

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Mgr. Markéta Šídová

Kouření tabáku a motivace ke změně v souvislosti s těhotenstvím

Tobacco smoking and motivation to change in relation to pregnancy

Diplomová práce

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

Praha, 2013

Prohlášení:

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

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

V Praze, 30.07.2013

Markéta ŠÍDOVÁ

.....

Identifikační záznam:

ŠÍDOVÁ, Markéta. *Kouření tabáku a motivace ke změně v souvislosti s těhotenstvím. [Tobacco smoking and motivation to change in relation to pregnancy]*. Praha, 2013. 145 s., 2 příl. Magisterská práce (Mgr.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Psychiatrická klinika Klinika Adiktologie. Vedoucí práce Mgr. Lenka Šťastná, Ph.D.

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Jméno: **Mgr. Markéta Šídová**

Obor: **Adiktologie**

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

Počet stran: 145

Název diplomové práce:

Kouření tabáku a motivace ke změně v souvislosti s těhotenstvím

Abstrakt:

Východiska: Těhotenství poskytuje kouřícím ženám příležitost změnit svůj postoj ke kouření tabáku. V České republice dosud chybí práce popisující motivaci ke změně kouření právě v souvislosti s těhotenstvím.

Cíle práce: Popsat základní motivaci k ukončení kouření u těhotných žen.

Metody: Kvantitativní dotazníkové šetření. Dotazník se skládá ze čtyř částí (anamnéza, získávání informací o kouření v těhotenství, motivace ke změně kuřáckého chování, Fagerströmův test nikotinové závislosti). Motivační část je inspirována Reasons for Quitting Scale (RFQ).

Hodnocení pomocí deskriptivní statistiky a neparametrických statistických testů.

Soubor: Práce analyzuje dva soubory těhotných žen – elektronický (sběr pomocí webového formuláře, N = 96) a klinický (sběr na Gynekologicko-porodnické klinice 1. LF a VFN, N = 40). Soubory jsou děleny na 4 podskupiny dle aktuálního kuřáckého chování.

Výsledky: Většina žen v obou souborech nekouří a nikdy nekouřila či přestala v souvislosti s těhotenstvím. Prevalence kouření v těhotenství je v elektronickém souboru 17 % a v klinickém souboru 8 %. Ústřední motiv pro změnu kouření v těhotenství je zdraví nenarozeného potomka. Motivace žen z různých skupin kuřáckého chování (přestaly, omezily) se liší alespoň v dimenzi vnitřní motivace.

Závěr: Všechny respondentky s kouřením v anamnéze učinily ve svém kuřáckém chování změnu (přestaly kouřit či kouření omezily). Těhotenství je tedy skutečně obdobím se silným motivačním potenciálem pro změnu kouření ženy – budoucí matky.

Klíčová slova: kouření v těhotenství, kouření tabáku, motivace ke změně, informace o kouření v těhotenství

ABSTRACT OF THE THESIS

Name: **Mgr. Markéta Šídová**

Specialization: **Adiktologie**

Head of the thesis: **Mgr. Lenka Št'astná, Ph.D.**

Pages: 145

The name of thesis:

Tobacco smoking and motivation to change in relation to pregnancy

Abstract:

Background: The pregnancy gives the smoking women the opportunity to change their attitude to smoking tobacco. In the Czech Republic is still missing a study describing the motivation to change smoking specifically in connection with pregnancy.

Goals: Describe the basic motivation to stop smoking by pregnant women.

Methods: Quantitative survey. The questionnaire consists of four sections (anamnesis, gathering information about smoking during pregnancy, motivation to change smoking behaviour, Fagerström Test of Nicotine Dependence). Motivation section is inspired by Reasons for Quitting Scale (RFQ).

Evaluation using the descriptive statistics and non-parametric statistical tests.

File: The study analyses two sets of pregnant women - electronic (collection via web form, N = 96) and clinical (collection from the Department of Gynaecology and Obstetrics, 1st Faculty of Medicine and VFN, N = 40). The files are divided into 4 subgroups according to the current smoking behaviour.

Results: Most women in both groups do not smoke and have never smoked or stopped in connection with pregnancy. Prevalence of smoking in pregnancy is in the electronic file 17% and 8% in the clinical file. The central motive for changing smoking in pregnancy is the health of the unborn child. Women motivation from different groups of smoking behaviour (have stopped, limited) is different at least in the dimension of intrinsic motivation.

Conclusion: All respondents in an anamnesis of smoking have made a change in their smoking behaviour (have stopped smoking or limited smoking). Pregnancy is indeed a period with strong motivational potential to change women smoking – future mother.

Keywords: smoking in pregnancy, tobacco smoking, motivation to change, information about smoking during pregnancy

Poděkování:

Za odborné vedení, cenné rady a čas mi věnovaný děkuji vedoucí mé diplomové práce Mgr. Lence Šťastné, Ph.D. Za sběr dat na Gynekologicko-porodnické klinice 1. LF a VFN děkuji MUDr. Karolíně Adamcové. Mgr. Martinu Titmanovi děkuji za korektury textu. V neposlední řadě děkuji svému manželovi Michalovi, celé rodině a přátelům Noře a Martinovi za bezmeznou podporu a trpělivost.

Obsah

Úvod	12
1 Kouření tabáku	14
1.1 Prevalence kouření tabáku v ČR.....	15
2 Kouření v těhotenství	19
2.1 Prevalence kouření v těhotenství	19
2.2 Následky na straně kouřící ženy – matky	23
2.2.1 Mimoděložní těhotenství.....	23
2.2.2 Placenta previa	24
2.2.3 Abrupce placenty	24
2.2.4 Spontánní potraty.....	24
2.2.5 Předčasné ukončení těhotenství a předčasný odtok plodové vody	25
2.2.6 Pre-eklampsie	25
2.2.7 Jiná rizika kouření na straně těhotné ženy	25
2.2.8 Komplikace kojení	26
2.3 Následky na straně plodu – dítěte	26
2.3.1 Fetální tabákový syndrom.....	26
2.3.2 Syndrom náhlého úmrtí (SIDS)	28
2.3.3 Vrozené vývojové vady	28
2.3.4 Nemoci dýchacího ústrojí	29
2.3.5 Zvýšené riziko zhoubných nádorů v dětství	29
2.3.6 Kardiovaskulární rizika.....	30
2.3.7 Neurální poškození a behaviorální poruchy	30
2.3.8 Jiné následky prenatální expozice kouření.....	31
2.4 Pasivní kouření v těhotenství.....	31
2.5 Odvykání kouření v těhotenství	32
2.5.1 Intervence k odvykání kouření v těhotenství.....	33
2.5.2 Náhradní nikotinová terapie v těhotenství (NNT).....	34
3 Motivace ke změně	36
3.1 Psychologie motivace	37
3.1.1 Potřeby a motivace.....	38
3.1.2 Pudy a motivace	38
3.1.3 Učení a motivace	39

3.2	Motivace v oblasti závislostí	39
3.3	Cyklus změny	40
3.4	Motivační rozhovory	45
3.4.1	Cíle motivačních rozhovorů	46
3.4.2	Principy, strategie a dovednosti potřebné k praktické aplikaci metody motivačních rozhovorů	47
3.4.3	Rychlé intervence	53
4	Kouření v těhotenství a motivace ke změně	56
5	Studie „Kouření tabáku a motivace ke změně v souvislosti s těhotenstvím“ – cíle a hypotézy	60
5.1	Popis realizace studie	61
5.2	Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a VFN	62
6	Metody sběru a zpracování dat	63
6.1	Nástroj sběru – dotazník	63
6.2	Metody zpracování dat	69
6.2.1	Použité statistické metody	69
7	Etické náležitosti studie	75
8	Charakteristika výzkumného souboru	76
8.1	Elektronický soubor – charakteristika	76
8.1.1	Elektronický soubor – celý	76
8.1.2	Elektronický soubor – jednotlivé skupiny	79
8.2	Klinický soubor – charakteristika	81
8.2.1	Klinický soubor – celý	81
8.2.2	Klinický soubor – jednotlivé skupiny	83
9	Výsledky studie	86
9.1	Výsledky vzhledem k tematickým skupinám otázek	86
9.1.1	Elektronický soubor	86
9.1.2	Klinický soubor	94
9.1.3	Porovnání souborů	100
9.2	Výsledky vzhledem k hypotézám	108
10	Diskuse	113
11	Závěr	120
	Seznam tabulek	121
	Seznam obrázků	122
	Použitá literatura a zdroje	124

Přílohy	132
Příloha 1: Formulář dotazníku pro elektronický sběr (včetně průvodního dopisu)	133
Příloha 2: Formulář dotazníku pro klinický sběr (včetně průvodního dopisu a informovaného souhlasu)	139

Úvod

Těhotenství a budoucí rodičovství je období, které vzhledem ke svému charakteru a vlivu budoucího potomka poskytuje vysoký potenciál pro jakoukoliv změnu. Těhotná žena si zpravidla přeje, aby její dítě bylo zdravé, a o kouření je obecně z odborného i denního tisku známo, že představuje značné zdravotní riziko pro těhotnou ženu i pro její nenarozené dítě. To jistě představuje potenciál pro změnu kouření ženy – budoucí matky.

Pro mnoho žen těhotenství nabízí motivační posun, který jim pomáhá přestat kouřit a udržet abstinenci v průběhu těhotenství (Heppner et al., 2011). Těhotenství je nejvhodnějším obdobím a také jedinečnou příležitostí pro motivaci kouřících těhotných žen k zanechání kouření, neboť většina žen akceptuje zdravotní hlediska ochrany svého mateřství (DiClemente, Dolan-Mullen & Windsor, 2000; Kukla, Hrubá & Tyrlík, 1999b; Haug, Aero & Fugelli, 1994). Zahraničními výzkumy bylo zjištěno, že i fakt, že budoucí dítě uvidí svou matku kouřit, ženy motivuje ke skončení kouření (Curry, Mc Bride, Grothaus, Lando & Pirie, 2001).

V České republice na rozdíl od zahraničí (viz kap. 3) dosud nebyla realizována práce popisující motivaci ke změně kouření u těhotných žen. Tato práce tedy v ČR představuje první pokus popsat základní motivaci k ukončení kouření u těhotných žen, což je zároveň ústředním cílem, který si tato práce stanovuje.

V teoretické části předkládaná práce nejdříve shrnuje kouření tabáku obecně a základní prevalenční údaje o kouření tabáku v ČR. Posléze se zaměřuje na následky kouření pro kouřící těhotnou ženu a její plod – dítě, dále pak podává základní souhrnné informace o motivaci, cyklu změny a metodě motivačních rozhovorů. Závěrečná kapitola teoretické části práce představuje výsledky několika zahraničních výzkumů na téma motivace a kouření v těhotenství.

Praktická (výzkumná) část práce pomocí analýzy dotazníku popisuje základní motivaci ke skončení kouření v těhotenství, proces získávání informací o kouření v těhotenství a stupeň závislosti u aktuálně kouřících žen. Pracujeme se dvěma rozdílnými soubory, souborem získaným pomocí elektronického (internetového) sběru a souborem získaným na pražské Gynekologicko-porodnické klinice 1. LF UK a

VFN – „Apolinář“. Tyto dva soubory jsou zpracovávány samostatně a následně vzájemně porovnávány.

Práce je samostatnou součástí studie „Vliv kouření matky na homeostázu fetoplacentární jednotky a motivace matky ke změně v souvislosti s kouřením“, která je realizována ve spolupráci s Gynekologicko-porodnickou klinikou 1. LF UK a VFN – „Apolinář“.

1 Kouření tabáku

Domovem tabáku je americký kontinent. Tamní domorodí obyvatelé tabák používali k rituálním a léčebným účelům. Do Evropy byl přivezen v roce 1492 námořníky Kryštofa Kolumba (Minařík, 2008; Králíková, 2003). Zásluhy za seznámení Evropanů s tabákem jsou připisovány francouzskému velvyslanci Jeanovi de Villemainovi Nicotovi, po němž nese rostlina i latinský název – *Nicotiana Tabacum*. Tabák byl dlouho považován za všelék, tato pověra byla vyvrácena až koncem 16. století (Pilařová, 2003).

Dnes je tabák rozšířen prakticky po celém světě. Zničující důsledky jeho kouření byly popsány až kolem roku 1950 (Králíková, 2003). Tabáková epidemie, či dnes pandemie, je patrná od počátku 20. století, kdy se v USA masově rozšířily automaty na výrobu cigaret. Do té doby byly počty úmrtí v důsledku užívání tabáku v celosvětovém měřítku zanedbatelné. Od roku 1900 počty úmrtí v důsledku užívání tabáku dramaticky stoupají (Králíková, 2004).

V ČR jsou běžné v zásadě dvě formy konzumace tabáku: bezdýmny tabák nebo tabák, který hoří. Bezdýmny tabák lze dále rozdělit na šňupací (aplikace do nosních dutin) a orální (žvýkací; aplikace do úst). Tabák, který hoří, je znám v aplikační formě dýmky či doutníku (zásadité pH kouře; vstřebávání v dutině ústní) nebo cigarety (kyselé pH kouře vstřebávání v plicích) (Králíková, 2003; Minařík, 2008). U nás naprosto převažuje konzumace tabáku ve formě cigaret (Králíková, 2004). Cigaretový tabák je různě upravován a doplňován, takže mezi 4-5 tisíci látek cigaretového kouře je kolem 700 aditiv – látek přidávaných pro různé účely. Dále tu nalezneme asi 60 karcinogenů a desítky dalších toxických látek (Králíková, 2003).

Jedinou návykovou látkou tabáku jako takového či tabákové kouře je toxický rostlinný alkaloid nikotin. Jde o bezbarvou tekutinu bez jakéhokoliv zápachu. Smrtná dávka pro člověka se pohybuje kolem 80 mg, poměrně rychle však vzniká tolerance (Králíková, 2003). Nikotin zvyšuje bdělost a působí pozitivně na paměť a soustředění, potlačuje podrážděnost a agresivitu, snižuje chuť k jídlu a brání přírůstkům tělesné hmotnosti. Mezi krátkodobé nežádoucí účinky patří: zvýšená sekrece slin, žaludečních šťáv a potu, zesílení peristaltiky a napětí hladkého svalstva, překrvení oblasti vnitřních orgánů, dilatace cév, pokles prokrvení periférií, nepříznivý

vliv na prokrvení srdečního svalu, zkrácení doby srážení krve, při kouření podráždění dýchacích cest. Předávkování se projevuje: bolestí hlavy, studeným potem, bledostí, nevolností, zvracením, přítomna je i celková skleslost a porucha koordinace pohybů. Mezi dlouhodobé nežádoucí účinky pak patří: chronický zánět dýchacích cest, poruchy trávicího traktu (nechutenství, průjemy), poruchy soustředění, poruchy spánku, neklid a další (Minařík, 2008).

Závislost na tabáku začíná závislostí psychosociální a po určité individuálně dlouhé době vzniká fyzická závislost na nikotinu (asi u 60-70 % kuřáků). Při rozvinuté fyzické závislosti nastupují řádově za několik hodin od poslední dávky odvykací neboli abstinenční příznaky (silná nezvladatelná touha, nervozita, podrážděnost, změny nálady, smutek až deprese, nesoustředěnost, poruchy spánku, únava) (Králíková, 2003).

Kouření je jednou z příčin širokého spektra nádorových onemocnění (nejčastěji rakoviny plic). K dalším druhům nádorových onemocnění, které jsou přímo spojovány s kouřením tabáku patří: nádory ústní dutiny, hrtanu, jícnu, močového měchýře, ledvin, žaludku a pankreatu. Kouření má také souvislost s mnoha dalšími nemocemi, např. astmatem a rozedmou plic. Kouření rovněž poškozují schopnost lidské reprodukce, má negativní vliv na pokožku (pleť obličeje rychleji stárne) atd. (Pešek & Nečesaná, 2008).

1.1 Prevalence kouření tabáku v ČR

Podle výsledků šetření z roku 2004 o zdravotním stavu a životním stylu obyvatel ČR, které bylo zaměřeno na zneužívání drog, kouřilo denně v době šetření 26,8 % populace ve věku 18 až 64 let. Slabých kuřáků bylo v šetření 22,8 % (1 až 5 cigaret denně vykouřilo 7,2 % respondentů a 6 až 20 cigaret 15,7 % respondentů) a 4 % respondentů bylo označeno za silné kuřáky (vykouřili více než 20 cigaret denně). Dalších 8,8 % respondentů kouřilo příležitostně a 1,7 % kouřilo doutníky a dýmku. Podíl současných kuřáků byl vyšší u mužů než u žen. Nikdy nekouřilo 32,7 % mužů a 52,8 % žen. Současné nekuřáky (nikdy nekouřili nebo kouřit přestali) představovala v rámci šetření zhruba polovina mužů a 70,3 % žen. Z hlediska věkové struktury byl nejvyšší podíl nekuřáků ve věkové skupině 55 až 64 let (75,8 %) a to u obou pohlaví.

V této věkové skupině byl také zjištěn nejvyšší podíl nikdy nekouřících osob. Bývalí kuřáci byli zastoupeni především ve vyšších věkových kategoriích, což je dááno do souvislosti s příchodem zdravotních komplikací ve vyšším věku. Příležitostné kouření a vykouření 1 až 5 cigaret denně bylo rozšířeno zejména mezi mladými lidmi do 35 let. Průměrná doba kouření byla 14,8 let. Polovina osob kouřila v období od 1 roku až do 24 let. Muži v průměru o 3 roky déle než ženy. Průměrný věk začátku kouření byl v této studii stanoven na 18,1 let. Zhruba dvě třetiny kuřáků začalo s pravidelným kouřením do 19 let věku a s rostoucím věkem respondentů se zvyšoval věk počátku pravidelného kouření. Zatímco osoby ve věku 18 až 24 let začínali s kouřením kolem 16 let, respondenti ve věku 55 až 64 let kolem 20. roku věku, tedy později než osoby z mladších generací. Nejvíce pravidelných kuřáků bylo zjištěno mezi muži se základním vzděláním (46,2 %) a učňovským vzděláním (35,0 %), u žen byl nejvyšší počet kuřáček rovněž v nižších vzdělanostních skupinách (základní vzdělání 26,3 % a učňovské 24,3 %). Naopak nejméně pravidelných kuřáků a kuřáček bylo mezi vysokoškolsky vzdělanými jedinci a absolventy VOŠ. V této skupině byl také zaznamenán nejvyšší podíl osob, které nikdy nekouřily (Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS), 2006).

Aktuální informace ÚZIS z roku 2011 hodnotila část dotazníku z Evropského výběrového šetření o zdravotním stavu populace (2008), která se týkala kouření a vystavení tabákovému kouři. Celkem bylo podle šetření v české populaci 24,5 % denních kuřáků (30 % mužů a 19 % žen), 7,8 % příležitostných kuřáků, 16,5 % bývalých kuřáků a 51,1 % jedinců, kteří nikdy nekouřili. Ve srovnání s rokem 2002 se podíl kuřáků v populaci dle tohoto průzkumu zvýšil. Průměrný počet vykouřených cigaret u denních kuřáků byl 16 ks u mužů a 12 ks u žen. Zajímavé a ojedinělé informace přinesl průzkum z oblasti pasivního kouření. Uvnitř místnosti více než 1 hodinu denně se pasivní kouření týkalo 9,1 % respondentů v domácím prostředí, ve veřejných prostorách 6,4 % respondentů a na pracovišti 7,4 % respondentů (Láchová, 2011).

V prosinci 2011 byl realizován výzkum Prevalence užívání drog v populaci ČR. Dle tohoto výzkumu činí celoživotní prevalence užití tabáku ve věkové skupině 15-64 let 66 %, prevalence v posledních 12 měsících 45,3 % a prevalence v posledních 30 dnech 38,9 %. Muži mají vždy vyšší prevalenci než ženy (Mravčík et al., 2012).

Národní výzkum užívání návykových látek (2012) mapoval situaci v oblasti užívání legálních a nelegálních návykových látek v obecné populaci ČR ve věku 15-64 let. Bylo zjištěno, že tabák ve formě cigaret, doutníků, dýmky nebo vodní dýmky kouřilo alespoň jednou v životě 68,3 % dotázaných. S kouřením experimentovalo nebo kouřilo příležitostně 36,3 % dotázaných a pravidelně kouřilo někdy v průběhu života 32,1 % respondentů. V posledních 30 dnech kouřilo tabák 34,4 % dotázaných a celkem 23,1 % uvedlo pravidelné denní kouření v posledním měsíci. Nejvyšší podíl pravidelných a denních kuřáků je ve věkové skupině 25-34 let a ve skupině 45-54 let. Současní denní kuřáci vykouřili v průměru 15,1 cigaret denně. Muži byli i dle této studie vždy silnějšími kuřáky než ženy – muži v průměru vykouřili 16,8 cigaret denně, zatímco ženy 12,5 cigaret denně. Zajímavou informaci zjistil tento výzkum v oblasti financí – denní kuřáci utratí měsíčně za cigarety 1422 Kč (Chomynová, 2013).

Sovinová, Sadílek & Csémy (2012) ve výzkumné zprávě o vývoji prevalence kuřáctví v období 1997-2011 v dospělé populaci ČR uvádí, že porovnání prevalence kouření v české populaci ukazuje, že zde v uvedeném období nedochází k výraznějším změnám. Podíl kuřáků, kteří vykouří v současné době alespoň jednu cigaretu denně, se pohybuje mezi 24-30 %, přičemž výsledky prevalence kouření v roce 2011 v podstatě odpovídají výsledkům z roku 1997. Tento podíl také zhruba odpovídá téměř všem výsledkům prevalence současného kuřáctví ve výše uvedených studiích kromě výzkumu Prevalence drog v populaci ČR (Mravčík et al., 2011). Zde je uvedena pouze prevalence v posledních 30 dnech, což nemusí znamenat pravidelné denní kouření a pravděpodobně proto je číslo z tohoto průzkumu vyšší než uváděný podíl. V průzkumu Sovinové et al. (2012), stejně jako v předcházejících popsanych studiích, kouří muži více než ženy (v celém sledovaném období). Ženy také častěji uváděly, že nikdy nekouřily. Vyšší podíl pravidelných kuřáků byl mezi respondenty, kteří uváděli nižší úroveň vzdělání, což je také zcela ve shodě s výše uvedenými výzkumy. Z analýzy věku počátku kouření vyplynulo, že cca 75 % současných kuřáků začalo s kouřením do 18 let věku. Výsledky posledních let však naznačují posun počátků kouření do mladšího věku (13-14 let). Jde opět o zjištění odpovídající předcházejícím uvedeným studiím. Největší část kuřácké populace v tomto výzkumu uvádí, že kouří 11 a více let, druhá nejpočetnější skupina kouřila od 4 do 10 let. Od roku 2001 se tento dlouhodobý výzkum také pokoušel zmapovat snahy respondentů o zbavení se

závislosti na nikotinu. Bylo zjištěno, že 41,2 % kuřáků vůbec neuvažuje o tom, že by přestalo kouřit, dalších 30,2 % uvádí, že „někdy později“. Zbývajících 28,6 % si stanovilo konkrétní termín, jde tedy pravděpodobně o skupinu, která to se zanecháním kouření myslí nejvážněji. V posledních čtyřech letech (2007-2011) tohoto dlouhodobého průzkumu byly také sledovány subjektivně vnímané zdravotní potíže a jejich vnímaná spojitost s kouřením. Lze konstatovat, že více než 1/5 (21,2 %) kuřáků uvádí, že pociťuje v souvislosti s kouřením zdravotní obtíže, ale jen 7 % z nich tyto obtíže znepokojují.

V souvislosti s prevalencí kouření mladistvých poskytuje relevantní údaje celoevropská dlouhodobá studie ESPAD (Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách). Tento projekt je realizován každé čtyři roky od roku 1995, v roce 2011 proběhla zatím poslední, pátá, vlna studie. Posledním šetřením v rámci této studie bylo zjištěno, že alespoň jednou v životě kouřilo 75 % šestnáctiletých a kouření v posledních 30 dnech uvedlo 42 % studentů. Mezi chlapci bylo v roce 2011 celkem 27 % denních kuřáků, u dívek byla prevalence denního kouření 24 %. Celkem 8 % mladistvých uvedlo kouření 11 a více cigaret denně. Ve srovnání s rokem 2007 zůstává denní prevalence i silné kouření na stejné úrovni. Zatímco v roce 2007 uváděly denní kouření více dívky, v roce 2011 byli častějšími denními kuřáky chlapci. V případě silných kuřáků došlo k nárůstu u chlapců, zatímco u dívek došlo ve stejném období k poklesu. Studie také zjišťovala subjektivní vnímání rizik spojených s kouřením více než 20 cigaret denně – jen 55 % dotázaných považuje toto chování za velké zdravotní riziko. Oproti roku 2007 se tento ukazatel nezměnil (Csémy & Chomynová, 2012). Tato čísla považujeme za alarmující vzhledem k tomu, že respondenty této studie jsou mladiství, pro které by teoreticky měli být tabákové výrobky zcela nedostupné.

2 Kouření v těhotenství

Cigaretový kouř představuje nejrozšířenější reprodukční škodlivinu současnosti. Kouření cigaret je rizikem pro lidskou reprodukci ještě předtím, než žena zjistí, že je těhotná. Mutagenní změny vznikající vlivem cigaretového kouře v zárodečných buňkách mužů a žen se mohou uplatnit u jejich potomků. U kouřících mužů i žen bývá také snížená schopnost oplodnění, jejíž příčiny jsou různé. Četné chemické látky z cigaretového kouře mohou procházet placentární bariérou do krevního oběhu plodu a plod ohrožovat (Crha & Hrubá, 2000).

Četné studie také ukazují, že ženy jsou ke škodlivinám cigaretového kouře vnímavější než muži (Hrubá, 2004).

V pupečnickové krvi plodů a novorozenců žen kouřících v průběhu těhotenství bývají zvýšené hladiny nikotinu i kotininu (metabolit nikotinu), oxidu uhelnatého vázaného na hemoglobin, olova, polycyklických aromatických uhlovodíků a specifických nitrosaminů. Prenatálně exponovaní novorozenci mají signifikantně vyšší počet aberantních chromozomů v periferních lymfocytech, které jsou důkazem mutagenních účinků cigaretového kouře (Crha & Hrubá, 2000).

Prenatální expozice plodu cigaretovému kouři zvyšuje riziko onemocnění těhotné ženy, komplikací v těhotenství, výskytu vrozených vývojových vad, nemocnosti a úmrtnosti dítěte po narození. V pozdějším věku jsou prenatálně exponované děti zvýšeně ohroženy mnohými onemocněními fyzického i psychického charakteru (Hrubá, 2011). Následující text se věnuje těmto specifickým následkům kouření v těhotenství u těhotné ženy i jejího plodu – dítěte a také prevalenci kouření v těhotenství a odvykání kouření v období těhotenství.

2.1 Prevalence kouření v těhotenství

V roce 2011 byla provedena analýza užívání alkoholu, tabáku a nelegálních drog u žen hospitalizovaných v souvislosti s porodem a šestinedělím. V rámci této studie byla analyzována data z Národního registru rodiček (NRRD) a Národního registru novorozenců (NRNOV), která jsou spravována Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR. Studie pracovala s daty z let 2000-2009, kdy bylo do registru

nahlášeno 1 008 821 rodiček, z toho u 60 502 (6,5 %) bylo evidováno kouření. Mezi kuřačkami byly 3,4krát častěji svobodné ženy. Jako statisticky významný byl potvrzen také rozdíl ve vzdělání (rodičky – kuřačky měli 7krát častěji základní vzdělání než nekuřačky). Vliv kouření na četnost výskytu komplikací na straně těhotné ženy/rodičky a plodu/novorozence se v této studii projevil následovně: u samovolného potratu stoupá pravděpodobnost v případě kouření matky přibližně o 20 %, 1,4krát častěji vznikají u rodiček – kuřaček závažné komplikace těhotenství a porodu; byla také potvrzena 1,2krát vyšší pravděpodobnost zhoršení zdravotního stavu plodu; dále byla potvrzena 6,5krát vyšší pravděpodobnost narození mrtvého novorozence; užívání tabáku během těhotenství mělo vliv na vyšší výskyt vrozených vad, ale tento vliv nebyl prokázán jako statisticky významný; vliv kouření tabáku na gestační stáří a porodní hmotnost novorozenců byl prokázán jako statisticky významný (průměrná hmotnost novorozenců rodiček – kuřaček byla o 6 % (200 g) nižší a gestační stáří bylo nižší o 1 % (3 dny)). Autoři této studie závěrem dodávají, že jejich soubor vykazuje značnou podhlášenost kouření v těhotenství v porovnání s jinými českými studiemi na toto téma (Nechanská, Mravčík, Sopko & Velebil, 2012).

V roce 2008 byla publikována studie, jejímž cílem bylo zvýšit informovanost těhotných žen o možnostech zlepšování zdravotního stavu jich samotných a jejich očekávaných dětí. Práce byla zaměřena na snižování množství alergenů domácího prostředí, na podporu zdravé výživy a nekouření těhotných žen a členů jejich domácností. Údaje o životním stylu byly získány od 169 těhotných žen, z nichž 11 % přiznalo kouření v těhotenství a 12 % udávalo, že žijí v domácnosti, kde se kouří (Janatová, Štundlová, Skývová & Uličná, 2008).

Studie se zaměřením na prevalenci a znalosti žen o kouření v těhotenství a také na antropometrické ukazatele byla publikována v roce 2005. Studie pracovala se vzorkem 265 žen, které byly osloveny v prvních třech dech po porodu. Z celého vzorku 23,5 % (63) žen kouřilo během těhotenství. Nejvíce žen kouřících během těhotenství mělo základní vzdělání (51,9 %). Pouze 68 % kouřících žen udávalo, že byly dotazovány na své kouření v těhotenství jejich gynekologem. Lékař byl udáván jako zdroj informací o kouření v těhotenství jen v 5 % případů. Samotné znalosti o vlivu kouření na těhotenství a plod nebyly dobré, přičemž velmi překvapující je

absence znalostí o možném zpomalení fetálního růstu a vývoje plodu u žen kouřících během těhotenství a také nepřítomnost téměř jakýchkoliv znalostí z této oblasti asi ve třetině vzorku. Novorozenci kouřících žen měli nižší porodní hmotnost, hmotnost kuřaček vzrostla během těhotenství více než u nekuřaček. Autoři studie závěrem poukazují na alarmující zjištění o tom, že široké spektrum zdravotníků, kteří se setkají s kouřící ženou během jejího těhotenství, nedoporučuje této ženě návštěvu ambulance specializující se na odvykání kouření. Autoři také apelují na nutnost rozšíření výzkumu v této oblasti (Králíková, Bajerová, Raslová, Rameš & Himmerová, 2005).

Evropská longitudinální studie těhotenství a dětství (ELSAC) zahrnovala prospektivní šetření u cca 40 tisíc žen ze šesti evropských zemí. Česká republika byla zastoupena souborem žen z Brna a Znojma, které otěhotněly v období mezi 1. listopadem 1990 a 28. únorem 1991. Podle jednotné metodiky ženy opakovaně vyplňovaly anamnestické dotazníky a byly vyšetřovány tak, aby bylo možno posoudit zdraví a vývoj jejich dítěte v prenatálním a postnatálním období a faktory, které jej mohou ovlivnit. V souboru 5118 těhotných žen bylo téměř 42 % žen, které uváděly kuřáctví ve své anamnéze: z nich 58 % kouřilo méně než 10 cigaret denně a více než 9 % byly kuřačky silné s počtem 20 a více denně vykouřených cigaret. Kuřáctví těhotných žen souviselo s úrovní jejich vzdělání (ve skupině žen se základním vzděláním kouřilo více než 40 %, mezi vysokoškolačkami necelých 20 %, prevalence kuřaček se snižovala v každé skupině s vyšším stupněm dosaženého vzdělání). Kuřačky signifikantně častěji uváděly traumatizující zážitky v dětství (úmrtí v rodině, rozvod rodičů, kruté zacházení, pohlavní zneužívání) i v současném životě (nepřítomnost partnera, rozvod). Kouřící těhotné ženy také častěji přijaly zjištění o svém těhotenství negativně (s pocity neštěstí). V osobní anamnéze kouřících žen se významně častěji vyskytovaly deprese, migrény, astma bronchiale, bolesti zad, záněty pánevních orgánů a poruchy otěhotnění. Kuřačky poprvé otěhotněly v průměru o 2 roky dříve než ženy, které nekouřily. V podskupině žen, které byli těhotné již opakovaně, byla mezi kuřačkami významně vyšší frekvence umělých přerušování těhotenství. Výsledky studie ELSAC jsou v souladu s obdobnými zahraničními studiemi (Kukla, Hrubá & Tyrlík, 2000, 1999a; 1999b; Hrubá, Kukla & Tyrlík, 2000).

V rámci části studie ELSAC (Brněnský soubor) byly také monitorovány výživové zvyklosti těhotných žen. Bylo zapojeno celkem 3727 žen z Brna, z nichž 320 (čili pouhých 8,6 %) kouřilo i v polovině těhotenství, 1363 (tj. 36,6 %) bylo pasivními kuřačkami (kouřil partner) a 2044 těhotných žen nekouřilo ani nebylo doma vystaveno cigaretovému kouři. Na otázky týkající se kouření v těhotenství neodpovědělo 132 žen (tj. 3,4 %). Byly nalezeny signifikantně významné rozdíly mezi stravováním kouřících a nekouřících žen, vesměs vždy v neprospěch nekuřaček: častější preference uzenin, paštik, smažených jídel a častější deficit zeleniny a ovoce, rovněž mléka a mléčných výrobků. Kuřačky preferují významně častěji plnotučné mléko a smetanu, různé sladké a tučné druhy pečiva, kolové nápoje a limonády. Aktivní kuřačky vypijí denně dvakrát více šálků kávy než pasivní kuřačky a téměř třikrát více než nekuřačky. Autoři studie poukazují na nutnost věnování pozornosti nejen kouření těhotných a kojících žen, ale také jejich výživě (Kukla, Hrubá & Tyrlík, 1999c).

Bašková v roce 2007 realizovala výzkum zabývající se výskytem kouření v těhotenství na Slovensku, ve své studii se zabývala i kulturními a regionálními rozdíly kouření v těhotenství mezi třemi regionálně a kulturně odlišnými soubory. Zkoumala tři soubory těhotných žen z Martina (střední Slovensko), Komárna a Nových Zámek (jižní Slovensko). Do studie bylo zapojeno celkem 864 respondentek, z nichž před těhotenstvím kouřilo 31,5 %, přičemž ve výrazně vyšší míře kouřily ženy nižším vzděláním. Ženy s maďarskou národností kouřily v průběhu těhotenství v 18,3 %, opět ve výrazně vyšší míře kouřily ženy s nižším vzděláním.

Kopačiková, Stančiak & Novotný (2011) zkoumali názory a postoje žen ke kouření v průběhu těhotenství na Slovensku (Trnavský kraj). Měli k dispozici celkem 240 respondentů. Před těhotenstvím kouřilo 33 % respondentek, z nichž 15 % kouřilo i v průběhu těhotenství. Jako důvod neschopnosti přestat kouřit uváděly „slabou vůli“. Že kouření má vliv na průběh těhotenství odpovědělo 72,5 % respondentek, 27,5 % respondentek nevědělo.

V rámci studie realizované v Austrálii ve dvou veřejných nemocnicích bylo zjištěno kouření u 18,5 % rodiček (Hotham, Ali, White & Robinson, 2008).

Francouzská studie publikovaná v roce 2008 uvádí, že 16,3 % žen kouřilo před těhotenstvím a 10,2 % pokračovalo v kouření i v průběhu těhotenství (Dumas, Lejeune, Simmat-Duranda, Crenn-Hébertc & Mandelbrotc, 2008).

2.2 Následky na straně kouřící ženy – matky

U těhotných kouřících žen je udáván vyšší výskyt mimoděložních těhotenství, spontánních potratů, abrupce placenty, placenta previa, předčasného protržení plodových blan, předčasných porodů. Naopak nižší je u kouřících těhotných žen incidence pre-eklampsie (Crha & Hrubá, 2000).

Kouření se na patologickém průběhu těhotenství a vývoji plodu podílí mnoha mechanismy. V epidemiologických studiích se vztahy mezi kouřením a poruchami těhotenství sledují obtížně, protože v běžném životě žen se vyskytuje mnoho dalších faktorů, které mohou souvislosti mezi kouřením a poruchami těhotenství zastírat (Crha & Hrubá, 2000).

2.2.1 Mimoděložní těhotenství

Mimoděložní těhotenství bývá nejčastěji vyvoláno implantací oplodněného vajíčka do vejcovodu. Jedná se o vzácnou patologii, která se vyskytuje zhruba 2-15x na 1000 těhotenství. Zřídka je smrtelné, přesto se ukazuje jako hlavní příčina smrti žen během prvních tří měsíců těhotenství. Může také negativně ovlivnit budoucí plodnost (Králíková & Himmerová, 2004).

U žen, které kouřily během těhotenství je riziko této poruchy zvýšené v průměru o 77 %. Chemické látky v cigaretovém kouři působí změny utero-tubální motility, čímž mohou následně zpomalit transport oocyty, spermií nebo oplodněného zárodku (Crha & Hrubá, 2000).

Mimoděložní těhotenství má i další rizikové faktory, zejména stavy po zánětech v oblasti pánve, užívání hormonální antikoncepce, indukovaná přerušování těhotenství, ke všem těmto dalším rizikovým faktorům však kuřáctví rovnoměrně přispívá (Crha & Hrubá, 2000).

2.2.2 Placenta previa

U kouřících těhotných žen se v průměru až dvakrát častěji objevuje placenta previa (tj. vcestné lůžko). Četnost této komplikace se pohybuje od 3,3 do 9,9 procent případů na 1000 těhotenství. U kuřaček bývá riziko zvýšené v průměru o 58 % (Crha & Hrubá, 2000). Riziko vzniku této komplikace roste se spotřebou cigaret (Králíková & Himmerová, 2004a)

Předpokládá se, že ke vzniku této komplikace mohou přispívat také různé patologické změny v cévním řečišti, které jsou u kouřících žen častější (Crha & Hrubá, 2000).

2.2.3 Abrupce placenty

Abrupce placenty neboli předčasné odlučování placenty od děložní stěny se vyskytuje u 0,5-4 % těhotenství, přispívá výrazným způsobem k incidenci spontánních potratů a předčasných porodů. Může být příčinou 15-25 % perinatálních úmrtí novorozence. U žen kouřících v průběhu těhotenství se toto riziko zvyšuje o zhruba 62 % (Crha & Hrubá, 2000).

2.2.4 Spontánní potraty

Toxiny obsažené v cigaretovém kouři mohou v různých stádiích těhotenství způsobit jeho předčasné ukončení. Samotná neplodnost může být někdy maskována častými potraty, které se klinicky neprojeví. Některé studie prokázaly, že prevalence spontánních potratů v časných stádiích těhotenství je u kuřaček signifikantně vyšší než u nekouřících žen a dosahuje až 33 %. Vztahy mezi kouřením ženy a častějším výskytem spontánních potratů jsou popisovány již od 40. let 20. století. V souvislosti se spontánními potraty byl také pozorován vztah dávky a účinku (silné kuřačky měly riziko vyšší než kuřačky slabé). Také u žen, kterým byla pro neplodnost provedena fertilizace in vitro, se po úspěšném vyvolání těhotenství spontánní potraty vyskytovaly více než dvakrát častěji než u nekuřaček (Crha & Hrubá, 2000).

2.2.5 Předčasné ukončení těhotenství a předčasný odtok plodové vody

U žen kouřících během těhotenství se také častěji objevují předčasné porody (relativní riziko je 36-47 %) (Crha & Hrubá, 2000).

Kouření vyvolává chronické ischemické a hypoxické poměry, které působí změny v placentě i u plodu a může vést k předčasnému ukončení těhotenství. U těhotných kouřících žen se také častěji vyskytuje řada dalších přídatných faktorů přispívajících k předčasnému ukončení těhotenství (Crha & Hrubá, 2000).

Zvýšená frekvence předčasného odtoku plodové vody u žen kouřících během těhotenství je popsána v několika studiích (Crha & Hrubá, 2000).

2.2.6 Pre-eklampsie

Jako pre-eklampsie je označován výskyt hypertenze, generalizovaných otoků a přítomnost bílkoviny v moči po 20. týdnu těhotenství. Jde o hlavní příčinu úmrtnosti těhotných žen. Pre-eklampsie je překvapivě jedinou komplikací těhotenství, jejíž výskyt je nižší mezi kouřícími ženami. Pravděpodobným důvodem je, že kouření může antagonicky ovlivňovat různé mechanismy vzniku pre-eklampsie (Crha & Hrubá, 2000).

Ovšem pozitivní účinek kouření cigaret na snížení rizika vzniku pre-eklampsie je značně převážen širokým spektrem škodlivých účinků kouření během těhotenství. Navíc jestliže se pre-eklampsie u těhotné kouřící ženy přece jen vyvine, pak má tato žena mnohem větší riziko vážných komplikací než žena, která nekouří. Mezi těhotnými kouřícími ženami, u kterých se vyvine pre-eklampsie, je riziko abrupce placenty, omezení růstu plodu a perinatálního úmrtí extrémně vysoké (Cnattingius, Mills, Yuen, Eriksson & Ros, 1997).

2.2.7 Jiná rizika kouření na straně těhotné ženy

Zdraví ženy-matky nelze oddělit od zdraví plodu, závažné nemoci těhotné ženy jsou velkým rizikem pro vývoj a zdraví plodu. Těhotenství u žen zvyšuje riziko kardiovaskulárních příhod a onemocnění dýchacího ústrojí. Tyto nemoci jsou silně

asociovány s kouřením, což znamená, že kouření v průběhu těhotenství může výsledné riziko těchto příhod zvyšovat. 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 (Roelands, Jamison, Lyerly & James, 2009).

2.2.8 Komplikace kojení

Kouření ženy-matky ovlivňuje kojení nepříznivě. Bylo prokázáno, že nikotin inhibuje produkci prolaktinu a že kouřící ženy produkují menší množství mléka. Mnoho látek z cigaretového kouře proniká do mateřského mléka a kromě jeho kontaminace také narušuje jeho chuťové vlastnosti. Kromě biologických důvodů zřejmě k redukci kojení u kouřících žen přispívají také sociální důvody (nižší úroveň vzdělání a nižší sociální postavení kouřících žen) (Crha & Hrubá, 2000).

2.3 Následky na straně plodu – dítěte

Kouření může negativně ovlivnit intrauterinní vývoj plodu a má podstatné následky i pro následný vývoj dítěte. Soudí se, že na zvýšení rizika poškození plodu má podíl i kuřáctví otce (Crha & Hrubá, 2000; Králíková & Himmerová, 2004b).

2.3.1 Fetální tabákový syndrom

Proporcionální intrauterinní růstová retardace plodu bývá nejčastějším projevem škodlivých následků kouření během těhotenství. Nemá-li jiné příčiny (chronická nemoc matky, antropometrické rozměry rodičů), pak je tento efekt pokládán za projev teratogenního působení škodlivin z cigaretového kouře a označován jako „fetální tabákový syndrom“ (Crha & Hrubá, 2000).

Ke snížení tělesného vývoje plodu kouřících žen přispívá hypoxie a hyponutrice (Crha & Hrubá, 2000). Nikotin totiž koluje po vstřebání v plicích v arteriální a venózní krvi a

snadno proniká placentou i do krevního oběhu plodu. Nikotin má stejně jako u dospělého afinitu k nervové tkáni a váže se na určité typy acetylcholinových receptorů. Po jejich aktivaci dochází ke zvýšené aktivitě sympatického nervstva a nadledvin. Reakce na přítomnost nikotinu v oběhu jsou stejné u dospělého i plodu: vasokonstrikce, zvýšení srdeční tepové frekvence a minutového objemu. V orgánech plodu je sníženo zásobování kyslíkem a živinami a zpomalen odvod zplodin metabolismu. Tento stav hypoxie a hyponutrice se opakuje při každé cigaretě a trvá přibližně 30-45 minut. 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. Další škodlivinou, kterou obsahuje cigaretový kouř, a která proniká do krve exponovaného plodu, je kyanovodík. Ten se podílí na inaktivaci enzymů zprostředkujících přenos kyslíku z krve do tkání. Komplex hypoxických změn nastávajících u plodu exponovanému cigaretovému kouři završuje ještě přítomnost kadmia. Tento kov je sice zadržován placentou, ale za cenu jeho specifických účinků na cévy tohoto orgánu s následnými ložiskovými nekrotickými změnami, které v závislosti na jejich četnosti více či méně omezují funkci placenty (Hrubá, 2011).

V důsledku výše uvedených negativních účinků kouření na plod mívají děti narozené ženám, jenž v těhotenství kouřily, nižší tělesnou hmotnost v průměru o 100-300 gramů. Riziko narození dítěte s porodní hmotností nižší než 2500 gramů je dvojnásobně zvýšeno. Kouření přispívá k výskytu nízké porodní hmotnosti v průměru o 20-40 %, ale u silných kuřaček stoupá frekvence nízké porodní hmotnosti novorozenců až o 130 %. Tělesná retardace je proporcionální. Bylo také zjištěno, že nepříznivý účinek kouření na plod potencuje současná konzumace alkoholu a kávy (Crha & Hrubá, 2000).

Crha & Hrubá (2000; s. 39) také uvádějí, že *„pokud ženy zanechají kouření během prvního trimestru, pak intrauterinní vývoj plodů není nijak odlišný od dětí, jejichž matky nikdy nekouřily. Ale i zanechání kouření v pozdějších fázích těhotenství riziko růstové retardace významně redukuje.“*

2.3.2 Syndrom náhlého úmrtí (SIDS)

Syndrom náhlého úmrtí je v rozvinutých zemích hlavní příčinou poporodní mortality v kojeneckém období. Poté co byla sjednocena doporučení o nerizikové poloze ve spánku, je hlavní příčinou těchto případů expozice cigaretovému kouři v průběhu těhotenství (riziko SIDS se zvyšuje 2-5x; Hrubá, 2011). Nikotin má k SIDS silnější asociace než expozice jakékoliv jiné návykové látky (Crha & Hrubá, 2000).

Syndrom náhlého úmrtí se pokládá za klinický projev dvou vývojových problémů: poruch v řízení činnosti srdce a dýchacích orgánů novorozence, reakce na akutní hypoxii, vzniklou během spánkové apnoe nebo obstrukce dýchacích cest. Zdravý novorozenec je v prvních dnech po narození chráněn unikátním mechanismem proti účinkům hypoxie. Tento komplex specifických funkcí se uplatňuje jen v kritickém novorozeneckém, perinatálním a časném kojeneckém období. U novorozenců, kteří byli vystaveni účinkům nikotinu během těhotenství, tento unikátní autonomní mechanismus odpovědi na hypoxii chybí. Nikotin tak podmiňuje zvýšenou vnímavost novorozence k hypoxii (Crha & Hrubá, 2000).

Kouření přispívá k náhlému úmrtí kojence mechanismy snížení variability srdeční tepové frekvence, zvýšení obstrukční apnoe a redukce pohotovosti a bdělosti, vyvolávající kardiopulmonální dysfunkce (Hrubá, 2011).

2.3.3 Vrozené vývojové vady

Frekvence většiny vývojových vad u dětí narozených ženám, které kouřily v průběhu těhotenství, nebývá zvýšena, což je vysvětlováno tím, že oocyty jsou v těle ženy zakládány již v době jejího intrauterinního života a potom v ovariích relativně dobře chráněny před mutagenními účinky různých škodlivin (Crha & Hrubá, 2000).

Existují ovšem i vrozené vývojové vady, u nichž je pozitivní asociace s kouřením žen během těhotenství potvrzena. Vyšší riziko bylo zjištěno pro malformace končetin, rozštěpů patra, srdečních vad a malformace urogenitálního ústrojí (Crha & Hrubá, 2000; Hrubá, 2011).

V poslední době se nalézají souvislosti mezi vrozenými vývojovými vadami a kuřáctvím otců. Pozitivní korelace kouření otců byly nalezeny k několika různým vývojovým vadám: k vrozeným defektům neurální trubice, rozštěpům patra, hydrocefalu, defektu komorového septa, k uretrální stenóze. Kuřáctví otců může také prokazatelně zvyšovat frekvenci Downova syndromu (Crha & Hrubá, 2000).

2.3.4 Nemoci dýchacího ústrojí

Působení cigaretového kouře je mnohostranné, přímo snižuje plicní funkce a zvyšuje reaktivitu dýchacích cest. Při prenatální expozici cigaretovému kouři dochází k poškození vývoje plic: novorozenci kouřících žen mívají snížené plicní funkce. Po porodu dochází k rychlému a extenzivnímu růstu a vývoji plic, které jsou v tomto období citlivější k účinkům chemických i biologických kontaminantů. V poporodním období a v časném dětském věku nejsou ještě vyvinuty obranné mechanismy v bronchiálním stromu (hlavně čistící schopnost řasinkového epitelu). Také imunitní systém je nezralý. Dráždivé a toxické látky z cigaretového kouře mohou poškodit sliznice dýchacích cest tak, že zvyšují jejich vnímavost k různým patogenům (Crha & Hrubá, 2000).

Akutní respirační onemocnění, chronické respirační symptomy, iniciace a exacerbace astmatu u dětí má vztah k jejich expozici cigaretovému kouři (Crha & Hrubá, 2000).

U dětí postižených astmatem ovlivňuje expozice cigaretovému kouři začátek onemocnění v časnějším věku, zvyšuje počet záchvatů a exacerbací nemoci, spotřebu léků a hospitalizací. Obecně se uvádí, že kuřáctví matky zvyšuje riziko vzniku astmatu u dítěte až dvojnásobně. Riziko je ještě vyšší, pokud žena kouřila během těhotenství a v kouření pokračovala i po porodu (Crha & Hrubá, 2000).

2.3.5 Zvýšené riziko zhoubných nádorů v dětství

Z cigaretového kouře se uvolňuje směs více než 4000 chemických látek. V této směsi bylo zatím detekováno mnoho karcinogenů, které prokazatelně či velmi pravděpodobně vyvolávají nádorová bujení u člověka (Hrubá, 2007).

Mnohé z karcinogenů, které obsahuje cigaretový kouř (např. polycyklické aromatické uhlovodíky, olovo, nikl, nikotin, nitrosaminy), mohou přecházet z krve kouřící těhotné ženy do plodu a vyvolávat u něho mutagenní změny, které po narození zvyšují riziko zhoubných nádorů (Hrubá, 2011).

U dětí žen, které v těhotenství kouřily, se častěji vyskytují leukemie, lymfomy (především non-Hodkinův lymfom) a nádory mozku. Relativní riziko se pohybuje mezi 1,7 a 4,7 u dětí aktivních kuřáček a 2,2 u dětí, jejichž matky byly v těhotenství silně exponovány pasivnímu kouření (Hrubá, 2011).

2.3.6 Kardiovaskulární rizika

Bylo opakovaně prokázáno, že riziko výskytu chronických onemocnění v dospělosti je významně ovlivněno faktory, které působí v časném období života. U dětí s nízkou porodní hmotností se v dospělosti častěji vyskytují metabolické poruchy a kardiovaskulární nemoci. Tyto děti také mívají později sklony k nadváze a obezitě, která může přetrvávat až do dospělosti. Nejvýznamnější je ve vztahu k pozdější nadváze či obezitě expozice plodů cigaretovému kouři v prvním trimestru těhotenství. Je také vykazována souvislost mezi dávkou a účinkem. Prenatální expozice nikotinu podporuje tvorbu tukové tkáně v pozdějším životě a je rovněž spojena se signifikantně vyšším intra-abdominálním hromaděním tuku, které je pokládáno za významný rizikový faktor kardiovaskulárních a metabolických onemocnění. Prenatální expozice kouření také zvyšuje prevalenci diabetu a může zvyšovat riziko perzistentní hypertenze v pozdějším věku (Hrubá, 2011).

2.3.7 Neurální poškození a behaviorální poruchy

U dětí žen kouřících během těhotenství se častěji vyskytují kognitivní poruchy (např. snížení vizuální paměti, poruchy chápání řeči, slabší reakce na sluchové stimuly), poruchy chování (agresivita, antisociální chování), poruchy pozornosti, hyperaktivita, psychické poruchy (úzkosti, deprese) nebo také vyšší vnímavost ke vzniku závislostí (Hrubá, 2011).

Za hlavní mechanismus vyvolávající tyto účinky je pokládáno předčasné aktivování acetylcholinových receptorů nikotinem, což vede k narušení vývoje neurotransmitterových systémů. Byly detekovány závažné změny ve struktuře mozku: snížení jeho hmotnosti, snížení tloušťky korové vrstvy v somatosenzorické oblasti mozku, snížení hustoty neuronů a naopak zvětšení intracelulárních prostorů a incidence apoptických buněk (Hrubá, 2011).

2.3.8 Jiné následky prenatální expozice kouření

Děti žen kouřících v průběhu těhotenství mohou mít poruchy štítné žlázy, které mohou být zvláště významné v oblastech s endemicky nízkým přívodem jodu (Crha & Hrubá, 2000).

Bylo také zjištěno, že prenatální expozice kouření negativně ovlivňovala pozdější plodnost žen (Crha a Hrubá, 2000), akcelerovala věk menarche a způsobovala vyšší kazivost zubů v období dospívání (Hrubá, 2011).

2.4 Pasivní kouření v těhotenství

Toxický cigaretový kouř je vdechován nejen aktivním kuřákem, ale současně je emitován i do jeho okolí a vdechován okolními lidmi (nekuřáky). Chemické složení směsi vdechované kuřákem i směsi emitované do okolí je obdobné, ale v cigaretovém kouři vznikajícím na zapáleném konci cigarety mezi jednotlivými tahy jsou koncentrace škodlivin až několikanásobně vyšší (Hrubá, 2011). Pro intenzitu tzv. nedobrovolné expozice nekuřáka je významný počet kouřících osob, velikost prostoru, který s kuřáky sdílí, a délka doby expozice (Crha & Hrubá, 2000). Pasivní kouření má okamžitý i dlouhodobý vliv na lidské zdraví. Mezi okamžité účinky patří podráždění očí, nosu, hrdla a plic. Toxický cigaretový kouř také u citlivějších nekuřáků vyvolává bolesti hlavy, pocity nevolnosti a závratí. Především astmatici a alergici by se měli zakouřeným prostorám vyhýbat, neboť cigaretový kouř u nich může vyvolat astmatický záchvat. Pasivní kouření zatěžuje srdce a postihuje hospodaření organismu s přijímáním a využíváním kyslíku (Kastnerová & Žižková, 2007).

Nekuřačky vystavené cigaretovému kouři během těhotenství mají děti s nižší porodní hmotností. Také děti narozené nekuřačkám, jejichž partneři kouřili, vážily méně než děti narozené zcela nekuřáckým párům (Hrubá & Kachlík, 2000). Pasivní kouření těhotných žen se podílí na redukci hmotnosti plodu (Crha & Hrubá, 2000). Ženy, které byly vystaveny cigaretovému kouři na pracovišti, měly děti s nižší porodní hmotností (Misra & Nguyen, 1999).

Podle současných zjištění nedochází k manifestaci poškození zdraví vlivem pasivního kouření až po dlouholeté expozici, jak se předpokládalo dříve, ale dokonce i po jednorázové krátkodobé epizodě (Hrubá, 2011).

Z výše uvedených faktů vyplývá, že i „pouhé“ pasivní kouření těhotné ženy má značný negativní efekt na vyvíjející se plod.

2.5 Odvykání kouření v těhotenství

Zanechání kouření před otěhotněním či v jakémkoliv bodě v průběhu těhotenství přináší zásadní benefity pro zdraví těhotné ženy i jejího potomka (Štěpánková, 2009). Je zřejmé, že riziko poškození vývoje těhotenství a plodu kouřením se snižuje po zanechání kouření. Přestane-li těhotná žena kouřit během prvního trimestru, má riziko patologického průběhu těhotenství a vývoje plodu stejné jako žena, která nikdy nekouřila (Kukla, Hrubá & Tyrlík, 1999). Frekvence nízké porodní hmotnosti klesá, pokud žena přestane kouřit v prvním trimestru těhotenství (Hueston, Mainous & Farrell, 1994). Přestane-li žena kouřit později než v prvním trimestru těhotenství, stejně se riziko komplikací těhotenství výrazně sníží (Hrubá, 2004). Také se zdá, že bývalé kouřící ženy mají stejné riziko mimoděložního těhotenství jako ženy, které nikdy nekouřily (Králíková & Himmerová, 2004a).

Jedním z rozšířených omylů je tvrzení, že zanechání (odvykání) kouření je zdrojem stresu (z abstinčních příznaků), který ohrožuje vývoj plodu víc než expozice toxickému cigaretovému kouři (Hrubá & Malíková, 2002). Ovšem doposud známé následky prenatální expozice cigaretovému kouři mnohonásobně převyšují riziko stresu, který může provázet dyskomfort a abstinční příznaky při zanechání kouření (Hrubá, 2011).

Těhotenství je obdobím, kde je žena silně motivována akceptovat doporučení k případným změnám své životosprávy včetně kouření, pokud je přesvědčena, že ochrání plod a podpoří jeho zdravý růst a vývoj. Je velmi důležité, aby získala odborně podložená doporučení od svého ošetřujícího lékaře, s nímž se v průběhu těhotenství přirozeně několikrát setkává (cca 10-15krát) (Hrubá & Malíková, 2002).

2.5.1 Intervence k odvykání kouření v těhotenství

Ve vyspělých zemích se cílená intervence motivující těhotné ženy k zanechání kouření stává stále častěji běžnou každodenní součástí péče lékaře (gynekologa). Inspirující intervenční programy fungují např. v Kanadě, Norsku nebo Holandsku (Crha & Hrubá, 2000). V České republice byl gynekolog označen jako zdroj informace o dopadech kouření na těhotenství jen v 5 % případů (Králíková, Bajerová, Raslová, Rameš & Himmerová, 2005). Podle klinických doporučení US Preventive Task Force i závazných doporučení pro léčbu závislosti na tabáku platných v USA i ve většině evropských států platí jednoznačné doporučení ptát se všech těhotných žen na kouření a provádět intervenci směřující k odvykání kouření. Tato intervence by měla obsahovat specifické informace a svépomocné materiály pro těhotné ženy (Štěpánková, 2009).

Podle oficiálních doporučení pro léčbu závislosti na tabáku by minimální intervence (nejen u těhotných žen) měla obsahovat následující kroky:

1. ASK – PTÁT SE, zda pacient kouří
2. ADVICE – PORADIT, jasně doporučit kouřící ženě přestat
3. ASSESS – POSOUDIT ochotu přestat kouřit, u nerozhodnutých použít strategii motivačních rozhovorů (viz kap. 2.4.)
4. ASSIST – POMOCI těm kouřícím ženám, které chtějí přestat; nabídnout psychosociální podporu, eventuálně doporučení do specializovaného centra pro závislé na tabáku a předat kontakt na Linku pro odvykání kouření.
5. ARRANGE follow-up – PLÁNOVAT kontrolní návštěvy.

Takováto základní intervence nezabere více než 5 minut a při plošném provádění u těhotných žen má široký význam. V rámci této základní krátké intervence je také

vhodné orientačně zhodnotit míru závislosti (Štěpánková, 2009), k čemuž lze využít např. Fagerströmův test nikotinové závislosti (FTND).

U těhotných žen často přistupují výčitky svědomí vzhledem ke kouření v těhotenství a také obavy z negativní reakce lékaře (odborníka). Proto se doporučuje ptát se nejdříve na kouření před těhotenstvím a teprve poté zjišťovat, zda žena aktuálně v těhotenství kouří či nikoliv (Štěpánková, 2009).

Jako minimální intervenci k zanechání kouření v těhotenství lze určitě také využít metodu účinné rychlé intervence – FRAMES (viz kap. 2.4.3.).

„Za hlavní limitující faktor pro intervenční rozhovor s pacientkou pokládají lékaři nedostatek času. Na druhou stranu uznávají, že mají velmi dobrou příležitost uplatňovat své poradenství opakovaně při každé pravidelné či mimořádné návštěvě těhotné ženy v prenatalní poradně“ (Crha & Hrubá, 2000; s. 51).

2.5.2 Náhradní nikotinová terapie v těhotenství (NNT)

Crha & Hrubá (2000) uvádějí: těhotenství se pokládalo donedávna za kontraindikaci preskripce NNT. Tento názor se změnil, ukázalo se, že pozvolné uvolňování nikotinu z náplastí nevede k tak významnému zvýšení hladiny nikotinu v krvi, aby to vyvolalo negativní reakce u plodu. Ovšem s ohledem na neurotoxické účinky nikotinu ve druhé polovině těhotenství by preskripce NNT měla být v této době již kontraindikována. V souvislosti s NNT je u těhotné ženy vždy třeba stanovit hladiny nikotinu/kotininu v biologickém materiálu, protože dávky nikotinu ve formě NNT by v žádném případě neměli překročit ty, které přijímá těhotná žena kouřením.

Hrubá a Malíková (2002) ve shodě s předchozími autory uvádějí, že k léčbě závislosti na nikotinu lze u těhotných žen použít NNT a to zejména v první polovině těhotenství. Neboť riziko izolovaného působení nikotinu je minimální, v každém ohledu mnohonásobně nižší než expozice tisícům chemických látek, které těhotná žena vdechuje při kouření cigaret.

Králíková et al. (2005) k tématu NNT v těhotenství: jako kontraindikace NNT jsou nejčastěji uváděny kardiovaskulární onemocnění a těhotenství. NNT je však vždy méně nebezpečná než kouření, a proto je indikována pro všechny kuřáky závislé na

nikotinu, kteří nemohou přestat s kouřením bez farmakologické léčby, včetně kardiovaskulárních pacientů a těhotných žen. Doporučen je dohled lékaře (Králíková et al., 2005).

Hrubá (2007) uvádí: s ohledem na snadný transplacentární přenos nikotinu není ani používání NNT v těhotenství pokládáno za bezpečné. V USA jsou tyto terapeutické přípravky řazeny k potenciálně či prokazatelně rizikovým látkám a označeny varováním „riziko užívání v těhotenství nemůže být vyloučeno“ (NNT ve formě žvýkaček) a „pozitivní evidence rizika“ (NNT ve formě náplastí).

Je akceptován názor, že NNT je dobrým podpurným prostředkem při odvykání kouření. Ale studie, které sledovaly účinnost přípravků NNT při odvykání v těhotenství (v porovnání s placebem), tyto pozitivní vlivy nepotvrdily (Hrubá, 2007).

Substituční léčba těhotných žen patří mezi indikace NNT a pro těhotnou ženu představuje vždy menší riziko než kouření (Kastnerová & Žižková, 2008).

Z výše uvedených komentářů na toto téma vyplývá, že užívání NNT terapie v těhotenství, a to zejména v jeho druhé polovině, má svá rizika, ovšem v případě silné závislosti těhotné ženy přináší užití NNT (pod dohledem lékaře) méně rizik než samotné kouření.

Užívání ostatních farmakologických přípravků používaných k léčbě závislosti na tabáku (bupropion, vareniklin) není v těhotenství doporučeno, protože dosud není k dispozici dostatek informací o jejich účincích na plod a těhotenství samotné (Králíková et al., 2005; Kráčíková, 2007). V případě bupropionu je možné, aby specialista předepsal těhotné ženě bupropion, sledoval ji a ohlásil tuto preskripci k evidenci výrobci (Kráčíková et al., 2005).

3 Motivace ke změně

Motivace je v oblasti adiktologie široce skloňovaným pojmem. Již dlouhou dobu je pokládána za klíčový prvek léčby závislosti na návykových látkách. Přestože je ale motivace všeobecně považována za extrémně významnou, podstatně méně odborných názorů se shoduje v tom, jaká je vlastně její definice. Mezi definicemi odborníků z oblasti závislostí se objevují výrazy jako „silné vnitřní hnací síly“, „moment, kdy si člověk uvědomí existenci problémů“, „zjištění, že změna je nutná“ a dále odkazy na hluboce zakořeněné, ale nejasné „nevědomé síly“. Psychologické publikace též obsahují široké spektrum různých definic, které většinou poukazují na vnitřní hnací mechanismy, vliv podnětů, rozhodovací procesy nebo jakousi formu intervenčního procesu, který vede jedince k činnosti (Saunders, Wilkinson & Towers, 1999).

Dle jedné z učebnic psychologie osobnosti je motivace definována jako proces spouštění, zaměření a regulace aktivity člověka na objekty a cíle. Komplexní psychický proces motivace zahrnuje prožitek konkrétního nedostatku či přebytku a také specifický cíl, kterým lze napětí vzniklé narušením rovnováhy organismu odstranit (Čakirpaloglu, 2012).

Motivaci lze také chápat jako proces usměrňování, udržování a energetizace chování, proces zvýšení nebo poklesu aktivity jedince (Kalina et al., 2001).

Pešek & Nečesaná (2008) uvádí, že motivace je připravenost ke změně (např. přestat kouřit, nekouřit) či touha po takové změně. Dále poukazují, že existují různé druhy motivace. Pozitivní motivací je myšleno to, co získám, když změním své chování (např. „když přestanu kouřit,lepší se můj zdravotní stav“). Negativní motivací se rozumí to, čemu se vyvaruji, když chování změním (např. „když nebudu kouřit, sníží se pravděpodobnost, že onemocním rakovinou plic“). Motivaci lze také rozdělit na vnější („měl bych“, „musím“) a vnitřní („chci“).

Motivací se rozumí proces, kterým se dostává emoční, kognitivní, behaviorální, osobnostní a vztahově komunikační patologie subjektu pod vlastní účinnou kontrolu (Jeřábek, 2008).

3.1 Psychologie motivace

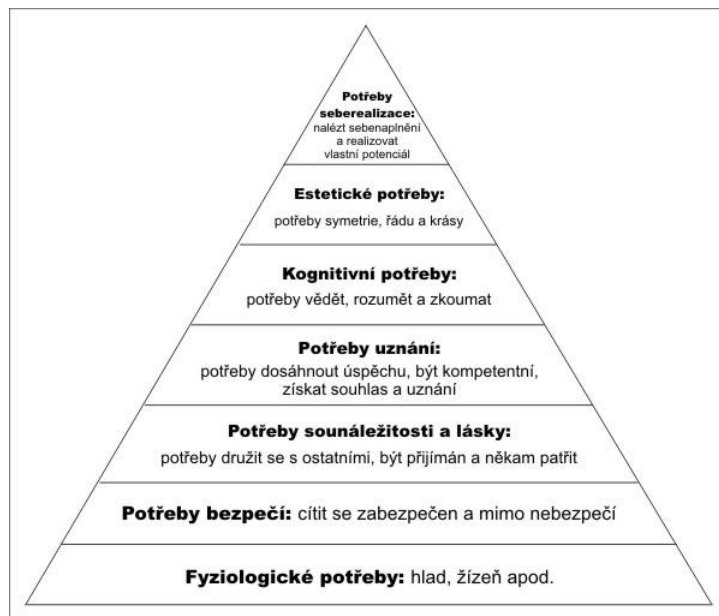
Motiv a motivace jsou ústředním tématem většiny teorií osobnosti, přičemž je zapotřebí vědět, že motivace a motivy mají ryze individuální povahu. Neexistují dvě osobnosti s totožnou motivační sestavou. Pro každého člověka má tentýž motiv osobitý význam a jako tendence k cíli se jeví zcela jedinečným způsobem, který je v souladu s fyziologickými a psychickými charakteristikami konkrétního jedince. Zároveň veškeré lidské motivy, včetně těch vrozených, podléhají sociálním vlivům, učení a individuální zkušenosti. Platí zásada, že všechny psychické složky a funkce, včetně motivačních činitelů osobnosti, jsou výsledkem socializace. Psychologický výklad motivace proto musí brát v potaz individuální potřeby, cíle a zkušenost, stejně jako i širší kulturní a společenský kontext, se kterými je osobnost v neustálém kontaktu (Cakirpaloglu, 2012).

Spouštěcí silou a popuzující psychickou tendencí osobnosti k odpovídající aktivitě je tzv. motiv. Jeho původem se zabývali různorodé psychologické koncepce. Obecně lze tyto koncepce rozdělit do dvou širších skupin: pojetí o vrozeném a získaném původu motivů. O vrozeném původu lidských motivů především učí různé nativistické a instinktivistické teorie osobnosti. Mezi základní teze těchto konceptů patří, že člověk má určitý počet vrozených tendencí (pudů), kterými uspokojuje své tělesné potřeby a také různé potřeby psychické a sociální. Toto nativistické stanovisko sdílejí teorie McDougalla, Freuda nebo Murraye. Podle McDougalla veškerá lidská motivace vyvěrá z osmnácti instinktů, Freud zredukoval počet vrozených tendencí na pud života a pud smrti, zatímco Murray předložil seznam dvaceti základních lidských potřeb. Myšlenka o získaném původu lidských motivů zpravidla hovoří o složitém motivačním systému jedince, kdy motivace zahrnuje několik vrozených potřeb a velké množství získaných psychických a sociálních motivů. Vznik, projev a realizace jak vrozených tak získaných potřeb (motivů) pak určují kultura a sociální činitele. Zatímco biologické (vrozené) tendence jsou pod silným vlivem norem a očekávání společnosti, získané motivy především souvisejí se zkušeností a životem člověka v lidské společnosti (Cakirpaloglu, 2012).

3.1.1 Potřeby a motivace

Potřeba je subjektivně pociťovaný nedostatek něčeho, co je pro život jedince nezbytné. Podstatnou stránkou potřeby je její subjektivní prožívání, nejčastěji jako pocit nelibosti, napětí či strádání. Potřebou se může stát i to, co objektivně potřebou není, nebo co dokonce organismu škodí (např. návykové látky). Elementární dynamika aktualizace potřeby probíhá od činnosti zaměřené na její uspokojení a výsledného ukončení činnosti spolu s uspokojením příslušné potřeby (Janoušek & Slaměník, 2008).

Potřeby obvykle klasifikujeme podle Maslowovy hierarchické klasifikace potřeb (Obrázek 1).



Obrázek 1 Maslowova hierarchie potřeb (Vysekalová et al., 2011).

3.1.2 Pudy a motivace

Z historického hlediska je motivace spojována také s konceptem pudových mechanismů. Motivace je v podstatě považována za jakousi obdobu fyziologických potřeb jako hlad, žízeň nebo sex (Saunders, Wilkinson & Towers, 1999).

V souvislosti se závislým chováním se pudová teorie shoduje s pitím pro úlevu a pravděpodobně také s jinými psychologickými prvky syndromu závislosti. Dalším

příkladem pudové teorie je argument „genetické predispozice“ k závislosti, který je dáván do souvislosti především s alkoholovou závislostí (Saunders, Wilkinson & Towers, 1999).

Kritika pudového modelu se týká především toho, že model vidí zdroj chování mimo volní jednání jedince. Užívání návykových látek by tak bylo vyvoláno spíše somatickými příčinami, než vědomou volbou jedince chovat se určitým způsobem. Zpočátku behavioristé i stoupcí teorie učení tyto modely kritizovali, ale později je začlenily do svých systémů (Saunders, Wilkinson & Towers, 1999).

3.1.3 Učení a motivace

Velká část chování je nepochybně do značné míry postavena na učení. Pozitivní a negativní posilování stejně jako trest formují chování, což se týká i užívání návykových látek (Saunders, Wilkinson & Towers, 1999).

Klasickou ukázkou behavioristického přístupu v praxi byly v padesátých letech minulého století averzivní techniky a nástup behaviorálních technik zaměřených na učení kontrolovaného pití. Postupem času se striktně averzivních léčebných postupů založených na trestu přestalo užívat. Důvodem byl extrémně zúžený pohled behavioristů, obzvláště odmítání myšlení (Saunders, Wilkinson & Towers, 1999).

3.2 Motivace v oblasti závislostí

V léčbě závislostí lze identifikovat rozdíly v pojetí motivace tradiční školou (model nemoci) a kognitivně-behaviorálními přístupy. Dle tradičního přístupu, jehož představiteli jsou např. Mindlin, Stunkard a Davis je motivace chápána jako přijetí problému a spolupráce v léčbě, tedy opak popření a odporu. Tradiční přístup také předkládá koncept „žádné motivace“, dle kterého lidé, kteří se rozhodli své chování nezměnit, nejsou vůbec nijak motivováni. Motivace bývá zpětně přisuzovanou vlastností, která je vymezena tím, zda člověk jedná správně. Tradiční přístup považuje úspěšné klienty za motivované a neúspěšné klienty za málo motivované nebo nemotivované (Saunders, Wilkinson & Towers, 1999).

Kognitivně-behaviorální přístup na rozdíl od tradičního modelu především nepoužívá pojetí „žádné motivace“. Rozhodnutí pokračovat v pití (kouření, užívání drog apod.), přestože to člověku škodí, je motivovaným chováním. Kognitivně-behaviorální přístup zdůrazňuje, že všichni uživatelé návykových látek jsou motivovaní (a mnozí z nich velmi silně), ale obvykle v tom smyslu, že chtějí pokračovat v užívání. Dle tohoto modelu není, na rozdíl od tradičního, považováno za nezbytné, aby byl klient v okamžiku kontaktu s poradcem (terapeutem) motivován ke změně svého chování. K rozvoji tohoto pojetí motivace v oblasti závislostí v mnohém přispěli především Prochaska a DiClemente, kteří navrhli model procesu změny chování (kolo změny; viz kap. 2.3) (Saunders, Wilkinson & Towers, 1999).

Další konkrétní rozdíly mezi oběma přístupy k motivaci v oblasti závislostí uvádí Tabulka 1.

Tabulka 1 Přístupy k motivaci v oblasti závislostí (Saunders, Wilkinson & Towers, 1999).

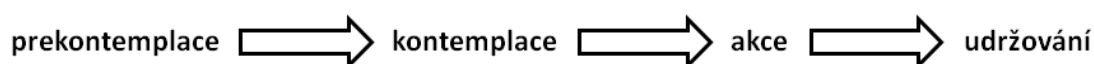
Hledisko	Tradiční přístup (model nemoci)	Kognitivně-behaviorální přístup
Pojetí klienta	Někdo, kdo se nepostaví čelem ke svému užívání návykových látek (NL).	Někdo, kdo si uvědomuje, že užívání NL může způsobit problémy, ale také si uvědomuje, že skýtá velmi reálné výhody.
Zaměření sezení	Klient si má uvědomit povahu a závažnost užívání NL.	Objasnit a posoudit, zda klient vnímá užívání NL jako problém.
Cíl sezení	Klient si má uvědomit svou závislost, přiznat, že své užívání nedokáže ovládat a zavázat se k abstinenci.	Klient by měl zvážit výhody a nevýhody dalšího užívání NL a abstinence. Poradce (terapeut) by měl pomoci s rozhodováním, kterou cestu zvolí.
Styl sezení	Poradce (terapeut) řídí a vede.	Sezení vede poradce (terapeut), ale je zaměřeno na klienta.
Role poradce (terapeuta)	Vychovává, instruuje, radí, konfrontuje a vede klienta od závislého chování a říká mu, jak má řešit své problémy.	Pomáhá klientovi dělat rozhodnutí týkající se dalšího užívání NL (zda pokračovat, omezit nebo přestat) a poskytuje podpůrnou na řešení orientovanou terapii.

3.3 Cyklus změny

Změna je proces, jejíž jednotlivé fáze¹ lze při určité míře generalizace popsat (Soukup, 2011). Může být vnímána jako příležitost, ale i jako ohrožení jistot člověka. Je

komplexním, dynamickým a otevřeným procesem, který může být obtížně srozumitelný pro klienta i poradce/terapeuta (Radimecký, 2006).

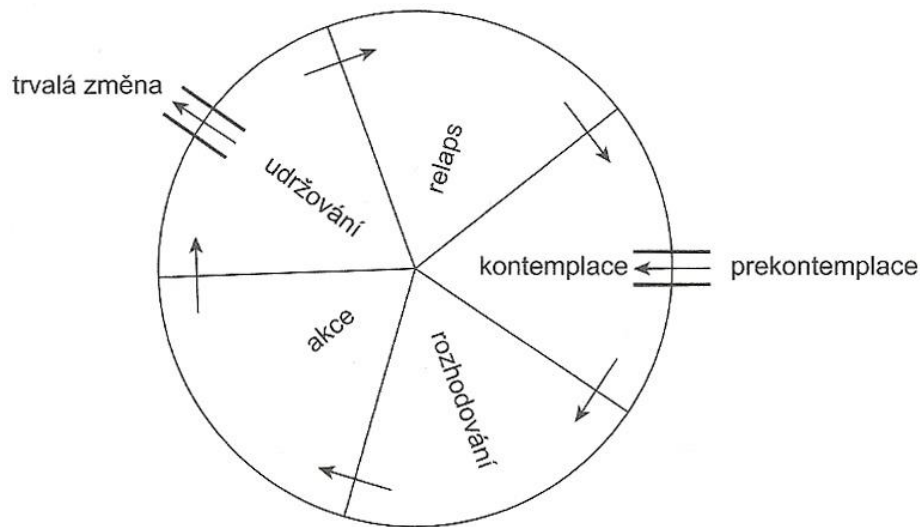
Nejdříve byl navržen lineární model cyklu změny (Obrázek 2), který popisuje změnu a její proces pouze ve čtyřech fázích. Následně si však jeho autoři uvědomili, že změna není jevem přímočarým a že postup z fáze do fáze není lineární a předefinovali původní lineární model na dynamičtější a otevřenější cyklický model změny (viz dále) (Radimecký, 2006).



Obrázek 2 Lineární model cyklu změny (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992).

Cyklický model změny nebo také „kolo změny“ byl stejně jako předcházející lineární model navržen psychology J. Prochaskou a C. DiClementem (1982). Představuje šest fází (1. prekontemplace, 2. kontemplace, 3. rozhodnutí, 4. akce, 5. udržování, 6. relaps, (Obrázek 3)), kterými procházejí lidé v terapii i mimo ni v průběhu změny. V rámci tohoto modelu je motivace chápána jako aktuální stav jedince nebo jeho stávající připravenost ke změně. Jde o vnitřní stav ovlivněný vnějšími faktory. Důležité je si uvědomit, že mluvíme o kruhu či kole, což odráží i realitu průběhu změny. Je zcela běžné, že dříve než člověk dosáhne stability změny, projde všemi fázemi několikrát. V původním výzkumu, kde se Prochaska a DiClemente zabývali kuřáky, zjistili, že než se kuřák svého návyku vzdal, „oběhl“ celé kolo třikrát až sedmkrát (v průměru čtyřikrát). Proto se také relaps objevuje na kole změny jako běžná součást procesu. Rozlišení jednotlivých fází cyklu změny přináší poradci/terapeutovi volbu přístupu ke klientovi a metody práce s ním. Je zapotřebí používat jiné dovednosti, pokud poradce/terapeut pracuje s klientem ve fázi kontemplace, a jiné ve fázi akce (Miller & Rollnick, 2003). V některých fázích cyklu změny spíše než dobré rady a tlak na změnu pomůže navázání dobrého kontaktu, pozorné naslouchání, poskytnutí prostoru klientovi či nabídka informací (Soukup, 2011).

¹ V textu používáme označení „fáze“ pro jednotlivé úseky (etapy, stadia) cyklu změny, jelikož je toto označení v české literatuře běžně používáno, ale Kalina (2013) se domnívá, že termín „fáze“ jako označení úseků kola změny je termínem neadekvátním.



**Obrázek 3 Kruhový model cyklu změny
(Prochaska & DiClemente in Miller & Rollnick, 2003).**

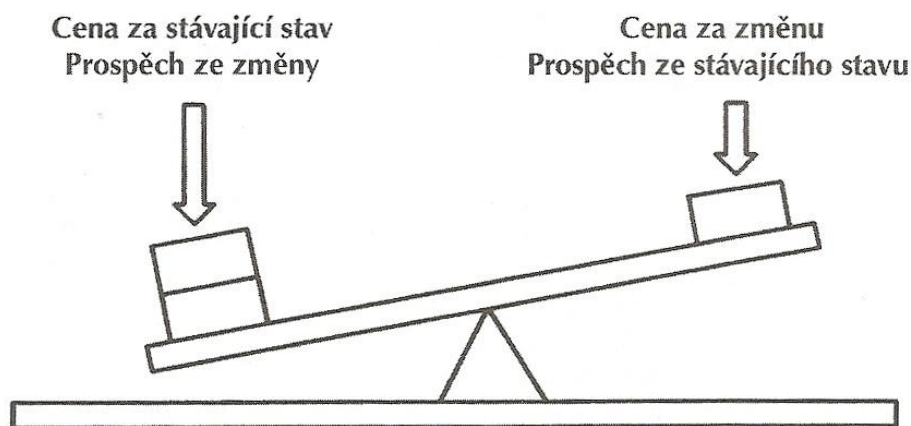
1. fáze: prekontemplace

Vstupem do procesu změny je fáze prekontemplace (Obrázek 3 – umístěna mimo kruh). V této fázi ještě daná osoba o možné změně nezačala ani přemýšlet, ještě si svůj problém neuvědomila a ani nepřipustila, že změna je žádoucí. Někdy toto stadium také nazýváme „fáze před uvažováním“ a samo toto označení indikuje, že někdo jiný problém spatřuje, ačkoliv samotný jedinec si ho zatím neuvědomuje (Miller & Rollnick, 2003). Uživatel návykových látek v první prekontemplační fázi chce pokračovat v užívání (Nešpor, 2003), aniž by byl ochoten své užívání změnit. Užívání návykových látek samotného uživatele v této fázi neznepokojuje, často ho těší, přináší mu uspokojení. Klient nevnímá a nepřipouští si užívání návykových látek jako svůj problém, který by měl řešit. Pokud o nějakém problému mluví, často ho externalizuje – umísťuje ho do okolního světa. „Problém“ má jeho okolí, nikoliv on sám (Kalina, 2013). Oslovíme-li uživatele v této první fázi s tím, že má potíže, bude spíše překvapen, než by se bránil. Lidé ve fázi prekontemplace obvykle nevyhledávají léčbu návykových problémů, pokud nejsou pod tlakem někoho jiného (Miller & Rollnick, 2003).

Kalina (2013) (s. 362) uvádí: „*Přesto nelze prekontemplaci ztotožňovat s „nulovou motivací“. Už její pojmenování a zařazení do cyklu „před-uvažování“ vzbuzuje určitý optimismus. Na klienta můžeme pohlížet jako na člověka, který se ještě nerozhodl o vlastní změně uvažovat. Změna však visí ve vzduchu: pro někoho je možná, někdo o ní uvažuje, někdo ji uskutečňuje. Klient ještě není ten, koho se týká, ale může prožívat neurčitou nespokojenost a stejně neurčitou naději. Ještě neuvažuje o změně, ale připouští si, že by mohl uvažovat o změně“.*

2. fáze: kontemplace

Ve fázi kontemplace se již objevuje jisté uvědomění problému. Fáze je charakteristická ambivalencí. Jedinec uvažuje o změně a zároveň ji odmítá, pohybuje se kupředu a nazpátek mezi různými důvody, obhajobami a nevědomostí, což je obvyklý stav procesu změny (Miller & Rollnick, 2003). Hlavní a nejjasnější změnou oproti prekontemplaci je výskyt problémů, z nichž některé jsou klienti schopni dát do přímé souvislosti s užíváním návykových látek. Užívání návykových látek stále přináší uspokojení, ale začínají narůstat pochybnosti a obavy z dalšího vývoje (Kalina, 2013). Nešpor (2003) k této fázi uvádí, že „*jedinec se změnou váhá*“. Zkušenost jedince ve fázi kontemplace by se dala přirovnat k pohybu na houpačce mezi důvody pro a proti. Jedinec porovnává prospěch z případné změny a cenu, kterou bude muset za změnu zaplatit, s tím, jak by to vypadalo, kdyby nadále pokračoval ve svém stávajícím chování (Obrázek 4). Motivační strategie ve fázi zvažování tedy zahrnují odebrání závaží ze strany stávajícího stavu a přidávání na stranu změny (Miller & Rollnick, 2003), jedná se tedy o proces „vážení“ (Kalina, 2013).



Obrázek 4 Kontemplace: váha ceny a prospěchu změny (Miller & Rollnick, 2003).

3. fáze: rozhodnutí

Pokud ambivalence dostatečně zesílí a jedinec postoupí směrem k činům, ocitne se ve třetí fázi cyklu změny ve stadiu rozhodnutí a proces změny pokračuje. Jestliže činy nenastanou, jedinec se vrátí zpět do stadia kontemplace. Ve vztahu k procesu motivace k léčbě závislostního problému je ve fázi rozhodnutí velmi vhodné pomoci klientovi vyhledávat a stanovit konkrétní postup tak, aby byl přijatelný, dostupný a efektivní. Využití metody motivačních rozhovorů (viz kapitola 2.5) je velmi vhodné (Miller & Rollnick, 2003). „Rozhodnutí ke změně, k němuž dochází na závěr tohoto stadia, znamená již jasnou volbu určitého postupu“ (Kalina, 2013; s. 363).

4. fáze: akce

Ve fázi akce, která bývá někdy nazývána fází jednání (např. Nešpor, 2003), se jedinec zavazuje k určitému činu se záměrem realizovat změnu. Jeho snaha může být podporována poradenstvím či terapií, ale také nemusí. Cílem fáze je realizace změny v problémové oblasti.

5. fáze: udržování

Pro tuto fázi je charakteristické, že přestože již nastala změna, není nijak zaručeno, že u ní zůstane. Poměrně snadno může být nastalá změna následovaná drobnými nebo většími kroky zpět (relapsy – fáze 6.). Udržování změny vyžaduje využití jiných technik a dovedností, než bylo třeba pro dosažení změny na počátku cyklu. Vzdání se

návykové látky představuje v oblasti závislostí první krok, po kterém následuje hlavní práce a námaha vytrvat v abstinenci či změně chování (Miller & Rollnick, 2003).

„Toto stadium přináší pro klienta výzvu obhájit svou schopnost žít bez drogy sám před sebou i před svým okolím v běžném životě. V optimálním případě klient udržuje pozitivní změnu, což ovšem na něj klade jiné nároky a vyžaduje jiné sociální dovednosti a postoje, než dosažení změny v předchozím stadiu.“ (Kalina, 2013; s. 363).

6. fáze relaps

Nastane-li šestá fáze relapsu čili návratu k původnímu chování, je hlavním úkolem jedince spíše pokračovat na kole změny než ustrnout v této fázi (např. pokračovat v užívání návykových látek). Uklouznutí (lapsy) a relapsy jsou normálními a očekávanými událostmi. Důležitým úkolem poradce/terapeuta v této fázi je pokud možno zabránit ztrátě odvahy a demoralizaci (Miller & Rollnick, 2003).

Jednotlivé fáze a postupy poradce/terapeuta vhodné pro tyto fáze zobrazuje Tabulka 2.

Tabulka 2 Fáze změny a motivační úkoly poradce/terapeuta (Miller & Rollnick, 2003).

Fáze	Motivační úkoly poradce/terapeuta
1. Prekontemplace	Vyvolat u klienta pochybnosti, posílit vnímání nebezpečí a potíží, které stávající chování přináší.
2. Kontemplace	Naklonit rovnováhu žádoucím směrem, připomenout důvody pro změnu a nebezpečí, pokud změna nenastane.
3. Rozhodnutí	Pomocť klientovi, aby se rozhodl pro nejlepší variantu akce směřující ke změně.
4. Akce	Pomocť klientovi udělat vše potřebné.
5. Udržování	Pomocť klientovi najít a použít metody, které zabrání relapsu.
6. Relaps	Pomocť klientovi, aby obnovil proces uvažování, rozhodnutí atd.

3.4 Motivační rozhovory

Techniku motivačních rozhorů (motivational interviewing, MI) vypracovali W.R. Miller a S. Rollnick. V roce 1991 uveřejnili první vydání své knihy o motivačních rozhovorech se zaměřením na oblast závislostí (český překlad byl vydán v roce

2003). V současnosti se technika využívá i v dalších pomáhajících profesích a funguje mezinárodní organizace školitelů pro oblast motivačních rozhovorů (Millerová, 2011). V České republice existuje „Sdružení pro motivační rozhovory“ (viz www.motivacnirozhovory.cz). Jde o sdružení fyzických osob, jehož cílem je prohlubovat a šířit dobrou praxi metody motivačních rozhovorů a informovat o této metodě především formou pořádání výcviků a seminářů, organizováním přednášek a konferencí, publikační činností a podporou spolupráce s dalšími subjekty (Sdružení pro motivační rozhovory, 2008).

Motivační rozhovory jsou uceleným, teoreticky podloženým a propracovaným klinickým a poradenským přístupem (Prochaska & Norcross, 1999).

Teorie a principy tohoto přístupu byly již široce kompilovány různými českými i zahraničními autory v mnoha monografiích, odborných publikacích a člancích, což činí obtížné při tvorbě tohoto a podobných textů. Kalina (2013) pro tento přístup používá označení „terapie posilující motivaci“ a např. metodu FRAMES řadí do podkapitoly, která se týká praktického vedení motivačního rozhovoru, ale autoři Miller a Rollnick (2003) zařazují metodu FRAMES mezi úvodní kapitoly své knihy *Motivační rozhovory* a uvádí ji jako metodu rychlé intervence zaměřující se na motivaci, čehož se držíme i my v následujícím textu.

Někteří autoři uvádí přístupy motivačních rozhovorů pod pojmem „Motivační trénink“, což v souladu s Kalinou (2013) považujeme za nevhodné označení, a proto ho v tomto textu nepoužíváme, nicméně pro přehlednost považujeme za důležité tento používaný termín zmínit.

3.4.1 Cíle motivačních rozhovorů

Základním cílem motivačního rozhovoru je dosahování změn ve směru bezpečnějšího, úspěšnějšího a šťastnějšího životního stylu, ať již při redukci užívání návykových látek anebo cílené trvalé abstinenci. V počátečních přáních a záměrech klienta (v zakázce klienta) nemusí být explicitně přítomna abstinence, ale mezi očekávané výsledky může přesto patřit stabilizace, návrat do určité životní role, zlepšení kvality života a další přínosy, které se s abstinencí obvykle spojují. V kontaktu s klientem se poradce/terapeut snaží odkrýt to, co ve svém životě

považuje klient za problém a na základě toho společně s klientem stanovuje cíle. Ty se mohou týkat dosahování změn v oblasti zdraví (mentálního i fyzického), sociálních kontaktů, situace s bydlením a prací, ve vztahu k institucím (policie, soudy apod.). Hledání cílů a označování problémů určuje klient, přičemž poradce/terapeut usnadňuje a podporuje proces změny, případně její udržení (Dobiášová & Broža, 2003).

Cíle jsou vyjádřeny v kontraktu mezi terapeutem a klientem. Mají být především realistické a dosažitelné a klient s nimi musí souhlasit. Cíl intervence by měl být: jasný a konkrétní, měřitelný, dosažitelný, reálný a jasně časově ohraničený (Dobiášová & Broža, 2003).

Poradce/terapeut by měl klientovi pomoci vyřešit konflikt mezi jednotlivými cíli, které není reálné současně realizovat a jejichž kolize může být pro klienta potenciálně riziková. Měl by také umožnit klientovi, aby se některého cíle vzdal (Kalina, 2013).

Formulování cílů rozhodně není jednorázovou a jednostrannou záležitostí, je vždy třeba spolupráce klienta s poradcem/terapeutem a je třeba si uvědomit, že jde o kontinuální a dynamicky se vyvíjející proces, při němž přílišné lpění na formě může brzdit proces (Kalina, 2013).

3.4.2 Principy, strategie a dovednosti potřebné k praktické aplikaci metody motivačních rozhovorů

Principy motivačních rozhovorů

Existuje pět hlavních široce pojatých principů, na nichž je metoda motivačních rozhovorů postavena (Miller & Rollnick, 2003).

1. Vyjádření empatie
2. Rozvíjení rozporů
3. Vyhýbání se sporu
4. Práce s odporem
5. Podpora vlastních schopností klienta

1. Vyjádření empatie

Na empatii založený styl práce je nezbytnou charakteristikou praktického provádění motivačních rozhovorů. Svůj vzor má tento přístup v práci C. Rotgerse (Miller & Rollnick, 2003).

Postoj, na němž stojí princip empatie („vcítění se“), by se dal nazvat „přijetí“. Pomocí reflexivního naslouchání se poradce/terapeut snaží pochopit klientovy pocity a pohled na věc, aniž by jakkoliv posuzoval, kritizoval či obviňoval. Je důležité si uvědomit, že přijetí a pochopení neznamená totéž co souhlas nebo schválení. Je možné chápat a přijmout klientův pohled na věc, aniž bychom s ním museli souhlasit. Klíčové je naslouchat klientovi s respektem a touhou porozumět jeho chápání věci. Paradoxem tohoto přístupu je, že přijetí klienta, jaký je, mu umožní učinit svobodné rozhodnutí pro změnu, zatímco trvalé nepřijímání může mít za následek ustrnutí v dané situaci (Miller & Rollnick, 2003).

Empatický poradce/terapeut se snaží na klientův náhled reagovat jako na pochopitelný a opodstatněný. Nerozhodnost (ambivalence) je přijímána jako součást procesu změny. Nejistota ohledně vzdání se problémového chování se v průběhu léčby očekává a je vnímána jako běžná a zcela normální (Miller & Rollnick, 2003).

2. Rozvíjení rozporů

Druhým principem motivačních rozhovorů je spolu s klientem objevit, pojmenovat a rozvinout rozpor mezi tím, co v dané chvíli klient dělá a jeho dalšími cíli. Obecně můžeme chápat tento proces jako uvědomování si rozporu mezi tím, kde se klient nachází, a tím, kde by chtěl být. Proces může být spuštěn, když si klient uvědomí, jakou cenu je třeba platit za stávající způsob života. Pokud je klientovo chování v rozporu s osobními cíli (např. zdraví, úspěch, rodinné štěstí, pozitivní obraz sebe sama), nastane pravděpodobně změna. Můžeme tedy říci, že motivace ke změně vzniká, když lidé (klienti) zažívají rozpor mezi svým současným chováním a svými osobními cíli (Miller & Rollnick, 2003).

3. Vyhýbání se sporu

Třetí významný princip motivačních rozhovorů spočívá ve vyhnutí se sporu, protože neshody (spory) jsou zdrojem klientova odporu a poradcovy/terapeutovy frustrace.

Spor s klientem může mít řadu podob (patří k nim i snaha druhého přesvědčit pomocí logiky nebo důkazů o zdravotním poškození). Také tzv. „nálepkování“ může být zdrojem odporu či konfliktu mezi poradcem/terapeutem a klientem. Pro vlastní léčbu není nezbytně nutné přijmout nálepku „alkoholik“, „feťák“ či „závislý“ (Dobiášová & Broža, 2003).

Konfrontace je účelem motivačních rozhovorů, jejímž úkolem je zvýšit uvědomění si problémů a potřebu s nimi něco dělat. Přesto nelze metodu motivačních rozhovorů nazvat konfrontační, metodu spíše nazýváme „měkkou konfrontací“, kdy kvalitně provedený motivační rozhovor obsahuje tzv. „jemně přemlouvavý“ styl (Miller & Rollnick, 2003).

4. Práce s odporem

Snížení klientova odporu je nejdůležitější funkcí motivačních rozhovorů. Odpor či nepřátelství vůči léčbě může klient pociťovat z mnoha důvodů, například proto, že byl k léčbě donucen, nebo pod dojmem předchozích zkušeností s terapií. Spíše než konfrontace se doporučuje využít reflexe nebo přerámování. Energie klientova odporu je považována za pozitivní znamení a za fenomén, který vyžaduje spíše prozkoumat než zlomit. Odpor je rovněž považován za možný projev nesouladu mezi tím, kde se klient nachází v cyklu změny a zaměřením terapie (Bell & Rollnick, 1999).

Odpor u klienta je výrazně ovlivněn reakcemi poradce/terapeuta. Přítomnost odporu během procesu léčby může být náznakem pravděpodobného neúspěchu pro dosažení žádoucí změny. Pokud se odpor objeví, měl by být pro poradce/terapeuta signálem indikujícím změnu postupu. Poradce/terapeut by si také měl uvědomit, že obvinění klienta z odporu a popírání problému většinou pouze zvýší jeho odpor (Miller & Rollnick, 2003).

5. Podpora vlastních schopností klienta

Pátý princip motivačních rozhovorů je založen na teorii „důvěry ve vlastní schopnosti“. Důvěra ve vlastní schopnosti se opírá o přesvědčení jedince, že je schopen úspěšně vykonat a dokončit určitý úkol. Klient může zároveň trpět nízkou sebedůvěrou, ale dá se přesvědčit, že je v jeho moci určitý problém zvládnout (Miller & Rollnick, 2003).

Klient sám je odpovědný za pokus a uskutečnění vlastní změny. Jeho důvěra ve vlastní schopnosti je základním prvkem procesu změny (Bell & Rollnick, 1999). Při podpoře klientovy důvěry ve vlastní schopnosti je vždy důležité věnovat nemalou pozornost drobným krokům a detailům (Dobiášová & Broža, 2003).

Přehled pěti principů motivačních rozhovorů a jejich základních tezí viz Tabulka 3.

Tabulka 3 Přehled principů motivačních rozhovorů a jejich základních tezí (Miller & Rollnick, 2003).

1. princip: Vyjádření empatie	přijetí napomáhá změně; základem je reflexivní naslouchání; ambivalence je normální.
2. princip: Rozvíjení rozporů	důležité je uvědomit si následky; rozpor mezi stávajícím chováním a důležitými životními cíli motivuje ke změně; argumenty pro změnu by měl uvádět sám klient.
3. princip: Vyhýbání se sporu	hádky jsou kontraproduktivní; odpor je signálem, že je třeba změnit postup; nálepkování není nezbytné.
4. princip: Práce s odporem	okamžik odporu může být využit jako výhoda; představy se mohou změnit; nové možnosti se vítají, ale neprosazují; klient sám je cenným řešením svých problémů.
5. princip: Podpora vlastních schopností klienta	důvěra v možnost změnit se je důležitou motivací; klient sám je odpovědný za rozhodnutí pro změnu a její učinění.

Strategie motivačních rozhovorů

Strategie stejně jako principy poskytují podklad pro praktickou aplikaci motivačních rozhovorů. Existují čtyři klíčové strategie (viz níže), na které navazuje značné množství dalších. Volba strategie závisí na úrovni vztahu mezi poradcem/terapeutem a klientem a také na stadiu cyklu změny, ve kterém se klient momentálně nachází (Bell & Rollnick, 1999).

1. Probírání typického dne nebo sezení

V této strategii jde v podstatě o to získat ucelenou informaci o klientově životě v souvislosti s užíváním návykových látek. Jedná se o vstupní strategii, prozkoumání současného a jedinečného „všedního dne“ v životě klienta, která poradci/terapeutovi poskytne podklad pro diagnostické posouzení užívání návykových látek v souvislosti s klientovou realitou. Také poskytuje představu o míře klientovy motivace (Bell & Rollnick, 1999) a umožňuje odhad možností reálné změny klienta (Dobiášová & Broža, 2003).

2. Dobré a méně dobré při užívání návykových látek

Probírání obou stránek užívání návykové látky slouží několika cílům (Bell & Rollnick, 1999). Poradce/terapeut získá při vlastním klientově hodnocení „pro“ a „proti užívání“ představu o fázi změny, ve které se klient momentálně nachází a také o stupni jeho ambivalence. Poradce/terapeut nechává označení negativních aspektů užívání na klientovi (Dobiášová & Broža, 2003). Jeho úkolem je klientovi pomoci vytvářet a zesilovat moment rozhodování, zvažování a pomáhat mu případně vidět více z jeho vlastního hodnocení (Bell & Rollnick, 1999).

3. Poskytování informací

Poskytování informací, zpětná vazba nebo rada se může stát těžištěm poradenství v oblasti motivačních rozhovorů. Způsob, jak jsou informace poskytovány, však ovlivní, zda půjde o boj mezi konfrontací a odporem, nebo o terapeutickou interakci. Jedna z pastí, do které se mnozí pomáhající odborníci chytí při udílení rad, je role „odborníka na řešení problémů“, která zanechá klienta v pasivním či obranném postoji. Při poskytování informací je třeba zvážit, zda klient vlastně nějaké informace chce. Poskytne-li poradce/terapeut radu nebo zpětnou vazbu, je důležité, aby byl klientovi ponechán čas na diskuzi. Zůstává zcela na klientovi, jak se získanou informací naloží (Bell & Rollnick, 1999).

4. Probírání problémů

Účelem strategie je posunout klienta k cíli motivačního rozhovoru. S klientem jsou detailně probírány příčiny jeho problémů. Po probrání každého problému je klientovi ponechán čas, aby o své situaci mohl přemýšlet. Poradce/terapeut na základě této strategie pomáhá klientovi s rozhodovacím procesem (Bell & Rollnick, 1999; Dobiášová & Broža, 2003).

Dovednosti používané v motivačních rozhovorech

Třetí, ale zásadní, úrovní praktické aplikace metody motivačních rozhovorů je užití „na klienta zaměřených“ poradenských/terapeutických dovedností (Bell & Rollnick, 1999).

K dovednostem, které poradce/terapeut při motivačním rozhovoru využívá, patří (Dobiášová & Broža, 2003):

- **kladení otázek s otevřeným koncem** – klient je pomocí těchto otázek motivován ke komunikaci a přemýšlení o svých tématech,
- **reflektující naslouchání** spočívá v průběžném zrcadlení nejdůležitějších informací, které klient předkládá,
- **potvrzování kladných postojů** – poradce/terapeut projevuje ocenění a uznání – nemělo by se ale stát jediným způsobem komunikace, zároveň by měl být poradce/terapeut ve vyslovování ocenění pravdivý, aby v klientovi nevzbudil dojem falešnosti,
- **sumarizování** – jde o dovednost čas od času shrnout do uceleného tvaru to, co dosud klient popsal,
- **vytváření prostoru pro sebemotivaci klienta** – sebemotivace je vždy výhodnější a trvalejší než motivace přicházející pouze ze strany poradce/terapeuta – poradce/terapeut by si měl všímat všech sebemotivujících projevů a měl by je před klientem zveřejnit.

Souhra principů, strategií a dovedností představuje praxi motivačních rozhovorů. Další složkou je poradcův/terapeutův styl práce s klientem. Poradcův/terapeutův styl do značné míry určuje klientův odpor a změnu. Pro celý proces změny je rozhodující postoj, kterým poradce/terapeut dává najevo, že klienta přijímá, rozumí jeho situaci a důvěřuje jeho úsudku a rozhodnutím (Bell & Rollnick, 1999).

3.4.3 Rychlé intervence

Miller & Rollnick (2003; s. 29) uvádějí: „*Relativně rychlý typ poradenství se jeví jako výrazně úspěšný. Dobře naplánovaná rychlá intervence má větší vliv na uzdravování než žádná. Podle některých studií jsou výsledky rychlé intervence srovnatelné s výsledky intenzivní léčby.*“

„*Klíčovým momentem rychlé intervence je fakt, že nepotřebuje mnoho času.*“ (Miller & Rollnick, 2003; s. 32).

Aktivní přísady účinné rychlé intervence

Existuje šest prvků, které se jeví jako obvyklé a „aktivní přísady“ účinné rychlé intervence. Tyto prvky se částečně překrývají s principy motivačních rozhovorů, o kterých jsme hovořili v předcházející podkapitole. Jsou známé pod akronymem FRAMES (Feedback – zpětná vazba, Responsibility – odpovědnost, Advice – rada, Menu – nabídka, Empathy – empatie, Self-efficacy – důvěra ve vlastní schopnosti) (Miller & Rollnick, 2003).

Feedback – zpětná vazba

Pro účinné rychlé intervence je typické, že v sobě zahrnují strukturované mnohostranné vyhodnocení stávající situace klienta, což mu poskytuje zpětnou vazbu. Bylo zjištěno, že i když hodnocení není strukturované, už pouhé procházení celým procesem umožňuje klientovi podrobně reflektovat svoji situaci (Miller & Rollnick, 2003).

Responsibility – odpovědnost

Druhým důležitým prvkem je důraz na osobní odpovědnost klienta za aktuální situaci i proces změny svého chování (Miller & Rollnick, 2003). Poradce/terapeut je klientovi „pouze“ partnerem či průvodcem v procesu změny.

Advice – rada

Prosté udělení jasné a dobře mířené i míněné objektivní rady je třetí obvyklou přísadou účinné rychlé intervence.

Menu – nabídka

Další možností je nabídnout klientovi možné alternativy dalšího postupu. Pokud je nabídnuta jenom jedna možnost, hrozí nebezpečí, že právě tato jedna možnost bude pro klienta zcela nepřijatelná. Je-li nabídka možností širší, dává klientovi možnost najít takový přístup, který bude vyhovovat jeho potřebám a situaci. Navíc vlastní výběr přístupu zvyšuje klientův pocit osobní kontroly nad svým problémem (Miller & Rollnick, 2003).

Empathy – empatie

Jak již bylo řečeno v předchozím textu, empatie ze strany poradce/terapeuta je významným činitelem pro rozvoj motivace klienta. Efektivní rychlá intervence klade silný důraz na přirozenou empatii. Dokonce i když jsou klienti v rámci rychlé intervence „konfrontováni“ se zpětnou vazbou, nebo dostávají-li přímé rady, je možné vše provádět s hlubokou empatií (Miller & Rollnick, 2003).

Self-efficacy – důvěra ve vlastní schopnosti

„Posledním elementem v účinné rychlé terapii je posilování klientovy sebedůvěry, naděje či optimismu“ (Miller & Rollnick, 2003; s. 31). Tato přísada odkazuje na víru člověka, že je schopen něco sám dokázat a také uspět. V případě rychlé intervence či motivačních rozhovorů obecně to znamená, že poradce/terapeut přesvědčí klienta, že je schopen se úspěšně změnit. Naděje a optimismus mají významný vliv na ozdravný proces a samotný cyklus změny. V této souvislosti je třeba také zmínit, že i poradcova/terapeutova důvěra v klientovy schopnosti hraje rozhodující roli (Miller & Rollnick, 2003).

4 Kouření v těhotenství a motivace ke změně

Kapitola představuje výsledky jednotlivých zahraničních studií, které se zabývaly tématem motivace ve vztahu k fenoménu kouření v těhotenství.

Průřezová studie holandských autorů (Vries & Backbier, 1994) analyzuje determinanty odvykání kouření (postoje, vlastní přesvědčení, kuřácké chování, sociální vlivy, zejména vliv partnera apod.) a jejich rozdíly mezi ženami v jednotlivých fázích kola změny (prekontemplaci, kontemplaci, akci, udržování a relapsu). Autoři pracovali s celkem 103 těhotnými ženami a 44 ženami, které skončily s kouřením v průběhu posledního roku. Respondentky byly rozřazeny do skupin dle fáze změny, ve které se nacházely (fáze byla určena z dotazníku, který respondentky vyplnily). Dle výsledků studie mají těhotné ženy ve fázi prekontemplace více negativní postoj k ukončení kouření v těhotenství než ženy v ostatních fázích kola změny. Ženy ve fázích akce a udržování změny jsou více přesvědčeny o výhodách ukončení kouření a jsou spíše samy schopny kouření ukončit než ženy ve fázi prekontemplace a kontemplace. Ženy ve fázi akce se častěji setkaly s podporou sociálního okolí vůči svému ukončení kouření než ženy v ostatních fázích. Závěrem autoři studie doporučují, aby intervence vzhledem ke kouření v těhotenství vždy byly přizpůsobeny dané fázi změny. Pro každou z fází autoři doporučují obecné postupy, např. ženy ve fázi kontemplace a relapsu potřebují informace k zvládnání překážek v odvykání a udržování abstinence.

Souvislostí mezi fází změny a poporodním relapsem při ukončení kouření kvůli těhotenství se zabývá studie publikovaná v roce 2000 v časopise *Health Psychology*. Autoři studie předpokládali, že poporodní návrat ke kouření je více pravděpodobný, pokud se žena skutečně nachází v nižší fázi procesu změny a kouření ukončuje kvůli současnému těhotenství. Pravděpodobné je, že ženy, které jsou v nižší fázi změny, by své kouření neukončily, pokud by nebyly těhotné, což je jednou z příčin vysoké míry poporodního relapsu. Studie pracuje s 256 respondentkami, které na začátku vyplnily dotazník a dále s nimi bylo provedeno několik telefonických interview. Na základě odpovědí byly pomocí stanoveného algoritmu rozděleny do jednotlivých fází změny, tyto skupiny v jednotlivých fázích cyklu změny byly následně porovnávány a byla hodnocena prevalence jejich poporodního relapsu. Výsledky studie ukazují, že podíl

žen, které se po porodu navrátily ke kouření, je nejvyšší u žen, které se nacházely ve fázi prekontemplace a snižuje se s každou další fází. Autoři doporučují vypracování intervencí, které se specificky zaměřují na jednotlivé fáze změny, ve kterých se ženy nacházejí. Domnívají se, že takto zaměřené intervence by měly pomoci ženám udržet abstinenci od kouření i po porodu (Stotts, DiClemente, Carbonari & Mullen, 2000).

Curry, Mc Bride, Grothaus, Lando & Pirie (2001) se zaměřili na motivaci k odvykání kouření v souvislosti s těhotenstvím a budoucím rodičovstvím a také na vnitřní a vnější dimenze motivace k odvykání kouření v daném období. Studie pracuje s údaji 897 (500 žen kouřilo, 397 nedávno skončilo) těhotných žen z USA (Seattle, Minneapolis). Údaje byly získány pomocí strukturovaných telefonických rozhovorů. Dle výsledků studie měly ženy, které přestaly kouřit před 28. týdnem těhotenství významně vyšší úroveň motivace související s těhotenstvím než ženy kouřící i po 28. týdnu těhotenství. Vnější těhotenská motivace klesla mezi výchozím (počátek těhotenství) a 28. týdnem těhotenství mezi ženami, které v kouření pokračovaly. Vyšší úroveň vnitřní motivace vzhledem k vnější motivaci byla spojena s abstinencí během prvních dvou měsíců po porodu. Výsledky studie naznačují, že obecná (zejména vnitřní) i těhotensky specifická motivace je důležitá pro odvykání kouření a prevenci relapsu během těhotenství. Intervence zaměřující se na zvýšení přitažlivosti zdravotních výhod, nad rámec těch, které souvisejí s těhotenstvím, a další vnitřní výhody související s větším pocitem sebekontroly mohou zabránit poporodnímu relapsu. Autoři poukazují na to, že vysoká míra závislosti na nikotinu a také vysoká míra vnější motivace plynoucí ze sociálního tlaku může být vysvětlením pro vysokou míru poporodních relapsů.

Stotts, De Laune, Schmitz & Grabowski (2004) studovali dopad motivačních rozhovorů na mechanismy změny u těhotných kouřících žen s nízkými příjmy. Výzkum mechanismů změny, ovlivněných motivačními rozhovory, může podle autorů pomoci pochopit negativní výsledky intervenčních zásahů a přispět k vývoji dalších inovativních a účinných intervencí. Studie hodnotila dopad motivačního rozhovoru u těhotných kouřících žen (N = 54) s nízkými příjmy. Analýza ukázala, že ve srovnání s ženami, kterým nebyl poskytnut motivační rozhovor, mají ženy, se kterými byl motivační rozhovor uskutečněn, větší důvěru v to, že dokážou přestat. Snížila se jejich touha a pokušení kouřit a vykazují pokles úrovně deprese. Nicméně zásah ve formě

motivačního rozhovoru nebyl spojen s výraznějším postupem v jednotlivých fázích změny. Autoři vzhledem k jejich zjištění poukazují, že častější a soustředěné face-to-face poradenské sezení (mimo těhotenskou poradnu), může zlepšit výsledky odvykání kouření u těhotných žen. Zdůrazňují také důležitost zkoumání mechanismů změny a použití těchto výsledků pro zlepšení účinnosti intervenčních zásahů.

Práce, jejímiž respondentkami bylo 637 žen z Velké Británie, zkoumala kognitivní a behaviorální vzorce těhotných kouřících žen, fáze změny, ve kterých se tyto ženy nacházejí a zda se hladina attachmentu ženy k plodu liší mezi těmito fázemi. Respondentky studie vyplnily několik dotazníků zaměřujících se na jednotlivé zkoumané aspekty (na etapy změny, procesy změny, vlastní účinnost (self-efficacy) vzhledem ke kuřáckému chování a mateřskou předporodní citovou vazbu – attachment). Dále byly respondentky rozděleny do kategorií podle fází změny (prekontemplace – nepřemýšlí o odvykání v příštích 6 měsících, kontemplace – přemýšlí o odvykání v příštích 6 měsících, příprava – má v plánu přestat kouřit během příštích 30 dnů a přestaly nejméně na 24 hodin v posledním roce, akce – přestaly kouřit před 0-6 měsíci, udržování – přestaly kouřit před minimálně 6 měsíci). Předpoklady autorů, vzhledem k výsledkům studie, se naplnily. Bylo zjištěno, že kognitivní procesy vzhledem ke kouření byly využívány především ženami ve fázi kontemplace a přípravy, behaviorální procesy pak především ženami ve fázi akce. Ale úroveň vlastní účinnosti (self-efficacy) nebyla rozdílná mezi fází prekontemplace, kontemplace a přípravy, pouze ženy ve fázi akce vykazovaly významně vyšší úroveň. Vzhledem k attachmentu vykazovaly ženy ve fázi přípravy vyšší úroveň než ženy ve fázi prekontemplace a také ženy kontrolní skupiny nekouřících. Dle autorů studie je model cyklu změny vhodný pro pochopení změny u těhotných kouřících žen a je dobré attachment ženy k plodu spojovat s různými fázemi změny při odvykání kouření a využít jeho potenciál při vývoji nových intervencí. Zároveň upozorňují, že attachment matky k plodu vzhledem ke změně kouření potřebuje ještě další výzkum (Slade, Laxton-Kane & Spiby, 2006).

Posouzením vlivu motivačních rozhovorů na odvykání kouření u těhotných žen se zabývali také Karatay, Kublay & Emiroglu (2009). Projekt byl realizován pomocí interaktivního procesu dotazování a otevřených rozhovorů s těhotnými ženami v centrálním Turecku (od prosince 2007 do června 2008). Také byl pro ověřování

procesu měřen kotinin v moči. Vzorek obsahuje 38 těhotných žen, které kouřily minimálně jednu cigaretu denně. U těchto žen bylo v domácím prostředí uskutečněno celkem osm intervenčních návštěv. Studie zjistila, že na základě poskytnutých intervencí 39,5 % žen z daného vzorku kouření zanechalo, 44,7 % redukovalo počet vykouřených cigaret a míra pasivního kouření před výkonem (86,8 %) poklesla na 55,3 %. Všechny ženy byly zpočátku studie ve fázi záměru přestat kouřit. S postupující studií, a tedy přibývajících intervenčních zásahy, se ženy posouvaly do fáze přípravy a akce. Ženy, které nepřestaly v průběhu celé studie kouřit, se většinou navrátily z fáze přípravy do fáze záměru. Autoři ve shodě se studií Stotts, De Laune, Schmitz & Grabowski (2004) upozorňují, že díky intenzivním a častým motivačním zásahům lze výrazně zvýšit šance na úspěch odvykání kouření u těhotných žen. Úspěšnost by také mohlo zvýšit a proces samotný usnadnit zahrnutí partnerů těhotných kouřících žen.

Rolí předporodní a porodní motivace k abstinenci od kouření se zabývala klinická studie texaských autorů. Studie pracovala s celkem 251 těhotnými ženami, které přestaly kouřit během těhotenství nebo dvou měsíců před těhotenstvím. Jejich abstinence byla biochemicky potvrzena. Studie používala více různorodých přístupů k motivaci. Mimo jiné bylo zjištěno, že koncept globální motivace (obecnější úroveň motivace ve smyslu závazku nebo touhy dosáhnout vytyčeného cíle) a motivy související s rodičovstvím jsou obzvláště důležité motivační konstrukty pro těhotné ženy a jejich abstinenci od kouření i po porodu (Heppner et al., 2011).

Prakticky všechny výše uvedené studie se shodují, že přizpůsobení a specifické zaměření intervencí na danou fázi změny napomáhá odvykání kouření v těhotenství. Některé také upozorňují, že zaměření intervencí by mělo pomoci ženám udržet abstinenci od kouření i po porodu a snížit vysokou prevalenci poporodních relapsů. Četnost poporodních relapsů by dle některých také snížily intenzivní a časté face-to-face zásahy ve formě motivačních rozhovorů.

5 Studie „Kouření tabáku a motivace ke změně v souvislosti s těhotenstvím“ – cíle a hypotézy

Jak bylo řečeno již v úvodu této práce, předpokládáme, že těhotenství je obdobím, jež je změnou samo o sobě a je zároveň časem poskytujícím vysoký potenciál pro jakoukoliv změnu i pro změnu kouření ženy – budoucí matky. Tento předpoklad je jedním z východisek studie.

Studii jsme koncipovali jako kvantitativní dotazníkové šetření a stanovili jsme si následující cíle a hypotézy.

Hlavní cíl:

- Popsat základní motivaci k ukončení kouření u těhotných žen.

Dílčí cíle:

- Zjistit míru motivace k ukončení kouření v souvislosti s těhotenstvím a budoucím rodičovstvím.
- U kouřících těhotných žen zjistit závažnost závislosti.
- Zjistit odkud (z jakého zdroje), jak, kdy a zda vůbec získávají těhotné ženy informace o kouření v těhotenství.

Hypotézy

- 1. Motivace žen ze skupiny 2, 3 a 4² k zanechání, změně či pokračování v kouření se liší.
- 2. Těhotenství a budoucí rodičovství je významnějším motivačním faktorem než vlastní zdraví a tlak okolí.
- 3. Závislost těhotných žen skupiny 4 je závažnější než závislost žen skupiny 3.
- 4. Těhotné kouřící ženy vyhledávají informace o kouření v těhotenství.
- 5. Těhotné kouřící ženy vyhledávají informace o kouření v těhotenství především na internetu.

² skupina 2: těhotné ženy, které přestaly kouřit před otěhotněním nebo po zjištění těhotenství, skupina 3: aktuálně kouřící těhotné ženy, které omezily počet cigaret vykouřených za den, skupina 4: aktuálně kouřící těhotné ženy, které kouří ve stejné míře jako před otěhotněním.

5.1 Popis realizace studie

V druhé polovině roku 2012 vznikl design studie (diplomové práce). Dále byl v průběhu února 2013 na základě rešerše vytvořen nástroj pro sběr dat (dotazník). V březnu 2013 byla oslovena Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a VFN – „Apolinář“ (Apolinářská 18, Praha 2) s žádostí o sběr dat. Následně v průběhu března až května 2013 probíhala jednání s klinikou. Bylo dohodnuté spojení našeho projektu s dosud nerealizovaným projektem „Vliv kouření matky na homeostázu fetoplacentární jednotky“, který měla klinika záměr realizovat ve spolupráci s Endokrinologickým ústavem (Národní 8, Praha 1). Spojením studií vznikla práce nesoucí název „Vliv kouření matky na homeostázu fetoplacentární jednotky a motivace matky ke změně v souvislosti s kouřením“. Tato práce je zcela samostatnou částí uvedené studie. V rámci první části studie jsou těhotným ženám, které vyplnily dotazník, odebrány dva vzorky krve (cca 4 týdny před porodem a po porodu, kdy je kromě žilní krve matky odebírána ještě smíšená pupečnicková krev). Ve vzorcích krve budou následně stanovovány a sledovány hladiny hormonů pro zjištění vlivu nikotinu a samotného kouření na endokrinní systém. Dále je těhotným ženám odebrána moč pro stanovení hladin kotininu (metabolit nikotinu).

Sběr dotazníků tzv. „klinického souboru“ probíhá v ambulanci již zmíněné kliniky pod vedením a dohledem MUDr. Karolíny Adamcové. Dotazníky zařazené v této práci byly sebrány v období od 27. května do 3. července 2013.

Koncem dubna 2013 jsme se rozhodli vytvořit ještě druhý datový soubor („elektronický soubor“), jenž představuje větší část dat vyhodnocených v rámci této práce. Sběr souboru byl proveden elektronicky prostřednictvím dotazníkového formuláře vytvořeného pomocí veřejné webové služby Google Forms. Odkaz na dotazník spolu s krátkou vysvětlující informací byl 17. května 2013 distribuován pomocí e-mailu a sociálních sítí (www.facebook.cz) a vložen do diskuzí k tématu „Kouření v těhotenství“ na portálech www.emimino.cz, www.doktorka.cz, www.maminkam.cz, www.modrykonik.cz, www.mamaaja.cz, www.oblazek.cz a www.mojetehotenstvi.cz. Na portálu www.emimino.cz byl odkaz spolu s žádostí o vyplnění dotazníku přímo z diskuze na téma „Kouření v těhotenství“ 20. května 2013 administrátorem smazán. Pro sdílení odkazu bylo nabídnuto samostatné

diskusní vlákno „Dotazník a informace – bakalářská/diplomová práce“, kam byl odkaz spolu s vysvětlující informací a žádostí o vyplnění následně vložen. Na sociální síti www.facebook.cz byl odkaz na dotazník spolu s vysvětlující informací sdílen ještě 29. května 2013. Elektronický sběr byl ukončen 9. června 2013, proběhl tedy v období od 17. května 2013 do 9. června 2013.

5.2 Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a VFN

Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a VFN v Praze se nachází v historické budově bývalé Zemské porodnice v Apolinářské ulici. K základním úkolům pracoviště patří léčebná, pedagogická a vědecko-výzkumná práce. Klinika má tři hlavní části – gynekologickou, porodnickou a neonatologickou. Pracují zde zaměstnanci VFN 1. LF UK. Tato klinika patří mezi největší zařízení svého druhu v České republice i v Evropě a je jednou z největších součástí VFN (Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a VFN v Praze, 2012).

Porodnická část kliniky, kde byla sesbírána část dat pro naši studii, se věnuje problematice fyziologického, rizikového i patologického těhotenství, zajišťuje superkonziliární péči u těhotných s diabetem, kardiopatiemi, Rh inkompatibilitou, myasthenia gravis, roztroušenou sklerózou a dalšími patologiemi v těhotenství (Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a VFN v Praze, 2012).

V porodnické části má klinika celkem 92 lůžek, kde bylo v roce 2012 hospitalizováno 5057 pacientek. Ambulantně lékaři a lékařky porodnické části kliniky vyšetřili 4799 žen. V roce 2012 zde proběhlo celkem 4641 porodů (2842 spontánních porodů, 1679 císařských řezů, 73 ostatních typů porodů a 47 mrtvě rozených novorozenců). Průměrná ošetrovací doba na standardním lůžku porodnické části kliniky byla 4,33 dní (Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a VFN v Praze, 2012).

Podle ukazatelů kvality péče o matku a novorozence patří neonatologické oddělení k nejlepším pracovištím v ČR a současně k pracovištím s nejvyšším počtem hospitalizovaných novorozenců. Odborníci kliniky se podílí na řešení několika grantových úkolů a další vědecko-výzkumné činnosti (Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a VFN v Praze, 2012).

6 Metody sběru a zpracování dat

6.1 Nástroj sběru – dotazník

Pro sběr dat k naší studii jsme zvolili dotazníkový formulář, ve kterém respondentky zaškrtaávají jednotlivé položky nebo krátce doplňují požadovanou informaci (např. věk).

Dotazník jsme z důvodu nedostupnosti standardizovaného nástroje vhodného pro naše účely vytvořili samostatně. Dotazník se skládá z celkem čtyř tematických částí - 35 otázek. Kompletní formulář dotazníku pro elektronický i klinický sběr naleznete v přílohách této práce (příloha 1 a 2). Formulář elektronického sběru se od klinického liší v průvodním dopise a informovaném souhlase, který je u klinického specifický vzhledem ke spojení s další studií (viz kap. 5.1). Položky v elektronickém formuláři dotazníku jsou řazeny v jiném pořadí, jelikož dotazník je naprogramován tak, aby zobrazoval jen část dotazníku, kterou má respondentka vyplnit (návazné otázky). Všechny podotázky musely být naprogramovány jako samostatné položky, proto se na první pohled zdá, že dotazník pro elektronický sběr má více položek, ale není tomu tak. Znění otázek i jejich základní počet je v obou formách dotazníku identický.

První část dotazníku je tvořena anamnestickými otázkami (otázky číslo 1-14). Tyto otázky se zaměřují na osobní, gynekologickou a kuřáckou anamnézu těhotné ženy. Přehled otázek anamnestické části dotazníku nalezte v následující tabulce (Tabulka 4). Kvůli spojení naší studie se studií „Vliv kouření matky na homeostázu fetoplacentární jednotky“ bylo do této části přidáno osm otázek (2, 3, 6, 7, 8, 8A, 9, 9A), které se zaměřují na biologické a gynekologické informace, jenž pro naši část studie nejsou relevantní a proto s nimi při hodnocení i v charakteristikách souborů nepracujeme.

Tabulka 4 Přehled otázek anamnestické části dotazníku.

číslo otázky	znění otázky	typ otázky	poznámka
1	Kolik vám je let?	otevřená otázka	
2	Kolik jste vážila před těhotenstvím?	otevřená otázka	nerelevantní otázka, dále s ní nepracujeme
3	Kolik měříte?	otevřená otázka	nerelevantní otázka, dále s ní nepracujeme
4	V kolikátém týdnu těhotenství momentálně jste?	otevřená otázka	
5	Toto těhotenství je vaše?	výběr ze 4 možností	
5B	Pokud toto těhotenství není vaším prvním, kouřila jste při předchozím(ch) těhotenství(ch) či těsně před ním(nimi)?	výběr ze 2 možností	
6	V jakém věku jste měla první menstruaci?	otevřená otázka	nerelevantní otázka, dále s ní nepracujeme
7	Jakým způsobem jste otěhotněla?	výběr ze 2 možností	nerelevantní otázka, dále s ní nepracujeme
8	Pokud jste již byla těhotná, měla jste nějaké komplikace během předchozího těhotenství?	výběr ze 2 možností	nerelevantní otázka, dále s ní nepracujeme
8A	O jaké komplikace šlo?	otevřená otázka	respondentka vyplňuje, pouze pokud u předchozí otázky zaškrtnla „Ano“; nerelevantní otázka, dále s ní nepracujeme
9	V současném těhotenství máte nějaké komplikace?	výběr ze 2 možností	nerelevantní otázka, dále s ní nepracujeme
9A	O jaké komplikace jde?	otevřená otázka	respondentka vyplňuje, pouze pokud u předchozí otázky zaškrtnla „Ano“; nerelevantní otázka, dále s ní nepracujeme
10	Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?	výběr z 5 možností	
11	Váš čistý měsíční příjem v době před těhotenstvím byl?	výběr ze 3 možností	
12	Momentálně kouříte?	výběr ze 4 možností, každá možnost obsahuje podotázky	respondentky, které zaškrtnou: první možnost - nepokračují ve vyplňování; druhou možnost - pokračují ve vyplňování do otázky 29; třetí a čtvrtou možnost - vyplní celý dotazník.
12A1	Nekouříte-li, jste vystavena pasivnímu kouření?	výběr ze 3 možností	
12B1	Pokud jste přestala kouřit před těhotenstvím, napište prosím kdy (jak dlouho před těhotenstvím jste přestala kouřit).	otevřená otázka	
12B2	Pokud jste přestala kouřit po zjištění těhotenství, napište prosím kdy.	otevřená otázka	
12B3	Napište prosím, proč jste přestala kouřit před těhotenstvím či po jeho zjištění.	otevřená otázka	

12C1	Napište prosím počet cigaret, které jste vykouřila za den před těhotenstvím.	otevřená otázka	
12C2	Napište prosím počet cigaret, které vykouříte za den nyní.	otevřená otázka	
12C3	Napište prosím, proč jste omezila počet cigaret, které za den vykouříte.	otevřená otázka	
12D1	Napište prosím počet cigaret, které vykouříte za den.	otevřená otázka	
12D2	Napište prosím, proč kouříte stejně jako před těhotenstvím.	otevřená otázka	
13	Kolik let kouříte či jste kouřila?	otevřená otázka	
14	Pokoušela jste se někdy s kouřením přestat?	výběr ze 2 možností	v případě zaškrtnutí možnosti „Ano“, respondentka může uvést, kolikrát se pokoušela s kouřením přestat

Druhou část dotazníku tvoří otázky číslo 15 až 19. Jde celkem o pět otázek, jenž se snaží o základní zmapování zda, kde a kdy těhotné ženy získávají informace o kouření v těhotenství, a zda si v této oblasti přijdou dostatečně informované. Tato skupina otázek byla do dotazníku zařazena proto, že oblast informování a informací o kouření v těhotenství považujeme za úzce související s motivací ke změně v této oblasti. Přehled otázek části „získávání informací o kouření v těhotenství“ naleznete v následující tabulce (Tabulka 5).

Tabulka 5 Přehled otázek části dotazníku „získávání informací o kouření v těhotenství“.

číslo otázky	znění otázky	typ otázky	poznámka
15	Odkud získáváte informace o kouření v těhotenství?	výběr z 10 možností	lze zaškrtnout maximálně 4 z nabízených možností
16	Poradil Vám Váš gynekolog přestat s kouřením?	výběr ze 2 možností	
17	Vyhledávala jste aktivně informace o kouření v těhotenství?	výběr ze 2 možností	
17a	Kde jste informace hledala?	otevřená otázka	v případě odpovědi „Ano“ v otázce 17 respondentka může specifikovat, kde informace hledala
17b	Kdy, v jakém období, jste informace nejvíce vyhledávala?	otevřená otázka	v případě odpovědi „Ano“ v otázce 17 respondentka může specifikovat, kdy informace hledala
18	Máte dojem, že Vaše informace o kouření v těhotenství jsou dostatečné?	výběr ze čtyřbodové škály	škála: rozhodně ano, spíše ano, spíše ne, rozhodně ne
19	Kdy si myslíte, že jste byla nejnámavější k informacím o kouření v těhotenství?	výběr ze 4 možností	

Třetí část dotazníku je tvořena otázkami (otázky číslo 20-29), které se zaměřují na základní motivaci ke změně kouření v těhotenství. Konkrétně na vnitřní motivaci, vnější motivaci (tlak okolí) a motivaci související s těhotenstvím a budoucím rodičovstvím. Inspirací pro tuto část dotazníku byly otázky z dotazníku Reasons for Quitting scale (RFQ). Stupnice důvodů pro odvykání (RFQ) měří obavy o zdraví a sebekontrolu jako dvě dimenze vnitřní motivace a sociální vliv jako vnější dimenzi (Curry, Wagner & Grothaus, 1990). Tento nástroj byl použit např. Curry et al. (2001), Curry, Grothaus & McBride (1997), McBride et al. (1994), Curry, Wagner & Grothaus (1990). Klíčovým pro tvorbu našeho dotazníku byl článek autorů Curry et al. (2001), kteří použili původní nástroj RFQ upravený na situaci odvykání kouření během těhotenství. Kompletní originální nástroj RFQ jsme bohužel neměli k dispozici. Přehled otázek motivační části dotazníku podává následující tabulka (Tabulka 6).

Tabulka 6 Přehled otázek motivační části dotazníku.

číslo otázky	znění otázky	typ otázky	poznámka
20	Máte obavu z vážných zdravotních komplikací v důsledku kouření?	výběr ze čtyřbodové škály	zaměřuje se na vnitřní dimenzi motivace (vlastní zdraví, sebekontrola)
21	Zkracuje podle Vás kouření život?	výběr ze čtyřbodové škály	zaměřuje se na vnitřní dimenzi motivace (vlastní zdraví, sebekontrola)
22	Chtěla byste sobě i svému okolí ukázat, že lze přestat?	výběr ze čtyřbodové škály	zaměřuje se na vnitřní dimenzi motivace (vlastní zdraví, sebekontrola)
23	Máte dojem, že kouření Vám kontroluje život?	výběr ze čtyřbodové škály	zaměřuje se na vnitřní dimenzi motivace (vlastní zdraví, sebekontrola)
24	Chce po Vás někdo z Vašeho okolí, abyste přestala kouřit?	výběr ze čtyřbodové škály	zaměřuje se na vnější dimenzi motivace (tlak okolí, sociální vlivy)
25	Je vaše okolí znepokojeno Vaším kouřením?	výběr ze čtyřbodové škály	zaměřuje se na vnější dimenzi motivace (tlak okolí, sociální vlivy)
26	Obáváte se, že je zdraví vašeho nenarozeného dítěte ohroženo kouřením?	výběr ze čtyřbodové škály	zaměřuje se na motivaci související s těhotenstvím
27	Chcete být zdravá během těhotenství?	výběr ze čtyřbodové škály	zaměřuje se na motivaci související s těhotenstvím
28	Chtěla byste nekouřit či nekouříte, aby Vaše dítě nevědělo, že kouříte?	výběr ze čtyřbodové škály	zaměřuje se na motivaci související s budoucím rodičovstvím
29	Chtěla byste nekouřit či nekouříte, aby Vaše dítě později nekouřilo?	výběr ze čtyřbodové škály	zaměřuje se na motivaci související s budoucím rodičovstvím

pozn. k tabulce 6: Čtyřbodová škála je tvořena možnostmi - rozhodně ano, spíše ano, spíše ne, rozhodně ne.

Poslední, čtvrtou část dotazníku tvoří Fagerströmův test nikotinové závislosti, který jsme do našeho nástroje zařadili kvůli orientačnímu zjištění závažnosti závislosti u aktuálně kouřících těhotných žen a jejímu porovnání s výsledky v otázkách motivace i vyhledávání informací o kouření v těhotenství.

Fagerströmův test nikotinové závislosti (Fageström test of Nicotine Dependence, FTND) je dotazník používaný pro zjištění závažnosti závislosti na nikotinu. Autory jsou Heatherton, Kozlowski, Frecker & Fagerström (1991). Českou verzi vytvořila Králíková (2004). Výhodou dotazníku je rychlost a jednoduchost jeho administrace a také, jak uvádějí Wellman et al. (2006), jeho dobrá akceptovatelnost ze strany respondentů, s čímž souvisí vysoká návratnost dat z tohoto dotazníku. Etter, Duc &

Perneger (1999) poukazují na nevýhody tohoto nástroje; dle autorů nepokrývá důležité aspekty závislosti na nikotinu, např. odvykací příznaky a počet neúspěšných pokusů přestat kouřit.

Přehled otázek a hodnocení Fagerströмова testu nikotinové závislosti, který je zařazen v našem dotazníku pod čísla otázek 30-35, naleznete v tabulce níže (Tabulka 7).

Tabulka 7 Přehled otázek Fagerströmův test nikotinové závislosti (Králíková, 2004).

číslo otázky	znění otázky	možnosti odpovědi	bodové hodnocení
1	Jak brzy po probuzení si zapálíte svou první cigaretu?	do 5 minut za 6-30 minut za 31-60 minut po 60 minutách	3 body 2 body 1 bod 0 bodů
2	Je pro vás obtížné nekouřit v místech, kde není kouření dovoleno?	ano ne	1 bod 0 bodů
3	Kterou cigaretu byste nerada postrádala?	první ráno kteroukoliv jinou	1 bod 0 bodů
4	Kolik cigaret denně kouříte?	0-10 11-20 21-30 31 a více	0 bodů 1 bod 2 body 3 body
5	Kouříte častěji během dopoledne?	ano ne	1 bod 0 bodů
6	Kouříte, i když jste nemocná a upoutána na lůžko?	ano ne	1 bod 0 bodů
			Hodnocení - součet bodů: 0-1 bod – žádná nebo velmi malá závislost 2-4 body – střední závislost 5-10 bodů – silná závislost

6.2 Metody zpracování dat

Data byla přepsána (klinický soubor) či překopírována (elektronický soubor) do samostatných databází v programu Microsoft Office Excel 2007. Data jsme hodnotili pomocí statistických ukazatelů a testů v programu Statistica 8.0.

Otázky 12B3, 12C3 a 12D2 jsme hodnotili pomocí kvalitativní kategorizace dat a počtu odpovědí v jednotlivých kategoriích.

6.2.1 Použité statistické metody

Popisné statistiky

Pro zjištění základních anamnestických charakteristik souborů a jednotlivých skupin dat jsme zvolili základní statistické ukazatele (míry polohy nebo také míry centrální tendence). Konkrétně počet pozorování (N), průměr, medián, minimum, maximum, směrodatnou odchylku. Tyto charakteristiky jsme mohli použít pouze pro data číselného charakteru, čili pro odpovědi v základních anamnestických otázkách 1-6 a 13 (z čehož, jak již bylo řečeno, jsou pro naši část studie výsledky otázek 2, 3 a 6 nerelevantní, a proto je nebudeme uvádět v charakteristikách souboru a výsledcích).

Počet pozorování (N), je v naší studii představován počtem respondentek, které vyplnily odpověď na danou otázku.

Aritmetický průměr. Definice říká, že jde o součet všech naměřených údajů vydělený jejich počtem. Označujeme ho pomocí symbolu \bar{x} nebo M . Výpočet má následující podobu:

$$\bar{x} = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n x_i,$$

kde x_i jsou zaznamenané hodnoty a n je počet pozorování (Hendl, 2006).

Medián, znamená hodnotu, jež dělí řadu podle velikosti seřazených výsledků na dvě stejně početné poloviny. Udává tedy „prostřední“ hodnotu. Označujeme ho \tilde{x} nebo Me .

Pokud je n sudé číslo pak $Me = 0,5 \left(x_{\frac{n}{2}} + x_{\frac{n}{2}+1} \right)$, je-li n liché číslo pak platí $Me = x_{(n+1)/2}$ (Hendl, 2006; Zvára, 2008).

Minimum, maximum. Seřazení hodnot do uspořádaného seznamu $x_{(1)} \leq x_{(2)} \leq \dots \leq x_n$ umožňuje představu o nejmenší a největší hodnotě. Nejmenší pozorování dostane pořadí 1, druhé nejmenší pozorování pořadí 2, největší pozorování pak pořadí n .

Minimum: $x_{min} = x_{(1)}$, Maximum: $x_{max} = x_{(n)}$ (Zvára, 2008).

Směrodatná odchylka je odmocnina z rozptylu a vrací míru rozptýlenosti do měřítka původních dat:

$$s = \sqrt{s^2} = \sqrt{\frac{\sum(x_i - \bar{x})^2}{n - 1}}.$$

Měří rozptýlenost kolem průměrů. Její použití je vhodné pouze tehdy, když je aritmetický průměr vhodný jako míra střední hodnoty (Hendl, 2006).

Hodnocení četností

Hodnocení četností jsme použili pro zjištění rozložení odpovědí na jednotlivé otázky a v případě kontingenčních tabulek ke zjištění rozdílů v rozložení četnosti dané proměnné ve dvou (či více) disjunktních skupinách.

Četnostní (frekvenční) tabulky. Četnostní tabulky nám zobrazují relativní a absolutní četnosti sledovaných znaků (proměnných), čili kolik hodnot daného znaku (proměnné) se vyskytuje v souboru (buď absolutně, nebo relativně vzhledem k celkovému počtu prvků souboru; Havrlant, n.d.).

Absolutní četnost hodnoty statistického znaku z udává počet výskytů znaku z ve statistickém souboru S . Relativní četnost udává, kolik procent hodnot znaku ze statistického souboru je rovno hodnotě z . Relativní četnost hodnoty znaku z vypočteme následovně:

$$r = \frac{z_a}{|S|},$$

kde z_a je absolutní četnost znaku z a $|S|$ je rozsah statistického souboru, tj. počet prvků (Havrlant, n.d.).

Kontingenční tabulky. Jde o dvoudimenzionální tabulky čili tabulky vzniklé tříděním podle dvou proměnných. Při tvorbě kontingenčních tabulek předpokládáme, že každý jedinec, resp. experimentální jednotka populace W , může být klasifikován podle dvou proměnných (kritérií) A a B . Proměnná A má r kategorií (úrovní) a proměnná B má s kategorií (úrovní). Necht' je n_{ij} počet prvků z výběru o rozsahu n , které podle proměnné A patří do kategorie A_i a podle proměnné B do kategorie B_j . Pokud dále označíme $n_{i.}$ počet prvků z výběru, které patří do kategorie A_i (bez ohledu na hodnotu proměnné B) a podobně $n_{.j}$ počet prvků patřících do kategorie B_j (Hendl, 2006), platí pak následující vztahy:

$$\sum_{i=1}^r n_{ij} = n_{.j}, \sum_{j=1}^s n_{ij} = n_i, \sum_{i=1}^r n_{i.} = n, \sum_{j=1}^s n_{.j} = n.$$

Je také možné použít zobecnění, kdy je jedna proměnná nahrazena kombinací několika proměnných a ta pak nabývá hodnot reprezentujících všechny možné kombinace zvoleného výběru.

Statistické testy

Zvolili jsme neparametrické statistické testy, protože naše data jsou ordinálního typu a tudíž nesplňují předpoklady normálního rozložení.

Mann-Whitney U test pro dva nezávislé výběry. Mann-Whitney U test pro dva nezávislé výběry (někdy také pod názvem Wilcoxonův) jsme použili pro mezisouborové porovnání rozložení jednotlivých skupin kuřáckého chování a pro porovnání rozložení jednotlivých motivačních proměnných mezi různými skupinami kuřáckého chování (skupiny 2 a 3) z obou souborů.

Tento test je neparametrickou obdobou dvouvýběrového t testu pro data nesplňující předpoklady normality.

Tento test testuje nulovou hypotézu, že oba výběry jsou stejné, oproti alternativní hypotéze, že výběry se liší. Platnost nulové hypotézy lze vylučovat na běžně

používaných hladinách významnosti (5 %, 1% nebo 0,1 %). My jsme pro ověření či vyvrácení platnosti nulové hypotézy zvolili 5% hladinu významnosti.

Mann-Whitney U test je založen na porovnání všech dvojic X_i a Y_i , kde X_i jsou data z prvního výběru a Y_i jsou data z druhého výběru. Testová statistika má následující tvar:

$$U_X = n_X n_Y + \frac{n_X(n_X + 1)}{2} - W_X, U_Y = n_X n_Y + \frac{n_Y(n_Y + 1)}{2} - W_Y,$$

kde U_X vyjadřuje počet dvojic X_i, Y_j , v nichž je $X_i < Y_j$, podobně U_Y je počet dvojic X_i, Y_j , v nichž platí $Y_j < X_i$. Při shodě $X_i = Y_j$ se připočítá polovina k U_X i k U_Y . Hodnoty W_X a W_Y jsou součty pořadí v jednotlivých skupinách při uspořádání v kombinovaném výběru všech naměřených hodnot (Zvára, 2008).

Wilcoxonův párový test pro dva závislé výběry. Wilcoxonův test pro dva závislé výběry jsme použili pro porovnání rozložení skupiny motivačních proměnných *vlastní zdraví* a *tlak okolí* vůči rozložení odpovědí ve skupině motivačních proměnných *těhotenství* a *rodičovství*.

Wilcoxonův test pro dva závislé výběry je testem pro hodnoty $X_i = U_i - V_i$, kde U_i jsou data prvního výběru a V_i jsou odpovídající data ve druhém výběru (Hendl, 2006; Zvára, 2008). V našem testování odpovídají prvnímu výběru motivační proměnné z oblastí *vlastního zdraví* a *tlaku okolí* a druhému výběru motivační proměnné z oblastí *těhotenství* a *budoucí rodičovství*. Testovali jsme nulovou hypotézu, že rozložení odpovědí v jedné oblasti motivačních proměnných je stejné jako rozložení odpovědí v druhé oblasti motivačních proměnných. Platnost nulové hypotézy jsme vylučovali na 5% hladině významnosti.

Testová statistika nejprve spočítá rozdíly $X_i = U_i - V_i$. Dojde-li k závěru, že některé z rozdílů jsou nulové, vyloučí je. Potom je zjištěno pořadí nulových hodnot $|X_i|$. Testová statistika W je rovna součtu pořadí těch X_i , které jsou kladné (tedy těch, kdy bylo $U_i > V_i$). Testová statistika má tvar:

$$Z = \frac{W - (n + 1)/4}{\sqrt{n(n + 1)(2n + 1)/24}}$$

kde n je počet pozorování (párů), W je součet pořadí kladných hodnot X_i . Testová statistika je počítána, jako součet pořadí W , od kterého se odečte jeho očekávaná střední hodnota a rozdíl se pak vydělí jeho očekávanou směrodatnou odchylkou (očekávaná za platnosti nulové hypotézy) (Zvára 2008).

Chí-kvadrát test nezávislosti. Chí-kvadrát test nezávislosti jsme použili pro ověření, zda spolu souvisí úroveň vzdělání a skupina kuřáckého chování (kuřácké chování).

V naší práci jsme použili variantu Chí-kvadrát testu nezávislosti v kontingenční tabulce, jehož teoretický výpočet je následující: máme k dispozici výběr o rozsahu n rozdělený do dvou statistických znaků (znak1, znak2), které tvoří tabulku, přičemž každý z obou znaků je rozdělen do r (řádky), resp. s (sloupce) skupin. Úkolem testu je rozhodnout, zda jsou znaky na sobě závislé či nezávislé. Tedy zda „typ“ znaku1 má vliv na znak2. Hodnoty $n_{i.}$ a $n_{.j}$ vyjadřují marginální četnosti (součty četností v řádcích a sloupcích (Kábrt, 2011)):

Tabulka 8 Příklad kontingenční tabulky – skutečné četnosti (Kábrt, 2011).

	znak1 - 1. Skupina	znak1 - 2.skupina	...	celkem
znak2 - 1. skupina	skutečné četnosti	skutečné četnosti	...	$n_{1.}$
znak2 - 2. skupina	skutečné četnosti	skutečné četnosti	...	$n_{2.}$
znak2 - 3. skupina	skutečné četnosti	skutečné četnosti	...	$n_{3.}$
...	$n_{i.}$
celkem	$n_{.1}$	$n_{.2}$	$n_{.j}$	n

V předešlé tabulce (Tabulka 8) máme zaznamenány skutečné (naměřené) definitivní relativní četnosti. Následující tabulka (Tabulka 9) ukazuje četnosti výskytu jednotlivých variant.

Hodnoty očekávaných četností se vypočítají následovně (Kábrt, 2011):

$$n'_{ij} = \frac{n_{i.} \cdot n_{.j}}{n}$$

Tabulka 9 Příklad kontingenční tabulky - očekávané četnosti (Kábrt, 2011).

	znak1 - 1. Skupina	znak1 - 2.skupina	...	celkem
znak2 - 1. skupina	očekávané četnosti	očekávané četnosti	...	$n_{1.}$
znak2 - 2. skupina	očekávané četnosti	očekávané četnosti	...	$n_{2.}$
znak2 - 3. skupina	očekávané četnosti	očekávané četnosti	...	$n_{3.}$
...	$n_{i.}$
celkem	$n_{.1}$	$n_{.2}$	$n_{.j}$	n

Pomocí výše uvedených tabulek a příslušných testových statistik testujeme nulovou hypotézu, že sledované znaky (znak1, znak2) jsou na sobě nezávislé, oproti alternativní hypotéze, že sledované znaky jsou na sobě závislé.

Testové kritérium G , mající rozdělení chí-kvadrát s $df = (r - 1)(s - 1)$ stupňů volnosti, vypočítáme pomocí následujícího vzorce (Kábrt, 2011):

$$G = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{(n_{ij} - n'_{ij})^2}{n'_{ij}}.$$

Nulovou hypotézu zamítáme pomocí kritické hodnoty; jestliže je kritická hodnota nižší než testové kritérium, lze nulovou hypotézu zamítnout na zvolené hladině významnosti (Kábrt, 2011). My jsme pro naše testování použili 5% ($p \leq 0,05$) a 1% ($p \leq 0,01$) hladinu významnosti.

7 Etické náležitosti studie

V naší studii respektujeme veškeré etické náležitosti výzkumu v sociálních a zdravotních vědách. Všechny údaje jsou přísně anonymní a je s nimi nakládáno dle zákona o ochraně osobních údajů (č. 101/2000 Sb.). Všichni účastníci studie včetně autorky této práce jsou povinni zachovávat mlčenlivost ve věci osobních údajů respondentek.

Klinický sběr. Součástí dotazníku ke klinickému sběru je průvodní dopis (viz příloha 2), který přesně specifikuje odpovědné osoby (včetně kontaktů), spolupracující organizace (včetně adres), obecně popisuje studii a výslovně uvádí, že účast ve studii nepředstavuje pro respondentku žádné riziko a nemá vliv na probíhající léčbu. Respondentka může od účasti ve studii kdykoliv odstoupit. Dále je k dotazníku připojen informovaný souhlas, který respondentka před vyplněním dotazníku podepisuje (viz příloha 2).

Elektronický sběr. Tento sběr je vzhledem ke své elektronické povaze zcela anonymní. Respondentky (vyplněné dotazníky) jsou identifikovány pouze datem a časem vyplnění. K dotazníku je připojen průvodní dopis (viz příloha 1), ve kterém přesně specifikujeme účel výzkumu (tato diplomová práce), uvádíme jméno autorky, odborného vedení (vedoucí práce) i název zastřešující organizace (1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze, Klinika Adiktologie Všeobecné fakultní nemocnice v Praze). Respondentka je poučena, že z vyplnění dotazníku nevyplývají žádná rizika, následky ani přímý prospěch. Respondentka vyplněním dotazníku souhlasí s využitím informací v něm obsažených pro účely diplomové práce, případně další publikace autorky.

Etickým nebezpečím zejména klinické části práce může být strach respondentek z poskytnutí informace o svém kouření v těhotenství, které je zpravidla společností vnímáno velmi negativně. Respondentky se mohou obávat, že pokud uvedou, že kouří v těhotenství, budou následně „perzekuovány“ a přesvědčovány, aby toto nedělaly, či na ně bude v porodnici pohlíženo negativně. Tomuto se snažíme vyhnout naprostou anonymitou získaných osobních údajů a výslovným uvedením k čemu dotazník slouží (průvodní dopis).

8 Charakteristika výzkumného souboru

Již v kapitole 5.1 jsme uvedli, že v naší studii pracujeme se dvěma výzkumnými soubory. Souborem získaným elektronickým sběrem – „elektronický soubor“ a souborem získaným sběrem na Gynekologicko-porodnické klinice 1. LF UK a VFN – „klinický soubor“. Oba soubory jsou tvořeny těhotnými ženami. Rozpětí týdne těhotenství, ve kterém by se respondentky měly v době sběru aktuálně nacházet, nebylo přesně specifikováno. Nicméně vzhledem k faktu, že sběr klinického souboru proběhl na porodnické klinice, jsou všechny respondentky v tomto souboru v třetím trimestru těhotenství.

K popisu či charakteristikám výzkumných souborů používáme analýzu odpovědí na anamnestické položky (otázky) v dotazníku (otázky číslo 1, 4, 5, 5B, 10, 11, 12A1, 12B1, 12B2, 12B3, 12C1, 12C2, 12C3, 12D1, 12D2, 13, 14).

Celou skupinu daného souboru rozdělujeme dle dotazníkové položky 12 (kuřácké chování) na 4 podskupiny:

- skupina 1: těhotné ženy, které nekouří a nikdy nekouřily (vyplňují dotazník pouze do otázky 12),
- skupina 2: těhotné ženy, které přestaly kouřit před otěhotněním nebo po zjištění těhotenství (vyplňují dotazník do otázky 29),
- skupina 3: aktuálně kouřící těhotné ženy, které omezily počet cigaret vykouřených za den (vyplňují celý dotazník do otázky 35),
- skupina 4: aktuálně kouřící těhotné ženy, které kouří ve stejné míře jako před otěhotněním (vyplňují celý dotazník do otázky 35).

8.1 Elektronický soubor – charakteristika

8.1.1 Elektronický soubor – celý

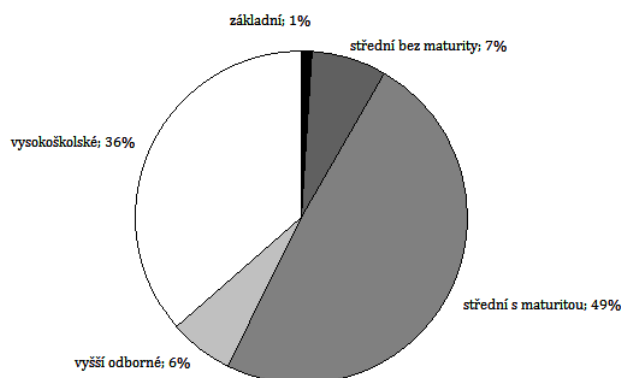
Tzv. elektronický soubor obsahuje celkem 96 respondentek, jejichž průměrný věk je 29 let. Průměrně se respondentky nacházely ve 24. týdnu těhotenství. Nejčastěji byly respondentky prvorodičky (54 respondentek; druhorodiček bylo 31 respondentek, třetí těhotenství prožívalo 8 respondentek, čtvrté 2 respondentky a páté 1 respondentka). Z druhorodiček a vícero diček (celkem 42) kouřilo během

předchozího(ch) těhotenství či těsně před ním (nimi) 20 respondentek. Přehled průměrného skóre, mediánu, minima, maxima a směrodatné odchylky (std. dev.) popsaných anamnestických údajů naleznete v následující tabulce (Tabulka 10).

Tabulka 10 Základní anamnestické údaje: elektronický soubor – celý.

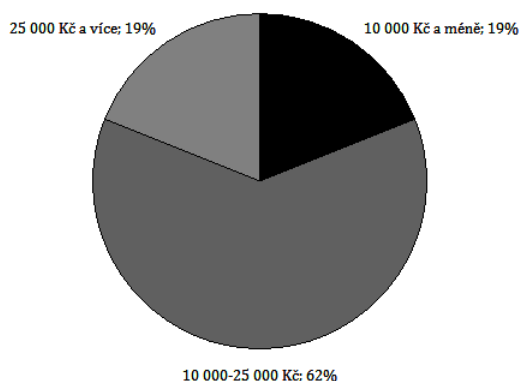
proměnná	počet N	Průměr	medián	minimum	maximum	std. dev.
věk	96	28,69	28	19	40	4,99
týden těhotenství	96	23,81	23	4	40	9,68
počet těhotenství	96	1,59	1	1	5	0,82

Vzdělání. V celém souboru je nejčastějším vzděláním *střední s maturitou* (47 respondentek), následuje vzdělání *vysokoškolské*, které uvádí 35 respondentek, dále *střední bez maturity* (7 respondentek), *vyšší odborné* (6 respondentek), *základní* (1 respondentka). Obrázek 5 ukazuje procentní rozložení jednotlivých kategorií vzdělání v celém souboru.



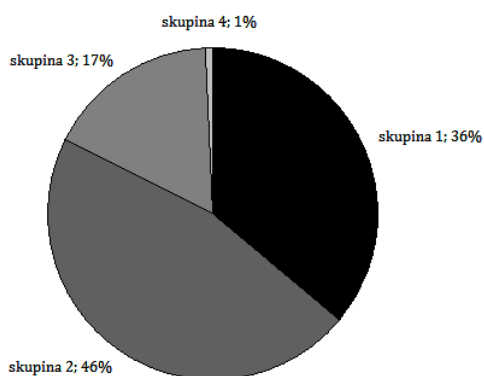
Obrázek 5 Vzdělání: elektronický soubor – celý.

Příjem. V elektronickém souboru se v otázce finančních příjmů pohybují respondentky nejčastěji ve střední kategorii možné odpovědi (čili jejich čistý měsíční příjem v době před těhotenstvím byl v rozmezí 10 000-25 000 Kč). První možnost odpovědi 10 000 Kč a méně uvedlo 18 respondentek, druhou možnost 10 000-25 000 Kč uvedlo 60 respondentek a třetí možnost 25 000 Kč a více uvedlo opět 18 respondentek. Procentní rozložení odpovědí v otázce čistého měsíčního příjmu respondentky v období před těhotenstvím ukazuje následující obrázek (Obrázek 6).



Obrázek 6 Příjem: elektronický soubor – celý.

Kuřácké chování. Respondentky v elektronickém souboru jsou nejčastěji nekuřačky, které přestaly kouřit před otěhotněním nebo po zjištění těhotenství (47 respondentek), tyto ženy tvoří skupinu 2 (viz začátek kapitoly 7). Následují ženy, které nekouří a nikdy nekouřily – skupina 1 (28 respondentek), dále pak ženy, které aktuálně kouří, ale omezily počet cigaret vykouřených za den (20 respondentek) – skupina 3. V poslední skupině 4 – ženy, které kouří stejně jako před otěhotněním, je pouze 1 respondentka a proto s touto skupinou ve všech dalších analýzách a popisech souboru dále nepracujeme. Obrázek 7 zobrazuje procentní rozložení jednotlivých skupin dle kuřáckého chování v celém elektronickém souboru.



Obrázek 7 Rozdělení skupin dle kuřáckého chování: elektronický soubor.

8.1.2 Elektronický soubor – jednotlivé skupiny

Průměrný věk respondentek se ve všech třech popisovaných skupinách pohybuje mezi 28 a 29 lety. Průměrný týden těhotenství respondentek je 28. ve skupině 1, 24. ve skupině 2 a 21. ve skupině 3. Tabulka 11 zobrazuje přehled přesných výsledků popisných statistik základních anamnestických údajů v jednotlivých skupinách elektronického souboru. Kolik respondentek v jednotlivých skupinách je prvorodiček a kolik vícerodiček, včetně údaje o počtu respondentek, které kouřily během předchozího(ch) těhotenství, naleznete v tabulce 10 (Tabulka 12).

Tabulka 11 Základní anamnestické údaje: elektronický soubor – jednotlivé skupiny.

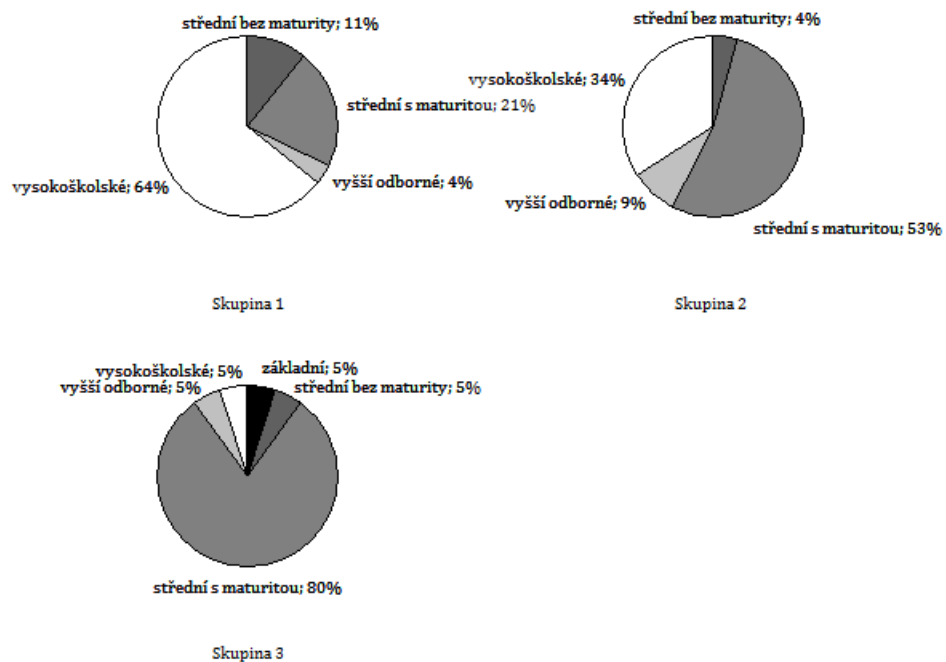
Proměnná	skupina	počet N	průměr	medián	minimum	maximum	std.Dev.
věk	1	28	28,71	28	19	38	4,74
	2	47	28,96	29	20	40	4,99
	3	20	28,00	28	20	40	5,63
týden těhotenství	1	28	26,18	26	4	40	10,65
	2	47	23,49	23	4	39	8,85
	3	20	21,40	21	6	40	10,14

Tabulka 12 Pořadí těhotenství a kouření během předchozího(ch) těhotenství: elektronický soubor – jednotlivé skupiny.

pořadí těhotenství	skupina 1	skupina 2	skupina 3
	počet N	počet N	počet N
1. těhotenství	12	32	10
2. těhotenství	10	12	9
3. těhotenství	5	2	0
4. těhotenství	1	1	0
5. těhotenství	0	0	1
kouřilo během předchozího(ch) těhotenství		11	8

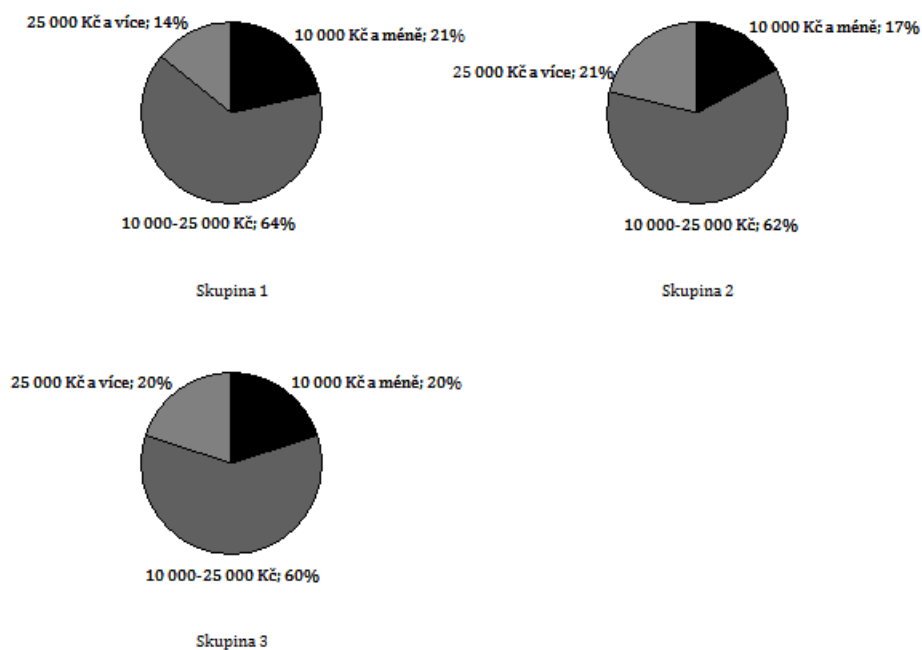
Vzdělání. Ve skupině žen, které nekouří a nikdy nekouřily (skupina 1), je nejčastější úroveň vzdělání *vysokoškolské* (N 18). Ženy, které přestaly kouřit před těhotenstvím nebo po jeho zjištění (skupina 2) mají nejčastěji *střední odborné vzdělání s maturitou* (N 25). Aktuálně kouřící těhotné ženy, které omezily počet vykouřených cigaret za den (skupina 3) uvádí shodně se skupinou 2 nejčastěji vzdělání *střední odborné*

s maturitou. Procentní rozložení různých úrovní vzdělání v jednotlivých skupinách zobrazuje následující obrázek (Obrázek 8).



Obrázek 8 Vzdělání: elektronický soubor - jednotlivé skupiny.

Příjem. Ve všech třech sledovaných skupinách uváděly respondentky nejčastěji, že jejich čistý měsíční příjem v době před těhotenstvím byl 10 000-25 000 Kč. Procentní rozložení odpovědí v jednotlivých skupinách zachycuje následující obrázek (Obrázek 9).



Obrázek 9 Příjem: elektronický soubor – jednotlivé skupiny.

8.2 Klinický soubor – charakteristika

8.2.1 Klinický soubor – celý

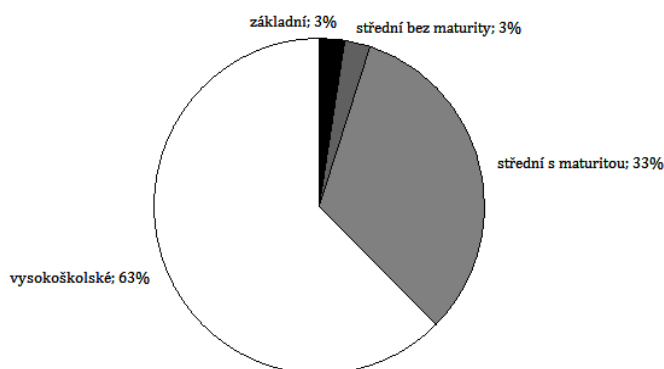
Na Gynekologicko-porodnické klinice 1. LF UK a VFN bylo pro naši část studie sebráno celkem 41 dotazníků, z nichž jeden dotazník musel být vyřazen z důvodu chybného vyplnění. V klinickém souboru tedy pracujeme s celkem 40 vyplněnými dotazníky, tedy se 40 respondentkami.

Průměrný věk respondentek z klinického souboru je 32 let. Respondentky se průměrně nacházely v 37. týdnu těhotenství. V klinickém souboru se nejčastěji vyskytují druhorodičky (N 21), poté prvorodičky (N 15). Třetí a páté těhotenství uvedly 4 respondentky. Kouření během či těsně před předchozím(ch) těhotenství uvedlo 20 druhorodiček a vícero diček. Přehled skóre základních anamnestických údajů uvádí následující tabulka (Tabulka 13).

Tabulka 13 Základní anamnestické údaje: klinický soubor – celý.

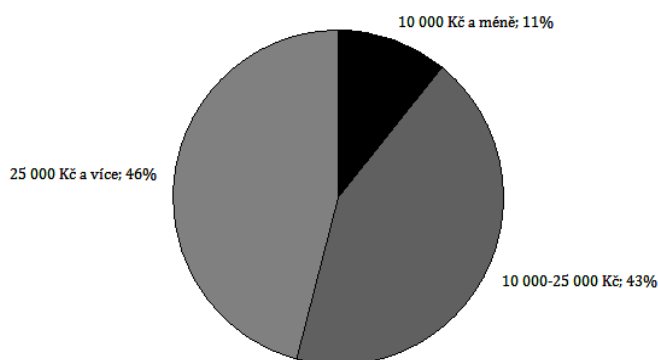
proměnná	počet N	průměr	medián	minimum	maximum	std.Dev.
věk	40	31,70	32	23	42	3,90
týden těhotenství	40	37,05	37	36	39	0,71
počet těhotenství	40	1,83	2	1	5	0,93

Vzdělání. Respondentky klinického souboru uvedly nejčastěji *vysokoškolské* vzdělání (N 25). Druhou nejčastější úrovní vzdělání je *střední odborné s maturitou* (N 13). Další úrovně vzdělání (*střední bez maturity, základní*) se obě vyskytují pouze v jednom případě. *Vyšší odborné* vzdělání neuvedla žádná z respondentek. Procentní rozložení úrovně vzdělání v klinickém souboru, ukazuje následující obrázek (Obrázek 10).



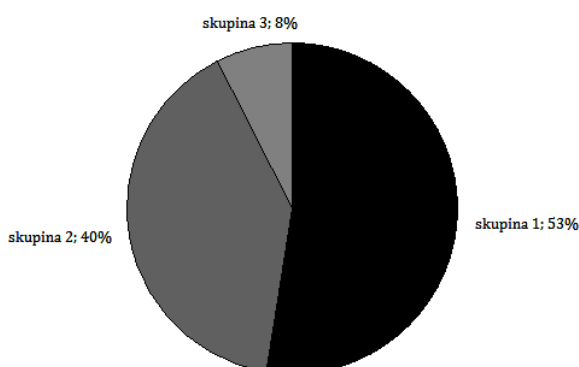
Obrázek 10 Vzdělání: klinický soubor - celý.

Příjem. Celkem 17 respondentek v klinickém souboru uvádí, že jejich čistý měsíční příjem v době před těhotenstvím byl *25 000 Kč a více*. Čistý měsíční příjem před těhotenstvím mezi *10 000-25 000 Kč* mělo 16 respondentek. *Méně než 10 000 Kč* měly k dispozici 4 respondentky. Procentní rozložení jednotlivých možností odpovědí viz obrázek (Obrázek 11).



Obrázek 11 Příjem: klinický soubor – celý.

Kuřácké chování. V klinickém souboru jsou nejčastěji nekuřačky, které nekouří a nikdy nekouřily (skupina 1, N 21). Následuje skupina žen, které přestaly kouřit před těhotenstvím nebo těsně po jeho zjištění (skupina 2, N 16). Celkem 3 respondentky uvedly, že aktuálně kouří, ale omezily počet za den vykouřených cigaret (skupina 3). Žádná z respondentek klinického souboru neuvedla, že by aktuálně kouřila ve stejné míře, jako před otěhotněním (skupina 4). Následující obrázek ukazuje rozložení jednotlivých skupin dle kuřáckého chování v klinickém souboru (Obrázek 12).



Obrázek 12 Rozdělení skupin dle kuřáckého chování: klinický soubor.

8.2.2 Klinický soubor – jednotlivé skupiny

Ve třech skupinách klinického souboru se průměrný věk respondentek pohybuje mezi 33 a 26 lety. Průměrný týden těhotenství je ve skupině 1 a skupině 2 37., ve skupině 3 36. týden. Tabulka 14 uvádí přehled přesných výsledků popisných statistik v jednotlivých skupinách klinického souboru. Následující tabulka (Tabulka 15) ukazuje, kolik respondentek v jednotlivých skupinách je prvorodiček a vícerodiček, včetně počtu respondentek, které kouřily během předchozího(ch) těhotenství.

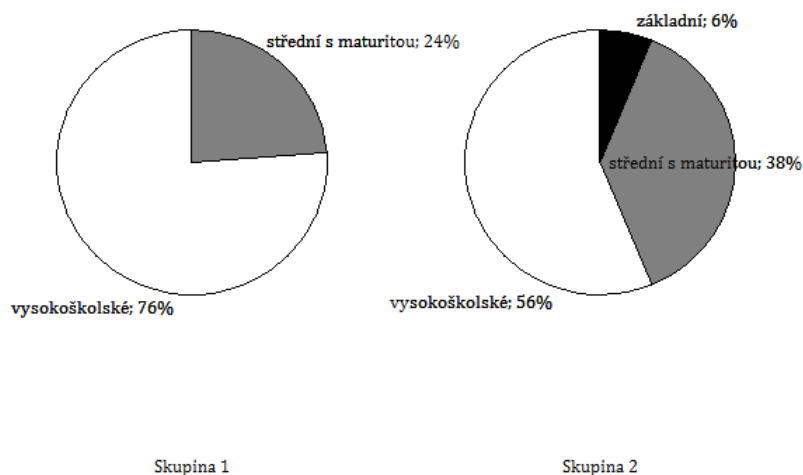
Tabulka 14 Základní anamnestické údaje: klinický soubor – jednotlivé skupiny.

Proměnná	skupina	počet N	průměr	medián	minimum	maximum	std. dev.
věk	1	21	33,38	33	27	42	3,54
	2	16	30,50	31	25	37	3,16
	3	3	26,33	26	23	30	3,51
týden těhotenství	1	21	37,24	37	36	39	0,70
	2	16	36,94	37	36	38	0,68
	3	3	36,33	36	36	37	0,58

Tabulka 15 Pořadí těhotenství a kouření během předchozího(ch) těhotenství: klinický soubor – jednotlivé skupiny.

pořadí těhotenství	Skupina 1	Skupina 2	Skupina 3
	Počet N	Počet N	Počet N
1. těhotenství	3	10	2
2. těhotenství	16	4	1
3. těhotenství	1	1	0
4. těhotenství	0	0	0
5. těhotenství	1	1	0
kouřilo během předchozího(ch) těhotenství		4	1

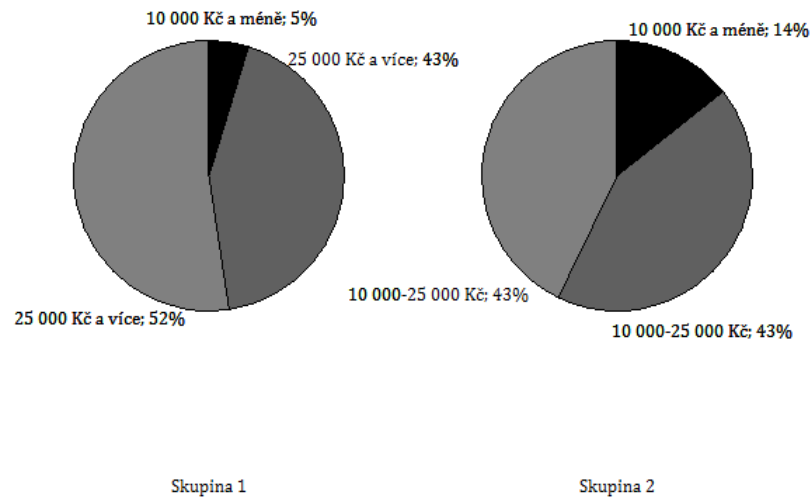
Vzdělání. Ve skupině 1 a ve skupině 2 je nejčastější úroveň vzdělání *vysokoškolské* (skupina 1 – N 16, skupina 2 – N 9). Ve skupině 3 mají dvě respondentky vzdělání *střední s maturitou* a jedna respondentka vzdělání *střední bez maturity*. Následující obrázky ilustrují procentní rozložení jednotlivých úrovní vzdělání ve skupinách 1 a 2 (Obrázek 13, obrázek pro skupinu 3 neuvádíme vzhledem k velmi nízkému počtu jejích členů).



Obrázek 13 Vzdělání: klinický soubor - skupina 1, skupina 2.

Příjem. Respondentky zařazené do skupiny 1 nejčastěji uváděly, že jejich čistý měsíční příjem před těhotenstvím byl *25 000 Kč a více* (N 11). Ve skupině 2 respondentky shodně v šesti případech uvedly, že jejich příjem byl *10 000-25 000 Kč a 25 000 Kč a více*, jedna respondentka uvedla příjem *menší než 10 000 Kč* měsíčně a

dvě respondentky na tuto otázku neodpověděly. Ve skupině 3 jedna respondentka uvedla příjem *10 000 Kč a méně*, také 1 respondentka uvedla příjem *10 000-25 000 Kč* měsíčně a jedna respondentka odpověď neuvédla. Procentní rozložení jednotlivých odpovědí ve skupině 1 a 2 zobrazují následující obrázky (Obrázek 14, graf pro skupinu 3 neuvádíme vzhledem k velmi nízkému počtu jejích členů).



Obrázek 14 Příjem: klinický soubor – skupina 1, skupina 2.

9 Výsledky studie

Kapitolu Výsledky studie dělíme na dvě hlavní části. V první uvádíme výsledky vzhledem k tematickým skupinám otázek a v druhé části prezentujeme výsledky vzhledem ke stanoveným hypotézám. Vždy výsledky představujeme samostatně v obou souborech a daný blok zakončujeme porovnáním obou souborů.

9.1 Výsledky vzhledem k tematickým skupinám otázek

9.1.1 Elektronický soubor

Kuřácké chování

Jednotlivé možnosti otázky 12, dle jejichž vyplnění jsme respondentky rozdělovali na jednotlivé skupiny, obsahují specifické podotázky pro každou z možných odpovědí. Odpovědi na tyto otázky a dále na otázky 13 a 14 charakterizují kuřácké chování respondentek.

Pasivní kouření. Respondentky, které uvedly, že *nekouří a nikdy nekouřily*, dále uváděly, zda jsou *v práci nebo doma vystaveny pasivnímu kouření*. Z 28 žen v elektronickém souboru (skupina 1), které odpovídaly na tuto otázku, 24 (86 %), tedy většina, uvedla, že *nejsou vystaveny pasivnímu kouření*. Pouze 3 (11 %) respondentky uvedly, že *jsou vystaveny pasivnímu kouření doma* a 1 (4 %) respondentka *pasivně kouří na pracovišti*.

Ukončení kouření v souvislosti s těhotenstvím. Respondentek, které přestaly kouřit před těhotenstvím nebo po jeho zjištění (skupina 2), jsme se ptali, *kdy přesně přestaly kouřit a také proč tak učinily*.

V případě, že respondentky přestaly kouřit před otěhotněním, učinily tak dle svých odpovědí zhruba v rozmezí několika dnů (objevila se také odpověď „jeden den“) až měsíců před těhotenstvím až po několik let (průměrně 4 roky před těhotenstvím, uváděné rozmezí je 1 rok až 10 let).

Respondentky, které uvedly, že přestaly kouřit až po zjištění těhotenství, tak učinily nejčastěji ihned po zjištění těhotenství nebo do konce 1. trimestru těhotenství.

Odpovědi na otázku, *proč respondentka přestala kouřit před těhotenstvím* či po jeho zjištění, jsme seskupili do pěti kategorií (viz Tabulka 16). Absolutně nejčastěji ženy odpovídaly, že přestaly kouřit kvůli zdraví plodu (např. „*přestala jsem kvůli tomu, že by to škodilo miminku*“, „*nechtěla jsem ublížit dítěti*“, „*špatný pocit, že bych mohla mimču ublížit*“). Dále uváděly, že přestaly kvůli vlastnímu zdraví (např. „*začala jsem myslet na své zdraví*“), či z důvodu, že již neměly na cigarety chuť, nebo jim začaly zapáchat (např. „*začalo mi to smrdět a přestalo chutnat*“), nebo kvůli negativním pocitům vůči kouření v těhotenství (např. „*nelíbí se mi pohled na kuřačky s pupkem*“, „*kouření mi nejde dohromady s těhotenstvím*“). Za zajímavé z hlediska motivace k ukončení kouření související s těhotenstvím považujeme tyto dvě odpovědi „*...po ukončení kojení se k tomuto zlovyku opět vrátím jako i v předchozích případech*“ a „*přestala jsem kouřit, protože jsem chtěla, a tohle byla největší motivace*“. První odpověď upozorňuje na několikrátý relaps po ukončení kojení, což ukazuje, že motivace k nekouření u této respondentky souvisí hlavně se zdravím potomka a nikoliv vlastním. Druhá odpověď zase přímo upozorňuje na potenciál těhotenství pro změnu kouření.

Tabulka 16 Kategorie odpovědí na otázku *proč respondentka přestala kouřit* - elektronický soubor.

kategorie	počet odpovědí
zdraví plodu, miminka, dítěte	29
menší chuť na cigaretu, vadí zápach z cigaret, z cigaret se mi dělá špatně	5
vlastní zdraví	4
jiné (např. obecný názor, předchozí potraty)	4
negativní pocity při pohledu na kouřící těhotnou ženu	3
chybějící odpovědi	2

Omezení počtu vykouřených cigaret. Respondentky, které uvedly, že omezily počet vykouřených cigaret za den (skupina 3), odpovídaly na otázky, *kolik cigaret vykouřily za den před těhotenstvím a kolik nyní a proč počet cigaret omezily*.

Před těhotenstvím vykouřily respondentky průměrně 20 cigaret za den (rozmezí uvedených odpovědí je 8 až 30 cigaret). Po omezení kvůli těhotenství vykouřily respondentky průměrně 5 cigaret za den (uváděné rozmezí je 1 až 15 cigaret).

Jako nejčastější důvody uváděly respondentky obavy o zdraví dítěte apod. (např. *“kvůli dítěti, bohužel nelze přestat úplně”*). Další důvody pro omezení, nalezené mezi odpověďmi, byly tlak okolí, nevolnost a řízení se radou lékaře. Z hlediska intervence lékaře jsou zajímavé následující odpovědi: *„Vím, že miminku škodím, ale i od dr. mi bylo doporučeno nepřestávat okamžitě, protože by to pro miminko byl šok, ale omezit počet cigaret na co nejnižší číslo.“*, *„Omezila jsem cigarety cca na 5ks i lékař mi doporučil, že je lépe omezit než se stresovat se závislostí.“*. Několikrát se také objevila odpověď poukazující na nemožnost úplně přestat (např. *„Nedokážu přestat úplně a omezit počet cigaret mi přišlo vhodné.“*). Tabulka 17 shrnuje kategorie odpovědí.

Tabulka 17 Kategorie odpovědi na otázku proč respondentka omezila počet cigaret – elektronický soubor.

kategorie	počet odpovědí
kvůli dítěti (výčitky, strach o něj, omezení negativních vlivů apod.)	12
jiné důvody	4
kvůli tlaku okolí	1
chybějící odpovědi	3

Kouření stejné jako před otěhotněním. Respondentkám, které by uvedly, že kouří stejně jako před otěhotněním, by byla položena otázka na *počet vykouřených cigaret a také na důvod proč takto činní*. Respondentky by tvořily skupinu 4. Ale tuto možnost vyplnila v elektronickém souboru pouze jedna respondentka a tento dotazník nevyhodnocujeme vzhledem k nereprezentativnosti.

Délka kouření. Respondentkám, které uvedly, že aktuálně kouří nebo kouřily v minulosti, jsme položili otázky, *jak dlouho kouří, zda a kolikrát se pokoušely přestat*. Respondentky, které přestaly kouřit (skupina 2), v průměru kouřily 10 let (minimálně 3 roky, maximálně 23 let, s mediánem 10 let). Respondentky, které kouří a omezily počet cigaret, kouří v průměru 12 let (minimálně 5 let, maximálně 25 let, s mediánem 12 let). Povšimněme si, že ve skupině respondentek, které aktuálně kouří (skupina 3), jsou všechny ukazatele vyšší.

Respondentky, které přestaly kouřit (skupina 2), se o toto nejčastěji nepokoušely, ale rovnou přestaly (23 %). Pokud měly v anamnéze nějaký neúspěšný pokus o odvykání

kouření, tak nejčastěji šlo o 1 (19 %) takovýto pokus. Respondentky, které aktuálně kouří a omezily počet vykouřených cigaret, se v největším procentu (30 %) pokoušely neúspěšně přestat kouřit celkem dvakrát.

Závislost úrovně vzdělání a kuřáckého chování. Ověřovali jsme, zda existuje závislost mezi úrovní vzdělání a skupinou kuřáckého chování. Zejména ve skupině nekuřících respondentek je vidět výrazně vyšší procentní podíl vysokoškolsky vzdělaných respondentek než v ostatních skupinách (viz Tabulka 18).

Použili jsme Chí-kvadrát test nezávislosti (8 stupňů volnosti). Pro testovou statistiku jsme stanovili nulovou hypotézu – neexistuje závislost mezi typem kuřáckého chování (skupinou kuřáckého chování) a úrovní vzdělání, oproti alternativní hypotéze – existuje závislost mezi typem kuřáckého chování (skupinou kuřáckého chování) a úrovní vzdělání. Nulová hypotéza byla vyvrácena na 1% ($p \leq 0,01$) hladině významnosti. Dle našich zjištění tedy na 1% hladině významnosti existuje závislost mezi typem kuřáckého chování (skupinou kuřáckého chování) a úrovní vzdělání v elektronickém souboru.

Tabulka 18 Kontingenční tabulka vzdělání a skupina kuřáckého chování – elektronický soubor.

	základní	střední bez maturity	střední s maturitou	vyšší odborné	vysokoškolské	řada součty
skupina 1 <i>nekuřačky</i>	0	3	6	1	18	28
řada - skupina %	0%	11%	21%	4%	64%	
skupina 2 <i>přestaly kouřit</i>	0	2	25	4	16	47
řada - skupina %	0%	4%	53%	9%	34%	
skupina 3 <i>aktuálně kouří, omezily</i>	1	1	16	1	1	20
řada - skupina %	5%	5%	80%	5%	5%	
celkem	1	7	47	6	35	95

Získávání informací o kouření v těhotenství

Zjišťovali jsme, zda respondentky *informace o kouření v těhotenství vyhledávají a kde, zda mají dojem, že informace o tomto tématu jsou dostatečné, a kdy si myslí, že byly*

k informacím o kouření v těhotenství nejvnímavější. A také jsme položili specifickou otázku, zda dostala respondentka radu od svého gynekologa přestat kouřit.

Z respondentek, které přestaly kouřit před otěhotněním nebo po jeho zjištění (skupina 2), 11 (23 %) uvedlo, že *vyhledává informace o kouření v těhotenství* a 30 (64 %), že *informace nevyhledává*, 6 (13 %) odpovědí chybělo. Respondentky uváděly, že *informace vyhledávají na internetu* (100 %) a pokud přesně specifikovaly, kdy se k nim cítily nejvnímavější, uváděly nejčastěji v prvním trimestru. Většina (55 %) respondentek se domnívá, že *informace o kouření v těhotenství jsou rozhodně dostatečné*. Celkem 18 (38 %) respondentek odpovědělo, že jim jejich *gynekolog poradil přestat s kouřením*, 30 že nikoliv (45 %) a v 9 (17 %) případech odpověď chyběla.

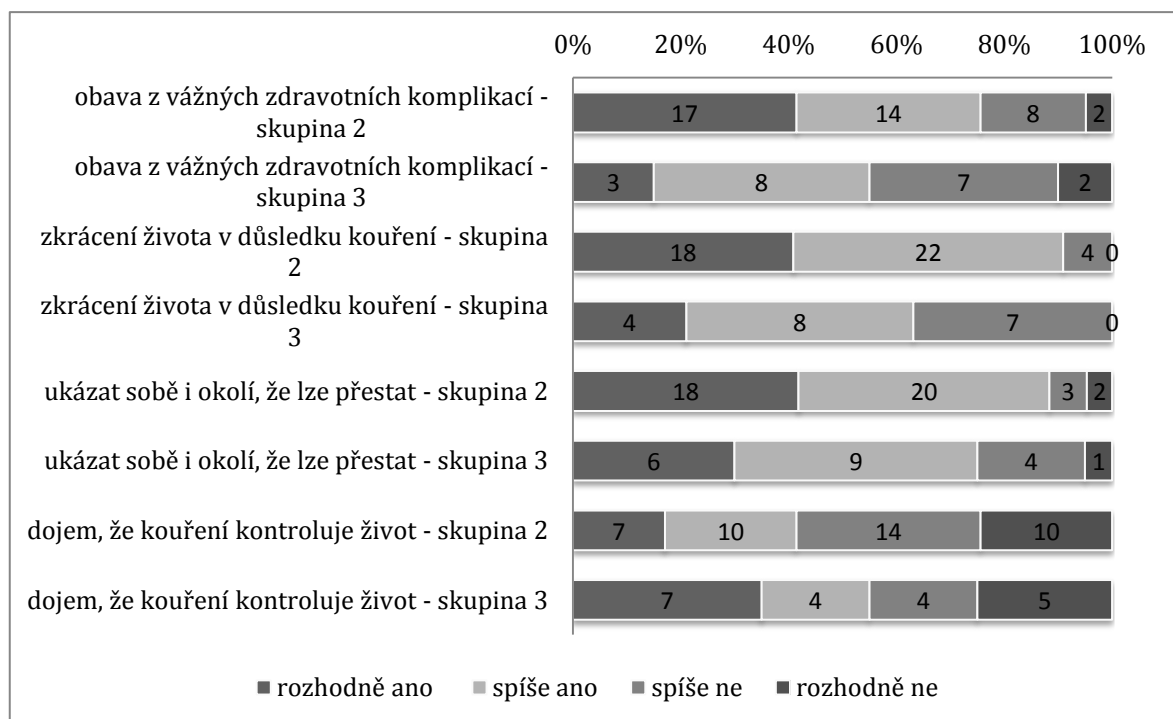
Z respondentek, které omezily počet cigaret (skupina 3), 11 (55 %) uvedlo, že *informace o kouření v těhotenství nevyhledává*. Pokud respondentky informace o kouření v těhotenství vyhledávají, činí tak na internetu (100 %). Vnímavé se respondentky k informacím o daném tématu cítily nejčastěji po celou dobu těhotenství, či neměly pocit, že by informace více vnímaly (stejný počet odpovědí). Většina si myslí, že *informace o kouření v těhotenství jsou rozhodně dostatečné* (60 %). Gynekolog poradil přestat s kouřením 10 (50 %) respondentkám ze skupiny 3 (1 (5 %) odpověď chyběla).

Motivace

Hlavní tematická skupina otázek se zaměřuje na motivaci ke změně kouření. Jak již bylo popsáno v kapitole 6.1, jednotlivé otázky se zaměřují na různé dimenze motivace.

Dimenze vnitřní motivace (vlastní zdraví a sebekontrola). Obě skupiny respondentek (skupina 2 a 3) mají z největší části *rozhodně obavu z vážných zdravotních komplikací v důsledku kouření*; rozdíl mezi skupinami je statisticky významný na 5 % hladině významnosti ($p = 0,04$). Respondentky obou skupin se taktéž domnívají, že *kouření spíše zkracuje život*. V rozložení odpovědí skupin 2 a 3 vidíme rozdíly; zatímco respondentky ze skupiny 2 označily negativní odpověď (*spíše kouření nezkracuje život*) pouze v 8 %, ve skupině 3 čili mezi ženami, které aktuálně

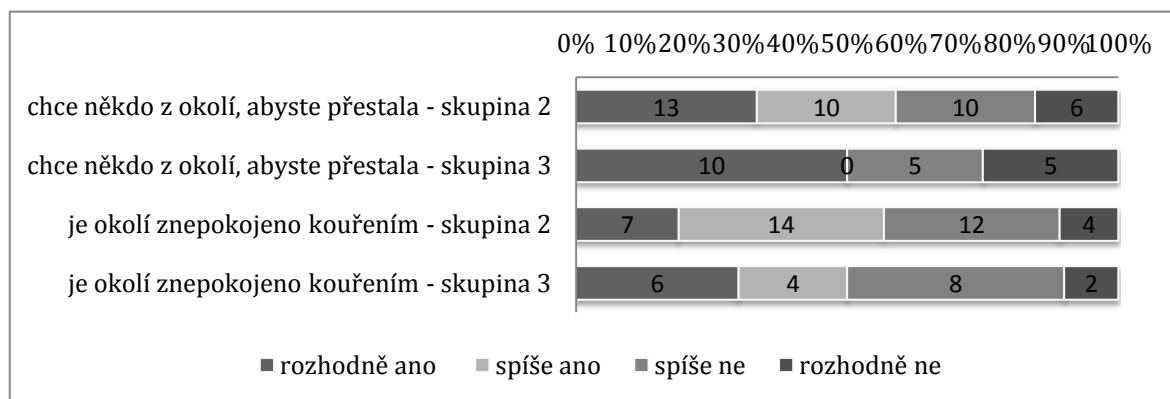
kouří, byla tato odpověď označena v 35 %; tento rozdíl mezi skupinami dosahuje statistické významnosti na hladině 5 % ($p = 0,03$). Obě skupiny respondentek by *spíše rády ukázaly sobě i svému okolí, že lze přestat kouřit*, rozdíl mezi skupinami tedy není statisticky významný. Respondentky ze skupiny 2 v největším procentu *spíše nemají dojem, že by jim kouření kontrolovalo život*, naopak respondentky skupiny 3, čili aktuálně kouřící těhotné ženy, se v nejvyšším procentu domnívají, že jim *kouření rozhodně kontroluje život*, ale rozdíl v rozložení odpovědí není statisticky významný. Procentní rozložení a četnosti jednotlivých odpovědí obou skupin v dimenzi vnitřní motivace ukazuje následující obrázek (Obrázek 15).



Obrázek 15 Procentní rozložení a četnosti odpovědí v dimenzi vnitřní motivace (obavy o zdraví a sebekontrola) – elektronický soubor.

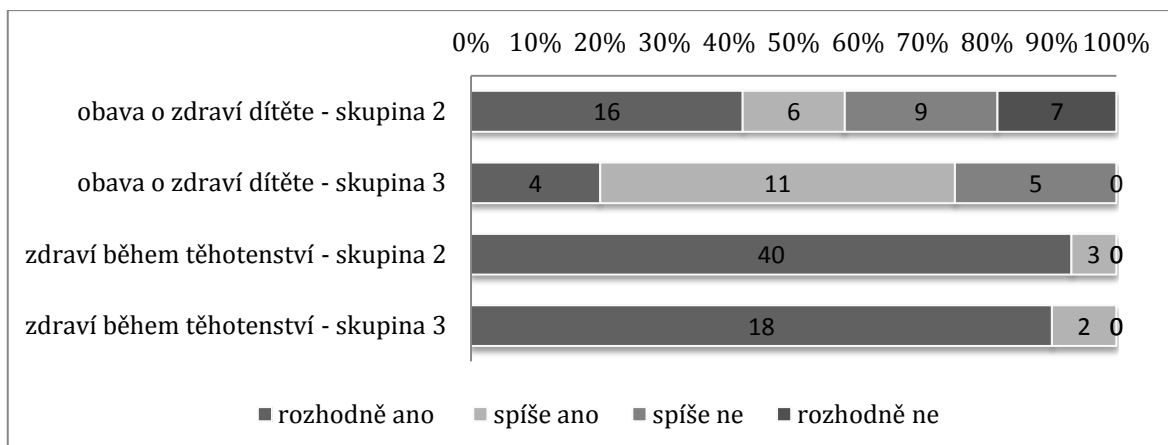
Dimenze vnější motivace (tlak okolí, sociální vlivy). Respondentky obou skupin *rozhodně pociťují tlak sociálního okolí, aby přestaly kouřit*. Tento tlak výrazně (v 50 %) pociťují zejména ženy ze skupiny 3 čili aktuálně kouřící; mezi skupinami není statisticky významný rozdíl. *Okolí* respondentek skupiny 2 (žen, které přestaly kouřit), v největším procentu odpovědí (30 %) *spíše je znepokojeno kouřením těchto žen*. Naopak *okolí* respondentek skupiny 3 (aktuálně kouřících žen, které omezily

počet cigaret), v největším procentu odpovědí (40 %) *spíše není znepokojeno kouřením* těchto žen. V rozložení odpovědí obou skupin není statisticky významný rozdíl. Obrázek 16 zobrazuje procentní rozložení a četnosti jednotlivých odpovědí obou skupin.



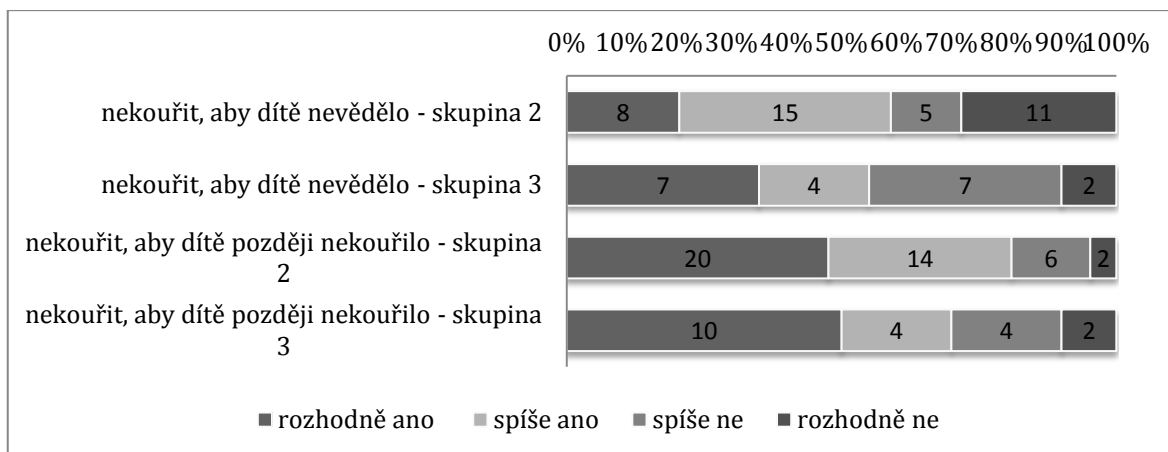
Obrázek 16 Procentní rozložení a četnosti odpovědí v dimenzi vnější motivace (tlak okolí, sociální vlivy) – elektronický soubor.

Motivace související s těhotenstvím. Ve skupině 2 se nejvyšší procento (34 %) *rozhodně obává, že zdraví jejich nenarozeného potomka je ohroženo kouřením*. Ve skupině 3 čili mezi aktuálně kouřícími těhotnými nejvyšší procento respondentek uvádí, že si *spíše myslí, že zdraví jejich nenarozeného potomka je ohroženo kouřením*. Naprostá většina respondentek (skupina 2 – 85 %, skupina 3 – 90 %) *chce být rozhodně zdravá během těhotenství*. Zbylé respondenty odpověděly, že chtějí být *spíše zdravé během těhotenství*, jiné odpovědi nebyly zaznamenány. Mezi skupinami nejsou v této dimenzi statisticky významné rozdíly. Obrázek 17 ukazuje procentní rozložení a četnosti jednotlivých odpovědí obou skupin.



Obrázek 17 Procentní rozložení a četnosti odpovědí v oblasti motivace související s těhotenstvím – elektronický soubor.

Motivace související s rodičovstvím. Největší část respondentek, které přestaly kouřit v souvislosti s těhotenstvím (skupina 2), uvedla, že *spíše souhlasí s tím, že nekouří, aby to jejich dítě později nevědělo* (31 %). Aktuálně kouřící respondentky, které omezily počet cigaret (skupina 3), by *rozhodně chtělo nekouřit, aby o tom jejich dítě nevědělo* v 35 % a stejné procento (35 %) respondentek uvedlo, že *spíše nechtějí nekouřit z důvodu, aby o kouření jejich dítě nevědělo*. Většina respondentek obou skupin (skupina 2 – 43 %, skupina 3 – 50 %) nekouří či by chtěla nekouřit, *aby jejich dítě později nekouřilo, čili nenásledovalo svoji matku v negativním chování*. V dimenzi motivace související s rodičovstvím nebyly mezi skupinami nalezeny statisticky významné rozdíly. Obrázek 18 ukazuje procentní rozložení a četnosti jednotlivých odpovědí obou skupin.



Obrázek 18 Procentní rozložení a četnosti odpovědí v oblasti motivace související s rodičovstvím – elektronický soubor.

Fagerströmův test nikotinové závislosti

Fagerströmův test nikotinové závislosti jsme u aktuálně kouřících těhotných žen zařadili z důvodu orientačního zjištění závažnosti závislosti na nikotinu, protože se domníváme, že závažnost závislosti na nikotinu pravděpodobně přímo souvisí s ukončením kouření kvůli těhotenství. Vyhodnocení testu jsme mohli provést pouze ve skupině 3 (aktuálně kouřící těhotné ženy, které omezily počet cigaret). Zjistily jsme, že 50 % těchto respondentek dle výsledku testu vykazuje pouze malou nebo žádnou fyzickou závislost na nikotinu, 25 % respondentek vykazuje střední úroveň závislosti a 25 % vysokou úroveň fyzické závislosti na nikotinu.

9.1.2 Klinický soubor

Kuřácké chování

Pasivní kouření. Z celkem 21 respondentek klinického souboru, které nekouří a nikdy nekouřily (skupina 1), 14 (67 %) uvedlo, že *nejsou vystaveny pasivnímu kouření*, 1 (5 %) respondentka uvedla, že je *pasivnímu kouření vystavena doma*. Zbýlých 6 (29 %) respondentek na otázku neodpovědělo.

Ukončení kouření v souvislosti s těhotenstvím. Respondentky klinického souboru, které přestaly kouřit před otěhotněním, tak učinily v rozmezí 2 měsíců až 3 let před otěhotněním.

Respondentky, které přestaly kouřit až po zjištění těhotenství, tak učinily ve všech uvedených případech do konce prvního trimestru těhotenství.

Respondentky, které odpověděly na otázku, *proč přestaly kouřit*, uváděly nejčastěji důvody spojené se zdravím dítěte a obavami o ně (např. *„přestala jsem kouřit po zjištění těhotenství z důvodu, že děti kouřících matek mají menší porodní váhu a celkově kouření těhotenství neprospívá“*). Rozložení odpovědí v jednotlivých kategoriích viz následující tabulka (Tabulka 19).

Tabulka 19 Kategorie odpovědi na otázku *proč respondentka přestala kouřit* – klinický soubor.

kategorie	počet odpovědí
zdraví plodu, miminka, dítěte	6
menší chuť na cigaretu, vadí zápach z cigaret, z cigaret se mi dělá špatně	1
vlastní zdraví	0
jiné (např. obecný názor, předchozí potraty)	0
negativní pocity při pohledu na kouřící těhotnou ženu	3
chybějících odpovědí	6

Omezení počtu vykouřených cigaret. Respondentky klinického souboru, které omezily počet cigaret vykouřených za den (skupina 3), průměrně před těhotenstvím vykouřily 18 cigaret (rozmezí uvedeného množství 15-25 cigaret). V těhotenství (po omezení) vykouřily tyto respondentky průměrně 6 cigaret denně (rozmezí uvedeného množství je 2,5-10 cigaret).

Všechny tři respondentky skupiny 3 klinického souboru uvedly, že omezily počet vykouřených cigaret kvůli těhotenství a vlivu kouření na dítě (*„z důvodu těhotenství“*, *„cítím se provinile kvůli miminku“*, *„z důvodu těhotenství a jeho případného vlivu na dítě“*). Kategorizaci odpovědí do přehledové tabulky jsme neprovedli vzhledem k velmi malé skupině.

Kouření stejné jako před otěhotněním. Do této skupiny se v klinickém souboru nezařadila žádná z respondentek, a proto nebylo možné provést vyhodnocení příslušných odpovědí.

Délka kouření. Respondentky klinického souboru, které kouřit přestaly (skupina 2), kouřily v průměru 11 let (minimálně 3 roky, maximálně 18 let, s mediánem 10 let). Aktuálně kouřící respondentky, které omezily počet za den vykouřených cigaret (skupina 3), kouří v průměru 8 let (minimálně 6 let, maximálně 10 let, s mediánem 8 let).

Ve skupině 2 čili ve skupině žen, které kouřit přestaly, se největší část (38 %) přestat kouřit nepokoušela, ale rovnou na první pokus přestala. Mezi aktuálně kouřícími těhotnými ženami, které kouření omezily (skupina 3), první respondentka uvedla, že se pokoušela přestat kouřit jedenkrát, druhá respondentka uvedla, že se pokoušela přestat kouřit celkem čtyřikrát a třetí respondentka uvedla, že přestat kouřit se pokoušela X krát tedy hodně krát.

Závislost úrovně vzdělání a kuřáckého chování. I v klinickém souboru jsme zjišťovali, zda existuje závislost mezi úrovní vzdělání a typem kuřáckého chování. V rozložení četností vidíme např. velmi vysoké procento *vysokoškolaček* mezi nekuřáčkami (skupina 1), zatímco mezi respondentkami, které přestaly kouřit (skupina 2), je největší procento respondentek se vzděláním *středním s maturitou* (viz Tabulka 20).

Pomocí Chí-kvadrát testu nezávislosti (6 stupňů volnosti) jsme u klinického souboru vyvrátili nulovou hypotézu, že neexistuje závislost mezi typem kuřáckého chování, (skupinou kuřáckého chování) a úrovní vzdělání. Na 5% ($p \leq 0,05$) hladině významnosti jsme pomocí testové statistiky stanovili závěr, že v klinickém souboru existuje závislost mezi typem kuřáckého chování (skupina kuřáckého chování) a úrovní vzdělání.

Tabulka 20 Kontingenční tabulka vzdělání a skupina kuřáckého chování – klinický soubor.

	základní	střední bez maturity	střední s maturitou	vysokoškolské	řada součty
skupina 1	0	0	5	16	21
řada - skupina %	0%	0%	24%	76%	
skupina 2	1	0	6	9	16
řada - skupina %	6%	0%	38%	56%	
skupina 3	0	1	2	0	3
řada - skupina %	0%	33%	67%	0%	
celkem	1	1	13	25	40

Získávání informací o kouření v těhotenství

Většina (63 %) respondentek klinického souboru, které přestaly kouřit (skupina 2), se domnívá, že *jejich informace o kouření v těhotenství jsou rozhodně dostatečné* a v naprosté většině případů *informace o kouření v těhotenství nevyhledávají* (85 %). Většina (67 %) respondentek této skupiny nemělo pocit, že by existovalo specifické období, kdy by byly k informacím o kouření v těhotenství více vnímavé. *Gynekolog poradil přestat s kouřením celkem 44 % respondentek a stejně velké části (44 %) jejich gynekolog v tomto směru neporadil (12 % odpovědí na tuto otázku chybělo).*

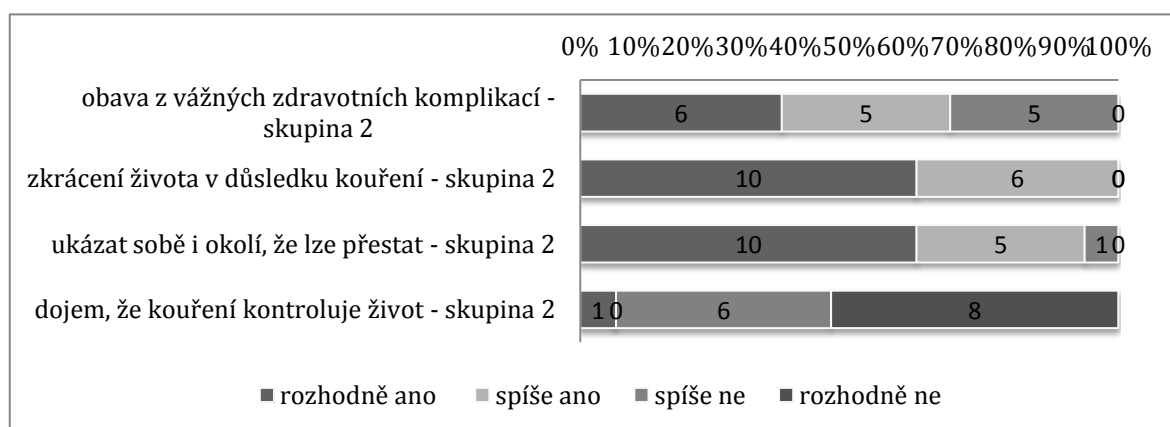
Dvě ze tří respondentek klinického souboru, které aktuálně kouří a omezily počet cigaret (skupina 3), *informace o kouření v těhotenství vyhledávaly* a to v obou případech na internetu. Dvě respondentky se domnívají, že *jejich informace o kouření v těhotenství jsou rozhodně dostatečné* a jedna, že *jsou rozhodně nedostatečné*. Všechny tři respondentky se *nejvnímavěji k informacím o kouření v těhotenství* cítily v prvním trimestru. *Gynekolog poradil přestat s kouřením jedné ze tří respondentek skupiny 3 klinického souboru.*

Motivace

Vzhledem k velikosti skupin (zejména skupiny 3, N = 3) nebylo možné provést statistickou analýzu rozdílu mezi skupinami tak jako u předchozího souboru. Obrázky (grafy) procentního rozložení a četností jednotlivých odpovědí představujeme pouze pro skupinu 2. Pro skupinu 3 tuto grafickou analýzu neprovádíme vzhledem k počtu členek skupiny 3.

Dimenze vnitřní motivace (vlastní zdraví a sebekontrola). Největší část (38 %) respondentek, které kouřit přestaly (skupina 2), má *rozhodně obavu z vážných zdravotních komplikací způsobených kouřením*. Z respondentek, které kouří a omezily počet cigaret (skupina 3), dvě se *spíše neobávají vážných zdravotních komplikací způsobených kouřením* a jedna se *spíše obává zdravotních komplikací způsobených kouřením*. Většina (63 %) respondentek, které nekouří (skupina 2), se domnívá, že *kouření rozhodně zkracuje život* a všechny tři respondentky skupiny 3 se domnívají,

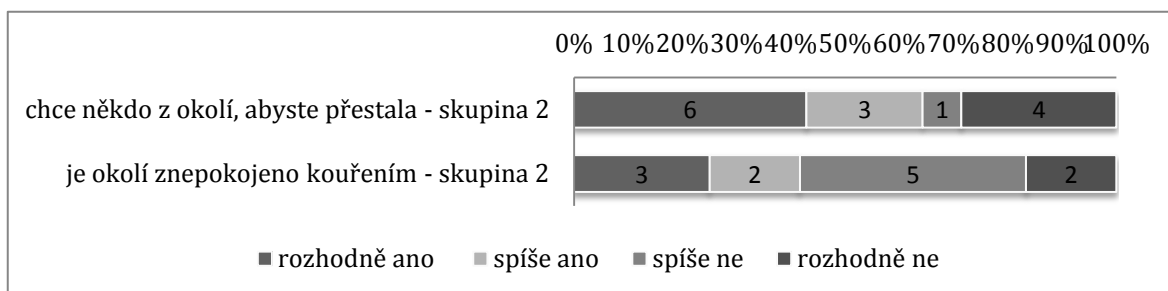
že *kouření spíše nezkracuje život*. Nadpoloviční většina (63 %) nekouřících respondentek (skupina 2) by *rozhodně chtěla sobě a svému okolí ukázat, že kouřit lze přestat*. Dvě ze tří respondentek skupiny 3 by také *rozhodně chtěly svému okolí ukázat, že lze přestat*. Zbývající respondentka skupiny 3 by toto *svému okolí spíše chtěla ukázat*. Polovina (50 %) respondentek, které kouřit přestaly (skupina 2), si *rozhodně nemyslí, že by jim kouření kontrolovalo život*. Ve skupině 3 si první respondentka myslí, že jí *kouření rozhodně kontroluje život*, druhá, že jí *spíše kontroluje život* a poslední, že jí *kouření život spíše nekontroluje*. Následující obrázek (Obrázek 19) ukazuje procentní rozložení a četnosti odpovědí na otázky z dimenze vnitřní motivace u skupiny 2 (nekouřící respondentky, které kouřit přestaly).



Obrázek 19 Procentní rozložení a četnosti odpovědí v dimenzi vnitřní motivace (obavy o zdraví a sebekontrola) – klinický soubor (skupina 2).

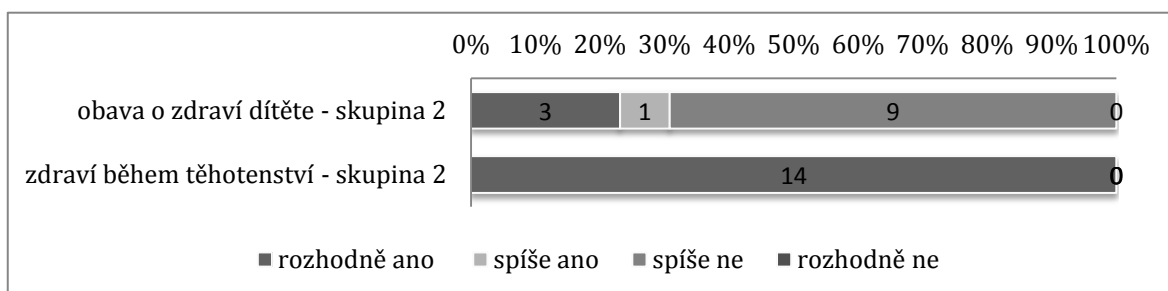
Dimenze vnější motivace (tlak okolí, sociální vlivy). Po 38 % respondentek, které kouřit přestaly (skupina 2), *chtěl někdo z jejich okolí, aby nekouřily*. Respondentky skupiny 2 nejčastěji uváděly (31 %), že v jejich *okolí spíše nejsou lidé, kteří by byli znepokojeni jejich kouřením*. Z aktuálně kouřících těhotných žen klinického souboru, které omezily počet cigaret (skupina 3), první uvedla, že po ní *rozhodně chce někdo z jejího okolí, aby nekouřila*, druhá uvedla, že po ní *spíše chce okolí, aby přestala kouřit* a třetí uvedla, že po ní *okolí spíše nechce, aby kouřit přestala*. Jedna respondentka se domnívá, že její *okolí spíše je znepokojeno jejím kouřením* a dvě respondentky se domnívají, že jejich *sociální okolí spíše není znepokojeno jejich kouřením*. Procentní

rozložení a četnosti odpovědí na otázky z dimenze vnější motivace viz následující obrázek (Obrázek 20).



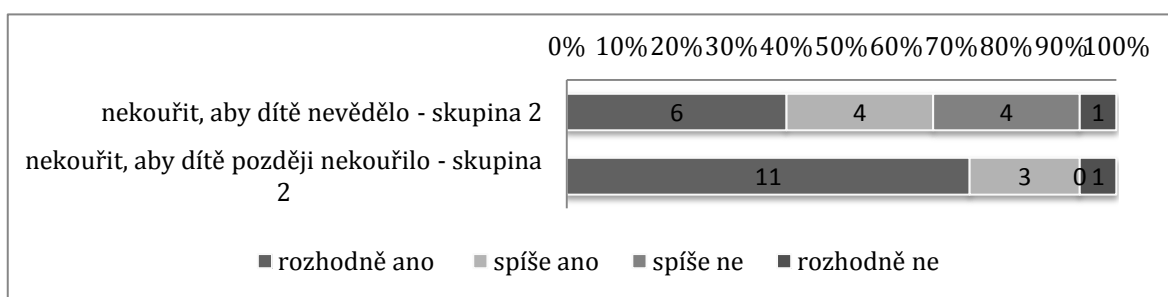
Obrázek 20 Procentní rozložení a četnosti odpovědí v dimenzi vnější motivace (tlak okolí, sociální vlivy) – klinický soubor (skupina 2).

Motivace související s těhotenstvím. Většina (56 %) respondentek z klinického souboru, které přestaly kouřit (skupina 2), se *spíše neobává ohrožení jejich nenarozeného dítěte kouřením*. A všechny respondentky (kromě dvou, které odpověď nevedly), *rozhodně chtějí být zdravé během těhotenství*. První aktuálně kouřící respondentka, která omezila počet vykouřených cigaret, se *spíše obává ohrožení zdraví jejího nenarozeného dítěte kouřením*, druhá respondentka z této skupiny se *ohrožení svého dítěte kouřením spíše neobává* a třetí respondentka odpověď nevedla. Dvě respondentky ze skupiny 3 uvedly, že *rozhodně chtějí být zdravé během těhotenství* a jedna respondentka uvedla, že *spíše chce být zdravá během těhotenství*. Obrázek 21 zobrazuje procentní rozložení a četnosti odpovědí z oblasti motivace související s těhotenstvím.



Obrázek 21 Procentní rozložení a četnosti odpovědí z oblasti motivace související s těhotenstvím – klinický soubor (skupina 2).

Motivace související s rodičovstvím. Největší část (38 %) respondentek, které přestaly kouřit (skupina 2), uvedlo, že *rozhodně nekouří také proto, aby o tom jejich dítě nevědělo*, 69 % z těchto respondentek nekouří, aby *jejich dítě později nekouřilo*. Z aktuálně kouřících respondentek, které omezily počet cigaret (skupina 3), by jedna *rozhodně chtěla nekouřit, aby o tom její dítě nevědělo*, jedna respondentka by *spíše chtěla nekouřit* z tohoto důvodu a jedna respondentka odpověď neuvědla. Také jedna z těchto respondentek by *rozhodně chtěla nekouřit, aby její dítě později nekouřilo*, jedna by z tohoto důvodu *spíše chtěla nekouřit* a jedna respondentka odpověď neuvědla. Obrázek 22 ukazuje procentní rozložení a četnosti odpovědí z oblasti motivace související s rodičovstvím.



Obrázek 22 Procentní rozložení a četnosti odpovědí z oblasti motivace související s rodičovstvím – klinický soubor (skupina 2).

Fagerströmův test nikotinové závislosti

Ani jedna ze třech aktuálně kouřících žen, které omezily počet cigaret, Fagerströmův test nikotinové závislosti nevyplnila celý, takže hodnocení závažnosti závislosti nebylo možné v klinickém souboru provést u žádné z respondentek.

9.1.3 Porovnání souborů

V následujícím textu srovnáme výsledky jednotlivých tematických skupin otázek v obou souborech (elektronickém a klinickém). Srovnání pomocí statistických testů bylo provedeno tam, kde to dovolily početní naplnění jednotlivých skupin/souborů.

Anamnestické údaje

Respondentky elektronického souboru jsou o tři roky průměrného věku mladší než respondentky klinického souboru (elektronický soubor (ES) – 29 let, klinický soubor (KS) – 32 let). V elektronickém souboru se respondentky průměrně nacházely ve 24. týdnu těhotenství, zatímco v klinickém souboru se respondentky průměrně nacházely ve 37. týdnu těhotenství. V elektronickém souboru se nejčastěji vyskytovaly prvorodičky a v klinickém souboru druhorodičky.

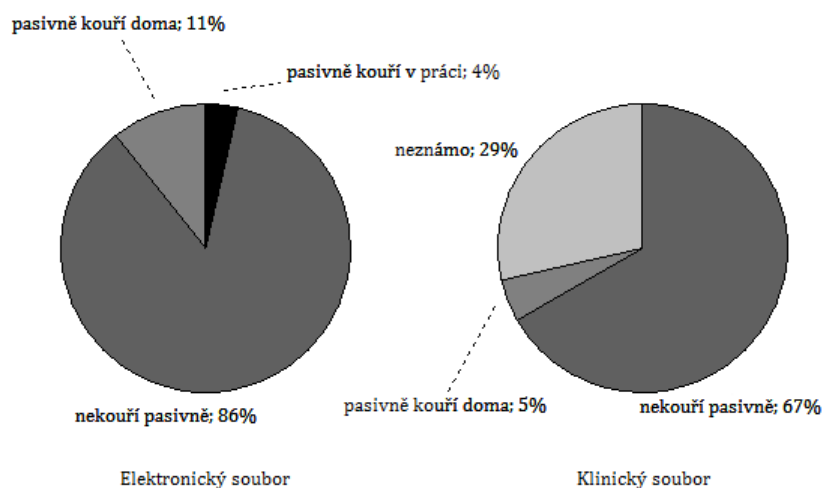
Vzdělání. Zatímco v elektronickém souboru bylo nejčastějším vzděláním *střední s maturitou*, v klinickém souboru to v nadpoloviční většině bylo *vzdělání vysokoškolské*.

Příjem. V elektronickém souboru respondentky nejčastěji uváděly, že jejich čistý měsíční příjem před těhotenstvím byl v rozmezí *10 000-25 000 Kč*. Respondentky klinického souboru nejčastěji uváděly čistý měsíční příjem *25 000 Kč a více*, ale střední kategorie odpovědi (*10 000-25 000 Kč*) těsně následovala. V otázce měsíčního příjmu respondentek jsou tedy oba soubory v podstatě srovnatelné.

Kuřácké chování.

Pomocí neparametrického Mann-Whitney U testu jsme srovnávali rozložení jednotlivých skupin kuřáckého chování v obou souborech. Pro test byly stanoveny tyto hypotézy: Nulová hypotéza (H_0): rozložení jednotlivých skupin kuřáckého chování v elektronickém a klinickém souboru je stejné, Alternativní hypotéza (H_1): rozložení jednotlivých skupin kuřáckého chování v elektronickém a klinickém souboru je rozdílné. Hladina významnosti (p) testové statistiky byla stanovena na 5 %. Dle výsledku testové statistiky byla H_0 vyvrácena, čili na 5% ($p \leq 0,05$) hladině významnosti jsou rozložení jednotlivých skupin kuřáckého chování našich dvou souborů rozdílné.

Pasivní kouření. V obou souborech většina nekouřících respondentek (skupina 1) uvedla, že *nejsou vystaveny pasivnímu kouření* (viz Obrázek 23).



Obrázek 23 Pasivní kouření - oba soubory.

Ukončení kouření v souvislosti s těhotenstvím. Respondentky skupiny 2, které přestaly kouřit před otěhotněním, v elektronickém souboru uvedly odpovědi v širším rozmezí (1 rok až 10 let, s průměrem 4 roky) než respondentky klinického souboru. V klinickém souboru uvedly respondentky ukončení kouření v rozmezí 2 měsíců až 3 let čili v mnohem užším rozmezí, kde je maximální uvedená hodnota dokonce nižší než průměr ukončení kouření v elektronickém souboru.

Důvodem k ukončení kouření byly dle odpovědí respondentek obou souborů nejčastěji důvody spojené s obavami o zdraví dítěte (viz Tabulka 21). Respondentky klinického souboru nám celkově poskytly spíše kratší odpovědi, jejichž tematická šíře byla rozhodně užší než u odpovědí z elektronického souboru.

Tabulka 21 Kategorie odpovědí na otázku proč respondentka přestala kouřit - oba soubory (skupina 2).

kategorie	počet odpovědí	počet odpovědí
	elektronický s.	klinický s.
zdraví plodu, miminka, dítěte	29	6
menší chuť na cigaretu, vadí zápach z cigaret, z cigaret se mi dělá špatně	5	1
vlastní zdraví	4	0
jiné (např. obecný názor, předchozí potraty)	4	0
negativní pocity při pohledu na kouřící těhotnou ženu	3	3
chybějících odpovědí	2	6

Omezení počtu vykouřených cigaret. Respondentky, které kouřily po celou dobu těhotenství a vzhledem k těhotenství omezily počet za den vykouřených cigaret, byly v obou souborech zařazeny do skupiny 3. V klinickém souboru byly na základě této odpovědi do skupiny 3 zařazeny pouze 3 respondentky, čili srovnání souborů je v této oblasti velmi omezené a nelze z něj vyvozovat žádné závěry. Souhrnné porovnání počtu vykouřených cigaret před a po omezení v obou souborech poskytuje následující tabulka (Tabulka 22).

Tabulka 22 Omezení počtu vykouřených cigaret – oba soubory (skupina 3).

	elektronický soubor		klinický soubor	
	průměrně za den ks cigaret	rozmezí uvedených ks vykouřených cigaret za den	průměrně za den ks cigaret	rozmezí uvedených ks vykouřených cigaret za den
vykouřeno před těhotenstvím za den	20	8-30	18	15-25
vykouřeno v těhotenství za den	5	1-15	6	2,5-10

Respondentky elektronického i klinického souboru uváděly nejčastěji či výhradně (klinický soubor) jako důvod pro omezení počtu vykouřených cigaret obavy o zdraví dítěte apod.

Kouření stejné jako před otěhotněním. Do této skupiny se v elektronickém souboru zařadila pouze jedna respondentka (nebylo vyhodnocováno) a v klinickém souboru ani jedna z respondentek nevedla, že by kouřila stejně jako před otěhotněním. Z tohoto faktu lze usuzovat, že naprostá většina, ne-li všechny těhotné, se snaží kvůli těhotenství přestat kouřit nebo alespoň kouření omezit, což potvrzuje vysoký potenciál těhotenské motivace pro změnu kuřáckého chování.

Délka kouření. Následující tabulka (Tabulka 23) uvádí porovnání délky kouření v letech. U skupiny 2, čili žen, které kouřit přestaly, jsou uvedené údaje v obou souborech v zásadě obdobné. U skupiny 3 lze říci, že respondentky z elektronického souboru kouřily průměrně déle než respondentky z klinického souboru.

Tabulka 23 Délka kouření – oba soubory.

	skupina 2 - přestaly kouřit			
	průměrně let	minimum	maximum	medián
elektronický soubor	10	3	23	10
klinický soubor	11	3	18	10
	skupina 3 - omezily počet cigaret/den			
elektronický soubor	12	5	25	12
klinický soubor	8	6	10	8

Respondentky, které přestaly kouřit (skupina 2), se o to shodně v obou souborech nepokoušely, ale rovnou přestaly. Aktuálně kouřící těhotné ženy, které omezily počet za den vykouřených cigaret za den (skupina 3), uvedly nejčastěji menší počet pokusů o odvykání kouření (dva pokusy), než uvedly dvě ze tří respondentek z klinického souboru.

Závislost úrovně vzdělání a kuřáckého chování. V obou souborech byla prokázána závislost mezi úrovní vzdělání a typem kuřáckého chování (skupinou kuřáckého chování). V obou souborech dohromady je opět patrné vysoké procento *vysokoškolsky* vzdělaných respondentek ve skupině 1 (nekuřačky) a skupině 2 (respondentky, které přestaly kouřit) (viz Tabulka 24).

Pomocí testové statistiky (Chí-kvadrát test nezávislosti, 8 stupňů volnosti) jsme ověřovali platnost nulové hypotézy, že neexistuje závislost mezi typem kuřáckého chování a úrovní vzdělání v obou souborech dohromady, oproti alternativní hypotéze, že existuje závislost mezi typem kuřáckého chování a úrovní vzdělání v obou souborech dohromady. Na 1% ($p \leq 0,01$) hladině významnosti jsme vyvrátili nulovou hypotézu v obou souborech, čili lze tvrdit, že v našich souborech existuje závislost mezi typem kuřáckého chování a úrovní vzdělání.

Tabulka 24 Kontingenční tabulka vzdělání a skupina kuřáckého chování – oba soubory

	základní	střední bez maturity	střední s maturitou	vyšší odborné	vysokoškolské	řada součty
skupina 1	0	3	11	1	34	49
řada - skupina %	0%	6%	22%	2%	69%	
skupina 2	1	2	31	4	25	63
řada - skupina %	2%	3%	49%	6%	40%	
skupina 3	1	2	18	1	1	23
řada - skupina %	4%	9%	78%	4%	4%	
celkem	2	7	60	6	60	135

Získávání informací o kouření v těhotenství

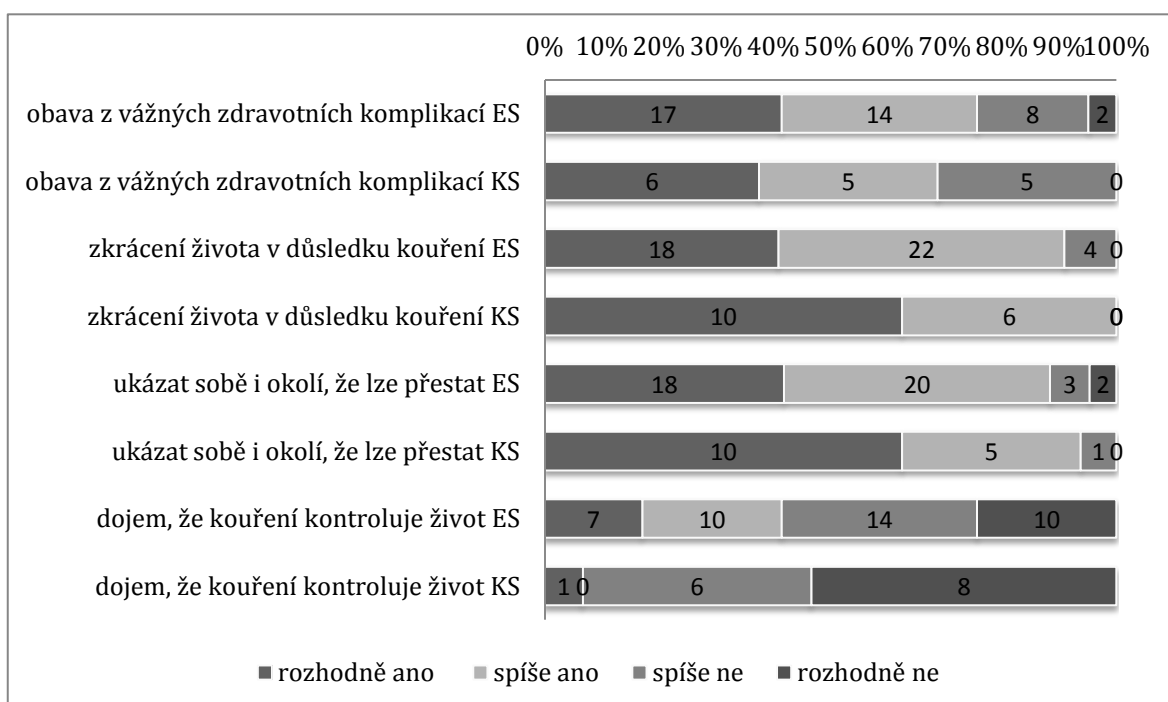
Většina respondentek obou souborů, které přestaly kouřit (skupina 2), *informace o kouření v těhotenství většinou nevyhledává*. Vzhledem k jejich chování, které již není z hlediska kouření rizikové, považujeme za logické, že informace o tomto tématu nevyhledávají. Pokud respondentky informace o kouření v těhotenství vyhledávaly, činily tak vždy na internetu. Respondentky elektronického souboru nejčastěji uváděly, že se *k informacím nejvnímavější cítily v prvním trimestru*, zatímco respondentky klinického souboru ve většině *neměly dojem, že by k informacím o kouření v těhotenství byly někdy více vnímavé*. Informace o daném tématu považuje většina respondentek obou souborů (skupina 2) za dostatečné. V elektronickém souboru *gynekolog poradil přestat s kouřením* nižšímu procentu respondentek (38 %) než v souboru klinickém, kde *gynekolog poradil přestat s kouřením* 44 % respondentek. Ovšem procentuální rozdíl rozhodně není velký a tedy významný.

Největší část respondentek, které omezily počet vykouřených cigaret za den (skupina 3), se domnívá, že *jejich informace o kouření v těhotenství jsou rozhodně dostatečné* a to v obou souborech. V elektronickém souboru 55 % aktuálně kouřících respondentek uvedlo, že *informace o kouření v těhotenství nevyhledává*. V klinickém souboru naopak dvě ze tří respondentek informace o daném tématu vyhledávaly. Pokud informace o kouření v těhotenství respondentky z obou souborů vyhledávaly, činily tak výhradně na internetu. Respondentky elektronického souboru, které aktuálně kouří s omezením počtu cigaret, se *k informacím o kouření v těhotenství cítily nejvnímavější v prvním trimestru nebo neměly pocit, že by někdy tyto informace více vnímaly*. V klinickém souboru se aktuálně kouřící respondentky (skupina 3) *cítily k informacím nejvnímavější v prvním trimestru*. V otázce vnímavosti k informacím tedy nalzáme v obou souborech v zásadě shodu. *Gynekolog poradil přestat s kouřením* polovině aktuálně kouřících respondentek elektronického souboru, zatímco v klinickém souboru poskytl gynekolog tuto radu jedné třetině respondentek, které aktuálně kouřily.

Motivace

Vzhledem k velmi nízkému počtu respondentek klinického souboru, které uvedly, že aktuálně kouří a omezily počet cigaret (skupina 3, N = 3), uvádíme mezi souborové srovnání výsledků jednotlivých dimenzí motivace pouze ve skupině 2 (respondentky, které přestaly kouřit před nebo po otěhotnění).

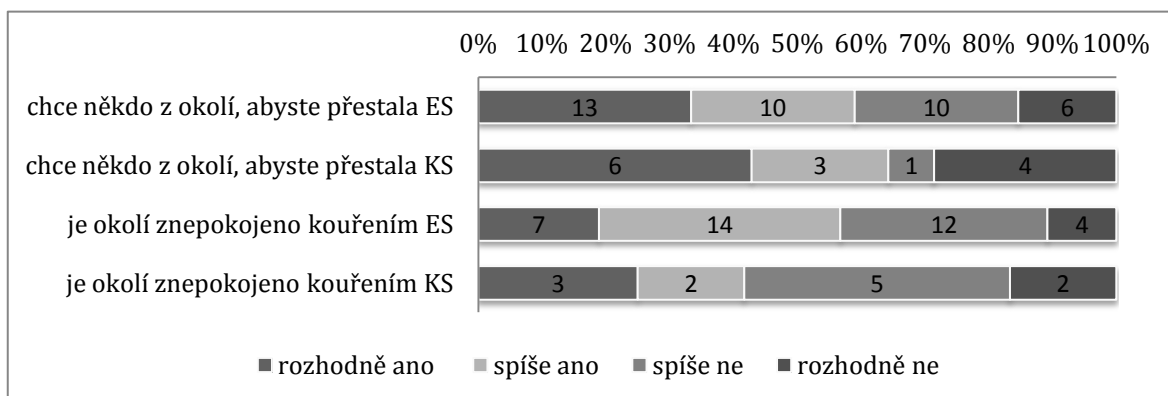
Dimenze vnitřní motivace (vlastní zdraví a sebekontrola). V dimenzi vnitřní motivace nenalzáme mezi odpověďmi respondentek, které přestaly kouřit (skupina 2), u obou souborů žádné statisticky významné rozdíly ve většině otázek, kromě otázky na *zkrácení života kouřením*. V rozložení odpovědí na otázku *zkrácení života kouřením* byly mezi soubory nalezeny statisticky významné rozdíly na hladině významnosti 5 % ($p = 0,05$). Následující obrázek ukazuje četnosti jednotlivých odpovědí a jejich procentní rozložení v dimenzi vnitřní motivace elektronického a klinického souboru (Obrázek 24).



Obrázek 24 Procentní rozložení a četnosti odpovědí v dimenzi vnitřní motivace (obavy o zdraví a sebekontrola) – oba soubory (skupina 2).

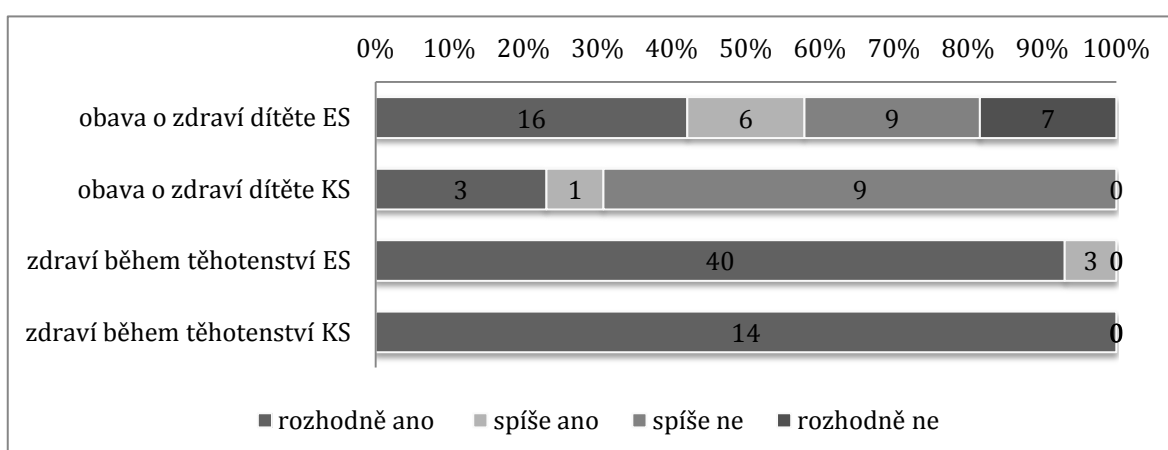
Pozn.: ES – elektronický soubor, KS – klinický soubor (platí i pro následující obrázky).

Dimenze vnější motivace (tlak okolí, sociální vlivy). V dimenzi vnější motivace nebyly mezi soubory nalezeny žádné statisticky významné rozdíly. Obrázek 25 zobrazuje přehled procentního rozložení a četností jednotlivých odpovědí na otázky z dimenze vnější motivace v obou souborech.



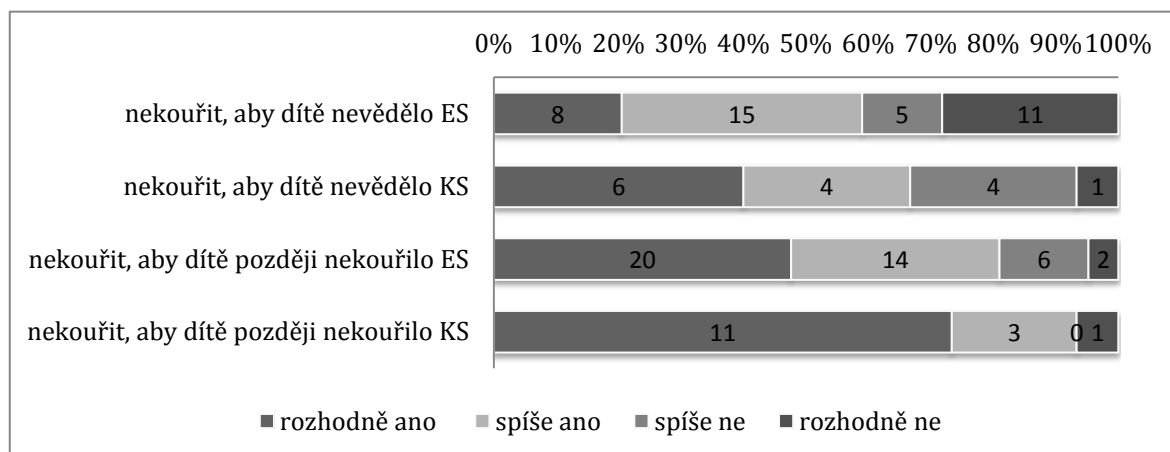
Obrázek 25 Procentní rozložení a četnosti odpovědí v dimenzi vnější motivace (tlak okolí, sociální vlivy) – oba soubory (skupina 2).

Motivace související s těhotenstvím. V oblasti motivace související s těhotenstvím nebyly mezi soubory nalezeny statisticky významné rozdíly. Obrázek 26 ukazuje přehled procentního rozložení a četností jednotlivých odpovědí z oblasti motivace související s těhotenstvím.



Obrázek 26 Procentní rozložení a četnosti odpovědí v oblasti motivace související s těhotenstvím – oba soubory (skupina 2).

Motivace související s rodičovstvím. Mezi soubory nebyly v oblasti motivace související s rodičovstvím nalezeny žádné statisticky významné rozdíly. Přehled procentního rozložení a četností jednotlivých odpovědí z oblasti motivace související s rodičovstvím viz následující obrázek (Obrázek 27).



Obrázek 27 Procentní rozložení a četnosti odpovědí v oblasti motivace související s rodičovstvím – oba soubory (skupina 2).

Fagerströmův test nikotinové závislosti

Jak již jsme uvedli v předchozím textu, od respondentek klinického souboru nebyl získán ani jeden kompletně vyplněný Fagerströmův test nikotinové závislosti, a proto nelze v této oblasti provést porovnání mezi soubory.

9.2 Výsledky vzhledem k hypotézám

1. hypotéza: motivace žen ze skupiny 2, 3 a 4 k zanechání, změně či pokračování v kouření se liší

První hypotézu jsme vzhledem k počtům respondentek mohli otestovat pouze v elektronickém souboru a pouze ve skupině 2 a 3. Skupina 4 nebyla v naší studii naplněna (viz kapitola 8.1).

Hypotézu jsme testovali pomocí neparametrického Mann-Whitneyho U testu. Pro testovou statistiku jsme stanovili nulovou hypotézu, motivace respondentek ze skupiny 2 a skupiny 3 se neliší, oproti alternativní hypotéze, motivace respondentek

ze skupiny 2 a 3 se liší. Nulovou hypotézu jsme na 5% hladině významnosti vyvrátili u motivačních proměnných *obava z vážných zdravotních komplikací a zkrácení života v důsledku kouření*. Rozložení odpovědí na zmíněné proměnné se liší ve skupině 2 a 3 elektronického souboru.

Podíváme-li se na konkrétní četnosti a procentní rozložení odpovědí na tyto proměnné, zjistíme, že skupina 2 (respondentky, které přestaly kouřit) přikládá *obavám o zdraví a možnosti zkrácení života kouření* větší důležitost než skupina 3 (respondentky, které aktuálně kouří a omezily počet cigaret vykouřených za den).

První hypotézu jsme potvrdili pro proměnné *obava z vážných zdravotních komplikací a zkrácení života v důsledku kouření*. V ostatních motivačních proměnných jsme nenalezli mezi skupinami statisticky významný rozdíl.

2. hypotéza: těhotenství a budoucí rodičovství je významnějším motivačním faktorem než vlastní zdraví a tlak okolí

Hypotézu jsme testovali pomocí Wilcoxonova testu pro dva závislé výběry. Pro testovou statistiku k výše uvedené druhé hypotéze jsme stanovili nulovou hypotézu, rozložení odpovědí na otázky z oblasti motivace související s těhotenstvím a rodičovstvím je stejné jako rozložení odpovědí na otázky z oblasti motivace související s vlastním zdravím a tlakem okolí (dimenze vnitřní a vnější motivace), vůči alternativní hypotéze, rozložení odpovědí na otázky z oblasti motivace související s těhotenstvím a rodičovstvím je jiné než rozložení odpovědí na otázky z oblasti motivace související s vlastním zdravím a tlakem okolí (dimenze vnitřní a vnější motivace).

Skupina 2 (respondentky, které přestaly kouřit) elektronického souboru.

Nulová hypotéza byla vyvrácena (rozložení odpovědí na otázky je v daných oblastech proměnných jiné) v následujících případech:

- proměnná (pr.) *zdraví během těhotenství* vůči všem proměnným z oblasti vlastního zdraví a tlaku okolí (dimenze vnější a vnitřní motivace),
- pr. *nekouřit, aby dítě nevědělo*, vůči pr. *obava z vážných zdravotních komplikací*, pr. *zkrácení života v důsledku kouření* a pr. *ukázat sobě i okolí, že lze přestat*,

- pr. *nekouřit, aby dítě později nekouřilo*, vůči pr. *dojem, že kouření kontroluje život*, pr. *chce někdo z okolí, abyste přestala* a pr. *je okolí znepokojeno kouřením*,
- pr. *obava o zdraví dítěte* vůči pr. *zkrácení života v důsledku kouření*.

Vzhledem k rozložení četností jednotlivých odpovědí na motivační proměnné, ve kterých byl nalezen statisticky významný rozdíl, nelze u skupiny 2 elektronického souboru jednoznačně potvrdit ani vyvrátit, že těhotenství a rodičovství je významnějším motivačním faktorem než vlastní zdraví a tlak okolí. Některé proměnné z oblasti těhotenství a rodičovství jsou skutečně respondentkami vnímány jako důležitější než proměnné z oblasti vlastního zdraví a tlaku okolí (pr. *nekouřit, aby dítě později nekouřilo*, vůči pr. *dojem, že kouření kontroluje život*, pr. *chce někdo z okolí, abyste přestala* a pr. *je okolí znepokojeno kouřením*) a v jiných případech jsou naopak jako významnější (důležitější) vnímány proměnné z oblasti vlastního zdraví a tlaku okolí (např. pr. *obava o zdraví dítěte*, vůči pr. *zkrácení života v důsledku kouření*).

Skupina 3 (respondentky, které aktuálně kouří, ale omezily počet cigaret/den) elektronického souboru. Nulová hypotéza byla vyvrácena (rozložení odpovědí na otázku je v daných oblastech proměnných jiné) v následujícím případě:

- pr. *zdraví během těhotenství* vůči všem proměnným z oblasti vlastního zdraví a tlaku okolí (dimenze vnější a vnitřní motivace).

Kromě proměnné *obavy o zdraví během těhotenství* nebyl ve skupině 3 elektronického souboru nalezen žádný statisticky významný rozdíl v daných skupinách motivačních proměnných. U proměnné *zdraví během těhotenství*, kde statisticky významný rozdíl rozložení odpovědí nalezen byl, se rozdíl nabízí, protože všechny respondentky samozřejmě chtějí být naprosto *zdravé během těhotenství*, proto ze zjištění u této proměnné nelze vyvozovat žádné jednoznačné závěry. Druhou hypotézu jsme tedy ve skupině 3 elektronického souboru nepotvrdili.

Skupina 2 (respondentky, které přestaly kouřit) klinického souboru. Nulová hypotéza byla vyvrácena (rozložení odpovědí na otázky je v daných oblastech proměnných jiné) v následujících případech:

- pr. *zdraví během těhotenství* vůči všem proměnným z oblasti obav o zdraví a tlaku okolí (dimenze vnější a vnitřní motivace),

- pr. *obava o zdraví dítěte* vůči pr. *zkrácení života v důsledku kouření*, pr. *ukázat sobě i okolí, že lze přestat* a pr. *dojem, že kouření kontroluje život*,
- pr. *nekouřit, aby dítě nevědělo*, vůči pr. *dojem, že kouření kontroluje život*,
- pr. *nekouřit, aby dítě později nekouřilo*, vůči pr. *dojem, že kouření kontroluje život* a pr. *je okolí znepokojeno kouřením*.

Ve skupině 2 klinického souboru nelze vytvořit jednoznačný závěr k tvrzení druhé hypotézy. Nelze jednoznačně potvrdit ani vyvrátit, zda je významnějším motivačním faktorem těhotenství a budoucí rodičovství, jelikož některé proměnné z této oblasti jsou skutečně vnímány jako významnější než proměnné z oblasti vlastního zdraví a tlaku okolí, ale u některých motivačních proměnných je tomu naopak.

Skupina 3 (respondentky, které aktuálně kouří, ale omezily počet cigaret/den) klinického souboru. Statistické ověření nemohlo být v této skupině provedeno, vzhledem ke zcela nedostatečnému počtu respondentů (N = 3).

Vzhledem k výše uvedeným závěrům nelze naši druhou hypotézu jednoznačně potvrdit ani vyvrátit v žádné ze skupin obou souborů. Pro její jednoznačné potvrzení či vyvrácení bychom pravděpodobně potřebovali mnohonásobně větší vzorek a možná jinou formulaci u některých otázek v motivační části dotazníku.

3. hypotéza: závislost těhotných žen skupiny 4 je závažnější než závislost žen skupiny 3

V elektronickém i klinickém souboru nebyla skupina 4 (aktuálně kouřící těhotné ženy, které kouří ve stejné míře jako před otěhotněním) naplněna, a proto jsme neměli možnost tuto hypotézu ověřit.

4. hypotéza: těhotné kouřící ženy vyhledávají informace o kouření v těhotenství

Těhotné aktuálně kouřící ženy (skupina 3) aktivně vyhledávají informace o kouření v těhotenství.

V našem elektronickém souboru uvedlo 45 % respondentek, že aktivně *vyhledávají informace o kouření v těhotenství*. Pro klinický soubor nelze připojit obdobné tvrzení vzhledem k počtu respondentek.

5. hypotéza: těhotné kouřící ženy vyhledávají informace o kouření v těhotenství především na internetu

Hypotéza se potvrdila. Pokud těhotné aktuálně kouřící ženy (skupina 3) aktivně vyhledávají informace o kouření v těhotenství, činí tak téměř výhradně na internetu (viz Tabulka 25 – odpovědi na otázku *Odkud získáváte informace o kouření v těhotenství?* a Tabulka 26 – kategorie odpovědi na otázku *Kde jste informace vyhledávala?*).

V případě, že respondentky z ostatních aktuálně nekouřících skupin vyhledávají informace o kouření v těhotenství, činí tak dle svých odpovědí též téměř výhradně na internetu.

Tabulka 25 Četnosti odpovědí na otázku *Odkud získáváte informace o kouření v těhotenství?* – oba soubory (skupina 3).

zdroj	gynekolog	jiný lékař	webové diskuze	internetová média	tištěná media
elektronický soubor	4	1	3	7	1
klinický soubor	0	0	1	2	0
oba soubory dohromady	4	1	4	9	1
zdroj	televize, rádio	předporodní kurzy	přátelé, známí, rodina	jiné	nevyhledává info
elektronický soubor	1	0	3	0	0
klinický soubor	0	0	1	0	0
oba soubory dohromady	1	0	4	0	0

Tabulka 26 Kategorie odpovědí na otázku *Kde jste informace vyhledávala?* – oba soubory (skupina 3).

kategorie	počet odpovědí v dané kategorii
internet	9
odborná literatura	0
známí, přátelé, rodina	0

10 Diskuse

Vzhledem k prevalenci kouření v těhotenství dospěla naše studie ke zjištění, že aktuálně v těhotenství kouří s tím, že omezily počet cigaret vykouřených za den (skupina 3), celkem 17 % respondentek v elektronickém souboru a 8 % respondentek v klinickém souboru.

Nedávno realizovaná studie, při níž byla analyzována data z českých registrů (Národní registr rodiček (NRNOV) a Národní registr novorozenců (NRROD)), dospěla ke zjištění, že z celkového počtu rodiček zařazeného do studie bylo u 6,5 % evidováno kouření (Nechanská, Mravčík, Sopko & Velebil, 2012). Data z našeho výzkumu tedy vykazují v obou souborech vyšší prevalenci kouření v těhotenství než data ze zmíněné studie. Je nutné poznamenat, že autoři výše uvedené studie poukazují na fakt, že data o kouření v těhotenství z jejich studie vykazují podhlášenost oproti obdobným studiím, což také odpovídá našim vyšším výsledkům.

Dle studie Janatové, Štundlové, Skývové & Uličné (2008) udávalo kouření v těhotenství 11 % respondentek, tedy jde o údaj mezi zjištěními z našich obou souborů, který je bližší prevalenci z klinického souboru.

K poměrně vysokým číslům prevalence kouření v těhotenství dospěli Králíková, Bajerová, Rameš & Himmerová (2005), kteří uvedli kouření v těhotenství u 23,5 % svých respondentek, ale 16,5 % respondentek této studie přestalo kouřit během těhotenství a zbylých 7 % kouřících žen během těhotenství je výsledek velmi blízký našim zjištěním z klinického souboru.

Evropská longitudinální studie o kouření v těhotenství dospěla ke zjištění, že více než 42 % žen v jejím souboru udává kuřáctví v anamnéze (Kukla, Hrubá & Tyrlík, 2000, 1999a; 1999b; Hrubá, Kukla & Tyrlík, 2000). Jde o údaj odpovídající zjištění v našem klinickém souboru, kde kuřáctví v anamnéze udává celkem 48 % respondentek. Výsledky kuřáctví v anamnéze v elektronickém souboru (63 %) výsledkům zmíněné studie neodpovídají, ale vzhledem k faktu, že zjištění elektronického souboru mohou být zatíženy způsobem sběru, který byl částečně navázán na diskuse o kouření v těhotenství, nepovažujeme tento rozdíl za významný. Ve zmiňované studii ELSAC bylo také zjištěno, že většina těhotných žen přestává v průběhu těhotenství kouřit a

během celého těhotenství kouří 5-8 % žen, což odpovídá našim zjištěním z klinického souboru.

Na Slovensku zkoumali kouření v těhotenství např. Kopačiková, Stančiak & Novotný (2011), kteří dospěli ke zjištění, že v průběhu těhotenství kouřilo 15 % respondentek, což je údaj blízký zjištění z našeho elektronického souboru. Srovnáme-li prevalenční výsledky našeho průzkumu s dalšími vybranými zahraničními studii, je výsledek z elektronického souboru relativně v souladu se zjištěními australské studie, která udává, že kouřilo 18,5 % rodiček (Hotham, Ali, White & Robinson, 2008) a výsledky z klinického souboru se blíží zjištění francouzské studie, která udává, že 10 % jejich respondentek pokračovalo v kouření i v průběhu těhotenství (Dumas, Lejeune, Simmat-Duranda, Crenn-Hébertc & Mandelbrotc, 2008).

Výsledky zmíněných českých prevalenčních studií kouření v průběhu těhotenství se tedy pohybují mezi 6,5 % a 11 %, což odpovídá našim zjištěním z klinického souboru.

Poměrně vysoký rozdíl v prevalenci mezi oběma našimi soubory si vysvětlujeme rozdílem ve velikosti souborů (elektronický soubor N=96, klinický soubor N=40) a také faktem, že elektronický způsob sběru poskytuje ženám daleko větší míru anonymity k přiznání negativního fenoménu kouření v těhotenství a také mohla být prevalence v elektronickém souboru navýšena částečnou provázaností sběru s online diskusemi na téma kouření v těhotenství.

V našem výzkumu byla zjištěna jasná souvislost úrovně vzdělání s kuřáctvím v těhotenství i nekuřáctvím v obou našich souborech (mezi ženami, které nekouří a nikdy nekouřily je výrazně nejvíce vysokoškolaček), což zcela odpovídá zjištění českých i slovenských výzkumů kouření v těhotenství (např. Nechanská, Mravčík, Sopko & Velebil, 2012; Králíková, Bajarová, Rameš & Himmerová, 2005; Kukla, Hrubá & Tyrlík, 2000; 1999a; 1999b; Hrubá, Kukla & Tyrlík, 2000; Kukla, Hrubá & Tyrlík, 1999c; Bašková, 2007) a také tento fakt odpovídá zjištěním o kouření v obecné populaci, kde je též popisována vyšší prevalence ve skupinách s nižší úrovní vzdělání (např. Sovinová, Sadílek & Csémy, 2012).

Králíková, Bajarová, Rameš & Himmerová (2005) mimo jiné zjišťovali, kolik kouřících těhotných žen v jejich studii bylo gynekologem dotazováno na kouření v těhotenství a dospěli k závěru, že 68 %. V naší studii jsme zjišťovali přímo, zda gynekolog poradil

respondentkám přestat s kouřením a dospěli jsme ke zjištění, že u žen, které přestaly kouřit (skupina 2), jim gynekolog tuto radu poskytl v 38 % v elektronickém souboru a v 44 % v klinickém souboru. V obou případech jsou tedy naše zjištění nižší než ve zmíněné studii. V případě žen kouřících i v těhotenství (skupina 3) jsme zjistili, že gynekolog poradil těmto ženám přestat kouřit v 50 % (elektronický soubor), což je opět zjištění nižší než ke kterému dospěla studie Králíkové, Bajerové, Rameše & Himmerové, (2005). Autoři uvedené studie považují svá zjištění za alarmující vzhledem ke kouření a zdravotnické intervenci v těhotenství a my se s tímto závěrem ztotožňujeme.

Králíková, Bajerová, Rameš & Himmerová (2005) také zjišťovali, odkud mají těhotné ženy informace o kouření v těhotenství. Zatímco respondenty jejich souboru informace o tomto tématu zjišťovaly nejčastěji z knih a časopisů, v našich souborech byl absolutně nejčastějším zdrojem informací internet, který se ovšem v možnostech zmiňované studie neobjevil, což může být způsobeno odstupem osmi let mezi našimi studiemi, kdy během této doby zaznamenal internet v ČR značný rozmach.

Pouze 5 % respondentek ve studii Králíkové, Bajera, Rameše & Himmerové (2005) uvedlo jako zdroj informací o kouření v těhotenství gynekologa, což je v souladu s našimi zjištěními.

U nekouřících žen (skupina 1) jsme mapovali jejich pasivní kouření a dospěli jsme ke zjištění, že většina nekouřících žen není vystavena pasivnímu kouření. V elektronickém souboru je pasivnímu kouření doma či na pracovišti vystaveno celkem 15 % respondentek a v klinickém souboru 5 % respondentek. Tato naše zjištění jsou ale několikanásobně nižší oproti zjištěním z obecné populace, jak je uvedli Sovinová, Sadílek & Csémy (2012), kteří udávají, že téměř 30 % dotázaných je vystavena pasivnímu kouření. Autoři ale zároveň uvádějí i zajímavý poznatek, že ženy signifikantně častěji uvádějí, že nepobývají v zakouřeném prostředí (pasivně nekouří). Důvodem pro naše nižší výsledky pasivního kouření může být velikost vzorku a také fakt, že vzhledem k zaměření studie pracujeme pouze se ženami. Naše zjištění vzhledem k pasivnímu kouření více odpovídají zjištěním studie na obecné populaci (Láchová, 2011), která mluví o pravidelném pasivním kouření u 1,5 % až

8,5 % respondentů (dle různých skupin). I v této studii uvádějí menší míru pasivního kouření ženy.

Vzhledem k motivaci k nekouření v těhotenství je významné, že většina žen v našich souborech nekouří a vysoké procento žen, které kouřily, v souvislosti s těhotenstvím přestaly a to v naprosté většině případů do konce prvního trimestru, tedy v období, kdy pokud žena přestane kouřit, tak intrauterinní vývoj jejího plodu není odlišný od plodů, jejichž matky nekouřily (Crha & Hrubá, 2000). Ukončení kouření hned v počátcích těhotenství je v souladu se zjištěními studie Fingerhut, Kleiman & Kendrick (1990). Na základě rozložení skupin respondentek v našich souborech tvrdíme, že těhotenství je skutečně neobyčejně silným motivačním faktorem pro nekouření. Samy naše respondentky považují těhotenství za vysoce motivující pro nekouření (např. *„přestala jsem kouřit, protože jsem chtěla, a tohle byla největší motivace“*) a zahraniční studie jim dávají za pravdu (např. Heppner et al., 2011). Pro všechny v současnosti i v minulosti kouřící respondentky našeho souboru představovalo těhotenství faktor pro změnu, jelikož většina z respondentek přestala v souvislosti s ním kouřit a zbývající své kouření alespoň omezily.

Vzhledem k jednotlivým oblastem motivace vidíme stejně jako Curry, Mc Bride, Grothaus, Lando & Pirie (2001) rozdíl v oblastech vnější a vnitřní motivace oproti oblastem těhotenské a rodičovské motivace. Bohužel jsme nebyli schopni přesvědčivě prokázat, které z oblastí jsou pro změnu kouření v souvislosti s těhotenstvím významnější. Nicméně na základě našich výsledků lze tvrdit, že skupina respondentek, která přestala kouřit (skupina 2), přikládá dimenzi vnitřní motivace vyšší důležitost (dosahuje vyššího skóre v této dimenzi) než skupina žen, které aktuálně i v těhotenství kouří. Také oblasti motivace související s těhotenstvím přikládají ženy, které kouřit přestaly (skupina 2), větší důležitost než skupina žen, které aktuálně kouří (skupina 3). Zmíněné výsledky jsou v souladu se zjištěními autorů Curry, Mc Bride, Grothaus, Lando & Pirie (2001), kteří též uvádí, že ženy v jejich souboru, které přestaly kouřit do konce 1. trimestru těhotenství, vykazují výrazně vyšší úroveň motivace v oblasti těhotenství než ženy, které kouřily po celé těhotenství.

Curry, Mc Bride, Grothaus, Lando & Pirie (2001) uvádějí, že je zřejmé, že zájem o okamžité negativní zdravotní důsledky je v průběhu těhotenství poměrně vysoký. Což odráží také odpovědi našich respondentek, které nejčastěji uváděly, že přestaly či omezily kouření kvůli jeho zdravotním důsledkům na plod.

V souvislosti s motivací k ukončení kouření v těhotenství nalzáme velmi vysoké skóre motivace související s tlakem okolí (sociálními vlivy) (Curry, Mc Bride, Grothaus, Lando & Pirie, 2001). V našich výsledcích je vysoké skóre sociálního tlaku rovněž patrné, především u respondentek elektronického souboru, které aktuálně kouří (skupina 3). Sociální tlak či negativní pohlížení společnosti na kouření v těhotenství jsme zaznamenali i v odpovědích na otevřené otázky, proč respondentka přestala kouřit (např. *„Protože se to nemá, řídila jsem se obecným názorem kolem sebe...“*, *„Nelíbí se mi pohled na kuřačky s pupkem.“*).

Nebylo možné provést srovnání motivace k ukončení kouření českých těhotných kuřaček oproti běžné české kuřácké populaci. Domníváme se proto, že je velmi vhodné rozvíjet v Čechách výzkum motivace ke změně kouření nejen v populaci těhotných kuřaček, kde kouření ohrožuje jak ženy samotné tak i jejich vyvíjející se plody, ale také v běžné kuřácké populaci, neboť jenom tak lze získat ucelenou představu o motivaci k nekouření v těhotenství i mimo něj. Např. v USA byl rozdíl ve vnitřní a vnější motivaci mezi těhotnými a netěhotnými kuřačkami prokázán (Curry, Mc Bride, Grothaus, Lando & Pirie, 2001).

Zahraničními studiemi je ve spojitosti s ukončením kouření z důvodu těhotenství uváděno vysoké procento poporodních relapsů. Např. Lelong, Kaminski, Saurel-Cubizolles & Bouvier-Colle (2001) uvedli, že 48 % žen, které přestaly kouřit v souvislosti s těhotenstvím, kouřit opět začalo do půl roku po porodu. Jiné studie jsou v odhadu množství poporodních relapsů ještě pesimističtější (Fingerhut, Kleiman & Kendrick, 1990). Na vysoký podíl poporodního relapsu poukazují např. i Stotts, DiClemente, Carbonari & Mullen (2000), kteří také podotýkají, že mnohé z žen, které ukončí své kouření v těhotenství, by jinak vůbec kouřit nepřestaly, což autoři považují za logickou příčinu vysoké míry poporodních relapsů. Heppner et al. (2011) upozorňují zejména na důležitost rodičovských motivů pro udržení abstinence od kouření po porodu. Jedná se o motivy, které na rozdíl od motivů souvisejících

s těhotenstvím, po porodu přetrvávají a jsou pro ženy – matky specifické. My nalzáme poměrně vysokou důležitost rodičovské motivace u skupiny žen, které kouřit přestaly (skupina 2), i u skupiny žen, které kouří i v těhotenství (skupina 3). Jinak jsme se v naší studii na poporodní relaps primárně nezaměřovali, nicméně přímé indicie k němu máme z odpovědí a reakcí respondentek (např. odpověď jedné z respondentek: „...po ukončení kojení se k tomuto zlovyku opět vrátím jako i v předchozích případech“ či reakce jiné respondentky: „Já jsem před otěhotněním kouřila, v těhotenství nekouřím, ale rozhodně se nepovažuji za někoho, kdo přestal kouřit. Těhotenství je pro mne silnou motivací nekouřit v jeho průběhu, nicméně vsadila bych velmi málo na to, že se mi podaří nekouřit i po porodu“). Považujeme za velmi vhodné a potřebné, aby se budoucí studie na poli kouření v těhotenství zaměřily i na fenomén poporodních relapsů, jelikož jen s těmito údaji lze získat ucelenou představu o motivaci ke změně a skutečné změně kouření v souvislosti s těhotenstvím.

Domnívali jsme se, že ženy, které v těhotenství přes jeho vysoký motivační potenciál kouřit nepřestanou, jsou těžce závislé na nikotinu a ukončení kouření v těhotenství jim neumožňuje jejich fyzická závislost, což uvádí i Curry, Mc Bride, Grothaus, Lando & Pirie (2001), ale tento náš předpoklad se ve skupině respondentek, u nichž byla pomocí Fagerströмова testu nikotinové závislosti stanovena závažnost závislosti, potvrdit nepodařilo. Polovina z těchto respondentek, které z důvodu těhotenství kouřit nepřestaly, vykazuje pouze malou nebo žádnou fyzickou závislost na nikotinu. Bohužel naše data jsou v této oblasti značně omezena, protože zmíněný test nikotinové závislosti bylo možné vyhodnotit pouze v malé skupině kouřících žen elektronického souboru (skupina 3 – N=20), proto pro možné zobecnění našeho zjištění považujeme za nutné provést stanovení závažnosti závislosti u většího celku aktuálně v těhotenství kouřících žen. Nicméně naše zjištění vedou k domněnce, že u těchto žen představují obtížně překonatelnou překážku v přestávání kouření spíše psychosociální závislostní složky než fyzická závislost na nikotinu, z čehož vyplývá potřeba posílení behaviorálních intervencí k odvykání kouření v těhotenství zaměřených na psychosociální složky závislosti. Poznamenejme, že specifické intervenční programy pro odvykání kouření v těhotenství v ČR dosud neexistují. Je logické, že samotný fakt škodlivosti kouření v těhotenství a tlak okolí na nekouření v těhotenství nejsou dostačujícími motivy pro všechny těhotné kuřačky a tyto ženy

potřebují odbornou pomoc ve svém snažení o zdravé nekuřácké těhotenství. Tyto vnější motivy jsou zpravidla nedostatečné pro udržení abstinence po porodu.

Omezení dat naší studie vidíme zejména ve velikosti vzorku, který je v případě klinického souboru nedostatečný a naše závěry díky tomuto nedostatku nelze dostatečně zobecnit. Tento soubor je však v souvislosti s probíhající studií (viz kap. 5.1) dále rozšiřován, což nám v budoucnu poskytne prostor pro hodnocení většího výzkumného vzorku. V souvislosti s elektronickým souborem si uvědomujeme určité nevýhody a zkreslení, které se mohou v tomto souboru projevit díky specifickému způsobu sběru (např. návaznost sběru na diskuze o kouření v těhotenství, návaznost sběru na specifické sociální sítě a konečně pokrytí jen tzv. internetově gramotné populace). Nicméně se domníváme, že elektronický způsob sběru poskytuje mnoho výhod, které jsou patrné i v této studii. Výhody elektronického sběru spatřujeme zejména v rychlosti a jednoduchosti sběru, jednoduchosti a rychlosti vyplnění pro respondentky. Díky způsobu naprogramování se také lze vyhnout nepříjemné komplikaci v podobě vynechaných či nedostatečně vyplněných položek, se kterou jsme se často setkávali v klinickém sběru. Vzhledem k našemu dotazníku bychom do budoucna považovali za vhodné přeformulování některých položek směrem k méně osobnímu znění z důvodu možného snazšího pochopení respondentkami.

11 Závěr

Ústředním cílem naší práce bylo popsat základní motivaci k ukončení kouření u těhotných žen. Cíl považujeme za splněný.

Nyní na konci práce lze říci, že těhotenství je bez nejmenších pochybností obdobím s neobyčejně silným motivačním potenciálem pro změnu kouření těhotných žen. Toto tvrzení můžeme doložit zjištěním, že všechny respondentky z našeho souboru učinily v souvislosti s těhotenstvím ve svém kuřáckém chování změnu (přestaly kouřit či kouření omezily). Dozvěděli jsme se, že motivem, proč ženy své kuřácké chování mění, je téměř ve všech případech zdraví jejich nenarozeného potomka. Mluvíme tedy o motivech z oblasti těhotenské. Dle našich zjištění se motivace žen z různých skupin vzhledem ke kuřáckému chování (přestaly či omezily) liší alespoň v dimenzi vnitřní motivace. Bohužel pravděpodobně z důvodu příliš malého vzorku jsme nemohli přesvědčivě prokázat, které oblasti motivace jsou pro změnu kouření těhotných žen významnější. Doufáme, že objasnění tohoto výzkumného problému se nám podaří v souvislosti s probíhající studií (viz kap. 5.1). Dospěli jsme také k zajímavému zjištění, že fyzická závislost možná není hlavním faktorem, který brání budoucím matkám zanechat kouření v těhotenství. Za důležitý poznatek vzhledem k designu možných budoucích intervencí považujeme i fakt, že těhotné kouřící ženy vyhledávají informace o kouření v těhotenství převážně na internetu.

Práce na téma motivace ke změně u těhotných kouřících žen dosud v ČR publikována nebyla, proto celkově práci hodnotíme jako přínosnou a hlavní zisk spatřujeme v otevření důležitého výzkumného problému. Považujeme za klíčové v České republice výzkum motivace ke změně kuřáckého chování u těhotných žen dále rozvíjet. V první řadě by bylo vhodné provést obdobnou studii ve větším souboru těhotných žen a také i v jiných regionech ČR. Domníváme se, že chování směrem k motivaci ke změně kouření v těhotenství by se mohlo regionálně lišit. Výzkum prevalence poporodních relapsů a kuřáckého chování po porodu považujeme rovněž za vhodný a nutný pro získání ucelené představy o motivaci ke změně kouření v těhotenství i samotném kouření v těhotenství.

Seznam tabulek

Tabulka 1 Přístupy k motivaci v oblasti závislostí (Saunders, Wilkinson & Towers, 1999).....	40
Tabulka 2 Fáze změny a motivační úkoly poradce/terapeuta (Miller & Rollnick, 2003).	45
Tabulka 3 Přehled principů motivačních rozhovorů a jejich základních tezí (Miller & Rollnick, 2003).	51
Tabulka 4 Přehled otázek anamnestické části dotazníku.	64
Tabulka 5 Přehled otázek části dotazníku „získávání informací o kouření v těhotenství“.....	66
Tabulka 6 Přehled otázek motivační části dotazníku.	67
Tabulka 7 Přehled otázek Fagerströmův test nikotinové závislosti (Králíková, 2004).	68
Tabulka 8 Příklad kontingenční tabulky – skutečné četnosti (Kábrt, 2011).	73
Tabulka 9 Příklad kontingenční tabulky – očekávané četnosti (Kábrt, 2011).	73
Tabulka 10 Základní anamnestické údaje: elektronický soubor – celý.	77
Tabulka 11 Základní anamnestické údaje: elektronický soubor – jednotlivé skupiny.	79
Tabulka 12 Pořadí těhotenství a kouření během předchozího(ch) těhotenství: elektronický soubor – jednotlivé skupiny.	79
Tabulka 13 Základní anamnestické údaje: klinický soubor – celý.....	81
Tabulka 14 Základní anamnestické údaje: klinický soubor – jednotlivé skupiny.	83
Tabulka 15 Pořadí těhotenství a kouření během předchozího(ch) těhotenství: klinický soubor – jednotlivé skupiny.....	84
Tabulka 16 Kategorie odpovědí na otázku <i>proč respondentka přestala kouřit</i> – elektronický soubor.	87
Tabulka 17 Kategorie odpovědí na otázku <i>proč respondentka omezila počet cigaret</i> – elektronický soubor.	88
Tabulka 18 Kontingenční tabulka vzdělání a skupina kuřáckého chování – elektronický soubor.	89
Tabulka 19 Kategorie odpovědí na otázku <i>proč respondentka přestala kouřit</i> – klinický soubor.....	95
Tabulka 20 Kontingenční tabulka vzdělání a skupina kuřáckého chování – klinický soubor.....	96
Tabulka 21 Kategorie odpovědí na otázku <i>proč respondentka přestala kouřit</i> – oba soubory (skupina 2).	102
Tabulka 22 Omezení počtu vykouřených cigaret – oba soubory (skupina 3).	103

Tabulka 23 Délka kouření – oba soubory.....	104
Tabulka 24 Kontingenční tabulka vzdělání a skupina kuřáckého chování – oba soubory	104
Tabulka 25 Četnosti odpovědí na otázku <i>Odkud získáváte informace o kouření v těhotenství?</i> – oba soubory (skupina 3).....	112
Tabulka 26 Kategorie odpovědí na otázku <i>Kde jste informace vyhledávala?</i> – oba soubory (skupina 3).....	112

Seznam obrázků

Obrázek 1 Maslowova hierarchie potřeb (Vysekalová et al., 2011).....	38
Obrázek 2 Lineární model cyklu změny (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992). 41	41
Obrázek 3 Kruhový model cyklu změny (Prochaska & DiClemente in Miller & Rollnick, 2003).	42
Obrázek 4 Kontemplace: váha ceny a prospěchu změny (Miller & Rollnick, 2003).	44
Obrázek 5 Vzdělání: elektronický soubor – celý.	77
Obrázek 6 Příjem: elektronický soubor – celý.	78
Obrázek 7 Rozdělení skupin dle kuřáckého chování: elektronický soubor.	78
Obrázek 8 Vzdělání: elektronický soubor - jednotlivé skupiny.	80
Obrázek 9 Příjem: elektronický soubor – jednotlivé skupiny.....	81
Obrázek 10 Vzdělání: klinický soubor - celý.....	82
Obrázek 11 Příjem: klinický soubor – celý.....	82
Obrázek 12 Rozdělení skupin dle kuřáckého chování: klinický soubor.	83
Obrázek 13 Vzdělání: klinický soubor - skupina 1, skupina 2.	84
Obrázek 14 Příjem: klinický soubor – skupina 1, skupina 2.	85
Obrázek 15 Procentní rozložení a četnosti odpovědí v dimenzi vnitřní motivace (obavy o zdraví a sebekontrola) – elektronický soubor.	91
Obrázek 16 Procentní rozložení a četnosti odpovědí v dimenzi vnější motivace (tlak okolí, sociální vlivy) – elektronický soubor.	92
Obrázek 17 Procentní rozložení a četnosti odpovědí v oblasti motivace související s těhotenstvím – elektronický soubor.....	93
Obrázek 18 Procentní rozložení a četnosti odpovědí v oblasti motivace související s rodičovstvím – elektronický soubor.	94
Obrázek 19 Procentní rozložení a četnosti odpovědí v dimenzi vnitřní motivace (obavy o zdraví a sebekontrola) – klinický soubor (skupina 2).	98
Obrázek 20 Procentní rozložení a četnosti odpovědí v dimenzi vnější motivace (tlak okolí, sociální vlivy) – klinický soubor (skupina 2).	99

Obrázek 21 Procentní rozložení a četnosti odpovědí z oblasti motivace související s těhotenstvím – klinický soubor (skupina 2).....	99
Obrázek 22 Procentní rozložení a četnosti odpovědí z oblasti motivace související s rodičovstvím – klinický soubor (skupina 2).....	100
Obrázek 23 Pasivní kouření - oba soubory.....	102
Obrázek 24 Procentní rozložení a četnosti odpovědí v dimenzi vnitřní motivace (obavy o zdraví a sebekontrola) – oba soubory (skupina 2).	106
Obrázek 25 Procentní rozložení a četnosti odpovědí v dimenzi vnější motivace (tlak okolí, sociální vlivy) – oba soubory (skupina 2).....	107
Obrázek 26 Procentní rozložení a četnosti odpovědí v oblasti motivace související s těhotenstvím – oba soubory (skupina 2).....	107
Obrázek 27 Procentní rozložení a četnosti odpovědí v oblasti motivace související s rodičovstvím – oba soubory (skupina 2).	108

Použitá literatura a zdroje

Bašková, M. (2008). Výskyt fajčenia žien počas tehotenstva – kultúrne a regionálne rozdiely na Slovensku. *Kontakt*, 3, 360-367.

Bell, A. & Rollnick, S. (1999). Motivační trénink v praxi: strukturovaný přístup. In F. Rotgers et al., *Léčba drogových závislostí* (s. 215-228). Praha: Grada Publishing.

Cakirpaloglu, P. (2012). Úvod do psychologie osobnosti (s. 180-194). Praha: Grada Publishing.

Cnattingius, S., Mills, J. L., Yuen, J., Eriksson, O. & Ros, H. S. (1997). The paradoxical effect of smoking in preeclamptic pregnancies: smoking reduces the incidence but increases the rate of perinatal mortality, abruptio placentae, and intrauterine growth restriction. *American Journal of Obstetrics Gynecology*, 177 (1), 156-161.

Csémy, L., Chomynová, P. (2012). Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD), Přehled hlavních výsledků studie v České republice v roce 2011. *Zaostřeno na drogy*, 10 (1), Praha: Úřad vlády ČR.

Crha, I. & Hrubá, D. (2000). Kouření a reprodukce. Brno: Masarykova univerzita.

Curry, S. J., Mc Bride, C., Grothaus, L., Lando, H. & Pirie, P. (2001). Motivation for smoking cessation among pregnant women. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15 (2), 126-123.

Curry, S.J., Grothaus, L. & McBride C. (1997). Reasons for quitting: intrinsic and extrinsic motivation for smoking cessation in a population-based sample of smokers. *Addictive Behaviors* 22(6), 727-739.

Curry, S.J., Wagner, E.H. & Grothaus, L. (1990). Intrinsic and Extrinsic Motivation for Smoking Cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 58(3), 310-316.

DiClemente, C. C., Dolan-Mullen, P. & Windsor, R. A. (2000). The process of pregnancy smoking cessation: implications for interventions. *Tobacco Control*, 9, supplementum 3, iii16-iii21.

- Dobiášová, D. & Broža, J. (2003).** Motivační trénink. In K. Kalina (Ed.) et al., *Drogy a drogové závislosti 1, mezioborový přístup* (s. 283-289). Praha: Úřad vlády ČR.
- Dumas, A., Lejeune, C., Simmat-Duranda, L., Crenn-Hébertc, C. & Mandelbrotc, L. (2008).** Pregnancy and psychoactives substances: Prevalence study based on the declared consumption. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 37 (8), 770-778.
- Etter, J. F., Duc, T. V. & Perneger, T. V. (1999).** Validity of the Fageström test for nicotine dependence and of the Heaviness of smoking index among relatively light smokers. *Addiction*, 94(2), 269-281.
- Fingerhut, L. A., Kleinman, J. C. & Kendrick, J. S. (1990).** Smoking before, during, and after pregnancy. *American Journal of Public Health*, 80 (5), 541-544.
- Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a VFN v Praze. (2012).** Výroční zpráva gynekologicko-porodnické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze. Praha.
- Haug, K., Aero, L. E., & Fugelli, P. (1994).** Pregnancy – A golden oportunity for promoting the cessation of smoking?. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 12 (3), 184-189.
- Havrlant, L. (n.d.).** Základy statistiky. Retrieved July 4, 2013, from Matematika po lopatě website:
<http://www.matweb.cz/zaklady-statistiky>
- Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C. & Fagerström, K. O. (1991).** The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerström tolerance questionnaire. *British Journal of Addiction*, 86, 1119-1127.
- Hendl, J. (2006).** Přehled statistických metod zpracování dat, analýza a metaanalýza dat. Praha: Portál.
- Heppner, W. L., Ji, L., Reitzel, L. R., Castro, Y., Correa-Fernandez, V., ... Wetter, D.W. (2011).** The role of prepartum motivation in the maintenance of postpartum smoking abstinence. *Health Psychology*, 30 (6), 736-745.

Hotham, E., Ali, R., White, J. & Robinson, J. (2008). Pregnancy-related changes in tobacco, alcohol and cannabis use reported by antenatal patients at two public hospitals in South Australia. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 48, 248-254.

Hrubá, D. (2011). Riziko kouření v těhotenství se stále podceňuje. Tolerovat kouření v těhotenství je neodborné a neetické. *Praktická gynekologie*, 15 (1), 34-39.

Hrubá, D. (2007). Proč nekouřit v těhotenství – nové poznatky o účincích nikotinu. *Praktická gynekologie*, 11 (3), 132-134.

Hrubá, D. (2004). Co budu mít z toho, že přestanu kouřit? *MaMiTa* 4(8), 17.

Hrubá, D. & Kachlík, P. (2000). Influence of maternal active and passive smoking during pregnancy on birthweight in newborns. *Central European Journal of Public Health*, 8 (4), 249-252.

Hrubá, D., Kukla, L. & Tyrlík, M. (2000). Vztah vzdělání a kouření k výskytu stresorů v anamnéze těhotných žen. *Psychológia a patopsychológia*, 35 (3), 209-221.

Hrubá, D. & Malíková, E. (2002). Primární prevence v těhotenství. *Praktická gynekologie*, 6 (4), 29-32.

Hueston, W. J., Mainous, A. G. & Farrell, J. B. (1994). A cost-benefit analysis of smoking cessation programs during the 1st trimester of pregnancy for the prevention of low-birth-weight. *Journal of family practice*, 39 (4), 353-357.

Chomynová, P. (2013). Národní výzkum užívání návykových látek 2012, Kouření, užívání alkoholu a dalších drog v obecné populaci. Zaostřeno na drogy, 11 (2), Praha: Úřad vlády ČR.

Janatová, H., Štundlová, D., Skývová, M. & Uličná, E. (2008). Komplexní intervence v těhotenství. *Hygiena*, 1, supplementum, 48-51.

Janoušek, J. & Slaměník, I. (2008). Sociální motivace. In J. Výrost & I. Slaměník (Eds.), *Sociální psychologie*, 2. přepracované a rozšířené vydání (s. 147-160). Praha: Grada Publishing.

Jeřábek, P. (2008). Motivace látkově závislých. In K. Kalina et al., *Základy klinické adiktologie* (s. 64-67). Praha: Grada Publishing.

Kábrt, M. (2011). Aplikovaná statistika, Test chí-kvadrát nezávislosti v kontingenční tabulce. Retrieved July 15, 2013, from milankabrt website:

<http://www.milankabrt.cz/testNezavislosti/>

Kalina, K. (2013). Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii (s. 361-376). Praha: Grada Publishing.

Kalina, K. et al. (2001). Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí, heslo Motivace. Retrieved April 25, 2013 from drogy info websites:

http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/m

Kastnerová, M. & Žižková, B. (2008). Farmakologická léčba těhotných žen závislých na tabáku. In M. Velemínský & Žižková, B. (Eds.), Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství (s. 190-195). Praha: Triton.

Kastnerová, M. & Žižková, B. (2007). Kouření jako zdravotně sociální problém. *Prevence úrazů otrav a násilí, III (2)*, 183-191.

Karatay, G., Kublay, G. & Emiroglu O. N. (2009). Effect of motivational interviewing on smoking cessation in pregnant women. *Journal of Advanced Nursing*, 66 (6), 1328-1337.

Kopačiková, M., Stančiak, J. & Novotný, J. (2011). Názory a postoje žien k fajčeniu v gravidite. In J. Stančiak & L. Cetlová (Eds.), Sborník konference Jihlavské zdravotnické dny 2011 (s. 331-340). Jihlava: Vysoká škola polytechnická.

Králíková, E. (2007). Vareniclin. *Farmakoterapie*, 1, 9-14.

Králíková, E. (2004). Závislost na tabáku a možnosti léčby. *Česká a Slovenská psychiatrie*, 100 (1), 13-18.

Králíková, E. (2003). Tabák a závislost na tabáku. In K. Kalina (Ed.) et al., Drogy a drogové závislosti 1, mezioborový přístup (s. 205-209). Praha: Úřad vlády ČR.

Králíková, E., Bajerová J., Raslová N., Rameš, J. & Himmerová, V. (2005). Smoking and pregnancy: prevalence, knowledge, anthropometry, risk communication. *Prague Medical Report*, 106 (2), 195-200.

- Králíková, E., Býma, S, Cífková, R., Češka, R., Dvořák, V., ...Widimský, J. (2005).** Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku. *Časopis lékařů českých*, 144 (5), 327-333.
- Králíková, E. & Himmerová, V. (2004a).** Kouření a reprodukce, 2. část: Kouření a těhotenství. *Časopis lékařů českých*, 143 (4), 270-273.
- Králíková, E. & Himmerová, V. (2004b).** Kouření a reprodukce, 3. část: Ostatní vlivy kouření na reprodukci a zdraví dítěte. *Časopis lékařů českých*, 143 (5), 344-347.
- Kukla, L., Hrubá, D. & Tyrlík, M. (2000).** Kouření a stres (výsledky studie ELSAC). *Česká a Slovenská Psychiatrie*, 96 (6), 316-321.
- Kukla, L., Hrubá, D. & Tyrlík, M. (1999a).** Charakteristické rozdíly mezi kouřícími a nekouřícími těhotnými ženami (výsledky studie ELSAC). *Hygiena*, 44 (2), 67-77.
- Kukla, L., Hrubá, D. & Tyrlík, M. (1999b).** Změny kuřáckého chování žen v těhotenství, výsledky studie ELSAC. *Praktický lékař*, 79 (9), 517-520.
- Kukla, L., Hrubá, D. & Tyrlík, M. (1999c).** Výživa těhotných: rozdíly mezi ženami, které kouřily a nekouřily v průběhu těhotenství. *Gynekolog*, 8, 112-118.
- Láchová, J. (2011, January 20).** Evropské výběrové šetření o zdravotním stavu v ČR - EHIS CR, Kouření a vystavení tabákovému kouři, Aktuální informace 2. Retrieved June 25, 2013, from ÚZIS website:
<http://www.uzis.cz/rychle-informace/evropske-vyberove-setreni-zdravotnim-stavu-cr-ehis-cr-koureni-vystaveni-tabakovemu-kouri>
- Lelong, N., Kaminski, M., Saurel-Cubizolles, M. J. & Bouvier-Colle, M. H. (2001).** Postpartum return to smoking among usual smokers who quit during pregnancy. *European Journal of Public Health*, 11 (3), 334-339.
- McBride, C.M., Curry, S.J., Stephens, R.S., Wells, E.A., Roffman, R.A. & Hawkins, J.D. (1994).** Intrinsic and Extrinsic Motivation for Change in Cigarette Smokers, Marijuana Smokers, and Cocaine Users. *Psychology of Addictive Behaviors* 8(4), 243-250.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2003).** Motivační rozhovory. Příprava lidí ke změně závislého chování. Tišnov: SCAN.
- Millerová, G. (2011).** Adiktologické poradenství (s. 284-287). Praha: Galén.

- Minařík, J. (2008).** Přehled psychotropních látek a jejich účinků – tabák. In K. Kalina et al., *Základy klinické adiktologie* (s. 364-366). Praha: Grada Publishing.
- Misra, D. P. & Nguyen, R. H. N. (1999).** Environmental tobacco smoke and low birth weight: a hazard in the workplace? *Environmental Health Perspectives*, 107 (Supplement 6), 897-904.
- Mravčík, V., Grohmannová, K., Chomynová, P., Nečas, V., Grolmusová, L.,...Jurystová, L. (2012).** Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2011. Praha: Úřad vlády ČR.
- Nechanská, B., Mravčík, V., Sopko, B. & Velebil, P. (2012).** Rodičky užívající alkohol, tabák a nelegální drogy. *Česká gynekologie*, 77 (5), 457-469.
- Nešpor, K. (2003).** Diagnostický rozhovor a posilování motivace. In K. Kalina (Ed.) et al., *Drogy a drogové závislosti 1, mezioborový přístup* (s. 249-251). Praha: Úřad vlády ČR.
- Pešek, R. & Nečesaná, K. (2008).** Kouření aneb závislost na tabáku. Rizika, projevy, motivace, léčba. Informační a poradenská příručka. Písek: Arkáda – sociálně psychologické centrum.
- Pilařová, L. (2003).** Problematika závislosti na nikotinu. *Psychiatrie pro praxi*, 4 (5), 205-208.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. & Norcross, J. C. (1992).** In Search of the Structure of Change. In Y. Klar (Eds.) et al. *Self Change* (s. 88). New York: Springer-Verlag.
- Prochaska, J. O. & Norcross, J. C. (1999).** Psychoterapeutické systémy – průřez teoriemi. Praha: Grada Publishing.
- Radimecký, J. (2006).** Očekávání pracovníků terapeutických komunit vs. proces změny chování klientů. *Adiktologie*, 6 (1), 43-53.
- Roelands, J., Jamison, M. G., Lyerly, A. D. & James, A. H. (2009).** Consequences of smoking during pregnancy on maternal health. *Journal of women's health*, 18 (6), 867-872.

Saunders, B., Wilkinson, C. & Towers, T. (1999). Motivace a závislá chování: teoretická hlediska. In F. Rotgers et al., *Léčba drogových závislostí* (s. 195-214). Praha: Grada Publishing.

Sdružení pro motivační rozhovory. (2008). O sdružení. Retrieved April 25, 2013, from Motivační rozhovory website:

http://www.motivacnirozhovory.cz/o_nas/#oinstitutu

Slade, P., Laxton-Kane, M. & Spiby, H. (2006). Smoking in pregnancy: the role of the transtheoretical model and the mother's attachment to the fetus. *Addictive Behaviors*, 31, 743-757.

Soukup, J. (2011). Procesy změny a motivace ke změně chování. *Postgraduální medicína*, 2, 201.

Sovinová, H., Sadílek, P. & Csémy, L. (2012). Vývoj prevalence kuřáctví v dospělé populaci ČR, názory a postoje občanů ČR k problematice kouření (období 1997-2011), výzkumná zpráva. Retrieved June 25, 2013, from SZÚ website:

<http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/vyvoj-prevalence-kuractvi-v-dospele-populaci-cr>

Stotts, A. L., De Laune, K. A., Schmitz, J. M. & Grabowski, J. (2004). Impact of a motivational intervention on mechanisms of chase in low-income pregnant smokers. *Addictive Behaviors*, 29, 1649-1657.

Stotts, A. L., DiClemente, C. C., Carbonari, J. P. & Mullen, P. D. (2000). Postpartum return to smoking: paging a "suspended" behavior. *Health Psychology*, 19 (4), 324-332.

Štěpánková, L. (2009). Kouření a odvykání kouření v gynekologické praxi. In T. Fait, V. Dvořák & A. Skřivánek, *Almanach ambulantní gynekologie* (s. 195-207). Praha: Maxdorf.

Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS). (2006, October). Výběrové šetření o zdravotním stavu a životním stylu obyvatel České republiky zaměřené na zneužívání drog. Retrieved June 25, 2013, from ÚZIS website:

<http://www.uzis.cz/publikace/vyberove-setreni-zdravotnim-stavu-zivotnim-stylu-obyvatel-ceske-republiky-zamerene-zneuziv>

Vries, H. & Backbier, E. (1994). Self-efficacy as an important determinant of quitting among pregnant women who smoke: the phi-pattern. *Preventive medicine*, 23, 167-174.

Vysekalová, J. et al. (2011). Chování zákazníka. Jak odkrýt tajemství „černé skřínky“ (s. 21). Praha: Grada Publishing.

Wellman, R. J., Savageau, J. A, Godiwala, S., Savageau, N., Friedman, K., Hazelton, J. & DiFranza, J. R. (2006). A comparison of the hooked on Nicotine Checklist and the Fagerström test for nicotine dependence in adult smokers. *Nicotine & Tobacco Research*, 8 (4), 575-580.

Zvára, K. (2008). Biostatistika. Praha: Karolinum.

Přílohy

Seznam příloh

Příloha 1: Formulář dotazníku pro elektronický sběr (včetně průvodního dopisu).....	133
Příloha 2: Formulář dotazníku pro klinický sběr (včetně průvodního dopisu a informovaného souhlasu).....	139

Příloha 1: Formulář dotazníku pro elektronický sběr (včetně průvodního dopisu)

Dotazník – Kouření tabáku a motivace ke změně v souvislosti s těhotenstvím

Dobrý den,
jste momentálně těhotná? Pokud ano, žádám Vás o pomoc s vyplněním dotazníku zaměřeného na zjištění motivace ke skončení kouření v souvislosti s těhotenstvím. Vyplňte prosím první část následujícího dotazníku, i pokud nekouříte a nikdy jste nekouřila. Vyplnění dotazníku, by Vám nemělo zabrat více než 10-15 minut. Moc Vám děkuji za Váš zájem.

Dotazník je součástí mé diplomové práce na téma „Kouření tabáku a motivace ke změně v souvislosti s těhotenstvím“, kterou zpracovávám v rámci svého studia navazujícího magisterského studijního programu Adiktologie (věda o závislostech) na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze pod vedením paní Mgr. Lenky Štátné PhD, pod záštitou Kliniky Adiktologie Všeobecné fakultní nemocnice v Praze.

Z vyplnění dotazníku nevyplyvají žádná rizika, následky ani přímý prospěch.

Vyplnění dotazníku je dobrovolné, všechny informace v něm obsažené jsou přísně anonymní. Vyplněním dotazníku souhlasíte s jeho využitím pro účely diplomové práce, případně další publikace autorky.

Moc děkuji za spolupráci a Váš čas. Markéta Šídová

POKYNY K VYPLNĚNÍ:
DOTAZNÍK SE SKLÁDÁ Z VÍCE STRAN, JEJICH POČET ZÁVISÍ NA ODPOVĚDI NA OTÁZKU "MOMENTÁLNĚ KOUŘÍTE?", JEJÍŽ VYPLNĚNÍ JE POVINNÉ.
MEZI STRANAMI SE LZE POHYBOVAT POMOČÍ TLAČÍTEK CONTINUE (POKRAČOVAT) A BACK (ZPĚT). PO VYPLNĚNÍ DOTAZNÍKU PROSÍM STISKNETE TLAČÍTKO SUBMIT (ODESLAT).

* Required

1. Kolik Vám je let? *

2. Kolik jste vážila před těhotenstvím? *

3. Kolik měříte? *

4. V kolikátém týdnu těhotenství momentálně jste? *

5. Toto těhotenství je Vaše *

Mark only one oval.

první

druhé

třetí

Other: _____

6. V jakém věku jste měla první menstruaci? *

7. Jakým způsobem jste otěhotněla? *

Mark only one oval.

sponánní početí

umělé oplodnění

8. Pokud jste, již byla těhotná, měla jste nějaké komplikace během předchozího těhotenství?

Mark only one oval.

Ano

Ne

9. Pokud jste měla komplikace během předchozího těhotenství o jaké komplikace šlo?

10. V současném těhotenství máte nějaké komplikace? *

Mark only one oval.

- Ano
 Ne

11. Pokud máte v současném těhotenství nějaké komplikace o jaké komplikace jde?

12. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? *

Mark only one oval.

- základní
 střední bez maturity
 střední s maturitou
 vyšší odborné
 vysokoškolské

13. Váš čistý měsíční příjem v době před těhotenstvím byl? *

Mark only one oval.

- 10 000 Kč a méně
 10 000-25 000 Kč
 25 000 Kč a více

14. Kouřila jste při předchozím(ch) těhotenství(ch) či těsně před ním(nimi)? *

Mark only one oval.

- Nebyla jsem dříve těhotná
 Ano, kouřila
 Ne, nekouřila

15. Momentálně kouříte? *

Mark only one oval.

- nekouřím a nikdy jsem nekouřila Skip to question 16.
 přestala jsem kouřit před otěhotněním nebo po zjištění těhotenství Skip to question 17.
 omezila jsem počet cigaret, které vykouřím za den Skip to question 20.
 kouřím stejně jako před těhotenstvím Skip to question 23.

Otázky pro "nekouřím a nikdy jsem nekouřila"

Dotazník se skládá z více stran a mezi stránkami dotazníku se lze pohybovat pomocí tlačítek Continue (Pokračovat) a Back (Zpět).
Start this form over.

16. Jste vystavena pasivnímu kouření a pokud ano, tak kde?

Check all that apply.

- ano, v práci
 ano, doma
 ne

Otázky pro "Přestala jsem kouřit před otěhotněním nebo po zjištění těhotenství"

Dotazník se skládá z více stran a mezi stránkami dotazníku se lze pohybovat pomocí tlačítek Continue (Pokračovat) a Back (Zpět).
Skip to "Odeslání formuláře."

17. Jak dlouho před těhotenstvím jste přestala kouřit

18. Pokud jste přestala kouřit po zjištění těhotenství, napište prosím kdy

19. Napište prosím, proč jste přestala kouřit před těhotenstvím či po jeho zjištění

Otázky pro "Omezila jsem počet cigaret, které vykourím za den"

Dotazník se skládá z více stran a mezi stránkami dotazníku se lze pohybovat pomocí tlačítek Continue (Pokračovat) a Back (Zpět).
Skip to question 31.

20. Napište prosím počet cigaret, které jste vykourila za den před těhotenstvím

21. Napište prosím počet cigaret, které vykouríte nyní za den

22. Napište prosím proč, jste omezila počet cigaret, které za den vykouríte

Otázky pro "Kouřím stejně jako před těhotenstvím"

Dotazník se skládá z více stran a mezi stránkami dotazníku se lze pohybovat pomocí tlačítek Continue (Pokračovat) a Back (Zpět).
Skip to question 25.

23. Napište prosím počet cigaret, které vykouríte za den

24. Napište prosím, proč kouříte stejně jako před těhotenstvím

Společné otázky pro "Omezila jsem počet cigaret, které vykourím za den" a "Kouřím stejně jako před těhotenstvím"

Dotazník se skládá z více stran a mezi stránkami dotazníku se lze pohybovat pomocí tlačítek Continue (Pokračovat) a Back (Zpět).
Skip to question 25.

25. Jak brzy po probuzení si zapálíte svou první cigaretu?

Mark only one oval.

- do 5 minut
 za 6-30 minut
 za 31-60 minut
 po 60 minutách

26. Je pro vás obtížné nekouřit v místech, kde není kouření dovoleno?

Mark only one oval.

- ano
 ne

27. Kterou cigaretu byste nerada postrádala?

Mark only one oval.

- první ráno
 kteroukoliv jinou

28. Kolik cigaret denně kouříte?

Mark only one oval.

- 0-10
 11-20
 21-30
 31 a více

29. Kouříte častěji během dopoledne?

Mark only one oval.

- ano
 ne

30. Kouříte, i když jste nemocná a upoutána na lůžko?

Mark only one oval.

- ano
 ne

Společné otázky pro "Omezila jsem počet cigaret, které vykouřím za den", "Omezila jsem počet cigaret, které vykouřím za den" a "Kouřím stejně jako před těhotenstvím"

Dotazník se skládá z více stran a mezi stránkami dotazníku se lze pohybovat pomocí tlačítek Continue (Pokračovat) a Back (Zpět).

Skip to question 31.

31. Kolik let kouříte či jste kouřila?

32. Kolikrát jste se pokoušela s kouřením přestat?

33. Odkud získáváte informace o kouření v těhotenství?

prosím zaškrtněte max. 4 z nabízených možností

Check all that apply.

- od svého gynekologa
 od jiného lékaře, jakého
 z webových diskuzí
 z internetových medií
 z tištěných medií
 z televize, rádia
 v předporodních kurzech
 od přátel, známých a rodiny
 informace o kouření v těhotenství nevyhledávám, nezískávám
 jinde

34. **Poradil Vám Váš gynekolog přestat s kouřením?**
Mark only one oval.
- ano
 ne
35. **Vyhledávala jste aktivně informace o kouření v těhotenství?**
Mark only one oval.
- Ano
 Ne
36. **Pokud jste aktivně vyhledávala informace o kouření v těhotenství, kde jste informace hledala?**
-
37. **Pokud jste aktivně vyhledávala informace o kouření v těhotenství, kdy (v jakém období) jste informace nejvíce vyhledávala?**
-
38. **Máte dojem, že Vaše informace o kouření v těhotenství jsou dostatečné?**
Mark only one oval.
- rozhodně ano
 spíše ano
 spíše ne
 rozhodně ne
39. **Kdy si myslíte, že jste byla nejnímavější k informacím o kouření v těhotenství?**
Mark only one oval.
- v době před otěhotněním
 v prvním trimestru těhotenství
 po celou dobu těhotenství
 nemám pocit, že bych někdy informace o kouření v těhotenství více vnímala
40. **Máte obavu z vážných zdravotních komplikací v důsledku kouření?**
Mark only one oval.
- rozhodně ano
 spíše ano
 spíše ne
 rozhodně ne
41. **Zkracuje podle Vás kouření život?**
Mark only one oval.
- rozhodně ano
 spíše ano
 spíše ne
 rozhodně ne
42. **Chtěla byste sobě i svému okolí ukázat, že lze přestat?**
Mark only one oval.
- rozhodně ano
 spíše ano
 spíše ne
 rozhodně ne

43. **Máte dojem, že kouření Vám kontroluje život?**

Mark only one oval.

- rozhodně ano
 spíše ano
 spíše ne
 rozhodně ne

44. **Chce po Vás někdo z Vašeho okolí, abyste přestala kouřit?**

Mark only one oval.

- rozhodně ano
 spíše ano
 spíše ne
 rozhodně ne

45. **Je vaše okolí znepokojeno Vaším kouřením?**

Mark only one oval.

- rozhodně ano
 spíše ano
 spíše ne
 rozhodně ne

46. **Obáváte se, že je zdraví vašeho nenarozeného dítěte ohroženo kouřením?**

Mark only one oval.

- rozhodně ano
 spíše ano
 spíše ne
 rozhodně ne

47. **Chcete být zdravá během těhotenství?**

Mark only one oval.

- rozhodně ano
 spíše ano
 spíše ne
 rozhodně ne

48. **Chtěla byste nekouřit či nekouříte, aby Vaše dítě nevědělo, že kouříte?**

Mark only one oval.

- rozhodně ano
 spíše ano
 spíše ne
 rozhodně ne

49. **Chtěla byste nekouřit či nekouříte, aby Vaše dítě později nekouřilo?**

Mark only one oval.

- rozhodně ano
 spíše ano
 spíše ne
 rozhodně ne

Odeslání formuláře

Pro uložení vyplněného formuláře stiskněte prosím tlačítko Submit (Odeslat). Pro návrat na předchozí stránku formuláře můžete stisknout tlačítko Back (Zpět).

Skip to "Odeslání formuláře."

Příloha 2: Formulář dotazníku pro klinický sběr (včetně průvodního dopisu a informovaného souhlasu)

Informace pro pacientku

Vážená paní,

dovolujeme si Vás požádat o účast ve výzkumném projektu:

Vliv kouření matky na homeostázu fetoplacentární jednotky a motivace matky ke změně v souvislosti s kouřením

Osobou odpovědnou za klinické provádění je Ing. Hill Martin, DrSc., tel 224 905 267, Endokrinologický ústav, Oddělení steroidních hormonů, Národní 8, Praha 1, jako řešitel projektu, a doc. MUDr. Antonín Pařízek, CSc., tel. 224967418, Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a VFN, Apolinářská 18, Praha 2, jako spoluřešitel projektu.

Výzkumný projekt realizuje Endokrinologický ústav, Národní 8, Praha 1 ve spolupráci s Gynekologicko-porodnickou klinikou 1. LF UK a VFN, Apolinářská 18, Praha 2 a Klinikou adiktologie 1. LF UK a VFN, Apolinářská 4, Praha 2.

V projektu oslovíme 150 pacientek. Soubor pacientek bude rozdělen do čtyř skupin. První skupinou budou aktivní kuřačky. Druhou skupinu budou tvořit ženy, které přestaly kouřit vzhledem k plánované graviditě již několik měsíců před těhotenstvím. Třetí skupinou budou ženy, které přestaly kouřit během těhotenství. Čtvrtou skupinou budou ženy nekuřačky.

Délka účasti v projektu je 2 dny. Bude se jednat o vyplnění dotazníku a o dva odběry krve. První bude proveden čtyři týdny před porodem, druhý odběr bude po porodu. Pro všechny pacientky budou stejné odběry.

V našem projektu bychom chtěli objasnit vliv kouření na tvorbu některých hormonů a souvislosti mezi kouřením a těhotenstvím.

Kouření má různé negativní dopady na lidský organismus. Tato studie, kde jste žádána o účast, se soustřeďuje na vliv kouření na endokrinní systém. Hormony jsou zahrnuty v komplexních regulacích v celém těle, a proto je důležité rozumět účinkům nikotinu a samotného kouření na tento systém. Vlivy kouření na steroidní hormony plodu nejsou známy, proto se této problematice budeme věnovat. Současně nás také zajímá souvislost mezi kouřením a těhotenstvím, konkrétně motivace ke změně v souvislosti s těhotenstvím.

Účast v tomto projektu nepředstavuje pro Vás žádná zvláštní zdravotní rizika. Léčba probíhá standardním způsobem a nedochází k ovlivnění účinnosti léčby. Kdybychom zvažovali, zda by mohlo být pro Vás něco nepříjemného během výzkumu, pak snad jen odběr krve.

Získané vědecké informace bude možno využít k dalšímu zlepšení péče o ženy během těhotenství.

Při výzkumu nejsou použity alternativní diagnostické či terapeutické metody.

Vaše jméno a osobní údaje nebudou předány dalším osobám, budou známy pouze zdravotníkům, v jejichž péči na klinice jste. Se získanými daty bude nakládáno v souladu s platnými zákony České republiky o ochraně osobních údajů.

Ujišťujeme Vás, že v případě nově zjištěných okolností, které by mohly mít vliv na Vaše rozhodnutí v pokračování ve studii, Vás budeme včas informovat.

K projektu můžete vznést jakékoliv otázky. Vaše účast v projektu je dobrovolná a můžete z ní kdykoliv odstoupit.

Pokud se rozhodnete pro účast v našem projektu, předložíme Vám k podpisu následný Informovaný souhlas.

Informovaný souhlas pacientky

Název a popis studie: Vliv kouření matky na homeostázu fetoplacentární jednotky a motivace matky v souvislosti s kouřením

Jméno pacientky:

Datum narození:

Pacientka byla do studie zařazena pod číslem:

Odpovědný lékař:

1. Já, níže podepsaná, souhlasím se svou účastí ve studii. Je mi více než 18 let.
2. Byla jsem podrobně informována o cíli studie, o jejích postupech, a o tom, co se ode mě očekává. Lékař pověřený prováděním studie mi vysvětlil očekávané přínosy a případná zdravotní rizika, která by se mohla vyskytnout během mé účasti ve studii, a vysvětlil mi, jak bude postupovat při výskytu nežádoucího průběhu. Beru na vědomí, že prováděná studie je výzkumnou činností.
3. Informovala jsem lékaře pověřeného studií o všech lécích, které jsem užíval(a) v posledních 28 dnech, i o těch, které v současnosti užívám. Bude-li mi nějaký lék předepsán jiným lékařem, budu ho informovat o své účasti v klinické studii a bez souhlasu lékaře pověřeného touto studií ho nevezmu.
4. Budu při své léčbě se svým lékařem spolupracovat a v případě výskytu jakéhokoliv neobvyklého nebo nečekaného příznaku ho budu ihned informovat.
5. Porozuměla jsem tomu, že svou účast ve studii mohu kdykoliv přerušit či ze studie odstoupit, aniž by to jakkoliv ovlivnilo průběh mého dalšího léčení. Moje účast ve studii je dobrovolná.
6. Při zařazení do studie budou moje osobní data uchována s plnou ochranou důvěrnosti dle platných zákonů ČR. Do mé původní zdravotní dokumentace budou moci na základě mého uděleného souhlasu nahlédnout za účelem ověření získaných údajů zástupci sponzora, nezávislých etických komisí a zahraničních nebo místních kompetentních úřadů (v ČR Státní ústav pro kontrolu léčiv). Pro tyto případy je zaručena ochrana důvěrnosti mých osobních dat. Při vlastním provádění studie mohou být osobní údaje poskytnuty jiným než výše uvedeným subjektům pouze bez identifikačních údajů, to je anonymní data pod číselným kódem. Rovněž pro výzkumné a vědecké účely mohou být moje osobní údaje poskytnuty pouze bez identifikačních údajů (anonymní data) nebo s mým výslovným souhlasem.
7. S mojí účastí ve studii není spojeno poskytnutí žádné odměny.
8. Porozuměla jsem tomu, že mé jméno se nebude nikdy vyskytovat v referátech o této studii. Já naopak nebudu proti použití výsledků z této studie.

Podpis pacientky:

Podpis lékaře pověřeného touto studií:

Datum:

Datum:

Vyplňte prosím první část následujícího dotazníku, i pokud nekouříte a nikdy jste nekouřila. Pokud kouříte, vyplňte prosím celý dotazník. Pokud jste kouřila v období před těhotenstvím, vyplňte dotazník do otázky č. 29. Vyplnění dotazníku by Vám nemělo zabrat více než 10-15 minut. Moc Vám děkujeme za Váš zájem a čas.

Jméno

Rodné číslo:

1. Kolik vám je let?

2. Kolik jste vážila před těhotenstvím?

3. Kolik měříte?

4. V kolikátém týdnu těhotenství momentálně jste?

5. Toto těhotenství je Vaše (prosím zaškrtněte jednu z možností)

první

druhé

třetí

.....

- pokud je toto těhotenství není vaším prvním, kouřila jste při předchozím(ch) těhotenství(ch) či těsně před ním(nimi)?

Ano

Ne

6. V jakém věku jste měla první menstruaci?

7. Jakým způsobem jste otěhotněla? (prosím zaškrtněte jednu z možností)

spontánní početí

umělé oplodnění

8. Pokud jste již byla těhotná, měla jste nějaké komplikace během předchozího těhotenství?
 (prosím zaškrtněte jednu z možností a v případě možnosti „Ano“ uveďte, o jaké komplikace šlo)

Ano

- O jaké komplikace šlo?.....

Ne

9. V současném těhotenství máte nějaké komplikace?

Ano

- O jaké komplikace jde?.....

Ne

10. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? (prosím zaškrtněte jednu z možností)

základní

střední bez maturity

střední s maturitou

vyšší odborné

vysokoškolské

11. Váš čistý měsíční příjem v době před těhotenstvím byl (prosím zaškrtněte jednu z možností)

- 10 000 Kč a méně
- 10 000-25 000 Kč
- 25 000 Kč a více

12. Momentálně kouříte? (prosím zaškrtněte jednu z možností a vyplňte její podotázky)

nekouřím a nikdy jsem nekouřila

- Nekouříte-li, jste vystavena pasivnímu kouření?
 - ano, v práci
 - ano, doma
 - ne

(Vyplnila-li jste tuto možnost, nepokračujte prosím ve vyplňování a odevzdejte dotazník. Děkujeme).

přestala jsem kouřit před otěhotněním nebo po zjištění těhotenství

- pokud jste přestala kouřit před těhotenstvím, napište prosím kdy (jak dlouho před těhotenstvím jste přestala kouřit)
- pokud jste přestala kouřit po zjištění těhotenství, napište prosím kdy
- napište prosím, proč jste přestala kouřit před těhotenstvím či po jeho zjištění
.....
.....
.....

(Zaškrtnla-li jste tuto možnost, pokračujte prosím ve vyplňování dotazníku do otázky číslo 29).

omezila jsem počet cigaret, které vykouřím za den

- napište prosím počet cigaret, které jste vykouřila za den před těhotenstvím
- napište prosím počet cigaret, které vykouříte za den nyní
- napište prosím, proč jste omezila počet cigaret, které za den vykouříte
.....
.....
.....

(Zaškrtnla-li jste tuto možnost, vyplňte prosím celý dotazník)

kouřím stejně jako před těhotenstvím

- napište prosím počet cigaret, které vykouříte za den
- napište prosím, proč kouříte stejně jako před těhotenstvím
.....
.....
.....

(Zaškrtnla-li jste tuto možnost, vyplňte prosím celý dotazník)

13. Kolik let kouříte či jste kouřila?

14. Pokoušela jste se někdy s kouřením přestat?

- ano, kolikrát.....
- ne

15. Odkud získáváte informace o kouření v těhotenství? (prosím zaškrtněte max. 4 z nabízených možností)

- | | |
|--------------------------------|---|
| od svého gynekologa | informace o kouření v těhotenství |
| od jiného lékaře, jakého | nevyhledávám, nezískávám |
| z webových diskuzí | - prosím napište, který zdroj ze zaškrtnutých |
| z internetových medií | preferujete |
| z tištěných medií | |
| z televize, rádia | |
| v předporodních kurzech | |
| od přátel, známých a rodiny | |
| odjinud | |

16. Poradil Vám Váš gynekolog přestat s kouřením?

- ano
- ne

17. Vyhledávala jste aktivně informace o kouření v těhotenství?

- ano
 - kde jste informace hledala.....
 - kdy, v jakém období, jste informace nejvíce
vyhledávala.....
- ne

18. Máte dojem, že Vaše informace o kouření v těhotenství jsou dostatečné? (prosím zaškrtněte jednu z možností)

- rozhodně ano
- spíše ano
- spíše ne
- rozhodně ne

19. Kdy si myslíte, že jste byla nejnímavější k informacím o kouření v těhotenství? (prosím zaškrtněte jednu z možností)

- v době před otěhotněním
- v prvním trimestru těhotenství
- po celou dobu těhotenství
- nemám pocit, že bych někdy informace o kouření v těhotenství více vnímala

20. Máte obavu z vážných zdravotních komplikací v důsledku kouření? (prosím zaškrtněte jednu z možností)

- rozhodně ano
- spíše ano
- spíše ne
- rozhodně ne

21. Zkracuje podle Vás kouření život? *(prosím zaškrtněte jednu z možností)*

- rozhodně ano
- spíše ano
- spíše ne
- rozhodně ne

22. Chtěla byste sobě i svému okolí ukázat, že lze přestat? *(prosím zaškrtněte jednu z možností)*

- rozhodně ano
- spíše ano
- spíše ne
- rozhodně ne

23. Máte dojem, že kouření Vám kontroluje život? *(prosím zaškrtněte jednu z možností)*

- rozhodně ano
- spíše ano
- spíše ne
- rozhodně ne

24. Chce po Vás někdo z Vašeho okolí, abyste přestala kouřit? *(prosím zaškrtněte jednu z možností)*

- rozhodně ano
- spíše ano
- spíše ne
- rozhodně ne

25. Je vaše okolí znepokojeno Vaším kouřením? *(prosím zaškrtněte jednu z možností)*

- rozhodně ano
- spíše ano
- spíše ne
- rozhodně ne

26. Obáváte se, že je zdraví vašeho nenarozeného dítěte ohroženo kouřením? *(prosím zaškrtněte jednu z možností)*

- rozhodně ano
- spíše ano
- spíše ne
- rozhodně ne

27. Chcete být zdravá během těhotenství? *(prosím zaškrtněte jednu z možností)*

- rozhodně ano
- spíše ano
- spíše ne
- rozhodně ne

28. Chtěla byste nekouřit či nekouříte, aby Vaše dítě nevědělo, že kouříte? (prosím zaškrtněte jednu z možností)

- rozhodně ano
- spíše ano
- spíše ne
- rozhodně ne

29. Chtěla byste nekouřit či nekouříte, aby Vaše dítě později nekouřilo? (prosím zaškrtněte jednu z možností)

- rozhodně ano
- spíše ano
- spíše ne
- rozhodně ne

Následující část dotazníku vyplňte prosím, pouze pokud aktuálně kouříte.

30. Jak brzy po probuzení si zapálíte svou první cigaretu?

- do 5 minut
- za 6-30 minut
- za 31-60 minut
- po 60 minutách

31. Je pro vás obtížné nekouřit v místech, kde není kouření dovoleno?

- ano
- ne

32. Kterou cigaretu byste nerada postrádala?

- první ráno
- kteroukoliv jinou

33. Kolik cigaret denně kouříte?

- 0-10
- 11-20
- 21-30
- 31 a více

34. Kouříte častěji během dopoledne?

- ano
- ne

35. Kouříte, i když jste nemocná a upoutána na lůžko?

- ano
- ne