

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav porodní asistence

Barbora Vysloužilová

**Postoj těhotných kuřaček ke kouření během gravidity**

Diplomová práce

Vedoucí práce: doc. PhDr. Yveta Vrublová, Ph.D.

Olomouc 2021

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje

Olomouc 17. května 2021

.....

Podpis

## **Poděkování**

Ráda bych tímto poděkovala paní doc. PhDr. Yvettě Vrublové, Ph.D. za odborné vedení, trpělivost a ochotu, kterou mi v průběhu zpracování této práce věnovala. Děkuji také paní Ing. Anežce Malákové za pomoc se statistickým zpracováním dat.

## **ANOTACE**

**Typ závěrečné práce:** diplomová

**Téma práce:** Kouření v těhotenství

**Název práce:** Postoj těhotných kuřáček ke kouření během gravidity

**Název práce v AJ:** Attitude of pregnant smokers to smoking during pregnancy

**Datum zadání:** 2020-01-31

**Datum odevzdání:** 2021-05-17

**Vysoká škola, fakulta, ústav:** Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav porodní asistence

**Autor práce:** Bc. Barbora Vysloužilová

**Vedoucí práce:** doc. PhDr. Yveta Vrublová, Ph.D.

**Oponent práce:** Mgr. Kateřina Janoušková

**Abstrakt v ČJ:** Tato diplomová práce se zabývá faktory, které potenciálně ovlivňují postoj (kuřácké chování) těhotných žen týkající se kouření v graviditě. Cílem bylo posoudit, které ze zkoumaných faktorů měly souvislost s pokračováním kouření v těhotenství, jaké informace měly ženy o rizicích spojených s kouřením během gestace a jaká byla míra závislosti na nikotinu u aktivně kouřících těhotných žen. Vyhodnocení probíhalo na základě dotazníkového šetření u 110 respondentek. Výsledky ukazují, že ke změně postoje došlo. Přibližně polovina žen s kouřením přestala a z pokračujících aktivních kuřáček většina alespoň omezila počet cigaret. V rámci kuřáckého chování se zde prokázala souvislost s plánováním těhotenství, počtem vykouřených cigaret před těhotenstvím, se sdílením společné domácnosti s kuřákem a rovněž s kuřáctvím rodičů. V závěru práce jsou nastíněny možné kroky, které by mohly pomoci se snižováním procenta kouřících žen během těhotenství.

**Abstrakt v AJ:** This thesis deals with factors that potentially affects the attitude (smoking behavior) of pregnant women regarding smoking during pregnancy. The aim was to assess which of the examined factors were related to the continuation of smoking during pregnancy,

what information women had about the risks associated with smoking during gestation and what was the degree of nicotine dependence in actively smoking pregnant women. The evaluation was based on questionnaire survey of 110 respondents. The result show that there has been a change in attitude. Approximately half of the women quit smoking and most of the continued active smokers at least reduced the number of cigarettes. With respect of smoking behavior, an association was found with pregnancy planning, the number of cigarettes smoked before pregnancy, and the sharing of a common household with the smoker and finally with the parent who smoke. At the end of the thesis, possible steps are outlined that could help reduce the percentage of women who smoke during pregnancy.

**Klíčová slova v ČJ:** Těhotenství, gravidita, kouření, tabák, vzdělání, plánování těhotenství, věk, cigarety, parita, kuřák ve společné domácnosti, rodič kuřák, znalost rizik kouření, nikotinová závislost

**Klíčová slova v AJ:** Pregnancy, smoking, tobacco, education, pregnancy planning, age, cigarettes, parity, smoker in the common household, parent who smokes, knowledge of risks of smoking, nicotine addiction

**Rozsah:** (84/ 6)

# Obsah

Úvod.....	7
1. Rešeršní činnost .....	9
2. Teoretická část .....	10
2.1. Změna postoje ke kouření .....	10
2.1.1. Otázka změny postoje těhotných kuřáček ke kouření v průběhu gravidity.....	10
2.1.2. Skupiny, u kterých se omezení kouření vyskytuje nejčastěji .....	12
2.2. Kuřák ve společné domácnosti nebo rodině.....	13
2.2.1. Podpora partnera .....	13
2.2.2. Vliv rodiny .....	14
2.3. Znalost škodlivých účinků a možných následků kouření v těhotenství .....	16
2.3.1. Škodlivé účinky.....	16
2.3.2. Vědomosti žen týkající se rizik kouření .....	19
2.3.3. Vliv lékařů a zdravotníků na těhotné kuřáčky.....	20
2. 4. Role porodní asistentky .....	21
3. Metodika výzkumu.....	23
3. 1. Výzkumný problém.....	23
3. 2. Cíl výzkumu .....	23
3. 3. Výzkumné otázky a hypotézy .....	23
3. 4. Charakteristika souboru.....	24
3. 5. Metoda sběru dat .....	24
3. 6. Realizace výzkumu .....	25
3. 7. Metody zpracování dat.....	25
3. 8. Etické aspekty .....	26
4. Výsledky výzkumu.....	27
4. 1. Statistické zpracování dat.....	27
4. 2. Testování hypotéz .....	40
Diskuze.....	55
Závěr .....	62
Referenční seznam .....	65
Seznam zkratk .....	70
Seznam tabulek .....	71
Seznam grafů.....	73
Seznam příloh.....	74
Přílohy .....	75

## Úvod

Podle dřívějších údajů Světové zdravotnické organizace, je téměř 250 milionů žen kuřaček, z nichž 10,7% jsou plodné ženy uvádějící kouření během těhotenství (Ben Natan, Golubev, Shamrai, 2010, str. 388). Za poslední 2 desetiletí kouření u gravidních žen ve vyspělých zemích pokleslo přibližně o 60 – 75%. Přesto je stále důvodem podstatné části morbidity a mortality plodů a kojenců. Aktuálně v mnoha evropských zemích kouří během těhotenství více než 10% žen (European perinatal health report, 2013, str. 63 - 64). V průmyslově vyspělých zemích celého světa tento problém čítá přibližně 13% - 27% těhotných žen (Hemsing et al., 2012, str. 767). Dle nových zjištění byla nejvyšší prevalence kouření v těhotenství odhalena v evropském regionu (8,1%). Česká republika se tu ocitla mezi 10,1 – 15%. (Lange et al., 2018, s. 772 - 773). Tyto údaje však mohou být podhodnoceny. Bylo totiž dokázáno, že nejméně 20% těhotných kuřaček své kuřáctví tají (Spindel, Mcevoy, 2016, str. 487).

Otěhotnět a porodit zdravé dítě se v dnešní době zdá být čím dál tím náročnější. Není proto snadné pochopit chování kuřaček v plodném věku, které si tyto šance samy snižují i když se zrovna o početí pokoušejí (Havelková, Kachlík, 2010, str. 78). Kouření žen během gravidity lze považovat za nejdůležitější preventabilní faktor spojený s nepříznivými výsledky těhotenství. Může narušit vývoj plodu, zvýšit riziko předčasného porodu a mnoha dalších perinatálních komplikací. Existuje také možnost dlouhodobých a celoživotních následků (European perinatal health report, 2013, str. 63).

Kouření je u českých těhotných žen jednou z nejrozšířenějších závislostí (Havelková, Kachlík, 2010, str. 78). Prekoncepční období je považováno za důležitý čas pro zdraví žen a příležitost k rozvoji zdravého životního stylu, který může být užitečný jak pro zdraví matky, tak pro plod a novorozence (Esposito et al., 2015, str. 2). Těhotenství se jeví jako doba, kdy jsou ženy vysoce motivovány přestat kouřit v nejlepším zájmu svého nenarozeného plodu. Přesto však ne všechny ženy se rozhodnou v tuto chvíli s kouřením přestat (Giglia, W Bins, S Alfonso, 2006, str. 1 - 2).

Teoretická část práce se zabývá vlivem kouření na těhotenství. Předkládá možné rizikové faktory související s pokračováním kouření v těhotenství, jako je například přítomnost kuřáka v rodině nebo kouřící partner. Dalším zaměřením je přiblížení znalostí žen o škodlivých účincích kouření v graviditě. Tato část je věnována také výkresu možných následků a rizik na těhotenství a vlivu lékařů se zdravotníky na informovanost těhotných žen.

Praktickou část práce tvoří kvantitativní výzkum, který byl proveden formou dotazníkového šetření. Hlavním cílem praktické části bylo posouzení vlivu stupně vzdělání, informovanosti a socioekonomické situace těhotných kuřaček na kouření během gravidity. Dále tato část odhaluje míru závislosti aktivně kouřících těhotných žen, dle Fagerströмова testu nikotinové závislosti. Závěr praktické části zhodnocuje výsledky a předkládá návrh, jak mohou být uvedená zjištění následně využita.

### **Vstupní studijní literatura**

**1. Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství – Velemínský, Žižková, 2008**

VELEMÍNSKÝ, Miloš a Blanka ŽIŽKOVÁ, ed. *Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství*. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-095-9.

**2. Návykové látky v těhotenství – Vavřínková, Binder, 2006**

VAVŘINKOVÁ, Blanka a Tomáš BINDER, 2006. *Návykové látky v těhotenství*. Praha: Triton. ISBN 80-725-4829-8.

**3. Rizikové a patologické těhotenství – Hájek, 2004**

HÁJEK, Zdeněk a Tomáš BINDER, 2004. *Rizikové a patologické těhotenství*. Vyd. 1. české. Praha: Grada. ISBN 80-247-0418-8.

**4. Moderní porodnictví – Roztočil, 2008**

ROZTOČIL, Aleš a Tomáš BINDER, 2017. *Moderní porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5753-7.

**5. Kouření a reprodukce – Crha, Hrubá, 2000**

CRHA, Igor a Drahoslava HRUBÁ, 2000. *Kouření a reprodukce*. 2., přepracované a doplněné vydání. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-2284-1.



# 1. Rešeršní činnost

## Vyhledávací kritéria:

**klíčová slova v ČJ:** kouření, těhotenství, gravidita, tabák, užívání tabáku, cigarety

**klíčová slova v AJ:** smoking, pregnancy, tobacco, tobacco use, cigarets

**jazyk:** čeština, angličtina

**období:** 2010 – 2021 (26 zdrojů) + 1 článek 2003, 1 článek 2004, 1 článek 2005, 2 články 2006, 4 články 2007, 1 článek 2008

**Databáze:** EBSCO, GoogleScholar, Medvik, PubMed

Celkem nalezeno 286 dokumentů.

## Vyřazující kritéria:

- články netýkající se tématu
- články netýkající se cílů práce
- kvalifikační práce
- duplicitní dokumenty

## Sumarizace využitých databází a dohledaných dokumentů:

EBSCO – 8 článků

GoogleScholar – 17 článků

Medvik – 1 článek

PubMed – 6 článků

## Sumarizace dohledaných periodik a dokumentů:

Internetové stránky Světové zdravotnické organizace – 1 dokument

Pro tvorbu teoretických východisek bylo použito 33 dohledaných zdrojů.

## **2. Teoretická část**

### **2.1. Změna postoje ke kouření**

Těhotenství je obdobím, kdy jsou ženy k odvykání kouření vnímavější (Giglia, W Bins, S Alfonso, 2006, str. 6). Přestat či nepřestat s kouřením je pro těhotné kuřačky obtížné, ale zásadní rozhodnutí (Lai et al., 2013, str. 4105). Velká část žen v této době dobrovolně kouřit přestává, mnoho z nich však nadále ohrožuje zdraví své i zdraví svého nenarozeného dítěte (Giglia, W Bins, S Alfonso, 2006, str. 6). Abychom byli schopni omezit kouření žen během těhotenství, musíme pochopit faktory, které ovlivňují postoje těhotných kuřaček ke kouření (Lai et al., 2013, str. 4105). Za velkou příležitost k podpoře odvykání kouření je považováno také období prekoncepční (Koshy et al., 2010, str. 500). To z něj činí důležitý cíl pro poskytovatele zdravotní péče (Everett-Murphy et al., 2011, str. 517).

#### **2.1.1. Otázka změny postoje těhotných kuřaček ke kouření v průběhu gravidity**

Australská studie uvádí, že většina žen, které otěhotní jako aktivní kuřačky, se pokouší své dosavadní kuřácké návyky změnit. Nejčastěji to znamená, že sníží počet cigaret denně. Některé ženy však uvádějí, že se počet jimi vykouřených cigaret zvyšuje v důsledku narůstajícího stresu spojeného s těhotenstvím, budoucí mateřskou rolí a pocitem viny, že nemohou s kouřením přestat. Po dobu těhotenství abstinuje pouze 20 – 30% žen a u většiny dojde po porodu k relapsu (do 6 měsíců je to zhruba 50% abstinentek a do 12 měsíců až 70%). Údaje jsou srovnatelné s ostatními vyspělými zeměmi (Amerika, Kanada, Švédsko, Anglie) (Ebert, Fahy, 2007, str. 163).

Ženy často kouří proto, že začít abstinovat je náročné, a to zejména v těhotenství. Těhotné musí vynaložit velké fyzické a psychické úsilí, aby uspěly, a to vyžaduje množství energie a emoční stabilitu, kterou ne vždy mají (Ebert, Fahy, 2007, str. 164). Další komplikací jsou stresové faktory, se kterými se mohou ženy potýkat. Jsou to například problematické vztahy s přáteli a rodinou (Ben Natan, Golubev, Shamrai, 2010, str. 389), sociální znevýhodnění, nízký příjem, rodičovství během dospívání a rodičovství bez partnera. Mezi další faktory spojené s výskytem kouření v těhotenství patří vysoká parita a nízké vzdělání (Bull et al., 2007, str. 101). Nikotin ženám poskytuje prostřednictvím návalu dopaminu krátkodobý pocit uspokojení. A ačkoli tvrdí, že jim kouření poskytuje úlevu od jejich stresorů, z dlouhodobého hlediska mohou cítit stud nad nedostatkem motivace přestat. Společenský tlak na přizpůsobení se obrazu „dobré matky“ některé ženy stresuje natolik, že zvyšuje míru jejich úzkosti a s ní i počet vykouřených cigaret. Zdravotní rizika spojená s kouřením jsou pro

ně abstraktní a vzdálená naproti okamžitému uspokojení, které kouření přináší (Ebert, Fahy, 2007, str. 164).

Studium sociálních postojů těhotných žen ke kouření odhalilo pocity matek kuřáček. Všechny respondentky vyjádřily nepříjemné pocity ohledně stigmatu a negativních postojů vůči nim. Uváděly různé negativní zkušenosti, jako kritiku od zdravotníků nebo kolegů. Výsledkem tohoto tlaku může být zatajování kouření ženami během jejich těhotenství a v období kojení a to nejen zdravotníkům (Bull et al., 2007, str. 100 - 101). Souzení žen a navozování pocitu viny má tedy spíše ten efekt, že se žena cítí zranitelně místo toho, aby byla motivována přestat kouřit (Ebert, Fahy, 2007, str. 164).

Úroveň kouření před těhotenstvím naznačuje, že ženy, které přestaly kouřit během gravidity, jsou pravděpodobně méně závislé na cigaretách než ty, které v kouření pokračují (Giglia, W Bins, S Alfonso, 2006, str. 5). Toto tvrzení podporuje taiwanský výzkum, který odhalil, že ženy kouřící 6 – 10 let před otěhotněním mají problémy s abstinencí alespoň na období těhotenství, zatímco ženy, které kouří méně než 6 let, abstínují s úspěšností. Dřívější studie vztáhly přirovnání k počtu vykouřených krabiček. Ženy, které před těhotenstvím vykouří 4 krabičky denně, většinou kouří i nadále (ač mnohdy počet cigaret sníží), naproti tomu ty, které vykouří méně než jedno balení za měsíc (Lai et al., 2013, str. 4113), nebo méně než 10 cigaret denně (Giglia, W Bins, S Alfonso, 2006, str. 5), většinou odvykají úspěšně (Lai et al., 2013, str. 4113). Závislost na nikotinu je tedy významným a možná i nejvýznamnějším prediktorem kouření či nekouření v tomto období (Ben Natan, Golubev, Shamrai, 2010, str. 389). Orientační test nikotinové závislosti může být realizován pomocí Fagerströмова testu. Ten pak u aktivních kuřáček vyhodnotí míru závislosti (žádná/malá, střední nebo vysoká) (Šídová, Šťastná, 2014, str. 55).

Dalším významným prediktorem odvykání kouření je navštěvování předporodních kurzů. Ty mají za cíl připravit nastávající rodiče na porod a na jejich nový rodinný život. Bylo také zjištěno, že časná účast na těchto kurzech má za následek vyšší míru abstinence kouření během těhotenství (Giglia, W Bins, S Alfonso, 2006, str. 6). Glover a Kira uvádějí, že ukončení kouření v prvních 3 – 4 měsících těhotenství a následná abstinence chrání plod před některými nepříznivými účinky s ním spojenými (Glover, Kira, 2011, str. 23). Je však také značná potřeba manželské (partnerské) podpory, protože neshody v rodinné sféře mohou být odrazující (Ben Natan, Golubev, Shamrai, 2010, str. 392). Avšak jako ideální situace se jeví plánované těhotenství, kdy má žena dostatek času připravit se na předporodní období a změnit své kuřácké návyky (Giglia, W Bins, S Alfonso, 2006, str. 6).

### 2.1.2. Skupiny, u kterých se omezení kouření vyskytuje nejčastěji

I přes všeobecně známé škodlivé účinky se s kouřením v těhotenství stále setkáváme. Pro stanovení rizikových skupin žen a následnou vhodnou intervenci je zásadní identifikace prevalence a prediktorů. Prediktory kouření u těhotných žen byly mezinárodně dobře prozkoumány. Studie prokázaly, že faktory jako věk, vzdělání, etnický původ, konzumace alkoholu, pracovní status a reprodukční historie matky jsou spojeny s kuřáctvím během gravidity (Al-Sahab et al., 2010, str. 2). Dále bylo odhaleno, že míra odvykání kouření souvisí i se socioekonomickou třídou. Světová zdravotnická organizace uvádí, že kouření žen je v nejnižším socioekonomickém pásmu v některých zemích třikrát vyšší než u žen v pásmu nejvyšším (Ebert, Fahy, 2007, str. 161).

Sociálně-ekonomické faktory a kouření spolu úzce souvisejí. Je pravděpodobnější, že ženy, které žijí v pozitivním sociálním prostředí (např. jsou vdané nebo ve stabilním partnerském vztahu, mají vyšší vzdělání a jejich blízcí jsou spíše nekuřáci), budou v odvykání kouření úspěšnější (Ebert, Fahy, 2007, str. 164). Naproti tomu ženy, které během těhotenství s kouřením pokračují, pocházejí z nižší socioekonomické vrstvy, kde je prevalence vysoká a/nebo žijí s partnerem kuřákem (Glover, Kira, 2011, str. 22). Výsledky kanadské studie prezentují účinek těchto prediktorů na kouření v graviditě. Ze zkoumaného vzorku se jako kuřačky ukázaly skupiny žen, které byly mladší 25 let, měly nižší příjmy, byly svobodné a žily v domácnosti s dalším kuřákem (Al-Sahab et al., 2010, str. 2). Šídová a Šťastná uvádějí podobné informace, které byly analyzovány z dat Národního registru rodiček a Národního registru novorozenců v České republice z let 2000 – 2009. Ze všech evidovaných žen bylo uvedeno 6,5% (přibližně 60 000) jako kuřačky. Mezi nimi se vyskytovaly častěji svobodné ženy (a to 3,4x) a oproti nekuřačkám dosáhly častěji jen základního vzdělání (a to 7x) (Šídová, Šťastná, 2015, str. 166).

Z hlediska gravidity a parity je pravděpodobné, že přestanou kouřit spíše prvoroďičky (Koshy et al., 2010, str. 501). Naopak matky čtyř a více dětí jsou rizikovou skupinou a v kouření obvykle pokračují (Ben Natan, Golubev, Shamrai, 2010, str. 389). Podle dostupných údajů ženy, které mají zkušenost s porodem jednoho nebo více zdravých dětí, přestože během tohoto/těchto těhotenství aktivně kouřily, jsou méně motivovány k odvykání během další gravidity (Giglia, W Bins, S Alfonso, 2006, str. 5). Tyto ženy pak také mohou předčasně ukončit kojení (nebo nekojí vůbec), aby mohly pokračovat v kouření, aniž by za to byly odsouzeny okolím (Ebert, Fahy, 2007, str. 164).

## **2.2. Kuřák ve společné domácnosti nebo rodině**

Existují určité překážky, které podkopávají snahu omezit nebo úplně ukončit kouření v těhotenství. Mezi ně patří i soužití s dalšími kuřáky. Je velmi pravděpodobné, že ženy, které sdílejí domácnost s kuřákem (partnerem či rodinnými příslušníky) nebo se s kuřáky přátelí, budou v graviditě s kouřením pokračovat (Glover, Kira, 2011, str. 23). Přítomnost dalšího kuřáka přináší jak dostupnost cigaret, tak pokušení kouřit, a může potenciálně oslabit odhodlání abstinovat (Thompson et al., 2004, str. 30). Tyto okolnosti ovlivňují úspěch odvykání a mohou mít na těhotnou negativní vliv (Glover, Kira, 2011, str. 23). Některé ženy se tak mohou na základě těchto skutečností rozhodnout s kouřením pokračovat. V tu chvíli je ohroženo zdraví těhotné ženy i plodu jak aktivním kouřením, tak pasivním kouřením partnera nebo rodiny (Lai et al., 2013, str. 4105).

Lai a kol. v souladu s předchozí literaturou odhalili, že ženy, které v těhotenství kouřily, obvykle pocházely z kuřáckých rodin, měly partery, kteří kouřili, nebo žily s příbuznými, kteří kouřili. Je tedy jasné, že těhotné kuřáčky jsou náchylné ke kouření ze strany svých rodinných příslušníků (Lai et al., 2013, str. 4112 - 4113). Navzdory tomu však většina zkoumaných žen této studie kouřit přestala, byla ale nadále vystavena pasivnímu kouření. Proto je nezbytné, aby byly ženy, členové domácnosti i blízcí příbuzní poučeni o zdravotních rizicích aktivního i pasivního kouření na těhotenství. Pouze prostředí bez kouře dostatečně předchází riziku vystavení pasivnímu kouření a vede k ochraně plodů, posléze i kojenců před znečištěním tabákovým kouřem (Lai et al., 2013, str. 4114 - 4115).

### **2.2.1. Podpora partnera**

Jak již bylo zmíněno, těhotné kuřáčky mají obvykle za partnera kuřáka. To, zda je partner kuřák či nikoli, je významným faktorem ovlivňujícím úspěch či neúspěch odvykání (Lai et al., 2013, str. 4105). Rizikem je vystavení těhotné pasivnímu kouření. Bylo zjištěno, že v porovnání s abstinujícími ženami budou pravděpodobně aktivně kouřící těhotné v domácnosti s ostatními kuřáky. Al-Sahab a kol. uvádějí výsledky studie v Otavě, která zjistila, že mezi testovanými těhotnými kuřáčkami mělo kuřáckého partnera 76% pokračujících aktivních kuřáček a pouze 15% tvořily abstinující kuřáčky (Al-Sahab et al., 2010, str. 7). Tato zjištění zdůrazňují potřebu snížit prevalenci kouření i u partnerů těhotných žen (Glover, Kira, 2011, str. 28).

Výzkumy naznačují, že ženám, které se snaží přestat kouřit, se daří lépe, když žijí s nekuřákem nebo s partnerem, který se snaží o abstinenci také (Koshy et al., 2010, str. 501).

Pozitivní podpora ze strany partnerů se ukázala jako účinná, zatímco kritické komentáře mohou být kontraproduktivní (Koshy et al., 2010, str. 506). Podpora partnera může zvýšit těhotné ženě schopnost dosáhnout a udržení abstinence. Při průzkumu těhotných kuřáček bylo zjištěno, že partneři, kteří se pokoušeli s kouřením přestat, byli vnímáni jako větší podpora, než partneři nekuřáci (Hemsing et al., 2012, str. 768).

Avšak partneři zažívají často menší sociální tlak na ukončení kouření než jejich těhotné partnerky. Ve skutečnosti jsou všechny aktivity vyvíjeny pouze směrem k ženám. Například je málo pravděpodobné, že muži od poskytovatelů zdravotní péče obdrží radu ohledně odvykání kouření. Taktéž je oproti ženám méně pravděpodobné, že během těhotenství jejich partnerek přestanou s kouřením. Navíc ti, kteří přestanou, uvádějí vysokou míru relapsů, podobně jako u těhotných žen. Na muže je vyvíjen velmi malý sociální tlak, projevují větší nechuť ke změnám ve vlastním chování při kouření a je také větší pravděpodobnost, že budou oni sami naléhat na svou partnerku, aby kouření omezila nebo s ním přestala (Hemsing et al., 2012, str. 768).

Nedostatek znalostí ze strany partnerů o účincích pasivního kouření na těhotnou a plod (Hemsing et al., 2012, str. 774), např. souvislost mezi sníženou porodní hmotností a pasivním kouřením (Thompson et al., 2004, str. 30), může ovlivnit jejich reakci na odvykání kouření během těhotenství jejich partnerek. Znalost negativních dopadů na těhotenství byla spojena s úspěšnými pokusy obou partnerů o ukončení kouření v průběhu gravidity (Hemsing et al., 2012, str. 774). Avšak je zajímavé, že podle jedné studie větší počet otců přestává kouřit až po narození dítěte. To může být způsobeno vnímáním, že dítě se jeví jako „skutečné“ až po narození, kdy jsou otcové přítomností dítěte podněcováni s kouřením přestat (Giglia, W Bins, S Alfonso, 2006, str. 5). V souhrnu tato zjištění naznačují, že je zapotřebí zaměřit se jak na zdraví těhotných žen, tak na edukaci jejich partnerů, což může být dlouhodobě úspěšnější než pouhé soustředění se na zdraví dítěte v čase těhotenství (Hemsing et al., 2012, str. 774).

### **2.2.2. Vliv rodiny**

Je známo, že zejména rodina a vrstevníci mají významný vliv na kuřácké návyky, protože jejich názory a chování ovlivňují základní kulturní hodnoty a normy jednotlivců (Koshy et al., 2010, str. 507 - 508). Rodiče mají obecně na své potomky silný sociální vliv a ti se od malička učí jejich chování napodobovat. Bylo zjištěno, že v úplných rodinách, kde kouří jeden z rodičů, je zvýšené riziko (oproti rodičům nekuřákům) pozdějšího kuřáctví potomků, a

to s poměrem šancí<sup>1</sup> 1,9. V rodinách s oběma rodiči kuřáky se toto číslo zvyšuje až na 2,65 (Peterson et al., 2006, str. 789 a 796).

Ženy, které kouří během těhotenství, jsou obvykle potomky rodičů kuřáků. Ti jsou pro ně tedy negativními vzory. Navíc právě kouření ze strany matek během jejich vlastní gravidity se jeví jako rizikový faktor, že i jejich dcery budou v průběhu svého těhotenství kouřit (Ben Natan, Golubev, Shamrai, 2010, str. 392). Bylo totiž zjištěno, že kouření v graviditě vede k následné silné nikotinové závislosti a vyšší míře kouření u potomků. Toto zjištění naznačuje, že rodinná anamnéza kouření může být klíčovým determinantem závislosti na nikotinu (Kardia et al., 2003, str. 1447). Navíc ženy jsou v tomto ohledu choulostivější než muži. Američtí vědci totiž dokázali, že kombinace kouření během gravidity a vystavení ženského plodu vyšší hladině stresových hormonů matky vede k vyšší pravděpodobnosti nikotinové závislosti v dospělém věku (Stroud et al., 2014, str. 51 – 52). V takové situaci pak mohou mít ženy problém s odvykáním kouření a jsou vnímavější k vlivu kuřáckého okolí (Kardia et al., 2003 str. 1451).

Mnoho studií ukázalo, že ženy s větší pravděpodobností v těhotenství kouří, pokud kouří jejich rodinní příslušníci. Kouření je totiž považováno za společenskou činnost mezi rodinou i přáteli a zároveň představuje příjemnou aktivitu, při které tito lidé mohou trávit čas společně (Thompson et al., 2004, str. 30). To je možná jedním z důvodů, proč se některé ženy kouření nerady vzdávají. Irský výzkum odhalil, že ženy vkládají do svých blízkých velké naděje, pokud jde o omezení kouření. Vysoké procento žen uvedlo, že jejich rodina, která se kouření vzdala, je pro ně hnací silou při dosažení úplné abstinence. Avšak výsledky také naznačují, že spíše než od členů rodiny vnímaly ženy podporu spíše od svých partnerů (Thompson et al., 2004, str. 37).

Zapojením členů rodiny i dalších blízkých osob mohou zdravotničtí pracovníci lépe zvyšovat povědomí o výhodách, které odvykání kouření přináší. Podpora vlastního uvažování o zdraví nenarozeného dítěte pomáhá zvýšit motivaci přestat kouřit (Koshy et al., 2010, str. 507 - 508).

---

<sup>1</sup> Poměr šancí – umožňuje srovnat výskyt sledovaného jevu ve dvou skupinách (experimentální a kontrolní) (Holčík, Komenda, 2015).

## 2.3. Znalost škodlivých účinků a možných následků kouření v těhotenství

### 2.3.1. Škodlivé účinky

Kouření během těhotenství představuje riziko pro matky i jejich plody (Ben Natan, Golubev, Shamrai, 2010, str. 388). Užívání cigaret zvyšuje pravděpodobnost nepříznivých výsledků těhotenství a ženy, které v tomto okamžiku kouřit přestanou, jsou schopny ji do určité míry snížit (Giglia, W Bins, S Alfonso, 2006, str. 1). Jak potvrzují epidemiologická data, vystavení plodu cigaretovému kouři může zapříčinit nesprávný vývoj mnoha orgánových systémů během prenatálního období a raného dětství (Šídová, Šťastná, 2015, str. 171). „*Nežádoucí účinky jsou způsobeny nikotinem a oxidem uhelnatým. Nikotin prochází placentární bariérou, a tak sérové množství bývá u matky nižší než u plodu*“ (Havelková, Kachlík, 2010, str. 78).

#### ***Škodlivé účinky a rizika pro matku***

Tabákové výrobky jsou odpovědné za mnoho komplikací. Kouření cigaret zvyšuje riziko **neplodnosti** a také je spojeno s **opožděnou koncepcí** (Al-Sahab et al., 2010, str. 1). „*Chemické látky v cigaretovém kouři působí změny uterotubulární motility, čímž mohou následně zpomalit transport oocyty, spermií nebo oplodněného zárodku.*“ (Šídová, Šťastná, 2015, str. 167). Neplodnost může být také maskována opakovanými **spontánními potraty** v časném stádiu. Avšak potratit může žena i ve vyšších stádiích těhotenství, přičemž četnost se přímo úměrně zvyšuje s intenzitou kuřáctví (Šídová, Šťastná, 2015, str. 168). Dále se u těhotných kuřáček udává i vyšší výskyt **mimoděložních těhotenství** (Ben Natan, Golubev, Shamrai, 2010, str. 388).

Mezi placentární komplikace se řadí, oproti nekuřáčkám až dvakrát častější, vcestná placenta (**pacenta praevia**). I zde platí, že čím více žena vykouří cigaret, tím vyšší riziko vzniká. Navíc u kuřáček se také častěji vyskytují patologické změny v cévním řečišti, které mohou této komplikaci přispívat. Další komplikací je předčasné odlučování (**abrupce**) **placenty**. Tento závažný stav zvyšuje incidenci jak spontánních potratů, tak i předčasných porodů a může zapříčinit až 15 – 25% perinatálních úmrtí. Riziko abrupce placenty se u kuřáček zvyšuje cca o 62% oproti nekuřáčkám. Mimo komplikace placenty bylo také popsáno zvýšené riziko **předčasného odtoku plodové vody** (Šídová, Šťastná, 2015, str. 168). V takovém případě pak hrozí zvýšené riziko **předčasného porodu**, které jsou u kuřáček také častější (Havelková, Kachlík, 2010, str. 78 a 168).



Avšak kouření neovlivňuje ženu pouze v souvislosti s těhotenstvím. Gravidita obecně představuje pro organismus ženy určitou zátěž a zvyšuje riziko kardiovaskulárních onemocnění a onemocnění dýchacího ústrojí. Kouření navíc tato rizika ještě umocňuje. „*Ve srovnání s nekuřačkami mají těhotné kouřící ženy 4,6krát vyšší riziko infarktu myokardu, téměř dvojnásobně vyšší výskyt mozkové mrtvice, o 30 % častější venózní trombózu a 2,5krát častější plicní embolii. V průběhu těhotenství mají těhotné kouřící ženy trojnásobně vyšší výskyt závažných respiračních onemocnění, více než 15krát častější bronchitidu, 4krát častější astma a gastrointestinální vředy*“ (Šídová, Šťastná, 2015, str. 168).

Škodlivý účinek kouření se může projevit i po porodu. Látky z cigaretového kouře pronikají do mateřského mléka, které kontaminují a ovlivňují také jeho chuť. Navíc bylo dokázáno, že nikotin působí jako inhibitor prolaktinu a tím je **produkce mléka snížena**. Je patrné, že zdraví matky a zdraví plodu/dítěte je úzce spojeno a že závažné výše zmíněné komplikace u matky jsou pro jeho vývoj velkým rizikem (Šídová, Šťastná, 2015, str. 168).

### **Škodlivé účinky a rizika pro plod/dítě**

Kouření v těhotenství má na plod negativní dopad a může ovlivnit jeho intrauterinní vývoj. Má také na svědomí **vyšší novorozeneckou morbiditu a mortalitu** (Šídová, Šťastná, 2015, str. 168 - 169). „*Kromě nikotinu proniká do plodu i oxid uhelnatý, který těhotná kuřačka vdechuje. Oxid uhelnatý se váže na hemoglobin, a blokuje tak jeho vazebnou kapacitu pro kyslík. Nezralý fetální hemoglobin je pro oxid uhelnatý více vnímavý než hemoglobin dospělého člověka, a proto bývá koncentrace karboxyhemoglobinu v plodu až o 25 % vyšší než v krvi jeho matky*“ (Šídová, Šťastná, 2015, str. 169).

Nejčastějším projevem škodlivých následků je proporcionální **intrauterinní růstová restrikce** (IUGR – intrauterine growth restriction) (Šídová, Šťastná, 2015, str. 168). U kuřaček hrozí až dvojnásobné riziko, že se jim narodí dítě s porodní hmotností nižší než 2500 gramů (Šídová, Šťastná, 2015, str. 169). Podle studií tento růstový deficit přetrvává i v postnatálním životě a ovlivňuje fyzický vývoj až do 1 roku věku (Amasha, Jaradeh, 2012, str. 341). Avšak když ženy v začátku těhotenství kouření zanechají, mohou intrauterinní vývoj plodu zlepšit. Ten může dokonce probíhat tak, jako by žena nikdy nekouřila, a i při dosažení abstinence až v pozdějších fázích těhotenství (po prvním trimestru) se stále riziko IUGR redukuje. IUGR může mít za následek zhoršení poporodní adaptace novorozence (Šídová, Šťastná, 2015, str. 169). Studie potvrdily snížené Apgar skóre v první a páté minutě po porodu (Amasha, Jaradeh, 2012, str. 341).

Děti kuřáckých matek jsou více ohroženy (přičítána je asi polovina případů) **syndromem náhlého úmrtí kojence** (SIDS – Sudden infant death syndrom). Riziková je jak prenatální (aktivní i pasivní kouření), tak postnatální expozice cigaretovému kouři (Havelková, Kachlík, 2010, str. 78). Během kouření v těhotenství se riziko syndromu zvyšuje 2 – 5x a je tak rizikovější než jakékoliv jiné návykové látky. V rozvinutých zemích je SIDS hlavní příčinou mortality v kojeneckém věku (Šídová, Šťastná, 2015, str. 169).

Kouření v těhotenství také ovlivňuje vývoj plic plodu. To se může projevit i **celoživotním poklesem plicních funkcí**. Změny způsobené prenatální expozicí vedou u dítěte k **zvýšenému sípání**, možné hospitalizaci pro respirační infekce a ke zvýšení rizika **astmatu** (Spindel, Mcevoy, 2016, str. 487). To se může zvýšit až dvojnásobně (Šídová, Šťastná, 2015, str. 170). Kromě toho může kouření způsobit i **rakovinu plic** kojence. U plodů silných kuřáček je také riziko výskytu **rozštěpu rtu a / nebo patra** (Ben Natan, Golubev, Shamrai, 2010, str. 388).

Bylo prokázáno, že kouření v těhotenství může být příčinou **snížených kognitivních funkcí dítěte**. U těchto dětí se objevuje např. snížení vizuální paměti, slabší reakce na sluchové stimuly, poruchy chápání řeči, dále poruchy chování jako je **agresivita**, dále se objevují **poruchy pozornosti, hyperaktivita, psychické poruchy** – úzkost a deprese, a jsou také vnímavější na **vznik závislosti**. Prenatální expozice cigaretovému kouři se také pojí přímo s výskytem poruchy pozornosti s hyperaktivitou (**ADHD** – Attention deficit hyperactivity disorder) v dětství (Šídová, Šťastná, 2015, str. 170). Paradis a kol. dokonce uvádějí kromě hyperaktivity i agresivitu v raném dětství až **delikvenci během dospívání**. Důkazy rovněž naznačují souvislost mezi kouřením v těhotenství a **antisociálním chováním** dospělých potomků, jako je trestná činnost (Paradis et al., 2011, str. 1145).

Dalšími možnými negativními dopady kouření na plod a dítě jsou: **malformace končetin, srdeční vady, malformace urogenitálního ústrojí, mutagenní změny zvyšující riziko zhoubných nádorů po narození, obezita v pozdějším věku potomků, akcelerace věku menarche u žen a větší kazivost zubů v období dospívání, negativní ovlivnění plodnosti žen** (Šídová, Šťastná, 2015, str. 169 - 170), riziko vzniku **nehodgkinského lymfomu, kochleární dysfunkce** (Azab et al., 2012, str. 231), riziko zvýšeného výskytu **kardiovaskulárních chorob** (Glover, Kira, 2011, str. 22 - 23), **alergická onemocnění** v raném věku a patologický vývoj malých cév a s tím související **deformace prstů nohou a rukou** (Havelková, Kachlík, 2010, str. 78).

### 2.3.2. Vědomosti žen týkající se rizik kouření

Ačkoli řada vědců provedla studie uvádějící negativní účinky během těhotenství, těhotné kuřačky nejsou nutně přesvědčeny, že rizika kouření ohrožují jejich nenarozené děti. Na základě rozhovorů se ženami bylo zjištěno, že asi polovina těchto žen si neuvědomuje zdravotní rizika kouření. Dle výzkumu ženy, které si zdravotní následky uvědomují, budou s větší pravděpodobností schopny s kouřením přestat a pokouší se častěji kouření odvykat (Lai et al., 2013, str. 4105). Vnímání toho, že kouř poškozují zdraví těhotných žen a jejich plodů, je zásadním předpokladem toho, jak se vyhnout aktivnímu i pasivnímu kouření (Lai et al., 2013, str. 4113).

Rizika pro nenarozené dítě jsou dobře zdokumentována a většina těhotných žen si je vědoma alespoň některých z nich. Navzdory tomu ne všechny těhotné ženy s kouřením přestávají nebo jej alespoň omezují (Glover, Kira, 2011, str. 22). Co se informovanosti žen týká, zůstává problémem zejména neznalost rizika zpomalení fetálního růstu a vývoje plodu během těhotenství ovlivněného kouřením (Šídová, Šťastná, 2015, str. 169). Mnoho žen navíc věří, že účinky kouření v těhotenství na jejich děti jsou krátkodobé a že dítě je schopné je překonat (Glover, Kira, 2011, str. 28). Další mylnou informací, kterou ženy mohou získat od laické veřejnosti („zkušené ženy“ ze strany rodiny a přátel) je skutečnost, že kouřením se dá docílit menšího dítěte a tudíž i snadnějšího porodu a kouření je tím podporováno (Koshy et al., 2010, str. 501).

Italská studie zkoumající informace těhotných žen (kuřačky i nekuřačky) týkající se hlavních rizikových faktorů v těhotenství uvádí, že pouze 25% dotazovaných žen souhlasilo s tím, že aktivní a pasivní kouření (dále užívání alkoholu a obezita) mohou mít za následek poškození plodu nebo novorozence. Otázky týkající se zdrojů informací naznačily, že 71,6% žen dostalo informace o rizikových faktorech v těhotenství od lékařů. Dalšími zdroji byly televize nebo noviny (21,3%) a internet (7,2%). Více než polovina dotazovaných věřila, že již nepotřebuje další informace (Esposito et al., 2015, str. 5 a 8).

Bylo odhaleno, že ženy, jsou-li si vědomy zdravotních rizik cigaretového kouře na plod, snáze a častěji přijímají chování jako je snížení množství vykouřených cigaret a vyhýbání se aktivnímu i pasivnímu kouření. Ženy, které s kouřením pokračují ve stejné míře, pocítují menší zdravotní rizika než druhá skupina žen. Vnímané riziko tedy předpovídá motivaci těhotných žen vyhýbat se tabákovým výrobkům (Lai et al., 2013, str. 4113) (toto tvrzení potvrzuje i další studie (Glover, Kira, 2011, str. 28)). Je tedy naléhavě nutné navrhnout intervence ke zlepšení úrovně vzdělání v této problematice a vhodného chování ve vztahu k rizikovým faktorům kouření u těhotných žen (Esposito et al., 2015, str. 10).

### 2.3.3. Vliv lékařů a zdravotníků na těhotné kuřačky

Existují přesvědčivé důkazy o tom, že intervence odvykání kouření ze strany odborníků mohou u těhotných žen dosáhnout významného zlepšení míry odvykání kouření (Everett et al., 2005, str. 350). Například účast na prenatálních kurzech je významně spojena se snížením kouření v graviditě. Pro zdravotnické pracovníky jsou tyto kurzy příležitostí k poskytování informací budoucím matkám ohledně účinků kouření na těhotenství a také způsobů odvykání (Al-Sahab et al., 2010, str. 7).

Některé ženy věří, že za rozhodnutí a odpovědnosti týkající se jejich chování v oblasti zdraví jsou odpovědné pouze ony samy. Velmi málo žen má pocit, že zdravotničtí pracovníci ovlivňují jejich rozhodnutí ohledně kouření. Avšak ne všechny ženy mají stejný názor. Existuje další skupina žen, která se domnívá, že jejich lékaři jsou nejvhodnějším zdrojem poskytujícím informace ohledně odvykání kouření z důvodu těhotenství. Také porodní asistentky hrají důležitou roli v motivaci žen při odvykání kouření nebo alespoň jeho omezování (Ebert, Fahy, 2007, str. 165).

Zatímco kdysi pacienti bezpochyby přijímali autoritu poskytovatele zdravotních služeb, dnes se chtějí aktivně podílet na rozhodování, která mají vliv na jejich zdraví. Bylo zjištěno, že pacientky pozitivně reagují na rady poskytovatelů související se životním stylem, když jsou zdvořilí, projevují zájem a péči a snaží se pochopit složitost a zátěž rozhodnutí z jejich perspektivy. Studie naznačují, že naslouchající lékař budí u pacientek důvěru. Ty se pak cítí lépe a stávají se aktivnějšími v péči (Everett-Murphy et al., 2011, str. 522). Odlišně to funguje v paternalistické společnosti, jako je Izrael. Ženy jsou nakloněné k názorům svého lékaře a při rozhodování o kouření v těhotenství mají tendenci jednat podle pokynů odborníků, protože názory lékařů jsou považovány za významné a důležité (Ben Natan, Golubev, Shamrai, 2010, str. 392).

Některé těhotné ženy tvrdí, že během gynekologických vyšetření dostávají málo informací, a proto během těhotenství nadále kouří. Výsledky italské studie udávají, že pouze 43,7% dotazovaných těhotných žen uvedlo, že během gynekologického vyšetření dostalo informace o možných komplikacích souvisejících s hlavními rizikovými faktory v těhotenství (v tomto případě o aktivním i pasivním kouření, užívání alkoholu a obezitě). Toto zjištění zdůrazňuje potřebu prodloužit čas věnovaný poskytování informací o těchto velmi důležitých tématech pro zdraví žen a jejich nenarozených dětí zdravotnickými odborníky (Esposito et al., 2015, str. 9 - 10).

## 2. 4. Role porodní asistentky

Panuje mezinárodní shoda, že kouření a jeho účinky na zdraví matek a plodů představují základní oblast praxe porodních asistentek (PA). Ty jsou jedním z nejvhodnějších poskytovatelů intervencí ohledně kouření v těhotenství, hlavně díky jejich ideální poloze pro vzdělávání a poradenství ženám. PA přicházejí s ženami do kontaktu během jejich první návštěvy zdravotnického zařízení a udržují s nimi pravidelný kontakt po celou dobu těhotenství. Proto jsou také ženami vnímány jako důvěryhodný zdroj informací a zároveň jsou nakloněny jejich odborným radám. Práce PA v rámci poskytování podpory odvykání kouření u těhotných žen se ukázala jako velmi účinná (Murphy, Steyn, Mathews, 2016, str. 229).

Pole působnosti porodní asistentky významně souvisí s místem výkonu práce. Například PA v komunitní péči mají více příležitostí k zásahům proti kuřáctví než PA pracující na lůžkových odděleních a porodních sálech. Proto je pro ně větší motivací prohlubovat v tomto ohledu své znalosti a zdokonalovat své schopnosti práce se ženou. Je také nutné překonat určité překážky - např. obavy, že ženy o jejich rady nebudou jevit zájem, že se jejich vzájemný vztah bude vyvíjet špatným směrem a bude spíše nepříjemný a mimo jiné také nedostatek času (Beenstock et al., 2012, str. 8 – 9).

Nejsou to však jen komunitní PA a další PA v terénu, které je třeba vzdělávat. Aby bylo možné účinně poskytovat podporu při odvykání kouření, musí být porodní asistentky nejprve dobře informovány a odpovídajícím způsobem proškoleny. Nedostatek znalostí byl totiž identifikován jako jeden z významných faktorů bránících úspěšné intervenci u těhotných kuřáček. Jedním ze způsobů, jak tento nedostatek znalostí řešit, je pravidelné školení zdravotnických pracovníků o provádění intervencí při odvykání kouření. Jako další možnost se jeví zasazení tohoto tématu do učebních osnov vzdělávacích institucí pro PA nebo případné posílení kurikulárního pokrytí souvisejícího s odvykáním kouření a prevence následného relapsu (Forman et al., 2017, str. 592 a 594).

Porodní asistentky hrají klíčovou roli při poskytování poradenství v oblasti odvykání kouření těhotných žen. Ke zlepšení této péče existují různé přístupy. Jedním z nich je například metoda založená na důkazech - Strategie minimální intervence pro poradenství při odvykání kouření v praxi porodních asistentek (V-MIS - Minimal intervention strategy for smoking-cessation counselling for midwifery practices) (Oude Wesselink et al., 2015, str. 573 a 578). Tato strategie zahrnuje 7 kroků:

1. PA identifikuje kuřácké chování ženy i partnera
2. PA se pokusí ženě zvýšit motivaci přestat kouřit

3. PA a žena diskutují o překážkách úspěšného ukončení kouření a o tom, jak mobilizovat sociální podporu pro skončení
4. PA se se ženou dohodne na datum ukončení kouření
5. PA diskutují a poskytují další svépomocné materiály
6. V případě potřeby poskytuje PA následnou péči
7. PA podporuje ženu, aby zabránila relapsu po porodu.

Tyto kroky lze provést při jedné nebo i více konzultacích. Při aplikaci V-MIS přestalo kouřit 12% těhotných kuřáček, zatímco v kontrolní skupině přestaly pouze 3% žen (Oude Wesselink et al., 2017, str. 2). Dalším přístupem založeným na důkazech je metoda 5A (Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange follow-up). Ten zahrnuje 5 kroků:

1. Zjištění kuřáctví (z anglického „ask“)
2. Doporučení přestat kouřit (z angl. „advise“)
3. Posouzení připravenosti přestat kouřit (z angl. „assess“)
4. Pomoc přestat kouřit (z angl. „assist“)
5. Plánování následných opatření (z angl. „arrange follow-up“)

Pokyny byly navrženy tak, aby trvaly jen několik minut a aby bylo možné je snadno integrovat do stávajících klinických postupů (Colomar et al., 2015 str. 1482; Murphy, Steyn, Mathews, 2016, str. 235). Bylo prokázáno, že behaviorální intervence, jako např. 5A, zvyšují míru abstinence kouření během těhotenství o 5%. Tento přístup se osvědčil v USA (Colomar et al., 2015 str. 1482), Austrálii i na mezinárodní úrovni (Passey et al. 2020, str. 2). V češtině je tento přístup známý jako 5P (Ptejte se, Poradte, Posuďte ochotu přestat kouřit, Pomozte přestat kouřit, Plánujte kontrolní návštěvy) (Štěpánková, 2008, str 36 – 37). Intervence zahrnující poradenství, zdravotní výchovu a sociální podporu prokázaly významné pozitivní účinky jak na míru kouření, tak na pozdější výsledky porodu. Na tomto základě se doporučuje, aby byly poskytovány všem těhotným kuřáčkám v rámci rutinní prenatální péče v prenatálních poradnách (Murphy, Steyn, Mathews, 2016, str. 229).

Těhotenství je vhodná doba na zásah do změny chování žen v oblasti zdraví. Ženy jsou totiž vysoce motivovány k provádění změn, které budou pro jejich dítě prospěšné. Např. ve Velké Británii jsou PA hlavním poskytovatelem prenatální i postnatální péče a starají se o více než 99% těhotných žen. To je činí pro tento úkol ideálními. Ovšem tato péče zahrnuje také preventivní opatření a podporu zdraví i dalších členů rodiny, čímž PA zajišťují komplexní péči o ženu a její plod (Forman et al., 2017 str. 592).

### **3. Metodika výzkumu**

#### **3. 1. Výzkumný problém**

Postoje těhotných kuřaček ke kouření během gravidity.

#### **3. 2. Cíl výzkumu**

Hlavním výzkumným cílem bylo posoudit vliv stupně vzdělání, informovanosti a socioekonomické situace těhotných kuřaček na kouření během gravidity. Výzkumné otázky a hypotézy byly stanoveny na základě prostudování odborné literatury a dostupných vědeckých článků.

#### **3. 3. Výzkumné otázky a hypotézy**

1. Které ze zkoumaných faktorů ovlivňují pokračování kouření během těhotenství?

H<sub>0</sub> 1 Mezi dosaženým vzděláním ženy a pokračováním kouření v graviditě neexistuje souvislost.

H<sub>A</sub> 1 Mezi dosaženým vzděláním ženy a pokračováním kouření v graviditě existuje souvislost.

H<sub>0</sub> 2 Plánování těhotenství nemá vliv na pokračování kouření žen v graviditě.

H<sub>A</sub> 2 Plánování těhotenství má vliv na pokračování kouření v graviditě.

H<sub>0</sub> 3 Mezi věkem ženy a pokračováním kouření v graviditě neexistuje souvislost.

H<sub>A</sub> 3 Mezi věkem ženy a pokračováním kouření v graviditě existuje souvislost.

H<sub>0</sub> 4 Mezi počtem vykouřených cigaret před těhotenstvím a pokračováním kouření v graviditě neexistuje souvislost.

H<sub>A</sub> 4 Mezi počtem vykouřených cigaret před těhotenstvím a pokračováním kouření v graviditě existuje souvislost.

H<sub>0</sub> 5 Mezi paritou ženy a pokračováním kouření v graviditě neexistuje souvislost.

H<sub>A</sub> 5 Mezi paritou ženy a pokračováním kouření v graviditě existuje souvislost.

$H_0$  6 Mezi sdílením společné domácnosti s kuřákem a pokračováním kouření v graviditě neexistuje souvislost.

$H_A$  6 Mezi sdílením společné domácnosti s kuřákem a pokračováním kouření v graviditě existuje souvislost.

$H_0$  7 Mezi rodiči kuřáky a pokračováním kouření v graviditě neexistuje souvislost.

$H_A$  7 Mezi rodiči kuřáky a pokračováním kouření v graviditě existuje souvislost.

2. Jaké znalosti mají ženy o škodlivých účincích kouření na těhotenství?

3. Jaká je míra závislosti na nikotinu u aktivně kouřících těhotných žen?

### **3. 4. Charakteristika souboru**

Výzkumný soubor tvořily ženy, které v těhotenství kouřily nebo kouřily bezprostředně před těhotenstvím a ženy, které v průběhu těhotenství kouřit přestaly. Dotazník byl vytvořen pro ženy od časného stádia gravidity až po ženy v šestinedělí, které své novorozené dítě v dotazníku počítaly jako „nynější těhotenství“. Vyplněním anonymního dotazníku ženy souhlasily se zpracováním získaných údajů.

### **3. 5. Metoda sběru dat**

Ke sběru dat byl zvolen kvantitativní výzkum. Dotazník byl tvořen dvěma částmi. První část obsahovala nestandardizovaný dotazník vlastní tvorby, druhou část tvořil Fagerströmův test nikotinové závislosti. Respondentky byly dotazovány pomocí tištěného dotazníku v gynekologické ambulanci – G-centrum Olomouc, s. r. o. a v rámci předporodní péče ve Fakultní nemocnici Olomouc. Vyplněné dotazníky byly následně umístěny do předem určené sběrné krabice s víkem zabezpečeným proti otevření či nahlížení. Druhou variantou sběru dat byl dotazník v elektronické podobě na internetu. Celkem bylo distribuováno 160 tištěných dotazníků, z nichž se vrátilo pouze 28 vyplněných. Nízkou návratnost ve výši 17,50% pravděpodobně zapříčinila pandemie Covid-19, neboť doba, po kterou se ženy zdržovaly ve zdravotnickém zařízení, byla redukována pouze na nezbytné minimum. V rámci online šetření bylo získáno 93 dotazníků. Z celkového počtu 121 dotazníků nebylo do výzkumného šetření zařazeno 11 dotazníků, které nebyly vyplněny relevantně.



### 3. 6. Realizace výzkumu

Výzkumnému šetření předcházela tvorba vlastního nestandardizovaného dotazníku. Následně byla podána žádost Etické komisi Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci o realizaci výzkumu. Po doplnění chybějících údajů a dodání schválených žádostí z Fakultní nemocnice Olomouc a G-centra Olomouc, s. r. o. bylo Etickou komisí uděleno souhlasné stanovisko k realizaci výzkumu (viz příloha 6). Tištěné dotazníky byly tedy distribuovány ve výše zmíněných institucích. Byl také vytvořen online dotazník volně přístupný na internetu na platformě <https://www.surveymonkey.com>. Výzkumné šetření probíhalo v rozmezí od 1. 9. 2020 do 28. 2. 2021.

### 3. 7. Metody zpracování dat

Po ukončení dotazníkového šetření byly dotazníky číselně označeny a data z nich byla přenesena do tabulky v programu Microsoft Excel. Dále následovala samotná statistická analýza. Pro testování hypotéz byl použit Chí-kvadrátový test nezávislosti nebo Fisherův exaktní test. Další výzkumné otázky jsou vyjádřeny pomocí absolutních a relativních četností.

Chí-kvadrát test nezávislosti neboli Pearsonův chí-kvadrát test je nejčastěji používaným testem pro analýzu souvislosti mezi dvěma faktory. Test je založen na porovnání **pozorovaných** četností s **očekávanými**. Pozorované četnosti jsou dány výsledky z dotazníku, očekávané četnosti jsou vypočteny podle statistického vzorce. Pokud není předpoklad pro Chí-kvadrát test splněn, alternativou je Fisherův exaktní test (Pavlík, Dušek, 2012, s. 104 - 108).

#### **Chí-kvadrát test má následující předpoklady:**

- Pozorování mají být navzájem nezávislá. Tedy každý prvek výběrového souboru je zahrnut pouze v jedné buňce kontingenční tabulky.
- Alespoň 80 % očekávaných četností by mělo nabývat hodnot vyšších než 5 (Pavlík, Dušek, 2012, s. 105).

Pro výpočet očekávaných hodnot a p-hodnoty byl použit statistický software SPSS Statistics verze 27. Grafy byly vytvořeny v programu MS Office Excel.

### **3. 8. Etické aspekty**

Etické zásady jsou při výzkumné práci s lidskými bytostmi nezbytné. Je nutné myslet na zachování lidské důstojnosti a úcty, spravedlnosti a prospěšnosti. Jedním ze základních pilířů etiky výzkumu je informovaný souhlas. Ten by měl být dán svobodně bez vyvíjení jakéhokoli tlaku ze strany výzkumníka, zároveň seznamuje s cíli výzkumu, ujišťuje o důvěryhodnosti a dává možnost kdykoliv od studie odstoupit. Dalšími pilíři jsou anonymita a důvěrnost, která zapovídá použití poskytnutých choulostivých informací proti respondentovi (Kutnohorská, 2007, s. 96 – 98).

Vlastnímu výzkumnému šetření předcházelo vydání souhlasného stanoviska Etické komise a oslovených institucí. Dotazníky byly vyplněny anonymně s následným přiřazením identifikačního čísla. K dotazníku byl připojen také informovaný souhlas se splněnými výše uvedenými náležitostmi. Byla sem také uvedena e-mailová adresa, na kterou by se mohly respondentky v případě nejasností při vyplňování obrátit. V rámci pravdivosti a objektivnosti dat byly vyřazeny odpovědi navzájem si odporující, přičemž data, která těmito chybami nebyla ovlivněna, zůstala zachována. Byly dodrženy také etické aspekty citování, kdy veškeré zdroje byly citovány dle norem ČSM ISO 690.

## 4. Výsledky výzkumu

### 4. 1. Statistické zpracování dat

**Otázka 1:** Kolik je Vám let?

Tabulka 1 - Věkové kategorie respondentek

Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost
18 - 25 let	34	30,91%
26 - 30 let	35	31,82%
31 - 40 let	39	35,45%
41 - 45 let	1	0,91%
Více než 45 let	1	0,91%
<b>Σ - Celkem</b>	<b>110</b>	<b>100%</b>

Tabulka 1 znázorňuje absolutní a relativní četnost věkového rozpětí respondentek v pěti skupinách. Z celkového počtu 110 žen byly nejpočetnější skupinou ženy ve věku 31 – 40 let (35,45%), dále ženy ve věku 26 – 30 let (31,82%) a ženy ve věku 18 – 25 let (30,91%). Ženy ve věku 41 – 45 let a starší než 45 let byly zastoupeny stejným procentem (0,91%).

**Otázka 2:** Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka 2 - Nejvyšší dosažené vzdělání

Vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost
Základní	10	9,09%
Středoškolské bez maturity	21	19,09%
Středoškolské s maturitou	52	47,27%
Vysokoškolské	27	24,55%
<b>Σ - Celkem</b>	<b>110</b>	<b>100%</b>

Tabulka 2 popisuje stupeň nejvyššího dosaženého vzdělání respondentek. V nejvyšší míře byly zastoupeny ženy se středoškolským vzděláním s maturitou (47,27%), následovaly ženy s vysokoškolským vzděláním (24,55%) a ženy se středoškolským vzděláním bez maturity (19,09%). Nejméně početnou skupinu tvořily ženy se základním vzděláním (9,09%).

**Otázka 3:** V jakém stupni těhotenství se nacházíte?

Tabulka 3 - Stupeň těhotenství

<b>Stupeň těhotenství</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Početí - 14+0	13	11,82%
14+1 - 22+0	8	7,27%
22+1 - 28+0	7	6,36%
28+1 - 34+0	22	20,00%
34+1 - 37+0	14	12,73%
37+1 - 42+0	10	9,09%
Šestinedělí	36	32,73%
<b>∑ - Celkem</b>	<b>110</b>	<b>100%</b>

Z tabulky 3 je patrné, že se dotazníkového šetření zúčastnily v nejvyšší míře ženy v období šestinedělí (32,73%), následně pak ženy od 28+1 do 34+0 týdne gravidity (20,00%), ženy od 34+1 do 37+0 týdne (12,73%), ženy v období od početí do 14+0 týdne (11,82%), ženy od 37+1 do 42+0 týdne (9,09%), ženy od 14+1 do 22+0 týdne (7,27%) a na závěr ženy od 22+1 do 28+0 týdne těhotenství (6,36%).

**Otázka 4:** Plánovala jste nynější těhotenství?

Tabulka 4 - Plánování těhotenství

<b>Plánování</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Ano, plánovala	80	72,73%
Ne, neplánovala	30	27,27%
<b>∑ - Celkem</b>	<b>110</b>	<b>100%</b>

Tabulka 4 ukazuje, zda ženy své těhotenství plánovaly či nikoli. Zde je patrné, že převážná většina žen těhotenství plánovala (72,73%), na rozdíl od žen, které otěhotněly neplánovaně (27,27%).

**Otázka 5:** Pokud ano, přestala jste kouřit již před plánovaným otěhotněním? (Pokud byla Vaše odpověď na předchozí otázku za „b“, tuto otázku vynechejte).

Tabulka 5 - Odvykání kouření před plánovaným otěhotněním

<b>Odvykání před těhotenstvím</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Ano, několik týdnů před otěhotněním	13	16,25%
Ano, hned po nechráněném pohlavním styku za účelem početí	5	6,25%
Ne, nepovažovala jsem to za důležité	54	67,50%
Žádná odpověď	8	10,00%
<b>Σ - Celkem</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

Tabulka 5 ukazuje, jak ženy při plánování těhotenství měnily své kuřácké návyky. Z celkového počtu 80 respondentek, které těhotenství plánovaly, 67,50% žen nepovažovalo za důležité s kouřením přestat, 16,25% žen přestalo kouřit několik týdnů před otěhotněním a 6,25% žen přestalo kouřit hned po nechráněném pohlavním styku za účelem početí. 10,00% žen se odpovědi zdrželo.

**Otázka 6:** Kolik cigaret denně jste vykouřila, než jste se dozvěděla, že jste těhotná/než jste těhotenství plánovala?

Tabulka 6 - Počet vykouřených cigaret před těhotenstvím

<b>Vykouřené cigarety</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
1 – 5	30	27,27%
6 – 10	27	24,55%
11 - 15	18	16,36%
16 - 20	23	20,91%
21 a více	12	10,91%
<b>Σ - Celkem</b>	<b>110</b>	<b>100%</b>

Z tabulky 6 je zřejmé, kolik cigaret respondentky vykouřily před otěhotněním / před plánováním těhotenství. 27,27% žen kouřilo 1 – 5 cigaret denně, 24,55% žen vykouřilo 6 – 10 cigaret, 20,91% vykouřilo 16 – 20 cigaret, 16,36% žen vykouřilo 11 – 15 cigaret a nejméně početná skupina žen (10,91%) vykouřila 21 a více cigaret za den.

**Otázka 7:** Přestala jste kouřit v souvislosti s těhotenstvím?

Tabulka 7 - Odvykání kouření v souvislosti s těhotenstvím

Ukončení kouření	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, úspěšně	60	54,55%
Ano, neúspěšně	19	17,27%
Ne, kouřím stále	31	28,18%
$\Sigma$ - Celkem	110	100%

V tabulce 7 jsou vyčísleny počty žen, které se pokusily přestat kouřit, ať úspěšně či neúspěšně, a žen, které se přestat kouřit nepokoušely. V souvislosti s těhotenstvím se úspěšně podařilo přestat s kouřením 54,55% žen. 17,27% žen se přestat kouřit pokusilo, avšak byly ve svém snažení neúspěšné, 28,18% žen se o odvykání kouření nepokusilo.

**Otázka 8:** Pokud ano, v jakém stupni těhotenství jste se pokusila přestat kouřit? *(pokud byla Vaše odpověď na předchozí otázku za „c“, tuto otázku vynechejte.)*

Tabulka 8 - Doba odvykání kouření v souvislosti s těhotenstvím

Doba odvykání	Absolutní četnost	Relativní četnost
Před plánovaným těhotenstvím	16	20,25%
Hned, jak jsem se dověděla, že jsem těhotná	37	46,84%
Do konce 1. měsíce	6	7,59%
Do konce 2. měsíce	10	12,66%
Do konce 3. měsíce	3	3,80%
Od začátku 4. měsíce do konce 6. měsíce	1	1,27%
Od začátku 7. měsíce do porodu	2	2,53%
Žádná odpověď	4	5,06%
$\Sigma$ - Celkem	79	100%

Tabulka 8 ukazuje, v jaké fázi těhotenství se ženy pokusily přestat s kouřením. Nejvíce žen (46,84%) se pokusilo odvykat hned po zjištění těhotenství, 20,25% žen odvykalo již před plánovaným těhotenstvím, 12,66% se pokusilo s kouřením přestat do konce 2. měsíce, 7,59% žen do konce 1. měsíce, 3,80% žen do konce 3. měsíce, 2,53% žen od začátku 7. měsíce do porodu a nakonec 1,27% žen od začátku 4. měsíce do konce 6. měsíce. 5,06% žen se odpovědi zdrželo.

**Otázka 9:** Kolik cigaret denně kouříte nyní?

Tabulka 9 - Aktuální počet vykouřených cigaret

Počet vykouřených cigaret	Absolutní četnost	Relativní četnost
Žádné	60	54,55%
1 - 5	26	23,64%
6 - 10	11	10,00%
11 - 15	4	3,64%
16 - 20	7	6,36%
21 a více	2	1,82%
$\Sigma$ - Celkem	110	100%

Tabulka 9 znázorňuje počet vykouřených cigaret v době vyplnění dotazníku. Nadpoloviční většina žen (54,55%) byla v odvykání úspěšná a nekouřila. 23,64% žen vykouřilo 1 – 5 cigaret, 10,00% žen vykouřilo 6 – 10 cigaret, 6,36% žen vykouřilo 16 – 20 cigaret, 3,64% žen vykouřilo 11 – 15 cigaret a pouze 1,82% žen vykouřilo 21 a více cigaret za den.

**Otázka 10:** Kolik máte dětí? *(Nepočítejte nynější těhotenství.)*

Tabulka 10 - Počet dětí

Počet dětí	Absolutní četnost	Relativní četnost
Žádné	53	48,18%
1	24	21,82%
2	12	10,91%
3	6	5,45%
4 a více	6	5,45%
Vyřazeno	9	8,18%
$\Sigma$ - Celkem	110	100%

Tabulka 10 uvádí, kolik měly respondentky dětí nepočítaje jejich současné těhotenství. Nejčastěji (48,18%) se jednalo o první těhotenství žen, ve 21,82% měly ženy pouze 1 dítě, 10,91% žen mělo 2 děti, zastoupení žen s počtem 3 dětí a 4 a více dětmi bylo stejné a to 5,45%. 9 respondentek (8,18%) pochopilo otázku nesprávně a z tohoto důvodu byly jejich odpovědi vyřazeny v rámci zachování výpovědní hodnoty dat.

**Otázka 11:** Pokud máte více dětí, kouřila jste v předchozích těhotenstvích? (Pokud byla Vaše odpověď na předchozí otázku za „a“, tuto otázku vynechejte.)

Tabulka 11 - Kouření v předchozích těhotenstvích

Kouření v předchozích těhotenstvích	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, ve všech	25	52,08%
Ano, ale ne ve všech	4	8,33%
Ne, v žádném	16	35,42%
Žádná odpověď	3	4,17%
<b>Σ - Celkem</b>	<b>48</b>	<b>100%</b>

V tabulce 11 je vyjádřeno, zda ženy kouřily v předchozích těhotenstvích. Z celkového počtu 48 žen, které měly více dětí, kouřila ve všech předchozích těhotenstvích nadpoloviční většina (52,08%), 35,42% žen nekouřilo v žádném z předchozích těhotenství a 8,33% žen pouze v některém z předchozích těhotenství. Odpovědi se zdržely 3 ženy (4,17%).

**Otázka 12:** Pokud jste se rozhodla přestat kouřit v těhotenství, hodláte vytrvat v nekouření i nadále? (Pokud jste se nerozhodla přestat kouřit v těhotenství, otázku vynechejte.)

Tabulka 12 - Pokračování v nekuřáctví po těhotenství

Vytrvání v nekouření	Absolutní četnost	Relativní četnost
Určitě ano	26	44,07%
Spíše ano	18	30,51%
Nejsem si jistá	12	20,34%
Spíše ne	2	3,39%
Určitě ne	1	1,69%
<b>Σ - Celkem</b>	<b>59</b>	<b>100%</b>

Z tabulky 12 je patrné možné budoucí kuřácké chování abstinujících respondentek. Z celkového počtu 59 respondentek, které se rozhodly v těhotenství s kouřením přestat, uvedlo 44,07% z nich, že v nekouření určitě hodlají vytrvat i nadále, 30,51% žen by spíše vytrvalo také, 20,34% žen si nebylo jistých, zda by vytrvalo či ne, 3,39% by spíše kouřit znovu začalo a jen 1,69% by se ke kouření určitě opět vrátilo.



**Otázka 13:** Jaký je Váš názor na kouření v těhotenství? (*Zakroužkujte odpověď nejvíce se blížíci Vašemu názoru.*)

Tabulka 13 - Názor respondentek na kouření v těhotenství

Názor na kouření v těhotenství	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vím, že by se kouřit nemělo, proto jsem přestala	60	54,55%
Vím, že by se kouřit nemělo, ale nemůžu si pomoci	42	38,18%
Myslím si, že kouření těhotenství nijak neškodí	1	0,91%
Vím, že kouření v těhotenství škodí, ale ne zase tolik, abych s tím přestala	6	5,45%
Žádná odpověď	1	0,91%
<b>Σ - Celkem</b>	110	100%

Tabulka 13 odhaluje zastoupení názorů respondentek na kouření v těhotenství. Převládajícím názorem (54,55%) bylo tvrzení „Vím, že by se kouřit nemělo, proto jsem přestala“. Tvrzení „Vím, že by se kouřit nemělo, ale nemůžu si pomoci“ bylo zastoupeno 38,18%, tvrzení „Vím, že kouření v těhotenství škodí, ale ne zase tolik, abych s tím přestala“ bylo zastoupeno 5,45% a tvrzení „Myslím si, že kouření těhotenství nijak neškodí“ bylo zastoupeno 0,91%. Odpovědi se zdržela 1 respondentka (0,91%).

**Otázka 14:** Jaké důvody Vás vedou k aktivnímu kouření v těhotenství? (*Pokud aktivně nekouříte, otázku vynechejte.*)

Tabulka 14 - Důvody aktivního kouření v těhotenství

Důvody kouření	Absolutní četnost	Relativní četnost
Cigarety mi chutnají a už jsem zvyklá	9	18,37%
Těhotenství není důvod přestávat	1	2,04%
Nedokázala bych přestat úplně, ale počet cigaret jsem omezila	35	71,43%
Jiné	4	8,16%
<b>Σ - Celkem</b>	49	100%

V tabulce 14 jsou uvedeny důvody aktivního kouření v těhotenství. Z celkového počtu 49 respondentek, které během těhotenství v kouření pokračovaly, by převážná většina (71,43%)

nedokázala s kouřením úplně přestat, avšak alespoň omezila počet vykouřených cigaret. 18,37% žen uvedlo, že jim cigarety chutnají a jsou na ně zvyklé, pro 2,04% žen není těhotenství důvodem, aby kouřit přestaly. 4 ženy (8,16%) uvedly pro pokračování kouření jiné důvody, a to: „Všeobecně kouřím málo a ještě ultralehké slimky. Mohu X dní nekouřit a nevadí to. Cigarety mám jako doplněk k relaxu po celém dni, když si konečně sednu.“, „Stres.“, „Nešlo mi přestat kouřit i když jsem si stále opakovala, že tím můžu miminku ublížit. Bohužel to nešlo.“, „Rozjížděl se porod, když jsem pár dní nekouřila.“

#### Otázka 15: Kouří nebo kouřili Vaši rodiče?

Tabulka 15 - Kuřáctví rodičů respondentek

Rodič kuřák	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, alespoň jeden kouřil dříve	25	22,73%
Ano, alespoň jeden kouří stále	69	62,73%
Ne, nikdy nekouřili	16	14,55%
$\Sigma$ - Celkem	110	100%

Tabulka 15 ukazuje, z jakých rodin, z pohledu kuřáctví, ženy pocházely. Z celkového počtu respondentek uvedla nadpoloviční většina (62,73%), že alespoň jeden z rodičů v současné době stále kouří, 22,73% žen uvedlo, že alespoň jeden rodič kouřil dříve. 14,55% žen pocházelo z nekuřáckých rodin.

#### Otázka 16: Žijete s kuřákem ve společné domácnosti?

Tabulka 16 - Soužití s kuřákem

Kuřák v domácnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, kouří se v jakékoli místnosti	6	5,45%
Ano, kouří se pouze v jedné místnosti nebo na balkoně	22	20,00%
Ano, ale doma se vůbec nekouří	53	48,18%
Ne	29	26,36%
$\Sigma$ - Celkem	110	100%

V tabulce 16 je uvedeno, zda ženy žily s kuřákem ve společné domácnosti a nakolik byli kouřící členové domácnosti k těhotné ohleduplní. Nejvíce respondentek (48,18%) uvedlo, že sdílely s kuřákem společnou domácnost, avšak doma se vůbec nekouřilo. 20,00% uvedlo, že

žilo ve společné domácnosti s kuřákem, ale kouřilo se pouze v jedné místnosti nebo na balkóně. U 5,45% respondentek se kouřilo v jakékoli místnosti v domácnosti. 26,36% respondentek s kuřákem ve společné domácnosti nežilo.

**Otázka 17:** Pokud ano, uvítala byste, aby přestal kouřit alespoň po dobu Vašeho těhotenství v rámci Vaší podpory? (Pokud byla Vaše odpověď na předchozí otázku za „d“, tuto otázku vynechejte.)

Tabulka 17 - Podpora partnera kuřáka během těhotenství

Podpora partnera	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, uvítala	29	35,80%
Nevím, nepřípadá mi to důležité	12	14,81%
Ne, není to pro mě nutností, ale pasivnímu kouření se vyhýbám	23	28,40%
Ne, nevadí mi, i když kouří v mé blízkosti	15	18,52%
Žádná odpověď	2	2,47%
<b>Σ - Celkem</b>	<b>81</b>	<b>100%</b>

Tabulka 17 uvádí, zda by ženy žijící s kuřákem ve společné domácnosti uvítaly podporu z jeho strany, tzn., aby přestal kouřit alespoň po dobu jejich těhotenství. Z celkového počtu 81 žen 35,80% z nich uvedlo, že by tuto podporu uvítalo, pro 28,40% žen to nebylo nutností, i když se samy pasivnímu kouření vyhýbaly. 18,52% ženám nevadilo, ani když partner kouřil v jejich blízkosti, 14,81% žen nepovažovalo za důležité, aby jejich partner přestal kouřit. Dvě respondentky (2,47%) se odpovědi zdržely.

**Otázka 18:** Zjišťoval Váš gynekolog při potvrzení těhotenství, zda kouříte?

Tabulka 18 - Zjišťování kuřáctví žen ze strany gynekologa

Zjišťování ze strany gynekologa	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, ptal se mě	81	73,64%
Ne, neptal se mě	29	26,36%
<b>Σ - Celkem</b>	<b>110</b>	<b>100%</b>

V tabulce 18 je uvedeno, zda gynekolog u respondentek zjišťoval kuřáctví. Převážná většina žen (73,64%) uvedla, že se jejich gynekolog informoval, u zbylých 26,36% žen gynekolog tuto informaci nezjišťoval.

**Otázka 19:** Kde jste se setkala s informacemi o rizicích kouření v těhotenství? (Možno označit více možností.)

Tabulka 19 - Zdroje informací o rizicích kouření v těhotenství

Zdroje informací	Absolutní četnost	Relativní četnost
Od Vašeho gynekologa	35	31,82%
Jinde ve zdravotnickém zařízení	18	16,36%
Na kurzu pro těhotné	4	3,64%
Z brožurky	14	12,73%
Z knih o těhotenství	29	27,27%
Z internetu	79	72,73%
Od kamarádky, známé osoby apod.	28	25,45%
Jiné	5	4,55%
<b>Celkem žen</b>	<b>110</b>	

V tabulce 19 je uveden přehled nejčastějších zdrojů, z nichž ženy čerpaly informace o kouření v těhotenství. Nejvíce žen (72,73%) získalo informace z internetu, 31,82% žen informoval jejich gynekolog. Z knih o těhotenství čerpalo informace 27,27% žen, od kamarádek či známých osob 25,45% žen. Jinde ve zdravotnických zařízeních získalo informace 16,36% žen, brožurky byly zdrojem informací pro 12,73% žen. Na kurzech pro těhotné se dovědělo informace 3,64% žen. 4,55% žen uvedlo jiné zdroje informací: „*Je to všeobecně známé. Žádné bližší informace jsem nehledala.*“, „*Zdravý rozum mi to poradil.*“, „*Škola.*“, odpověď „*Nikde.*“ byla zaznamenána 2x.

Tabulka 20 - Počet informačních zdrojů

Počet zdrojů	Absolutní četnost	Relativní četnost
1	54	49,09%
2	31	28,18%
3	12	10,91%
4	7	6,36%
5	4	3,64%
6	2	1,82%
7	0	0,00%
8	0	0,00%
<b>Celkem žen</b>	<b>110</b>	

Tabulka 22 ozřejmuje počet zdrojů, z nich ženy čerpaly informace o kouření. Největší procento žen (49,09%) čerpalo informace o kouření v těhotenství pouze z jednoho zdroje, 28,18% žen mělo 2 zdroje, 10,91% žen 3 zdroje, 6,36% čtyři zdroje, 3,64% 5 zdrojů. Pouze 1,82% žen výtěžilo informace z šesti zdrojů. Více než 6 zdrojů žádná respondentka nevedla.

**Otázka 20:** Jaká jsou podle Vás rizika vlivu kouření na těhotenství? (Možno označit více možností.).

Tabulka 21 - Znalost rizik kouření na těhotenství (chybné odpovědi jsou označeny šedě)

<b>Rizika</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Riziko nemožnosti otěhotnění	47	42,73%
Riziko spontánního potratu	45	40,91%
Riziko předčasného porodu	69	62,73%
Riziko vyvolávaného porodu	8	7,27%
Riziko ruptury dělohy	4	3,64%
Riziko vzniku včestné placenty	8	7,27%
Riziko předčasného odlučování placenty	22	20,00%
Riziko pupečnickových uzlů	11	10,00%
Riziko nedostatečného zásobení plodu kyslíkem	68	61,81%
Riziko neprotržení vaku blan (neprasknutí vody)	10	9,09%
Riziko intrauterinní růstové restrikce (menší vzrůst dítěte v děloze)	49	44,55%
Riziko hypertrofie plodu (větší vzrůst dítěte v děloze)	10	9,09%
Riziko vzniku syndromu náhlého úmrtí dítěte	52	47,27%
Vyšší riziko vzniku zhoubného nádoru u dítěte (v dětství i v dospělosti)	26	23,64%
Žádná odpověď	2	1,82%
<b>Celkem žen</b>	<b>110</b>	

Tabulka 21 ukazuje povědomí respondentek o možných rizicích kouření v těhotenství.

Ze správných odpovědí nejvíce respondentek uvedlo riziko předčasného porodu (62,73%), dále riziko nedostatečného zásobení plodu kyslíkem (61,81%), riziko vzniku syndromu náhlého úmrtí dítěte (47,27%), riziko intrauterinní růstové restrikce (44,55%), riziko nemožnosti otěhotnět (42,73%), riziko spontánního potratu (40,91%). V menší míře respondentky uváděly vyšší riziko vzniku zhoubného nádoru u dítěte v dětství i v dospělosti (23,64%), riziko předčasného odlučování placenty (20,00%) a riziko vzniku včestné placenty (7,27%).

Z chybných odpovědí ženy nejčastěji uváděly riziko pupečnickových uzlů (10,00%), dále ve stejné míře riziko neprotržení vaku blan a riziko hypertrofie plodu (9,09%). Riziko vyvolávaného porodu chybně uvedlo 7,27% žen a riziko ruptury dělohy 3,64% žen.

Tabulka 22 - Kategorie žen dle úspěšnosti v odvykání kouření v souvislosti se znalostmi rizik kouření v těhotenství (viz tabulka 21)

Počty správných odpovědí	Ano, úspěšně		Ano, neúspěšně		Ne, kouřím stále		Celkem žen
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	
7 - 9	1	25,00%	2	50,00%	1	25,00%	4
4 - 6	33	67,35%	9	18,37%	7	14,29%	49
1 - 3	24	45,28%	7	13,21%	22	41,51%	53
0	2	50,00%	1	25,00%	1	25,00%	4
<b>Celkem žen</b>	60		19		31		110

Z tabulky 22 můžeme vyčíst zastoupení žen tak, jak byly úspěšné v odvykání kouření, v jednotlivých kategoriích podle počtu správných odpovědí na otázku 20 z dotazníku. Z celkového počtu 4 žen, které označily správně 7 – 9 rizik, 50,00% tvořily ženy, které se pokusily s kouřením přestat, avšak neúspěšně, 25,00% žen bylo v odvykání úspěšných a posledních 25,00% tvořily ženy, které kouřily nadále. Ze skupiny 49 žen, které označily správně 4 – 6 rizik, bylo 67,35% v odvykání úspěšných, 18,37% se o to pokusilo neúspěšně a 14,29% žen kouřilo dále. Z další skupiny 53 žen, které označily správně 1 – 3 rizika, úspěšně přestalo s kouřením 45,28% z nich, 41,51% kouřilo nadále a 13,21% se pokusilo přestat kouřit neúspěšně. Z poslední skupiny 4 žen, které neoznačily správně ani jedno riziko, přestalo kouřit 50,00%, 25,00% se pokusilo přestat kouřit, ale neúspěšně, a 25,00% v kouření pokračovalo. Tato tabulka je pro lepší přehlednost označena barevně.

## Otázky 21 – 26 - Fagerströmův test nikotinové závislosti: Vyhodnocení testu

Tabulka 23 - Fagerströmův test nikotinové závislosti

<b>Bodování</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
0 – 2 body Velmi nízká nebo žádná závislost	12	24,00%
3 – 4 body Nízká závislost	13	26,00%
5 bodů Střední závislost	3	6,00%
6 – 7 bodů Vysoká závislost	11	22,00%
8 – 10 bodů Velmi vysoká závislost	3	6,00%
Vyřazeno	8	16,00%
<b>Σ - Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

Tabulka 23 ukazuje míru nikotinové závislosti. Z celkového počtu 50 žen, které v těhotenství kouřit nepřestaly, trpělo nízkou závislostí 26,00% žen, velmi nízkou nebo žádnou závislostí 24,00% žen, vysokou závislostí trpělo 22,00% žen. Nejvyšší závislost a střední závislost byly ve zkoumaném vzorku žen prokázány stejným procentem, tedy 6,00%. V zájmu zachování relevantnosti dat bylo z důvodu neúplného vyplnění testu z šetření vyřazeno 8 odpovědí, tj. 16,00%.

### 4. 2. Testování hypotéz

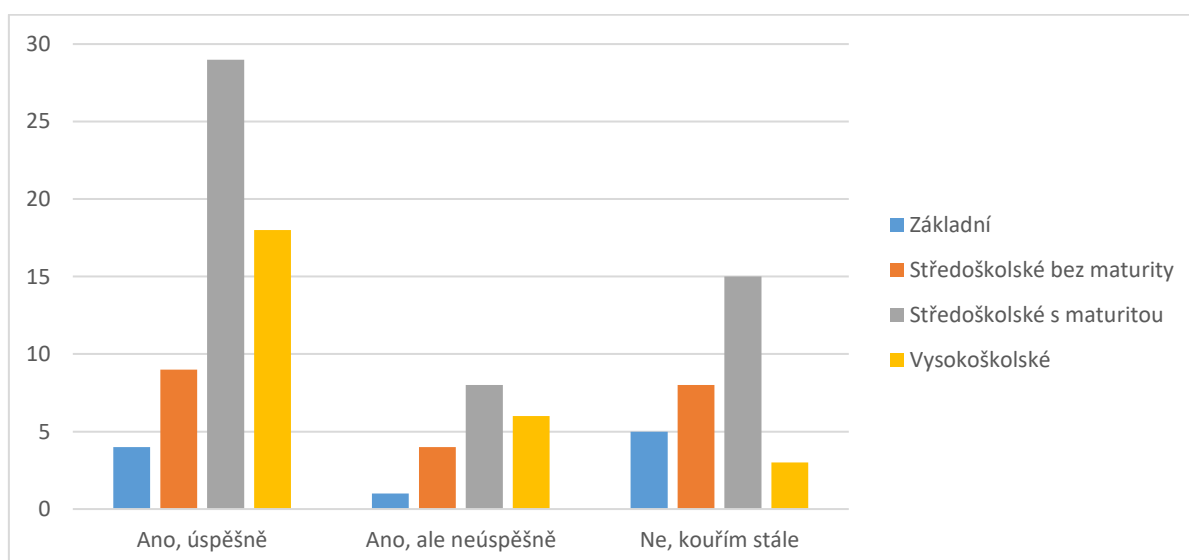
V rámci 1. výzkumné otázky „*Jaké ze zkoumaných faktorů ovlivňují pokračování kouření v graviditě?*“ bylo vytvořeno 7 hypotéz. Pro testování hypotéz byla stanovena hladina významnosti  $\alpha = 0,05$  (5%).



## Hypotéza 1

Tabulka 24 - Souvislost mezi dosaženým vzděláním ženy a pokračováním kouření v graviditě

	Základní		Středoškolské bez maturity		Středoškolské s maturitou		Vysokoškolské		Σ
Ano, úspěšně	4	6,67%	9	15,00%	29	48,33%	18	30,00%	60
Ano, ale neúspěšně	1	5,26%	4	21,05%	8	42,11%	6	31,58%	19
Ne, kouřím stále	5	16,13%	8	25,81%	15	48,39%	3	9,68%	31
<b>Celkový součet</b>	<b>10</b>	<b>9,09%</b>	<b>21</b>	<b>19,09%</b>	<b>52</b>	<b>47,27%</b>	<b>27</b>	<b>24,55%</b>	<b>110</b>



Graf 1 - Závislost mezi dosaženým vzděláním ženy a pokračováním kouření v graviditě

Z grafu 1 je vidět, že většina žen, kterým se podařilo úspěšně přestat kouřit v souvislosti s těhotenstvím, měla středoškolské vzdělání s maturitou. Na druhém místě pak byly ženy, které měly vysokoškolské vzdělání. Z grafu ale není jasné, jestli existuje závislost mezi dosaženým vzděláním ženy a pokračováním kouření v graviditě. To lze ověřit pomocí Chí-kvadrát testu nezávislosti.

Hypotézy:

$H_0$ : Mezi dosaženým vzděláním ženy a pokračováním kouření v graviditě neexistuje souvislost.

$H_A$ : Mezi dosaženým vzděláním ženy a pokračováním kouření v graviditě existuje souvislost.

Nejdříve bylo nutné ověřit předpoklad pro provedení Chí-kvadrát testu pomocí kontingenční tabulky (podmínky předpokladu pro provedení testu viz kapitola 3. 7. Metody zpracování dat)

Tabulka 25 - Pozorované a očekávané četnosti u první hypotézy

			Nejvyšší dosažené vzdělání				Celkem
			<i>Středoškolské bez maturity</i>	<i>Středoškolské s maturitou</i>	<i>Vysokoškolské</i>	<i>Základní</i>	
Přestala jste kouřit v souvislosti s těhotenstvím?	<i>Ano, ale neúspěšně</i>	Pozorované	4	8	6	1	19
		Očekávané	3.6	9.0	4.7	1.7	19.0
	<i>Ano, úspěšně</i>	Pozorované	9	29	18	4	60
		Očekávané	11.5	28.4	14.7	5.5	60.0
	<i>Ne, kouřím stále</i>	Pozorované	8	15	3	5	31
		Očekávané	5.9	14.7	7.6	2.8	31.0
	Celkem	Pozorované	21	52	27	10	110
		Očekávané	21.0	52.0	27.0	10.0	110.0

Z tabulky 25 je patrné, že všechny očekávané četnosti **nejsou vyšší než 5**. Předpoklad pro Chí-kvadrát test **nebyl splněn**. Byla tedy použita alternativa - Fisherův exaktní test.

Tabulka 26 - Výstup z SPSS vztahující se k první hypotéze

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7.712 <sup>a</sup>	6	.260	.263
Likelihood Ratio	8.220	6	.222	.270
<b>Fisher-Freeman-Halton Exact Test</b>	7.945			<b>.227</b>

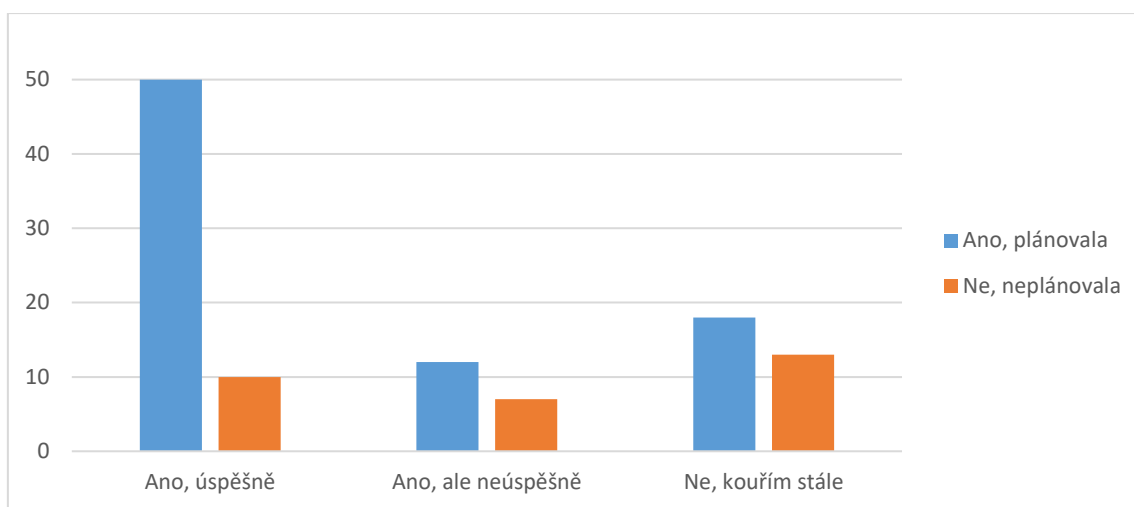
p-hodnota = 0,227

Výsledná p-hodnota je vyšší než hladina významnosti ( $\alpha = 0,05$ ). V tomto případě nebylo možné zamítnout nulovou hypotézu. To znamená, že mezi nejvyšším dosaženým vzděláním ženy a pokračováním kouření v graviditě souvislost neexistuje.

## Hypotéza 2

Tabulka 27 - Souvislost mezi plánováním těhotenství a pokračováním kouření žen v graviditě

	Ano, plánovala		Ne, neplánovala		Σ
Ano, úspěšně	50	83,33%	10	16,67%	60
Ano, ale neúspěšně	12	63,16%	7	36,84%	19
Ne, kouřím stále	18	58,06%	13	41,94%	31
<b>Celkový součet</b>	<b>80</b>	<b>72,73%</b>	<b>30</b>	<b>27,27%</b>	<b>110</b>



Graf 2 - Závislost mezi plánováním těhotenství a pokračováním kouření žen v graviditě

Graf 2 zobrazuje, že ze všech respondentek se 50 ženám (45,45%), které plánovaly těhotenství, úspěšné podařilo přestat kouřit. Ženy, které stále kouřily, a jejich těhotenství nebylo plánováno, představují 11,82 % respondentek. Pro zjištění závislosti mezi těmito faktory byl zvolen Chí-kvadrát test.

Hypotézy:

$H_0$ : Plánování těhotenství nemá vliv na pokračování kouření žen v graviditě.

$H_A$ : Plánování těhotenství má vliv na pokračování kouření v graviditě.

Nejdříve byl ověřen předpoklad Chí-kvadrát testu pomocí kontingenční tabulky.

Tabulka 28 - Pozorované a očekávané četnosti u druhé hypotézy

		Je těhotenství plánované		Celkem	
		Ano, plánovala	Ne, neplánovala		
Přestala jste kouřit v souvislosti s těhotenstvím?	<i>Ano, ale neúspěšně</i>	Pozorované	12	7	19
		Očekávané	13.8	5.2	19.0
	<i>Ano, úspěšně</i>	Pozorované	50	10	60
		Očekávané	43.6	16.4	60.0
	<i>Ne, kouřím stále</i>	Pozorované	18	13	31
		Očekávané	22.5	8.5	31.0
Celkem	Pozorované	80	30	110	
	Očekávané	80.0	30.0	110.0	

Předpoklad pro test byl splněn, bylo tedy možné použít test Chí-kvadrát.

Tabulka 29 - Výstup z SPSS vztahující se k druhé hypotéze

	Value	df	Asymptotic	
			Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)
<b>Pearson Chi-Square</b>	7.640 <sup>a</sup>	2	<b>.022</b>	.021
Likelihood Ratio	7.669	2	.022	.026
Fisher-Freeman-Halton Exact Test	7.734			.019

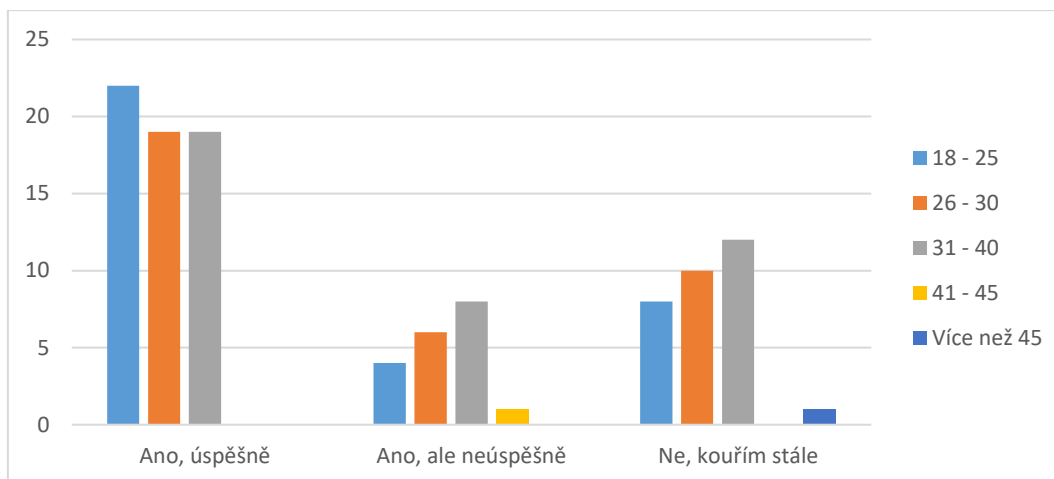
p-hodnota = 0,022

Výsledná p-hodnota je menší než hladina významnosti ( $\alpha = 0,05$ ). V tomto případě jsme nulovou hypotézu zamítli. **Plánování těhotenství má vliv na pokračování kouření v graviditě. Ženy, které těhotenství plánovaly, přestaly kouřit spíše než ženy, které těhotenství neplánovaly.**

### Hypotéza 3

Tabulka 30 - Závislost mezi věkem ženy a pokračováním kouření v graviditě

	18 - 25		26 - 30		31 - 40		41 - 45		Více než 45		$\Sigma$
	Count	Percentage	Count	Percentage	Count	Percentage	Count	Percentage	Count	Percentage	
Ano, úspěšně	22	36,67%	19	31,67%	19	31,67%	0	0,00%	0	0,00%	60
Ano, ale neúspěšně	4	21,05%	6	31,58%	8	42,11%	1	5,26%	0	0,00%	19
Ne, kouřím stále	8	25,81%	10	32,26%	12	38,71%	0	0,00%	1	3,23%	31
<b>Celkový součet</b>	<b>34</b>	<b>30,91%</b>	<b>35</b>	<b>31,82%</b>	<b>39</b>	<b>35,45%</b>	<b>1</b>	<b>0,91%</b>	<b>1</b>	<b>0,91%</b>	<b>110</b>



Graf 3 - Závislost mezi věkem ženy a pokračováním kouření v graviditě

Graf 3 ukazuje, že nejvíce respondentek, které přestaly kouřit, bylo mezi ženami ve věku 18 až 25 let (20,00% respondentek). Vysoké počty žen, které úspěšně přestaly kouřit, byly i u skupin 26 až 30 let (17,27%) a 31 až 40 let (17,27%). Počet žen, které se nepokusily přestat kouřit, byl největší u skupiny 31 až 40 let (10,91% respondentek). Pro zjištění závislosti mezi věkem a pokračováním kouření v graviditě byl zvolen Chí-kvadrát test.

Hypotézy:

$H_0$ : Mezi věkem ženy a pokračováním kouření v graviditě neexistuje souvislost.

$H_A$ : Mezi věkem ženy a pokračováním kouření v graviditě existuje souvislost.

Ověření předpokladu pro Chí-kvadrát test:

Tabulka 31 - Pozorované a očekávané četnosti u třetí hypotézy

			Věk					Celkem
			18 - 25	26 - 30	31 - 40	41 - 45	Více než 45	
Přestala jste kouřit v souvislosti s těhotenstvím?	Ano, ale neúspěšně	Pozorované	4	6	8	1	0	19
		Očekávané	5.9	6.0	6.7	.2	.2	19.0
	Ano, úspěšně	Pozorované	22	19	19	0	0	60
		Očekávané	18.5	19.1	21.3	.5	.5	60.0
	Ne, kouřím stále	Pozorované	8	10	12	0	1	31
		Očekávané	9.6	9.9	11.0	.3	.3	31.0
Celkem	Pozorované	34	35	39	1	1	110	
	Očekávané	34.0	35.0	39.0	1.0	1.0	110.0	

Předpoklad testu nebyl splněn. Alternativou bylo použití Fisherova exaktního testu.

Tabulka 32 - Výstup z SPSS vztahující se k třetí hypotéze

	Value	df	Asymptotic	
			Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9.415 <sup>a</sup>	8	.309	.309
Likelihood Ratio	8.170	8	.417	.425
<b>Fisher-Freeman-Halton Exact Test</b>	7.968			<b>.425</b>

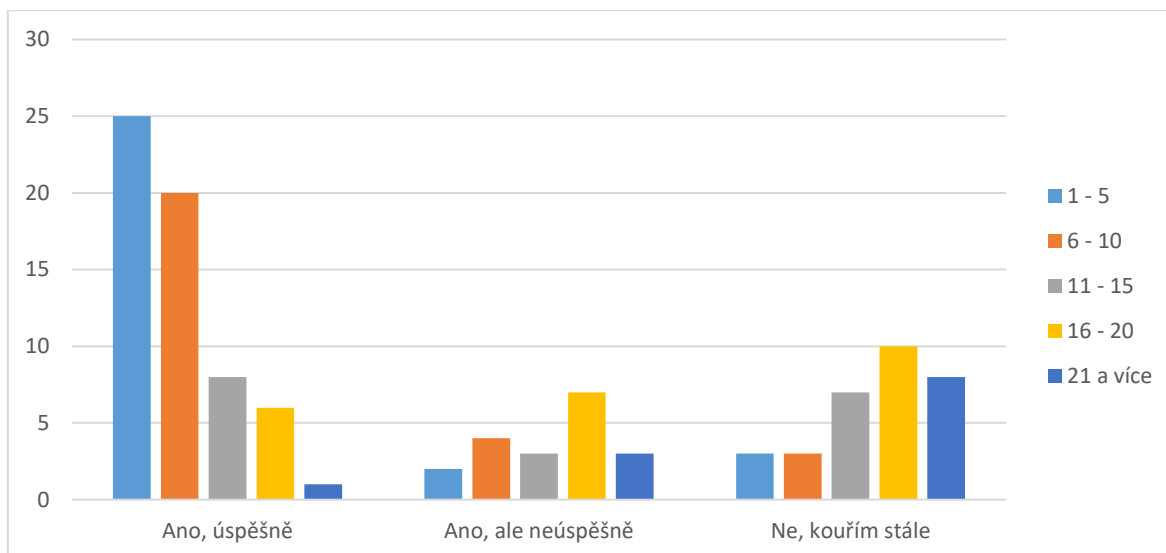
p-hodnota = 0,425

Výsledná p-hodnota je vyšší než hladina významnosti ( $\alpha = 0,05$ ). Nulová hypotéza nebyla zamítnuta. **Souvislost mezi věkem ženy a pokračováním kouření v graviditě neexistuje.**

#### Hypotéza 4

Tabulka 33 - Souvislost mezi počtem vykouřených cigaret před těhotenstvím a pokračováním kouření v graviditě

	1 – 5		6 - 10		11 - 15		16 - 20		21 a více		$\Sigma$
Ano, úspěšně	25	41,67%	20	33,33%	8	13,33%	6	10,00%	1	1,67%	60
Ano, ale neúspěšně	2	10,53%	4	21,05%	3	15,79%	7	36,84%	3	15,79%	19
Ne, kouřím stále	3	9,68%	3	9,68%	7	22,58%	10	32,26%	8	25,81%	31
<b>Celkový součet</b>	<b>30</b>	<b>27,27%</b>	<b>27</b>	<b>24,55%</b>	<b>18</b>	<b>16,36%</b>	<b>23</b>	<b>20,91%</b>	<b>12</b>	<b>10,91%</b>	<b>110</b>



Graf 4 - Závislost mezi počtem vykouřených cigaret před těhotenstvím a pokračováním kouření v graviditě

Z grafu 4 lze vysledovat, že nejvyšší počty žen, kterým se úspěšně podařilo přestat kouřit, byly u žen, které vykouřily 1 až 5 cigaret (22,73%) a 6 až 10 cigaret (18,18%) denně. Ženy, které vykouřily 16 až 20 cigaret a 21 a více cigaret denně, častěji kouřily stále (9,09% a 7,27% respondentek). Pro zjištění této souvislosti byl zvolen Chí-kvadrát test.

Hypotézy:

$H_0$ : Mezi počtem vykouřených cigaret před těhotenstvím a pokračováním kouření v graviditě neexistuje souvislost.

$H_A$ : Mezi počtem vykouřených cigaret před těhotenstvím a pokračováním kouření v graviditě existuje souvislost.

Bylo opět nutné ověřit předpoklad Chí-kvadrát testu pomocí kontingenční tabulky.

Tabulka 34 - Pozorované a očekávané četnosti u čtvrté hypotézy

		Kolik cigaret jste vykouřila, než jste se dověděla, že jste těhotná nebo těhotenství plánovala					Celkem
		1 - 5	11 - 15	16 - 20	21 a více	6 - 10	
		Pozorované	Očekávané	Pozorované	Očekávané	Pozorované	
Přestala jste kouřit v souvislosti s těhotenstvím?	<i>Ano, ale neúspěšně</i>						
		2	3	7	3	4	19
	<i>Ano, úspěšně</i>						
		5.2	3.1	4.0	2.1	4.7	19.0
	<i>Ne, kouřím stále</i>						
		25	8	6	1	20	60
Celkem		16.4	9.8	12.5	6.5	14.7	60.0
		3	7	10	8	3	31
		8.5	5.1	6.5	3.4	7.6	31.0
		30	18	23	12	27	110
		30.0	18.0	23.0	12.0	27.0	110.0

Předpoklad testu nebyl splněn. Pro testování tedy byl použit Fisherův exaktní test.

Tabulka 35 - Výstup z SPSS vztahující se ke čtvrté hypotéze

	Value	df	Asymptotic	
			Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	34.929 <sup>a</sup>	8	.000	. <sup>b</sup>
Likelihood Ratio	37.601	8	.000	. <sup>b</sup>
<b>Fisher-Freeman-Halton Exact Test</b>	35.553			<b>.000</b>

p-hodnota = 0,000

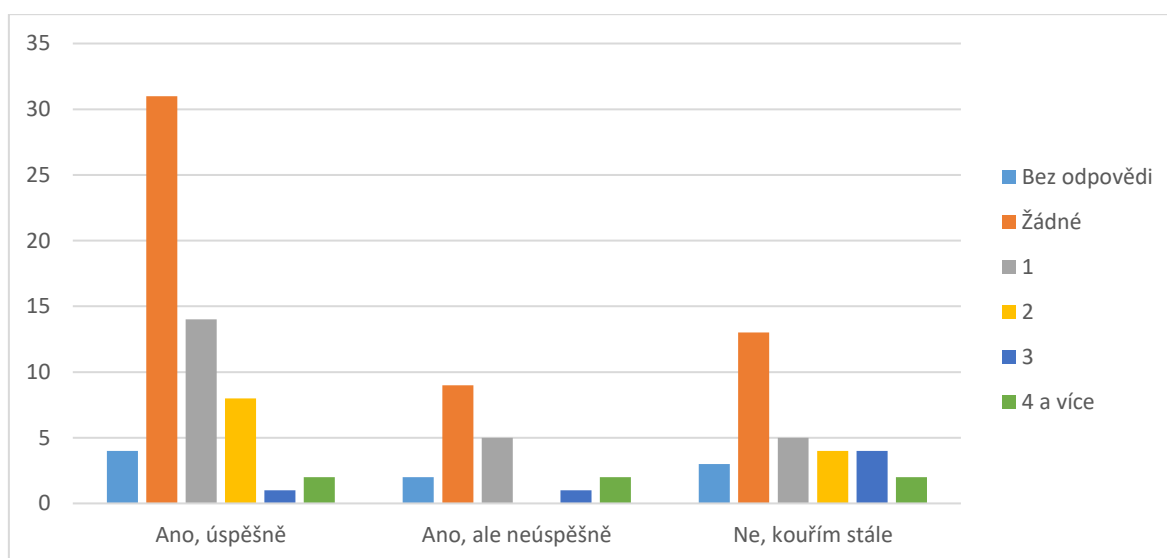
Výsledná p-hodnota je signifikantně menší než hladina významnosti ( $\alpha = 0,05$ ). V tomto případě byla nulová hypotéza zamítnuta. **Z toho vyplývá, že mezi počtem vykouřených cigaret před těhotenstvím a pokračováním kouření v graviditě existuje souvislost. Ženy, které před těhotenstvím vykouřily více cigaret, přestávaly v těhotenství kouřit méně často než ženy, které vykouřily cigaret méně.**



## Hypotéza 5

Tabulka 36 - Souvislost mezi paritou ženy a pokračováním kouření v graviditě

	Bez odpovědi		Žádné		1		2		3		4 a více		Σ
	čet	procento	čet	procento	čet	procento	čet	procento	čet	procento	čet	procento	
Ano, úspěšně	4	6,67%	31	51,67%	14	23,33%	8	13,33%	1	1,67%	2	3,33%	60
Ano, ale neúspěšně	2	10,53%	9	47,37%	5	26,32%	0	0,00%	1	5,26%	2	10,53%	19
Ne, kouřím stále	3	9,68%	13	41,94%	5	16,13%	4	12,90%	4	12,90%	2	6,45%	31
<b>Celkový součet</b>	<b>9</b>	<b>8,18%</b>	<b>53</b>	<b>48,18%</b>	<b>24</b>	<b>21,82%</b>	<b>12</b>	<b>10,91%</b>	<b>6</b>	<b>5,45%</b>	<b>6</b>	<b>5,45%</b>	<b>110</b>



Graf 5 - Závislost mezi počtem dětí a pokračováním kouření v graviditě

Z grafu 5 je zjevné, že počet žen, které úspěšně přestaly kouřit, byl nejvyšší u žen, které čekaly své první dítě (28,18% respondentek). 9 respondentek neuvvedlo, kolik dětí měly. Pro zjištění závislosti mezi těmito faktory byl zvolen Chí-kvadrát test.

Hypotézy:

$H_0$ : Mezi paritou ženy a pokračováním kouření v graviditě neexistuje souvislost.

$H_A$ : Mezi paritou ženy a pokračováním kouření v graviditě existuje souvislost.

Nejprve byl ověřen předpoklad očekávaných hodnot pro Chí-kvadrát test:

Tabulka 37 - Pozorované a očekávané četnosti u páté hypotézy

			Počet dětí					Celkem	
			<i>x</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4 a více</i>	<i>Žádné</i>	
Přestala jste kouřit v souvislosti s těhotenstvím?	<i>Ano, ale neúspěšně</i>	Pozorované	2	5	0	1	2	9	19
		Očekávané	1.6	4.1	2.1	1.0	1.0	9.2	19.0
	<i>Ano, úspěšně</i>	Pozorované	4	14	8	1	2	31	60
		Očekávané	4.9	13.1	6.5	3.3	3.3	28.9	60.0
	<i>Ne, kouřím stále</i>	Pozorované	3	5	4	4	2	13	31
		Očekávané	2.5	6.8	3.4	1.7	1.7	14.9	31.0
Celkem	Pozorované	9	24	12	6	6	53	110	
	Očekávané	9.0	24.0	12.0	6.0	6.0	53.0	110.0	

Předpoklad nebyl splněn. Test Chí-kvadrát nebylo možno použít. Alternativou byl Fisherův exaktní test.

Tabulka 38 - Výstup z SPSS vztahující se k páté hypotéze

	Value	df	Asymptotic	
			Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10.174 <sup>a</sup>	10	.425	.434
Likelihood Ratio	11.853	10	.295	.416
<b>Fisher-Freeman-Halton Exact Test</b>	10.567			<b>.343</b>

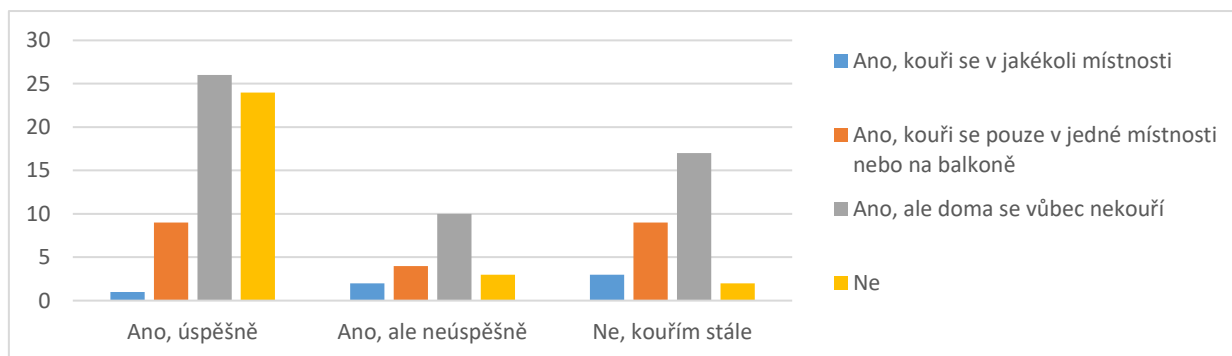
p-hodnota = 0,343

Výsledná p-hodnota je vyšší než hladina významnosti ( $\alpha = 0,05$ ). Nulová hypotéza nemohla být zamítnuta. **Žádná souvislost mezi paritou ženy a pokračováním kouření v graviditě neexistuje.**

## Hypotéza 6

Tabulka 39 - Souvislost mezi sdílením společné domácnosti s kuřákem a pokračováním kouření v graviditě

	Ano, kouří se v jakékoli místnosti		Ano, kouří se pouze v jedné místnosti nebo na balkoně		Ano, ale doma se vůbec nekouří		Ne		Σ
	1	1,67%	9	15,00%	26	43,33%	24	40,00%	
Ano, úspěšně	1	1,67%	9	15,00%	26	43,33%	24	40,00%	60
Ano, ale neúspěšně	2	10,53%	4	21,05%	10	52,63%	3	15,79%	19
Ne, kouřím stále	3	9,68%	9	29,03%	17	54,84%	2	6,45%	31
<b>Celkový součet</b>	<b>6</b>	<b>5,45%</b>	<b>22</b>	<b>20,00%</b>	<b>53</b>	<b>48,18%</b>	<b>29</b>	<b>26,36%</b>	<b>110</b>



Graf 6 - Závislost sdílením společné domácnosti s kuřákem a pokračováním kouření v graviditě

Graf 6 zobrazuje, že většina žen, které úspěšně přestaly kouřit, sdílely domácnost s kuřákem, který doma vůbec nekouřil, druhý nejvyšší počet byl u žen, které nesdílely domácnost s kuřákem. Pro zjištění souvislosti mezi těmito faktory byl zvolen Chí-kvadrát test.

Hypotézy:

$H_0$ : Mezi sdílením společné domácnosti s kuřákem a pokračováním kouření v graviditě neexistuje souvislost.

$H_A$ : Mezi sdílením společné domácnosti s kuřákem a pokračováním kouření v graviditě existuje souvislost.

Ověření předpokladu Chí-kvadrát testu:

Tabulka 40 - Pozorované a očekávané četnosti u šesté hypotézy

		Žijete s kuřákem ve společné domácnosti				Celkem	
		<i>Ano, ale doma se vůbec nekouří</i>	<i>Ano, kouří se pouze v jedné místnosti nebo na balkoně</i>	<i>Ano, kouří se v jakékoli místnosti</i>	<i>Ne</i>		
Přestala jste kouřit v souvislosti s těhotenstvím?	<i>Ano, ale neúspěšně</i>	Pozorované	10	4	2	3	19
		Očekávané	9.2	3.8	1.0	5.0	19.0
	<i>Ano, úspěšně</i>	Pozorované	26	9	1	24	60
		Očekávané	28.9	12.0	3.3	15.8	60.0
	<i>Ne, kouřím stále</i>	Pozorované	17	9	3	2	31
		Očekávané	14.9	6.2	1.7	8.2	31.0
Celkem	Pozorované	53	22	6	29	110	
	Očekávané	53.0	22.0	6.0	29.0	110.0	

Předpoklad testu nebyl splněn. Byl tedy použit Fisherův exaktní test.

Tabulka 41 - Výstup z SPSS vztahující se k šesté hypotéze

	Value	df	Asymptotic	
			Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	15.869 <sup>a</sup>	6	.014	.013
Likelihood Ratio	17.595	6	.007	.011
<b>Fisher-Freeman-Halton Exact Test</b>	16.882			<b>.006</b>

p-hodnota = 0,006

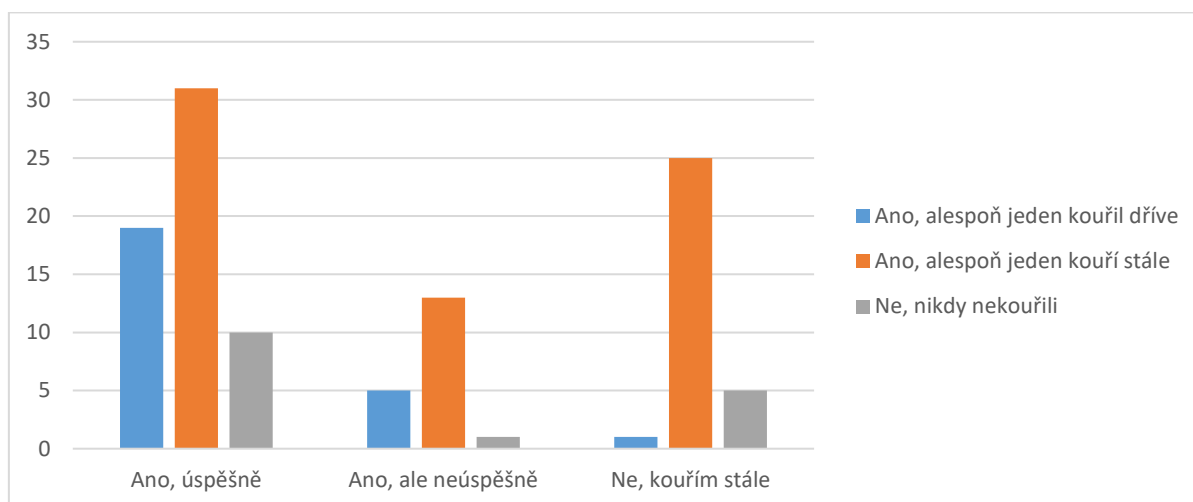
Výsledná p-hodnota je signifikantně menší než hladina významnosti ( $\alpha = 0,05$ ). Tudíž nulová hypotéza byla zamítnuta. **Z toho vyplývá, že souvislost mezi sdílením společné domácnosti s kuřákem a pokračováním kouření v graviditě existuje. Ženy, které sdílely domácnost s nekuřákem, přestaly kouřit spíše než ženy, které sdílely domácnost**

s kuřákem. Stejně tak častěji přestaly kouřit ženy, které sice domácnost s kuřákem sdílely, ale doma se vůbec nekouřilo, než ženy, v jejichž domácnostech se kouřilo.

## Hypotéza 7

Tabulka 42 - Souvislost mezi rodiči kuřáky a pokračováním kouření v graviditě

	Ano, alespoň jeden kouřil dříve		Ano, alespoň jeden kouří stále		Ne, nikdy nekouřili		Σ
Ano, úspěšně	19	31,67%	31	51,67%	10	16,67%	60
Ano, ale neúspěšně	5	26,32%	13	68,42%	1	5,26%	19
Ne, kouřím stále	1	3,23%	25	80,65%	5	16,13%	31
<b>Celkový součet</b>	<b>25</b>	<b>22,73%</b>	<b>69</b>	<b>62,73%</b>	<b>16</b>	<b>14,55%</b>	<b>110</b>



Graf 7 - Závislost mezi rodiči kuřáky a pokračováním kouření v graviditě

Z grafu 7 je patrné, že z žen, které měly alespoň jednoho z rodičů, který dříve kouřil, přestala kouřit většina (76,00%). Naopak, 36,23% respondentek, které měly alespoň jednoho z rodičů, který stále kouřil, v kouření pokračovaly. Pro zjištění možné souvislosti mezi faktory byl zvolen Chí-kvadrát test.

Hypotézy:

$H_0$ : Mezi rodiči kuřáky a pokračováním kouření v graviditě neexistuje souvislost.

$H_A$ : Mezi rodiči kuřáky a pokračováním kouření v graviditě existuje souvislost.

Předpoklad testu byl ověřen pomocí kontingenční tabulky:

Tabulka 43 - Pozorované a očekávané četnosti u sedmé hypotézy

			Kouří vaši rodiče			Celkem
			<i>Ano, alespoň jeden kouří stále</i>	<i>Ano, alespoň jeden kouřil dříve</i>	<i>Ne, nikdy nekouřili</i>	
Přestala jste kouřit v souvislosti s těhotenstvím?	<i>Ano, ale neúspěšně</i>	Pozorované	13	5	1	19
		Očekávané	11.9	4.3	2.8	19.0
	<i>Ano, úspěšně</i>	Pozorované	31	19	10	60
		Očekávané	37.6	13.6	8.7	60.0
	<i>Ne, kouřím stále</i>	Pozorované	25	1	5	31
		Očekávané	19.4	7.0	4.5	31.0
Celkem	Pozorované	69	25	16	110	
	Očekávané	69.0	25.0	16.0	110.0	

Předpoklad testu nebyl splněn. Nebylo tedy možné použít Chí-kvadrát test. Alternativou byl Fisherův exaktní test.

Tabulka 44 - Výstup z SPSS vztahující se k sedmé hypotéze

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	11.624 <sup>a</sup>	4	.020	.019
Likelihood Ratio	14.684	4	.005	.008
<b>Fisher-Freeman-Halton Exact Test</b>	12.983			<b>.008</b>

p-hodnota = 0,008

Výsledná p-hodnota je menší než hladina významnosti ( $\alpha = 0,05$ ). V tomto případě byla nulová hypotéza zamítnuta. **Z toho vyplývá, že mezi rodiči kuřáky a pokračováním kouření v graviditě existuje souvislost. Ženy, jejichž rodiče kouřili a přestali, přestaly kouřit častěji než ženy, jejichž rodiče stále kouřili.**

## Diskuze

Diplomová práce se zabývala pochopením a přiblížením důvodů a příčin, které vedou těhotné ženy k tomu, že i během gravidity pokračují s kouřením, a jaké skupiny žen kouření alespoň omezují nebo kouřit úplně přestávají. Také se zaměřovala na možné ovlivnění kuřáckého chování těchto žen jejich blízkými (partner, rodinní příslušníci), kteří dříve kouřili nebo kouří. Dalším zaměřením bylo zjišťování, zda jsou ženy dostatečně informovány o škodlivých účincích kouření v těhotenství a jakou mírou závislosti trpí ženy, které s kouřením v těhotenství pokračují. Celkem byly stanoveny 3 výzkumné otázky a 7 hypotéz, z nichž každá byla tvořena nulovou a alternativní hypotézou.

V rámci **první výzkumné otázky**, „Které ze zkoumaných faktorů ovlivňují pokračování kouření během těhotenství?“, bylo stanoveno 7 hypotéz. **První hypotéza** zněla: „Mezi dosaženým vzděláním ženy a pokračováním kouření v graviditě neexistuje souvislost.“. Tato hypotéza byla ověřena pomocí Fisherova exaktního testu, protože nebyly splněny podmínky pro testování Chí-kvadrátem. Výsledná p-hodnota byla vyšší než hladina významnosti ( $\alpha = 0,05$ ), tudíž nebylo možné tuto nulovou hypotézu zamítnout a mezi nejvyšším dosaženým vzděláním ženy a pokračováním kouření v graviditě souvislost neexistuje. Avšak z výsledků je patrné, že nejvyšší úspěšnosti v odvykání kouření dosáhly ženy se středoškolským vzděláním s maturitou, tato skupina byla nejpočetnější (47,27%) z celkového vzorku respondentek. Druhé nejvyšší úspěšnosti v odvykání dosáhly ženy s vysokoškolským vzděláním. Tyto tvořily druhou nejpočetnější skupinu (24,55%) z celkového vzorku. Nedá se tedy jednoznačně vyloučit, že při vyrovnaném procentuálním zastoupení jednotlivých skupin by se souvislost potvrdila. Al-Sahab a kol. (2010, str. 2) v kanadské studii tuto závislost prokázali. To, že spolu socioekonomické faktory a kouření úzce souvisejí, potvrzuje australský zdroj (Ebert, Fahy, 2007, str. 164), který uvádí, že výše vzdělání pozitivně ovlivňuje úspěšnost odvykání kouření u těhotných žen. Naše zjištění neodpovídají ani anglické kvalitativní studii (Bull et al., 2007, str. 101), která mezi rizikové faktory spojené s výskytem kouření v těhotenství uvádí mimo jiné i nízké vzdělání. Také v porovnání s nekuřáčkami dosahovaly dle Národního registru rodiček a Národního registru novorozenců v ČR (v letech 2000 – 2009) tyto ženy zhruba 7x častěji pouze základního vzdělání (Šídová, Šťastná, 2015, str. 166).

V rámci **druhé hypotézy** byla zkoumána souvislost mezi pokračováním kouření v graviditě a plánováním těhotenství. Tato hypotéza byla ověřena pomocí testu Chí-kvadrát. Vzhledem k tomu, že p-hodnota vyšla menší než hladina významnosti ( $\alpha = 0,05$ ), byla

nulová hypotéza zamítnuta, přijali jsme hypotézu alternativní a můžeme říci, že plánování těhotenství mělo vliv na pokračování kouření v graviditě. Ze zjištěných dat vyplynulo, že ženy, které těhotenství neplánovaly, byly v odvykání kouření v méně úspěšné (16,67%), než ženy, které těhotenství plánovaly (83,33%). Při porovnání výsledků se španělskou studií (Villalbí et al., 2007, str. 443) se data získaná z tabulky podobají našim zjištěním, avšak svědčí o něco více ve prospěch žen, které těhotenství neplánovaly. Z celkového počtu respondentek, které úspěšně přestaly kouřit (2 249 žen), plánovalo těhotenství 78,35% a 21,65% žen otěhotnělo neplánovaně. Domníváme se, že tento rozdíl je způsoben jednak odlišným počtem zkoumaných žen a také jiným strukturálním zastoupením vzorku. Na základě našich zjištění a porovnání s výše zmíněnou studií můžeme usuzovat, že tvrzení australské studie (Giglia, W Bins, S Alfonso, 2006, str. 6), že ženy plánující těhotenství mají dostatek času připravit se na prenatální období a změnit své kuřácké návyky, bylo i v tomto případě pravdivé.

Jako **třetí** byla stanovena **hypotéza** „*Mezi věkem ženy a pokračováním kouření v graviditě neexistuje souvislost*“. Hypotéza byla ověřena pomocí Fisherova exaktního testu z důvodu nesplnění podmínek pro použití Chí-kvadrát testu. Výsledná p-hodnota byla vyšší než hladina významnosti ( $\alpha = 0,05$ ), a proto nebylo možné nulovou hypotézu zamítnout. Dle námi provedeného šetření tedy souvislost mezi věkem ženy a pokračováním kouření v graviditě neexistuje. V našem výzkumu jsme pozorovali nejvyšší míru odvykání ve skupině žen ve věku 18 – 25 let (36,67% z úspěšně abstinujících), nejnižší pak ve skupině žen 31 – 40 let. V této věkové skupině v těhotenství kouřilo 40,00% žen z těch, které se neúspěšně pokusily s kouřením přestat, nebo kouřily nadále. Z pohledu pokračování kouření v těhotenství, Villalbí a kol. (2007, str. 442) měli poněkud odlišné výsledky. V jejich výzkumu se prevalence kouřících žen s věkem snižovala, ve věkové skupině 20 let a méně byly kuřáčky zastoupeny více než 40% a ve skupině 40+, byly zastoupeny méně než 20%. Oproti tomu v našem výzkumu měla prevalence kouření s narůstajícím věkem vzestupnou tendenci. Tento rozdíl mohl být způsoben významným nepoměrem mezi velikostmi zkoumaných souborů a také odlišností kultur respondentek. Nicméně podobnost závěrů se týkala žen, které v graviditě kouřit přestaly. Jejich podíl nevykazoval významné rozdíly podle věku. Musíme ovšem přihlídnout k tomu, že poslední dvě věkové skupiny v našem výzkumu byly zastoupeny vždy pouze jednou respondentkou. Ačkoli se souvislost v rámci třetí hypotézy nepotvrdila, Al-Sahab a kol. (2010, str. 2) ve své studii prokázali, že věk ženy a další faktory s kouřením v graviditě souvisí.



**Čtvrtá hypotéza** se týkala souvislosti mezi počtem vykouřených cigaret před těhotenstvím a pokračováním kouření během gravidity. Pro testování hypotézy byl opět použit Fisherův exaktní test z důvodu nesplnění podmínek pro Chí-kvadrát test. Výsledná p-hodnota byla signifikantně nižší než hladina významnosti ( $\alpha = 0,05$ ) a v tomto případě byla nulová hypotéza zamítnuta. Z toho vyplývá, že mezi počtem vykouřených cigaret před těhotenstvím a pokračováním kouření v graviditě existuje souvislost. Dle našeho zjištění tedy ženy, které před těhotenstvím vykouřily více cigaret, odvykaly méně často než ženy, které vykouřily cigaret méně. Tyto výsledky korespondují se zjištěním longitudinální australské studie (Giglia, W Bins, S Alfonso, 2006, str. 5), která prokázala, že u žen, které vykouřily více než 10 cigaret denně, bylo významně méně pravděpodobné, že v těhotenství kouřit přestanou. Tomuto odpovídají i naše výsledky, kdy byly ženy kouřící více než 10 cigaret denně v odvykání úspěšné pouze ve 28,30% a míra neúspěšnosti dosáhla 71,70%. Naopak ženy, které vykouřily denně maximálně 10 cigaret, odvykaly v 78,95% úspěšně a pouze 21,05% kouřilo dále. Lai a kol. (2013, str. 4113) vztáhli tuto závislost na počet vykouřených krabiček cigaret. Jako nejvyšší riziko uvedli vykouření 4 krabiček denně, kdy ženy v těhotenství většinou s kouřením pokračují. Oproti tomu ženy kouřící méně než 1 balení za měsíc byly z kuřáček označeny jako nejméně rizikové vzhledem k pokračování kouření. Avšak v tomto případě není detailní porovnání výzkumů proveditelné, protože není jisté, s kolika cigaretami v balení výzkumníci počítali a také z důvodu, že náš výzkum se zaměřoval pouze na cigarety vykouřené za den. Dá se ale předpokládat, že se tyto výsledky ve velké míře shodují.

**Pátá hypotéza** zněla: „*Mezi paritou ženy a pokračováním kouření v graviditě neexistuje souvislost.*“ Byla ověřena pomocí Fisherova exaktního testu z důvodu nesplnění podmínek pro test Chí-kvadrát. Výsledná p-hodnota byla vyšší než hladina významnosti ( $\alpha = 0,05$ ) a nulová hypotéza nemohla být zamítnuta. Výsledkem tedy je, že souvislost mezi paritou ženy a pokračováním kouření v graviditě neexistuje. Skotská studie (Koshy et al., 2010, str. 501) se taktéž touto souvislostí zabývala, přičemž zjistila, že u prvorodiček je pravděpodobnější než u vícerodiček, že s kouřením v těhotenství přestanou. V našem výzkumu data úplně jednoznačně nehovořila. Z žen, které s kouřením úspěšně přestaly, bylo 51,67% prvorodiček, vícerodičky byly zastoupeny 41,66% a 6,67% odpovědí na počet dětí nebylo relevantních a nedá se predikovat, jak by tím byla výsledná procenta ovlivněna. V tomto případě tedy není možno rozhodnout, zda se výsledky blíží stejnému zjištění. Výsledky španělské studie (Villalbí et al., 2007, str. 443) nejsou s našimi zjištěními v zásadním rozporu. Tito výzkumníci odhalili, že ženy, které s kouřením přestaly, byly

z 43,82% primipary a z 56,18% multipary. V našem výzkumu sice převažovaly primipary (51,67%) nad multiparami (41,66%), avšak zastoupení těchto skupin žen v obou výzkumech balancuje kolem 50% a je tedy poměrně vyrovnané. Odchylna výsledků může být způsobena nerovnoměrnou strukturou našeho vzorku respondentek, kde převažovaly právě primipary. Další výsledky španělské studie ukazují, že ženy, které kouřit nepřestaly, byly zastoupeny v 44,63% prvorodičkami a z 55,34% vícerodičkami. To se významně neliší od našich dat (44,00% prvorodičky a 46,00% vícerodičky, přičemž u 10% žen nebyla odpověď zaznamenána). Ben Natan, Golubev a Shamari (2010, str. 389) uvádějí ve své studii jako rizikovou skupinu matky 4 a více dětí. Z našich výsledů by se dalo usuzovat, že je tato skupina opravdu riziková z důvodu vysokého procenta matek kuřáček (66,67%), avšak tuto skupinu tvořilo pouhých 6 respondentek, tudíž srovnání nemá velkou vypovídací hodnotu.

V rámci **šesté hypotézy** byla zkoumána souvislost mezi sdílením společné domácnosti s kuřákem a pokračováním kouření v graviditě. Pro testování hypotézy byl použit Fisherův exaktní test z důvodu nesplnění podmínek pro Chí-kvadrát test. Výsledná p-hodnota byla signifikantně menší než hladina významnosti ( $\alpha = 0,05$ ), a tudíž byla nulová hypotéza zamítnuta. Souvislost mezi sdílením společné domácnosti s kuřákem a kouřením během gravidity existuje. Ženy, které sdílely společnou domácnost s kuřákem, přestávaly kouřit méně než ženy, které žily s nekuřákem. Avšak ženy, které sdílely domácnost s kuřákem, přičemž doma se vůbec nekouřilo, odvykaly častěji než ženy, v jejichž domácnosti se kouřilo. Novozélandská kvalitativní studie (Glover, Kira, 2011, str. 23 - 24) uvádí sdílení společné domácnosti s kuřákem jako velmi významný rizikový faktor kouření v graviditě. Ukázalo se, že všechny ze zkoumaných žen (kuřáčky v těhotenství) žily v domácnosti s kuřáky, přičemž v 47% to byl jejich partner. Naše data ukazují, že s kuřákem v domácnosti žilo 73,64% žen a nadpoloviční většina (55,56% z těchto žen) kouřit nepřestala. Tento rozdíl může být podmíněn kulturními rozdíly a etniky zkoumaných žen. Podobné výsledky ze studie v Otavě prezentují ve své práci i Al-Sahab a kol. (2010, str. 7). Zde je uvedeno, že kuřáckého partnera mělo podobně jako v našem výzkumu 76% žen, které v těhotenství aktivně kouřily. Není tedy překvapením, že se ženám s odvykáním kouření daří lépe v soužití s partnerem nekuřákem nebo s partnerem, který se snaží také o abstinenci, jak uvádí Koshy a kol. (2010, str. 501). Naše data tomu odpovídají. Z žen, kterým se podařilo přestat kouřit, žilo s nekuřákem 40,00%, a s kuřákem, který doma vůbec nekouřil, žilo 43,33% žen.

Poslední, **sedmá hypotéza** zněla: „*Mezi rodiči kuřáky a pokračováním kouření v graviditě neexistuje souvislost.*“ Testování proběhlo pomocí Fisherova exaktního testu z důvodu nesplnění podmínek pro testování Chí-kvadrátem. Výsledná p-hodnota byla menší

než hladina významnosti ( $\alpha = 0,05$ ) a tudíž byla nulová hypotéza zamítnuta. Souvislost mezi těmito proměnnými existuje. Překvapivým zjištěním však byla skutečnost, že častěji přestávaly kouřit ženy uvádějící, že alespoň jeden z jejich rodičů dříve kouřil, než ženy pocházející z nekuřáckých rodin. V těchto skupinách byl však početní nepoměr mezi respondentkami, tudíž musí být na výsledek pohlíženo s rezervou. Z hlediska pokračování kouření byla nejvíce zastoupena skupina respondentek, u kterých alespoň jeden z rodičů stále kouřil (76,00%). Zde mohly být ženy rodiči ovlivňovány nejen během výchovy, ale i přímo během těhotenství (kuřákem v domácnosti), protože nemůžeme vyloučit, že ženy s rodiči nebydly. Ben Natan, Golubev a Shamrai (2010, str. 392) tvrdí, že ženy, které v těhotenství kouří, jsou obvykle potomky rodičů kuřáků. Tomu naše výsledky odpovídají. Ze skupiny žen, které v těhotenství kouřily, bylo celých 88,00% žen potomky alespoň jednoho rodiče kuřáka. Avšak ze skupiny žen, které kouření odvykly, bylo potomky kuřáků také vysoké procento žen (83,33%). Zde pravděpodobně hrály v odvykání roli jiné faktory. Thompson a kol. (2004, str. 37) ve své studii zjistili, že pro vysoké procento žen je odvykání kouření ze strany rodičů hnací silou při dosažení vlastní abstinence. To koresponduje s našimi výsledky, kdy úspěšně odvykly kouření nejvíce ženy, u nichž kouřil alespoň jeden z rodičů dříve. Zde však není z odpovědí jasné, zda během života rodiče kouřit přestali, nebo zda už nežijí. Proto je třeba tento výsledek interpretovat s opatrností.

**Druhá výzkumná otázka** zněla: „Jaké znalosti mají ženy o škodlivých účincích kouření na těhotenství?“ V dotazníku bylo možné označit 14 různých odpovědí. 9 z nich bylo správných a 5 odpovědí bylo chybných. Naším šetřením jsme zjistili, že ze správných možností nejvíce respondentek (62,73%) označilo riziko předčasného porodu, dále v 61,81% riziko nedostatečného zásobení plodu kyslíkem a nejméně (7,27%) žen uvedlo riziko vzniku včestné placenty. Z chybných odpovědí nejčastěji ženy volily riziko pupečnickových uzlů (10,00%), v 9,09% riziko neprotržení vaku blan a riziko hypertrofie plodu, dále riziko vyvolávaného porodu (7,27%) a riziko ruptury dělohy (3,64%). Šídová a Šťastná (2015, str. 169) uvádějí, že v oblasti informovanosti žen přetrvává neznalost rizika zpomalení fetálního růstu a vývoje plodu vlivem kouření. Z našeho šetření vyplývá, že riziko IUGR správně vyhodnotilo 44,55% respondentek. Toto zjištění plně nekorresponduje s tvrzením Šídové a Šťastné, ovšem jsme toho názoru, že uvedené riziko je natolik závažné, že by jej měly znát všechny těhotné kuřačky. Pro posouzení míry znalostí byly vytvořeny 4 kategorie dle počtu správných odpovědí. Skóre nebylo ovlivněno počtem odpovědí chybných. V rámci jednotlivých kategorií jsme sledovaly také úspěšnost v odvykání kouření. Snahou bylo zjistit, jak se znalosti žen promítaly v úspěšnosti odvykání kouření. Znalost negativních dopadů na

těhotenství byla totiž spojena s úspěšnými pokusy ukončení kouření v průběhu gravidity (Hemsing et al., 2012, str. 774). Z žen s dobrými znalostmi (7 – 9 správných odpovědí) přestalo úspěšně kouřit pouze 25%, 50% se pokusilo odvyknout bez úspěchu a 25% v kouření pokračovalo. Ženy s průměrnými znalostmi (4 – 6 správných odpovědí) přestaly kouřit v 67,35% případů, v 18,37% se pokusily bez úspěchu a 14,29% žen kouřilo nadále. Skupina žen s nedostatečnými znalostmi (1 – 3 správné odpovědi) byla zastoupena z 45,28% ženami, které kouřit přestaly, neúspěšně se pokusilo 13,21% a 41,51% žen kouřilo nadále. Tato skupina byla nejpočetnější ze všech. Z celkového počtu 110 respondentek neprokázaly pouze 4 ženy žádné znalosti (0 správných odpovědí). Z nich 50,00% kouření přestalo, 25,00% se o odvykání pokusilo bez úspěchu a stejné procento v kouření pokračovalo dále. Navzdory očekáváním nebyla úspěšnost odvykání přímo úměrná míře znalostí. Nelze tedy usuzovat, že míra znalostí byla rozhodujícím faktorem úspěšnosti odvykání kouření.

Poslední, **třetí, výzkumnou otázkou** jsme zjišťovali, jaká byla míra závislosti na nikotinu ve vzorku aktivně kouřících žen. Dle výzkumníků Ben Natana, Golubeva a Shamraihho (2010, str. 389) je totiž závislost na nikotinu významným, ne-li nejvýznamnějším prediktorem kuřáckého chování během gravidity. Závažnost závislosti byla stanovena na základě Fagerströмова testu nikotinové závislosti, který tvořil druhou část dotazníku. Parametry vyhodnocení testu jsou uvedeny v příloze 2. Z celkového počtu 50 respondentek, které během gravidity kouřily, trpělo nízkou závislostí 26,00% žen, velmi nízkou nebo žádnou závislostí 24,00% žen a vysokou závislostí trpělo 22,00% žen. Ženy s nejvyšší závislostí a střední závislostí byly ve zkoumaném vzorku žen zastoupeny stejným procentem a to 6,00%. V zájmu zachování relevantnosti dat bylo z důvodu neúplného vyplnění z šetření vyřazeno 8 testů, tj. 16,00%. Z pohledu této výzkumné otázky lze s jistotou uvést pouze obraz míry závislosti respondentek v konkrétním okamžiku jejich těhotenství. Pro potvrzení nebo vyvrácení výše uvedeného tvrzení by bylo nutné zjistit míru závislosti na nikotinu u všech 110 respondentek ještě před započítáním či plánováním těhotenství. Domníváme se však, že pokud míra závislosti na nikotinu ovlivňovala pokračování kouření v těhotenství, v našem vzorku kouřících žen by měly převažovat ženy s velmi vysokou nebo vysokou závislostí na nikotinu. Z našeho šetření ale lze pozorovat, že rovnocenně zastoupenými skupinami byly ženy s nízkou, velmi nízkou nebo žádnou a vysokou závislostí. Výpovědní hodnota je limitována malým počtem respondentek.

Ze studia odpovědí na jednotlivé otázky dotazníku vyplynula další zjištění:

- Odvyknout se podařilo zhruba polovině všech respondentek. Snaha odvyknout byla nejčastěji zaznamenána v době, kdy se dozvěděly, že jsou těhotné.

- Z žen, kterým se podařilo přestat kouřit, se minimální počet z nich stavěl k vytrvání v nekouření negativně.
- Většina žen své těhotenství plánovala, avšak více než polovina z nich nepovažovala za důležité s kouřením přestat.
- U pokračujících kuřaček převládal názor „Vím, že by se kouřit nemělo, ale nemůžu si pomoci“.
- Ženy, které v těhotenství kouřily, nejčastěji počet cigaret omezovaly (1 – 5 cigaret denně). Úplně přestat by totiž nedokázaly.
- Více než polovina multipar kouřila i v předchozích těhotenstvích.
- Asi třetina ze všech žen by uvítala podporu partnera při nekouření během těhotenství.
- Nejvíce z žen uvedlo pouze 1 zdroj, ze kterého získaly informace. Nejčastějším zdrojem byl internet.

### **Limitace výzkumu**

Tento výzkum byl v největší míře limitován malým počtem vyplněných dotazníků, což bylo pravděpodobně zapříčiněno probíhající pandemií nemoci Covid-19. S tím úzce souvisela i nerovnoměrná struktura jednotlivých skupin respondentek. Tyto faktory ovlivnily některé z našich výsledků, a proto je nutné je interpretovat s opatrností. Výsledky studie tedy nelze zobecňovat pro všechny těhotné kuřačky. Z počtu 121 žen, které dotazník vyplnily, bylo nezbytné 11 z nich z výzkumu vyřadit. Lze se domnívat, že důvodem chybného vyplnění bylo nepochopení otázek dotazníku. Interpretaci výsledků třetí výzkumné otázky limituje také to, že ženy vyplnily dotazník v různých fázích těhotenství. Nebylo tedy možné zkoumat, které ženy v těhotenství s kouřením přestávaly z hlediska jejich nikotinové závislosti nejčastěji. Takový výzkum by musel probíhat v delším časovém období, aby bylo možné zjistit tuto míru závislosti již před těhotenstvím.

## Závěr

Diplomová práce se zabývala vybranými faktory, které mohou mít vliv na chování a postoj těhotných kuřaček ke kouření během gravidity, případně již v prekoncepčním období. Hlavním cílem diplomové práce bylo posoudit vliv stupně vzdělání, informovanosti a socioekonomické situace těhotných kuřaček na kouření během gravidity. Konkrétně jsme se zaměřili na vliv dosaženého vzdělání, plánování gravidity, věku a parity ženy. Dalším zkoumaným faktorem byl počet denně vykouřených cigaret před graviditou, sdílení společné domácnosti s kuřákem či to, zda ženy pocházely z kuřáckých rodin. Také jsme zjišťovali, jaké mají ženy znalosti o škodlivých účincích kouření na těhotenství a jaká je míra nikotinové závislosti u těhotných aktivních kuřaček. Naplnění hlavního cíle diplomové práce bylo rozpracováno ve třech výzkumných otázkách. V rámci první výzkumné otázky bylo stanoveno 7 hypotéz.

V rámci našeho výzkumu jsme zaznamenali změnu postoje těhotných žen ke kouření během gravidity. Přibližně polovina respondentek si byla vědoma toho, že kouření v těhotenství přináší rizika, proto před nebo v průběhu gravidity s kouřením přestala. Z nich pouze malé procento uvedlo, že po porodu pravděpodobně s abstinencí kouření pokračovat nebudou. Ženy, které v těhotenství z jakýchkoli důvodů s kouřením pokračovaly, alespoň počet cigaret omezily na minimum (1 – 5 cigaret denně). Avšak z našeho šetření je zřejmé, že procento aktivně kouřících žen bylo pořád vysoké, a je tedy nutné zaměřit se na faktory ovlivňující kuřácké chování žen.

První výzkumnou otázkou jsme zjišťovali, které z vybraných faktorů mají vliv na pokračování kouření v těhotenství. Z našeho šetření vyplynulo, že plánování těhotenství mělo pozitivní vliv na odvykání kouření a že ženy, které těhotenství neplánovaly, častěji odvykaly neúspěšně nebo se o to ani nepokoušely. Dále jsme prokázali souvislost mezi počtem cigaret vykouřených za den před těhotenstvím či před jeho plánováním a pokračováním kouření v graviditě. Zde jsme pozorovali sestupnou tendenci úspěšnosti odvykání s narůstajícím počtem cigaret denně vykouřených před těhotenstvím. Nejnižší míru odvykání jsme zaznamenali u žen, které před těhotenstvím vykouřily 16 – 20 a 21 a více cigaret denně. Tyto ženy se nejčastěji o abstinenci ani nepokusily. Jako další faktor ovlivňující pokračování kouření v těhotenství se prokázalo sdílení společné domácnosti s kuřákem. Ženy, které sdílely společnou domácnost s kuřákem, přestávaly kouřit méně než ženy, které žily s nekuřákem. Avšak ženy, které sdílely domácnost s kuřákem, přičemž doma se vůbec nekouřilo, odvykaly častěji než ženy, v jejichž domácnosti se kouřilo. Ženy s partnery, kteří doma nekouřili, byly

při odvykání kouření velmi podobně úspěšné, jako ženy s partnery nekuřáky. Lze tedy předpokládat, že podpora ze strany partnera zvyšuje šance těhotných kuřáček na úspěšné odvykání kouření. Rovněž byla potvrzena souvislost mezi tím, zda rodiče žen byli kuřáci či nikoli a kuřáckým chováním žen v těhotenství. Překvapivým zjištěním byla skutečnost, že častěji přestávaly kouřit ženy uvádějící, že alespoň jeden z jejich rodičů dříve kouřil, než ženy pocházející z nekuřáckých rodin. Toto zjištění napovídá, že abstinence kouření ze strany rodičů může být pro ženy pozitivním stimulem k vlastnímu odvykání. Z hlediska pokračování kouření byla nejvíce zastoupena skupina respondentek, u kterých alespoň jeden z rodičů kouřil stále. Tato skupina se tedy z hlediska rodinné historie kouření jevila jako nejvíce riziková.

V rámci druhé výzkumné otázky jsme zkoumali, jaké mají ženy znalosti o škodlivých účincích kouření na těhotenství. Ze škály 14 rizik bylo možno označit 9 pravdivých a 5 nepravdivých tvrzení. Ze správných odpovědí si bylo nejvíce žen vědomo rizik předčasného porodu a nedostatečného zásobení plodu kyslíkem. Z chybných možností ženy nejčastěji uváděly rizika pupečnickových uzlů, neprotržení vaku blan a hypertrofie plodu. Nejpočetnější skupinou byly ženy s nedostatečnými znalostmi (1 – 3 správné odpovědi), za nimi těsně následovaly ženy s průměrnými znalostmi (4 – 6 správných odpovědí). Žen, které prokázaly dobré znalosti (7 – 9 správných odpovědí) a těch, které neprokázaly znalosti žádné, bylo nejméně. Drtivá většina respondentek uvedla, že informace získala z internetu. Ten může být pramenem informací mylných nebo zkreslených. Tato zjištění vypovídají o důležitosti posílení edukace žen lékařskými a zdravotnickými profesionály, kteří jsou zárukou relevantnosti předávaných informací.

Třetí výzkumná otázka zjišťovala míru nikotinové závislosti u aktivně kouřících těhotných žen. Stupeň závislosti byl stanoven pomocí Fagerströмова testu nikotinové závislosti. Z šetření vyplynulo, že z hlediska míry závislosti byly skupiny žen s nízkou, velmi nízkou nebo žádnou a vysokou závislostí početně vyrovnané. Ženy se střední a velmi vysokou závislostí byly zastoupeny podstatně méně. Vzhledem ke skutečnosti, že v rámci tohoto výzkumu nebylo možné provést test nikotinové závislosti již před těhotenstvím, nelze vyvozovat ze sledovaných údajů žádné závěry. Zde se naskýtá příležitost pro hlubší šetření v dlouhodobějším časovém horizontu.

### **Doporučení pro praxi**

- Opakovaně informovat ženy v průběhu celého těhotenství v rámci prenatální péče o rizicích kouření v těhotenství

- V rámci edukace mládeže rozšiřovat povědomí o rizicích kouření pro zdraví člověka, zejména vysvětlit rizika spojená s těhotenstvím
- Snaha o edukaci partnerů i dalších rodinných příslušníků o vhodnosti podpory ženy při abstinenci kouření v těhotenství
- Snaha povzbudit kuřáčky v rámci gynekologické praxe k plánování těhotenství, aby bylo možné jejich kuřácké chování ovlivnit s dostatečným předstihem
- Cíleně a intenzivně se zaměřovat na rizikové skupiny žen a nabízet jim možnosti řešení jejich nikotinové závislosti
- Nabízet kontakty na poradny pro odvykání kouření
- Nezaujímat k těhotným kuřáčkám automaticky negativní postoj a pokusit se jejich situaci pochopit, nastítnit jim řešení a poskytnout psychosociální podporu
- Povzbudit lékařské i nelékařské profesionály k zájmu o nové poznatky a možnosti léčby nikotinové závislosti a odvykání kouření



## Referenční seznam

1. AL-SAHAB, Ban, Masarat SAQIB, Gabriel HAUSER a Hala TAMIM, 2010. Prevalence of smoking during pregnancy and associated risk factors among Canadian women: a national survey. *BMC Pregnancy and Childbirth*. **10**(1), 1 - 9. ISSN 1471-2393. Dostupné z: doi:10.1186/1471-2393-10-24
2. AMASHA, Hadayat A. a Malak S. JARADEH, 2012. Effect of Active and Passive smoking during pregnancy on its outcomes. *HEALTH SCIENCE JOURNAL*. **6**(2), 335 - 352.
3. AZAB, M., O. F. KHABOUR, K. H. ALZOUBI, M. M. ANABTAWI, M. QUTTINA, Y. KHADER a T. EISSENBERG, 2012. Exposure of Pregnant Women to Waterpipe and Cigarette Smoke. *Nicotine & Tobacco Research*. **15**(1), 231-237. ISSN 1462-2203. Dostupné z: doi:10.1093/ntr/nts119
4. BEENSTOCK, Jane, Falko F SNIEHOTTA, Martin WHITE, Ruth BELL, Eugene MG MILNE a Vera ARAUJO-SOARES, 2012. What helps and hinders midwives in engaging with pregnant women about stopping smoking? A cross-sectional survey of perceived implementation difficulties among midwives in the North East of England. *Implementation Science*. **7**(1), 1 - 10. ISSN 1748-5908. Dostupné z: doi:10.1186/1748-5908-7-36
5. BEN NATAN, M., V. GOLUBEV a V. SHAMRAI, 2010. Smoking during pregnancy: analysis of influencing factors using the Theory of Planned Behaviour. *International Nursing Review*. **57**(3), 388-394. ISSN 00208132. Dostupné z: doi:10.1111/j.1466-7657.2010.00807.x
6. BULL, Leona, Ronan BURKE, Siobhan WALSH a Emma WHITEHEAD, 2007. Social attitudes towards smoking in pregnancy in East Surrey: A qualitative study of smokers, former smokers and non-smokers. *Journal of Neonatal Nursing*. **13**(3), 100-106. ISSN 13551841. Dostupné z: doi:10.1016/j.jnn.2007.01.002
7. COLOMAR, Mercedes, Van T. TONG, Paola MORELLO, et al., 2015. Barriers and Promoters of an Evidenced-Based Smoking Cessation Counseling During Prenatal Care in Argentina and Uruguay. *Maternal and Child Health Journal*. **19**(7), 1481-1489. ISSN 1092-7875. Dostupné z: doi:10.1007/s10995-014-1652-3
8. EBERT, Lyn Maxine a Kathleen FAHY, 2007. Why do women continue to smoke in pregnancy? *Women and Birth*. **20**(4), 161-168. ISSN 18715192. Dostupné z: doi:10.1016/j.wombi.2007.08.002
9. ESPOSITO, Giuseppe, Rossella AMBROSIO, Francesco NAPOLITANO, Gabriella DI GIUSEPPE a Stephen D GINSBERG, 2015. Women's Knowledge, Attitudes and Behavior

about Maternal Risk Factors in Pregnancy. *PLOS ONE*. **10**(12), 1 - 12. ISSN 1932-6203. Dostupné z: doi:10.1371/journal.pone.0145873

10. EUROPEAN PERINATAL HEALTH REPORT:  
[https://www.europeristat.com/images/doc/EPHR2010\\_w\\_disclaimer.pdf](https://www.europeristat.com/images/doc/EPHR2010_w_disclaimer.pdf) [online], 2013. In: . 1 - 252 [cit. 2021-02-20]. Dostupné z:  
[https://www.europeristat.com/images/doc/EPHR2010\\_w\\_disclaimer.pdf](https://www.europeristat.com/images/doc/EPHR2010_w_disclaimer.pdf)
11. EVERETT-MURPHY, Katherine, Jeske PAIJMANS, Krisela STEYN, Catherine MATTHEWS, Maria EMMELIN a Zaino PETERSON, 2011. Scolders, carers or friends: South African midwives' contrasting styles of communication when discussing smoking cessation with pregnant women. *Midwifery*. **27**(4), 517-524. ISSN 02666138. Dostupné z: doi:10.1016/j.midw.2010.04.003
12. EVERETT, K., H. J. ODENDAAL a K. STEYN, 2005. Doctors' attitudes and practices regarding smoking cessation during pregnancy. *South African Medical Journal*. **95**(5), 350 - 354. ISSN 2078-5135. Dostupné také z:  
[file:///C:/Users/babus/Downloads/134609-Article%20Text-361637-1-10-20160425%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/babus/Downloads/134609-Article%20Text-361637-1-10-20160425%20(3).pdf)
13. FORMAN, Jane, James M. HARRIS, Fabiana LORENCATTO, Andy MCEWEN a Maria J. DUASO, 2017. National Survey of Smoking and Smoking Cessation Education Within UK Midwifery School Curricula. *Nicotine & Tobacco Research*. **19**(5), 591-596. ISSN 1462-2203. Dostupné z: doi:10.1093/ntr/ntw230
14. GIGLIA, Roslyn C, Colin W BINNS a Helman S ALFONSO, 2006. Which women stop smoking during pregnancy and the effect on breastfeeding duration. *BMC Public Health*. **6**(1), 1 - 8. ISSN 1471-2458. Dostupné z: doi:10.1186/1471-2458-6-195
15. GLOVER, Marewa a Anette KIRA, 2011. Why Māori women continue to smoke while pregnant. *THE NEW ZEALAND MEDICAL JOURNAL: Journal of the New Zealand Medical Association*. **124**(1339), 22 - 31. Dostupné také z:  
<http://www.sudinalnationalcoordination.co.nz/sites/default/files/2017-09/why%20maori%20women%20continue%20to%20smoke.pdf>
16. HAVELKOVÁ, Marie a Petr KACHLÍK, 2010. Vnímání nebezpečnosti kouření těhotnými ženami a potenciálními matkami. In: *ICOLLE 2010: Sborník z mezinárodní vědecké konference*. Brno: KONVOJ, 77 - 87. ISBN 978-80-7302-154-2.
17. HEMSING, Natalie, Lorraine GREAVES, Renée O'LEARY, Katharine CHAN a Chizimuzo OKOLI, 2012. Partner Support for Smoking Cessation During Pregnancy: A Systematic Review. *Nicotine & Tobacco Research*. **14**(7), 767-776. ISSN 1469-994X. Dostupné z: doi:10.1093/ntr/ntr278

18. HOLČÍK, Jiří a Martin KOMENDA, 2015. *Matematická biologie: e-learningová učebnice* [online]. Brno: Masarykova univerzita [cit. 2021-4-30]. ISBN 978-80-210-8095-9. Dostupné z: <https://portal.matematickabiologie.cz/index.php?pg=aplikovana-analyza-klinickyh-a-biologickyh-dat--biostatistika-pro-matematickou-biologii--asociace-ve-ctyropolni-tabulce--pomer-sanci>
19. KARDIA, Sharon L.R, Cynthia S POMERLEAU, Laura S ROZEK a Judith L MARKS, 2003. Association of parental smoking history with nicotine dependence, smoking rate, and psychological cofactors in adult smokers. *Addictive Behaviors*. **28**(8), 1447-1452. ISSN 03064603. Dostupné z: doi:10.1016/S0306-4603(02)00245-9
20. KOSHY, P., M. MACKENZIE, D. TAPPIN a L. BAULD, 2010. Smoking cessation during pregnancy: the influence of partners, family and friends on quitters and non-quitters. *Health and Social Care in the Community*. **18**(5), 500-510. ISSN 09660410. Dostupné z: doi:10.1111/j.1365-2524.2010.00926.x
21. KRÁLÍKOVÁ, Eva, 2004. Závislost na tabáku a možnosti léčby. *Česká a slovenská psychiatrie*. **100**(1), 13-18. ISSN 1212-0383.
22. KUTNOHORSKÁ, Jana, 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2069-2.
23. LAI, Ming-Cheng, Feng-Sha CHOU, Yann-Jy YANG, Chih-Chien WANG a Ming-Chang LEE, 2013. Tobacco Use and Environmental Smoke Exposure among Taiwanese Pregnant Smokers and Recent Quitters: Risk Perception, Attitude, and Avoidance Behavior. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. **10**(9), 4104-4116. ISSN 1660-4601. Dostupné z: doi:10.3390/ijerph10094104
24. LANGE, Shannon, Charlotte PROBST, Jürgen REHM a Svetlana POPOVA, 2018. National, regional, and global prevalence of smoking during pregnancy in the general population: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*. **6**(7), e769-e776. ISSN 2214109X. Dostupné z: doi:10.1016/S2214-109X(18)30223-7
25. MURPHY, K., K. STEYN a C. MATHEWS, 2016. The midwife's role in providing smoking cessation interventions for pregnant women: The views of midwives working with high risk, disadvantaged women in public sector antenatal services in South Africa. *International Journal of Nursing Studies*. **53**, 228-237. ISSN 00207489. Dostupné z: doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.08.004
26. OUDE WESSELINK, Sandra F., Annemiek STOOPENDAAL, Vicki ERASMUS, Déan SMITS, Johan P. MACKENBACH, Hester F. LINGSMA a Paul B. M. ROBBEN, 2017. Government supervision on quality of smoking-cessation counselling in midwifery practices: a qualitative exploration. *BMC Health Services Research*. **17**(1), 1 - 12. ISSN 1472-6963. Dostupné z: doi:10.1186/s12913-017-2198-z

27. OUDE WESSELINK, S. F., H. F. LINGSMA, P. G. J. REULINGS, H. R. WENTZEL, V. ERASMUS, P. B. M. ROBBEN a J. P. MACKENBACH, 2015. Does Government Supervision Improve Stop-Smoking Counseling in Midwifery Practices? *Nicotine & Tobacco Research*. **17**(5), 572-579. ISSN 1462-2203. Dostupné z: doi:10.1093/ntr/ntu190
28. PARADIS, A. D., G. M. FITZMAURICE, K. C. KOENEN a S. L. BUKA, 2011. Maternal smoking during pregnancy and criminal offending among adult offspring. *J Epidemiol Community Health*. **65**(12), 1145-1150. ISSN 0143-005X. Dostupné z: doi:10.1136/jech.2009.095802
29. PASSEY, Megan E., Jo M. LONGMAN, Catherine ADAMS, Jennifer J. JOHNSTON, Jessica SIMMS a Margaret ROLFE, 2020. Factors associated with provision of smoking cessation support to pregnant women – a cross-sectional survey of midwives in New South Wales, Australia. *BMC Pregnancy and Childbirth*. **20**(1), 1 - 10. ISSN 1471-2393. Dostupné z: doi:10.1186/s12884-020-02912-0
30. PAVLÍK, Tomáš a Ladislav DUŠEK, 2012. *Biostatistika* [online]. Brno: Akademické nakladatelství CERM [cit. 2021-5-11]. ISBN 978-80-7204-782-6. Dostupné z: <https://www.matematickabiologie.cz/res/file/ucebnice/pavlik-biostatistika-v2.pdf>
31. PETERSON, Arthur V., Brian G. LEROUX, Jonathan BRICKER, Kathleen A. KEALEY, Patrick M. MAREK, Irwin G. SARASON a M. Robyn ANDERSEN, 2006. Nine-year prediction of adolescent smoking by number of smoking parents. *Addictive Behaviors*. **31**(5), 788-801. ISSN 03064603. Dostupné z: doi:10.1016/j.addbeh.2005.06.003
32. SPINDEL, Eliot R. a Cindy T. MCEVOY, 2016. The Role of Nicotine in the Effects of Maternal Smoking during Pregnancy on Lung Development and Childhood Respiratory Disease. Implications for Dangers of E-Cigarettes. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. **193**(5), 486-494. ISSN 1073-449X. Dostupné z: doi:10.1164/rccm.201510-2013PP
33. STROUD, Laura R., George D. PAPANDONATOS, Edmond SHENASSA, Daniel RODRIGUEZ, Raymond NIAURA, Kaja Z. LEWINN, Lewis P. LIPSITT a Stephen L. BUKA, 2014. Prenatal Glucocorticoids and Maternal Smoking During Pregnancy Independently Program Adult Nicotine Dependence in Daughters: A 40-Year Prospective Study. *Biological Psychiatry*. **75**(1), 47-55. ISSN 00063223. Dostupné z: doi:10.1016/j.biopsych.2013.07.024
34. ŠÍDOVÁ, Markéta a Lenka ŠTASTNÁ, 2014. Kouření tabáku a motivace ke změně v souvislosti s těhotenstvím. *Psychologie a její kontexty*. **5**(2), 47 - 62. Dostupné také z: [https://psychkont.osu.cz/fulltext/2014/Sidova,Stastna\\_2014\\_2.pdf](https://psychkont.osu.cz/fulltext/2014/Sidova,Stastna_2014_2.pdf)

35. ŠÍDOVÁ, Markéta a Lenka ŠŤASTNÁ, 2015. Kouření v těhotenství. *ADIKTOLOGIE*. **15**(2), 164 - 172. Dostupné také z: <http://199757.w57.wedos.ws/wp-content/uploads/2018/09/sidova.pdf>
36. ŠTĚPÁNKOVÁ, Lenka, 2008. Mezinárodní doporučení pro odvykání kouření v primární péči: IPCRG (International Primary Care Respiratory Group). *Postgraduální medicína. Mezinárodní doporučení léčby závislosti na tabáku - klíčová role ambulantních lékařů*. **10**(Mimoř. příl.), 28-50. ISSN 1212-4184.
37. THOMPSON, K. A., 2004. Women's perceptions of support from partners, family members and close friends for smoking cessation during pregnancy--combining quantitative and qualitative findings. *Health Education Research*. **19**(1), 29-39. ISSN 1465-3648. Dostupné z: doi:10.1093/her/cyg013
38. VILLALBÍ, Joan R., Joaquin SALVADOR, Gemma CANO-SERRAL, Maica C. RODRÍGUEZ-SANZ a Carme BORRELL, 2007. Maternal smoking, social class and outcomes of pregnancy. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*. **21**(5), 441-447. ISSN 0269-5022. Dostupné z: doi:10.1111/j.1365-3016.2007.00845.x

## Seznam zkratk

angl.	Anglicky
IUGR	Intrauterinní růstová restrikce (Intrauterine growth restriction)
SIDS	Syndrom náhlého úmrtí kojence (Sudden infant death syndrom)
ADHD	Poruchy pozornosti s hyperaktivitou (Attention deficit hyperactivity disorder)
PA	Porodní asistentka / Porodní asistentky
V-MIS	Strategie minimální intervence pro poradenství při odvykání kouření v praxi porodních asistentek (Minimal intervention strategy for smoking-cessation counselling for midwifery practices)
5A	Z anglického Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange follow-up
5P	Ptejte se, Porad'te, Posuďte ochotu přestat kouřit, Pomozte přestat kouřit, Plánujte kontrolní návštěvy

## Seznam tabulek

Tabulka 1 - Věkové kategorie respondentek .....	27
Tabulka 2 - Nejvyšší dosažené vzdělání.....	27
Tabulka 3 - Stupeň těhotenství .....	28
Tabulka 4 - Plánování těhotenství .....	28
Tabulka 5 - Odvykání kouření před plánovaným otěhotněním.....	29
Tabulka 6 - Počet vykouřených cigaret před těhotenstvím .....	29
Tabulka 7 - Odvykání kouření v souvislosti s těhotenstvím .....	30
Tabulka 8 - Doba odvykání kouření v souvislosti s těhotenstvím.....	30
Tabulka 9 - Aktuální počet vykouřených cigaret .....	31
Tabulka 10 - Počet dětí.....	31
Tabulka 11 - Kouření v předchozích těhotenstvích.....	32
Tabulka 12 - Pokračování v nekuřáctví po těhotenství .....	32
Tabulka 13 - Názor respondentek na kouření v těhotenství .....	33
Tabulka 14 - Důvody aktivního kouření v těhotenství .....	33
Tabulka 15 - Kuřáctví rodičů respondentek .....	34
Tabulka 16 - Soužití s kuřákem .....	34
Tabulka 17 - Podpora partnera kuřáka během těhotenství .....	35
Tabulka 18 - Zjišťování kuřáctví žen ze strany gynekologa .....	35
Tabulka 19 - Zdroje informací o rizicích kouření v těhotenství.....	36
Tabulka 20 - Počet informačních zdrojů .....	37
Tabulka 21 - Znalost rizik kouření na těhotenství (chybné odpovědi jsou označeny šedě).....	38
Tabulka 22 - Kategorie žen dle úspěšnosti v odvykání kouření v souvislosti se znalostmi rizik kouření v těhotenství (viz tabulka 21) .....	39
Tabulka 23 - Fagerströmův test nikotinové závislosti.....	40
Tabulka 24 - Souvislost mezi dosaženým vzděláním ženy a pokračováním kouření v graviditě .....	41
Tabulka 25 - Pozorované a očekávané četnosti u první hypotézy.....	42
Tabulka 26 - Výstup z SPSS vztahující se k první hypotéze .....	42
Tabulka 27 - Souvislost mezi plánováním těhotenství a pokračováním kouření žen v graviditě .....	43
Tabulka 28 - Pozorované a očekávané četnosti u druhé hypotézy .....	44
Tabulka 29 - Výstup z SPSS vztahující se k druhé hypotéze.....	44

Tabulka 30 - Závislost mezi věkem ženy a pokračováním kouření v graviditě .....	44
Tabulka 31 - Pozorované a očekávané četnosti u třetí hypotézy.....	45
Tabulka 32 - Výstup z SPSS vztahující se k třetí hypotéze .....	46
Tabulka 33 - Souvislost mezi počtem vykouřených cigaret před těhotenstvím a pokračováním kouření v graviditě.....	46
Tabulka 34 - Pozorované a očekávané četnosti u čtvrté hypotézy .....	48
Tabulka 35 - Výstup z SPSS vztahující se ke čtvrté hypotéze .....	48
Tabulka 36 - Souvislost mezi paritou ženy a pokračováním kouření v graviditě .....	49
Tabulka 37 - Pozorované a očekávané četnosti u páté hypotézy .....	50
Tabulka 38 - Výstup z SPSS vztahující se k páté hypotéze .....	50
Tabulka 39 - Souvislost mezi sdílením společné domácnosti s kuřákem a pokračováním kouření v graviditě.....	51
Tabulka 40 - Pozorované a očekávané četnosti u šesté hypotézy .....	52
Tabulka 41 - Výstup z SPSS vztahující se k šesté hypotéze .....	52
Tabulka 42 - Souvislost mezi rodiči kuřáky a pokračováním kouření v graviditě.....	53
Tabulka 43 - Pozorované a očekávané četnosti u sedmé hypotézy.....	54
Tabulka 44 - Výstup z SPSS vztahující se k sedmé hypotéze.....	54



## Seznam grafů

Graf 1 - Závislost mezi dosaženým vzděláním ženy a pokračováním kouření v graviditě.....	41
Graf 2 - Závislost mezi plánováním těhotenství a pokračováním kouření žen v graviditě.....	43
Graf 3 - Závislost mezi věkem ženy a pokračováním kouření v graviditě.....	45
Graf 4 - Závislost mezi počtem vykouřených cigaret před těhotenstvím a pokračováním kouření v graviditě.....	47
Graf 5 - Závislost mezi počtem dětí a pokračováním kouření v graviditě.....	49
Graf 6 - Závislost sdílením společné domácnosti s kuřákem a pokračováním kouření v graviditě.....	51
Graf 7 - Závislost mezi rodiči kuřáky a pokračováním kouření v graviditě.....	53

## **Seznam příloh**

Příloha 1 - Dotazník.....	75
Příloha 2 - Fagerströmův test nikotinové závislosti .....	79
Příloha 3 - Informovaný souhlas .....	80
Příloha 4 - Souhlas s realizací výzkumného šetření ve FNOL .....	82
Příloha 5 - Souhlas s realizací výzkumného šetření v G-centru Olomouc, s. r. o. ....	84
Příloha 6 - Souhlasné stanovisko Etické komise FZV UPOL .....	85

# Přílohy

## Příloha 1 - Dotazník

### Dotazník „Kouření v těhotenství“

Vážená pani/ vážená slečno,

Tento dotazník je určen k vyplnění pro gravidní ženy a ženy do šesti týdnů po porodu, které v období bezprostředně před otěhotněním nebo během těhotenství kouřily/kouří. Všechny informace budou anonymně zpracovány a využity pouze za účelem vytvoření mé diplomové práce. V případě jakýchkoli nejasností mě můžete kontaktovat na email: barbora.vyslouzilova01@upol.cz.

Za vyplnění dotazníku Vám předem děkuji a přeji spoustu příjemných chvil jak v těhotenství, tak i v mateřství.

1. Kolik je Vám let?
  - a. 18 – 25
  - b. 26 – 30
  - c. 31 – 40
  - d. 41 – 45
  - e. Více než 45
  
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
  - a. Základní
  - b. Středoškolské bez maturity
  - c. Středoškolské s maturitou
  - d. Vysokoškolské
  
3. V jakém stupni těhotenství se nacházíte?
  - a. Početi – 14+0
  - b. 14+1 – 22+0
  - c. 22+1 – 28+0
  - d. 28+1 – 34+0
  - e. 34+1 – 37+0
  - f. 37+1 – 42+0
  - g. Jsem v období šestinedělí
  
4. Plánovala jste nynější těhotenství?
  - a. Ano, plánovala
  - b. Ne, neplánovala
  
5. Pokud ano, přestala jste kouřit již před plánovaným otěhotněním? *(Pokud byla Vaše odpověď na předchozí otázku za „b“, tuto otázku vynechejte.)*
  - a. Ano, přestala jsem několik týdnů před otěhotněním
  - b. Ano, hned po prvním nechráněném pohlavním styku za účelem početí
  - c. Ne, nepovažovala jsem to za důležité
  
6. Kolik cigaret denně jste vykouřila, než jste se dozvěděla, že jste těhotná/než jste těhotenství plánovala?
  - a. 1 – 5
  - b. 6 – 10
  - c. 11 – 15
  - d. 16 – 20
  - e. 21 a více

7. Přestala jste kouřit v souvislosti s těhotenstvím?
- Ano, úspěšně
  - Ano, ale neúspěšně
  - Ne, kouřím stále
8. Pokud ano, v jakém stupni těhotenství jste se pokusila přestat kouřit? (Pokud byla Vaše odpověď na předchozí otázku za „c“, tuto otázku vynechejte.)
- Před plánovaným těhotenstvím
  - Hned jak jsem se dozvěděla, že jsem těhotná
  - Do konce 1. měsíce
  - Do konce 2. měsíce
  - Do konce 3. měsíce
  - Od začátku 4. měsíce do konce 6. měsíce
  - Od začátku 7. měsíce do porodu
9. Kolik cigaret denně kouříte nyní?
- žádnou
  - 1 – 5
  - 6 – 10
  - 11 – 15
  - 16 – 20
  - 21 a více
10. Kolik máte dětí? (Nepočítejte nynější těhotenství.)
- Žádné
  - 1
  - 2
  - 3
  - 4 a více
11. Pokud máte více dětí, kouřila jste v předchozích těhotenstvích? (Pokud byla Vaše odpověď na předchozí otázku za „a“, tuto otázku vynechejte.)
- Ano, ve všech
  - Ano, ale ne ve všech
  - Ne, v žádném
12. Pokud jste se rozhodla přestat kouřit v těhotenství, hodláte vytrvat v nekouření i nadále? (Pokud jste se nerozhodla přestat kouřit v těhotenství, otázku vynechejte.)
- Určitě ano
  - Spiše ano
  - Nejsem si jistá
  - Spiše ne
  - Určitě ne
13. Jaký je váš názor na kouření v těhotenství? (Zakroužkujte odpověď nejvíce se blížící Vašemu názoru.)
- Vím, že by se kouřit nemělo, proto jsem přestala
  - Vím, že by se kouřit nemělo, ale nemůžu si pomoci
  - Myslím si, že kouření těhotenství nijak neškodí
  - Vím, že kouření v těhotenství škodí, ale ne zase tolik, abych s tím přestala

14. Jaké důvody vás vedou k aktivnímu kouření v těhotenství? *(Pokud aktivně nekouříte, otázku vynechejte.)*
- Cigarety mi chutnají a už jsem zvyklá
  - Těhotenství není důvod přestat
  - Nedokázala bych přestat úplně, ale počet cigaret jsem omezila
  - Jiné:  
.....  
.....  
.....
15. Kouří nebo kouřili Vaši rodiče?
- Ano, alespoň jeden kouřil dříve
  - Ano, alespoň jeden kouří stále
  - Ne, nikdy nekouřili
16. Žijete s kuřákem ve společné domácnosti?
- Ano, kouří se v jakékoli místnosti
  - Ano, kouří se pouze v jedné místnosti nebo na balkoně
  - Ano, ale doma se vůbec nekouří
  - Ne
17. Pokud ano, uvítala byste, aby přestal kouřit alespoň po dobu Vašeho těhotenství v rámci Vaší podpory? *(Pokud byla Vaše odpověď na předchozí otázku za „d“, tuto otázku vynechejte.)*
- Ano, uvítala
  - Nevím, nepřipadá mi to důležité
  - Ne, není to pro mě nutností, ale pasivnímu kouření se vyhýbám
  - Ne, nevádí mi, i když kouří v mé blízkosti
18. Zjišťoval Váš gynekolog při potvrzení těhotenství, zda kouříte?
- Ano, ptal se mě
  - Ne, neptal se mě
19. Kde jste se setkala s informacemi o rizicích kouření v těhotenství? *(Možno označit více možností.)*
- Od Vašeho gynekologa
  - Jinde ve zdravotnickém zařízení
  - Na kurzu pro těhotné
  - Z brožurky
  - Z knih o těhotenství apod.
  - Z internetu
  - Od kamarádky, známé osoby apod.
  - Jiné:  
.....  
.....  
.....

20. Jaká jsou podle Vás rizika vlivu kouření na těhotenství? – odpovídající zakřížkujte  
(Možno více možností.)

	Riziko nemožnosti otěhotnění		Riziko pupečnickových uzlů
	Riziko spontánního potratu		Riziko nedostatečného zásobení plodu kyslíkem
	Riziko předčasného porodu		Riziko neprotřžení vaku blan (neprasknutí vody)
	Riziko vyvolávaného porodu		Riziko intrauterinní růstové restrikce (menší vzrůst dítěte v děloze)
	Riziko ruptury dělohy		Riziko hypertrofie plodu (větší vzrůst dítěte v děloze)
	Riziko vzniku včestné placenty		Riziko vzniku syndromu náhlého úmrtí dítěte
	Riziko předčasného odlučování placenty		Vyšší riziko vzniku zhoubného nádoru u dítěte (v dětství i v dospělosti)

Část pouze pro aktivní kuřáčky - Fagerströmův test

- Jak brzy po probuzení si zapálíte svou první cigaretu?
  - Do 5 minut
  - Za 6 – 30 minut
  - Po 31- 60 minut
  - Po 60 ti minutách
- Je pro vás obtížné nekouřit v místech, kde není kouření dovoleno?
  - Ano
  - Ne
- Kterou cigaretu byste nerada postrádala?
  - První ráno
  - Kteroukoliv jinou
- Kolik cigaret denně kouříte?
  - 0 – 10
  - 11- 20
  - 21 – 30
  - 31 a více
- Kouříte častěji během dopoledne?
  - Ano
  - Ne
- Kouříte, i když jste nemocná a upoutána na lůžko?
  - Ano
  - Ne

## Příloha 2 - Fagerströmův test nikotinové závislosti

### Fagerströmův test nikotinové závislosti

- 1. Jak brzy po probuzení si zapálíte svou první cigaretu?**
  - a) Do 5 minut (3 body)
  - b) Za 6-30 minut (2 body)
  - c) Za 31-60 minut (1 bod)
  - d) Po 60 minutách (0 bodů)
  
- 2. Je pro vás obtížné nekouřit v místech, kde není kouření dovoleno?**
  - a) Ano (1 bod)
  - b) Ne (0 bodů)
  
- 3. Kterou cigaretu byste nerad postrádal?**
  - a) První ráno (1 bod)
  - b) Kteroukoli jinou (0 bodů)
  
- 4. Kolik cigaret denně kouříte?**
  - a) 0-10 (0 bodů)
  - b) 11-20 (1 bod)
  - c) 21-30 (2 body)
  - d) 31 a více (3 body)
  
- 5. Kouříte častěji během dopoledne?**
  - a) Ano (1 bod)
  - b) Ne (0 bodů)
  
- 6. Kouříte, i když jste nemocen a upoután na lůžko?**
  - a) Ano (1 bod)
  - b) Ne (0 bodů)

### Vyhodnocení Fagerströмова testu nikotinové závislosti

- Velmi nízká nebo žádná závislost (0-2 body)
- Nízká závislost (3-4 body)
- Střední závislost (5 bodů)
- Vysoká závislost (6-7 bodů)
- Velmi vysoká závislost (8-10 bodů)

Zdroj:  
(Králiková, 2004, s. 13 - 18)



Fakulta  
zdravotnických věd

Genius loci ...

### **Informovaný souhlas**

Pro výzkumný projekt: Postoj těhotných kuřáček ke kouření během gravidity

Období realizace: 1. 9. 2020 – 28. 2. 2021

Řešitelé projektu: Bc. Barbora Vysloužilová

vedoucí práce - doc. PhDr. Yveta Vrublová, Ph.D

Vážená paní,

obracíme se na Vás se žádostí o spolupráci na výzkumném šetření, jehož cílem je zjistit, zda se mění postoj kuřáček ke kouření v průběhu těhotenství a u kterých skupin žen se omezení kouření vyskytuje nejčastěji; zjistit, zda existuje souvislost mezi ženami kouřícími během těhotenství a kuřákem ve společné domácnosti / v rodině a zjistit, jaké mají ženy informace o škodlivých účincích a možných následcích kouření v těhotenství. Předmětem výzkumu je kouření v těhotenství. Pro tento účel bylo zvoleno dotazníkové šetření. Vyplnění dotazníku nepřesahuje 30 minut. Z účasti na výzkumu pro Vás nevyplývají žádné výhody či rizika.

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu. Řešitel/ka projektu mne informoval/a o podstatě výzkumu a seznámil/a mne s cíli a metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, podobně jako s výhodami a riziky, které pro mne z účasti na projektu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou anonymně zpracovány, použity jen pro účely výzkumu a že výsledky výzkumu mohou být anonymně publikovány.

Měl/a jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měl/a jsem možnost se řešitele/ky zeptat na vše, co jsem považoval/a za pro mne podstatné a potřebné vědět. Na tyto mé dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou




odpověď. Jsem informován/a , že mám možnost kdykoliv od spolupráce na výzkumu odstoupit, a to i bez udání důvodu.

Osobní údaje (sociodemografická data) účastníka výzkumu budou v rámci výzkumného projektu zpracována v souladu s nařízením Evropského parlamentu a Rady EU 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (dále jen „nařízení“).

Prohlašuji, že beru na vědomí informace obsažené v tomto informovaném souhlasu a souhlasím se zpracováním osobních a citlivých údajů účastníka výzkumu v rozsahu a způsobem a za účelem specifikovaným v tomto informovaném souhlasu.

**Vyplněním tohoto dotazníku souhlasím s účastí na výše uvedeném projektu.**

Příloha 4 - Souhlas s realizací výzkumného šetření ve FNOL

 **FAKULTNÍ NEMOCNICE  
OLMOUC**  
I. P. Pavlova 185/6, 779 00 Olomouc  
Tel. 568 441 111, E-mail: [info@fnol.cz](mailto:info@fnol.cz)  
IČ: 00096892

Fm-MP-G015-05-ZADOST-001

**ODBOR KVALITY**

verze č. 1, str. 1/2

---

**Žádost o poskytnutí informace pro studijní účely/sběr dat**

Jméno a příjmení žadatele: Barbora Vysloužilová

Datum narození: 5. 6. 1996 Telefon: 776482556 E-mail: barbora.vyslouzilova01@upol.cz

Kontaktní adresa: Zikova 5, Olomouc, 77900

Přesný název školy/fakulty: Fakulta zdravotnických věd, Univerzita Palackého

Obor studia: Intenzivní péče v porodní asistenci

Forma studia:  prezenční  kombinovaná  distanční

**Téma závěrečné práce:**  
Kouření v těhotenství

**Žadatel ve FNOL koná odbornou praxí:**  
 ANO na pracovišti: Novorozenecké oddělení v termínu od: 8. 7. 2020 do: 24. 7. 2020  
 NE

**Žadatel je zaměstnancem FNOL:**  
 ANO na pracovišti: \_\_\_\_\_  
 NE

Pracoviště FNOL dotčená průzkumem: Porodnicko-gynekologická klinika, ambulance předporodní péče, CFM

**Účel žádosti:**  
 sběr dat/zjišťování informací pro zpracování diplomové/bakalářské práce  
 sběr dat/zjišťování informací pro zpracování seminární/odborné práce  
 sběr dat/zjišťování informací pro jiný účel: (uveďte): \_\_\_\_\_

**Požadavek na (zaškrtněte):**  
*V případě, že žadatel potřebuje získat informaci o počtech vyšetření/ošetření a předem má souhlas konkrétního pracoviště, že tato data mu budou poskytnuta vedením tohoto pracoviště bez nutnosti jeho nahlížení do zdravotnické dokumentace pacientů, vyplní oddíl „Ostatní – statistická data“. Jinak vyplní oddíl „Nahlížení do zdr. dokumentace“.*

**Dotazníková akce**  pro pacienty FNOL  pro zaměstnance FNOL

Počet respondentů, kteří budou vyplňovat dotazník: 50 - 80

Termín, kdy proběhne vyplnění dotazníků: od: 1. 9. 2020 do: 28. 2. 2021

K vyplněné žádosti je nutno doložit vzor vašeho dotazníku.

**Nahlížení do zdravotnické dokumentace**  
Předpokládaný počet kusů zdravotnické dokumentace, do které bude žadatel nahlížet: \_\_\_\_\_  
Termín, ve kterém bude žadatel nahlížet do zdravotnické dokumentace: od: \_\_\_\_\_ do: \_\_\_\_\_  
Přesná specifikace co bude žadatel vyhledávat ve zdravotnické dokumentaci: \_\_\_\_\_

Ostatní

kazuistika – počet:

vedení rozhovoru s pacientem FNOL – počet pacientů: \_\_\_\_\_

vedení rozhovoru se zaměstnancem FNOL – počet zaměstnanců: \_\_\_\_\_ povolání: \_\_\_\_\_

K vyplněné žádosti je nutno doložit vzor rozhovoru (orientační okruh otázek).

statistická data – informace o počtech např. zdravotnických výkonů, vyšetření, určité agendy (např. porodnost), přístrojích

jiné (specifikujte):

Za které období budou data zjišťována: Data budou zjišťována za období těhotenství žen

Kdy proběhne sběr dat žadatelem: od: 1. 9. 2020 do: 31. 1. 2021

Přesná specifikace co bude žadatel zjišťovat: Zjišťován bude postoj těhotných kuřáček v průběhu těhotenství. Konkrétně - u kterých skupin žen se omezení kouření vyskytuje nejčastěji, zda existuje souvislost mezi ženami kouřícími během těhotenství a kuřákem ve společné domácnosti / v rodině a jaké mají ženy informace o škodlivých účincích a možných následcích kouření v těhotenství.

**Způsob zveřejnění závěrečné/seminární práce:** Práce bude po obhajobě nevydělečně zveřejněna v databázi kvalifikačních prací a bude dostupná na Portálu UP.

**Budete FNOL uvádět jako „zdroj dat“ ve své práci?**  ANO  NE

Poučení:

Žadatel souhlasí se zpracováním jeho osobních údajů dle zásad GDPR pro účely evidence této žádosti. Zavazuje se zachovat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat/informací.

Žadatel (datum podpis):

29. 6. 2020

Ing. Bc. Andrea Drobiličová

Schválil (datum podpis):

29. 6. 2020

Ing. Bc. Andrea Drobiličová  
Náměstkyně lékařských oborů  
Fakultní nemocnice Olomouc

**Poznámky:**



Univerzita Palackého  
v Olomouci

Vedoucí sestra Lucie Antesová  
G-CENTRUM Olomouc s.r.o  
Horní nám. 285/8, 772 00 Olomouc

### Žádost o umožnění výzkumného šetření v rámci diplomové práce

Vážená paní Antesová,

Obracím se na Vás s žádostí o umožnění výzkumného šetření v rámci mé diplomové práce na téma kouření v těhotenství. Vedoucí práce je paní doc. PhDr. Yvetta Vrublová, Ph.D. ze Slezské univerzity v Opavě.

V rámci výzkumného šetření se zabývám postojem těhotných kuřaček ke kouření během těhotenství. Chtěla bych zjistit, zda se mění postoj kuřaček ke kouření v průběhu těhotenství a u kterých skupin žen se omezení kouření vyskytuje nejčastěji; dále zda existuje souvislost mezi ženami kouřícími během těhotenství a kuřákem ve společné domácnosti / v rodině a zda jsou ženy dostatečně informovány o škodlivých účincích a možných následcích kouření v těhotenství. Mám zájem oslovit gravidní klientky, které přicházejí do Vaší ambulance. Jako techniku výzkumu jsem zvolila dotazník. Sběr dat bude probíhat v termínu od 1. 9. 2020 do 28. 2. 2021.

Výsledky budou zpracovány anonymně. Diplomová práce bude po obhajobě nevydělečně zveřejněna v databázi kvalifikačních prací a bude dostupná na Portálu UP.

Chtěla bych Vás touto cestou požádat o souhlas k provedení tohoto výzkumu ve vaší instituci. Předem děkuji za Vaše vyjádření.

Bc. Barbora Vysloužilová  
1. ročník oboru Intenzivní péče v porodní asistenci  
FZV, Univerzita Palackého v Olomouci

#### Vyjádření instituce:

Žádost povolena   
Žádost zamítnuta

Datum:

30.6. 2020



Podpis a razítko zařízení:

MUDr. Aleš SKŘIVÁNEK



Fakulta  
zdravotnických věd

UPOL-117648/1030S-2020

**Vážená paní  
Barbora Vysloužilová**

2020-14-07

Vyjádření Etické komise FZV UP

Vážená paní Vysloužilová,

na základě Vaší Žádosti o stanovisko Etické komise FZV UP byla Vaše výzkumná část diplomové práce posouzena a po vyhodnocení všech zaslaných dokumentů Vám sdělujeme, že diplomové práci s názvem „**Postoj těhotných kuřáček ke kouření během gravidity**“, jehož jste hlavní řešitelkou, bylo uděleno

**souhlasné stanovisko Etické komise FZV UP .**

S pozdravem,

Mgr. Lenka Mazalová, Ph.D.  
předsedkyně  
Etické komise FZV UP

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI  
Fakulta zdravotnických věd  
Etická komise  
Hněvotínská 3, 775 15 Olomouc