

Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży

Health behaviors during pregnancy

© GinPolMedProject 1 (31) 2014

Artykuł poglądowy/Review article

BARBARA ANNA KICEL, JOANNA HOŁODY-ZARĘBA, PIOTR MICHAŁ KINALSKI

Oddział Ginekologiczno-Położniczy SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony
im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku
Ordynator: prof. dr hab. Maciej Kinalski

Adres do korespondencji/Address for correspondence:

Barbara Anna Kicel

Oddział Ginekologiczno-Położniczy SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony
im. J. Śniadeckiego

ul. Warszawska 15, 15-062 Białystok,

Tel. +48 692 173 367, fax +48 85 74 88 815, e-mail: barbara@kicel.pl

Statystyka/Statistic

| | |
|--------------------------|-----------|
| Liczba słów/Word count | 1681/1896 |
| Tabele/Tables | 5 |
| Ryciny/Figures | 0 |
| Piśmiennictwo/References | 14 |

Received: 21.11.2013

Accepted: 31.01.2014

Published: 15.03.2014

Streszczenie

Właściwe zachowania prozdrowotne warunkują prawidłowy przebieg ciąży. Prawidłowa dieta, odpowiednia ilość snu i ćwiczeń fizycznych oraz unikanie stosowania używek (alkohol, nikotyna, narkotyki, itp.) to podstawowe zasady prozdrowotne. Niestety według danych statystycznych obserwuje się dużą powszechność stosowania używek przez kobiety ciężarne. Często kobiety ciężarne nie potrafią lub nawet nie starają się uwolnić od nałogów i szkodliwych przyzwyczajzeń sprzed ciąży, nie posiadają świadomości o konsekwencjach takiego postępowania. W ocenie badań ankietowych, niewłaściwe zachowania w okresie ciąży wynikają zarówno z indywidualnych zaniedbań ze strony pacjentek, jak również z niedostatecznej edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.

Słowa kluczowe: zachowania prozdrowotne, używki, ciąża

Summary

An appropriate pro-health behaviour is a prerequisite of a normal course of pregnancy. An adequate diet, a sufficient amount of sleep and exercise as well as avoiding any stimulants (alcohol, nicotine, drugs etc.) constitute the basic pro-health conditions. However, statistical data reveal a very widespread use of stimulants among pregnant women, who cannot or frequently even do not attempt to overcome their addiction or harmful habits acquired before pregnancy, and are not aware of the consequences of their behaviour. As surveys indicate, the improper behaviours in pregnancy are due to individual neglect on the patient's side as well as to insufficient health education and promotion.

Key words: health behaviors, drugs, pregnancy

WSTĘP

Narodowy Program Zdrowia wyróżnia cztery czynniki determinujące zdrowie człowieka. W 50% - styl życia, którego wpływ jest zdecydowanie największy, w 20% - środowisko fizyczne i społeczne, w 20% - czynniki genetyczne, w 10% - działania służby zdrowia [1]. Zachowania zdrowotne mają szczególne znaczenie w przypadku kobiet ciężarnych. Negatywny wpływ wywierają m.in. nieprawidłowe nawyki żywieniowe takie jak: nieregularne posiłki, niedobór warzyw i owoców, spożywanie nadmiaru tłuszczów pochodzenia zwierzęcego, czy soli kuchennej w diecie. Dodatkowo nieprawidłowe zachowania zdrowotne dotyczą braku odpowiedniej higieny snu, całkowitego zaniechania aktywności fizycznej i czynnego uczestnictwa w zajęciach w szkole rodzenia [2]. Najgroźniejszymi dla zdrowia kobiety ciężarnej i rozwoju dziecka jest stosowanie różnego rodzaju używek: palenia tytoniu, spożywania alkoholu czy zażywanie substancji psychoaktywnych. Styl życia w największym stopniu determinuje zachowanie zdrowia, dlatego uzasadniona jest promocja zdrowia w ciąży.

DIETA

Odpowiednia dieta kobiety w ciąży spełnia ważną rolę. Poprzez prawidłową podaż substancji odżywczych zapewni prawidłowy rozwój płodu. Wykorzystanie składników pożywienia jest optymalne, gdy przerwa pomiędzy posiłkami będzie wynosić 4-6 godzin. Potrawy powinny być podzielone na mniejsze porcje, dzięki czemu można zmniejszyć częstość występowania nudności, zgagi oraz odbijania, do których predysponuje ciąża. Zróżnicowanie diety i stosowanie pełnowartościowych produktów gwarantuje pokrycie zapotrzebowania na składniki odżywcze we właściwych proporcjach: węglowodany, białko, tłuszcze, witaminy i minerały oraz wodę. Niedobory pokarmowe u matki mogą być przyczyną nieprawidłowości w przebiegu ciąży takich jak: poronienie, poród przedwczesny czy niska masa urodzeniowa noworodka.

W ciąży wzrasta zapotrzebowanie na kwas foliowy, należący do witamin z grupy B, który bierze udział w procesach związanych z podziałami komórkowymi oraz syntezą białek. Procesy te zachodzą ze zwielokrotnioną częstotliwością w rozwijającym się zarodku, dlatego jest on najbardziej narażony na niedobór kwasu foliowego. Najgroźniejszym powikłaniem takiego stanu mogą być wrodzone wady układu nerwowego u noworodka. Nadmierne spożywanie soli, węglowodanów i tłuszczów, głównie zwierzęcych, może sprzyjać otyłości, cukrzycy ciążowej, czy nadciśnieniu tętniczemu.

Niedobory witamin i mikroelementów, będące skutkiem niedostatecznego spożywania warzyw i owoców przez kobiety ciężarne, mogą wywoływać niedokrwistość oraz takie dolegliwości jak: nocne skurcze łydek (niedobór wapnia, magnezu, potasu), drętwienie rąk

INTRODUCTION

The National Health Programme specifies four factors that determine health. In 50% it is the lifestyle, having the definitely strongest effect on human health, in 20% - the physical and social environment, in 20% - genetic factors, in 10% - the role of health service [1]. Pro-health behaviours are of particular importance in the case of pregnant women. Negative behaviours refer to incorrect nutrition habits, such as irregular meals, insufficient consumption of fruit and vegetables, excessive supply of animal fats or salt. Other negative phenomena include inadequate sleep hygiene, total abandonment of physical exercise or of active participation in schools of childbirth [2]. The most harm is done to the health of a pregnant woman and to the development of her child by the use of various stimulants, such as tobacco, alcohol or psychoactive substances. The lifestyle is the crucial prerequisite of health, therefore health promotion in pregnancy is very well-grounded.

DIET

An appropriate diet is of paramount importance to a pregnant woman. An adequate supply of nutrients ensures a normal development of the fetus. The nutritional components are used in the most efficient way if the intervals between the meals are 4-6 hours. The meals should be divided into smaller portions, as this helps to reduce the rate of complaints to which pregnancy predisposes, such as nausea, heartburn or eructation. Dietary diversification and the use of wholesome nutrition guarantees to satisfy the demand for nutrients (carbohydrates, proteins, fats, vitamins, minerals and water) in correct proportions. The mother's nutritional deficits may result in anomalies in the course of pregnancy, including a miscarriage, preterm delivery or low birth weight of the fetus.

Pregnancy increases the demand for folic acid, belonging to the vitamins of B group and playing a role in the processes of cell division and protein synthesis. The processes occur in the developing fetus at an intensified rate, therefore it is the fetus that suffers most from folic acid deficits. The most dangerous complications of the deficit are congenital anomalies of the newborn's nervous system. An excessive intake of salt, carbohydrates and fats, especially of animal origin, may be conducive to obesity, gestational diabetes or arterial hypertension.

Deficits of vitamins and microelements due to insufficient consumption of fruit and vegetables may result in anaemia and other complaints, such as nocturnal calf cramps (deficits of calcium, magnesium, potassium), hand numbness (deficits of magnesium, vitamin B6), constipation (cellulose deficit). Vegetables should constitute a daily supplementation of the main meals and, together with fruit and dairy, the basis of the remaining meals, such as lunch, afternoon snack, and a meal before going to bed [3].

(niedobór magnezu, witaminy B6), zaparcia (niedobór błonnika). Warzywa powinny być dodatkiem do codziennie spożywanych, podstawowych posiłków, a wraz z owocami, obok produktów mlecznych, powinny stanowić podstawę pozostałych posiłków, takich jak drugie śniadanie, podwieczorek i dodatkowy posiłek przed snem [3].

Mimo zwiększenia popularności tematu zdrowego odżywiania w ostatnich latach, wciąż istnieje tendencja do spożywania niewystarczających ilości warzyw i owoców, co potwierdzają badania ankietowe przeprowadzone wśród kobiet ciężarnych w województwie śląskim w latach 2001-2002. Połowa ankietowanych ciężarnych spożywała codziennie świeże owoce i warzywa tylko raz w tygodniu, natomiast 1/3 – trzy razy w tygodniu [2].

PALENIE TYTONIU

Wpływ palenia papierosów, zarówno czynnego, jak i biernego na zdrowie kobiety ciężarnej i płodu jest niewątpliwie szkodliwy. Związane jest to ze zwiększeniem poziomu nikotyny i tlenku węgla we krwi. Nikotyna jest odpowiedzialna za zwężenie naczyń, co może skutkować upośledzeniem krążenia maczyno-łożyskowego, a tym samym wewnątrzmacicznym zahamowaniem wzrostu płodu (IUGR - *Intrauterine Growth Restriction*). Może też przyczynić się do występowania tachyarytmii czy hipokinezji u płodu, stanu przedrzucawkowego, rzucawki czy przedwczesnego odklejenia się łożyska [4].

Tlenek węgla natomiast dzięki większemu powinowactwu do hemoglobiny w porównaniu do tlenu, może prowadzić do niedotlenienia płodu. Palenie tytoniu jest również czynnikiem ryzyka wystąpienia krwawienia z dróg rodnych, łożyska przodującego, porodu przedwczesnego, przedwczesnego odpłynięcia płynu owodniowego czy poronienia [5,6]. Dodatkowo negatywne konsekwencje palenia papierosów w ciąży na płód mogą ujawnić się dopiero w życiu dorosłym. U osób, które były narażone na szkodliwe działanie tytoniu w okresie płodowym częściej obserwuje się choroby układu krążenia, zaburzenia metabolizmu cholesterolu, cukrzycę, wcześniejszą menopauzę i raka szyjki macicy [7].

Palenie papierosów przez kobiety ciężarne nie jest rzadkim zjawiskiem. Według badań przeprowadzonych przez Główny Inspektorat Sanitarny w 2009r 36% ankietowanych ciężarnych kobiet paliło tytoń przed zajściem w ciążę, w okresie ciąży lub kontynuowało palenie po porodzie [7]. W badaniach z 2012r. przeprowadzonych przez Instytut Medycyny Wsi w Lublinie, 39,8% kobiet paliło w ciąży [8]. Największy odsetek palących odnotowano wśród kobiet w młodszym wieku. Palące ciężarne poniżej 20. roku życia stanowiły 16,8% [8] (tab.1). Palenie tytoniu odnotowywano częściej również u kobiet zamieszkujących miasta poniżej 10 tys. mieszkańców, u bezrobotnych oraz z niższym wykształceniem. W obu badaniach stwierdzono, że kobiety ciężarne uznają zarówno aktywne, jak i bierne palenie za czynnik ryzyka dla rozwoju płodu [7,8].

In spite of an increasing popularity of the subject of healthy nutrition in recent years, the tendency persists to consume insufficient amounts of fruit and vegetables, which was confirmed by a survey conducted among pregnant women in the Silesian province in 2001-2002. A half of the respondents declared eating fresh fruit and vegetables only once a week, and one third of them - three times a week [2].

TOBACCO SMOKING

The effect of tobacco smoking, both active and passive, on the health of the pregnant woman and the fetus is indisputably harmful as it increases the blood level of nicotine and carbon monoxide. Nicotine is responsible for vascular contraction, which may result in impairment of the maternal-placental circulation and, in consequence, in intrauterine growth restriction (IUGR). Also, it may contribute to fetal tachyarrhythmia or hypokinesia, preeclamptic state, eclampsia or premature detachment of the placenta [4].

Carbon monoxide, whose affinity to haemoglobin is stronger than that of oxygen, may cause fetal anoxia. Tobacco smoking is also a risk factor in bleeding from the genital tract, in placenta praevia, preterm delivery, premature escape of the amniotic fluid or a miscarriage [5,6]. The negative effects of tobacco smoking by a pregnant woman may become evident only in her child's adult life. Persons who had been exposed to the harmful effects of tobacco smoking in their fetal life suffer more frequently from circulatory diseases, disorders of cholesterol metabolism, diabetes, earlier menopause or cervical cancer [7].

Cigarette smoking is not a rare phenomenon among pregnant women. According to a study conducted by the Chief Sanitary Inspectorate in 2009, 36% of pregnant respondents smoked tobacco before or during pregnancy or continued smoking after the delivery [7]. In a study conducted in 2012 by the Institute of Rural Medicine in Lublin (Poland), 39.8% of women smoked while pregnant [8]. The highest rate of smokers was reported among younger women. Pregnant smokers below the age of 20 constituted 16.8% [8] (Table 1). Tobacco smoking was also more popular among women living in towns of less than 10,000 inhabitants, among unemployed and less educated women. Both studies revealed that pregnant women consider both active and passive smoking to be a risk factor in fetal development [7,8].

SPOŻYWANIE ALKOHOLU

Spożywany przez ciężarną alkohol jest niebezpieczny dla płodu. Alkohol z łatwością przenika przez łożysko do krwiobiegu płodu, gdzie po około 1 godzinie osiąga takie samo stężenie, jak we krwi matki. Alkohol pozostaje dłużej w krążeniu płodowym, niż matczynym. Jest to związane z faktem, iż wątroba płodu nie jest do końca wykształcona i nie jest w stanie odpowiednio szybko zmetabolizować toksyny [9]. Alkohol stwarza największe zagrożenie w pierwszych tygodniach życia płodu, w okresie organogenezy. Szczególne narażenie dotyczy rozwijającego się ośrodkowego układu nerwowego, a także narządów wewnętrznych, głównie serca, czy nerek. Spożywanie alkoholu w ciąży może skutkować poronieniem, porodem przedwczesnym, martwym urodzeniem płodu, czy niską masą urodzeniową noworodka. Najbardziej charakterystycznym powikłaniem jest Płodowy Zespół Alkoholowy (FAS- *Fetal Alcohol Syndrome*). W badaniach Instytutu Medycyny Wsi został rozpoznany u 0,5% dzieci ze zgłoszonymi wadami wrodzonymi [8].

FAS jest to zespół wad wrodzonych, somatycznych z charakterystycznym wyglądem twarzy - hipertelorizm, zez, brak rynienki nosowo-wargowej, cienka górna warga, krótka szyja, płaska środkowa część twarzy, małe uszy. U noworodków z zespołem FAS obserwuje się dodatkowo niską masę urodzeniową, zaburzenia wzrostu oraz wady neurologiczne pod postacią dysfunkcji głównie ośrodkowego układu nerwowego, które w przyszłości często skutkują m.in. zaburzeniami zachowania, pamięci, uczenia się. Oprócz pełnoobjawowego zespołu występują także postaci częściowe, łącznie określane, jako FAE (*Alkoholowy Efekt Płodowy*). Zalicza się do nich: pFAS (*partial FAS*) – charakteryzujący się występowaniem przynajmniej jednego objawu FAS, ARND (*Alcohol Related Neurodevelopmental Disorder*) – nieprawidłowości neurologiczne oraz zaburzenia zachowania i uczenia się, opisywane w przebiegu FAS, ARBD (*Alcohol Related Brain Damage*) – wrodzone deformacje, zniekształcenia i dysplazje różnych części ciała oraz wady serca, kości, nerek, słuchu, opisywanych u pacjentów z FAS [10]. Udowodnionym skutkiem spożywania alkoholu przez ciężarne kobiety u płodów płci męskiej może być także zwiększone ryzyko wnetrostwa [11].

Według danych piśmiennictwa dotyczących spożywania alkoholu w ciąży w krajach europejskich, odsetek ciężarnych pijących napoje alkoholowe różni się

ALCOHOL CONSUMPTION

Alcohol consumed by a pregnant woman is dangerous to the fetus as it easily crosses through the placenta to the fetal circulation, where within 1 hour it reaches the same level as in the mother's blood. Alcohol remains longer in the fetal circulation than in that of the mother. This is associated with the fact that the fetal liver, still being immature, cannot metabolize the toxin quickly enough [9]. Alcohol poses the greatest threat in the first weeks of the fetus' life, during the organogenesis. It is particularly dangerous to the developing central nervous system and internal organs, mostly the heart and kidneys. Alcohol consumption in pregnancy may result in a miscarriage, preterm delivery, stillbirth or low birth weight of the newborn. The most characteristic complication is the fetal alcohol syndrome (FAS). In the study by the Institute of Rural Medicine, it was diagnosed in 0.5% of children with reported congenital defects [8].

The fetal alcohol syndrome is a complex of congenital somatic defects with a characteristic face appearance - hypertelorism, squint, smooth philtrum, thin upper lip, short neck, flat midface, small ears. Newborns with FAS display also a low birth weight, growth disturbances and neurological defects, mostly in the form of central nervous system dysfunctions, in further life often resulting in disturbances of behaviour, memory, learning. Besides the full-blown FAS, its partial forms also occur, being generally known as the fetal alcohol effect (FAE). This includes partial FAS, characterized by at least one FAS symptom, the alcohol-related neurodevelopmental disorder (ARND) - neurological anomalies and disorders of behaviour and learning, described in the course of FAS, the alcohol-related brain damage (ARBD), congenital deformities, anomalies and dysplasias of various body parts and defects of the heart, bones, kidneys and hearing described in FAS patients [10]. There is evidence that alcohol consumption in pregnancy may cause an increased risk of cryptorchism in male fetuses [11].

The literature data on alcohol consumption in pregnancy in European countries indicate that the rate of pregnant women drinking alcoholic beverages differs according to a population [12]. 66.6% of Russian females consumed the same amount of alcohol before as during pregnancy. In Norway, alcohol consumption was declared by 23% of pregnant women, with 1.1% of them using it in excessive amounts. 30% of Swiss

Tab. 1. Palenie tytoniu a wiek ciężarnej

| Wiek | Odsetek palących [%] |
|-----------|----------------------|
| < 20 lat | 16,84 |
| 21-25 lat | 9,76 |
| 26-30 lat | 4,54 |
| 31-35 lat | 5,26 |
| 36-40 lat | 6,09 |
| >40 lat | 15,15 |

Tab. 1. Smoking cigarettes depending on the age of pregnant women

| Age | Rate of smokers [%] |
|-------|---------------------|
| < 20 | 16,84 |
| 21-25 | 9,76 |
| 26-30 | 4,54 |
| 31-35 | 5,26 |
| 36-40 | 6,09 |
| >40 | 15,15 |

w zależności od populacji [12]. Rosjanki w 66,6% spożywały taką samą ilość alkoholu zarówno przed, jak i w trakcie ciąży. Wśród Norweżek spożywanie alkoholu stwierdzono u 23% ciężarnych, a 1,1% nadużywało alkohol. 30% Szwajcerek w ciąży podało jednorazową konsumpcję alkoholu, a około 2% nadużywało spożycie alkoholu w czasie ciąży. We Francji ponad 52% kobiet, co najmniej raz spożywało napoje alkoholowe w ciąży, a 13,7% nadużywało alkohol w ciąży. Wśród duńskich ciężarnych 40% piło alkohol, a wśród nich ponad 25% przekraczało dopuszczalną w tym kraju dawkę - 1 drinka na dobę.

W Polsce w 2009r. 14,1% kobiet spożywało alkohol w ciąży. Najwięcej ciężarnych (71,6%) piło alkohol raz w miesiącu lub rzadziej, natomiast 0,4% cztery lub więcej razy w tygodniu. [7] (tab.2.).

W badaniu przeprowadzonym przez TNS OBOP w 2011r. w ramach kampanii edukacyjnej „Lepszy start dla Twojego dziecka”, do spożywania alkoholu w czasie ciąży przyznała się co ósma badana kobieta (13%) [13]. Porównując powyższe dane z wynikami z 2012 roku zaobserwowano tendencję malejącego spożycia alkoholu przez kobiety ciężarne w 2012r., który wyniósł 10,1%, w tym 8,5% kobiet ciężarnych spożywało alkohol raz w miesiącu lub rzadziej, 0,3% częściej niż raz w tygodniu. Pozostałe 89,9% kobiet ciężarnych całkowicie powstrzymało się od picia alkoholu w jakiegokolwiek postaci [8] (tab.3.).

W 2012r. w Polsce najczęściej spożywanym rodzajem alkoholu było czerwone wino (44,9%), natomiast najrzadziej – wina mocne i wzmocnione (0,7%) (tab.4.). Czynniki sprzyjającymi spożyciu alkoholu są wyższe wykształcenie i mieszkanie w dużym mieście [8]. W badaniach ankietowych z 2012r. stwierdzano, że 98,6% kobiet było świadomych ryzyka spożycia dużych ilości alkoholu dla zdrowia własnego w oraz zdrowia płodu. Natomiast 45,8% kobiet wyraża opinię, iż mniejsze ilości napojów alkoholowych są szkodliwe dla własnego zdrowia, a 62,1% kobiet wskazuje na szkodliwość zdrowia dziecka [8]. Ponad połowa ankietowanych kobiet (56,5%) twierdziła, że lekarz prowadzący ciążę nie omawiał problemu spożycia alkoholu

women declared a single occasion of alcohol consumption while ca. 2% abused alcohol in pregnancy. In France over 52% of women consumed alcoholic beverages at least once in pregnancy, and 13.7% of them abused alcohol while pregnant. In Denmark, 40% of pregnant women drank alcohol and 25% of them exceeded the acceptable dose in that country - 1 drink daily.

In Poland in 2009, 14.1% of women consumed alcohol in pregnancy. Most of them (71.6%) drank alcohol once a month or less frequently, while 0.4% - four or more times a week [7] (Table 2).

In a survey conducted by TNS OBOP (Centre of Public Opinion Studies) in 2011 as a part of the educational campaign „A better start for your child” every eighth woman declared consuming alcohol in pregnancy (13%) [13]. A comparison of the results with those from 2012 reveals a decreasing tendency of alcohol consumption by pregnant women in 2012, when the rate was 10.1%, with 8.5% of pregnant women drinking alcohol once a month or less frequently, 0.3% - more than once a week. The remaining 89.9% of pregnant women abstained totally from drinking alcohol in any form [8] (Table 3).

In 2012, the most frequently consumed type of alcohol in Poland was red wine (44.9%), the least frequently consumed - strong and fortified wine (0.7%) (Table 4). The factors conducive to alcohol consumption include university education and living in a large city [8]. The survey of 2012 revealed that 98.6% of women were aware of the risk of consuming large amounts of alcohol to their health and to the health of the fetus. 45.8% of women expressed the opinion that smaller amounts of alcoholic beverages were harmful to their health, and 62.1% - to the health of their child [8]. Over a half of respondents (56.5%) claimed that the obstetrician managing their pregnancy had not discussed the problem of drinking alcohol in pregnancy. A small percentage of women (0.6%) obtained from the doctor information on acceptable consumption of small amounts of alcohol in pregnancy [8].

Tab. 2. Częstotliwość spożywania alkoholu u kobiet w ciąży w 2009r.

| Częstotliwość spożywania alkoholu | % |
|-----------------------------------|------|
| >= 1x / m-c | 71,6 |
| 2-4x / m-c | 22,7 |
| 2-3x / tyg. | 5,3 |
| >= 4x / tyg. | 0,4 |

Tab. 3. Stosunek kobiet w ciąży do picia alkoholu w 2012r.

| Stosunek do picia alkoholu | % |
|----------------------------|------|
| nie piła | 89,9 |
| piła <= 1x / m-c | 8,5 |
| 2-4x / m-c | 1,3 |
| > 1x / tyg | 0,3 |

Tab. 2. The frequency of drinking alcohol of pregnant women in 2009

| Frequency of alcohol consumption | % |
|----------------------------------|------|
| >= 1x / month | 71,6 |
| 2-4x / month | 22,7 |
| 2-3x / week | 5,3 |
| >= 4x / week | 0,4 |

Tab. 3. The attitude to drinking alcohol of pregnant women in 2012

| Attitude to alcohol drinking | % |
|------------------------------|------|
| did not drink | 89,9 |
| drank <= 1x / month | 8,5 |
| 2-4x / month | 1,3 |
| > 1x / week | 0,3 |

w ciąży. Niewielki odsetek kobiet (0,6%) uzyskał od lekarza informację o dopuszczalnym spożyciu niewielkiej ilości alkoholu w ciąży [8]

SUBSTANCJE PSYCHOAKTYWNE

Substancje psychoaktywne mają destrukcyjny wpływ zarówno na rozwijający się płód, jak i na dziecko po urodzeniu. Stosowane w ciąży zwiększają ryzyko poronienia, porodu przedwczesnego, martwego urodzenia, czy niskiej masy urodzeniowej noworodka. Marihuana dodatkowo może wywoływać zaburzenia rozwoju emocjonalnego w przyszłości oraz niekiedy wady wrodzone i zniekształcenia ciała dziecka. Wśród powikłań zażywania kokainy wymienia się także zwiększone ryzyko nagłej śmierci łóżeczkowej (SIDS - *Sudden Infant Death Syndrome*) i zaburzeń umysłowych oraz nieprawidłowości w oddychaniu i funkcjonowaniu nerek. Zażywanie heroiny zwiększa ryzyko poronienia, porodu przedwczesnego, komplikacji okołoporodowych, a także skutkować u noworodka anemią, chorobami serca, cukrzycą, czy zapaleniem płuc [10]. U niemowląt matek uzależnionych od benzodiazepin może wystąpić depresja ośrodkowego układu nerwowego, a nawet śpiączka. Noworodki z biernym uzależnieniem od substancji psychoaktywnych są narażone na wystąpienie zespołu NAS (*Neonatal Abstinence Syndrome*) – Noworodkowego Zespołu Abstynencyjnego. U 90% dzieci symptomy pojawiają się do 96 godziny życia (najczęściej pomiędzy 1. a 2. dobą życia). Natomiast u pozostałej części pełnoobjawowy zespół może się ujawnić w pierwszych 2. tygodniach życia. Wśród objawów zespołu odstawienia wymienia się m.in. utratę masy ciała, wysokotonowy płacz, wymioty, wzmożone napięcie mięśniowe, łzawienie oczu, drżenia, drgawki, drażliwość, luźne stolce, wysoką temperaturę ciała, itd. [14].

Tab. 4. Rodzaje najczęściej spożywanych alkoholi w ciąży

| Rodzaj alkoholu | Częstość spożycia [%] |
|-------------------------|-----------------------|
| Czerwone wino | 44,9 |
| Piwo | 30,3 |
| Niskoprocentowe piwo | 29,8 |
| Białe wino | 11,6 |
| Mocne alkohole | 5 |
| Coolery | 2,2 |
| Wina mocne i wzmacniane | 0,7 |

Tab. 5. Zażywanie środków psychoaktywnych przez kobiety w ciąży w 2012r.

| Rodzaj środków psychoaktywnych | % |
|---|------|
| Środki uspakajające/nasenne – bez recepty | 1,45 |
| Środki uspakajające/nasenne – na receptę i za wiedzą lekarza | 0,99 |
| Środki uspakajające/nasenne – na receptę i bez wiedzy lekarza | 0,18 |
| Narkotyki, dopalacze, środki pobudzające | 3,35 |

PSYCHOACTIVE SUBSTANCES

Psychoactive substances have a destructive effect on the developing fetus as well as on the newborn. When used in pregnancy, they increase the risk of a miscarriage, preterm delivery, stillbirth or low birth weight of the newborn. Marijuana may also disturb the child's future emotional development and sometimes cause congenital defects and malformations. The consequences of cocaine use include an increased risk of sudden infant death syndrome (SIDS), mental disorders and disturbances of respiratory and renal function. Heroin use increases the risk of a miscarriage, preterm delivery, perinatal complications and may also cause anaemia, heart disease, diabetes or pneumonia in the newborn [10]. Infants born to mothers addicted to benzodiazepines may develop a depression of the central nervous system or even a coma. Newborns with a passive addiction to psychoactive substances are in danger of the neonatal abstinence syndrome (NAS). In 90% of the newborns the symptoms occur within the first 96 hours of life (usually between day 1 and 2). The symptoms of NAS include body weight loss, high-pitched crying, vomiting, increased muscle tone, lacrimation, trembling, seizures, irritability, loose stool, fever etc. [14].

In the survey of 2012, 2.2% of pregnant women (aged 20-29) declared taking sedatives or hypnagogues, 1.45% took over-the-counter medication, 0.99% took psychoactive drugs available on prescription, 0.18% took psychoactive drugs on prescription without a doctor's approval. Other psychoactive drugs, including illicit drugs (cocaine, heroin), designer drugs, stimulants (usually hashish and marijuana) were taken by 3.35% of pregnant women [8] (Table 5). The data in literature reveal a higher rate of psychoactive use among women in poor material situation and among women

Tab. 4. The types of most frequently consumed alcohol in pregnancy

| Type of alcohol | Rate of consumption [%] |
|---------------------------|-------------------------|
| Red wine | 44.9 |
| Beer | 30.3 |
| Low-alcohol beer | 29.8 |
| White wine | 11.6 |
| Spirits | 5 |
| Coolers | 2.2 |
| Strong and fortified wine | 0.7 |

Tab. 5. The use of psychoactive substances by pregnant women in 2012

| Type of psychoactive substances | % |
|---|------|
| Sedatives/hypnagogues - over the counter | 1,45 |
| Sedatives/hypnagogues - prescribed, with a doctor's consent | 0,99 |
| Sedatives/hypnagogues - prescribed, unbeknown to the doctor | 0,18 |
| Illicit drugs, designer drugs, stimulants | 3,35 |

W badaniach z 2012r. 2,2% ciężarnych kobiet (w wieku 20-29lat) deklaroowało przyjmowanie środków uspokajających lub nasennych. 1,45% kobiet przyjmowało leki dostępne bez recepty, 0,99% leki psychoaktywne dostępne na receptę, 0,18% ciężarnych przyjmowało środki psychoaktywne dostępne na receptę. Inne środki psychoaktywne, w tym narkotyki (kokaina, heroina) „dopalacze”, środki pobudzające (najczęściej haszysz i marihuana) były zażywane przez 3,35% kobiet w ciąży [8] (tab.5.). Według danych piśmiennictwa obserwuje się większy odsetek przyjmujących środki psychoaktywne u kobiet ze złą sytuacją materialną oraz wśród kobiet rozwiedzionych, w separacji lub będących w związku nieformalnym. Świadomość szkodliwości stosowania środków psychoaktywnych wśród ankietowanych kobiet ciężarnych była bardzo duża i wynosiła 97-99%. [8]

PODSUMOWANIE

Zdrowy styl życia w okresie ciąży jest niezwykle istotny dla prawidłowego rozwoju płodu oraz dziecka po porodzie. Prozdrowotne zachowania, jak prawidłowe odżywianie się, umiarkowana aktywność fizyczna, czy uczęszczanie do szkoły rodzenia mają pozytywny wpływ na ciążę. Nieprawidłowe zachowania zdrowotne w okresie ciąży wynikają zarówno z indywidualnych zaniedbań ze strony kobiet, jak również z niedostatecznej edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia. Zwrócenie uwagi na ten aspekt opieki nad kobietą ciężarną mogłoby zminimalizować negatywne dla zdrowia skutki niewłaściwych przyzwyczajeń czy zachowań.

who are divorced, separated or live in informal relationships. The awareness of the harmful effects of using psychoactive substances was high among the surveyed pregnant women and reached 97-99% [8].

SUMMARY

A healthy lifestyle in pregnancy is of paramount importance to the normal development of the fetus and of the child after birth. Pro-health behaviours, such as an adequate diet, moderate physical exercise or attending a school of childbirth have an advantageous effect on the course of pregnancy. Improper health behaviours in pregnancy are due to individual neglect on the patient's side as well as to insufficient health education and promotion. Attention paid to that aspect of pregnancy care could minimize the negative effects of wrong habits or behaviours.

Piśmiennictwo / References:

1. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007 – 2015. Załącznik do Uchwały Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007. Warszawa.
2. **Banaszak-Żak B, Dobrzyń D.** Czynniki warunkujące zdrowie kobiety ciężarnej. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin – Polonia*, 2004; Vol. LIX, Suppl. XIV: 12 Sectio D.
3. **Marianowski L.** Od poczęcia do narodzin – poradnik dla przyszłych rodziców. *Pelagros*. Warszawa. 2001.
4. **Habek D.** Effects of smoking and fetal hypokinesia in early pregnancy. *Arch. Med. Res. Epub.* 2007 Aug 3; 38: 864-7.
5. **Piotrowski J, Lisiewicz J.** Palenie tytoniu, matka- ciąża- dziecko. *PAN: Ossolineum*. Kraków. 1983.
6. **George L, Granath F, Johansson AL et al.** Environmental tobacco smoke and risk of spontaneous abortion. *Epidemiology* 2006 Sep;17(5):500-5.
7. Ekspertyza - Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży. Posiedzenie Plenarne Rady Naukowej przy Ministrze Zdrowia, Ministerstwo Zdrowia. Warszawa. 24.03.2010.
8. Profilaktyczny program w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych. Instytut Medycyny Wsi. Lublin. 2013.
9. **Salmon J.** Fetal alcohol spectrum disorder: New Zealand birth mothers' experiences. *Can. J. Clin. Pharmacol* 2008;15:191-213.
10. **Klecka M.** Ciąża i alkohol. W trosce o Twoje dziecko. Parpamedia, Warszawa. 2007.
11. **Damgaard IN, Jensen TK, Petersen JH et al.** Cryptorchidism and maternal alcohol consumption during pregnancy. *Environ Health Perspect.* 2007;115:272-7.
12. **Szycha W, Skoczylas M, Ludański T.** Spożywanie alkoholu i palenie tytoniu przez kobiety w ciąży – przegląd badań. *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia.* 2008;1,4:309-313.
13. Badanie efektywności kampanii „Lepszy start dla Twojego dziecka” – spożywanie alkoholu. TNS OBOP na zlecenie ZP PPS. 2011.
14. **Syweński E, Lipińska – Gediga M.** Noworodek matki uzależnionej – wciąż aktualny problem. *Przegląd Epidemiologiczny.* 2009;63:125–129.