VÝSKYT FAJČENIA ŽIEN POČAS TEHOTENSTVA – KULTÚRNE A REGIONÁLNE ROZDIELY NA SLOVENSKU

Smoking of women in the period of pregnancy - cultural and regional differences
in Slovakia

10: 247–482, 2008
ISSN 1212-4117

Martina Bašková

Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Ústav nelekárskych študijných programov

Summary

The target of the research presented was mapping of the occurrence of smoking tobacco and level of knowledge and standpoints concerning the healthy life style and identification of differences in behavioural and risk factors from the viewpoint of the region (Komárno, Nové Zámky, Martin), nationality (Slovak, Hungarian) and achieved level of education (primary school, secondary school, university).

The group of women examined is a comparative retrospective study from the standpoint of methodology. We monitored and compared three groups of hospitalized women immediately after the delivery in regions of Martin (central Slovakia), Komárno and Nové Zámky (south Slovakia).

The study included 240 respondents from Martin, 363 respondents from Nové Zámky and 261 respondents from Komárno.

In Nové Zámky and Komárno bilingual (Slovak and Hungarian) versions of questionnaires were distributed. In the statistical analysis, the differences were considered at a statistical significance level $p \leq 0.05$.

Of the total number of 864 respondents at average age of 26.0 years ($SD=4.9$; median=25.0 years; modus=25.0 years), 311 were of Hungarian nationality. In Hungarian women, there was a significantly higher representation of those with primary education ($p<0.001$) which was reflected in a moderately different educational structure of respondents from Nové Zámky and Komárno compared to Martin (Table 1). Before pregnancy, 31.5% respondents were smoking, the rate of smoking being considerably higher in women with lower degrees of education ($p<0.001$) and somewhat lower rate of smoking in Hungarian women ($p=0.03$) (Graph 1). 18.3% of them reported smoking in pregnancy. Similarly as in the preceding item, there was a considerable prevalence of women with the lowest education ($p<0.001$) and of Hungarian women, but this difference was not statistically significant.

There was a clearly high rate of smoking, particularly in subgroups with lower degrees of education, which should be first of all addressed within the activity of primary prevention and health support. The higher risk of smoking in Hungarian women, which is significant even after elimination of the simultaneously acting factor of education, indicates the existence of differences in factors of the life style, which are based on different cultural traditions of nations living in Slovakia.

Key words: smoking – pregnancy – midwifery

Súhrn

Cieľom prezentovaného výskumu bolo zmapovať výskyt fajčenia tabaku a úroveň vedomostí a postojov vo vzťahu k zdravému životnému štýlu. Identifikovať rozdiely v behaviorálnych rizikových faktorov z hľadiska regiónu (Komárno, Nové Zámky, Martin), národnosti (slovenská, maďarská) a dosiahnutej úrovne vzdelania (základné, stredné, stredné s maturitou, vysokoškolské).

Sledovaný súbor žien je z metodologického hľadiska porovnávacou retrospektívnou štúdiou. Sledovali a porovnávali sme tri súbory hospitalizovaných žien tesne po pôrode v regiónoch Martina (stredné Slovensko), Komárna a Nových Zámok (južné Slovensko).

fajčenie počas tehotenstva udávalo až 54,9 % rómskych žien (Pavúk, 2001). Podľa výsledkov štúdie ELSPAC (European Longitudinal Study of the Pregnancy and Childhood) vykonávanej v Českej republike udávalo pred tehotnosťou fajčenie 41,6 % žien, pričom viac ako polovica z nich boli slabé fajčiarky (fajčiace menej ako 10 cig./deň). Ešte pred tehotnosťou a v jej priebehu sa znížil tento počet a v prvom trimestri fajčilo 20,5 %. Ku koncu tehotnosti fajčilo už len 8,2 % žien. Najvýraznejší pokles bol pritom u slabých fajčiarok. Zo žien, ktoré neprestali fajčiť, väčšina počas tehotenstva znížila spotrebu cigariet (Kukla et al., 1999b).

Bezprostredne po zistení svojho tehotenstva prestáva fajčiť bez osobitnej intervencie asi štvrtina fajčiacich žien. Menšia časť prestáva v neskorších štádiách gravidity (Hakansson et al., 1999). Úspešné sú najmä tie ženy, ktoré začali fajčiť v relatívne staršom veku, čakajú prvé dieťa, majú vyššie vzdelanie a tie, u ktorých fajčiarsky návyk nebol veľmi intenzívny (Persival, 2005; Lindqvist, Aberg, 2001).

CIELE PRÁCE

Ciele práce možno zhrnúť do troch hlavných oblastí:

1. v cieľovej skupine tehotných žien zmapovať:
 - a) výskyt behaviorálnych rizikových faktorov
 - b) úroveň vedomostí a postojov vo vzťahu k zdravému životnému štýlu
2. v cieľovej skupine tehotných žien identifikovať rozdiely v behaviorálnych rizikových faktorov:
 - a) z hľadiska regiónu (Komárno, Nové Zámky, Martin),
 - b) národnosti (slovenská, maďarská)
 - c) dosiahnutej úrovne vzdelania (základné, stredné, stredné s maturitou, vysokoškolské)
3. určiť problémové oblasti a priority vo vykonávaných intervenčných preventívnych opatreniach z hľadiska regiónu a národnosti.

MATERIÁL A METODIKA

Sledovaný súbor žien je z metodologického hľadiska porovnávacou retrospektívnou štúdiou. Sledovali a porovnávali sme tri súbory hospitalizovaných žien tesne po pôrode v regiónoch Martina (stredné Slovensko), Komárna a Nových Zámkov (južné Slovensko) v priebehu päť mesiacov.

Zber dát sa vykonával na Ženskej klinike

Martinskej fakultnej nemocnice (240 respondentiek) a na Gynekologicko-pôrodníckom oddelení Nemocnice s poliklinikou v Nových Zámkoch (363 respondentiek) a Komárne (261 respondentiek). Respondentky predstavovali hospitalizované ženy tesne po fyziologickom pôrode, ktoré oslovovali priamo vykonávatelia štúdie, alebo vybraní pracovníci daných pracovísk, poučení o spôsobe zberu dát a zmysle štúdie. V Nových Zámkoch a Komárne sa distribuovali dvojjazyčné (slovenské a maďarské) verzie dotazníkov.

Dotazník pozostával z 21 otázok týkajúcich sa niektorých osobných údajov (telesná výška, telesná hmotnosť pred tehotenstvom a počas šiestonedelia, vek, vzdelanie a zamestnanie). Ďalej boli požiadané, aby vypísali najvýznamnejšie rizikové faktory srdcovocievnych chorôb ako aj skladby stravy, zmien v stravovaní počas tehotenstva, vykonávaných telesných aktivít pred a počas tehotenstva a subjektívneho hodnotenia svojich vedomostí o zdravej životospráve. V ďalších otázkach respondentky hodnotili svoju životosprávu a postoj k zmenám životosprávy (rozhodnutie zlepšiť životosprávu v porovnaní s obdobím pred tehotenstvom). Posledné otázky boli zamerané na fajčenie, konzumáciu alkoholu (pred tehotenstvom, počas tehotenstva).

Na základe dosiahnutého vzdelania sme rozdelili respondentky na 4 skupiny: základné, stredné, stredné s maturitou a vysokoškolské. Z hľadiska regiónov sme delili a hodnotili respondentky na dve skupiny: oblasť Komárna a Nových Zámkov (južné Slovensko) a oblasť Martina (stredné Slovensko). V rámci oblasti Komárna a Nových Zámkov sme porovnávali aj podsúbory žien slovenskej a maďarskej národnosti.

V rámci deskriptívnej štatistiky sa u kvalitatívnych premenných vypočítali jednotlivé percentuálne hodnoty s príslušnými intervalmi spoľahlivosti 95 %.

Štatisticky sa analyzovali medzi súbormi rozdiely kvalitatívnych premenných prostredníctvom logistickej regresie, pričom ako závislá premenná sa posudzoval výskyt daného rizikového faktora, pričom sa bral do úvahy vzájomný vplyv regiónu, národnosti a vzdelania. Pri porovnávaní kvantitatívnych (číselných) premenných sme použili metódy hodnotenia priemerov: v prípade dvoch premenných Studentov t-test a v prípade troch premenných jednocestnú ana-

lýzu rozptylu. Ak prostredníctvom analýzy rozptylu vyšiel rozdiel medzi provnávanými premennými, následne sa hodnotili pomocou Bonferroniho metódy, ktorá odlišila vzájomne heterogénne skupiny premenných, t.j. určila, ktoré z porovnávaných priemerov sa od ostatných signifikantne odlišovali.

Pri štatistickej analýze sa ako hladina štatistickej významnosti rozdielov posudzovalo $p \leq 0,05$.

Dáta sa spracovali a analyzovali tabuľkovým editorom Microsoft Excel. Štatistické funkcie, ktoré nie sú v štandardnej výbave tohto editora, sa použili prostredníctvom programu Statistix.

VÝSLEDKY

Z celkového počtu 864 získaných respondentiek s priemerným vekom 26,0 roka ($SD=4,9$; medián=25,0 rokov; modus=25,0 rokov) bolo 311 maďarskej národnosti pochádzajúcich z Komárna a Nových Zámkov. U maďarskej národnosti, ktorá tvorila v Nových Zámkoch 35,2 %

a v Komárne až 71,1 % respondentiek, bolo signifikantne vyššie zastúpenie žien so základným vzdelaním ($p < 0,001$), čo sa odrazilo v mierne odlišnej vzdelanostnej štruktúre respondentiek z Nových Zámkov a Komárna v porovnaní s Martinom (tab. č. 1). Skupiny respondentiek z jednotlivých regiónov ako aj respondentky so slovenskou a maďarskou národnosťou sa len v minimálnej, nesignifikantnej miere navzájom odlišovali vo svojej vekovej štruktúre.

Pred tehotenstvom fajčilo 31,5 % respondentiek, pričom vo výrazne vyššej miere fajčili ženy s nižším vzdelaním ($p < 0,001$) a v niečo menšej miere ženy s maďarskou národnosťou ($p = 0,03$) (graf č. 1). Z nich udávalo fajčenie počas tehotnosti 18,3 %. Podobne ako u predchádzajúceho údaju bola výrazná prevaha žien s najnižším vzdelaním ($p < 0,001$) a žien maďarskej národnosti, hoci táto nedosahovala štatistickú významnosť (graf č. 2).

Tab. č. 1 Rozdelenie respondentiek v jednotlivých mestách podľa dosiahnutého vzdelania

Mesto	dosiahnuté vzdelanie (%)				n
	základné	stredné	stredné s maturitou	vysokoškolské	
Nové Zámky	0,5	30,4	49,7	9,4	363
Komárno	5,8	32,4	41,9	9,9	261
Martin	7,0	26,0	52,4	14,5	240
spolu	11,2	29,8	48,1	10,9	864

Graf č. 1 Rozdelenie výskytu fajčenia respondentiek slovenskej a maďarskej národnosti pred tehotenstvom podľa ich vzdelania (percento $\pm$ CI95%)

Graf č. 2 Rozdelenie výskytu fajčenia počas tehotenstva u respondentiek slovenskej a maďarskej národnosti, ktoré fajčili pred tehotenstvom, podľa ich vzdelania (percento $\pm$ CI95%)

DISKUSIA

Štúdia je z metodologického hľadiska retrospektívnou analýzou. Pri dotazníkovej štúdie sme sa zameriavalí predovšetkým na zrozumiteľnosť, jednoduchosť a jednoznačnosť možných odpovedí, čo minimalizovalo nesprávne, prípadne nejednoznačné pochopenie otázok. Napriek tomu, že sa získalo menej informácií, možno ich preto považovať za pomerne kvalitné z hľadiska objektivity výpovedí.

Podobne sa pri určovaní rozsahu dotazníka brala do zreteľa ochota respondentiek vyplňovať ho. Preto bol jeho obsah zredukovaný do tej miery, aby ho bolo možné vyplniť v priebehu niekoľkých minút. Predpokladali sme, že to zvýši responzibilitu (návratnosť), čiže pomer počtu vrátených (vyhodnotiteľných) dotazníkov k počtu distribuovaných dotazníkov. Požadovaným minimálnym percentom návratnosti je podľa literárnych zdrojov okolo 60–75 %. Pri vysokej motivácii respondentov to býva okolo 50–70 %, vo výskume nezainteresovaných osôb je to často len okolo 20 % (Žiaková, 2003). Návratnosť dosiahnutá v našej štúdií 83 % z tohto hľadiska spĺňa tieto kritériá a je porovnateľná s inými publikovanými prácami (Belizan et al., 1995; Czeizel et al., 1997). Predpokladáme, že na dobrej responzibilitu mala podiel aj jasne deklarovaná anonymita všetkých poskytovaných dát.

Štúdia sa zostavovala na Ženskej klinike Martinskej fakultnej nemocnice, ktorá je zároveň spádovou nemocnicou pre región Turiec a v Nemocnici s poliklinikou v Komárne a v Nových Zámkoch. Vzhľadom na to, že okrem výnimiek všetky tehotné ženy z daného regiónu rodia v týchto nemocniciach, možno považovať populáciu hospitalizovaných rodičiek za reprezentatívnu časť danej cieľovej skupiny. Z tohto dôvodu hodnotíme výsledky štúdie ako externe validne pre celkovú populáciu danej vekovej skupiny v regiónoch Turiec, Komárno a Nové Zámky. Z hľadiska dôležitosti a významu možno konštatovať niektoré skutočnosti týkajúce sa sledovaných rizikových faktorov.

Zistený výskyt fajčenia pred tehotenstvom (31,5 %) v sledovanom súbore je v porovnaní s inými údajmi o rozšírení fajčiarskeho návyku na Slovensku zvlášť vysoký. Podľa oficiálnych odhadov Svetovej zdravotníckej organizácie denne fajčí na Slovensku 15,5 % žien vo veku 15 rokov a viac (WHO, 2007). Na základe pravidelných zisťovaní Štatistického úradu v roku 2006 fajčilo denne 30 % populácie vo vekovej skupine 25 až 29 rokov (Štatistický úrad SR, 2006). Tento rozdiel nasvedčuje pre relatívne vysoký výskyt fajčenia u mladších žien v porovnaní s ostatnými vekovými skupinami, čo poukazuje na dôležitosť zameriavania pozornosti na túto časť populácie.

Jasne sa ukázal vysoký výskyt fajčenia najmä u podskupín s nižším vzdelaním, na ktoré treba predovšetkým zameriavať aktivity primárnej prevencie a podpory zdravia. Vyššie riziko fajčenia u žien maďarskej národnosti, signifikantné aj po vylúčení spolupôsobiaceho vplyvu vzdelania, poukazuje na existenciu rozdielov vo faktoroch životného štýlu, ktoré majú svoju podstatu v odlišných kultúrnych a regionálnych tradíciách týchto národností žijúcich na Slovensku. Toto zistenie je konzistentné aj s údajmi Štatistického úradu SR, ktoré tiež poukazujú na relatívne vysoký výskyt fajčenia v tejto národnostnej menšine vo vekovej skupine 25 až 29ročných. Počet žien, ktoré neprestávajú fajčiť počas tehotenstva, zodpovedá údajom zo zahraničia, pričom sa opäť ukazuje vysoká rizikovosť u skupín s nižším vzdelaním. Naše výsledky premietnuté do praxe znamenajú, že takmer pätina gravidných žien so základným vzdelaním vystavuje svoje nenarodené dieťa škodlivým účinkom fajčenia, čo je relatívne znepokojujúci údaj poukazujúci na nedostatočnú účinnosť preventívnych opatrení a osvetu v tejto časti populácie. Na druhej strane je pozitívne, že ani jedna vysokoškolsky vzdelaná respondentka neudávala fajčenie počas tehotenstva.

Vzhľadom na to, že pocit zdravej životosprávy a fajčiarsky návyk súvisí vzájomne len u respondentiek maďarskej národnosti, ktoré paradoxne fajčili častejšie, možno konštatovať podceňovanie úlohy fajčenia ako veľmi dôležitého rizikového faktora životného štýlu. Poukazuje to tiež na potrebu lepšej informovanosti, ktoré by mali u cieľových skupín znížiť pocit sebauspokojenia do tej miery, aby ich motivoval k zlepšovaniu tejto stránky životosprávy. Okrem vhodných vedomostí je pre potrebnú motiváciu dôležitá aj ovplyvňovať hodnotový systém, postoje a zodpovednosť k vlastnému zdraviu.

V tejto súvislosti sa zdá byť necelých 36 % respondentiek, ktoré uviedli fajčenie ako rizikový faktor, veľmi malé, najmä ak sa berie do úvahy to, že jeho škodlivosť je v odbornej ako aj laickej verejnosti už len veľmi zriedka spochybňovaná a venuje sa mu pomerne dost' priestoru v masmédiách, informačných materiáloch a pod. Výsledok však naznačuje, že napriek relatívne vysokému množstvu informácií zaužívané formy ich podávania nedostatočne oslovujú recipientov a treba hľadať iné, účinnejšie metódy zlepšovania informovanosti.

Najvýznamnejším determinantom výskytu fajčenia počas tehotenstva je celkový výskyt fajčenia žien – s jeho poklesom klesá zároveň aj fajčenie počas tehotenstva, pričom podiel tých, ktoré prestanú fajčiť počas tehotnosti, z celkového počtu fajčiacich žien zostáva približne rovnaký (Ebrahim et al., 2000). Preto prevencia fajčenia počas tehotenstva spočíva predovšetkým v aktivitách zameraných na celkové zníženie fajčenia v populácii, t.j. vrátane žien. Ide o účinné opatrenia, napr. zvyšovanie spotrebnej dane a tým zvyšovanie koncovkej ceny tabakových výrobkov. Štúdie vykonávané vo viacerých krajinách konštantne poukázali na to, že 10 % zvýšenie ceny tabakových výrobkov vedie približne k 5% poklesu ich spotreby, pričom najcitlivejšie reagujú na tieto opatrenia nižšie socioekonomické skupiny, kde sa pokles spotreby po takomto zvýšení cien odhaduje až na 8 %, význam majú aj opatrenia na ochranu nefajčiarov a kampane na zvyšovanie povedomia o negatívnom význame fajčenia tabaku. Okrem toho je veľmi dôležité zabezpečiť dostupnosť kvalifikovaných služieb zameraných na pomoc pri odvykaní od fajčenia a liečbu nikotínovej závislosti (Baška, 2008; WHO, 2007).

Najvýznamnejším problémom v súvislosti s odvykaním od fajčenia počas tehotenstva je však to, že veľká časť žien sa po pôrode znovu vracia k fajčiarskemu návyku (Hughes et al., 2000; Lumley et al., 2001).

Pri odvykaní od fajčenia počas tehotenstva sa využívajú predovšetkým kognitívno-behaviorálne metódy zamerané na zvyšovanie motivácie, prekonávanie psychických a spoločenských väzieb na fajčiarsky návyk ako aj nefarmakologickým metódam zmierňovania abstinenčných príznakov (Kavcová et al., 2006). Často sa diskutujú možnosti použitia nikotínovej náhradnej liečby – jednak z pohľadu možného poškodenia plodu ako aj zvýšenia pravdepodobnosti dosiahnutia úspešnej abstinencie, najmä v prípadoch silnej závislosti, keď nefarmakologické metódy zlyhali. Viaceré klinické randomizované štúdie zamerané na túto problematiku zistili, že v porovnaní s placebom sa u liečených matiek dosahovala vyššia priemerná pôrodná hmotnosť detí a nepriaznivé účinky sa u nich neprejavili (Coleman, 2005). Z toho vyplýva, že nie nikotín nesie zodpovednosť za škodlivé účinky fajčenia na plod, a hoci je neurotoxínom, v danej aplikácii sám o sebe nevedie k jeho zna-

teľnému poškodeniu. Problémom však zostáva, že nikotínová náhradná liečba počas tehotenstva nepreukázala nedostatočný efekt na trvalé ukončenie fajčenia a veľká časť žien, podobne ako u placebo, sa po pôrode opäť vrátila k fajčeniu. Preto sa prijíma často tzv. filozofia menšieho zla: aj keď nikotínová náhradná liečba nie je účinná v tejto cieľovej skupine z hľadiska trvalej abstinencie, pre nenarodené dieťa je lepšie, ak je vystavované len samotnému nikotínu v jeho čistej forme a nie spolu so zmesou niekoľkých tisícok chemických látok obsiahnutých v tabakovom dyme. Preto badať v tomto smere medzi odborníkmi názorový posun. Kým v minulosti sa tehotenstvo označovalo za kontraindikáciu nikotínovej náhradnej liečby, dnes sa hovorí skôr o potrebe opatrnosti pri užívaní počas tohto obdobia (Hughes et al., 2000).

Iným problémom, ktorý treba brať do úvahy, je pomerne nízka validita subjektívnych výpovedí tehotných žien ohľadne svojho fajčiarskeho návyku. Zistilo sa, že až približne jedna tretina tehotných žien sa nepriznáva k svojmu fajčeniu (Persival, 2005; Ford et al., 1997). Avšak aj objektívna validizácia výpovedí, najčastejšie prostredníctvom merania obsahu oxidu uhoľnatého vo vydychovanom vzduchu, alebo merania cotinínu v moči, nemusí dávať vždy presné údaje vzhľadom na ich možné ovplyvnenie pasívnym fajčením (Bernadič et al., 2008). Tento problém treba brať do úvahy aj pri hodnotení účinnosti odvykacej liečby (Persival, 2005).

ZÁVER

V porovnávacej retrospektívnej štúdií 864 žien pozostávajúcich geograficky z oblasti južného Slovenska (Komárno a Nové Zámky) a stredného Slovenska (Martin) sa zisťoval v dotazníkovej štúdií okrem iného aj fajčiarsky návyk ako rizikový faktor životného štýlu počas tehotenstva a pred tehotenstvom v súvislosti s úrovňou vzdelania, regiónu, národnosti (slovenská a maďarská).

Zistil sa pomerne vysoký výskyt fajčenia pred tehotenstvom (31,5 %), pričom približne pätina z nich uviedla fajčenie aj počas tehotenstva.

V praxi vysokoškolského vzdelávania nie len u pôrodných asistentiek, ale na všetkých zdravotníckych fakultách je dôležité sa zamerať na pregraduálne vzdelávanie, by mala byť problematika fajčenia a s fajčením asociovaných

ochorení samostatným predmetom. Taktiež poradne zdravia a odvykacie programy by mali byť náplňou práce všetkých lekárov a zdravotníckych pracovníkov a mali by byť zahrnuté do legislatívneho rámca príslušných kompetencií aj pôrodných asistentiek ako aj väčšieho zainteresovania zdravotných poisťovní do preventívnej práce.

Edukačné aktivity je dôležité nasmerovať k cieľovej populácii žien zamerané na získanie potrebných vedomostí a zručností ako aj vhodných postojov k zdravému životnému štýlu. Treba viac pozornosti venovať práci s médiami ako hlavného informačného zdroja laickej populácie.

V oblasti výskumu sa treba zamerať na podrobnú analýzu sledovaných ukazovateľov, najmä vzhľadom na spoločenské faktory, ako aj intervenčné štúdie a ekonomické analýzy v danej oblasti.

LITERATÚRA

- BAŠKA, T.: *Prevencia užívania tabaku u školskej mládeže*. 1. vyd., Martin: Národná koalícia pre kontrolu tabaku v SR, 2008. s. 64.
- BAŠKA, T., et al.: Environmental tobacco smoke of youngsters in Czech Republic, Hungary, Poland and Slovakia – findings from the Global Youth Tobacco Survey (GYTS). *International Journal of Public Health*. 2007, vol. 52, no. 1, s. 62–66.
- BELIZAN, J., BARROS, F., LANGER, A., FARNOT, U., VICTORIA, C., VILLAR, J.: Impact of health education during pregnancy on behavior and utilization of health resources. *Am J Obstetrics and Gynecology*, 1995, vol. 173, no. 3, s. 894–899.
- BERNADIČ, M., VALENT, M., BERNADIČOVÁ, H., MÁCOVÁ, Ž.: Fajčenie ako rizikový faktor ovplyvňujúci reprodukčné funkcie ženy. *Praktická gynekológia*, 2008, vol. 15, č. 1, s. 42–48.
- CZEIZEL, A. E., KALINA, A., WILLIAMS, R. R.: Euphenic Prevention of Coronary Artery Disease. *Am J Cardiol*, 1997, no. 79, s. 140–144.
- COLEMAN, T.: Nicotine replacement therapy in pregnancy: use or avoid? *J R Soc Health*, 2005, vol. 125, no. 5, s. 210–211.
- EBRAHIM, S. H., FLOYD, R. L., MERRITT, R. K. et al.: Trends in pregnancy-related smoking rates in the United States 1987–1996. *JAMA*, 2000, vol. 283, no. 3, s. 361–366.
- FORD, R. P., TAPPIN, D. M., SCHLUTER, P. J., et al.: Smoking during pregnancy: how reliable are maternal self reports in New Zealand? *J Epidemiol Community Health*, 1997, vol. 51, no. 3, s. 246–51.
- HAKANSSON, A., LENDAHL, L., PETERSSON, CH.: Which women stop smoking?: A population-based study of 403 pregnant smokers. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 1999, vol. 78, no. 3, s. 217–224.
- HUGHES, E. G., LAMONT, D., BEECROFT, M. et al.:

- Randomized trial of a „stage-of-change“ oriented smoking cessation intervention in infertile and pregnant women. *Fertility & Sterility*, 2000, vol. 74, no. 3, s. 498–503.
- HUTTOVÁ, M., DROBNÁ, H., JURKOVIČOVÁ, J., JAMAL, B. C.: Negatívne účinky fajčenia v gravidite. *Alkohol, drogy, závislosť*, 2001, 36, s. 31–37.
- HUTTOVÁ, M., JURKOVIČOVÁ, J.: Účinky fajčenia v ťarchavosti na matku a plod. *Praktická Gynekológia*, 2001, vol. 8, č. 2, s. 60–64.
- CHARLTON, A.: Children and Smoking: the family circle. *British Medical Bulletin*, 1996, vol. 52, no. 1, s. 90–107.
- JAAKKOLA, N., JAAKKOLA, M. S., GISSLER, M., JAAKKOLA, J. J.: Smoking during pregnancy in Finland: determinants and trends, 1987–1997. *Am J Public Health*, 2001, vol. 91, no. 2, s. 284.
- KAVCOVÁ, E., ONDREJKA, I., LIPTÁK, P. et al.: *Intervencia a liečba tabakovej závislosti v ordinácii všeobecného praktického lekára*. Odporúčaný diagnostický a liečebný postup pre všeobecných praktických lekárov. Martin: UKJLF, 2006. s. 23.
- KUKLA, L., HRUBÁ, D., TYRLÍK M.: Průběh těhotenství a vývoj plodu u kouřících a nekouřících žen. *Česká Gynekol*, 1999a, roč. 64, č. 4, s. 271–274.
- KUKLA, L., HRUBÁ, D., TYRLÍK, M.: Změny kuřáckého chování žen v těhotenství. Výsledky studie ELSPAC. *Prakt. Lék.*, 1999b, roč. 79, č. 9, s. 517–520.
- LINDQVIST, R., ABERG, H.: Who stops smoking during pregnancy? *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2001, 80(2), s. 137–141.
- LUMLEY, J., OLIVER, S., WATERS, E.: Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 4th.ed., Oxford: Update Software, 2001.
- PAVÚK, A.: Rozdielne následky fajčenia u tehotných rómskych a nerómskych žien v regióne východného Slovenska. In: 8. *Demografická konferencia: Súčasný populačný vývoj na Slovensku v európskom kontexte*. Rajecké Teplice, 2001. s. 156–159.
- PERCIVAL J.: Smoking cessation in pregnancy. *Nurs Times*. 2005. vol. 10, no. 6, s. 50–52.
- ŠTATISTICKÝ ÚRAD SR. *Rozšírenosť užívania drog na Slovensku a názory občanov na problémy spojené s drogovou závislosťou*. Bratislava: Štatistický úrad SR, 2006. s. 110.
- WALD, J. N., HACKSHAW, A. K.: Cigarette smoking: an epidemiological overview. *British Medical Bulletin*, 1996. vol. 52, no. 1, s. 3–11.
- WHO. *The European tobacco control report 2007*. Copenhagen: World Health Organization, 2007. s. 155.
- ŽIAKOVÁ, K. et al.: *Ošetrovateľstvo teória a vedecký výskum*. 1. vyd., Martin: Osveta, 2003. s. 319.

Martina Bašková
baskova@jfmed.uniba.sk