



CENTRUL PENTRU POLITICI
ȘI SERVICII DE SĂNĂTATE



IOMC
București

**CUNOȘTIȚE, ATITUDINI ȘI
COMPORTAMENTE
ALE FEMEILOR ÎNSĂRCINATE ȘI
ALE FEMEILOR AVÂND COPII SUB 9 LUNI
PRIVIND FUMATUL ȘI RENUNȚAREA LA
FUMAT**

Studiu cantitativ realizat în Regiunea București

(2007)

Această publicație a fost realizată prin intermediul unei finanțări nerambursabile primită din partea International Development Research Center, Ottawa, Canada

Contribuții:

- **Directorul proiectului:** *Dana Fărcășanu*
- **Coordonator științific:** *Michaela Nanu*
- **Expert:** *Ecaterina Stativă*
- **Autorii raportului:** *Michaela Nanu , Ecaterina Stativă*
- **Consultant:** *Dumitru Matei*
- **Elaborarea instrumentelor de culegere a datelor:** *Michaela Nanu, Ecaterina Stativă, Dana Fărcășanu, Andreea Lavrov*
- **Eșantionare:** *Ecaterina Stativă , Michaela Nanu*
- **Crearea bazei de date:** *Daniel Mihai*
- **Culegerea datelor:** *Toni Rădulescu, Iolanda Moroșan, Zizi Dima, Andreea Toma, Andrei Nanu*
- **Introducerea datelor:** *Daniel Mihai*
- **Prelucrare statistică:** *Daniel Mihai , Ecaterina Stativă , Crușoveanu Mihai.*
- **Tehnoredactare:** *Smaranda Mihai, Crușoveanu Mihai*

Mulțumim șefilor Clinicilor de Obsterică și Ginecologie din București și județul Ilfov, directorilor medicali și managerilor clinicilor sus numite, precum și medicilor de familie din cele peste 30 de cabinete medicale individuale pentru sprijinul acordat în realizarea acestui studiu.

Mulțumim gravidelor și mamelor cu sugari pentru disponibilitatea și timpul acordat furnizării informațiilor necesare realizării studiului.

CUPRINS

<i>Cuvânt înainte</i>	5
Cap. 1 Context și justificare.....	6
1.1 Fumatul și problemele de sănătate ale nou-născutului și copilului.....	6
1.2 Fumatul și problemele de sănătate ale mamei	6
1.3 Scop și obiective	8
1.3.1 Scop.....	8
1.3.2 Obiective	8
Cap. 2 Metodologie.....	9
2.1 Concepția și sursa datelor	9
2.1.1 Eșantionarea	9
2.1.2 Eligibilitatea.....	10
2.1.3 Participarea	10
2.1.4 Instrumente	10
2.1.5 Analiza și prezentarea datelor	11
2.1.6 Limite.....	11
2.1.7 Concepte, definiții, note.....	11
Cap. 3 Prezentarea rezultatelor	12
3.1 Caracteristicile gravidelor și ale mamelor care au luat parte la studiu	12
3.1.1 Mediul de reședință.....	12
3.1.2 Vârsta	12
3.1.3 Etnia	13
3.1.4 Nivelul de școlaritate	13
3.1.5 Starea civilă.....	14
3.1.6 Statutul ocupațional	14
3.1.7 Nivelul socio-economic	15
3.1.8 Gradul de aglomerare a locuinței.....	15
Secțiunea 1: Gravide	16
3.2 Caracteristicile socio –demografice ale gravidelor fumătoare și nefumătoare.....	16
3.2.1 Nivelul de școlaritate	16
3.2.2 Etnia	17
3.2.3 Indicatorul socio-economic.....	17
3.2.4 Nivelul de aglomerare a locuinței	18
3.3 Comportamentul privind fumatul la gravide.....	18
3.3.1 Experiențe legate de fumat.....	18
3.3.2 Fumatul în timpul sarcinii	19
3.3.3 Intensitatea fumatului la gravide.....	20
3.3.4 De cât timp fumați?.....	21
3.3.5 Tipul țigaretelor fumate de gravide.....	21
3.3.6 Locuri unde se fumează	22
3.3.7 Schimbări de comportament privind fumatul în perioada sarcinii.....	22
3.3.8 Atitudini privind renunțarea la fumat	23
3.3.9 Soții sau partenerii lor sunt sau nu fumători activi	24
3.3.10 Metoda cea mai bună de a se lăsa de fumat	25
3.3.11 Cunoștințe privind efectele fumatului asupra sănătății gravidei și copilului.....	25

3.3.12 Informarea gravidelor asupra efectelor fumatului	28
3.3.13 Materiale cu caracter informativ despre fumat	29
3.3.14 Susținerea gravidelor pentru a renunța la fumat	30
3.3.15 Fumatul pasiv	32
3.3.16 Fumatul în spații publice.....	33
3.3.17 Atitudini ale gravidelor față de cei care fumează în prezența lor	34
3.3.18 Cunoștințe despre fumat și țigări	35
3.3.19 Avertismentele privind efectele fumatului asupra sănătății	36
3.3.20 Prețul țigărilor și descurajarea fumatului	38
Secțiunea 2 : Mamele.....	39
3.2(2) Caracteristicile socio-demografice ale mamelor fumătoare și nefumătoare	39
3.2.1(2) Nivelele de școlaritate.....	39
3.2.2(2) Etnia	40
3.2.3(2) Indicatorul socio-economic	40
3.2.4(2) Nivelul de aglomerare al locuinței	40
3.3(2) Comportamentul privind fumatul la mame	41
3.3.1(2) Experiențe legate de fumat.....	41
3.3.2(2) Ponderea fumătoarelor la momentul studiului	42
3.3.3(2) Intensitatea fumatului la mame	42
3.3.4(2) De cât timp fumați?	43
3.3.5(2) Tipul țigaretelor fumate de mame	44
3.3.6(2) Locuri unde se fumează.....	44
3.3.7(2) Schimbări de comportament privind fumatul în perioada sarcinii	45
3.3.8(2) Atitudini privind renunțarea la fumat.....	45
3.3.9(2) Soții sau partenerii lor sunt sau nu fumători activi.....	46
3.3.10(2) Metoda cea mai bună de a te lăsa de fumat.....	47
3.3.11(2) Cunoștințe privind efectele fumatului asupra sănătății gravidei și copilului	48
3.3.12(2) Informarea mamelor asupra efectelor fumatului	50
3.3.13(2) Materiale cu caracter informativ despre fumat	51
3.3.14(2) Susținerea mamelor pentru a renunța la fumat.....	53
3.3.15(2) Fumatul pasiv	54
3.3.16(2) Fumatul în spații publice.....	55
3.3.17(2) Atitudini ale mamelor față de cei care fumează în prezența lor	57
3.3.18(2) Cunoștințe despre fumat și țigări.....	57
3.3.19(2) Avertismentele privind efectele fumatului asupra sănătății	59
3.3.20(2) Prețul țigărilor și descurajarea fumatului	60
Cap.4. Concluzii si recomandari	59
Bibliografie	62

Cuvânt înainte

Acest proiect reprezintă un nou pas pe care-l dorim să-l realizăm în sensul combaterii fumatului în rândul unei categorii de populație, al cărei comportament are un impact deosebit asupra sănătății întregii populații, și anume femei gravide și tinere mame.

Studiile realizate până în prezent, având ca tema fumatul, au pus în evidență comportamentul diferitelor segmente de populației, inclusiv femei, fără a se focalize, însă, asupra gravidelor și mamelor.

Prezentul proiect a avut drept populație țintă gravidele și tinerele mame și reprezintă primul studiu, realizat în România, care analizează comportamentul acestora față de fumat.

Datorită unor constrângeri financiare, studiul s-a realizat doar pe populațiile țintă din regiunea București, motiv pentru care, concluziile pot fi generalizate doar pentru această regiune, care concentrează 10% din întreaga populație a țării.

Rezultatele studiului constituie o bază pentru construirea strategiilor antifumat, în primul rând, la nivelul instituțiilor guvernamentale. Acțiunile derivate vor putea fi, astfel, mai specifice în vederea protejării gravidelor și mamelor, de efectele nocive ale fumatului pasiv iar în cazul fumătoarelor, motivante pentru renunțarea definitivă la fumat.

Realizarea studiului a fost posibilă datorită grantului obținut, prin competiție, din partea Research for International Tobacco Control (RITC) din cadrul International Development Research Centre din Ottawa, Canada și sprijinului financiar al Canadian Tobacco Control Research Initiative (CTCRI), American Cancer Society, Inc. (ACS), Cancer Research UK, „Institut National du Cancer”, Franța și Department of International Development, UK (DFID).

Dr. Dana Otilia Fărcășanu
Președinte Executiv CPSS

Cap. 1 Context și justificare

Fumatul în timpul sarcinii și după naștere afectează pe termen lung sănătatea mamei și copilului.

1.1 Fumatul și problemele de sănătate ale nou-născutului și copilului

Numeroase studii efectuate pe plan internațional au demonstrat legătura dintre fumat și greutatea mică la naștere. Riscul de a naște un copil cu greutate mică este de două ori mai mare la fumătoare decât la cele care nu fumează în timpul sarcinii. De asemenea, s-a demonstrat că nou născuții proveniți de la femeile fumătoare în timpul sarcinii au în medie o greutate cu 200 gr, mai mică decât cele provenite de la nefumătoare.

Gravida care nu fumează poate fi expusă la fumul provenit de la fumători. Studiile au arătat că expunerea sistematică a gravidei la fumatul pasiv determină încetinirea dezvoltării fetusului și creșterea riscului nașterii copilului cu o greutate mică.

Greutatea mică la naștere, sub 2500 gr, se asociază cu numeroase probleme de sănătate în perioada de nou-născut, precum paralizii, dizabilități cronice (retard mental și probleme de învățare) și uneori chiar deces în perioada de sugar. Întârzierea dezvoltării în faza intrauterină are efecte pe termen lung determinând apariția diabetului zaharat și a bolilor cardiovasculare în perioada de adult.

Fumatul este apreciat a fi una din cauzele morții subite precum și a deceselor survenite în perioada de sugar 1-12 luni. Copiii proveniți de la mame care fumează au un risc de deces prin sindrom de moarte subită de două ori mai mare decât cei proveniți de la mame nefumătoare.

De asemenea, s-a demonstrat că există o relație de tip causal între fumatul mamei în timpul sarcinii și apariția unor boli respiratorii în copilărie, inclusiv astmul.

La toate acestea se adaugă costurile economice și emoționale ce afectează mama și întreaga familie. Mama fumătoare care alăptează își expune copilul la compoziții chimice ai fumului de țigară și chiar dacă nu fumează în prezența copilului transmite prin lapte o serie de substanțe chimice toxice.

1.2 Fumatul și problemele de sănătate ale mamei

Tabagismul matern în timpul sarcinii crește riscul avortului spontan și al nașterii premature, fiind în același timp cauza numeroaselor complicații ale sarcinii incluzând ruptura prematură a membranelor, placenta praevia și placenta abruptio.

Fumatul se asociază și cu alte numeroase complicații ale sarcinii, inclusiv sarcina ectopica. În plus există o relație de tip causal între fumat și scăderea fertilității feminine.

Pe termen lung fumatul determină riscul apariției cancerului pulmonar și genital, afecțiuni cardiovasculare, astm, infecții respiratorii.

Copiii și adulții, inclusiv femeile care se expun fumului pasiv au o rată mai crescută a infecțiilor respiratorii, precum pneumonii, bronșite și infecții ale urechii medii.

Referitor la situația din România, numeroasele studii și analize efectuate în ultimele două decenii arată o creștere constantă a prevalenței fumătoarelor. Experții consideră că acest fapt se datorează influenței publicității intense practicate de marile concerne de țigări, intrate pe piață în perioada 1994-1995, și a luării foarte tardive de către România a măsurilor de limitare a

consumului de tutun (*Cunoștințele, atitudinile și practicile populației generale referitoare la consumul de tutun și la prevederile legislative din domeniu- CPSS 2007*)

Conform datelor din cele două Studii ale sănătății reproducerii în România, 1993 (realizat pe un grup de femei cu vârste cuprinse între 15-44 de ani) și 1999 (realizat pe un grup de femei cu vârste cuprinse între 15-49 de ani), fumatul femeilor de vârstă reproductivă înregistrează creșteri importante. Dacă în 1993, 15,2 % dintre aceste femei erau *fumătoare active*, în anul 1999 ponderea lor a crescut la 30%..

În anul 2000, “National Health Statistics” raporta că 25 % din totalul femeilor din România cu vârste peste 15 ani erau fumătoare (estimări ERC bazate pe date demografice UN/USCB, date ale institutului național de statistică și vânzări).

Diferitele studii realizate în rândul elevilor din București au confirmat aceste creșteri de prevalență și la eleve precum și faptul că ponderea cea mai mare a fumătoarelor se află în regiunea București, comparativ cu celelalte regiuni ale țării (Mihantan F – 1994 și 1995).

O anchetă realizată de C. Ciufencu la Liceul “J. Monet” din București în anul 1997 pe elevi din grupa de vârstă 15-20 de ani, constată o prevalență de 38,6% a elevelor fumătoare.

Mai multe cercetări s-au referit la evaluarea prevalenței fumătorilor în grupul profesional al medicilor. Într-o anchetă efectuată de C. Didilescu (1999) în rândul medicilor s-a constatat o prevalență de 50% a fumătoarelor. Într-o altă anchetă realizată în rândul studenților medicinști din București, 30% dintre studente erau fumătoare (F. Mihantan 2000).

În literatura internațională se menționează că multe femei renunță la fumat în timpul sarcinii. Cu toate acestea, 60% reiau fumatul după 6 luni de la naștere. În România doar 4% dintre femei au declarat că au renunțat la fumat pe durata sarcinii (Studiu privind cunoștințe, atitudini și practici legate de fumat în România 2004).

Un studiu recent realizat în SUA a arătat că 13% dintre femei fumau în perioada sarcinii. S-a demonstrat că eliminarea sau reducerea fumatului în timpul sarcinii determină îmbunătățirea sănătății copilului. Renunțarea la fumat are, de asemenea, beneficii imediate pentru femei și întreaga familie.

Chiar dacă femeia nu reușește să renunțe la fumat în primul sau al doilea trimestru de sarcină, stoparea în al treilea trimestru poate încă îmbunătăți creșterea/greutatea copilului.

Pentru sugar și copil, un mediu lipsit de fum de țigară reduce riscul apariției astmului și a afecțiunilor pulmonare. Iar pentru viața de adult nefumătorii au riscuri mult mai mici de a dezvolta boli pulmonare și de inimă, cancer, hipertensiune arterială și atac de cord. Reducerea prevalenței acestor boli are implicații financiare pentru întreaga familie, inclusiv femei iar pentru România, în ansamblu, reducerea costurilor medicale atribuibile consecințelor fumatului.

Studiile internaționale au arătat că renunțarea la fumat în timpul sarcinii are legătură cu educația femeii, de dependența de fumat și de numărul de ani de când fumează.

Deși fumatul reprezintă un risc pentru întreaga populație și cu deosebire pentru gravide profesioniștii din sănătate nu sunt instruiți corespunzător pentru a ajuta femeile în general și gravidele în mod special să renunțe la fumat.

1.3 Scop și obiective

1.3.1 Scop

Prezentul proiect și-a propus realizarea unei cercetări cantitative pe populația de femei gravide și mame cu copii sub 9 luni, în regiunea București. Limitarea cercetării la acest teritoriu s-a datorat constrângerilor financiare.

Este primul studiu din România care se focalizează asupra acestor grupuri populaționale.

Realizarea studiului va aduce la zi, pentru profesioniștii din domeniul sănătății, practicieni, decidenți, informațiile privind comportamentul față de fumat, cunoștințele și atitudinile femeilor gravide și ale tinerelor mame privind riscurile fumatului asupra sănătății.

Data fiind importanța deosebită a acestei probleme, prezentul studiu își propune să ofere informații punctuale asupra următoarelor probleme:

- **Când** să se desfășoare programele de renunțare la fumat în cazul gravidelor?
- **Cum** pot fi motivate și susținute femeile să renunțe la fumat, fără a mai relua ulterior fumatul?
- **La nivelul căror instituții** să se concentreze programele de reducere și renunțare la fumat?
- **Cine** ar trebui implicat și responsabilizat în reducerea și renunțarea la fumat?

În același timp datele studiului vor putea fi utilizate în construirea unor acțiuni specifice bazate pe legislația FCTC referitoare la promovarea renunțării la fumat în rândul femeilor în general, a femeii gravide și a celor care alăptează în special.

1.3.2 Obiective

- Evaluarea comportamentului față de fumat al femeilor gravide și tinerelor mame și factorii care determină/ favorizează acest comportament, cunoștințe, atitudini privind riscurile fumatului asupra sănătății;
- Evaluarea schimbărilor de comportament privind fumatul în perioada sarcinii și după naștere, în asociere cu factori care afectează aceste schimbări (socio-culturali, educaționali, economici și care țin de sănătate);
- Identificarea factorilor care pot determina renunțarea la fumat în timpul sarcinii și după naștere.

Cap. 2 Metodologie

2.1 Concepția și sursa datelor

Pentru realizarea obiectivelor a fost elaborat un studiu epidemiologic transversal pe două eșantioane probabilistice (independente) reprezentative pentru populațiile țintă din regiunea București: gravide și femei care au copii sub 9 luni.

Studiul s-a desfășurat doar în regiunea București din cauza constrângerilor bugetare. S-a ales această regiune (din cele 8 regiuni ale României) deoarece în București există o populație eterogenă, reprezentând 10% din populația țării și care întrunește mai multe caracteristici ale întregii populații a țării.

În scopul obținerii datelor a fost utilizată ancheta pe baza unui chestionar structurat. S-a utilizat un singur chestionar, având o structură adaptată pentru cele două categorii de femei.

2.1.1 Eșantionarea

A. Pentru că este dificilă și costisitoare obținerea unui lot reprezentativ de femei gravide, s-a recurs la femei spitalizate aflate în perioada post-partum. Argumentele în favoarea acestei opțiuni au fost următoarele :

- a) pot fi găsite ușor (se află în maternități);
- b) fiind în perioada imediat post-partum pot furniza cu mare probabilitate informații nedistorsionate despre comportamentele avute și evenimentele petrecute în timpul sarcinii.
- c) reprezintă cu multă fidelitate grupul gravidelor, deoarece în România și, cu deosebire în regiunea București, toate femeile gravide nasc în maternități, unde staționează cel puțin 3 zile (chiar și cele care prin forța împrejurărilor nasc în alte locuri, sunt aduse ulterior în maternități);

Procedeul aplicat pentru obținerea unui lot randomizat de femei aflate în perioada post-partum, reprezentativ pe regiunea București a constat în:

- a) includerea în studiu a celor 9 maternități aflate pe teritoriul regiunii București - în ideea de a evita deosebirile mari care pot exista între femeile care nasc în diferite maternități;
- b) stabilirea, în urma diferitelor calcule, a unei perioade de "observare" de 10 zile – necesară și suficientă pentru a avea un număr convenabil de cazuri din punctul de vedere al reprezentativității și al analizelor statistice;
- c) stabilirea unei scheme logice de vizitare simultană a maternităților de către operatorii de anchetă pentru cuprinderea tuturor femeilor care se află în maternități în intervalul de timp determinat (Anexa 1).

Trei operatori de anchetă au putut acoperi cerințele schemei de vizitare simultană a maternităților. Eșantionul astfel estimat a fost de 480, reprezentând 3 % din populația reală.

B. Pentru al doilea eșantion, mame având copii sub 9 luni, procedeul de selecție a fost următorul: de la fiecare sector al Municipiului București și al județului Ilfov (regiunea București) au fost selectați randomizat 3 medici de familie. De pe listele acestor medici au fost selectate toate mamele având copii sub 9 luni. Ținând cont că în acest interval de timp aproape toate mamele din grupul țintă se prezintă la medicul de familie pentru vaccinări, operatorii, având mamele prealabil selectate, au urmărit pe parcursul a 6 săptămâni apariția lor la dispensare, în zilele în care erau programate vaccinările.

Este posibil ca eșantionul obținut prin această metodă să aibă pierderi de reprezentativitate deoarece acoperirea cu vaccinări a populației infantile depășește 95%, dar nu atinge niciodată 100%. Cazurile care se pierd reprezintă extremele categoriei (fie mame care neglijează vaccinarea ori mame care cheamă un medic la domiciliul propriu pentru vaccinarea copilului).

În eventualitatea în care medicii de familie selectați refuzau colaborarea, s-ar fi extras alți medici după aceleași rigori de randomizare. Dar nu au fost refuzuri din partea lor, însă în unele sectoare au fost necesare extrageri suplimentare de medici de familie pentru acoperirea necesarului de eșantion. În total au intrat în studiu 26 de cabinete ale medicilor de familie. Mărimea eșantionului (384 cazuri) a fost calculată astfel încât estimarea caracteristicilor principale să poată fi realizată cu o încredere de 95% și o precizie de +/- 5 %.

2.1.2 Eligibilitatea

Au fost rugate să participe la studiu: a) toate femeile care au născut în intervalul definit - excepție făcând doar acelea care se aflau într-o stare ce nu permitea realizarea interviului după 24-36 ore de la naștere, precum și b) cele care se află pe listele medicilor selectați randomizat și au copil sub 9 luni.

Fiecărei femei i s-a explicat scopul studiului și a primit și în scris toate datele necesare pentru informare completă (anexa 2). Din cauza situației de persoane spitalizate, femeile au fost intervievate numai cu acordul prealabil al personalului medical.

2.1.3 Participarea

Din totalul de 470 mame care se aflau în maternitate în perioada post partum au refuzat să participe 56 (12%). Refuzurile nu au fost caracteristice unor categorii sociale. În cazul femeilor cu copii sub 9 luni, numărul de refuzuri a fost de 22.

În final eșantionul cuprindea 362 cazuri ceea ce reprezintă 94,2% din eșantionul inițial.

2.1.4 Instrumente

Chestionarul a fost instrumentul de colectare a datelor. La baza stabilirii întrebărilor s-a ținut cont de literatura de specialitate. S-au preluat și întrebări din chestionarul furnizat de The Canadian Tobacco Control Research Institute pentru Libia precum și de alte întrebări utilizate în cercetările din România care au vizat și aceste probleme (Studiul Sănătății Reprodusei în România -2001).

Definitivarea chestionarului a presupus mai multe etape pentru a fi corespunzător atât din punctul de vedere al relevanței, specificității, aplicabilității cât și al introducerii și prelucrării datelor. Chestionarul a fost testat în două rânduri o dată în condiții “teoretice” și o dată în condiții reale, prilej cu care s-a testat și funcționarea întregii metodologii de colectare a datelor.

După pretestare, efectuată pe 30 de femei în perioada post partum și tot atâtea femei care au copii sub 9 luni, unele întrebări și variante de răspunsuri au fost modificate. Datele obținute prin pretestare au fost introduse în calculator verificându-se astfel și funcționarea programului de introducere a datelor –în SPSS

Culegerea datelor a fost realizată de profesioniști în domeniul socio-uman cu experiență în realizarea de anchete: psiholog, asistent social și medic. Grupul tehnic de coordonare a supervizat activitatea de culegere a datelor.

Perioada de culegere a datelor a fost aprilie –iunie 2007.

2.1.5 Analiza și prezentarea datelor

Datele au fost prelucrate în programul SPSS. S-au analizat relațiile dintre diferitele variabile, s-au utilizat teste statistice.

Fumatul în perioada sarcinii și la tinerele mame a fost analizat în asociere cu indicatori socio-economici, demografici precum și în relație cu cunoștințele, informațiile/sprejuzinul obținut în aceste perioade de la personal medical.

Prezentarea datelor este făcută în două secțiuni distincte: gravide și mame.

2.1.6 Limite

1. Rezultatele studiului pot fi generalizate numai pentru femeile gravide și mamele care au copii sub 9 luni, din regiunea București – regiune care deține peste 10 % din populația României;
2. Cele două eșantioane prezintă grade diferite de reprezentativitate datorită modalităților diferite de selecție. Acest lucru este vizibil în caracteristicile socio-economice și demografice.
3. Etnia a fost consemnată prin autodeclarare.

2.1.7 Concepte, definiții, note

1. Sunt considerate fumătoare femeile care în momentul realizării studiului fumau zilnic sau ocazional produse din tutun – țigarete;
2. Nefumătoare sunt considerate femeile care în momentul desfășurării studiului nu fumau (indiferent dacă anterior practicaseră sau nu fumatul diferitelor produse din tutun);
3. Singurele produse din tutun, fumate de femeile din prezentul studiu, sunt țigaretele;
4. Totalul menționat în tabele și figuri este diferit în funcție de numărul femeilor care au răspuns la respectiva întrebare.

Cap. 3 Prezentarea rezultatelor

3.1 Caracteristicile gravidelor și ale mamelor care au luat parte la studiu

3.1.1 Mediul de reședință

Caracteristicile femeilor în funcție de mediul de reședință sunt prezentate în Tabelul 1. În ambele eșantioane predomină femeile provenite din mediul urban. Aceasta deoarece regiunea București conține capitala - cea mai mare aglomerare urbană din România (cu aproape 2 milioane de locuitori). Ca pondere, există o diferență importantă între cele două eșantioane; gravidele din mediul rural sunt de 3 ori mai numeroase decât mamele. Diferența se datorează tipurilor diferite de selecție, aplicate pentru cele două eșantioane.

Tabel 1
Distribuția procentuală a gravidelor și mamelor
în funcție de mediul de reședință

Mediul de reședință	Gravide (n= 412)	Mame(n=362)
Urban	75,8% (312)	91,4%(331)
Rural	24,2% (100)	8,3%(30)
Total	100%	100%

3.1.2 Vârsta

Există diferențe importante între cele două eșantioane, în privința vârstei. Populația din eșantionul gravidelor este mult mai tânără decât cea a mamelor. Ponderea gravidelor sub 25 de ani este cu 10 procente mai mare decât cea a mamelor. Diferența se explică prin ponderea diferită în cele două eșantioane a persoanelor provenite din mediul rural, unde, după cum arată statisticile oficiale, nașterile sunt mai frecvente la vârstele tinere.

Însă cele mai multe femei se încadrează în grupa 25-29 de ani în ambele eșantioane (Tabel 2).

Tabel 2
Distribuția procentuală a gravidelor și mamelor
în funcție de grupe de vârstă

Grupa de vârstă	Gravide (n=402)	Mame (n=362)
Sub 15 ani	0,5%(2)	-
15-19 ani	8,5%(34)	6,1%
20-24 ani	27,1%(109)	19,7%
25-29 ani	31,4%(126)	36,6%

30-34 ani	21,1%(85)	28,7%
35- 39 ani	10,7%(46)	8,3%
40 și peste	0,7%(3)	0,6%
Total	100%	100%

3.1.3 Etnia

Etnia a fost consemnată pe baza declarațiilor respondenților. 87,3% din eșantionul de gravide și 83,4% din eșantionul mamelor s-au declarat de etnie română, 11,8 și, respectiv, 15,2% s-au declarat de etnie romă (Tabel 3). La alte etnii au fost două maghiare, o turcă și o macedoniană .

Atrage atenția faptul că etnicii romi sunt supra-reprezențați în ambele eșantioane – în raport cu datele altor studii realizate pe populație similară, în regiunea București, și unde ponderea lor nu depășește 10%.Aceasta supra-reprezentare inasa este normala in cazul gravidelor si al mamelor datorita ratelor mai crescute de fertilitate la aceasta etnie.

Tabel 3
Distribuția procentuală a gravidelor și mamelor
în funcție de etnie

Etnia	Gravide(n=411)	Mame(n=362)
română	87,3%(356)	83,4%(302)
romă	11,8%(48)	15,2%(55)
altele	0,9%(4)	1,1%(4)
Total	100%	100%

3.1.4 Nivelul de școlaritate

În privința școlarității, în ambele eșantioane predomină o populație cu un nivel de școlaritate mult peste învățământul obligatoriu – peste 75% dintre gravide și peste 60% dintre mame. De asemenea, ponderea femeilor cu studii postliceale și universitare atinge o treime în cazul gravidelor și peste o pătrime în cazul mamelor (Tabel 4). Această configurație este specifică regiunii București, fiind constatată și de alte studii efectuate pe populații similare.

Tabel 4
Distribuția procentuală a gravidelor și mamelor
în funcție de nivelul de școlaritate

Nivel de școlaritate	Gravide (n= 411)	Mame (n=362)
Fără școală	2.4%(10)	2,8%(10)

Scoală primară	4,6%(19)	3,6%(13)
Scoală generală	18%(74)	17,4(63)
Liceu și școală profesională	41,5%(170)	36,2(131)
Colegiu/Universitate	33,7(138)	40%(144)
Total	100%	100%

3.1.5 Starea civilă a fost introdusă în studiu pentru a diferenția femeile/mamele singure de femeile aflate în cupluri stabile, căsătorite sau în uniune. Ceea ce surprinde în acest studiu este numărul redus al persoanelor divorțate/ separate (aproape inexistentă) atât în rândul gravidelor cât și al mamelor (Tabel 5).

În alte studii recente realizate pe populații asemănătoare (dar care reprezintă întreaga țară), ponderea acestor categorii, în urban, atinge 3,5% iar în rural 2,6%. Este posibil ca, în contextul în care se aflau, unele mamele să nu fi răspuns sincer la această întrebare.

Tabel 5
Distribuția procentuală a gravidelor și mamelor
în funcție de starea civilă

Starea civilă	Gravide(n=405)	Mame(n=362)
Căsătorită / în uniune	99,3%(402)	98,1%(355)
Divorțată/separată	0	1,1%(4)
Necăsătorită/văduvă	0,7%(3)	
Total	100%	100%

3.1.6 Statutul ocupațional

Peste 75% dintre femeile din ambele grupe sunt angajate (Tabel 6). Această distribuție a femeilor este similară altor studii efectuate în regiunea București, fiind particulară doar acestei regiuni a țării, la fel ca și nivelul de școlaritate.

Tabel 6
Distribuția procentuală a gravidelor și mamelor
în funcție de statutul ocupațional

Statusul ocupațional	Gravide (n=406)	Mame (n=362)
Angajată în muncă	76,9%(312)	80,1%(290)
Neangajată	23,1%(94)	19,9%(72)
Total	100%	100%

3.1.7 Nivelul socio-economic

Pentru aprecierea stării socio-economice a femeilor, a fost creat un **indicator socio-economic**, distribuit pe 3 niveluri – scăzut, mediu, ridicat – pornind de la posesia unor bunuri și utilități precum: aragaz, televizor, frigider, mașină de spălat, telefon mobil, closet cu apă, aspirator, congelator, încălzire centrală, automobil, CD player, PC, Video,cuptor cu microunde, camera video, radio,.

Nivelul socio-economic scăzut (posesia a cel mult 5 bunuri/utilități) caracterizează între 12,4 și 3,9 % dintre femei, nivelul socio-economic mediu (posesia a cel puțin 6 și cel mult mult 10 bunuri/utilități) caracterizează 36 % și, respectiv, 24,9% dintre femei, nivelul socio-economic ridicat (posesia a cel puțin 11 bunuri/utilități) caracterizează 51,6 și 55,8 % din femeile mame din cele două eșantioane (tabelul 6).

Această distribuție este specifică, de asemenea, doar regiunii București, datele fiind similare si altor studii, factorul cel mai important de diferențiere al acestei regiuni este data de ponderea foarte mare a populației urbane precum și de nivelurile mai mari ale salariilor(zona avand oferta cea mai mare de muncă din țară).

Tabel 7
Distribuția procentuală a gravidelor și mamelor
în funcție de nivelul socio-economic

Nivel socio-economic	Gravide (n=403)	Mame (n=306)
Scăzut	12,4%(50)	3,9%(14)
Mediu	36% (145)	24,9%(90)
Ridicat	51,6%(208)	55,8%(202)
Total	100%	100%

3.1.8 Gradul de aglomerare a locuinței

Deoarece condițiile de locuit sunt importante în comportamentul față de fumat și consecințele asupra celor din locuință, a fost creat un indicator al condițiilor de locuit – gradul de aglomerare a locuinței. Numărul de persoane a fost împărțit la numărul de camere - cu cât valoarea rezultata este mai mică, cu atât condițiile sunt mai bune. În funcție de cifra rezultată, s-au delimitat 3

niveluri: 1 și sub = nivel de aglomerare scăzut (cel mult o persoană/cameră); peste 1 dar sub 3 = nivel de aglomerare mediu (mai mult de o persoană/cameră dar mai puțin de 3 persoane); peste 3 = nivel de aglomerare ridicat (cel puțin 3 pers într-o cameră).

Majoritatea femeilor, 69,6% dintre gravide și 66,9% dintre mame, trăiesc în condiții de aglomerare medii deci cu cel mult 2 persoane/cameră. Ponderea femeilor care trăiesc în condiții de mare aglomerare se situează în jurul valorii de 5 % la gravide și 6% la mame (Tabel 8).

Tabel 8
Distribuția procentuală a gravidelor și mamelor
în funcție de nivelul de aglomerare a locuinței

Nivel de aglomerare	Gravide (n=411)	Mame (n=362)
Scăzut (1 și sub) Cel mult o persoană/cameră	25,3%(104)	26,2%(95)
Mediu (peste 1 dar sub 3) Mai mult de o persoană pe cameră dar mai puțin de 3 persoane	69,6%(286)	66,9%(242)
Ridicat (peste 3) Cel puțin 3 pers într-o cameră	5,1%(21)	6,1%(22)
Total	100%	100%

Secțiunea 1: Gravidele

3.2 Caracteristicile socio –demografice ale gravidelor fumătoare și nefumătoare

3.2.1 Nivelul de școlaritate

Asocirea comportamentului față de fumat cu **nivelele de școlaritate** arată că fumătoarele înregistrează cele mai mari frecvențe în categoria gravidelor cu educație înaltă (23,1%) urmate de femeile cu școala generală. Cele mai puține gravide fumătoare sunt în categoria femeilor cu școală elementară sau fără școală (17,2%) (Tabel 9). Această situație reflectă o deficiență în educația școlară la componenta educației pentru sănătate, deficiență care persistă la toate nivelurile educaționale.

Tabel 9
Distribuția procentuală a gravidelor fumătoare (F) și nefumătoare (N)
după nivelul de școlaritate

Nivel de școlaritate	Gravide (n= 411)		
	Total	F	N
Fără școala+școala primară	100(29)	17,2%(5)	82,8%(24)
Șc.generala	100(74)	22,9%(17)	77,1%(57)
Liceu și școala prof.	100(170)	21,7%(37)	78,3%(133)
Colegii/Univ	100(138)	23,1%(32)	76,9%(106)

3.2.2 Etnia

Prevalența gravidelor fumătoarelor la **etnia** română și romă este aproape identic, 22% la românce și 21% la rome (Tabel 10).

Tabel 10
Distribuția procentuală a gravidelor fumătoare și nefumătoare
după etnie

	Gravide N= 411	
	Română	Romă
Fumează	22%(78)	21%(10)
Nu fumează	78%(278)	79%(38)
Total	100% (356)	100% (48)

3.2.3 Indicatorul socio-economic

Fumatul la gravide asociat cu **indicatorul socio-economic** arată că frecvența cea mai mare a fumătoarelor se înregistrează la femeile cu nivel socio-economic ridicat (21%), urmat de cele cu nivel scăzut (Tabel 11).

Tabel 11
Distribuția procentuală a gravidelor după nivelul socio-economic

Nivel socio-economic	Gravide (n= 411)		
	Total	F	N
Scăzut	100%	18%	82%
Mediu	100%	6,7%	93,3%
Ridicat	100%	21%	79%

3.2.4 Nivelul de aglomerare a locuinței

Referitor la fumat și nivelului de aglomerare a locuinței la gravide cele mai multe fumătoare trăiesc în locuințe cu aglomerare medie (Tabel 12).

Tabel 12
Distribuția procentuală a gravidelor și mamelor după nivelul de aglomerare a locuinței

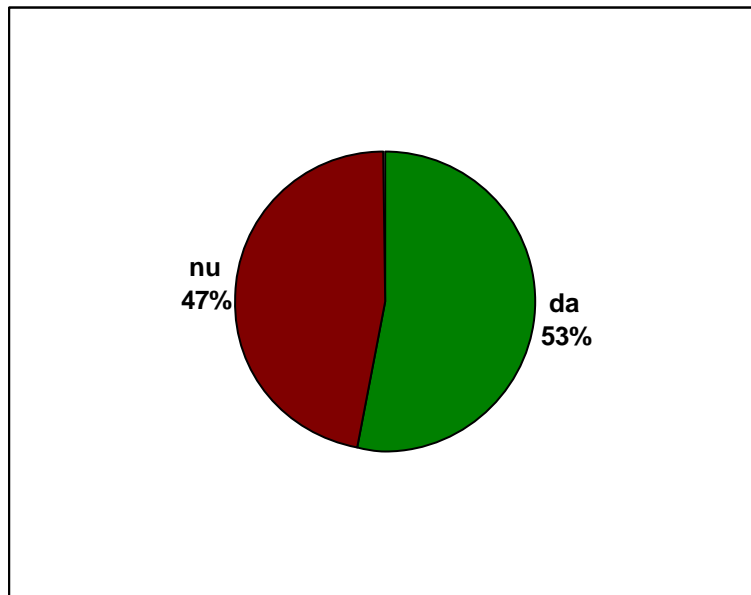
Nivel de aglomerare	Gravide (n=411)		
	Total	F	N
Scăzut	100%	22%	78%
Mediu	100%	23%	77%
ridicat	100%	14%	8%

3.3 Comportamentul privind fumatul la gravide

3.3.1 Experiențe legate de fumat

Toate gravidele intrate în lotul de studiu au fost întrebată dacă au fumat vreodată. Peste 50% dintre ele au avut experiența fumatului cel puțin o dată pe parcursul vieții (Figura 1).

Figura 1
Ați fumat vreodată?



3.3.2 Fumatul în timpul sarcinii

La momentul studiului ponderea gravidelor care s-au declarat a fi fumătoare active era de 22% (Figura 2). Este de menționat faptul că aceste date sunt concordante cu cele raportate în studiul Reproducerii în România, unde a fost menționat procentul de 22% al femeii fumatoare și de asemenea, și cu tendințele literaturii de specialitate, care atestă procente de 20-25% a fumatului la femeile gravide

Pentru a avea o imagine corectă a fumatului în rândul gravidelor precizăm faptul că ponderea femeilor gravide care au fumat în timpul sarcinii este mai mare decât 22%. Astfel, studiul releva faptul că ponderea gravidelor care fumaseră perioade variabile în timpul sarcinii era de 36% (Figura 2a), dar dintre acestea au rămas fumătoare active, până la sfârșitul sarcinii 22%. Conform definiției adoptate în metodologie doar aceste gravide au fost considerate a fi „fumătoare”.

Apreciate în acest context ponderea gravidelor în regiunea București care fumează în timpul sarcinii „iese” prin mărime (36%) din datele literaturii.

Figura 2a
Ați fumați în timpul sarcinii

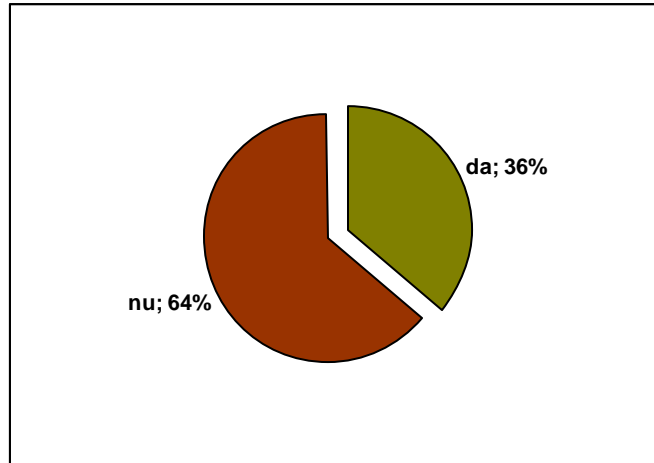
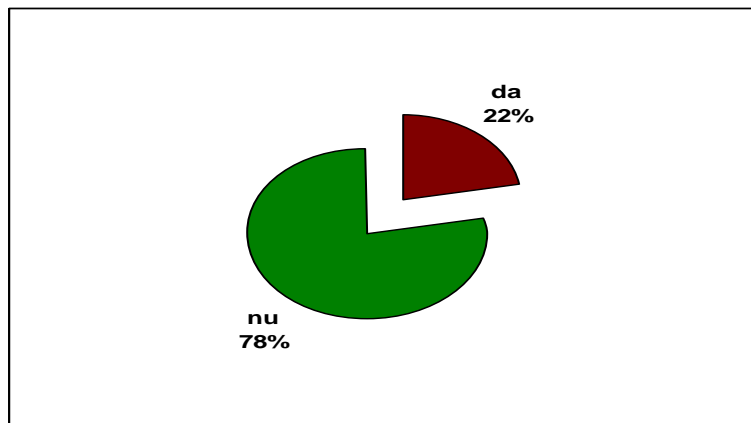


Figura 2
În prezent fumați?



3.3.3 Intensitatea fumatului la gravide

Cele mai multe dintre gravidele fumătoare, peste 40%, fumează între 10-20 de țigări zilnic. Ponderea celor care fumează, zilnic, cel puțin 20 de țigarete depășește 27% (Tabel 13).

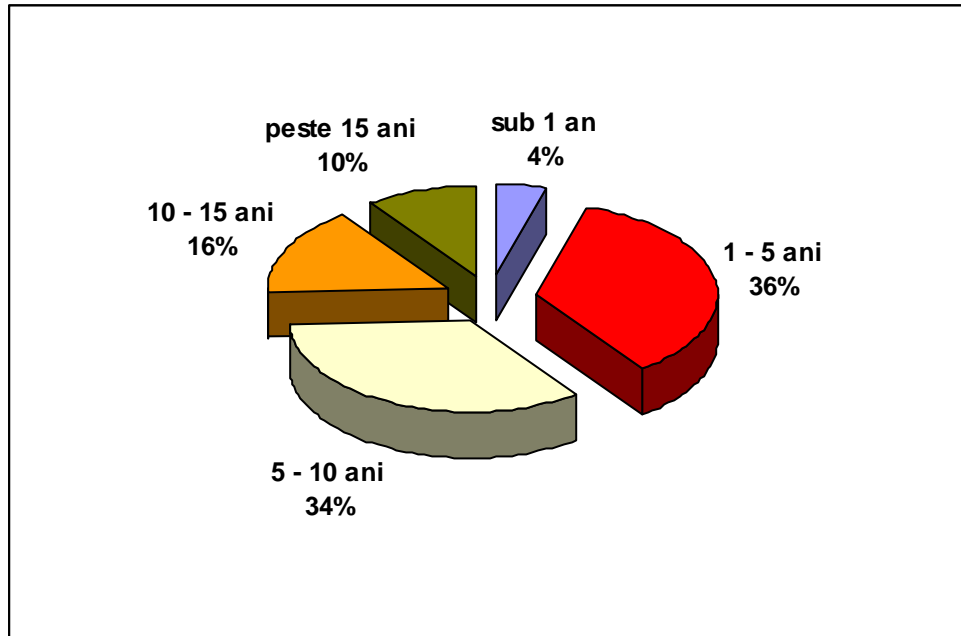
Tabel 13
Numărul de țigarete fumate zilnic de gravide
Distribuție procentuală

Număr de țigarete	Gravide (N=91)
Sub 5	13,2%(12)
5-10	16,5%(15)
10-20	42,8%(39)
20 și peste	27,5%(25)

3.3.4 De cât timp fumați?

Procentul fumătoarelor începătoare, adică a celor care fumează de mai puțin de un an este mic (4%). 60% dintre gravide fumează de peste 5 ani. O situație mai detaliată este prezentată în Figura 3.

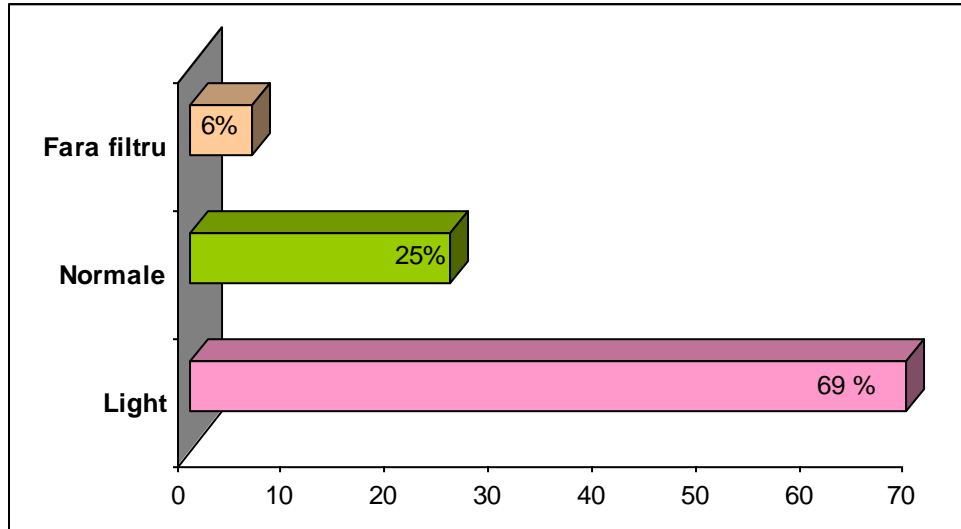
Figura 3
De cât timp fumați?



3.3.5 Tipul țigaretelor fumate de gravide

Toate gravidele fumătoare au fost întrebată ce tip de țigaretă fumează s-au referit la țigaretile "light", "normale" (cele cu filtru fără mențiunea light), și cele fără filtru. Aproape 70 % dintre femeile fumează țigaretă light, 25 % țigaretă "normale" și 6% țigaretă fără filtru (Figura 4).

Figura 4
Ce tip de țigaretă fumați?



3.3.6 Locuri unde se fumează

Majoritatea gravidelor fumează acasă (57%), aproape un sfert, și sau în spații publice iar 32% indică (și) casa prietenilor (Tabel 14).

Tabel 14
În ce locuri fumați?
- răspunsuri multiple-

	Gravide (N=91)
Acasă	57% (52)
Spații publice	23% (21)
Casa prietenilor	32% (29)

Îngrijorător este faptul că 13,2% dintre gravide declară că fumează și în camera unde se află un copil (Tabel 15).

Tabel 15
Fumați și în camera unde se află copilul?

	Gravide (N=91)
Frecvent	2,2% (2)
Uneori	11% (10)

3.3.7 Schimbări de comportament privind fumatul în perioada sarcinii

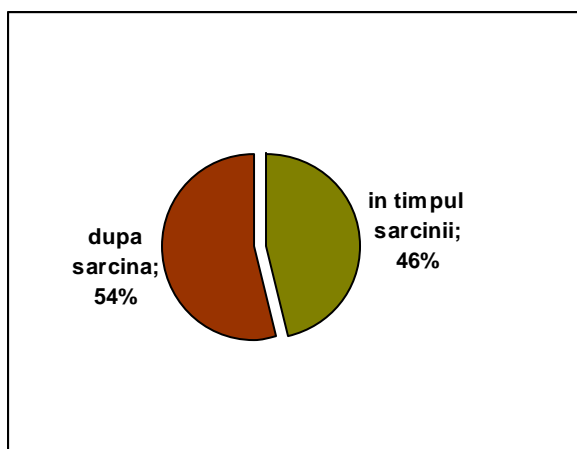
Pentru a evalua schimbările de comportament față de fumat în timpul sarcinii, **gravidele fumatoare la momentul studiului** au fost întreabate despre cât de mult fumau în timpul sarcinii față de perioada anterioară sarcinii. Peste 62% dintre gravide au afirmat că au fumat mai puțin în timpul sarcinii, dar mai mult de o treime dintre ele fumaseră la fel sau chiar mai mult în timpul sarcinii. Doar 2,3 % dintre ele au încercat să renunțe la fumat, fără succes (Tabel 16).

Tabel 16
Comportamentul privind fumatul în timpul sarcinii(fumatoare active)

	Gravide (N=88)
Am fumat/ fumez la fel	29,5%(26)
Am fumat/ fumez mai mult	5,7%(5)
Am fumat/ fumez mai puțin	62,5%(55)
Am renunțat o perioada și am reînceput	2,3%(2)

Dintre gravidele care fumaseră vreodată(de-a lungul vieții), 30%(125) nu mai erau fumatoare active la momentul studiului. Aproape jumătate dintre ele 46,4%(58) renunțat la fumat pe parcursul sarcinii. Motivele care au stat la baza renunțării sunt următoarele: nu mai suportau țigara, grija pentru sănătatea proprie, protecția sănătății copilului/ copiilor, pentru a proteja sarcina, lipsa unui anturaj de fumători.

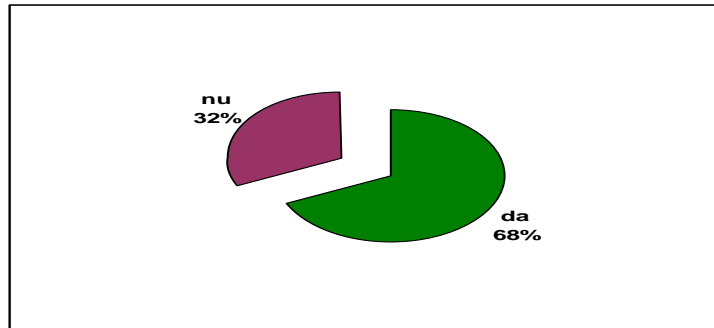
Figura 4a
Cand ati renunțat la fumat?



3.3.8 Atitudini privind renunțarea la fumat

Întreabate dacă ar dori să renunțe la fumat, 68% dintre gravide au răspuns afirmativ (Figura 5).

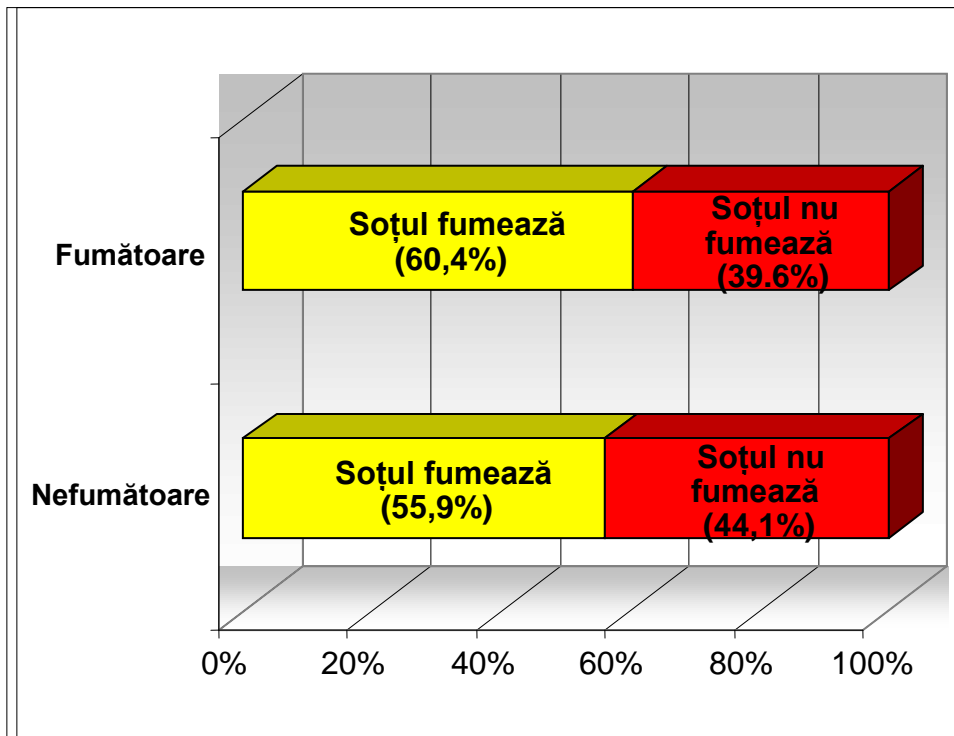
Figura 5
Ați dori să renunțați la fumat?



3.3.9 Soții sau partenerii lor sunt sau nu fumători activi

Comportamentul gravidelor privind fumatul poate fi pus în legătură și cu comportamentul anturajului apropiat față de acest obicei. Gravidele au fost întrebat dacă **soții sau partenerii lor sunt sau nu fumători activi**. Din datele studiului a reieșit că peste 60% dintre femeile fumătoare au soți/ parteneri fumători. Dar atrage atenția și faptul că proporția soțiilor fumători în cazul gravidelor nefumătoare depășește 55 % (Figura 6). Deci, dificultatea renunțării la fumat poate fi pusă în legătură și cu comportamentul soților. Pe de altă, parte riscul ca aceste femei să fie (și) fumătoare pasive este mare.

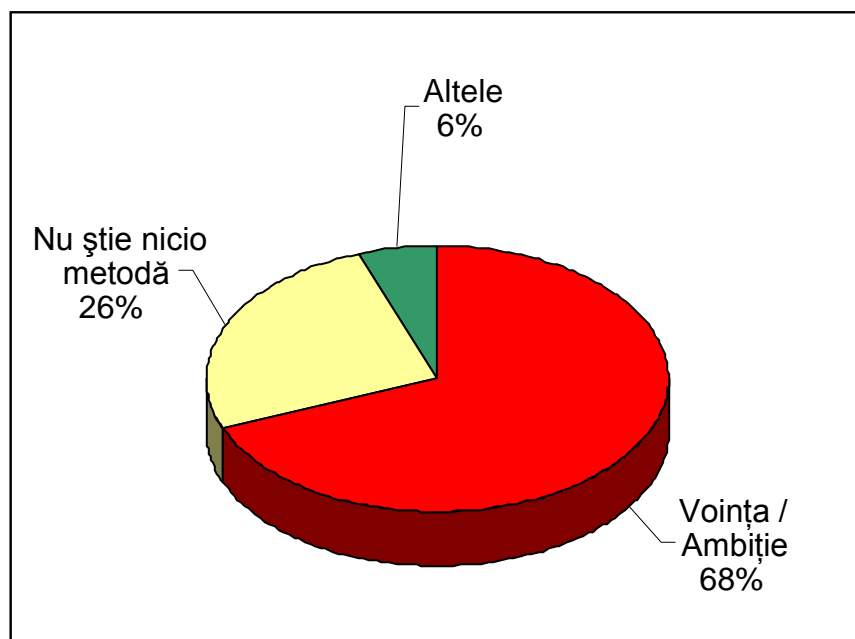
Figura 6
Soțul/ partenerul dumneavoastră fumează?



3.3.10 Metoda cea mai bună de a se lăsa de fumat

Gravide au fost întrebat despre cunoașterea **metodei celei mai bune de a se lăsa de fumat**. Este semnificativ faptul că într-o proporție de 68% metoda indicată este “voința proprie”. Această viziune “individualistă” indică sărăcia/ inexistența unei culturi de sprijin pentru gravide în efortul renunțării la fumat (Figura 7). Nu este de neglijat nici faptul că 26 % dintre fumătoare nu cunosc nicio metodă de renunțare la fumat.

Figura 7
Care este cea mai bună metodă de a renunța la fumat?



3.3.11 Cunoștințe privind efectele fumatului asupra sănătății gravidei și copilului

Fumatul este considerat un factor de risc în sănătatea mamei și copilului. Mamele fumătoare sunt predispuse, pe lângă afecțiuni respiratorii, la avort, naștere prematură, deslipire prematură de placentă.

În ceea ce privește nou-născutul, fumatul gravidei generează greutate mică și predispoziție la infecții respiratorii, astm bronșic, cancer.

Anumite studii au evidențiat legatura dintre fumatul mamei în sarcină și tulburările de comportament ulterioare ale copilului, precum și o viitoare dependență la nicotină.

Datele studiului arată că 90% dintre gravidele, atât la fumătoare cât și nefumătoare afirmă că au cunoștințe referitoare la faptul că **fumatul afectează sănătatea femeii** (Figura.8.1 și Figura 8.2).

Figura 8.1
Fumatul afectează sănătatea femeii?
- Fumătoare -

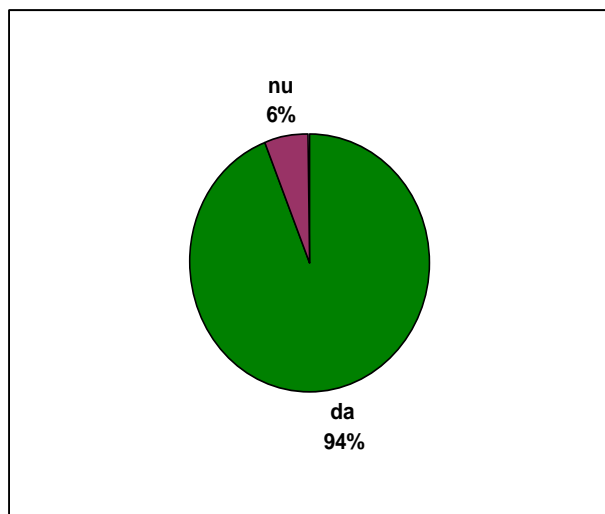
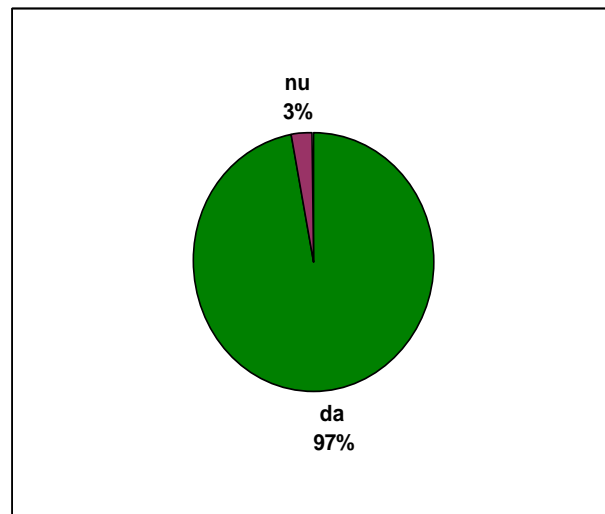


Figura 8.2
Fumatul afectează sănătatea femeii
-Nefumătoare-

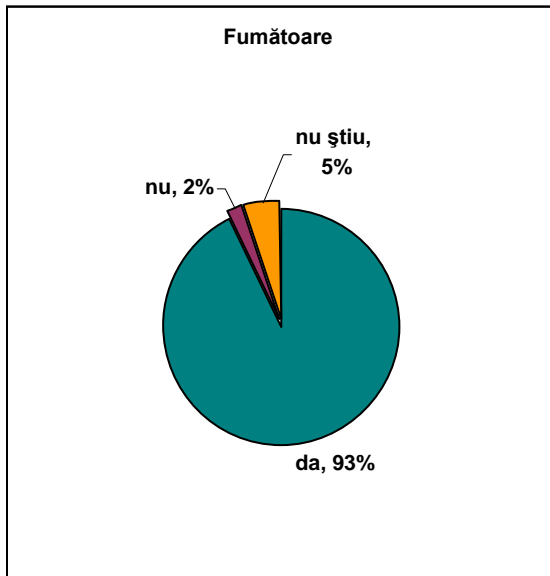


Referitor la efectele fumatului asupra **sănătății gravidei**, ponderea celor care răspund afirmativ scade în raport cu întrebarea precedentă, atât la fumătoare cât și la nefumătoare. (Figura 9.1 și Figura 9.2).

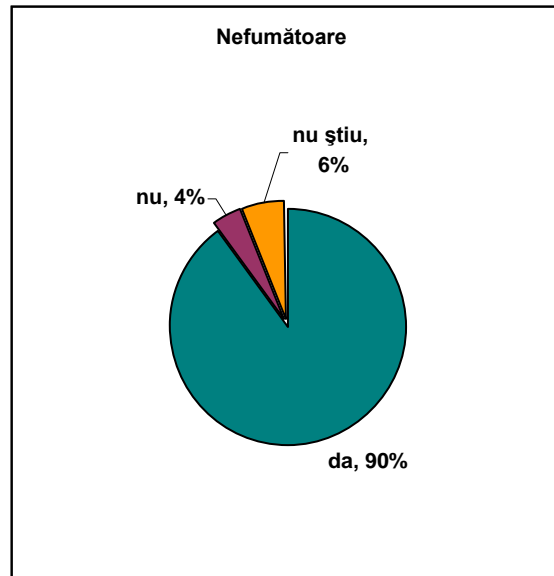
Figura 9.1
Fumatul afectează sănătatea femeii

Figura 9.2
Fumatul afectează sănătatea femeii

gravide?



gravide?



Dar cele mai puține cunoștințe ale gravidelor privesc efectele negative ale fumatului asupra sănătății fătului (Figura 10.1 și Figura 10.2). Așadar, tocmai informațiile care sunt specifice gravidelor lipsesc cel mai frecvent din cultura lor.

Figura 10.1
Fumatul afectează sănătatea fătului?

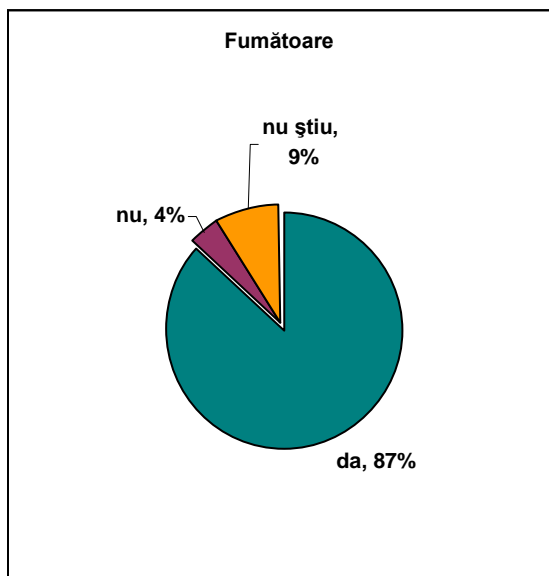
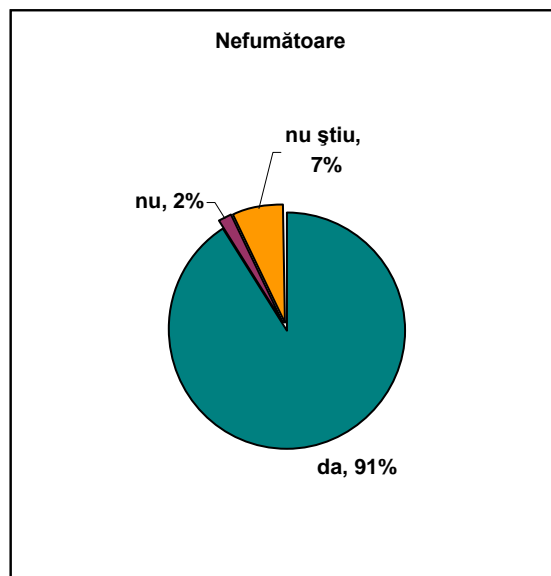


Figura 10.2
Fumatul afectează sănătatea fătului?

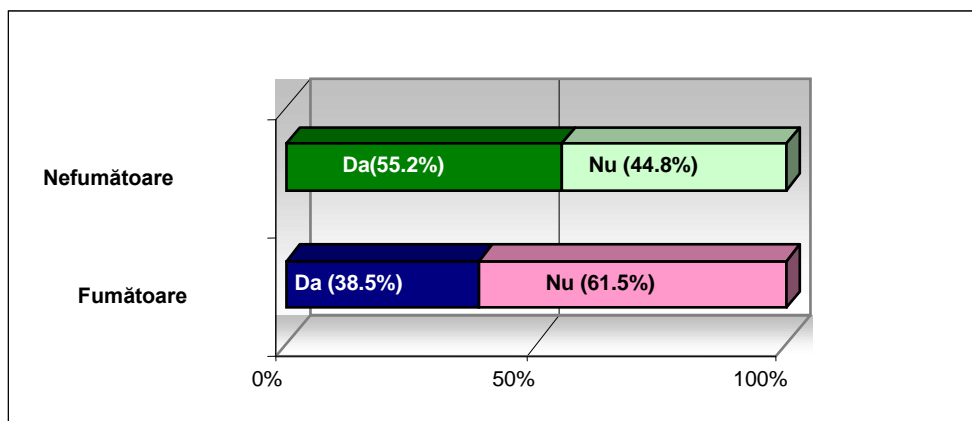


3.3.12 Informarea gravidelor asupra efectelor fumatului

În ceea ce privește faptul dacă gravidele au primit sau nu informații referitoare la efectele fumatului s-a constatat că nu mai mult de 25% dintre toate gravidele au primit informații despre consecințele fumatului asupra sănătății (datele nu sunt prezentate).

38,5 % dintre fumătoare și 55,2 % dintre nefumătoare au declarat că au primit informații privind efectele negative ale fumatului asupra sănătății femeilor și copiilor (Figura 11).

Figura 11
Ați primit informații referitoare la efectele fumatului?



În ansamblu, cele mai multe gravide (65%) indică drept sursă pentru aceste informații părinții și internetul (datele nu sunt prezentate).

În cazul gravidelor fumătoare, personalul medical este indicat drept sursă doar de 14,3% dintre respondenți.

După cum declară gravidele, informațiile privind efectele fumatului asupra sănătății au ajuns la ele înainte de sarcină (39%). Atrage însă atenția ponderea extrem de mică a gravidelor (1,5%) care afirmă că au fost informate de medici în cadrul consultațiilor prenatale (datele nu sunt prezentate).

3.3.13 Materiale cu caracter informativ despre fumat

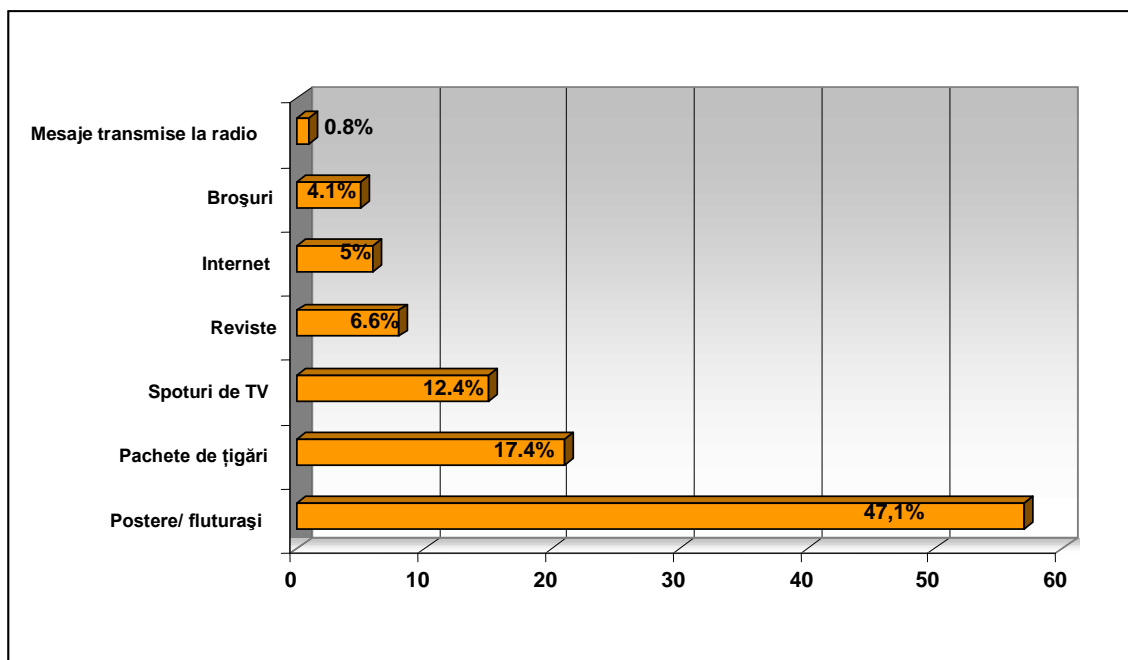
Peste 44 % dintre fumătoare și 49 % dintre nefumătoare au primit materiale informative despre fumat (Tabel 17). Mai mult de 85% dintre gravide - fumătoare și nefumătoare - apreciază că materiale erau redactate într-o formă atractivă și ușor de înțeles. Putin peste 50% dintre ele apreciază că, materialele informative care au ajuns la ele erau chiar adresate femeilor gravide (datele nu sunt prezentate).

Tabel 17
Ați primit materiale scrise despre efectul fumatului în timpul sarcinii?

	Fumătoare	Nefumătoare
Da	44.1% (15)	49.4% (87)
Nu	52.9% (18)	49.4% (87)
Nu răspunde	2.9% (1)	1.1% (2)
Total	100% (34)	100% (176)

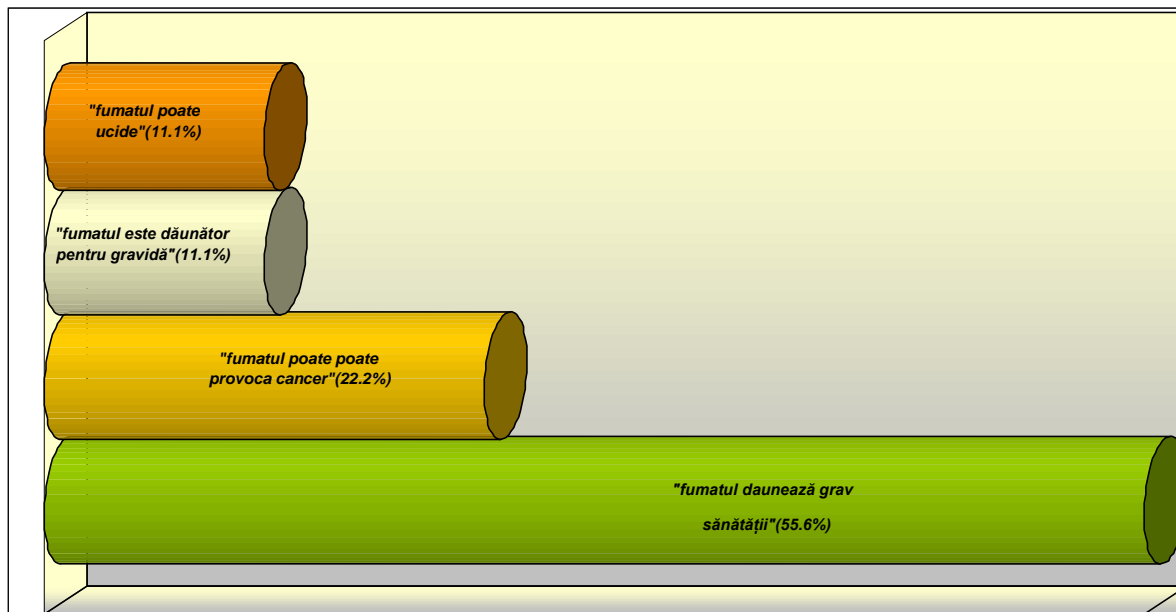
După cum este prezentat în Figura 12 mesajele informative au fost transmise pe foarte multe căi. Cele mai frecvente căi citate au avut posterele și fluturașii (47,1%) urmate la distanță mare de pachetele de țigări (17,4%) și spoturi TV (12,4%).

Figura 12
Ce fel de materiale informative cunoașteți?



Mesajele care au impresionat cele mai multe gravide sunt: “*Tutunul dăunează grav sănătății*” și “*Fumatul poate provoca cancer*” (Figura 13).

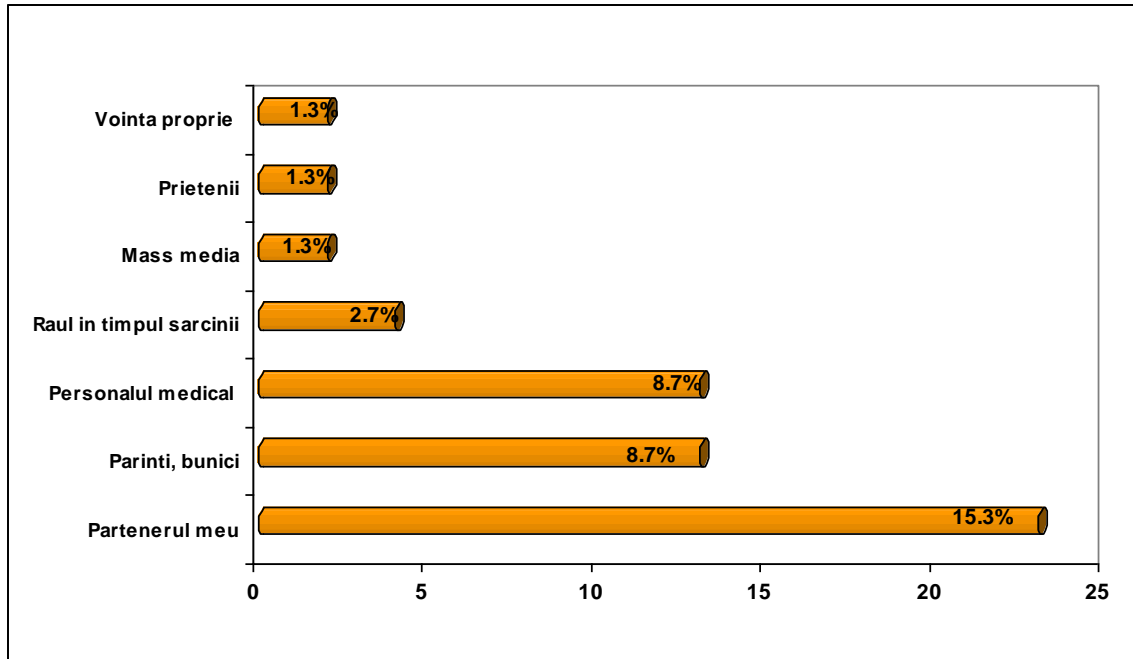
Figura 13
Mesaje cu cel mai mare impact asupra gravidelor
- răspuns multiplu -



3.3.14 Susținerea gravidelor pentru a renunța la fumat

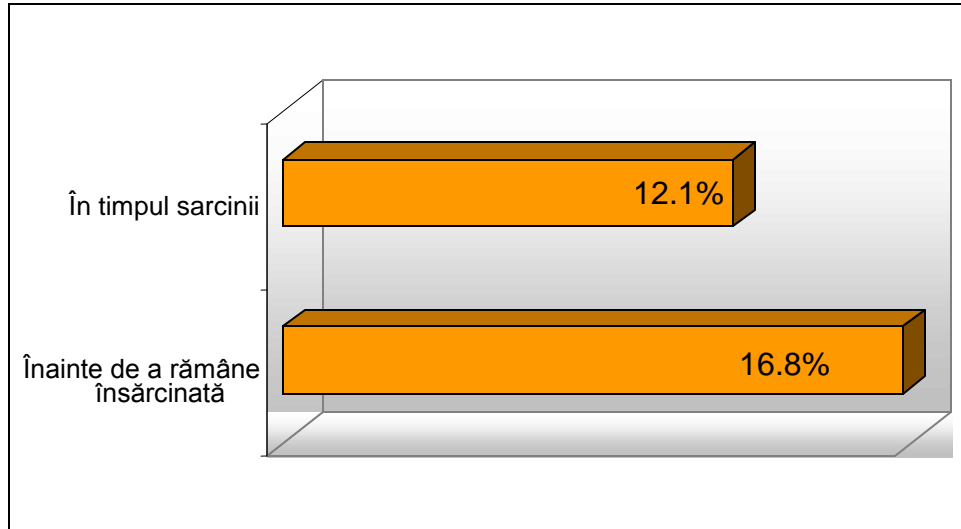
Gravidele au fost întrebat dacă au beneficiat de ajutor pentru a renunța la fumat. Peste 20 % dintre ele au afirmat că au beneficiat de ajutor pentru a renunța la fumat. Acest ajutor venea cel mai frecvent din partea partenerului pentru 15,3%, urmat de părinți și personalul medical pentru 8,7% (Figura 14).

Figura 14
Cine va oferit sprijin pentru renunțarea la fumat?
- răspuns multiplu -



Cele mai multe gravide (16,8%) au declarat că ajutorul de a renunța la fumat a fost primit înainte de sarcină sau/ și pe parcursul sarcinii (12,1%) (Figura 15).

Figura 15
Când ați primit ajutor pentru a renunța la fumat?
- răspuns multiplu -

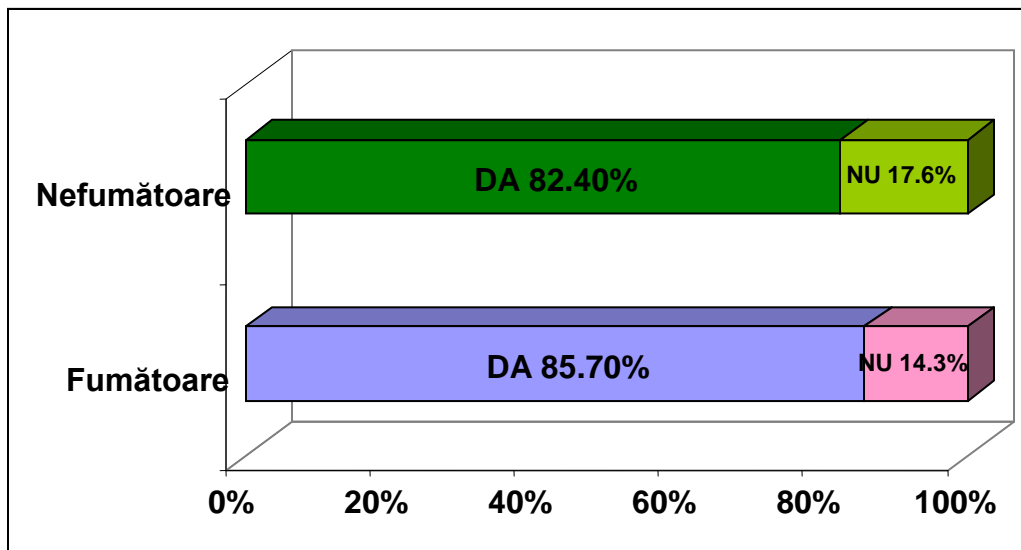


3.3.15 Fumatul pasiv

În literatura de specialitate este menționat faptul că fumatul pasiv este nociv prin faptul că cel expus intră în contact atât cu fumul provenit de la țigară aprinsă cât și cu cel exhalat de fumător.

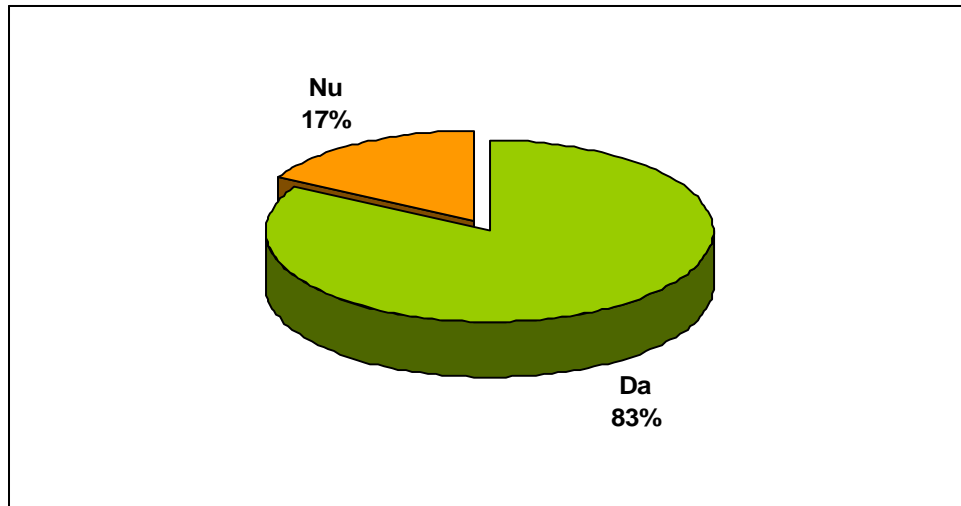
Mai mult de 82% dintre fumătoare și nefumătoare declaraseră că au auzit de fumatul pasiv (Figura 16).

Figura 16.
Ați auzit de fumatul pasiv?



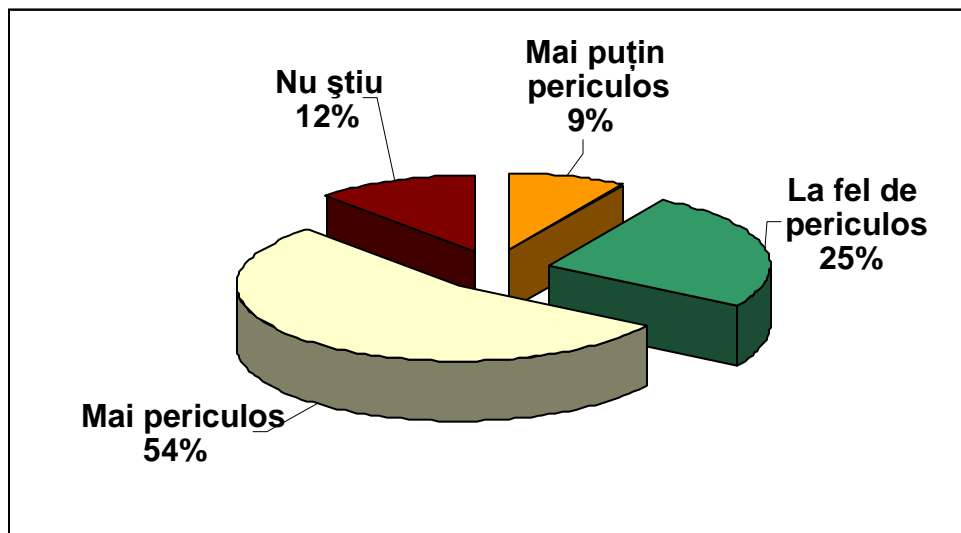
Ponderea femeilor gravide care afirmă cunoașterea efectelor fumatului pasiv ajunge la 83% (Figura 17).

Figura 17
Cunoașteți efectele fumatului pasiv?
N=413



Dintre acestea, mai puțin de 80% dintre gravide apreciază corect efectele fumatului pasiv (Figura18).

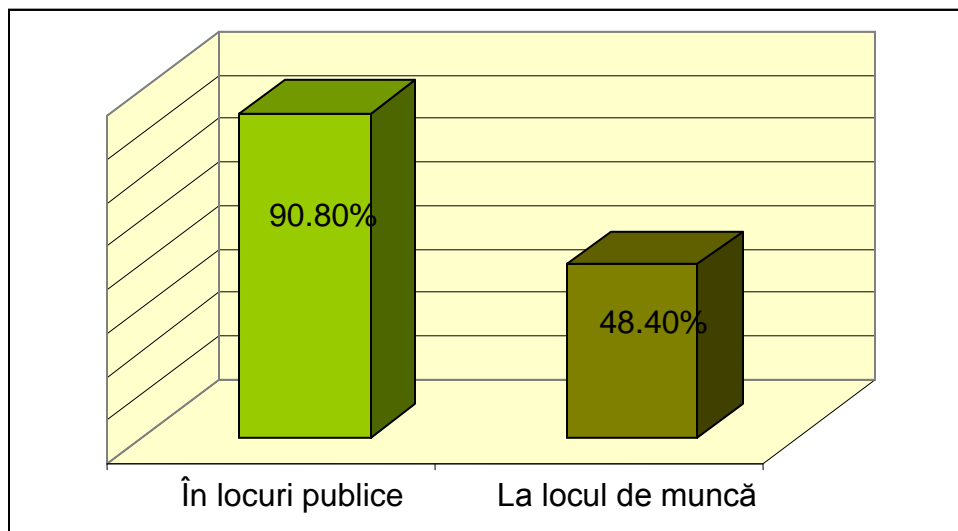
Figura 18
Cum apreciați efectele fumatului pasiv față de cel active?



3.3.16 Fumatul în spații publice este supus unor reglementări care nu ar putea expune gravida fără voia ei inhalării fumului de țigară. Cu toate acestea, peste 90% dintre gravide au afirmat că se fuma în prezența lor în spații precum: restaurante, mijloace de transport feroviare și auto, săli de spectacole etc. Chiar și la locul de muncă, unde fumatul era interzis în spații închise

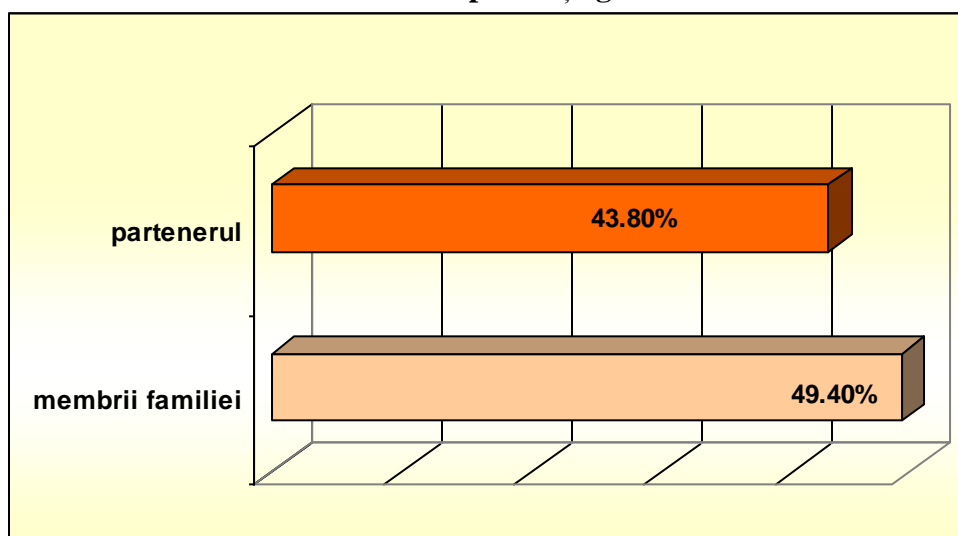
din 2007, interdicția nu era respectată câtă vreme aproape 50% dintre gravide afirmaseră că se fuma în prezența lor (Figura 19).

Figura 19
În spații publice se fuma în prezența dumneavoastră?



Aproape jumătate dintre gravide nu sunt protejate nici acasă (spațiu privat) de fumul de țigară al soțului/ partenerului și al altor membri ai familiei (Figura 20).

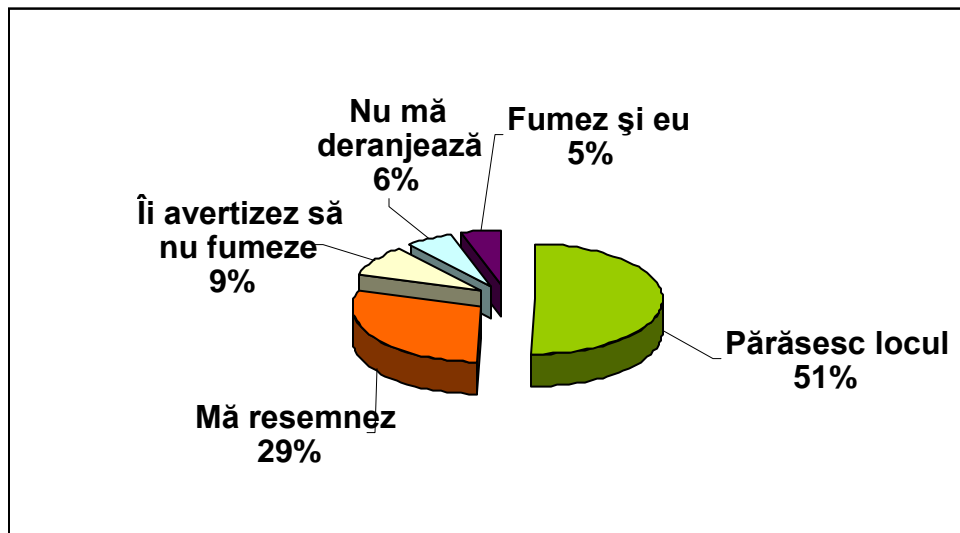
Figura 20
Ponderea diferitelor persoane din familie care fumează în prezența gravidelor



3.3.17 Atitudini ale gravidelor față de cei care fumează în prezența lor

Puține sunt acele gravide care au o atitudine activă (9%) împotriva celor care încalcă legile antifumat sau a celor care ignoră pericolele expunerii gravidelor la fumul de țigară (Figura 21).

Figura 21
Atitudini ale gravidelor față de cei care fumează în prezența lor



3.3.18 Cunoștințe despre fumat și țigări

90% dintre gravidele fumătoare și 86% dintre cele nefumătoare cunosc faptul că fumatul crează dependență (Figura 22.1 și Figura 22.2).

Figura 22.1
Fumatul crează dependență?

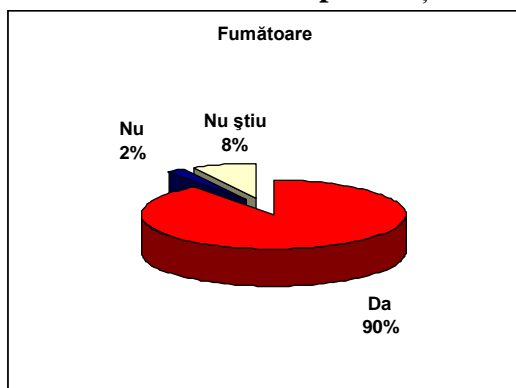
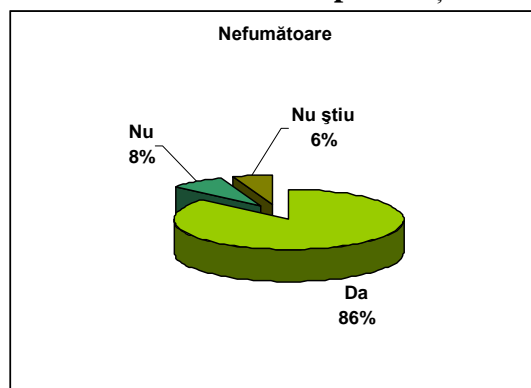
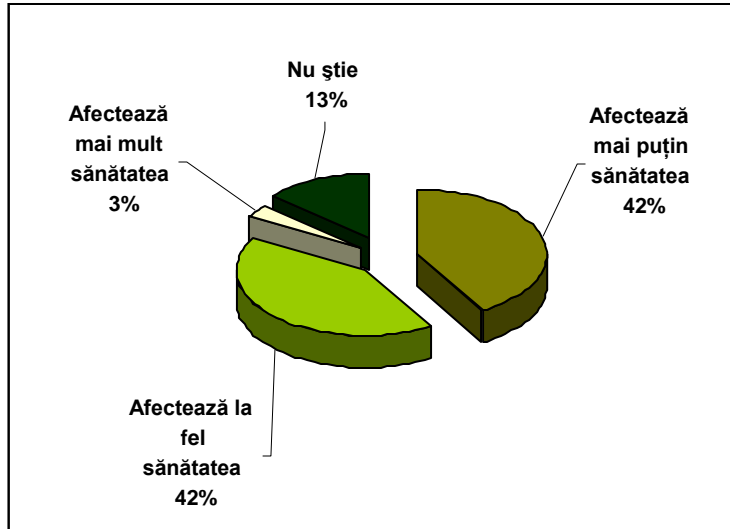


Figura 22.2
Fumatul crează dependență?



Peste 40% dintre gravide cred în mod greșit că **țigările light** afectează mai puțin sănătatea (Figura 23).

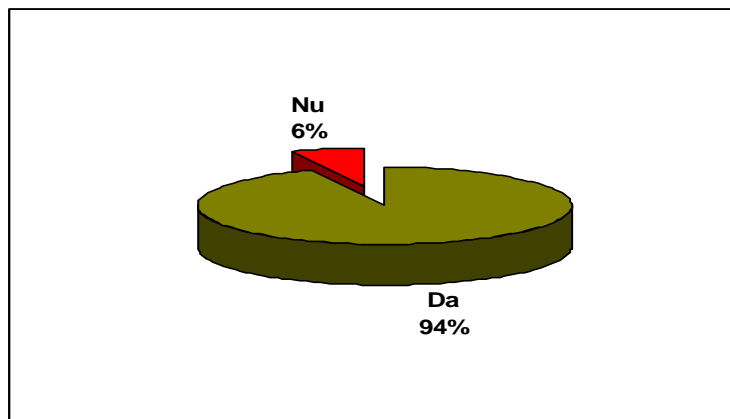
Figura 23
Ce credeți despre țigările light?



3.3.19 Avertismentele privind efectele fumatului asupra sănătății

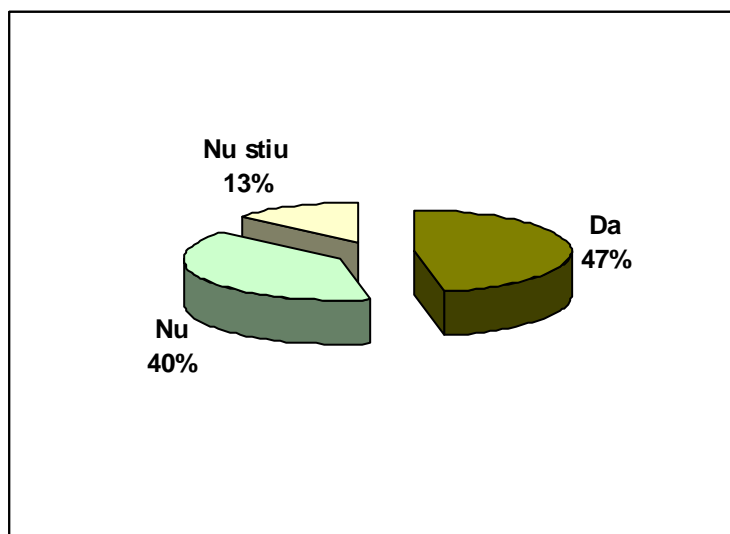
94 % dintre gravide au văzut mesaje de avertisment pe pachetele de țigări (Figura24).

Figura 24
Ați văzut mesaje de avertisment pe pachetele de țigări?



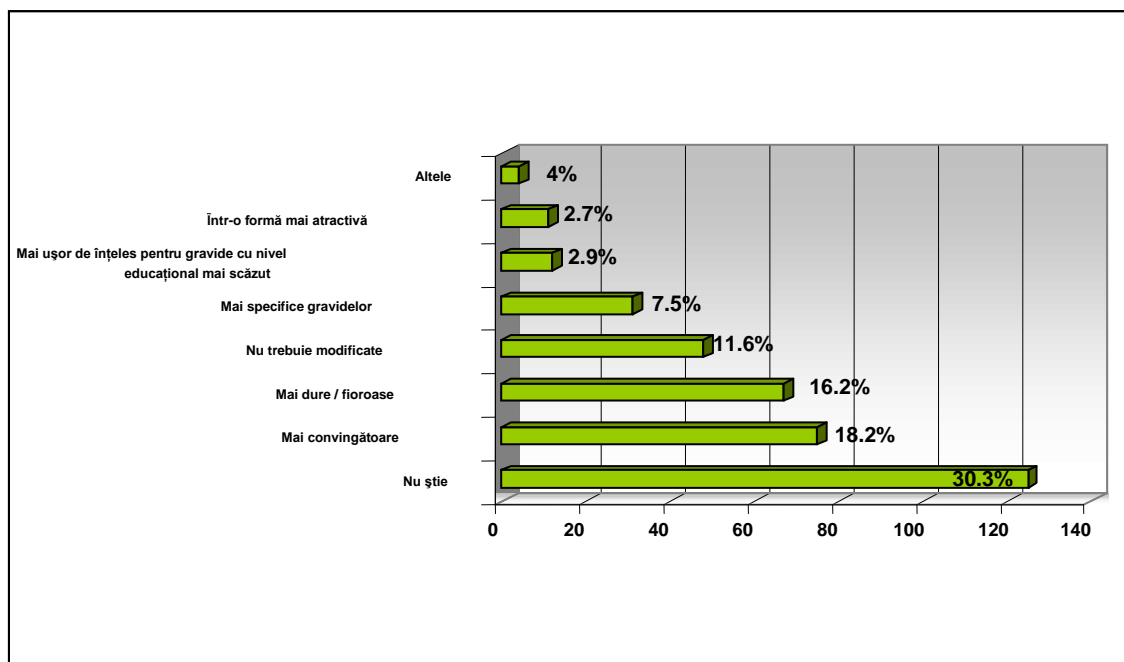
Dar, numai 42% dintre ele consideră că aceste avertismente sunt specifice și pentru gravide (Figura 25).

Figura 25
Avertismentele sunt eficiente pentru gravide?



Întrebate cum ar trebui să fie avertismentele pentru a avea un impact mai puternic pentru a renunța la fumat, gravidele au avut mai multe tipuri de propuneri: mai mult de o treime au considerat că mesajele ar trebui să fie mai convingătoare, mai dure sau feroase; peste 10% au considerat că ar trebui să fie mai specifice gravidelor și mai ușor de înțeles; 11,6% au considerat că mesajele actuale nu ar trebui modificate; peste 30% dintre gravide nu au nici o propunere (Figura 26).

Figura 26
Cum ar trebui să fie avertismentele?



3.3.20 Prețul țigărilor și descurajarea fumatului

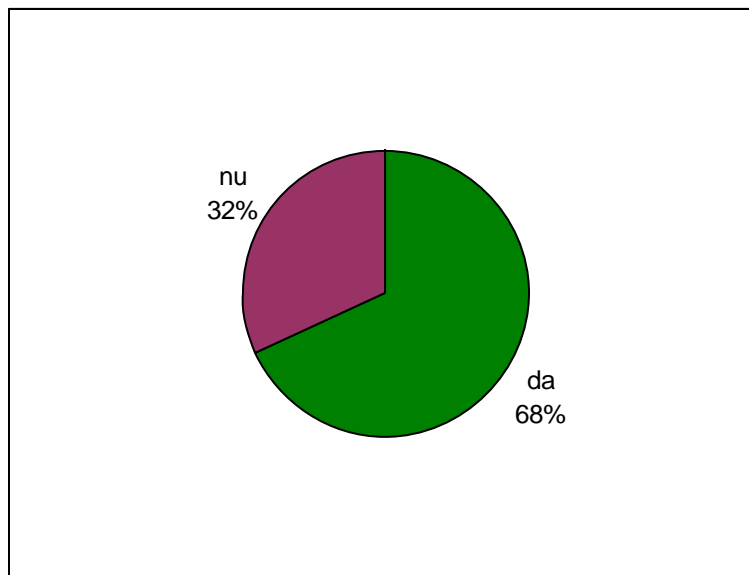
Gravidele au fost întrebat despre **costul actual al țigărilor**. Peste 60% dintre fumătoare dar și nefumătoare îl apreciază ca fiind mare. Doar un procent mai mic de 10% dintre gravide îl considera ca fiind mic (Tabel 18).

Tabel 18
Ce părere aveți despre costul actual al țigărilor?

	Fumătoare	Nefumătoare
Este mare	67.8%	61.4%
Este moderat	6.7%	7.3%
Este mic	7.8%	9.8%
Nu știu să-l apreciez	17.7%	21.5%
Total	100.0%	100.0%

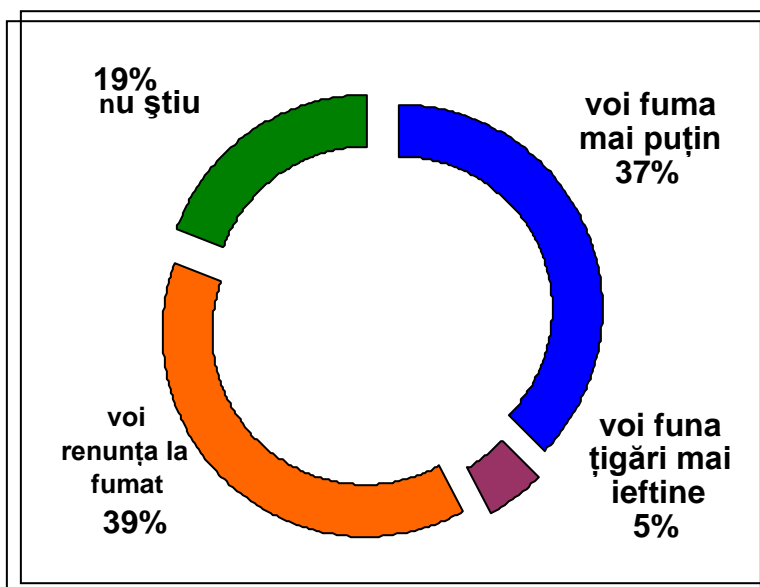
O eventuală creștere a prețului țigărilor ar afecta obiceiurile a 68% dintre fumătoare (Figura 27).

Figura 27
Creșterea prețului țigărilor ar afecta obiceiurile dvs față de fumat? -fumătoare –



Dintre acestea, cele mai multe fumătoare (39%) admit că ar renunța la fumat, 37% ar fuma mai puțin, 5% ar fuma țigări mai ieftine iar 19% nu știu cum ar reacționa, în situații în care ar crește prețul țigărilor (Figura 28).

Figura28
În ce fel ar afecta creșterea prețului țigărilor obiceiul de a fuma?
- fumătoare -



Secțiunea 2 : Mamele

3.2(2) Caracteristicile socio-demografice ale mamelor fumătoare și nefumătoare

3.2.1(2) Nivelele de școlaritate

Asocirea comportamentului față de fumat cu **nivelele de școlaritate** arată că mamele fumătoare înregistrează cele mai mari frecvențe în categoria celor cu educație scăzută (61%) urmate de femeile cu școala generală. Cele mai puține mame fumătoare sunt în categoria femeilor cu studii superioare (15,2%). În Tabel 9.2 se remarcă faptul că prevalența mamelor fumătoare scade cu 15 procente odată cu trecerea la un nivel superior de școlarizare.

Tabel 9.2
Distribuția procentuală a mamelor fumătoare (F) și nefumătoare (N)
după nivelul de școlaritate

Nivel de școlaritate	Mame (n=361)		
	Total	F	N
Fără școală+școală primară	100%(23)	61%(14)	39%(9)
Sc. generală	100%(63)	46%(29)	54%(34)
Liceu și școala prof.	100%(131)	30,7%(40)	69,3%(91)

Colegii/Univ	100%(144)	15,2%(22)	84,8%(122)
---------------------	-----------	-----------	------------

3.2.2(2) Etnia

În cazul mamelor există diferențe importante privind comportamentul față de fumat la **etnia** română comparativ cu cea romă. Prevelența fumătoarelor la etnia română este de 24% în timp ce la cea romă este de 58% (Tabel 10.2).

Tabel 10.2
Distribuția procentuală a mamelor fumătoare și nefumătoare după etnie

	Mame n=362	
	Română	Romă
Fumează	24%(73)	58%(32)
Nu fumează	76%(229)	42%(23)
Total	100% (302)	100% 55

3.2.3(2) Indicatorul socio-economic

Fumatul la mame asociat cu **indicatorul socio-economic** arată că frecvența cea mai mare a fumătoarelor se înregistrează la femeile cu nivel socio-economic scăzut (50%) urmată de cele cu nivel mediu. Cele mai puține mame fumătoare sunt la categoria mamelor cu nivel socio-economic ridicat (Tabel 11.2).

Tabel 11.2
Distribuția procentuală a gravidelor după nivelul socio-economic

Nivel socio-economic	Mame (n= 362)		
	Total	F	N
Scăzut	100%	50%	50%
Mediu	100%	31%	69%
Ridicat	100%	24,7%	75,3%

3.2.4(2) Nivelul de aglomerare al locuinței

Referitor la fumat și nivelului de aglomerare a locuinței la mame, cele mai multe fumătoare trăiesc în locuințe cu nivel ridicat de aglomerare, iar cele mai puține fumătoare sunt în locuințele cu nivel scăzut de aglomerare (Tabel 12.2).

Tabel 12.2
Distribuția procentuală a mamelor după nivelul de aglomerare a locuinței

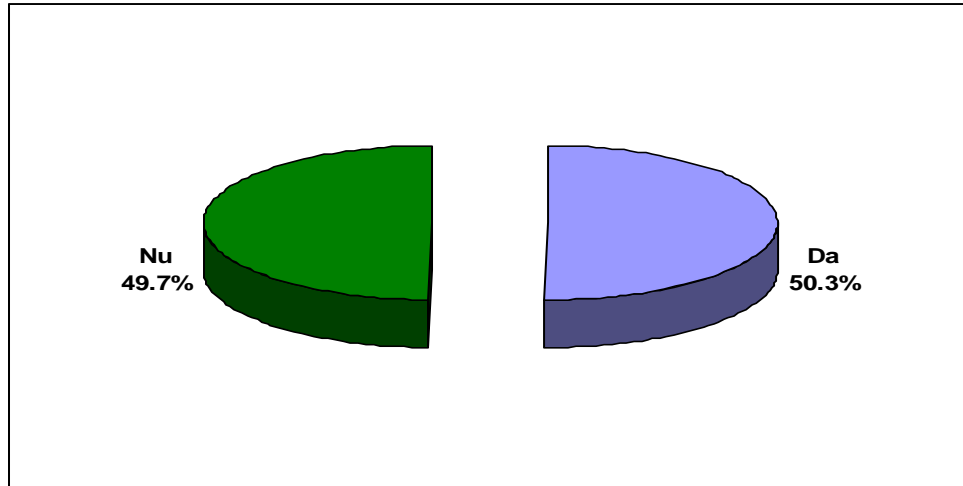
Nivel de aglomerare	Mame (n=359)		
	Total	F	N
Scăzut	100%	22%	78%
Mediu	100%	30%	70%
Ridicat	100%	50%	50%

3.3(2) Comportamentul privind fumatul la mame

3.3.1(2) Experiențe legate de fumat

Toate mamele intrate în lotul de studiu au fost întrebată dacă au fumat vreodată. Peste 50% dintre ele au avut experiența fumatului cel puțin o dată pe parcursul vieții (Figura. 1.2).

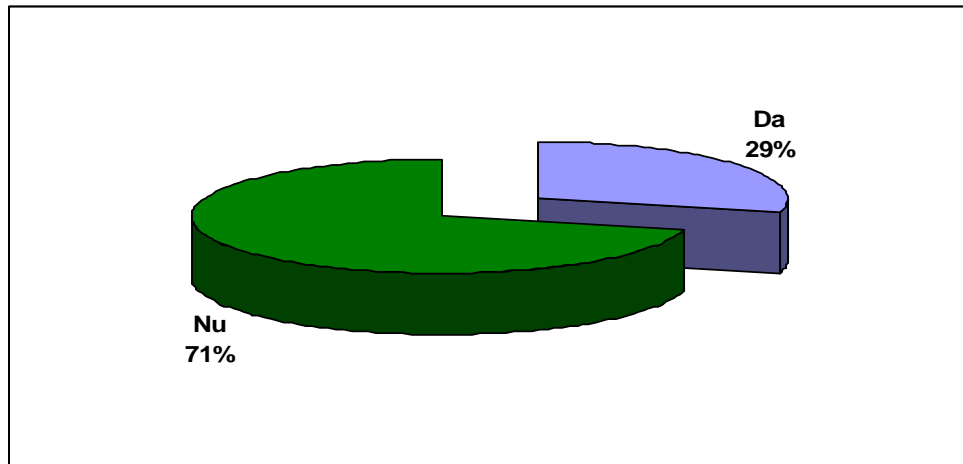
Figura 1.2
Ați fumat vreodată?



3.3.2(2) Ponderea fumătoarelor la momentul studiului

La momentul studiului ponderea mamei care s-au declarat a fi **fumătoare active** era de 29% (Figura 2.2).

Figura 2.2
Fumați în prezent?



3.3.3(2) Intensitatea fumatului la mame

Cele mai multe dintre mamele fumătoare, peste 43%, fumează între 10-20 de țigări zilnic. Ponderea celor care fumează, zilnic, cel puțin 20 de țigarete depășește 27% (Tabel 13.2).

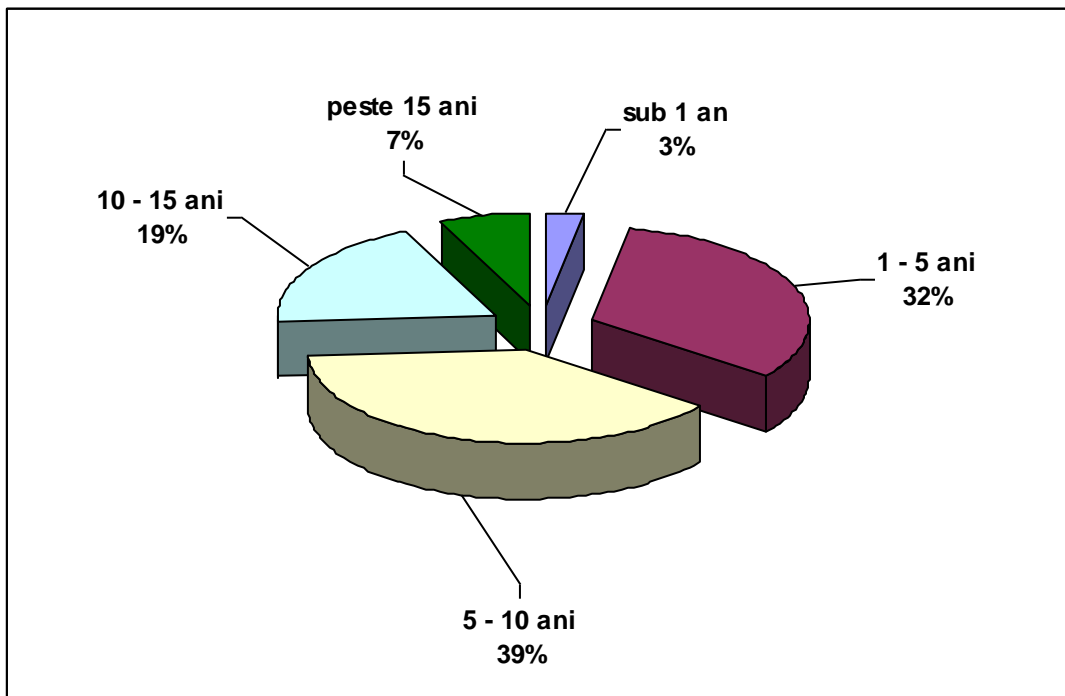
Tabel 13.2
Numărul de țigarete fumate zilnic de mame
Distribuție procentuală

	Mame(N=105)
Sub 5	12,4%(13)
5-10	16,2%(17)
10-20	43,8%(46)
20 si peste	27,6%(29)

3.3.4(2) De cât timp fumați?

65% dintre mame fumează de peste 5 ani. Procentul fumătoarelor începătoare, adică a celor care fumează de mai puțin de un an, este mic (3%). O situație mai detaliată este prezentată în Figura 3.2.

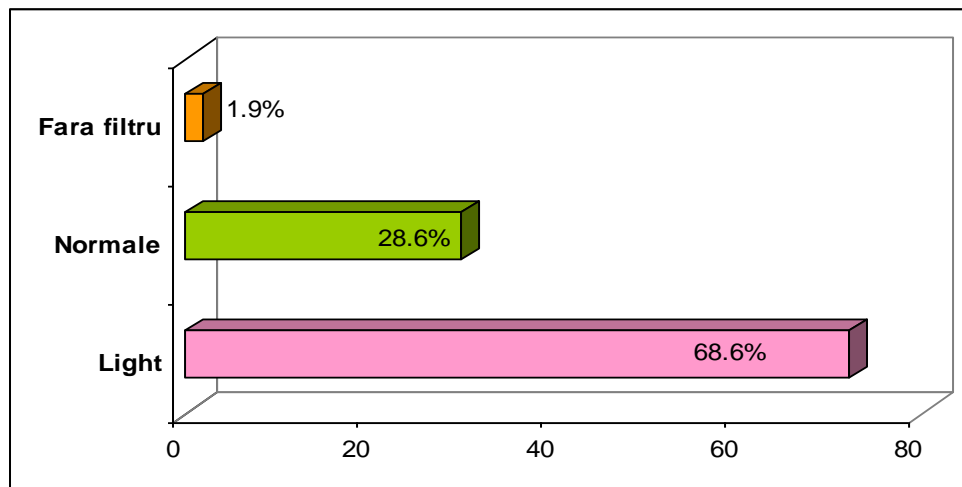
Figura 3.2
De cât timp fumați?



3.3.5(2) Tipul țigaretelor fumate de mame

Toate mamele fumătoare au fost întreabate ce tip de țigaretete fumează. Tipurile s-au referit la țigaretile “light”, “normale”(cele cu filtru fără mențiunea light), și cele fără filtru. 68.6 % dintre femeile fumează țigareti light, 28,6 % țigareti “normale” și 1,9 % țigareti fără filtru (Figura 4.2).

Figura 4.2
Ce tip de țigareti fumați?



3.3.6(2) Locuri unde se fumează

Majoritatea mamelor fumează acasă (78%), mai puțin de un sfert, și sau în spații publice iar 38% indică (și) casa prietenilor (Tabel 14.2).

Îngrijorător este faptul că aproape 10% dintre mame declară că fumează și în camera unde se află un copil (Tabel 15.2).

Tabel 14.2
În ce locuri fumați?
- răspunsuri multiple-

	Mame(N=105)
Acasă	78%(82)
Spații publice	22%(23)
Casa prietenilor	38%(40)

Tabel 15.2
Fumați și în camera unde se află copilul?

	Mame (N=105)
Frecvent	1%(1)
Uneori	8,5%(9)

3.3.7(2) Schimbări de comportament privind fumatul în perioada sarcinii

Pentru evaluarea schimbărilor de comportament față de fumat în timpul sarcinii mamele au fost întrebată despre cât de mult fumau în timpul sarcinii față de perioada anterioară sarcinii. Peste 39% dintre mame au afirmat ca au fumat mai puțin în timpul sarcinii, dar mai mult de 60% dintre ele fumaseră la fel sau chiar mai mult în timpul sarcinii. Doar 9,3 % dintre ele au încercat să renunțe la fumat, fără succes (Tabel 16.2).

Tabel 16.2
Comportamentul privind fumatul în timpul sarcinii

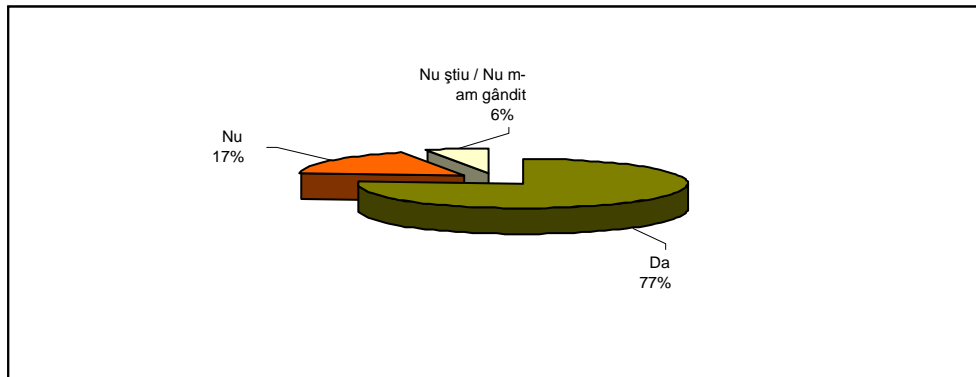
	Mame (N=94)
Am fumat/ fumez la fel	53,1%(50)
Am fumat/ fumez mai mult	7,3%(7)
Am fumat/ fumez mai puțin	39,2%(37)
Am renunțat o perioadă și am reînceput	9,4%(9)

3.3.8(2) Atitudini privind renunțarea la fumat

Întrebată dacă ar dori să renunțe la fumat, 77% dintre mame au răspuns afirmativ (Figura 5.2).

Figura 5.2

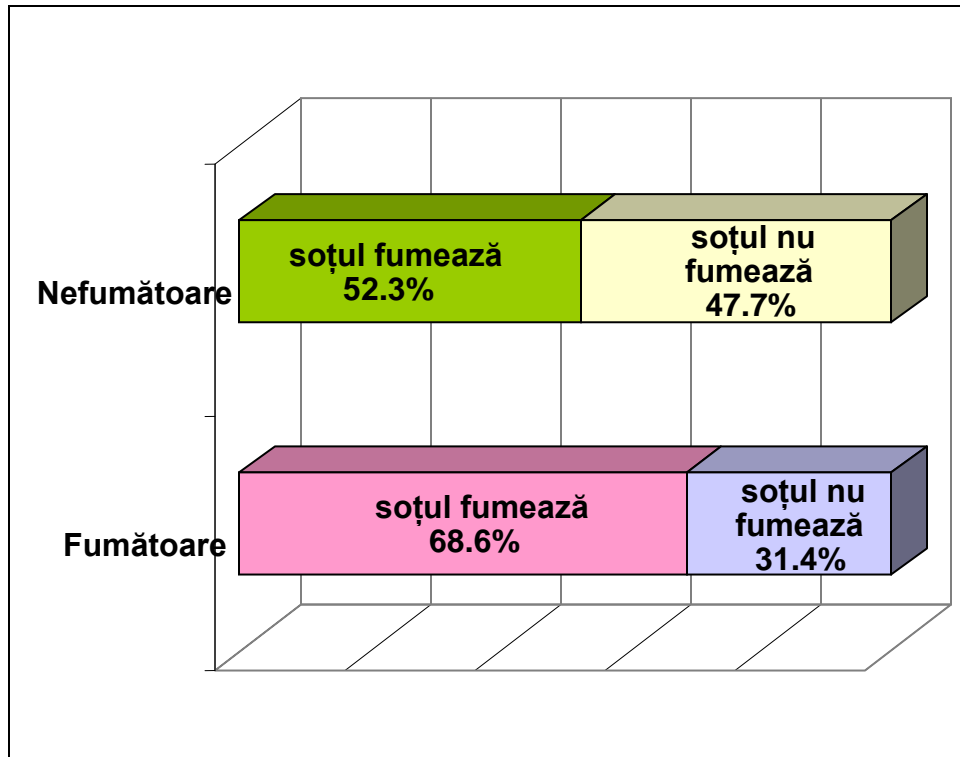
Ați dori să renunțați la fumat?



3.3.9(2) Soții sau partenerii lor sunt sau nu fumători activi

Comportamentul mamelor privind fumatul poate fi pus în legătură și cu comportamentul anturajului apropiat față de acest obicei. Mamele au fost întrebată dacă **soții sau partenerii lor sunt sau nu fumători activi**. Din datele studiului a reieșit că peste 68% dintre femeile fumătoare au soți/parteneri fumători. Dar atrage atenția și faptul că proporția soțiilor fumători la gravidele nefumătoare depășește 52 % (Figura 6.2). Deci, dificultatea renunțării la fumat poate fi pusă în legătură și cu comportamentul soților. Pe de altă, parte riscul că aceste femei să fie (și) fumătoare pasive este mare.

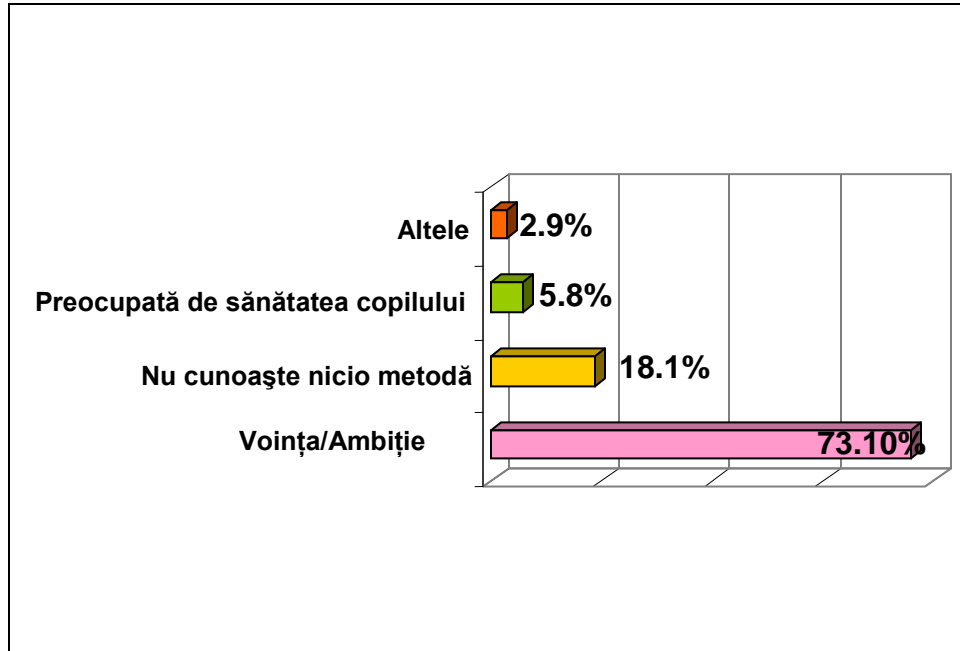
Figura 6.2
Soțul/ partenerul dumneavoastră fumează?



3.3.10(2) Metoda cea mai bună de a te lăsa de fumat

Mamele au fost întrebat despre cunoașterea **metodei celei mai bune de a te lăsa de fumat**. Este semnificativ faptul că într-o proporție de 73% metoda indicată este “voința proprie”. Această viziune, “individualistă”, indică sărăcia/ inexistența unei culturi de sprijin pentru mame în efortul renunțării la fumă (Figura 7.2). Nu este de neglijat nici faptul că 18 % dintre fumătoare nu cunosc nicio metodă de renunțare la fumat.

Figura 7.2
Care este cea mai bună metodă de a renunța la fumat?



3.3.11(2) Cunoștințe privind efectele fumatului asupra sănătății gravidei și copilului

Fumatul este considerat un factor de risc în sănătatea mamei și copilului. Fumatul mamei generează predispoziție la infecții respiratorii, astm bronșic, cancer precum și o viitoare dependență a copilului la nicotină.

Datele studiului arată că 95% dintre mamele fumătoare și 99% dintre mamele nefumătoare afirmă că au cunoștințe de fapt că **fumatul afectează sănătatea femeii** (Figura.8.1.2 și Figura 8.2.2).

Figura.8.1.2
Credeți că fumatul afectează starea de sănătate a femeii ?

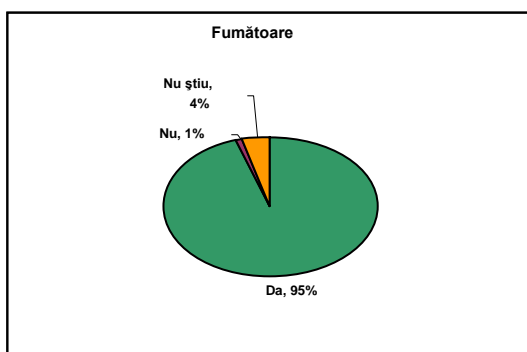
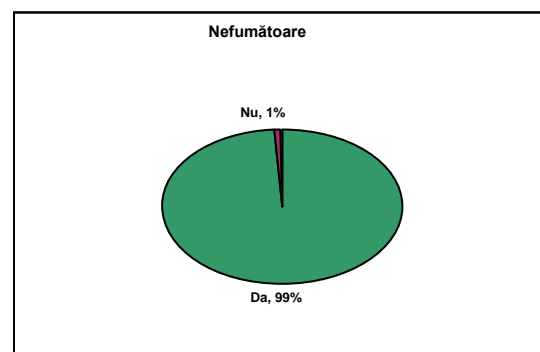


Figura 8.2.2
Credeți că fumatul afectează starea de sănătate a femeii ?

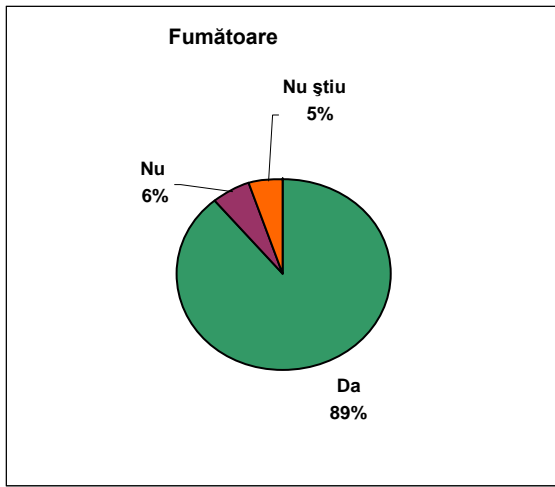


La întrebarea dacă fumatul afectează mai mult sănătatea femeilor însărcinate, doar 89% dintre fumătoare și 94% dintre nefumătoare au răspuns afirmativ (Figura.9.1.2 și Figura 9.2.2).

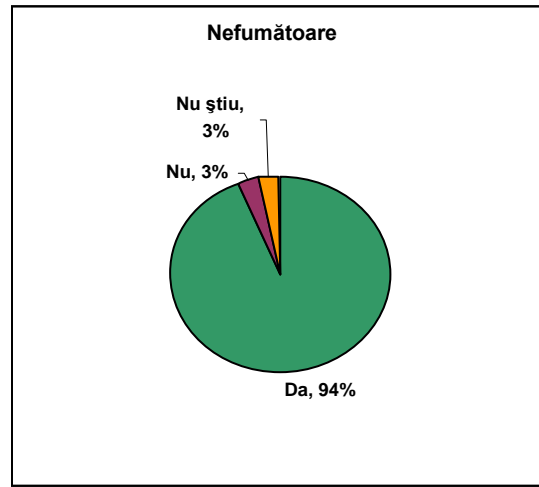
Figura.9.1.2

Figura 9.2.2

Credeți că fumatul afectează starea de sănătate a gravidei ?



Credeți că fumatul afectează starea de sănătate a gravidei ?



Referitor la problema efectelor fumatului asupra sănătății fătului, 86% dintre fumătoare și 94 % dintre nefumătoare consideră că fumatul afectează starea de sănătate a fătului (Figura.10.1.2 și Figura 10.2.2). Din datele de mai sus se remarcă o scădere progresivă a răspunsurilor afirmative, respectiv o îngustare a segmentului de femei care are cunoștințe despre efectele fumatului asupra gravidei și fătului.

Figura.10.1.2
Credeți că fumatul afectează sănătatea fătului?

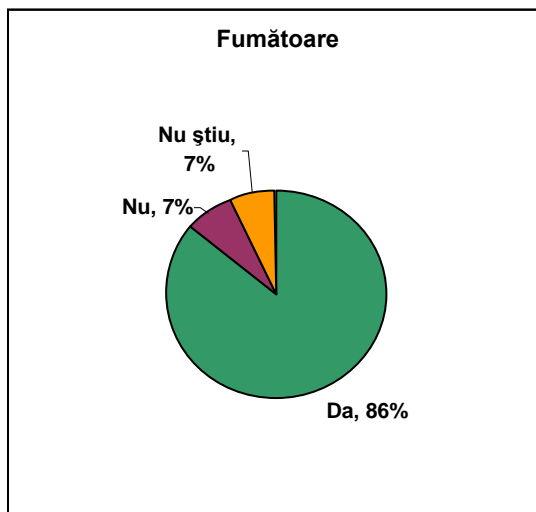
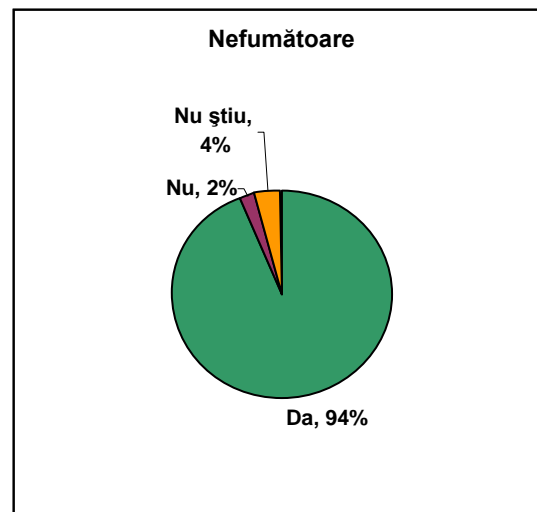


Figura 10.2.2
Credeți că fumatul afectează sănătatea fătului?



La întrebarea dacă fumatul mamei (care alăptează) afectează sănătatea sugarului, segmentul femeilor care răspund afirmativ se lărgeste la 90% în cazul fumătoarelor și 94% în cazul nefumătoarelor (Figura.10.1.2a și Figura 10.2.2a).

O posibilă explicație a acestor variații ar fi aceea a unei atitudini nu suficient de responsabile a mamei față de sănătatea copilului aflat în faza intrauterină. Rădăcina

acestei atitudini se află în societățile cu puține cunoștințe despre dezvoltarea copilului în etapele intrauterine, dar care în societatea actuală a culturii consultației prenatale nu se mai justifică.

Figura.10.1.2a
Credeți că fumatul afectează
sănătatea sugarului?

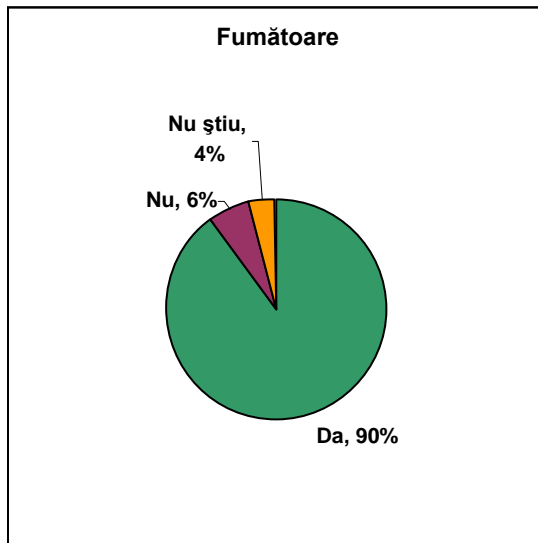
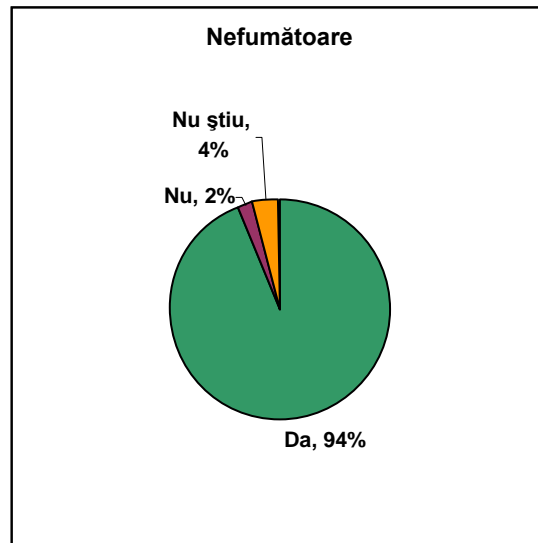


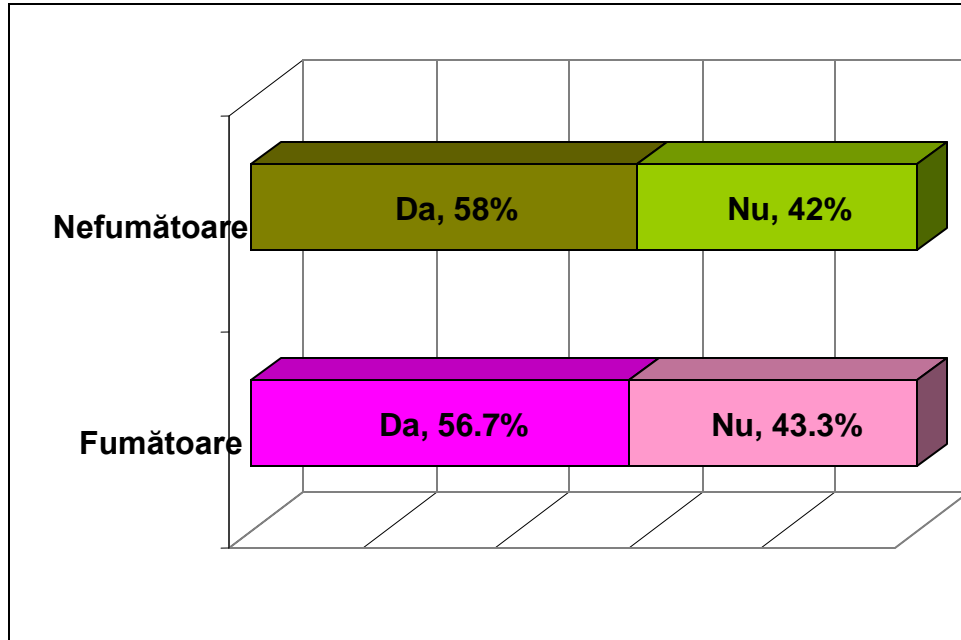
Figura 10.2.2a
Credeți că fumatul afectează
sănătatea sugarului?



3.3.12(2) Informarea mamelor asupra efectelor fumatului

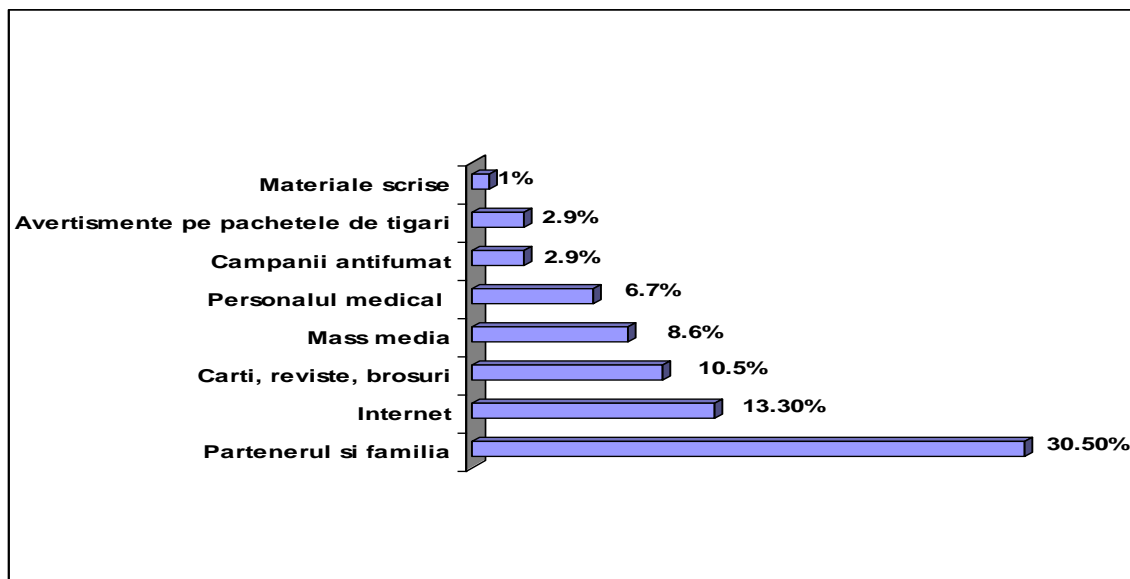
În legătură cu faptul dacă mamele au primit sau nu informații referitoare la efectele fumatului, s-a constatat, în urma studiului, că dintre fumătoare 56,7 % și 58 % dintre nefumătoare au primit aceste informații (Figura 11.2).

Figura 11.2
Ați primit informații referitoare la efectele fumatului?



Aceste informații au fost trasmise direct de persoane, prin intermediul unor materiale, sau prin media (Figura 11.2.1). Cele mai citate persoane sunt partenerul și familia – peste 30% – iar cele mai puțin citate sunt personalul medical – 8,6%. Se remarcă internetul cu o frecvență demnă de luat în seamă –13,3 % – între entitățile care oferă mameilor informații despre efectele fumatului asupra sănătății.

Figura 11.2.1
Cine/cum vi s-au oferit informațiile referitoare la efectele fumatului?



3.3.13(2) Materiale cu caracter informativ despre fumat

Peste 57,2% dintre femei au primit materiale informative despre fumat (Tabel 17.2).

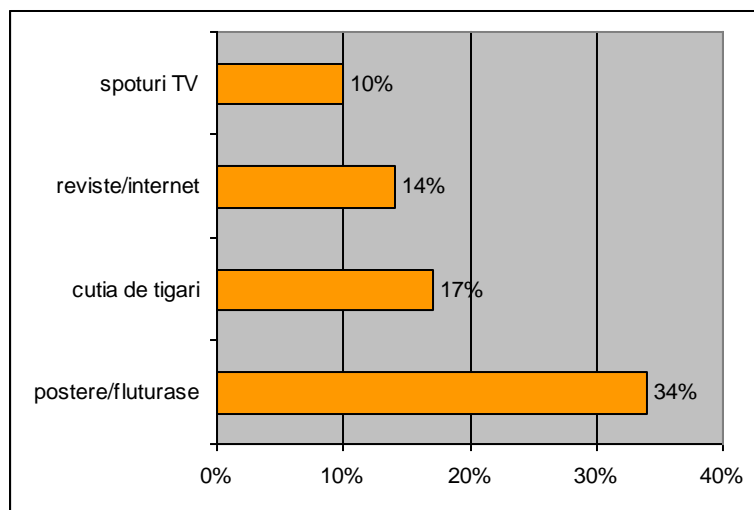
Tabel 17.2
Ați primit materiale scrise despre efectul fumatului în timpul sarcinii?

	Mame (n=362)
Da	57,2 %
Nu	42,3 %
Total	100%

Mai mult de 80% dintre aceste mame apreciază că materiale erau redactate într-o formă atractivă și ușor de înțeles (datele nu sunt prezentate).

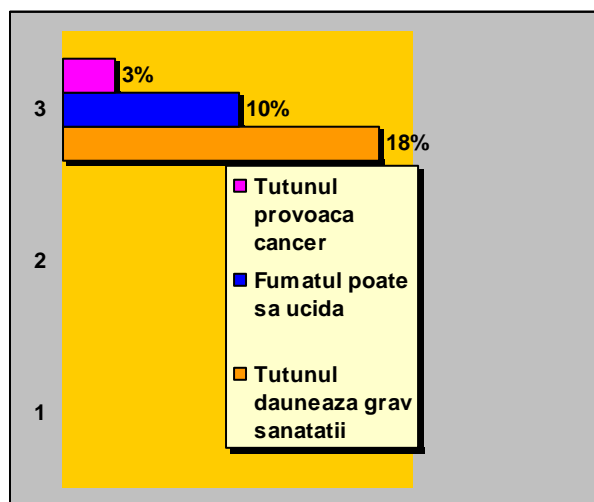
După cum se prezintă în Figura 12.2, mesajele informative au fost transmise pe foarte multe căi. Cele mai frecvente căi citate au avut posterele și fluturașii (34%) urmate la distanță mare de cutiile de țigări (17%), reviste/ internet și spoturi transmise prin televiziuni (10%).

Figura 12.2
Ce fel de materiale informative cunoașteți?



Mesajele care au impresionat cele mai multe gravide sunt: *"Tutunul dăunează grav sănătății"* și *"Fumatul poate să ucidă"* (Figura 13.2).

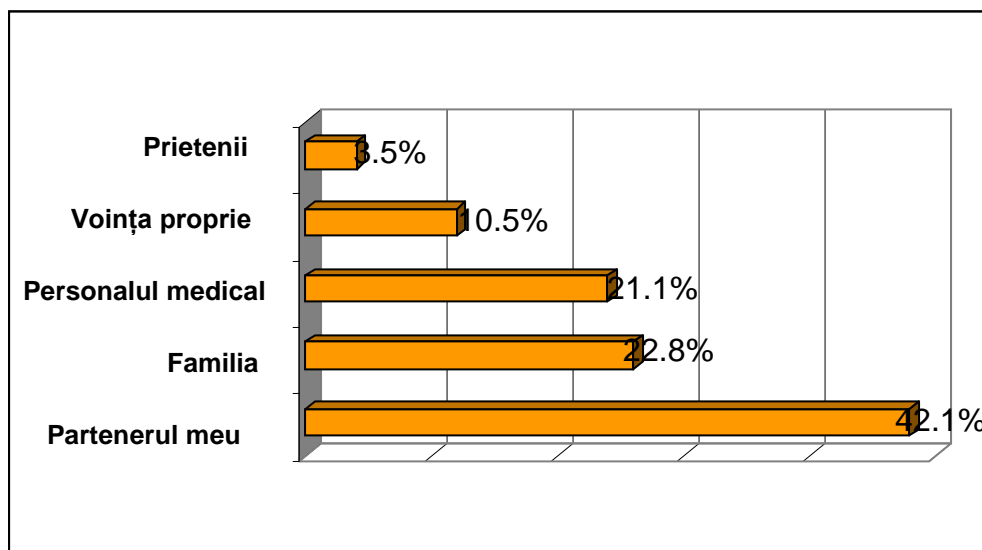
Figura 13.2
Mesaje cu cel mai mare impact asupra mamelor



3.3.14(2) Susținerea mameilor pentru a renunța la fumat

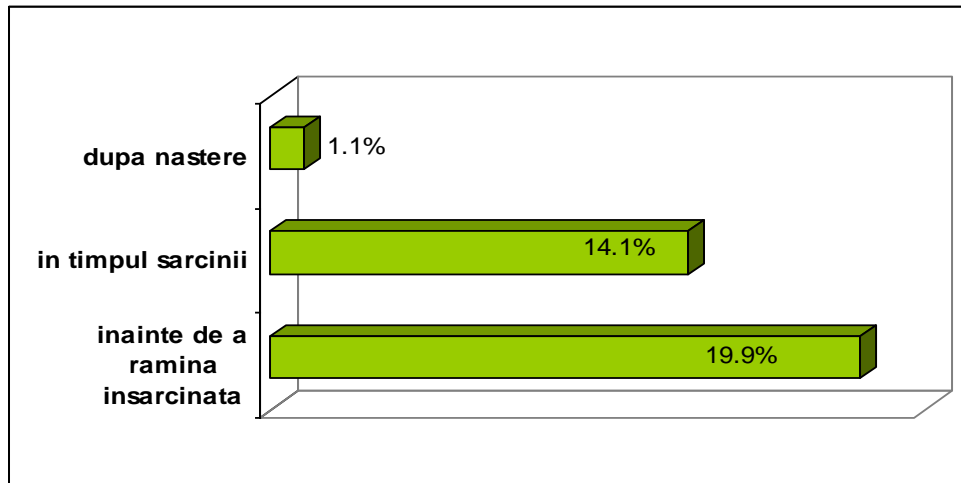
Mamele au fost întrebată dacă au beneficiat de ajutor pentru a renunța la fumat. Peste 34 % dintre ele au afirmat că au beneficiat de un ajutor pentru a renunța la fumat. Acest ajutor venea cel mai frecvent din partea partenerului, urmat de familie și personalul medical (Figura 14.2).

Figura 14.2
Cine va oferit sprijin pentru renunțarea la fumat?
 - răspuns multiplu -



Cele mai multe mame au declarat că au primit ajutor pentru a renunța la fumat înainte de a rămâne însărcinate (19.9%) și/ sau pe parcursul sarcinii (14,1%) (Figura 15.2).

Figura 15.2
Când ați primit ajutor pentru a renunța la fumat
- răspuns multiplu -

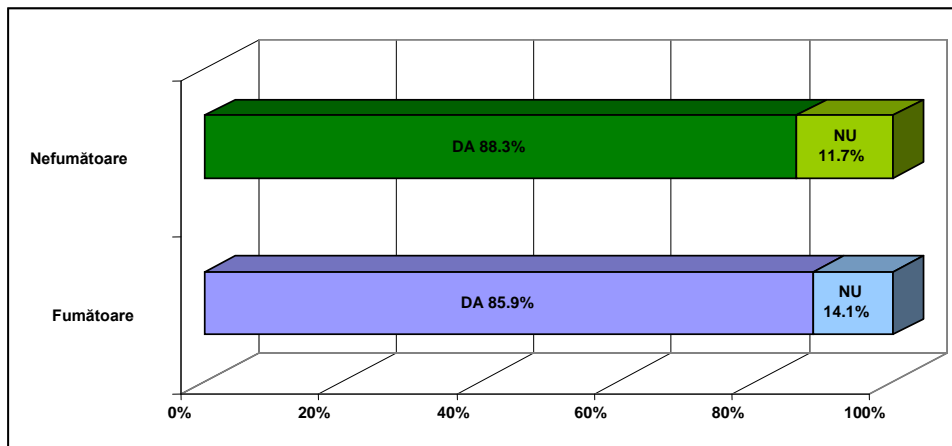


3.3.15(2) Fumatul pasiv

În literatura este menționat faptul că fumatul pasiv este nociv prin faptul că cel expus intră în contact atât cu fumul provenit de la țigară aprinsă cât și cu cel exhalat de fumător.

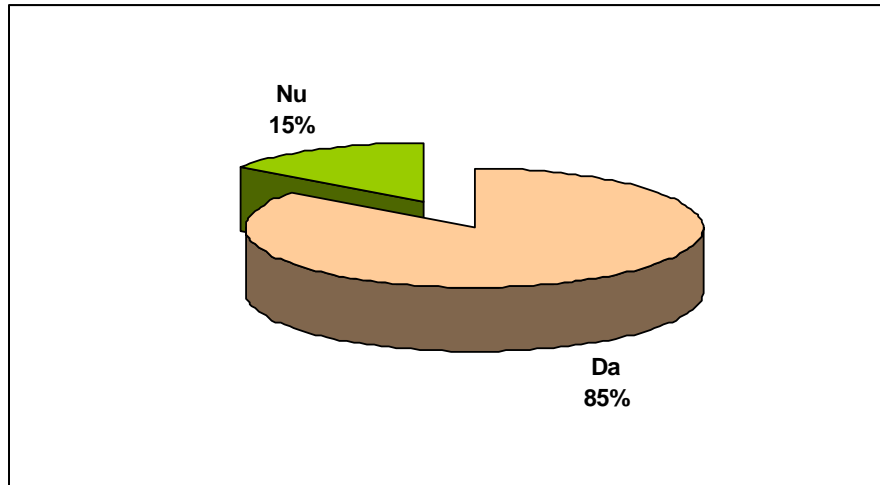
Mai mult de 85% dintre fumătoare și 88 % dintre nefumătoare declaraseră că au auzit de fumatul pasiv (Figura 16.2).

Figura 16.2
Ați auzit de fumatul pasiv?



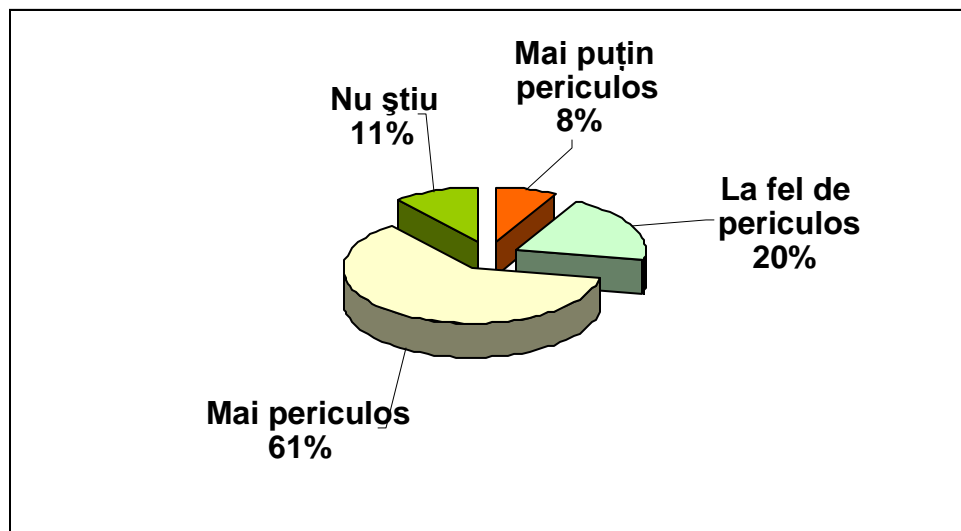
Ponderea mamelor care afirmă cunoașterea efectelor fumatului pasiv ajunge, de asemenea, la 85% (Figura 17.2).

Figura 17.2
Cunoașteți efectele fumatului pasiv?



Dintre acestea, peste 80% apreciază corect efectele fumatului pasiv (Figura 18.2).

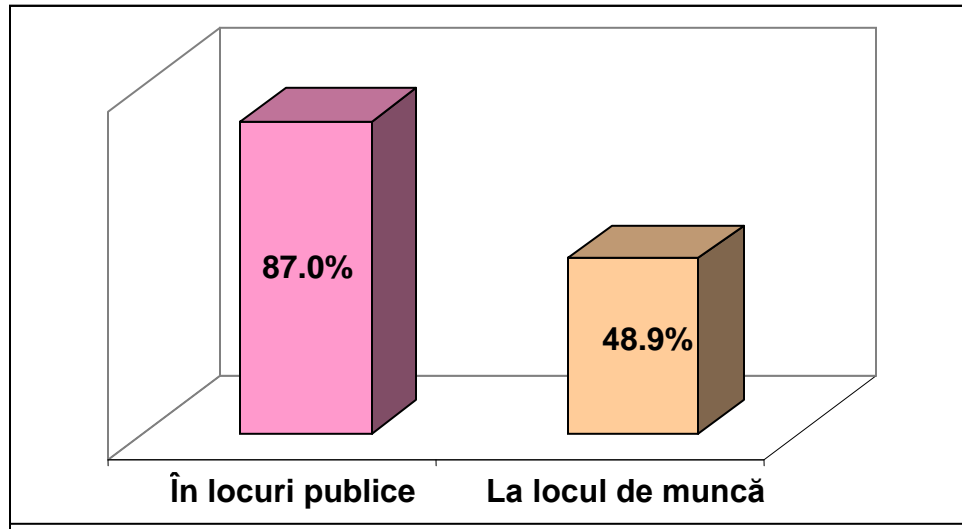
Figura 18.2
Cum apreciați efectele fumatului pasiv față de cel activ?



3.3.16(2) Fumatul în spații publice este supus unor reglementări care nu ar putea expune gravida, fără voia ei, inhalării fumului de țigară. Cu toate acestea 87% dintre mame au afirmat că se fuma în prezența lor în spații precum: restaurante, mijloace de transport feroviare și auto, săli de spectacole etc. Chiar și la locul de muncă unde fumatul

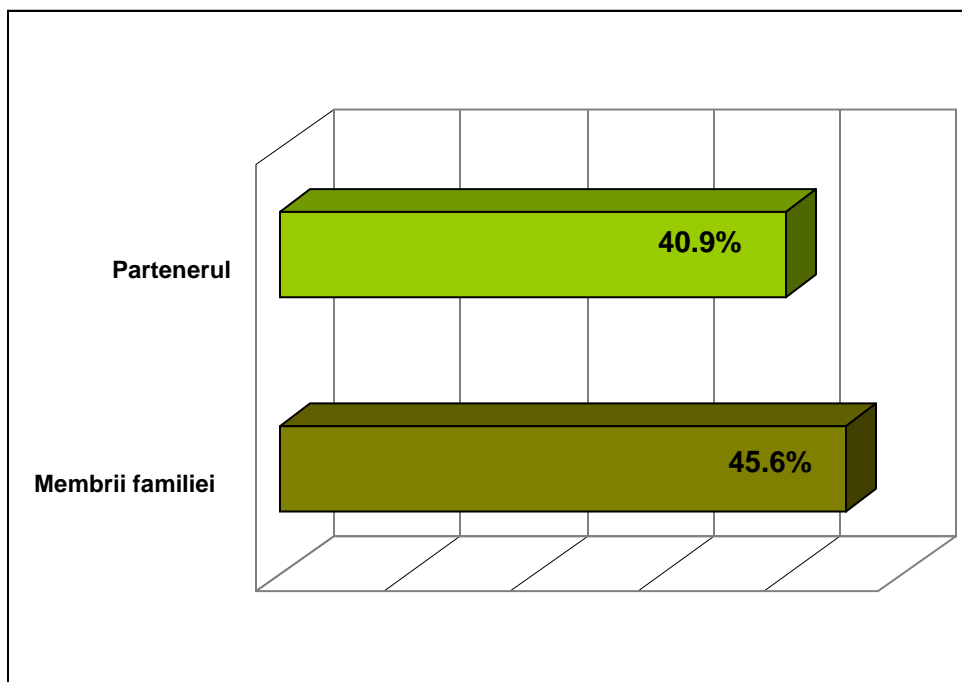
era interzis din 2007 în spații închise, interdicția nu era respectată câtă vreme aproape 50% dintre gravide afirmaseră că se fuma în prezența lor (Figura 19.2).

Figura.19.2
În spații publice se fuma în prezența dumneavoastră?



Peste 40% dintre mame nu sunt protejate nici acasă (spațiu privat) de fumul de țigară al soțului/partenerului și al altor membri ai familiei (Figura 20.2).

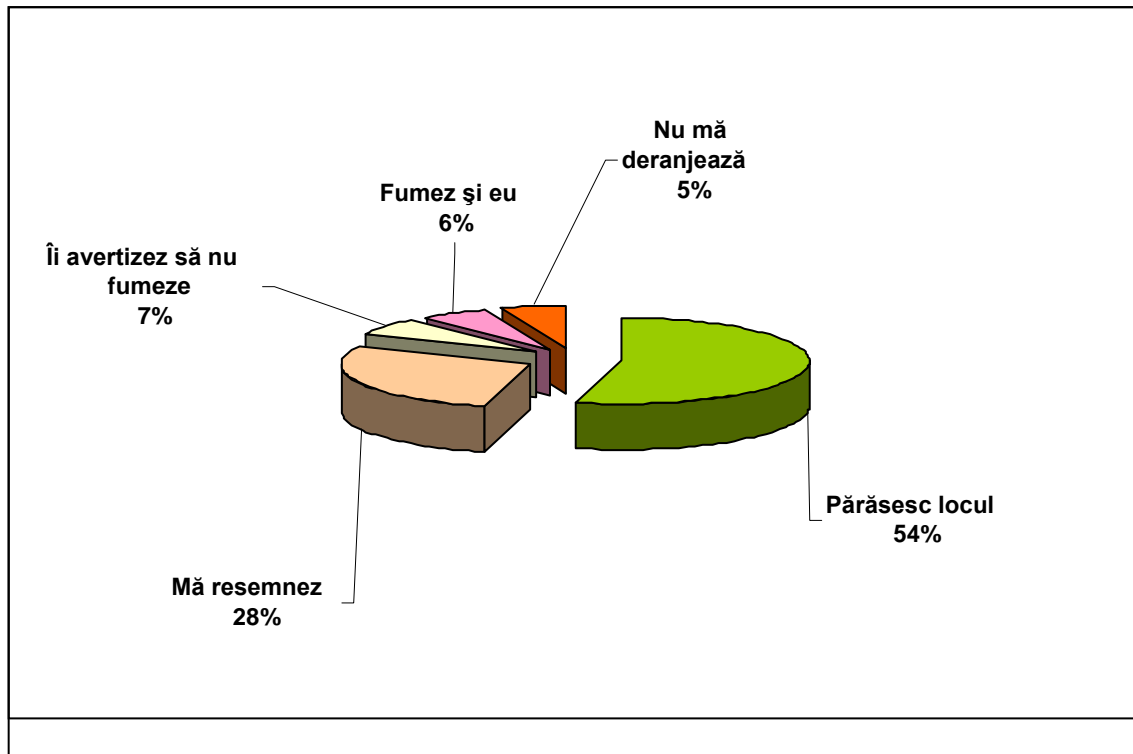
Figura 20.2
Persoane din familie care fumează în prezența mamei



3.3.17(2) Atitudini ale mamelor față de cei care fumează în prezența lor

Puține sunt acele mame care iau atitudine active (7%) împotriva celor care încalcă legile antifumat sau a celor care ignoră pericolele expunerii gravidelor la fumul de țigară (Figura 21.2).

Figura 21.2
Atitudini ale mamelor față de cei care fumează în prezența lor



3.3.18(2) Cunoștințe despre fumat și țigări

90% dintre gravidele fumătoare și 86% cele nefumătoare cunosc faptul că fumatul crează dependență. (Figura 22.1.2 și Figura 22.2.2).

Figura 22.1.2
Fumatul crează dependență?

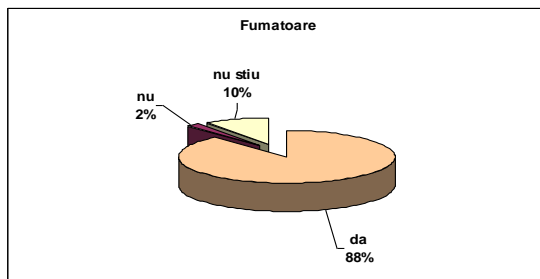
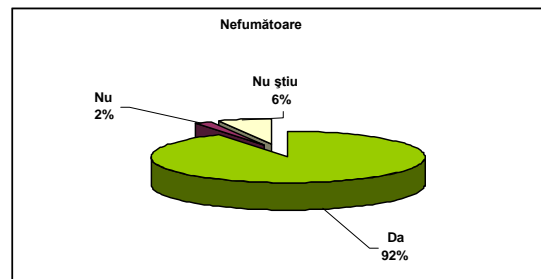


Figura 22.2.2
Fumatul crează dependență?



27% dintre mamele fumătoare și nefumătoare cred în mod greșit că **țigările light** afectează mai puțin sănătatea (Figura 23.2.1 și 23.2.2).

Figura 23.2.1
Ce credeți despre țigările light?

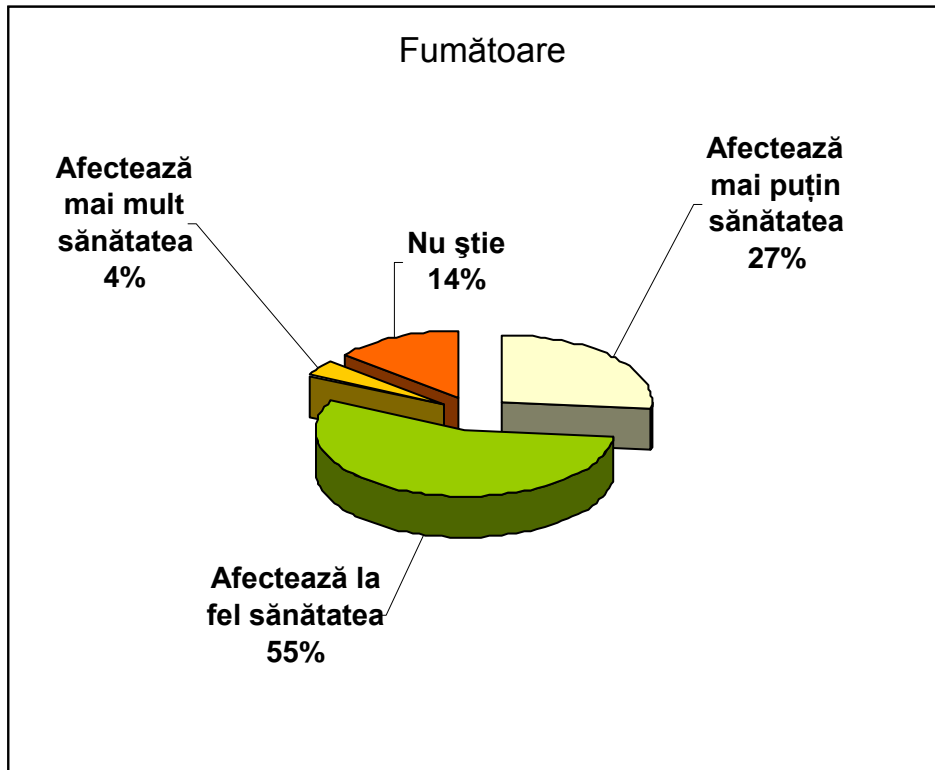
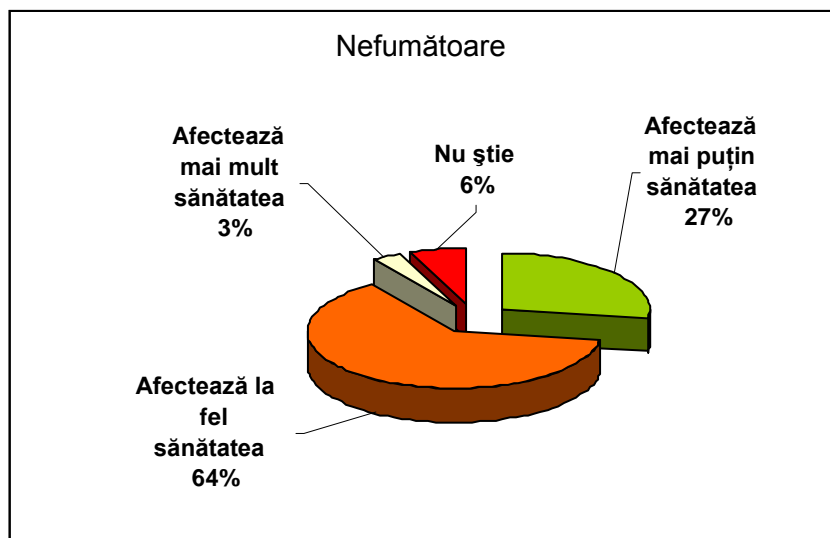


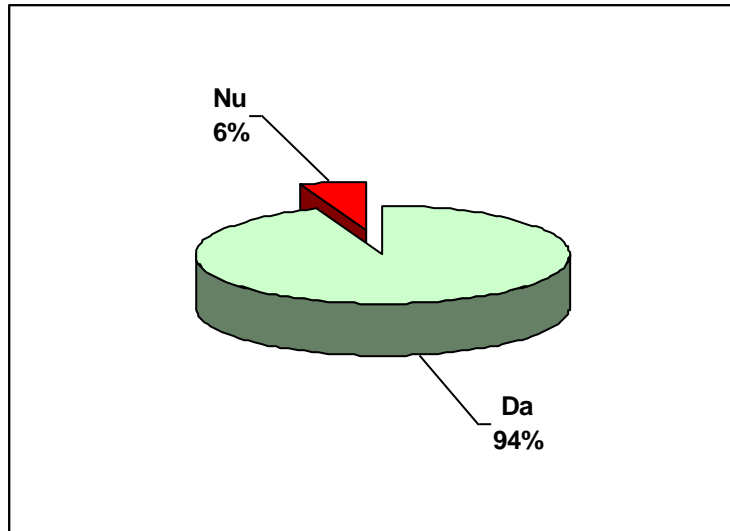
Figura 23.2.2
Ce credeți despre țigările light?



3.3.19(2) Avertismentele privind efectele fumatului asupra sănătății

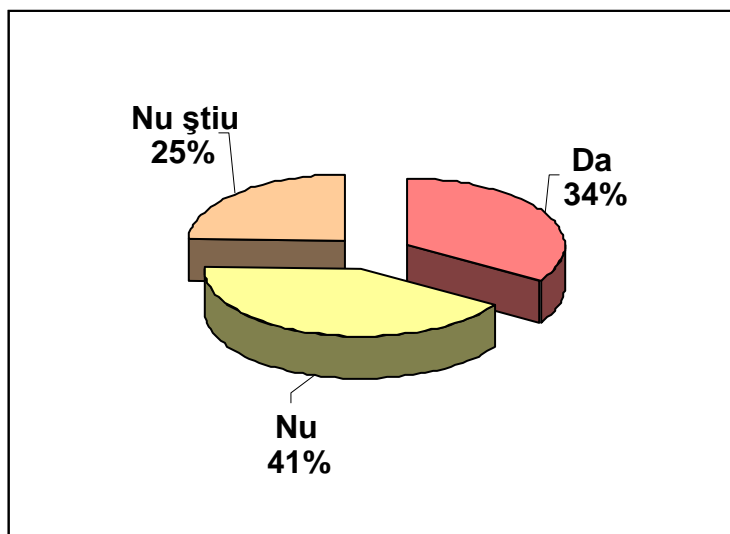
94 % dintre mame au văzut mesaje de avertisment pe cutiile de țigări (Figura 24.2).

Figura 24.2
Ați văzut mesaje de avertisment pe pachetele de țigări?



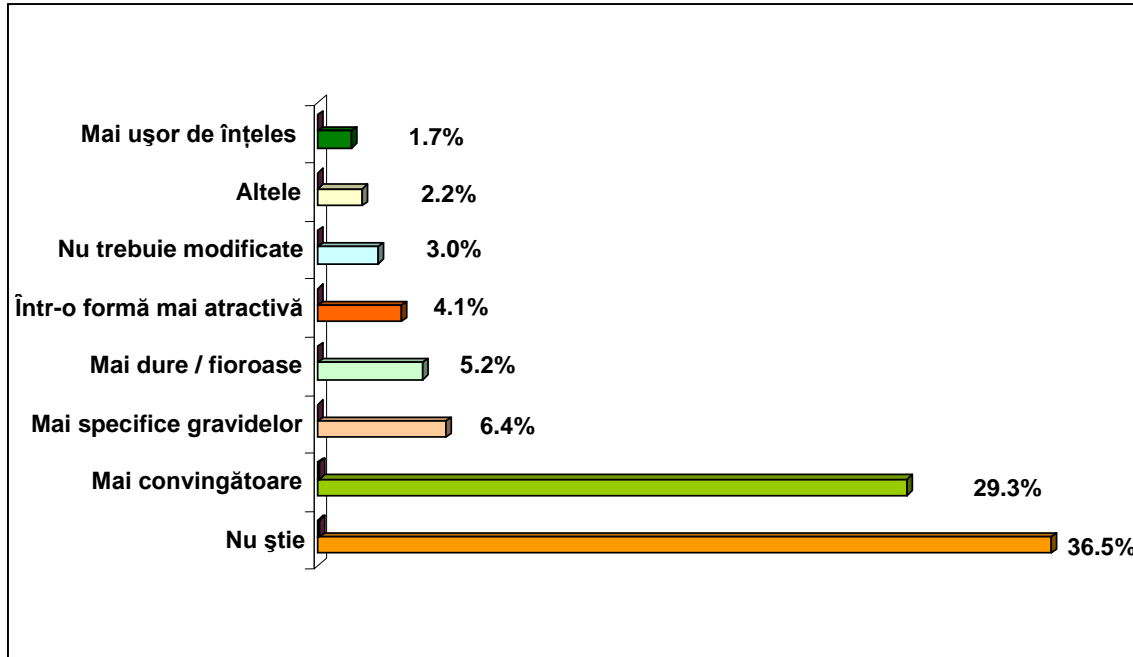
Dar numai 34% dintre ele consideră că aceste avertismente sunt specifice și pentru gravide (Figura 25.2).

Figura 25.2
Avertismentele sunt eficiente pentru gravide?



Întrebate cum ar trebui să fie avertismentele pentru a avea un impact mai puternic pentru renunțarea la fumat, mamele au avut mai multe tipuri de răspunsuri: mai puțin de o treime au considerat că mesajele ar trebui să fie mai convingătoare, 5,2% mai dure sau feroase ; 6,4% consideră că ar trebui să fie mai specifice gravidelor, 4% mai atractive, etc; peste 36,5% dintre mame nu au nici un răspuns la această întrebare (Figura 26.2).

Figura 26.2
Cum ar trebui să fie avertismentele referitoare la efectele fumatului?



3.3.20(2) Prețul țigărilor și descurajarea fumatului

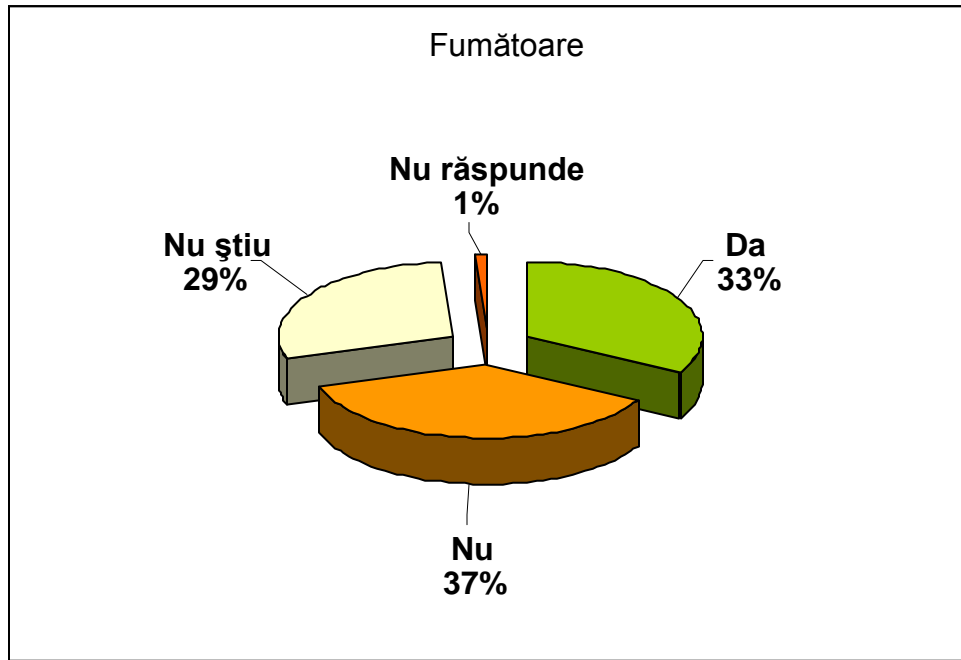
Mamele au fost întrebate despre nivelul **prețului actual al țigărilor**. Aproape 80% dintre fumătoare și 46,9 % dintre nefumătoare îl apreciază ca fiind mare. Doar un procent mai mic de nefumătoare îl consideră ca fiind “mic” (Tabel 18.2).

Tabel 18.2
Ce părere aveți despre costul actual al țigărilor?

	Fumătoare	Fumătoare
Este mare	79.6%	46.9%
Este moderat	12.6%	9.1%
Este mic	0.0%	9.1%
Nu stiu sa-l apreciez	7.8%	35.0%
Total	100.0%(103)	100.0%(254)

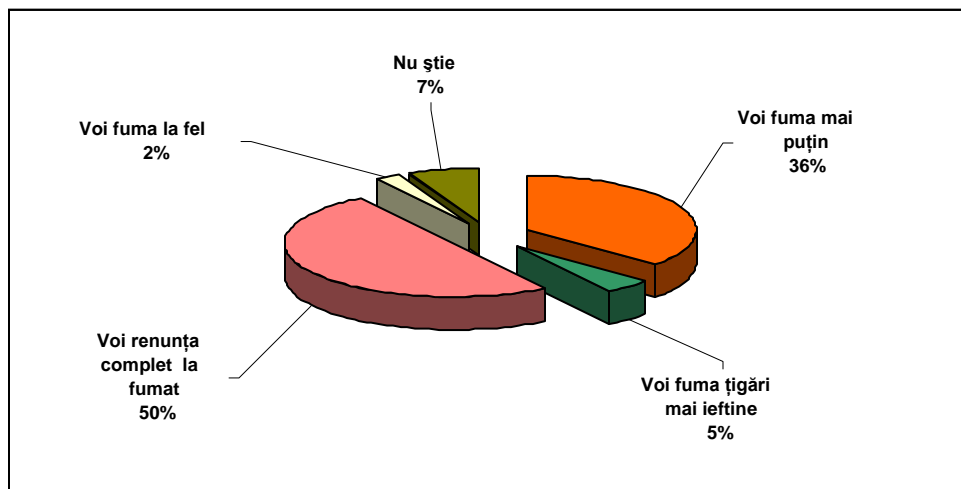
O eventuală creștere a prețului țigărilor ar afecta obiceiurile doar a 33% dintre fumătoare (Figura 27.2).

Figura 27.2
Creșterea prețului țigărilor ar afecta obiceiurile dvs. față de fumat?



Dintre acestea, cele mai multe fumătoare (50%) admit că ar renunța la fumat, 36% ar fuma mai puțin, 5% ar fuma țigări mai ieftine iar 7% nu știu cum ar reacționa, în situația respectivă (Figura 28).

Figura 28.2
În ce fel ar afecta creșterea prețului țigărilor obiceiurile legate de fumat?
-fumătoare-



Cap.4. Concluzii si recomandari

Obiectiv 1.

Evaluarea comportamentului fata de fumat a femeilor gravide si a tinerilor mame si factori care favorizează acest comportament.

Concluzii

1.1. Fumatul in randul gravidelor este problema de sănătate publica datorita amploarii fenomenului, cel puțin in regiunea studiata -București România Mai mult de jumătate din femeile gravide din România au experimentat fumatul înainte si sau in timpul sarcinii. 36% dintre gravide fumaseră pe parcursul sarcinii curente.46% dintre ele au renuntat la fumat, la un moment dat, pe parcursul sarcinii. Astfel procentul gravidelor fumatoare active la momentul studiului era de 22%.

Comparand aceste date cu cele din literatura se constata existenta unei prevalente gravidelor fumatoare, in regiunea studiata, cu mult peste valorile indicate de studii prececente pe populatii similare din Romania sau din alte tari.Aceasta realitate sugereaza cresterea ingrijoratoare a fumatoarelor din Romania, neavand insa posibilitatea a a afirma cu certitudine acest fapt din cauza limitarii ariei de investigare doar la regiunea Bucuresti..

Prevalenta fumatoarelor in randul mamelor avand copii sub noua luni este de 29% .Aceasta prevalenta este de asemenea ingrijoratoare, ea depasind prevalentele indicate in literatura

1.2 In privinta intensitatii fumatului la gravide se constata ca cele mai multe gravide peste 40%, fumează între 10-20 de țigări zilnic. Ponderea celor care fumează, zilnic, cel puțin 20 de țigarete depășește 27%.Deci fumatul acestora poate fi apreciata ca fiind de intensitate medie spre mare.Mentionam ca intensitatea s-a referit numai la femeile care fumau si la sfarsitul periadei de sarcina, ele constituind de fapt „ nucleul dur” al fumatoarelor.

In privinta mamelor datele despre intensitatea fumatului sunt similare cu cele constatate la gravide. peste 43%, fumează între 10-20 de țigări zilnic. Ponderea celor care fumează, zilnic, cel puțin 20 de țigarete depășește 27%

1.2 Exista o diferența dintre cunostiinte si practica privind fumatul in sensul ca deși marea majoritate a femeilor gravide si a mamelor cu sugari cunosc efectele negative ale fumatului aproape fiecare a treia gravida/mama fumeaza.In acelasi timp studiul a relevat faptul ca atat mamele cat si gravidele considera ca cel mai puțin afectat de fumat este fatul.

1.3 Asocierea comportamentului față de fumat cu **nivelele de școlaritate** arată că fumătoarele înregistrează cele mai mari frecvențe în categoria gravidelor cu educație înaltă (23,1%) urmate de femeile cu școala generală. Cele mai puține gravide fumătoare sunt în categoria femeilor cu școală elementară sau fără școală (17,2%) Această situație reflectă o deficiență în educația școlară la componenta educației pentru sănătate, deficiență care persistă la toate nivelurile educaționale.

În cazul mamelor situația se prezintă invers. Mamele fumătoare înregistrează cele mai mari frecvențe în categoria celor cu educație scăzută (61%) urmate de femeile cu școala generală. Cele mai puține mame fumătoare sunt în categoria femeilor cu studii superioare (15,2%).

În cazul gravidelor etnia nu este un factor de diferențe al comportamentului față de fumat. La mame însă, există diferențe importante privind comportamentul față de fumat la **etnia** română comparativ cu cea romă. Prevalența fumătoarelor la etnia română este de 24% în timp ce la cea romă este de 58%.

Asocierea fumatului **indicatorul socio-economic** la gravide arată că frecvența cea mai mare a fumătoarelor se înregistrează la femeile cu nivel socio-economic ridicat (21%), urmat de cele cu nivel scăzut, în schimb la mame frecvența cea mai mare a fumătoarelor se înregistrează la femeile cu nivel socio-economic scăzut (50%) urmată de cele cu nivel mediu. Cele mai puține mame fumătoare sunt la categoria mamelor cu nivel socio-economic ridicat

1.4 Fumatul sotilor constituie un factor favorizant al adoptării aceluiași comportament de către femeia gravida sau de către mama tânără.

1.5 Femeile fumează mai ales țigari lights considerând că efectul acestora este mai puțin nociv asupra sănătății femeii și copilului

1.6 Atitudinea anturajului față de fumatul în locuri publice influențează comportamentul femeii gravide constituind adesea un factor stimulator. Femeile gravide în prezența persoanelor care fumează se resimt sau chiar încep să fumeze dacă sunt fumătoare.

1.7 Informațiile primite de către femeile gravide nu au un impact suficient de pregnant pentru a le determina să renunțe la fumat. Astfel mesajele de pe pachetele de țigari, afirmă femeile din studiu nu sunt specifice pentru gravide și mamele cu sugari.

Recomandări:

- Reducerea discrepanței dintre cunoștințe și comportament în ceea ce privește fumatul la femeia gravida și mama cu sugar prin dezvoltarea unor acțiuni educative care să promoveze mesaje legate de efectele fumatului direct asupra sarcinii și a copilului.
- Educarea anturajului, a familiei și mai ales a partenerului privind necesitatea renunțării la fumat în prezența femeii gravide, cu explicații orientate spre efectele negative ale fumatului pasiv.
- Inițierea unor acțiuni educaționale privind efectele țigarilor lights asupra sănătății care nu sunt în nici un caz mai puțin nocive comparativ cu țigarile obișnuite.
- Adaptarea mesajelor de pe pachetele de țigari astfel încât acestea să fie mai specifice pentru femeile gravide, mai ușor de înțeles chiar și pentru o populație cu un nivel educațional scăzut.

Obiectiv 2

Evaluarea schimbărilor de comportament privind fumatul in perioada sarcinii si după naștere in asociere cu factori care afectează aceste schimbări (socioculturali, educaționali, economici, si care țin de sănătate)

Concluzii

2.1. Sarcina si nașterea constituie un moment prielnic renunțării sau diminuării fumatului studiul relevând faptul ca 46% dintre femei au renunțat la fumat in sarcina

2.2 Motivele renunțării la fumat sunt diverse pe primul loc situându-se grija fata de sarcina si sănătatea copilului .Unele motive sunt insa conjuncturale- raul provocat de fumat in timpul sarcinii – ceea ce mentine riscul reluarii comportamentului de fumat dupa nasterea copilului..

2.3 Mass media urmata de personalul medical este sursa cea mai importanta pentru furnizarea informațiilor care au stat la baza renunțării la fumat

2.4 Factorii socioculturali educaționali si economici nu influențează renunțarea la fumat sau diminuarea fumatului in sarcina constatându-se procente similare a aceluiși comportament in ambele grupuri de fumătoare si nefumătoare.

2.5 O parte din femeile gravide care au renunțat la fumat in sarcina au reluat după un timp fumatul invocând ca si motive, plictiseala, depresia, dorința imperioasa de a fuma.

2.6 Alăptarea nu reprezintă un factor care sa stimuleze mama sa renunțe la fumat, constându-se procente similare de mame fumătoare sau nefumătoare care alăptează

2.7 Informațiile primite in sarcina sau anterior acesteia , mesajele de avertisment nu constituie factori determinanți in schimbarea atitudinii fata de fumat a femeii gravide sau a tinerei mame.

Recomandări:

- Inițierea unor acțiuni educative care sa stimuleze dorința si motivația mamelor de a renunța la fumat axate mai ales pe sănătatea copilului, informații transmise prin diferite surse de informație precum mass media, personalul medical, internet.
- Acordarea unui sprijin calificat femeii care a renunțat la fumat in primele luni de la oprirea fumatului , sprijin acordat de familie, partener si personal medical.

Obiectiv 3

Identificarea factorilor care pot determina renunțarea la fumat in timpul sarcinii si după naștere.

Concluzii

3.1 Aproximativ jumătate din mame doresc sa renunțe la fumat menționând ca motive grija fata de sarcina , sănătatea copilului si sănătatea proprie.

3.2 Nivelul educațional și socioeconomic al femeilor gravide nu influențează dorința acestora de renunțare la fumat.

3.3 Informarea în timpul sarcinii și mesajele de avertisment privind efectele fumatului constituie un factor stimulator de renunțare la fumat

3.4 Creșterea prețurilor țigărilor în opinia femeilor gravide și a mamelor cu sugari sunt factori care stimulează dorința de a renunța la fumat .

3.5 Mass media și cadrele medicale prin informațiile pe care le furnizează pot stimula dorința de renunțare la fumat în rândul femeilor gravide și a mamelor.

3.6 Atât femeile gravide cât și mamele consideră ca motivația dublată de voința sunt factorii care pot asigura succesul în renunțarea la fumat.

Recomandări:

- Continuarea acțiunilor de educație pentru promovarea sănătății mamei și copilului prin renunțarea la fumat a mamei în timpul sarcinii și în perioada în care are un sugar.
- Implicarea mai largă a personalului medical în combaterea fumatului la femeia gravida și la mama tânără prin acordarea unui sprijin în cadrul consultației prenatale .
- Acordarea unei atenții sporite și mamei care alăptează în sensul consilierii acesteia cum să renunțe la fumat pentru a evita intoxicarea copilului cu noxele care trec prin laptele matern.
- Modificarea politicilor în domeniul prețurilor țigărilor , în sensul creșterii acestora și în special cele referitoare la țigările lights.

BIBLIOGRAFIE

- Cunostintele, Atitudinile si practicile populatiei generale referitoare la consumul de tutun si la prevederile legislative din domeniu - CPSS – 2007
- NANU Michaela, STATIVA Ecaterina, VITCU Anca – Statusul nutritional al femeii gravide, MarLink 2005
- MIHANTAN Florin Dumitru, CIOBANU Magdalena – *Tabagismul* – Consecinte si tratament – Editura medicala 2001
- MIHANTAN Florin Dumitru – Ce nu stie fumatorul roman- Editura Medicala Bucuresti -2001
- MIHANTAN Florin Dumitru – et al. – The habit of smoking to the pupils from the small classes in Romania – Eur. Respir. J. 1994 7suppl.
- MIHANTAN Florin Dumitru – et al – Prevalence of smoking habit in the pupils of hospitals nurse schools- Newsletter EMASH 1995, 10, 4-5
- URSULEANU D- Sanatatea intr-un important sondaj – Actualitatea medicala 1995, 16-17
- Starea de sanatate a populatiei din Romania – Institutul National de Statistica – Bucuresti 2001
- Raportul ESPAD despre Romania 1999
- SERBANESCU Florina , MORRIS Leo et. al Studiul sanatatii reproducerii in Romania 1994
- SERBANESCU Florina, MORRIS Leo, MARIN Mona, Studiul sanatatii reproducerii in Romania 1999
- U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General—2004. Centers for Disease Control and Prevention, Office on Smoking and Health, Atlanta Georgia, May 2004.
- Martin, J.A., et al. Births: Final Data for 2002. National Vital Statistics Reports, volume 52, number 10, December 17, 2003.
- Law, K.L., et al. Smoking During Pregnancy and Newborn Neurobehavior. Pediatrics, volume 111, number 6, June 2003, pages 1318-1323.

- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Smoking Cessation during Pregnancy. ACOG Educational Bulletin, number 260, September 2000.
- U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. Public Health Service Substance and Mental Health Services Administration -Center for Substance Abuse Prevention DHHS Publication No. (ADM) 92-1915, Printed 1992, reprinted 1995
- Secondhand Smoke www.nlm.nih.gov/medlineplus/secondhandsmoke.html
- NIH State of the Science Conference Statement on Tobacco Use: Prevention, Cessation and Control. NIH Consensus and State of the Science Statements. Volume 23, Number3 June 2006