Zdravotně sociální fakulta
Faculty of Health and Social Sciences

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
University of South Bohemia in České Budějovice

Problematika kojení u žen zneužívajících tabákové výrobky

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:

OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Bc. Magda Kubínová

Vedoucí práce: Mgr. Andrea Schönbauerová Ph.D.

České Budějovice 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „Problematika kojení u žen zneužívajících tabákové výrobky“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích 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 bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne …….. .....

Bc. Magda Kubínová

Poděkování

Za odborné vedení, velkou míru trpělivosti a ochoty, lidský přístup a také za cenné a podnětné rady při zpracovávání mé diplomové práce s názvem „Problematika kojení u žen zneužívajících tabákové výrobky“ děkuji vedoucí práce paní Mgr. Andree Schönbauerové Ph.D.

Problematika kojení u žen zneužívajících tabákové výrobky

Abstrakt

Současný stav

Kojení je nejoptimálnější a nejpřirozenější způsob výživy všech novorozenců a kojenců. Přináší mnoho výhod matce i dítěti. V mateřském mléce je ideální poměr cukrů, tuků i bílkovin, ale i vitamínů, minerálů a stopových prvků. Užívání tabákových výrobků by v období laktace mělo být tabu. Nikotin spolu s dalšími škodlivými látkami přechází do mateřského mléka a ovlivňuje tak jeho složení i chuť a negativně působí především na zdraví kojeného dítěte.

Cíle práce

Pro danou práci byly stanoveny čtyři cíle. C1: „Zjistit informovanost matek o rizicích spojených s užíváním tabákových výrobků v době kojení.“ C2: „Odhalit, jaké problémy se pojí s kouřením v době kojení.“ C3: „Zjistit, jaká je motivace matek pro pokračování v kouření během kojení.“ C4: „Vytvořit edukační materiál pro matky o rizicích kouření v době kojení.“

Metodologie

Při realizaci výzkumného šetření bylo využito kvalitativního výzkumného šetření formou hloubkových rozhovorů s matkami, které mají zkušenost s kouřením tabákových výrobků v období kojení. Odpovědi matek byly písemně zaznamenávány a poté přepsány do programu Microsoft Word. Následné kódování a vytváření schémat bylo provedeno prostřednictvím programu Atlas.ti. Výzkumný soubor byl tvořen osmi matkami. Byla použita metoda sněhové koule.

Výsledky

Z výzkumného šetření vyplývá, že znalosti matek kuřaček o rizicích a problémech spojených s užíváním tabákových výrobků v období kojení jsou nedostačující. Některé matky nedokázaly uvést ani jedno riziko Jako nejčastější problémy v důsledku kouření v době kojení matky uváděly neklid, nespavost a častý pláč dítěte. Důvodem pro

pokračování v kouření je pro matky lepší zvládání stresu, pocity uklidnění a uvolnění, touha mít chvíli pro sebe a s tím spojený i únik od reality, závislost a zlozvyk.

Závěr

Z výzkumného šetření vyplývá, že kojící matky kuřačky mají nedostatek informací týkajících se problémů spojených s užíváním tabákových výrobků v období kojení. Tyto nedostačující informace a znalosti svědčí o nutnosti osvěty. V této oblasti je úloha dětské sestry a porodní asistentky nezastupitelná. Mezi nejčastější problémy spojené s kouřením v době kojení můžeme zařadit nespavost, neklid a častý pláč dítěte. Mezi nejčastější důvody pro pokračování v kouření v době kojení patří lepší zvládání stresu, pocity uklidnění a uvolnění, touha mít chvíli pro sebe, relaxace, závislost, zlozvyk a různé psychické či rodinné problémy.

Klíčová slova: matka, dítě, kojení, kouření tabáku, ošetřovatelská péče

The issue of breastfeeding by women abusing tobacco products

Abstract

Introduction

Breastfeeding is the most optimal and natural way to feed all newborns and infants. It brings many benefits to both mother and baby. Breast milk has an ideal ratio of sugars, fats and proteins, as well as vitamins, minerals and trace elements. Tobacco use should be taboo during lactation. Nicotine, together with other harmful substances, passes into breast milk and thus affects its composition and taste, and has a negative effect on the health of the breastfed baby.

Objectives

Four objectives were set for this thesis. O1: "Find out the level of awareness of the risks of using tobacco products while breastfeeding." O2: "Find out what problems are associated with smoking while breastfeeding." O3: "Find out what motivates mothers to continue smoking during breastfeeding. O4: "Create an educational material for mothers about the risks of smoking during breastfeeding."

Methodology

During the implementation of the research survey, a qualitative research survey was used in the form of in-depth interviews with mothers who have experience with smoking tobacco products during breastfeeding. The mothers' answers were recorded in writing and then transcribed into the Microsoft Word program. Subsequent coding and diagram creation was performed using the Atlas.ti program. The research group consisted of eight mothers. The snowball method was used.

Results

The research shows that smokers mothers knowledge of the risks and problems associated with the use of tobacco products during breastfeeding is unsifficient. Some mothers were unable to identify a single risk. Mothers reported restlessness, insomnia, and frequent crying as the most common problems with smoking while breastfeeding. The reason for continuing to smoke is better for mothers to manage stress, feelings of calm and

relaxation, the desire to have a moment for themselves and the associated escape from reality, addiction and bad habit.

Conclusion

The research shows that breastfeeding smokers mothers lack information about the problems associated with the use of tobacco products during breastfeeding. This lack of information and knowledge indicates the need for enlightenment. The role of a child nurse and midwife in this area is irreplaceable. The most common problems associated with smoking during breastfeeding are insomnia, restlessness and frequent crying of the baby. The most common reasons for continuing to smoke during breastfeeding include better stress management, feelings of calm and relaxation, the desire to have a moment to myself, relaxation, addiction, bad habit and various mental of family problems.

Key words: mother, child, breastfeeding, tobacco smoking, nursing care

Obsah

Úvod ... 10
1 Současný stav ... 11

1.1 Kojení ... 11

1.1.1 Fyziologie kojení ... 11
1.1.2 Mateřské mléko ... 13
1.1.3 Význam kojení ... 14
1.1.4 Výhody pro matku ... 15
1.1.5 Výhody pro dítě ... 16
1.1.6 Zásady kojení ... 17
1.1.7 Výživa matky v období kojení ... 18
1.1.8 Kontraindikace kojení ... 21
1.1.9 Problémy při kojení a alternativní způsoby krmení ... 22
1.1.10 Role dětské sestry v edukaci a podpoře kojení ... 24

1.2 Užívání tabákových výrobků v období kojení ... 25

1.2.1 Nikotin ... 25
1.2.2 Závislost na nikotinu ... 26
1.2.3 Pasivní kouření ... 28
1.2.4 Kouření z třetí ruky ... 29
1.2.5 Kouření v době těhotenství ... 31
1.2.6 Vliv kouření na dítě v době kojení ... 32
1.2.7 Úloha sestry v prevenci kouření v době kojení ... 33
2 Cíle práce a výzkumné otázky ... 35

2.1 Cíle práce ... 35
2.1 Výzkumné otázky ... 35
3 Metodika ... 36

3.1 Metodika výzkumu ... 36
3.2 Charakteristika výzkumného souboru ... 36

4 Výsledky výzkumu 37

4.1 Kategorizované výsledky z rozhovorů s matkami 37

4.1.1 Identifikační údaje 37
4.1.2 Počet a věk dětí 38
4.1.3 Začátek a důvod kouření 40
4.1.4 Délka kouření a množství cigaret 43
4.1.5 Přínos a význam kouření 45
4.1.6 Názor na kouření a doba kouření ve vztahu ke kojení 47
4.1.7 Vliv kouření na dítě a místa kouření 50
4.1.8 Problematika kojení 53
4.1.9 Zanechání kouření 55
4.1.10 Motivace pro kouření v době kojení 57
4.1.11 Znalost rizik 59
4.1.12 Zdroj informací 61
4.1.13 Nejčastější problémy 63
4.1.14 Chování dítěte 65
4.1.15 Informovanost 67
4.1.16 Způsob informování a získaná doporučení 69

5 Diskuse 72

Závěr 78

Seznam použité literatury 80

Seznam příloh 86

Seznam zkratek 87

Úvod

Tématem diplomové práce je problematika kojení u žen zneužívajících tabákové výrobky. Tato práce by měla sloužit k seznámení s problematikou kojení a kouření, s jakými problémy se nejčastěji matky kuřačky potýkají, jaká je jejich informovanost v této oblasti a jaké jsou důvody pro pokračování v kouření i v době kojení. Kojení je nejoptimálnější výživou novorozenců a kojenců a přináší spoustu výhod nejen dítěti, ale také matce. Nikotin přechází do mateřského mléka a ovlivňuje jeho složení i chuť. Děti matek kuřaček, které kojí, přijímají dvojnásobné množství nikotinu, a to trávicím traktem a dýchacími cestami. V mateřském mléce se vyskytuje větší množství nikotinu než v krvi matky.

Tato problematika je stále aktuální, protože je málo literárních zdrojů na toto téma, především zdrojů českých. Kouření v době kojení by však mělo být tabu, neboť negativně působí na zdraví kojeného dítěte. Zneužívání tabákových výrobků v období kojení způsobuje různé problémy od neklidu, nespavosti až po různé zdravotní komplikace či onemocnění.

Mnoho žen tyto informace nemá nebo má informace velmi nedostatečné a neuvědomuje si riziko tohoto chování. Proto je velice důležité edukovat ženy kuřačky o rizicích a problémech spojených s kouřením v období kojení. S vyšší informovaností by byla i větší možnost eliminovat rizika spojená s užíváním tabákových výrobků v době kojení.

Práce by měla sloužit k seznámení s problematikou kojení u žen zneužívajících tabákové výrobky. Výsledky práce by mohly pomoci dětským sestrám ke zmapování situace, jakým způsobem, a jak kvalitně jsou poskytovány informace matkám kuřačkám o rizicích a problémech kouření v období kojení a mohla by tak pomoci ovlivnit změny v edukaci o této problematice. Výsledky práce by měly sloužit jako studijní podklady, jak sestrám, které se s touto problematikou setkávají, tak studentům oboru dětská sestra a porodní asistentka.

1 Současný stav

1.1 Kojení

Kojení je optimální a nejpřirozenější způsob výživy všech dětí v prvních měsících života. Zajišťuje všechny potřebné živiny a splňuje jak potřeby výživové, tak emoční (Černá, Kollárová, 2015). Výlučné kojení je doporučeno po dobu prvních šesti měsíců života, kdy je mateřské mléko dokonalou výživou dítěte a zajišťuje jeho optimální růst a vývoj (Gaskinová, 2011). Po uplynutí šesti měsíců je vhodné kromě kojení zařadit také příkrmy. Z doporučení Světové zdravotnické organizace (World Health Organization – WHO) vyplývá, že po šestiměsíčním výlučném kojení, je prospěšné dále kojit s postupným zaváděním příkrmů minimálně do dvou let věku dítěte (Westerfield et al., 2018).

Tento způsob výživy je nezbytnou složkou preventivních programů pro 21. století a je také součástí agendy Národního programu podpory zdraví. Podpora a prosazování kojení je také jedním z cílů programu Světové zdravotnické organizace nazvaného Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI), neboli Iniciativa pro nemocnice přívětivé dětem. V posledních letech došlo k velkému nárůstu nemocnic s tímto označením. *„Toto označení je udělované zařízením, která nejen respektují právo dítěte na kojení, ale současně vytvářejí podmínky podporující kojení. Tento trend klade zvýšené nároky na znalost výše zmíněné problematiky ze strany ošetřujícího personálu. Na oddělení šestinedělí se kojením zabývají zejména dětské sestry ve spolupráci s porodními asistentkami“* (Slezáková et al., 2017, s. 251).

1.1.1 Fyziologie kojení

Příprava mléčné žlázy na tvorbu mateřského mléka probíhá po celou dobu těhotenství. Tento proces je ovlivňován mnoha hormony, z nichž mezi nejdůležitější patří estrogeny, gestageny a placentární hormony. Do procesu tvorby mateřského mléka jsou zapojené hormony prolaktin a oxytocin (Hájek et al., 2014). Před otěhotněním je prs tvořen vazivovou a tukovou tkání a má základy mléčných žláz. V průběhu těhotenství dochází k vývoji žlázové tkáně, složené z alveolů, buněk, v nichž se mléko tvoří, a z mlékovodů (Cabrnochová et al., 2009). Vlivem hormonů dochází v průběhu těhotenství ke změně poměru tukové a žlázové tkáně. Estrogeny ovlivňují vývodný systém a progesteron působí na zvětšování žlázových lalůčků mléčné žlázy a alveolů. Kromě těchto hormonů

se uplatňují také placentární hormony, kterými jsou laktogen, kortikoidy, inzulin, hormony štítné žlázy a růstový hormon (Laktační liga, 2015). Jak prs roste a vyvíjí se, dochází k částečné ztrátě tuku, který je nahrazen zvětšující se žlázou. K nápadnému zvětšení žlázy dochází druhý až třetí den po porodu, kdy se postupně začíná tvořit mléko. Všechny výše popsané změny proběhnou bez ohledu na to, zda matka po porodu kojí či nikoli. Jestliže matka nekojí vůbec, nebo brzy kojit přestane, dochází ke zmenšení mléčné žlázy (Cabrnochová et al., 2009).

Před porodem se u matky zvyšuje produkce prolaktinu. I přes jeho zvyšující se tvorbu je produkce mléka blokována vysokou hladinou estrogenů. Proto v mléčné žláze před porodem dochází k tvorbě a sekreci malého množství kolostra. Prolaktin je nazýván hormonem mateřství a v latinském překladu znamená „pro mléko“. Tento hormon je vylučován hypofýzou a umožňuje rozšíření a dozrávání kanálků a lalůčků prsní žlázy (Gaskinová, 2011). Produkce prolaktinu stoupá po porodu po přiložení dítěte k prsu a nejvíc se ho tvoří v noci. Potlačuje ovulaci a jeho hladina klesá zhruba po třech měsících (Laktační liga, 2015). V průběhu těhotenství hladina prolaktinu roste a nejvyšších hodnot dosahuje během prvních dnů po porodu. K jeho poklesu dochází až tři měsíce po porodu, ale na laktaci to nemá žádný vliv (Slezáková et al., 2017). V prsou jsou uloženy nervy, které reagují na otírání a sání dítěte tak, že vyšlou signál do hypofýzy, aby uvolnila hormon prolaktin. Vysoká hladina estrogenu a progesteronu po porodu prudce klesne a díky prolaktinu začnou mlékotvorné buňky produkovat mlezivo (Gaskinová, 2011). K tvorbě mléka dochází na podkladě signálů z hypofýzy a laktace nastupuje i po předčasném porodu, ale i po potratu či porodu mrtvého dítěte. Po porodu je tvorba mléka závislá na intenzitě kojení a trvá, dokud je po něm poptávka (Slezáková et al., 2017).

Dalším významným hormonem, který má vliv na kojení, je hormon oxytocin. Tento hormon je nazýván hormonem klidu a lásky, protože matka při kontaktu se svým dítětem právě tyto pocity prožívá. Oxytocin se vyplavuje do krve matky ze zadního laloku hypofýzy a ovlivňuje mateřské mléko. Díky jeho vzestupu dochází k uvolňování a porodu placenty. Podílí se také na zavinutí dělohy, napomáhá při zotavování organismu matky po porodu a snižuje poporodní krvácení (Gaskinová, 2011). Tento hormon se tvoří rychleji než prolaktin a působí ještě dřív, než začne dítě sát. K jeho vyplavení dochází už jen při pohledu na dítě, dotecích, zaslechnutí jeho pláče, či samotné myšlence na dítě (Laktační liga, 2015). Oxytocin působí na mateřské chování a je velmi ovlivňován

stresem. Proto by se matka po porodu měla, pokud možno vyvarovat nadbytečného stresu (Gaskinová, 2011).

K tvorbě mléka dochází ve žlázové tkáni prsu v alveolárních buňkách. Drážděním nervosvalových zakončení v oblasti prsní bradavky a dvorce, při sání dítěte, se do krve matky uvolňuje hormon prolaktin a oxytocin. Oxytocin způsobí stažení myoepitelových buněk vývodného systému, čímž dojde k vypuzení mléka (Hájek et al., 2014). Tento reflex je nazýván ejekčním nebo také reflex letdown. Je výrazně ovlivňován vnějšími vlivy. Ejekční reflex některé ženy ani necítí a některé zase ano. Matky, které ho pociťují, ho popisují jako příjemné a teplé chvění či brnění, které se z prsou šíří. To že některé matky tento reflex necítí, neznamená, že nefunguje. Když je dítě správně přisáté, saje a polyká, je to důkaz toho, že reflex funguje (Gaskinová, 2011).

1.1.2 Mateřské mléko

Krmení mateřským mlékem je nejpřirozenějším a nejvhodnějším způsobem výživy novorozenců a kojenců. Díky svému složení tato nenahraditelná tekutina zcela vyhovuje potřebám dítěte, které se v průběhu dnů mění (Bláhová et al., 2019). V mateřském mléce je ideální poměr cukrů, tuků i bílkovin, ale také vitamínů, minerálů a stopových prvků. Mateřské mléko ještě obsahuje řadu enzymů, hormonů, obranných látek a růstových faktorů (Hájek et al., 2014). Díky přítomnosti specifických cukrů napomáhá k vytváření osídlení střevní sliznice prospěšnými bakteriemi, což zlepšuje trávení a napomáhá v tvorbě imunitního systému kojence. V mateřském mléce jsou obsaženy obranné látky, které dítě chrání před různými infekcemi a alergiemi (Černá, Kollárová, 2015).

Prvním nápojem dítěte při kojení za normálních okolností je mlezivo neboli kolostrum. Tato hustá nažloutlá tekutina se začíná tvořit již ve druhém trimestru těhotenství. Mlezivo působí z části také jako projímadlo, a tak dítěti napomáhá vyloučit první tmavou stolici zvanou smolka (Gaskinová, 2011). Novorozenec má zásoby vody a energie na dva až tři dny již z těla matky. Koncem druhého dne či třetí den po porodu se začne tvořit větší množství mléka. Důležité je první přiložení k prsu, které by mělo být provedeno nejpozději do dvou hodin od porodu (Gregora, Zákostelecká, 2014).

Kolostrum je bohaté na bílkoviny a obsahuje méně cukrů a tuků než zralé mateřské mléko (Gaskinová, 2011). Toto mléko se postupně přeměňuje v mléko přechodné a následně v mléko zralé. U předčasně narozených dětí se složení mléka liší, ale respektuje všechny jejich výživové potřeby (Černá, Kollárová, 2015). Mlezivo je velmi důležité, jelikož obsahuje nespočet obranných látek jako je imunoglobulin A, lyzozym a laktoferin a chrání tak dítě před nepříznivými mikroorganismy. Díky složení, které je bohaté právě na bílkoviny, vitamíny a hlavně obranné látky, je mlezivo kaloricky vydatné, ale také lehce stravitelné (Gaskinová, 2011). Složení kolostra a mateřského mléka ve své knize popisují Černá a Kollárová (2015). Následný popis složení je udáván v g/l. Kolostrum obsahuje 27 g bílkovin, 53 g cukrů, 29 g tuků, 0,32 g vápníku a 3,4 g soli. Zralé mateřské mléko obsahuje 13 g bílkovin, 72 g cukrů, 35 g tuků, 0,32 g vápníku stejně jako u kolostra a 2,5 g soli (Černá, Kollárová, 2015).

Bílkoviny v mateřském mléce zajišťují optimální vývoj dítěte. Složení tuku závisí především na výživě matky a mění se i během jednoho kojení. Obsahuje také množství nenasycených mastných kyselin, které jsou nezbytné pro vývoj mozku, sítnice a pro myelinizaci. Mateřské mléko je také velmi bohaté na cholesterol. Z cukrů je v mateřském mléce obsažena především laktóza, která podporuje optimální vývoj CNS a napomáhá při vstřebávání vápníku a železa (Černá, Kollárová, 2015). Kvalita a obsah živin v mateřském mléce je ovlivňován stravou kojící matky. Nejvíce složení mateřského mléka ovlivňuje obsah vitamínů rozpustných ve vodě, poté obsah vitamínů rozpustných v tucích a nejméně minerály ve výživě kojící matky. Nedostatek vitamínů A, B1, B2, B6, B12, jódu a selenu v matčině stravě může vést k jejich nižší hladině v mateřském mléce (Gregora, Zákostelecká, 2014).

1.1.3 Význam kojení

Mezi matkou a kojencem vzniká během kojení velké citové pouto, které hraje významnou roli v dalším vývoji dítěte. Velmi důležité je, aby byl novorozenec přiložen k prsu co nejdříve, nejlépe do třiceti minut, nejpozději však do dvou hodin po porodu. Sací reflex dítěte a produkce hormonů je nejsilnější v průběhu jedné hodiny po porodu (Slezáková et al., 2017). Známkou správného kojení je uvolněná matka, kdy je v pohodlné poloze a nepociťuje žádnou bolest. Dítě by mělo být přimknuto těsně k matčině tělu a hlavička a tělo dítěte by mělo být v jedné rovině, čelem k prsu. Kojenec by se měl k prsu přibližovat nosem a jeho brada by se měla prsa dotýkat. Při kojení by měl také mezi

matkou a dítětem probíhat oční kontakt. Ústa kojence by měla být široce otevřena a rty ohrnuty ven. Dítě při správném sání dělá pomalé a hluboké loky s pauzami, kdy je slyšet polykání, nikoli však mlaskání či srkání a tváře dítěte jsou kulaté a plné (Laktační liga, 2015). Fendrychová (2011) ve své knize klade důraz na důležitost péče o prsy, což je jedním ze základních předpokladů správného kojení. Matka by měla nosit kojeneckou podprsenku a pro únik mateřského mléka je vhodné nosit absorpční vložky. Prsy by si žena měla mýt čistou vodou bez použití sprchových gelů či jakýchkoli mýdel (Fendrychová, 2011). Kojení přináší širokou řadu nepostradatelných výhod pro matku i dítě. Tyto výhody se týkají oblastí zdravotní, výživové, psychologické, imunologické, sociální i ekonomické (Gaskinová, 2011).

1.1.4 Výhody pro matku

Kojení matce přináší spoustu výhod v mnoha oblastech. Mateřské mléko má vždy optimální teplotu, je sterilní a navíc je k dispozici kdykoli a kdekoli (Slezáková et al., 2017). Tento způsob výživy dítěte je nejvhodnější a je levnější než výživa umělá. Nejenže je kojení nejpohodlnější forma výživy novorozenců a kojenců, neboť je vždy k dispozici, ale má také zásadní vliv na zdraví kojící matky (Gregora, Velemínský, 2017). Při kojení dochází k podpoře citové vazby mezi matkou a dítětem. Hormon oxytocin, který se uvolňuje při porodu a vyšších hladin dosahuje právě při kojení, způsobuje rychlejší zavinování dělohy a napomáhá k návratu do jejího původního stavu před otěhotněním. Vyplavení oxytocinu také dále snižuje poporodní krvácení. Tím se tak lépe uchovají zásoby železa a snižuje se riziko vzniku anémie (Gaskinová, 2011).

Kojící matky se ke své původní hmotnosti vrátí rychleji než matky, které nekojí. Kojení snižuje riziko rozvoje rakoviny prsu, vaječníků a chrání před vznikem osteoporózy (Gregora, Zákostelecká, 2014). Prostřednictvím kojení se matka učí poznávat potřeby dítěte a tím se podporuje jejich vzájemný vztah (Slezáková et al., 2017). O výhodách pro matku i dítě, které kojení přináší, by měly být informovány všechny ženy již v průběhu těhotenství. Kojit své dítě může skoro každá žena až na pár výjimek. Důležité je matku v kojení povzbuzovat a napomáhat jí v překonávání případných překážek. Zvláštní pozornost by měla být věnována matkám s předchozí špatnou zkušeností s kojením a matkám prvorodičkám (Gaskinová, 2011). Další důležitá výhoda kojení se týká oblasti životního prostředí, kdy je snížená spotřeba lahví. Také z hlediska hospodářského, kdy se snižují roční náklady na zdravotní péči (Walters et al., 2019).

1.1.5 Výhody pro dítě

Krmení mateřským mlékem přináší spoustu výhod nejen matce, ale především kojenému dítěti. Mateřské mléko je tekutina, která svým nenahraditelným složením kryje dětské nutriční potřeby. Je to nejpřirozenější způsob výživy všech novorozenců a kojenců. Složení mateřského mléka se mění v závislosti na věku kojence a zajišťuje mu tak optimální a zdravý růst a vývoj. Z hlediska psychologického má kojení pozitivní vliv také na kognitivní vývoj a navozuje u něj pocity bezpečí a jistoty (Gregora, Zákostelecká, 2014).

Mateřské mléko obsahuje také protilátky a řadu složek s protizánětlivými účinky. Další důležitou výhodou kojených dětí je tak ochrana před infekčními nemocemi. Děti krmené mateřským mlékem trpí méně na infekce dýchacích cest, jako je například zánět průdušek či zánět hrtanu, dále na střevní infekce, nejčastěji průjmy, které mívají těžký průběh a záněty středního ucha (Gregora, Zákostelecká, 2014). Gregora a Velemínský (2017) ve své knize poukazují na důležitost suplementace vitamínu D a K (Gregora, Velemínský, 2017). Některé výzkumy prokázaly snížené riziko vzniku astmatu, Hodgkinovy choroby, hypercholesterolemie, leukémie, obezity a diabetu 1. a 2. typu u kojených dětí. Také snížení počtu hospitalizací obecně pro onemocnění dýchacích cest (Balogun et al., 2016).

Kojení je také velmi důležité z hlediska potravinových alergií. Jestliže je dítě kojeno výhradně mateřským mlékem a nedostává jinou stravu, je perfektně chráněno před vznikem alergií z potravy a alergiemi či intolerancemi v budoucnu (Laktační liga, 2015). Snižuje i riziko vzniku anémie z nedostatku železa. I přesto, že mateřské mléko obsahuje méně železa než mléko kravské, je mnohem lépe využívané. Kojení má pozitivní vliv na vývoj kostí a snižuje také riziko vzniku osteoporózy v dospělosti (Gregora, Zákostelecká, 2014).

Tělesným kontaktem matky a dítěte při kojení se vytváří a posiluje pevné citové pouto, které je důležité pro optimální vývoj psychických a sociálních schopností (Gregora, Zákostelecká, 2014). Psychická pohoda matky a citové pouto k dítěti pozitivně ovlivňuje duševní zdraví obou. Při kojení se matka taktéž postupně učí rozpoznávat jeho potřeby (Gregora, Velemínský, 2017).

1.1.6 Zásady kojení

V současné praxi je první den po porodu patrná snaha o maximalizaci kontaktu dítěte s matkou tak, aby si novorozeně ihned utvářelo intenzivní pouto a mělo možnost se přisát k prsu či se jen mazlit. I v případě hospitalizace rodičky na JIP po císařském řezu by se měl novorozenec přikládat k prsu pravidelně přibližně asi po třech hodinách, umožní-li to zdravotní stav matky. Délka a frekvence kojení by se neměla omezovat (Gregora, Zákostelecká, 2014). Dokrmování by mělo být pouze v případech indikovaných lékařem, a to alternativními způsoby, například lžičkou, kádinkou, stříkačkou po prstu, nikoli z lahve. Různé náhražky jako dudlíky a lahve kazí techniku kojení (Gregora, Velemínský, 2017). Kojit by matka měla i v noci. Produkce prolaktinu a oxytocinu je v noci vyšší než přes den. Dítě nemá být kojeno podle předem stanovených intervalů, ale podle jeho měnících se potřeb (Slezáková et al., 2017).

V nemocnicích by se měl praktikovat systém rooming in. Sestry by měly matku naučit správné techniky kojení a také jak udržet laktaci, když je od svého dítěte oddělena. Další důležitá věc je, aby matky dokázaly řešit problémy s prsy, jako jsou ragády, bolestivé nalití prsou a další komplikace. V případě vyskytnutí těchto problémů a překážek, by matky měly umět odstříkávat mateřské mléko správnou technikou. U vícečetných porodů, dětí s nízkou porodní hmotností, porodů sekcí nebo u dětí s rozštěpem patra či rtu by se mělo kojení taktéž podporovat. Důležité je, aby matky věděly, že existují telefonní linky, na které se mohou po propuštění z nemocnice obrátit a získat podporu ve formě laktačního poradenství. (Slezáková et al., 2017).

Každé zařízení, které poskytuje péči matkám a novorozencům by se mělo řídit tak zvanými deseti kroky k úspěšnému kojení. Tuto strategii kojení vypracoval Dětský fond Organizace spojených národů UNICEF (Gregora, Velemínský, 2017). První krok poukazuje na to, že by každé takové zařízení mělo mít písemně vypracovaný systém kojení. Druhý krok se zabývá proškolením veškerého zdravotnického personálu, co se týče dovedností, které jsou nezbytné k provádění této strategie. Třetí krok poukazuje na důležitost informovanosti všech těhotných žen o veškerých výhodách kojení. Důležité je, aby se matkám umožnilo kojení do třiceti minut po porodu. Nutné je také ukázat matkám, jaký je způsob kojení a udržení laktace v případě, že jsou od svého dítěte odděleny. Kromě mateřského mléka by se neměla novorozencům podávat jiná strava či nápoje, není-li to z lékařských důvodů. Praktikování systému rooming in a umožnit matce i dítěti

nepřetržitý kontakt. Kojení podporovat dle potřeb dítěte, nikoli podle předem stanovených harmonogramů. Kojeným dětem by se neměla dávat žádná šidítka, dudlíky ani náhražky. Posledním krokem je podpora a povzbuzování dobrovolných skupin pro podporu kojení a zmínit se o nich matkám při propouštění z porodnice (Laktační liga, 2015).

S kojením se ve většině případů začíná vleže, poté vsedě. Měli bychom respektovat tvarové zvláštnosti prsů nebo obličeje dítěte případnou úpravou polohy. Velmi důležitá je poloha matky při kojení, která musí být matce pohodlná. Je-li poloha vynucená a matka pociťuje nepohodlí, dochází ke zhoršenému uvolňování mléka z prsu. Dítěte bychom se měli dotýkat pouze jemně na hlavičce pod spojnicí uší a netlačit mu hlavičku násilím k prsu, abychom u něho nevyvolali obrannou reakci (Gregora, Zákostelecká, 2014). Důležitý je správný úchop prsu, poloha bradavky v ústech novorozence a vzájemná poloha matky a dítěte, aby se tak dítěti umožnilo při prvním přiložení vypít z větší části to, co se zatím v prsu vytvořilo (Slezáková et al., 2017). Správně přiložené dítě by mělo být obličejem, hrudníkem, břichem i koleny otočené směrem k matčinu tělu. Uši, ramena a kyčle by měly být ve stejné linii. Dítě k sobě matka přitahuje za záda a ramena, nikoliv za hlavu. Na hlavě se může dotýkat pouze do výše spojnice linie uší. Jestliže by se matka dotýkala nad touto spojnicí či obličeje dítěte, může způsobit matení sacího reflexu. Dítě by se mělo přikládat k prsu, ne naopak. Brada, nos a tvář se mají dotýkat prsu a matka by neměla odtahovat prs od nosu dítěte. Další důležitá známka správného přiložení dítěte k prsu je dítě, které při kojení nepláče a saje dlouhými tahy bez mlaskání. Matka by při kojení neměla pociťovat bolesti ani jiné nepříjemné pocity (Gregora, Zákostelecká, 2014).

1.1.7 Výživa matky v období kojení

V období kojení je z hlediska výživy důležité, aby se pokryly potřeby nejen dítěte, ale i kojící matky. Složení a kvalita stravy matky ovlivňuje složení mateřského mléka a tím i výživový stav kojeného dítěte (Gregora, Velemínský, 2017). Jídelníček kojící matky by měl být pestrý s vysokým obsahem základních živin a bohatý na vitaminy řady B, vitamin C, minerály a bílkoviny. Příjem živin by měl být vyrovnaný. Nadbytečné množství příjmu potravy nevede k zvýšení tvorby mateřského mléka, ale spíše ke vzniku nadváhy či obezity. V opačném případě žena, která bude mít nižší příjem energie, bude mít dostatečné množství mléka pro dítě, sama pak ale může strádat (Gregora, Zákostelecká,

2014). Nejvhodnější jsou takové potraviny, které jsou co nejvíce přirozené. Tedy co nejvíce se vyhýbat průmyslově zpracovaným výrobkům obsahujících chemické konzervanty, barviva či sladidla. To samé platí u tekutin. (Gaskinová, 2011).

Energetický příjem v období kojení se doporučuje navýšit o 500 kcal za den prvího půl roku kojení a od 6. měsíce pak o 400 kcal za den. Obsah bílkovin a laktózy v mateřském mléce není závislý na stravě kojící ženy. Je na ní ale přímo závislé množství a složení obsažených tuků. Obsah a složení tuků do značné míry také ovlivňuje obsah některých složek, jako jsou minerální látky, a vitaminy. Minerální látky pak ovlivňuje méně než vitaminy. Z vitaminů se dají nejvíce ovlivnit vitaminy rozpustné ve vodě, a sice vitaminy skupiny B a C a méně pak vitaminy rozpustné v tucích, tedy A, D, E a K (Hronek, Barešová, 2012). Pozornosti by neměl uniknout ani jod, selen a vitamin A, jejichž nedostatečné množství ve stravě matky způsobí nedostatek v mateřském mléce. Příliš malé zásoby těchto důležitých látek mohou mít na dítě negativní dopad. Kyselina listová, vápník, železo, zinek, měď a vitamin D jsou v mateřském mléce ve stálé koncentraci a nejsou závislé na nutričním příjmu. Je-li příjem těchto nutrietů nedostatečný, organismus čerpá z matčiných zásob (Gregora, Dokoupilová, 2016).

Stravování v období kojení je stejné jako v období těhotenství. *„Je doporučena konzumace co nejpestřejší a nejrozmanitější stravy. Ze stravy je vhodné vyloučit potraviny s těžce stravitelnými sacharidy (např. luštěniny), které vyvolávají meteorismus (vznik plynů a nadýmání), a to jak u matky, tak po přechodu do mateřského mléka i u kojence“* (Hronek, Barešová, 2012, s. 32). Dalšími potravinami, které způsobují nadýmání je zelí, cibule, brokolice, květák, kynuté potraviny a další. Je nutné vyřadit z jídelníčku i ty potraviny, které působí u dítěte projevy alergie. Matka by také měla vynechat kofein, který způsobuje podrážděnost nervového systému a neklid dítěte (Hronek, Barešová, 2012). Také příliš kořeněná, ostrá či přesolená jídla by si kojící žena měla odepřít. Měla by se také vyhnout alkoholu a při příležitostném požití by neměla 2–3 následující hodiny kojit (Černá, Kollárová, 2015). Kojící ženy veganky, které nejí maso, vejce ani mléčné výrobky, se vystavují velkému riziku nedostatku vápníku, železa a vitaminu B12, což může způsobit závažné problémy kojeného dítěte (Laktační liga, 2015).

Železo je potřebné k tvorbě erytrocytů. Nejlépe se vstřebává z masa a méně z mléčných výrobků, vajec a rostlinné stravy (Gregora, Zákostelecká, 2014). Množství železa

přijímaného ve stravě je závislé na tom, zda byla žena v těhotenství chudokrevná. V takovém případě je vhodné ho po porodu doplnit pomocí tablet (Gregora, Velemínský, 2017). Do šesti měsíců má kojené dítě zásoby železa dostatečné a poté by se mělo doplňovat postupným zaváděním nemléčných zelenino-masových příkrmů (Gregora, Zákostelecká, 2014). Ženy, které odmítají veškerou živočišnou stravu, mohou trpět na nedostatek železa, vápníku, vitaminu B12 a dalších důležitých látek. Tyto živiny se poté nedostávají ani jejich dětem, což negativně ovlivňuje jejich zdravotní stav. *„Některé veganky jsou v období kojení ochotny do svého jídelníčku zařadit mléčné výrobky a vejce. Pokud k tomu nedojde, je nutné stravu doplnit o vitaminové a minerálové preparáty“* (Gregora, Velemínský, 2017, s. 61).

Správnou funkci štítné žlázy ovlivňuje jód. Tento stopový prvek hraje důležitou roli v psychomotorickém vývoji a růstu dítěte. Vhodným zdrojem jódu ve stravě jsou mořské ryby, řasy, jodovaná sůl či některé minerální vody. Kojící matka má spotřebu jódu vyšší, proto je vhodné jeho doplňování z přírodních zdrojů nebo v tabletách. Dalším důležitým prvkem je vápník, který je obsažený v mléčných výrobcích. Obsah vápníku ale přímo nezávisí na jeho příjmu ve stravě. Když je vápníku nedostatek, uvolňuje se ze zásob v kostech a později se do zásob zase uloží. Přiměřené množství vitaminů, zejména vitaminu C, zajistí dostatečné množství zeleniny a ovoce (Gregora, Zákostelecká, 2014). Dříve bylo z preventivních důvodů doporučované vyřazení některých hlavních alergenů, především mléka, vajec, ořechů či ryb, ze stravy kojící matky alergičky, jehož účelem bylo snížit alergickou zátěž dítěte. To se ale ukázalo, jako neúčinné, a tak se od toho dnes již ustoupilo. Má-li ale dítě alergii na bílkovinu kravského mléka, matka musí kravské mléko a výrobky z něj ze své stravy v období laktace vyloučit (Gregora, Velemínský, 2017).

Důležité je také dodržování pitného režimu. Je vhodné pít po menších dávkách v průběhu celého dne. Hronek a Barešová (2012) ve své knize uvádí, že by kojící matka při normální okolní teplotě měla pít do 100 ml za hodinu. Větší množství tekutin vypité naráz zvýší tvorbu moči a v těle zůstane méně vody (Hronek, Barešová, 2012). Zvýšený příjem tekutin nemá za následek zvýšenou tvorbu mateřského mléka. Naopak má negativní vliv na hladinu potřebných hormonů – prolaktinu a oxytocinu, jež vyloučí močí s nadbytečnou vodou a tyto hormony proto nemají možnost dostatečně stimulovat mléčné žlázy. Při kojení je tedy případné navýšení příjmu tekutin kontraproduktivní. Na druhé straně,

nedostatečný příjem tekutin může způsobit dehydrataci a omezení tvorby mléka. Průměrné množství tekutin, které by kojící matka měla za den vypít je 2,5 l denně. V nápojích kolem 1350–1700 ml a zbytek tekutin ve stravě (Gregora, Velemínský, 2017). Kojící matka by měla co nejvíce omezit pití slazených nápojů plných umělých barviv. Pokud je na sladkých nápojích závislá, měla by se pokusit snížit jejich příjem na minimum již během těhotenství (Gaskinová, 2011).

1.1.8 Kontraindikace kojení

Absolutní kontraindikací ze strany dítěte je galaktosémie a částečná kontraindikace u dětí s fenylketonurií (Černá, Kollárová, 2015). Galaktosémie je onemocnění, kdy dítěti chybí enzym potřebný pro přeměnu galaktózy v glukózu. Mateřské mléko obsahuje laktózu, kterou takové dítě není schopno štěpit, proto nemůže být kojeno. Děti s tímto onemocněním je nutné krmit speciálními dietetickými přípravky. Toto onemocnění lze diagnostikovat brzy po narození. Při fenylketonurii chybí enzym, který odbourává aminokyseliny fenylalaninu. V mateřském mléce je fenylalaninu malé množství, proto je možné takové dítě částečně kojit. V takovém případě je nutné hladinu fenylalaninu sledovat. Jestliže hladina stoupne, musí se kojení přerušit a nahradit speciálními přípravky. Toto onemocnění lze diagnostikovat stejně jako galaktosémii brzy po narození z odběru krve z paty. Podobný případ je také u nemoci zvané nemoc javorového sirupu, kdy se jedná o poruchu větvení aminokyselin valinu, leucinu a izoleucinu, které jsou součástí bílkovin. Podobně jako u fenylketonurie lze tyto děti kojit částečně, ale je u nich nutné sladovat hladiny uvedených aminokyselin (Gaskinová, 2011). Kromě těchto závažných onemocnění se za kontraindikaci kojení považují ještě některé vrozené vývojové vady a nezralost dítěte (Slezáková et al., 2017).

Kontraindikace z matčiny strany je infekce virem HIV, užívání drogových látek či některých léků a psychiatrické onemocnění. Pokud matka byla infikovaná virem HIV již v těhotenství, je riziko přenosu mateřským mlékem minimální. Jestliže se ale nakazila až v období laktace, doporučuje se kojení přerušit a nahradit jej umělou výživou (Černá, Kollárová, 2015). Absolutní kontraindikací kojení mohou být i některé léky. Mezi takové léky patří cytostatika, imunosupresiva, estrogeny, námelové alkaloidy, lithium, radioaktivní izotopy a návykové látky, jako například heroin, kokain, amfetamin a další (Kippleyová, 2012).

Jsou situace, kdy je kojení kontraindikováno pouze dočasně. V takovém případě by matka měla laktaci udržovat pravidelným odstříkáváním mléka. Odstříkáváné mléko se po dobu léčby daného onemocnění vylévá. Mezi případy, kdy je kojení kontraindikované částečně, patří herpes simplex na prsu, herpes zoster, aktivní tuberkulóza, radioaktivní izotopy, chemoterapie, narkóza a některé léky (Černá, Kollárová, 2015). Jestli-že má matka zarděnky, spalničky či neštovice, není nutné kojení přerušit a dítě od matky izolovat, jelikož v době, kdy se u matky onemocnění projeví, dítě je již nakažené nebo imunní. V mateřském mléce jsou imunologicky významné látky, díky kterým dítě neonemocní vůbec nebo má pouze mírný průběh (Gaskinová, 2011).

U tuberkulózy by při aktivní formě měla být matka léčena již v průběhu těhotenství. Jestli-že je matka po porodu infekční, je nutné dítě od matky izolovat a matku léčit. Dítě je nutné naočkovat a preventivně léčit. Zhruba po dvou měsících se u něj vytvoří protilátky a může se dát zpět k matce (Kippleyová, 2012). Nebezpečí představuje také genitální forma infekce virem herpes simplex, která může mít u dítěte závažný průběh. Dítě se může nakazit při porodu, a tak je-li toto onemocnění u matky zjištěné ještě před porodem, je indikací k císařskému řezu. Jelikož mateřské mléko není ohroženo přítomností tohoto viru, dítě může být kojeno (Černá, Kollárová, 2015).

1.1.9 Problémy při kojení a alternativní způsoby krmení

Časně nebo později v průběhu laktace se mohou objevit problémy při kojení. Jedním z těchto problémů může být bolestivé nalití prsů, které vzniká v důsledku neúplného vyprázdnění prsu, nesprávnou technikou sání a otokem provázejícím zvýšenou tvorbu mléka (Laktační liga, 2015). Může vzniknout mastitida, což je zánět způsobený bakteriemi či plísněmi. V takovém případě není nutné přerušovat laktaci. Léčba mastitidy spočívá v podávání antibiotik, antipyretik a antimykotik. Dalším problémem, který se může vyskytnout, je retence mléka, kterou provází bolestivé zarudnutí a zatuhnutí části prsu. Může být doprovázeno také horečkou. Kromě špatné techniky sání může být příčina v blokádě jednoho z vývodů. Retence mléka stejně jako mastitida není důvodem k přerušení kojení. Vážnějším problémem je pak absces, který vyžaduje chirurgickou léčbu (Slezáková et al., 2017). Nesprávnou technikou kojení mohou vznikat ragády nebo jiná poranění bradavek. V takových případech je nutné opravit techniku kojení a upravit polohu dítěte při krmení tak, aby trhlinka byla v koutku úst dítěte. Dítěti nabídnout nejdříve méně bolestivý prs. Důležité je délku a frekvenci kojení nijak neomezovat. Před

kojením by matka měla přiložením teplého obkladu stimulovat uvolnění mléka a na konci kojení zasunout malíček za vnitřní koutek dítěte, aby se pak samo pustilo (Laktační liga, 2015). Takto poraněné bradavky by se měly nechat co nejčastěji volně na vzduchu a na konci každého kojení by žena měla nechat na bradavce zaschnout pár kapek mléka. K zahojení čisté ragády může dojít během pár dní i bez léčby. Pokud se poraněné bradavky nehojí, je nutné zahájit léčbu léčivou mastí (Gaskinová, 2011).

Jestliže z nějakého důvodu není možné plné kojení a dítě je potřeba dokrmovat, mělo by se využít alternativních způsobů krmení. Dítě by nemělo být krmeno z láhve. Sání z láhve a prsu se od sebe velmi liší a dítě by postupně začalo preferovat krmení z láhve, které je pro něj jednodušší. Jedním z takovýchto způsobů je krmení lžičkou, kdy je dítě ve svislé poloze, lžička s mlékem se mu přiloží k ústům a čeká se, až dítě začne sát. Poté se musí lžička naklonit, aby mléko vyteklo (Černá, Kollárová, 2015).

Jiným alternativním způsobem krmení je krmení po prstu. Dítě je ve svislé poloze a do úst se mu vloží malíček či ukazovák. Ve chvíli, kdy dítě začne pohybovat jazykem, matka k prstu přiloží stříkačku s mlékem nebo cévku napojenou na stříkačku (Slezáková et al., 2017). Prst by se měl vsunout do úst po polovinu druhého článku. Nehet by měl směřovat směrem dolů k jazyku a bříško prstu na patro, kde je sací bod. Po podráždění sacího bodu, dítě začne pohybovat jazykem (Laktační liga, 2015).

Při použití metody krmení pomocí cévky po prsu, dítě saje prs a tím stimuluje produkci mléka. Matka zatím podává mléko cévkou napojenou na stříkačku a dítěti se tak dostává mléka ze stříkačky i z prsu (Slezáková et al., 2017). Jedním koncem je cévka napojena na stříkačku s mlékem a druhý konec je napojený k prsu (Laktační liga, 2015).

Další alternativou je krmení kádinkou či z hrníčku. Dítě by mělo být opět ve svislé poloze. Nakloněnou kádinkou či hrníčkem se nejdříve dotkneme rtů kojence. Na tento podnět dítě zareaguje vysunutím jazyka a jeho stočením do pohárku, čímž získá mléko z kádinky nebo hrníčku (Laktační liga, 2015). Bradu je vhodné podložit bryndákem či látkovou plenou. Z důvodu možného zatečení do dýchacích cest, mléko do úst nenaléváme. Dítě by mělo mléko samo nasát a polknout (Fendrychová, 2011).

1.1.10 Role dětské sestry v edukaci a podpoře kojení

V současné době hraje edukace v ošetřovatelství velmi důležitou roli. Je každodenní činností všech sester a její úspěch závisí na dostatečných znalostech a dovednostech sestry a také na přístupu ke klientovi. Ženy po porodu rady odborníků vyžadují a vyhledávají je. K tomu, aby kojení bylo úspěšné, je zapotřebí, aby zdravotnický personál matky podporoval, informoval je a poskytl jim správné rady ohledně důležitosti kojení, technik i problémů s kojením spojených. Většina žen se s radami a doporučeními zdravotníků ztotožňuje. Sestry by měly brát v potaz vzdělání matek, a edukaci jim vhodně přizpůsobit. Důležité je znát názory a postoj ženy na zdraví a životní styl rodiny (Juřeníková, 2010). Edukaci kojících žen zajišťují především dětské sestry a porodní asistentky. Na laktační poradkyni by se měla žena obrátit, nastane-li s kojením nějaký problém. Aby byla edukace efektivní, je nutné ji naplánovat. Průběh edukace by měl vycházet z vědomostí a zkušeností, které žena má (Gaskinová, 2011).

Matky by v porodnicích neměly být oddělovány od svých dětí. Důležité je matkám zmínit, že by měly dítě dokrmovat pouze v případech, kdy je to opravdu nutné a ukázat jim jaké jsou alternativní způsoby dokrmování (Slezáková et al., 2017). Kvalifikované sestry by matkám měly poskytnout cenné rady a podporu. Měly by také edukovat především těhotné ženy, nebo matky, které již kojí o důležitosti kojení a potřebných pomůckách k odstříkávání či skladování mléka a ostatních důležitých pomůckách. Při předepisování léků, si lékaři musí být vědomi stavu laktace svých pacientek, protože některé léky mohou laktaci negativně ovlivnit nebo být pro kojené dítě nebezpečné (Oliveira, 2017).

Dětské sestry a porodní asistentky by na novorozeneckém oddělení měly zdůrazňovat význam kojení. Měly by s matkami hovořit o důležitosti a výhodách kojení již v období těhotenství. V nemocnicích na úsecích pro péči o matky a děti by měl být vypracovaný standard podporující kojení, kde by mělo být mimo jiné deset kroků k úspěšnému kojení. Sestry by také měly umět matky odkázat na potřebné a relevantní zdroje zaměřené na kojení (Černá, Kollárová, 2015). Nezbytná je také kontrola prsou, kdy by sestra měla umět rozpoznat případné anatomické odlišnosti či deformace, které by mohly být případnou překážkou v kojení. Matka by také měla mít dostatek kvalitních informací o výživě v době laktace a o rizicích spojených s užíváním návykových látek jako je například kouření (Gaskinová, 2011).

Veškeré informace by sestry měly předávat nenásilnou formou. V dnešní době existuje spousta možností, jak mohou matky získat informace o kojení. Není ale nad osobní kontakt s laktační poradkyní, dětskou sestrou nebo porodní asistentkou, které by měly umět poradit a předat dostatek informací týkajících se kojení (Slezáková et al., 2017). Matky mohou také využít různé předporodní kurzy nebo cvičení pro těhotné ženy. Cílem každé sestry či porodní asistentky je spolupracující a dlouhodobě kojící žena, která v případě problémů ví, na koho se může obrátit. Dětské sestry, porodní asistentky a laktační poradkyně by se měly neustále vzdělávat a znát co nejvíc informací i o umělé výživě a nejnovější doporučení (Gaskinová, 2011).

1.2 Užívání tabákových výrobků v období kojení

Následující kapitoly pojednávají o závislosti na nikotinu, pasivním kouření, kouření z třetí ruky. Dále je popsáno, jaký vliv má na dítě kouření v období těhotenství, v době kojení a jaká je úloha sestry v prevenci kouření v době kojení.

1.2.1 Nikotin

Nikotin je jedna z nejzákladnějších látek obsažených v tabáku, která zapříčiňuje vznik závislosti. Je hlavním rostlinným alkaloidem tabáku a je považován za jednu z nejvíce návykových látek. Čistý nikotin nemá karcinogenní účinky a má stimulační a uvolňující efekt (Králíková et al., 2015). Nikotin je hlavní farmakologicky aktivní látka, která má vysoký potenciál pro vznik závislosti. Tato látka působí na nikotinové acetylcholinové receptory, které hrají roli v mechanismu kognitivních a afektivních poruch (Hrubá, Žaloudíková, 2013).

Užívá se formou kouření cigaret, šňupání či žvýkání tabáku a v současné době také ve formě elektronických cigaret. V nervovém systému způsobuje stav uvolnění a stimuluje pozornost a myšlení. Ve stejnou dobu ale nepříznivě ovlivňuje srdeční činnost a způsobuje velmi silnou závislost (Voborská, 2011). V kardiovaskulárním systému se projevuje aktivací sympatiku a při injekčním podání nikotinu vzniká hypertenze a tachykardie, která se může střídat s bradykardií (Tručková, Brabcová, 2018).

Akutní intoxikace nikotinem způsobuje především nespavost, emoční labilitu, malátnost, zvracení, zvýšené pocení a tachykardii. Toxická dávka nikotinu je kolem 50 mg, což odpovídá přibližně dvěma až třem naráz vykouřeným cigaretám. Již i takto relativně nízká

dávka může u citlivých jedinců způsobit křeče a v extrémních případech až kóma se zástavou dechu, hypertenzi, srdeční arytmii nebo depolarizaci nervosvalových plotének až dechovou paralýzu. Smrtelná dávka nikotinu je kolem 40–60 mg, tedy extrakt ze dvou až tří cigaret. Kouřením však není možno dosáhnout letální dávky nikotinu. Při chronické otravě dochází především k bolestem hlavy, nechutenství, poruchám srdeční aktivity nebo gynekologickým potížím (Stárka, 2013).

1.2.2 Závislost na nikotinu

Na problematiku kouření je nahlíženo mnoha způsoby. Pro někoho je kouření prožitkem a silnou potřebou, pro jiné je to nepřijatelný zlozvyk, který ničí zdraví nejen samotného kuřáka, ale i lidí v okolí. Ke kouření lze přistupovat z pohledu různých vědních oborů. Z hlediska lékařského je na kouření nahlíženo jako na nemoc, která má diagnózu F 17. Tato diagnóza je přesněji definovaná jako závislost na tabáku a byla popsána v roce 1992. První výzkum, který prokázal škodlivost kouření cigaret, byl zveřejněn až v roce 1950 a společnost pak začala kouření brát jako škodlivý jev (Králíková, 2013). Z hlediska psychologického se na kouření nahlíží v souvislosti s chováním, které se jeví jako rizikové. Takového rizikového chování je těžké se zbavit. Dalším pohledem může být pohled ekonomický. Z tohoto hlediska může být na kouření nahlíženo v souvislosti se spotřebou cigaret. Navyšování spotřebních daní na cigaretách se jeví jako jednou z možností, jak poptávku po kouření snížit. Z hlediska sociologického můžeme na kouření nahlížet jako na sociální vliv v kulturním kontextu (Zámečník, 2013).

Při kouření tabákových výrobků nikotin přechází do kouře a vstřebává se především sliznicemi trávicího a dýchacího ústrojí. Mezi další látky obsažené v tabákovém kouři patří harmalinové alkaloidy, piridinové báze, kyanovodík, amoniak, oxid uhelnatý, metan a sirovodík. Za karcinogenní účinky odpovídají především kancerogeny, tedy nitrosaminornikotin a polycyklické aromatické uhlovodíky (Králíková, 2015). Závislost na kouření se rozvíjí poměrně rychle. Mechanismus vzniku závislosti se rozvíjí na základě dynamického stereotypu spolu s podmíněnými reflexy z interoreceptorů a exteroreceptorů. Významný podíl na vzniku závislosti mají také podněty z prostředí, které jsou spojené s užíváním, a tím se vytváří podmíněná vazba (Zámečník, 2013). Vdechnutím cigaretového kouře u kuřáků dochází do několika sekund k podráždění acetylcholinových nikotinových receptorů. Stimulací těchto receptorů dochází během pár minut od začátku kouření ke zvýšení iniciativity. Při kouření dochází k podráždění

nikotinových receptorů a jestli-že se kouření opakuje, dochází k adaptaci na opakovanou stimulaci. Proto při odvykání nastává řada příznaků, jako je například zácpa, zvýšená chuť k jídlu, obezita, palpitace nebo poruchy koncentrace pozornosti (Michalcová, Feyreisl, 2013).

Kouření bývá nejčastější příčinou předčasných úmrtí a nemocí. Způsobuje více než 20 chorob či chorobných stavů. Má podíl na vzniku nádorového bujení, především karcinomu plic, hrtanu, jícnu, ledvin, slinivky břišní nebo žaludku. Dále zapříčiňuje vznik chronické obstrukční plicní nemoci, aterosklerózy, infarktu myokardu, ischemické choroby srdeční, CMP, vředových onemocnění žaludku a duodena (Stárka, 2013). Má také za následek komplikace v těhotenství a při porodu, například nízkou porodní váhu či syndrom náhlého úmrtí novorozence. Podílí se též na vzniku mužské impotence či abnormalit spermatu, osteoporózy, katarakty nebo jiných problémů spojených se zhoršením sluchu, zraku, imunity či vznikem alergií (Michalcová, Feyreisl, 2013).

Na počátku vzniku návyku na užívání nikotinu převažuje složka psychosociální nad fyzickou. Psychosociální závislost se projevuje nepřekonatelnou touhou cigaretu držet, hrát si s ní nebo s ní nějak manipulovat. Touto závislostí se rozumí potřeba cigarety jako předmětu nikoli její účinné látky (Zámečník, 2013). Vznik takového návyku může trvat různě dlouhou dobu a vyskytuje se u všech kuřáků. Potřeba kouření takto začíná (Králíková et al., 2015). Následuje závislost fyzická, která se vyskytuje u 80 % kuřáků a v některých případech nemusí vzniknout nikdy. Pravidelné kouření způsobuje zmnožení nikotinových acetylcholinových receptorů v mozku. Během života se už jejich počet nikdy nezmenší, tudíž kdo již někdy závislý na nikotinu byl, již nikdy není příležitostným kuřákem (Zámečník, 2013).

Kouření je aktivita, která napomáhá především mladým lidem z nižších sociálních vrstev vyrovnat se s každodenními nejistotami běžného života. Někteří lidé se domnívají, že cigarety pomáhají přemoci úzkost, stres a pocity vnitřní nejistoty. Lidé mají mnoho možností, jak se odreagovat lépe než cigaretou. Mohou zvolit například sport, kino, dobré a zdravé jídlo, ale nedostatek příležitostí nutí jedince k aktivitám jako je kouření (Králíková et al., 2015). Existují tři skupiny lidí z hlediska kouření, a sice příznivci kouření, lidé tolerující kouření a odpůrci. Skupina příznivců považuje kouření za bezproblémové, druhá skupina kouření cigaret toleruje a třetí skupina má ke kouření negativní postoj. Odpůrci a příznivci se mezi sebou často dostávají do konfliktních situací

kvůli názorovým odlišnostem. Odpůrci jsou totiž zastánci odstraňování kouření ze společnosti a příznivci prosazují opak. Lidé, kteří kouření tolerují, jsou pak v neutrálním postavení. Kuřáci se mohou dostávat často do situací, kdy jsou ze společnosti vylučováni (Šídová, Šťastná, 2015).

1.2.3 Pasivní kouření

Cigaretový kouř je vdechován jak aktivním kuřákem, tak i okolními lidmi nekuřáky. Pasivní neboli sekundární kouření znamená pouhé následné nechtěné vdechování kouře z okolního prostředí. Pasivní kouření je velkým rizikovým faktorem pro rozvoj respiračních onemocnění u dětí. Proto je vliv nekuřáckého prostředí na zdraví dětí velice zásadní (Šídová, Šťastná, 2015). Dětem, které jsou vystavované pasivnímu kouření, hrozí kromě častých respiračních chorob taktéž riziko poruch imunity, častých komplikací zánětu středního ucha a vzniku leukémií či mozkových nádorů (Fialová et al., 2016). Králíková (2013) ve své knize popisuje přítomnost toxických a kancerogenních látek zastoupených v zakouřeném prostředí. Kromě nikotinu je v zakouřeném ovzduší několik dalších škodlivých chemických látek, jako je například vodík, oxid uhelnatý, amoniak, olovo, arzen, chrom, toluen a jiné (Králíková, 2013).

Mezinárodní klasifikace nemocí obsahuje několik diagnóz spojených s kouřením tabákových výrobků. Diagnóza Z58.7 – vystavení tabákovému kouři patří právě nekuřákům, kteří jsou vystaveni pasivnímu kouření. Cigaretový kouř má nepříznivý vliv na imunitní systém jedince, jenž je mu vystaven (Králíková et al., 2015). Kouř z cigaret, doutníků, dýmek či vodních dýmek je zdrojem toxických a chemických látek, které dráždí sliznice očí, dýchacího a trávicího ústrojí (Linhart, Aschermann, 2011).

Pasivní kouření je závažný celospolečenský problém, který by neměl být opomíjen. Děti nekuřáci vdechují, i přes rozptýlení cigaretového dýmu, velké množství toxických a rakovinotvorných látek, které mají škodlivý vliv na jejich zdraví (Apelberg, 2012). U dětí kuřáků je častější výskyt syndromu náhlého úmrtí novorozenců a hyperaktivita či poruchy pozornosti u větších dětí. Častěji u těchto dětí dochází k rozvoji rizikového chování a psychiatrických onemocnění (Hrubá et al., 2014). Kouření je nebezpečný zlozvyk, který zkracuje lidský život a negativně ovlivňuje i nekuřáky včetně dětí. Je vysokým rizikem pro vznik různých onemocnění a alergií (Králíková et al., 2015). Pasivní kouření má také značně negativní vliv na vývoj plodu v těhotenství. Na zvýšení

rizika poškození plodu se jednoznačně podílí i kuřáctví otce (Šídová, Šťastná, 2015). Pasivní kouření u některých těhotných žen je spojeno s vyšším rizikem nepříznivých výsledků týkajících se porodu. Může být také spojeno s přerušením kojení před šestým měsícem věku dítěte. (Suzuki et al., 2019). Součástí lékařské dokumentace jsou bezpodmínečně také údaje o kouření. Jelikož je zaznamenáváno především aktivní užívání zdrojů nikotinu, je v řadě případů bohužel často přehlížen vliv kouření pasivního (Linhart, Aschermann, 2011).

1.2.4 Kouření z třetí ruky

Kouřením z třetí ruky znamená vdechování zbytkového kouře v již vyvětraném prostoru, kde se už dlouho nekouří. V takovémto prostoru zůstávají i po vyvětrání zbytky nikotinu a další toxické látky z cigaretového kouře (Kopřivová, 2013). Povrchy ve vnitřních prostorech mohou představovat skrytý rezervoár složek kouření z třetí ruky neboli Third-hand smoke (THS). Tyto složky by mohly být znovu vyzařovány do ovzduší i dlouho po ukončení aktivního kouření (Ferrante et al., 2013). Mohou zůstat na površích vnitřních stěn, látek a dalších běžných domácích předmětů, jako jsou záclony, koberce, čalounění pohovek, židlí či postelí po dobu delší než 1,5 roku (Wang et al., 2018). Toxické látky z tabákového kouře, jako je formaldehyd, benzen, arzen, olovo, nitrosaminy pak nejvíce ohrožují zejména děti. Vdechuje-li tyto škodliviny těhotná žena, dochází k poškození plodu a může dojít především k nesprávnému vývoji plic a mozku. Domovy, které by měly být dětem bezpečným místem, se tak stávají nebezpečným (Hrubá et al., 2014). Během kouření je uvolňováno mnoho škodlivých látek a dochází k jejich fyzikálním a chemickým transformacím. K těmto reakcím dochází v rozmezí od několika vteřin po několik týdnů až měsíců (Hrubá et al., 2010). V průběhu času v těchto prostorech dochází k dalším chemickým dějům a vzniku dalších nebezpečných látek vyskytujících se v ovzduší. Důležitou roli na vzniku těchto nebezpečných látek zastává ozón spolu s dalšími látkami jako je kyselina dusitá, oxidy dusíku a jiné (Bahl et al., 2014). Nikotin je nejhojnější látka, která je během kouření emitována do ovzduší. Některé studie prokázaly, že se téměř většina ukládá na povrchy, kde přetrvává týdny až měsíce, zatímco většina ostatních složek z tabákového kouře oplývá mírnější absorpční vlastností (Ferrante et al., 2013).

Výzkumy odhadují, že jedna cigareta vykouřená jeden den v daném prostředí může vystavit mnoho lidí toxickým sloučeninám z cigaretového kouře na několik dní nebo

dokonce měsíců (Bahl et al., 2014). Jedna studie v USA ukázala, že v domácnostech dříve obývaných kuřáky, které byly prázdné i dva měsíce, byl nikotin stále detekován ve vzduchu, prachu a na povrchu nábytku v ložnici a obývacím pokoji po dobu jednoho měsíce po nastěhování nových nekuřáckých nájemníků. I v místech, kde jsou přísně dodržovány zákazy kouření, jako jsou novorozenecké jednotky intenzivní péče v nemocnicích, lze složky third-hand smoke nalézt měřením koncentrací v moči kojenců (Wang et al., 2018). V současnosti si většina lidí prakticky neuvědomuje, že third-hand smoke představuje nebezpečí pro naše zdraví. Nedávná studie prokázala, že pouze 65,2 % nekuřáků a 43,2 % kuřáků věří, že THS je pro děti velmi škodlivé (Rehan et al., 2011). Děti jsou nejvíce ohroženou skupinou, jelikož tráví dostatek času právě na kobercích a podlaze, kde se složky THS drží. Přijímají také více vzduchu spolu s obsahem škodlivých látek, protože děti mají vyšší frekvenci dýchání než dospělí (Fialová et al., 2016). Mnoho kuřáků žije v domnění, že pokud kouří v uzavřené místnosti bez přítomnosti dalších členů domácnosti, nevystavují je tak karcinogenům z tabákového kouře. Skutečnost je ale jiná a každý kdo kouří v domě nebo jiném uzavřeném prostoru, ve kterém se později vyskytují nekuřáci, vystavuje tak tyto nekuřáky silným karcinogenům (Dreyfuss, 2010).

Výsledky studie Park (2020) potvrzují, že kouření rodičů je stále vážnou hrozbou pro zdraví mnoha dětí. V této studii bylo zjištěno, že u dětí, jejichž rodiče kouří doma, je koncentrace látek z THS v průměru čtyřikrát vyšší než u dětí nekuřáků a třikrát vyšší než u dětí rodičů, které kouří mimo domov. Je tedy zřejmé, že pouhé upuštění od kouření doma nemůže děti ochránit před karcinogenními látkami. Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) neexistuje žádná bezpečná úroveň expozice tabákovému kouři. Vystavení, byť jen malému množství škodlivých látek obsažených v cigaretovém kouři může mít nepříznivý někdy až smrtelný účinek na zdraví. I přesto že děti nejsou vystavovány kouření svých rodičů, cigaretové látky se zachycují v materiálu oděvu, v pokožce a vlasech rodičů a mají poté vliv na zdraví dětí (Park, 2020). Byly identifikovány tři způsoby expozice THS, a sice dermální absorpce, inhalace a požití. Nikotin reaguje s ozonem, kyselinou dusitou a formaldehydem a je znovu emitován jako aerosolová forma do prostředí, kde může být inhalován. Děti jsou vystaveny největšímu riziku expozice THS, jelikož jsou nejvíce v kontaktu s kontaminovanými povrchy a předměty, jako jsou například podlahy, nábytek, hračky, dudlíky, přikrývky a další.

Tradiční metody čištění bohužel nejsou účinné v odstraňování sloučenin THS (Kuo, Rees, 2019).

1.2.5 Kouření v době těhotenství

Kouření je v současnosti nejrozšířenějším zdrojem škodlivin s negativním vlivem na reprodukci a následný vývoj plodu. Podílí se na vzniku patologického těhotenství a na problémovém intrauterinním vývoji (Králíková, 2013). Cigaretový kouř obsahuje několik tisíc toxických látek, které škodí nejen matce, ale také dítěti, jelikož tyto škodlivé látky přecházejí placentární bariérou. Ženy, které v těhotenství kouří, jsou mnohem více ohrožené vznikem kardiovaskulárních, respiračních a gastrointestinálních nemocí (Hronek, Barešová, 2012). U těhotných žen kuřaček je častější výskyt spontánních potratů, mimoděložních těhotenství, abrupce placenty nebo předčasného protržení plodových blan a předčasných porodů. Kouření v době těhotenství může negativně ovlivnit samotný intrauterinní vývoj a následný vývoj dítěte. V jeho důsledku mohou vznikat různé komplikace a vady, jako je například vývoj fetálního tabákového syndromu, syndromu náhlého úmrtí novorozence a dalších poškození zdraví. Nikotin způsobuje stažení cév v placentě a oběhovém systému plodu a dochází tak k nedostatečnému přísunu kyslíku a živin (Šídová, Šťastná, 2015). Snížené okysličení plodu negativně ovlivňuje jeho neurologický vývoj (Reissland, 2015). Na poškození placenty se podílí také kadmium, které je obsažené v cigaretovém kouři. Dochází ke v zniku nekróz a s tím pak související omezená funkčnost placenty pro výživu plodu (Lee et al., 2015).

V roce 2011 byl v ČR uskutečněn výzkum týkající se užívání tabáku a jiných návykových látek u hospitalizovaných žen na porodnickém oddělení a oddělení šestinedělí. Bylo využito dat z Národního registru rodiček a Národního registru novorozenců za uplynulých 9 let. Z celkového počtu 1 008 821 rodiček bylo evidováno 60 502 žen kuřaček. Bylo zjištěno, že mezi kuřačkami byly především svobodné ženy a ženy se základním vzděláním (Šídová, Šťastná, 2015). Na tomto tvrzení se shoduje s Reisslandem (2015), který dodává, že kouření převažuje spíš u žen z nižších sociálních vrstev (Reissland, 2015).

S prenatální expozicí cigaretovému kouři souvisí také vznik poruch chování včetně ADHD. Na druhé straně je nižší výskyt preeklampsie (Wikström et al., 2010). Pojem preeklampsie označuje výskyt hypertenze, otoků a proteinurie v průběhu těhotenství. I když je riziko vzniku preeklampsie u žen kuřaček nižší, negativní účinky kouření značně převyšují. Jestliže u těhotné ženy kuřačky preeklampsie přece jen vznikne, je ohrožena vznikem závažných komplikací mnohonásobně víc, než žena nekuřačka (Wikström et al., 2010). Pokud žena v průběhu těhotenství kouří, porodní váha dítěte neodpovídá gestačnímu věku a z toho plynou i další rizika pro další vývoj. Tato rizika se mohou projevit jak v časném, tak v pozdním období po porodu (Candel, 2015). Z časných komplikací to může být například hypoglykémie, polycytémie a další. Z pozdních jsou nejčastější metabolické vady spojené s obezitou, diabetem a hypertenzí. *„Pokud je matka silná kuřačka v průběhu těhotenství, mohou se u dítěte objevit známky abstinenčního syndromu s křikem, neklidem a neprospíváním“* (Černá, Kollárová, 2015, s. 43).

Kouření cigaret u mužů i rok před početím má karcinogenní a mutagenní účinky na vývoj plodu, jelikož spermatogeneze probíhá neustále a mužské zárodečné buňky jsou vysoce vnímavé na působení škodlivých látek. Některé studie dokazují, že má kouření vliv na poměr pohlaví narozených dětí a více se rodí dívek než chlapců (Černá, Kollárová, 2015). Expozice cigaretovému kouři v průběhu těhotenství a v období laktace negativně ovlivňuje vývoj mnoha orgánových systémů dítěte včetně respiračního, kardiovaskulárního i nervového (Šídová, Šťastná, 2015). Mělo by tedy být zřejmé, že by těhotné a kojící ženy neměly kouřit. Jestliže žena kouří, měla by před plánovaným těhotenstvím přestat kouřit co nejdříve (Hrubá, 2011). Před otěhotněním přestane kouřit 20-30 % žen a většina z nich se k němu vrátí ještě během těhotenství nebo krátce po narození dítěte (Szombati, 2011).

1.2.6 Vliv kouření na dítě v době kojení

Kouření matky nepříznivě ovlivňuje také kojení. Ženy, které kouří, produkují menší množství mateřského mléka, protože nikotin inhibuje produkci prolaktinu (Šídová, Šťastná, 2015). Produkce mateřského mléka klesá až o 30 %. Dítě matky kuřačky, která kojí, přijímá dvojnásobné množství nikotinu, a sice dýchacími cestami a trávicím traktem (Tručková, Brabcová, 2018). Toxické látky jako těžké kovy, toxické a karcinogenní uhlovodíky či radioaktivní látky z cigaret pronikají do mateřského mléka, mléko tak kontaminují a kazí i jeho chuť (Šídová, Šťastná, 2015). Kromě chuti je ovlivněno také

složení mléka. Dochází ke snížení množství obsažených mastných kyselin, vitaminu C a E a zvýší se prooxidační účinky, díky kterým mohou vznikat rakovinotvorné buňky (Králíková, 2013). V mateřském mléce je větší množství nikotinu než v krvi matky. Mléko obsahující nikotin negativně ovlivňuje činnost trávicího systému, děti pak špatně sají a často zvrací (Kostiuk, 2013). Kvůli přestupu nikotinu a škodlivých látek do mateřského mléka dochází kromě snížení tvorby mléka také k blokování spouštěcího reflexu (Černá, Kollárová, 2015).

U dětí, které jsou kojené matkou kuřačkou, se mohou objevovat bolesti břicha, nevolnost a zvracení. Jelikož nikotin mění chuť mateřského mléka, dítě prs často odmítá a je během kojení neklidné (Šídová, Šťastná, 2015). Bez ohledu na to, zda je dítě kojené či krmené umělým mlékem, je kouřením ohroženo nejen ze strany matky, ale i ostatních členů domácnosti. Protože se tyto děti vyskytují v zakouřeném prostředí, stávají se pasivními kuřáky. V těchto případech jsou zaznamenány častější případy náhlého úmrtí dítěte (Černá, Kollárová, 2015). Kouření obou rodičů v období těhotenství i v době po narození dítěte zvyšuje u dítěte riziko vniku leukémie. Přímé působení nikotinu způsobuje zpomalení tělesného růstu a negativně působí na vývoj mozku, plic a celkově ovlivňuje programování metabolismu (Hrubá, 2011). Kojené děti matek kuřaček častěji trpí novorozeneckou žloutenkou a mohou se u nich vyskytnout abstinenční příznaky. Mezi abstinenční příznaky u dětí patří častý pláč, neklid a nespavost. Jsou také častěji nemocné především infekty dýchacích cest, záněty středouší a alergiemi. (Šídová, Šťastná, 2015). Jelikož se organismus dítěte zbavuje nikotinu metabolizací v játrech a vylučováním ledvinami, jsou právě tyto dva orgány nepřiměřeně zatěžovány v období, kdy se vyvíjí (Hrubá, 2011).

1.2.7 Úloha sestry v prevenci kouření v době kojení

Aktivní kouření kojící matky je velkým rizikovým faktorem pro vznik mnoha chorob. Těhotná či kojící žena kuřačka by se měla při odvykání kouření obrátit na specialisty (Gregora, Zákostelecká, 2014). Sestra by měla matce kuřačce řádně vysvětlit veškerá rizika spojená s kouřením v období laktace. Měla by ji také upozornit na případná rizika spojená s předčasným ukončením kojení kvůli kouření a nabídnout jí pomoc s odvykáním (Králíková et al., 2015). Kojící žena kuřačka by měla vědět, že nikotinové náplasti či žvýkačky, které se při odvykání kouření používají, nejsou pro kojící ženy vhodné (Mlčochová, 2012).

Podle Gregory a Zákostelecké (2014) kojící matky, které se nedokážou kouření vzdát ani v období laktace, mohou mít povoleno maximálně pět cigaret za den. Vždy by ale žena měla kouřit až po kojení, a ne ve stejné místnosti s dítětem (Gregora, Zákostelecká, 2014). Těsně po kojení by kojící matka měla kouřit proto, že poločas rozpadu nikotinu je kolem devadesáti minut. Názory na počet vykouřených cigaret za den, u kojících matek, jsou rozdílné a pohybují se v rozmezí od 5 do 15 cigaret za den. Počet cigaret by ale měla kojící žena co nejvíce omezit, jelikož ohrožuje zdraví své i svého dítěte (Černá, Kollárová, 2015). Szombati (2011) udává, že kolem 70 % žen v období těhotenství či laktace kouřit nepřestane. Domnívá se, že jedním z důvodů je, že jim většina sester a lékařů neposkytne dostatek odborných rad a strategií týkajících se odvykání kouření a v důsledku toho si tyto ženy neuvědomují veškeré benefity (Szombati, 2011).

Podle Barešové a Hronka (2012) by kojící žena neměla kouřit minimálně dvě a půl hodiny před kojením. Pokud žena nedokáže závislost na cigaretách překonat, je důležité, aby nekouřila v blízkosti dítěte (Barešová, Hronek, 2012). Rodiče ani ostatní členové domácnosti nebo příbuzní by neměli kouřit v místnosti, kde se dítě nachází. Optimálním doporučením je tedy nekouřit vůbec (Černá, Kollárová, 2015).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit informovanost matek o rizicích spojených s užíváním tabákových výrobků v době kojení.

Cíl 2: Odhalit, jaké problémy se pojí s kouřením v době kojení.

Cíl 3: Zjistit, jaká je motivace matek pro pokračování v kouření během kojení.

Cíl 4: Vytvořit edukační materiál pro matky o rizicích kouření v době kojení.

2.1 Výzkumné otázky

1. Jaká je informovanost matek o rizicích kouření v době kojení?

2. Jaké problémy v oblasti kojení řeší matky kuřačky?

3. Jaká je motivace matek pro pokračování v kouření v době kojení?

4. Jakou úlohu zastává dětská sestra v problematice kouření a kojení z pohledu matek?

3 Metodika

3.1 Metodika výzkumu

Empirická část práce byla zpracována formou kvalitativního šetření. Sběr dat v kvalitativní výzkumné části byl prováděn prostřednictvím hloubkových rozhovorů, které probíhaly s matkami, které mají zkušenost s kouřením tabákových výrobků v období kojení. Anonymní rozhovory s matkami probíhaly s jejich souhlasem. Matky byly s tématem rozhovoru dopředu seznámeny. Výběr matek byl záměrný a kritériem bylo, aby matky měly zkušenost s kouřením tabákových výrobků v době kojení. Rozhovor obsahoval celkem 31 předem připravených otevřených otázek (příloha 1). Otázky byly zaměřeny na matky, které mají zkušenosti s kouřením v období kojení. Odpovědi matek byly písemně zaznamenávány a poté přepsány do programu Microsoft Word. Následné kódování a vytváření schémat bylo provedeno prostřednictvím programu Atlas.ti.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor empirické části diplomové práce byl tvořen osmi matkami, které mají zkušenost s užíváním tabákových výrobků v období kojení. Probandky pocházely z celé České republiky. Byla použita metoda snowball neboli metoda sněhové koule, kdy jednotlivci postupně nominují další osoby, které splňují daná kritéria. Výzkumné šetření bylo prováděno od ledna do března 2021 a bylo ukončeno v okamžiku teoretického nasycení získaných dat.

4 Výsledky výzkumu

4.1 Kategorizované výsledky z rozhovorů s matkami

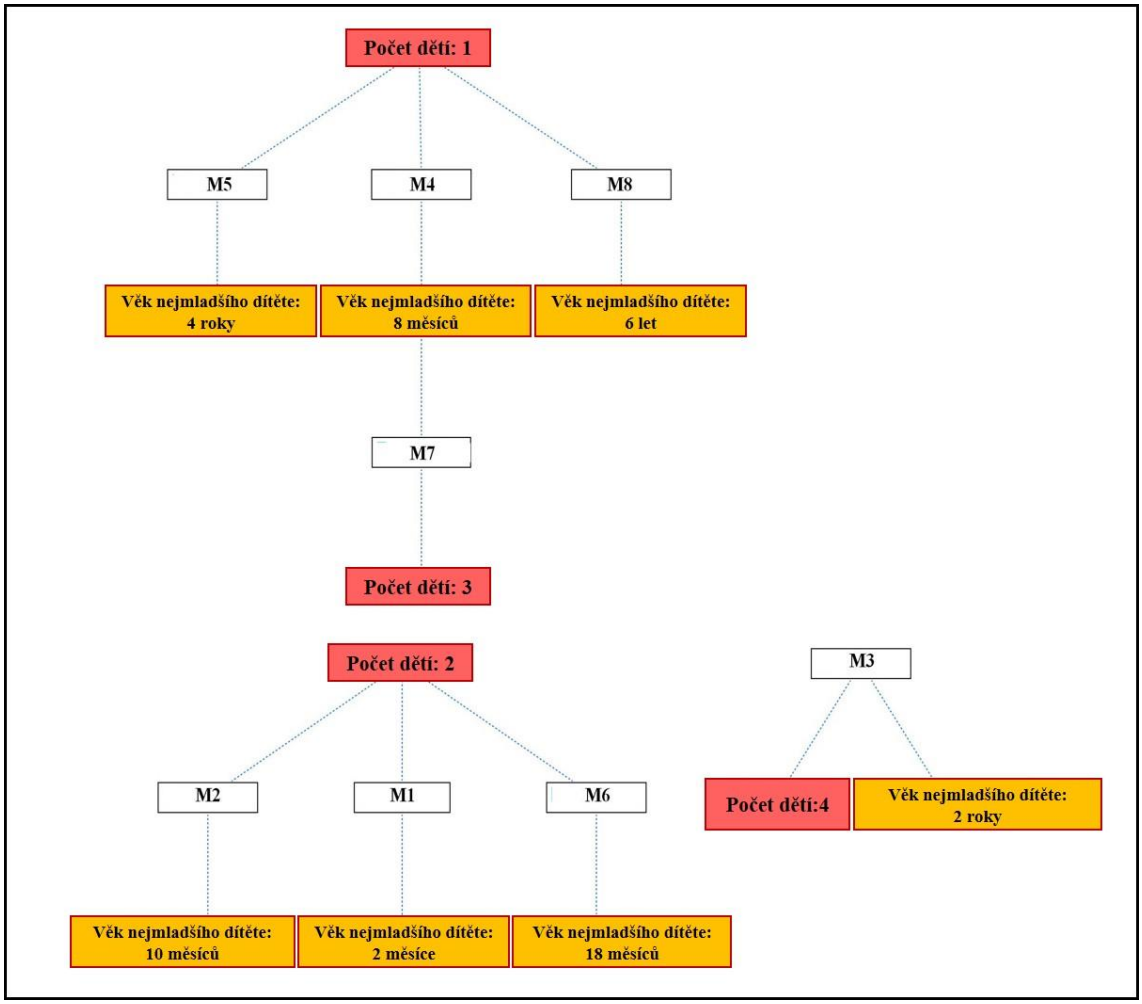
4.1.1 Identifikační údaje

Na základě rozhovorů s matkami, které mají zkušenosti s kouřením tabákových výrobků v období kojení, byla vytvořena kategorie identifikační údaje. Veškeré odpovědi matek byly podrobeny analýze dat, podle kterých vznikla první kategorie. Z rozhovorů vyplynula následující zjištění. Do kategorie identifikační údaje jsme zařadili věk matek a jejich vzdělání.

Věk matek se pohyboval od 28 do 41 let. Průměrný věk probandek byl 32,5 let. Pro lepší orientaci jsme si věk rozdělili do tří stupňů, a sice věk od 20-29 let, od 30-39 let a od 40-49 let. V období 20-29 let byla jedna matka s věkem 28 let, a to M6. Jedna matka – M3 byla i v období od 40-49 let, které bylo 41 let. Nejvíce matek bylo v rozmezí od 30-39 let. S věkem 30 let byly tři matky, a sice M2, M5 a M8, dvě matky ve věku 32 let – M1 a M7 a jedna matky ve věku 37 let – M4. M1, M3, M6, M7 a M8 dosáhly nižšího vzdělání než ostatní probandky, a sice – středoškolského vzdělání s výučním listem. M2, M4 a M5 absolvovaly střední školu s maturitní zkouškou. Vysokou či vyšší odbornou školu neměla ani jedna probandka a stejně tak v našem výzkumném souboru nebyla ani jedna matka se základním vzděláním

4.1.2 Počet a věk dětí

Schéma 1: Počet a věk dětí



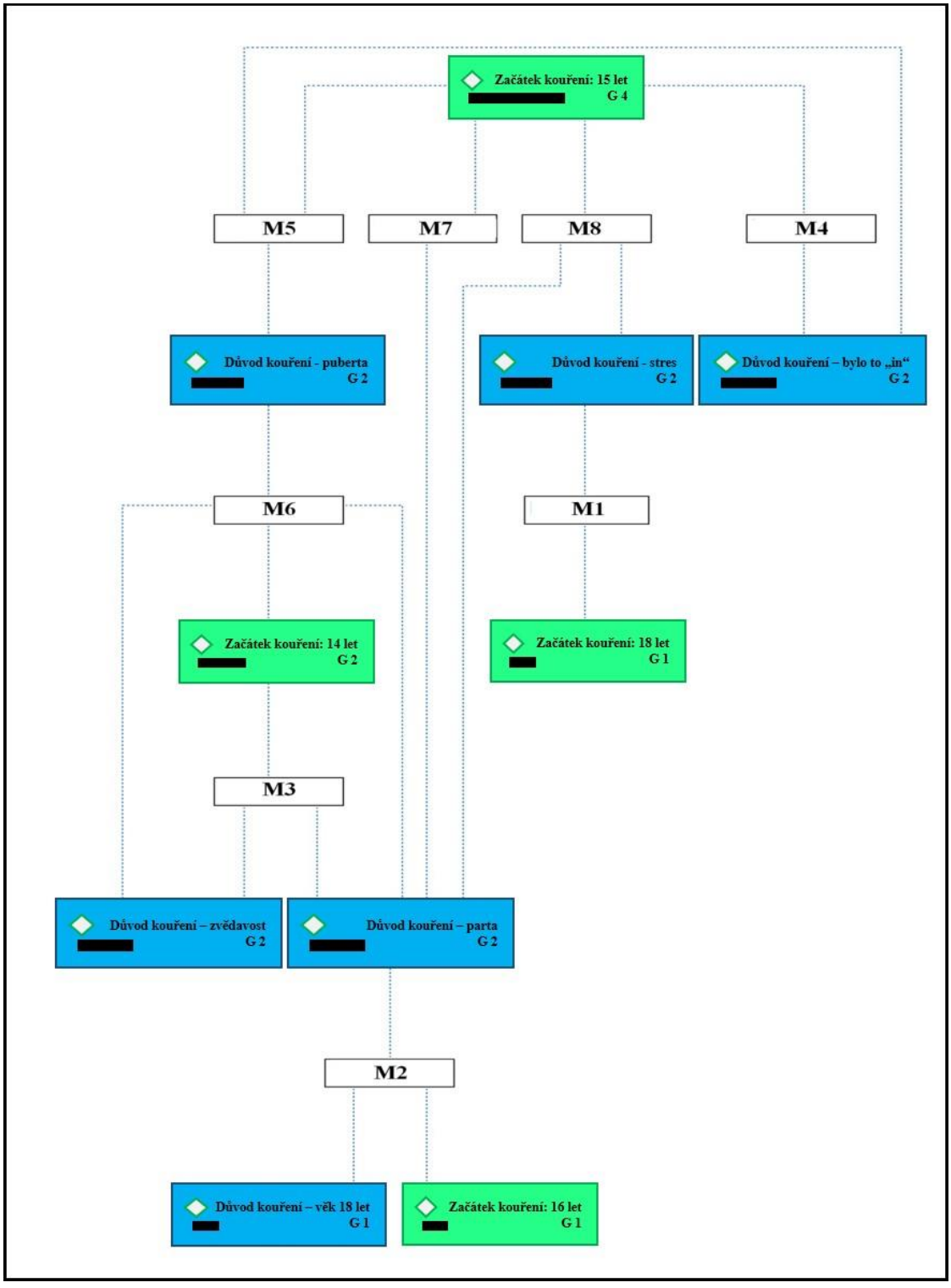
Počet dětí dotazovaných matek byl v rozmezí od 1–4 dětí. Jak můžeme vidět na schématu 1, tak pouze jedno dítě měly M4, M5 a M8. Stejné zastoupení bylo i matek se dvěma dětmi, z čehož lze na schématu 1 vidět, že dvě děti má M1, M2 a M6. M7 uvedla tři děti a M3 děti čtyři. Věk nejmladšího dítěte probandek se pohyboval od 2 měsíců po 6 let. M1, která má dvě děti, uvedla věk nejmladšího dítěte 2 měsíce. M2 uvedla: *„Celkem mám dvě děti. Dceru 3,5 roku, kterou jsem kojila pouze 4 týdny a synovi je 10 měsíců a je kojen do současnosti.“* Dvě děti má ještě M6, která tvrdí: *„Mám dvě děti. Jednomu je 5 let a druhému 18 měsíců“* dodává: *„Kojila i kouřila jsem u obou.“* M4, která má jedno dítě uvedla jeho věk 8 měsíců. Stejný věk svého dítěte uvedla i M7, která má ale děti tři, jak leze vypozorovat ze schématu 1. M5 a M8 mají také jedno dítě, stejně jako M4, ale již jsou starší než dítě M4. M5 odpověděla: *„Mám čtyřletého syna. Kojený byl asi jenom tři*

týdny, protože vůbec nechtěl prso.“ M8 má jedno dítě, kterému je nyní 6 let. M8: *„Mám jedno dítě, a to šestiletou dceru.“* M3 uvedla nejvíce dětí z celkového počtu dotazovaných, a sice 4 děti. Uvedla: *„Děti mám 4 a nejmladšímu jsou 2 roky.“*

4.1.3 Začátek a důvod kouření

V této kategorii jsme zjišťovali, v kolika letech matky začaly kouřit a jaké byly nejčastější důvody. Všechny získané odpovědi byly podrobeny analýze dat, ze kterých byla vytvořena kategorie začátek a důvod kouření. Vše je shrnuto ve schématu 2.

Schéma 2: Začátek a důvod kouření



Ze schématu 2 můžeme vyčíst, že nejčastějším věkem začátku kouření, byl věk 15 let, kdy takto odpověděly čtyři matky. Od 15 let kouří M4, M5, M7 a M8. M4: *„Začala jsem bohužel velmi brzy, když mi bylo 15 let.“* M5: *„Kouřit jsem začala zhruba v 15 letech.“* M7: *„Začala jsem kouřit v 15 letech. Vždy jsem byla zapřísahlá v tom, že nikdy kouřit nebudu, ale pak se to zvrtlo a teď se toho už nedokážu zbavit.“* Také M8, která začala kouřit v 15 stejně jako M4, M5 a M7, tvrdí: *„začala jsem kouřit, když mi bylo 15 a od té doby kouřím pořád.“* Dvě matky uvedly, jako věk začátku kouření, 14 let. M3: *„Začínala jsem s kamarády už kolem 14 let, ale to bylo takové občas na tajňačku. Pravidelně kouřím asi od svých 20 let.“* Také M6 začala kouřit od svých 14 let, ta ale od té doby kouří stále. M6: *„Kouřit jsem začala asi ve svých 14 letech, když jsem byla v pubertě. Od té doby kouřím stále bez větších přestávek.“* M2 začínala kouřit v 16 letech. Uvedla: *Začátky kouření, takové to seznamování se s cigaretou, začalo někdy kolem 16. roku. Takové to pravidelné doplňování nikotinu přišlo až po dovršení 18 let. Do té doby to bylo jen na tajňačku kvůli rodičům, přesto, že i oni jsou kuřáci.“* M1 jako jediná začala kouřit v 18 letech, což byl nejvyšší věk začátku kouření ze všech uvedených odpovědí. M1: *„S kouřením jsem začínala, když mi bylo 18 let.“*

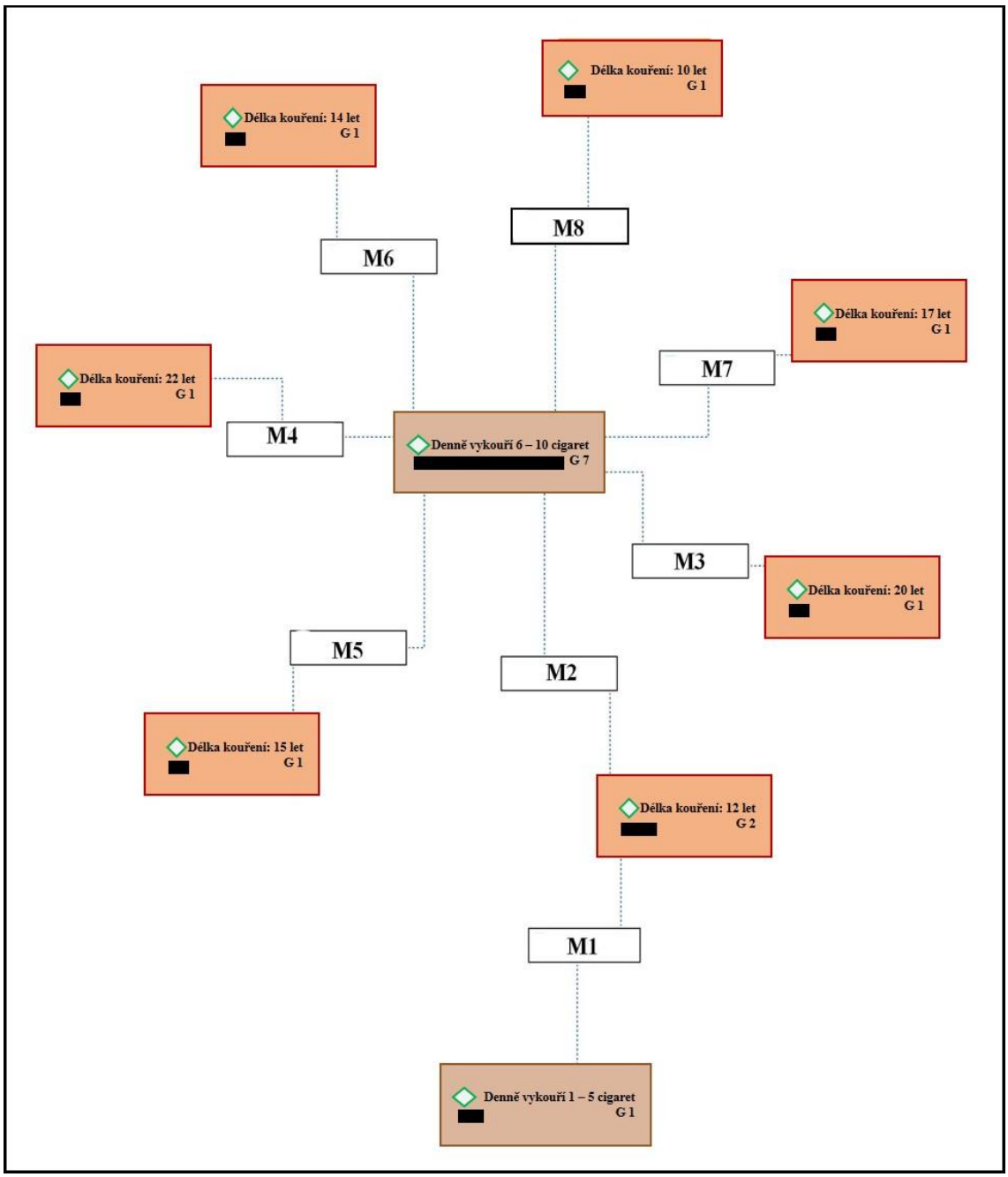
Největší zastoupení, jako důvod kouření, mělo zapadnutí do party. Zapadnutí do party či kolektivu, jako důvod začátku užívání tabákových výrobků, uvedlo pět matek, a to M2, M3, M7 a M8. Na schématu 2 můžeme vidět, že M2 ještě kromě důvodu zapadnutí do party, uvádí, jako další důvod věk 18 let. Odpověděla následovně: *„Důvodem začátku kouření byl věk 18 let, parta a zapadnutí do kolektivu. Na kouřové se vždy řešily důležité věci. Touha být součástí se vším všudy.“* M3 také odpověděla, že chtěla lépe zapadnout do party a dalším důvodem pro ni byla zvědavost. Na otázku, jaký byl důvod začátku kouření, odpověděla takto: *„Určitě zvědavost a frajeřina. Lákalo mě to zkusit a chtěla jsem lépe zapadnout do party.“* M6 uvedla podobné důvody jako M3, ale jeden z nejhlavnějších důvodů pro ni byla puberta. M6: *„Důvodem byla hlavně puberta a touha to zkusit. V té době kouřil skoro každý v mém věku, takže jsem se nechala strhnout partou.“* M7: *„Hlavním důvodem začátku mého kouření bylo to, že jsem chtěla lépe zapadnout do party. Skoro každý na škole kouřil a o pauzách jsme chodili právě někam na cigárko.“* M8 uvedla také jako jeden z důvodů zapadnutí do party, stejně jako M, M3 a M7 a dalším důvodem byl pro ni stres. M8: *„Důvodů bylo víc. Jednak to bylo kvůli partě, kdy jsem chtěla lépe zapadnout. Chodila jsem ven se samými kuřáky a ve škole to bylo taky tak. Dalším důvodem byl stres. Doma to nebylo lehké, rodiče se stále hádali,*

tak jsem vždy vypadla ven na cigaretu.“ Stres jako důvod svého začátku kouření uvedla i M1, která kouří od svých 18 let. Tvrdí: *„Důvod, proč jsem začala kouřit, byl určitě stres. V dobu mého začátku kouření se moji rodiče neustále hádali a potom došlo i k rozvodu.“* Stejně tak jako u M8 byl stres zapříčiněn hádkami rodičů. Důvodem začátku užívání tabákových výrobků pro M4 bylo to, že to v té době bylo „in“, s čímž se shoduje také M5. M4: *„V té době jsem byla na internátě, daleko od domova bez neustálého dohledu rodičů a v té době to bylo „in“. Kámošky mě to naučily.“* M5 uvedla, jako důvod začátku kouření stejně jako M4 to, že to bylo „in“ a druhým důvodem pro ni byla puberta, na čemž se shoduje zase s M6. M5: *„Důvodem začátku mého kouření byla puberta a v té době být „in“ a jít s dobou.“*

4.1.4 Délka kouření a množství cigaret

V kategorii délka kouření a množství cigaret jsme zjišťovali jaká je délka kouření dotazovaných probandek a kolik cigaret denně vykouří. Na základě získaných odpovědí jsme vytvořili tuto kategorii. Všechna analyzovaná data jsou shrnuta ve schématu 3.

Schéma 3: Délka kouření a množství cigaret



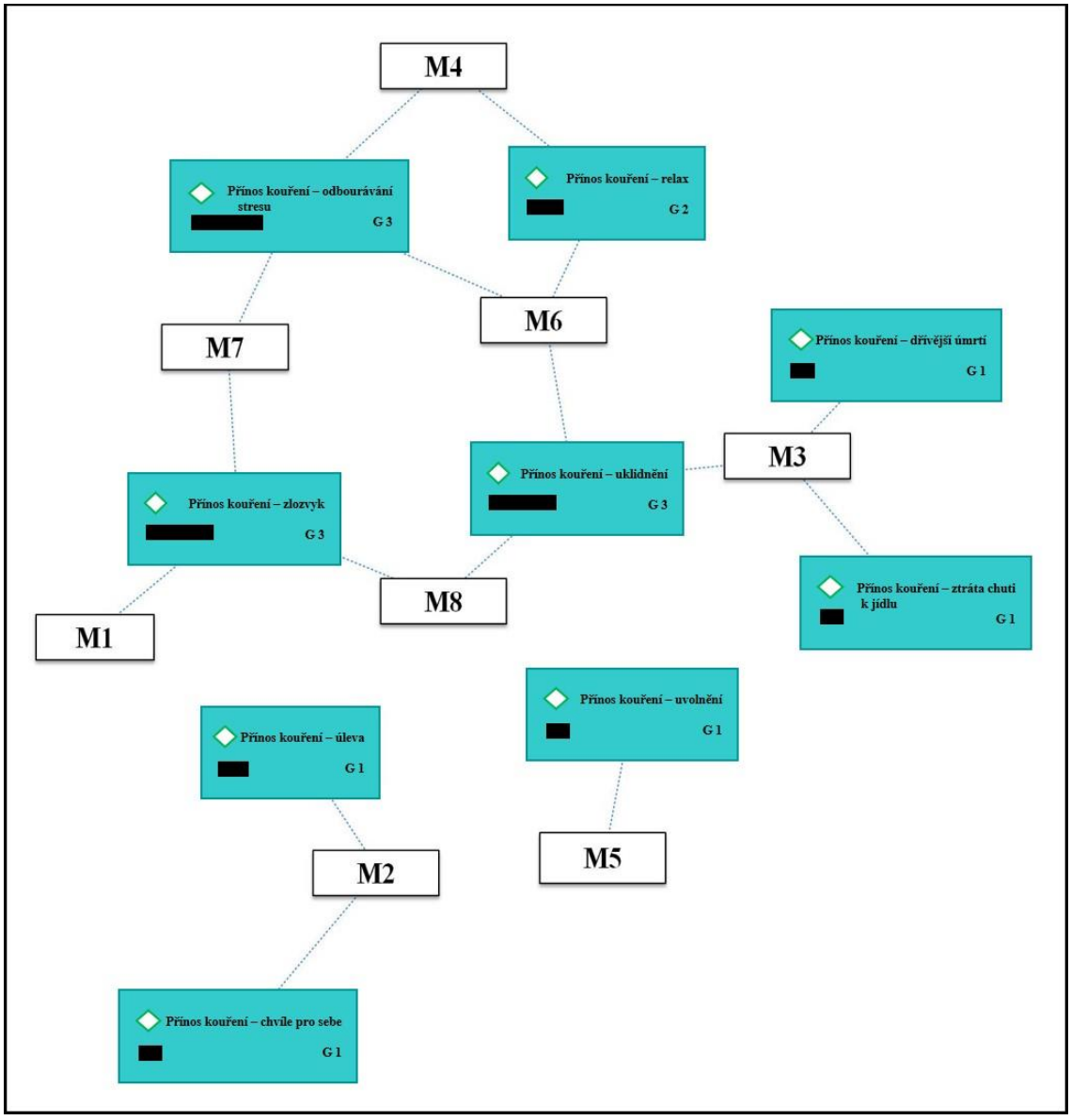
Ze schématu 3 jasně vyplývá, že sedm probandek z celkového počtu osmi dotazovaných vykouří denně 6–10 cigaret a pouze 1 vykouří denně 1–5 cigaret. M1 se vešla jako jediná

do rozmezí 1–5 vykouřených cigaret za den. Na otázku, jak často kouříte, odpověděla: *„Během dne vykouřím odhadem tak 5 cigaret, někdy i méně.“* Z čehož délka kouření je u ní 12 let. Uvedla: *„Když nepočítám první dva roky, kdy jsem kouřila občas jen na akcích nebo venku s přáteli, tak kouřím už 12 let.“* Stejnou délku kouření - 12 let odpověděla také M2. M2: *„Kouřím už 12 let, když počítám takové to opravdové kouření bez zábran.“* Co se týče počtu cigaret, uvádí kolem 10 cigaret za den. Doplňuje: *„Hodně záleží na situaci a průběhu dne. Nemyslím si, že čím větší zátěž během dne se objeví, tím více cigaret padne jako následek stresu. Spíše při každé volné chvíli.“* Ze schématu můžeme vyčíst, že všechny ostatní matky, kromě M1, vykouří 6–10 cigaret denně. M3: „*Záleží na situaci. Každý den je jiný a každý den vykouřím jiný počet cigaret. Většinou se dostanu k deseti cigaretám.“* Jako délku kouření uvedla 20 let. Dodala: *„Je to hrozné, ale nemůžu si pomoct. Touha je silnější než já.“* M4: *„Množství vykouřených cigaret za den se pohybuje asi okolo 10 cigaret.“* A na otázku, jak dlouho kouříte, odpověděla: *„Kouřím už 22 let, i když s malými pauzami.“* M5: „*Pokud je běžný den, tak vykouřím tak 10 cigaret. Pokud jdu posedět s přáteli, tak i více.“* Na schématu vidíme, že kouří již 15 let. M6 kouří 14 let a vykouří 6–10 cigaret za den. Dodala: *„Záleží na situaci a denních aktivitách.“* Také M7 uvedla, že vykouří 5–10 cigaret maximálně. A uvádí: *„Nikdy jsem se nedopracovala k tomu, že bych vykouřila celou krabičku za den.“* Délku kouření udává 17 let. Tvrdí: *„Kouřím už 17 let s občasnými přestávkami. Vždycky mám období, kdy kouřit přestanu a vydržím to i několik měsíců, pak se k tomu ale zase vrátím. Je to neustálý koloběh.“* Nejkratší dobu od počátku kouření cigaret uvedla M8, a to 10 let. Jako většina dotazovaných matek uvedla také 6–10 vykouřených cigaret za den. Doplnila: *„Kouřím přibližně každé dvě hodiny.“*

4.1.5 Přínos a význam kouření

V kategorii přínos a význam kouření jsme zjišťovali, co pro dotazované kouření znamená a co jim to přináší. Všechny odpovědi byly podrobeny analýze dat, na jejímž základě vznikla tato kategorie. Vše je shrnuto ve schématu 4.

Schéma 4: Přínos a význam kouření



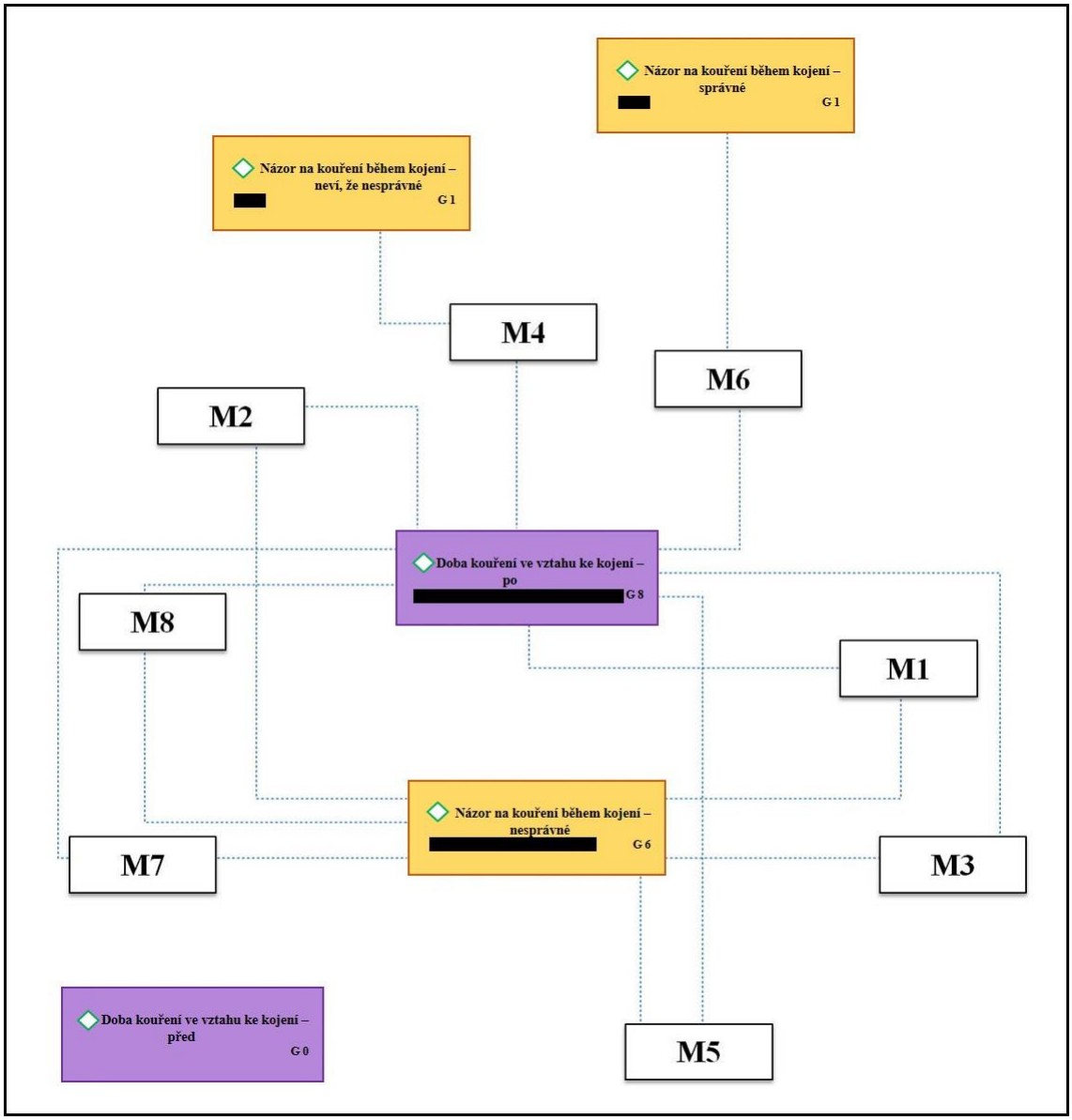
Ve schématu 4 lze vidět, že mezi nejčastější odpovědi patří odbourávání stresu, pocity uklidnění ale také zlozvyk. Na otázku, co pro Vás kouření znamená a co Vám to přináší, odpověděla M1 takto: *„Teď pro mě kouření znamená zlozvyk. Více kouřím, když jsem ve stresu, ale neznamená to, že jsem ve stresu neustále. Prostě je to takový zlozvyk a nutkání si zapálit, když mám volnou chvíli.* Svou odpověď dále doplnila: *„Přijde mi lepší, zapálit*

si cigaretu než si dát panáka.“ Také pro M7 a M8 znamená kouření určitý zlozvyk. M7: *„Kouření pro mě znamená takový zlozvyk.“* Dále tvrdí: *„Cigareta mi vždy pomáhala odbourávat stres, ale nyní na ni mám chuť, i když zrovna ve stresu nejsem.“* M8: *„Kouření pro mě znamená určitě zlozvyk, je to něco, co nemůžu ovládnout.“* Dále také uvedla, že ji to přináší pocit uklidnění. Pocity uklidnění uvedly i M3 a M6. M3: *„Přináší mi to pocity uklidnění a také to, že po cigaretě nemám vůbec chuť k jídlu. A znamená to, že asi umřu dřív než nekuřáci.“* M6 kromě pocitu uklidnění uvedla, že jí kouření pomáhá odbourávat stres a znamená pro ni určitou formu relaxace a odpočinku. Podobné tvrdí i M4: *„Je to pro mě jakýsi ventil a forma relaxace. Pomáhá mi to odbourávat každodenní stres.“* Pro M2 kouření znamená úlevu, kterou popisuje následovně: *„Úleva v tom smyslu, že na chvíli zapomenu na daný problém. Odložení problému či nepříjemné situace na krátkou dobu, kdy mi cigareta přinesla úlevu, čas a možnosti na hledání případného řešení.* Takto dle jejích slov řešila problémy dřív, když ještě neměla děti. Tvrdí, že příchodem dětí se pro ni změnily priority a nyní pro ni kouření znamená následovné: *„ V současnosti pro mě kouření znamená útěk a vytvoření si chvíle sama pro sebe.“*. Jak můžeme vidět na schématu 4, tak se ani jedna z jejích odpovědí neshodovala s ostatními. Stejně tak M5 se svou odpovědí neshodovala s ostatními probandkami. M5: *„Kouření mi přináší pocity uvolnění a cigareta mi chutná.“*

4.1.6 Názor na kouření a doba kouření ve vztahu ke kojení

Následující kategorie s názvem názor na kouření a doba kouření ve vztahu ke kojení se zabývá především tím, jaký mají probandky názor na problematiku kojících kuřaček a na dobu kouření ve vztahu ke kojení. Poté se všechny odpovědi matek podrobily analýze dat a byly zakódovány do výše uvedených výrazů, z nichž bylo následně vytvořeno schéma 5. Ze schématu 5 můžeme vyčíst jednotlivé odpovědi probandek na danou problematiku.

Schéma 5: Názor na kouření a doba kouření ve vztahu ke kojení



Ze schématu 5 je zřejmé, že všechny dotazované matky kouří po kojení. M1, která tvrdí, že kouří vždy po kojení, dodala: *„Vždycky když malá spí a druhá je třeba ve školce nebo*

u babiček. Když jsou obě doma a jsou vzhůru, tak se s manželem vystřídáme. Jeden se stará o děti a druhý si jde zakouřit a naopak." M2 uvedla, že kouří po kojení ze dvou důvodů, a sice: *„Prvním je, že většinou před kojením není čas, když dítě pláče a má hlad a za druhé si myslím, že když si dám cigaretku po kojení, tak v čase mezi kojeními se třeba nikotin nějak vyselektuje, vstřebá a malému mlékem nedojde těch škodlivin tolik. Ale je to spíše můj pohled na věc, než aby mě o tom někdo informoval nebo mi dával rady."* Také M3 tvrdí, že kouřila po kojení a dodala: *„Snažila jsem se a i teď se snažím nekouřit v blízkosti dětí."* M4 se se svou odpovědí shoduje s M2 a tvrdí, že kouřila po kojení, jelikož na to před kojením nebyl čas, protože dítě plakalo a mělo hlad. M5: *„Kouřila jsem vždycky jen a pouze po kojení, když malý spokojeně spinkal."* M6 kouří po kojení z tohoto důvodu: *„Vím, že ty škodlivé látky dítěti přes mléko předávám i tak, ale mám lepší pocit, že když kouřím po kojení, tak do dalšího kojení se ty látky více eliminují a není jich tolik, než kdybych kouřila třeba půl hodiny před kojením."* M7 na otázku, kdy nejčastěji kouříte z hlediska kojení, odpověděla takto: *„Vždycky jsem kouřila hned po kojení, když dítě usnulo nebo byl někdo, kdo ho hlídal."* S odpovědí M7 se shoduje i M8, která se zmínila, že kouřila vždy po kojení, když dítě usnulo. Uvedla: *„Většinou jsem kouřila po kojení, když malá spala."* Z výše uvedených odpovědí vyplývá, že ani jedna matka z osmi dotazovaných nekouřila před kojením dítěte. Tento fakt lze vidět i na schématu 5.

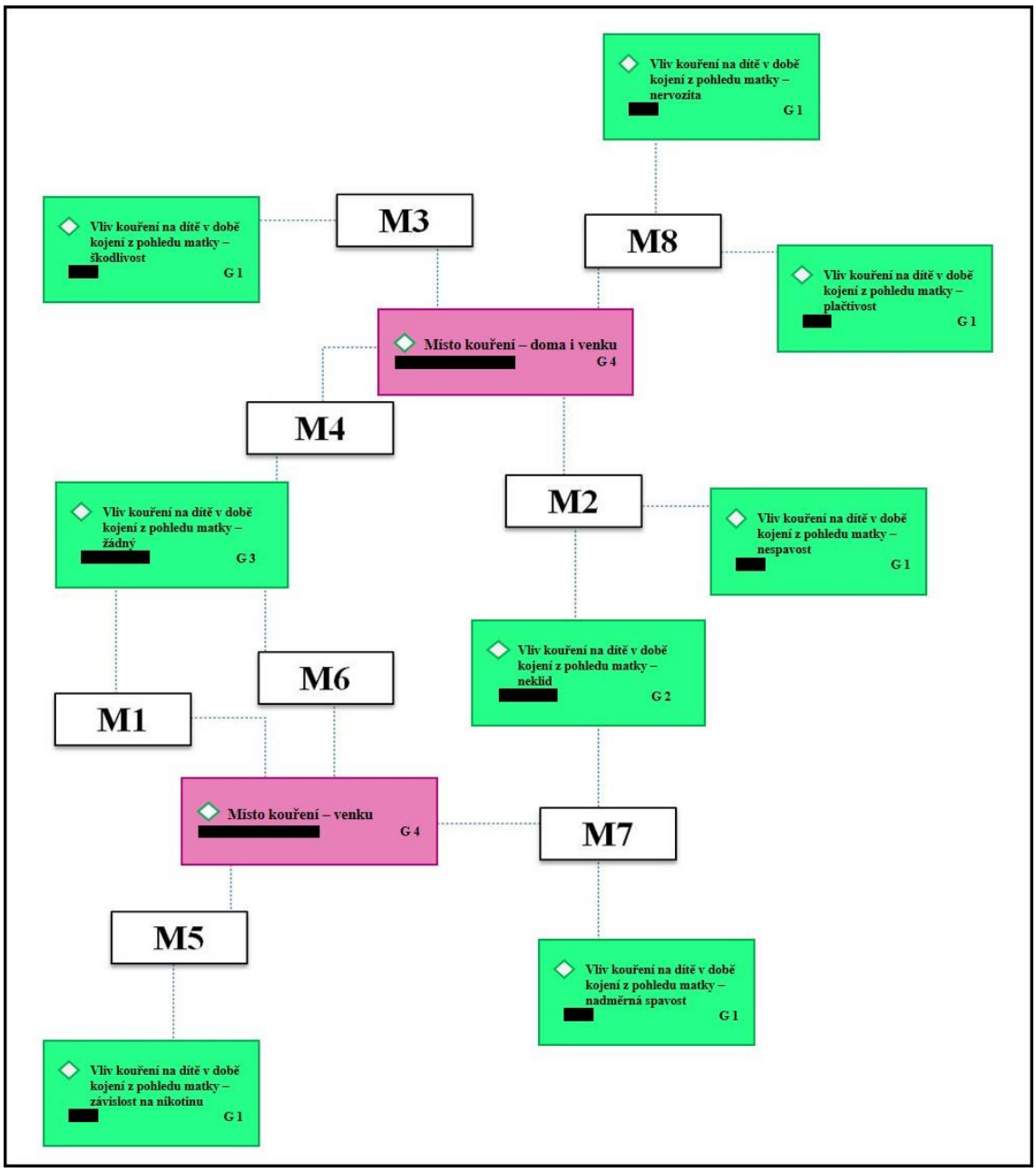
Další oblast v této kategorii tvořil názor matek na kouření v době kojení. I na tuto problematiku měla většina dotazovaných matek stejný názor, a sice, že kouření v období kojení není správné. Na tomto názoru se shodlo 6 matek, z 8 dotazovaných, přesněji řečeno M1, M2, M3, M5, M7 a M8. M1 na otázku, jaký máte názor na kouření v době kojení, odpověděla následovně: *„Vím, že to není správné. Vždy jsem byla zastáncem toho, že v době kojení kouřit nebudu, ale bohužel nemám silnou vůli."* Svou odpověď ale doplňuje tvrzením: *„Některé ženy pijí například alkohol nebo berou drogy, a to je mnohem horší než nějaká cigareta."* Také M2 ví, že kouření v době kojení není správné a doplňuje: *Vím, že by se to nemělo a rozhodně si nemyslím, že je to jen uměle vyvolaná kampaň vedená lékaři, zarputilými a zapřisáhlými nekuřáky a bio matkami, ale je to závislost, se kterou nejde skončit ze dne na den. Ještě když se Vám v životě ze dne na den objeví miminko, které celou noc nespí. Může to být, a dokonce třeba i je to důsledek toho, že jste kuřačka a můžete za to právě vy.* M2 dále uvádí: „*Porod sám o sobě také nebyl nejjednodušší. Dávka stresu je vyšší, pakliže řešíte problematiku ohledně zdraví dítěte následkem komplikovaného porodu, což byl případ mého prvního porodu. Druhé*

těhotenství se neslo v duchu neustálého řešení zdraví malého. Tím chci říci a rozhodně se tím neomlouvám, že pokud je žena kuřačka před otěhotněním a těhotenství a porod se nese v duchu komplikací, je málo pravděpodobné, že během kojení, kdy přichází další dávka stresu a zátěže, se žena vzdá cigaret.“ M3 odpověděla takto: *„Podle mě by matky neměly vůbec kouřit v době kojení, ale sama vím z vlastní zkušenosti, že je to dost těžké.“* M5 je také zastáncem toho, že by se v době kojení kouřit nemělo a dodává: *„Samotná s tím nesouhlasím, ale i já jsem během kojení kouřila.“* M7 se shoduje s výše uvedenými názory o tom, že kouření v době kojení není správné, na druhou stranu ale uvádí, že si za tuto skutečnost nese každá matka svou odpovědnost a je to její věc, zda při kojení bude, či nebude kouřit. M8 je také toho názoru, že kouření v období kojení není správné, svůj názor ale doplňuje o tvrzení: *„Zase si ale myslím, že když už žena kouří v těhotenství, tak po porodu by měla kouření spíše omezit než přestat úplně.“* M4 se ztotožňuje s názorem M7 v tom, že je to každého osobní věc a svou odpověď ještě doplňuje: *„Já se nestarám o ostatní lidi, a to samé vyžaduji i od nich.“* M6 jako jediná uvedla, že v kouření během kojení nevidí zase až takový problém. Dodala: *„Myslím si, že jsou i mnohem horší věci, jako například drogy.“*

4.1.7 Vliv kouření na dítě a místa kouření

V této kategorii jsme zjišťovali, jaký má dle dotazovaných probandek vliv kouření na dítě v období kojení a kde nejčastěji kouří. Všechny odpovědi byly podrobeny analýze dat, ze kterých jsme vytvořili schéma 6. Výše uvedené schéma znázorňuje zakódované výrazy, které vznikly na základě odpovědí všech dotazovaných matek.

Schéma 6: Vliv kouření na dítě a místa kouření



Ze schématu 6 lze vyčíst, že co se týče místa, kde matky nejčastěji kouří, dělí se probandky dle jejich odpovědí na dvě skupiny. První skupinu tvoří matky, které kouří pouze venku a do druhé skupiny se zařazují matky, které kouří i doma. Do první skupiny se zařadily M1, M5, M6 a M7, které kouří pouze venku, jak již bylo výše zmíněno. Zbylé probandky se řadí do druhé skupiny, to znamená do skupiny matek, které kouří doma i venku, a to jsou M2, M3, M4 a M8. Ze schématu 6 vyplývá, že poměrově tvoří první a druhou skupinu stejný počet probandek, to znamená, že tyto skupiny jsou vyrovnané. M1: *„Já i manžel kouříme jenom venku. Doma nekouříme kvůli dětem. Máme balkon, tak kouříme tam.“* Podobně odpověděla také M5, která tvrdí: *Doma nekouříme. Kouříme na balkoně a převážně venku nebo v práci.“* Doma také nekouří M6, která na otázku, kde nejčastěji kouříte, odpověděla takto: *„Kouříme pouze na terase nebo na zahradě. Kouříme jen venku, a to i v zimě.“* M7 je toho názoru, že cigareta domu nepatří. Udává: *„Kouřím jedině venku. Nikdo u nás doma nesmí kouřit. Manžel je také kuřák a na tom se spolu shodneme.“* M2, M3, M4 a M8 ve svých odpovědích uvedly, že kouří venku i doma. M2 odpověděla: *„Nejčastěji kouřím doma na balkoně nebo v obýváku s otevřeným oknem.“* M2 dále vypověděla: *„Na veřejnosti spíše nekouřím, jsem si vědoma, že veřejnost matky kuřačky lynčuje a odsuzuje.“* M3 odpověděla, že kouří všude, kde to jde. Dále tvrdí: „*Hlavně kouřím venku, doma buď na balkoně, nebo v obýváku s otevřeným oknem.“* V tom se shoduje i s odpovědí M2. M4 a M8 kouří doma v místnosti, kterou poté vyvětrají. M4: „*Kouřím doma a pak to vyvětrám. V práci kouřím na terase, nebo když si zajdeme s kolegyněmi na kávu.“* M8 odpověděla následovně: *„Doma máme vyhrazenou jednu místnost, kde kouříme. Vždycky kouříme s otevřeným oknem a pak to necháme chvilku vyvětrat.“*

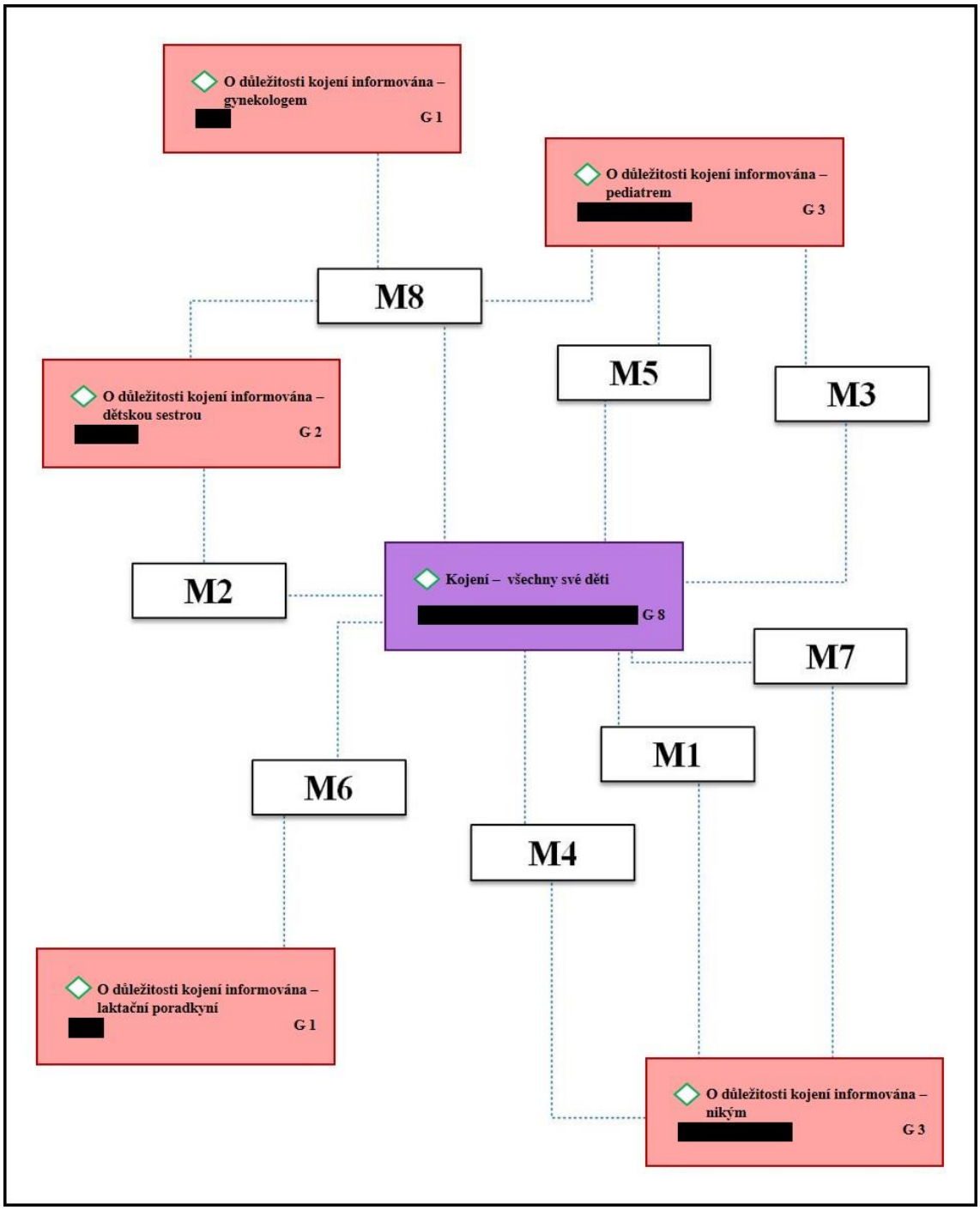
Dále jsme se v této kategorii zabývali tím, jaký má dle názoru matek vliv kouření na dítě v době kojení. Z celkového počtu osmi dotazovaných matek, se tři matky domnívají, že kouření v době kojení nemá žádný vliv na dítě. Stejného názoru je i M1, M4 a M6. M1 na otázku, jaký vliv má na dítě kouření v době kojení, odpověděla takto: *„Já si myslím, že žádný. Jsou mezi námi i matky, které v době kojení pijí i alkohol, a to si myslím, že je mnohem horší a dětem to škodí mnohem víc.“* M2: *„Na moje dítě to žádný vliv nemělo.“* M6: *„Podle mě to v určité míře nemá žádný vliv.“* Jak můžeme vidět na schématu 6, M2 a M7 se sice shodují s názorem, že děti matek kuřaček mohou být neklidné, ale rozcházejí se v odpovědi, jaký vliv má kouření v době kojení na kvalitu spánku dítěte. M2 uvedla: *„Z vlastní zkušenosti bych řekla, že tyto děti jsou neklidné, především v noci nechtějí moc*

spát.“ M7 odpověděla následovně: *„Nikotin způsobuje neklid dítěte, ale i nadměrnou spavost. Je to však individuální a na každé dítě to může působit jinak.“* M3 si je vědoma toho, že kouření tabákových výrobků v období kojení je škodlivé. M3: *„Škodí to i dospělým lidem, natož pak malým dětem.“* M5 si myslí, že má užívání tabákových výrobků na dítě vliv pouze pokud je žena silná kuřačka. Uvedla následující tvrzení: *„Pokud je žena silná kuřačka, tak to nějaký vliv určitě má. Dítě si v sobě může budovat závislost na nikotinu.“* Také M8 si je vědoma toho, že kouření matek během kojení má na dítě negativní vliv. M8: *„Miminka žen kuřaček jsou často uplakaná a nervózní.“*

4.1.8 Problematika kojení

Kategorie problematika kojení je zaměřena na počet kojených dětí dotazovaných matek a informovanost o důležitosti kojení. Všechny odpovědi matek byly podrobeny analýze dat, ze kterých bylo vytvořeno schéma 7. Schéma znázorňuje zakódované výrazy, které odpovídají odpovědím probandek.

Schéma 7: Problematika kojení

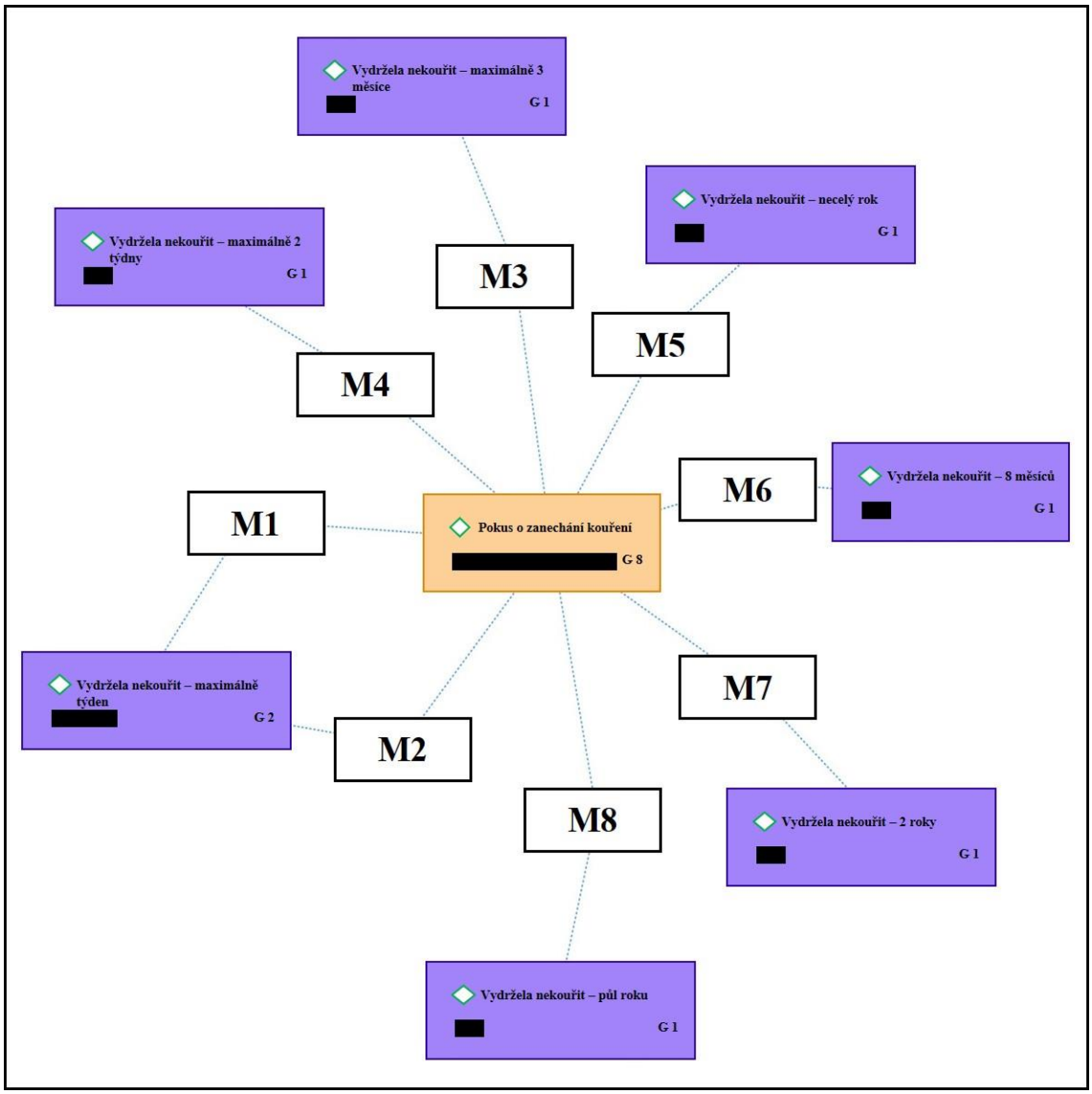


Ze schématu 7 vyplývá, že všechny dotazované matky kojily nebo stále kojí všechny své děti. Počtem dětí jednotlivých probandek jsme se zabývali již v první kategorii, kde je také popsán i věk nejmladších dětí dotazovaných matek. Dále ze schématu můžeme vyčíst, které matky byly informované o důležitosti kojení a kým. Z celkového počtu osmi dotazovaných matek, pět uvedlo, že informované byly a tři matky nikoliv. Žádné informace týkající se problematiky kojení neobdržela M1, M4 a M7. M1: *„Nikdo mě neinformoval, ale sama jsem o to nejevila ani zájem.“* M4 na otázku, byla jste informována o důležitosti kojení a kým, odpověděla: *„Ne, nikdy mě nikdo nemusel informovat o tom, jak důležité kojení je. To je známá věc, kterou asi každá žena a matka ví.“* M7 odpověděla následovné: *„Nikdo mě neinformoval.“* Ve schématu 7 lze vidět, že mezi další nejčastější odpovědi na otázku týkající se informovanosti o kojení patří informovanost ze strany pediatra. Takto odpověděla M3, M5 a M8. M3 na otázku odpověděla: *„Byla jsem informována pediatrem, dostala jsem od něj nějaké letáčky o kojení.“* M5: *„Byla jsem informována pediatrem. Kojila jsem pouze tři týdny, a i tak mám zdravého syna.“* M8 kromě informací ohledně kojení od pediatra dostala informace také od gynekologa a dětské sestry. M8 uvedla: *„Samozřejmě jsem byla informována. Nejdříve svým ošetřujícím gynekologem, následně personálem v porodnici a také pediatrem a dětskou sestrou.“* Dětskou sestrou byla informována i M2, která odpověděla takto: *„Byla jsem informována v porodnici dětskou sestrou.“* M6 jako jediná uvedla informovanost ze strany laktační poradkyně. M6 odpověděla: *„O důležitosti kojení jsem byla informována laktační poradkyní a selským rozumem.“*

4.1.9 Zanechání kouření

V této kategorii jsme se zaměřili na pokusy o zanechání kouření. Zjišťovali jsme, kolik z dotazovaných matek se pokoušelo přestat kouřit a zda tyto pokusy byly úspěšné. Všechny odpovědi byly podrobeny analýze dat, ze kterých vznikla tato kategorie. Vše je shrnuto ve schématu 8.

Schéma 8: Zanechání kouření



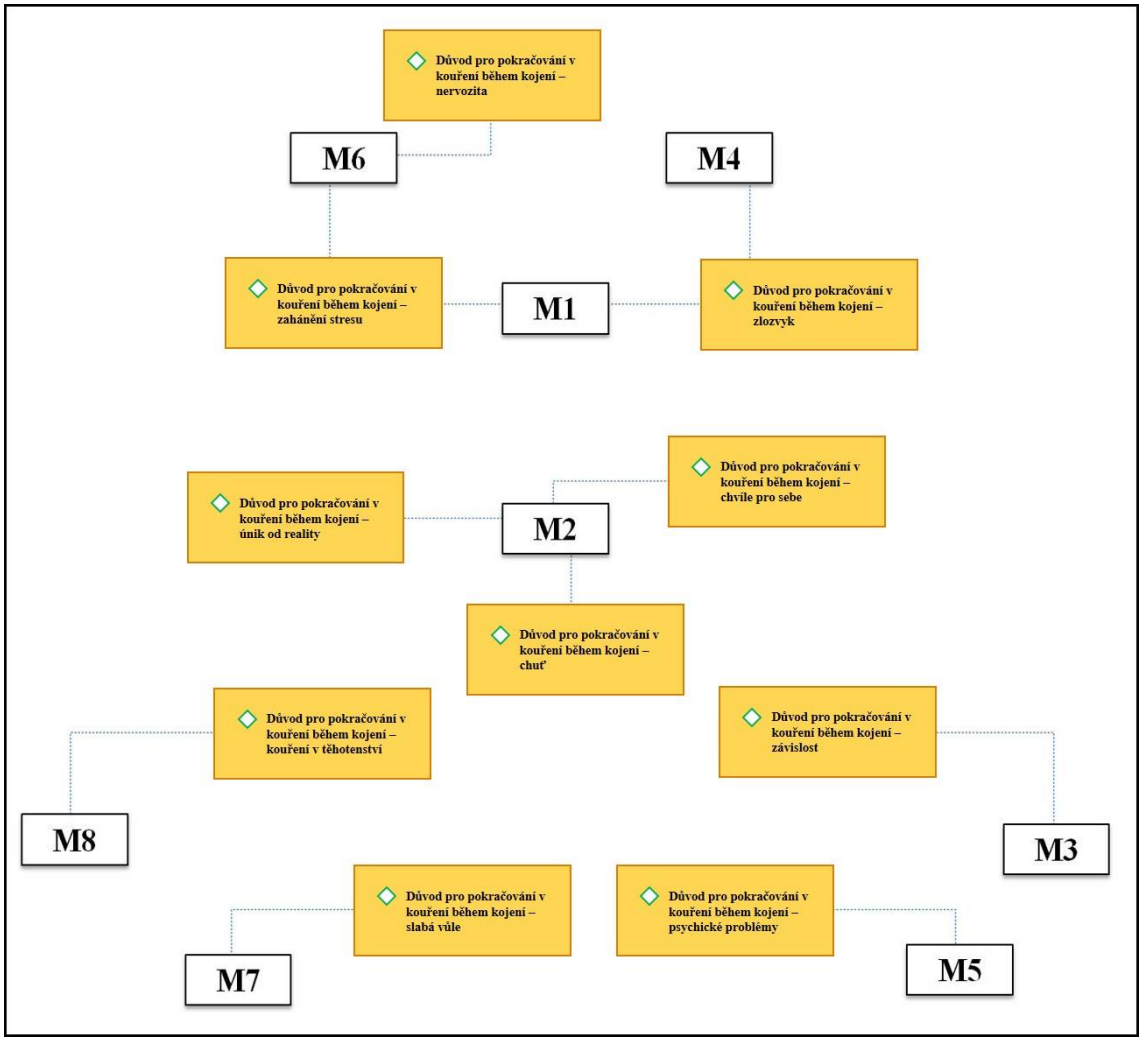
Z výše uvedeného schématu je zjevné, že všechny probandky se již pokoušely tabákové výrobky přestat užívat. Každá z dotazovaných matek však vydržela nekouřit odlišně dlouho dobu. M1 a M2 se shodují se svou odpovědí, že vydržely nekouřit maximálně jeden týden. M1 na otázku, jestli se již pokoušela přestat kouřit a zda byl některý pokus úspěšný, odpověděla takto: „*Přestat kouřit jsem se pokoušela asi pětkrát a zatím vždy*

neúspěšně. Vždycky jsem vydržela maximálně týden. Potom už jsem měla velký absťák a byla jsem na všechny kolem vzteklá, tak jsem si radši znovu zapálila.“ M2 se již taky párkrát snažila přestat a tvrdí: *„Pár dnů je to možné vydržet, ale ne déle než týden.“* Podobně je na tom i M4, která uvedla následovné: *„Pokoušela jsem přestat kouřit asi dvakrát, ale vždy jen na týden nebo dva. Nekouřila jsem maximálně dva týdny.“* M3 se pokoušela o zanechání kouření již vícekrát stejně jako většina probandek. Její odpověď se však od ostatních liší v délce abstinování. M3: *„Přestat kouřit jsem se pokoušela už vícekrát. Párkrát jsem byla i úspěšná, ale vydrželo mi to maximálně tři měsíce.“* M8 se pokoušela přestat kouřit již třikrát, z čehož nejdelší pokus trval půl roku. M8 doplnila: *„Znovu jsem začala kouřit kvůli obtížné životní situaci, kdy jsem řešila rozchod s partnerem a další problémy v rodině.“* O něco déle, než M8 se podařilo přestat kouřit M6, a to na 8 měsíců. Její odpověď vypadá takto: *„Zkoušela jsem přestat kouřit vždy v těhotenství, takže dohromady dvakrát. Poprvé jsem to dokázala na 8 měsíců a podruhé asi na půl roku.“* Znovu začala kouřit z důvodu náročné životní situace, s čímž se shoduje s M8 a dalším důvodem byl tento: *„Bála jsem se porodu a toho, co nastane po něm, jak to všechno budeme zvládat a co nás bude čekat.“* M5 vydržela nekouřit skoro jeden rok. M5: *„Jednou jsem přestala skrz plastiku nosu, nemohla jsem kouřit, tak jsem to dva měsíce vydržela. Potom jsem nekouřila necelý rok, prostě jsem neměla chuť.“* Dále tvrdí: *„Nemám problém s tím přestat, ale musím sama chtít.“* Ze schématu 8 můžeme vypozorovat, že nejdéle vydržela nekouřit M7. Na otázku, kolikrát se pokoušela o zanechání kouření, odpověděla takto: *„Těch pokusů bylo hodně, ale vždycky jsem se k cigaretám nakonec vrátila. Jednou jsem nekouřila dva roky, ale pak zase přišla příležitost a dala jsem si cigaretu. Když si dáte jednu, dáte si druhou, a tak to jde dál a dál a jste zase tam, kde jste byla.“* Důvodem opětovného začátku byli dle jejich slov kamarádi. M7 dále vypověděla: *„Většinou za to mohla nějaká sešlost nebo oslava, kde se popíjel i alkohol“.*

4.1.10 Motivace pro kouření v době kojení

V této kategorii jsme zjišťovali, jaký je důvod matek pro pokračování kouření v době kojení. Všechny odpovědi dotazovaných probandek byly podrobeny analýze dat, ze kterých bylo vytvořeno schéma 9. Toto schéma znázorňuje zakódované výrazy, které vznikly na základě odpovědí dotazovaných matek a na jejichž podkladě vznikla tato kategorie. Vše je shrnuto ve schématu 9.

Schéma 9: Motivace pro kouření v době kojení



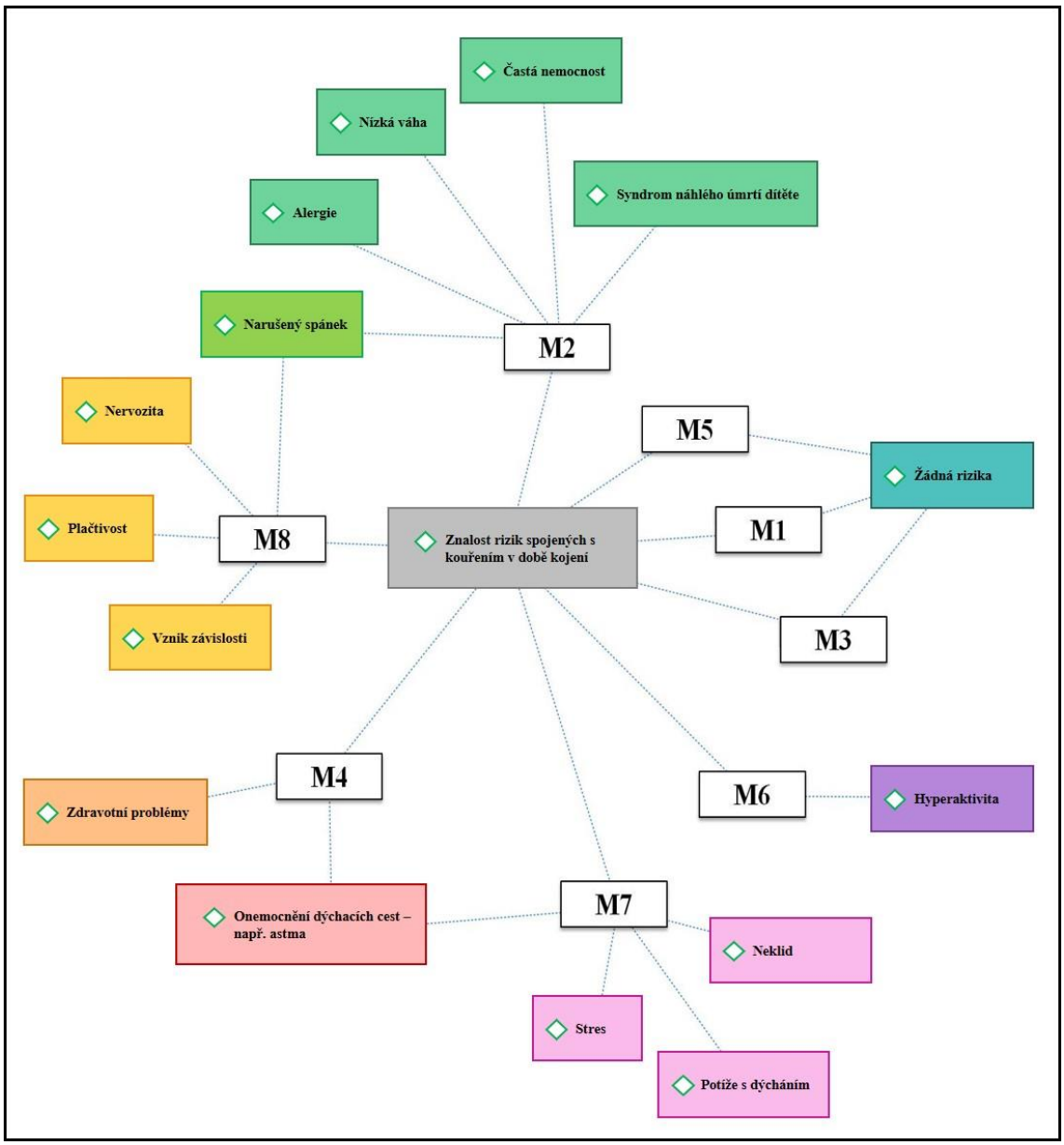
Jak lze vidět na schématu 9, tak probandka M1 uvádí jako jeden z důvodů svého kouření i v období kojení, zahánění stresu a dále tvrdí: *„Je to zkrátka můj zlozvyk, kterého se nedokážu zbavit.“* Podobné tvrzení uvedla i M4: *„Je to prostě můj zlozvyk.“* M1 se dále svou odpovědí shoduje s M6, pro kterou je také jedním z důvodů kouření v období kojení zahánění stresu. Dále M6 vypověděla: *„Kromě stresu je dalším důvodem nervozita. Když si zakouřím, tak je mi pak mnohem lépe a nejsem už tolik ve stresu a nervózní.“* Na

schématu 9 můžeme vidět, že M2 jako jediná uvedla rovnou tři hlavní důvody svého kouření v době kojení. M2 na otázku, jaký je důvod Vašeho kouření i v období kojení, odpověděla takto: *„Chuť a touha mít chvíli pro sebe. Je to takový únik od reality. Jen já, káva a cigareta.“* M3 odpověděla následovně: *„Důvodem pro kouření i v době kojení je rozhodně závislost. Ne, že bych chtěla vědomě ubližovat a škodit svým dětem, ale ta závislost je prostě silnější než já.“* Svou odpovědí se neshoduje ani s jednou z dotazovaných probandek stejně jako M2, M5, M7 a M8. Pro M5 jsou hlavním důvodem psychické problémy. M5: *„Hlavním důvodem jsou především psychické problémy spojené s rozchodem partnera.“* M7 uvedla, že v období kojení kouří, protože nemá silnou vůli. Odpověděla následovně: *„Můj důvod je, že nemám pevnou vůli. To je jako s dietou. Chvíli se to vydržet dá, ale pak přijde chvíle, kdy podlehnete. Aspoň já to tak mám.“* A odpověď M8: *„Kouřila jsem již během prvního trimestru těhotenství a nebyla jsem schopna přestat. Pan doktor mi doporučil kouření alespoň omezit.“*

4.1.11 Znalost rizik

Kategorie znalost rizik vznikla na základě odpovědí na otázku, jaká znáte možná rizika spojená s kouřením v době kojení. Všechny odpovědi dotazovaných matek byly podrobeny analýze dat, ze kterých bylo vytvořeno níže uvedené schéma 10. Schéma znázorňuje zakódované výrazy, které vznikly na základě odpovědí probandek. Vše je shrnuto ve schématu 10.

Schéma 10: Znalost rizik



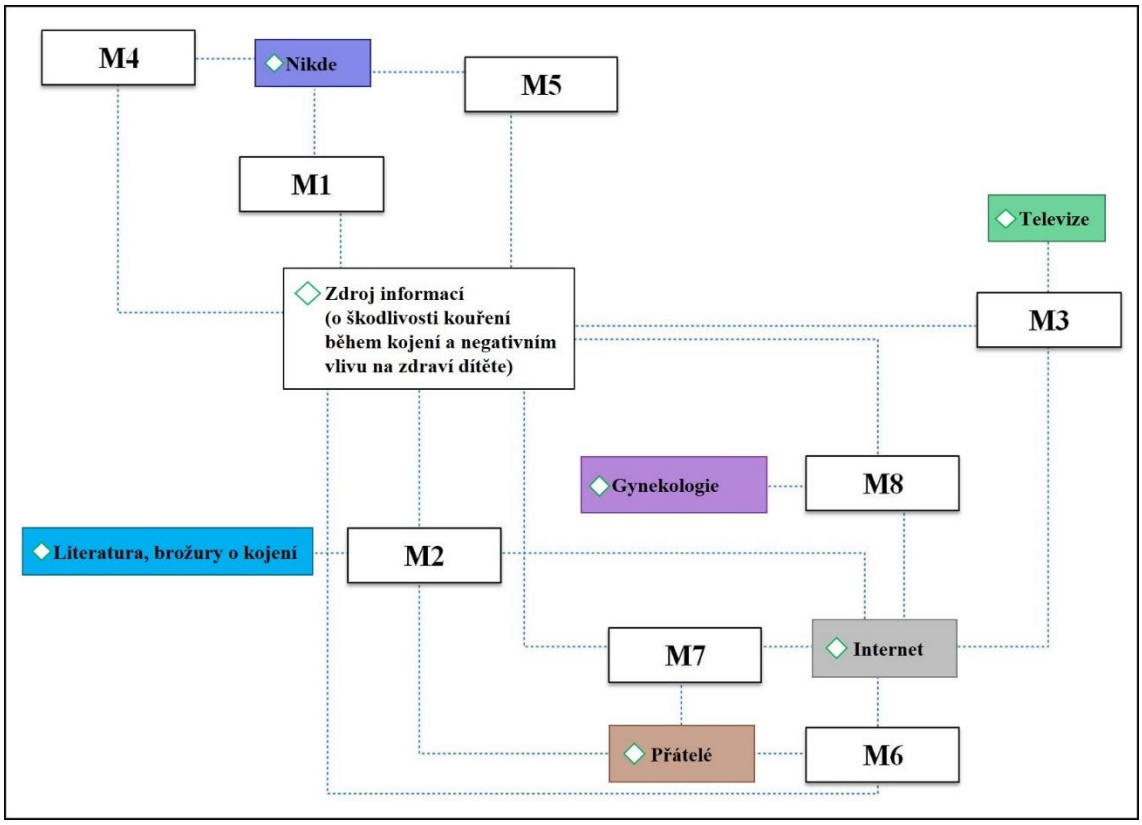
Ze schématu 10 můžeme vyčíst, že M1, M3 a M5 neznají žádná rizika spojená s kouřením v období kojení. M1: *„Bohužel nebo možná bohudík neznám žádná rizika.“* M3:

„Neznám žádná rizika, jak bych možná přestala.“ M5: *„Žádná rizika neznám.“* M6 uvedla jediné riziko, a sice hyperaktivitu dítěte. Na otázku, která rizika a komplikace jsou nejčastější, odpověděla: *„Nevím, která jsou nejčastější, protože moc rizik ani neznám.“* Naproti tomu M2 uvedla nejvíce rizik a komplikací ze všech. M2 na otázku, jaká zná možná rizika spojená s kouřením v době kojení, odpověděla takto: *„Může to být horší spánek dítěte, dále si myslím, že je možná větší pravděpodobnost syndromu náhlého úmrtí dítěte. Také jsem četla, že mají nižší nárůst váhy, bývají často nemocné a mají různé alergie. U mých dětí se ani jeden problém neprojevil.“* Na otázku, která rizika a komplikace jsou nejčastější, odpověděla následovně: *„Z vlastní zkušenosti si myslím, že ten neklid miminka a horší spánek. Z literatury si myslím, že ta nižší váha a časté nemoci dýchacích cest.“* M8 také uvedla, jako jeden z možných problémů, narušený spánek dítěte, v čemž se shoduje s odpovědí M2. Uvedla také další rizika spojená s kouřením během kojení. M8: *„Kouření v době kojení způsobuje závislost u miminka, nervozitu, nespavost a častý pláč. Nejčastější je podle mě závislost miminka na tabáku, nikotinu a všech škodlivých látkách, které cigareta obsahuje.“* M4 uvedla, jako možná rizika zneužívání tabákových výrobků v době kojení zdravotní problémy dítěte a s tím spojené nemoci dýchacích cest. M4: *„Kouření v době kojení může způsobit nějaké zdravotní problémy dítěte. Různá onemocnění dýchacího systému, například astma.“* Podle M7 zneužívání tabákových výrobků způsobuje různá onemocnění dýchacích cest. S tímto tvrzením se shoduje s M4. Její odpověď na otázku, jaká znáte možná rizika spojená s kouřením v době kojení, je následovná: *„Problémy s dýcháním a různá onemocnění dýchacích cest. Také větší stres dítěte a neklid. Mezi ty nejčastější bych zařadila nejspíš astma.“*

4.1.12 Zdroj informací

Tato kategorie je zaměřená na zdroj informovanosti matek o rizicích spojených s užíváním tabákových výrobků v době kojení. Veškeré odpovědi byly podrobeny analýze dat, na jejímž základě vznikla tato kategorie. Níže uvedené schéma znázorňuje zakódované výrazy, které vznikly na základě odpovědí dotazovaných matek. Vše je shrnuto ve schématu 11.

Schéma 11: Zdroj informací



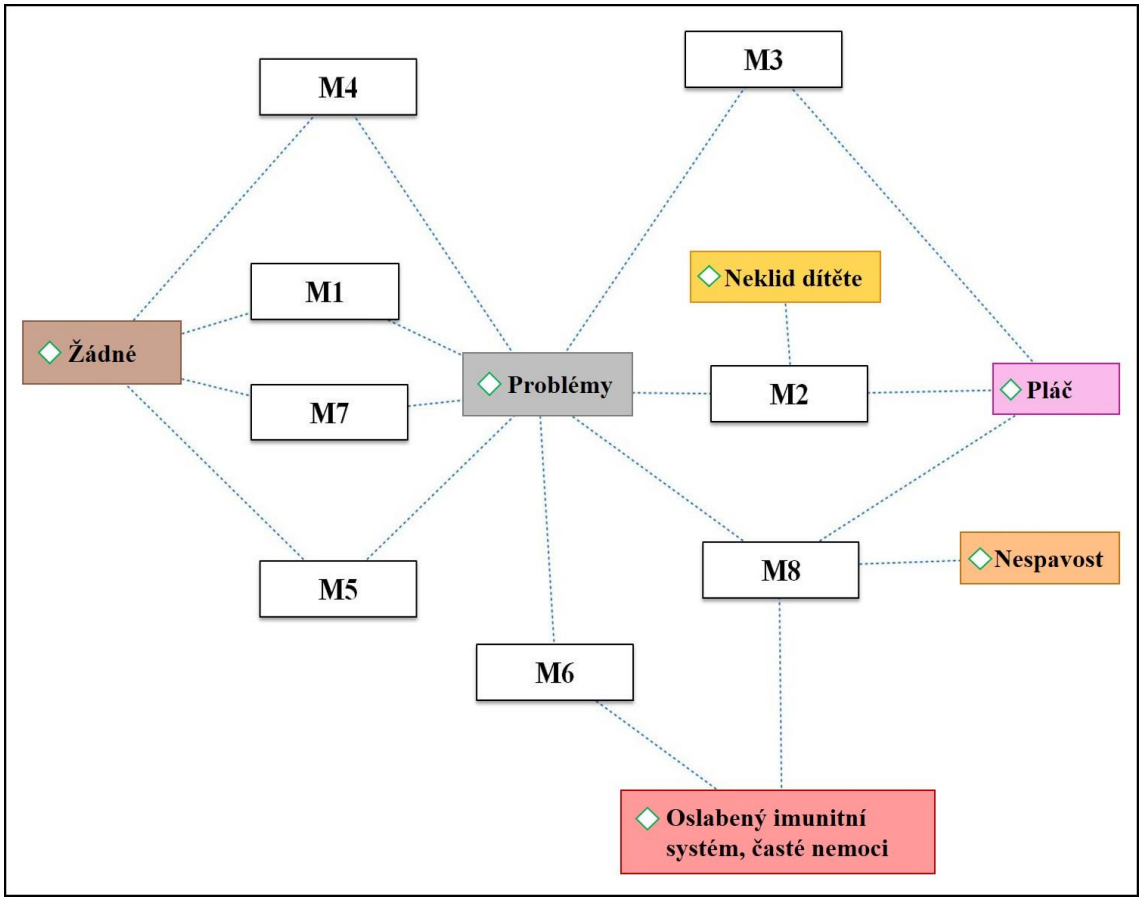
Dotazovaným matkám jsme položili otázku, odkud čerpají informace o škodlivosti kouření během kojení a na negativním vlivu na zdraví dítěte. Ze schématu 11 vyplývá, že M1, M4 a M5 nečerpají informace nikde. M1: *„O takové informace jsem zatím nikdy nejevila zájem. Nevěděla jsem, že je dobré je znát.“* M5: *„Informace nečerpám nikde. Také proto neznám žádná rizika a problémy, které se s touto problematikou pojí.“* M4 sice uvedla, že informace nikde nečerpá, ale nějaké znalosti dle jejích slov má. Na otázku, odkud čerpáte informace o škodlivosti kouření během kojení a negativním vlivu na zdraví dítěte, odpověděla takto: *„Nikdy jsem to nikde nestudovala, nejsem hloupá, abych nevěděla, že je kouření nezdravý zlozvyk, ať už v těhotenství, během kojení, ale i bez těchto*

stavů. Na druhou stranu, co je dneska zdravé? Zdravým nekuřačkám se rodí postižené nebo nemocné děti, takže to je na zvážení.“ M2 uvedla hned několik zdrojů, a sice literární zdroje, internet a své přátele. M2: *„Informace čerpám z literatury – brožury o kojení, z internetu a z rozhovorů s kamarádkami.“* Podobně informace získává také M6 a M7. M6 uvedla: *„Tyto informace čerpám především z internetu a od kamarádek.“* M7: *„Informace čerpám hlavně z internetu ze sociálních skupin, jako je facebook, instagram nebo od kamarádů, známých a příbuzných.“* M8 také čerpá informace z internetu a dále z gynekologie. M8: *„Všechny informace o škodlivosti kouření v době kojení jsem dostala od svého gynekologa nebo jsem si je našla na internetu.“* Na výše uvedeném schématu můžeme vidět, že M3 uvedla také zdroj informací internet stejně jako M6, M7 a M8 a dále jako jediná uvedla televizi. M3: *„Moc informací bohužel nemám, ale něco málo jsem pochytila z televize nebo z internetu.“*

4.1.13 Nejčastější problémy

V této kategorii jsme zjišťovali, zda matky na svých dětech pozorují negativní vlivy kouření. Všechny odpovědi dotazovaných probandek byly podrobeny analýze dat, ze kterých bylo vytvořeno schéma 12. Toto schéma znázorňuje zakódované výrazy, které vznikly na základě odpovědí dotazovaných matek a na jejichž podkladě vznikla tato kategorie. Vše je shrnuto ve schématu 12.

Schéma 12: Nejčastější problémy



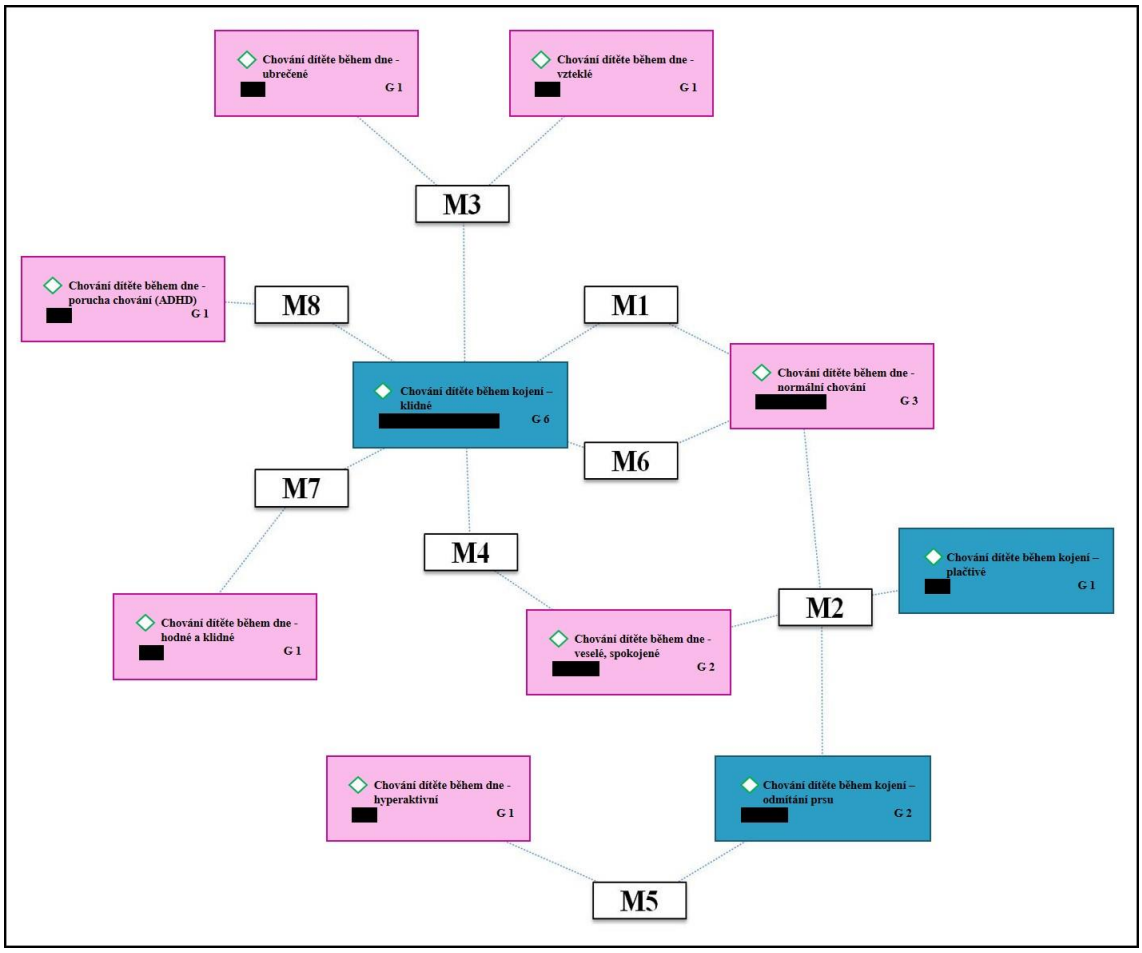
Na schématu 12 můžeme vidět, že polovina matek, a to M1, M4, M5 a M7, žádné problémy či negativní vlivy kouření na svém dítěti nevypozorovaly. M1 na otázku, s jakými problémy v důsledku kouření se setkala u svého dítěte, odpověděla následovně: *„Zatím jsem se nesetkala s žádnými problémy ani od kamarádek, které mají také děti a kouří, jsem o žádných problémech neslyšela. Negativní vliv kouření nepozoruji ani u jednoho z mých dětí a jsem za to ráda.“* M4: *„Chvála bohu jsem se u svého dítěte nesetkala s žádnými problémy v důsledku kouření. Malá je zdravá, krásná a šikovná a velmi hodná.“* Podobně jako M4 odpověděla i M5 a M7. M5: *„S žádnými problémy*

jsem se nesetkala. Syn je velice šikovný na svůj věk a žádné zdravotní komplikace spojené s kouřením nemá.“ M7: *„S žádným negativním vlivem jsem se nesetkala ani jsem na svých dětech žádný problém nevypozorovala. Naštěstí jsou všechny mé děti zdravé, za což jsem neskutečně vděčná.“* M2 uvedla dva problémy v důsledku kouření, a sice neklid dítěte a pláč. M2 odpověděla takto: *„Ano, pozoruji neklid a větší plačtivost v průběhu noci, ale nevím, zda je to kouřením, nebo by byl uječený, i kdybych byla nekuřačka.“* Větší plačtivost dítěte uvedla také M3 spolu s M8, která uvedla ještě nespavost dítěte a oslabení imunitního systému. M3 vypověděla: *„Když jsem kojila, tak děti často brečely. Asi potřebovaly ten nikotin. Jinak jsem se nesetkala s žádnými dalšími problémy, nebo si teď alespoň žádné nevybavuji. Jedině to časté brečení.“* M8: *„Myslím si, že kouření mělo vliv na celkový vývoj mé dcery, oslabilo ji to imunitní systém a způsobovalo jí nespavost a hodně a často plakala.“* M6 se se svou odpovědí shoduje s M8, kdy uvádí jako problém způsobený kouřením časté nemoci a oslabení imunitního systému. M6 uvedla: *„Jediným problémem, který by mohl souviset s mým kuřáctvím v období kojení, by mohly být častější nemoci, jako je rýma a kašel a s tím spojený oslabený imunitní systém. Ale nevím, zda je to v souvislosti právě s mým kouřením v období kojení.“*

4.1.14 Chování dítěte

Tato kategorie je zaměřená na chování dětí během kojení a během dne. Veškeré odpovědi probandek byly podrobeny analýze dat, na jejímž základě vznikla tato kategorie. Níže uvedené schéma znázorňuje zakódované výrazy, které vznikly na základě odpovědí našich probandek. Vše je shrnuto ve schématu 13.

Schéma 13: Chování dítěte



Na otázku, jak se Vaše dítě chová během kojení, odpovědělo, z celkového počtu osmi dotazovaných, šest probandek, že během kojení je jejich dítě klidné. Takto odpověděly M1, M3, M4, M6, M7 a M8. M1 na otázku odpověděla takto: *„Obě mé děti byly u prsu naprosto klidné, žádný pláč či odmítání prsu.“* M3 uvedla: *„Během kojení se mé děti nechovaly nijak zvláštně, byly klidné. Spíš mezi kojením byly takové vzteklé a ubrečené.“* M4: *Během kojení nebyl nikdy žádný problém. Dcera byla vždy klidná, krásně se uměla přisát a nakrmila se bez rušivých elementů.“* M6 také uvedla, že se její dítě během kojení chová klidně a dodává: *„Chová se asi jako každé zdravé dítě. Saje krásně už 18 měsíců.“*

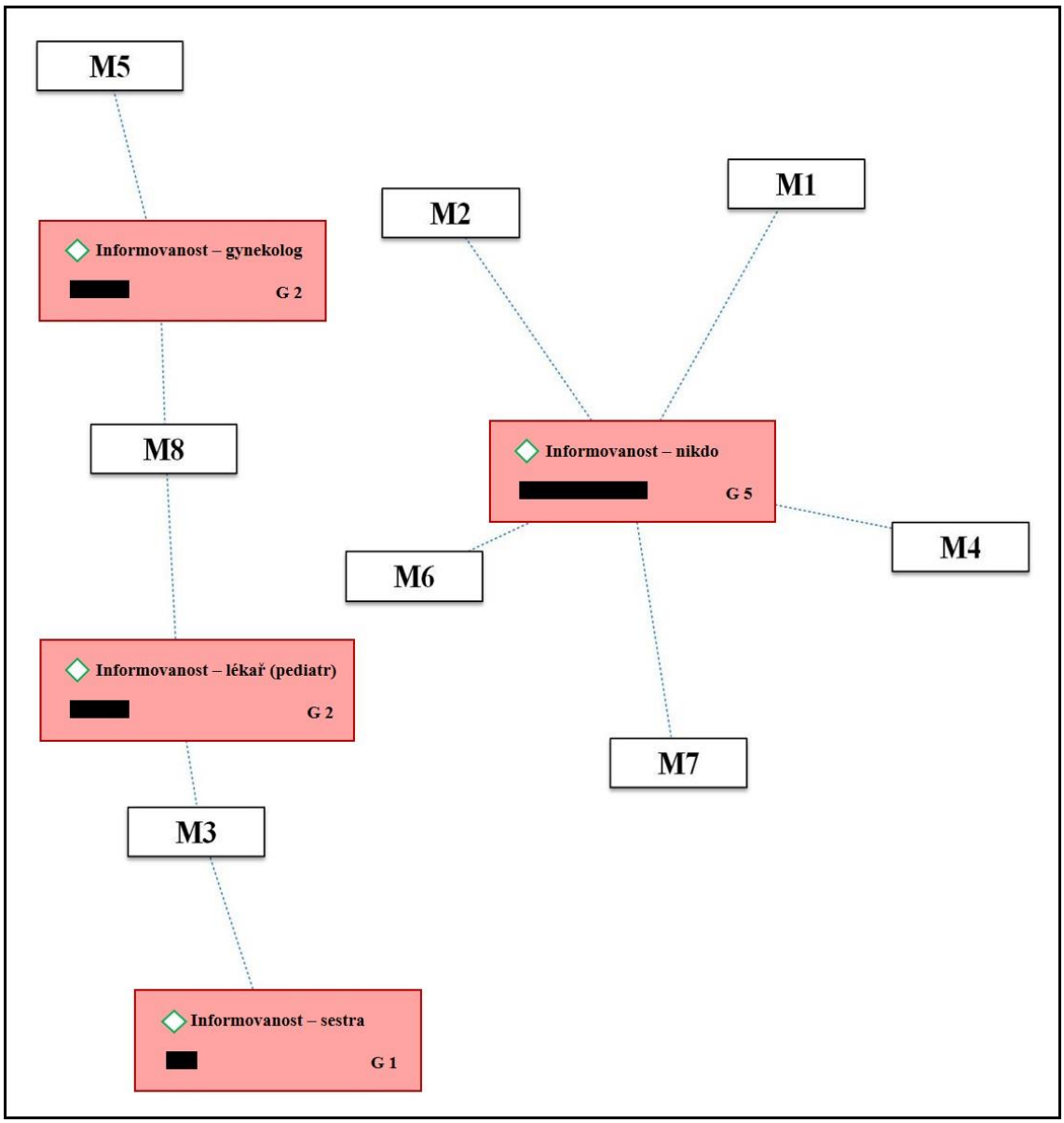
M7 odpověděla následovně: *„První dvě děti jsem kojila do šesti měsíců a bylo vše bez problémů. Nyní je nejmladšímu 8 měsíců, stále kojím a malý je klidný a saje hezky. Ani u jednoho z mých dětí nebyl při kojení žádný problém.“* Podobně odpověděla také M8, která tvrdí: *„Během kojení byla dcera vždy klidná a hezky se přisála.“* M2 uvedla, že dcera při kojení prs odmítala a často plakala. M2 dále uvedla: *„Důvodem častého odpojování se od prsu a zavzdušnění se, trpěla na časté koliky.“* M5 stejně jako M2 uvedla, že syn také prso odmítal.

Dále jsme se matek ptali na chování dětí během dne. Ze schématu 13 můžeme vyčíst, že se odpovědi matek od sebe většinou lišily. M1 spolu s M2 a M6 uvedly, že se jejich děti během dne chovají normálně. M2 ještě doplnila, že jsou její děti veselé a spokojené, s čímž se shoduje s M4. M1 na otázku, jak se její dítě chová během dne, odpověděla takto: *„Podle mě se mé děti chovají normálně. Jsou dny, kdy více zlobí, ale nic výjimečného.“* M2: *„Během dne se oproti jiným dětem nikterak jinak neprojevují. Přes den jsou veselé a rády si hrají. Příchodem večera a v noci je to však horší. Možná je to běžnou únavou z celého dne, ale je možné, že je to i následek mého kouření.“* M6 uvedla: *„Mé dítě se během dne chová zcela normálně, žádné problémy nebo komplikace nepozoruji.“* M4, která se svou odpovědí shoduje s M2, odpověděla následovně: *„Je to veselé a spokojené miminko. Je velmi šikovná a dělá nám s mužem jenom radost. Hraje si, spinká celou noc a nikdy nepláče bezdůvodně.“* Probandka M3 jejíž děti byly dle jejích slov při kojení vždy klidné, uvedla, že během dne jsou vzteklé a ubrečené. M3 dodala: *„Určitě více plakaly než jiné děti, ale ne všechny a ne vždy.“* M7 a M8, které taktéž uvedly, že jejich děti byly během kojení klidné, na otázku, jak se jejich dítě chová během dne, odpověděly odlišně. M7 uvedla, že je její dítě během dne hodné a klidné, naproti tomu M8 tvrdí, že má dcera poruchu chování – ADHD a vyžaduje pozornost. M7: *„Obě děti, které jsem kojila a kouřila při tom, tak byly moc hodné a klidné. Žádný problém s chováním nebyl. Občasné hádky, neshody a dohadování se o hračky, ale to je podle mě normální a zná to i matka nekuřačka.“* M8 vypověděla: *„Dcera má poruchu chování – ADHD a hodně vyžaduje pozornost. Musí být po jejím jinak je zle.“* M5 jejíž dítě při kojení prso odmítalo, je během dne hyperaktivní a vyžaduje taktéž pozornost svých rodičů. M5: *„Syn je hyperaktivní, takže musí mít stále nějakou činnost. Také hodně vyžaduje naši pozornost.“*

4.1.15 Informovanost

Tato kategorie je zaměřená na informovanost matek kuřaček ze stran zdravotnických pracovníků o rizicích spojených s kouřením v době kojení. Všechny odpovědi dotazovaných matek byly podrobeny analýze dat, ze kterých vznikla kategorie – informovanost. Níže uvedené schéma znázorňuje zakódované výrazy, které vznikly na základě odpovědí. Vše je shrnuto ve schématu 14.

Schéma 14: Informovanost



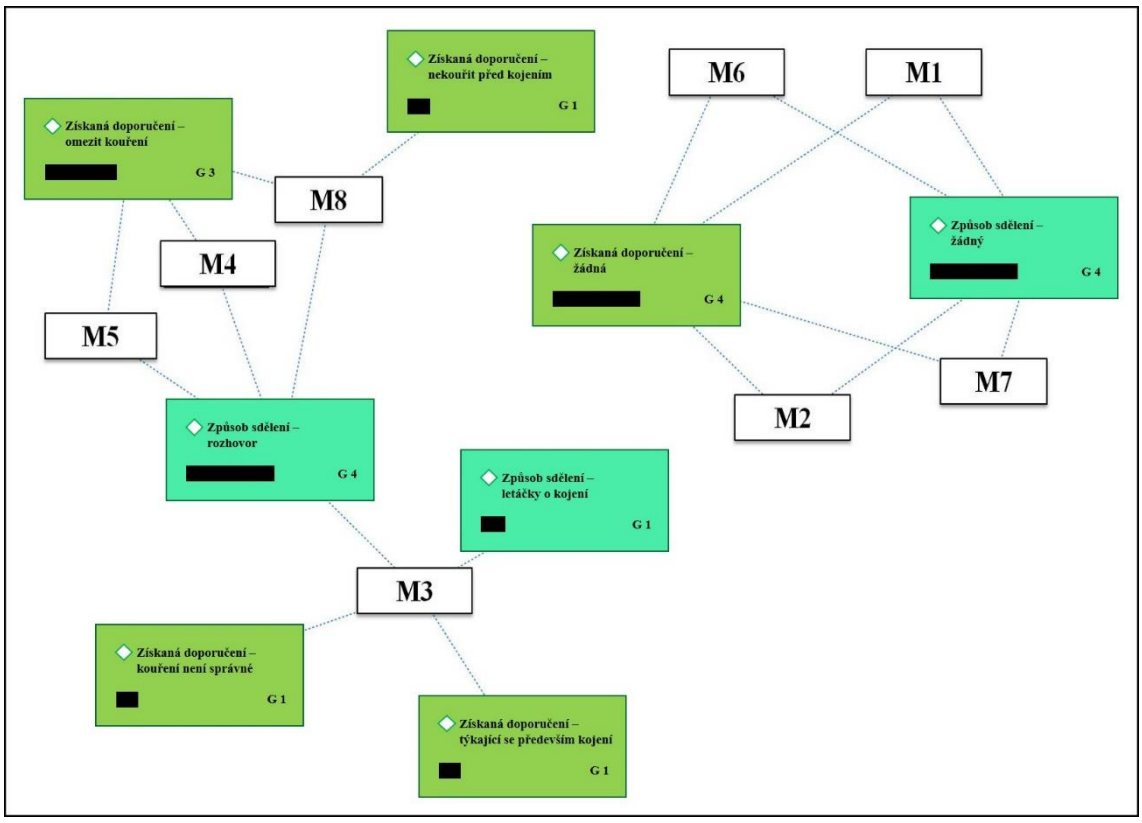
Na výše uvedeném schématu můžeme vidět, že M1, M2, M4, M6 a M7 nikdo o problematice kouření v době kojení z řad zdravotnických pracovníků neinformoval. M1 na otázku, kdo Vás informoval o rizicích spojených s kouřením v době kojení a jak byste

tyto informace zhodnotila, odpověděla takto: *„Bohužel mě na tohle téma nikdo neinformoval. Žádné informace jsem nedostala ani od mého gynekologa ani od lékařů a sester v porodnici. Informace byly tedy nulové. Většina žen moc informací nemá.“* M2 odpověděla následovně: *„O problematice kouření v době kojení mě nikdo ze zaměstnanců porodnice neinformoval. Ano, sama jsem to v rozhovoru se sestrou nikdy nezmínila, ale v dokumentaci jsem to měla zaznamenané. Jak od gynekologa, tak ve zprávě od hematologa, a i jsem to uváděla do zprávy při příjmu do porodnice. Informace ze stran zdravotníků byly nedostatečné. Kdybych si je nevyhledala sama, nevím o nich.“* M4 vypověděla: *„Nikdo mě neinformoval ani jsem se sama na žádné informace nevyptávala.“* Také M6 tvrdí, že žádné informace o problematice kouření v době kojení nedostala a podobně jako M2 a M4 uvedla, že se sama na tyto informace neptala. M6: *„ O rizicích spojených s kouřením během kojení mě nikdo neinformoval. Určitě si ale nemyslím, že by to mělo nějaký zásadní vliv na to, jestli bych s kouřením přestala. Kdo ví, třeba by mi to sáhlo natolik do svědomí, že by mě to přece jenom přesvědčilo.“* Na otázku, jak by zhodnotila informace, které o kouření v době kojení dostala, odpověděla M6 takto: *„Velmi nedostatečné. Nedostala jsem bohužel informace žádné. Na druhou stranu ale musím říct, že jsem se žádných takových informací ani nedožadovala.“* Ani M7 dle jejích slov nedostala od nikoho žádné informace. Z celkového počtu osmi dotazovaných, tři probandky uvedly, že informace, týkající se problematiky kouření v době kojení, obdržely. Na schématu 14 můžeme vidět, že M5 byla informována gynekologem. M5 na otázku, kdo Vás informoval o rizicích spojených s kouřením v době kojení, odpověděla takto: *„O této problematice mě informovala moje gynekoložka.“* A dle jejích slov byly informace dostačující. Ze strany svého gynekologa byla informována také M8, která informace dále obdržela od pediatra. M8 uvedla: *„Informace jsem dostala od svého gynekologa a od pediatra. Některé informace si myslím, že mohou být dosti zavádějící a některé beru jako dobrou radu do života.“* Pediatrem byla informována také M3, kterou dále informovala i dětská sestra. M3: *„Informoval mě pediatr a dětská sestra. Spíše než o kouření, jsem dostala informace týkající se kojení, a to formou brožur a letáčků.“*

4.1.16 Způsob informování a získaná doporučení

V této kategorii jsme zjišťovali, jaká doporučení v oblasti kouření během kojení matky dostaly a jakým způsobem tyto informace obdržely. Všechny odpovědi dotazovaných probandek byly podrobeny analýze dat, ze kterých bylo vytvořeno schéma 15. Toto schéma znázorňuje zakódované výrazy, které vznikly na základě odpovědí dotazovaných matek a na jejichž podkladě vznikla tato kategorie. Vše je shrnuto ve schématu 15.

Schéma 15: Způsob informování a získaná doporučení



Na výše uvedeném schématu lze vypozorovat, že polovina z dotazovaných matek, a to M1, M2, M6 a M7 odpověděly, že nedostaly žádná doporučení ani nebyly žádným jiným způsobem informované. M1 odpověděla: *„Žádná doporučení ani informace jsem od nikoho nedostala.“* M2 uvedla následovné: *„Nedostala jsem absolutně žádná doporučení. Nikdo z personálu se mnou tuto problematiku neřešil ani při prvním ani při druhém dítěti.“* M2 dále uvedla: *„Problematika je hodně medializovaná. Mrzí mě, že po celou dobu, jak v těhotenství, tak po porodu ani v době kojení se mnou o této problematice nemluvili v žádném zdravotnickém zařízení. Ani gynekolog, ani v porodnici, ani dětská lékařka nebo sestra. Asi by to na mém postoji nic nezměnilo, ale myslím si, že jsou to instituce, které by tuto problematiku měli řešit především. Místo toho vám dělá osvětu*

celebrita na sociálních sítích. Je to škoda, poněvadž vím z vlastní zkušenosti, že není jednoduché o tomto problému mluvit s někým cizím. Ale také vím, že jednání s lidmi není jednoduché. Párkrát nabídnete pomoc a jste poslán do oněch míst, tak nikoho nesoudím." Také probandky M6 a M7 ve svých odpovědích uvedly, že nedostaly žádná doporučení ohledně zneužívání tabákových výrobků v době kojení. M6 doplnila: *„Myslím si, že je to škoda, určitě spoustě žen by to sáhlo do svědomí. A když ne, tak by o tom aspoň měly přehled. Většina maminek má podle mě nedostatečné informace, co se této oblasti týká."* Oproti tomu M4, která doposud tvrdila, že žádné informace od nikoho nedostala, nyní na otázku, jaká doporučení jste získala v oblasti kouření v období kojení, odpověděla: *„Na gynekologii mi řekli, že po tak dlouhé době by bylo pro dítě větší riziko, kdybych s tím přestala úplně, než kdybych kouřila dál. Přešla jsem na ultra lehké cigarety a snížila jejich počet, a to i v těhotenství i v době kojení."* Na schématu 15 můžeme dále vidět, že podobné doporučení, jako uvedla M4, dostaly také M5 a M8, a sice omezit kouření. Probandce M8 sestra také doporučila, ať kouří po kojení, a ne před kojením. M5: *„Sestřička mi řekla, že mám kouření omezit na minimum nebo nejlépe přestat úplně."* M5 ještě doplnila: *„Myslím si, že je důležité, aby dětské sestry v této oblasti matky informovaly. Většina matek mnoho informací nemá a asi by bylo správné vědět nějaké základní věci."* M8 na otázku, jaká doporučení dostala, odpověděla: *„Sestra mi doporučila, že když už musím kouřit, tak ať kouřím po kojení, a ne před kojením a ať se to snažím co nejvíc omezit."* Na dotaz, jak tyto informace přijala a jaký na to má názor, M8 odpověděla: *„Vyslechla jsem si všechny rady a vzala si je k srdci. Myslím si, že informací není nikdy dost. Jsem zajisté ráda, že jsem některé informace dostala a sáhly mi alespoň trošku do svědomí. V dané situaci si myslím, že edukace byla dostatečná."* M3 jako jediná uvedla, že ji dětská sestra informovala o škodlivosti kouření během kojení. M3: *„Od dětské sestry jsem dostala informace především o kojení. Co se týče kouření, tak mi řekla, že kouření není správné, jelikož se všechny škodlivé látky dostávají přes mléko do těla dítěte."* Na otázku, jakým způsobem jí dětská sestra informovala o škodlivosti kouření během kojení, M3 odpověděla takto: *„Dostala jsem od ní nějaké letáčky o kojení a řekla mi, že kouření je škodlivé jak pro mě, tak pro dítě."* Následně jsme se ptali, jaký má probandka názor na získaná doporučení. Odpověď byla následovná: *„Myslím si, že se sestřička snažila a chyba je určitě na mojí straně. Vždy nad tím přemýšlím a chci přestat nebo to aspoň omezit. Pokaždé to ale vydržím jen chvíli a po pár dnech nebo týdnech se zase najde situace, která mě donutí si tu cigaretu zase dát. Myslím*

si, že informace jsou dostatečné a více oni dělat nemůžou. Záleží, jak se k tomu postavíme my jako matky.“

5 Diskuse

Tématem diplomové práce je „Problematika kojení u žen zneužívajících tabákové výrobky“. Tato práce se zabývá informovaností matek kuřaček o rizicích spojených s užíváním tabákových výrobků v době kojení. Dále se snaží odhalit jaké problémy u dětí mohou vzniknout v důsledku kouření tabákových výrobků v období kojení, a jaká je motivace matek kuřaček pro pokračování v kouření v době kojení. Pro práci byly stanoveny čtyři cíle. Prvním cílem bylo zjistit informovanost matek o rizicích spojených s užíváním tabákových výrobků v době kojení. K tomuto cíli byly stanoveny dvě výzkumné otázky, a sice jaká je informovanost matek o rizicích kouření v době kojení a jakou úlohu zastává dětská sestra v problematice kouření a kojení z pohledu matek. Dalším cílem bylo odhalit, jaké problémy se pojí s kouřením v době kojení. Pro tento cíl jsme si stanovili výzkumnou otázku, jaké problémy v oblasti kojení řeší matky kuřačky. Třetím cílem bylo zjistit, jaká je motivace matek pro pokračování v kouření během kojení. K tomuto cíli jsme si stanovili výzkumnou otázku, jaká je motivace matek pro pokračování v kouření v době kojení. Čtvrtým cílem bylo vytvořit edukační materiál pro matky o rizicích kouření v době kojení.

První cíl se týká informovanosti matek o rizicích kouření v době kojení. Zaměřili jsme se především na to, jaké informace a znalosti o této problematice matky kuřačky mají, kdo a jakým způsobem tyto matky informoval o rizicích kouření v době kojení a jaká získaly doporučení. Zjišťovali jsme také to, zda a kým byly informované o důležitosti kojení. Co se týče informací a znalostí o problematice kouření v období kojení, tři matky uvedly, že žádná rizika spojená s kouřením v období kojení neznají. Ostatní matky uvedly jako problémy pojící se s kouřením v období kojení například narušený spánek, častá onemocnění dýchacích cest, pláč a neklid dítěte. S těmito odpověďmi souhlasí i Šídová a Šťastná (2015). Podle Šídové a Šťastné (2015) jsou častý pláč, nespavost a neklid dítěte nejčastějšími projevy abstinenčních příznaků, které se u těchto dětí mohou vyskytnout. Šídová a Šťastná (2015) se dále shodují s tvrzeními, že jsou tyto děti častěji nemocné a mohou u nich vzniknout různé alergie. Jako další možné problémy jmenovaly matky nižší váhový nárůst, s čímž se shoduje i Hrubá (2011), která ve své knize dále uvádí, že kouření v době kojení může negativně působit na vývoj mozku a plic dítěte a celkově ovlivňovat programování metabolismu. Dalším zmíněným problémem bylo zvýšené riziko náhlého úmrtí dítěte. Černá a Kollárová (2015) ve své knize také uvádí častější

případy náhlého úmrtí dítěte, ale dle jejich slov nezáleží na tom, zda je dítě kojené či krmené umělým mlékem, neboť se vyskytuje v zakouřeném prostředí a stává se tak pasivním kuřákem. Z rozhovorů vyplynulo, že si matky nejčastěji zjišťují informace o škodlivosti kouření během kojení a negativním vlivu na zdraví dítěte na internetu, kde podle mého názoru může být spousta nesrovnalostí, popřípadě i nepravdivých informací. Internet jako zdroj informací uvedlo pět matek. Tři matky uvedly, že si nikde žádné informace samy nevyhledávaly, z čehož M1 uvedla: *„O takové informace jsem zatím nikdy nejevila zájem. Nevěděla jsem, že je dobré je znát.“* Tři matky také uvedly, že informace získaly od přátel a známých. Jedna matka uvedla kromě internetu a přátel také literaturu a různé brožury. Svého gynekologa uvedla pouze jediná matka a pediatra či dětskou sestru neuvedla ani jedna z dotazovaných matek.

Dále jsme zjišťovali, kdo z řad zdravotnických pracovníků a jakým způsobem matky informoval o rizicích spojených s kouřením v době kojení a jaká doporučení matky získaly. Z jednotlivých rozhovorů jsme zjistili, že pět matek, což je více než polovina dotazovaných, nikdo o problematice kouření v době kojení z řad zdravotnických pracovníků neinformoval. Například M1 uvedla: *„Bohužel mě na tohle téma nikdo neinformoval. Žádné informace jsem nedostala ani od mého gynekologa ani od lékařů a sester v porodnici. Informace byly tedy nulové. Většina žen moc informací nemá.“* Pouze tři matky uvedly, že byly o rizicích spojených s kouřením v době kojení informované. Svým gynekologem byla informována M5 a M8, která informace dále obdržela od pediatra. M3 byla také informována pediatrem a dále dětskou sestrou. Informace dostala ale spíše o kojení než o rizicích spojených s kouřením v období kojení. Dle jejích slov: „*Informoval mě pediatr a dětská sestra. Spíše než o kouření, jsem dostala informace týkající se kojení, a to formou brožur a letáčků.“* M4, která před tím tvrdila, že žádné informace o rizicích spojených s kouřením v době kojení od nikoho neobdržela, na otázku týkající se získaných doporučení, odpověděla takto: *„Na gynekologii mi řekli, že po tak dlouhé době by bylo pro dítě větší riziko, kdybych s tím přestala úplně, než kdybych kouřila dál. Přešla jsem na ultra lehké cigarety a snížila jejich počet, a to i v těhotenství i v době kojení.“* Podobné rady a doporučení, a to omezit kouření, dostaly také M5 a M8. Probandce M8 sestra také doporučila, ať kouří po kojení, a ne před kojením. S tím se shodují i Gregora a Zákostelecká (2014), kteří ve své knize uvádí, že kojící matky, které se kouření nedokážou vzdát ani v období laktace, mohou vykouřit maximálně pět cigaret

za den, a to vždy až po kojení, a ne ve stejné místnosti, kde se dítě nachází. S tímto tvrzením se shodují také Barešová a Hronek (2012), kteří ve své literatuře uvádí, že pokud žena nedokáže závislost na cigaretách překonat, je důležité, aby nekouřila v blízkosti dítěte. Podobné ve své publikaci popisují i Černá a Kollárová (2015). Názorů na počty vykouřených cigaret za den u kojících matek se liší a pohybují se v rozmezí od 5–15 cigaret, jak ve své publikaci uvádí Černá a Kollárová (2015.) Ve své knize také uvádí, že počet cigaret by měla kojící matka snížit na minimum, jelikož ohrožuje nejen zdraví své, ale i svého dítěte. Co se týká doporučení kouření těsně po kojení, můžeme ho nalézt také v publikaci Černé a Kollárové (2015), které tvrdí, že po kojení by matky měly kouřit proto, že poločas rozpadu nikotinu je kolem devadesáti minut. Oproti tomu Hronek a Barešová (2012) ve své publikaci popisují, že by kojící žena neměla kouřit minimálně dvě a půl hodiny před kojením. M5 si myslí, že je důležité, aby dětské sestry v této oblasti matky informovaly. Podle mě je to také velice důležité, jelikož většina matek mnoho informací nemá a každá matka, a nejen kuřačka, by tyto informace rozhodně znát měla. Myslím si, že by dětská sestra měla kojícím matkám kuřačkám řádně vysvětlit veškerá rizika a problémy spojené s kouřením v období kojení. Králíková et al. (2015) ve své knize uvádí, že by sestra měla také tyto matky upozorňovat na případná rizika spojená s předčasným ukončením kojení a nabídnout pomoc při odvykání kouření. S tím se shodují i Gregora a Zákostelecká (2014), kteří ve své publikaci popisují, že by se těhotná či kojící matka kuřačka měla při odvykání kouření obrátit na specialisty. Mlčochová (2012) ve své literatuře uvádí, že by kojící matka kuřačka měla vědět, že nikotinové náplasti či žvýkačky, které se při odvykání kouření používají, nejsou pro kojící ženy vhodné.

Druhým cílem bylo odhalit, jaké problémy se pojí s kouřením v období kojení. Zde jsme se zaměřili na názory matek o negativním vlivu kouření v období kojení na zdraví jejich dětí a také jsme zjišťovali, jaké nejčastější problémy matky kuřačky u svých dětí řeší. Na otázku, jaký vliv má na dítě kouření v období kojení, tři matky, z celkového počtu osmi dotazovaných si myslí, že kouření v době kojení nemá na dítě žádný vliv. M1 tvrdí, že existují mnohem horší věci, které dětem škodí, a sice drogy a alkohol. Ostatní matky si jsou vědomy škodlivostí kouření. Například M3 uvedla: *„Škodí to i dospělým lidem, natož pak malým dětem.“* M5 si myslí, že má užívání tabákových výrobků na dítě vliv pouze v případě, že je žena silná kuřačka. Uvedla následující tvrzení: *„Pokud je žena silná kuřačka, tak to nějaký vliv určitě má. Dítě si v sobě může budovat závislost na nikotinu.“*

Dále jsme zjišťovali, jaké nejčastější problémy související s kouřením v době kojení u svých dětí řeší matky kuřačky. Z jednotlivých rozhovorů jsme zjistili, že polovina matek se u svých dětí nesetkala s žádnými problémy či riziky v důsledku kouření v období laktace. Další polovina uváděla problémy jako je pláč, neklid, nespavost, oslabení imunitního systému a s tím spojené časté nemoci. Právě častý pláč, neklid a nespavost dítěte jsou projevem abstinenčních příznaků, které se u těchto dětí mohou vyskytnout, jak ve své knize popisují Šídová a Šťastná (2015). Šídová a Šťastná (2015) ve své knize taktéž popisují, že jsou tyto děti náchylnější k nemocem. S tímto tvrzením se shoduje také Fialová et al. (2016), která ve své publikaci uvádí kromě častých respiračních chorob, riziko poruch imunity, vzniku leukémií či mozkových nádorů. Zkoumali jsme také, jak se tyto děti během dne a během kojení chovají. Z osmi dotazovaných, šest matek odpovědělo, že je jejich dítě během kojení klidné. Dvě matky, a sice M2 a M5 uvedly, že jejich dítě prs odmítalo. M2 uvedla, že dcera při kojení prs odmítala a často plakala. M2 dále uvedla: *„Důvodem častého odpojování se od prsu a zavzdušnění se, trpěla na časté koliky.“* Tyto problémy potvrzuje hned několik autorů. Šídová a Šťastná (2015) ve své knize popisují, že dítě prs často odmítá a je během kojení neklidné, jelikož nikotin mění chuť mateřského mléka. Králíková (2013) ve své publikaci uvádí, že kromě chuti nikotin ovlivňuje také složení mléka, kdy dochází ke snížení množství mastných kyselin, vitaminu C a E a zvýší se prooxidační účinky, díky kterým mohou vznikat rakovinotvorné buňky. Kostiuk (2013) ve své publikaci vysvětluje, že mateřské mléko obsahující nikotin negativně ovlivňuje činnost trávicího systému a děti následkem toho špatně sají a často zvrací. To potvrzují i Šídová a Šťastná (2015), které ve své knize uvádí, že u kojených dětí matkou kuřačkou, se mohou objevovat bolesti břicha, nevolnost a zvracení. Ohledně chování dětí během dne většina matek uvedla, že se jejich děti během dne chovají normálně a že to jsou hodné, veselé a spokojené děti. Ostatní matky, a sice M3, M5 a M8 uváděly častý pláč, vztek dítěte, hyperaktivitu a poruchy chování. M8 uvedla: *„Dcera má poruchu chování – ADHD a hodně vyžaduje pozornost. Musí být po jejím jinak je zle.“* Podobné uvedla také M5, která tvrdí: *„Syn je hyperaktivní, takže musí mít stále nějakou činnost. Také hodně vyžaduje naši pozornost.“* Je možné, že tato porucha chování může souviset právě s užíváním tabákových výrobků v období kojení, jelikož tento problém uvedly dvě matky z celkového počtu osmi dotazovaných. Častý pláč a vztek, který uváděla M3, může být projevem již zmíněných abstinenčních příznaků.

Třetím cílem bylo zjistit, jaká je motivace matek pro pokračování kouření v době kojení. Zaměřili jsme se především na přínos a význam kouření a na to, co matky vede k tomu, aby v kouření pokračovaly i v období kojení. Matky nejčastěji uváděly, že jim kouření pomáhá lépe zvládat a odbourávat stres a přináší jim pocity uklidnění a uvolnění. Některé matky uvedly, že pro ně kouření znamená pouze zlozvyk, kterého se nedokážou zbavit. Kouření jako určitý zlozvyk bere M1, M7 a M8. M1: *„Teď pro mě kouření znamená zlozvyk. Více kouřím, když jsem ve stresu, ale neznamená to, že jsem ve stresu neustále. Prostě je to takový zlozvyk a nutkání si zapálit, když mám volnou chvíli.“* Podobné uvedla také M7, která uvedla: *„Kouření pro mě znamená takový zlozvyk. Cigareta mi vždy pomáhala odbourávat stres, ale nyní na ni mám chuť, i když zrovna ve stresu nejsem.“* Pro ostatní matky znamená kouření například určitou formu relaxace a odpočinku, únik od reality, vytvoření si chvíle pro sebe či oddálení problémů. Dále jsme zjišťovali, jaký důvod mají matky kuřačky pro pokračování kouření během kojení. Z jednotlivých rozhovorů vyplynulo, že nejčastějším důvodem pro pokračování v kouření v období kojení je odbourávání stresu. Jako další důvody matky uváděly již výše zmíněný zlozvyk, touhu mít chvíli pro sebe, chuť, závislost, nervozitu, slabou vůli, únik od reality, psychické problémy a kouření již v těhotenství. Kouření v těhotenství uvedla jako důvod pro pokračování v kouření v období kojení M8, která uvedla: *„Kouřila jsem již během prvního trimestru těhotenství a nebyla jsem schopna přestat. Pan doktor mi doporučil kouření alespoň omezit.“* Szombati (2011) ve své publikaci uvádí, že v období těhotenství a laktace nepřestane kouřit až kolem 70 % žen. Domnívá se, že jedním z důvodů, proč v kouření pokračují je, že jim většina sester či lékařů neposkytne dostatečné informace a rady týkající se odvykání kouření a v důsledku toho si pak nedokážou uvědomit veškeré výhody. S tímto názorem se shoduji a domnívám se, že další příčinou, proč se kojící matky kuřačky nedokážou cigaret zbavit je, že nemají dostatečné informace o rizicích a problémech spojených právě s užíváním tabákových výrobků v období laktace. Také M5 je toho názoru, že informovanost matek o této problematice ze strany dětských sester je na místě. Uvedla: *„Myslím si, že je důležité, aby dětské sestry v této oblasti matky informovaly. Většina matek mnoho informací nemá a asi by bylo správné vědět alespoň nějaké základní věci.“* M8 v rozhovoru uvedla: *„Myslím si, že informací není nikdy dost. Jsem zajisté ráda, že jsem některé informace dostala a sáhly mi alespoň trošku do svědomí*. Také M2 je podobného názoru. M2 vypověděla: *„Myslím si, že gynekologie, porodnice a pediatrie jsou instituce, které by tuto problematiku měly řešit především.“* Dospěli jsme k závěru, že matky kuřačky bývají o problematice kouření v období kojení

informované nedostatečně a mají velmi málo informací. Mezi nejčastější problémy u těchto dětí patří především neklid, nespavost a častý pláč, který je projevem abstinenčních příznaků.

Závěr

Prvním cílem této práce bylo zjistit informovanost matek o rizicích spojených s užíváním tabákových výrobků v době kojení. Ze zjištěných výsledků vyplývá, že matky kuřačky vědí o rizicích a problémech spojených s kouřením v období kojení poměrně málo. Několik matek uvedlo, že kouření v době kojení nemá podle nich na zdraví dítěte žádný vliv. Co se týká informovanosti ze stran zdravotnických pracovníků, především dětských sester, je edukace o této problematice na velmi nízké úrovni. Několik matek uvedlo, že nikdy od nikoho žádné informace neobdržely a další část matek tyto informace pouze od někoho slyšela nebo četla. Většina matek uvedla, že si tyto informace hledá především na internetu, kde ale mohou být některé informace nepravdivé či zavádějící.

Druhým cílem bylo odhalit, jaké problémy se pojí s kouřením v době kojení. Jako nejčastější problémy, které matky kuřačky v oblasti kojení řeší, jsou častý pláč, neklid a nespavost dítěte. Tyto problémy mohou být především projevem abstinenčních příznaků. Mezi další problémy, které matky uváděly, patří častá onemocnění především dýchacích cest, bolest bříška a poruchy pozornosti a chování. Polovina matek však neuvedla žádné problémy, které by u svých dětí v důsledku kouření v období kojení řešily.

Třetím cílem diplomové práce bylo zjistit, jaká je motivace matek pro pokračování v kouření během kojení. Ohledně motivace matek pro pokračování kouření v době kojení jsme z jednotlivých rozhovorů zjistili, že mezi nejčastější důvody patří lepší zvládání stresu, pocity uklidnění a uvolnění. Dalšími důvody, které matky uváděly, jsou: touha mít chvíli sama pro sebe a s tím spojený i únik od reality a určitá forma relaxace, závislost, zlozvyk, nervozita, slabá vůle, psychické problémy a problémy v rodinném a osobním životě, nebo také kouření v těhotenství.

Čtvrtým cílem bylo vytvořit edukační materiál pro matky o rizicích kouření v době kojení. Edukační materiál o rizicích kouření v době kojení ve formě brožury jsme přiložili k diplomové práci a je také přiložený v příloze.

Z výzkumného šetření je patrné, že je velice důležité poučovat ženy kuřačky o rizicích a problémech spojených s kouřením v období kojení. S vyšší informovaností by pak byla i větší možnost tyto rizika eliminovat. Tato práce by měla sloužit k seznámení s problematikou kojení u žen zneužívajících tabákové výrobky. Tato práce by mohla

pomoci dětským sestrám ke zmapování situace, jakým způsobem, a jak kvalitně jsou poskytovány informace matkám kuřačkám o rizicích a problémech kouření v období kojení a mohla by tak pomoci ovlivnit změny v edukaci o této problematice.

Seznam použité literatury

1) APELBERG, B., J., et al., 2012. Environmental monitoring of seconhand smoke exposure. *British Medical Journal.* 22(3), 147–155, Dostupné z: https://tobaccocontrol.bmj.com/content/tobaccocontrol/22/3/147.full.pdf

2) BALOGUN, O., O., et al., 2016. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev.* [online]. 2016(11), [cit. 2016-11-09]. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6464788/

3) BAHL, V., et al., 2014. Thirdhand Cigarette Smoke: Factors Affecting Exposure and Remediation. *Plos One.* [online] 9(10), [cit. 2014-10-06]. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4186756/

4) BLÁHOVÁ, K., et al., 2019. *Pediatrická propedeutika.* 3. přepracované a rozšířené vydání. Praha: Galén. 246 s. ISBN 978-80-749-2442-2.

5) CABRNOCHOVÁ, H., et al., 2009. *Péče o dítě.* Praha: Havlíček Brain Team. 320 s. ISBN 978-80-87109-14-4.

6) CANDEL, R., V., 2015. Tobacco use in the third trimester of pregnancy and its relationship to birth weight. A prospective study in Spain. *Women and Birth.* [online] 28(4), 134-139. [cit. 2015-07-09]. Dostupné z: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1871519215000566

7) ČERNÁ, M., KOLLÁROVÁ, J., 2015. *Laktační minimum pro pediatry.* Praha: Ústav pro péči o matku a dítě. 86 s. ISBN 978-80-8702-347-1.

8) DREYFUSS, J., H., 2010. Thirdhand Smoke Identified as Potent, Enduring Carcinogen. *A Cancer Journal for Clinicians.* [online] 60(4), 203-204. [cit. 2010-07-07]. Dostupné z: https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.3322/caac.20079

9) FENDRYCHOVÁ, J., 2011. *Základní ošetřovatelské postupy v péči o novorozence – vybrané kapitoly.* Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-7272-1.

10) FERRANTE, G., et al., 2013. Third-hand smoke exposure and health hazards in children. *Monaldi Archives for Chest Disease.* [online]. 79(1), [cit. 2015-11-26]. Dostupné z: https://www.monaldi-archives.org/index.php/macd/article/view/108/96

11) FIALOVÁ, J., et al., 2016. Nekuřácké domovy – názory studentů 5. ročníku všeobecného lékařství na prevenci pasivního kouření. *Hygiena*. 61(4), 157–160. ISSN 1802-6281.

12) GASKINOVÁ, I., M., 2011. *Průvodce kojením.* Praha: Argo. 342 s. ISBN 978-80-257-483-7.

13) GREGORA, M., DOKOUPILOVÁ, M., 2016. *Péče o novorozence a kojence – maminčin domácí lékař.* 4. přepracované vydání. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-5719-3.

14) GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ, M., 2017. *Těhotenství a mateřství.* Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-271-9816-0.

15) GREGORA, M., ZÁKOSTELECKÁ, D., 2014. *Jídelníček kojenců a malých dětí.* 3. doplněné a aktualizované vydání. Praha: Grada. 216 s. ISBN 978-80-247-4773-6.

16) HÁJEK, Z., et al., 2014. *Porodnictví.* 3. přepracované a dplněné vydání. Praha: Grada. 538 s. ISBN 978-80-247-4529-9.

17) HRONEK, M., BAREŠOVÁ, H., 2012. *Strava těhotných a kojících.* Praha: Forsapi. 151 s. ISBN 978-80-87250-20-4.

18) HRUBÁ, D., et al., 2010. Jak chránit děti před expozicí pasivního kouření v jejich domově? *Hygiena.* 55(3), 86–91. ISSN 1802–6281.

19) HRUBÁ, D., 2011. Riziko kouření v těhotenství se stále podceňuje. Tolerovat kouření v těhotenství je neodborné a neetické. *Praktická gynekologie.* 15(1), 34–39. ISSN 1211-6645.

20) HRUBÁ, D., et al., 2014. Aktuality z toxikologie kouření tabáku: third-hand smoke. *Hygiena.* 59(4), 190–194. ISSN 1802-6281.

21) HRUBÁ, D., et al., 2014. Expozice dětí v zakouřeném prostředí je ještě nebezpečnější, než jsme předpokládali. *Československá pediatrie.* 69(4), 250–257. ISSN 0069-2328.

22) HRUBÁ, D., ŽALOUDÍKOVÁ, I., 2013. Názory, postoje a chování rodičů dětí pracujících s programem „Normální je nekouřit". *Hygiena.* 58(2), 49–55. ISSN 1802-6281.

23) JUŘENÍKOVÁ, P., 2010. *Zásady edukace v ošetřovatelské praxi*. Praha: Grada. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.

24) KIPPLEYOVÁ, S., 2012. *Sedm zásad ekologického kojení – frekvenční faktor.* Olomouc: Matice cyrilometodějská. 128 s. ISBN 978-80-7266-379-8.

25) KLÍMA, J., et al., 2016. *Pediatrie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-271-5014-9.

26) KOPŘIVOVÁ, M., 2013. Kouření z třetí ruky. *Závislost.* Zdravě.cz. [online]. [cit. 2017-03-09]. Dostupné z: https://koureni.zdrave.cz/koureni-z-treti-ruky/

27) KOSTIUK, P., 2013. Problematika návykových látek v těhotenství a laktaci. *Farmi news.* Praha: Edukafarm. 11(3), 6-7. ISSN 1214-5017.

28) KRÁLÍKOVÁ, E., et al., 2015. Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku. *Vnitřní lékařství.* [online]. 61(5), 104-115. [cit. 2015-10-07]. Dostupné z: http://www.kardio-cz.cz/data/upload/Doporuceni_pro_lecbu_zavislosti_na_tabaku.pdf

29) KRÁLÍKOVÁ E., 2015. Farmakologická léčba závislosti na tabáku. *Remedia*. 25 (2), 135–138. ISSN 0862-8947.

30) KRÁLÍKOVÁ, E., 2013. *Závislost na tabáku – epidemiologie, prevence a léčba.* Břeclav: Adamira. 503 s. ISBN 978-80-904217-4-5.

31) KUO, H., W., REES, V., W., 2019. Third-hand smoke (THS): What is it and what should we do about it? *Journal of the Formosan Medical Association.* [online] 118(11), 1478-1479. [cit. 2019-11-08]. Dostupné z: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0929664619306862?via%3Dihub

32) LAKTAČNÍ LIGA., 2015. *Kojení: všechno co potřebujete vědět*. Praha: Laktační liga, 2015. 30 s. ISBN neuvedeno

33) LEE, J., W., et al., 2015. Alterations in DNA methylation and airway hyperreactivity in response to in utero exposureto environmental tobacco smoke. *Inhalation Toxicology.* [online]. 27(13), 724–730. [cit. 2015-11-02]. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4760648/

34) LINHART, A., ASCHERMANN, M., 2011. Podceňované a neznámé vlivy pasivního kouření. *Cor et Vasa*. 53(4–5), 253–256. ISSN 0010-8650.

35) MICHALCOVÁ, J., FEYREISL, J., 2013. Kouření a reprodukce, In: Králíková, E. *Závislost na tabáku*. Břeclav: Adamira, s. 272–283. ISBN 978-80-904217-4-5.

36) MLČOCHOVÁ, V., 2012. Zajímavosti o kouření část 1. *Alergie, astma, bronchitida.* 2 (15). Praha: Tigis. 15(2), 23–29. ISSN 1212-3544.

37) PARK, M., B., 2020. Living with parents who smoke predicts levels of toxicant exposure in children. *Scientific Reports.* [online] 10(1), [cit. 2020-07-07]. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7341805/

38) REHAN, V., K., et al., 2011. Thirdhand smoke: a new dimension to the effects of cigarette smoke on the developing lung. *American Physiological Society.* [online] 301(1), 1-8. [cit. 2011-04-08]. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3129897/

39) REISSLAND, N., et al., 2015. Ultrasound observations of subtle movements: a pilot study comparing foetuses of smoking and nonsmoking mothers. *Acta Paediatrica*. [online] 104(6), 596–603. [cit. 2015-04-22]. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4654233/

40) SLEZÁKOVÁ, L., et al., 2017. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví.* 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. 280 s. ISBN 978-80-271-0214-3.

41) STÁRKA, L., 2013. Kouření a endokrinní systém. In: KRÁLÍKOVÁ et al., 2013. *Závislost na tabáku*. Břeclav: Adamira. s. 185–194. ISBN 978-80-904217-4-5.

42) SUÁREZ-COTELO, M., et al., 2019. Breastfeeding knowledge and relation to prevalence. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. [online]. 53, [cit. 2019-02-28]. Dostupné z: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342019000100415&lng=en&nrm=iso&tlng=en

43) SUZUKI, D., et al., 2019. Secondhand Smoke Exposure During Pregnancy and Mothers' Subsequent Breastfeeding Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Scientific Reports.* [online] 9(1), [cit. 2019-06-12]. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6562041/

44) SZOMBATI, Z., 2011. Vliv pasivní expozice cigaretovému kouři na zdraví a vývoj dětí v období prenatálním i postnatálním až do věku sedmi let. Výsledky studie ELSPAC. *Česko-slovenská pediatrie.* 66(5), 279–288. ISSN 0069-2328.

45) ŠÍDOVÁ, M., ŠŤASTNÁ, L., 2015. Kouření v těhotenství. *Adiktologie.* 15(2), 164–172. ISSN 1213-3841.

46) TRUČKOVÁ, Z., BRABCOVÁ, I., 2018. Negativní vliv kouření rodičů na zdraví dětí. *Pediatrie pro praxi.* [online]. 19(3), 171-175. [cit. 2018-07-01]. Dostupné z: https://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2018/03/09.pdf

47) VOBORSKÁ, E., 2011. Vliv tabákového kouře na lidský organismus. *Prevence úrazů, otrav a násilí*. 7(1), 98–104. ISSN 1801-0261.

48) WALTERS, D., D., et al., 2019. The cost of not breastfeeding: global results from a new tool. *Health Policy and Planning.* [online]. 34(6), 407-417. [cit. 2019-06-24]. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6735804/

49) WANG, L., et al., 2018. Exposure to third-hand smoke during pregnancy may increase the risk of postpartum depression in China. *Tobacco Induced Diseases.* [online] 16(17), [cit. 2018-04-24]. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6659510/

50) WESTERFIELD, K., L., et al., 2018. Breastfeeding: Common Questions and Answers. *American Family Physician.* [online]. 98(6), 368-376. [cit. 2018-09-15]. Dostupné z: https://www.aafp.org/afp/2018/0915/p368.html

51) WIKSTRÖM, A., K., et al., 2010. Tobacco use during pregnancy and preeclampsia. Risk effects of cigarette smoking and snuff. *Hypertension*. [online]. 55, 1254-1259. [cit. 2010-05-01]. Dostupné z: https://www.ahajournals.org/doi/epub/10.1161/HYPERTENSIONAHA.109.147082 1254–1259

52) ZÁMEČNÍK, L., 2013. Kouření a urologická onemocnění. In: KRÁLÍKOVÁ, E. *Závislost na tabáku.* Břeclav: Adamira, s. 301–303. ISBN 978-80-904217-4-5.

Seznam příloh

Příloha 1: Otázky k rozhovoru s matkami……

Příloha 2: Rizika kouření v době kojení – edukační materiál……..

Seznam zkratek

ADHD – Attention Deficit Hyperactivity Disorder, neurovývojová porucha pozornosti pozornosti s hyperaktivitou

BFHI – Baby Friendly Hospital Initiative, Iniciativa pro nemocnice přívětivé dětem

CNS – centrální nervový systém

g – gram

HIV – Human Immunodeficiency Virus, virus lidské imunodeficience

JIP – jednotka intenzivní péče

kcal – kilokalorie

l – litr

mg – miligram

ml – mililitr

THS – Third-hand Smoke, kouření z třetí ruky

UNICEF – United Nations Children's Fund, Dětský fond organizace spojených národů

USA – United States of America, Spojené státy americké

WHO – World Health Organization, Světová zdravotnická organizace

Příloha 1: Otázky k rozhovoru s matkami

Zdroj: Vlastní zpracování

Identifikační údaje:

Věk –

Vzdělání –

Počet dětí –

Věk nejmladšího dítěte –

Otázky:

1. Kolik máte dětí? (u více dětí – Kojila jste všechny děti? Kouřila jste v době kojení?)
2. V kolika letech jste začala kouřit?
3. Jak dlouho kouříte?
4. Jak často kouříte? (Kolik cigaret denně?)
5. Jaký byl důvod začátku kouření?
6. Co pro Vás kouření znamená a co Vám to přináší?
7. Kde nejčastěji kouříte? (doma, venku,…)
8. Kdy nejčastěji kouříte z hlediska kojení? (těsně po kojení, před kojením,…)
9. Kouříte/kouřila jste během kojení méně než před tím? Jestli ano – proč?
10. Jaký má podle Vás na dítě vliv kouření v období kojení?
11. Jaký máte názor na kouření v době kojení?
12. Jaká znáte možná rizika spojená s kouřením v době kojení?
13. Která rizika/komplikace jsou podle Vás nejčastější?
14. Odkud čerpáte informace o škodlivosti kouření během kojení a negativním vlivu na zdraví dítěte?
15. Pozorujete na svém dítěti negativní vliv kouření? Jaký?
16. S jakými problémy v důsledku kouření jste se u svého dítěte setkala?
17. Jak se Vaše dítě chová během kojení? (je klidné, odmítá prs, pláče,…)
18. Jak se Vaše dítě chová během dne?
19. Co podle Vás způsobuje závislost na cigaretách?

20. Kolikrát jste se pokoušela o zanechání kouření?
21. Byly některé pokusy úspěšné? Popř. jak dlouho?
22. Co Vás vedlo k tomu, abyste znovu začala kouřit?
23. Jaký je důvod Vašeho kouření i v období kojení?
24. Byla jste informována o důležitosti kojení? Kým?
25. Kdo Vás informoval o rizicích spojených s kouřením v době kojení?
26. Jak byste zhodnotila informace, které jste o kouření v době kojení dostala?
27. Jaká doporučení jste získala od dětské sestry v oblasti kouření během kojení?
28. Jakým způsobem Vás dětská sestra informovala o škodlivosti kouření během kojení?
29. Jak jste tyto informace přijala?
30. Jaký máte názor na doporučení získaná od dětské sestry v oblasti kouření během kojení?
31. Jak hodnotíte spolupráci dětské sestry s Vámi v oblasti edukace/informovanosti o kojení a kouření?

Příloha 2: Rizika kouření v době kojení – edukační materiál

KOJENÍ

- Je optimální a nejpřirozenější způsob výživy všech dětí v prvních měsících života.
- Zajišťuje všechny potřebné živiny.
- V mateřském mléce je ideální poměr cukrů, tuků i bílkovin, ale také vitamínů, minerálů a stopových prvků.
- Mezi matkou a kojencem vzniká během kojení velké citové pouto, které hraje významnou roli v dalším vývoji dítěte.
- Důležité je první přiložení k prsu, které by mělo být provedeno nejlépe do třiceti minut, nejpozději však do dvou hodin od porodu.
- Kojení přináší mnoho výhod pro matku i dítě.

VÝHODY PRO MATKU

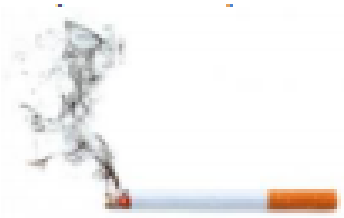
- Kojení snižuje riziko rozvoje rakoviny prsu, vaječníků a chrání před vznikem osteoporózy.
- Oxytocin, který se uvolňuje při porodu a vyšších hladin dosahuje právě při kojení, způsobuje rychlejší zavinování dělohy.
- Vyplavení oxytocinu také snižuje poporodní krvácení.
- Mateřské mléko má optimální teplotu.
- Je k dispozici kdykoli a kdekoli.
- Je mnohem levnější než umělá výživa.

VÝHODY PRO DÍTĚ

- Mateřské mléko svým nenahraditelným složením kryje dětské nutriční potřeby.
- Je to nejpřirozenější způsob výživy všech novorozenců a kojenců.
- Složení mateřského mléka zajišťuje optimální a zdravý růst a vývoj.
- Díky řadě složek s protizánětlivými účinky chrání dítě před infekčními nemocemi.

AKTIVNÍ KOUŘENÍ

- Aktivní kouření má neblahý vliv na zdraví kuřáka, ale i na jeho okolí.
- Bývá nejčastější příčinou předčasných úmrtí a nemocí.
- Způsobuje více než 20 chorob či chorobných stavů.
- Při kouření tabákových výrobků nikotin přechází do kouře a vstřebává se především sliznicemi trávicího a dýchacího ústrojí.
- Má také za následek komplikace v těhotenství a při porodu, například nízkou porodní váhu či syndrom náhlého úmrtí novorozence.
- Má podíl na vzniku nádorového bujení.
- Podílí se také na vzniku mužské impotence či abnormalit spermatu, osteoporózy, nebo jiných problémů spojených se zhoršením sluchu, zraku, imunity či vznikem alergií.



PASIVNÍ KOUŘENÍ

- Pasivní kouření znamená pouhé následné nechtěné vdechování kouře z okolního prostředí.
- Pasivní kouření je velkým rizikovým faktorem pro rozvoj respiračních onemocnění u dětí.
- Proto je vliv nekuřáckého prostředí na zdraví dětí velice zásadní.
- Děti nekuřáci vdechují, i přes rozptýlení cigaretového dýmu, velké množství toxických a rakovinotvorných látek, které mají škodlivý vliv na jejich zdraví.
- U dětí kuřáků je častější výskyt syndromu náhlého úmrtí novorozenců a hyperaktivita či poruchy pozornosti u větších dětí.

KOUŘENÍ Z TŘETÍ RUKY

- Kouřením z třetí ruky znamená vdechování zbytkového kouře v již vyvětraném prostoru, kde se už dlouho nekouří.
- V takovémto prostoru zůstávají i po vyvětrání zbytky nikotinu a další toxické látky z cigaretového kouře.
- Mohou zůstat na površích vnitřních stěn, látek a dalších běžných domácích předmětů, jako jsou záclony, koberce, čalounění pohovek, židlí či postelí po dobu delší než 1,5 roku.
- Vdechuje-li tyto škodliviny těhotná žena, dochází k poškození plodu a může dojít především k nesprávnému vývoji plic a mozku.

PROBLÉMY KOUŘENÍ V OBDOBÍ KOJENÍ

- Ženy, které kouří, produkují menší množství mateřského mléka.
- Toxické látky pronikají do mateřského mléka a mléko tak kontaminují a kazí jeho chuť.
- Kromě chuti ovlivňuje také složení mléka.
- Mléko obsahující nikotin negativně ovlivňuje činnost trávicího systému, děti pak špatně sají a často zvrací.
- U dětí, které jsou kojené matkou kuřačkou, se mohou objevovat bolesti bříška, nevolnost a časté zvracení.
- Jelikož nikotin mění chuť mateřského mléka, dítě prs často odmítá a je během kojení neklidné.
- Kojené děti matek kuřaček častěji trpí novorozeneckou žloutenkou a mohou se u nich vyskytnout abstinenční příznaky: častý pláč, neklid, nespavost.
- Kouření u kojených dětí způsobuje časté nemoci především infekty dýchacích cest a alergie.
- Přímé působení nikotinu způsobuje zpomalení tělesného růstu a negativně působí na vývoj mozku, plic a celkově ovlivňuje programování metabolismu.

Zdroje:

1) APELBERG, B., J., et al., 2012. Environmental monitoring of seconhand smoke exposure. *British Medical Journal.* 22(3), 147–155, Dostupné z: https://tobaccocontrol.bmj.com/content/tobaccocontrol/22/3/147.full.pdf

2) ČERNÁ, M., KOLLÁROVÁ, J., 2015. *Laktační minimum pro pediatry.* Praha: Ústav pro péči o matku a dítě. 86 s. ISBN 978-80-8702-347-1.

3) FIALOVÁ, J., et al., 2016. Nekuřácké domovy – názory studentů 5. ročníku všeobecného lékařství na prevenci pasivního kouření. *Hygiena.* 61(4), 157–160. ISSN 1802-6281.

4) GASKINOVÁ, I., M., 2011. *Průvodce kojením.* Praha: Argo. 342 s. ISBN 978-80-257-483-7.

5) GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ, M., 2017. *Těhotenství a mateřství.* Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-271-9816-0.

6) GREGORA, M., ZÁKOSTELECKÁ, D., 2014. *Jídelníček kojenců a malých dětí.* 3. doplněné a aktualizované vydání. Praha: Grada. 216 s. ISBN 978-80-247-4773-6.

7) HÁJEK, Z., et al., 2014. *Porodnictví.* 3. přepracované a dplněné vydání. Praha: Grada. 538 s. ISBN 978-80-247-4529-9.

8) HRUBÁ, D., 2011. Riziko kouření v těhotenství se stále podceňuje. Tolerovat kouření v těhotenství je neodborné a neetické. *Praktická gynekologie.* 15(1), 34–39. ISSN 1211-6645.

9) HRUBÁ, D., et al., 2014. Aktuality z toxikologie kouření tabáku: third-hand smoke. *Hygiena.* 59(4), 190–194. ISSN 1802-6281.

10) HRUBÁ, D., et al., 2014. Expozice dětí v zakouřeném prostředí je ještě nebezpečnější, než jsme předpokládali. *Československá pediatrie.* 69(4), 250–257. ISSN 0069-2328.

11) KOPŘIVOVÁ, M., 2013. Kouření z třetí ruky. *Závislost.* Zdravě.cz. [online]. [cit. 2017-03-09]. Dostupné z: https://koureni.zdrave.cz/koureni-z-treti-ruky/

12) KOSTIUK, P., 2013. Problematika návykových látek v těhotenství a laktaci. *Farmi news.* Praha: Edukafarm. 11(3), 6-7. ISSN 1214-5017.

13) KRÁLÍKOVÁ, E., 2013. *Závislost na tabáku – epidemiologie, prevence a léčba.* Břeclav: Adamira. 503 s. ISBN 978-80-904217-4-5.

14) MICHALCOVÁ, J., FEYREISL, J., 2013. Kouření a reprodukce, In: Králíková, E. *Závislost na tabáku*. Břeclav: Adamira, s. 272–283. ISBN 978-80-904217-4-5.

15) SLEZÁKOVÁ, L., et al., 2017. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví.* 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. 280 s. ISBN 978-80-271-0214-3.

16) STÁRKA, L., 2013. Kouření a endokrinní systém. In: KRÁLÍKOVÁ et al., 2013. *Závislost na tabáku*. Břeclav: Adamira. s. 185–194. ISBN 978-80-904217-4-5.

17) ŠÍDOVÁ, M., ŠŤASTNÁ, L., 2015. Kouření v těhotenství. *Adiktologie.* 15(2), 164–172. ISSN 1213-3841.

18) WANG, L., et al., 2018. Exposure to third-hand smoke during pregnancy may increase the risk of postpartum depression in China. *Tobacco Induced Diseases.* [online] 16(17), [cit. 2018-04-24]. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6659510/

STOP