánovaným otěhotněním ze svého života nevytěsní.

Názory na pití alkoholu v těhotenství se různí. Zatímco někteří odborníci tvrdí, že těhotná žena může jednou za týden vypít dvě deci piva či vína, další nedoporučují pití alkoholu v těhotenství vůbec. Vědcům se zatím nepodařilo určit přesné množství alkoholu, které je pro vývoj plodu zcela bezpečné, i když neexistuje žádný důkaz o tom, že příležitostná sklenka alkoholického nápoje má škodlivý účinek. Je však jisté, že veškerá rizika jsou tím vyšší, čím více alkoholu matka při každé příležitosti vypije a čím častěji pije. Čech a Hájek uvádí, že jelikož není možno stanovit hraniční množství matkou požívaného alkoholu, které s jistotou neovlivní plod, je proto vhodné doporučit těhotným ženám, aby se zdržely jakéhokoliv množství po celé těhotenství (1). Naproti tomu Pařízek doporučuje těhotným ženám nekonzumovat alkoholické nápoje, ale uvádí, že příležitostný doušek piva dítě nijak neohrozí (1). Hlavní lékař USA vydal doporučení týkající se alkoholu v těhotenství, kde uvádí, že těhotné ženy by se měly alkoholu zcela

vyhýbat a to v jakémkoliv množství (37). Čtyři dotazované ženy absolutně vylučují alkohol v jakémkoliv množství v souvislosti s těhotenstvím. Myslí si, že každá žena by si měla uvědomit, že pítí alkoholu od chvíle, kdy je pravděpodobné, že je gravidní, je: „*Nezodpovědným počínáním a neodpustitelným zločinem proti vlastnímu dítěti*“. Druhou skupinou respondentek jsou ženy, které sice samy alkohol nekonzumují, ale malé množství u ostatních těhotných tolerují. Malé množství shodně definují jako jedno pivo nebo 2 dcl vína za týden. Čtyři respondentky nevidí žádný problém právě v tomto malém množství (Schéma č. 2). Je potěšující zjištění, že u zkoumaného vzorku všechny ženy uvedly, že alkohol ve větších dávkách je škodlivý a samy ho nekonzumují. Musíme však spoléhat na upřímnost respondentek, protože ženy problémy s alkoholem ve většině případů tají. Tým Cornelloy univerzity vynalezl lék zvaný nikotinamide, který částečně omezuje poškození plodu vlivem prenatální expozice alkoholu. Experti, ale varují, že i tak není žádná omluva pro konzumaci alkoholu během těhotenství. Dle mého názoru je na zvážení, zda investovat čas, energii a peníze do léků částečně odstraňujících následky, a nebo do důsledné prevence v oblasti informovanosti o škodlivosti návykových látek v těhotenství.

Sedm z deseti dotazovaných žen se domnívá, že následky konzumace alkoholu a kouření jsou totožné, nevidí žádný rozdíl mezi poškozením dítěte vlivem kouření či požitím alkoholu. Nejčastěji uváděným důsledkem poškození alkoholem u dítěte byla menší porodní váha dítěte, kterou zvolily celkem čtyři respondentky. Druhým nejčastěji uváděným rizikem bylo postižení mozku dítěte, různé blíže nespecifikované vrozené vývojové vady dítěte, opakovaná onemocnění dítěte a předčasný porod, který potvrdily tři respondentky. Dvě dotazované ženy zmínily alergie + atopický exém, abstinenci příznaky dítěte, riziko potratu a poruchu osobnosti dítěte. Vždy jednou respondentkou byla uvedena jaterní cirhóza ženy, sociální problémy, nervové poškození dítěte, poškození očí dítěte, imunologické onemocnění dítěte, onemocnění dýchací soustavy dítěte, VVV srdce dítěte, špatný vývoj dítěte, astma dítěte, vyšší riziko náhlého úmrtí novorozence a nespavost dítěte (Schéma č. 3). Je překvapivé, že v dnešní době, která je přesytna množstvím informací, si může jedna z dotazovaných žen myslet: „*Po*

narození dítěte, kdy matka konzumovala alkohol v těhotenství, se mu postupně zmenšuje dávka alkoholu z důvodu postupného vymizení abstinenčních příznaků“.

Většina respondentek nikdy neslyšela o fetálním alkoholovém syndromu. Neví, co to je, ani jak se projevuje. Pouze některé dotazované ženy se pokoušely odvodit z názvu význam tohoto pojmu. Respondentka č. 2 pojem FAS zná, nedávno o něm četla v knize pro nastávající matky a umí vyjmenovat jeho projevy. Dotazovaná žena č. 4 také o FAS slyšela, ale specifikuje ho méně podrobněji (Schéma č. 4). Vzhledem k faktu, že spotřeba alkoholu v České republice v posledních letech roste, lze předpokládat i větší počet dětí s diagnózou FAS, jejich počet aktuálně není znám (47). Z tohoto výzkumu vyplývá, že většina žen nezná riziko této diagnózy ani její projevy.

Více než polovina respondentek vidí souvislost mezi konzumací alkoholu v prenatálním věku a poruchami chování u větších dětí. Ostatní ženy se domnívají, že poruchy chování, jako je například hyperaktivita, mají za následek vrozený temperament dítěte (Tabulka 2). Vztah mezi prenatální expozicí nikotinu a pozdějšími poruchami chování jsou jen dalším důvodem pro zvýšenou primárně preventivní aktivitu gynekologů a porodních asistentek (33).

Kouření je jednoznačně nejrozšířenější závislostí těhotných žen v České republice (15). Dle Pařízka by v ideálním případě měla žena přestat kouřit nejméně rok před plánovaným otěhotněním. Pokud se jí to nepovede, je důležité přestat v kteroukoli dobu gravidity, neboť i tak nastává snížení rizik a patologií souvisejících s kouřením (1). V našem výzkumném vzorku před otěhotněním nekouřily pouze tři respondentky. Příležitostná „sváteční“ kuřačka byla dotazovaná žena č. 2. Další skupina respondentek (R4 a R5) sice kouřily každý den do 5 cigaret, ale označují se za kuřačky „ne-závislé“ na tabáku. Respondentky č. 1, 6 a 8 byly ženy již závislé na tabáku, kouřily 6 – 10 cigaret za den. Poslední skupinu uzavírá dotazovaná žena č. 7, která kouřila před otěhotněním krabičku cigaret za den (Schéma č. 5). Jelikož jsem se vždy ve svém okolí setkávala se samými ženami plánujícími těhotenství, které nekouřily, překvapil mě poměr kouřících a nekouřících žen.

Z deseti dotazovaných žen se tři kouření v těhotenství nevzdaly. Jedna žena zredukovala počet vykouřených cigaret z 10 na 3 a má snahu přestat úplně, druhá

těhotná omezila počet vykouřených cigaret z 10 na 5 a třetí gravidní žena zredukovala krabičku cigaret za den na pět kusů za den. Obě zastávají názor, že toto zredukované množství jejich dětem nemůže uškodit. V ostatních případech ženy nekouří a kouření v souvislosti s těhotenstvím odsuzují. Dotazovaná žena č. 8 při zjištění těhotenství kouření okamžitě zanechala, ale protože ví, jak může být závislost na tabáku obrovská, kouření v omezeném množství neodsuzuje. Všechny dotazované ženy vědí, že kouření škodí jejich nenarozenému dítěti, proto některé kouřit přestaly úplně – 4 respondentky a 3 zásadně počet vykouřených cigaret zredukovaly (Tabulka č. 3). Hájek uvádí, že kouření do 5 cigaret denně nemá z perinatologického hlediska rozeznatelný efekt, u starších kuřáček stoupá riziko intrauterinní smrti plodu při vykouření asi 20 cigaret za den (15). Názory se opět rozcházejí, protože většina knih určených pro nastávající matky doporučuje kouření zanechat úplně. V oblasti kouření a těhotenství zaujal pozornost biochemik z Velké Británie J. Giles, který informoval o použití nového testu pro stanovení kotininu v moči v prenatalních poradnách. Okamžité viditelné změny zabarvení vzorku moči kuřáček by měly výrazně podpořit úsilí gynekologů při motivování žen k zanechání kouření (48). S podobným návrhem přišel i britský Národní institut pro klinickou kvalitu (NICE), který doporučuje, aby všechny těhotné ženy podstoupily test na přítomnost oxidu uhelnatého ve vydechaném vzduchu, signalizující kouření. Hledání těhotných kuřáček by dle NICE nebylo penalizací kuřáček, ale cestou, jak ženám pomoci zbavit se tohoto zlovyku. Nicméně Královská akademie porodních asistentek (RCM) proti tomuto návrhu protestuje. Poukazuje na to, že požadované dechové testy by mohly u nastávajících matek vyvolávat pocit viny (49). Dle mého názoru by takto dokonalá detekce cigaretového kouře z dechu vyvolala u českých těhotných žen nesouhlas. Samotné těhotenství musí být pro ženu dostatečným důvodem kouření zanechat nebo vyhledat odborníka na odvykání.

Polovina respondentek nezná náhradní nikotinovou terapii a neví nic o jejích účincích. Nejčastěji uvedená NTN byla terapie pomocí žvýkaček, náplasti znají tři dotazované ženy a elektronickou cigaretu uvedly dvě respondentky (Schéma č. 6). Pouze jedna respondentka má osobní zkušenost s odvykací náplastí a elektronickou cigaretou. Ráda bych uvedla, že respondentky mylně zařazují módní hit e-cigaretu jako

náhradní nikotinovou terapii. Dle organizace WHO není elektronická cigareta prostředek vhodný k odvykání kouření. Důvodů může být mnoho. Elektronická cigareta neobtěžuje okolí, proto může kuřák kouřit v podstatě všude. Výjimkou pak není, kdy e-kuřák vykouří za den mnohonásobek nikotinového ekvivalentu ve srovnání s cigaretami. Tedy jde o pravý opak toho, k čemu má náhradní nikotinová terapie sloužit. O odvykání tak vlastně nemůže být řeč. Názory odborníků na náhradní nikotinovou terapii se liší. Dle Hrubé řada experimentálních studií poskytla poznatky o mnohotvárné roli prenatální expozice izolovanému nikotinu, a proto je zpochybněna i její bezpečnost. Zásadně doporučuje nastávajícím matkám změnit své chování díky vysoké morální motivaci a tou je ochrana zdravého vývoje plodu (38). Dle Čecha je vhodné použít nikotinové preparáty ve formě žvýkačky nebo náplasti s postupně se snižující denní dávkou nikotinu. Důležité zůstává, že plod není vystaven oxidu uhelnatému a dalším toxickým látkám z cigaretového kouře a že se celková expozice nikotinu sníží (3). Také dánská studie ukazuje, že nikotinová substituční terapie redukuje u kuřaček incidenci intrauterinní demise. NTN redukuje možnost vzniku teratogenních efektů a podle výsledků této studie nedochází ani ke zvýšení incidence porodů mrtvých plodů (50). Dle odpovědí respondentek jich většina NTN nedůvěřuje, pouze dvě dotazované ženy důvěřují účinku NTN a hodnotí ji pozitivně.

Kouření v souvislosti s kojením téměř všechny ženy odsuzují a myslí si, že je stejně škodlivé jako v období těhotenství. Pouze respondentka č. 6 se domnívá, že malé množství cigaret, tj. pro ni 5 kusů, nemá na dítě negativní dopad a dotazovaná žena č. 7 nepřipouští žádnou negativní souvislost mezi kouřením a kojením (Tabulka č. 4). Informovanost v této oblasti se zdá dostatečná.

Jak již bylo zmíněno, většina žen se domnívá, že následky konzumace alkoholu a následky kouření jsou shodné (sedm žen z deseti). Jako nejčastější komplikace související s kouřením byl uveden předčasný porod a nižší porodní hmotnost dítěte. Jako druhou nejčastější komplikaci dotazované ženy uvedly abstinenci příznaky dítěte. Celkem tři respondentky přisuzují kouření špatnou imunitu dítěte, astma dítěte, zvýšené riziko potratu, blíže nespecifikovaná častá onemocnění dětí a psychické poruchy dítěte. Dvě dotazované ženy uvedly rakovinu plic matky, alergie dítěte, špatný vývoj dítěte,

respirační onemocnění dítěte, vrozené vývojové vady dítěte a zvýšené riziko SIDS. Vždy jedna respondentka uvedla astma matky, placentární komplikace, chronická bronchitida matky, vyšší riziko rakoviny trávicího traktu, nízký krevní tlak matky, špatně vyvinuté plíce dítěte, nízké Apgar skóre při narození, riziko cévních onemocnění matky a nespavost a podrážděnost dítěte (Schéma č. 7).

Dle Hrubé byly první nezpochybnitelné výsledky studií o škodlivém vlivu pasivního kouření na zdraví publikovány začátkem 80. let minulého století a v současné době je obecně přijímán názor, že expozice pasivnímu kouření vyvolává řadu různých nemocí a zvyšuje riziko úmrtí o 20 % (25). Sedm žen z deseti se pasivnímu kouření vyhýbá. Dvě dotazované ženy se mu v omezené míře nevyhýbají a pouze jedna respondentka nevidí problém v pasivní inhalaci cigaretového kouře (Tabulka č. 5).

Poslední část rozhovorů byla věnována poskytování informací od zdravotníků a jejich zájem o abusů kouření a alkoholu během pravidelných těhotenských prohlídek. U tří dotazovaných žen se gynekolog vůbec nezajímal o kouření a konzumaci alkoholu v těhotenství, i když jedna z žen v těhotenství kouřila. U dvou respondentek se lékař při první návštěvě informoval pouze na kouření, o alkohol se nezajímal, přičemž u druhé z žen se v minulé graviditě porodní asistentka informovala ještě při sepisování porodopisu. Myslím si, že tento údaj mělo uvést více respondentek, které již rodily, protože jde o povinný údaj při sepisování porodopisu. U čtyř žen se při první návštěvě prenatalní poradny o kouření a požití alkoholu zajímal gynekolog. Dvěma dotazovaným ženám lékař poskytl informace o škodlivosti alkoholu i kouření v těhotenství, u dalších dvou žen byl pouze zaznamenán anamnestický údaj, ale nikdo se nad tím nepozastavoval a žádné rady jim neposkytl. Pouze jedna respondentka uvedla, že se zdravotnický personál zajímal o její životní styl po celou dobu těhotenství, dostávala cenné rady, nikdy ji ale k ničemu nenutili (Tabulka č. 6). Dle Hrubé si pouze 12 % žen vzpomíná na rozhovor s lékařem v prenatalní poradně o kouření v těhotenství. Ženy uvádí, že o svém kouření hovořily častěji s přáteli či rodinou. V prevalenci těhotných kuřáček je v České republice veliký regionální rozdíl: v brněnské aglomeraci se pohybovala frekvence gravidních kuřáček okolo 5 %, naopak v severních Čechách kouřilo až 25 % těhotných žen. V mnoha vyspělých zemích těhotné ženy spontánně

zanechají kouření či zredukují množství vykouřených cigaret. Přesto však se doporučuje cíleně ženy motivovat v programech zahrnujících pedagogické a psychologické aspekty intervence. V těchto zemích se pak stává cílená motivace gravidních žen k zanechání kouření běžnou součástí práce každé porodní asistentky. Velmi inspirující programy lze nalézt v Holandsku, Norsku nebo Kanadě (44).

Jako 100% zdroj informací byl uveden internet. Některé z žen využívají spíše virtuální komunikace s ostatními těhotnými, některé zase dávají přednost těhotenským webům ze kterých získávají potřebné informace. Knihy a časopisy uvedly čtyři respondentky. Lékaře bohužel uvedla pouze jedna dotazovaná žena (Schéma č. 8).

Na základě výsledků z provedeného výzkumného šetření lze soudit, že stav informovanosti o vlivu alkoholu a kouření na vývoj plodu je podprůměrný. Respondentky sice vědí o škodlivosti těchto látek v těhotenství, ale podrobnější informace nemají. Z výzkumu dále vyplývá, že se zdravotnický personál ve většině případů nedostatečně informuje na abúzus alkoholu a kouření v těhotenství.

6 Závěr

Bakalářská práce se zabývala tématem alkoholu a kouření v těhotenství. Teoretická část shrnula poznatky o těhotenství, alkoholu a kouření obecně. Další kapitoly byly věnovány vlivu výše zmíněných omamných látek při užívání v těhotenství. Nedílnou součástí byla i úvaha nad úlohou porodní asistentky jako významného edukátora v procesu prevence.

Prvním cílem práce bylo zjistit názory, znalosti a stav informovanosti žen o vlivu alkoholu a kouření na vývoj jejich plodu. V souvislosti s tímto cílem byly položeny následující výzkumné otázky:

První výzkumná otázka – Jaké mají ženy informace o škodlivosti alkoholu v těhotenství? – ukázala, že gravidní ženy jsou si vědomy škodlivosti alkoholu v těhotenství, ale podrobnějších informací se jim nedostává. Ve většině případů neznají pojem fetální alkoholový syndrom, více než polovina respondentek nevidí problém v malých dávkách alkoholu konzumovaných během těhotenství.

Druhá výzkumná otázka – Jaké mají ženy informace o škodlivosti kouření v těhotenství? – přinesla stejné výsledky jako u alkoholu. Více než polovina respondentek se domnívá, že následky konzumace alkoholu a kouření jsou u dítěte totožné. Ženy jsou si vědomy škodlivosti kouření, ale podrobnější informace neznají. Polovina dotazovaných žen nezná náhradní nikotinovou terapii. Většina těhotných kouření v souvislosti s kojením nepřipouští, pasivní inhalaci cigaretového kouře se také většina vyhýbá.

Druhým cílem bylo zjistit, zda se lékaři a ostatní zdravotnický personál zajímá o to, zda těhotná žena požívá alkohol nebo kouří. V souvislosti s tímto cílem byly položeny následující výzkumné otázky:

Třetí výzkumná otázka – Jakým způsobem edukují zdravotníci těhotné ženy o škodlivosti alkoholu v těhotenství? – ukázala, že ve většině případů se zdravotnický personál o konzumaci alkoholu u těhotné ženy nezajímal.

Čtvrtá výzkumná otázka – Jakým způsobem edukují zdravotníci těhotné ženy o škodlivosti kouření v těhotenství? – přinesla stejnou odpověď jako u předchozí

výzkumné otázky. Zdravotníci se ve většině případů o kouření u těhotných žen nezajímali.

Výsledky výzkumu poukazují na to, že ženy jsou v této oblasti nedostatečně informovány. Jako pozitivní spatřuji fakt, že nastávající maminky jsou v tomto směru otevřené a o záležitosti související s těhotenstvím se zajímají. Negativním faktem je to, že informace týkající se užívání alkoholu a kouření v těhotenství nejsou ucelené a nepřichází včas.

Myslím si, že by bylo vhodné informovat ženy použitím edukační kampaně prostřednictvím informačních letáků (Příloha 6, Příloha 7), které by byly k dispozici v prenatálních poradnách, gynekologických čekárnách, předporodních kurzech či v periodikách určených nastávajícím maminkám. Zároveň by bylo dobré apelovat na zdravotníky, aby se této problematice věnovali i v rámci preventivních prohlídek již mnohem dříve, např. u dívek od 2. stupně základních škol.

7 Seznam použitých zdrojů

1. PAŘÍZEK, Antonín. *Kniha o těhotenství a dítěti: Český průvodce těhotenstvím, porodem, šestinedělím - až do dvou let dítěte*. Čtvrté vydání. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-653-3.
2. COOPEROVÁ, Carol. *Perfektní kniha o matce a dítěti*. První vydání. Bratislava: Perfekt, 2004. ISBN 80-8046-276-3.
3. ČECH, Evžen. *Porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 978-80-247-1303-8.
4. LOLL, Anna a Birgit ALTHAUS. *Těhotenský deníček*. Vydání první. Praha: Nakladatelství Jan Vašut, 2008. ISBN 978-80-7236-655-2.
5. LEES, Christoph, Karina REYNOLDSOVÁ a Grainne MCCARTANOVÁ. *Těhotenství v otázkách a odpovědích*. Vydání první. Praha: Ikar, 2002. ISBN 80-249-0017-3.
6. TRČA, Stanislav. *Budeme mít děťátko*. 8., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 2003. ISBN 80-247-0600-8.
7. *Velký lékařský slovník* [online]. 2008 [cit. 2012-07-17]. Dostupné z: <http://www.lekarske.slovniky.cz/pojem/fetalni-krevni-obeh>
8. BINDER, Tomáš a Blanka VAVŘINKOVÁ. *Těhotná v ordinaci gynekologa*. První vydání. Praha: Mladá fronta a.s., 2011. ISBN 978-80-204-2518-8.
9. SCHMIDTOVÁ, Jana. *Zdravotnické noviny* [online]. 2011 [cit. 2012-07-17]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/abuzus-alkoholu-v-tehotenstvi-a-jeho-dusledky-462791>
10. KOLEKTIV AUTORŮ SDRUŽENÍ SANANIM. *Drogy otázky a odpovědi*. Vydání první. Praha: Portál, s.r.o., 2007. ISBN 978-80-7367-223-2.
11. SHAPIRO, Harry. *Obrazový průvodce: Drogy*. První vydání. Praha: Svojtka & Co., s.r.o., 2005. ISBN 80-7352-295-0.
12. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vydání druhé. Praha: Portál, s.r.o., 2003. ISBN 80-7178-774-4.

13. NEŠPOR, Karel. *Alkoholik.cz* [online]. 2004 [cit. 2012-07-17]. Dostupné z: <http://www.alkoholik.cz/zavislost/ke-stazeni/online-knihy/category/1-online-knihy.html>
14. NEŠPOR, Karel a Andrea SCHEANSOVÁ. Alkohol, tabák a jiné návykové látky a reprodukční rizika. *Bulletin Sdružení praktických lékařů ČR*. 2010, roč. 20, č. 6, s. 32-38. ISSN 1212-6152.
15. HÁJEK, Zdeněk. *Rizikové a patologické těhotenství*. Vydání 1. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. ISBN 80-247-0418-8.
16. VAVŘINKOVÁ, Blanka a Tomáš BINDER. *Návykové látky v těhotenství*. Vydání 1. Praha: TRITON, 2006. ISBN 80-7254-829-8.
17. SEDLÁČKOVÁ, Kateřina a Blanka ŽIŽKOVÁ. Dopad užívání psychoaktivních látek v těhotenství. *Sestra*. 2007, roč. 17, č. 7-8, s. 35-36. ISSN 1210-0404.
18. HAMANOVÁ, Jana a Ladislav CSĚMY. Prenatální účinky alkoholu. *Československá pediatrie*. 2010, roč. 65, č. 10, s. 606-612. ISSN 0069-2328.
19. VAŠUT, Karel. *Léčiva v těhotenství*. Vydání první. Brno: Computer Press, a.s., 2007. ISBN 978-80-251-1452-0.
20. VELEMÍNSKÝ, Miloš a Blanka ŽIŽKOVÁ. *Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství*. 1.vydání. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-095-9.
21. NOVOTNÝ, Jan Sebastian a Zdeněk NOVOTNÝ. Současné trendy v diagnostice fetálního alkoholového syndromu. *Československá pediatrie*. 2009, roč. 64, č. 5, s. 251-256. ISSN 0069-2328.
22. *Medicína odborné fórum lékařů a farmaceutů* [online]. 2002 [cit. 2012-07-18]. Dostupné z: <http://www.zdrava-rodina.cz/med/med0402/med0436.html>
23. BEČKOVÁ, Ilona a Peter VIŠŇOVSKÝ. *Farmakologie drogových závislostí*. Vydání první. Praha: Nakladatelství Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-864-6.

24. Česká koalice proti kouření [online]. 2012 [cit. 2012-07-21]. Dostupné z:
http://www.dokurte.cz/?stranka=nemoci_zpusobene_kourenim&typ=clanky
Cigareta je droga
25. HRUBÁ, Drahoslava. Riziko kouření v těhotenství se stále podceňuje. Tolerovat kouření v těhotenství je neodborné a neetické. *Praktická gynekologie*, 2011, roč. 15, č. 1, s. 34-39. ISSN 1211-6645.
26. HÉDLOVÁ, Iva. *Detoxikace nikotinu z lidského organismu* [online]. 2005 [cit. 2012-07-21]. Dostupné z:
<http://www.zdravi4u.cz/rservice.php?akce=tisk&cislocclanku=2005062902>
27. HRUBÁ, Drahoslava. *Kouření a reprodukce* [online]. 2000 [cit. 2012-07-22].
Dostupné z: <http://www.med.muni.cz/prelek/zdravi/clanky/hruba/repro.html>
28. KRÁLÍKOVÁ, Eva a Veronika HIMMEROVÁ. Kouření a reprodukce: 1. část: Kouření a těhotenství. *Časopis lékařů českých*. 2004, roč. 143, č. 3, s. 207-210. ISSN 0008-7335.
29. KRÁLÍKOVÁ, Eva a Veronika HIMMEROVÁ. Kouření a reprodukce: 2. část: Kouření a těhotenství. *Časopis lékařů českých*. 2004, roč. 143, č. 4, s. 270-273. ISSN 0008-7335.
30. ASCHERMANN, Michael. Prevence aterosklerózy u dětí. *Cor et vasa*. 2011, roč. 53, č. 4-5, s. 230-233. ISSN 0010-8650.
31. KOŘENEK, Antonín. Nikotinismus a štítná žláza v časně graviditě. *Gynekolog*. 2008, roč. 17, č. 6, s. 219-222. ISSN 1210-1133.
32. REMEŠOVÁ, Tereza. *Kouření od početí k šestinedělí* [online]. 2010 [cit. 2012-07-23]. Dostupné z: <http://www.obsgynae.net/news/koureni-od-poceti-k-sestinedeli/>
33. KUKLA, Lubomír, Drahoslava HRUBÁ, Mojmír TYRLÍK a Halina MATĚJOVSKÁ. Poruchy chování u sedmiletých dětí - výsledky studie ELSPAC: Vývoj v období po narození. *Časopis lékařů českých*. 2008, roč. 146, č. 7, s. 387-391. ISSN 0008-7335.

34. ČUPKA, Jozef. *Zdravotnické noviny* [online]. 2011 [cit. 2012-07-19]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/lecba-zavislosti-na-tabaku-v-ordinaci-praktickeho-lekare-461859>
35. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2171-2.
36. ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Jaroslava KRÁLOVÁ. *Základní otázky komunikace: Komunikace (nejen) pro sestry*. První vydání. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-599-4.
37. NEŠPOR, Karel a Ladislav CSÉMY. Alkohol v těhotenství. *Časopis lékařů českých*. 2005, roč. 144, č. 10, s. 704-705. ISSN 0008-7335.
38. HRUBÁ, Drahoslava, Jindřich FIALA a Vladimír SOŠKA. Riziko kouření pro vznik kardiovaskulárních nemocí začíná už před narozením. *Česká gynekologie*. 2009, roč. 74, č. 5, s. 365-368. ISSN 1210-7832.
39. *Stop kouření!* [online]. 2012 [cit. 2012-08-05]. Dostupné z: <http://www.stop-koureni.cz/novinky/e-cigareta-pomaha-nebo-spis-skodi-78>
40. Výukový simulátor FAS. [online]. [cit. 2012-09-21]. Dostupné z: <http://www.google.cz/imgres?q=fetal+alcohol+syndrome&hl=cs&sa=X&biw=1152&bih=745&tbn=isch&prmd=imvns&tbnid=bTndUjg9r7Em5M:&imgrefurl=http://www.parenthood-project.co.nz/buy-a-ba>
41. Centra léčby závislosti na nikotinu. [online]. [cit. 2012-09-21]. Dostupné z: <http://www.bezcigaret.cz/monosti-odvykani>
42. Fetální alkoholový syndrom. [online]. [cit. 2012-09-21]. Dostupné z: <http://www.google.cz/imgres?q=fetal+alcohol+syndrome&start=129&num=10&hl=cs&biw=1152&bih=745&addh=36&tbn=isch&tbnid=DfKllzBVi7MSgM:&imgrefurl=http://www.canada.com/ottawacit>
43. Fagerströmův test nikotinové závislosti. [online]. [cit. 2012-09-21]. Dostupné z: <http://www.exnico.com/fagerstromuv-test-nikotinove-zavislosti>
44. HRUBÁ, Drahoslava a Igor CRHA. *Kouření a reprodukce*. 1. vydání. Brno: Vydavatelství Masarykovy univerzity, 2000. ISBN 55-965-2000.

45. Finanční noviny. [online]. [cit. 2012-11-17]. Dostupné z:
http://www.financninoviny.cz/zpravy/cesi-omezuji-spotrebu-cigaret-roste-poptavka-po-sypanem-tabaku/860534&id_seznam=1507
46. Zdravotnické noviny. [online]. [cit. 2012-11-17]. Dostupné z:
<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/novy-lek-by-mel-pomoci-detem-alkoholicek-171127?category=z-domova>
47. Zdravotnické noviny. [online]. [cit. 2012-11-17]. Dostupné z:
<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/dopad-uzivani-psychoaktivnich-latek-v-tehotenstvi-313490>
48. *Hygiena: 4. Evropská konference kouření nebo zdraví*. Praha: Tigris, 2008, roč. 53, č. 1. ISSN 1802-6281.
49. Zdravotnické noviny: Porodní asistentky nechtějí testovat kuřáčky. [online]. [cit. 2012-11-17]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/porodni-asistentky-nechteji-testovat-kuracky-452907>
50. *Medical tribune: Nikotinová substituční terapie ochrání plod*. Praha: Medical Tribune, 2008, roč. 4, č. 35. ISSN 1214-8911.

8 Přílohy

8.1 Seznam příloh

Příloha 1 Screeningový dotazník TWEAK (22)

Příloha 2 Výukový simulátor FAS (40)

Příloha 3 Centra léčby závislosti na nikotinu (41)

Příloha 4 Fagerströmův test nikotinové závislosti (43)

Příloha 5 Otázky rozhovoru s těhotnými ženami (zdroj vlastní)

Příloha 6 Grafický návrh letáku Alkohol v těhotenství? (9,18,42)

Příloha 7 Grafický návrh letáku Kouření v těhotenství? (23,24,29)

Příloha 1

Screeningový dotazník TWEAK (22)

Sledujeme	Otázka	Bodů
tolerance	Kolik alkoholu musíte pít, abyste se cítil v „povznesené náladě“?	více než dva „drinky“ = 2 body
obavy	Máte blízké přátele, kteří dali v poslední době najevo znepokojení z vašeho pití?	ano = 1 bod
ranní pití	Dáte si někdy „sklínku po ránu“?	ano = 1 bod
amnézie	Měla jste někdy na dobu pití tzv. „okno“?	ano = 1 bod
přestat	Přemýšlíte někdy o tom, že byste měla přestat pít?	ano = 1 bod

Vyhodnocení: Má-li některá z pacientek skóre vyšší než 3 body, jde s největší pravděpodobností o silnou pijačku.

Příloha 2

Výukový simulátor FAS (40)



Příloha 3

Centra léčby závislosti na nikotinu (41)

Referenční centrum léčby závislosti na tabáku pro ČR – III.interní klinika 1.LF UK v Praze na Karlově náměstí. Linka pro odvykání kouření 844 600 500 (za místní hovorné) – pracovní dny 14:00 – 18:00

Centrum léčby na tabáku při FN Motol

Fakultní nemocnice na Bulovce Klinika pneumologie a hrudní chirurgie 3.LF UK v Praze

Poradny pro odvykání kouření odborných lékařů v Praze – velký počet lékařů zabývajících se poradenskými službami

Poradny pro odvykání kouření – dostupné v téměř každém větším městě

Příloha 4

Fagerströmův test nikotinové závislosti (43)

Pro určení stupně kuřákovy závislosti na nikotinu slouží **Fagerströmův test**. Každá odpověď je bodována a míra závislosti se určuje podle konečného bodového součtu. Vyplnění testu obvykle zabere méně než jednu minutu, a přitom má test velmi dobrou vypovídací schopnost.

TEST

1	Jak brzy po probuzení vykouříte první cigaretu?	
	a) po více než hodině	0 bodů
	b) za 31-60 minut	1
	c) za 6-30 minut	2
	d) do 5 minut	3
2	Je pro vás těžké nekouřit tam, kde je to zakázáno?	
	a) ne	0
	b) ano	1
3	Které cigarety jste nejméně ochotni se vzdát?	
	a) první ranní	1
	b) jiné	0
4	Kolik cigaret kouříte denně?	
	a) méně než 10	0
	b) 11-20	1
	c) 21-30	2
	d) více než 30	3
5	Kouříte během první hodiny po probuzení častěji než během zbytku dne?	
	a) ne	0
	b) ano	1
6	Kouříte, i když jste nemocní tak, že trávíte většinu dne v posteli?	
	a) ne	0
	b) ano	1

Do 5 bodů je hodnocena závislost jako slabá. Kuřák by měl přestat dřív, než jeho závislost zesílí. Kuřáci se skóre 5 až 7 bodů mají silnou závislost a hrozí jim, že stanou extrémně závislími. Extrémně silnou závislost naznačuje skóre nad 7 bodů. Pokud chce kuřák s takto silnou závislostí na nikotinu přestat kouřit, neobejde se obvykle bez odborné pomoci zvenčí.

Příloha 5

Otázky rozhovoru s těhotnou ženou (zdroj vlastní)

Vážená paní,

jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, 3. ročníku kombinovaného studia oboru porodní asistentka. Ráda bych Vás touto cestou požádala o rozhovor, jehož výsledky budou podkladem pro zpracování bakalářské práce na téma Alkohol a kouření v těhotenství.

Ujišťuji Vás, že získané informace jsou přísně anonymní a budou použity pouze k vypracování mé bakalářské práce.

Předem děkuji za Vaši ochotu a spolupráci. Šárka Plešáková

Údaje o dotazované osobě:

1. Kolik je vám let?
2. Jaké máte vzdělání?
3. Kde pracujete nebo jste pracovala?
4. Jaký je váš rodinný stav?

Otázky rozhovoru:

1. Kolikáté je toto vaše těhotenství?
2. Kouřila nebo pila jste někdy alkohol před otěhotněním?
3. Jak prožíváte současné těhotenství?
4. Jaký je váš názor na kouření během těhotenství?
5. Motivovalo vás zjištění těhotenství k zanechání kouření nebo zredukování počtu vykouřených cigaret?
6. Pokud jste kouřila před těhotenstvím, jakým způsobem jste přestala nebo snížila počet cigaret v těhotenství?

7. Co si myslíte o náhradních nikotinových terapiích a vyzkoušela jste nějakou?
8. Jaký je váš názor na kojení v souvislosti s kouřením a jak dlouho plánujete kojit?
9. Jaký je váš názor na požívání alkoholických nápojů během těhotenství?
10. Jaký je váš názor na malé množství (např. 2 dcl vína za týden) alkoholu konzumovaného v těhotenství?
11. Umíte vyjmenovat rizika kouření v těhotenství (dopad na matku i dítě)?
12. Umíte vyjmenovat rizika konzumace alkoholických nápojů v těhotenství (dopad na matku i dítě)?
13. Víte jakým způsobem se projevuje fetální alkoholový syndrom u dítěte?
14. Myslíte si, že mohou mít poruchy chování u dětí (např. hyperaktivita, agresivita, neschopnost soustředit se) souvislost s konzumací alkoholu a kouřením v těhotenství?
15. Jaký je váš názor na pobyt těhotných v zakouřených prostorách (restaurace aj.)?
16. Zajímá se zdravotnický personál v prenatální poradně, zda kouříte nebo pijete alkoholické nápoje, pokud ano ve kterém období těhotenství to bylo?
17. Jaké informace vám lékař či porodní asistentka ohledně škodlivosti kouření a alkoholu v těhotenství poskytli?
18. Kde si myslíte, že můžete získat užitečné informace o zdravém životním stylu v těhotenství?
19. Myslíte si, že jsou těhotné ženy dostatečně informovány o škodlivosti alkoholu a kouření v těhotenství? Pokud ne, kde by se oblast kvality informací měla zlepšit?

Alkohol v těhotenství ?

Alkohol je droga celosvětově velmi rozšířená. Nadměrné užívání alkoholu vede ke změnám ve fungování člověka, výrazně ovlivňuje jeho zdravotní stav, může způsobit rodinné problémy vedoucí až k jejímu rozpadu a ovlivňuje také společenské uplatnění. Zvláště nebezpečná je konzumace alkoholu těhotnými ženami. Alkohol prochází volně placentou, působí na plod a způsobuje mu nenapravitelné škody. **V České republice 1/3 těhotných pokračuje v jeho dřívějším pití, aniž by věděla čeho se právě dopouští !**



Je prokázáno, že i malá dávka alkoholu má za následek trvalá poškození plodu !!!

Znaky fetálního alkoholového syndromu:

- ❖ obličejové anomálie – krátký zvednutý nos, tenký a úzký horní ret, plochý střed obličeje, anomálie boltců....
- ❖ mozková poškození – problémy s chováním a učením, dítě pomalu roste a neprospívá, poruchy vnímání, růstová retardace, ADHD, intelektový deficit.....
- ❖ vrozené deformace orgánů – deformované oční pozadí, srdeční defekty, anomálie skeletu....
- ❖ při narození – slabý sací reflex, poruchy spánku a celková podrážděnost...
- ❖ celoživotní nezdár dohnat své vrstevníky



Chcete dát svému dítěti do života ten nejlepší dar ?
Nepijte alkohol v těhotenství !

Kouření v těhotenství ?

Tabák má mezi drogami výjimečné postavení. Je to vyjma alkoholu jediná legalizovaná droga, která se prodává takřka bez omezení. Cigarety jsou tak jediné spotřební zboží, které je-li užíváno „dle návodu“, způsobí smrt. V České republice je asi 2,2 mil. kuřáků a každoročně u nás umírá na následky kouření 18000 lidí, což je asi 50 lidí denně. Kouří-li žena v těhotenství nikotin koluje v krevním oběhu plodu, je obsažen v plodové vodě a následně i v mateřském mléce.



Jak může cigareta ublížit

Vašemu dítěti?

- vrozené vývojové vady – rozštěp rtu, patra, malformace dolních končetin
- nízká porodní hmotnost – děti kuřaček jsou zhruba o 200-250 g lehčí
- syndrom náhlého úmrtí kojence - 2-5x vyšší riziko
- poruchy chování - hyperaktivita, ADHD, agresivita, nižší IQ
- zvýšené riziko rakoviny v dětství
- vyšší výskyt astmatických onemocnění v dětství
- vyšší kazivost chrupu,.....

Jak cigareta ublíží Vám?

- vyšší riziko mimoděložního těhotenství
- o 25% vyšší riziko potratu
- placentární komplikace
- předčasný porod – 1,5-2 x vyšší riziko
- infarkt, respirační infekce
- zvýšené riziko rakoviny děložního hrdla
- poruchy krevního oběhu, vředy
- ostatní nemoci související s kouřením: poruchy srdeční činnosti, tvorba krevních sraženin.....a mnoho dalších

„Kdyby plod v matčině lůně mohl mluvit, řekl by: Maminko, nekuř! Kouříš-li ty, musím kouřit i já.“

(Crha, Hrubá)

Poradte se na Lince pro odvykání kouření! 844 600 500

