

# Planowanie ciąży a stosowanie używek w czasie ciąży przez kobiety z wybranych krajów europejskich

## Pregnancy planning and substance abuse during pregnancy by women in selected European countries

MAŁGORZATA LESIŃSKA-SAWICKA

Katedra Nauk o Zdrowiu, Akademia Pomorska w Słupsku

**Wprowadzenie.** Macierzyństwo to okres w życiu kobiety wymagający od niej należytego przygotowania, polegające nie tylko na psychicznym nastawieniu do prokreacji czy wybraniu optymalnego czasu na zajście w ciążę, rozpoczęciu profilaktyki wad cewy układu nerwowego ale też na zaprzestaniu bądź ograniczeniu stosowania używek, co może być dużą trudnością dla przyszłej matki.

**Celem badań.** Znalezienie odpowiedzi na pytanie: Czy planowanie decyzji prokreacyjnych przez kobiety wiąże się z zaprzestaniem stosowania przez nie używek w czasie ciąży?

**Materiał i metody.** Przedmiotem badań były 732 kobiety z Polski, Belgii, Holandii, Niemiec, Włoch, Irlandii, Portugalii, Estonii, Anglii, Maroko, Czech, Finlandii będące matkami dzieci do 10 roku życia, zamieszkujące kraje europejskie i ich wypowiedzi dotyczące stosowania używek i środków psychoaktywnych w ciąży. W badaniu wykorzystano metodę statystyczną, techniką – ankietę skierowaną do kobiet z wybranych krajów europejskich.

**Wyniki.** Respondentki w 55% zostały matką w tym czasie ich życia, jak sobie zaplanowały. 29,8% respondentek, mimo ciąży i konieczności przywiązywania większej uwagi do prozdrowotnego stylu życia, piło alkohol lub kawę, paliło papierosy, przyjmowało narkotyki lub inne leki. U kobiet, które nie planowały ciąży częściej występowało zjawisko stosowania używek.

**Wnioski.** Duży odsetek kobiet będąc w ciąży podejmuje zachowania ryzykowne związane z przyjmowaniem używek i środków psychoaktywnych. Planowanie ciąży w niewielkim stopniu skłania kobiety do zaprzestania spożywania używek i środków psychoaktywnych.

**Słowa kluczowe:** macierzyństwo, planowanie ciąży, używki, kraje europejskie

**Introduction.** Motherhood is a period in a woman's life which requires proper preparation. It involves procreation-oriented mental attitude, selection of optimum conception time, early prevention of the nervous system neural tube defects, cessation or restriction of stimulant use.

**Aim.** To find answers to the question: Do reproductive decisions of women involve cessation of stimulant use during pregnancy?

**Materials and methods.** The study subjects were 732 women, living in European countries (Poland, Belgium, Holland, Germany, Italy, Ireland, Portugal, Estonia, England, Morocco, Czech Republic, Finland) and their views on pregnancy planning and substance abuse during pregnancy.

**Results.** 55% of the respondents planned their pregnancies. 29.8% of the respondents drank alcohol or coffee, smoked cigarettes, used drugs, or received medications during pregnancy. In women who did not plan pregnancy stimulant use was more frequent.

**Conclusions.** A large percentage of pregnant women take hazards associated with drugs and psychoactive substance use. Planning pregnancy has insignificant influence on stopping the consumption of drugs and psychoactive substances.

**Keywords:** motherhood, pregnancy planning, stimulants, European countries

© Probl Hig Epidemiol 2011, 92(1): 127-131

www.phie.pl

Nadesłano: 08.12.2010

Zakwalifikowano do druku: 30.12.2010

**Adres do korespondencji / Address for correspondence**

dr Małgorzata Lesińska-Sawicka  
Katedra Nauk o Zdrowiu, Akademia Pomorska w Słupsku  
ul. Westerplatte 64, 76-200 Słupsk  
e-mail: safkowa@op.pl

## Wprowadzenie

Macierzyństwo to okres w życiu kobiety wymagający od niej należytego przygotowania, które powinno zacząć się wraz z powstaniem myśli, pojawieniem się chęci zostania matką. Polega ono nie tylko na psychicznym nastawieniu do prokreacji czy wybraniu optymalnego czasu na zajście w ciążę, rozpoczęciu profilaktyki wad cewy układu nerwowego ale też na zaprzestaniu bądź ograniczeniu stosowania używek, co może być jednak dużą trudnością dla przyszłej matki.

Literatura przedmiotu podaje liczne dowody negatywnego wpływu alkoholu, nikotyny oraz nadużywania kawy czy leków w ciąży. Dziecko w łonie matki rozwija się i rośnie bardzo dynamicznie, w związku z tym jest bardziej podatne na niepożądane działanie substancji leczniczych, chemicznych niż dorosły człowiek.

Łożysko w pełni przepuszcza alkohol do krwiobiegu dziecka i po 40-60 minutach jego poziom we krwi płodu jest taki sam jak we krwi matki. Dziecko rozwijające się wewnątrzmacicznie nie ma jeszcze

w pełni dojrzałej wątroby dlatego też dłużej narażone jest na toksyczne działanie alkoholu [1]. Znane są liczne konsekwencje spożywania alkoholu przez kobiety ciężarne od Alkoholowego Zespołu Płodowego (FAS – *Fetal Alcohol Syndrome*) zaczynając, poprzez jego mniej wyrazistą odmianę FAE (*Fetal Alcohol Effect*), defekty urodzeniowe związane z alkoholem (ARBD – *Alcohol Related Birth Defects*), zaburzenia neurorozwojowe związane z alkoholem (ARND – *Alcohol Related Neurodevelopmental Disorder*) [2], wzrost ryzyka wystąpienia wnetrostwa u płodów płci męskiej [3] i wewnątrzmacicznego obumarcia płodu [4]. Stopień oddziaływania alkoholu na płód jest wciąż kontrowersyjny [5] i brak dowodów na istnienie bezpiecznej dawki alkoholu, którą można spożywać w ciąży [6], aczkolwiek nie we wszystkich krajach jest jednoznaczny zakaz spożywania etanolu przez ciężarne, np. Wielka Brytania [7].

Palenie papierosów jest szkodliwe dla wszystkich palaczy, tych czynnych jak i biernych.

Informacje dotyczące palenia w czasie okołoporodowym ukazują jego wpływ na stan urodzeniowy noworodka, obejmując: niską wagę urodzeniową dziecka prowadzącą do jego chorób, niepełnosprawności, wczesnej śmierci noworodka lub zespołu nagłej śmierci łóżeczkowej niemowlęcia (SIDS) [8-10]. Dzieci matek palaczek podatniejsze są na choroby wieku niemowlęcego i wczesnodziecięcego w porównaniu z dziećmi, których mamy nie paliły w czasie ciąży. Badacze zjawiska nie wiedzą dokładnie, które komponenty dymu tytoniowego są najbardziej szkodliwe, wciąż jest to bardzo kontrowersyjne zagadnienie, ale posiadają dane dotyczące przechodzenia toksyn przez łożysko powodując zmniejszony przepływ krwi i obniżony poziom tlenu w krwioobiegu dziecka [11]. Dodatkowo u palących częściej występuje łożysko przodujące [12-13], poronienia [13-14], przedwczesne pęknięcie błon płodowych.

Spożywania kofeiny w ciąży i jej szkodliwy wpływ na rozwijający się płód nie są wciąż jasne, do końca wyjaśnione i często również bagatelizowane. Dowody badań sugerują, że spożywanie kofeiny w małych ilościach w okresie ciąży nie powoduje ryzyka dla płodu [15-16]. Niemniej jednak należy pamiętać, że kofeina, która jest zawarta w kawie, herbacie, niektórych napojach gazowanych, czekoladzie i niektórych lekach jest środkiem łatwo przenikającym przez łożysko do płodu, może zwiększać częstość akcji serca płodu, zmniejszać przepływ krwi przez łożysko i wchłanianie żelaza, prawdopodobnie zwiększając ryzyko wystąpienia niedokrwistości. Niektórzy sugerują, że picie dopiero więcej niż siedem filiżanek kawy dziennie może zwiększyć ryzyko wystąpienia porodu martwego płodu, przedwczesnego porodu, urodzenia dziecka o niskiej wadze, lub poronienia. Liczni jednak eksperci zalecają ograniczenie picia kawy i napojów z kofeiną, kiedy

to możliwe ponieważ spożywanie nawet niewielkich ilości kofeiny w trakcie ciąży zwiększa ryzyko niskiej masy urodzeniowej dziecka [17-18].

Większość leków podanych matce przenika do krwioobiegu dziecka przez łożysko. Niektóre substancje chemiczne osiągają w ciele rozwijającego się dziecka większe stężenia niż w organizmie matki. Jednym z powodów, dla których taka sytuacja jest niebezpieczna jest fakt, że dzieci nie posiadają w pełni wykształconych mechanizmów metabolizmu leków. Bezpieczeństwo stosowania leków w ciąży określają tzw. kategorie bezpieczeństwa, które podawane jednak są najczęściej bez dodatkowych opisów. Szkodliwy wpływ leków na płód zależy od momentu, w którym są one stosowane. Przyjmuje się, że do siódmego dnia po zapłodnieniu ryzyko uszkodzeń jest niewielkie ze względu na to, że dzielące się komórki nie są jeszcze zróżnicowane i posiadają duże zdolności regeneracyjne. Największe narażenie na szkodliwe efekty uboczne leków występuje między dziesiątym, a około sześćdziesiątym dniem ciąży, w okresie tak zwanej embriogenezy. W drugim i trzecim trymestrze ciąży rozwija się układ nerwowy i płciowy, dlatego też toksyczne efekty leków w tym okresie mogą odbić się niekorzystnie na rozwoju płciowym i wiązać się z zaburzeniami neurologicznymi u dziecka [19].

## Cel badań

Znalezienie odpowiedzi na pytanie: Czy planowanie decyzji prokreacyjnych przez kobiety wiąże się z zaprzestaniem stosowania przez nie używek w czasie ciąży?

## Materiał i metoda

Prezentowane wyniki są niewielkim fragmentem badań prowadzonych przez autorkę od lutego 2009 r. do czerwca 2010 r. wśród Europejek, za pomocą kwestionariusza ankiety własnego autorstwa.

Badaniami objęto kobiety będące matkami dzieci do 10 roku życia, zamieszkujące wybrane kraje europejskie oraz ich wypowiedzi dotyczące stosowania używek i środków psychoaktywnych w ciąży.

Badania prowadzone były głównie w szkołach podstawowych (np. Belgia, Holandia, Estonia), przedszkolach (np. Anglia, Niemcy, Portugalia, Polska), zakładach opieki zdrowotnej (np. Włochy, Irlandia). Wypełnione kwestionariusze zbierane były przez dyrektorów szkół, pielęgniarki i matki, których dzieci chodzą do przedszkoli.

Najczęściej uzupełnione narzędzia badawcze wracały do autorki badań i niniejszego opracowania pocztą tradycyjną, niektórzy respondenci przesyłali bezpośrednio na adres e-mail (4,9% uzyskanych z powrotem odpowiedzi). W zależności od kraju zwrotność była zróżnicowana od 10% do 90%.

W badaniu wykorzystano metodę statystyczną polegającą na ilościowym ujmowaniu zjawisk społecznych i psychospołecznych – tutaj mierzącą poglądy Europejki. Uzupełnieniem wyników badań była także analiza jakościowa wypowiedzi respondentek. Zastosowaną w badaniu techniką była ankieta skierowana do kobiet z wybranych krajów europejskich.

Celem badań było znalezienie odpowiedzi na pytania – Czy planowanie decyzji prokreacyjnych przez kobiety wiąże się z zaprzestaniem stosowania przez nie używek w czasie ciąży?

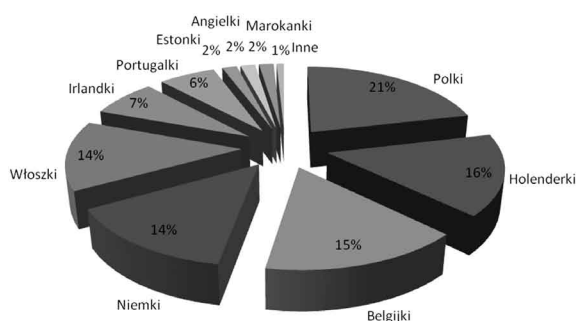
### Wyniki

W badaniu udział wzięły 732 kobiety z Polski, Belgii, Holandii, Niemiec, Włoch, Irlandii, Portugalii, Estonii, Anglii, Maroko, Czech, Finlandii (ryc. 1).

Respondentki charakteryzowały się:

- średnim wiekiem podczas badania – 34,7 lat
- średnim wiekiem podczas rozpoczynania współżycia płciowego – 19,2 lat
- średnim wiekiem podczas zajścia w pierwszą ciążę – 27,6 lat
- średnią ilością urodzonych dzieci – 1,8.

Z danych zamieszczonych w tabeli I wynika, że najstarsze respondentki biorące udział w badaniu pochodziły z Holandii, najpóźniej rozpoczynały współżycie płciowe kobiety z Irlandii, najczęściej odsuwały na późniejsze fazy życia poród pierwszego dziecka Włoszki a najmniejszą dzietnością charakteryzowały się Portugalki.



Ryc. 1. Procentowy udział respondentek z poszczególnych krajów europejskich

Fig. 1. Percentage of respondents from individual European countries

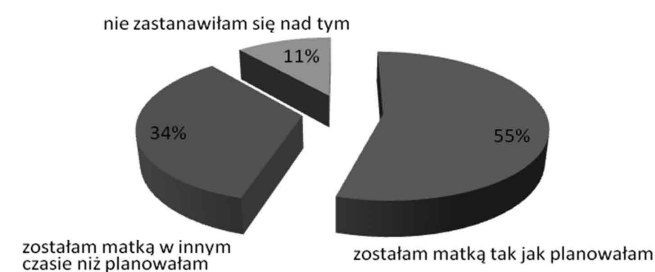
Tabela I. Profil respondentek  
Table I. Respondents' characteristics

Cecha	Polki	Belgijki	Holenderki	Niemki	Irlandki	Włoszki	Portugalki
Średni wiek podczas badania (w latach)	31,7	36,8	37,9	29,6	33,3	36,4	33,3
Średni wiek podczas rozpoczynania współżycia płciowego (w latach)	18,7	17,6	16,1	17,4	21,6	20,4	18,4
Średni wiek podczas rodzenia pierwszego dziecka (w latach)	25,5	25,2	27,3	22,9	27,5	28,9	25,2
Dzietność	1,6	2,4	2,3	1,7	1,5	1,9	1,2

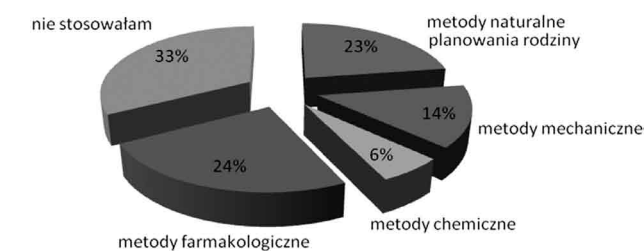
Kobiety biorące udział w badaniu w 55% zostały matką w tym czasokresie ich życia, jak sobie zaplanowały, podczas gdy 34% respondentek macierzyństwo spotkało w nieplanowanym momencie (ryc. 2). Spośród tej grupy kobiet, u większości, bo u 58% badanych dziecko pojawiło wcześniej niż zakładały.

Respondentki określiły, że planowały swą obecną ciążę – 56,6% stosując różnorodne metody – naturalne, chemiczne, mechaniczne i farmakologiczne (ryc. 3). Odsetek kobiet niestosujących żadnej z wymienionych metod wynosi 33% co znajduje się w korelacji z odsetkiem kobiet nieplanujących ciąży i tych, których ciąża zastała w innym czasie niż planowały (analogicznie 43,4%, 34%).

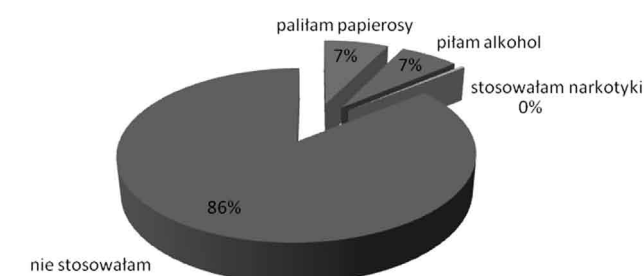
Kobiety biorące udział w badaniu w większości w czasie ciąży nie stosowały używek ani środków psychoaktywnych. Niepokojący jest jednak fakt, że 29,8% respondentek, mimo ciąży i konieczności przywiązywania większej uwagi do prozdrowotnego stylu życia, piło alkohol lub kawę, paliło papierosy, przyjmowało narkotyki lub inne leki (ryc. 4). Poddając pogłębionej



Ryc. 2. Czasokres zostania matką a plany prokreacyjne  
Fig. 2. Time period of becoming a mother vs. procreation plans



Ryc. 3. Stosowanie metod regulacji poczęć i antykoncepcji  
Fig. 3. Use of birth control methods and contraceptives



Ryc. 4. Stosowanie używek i środków psychoaktywnych w ciąży  
Fig. 4. Use of stimulants and psychoactive substances in pregnancy

analizie wyniki badań można powiedzieć, że wśród respondentek, kobiety, które nie planowały ciąży częściej

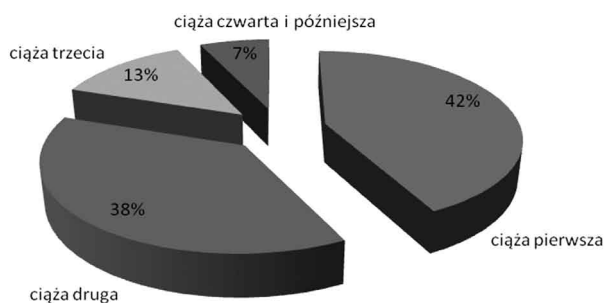
Tabela II. Planowanie ciąży a przyjmowanie używek (źródło: badanie własne)  
Table II. Pregnancy planning and stimulant use (source: author's study)

Respondentki	Planowały ciążę	Nie planowały ciąży	Razem
Stosowały używki	78 (10,7%)	140 (19,1%)	218 (29,8%)
Nie stosowały używek	336 (45,9%)	178 (24,3%)	514 (70,2%)
Ogółem	414 (56,6%)	318 (43,4%)	732 (100%)

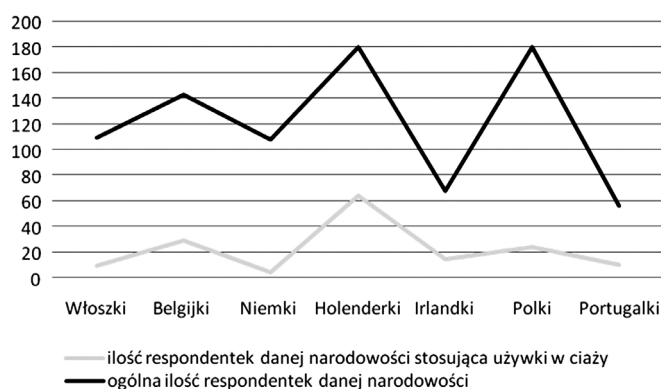
występowało zjawisko stosowania używek (tab. II).

Kolejność ciąży wydaje się nie mieć znaczenia w zmniejszaniu ryzyka stwarzania niebezpieczeństwa dla zdrowego wewnątrzmacicznego rozwoju dziecka (ryc. 5).

Dane zamieszczone na rycinie 6 ukazują liczbę kobiet z poszczególnych krajów, stosujących używki w ciąży. Zaznaczają się duże różnice pomiędzy poszczególnymi narodowościami wynikające być może z liberalnego w niektórych krajach, podejścia do przestrzegania zasad zdrowego stylu życia, higieny w ciąży i ukształtowania świadomości kobiet dotyczącej wpływu czynników szkodliwych na przebieg ciąży i rozwój dziecka.



Ryc. 5. Kolejność ciąży a stosowanie używek przez kobiety  
Fig. 5. Sequence of pregnancies and stimulant use in women



Ryc. 6. Liczba kobiet przyjmujących używki w stosunku do ogólnej liczby respondentek z danego kraju

Fig. 6. Number of women using stimulants in relation to a general number of respondents from a given country

## Dyskusja

Z piśmiennictwa wynika, że w ostatnich latach, w Europie, zaczyna mówić się o swoistym babyplanowaniu – ponieważ coraz więcej kobiet świadomie decyduje się na dziecko w czasie dla nich optymalnym, wykorzystując do tego celu naturalne metody planowania ciąży i coraz to ulepszone – antykoncepcji. Spośród respondentek z 18 krajów europejskich biorących udział w badaniu Bayer Schering Pharma nt. zwyczajów w antykoncepcji, przeprowadzonych przez GFK w listopadzie-grudniu 2009 roku, 62% badanych w Europie kobiet potwierdziło, że planowało pierwszą ciążę [20]. Ten wysoki odsetek planowanych ciąż potwierdzają również prezentowane wyniki, gdzie na babyplanowanie wskazało 56,6% respondentek.

Mimo iż wzrasta świadomość kobiet względem prokreacji, przygotowania do macierzyństwa, mimo iż coraz więcej mówi się o świadomym macierzyństwie, to jednak wciąż dużym problemem są używki w ciąży, we wszystkich krajach europejskich.

Przyjmowanie substancji szkodliwych dla płodu będące świadomym, rozmyślnym bądź nieświadomym zaniedbaniem określane jest jako maltretowanie prenatalne [21] i powinno być mocno eksponowane aby spotęgować w społeczeństwie fakt szkodliwego ich oddziaływania na dziecko.

Z piśmiennictwa wynika, że kobiety w większości świadome są konieczności zaprzestania spożywania alkoholu będąc w ciąży z powodu wynikających zagrożeń dla rozwijającego się wewnątrzłono dziecko [22], często jednak przychodzi im to z dużym trudem. Szychta, Skoczylas, Laudański dokonali przeglądu piśmiennictwa dotyczącego szkodliwości spożywania alkoholu i palenia tytoniu przez kobiety w ciąży, z którego wynika, że istnieje zróżnicowany odsetek kobiet ciężarnych spożywających alkohol wśród wybranych populacji [23]. Uzyskane wyniki metaanalizy potwierdzają również wyniki autorki prezentowanych badań. Największy odsetek kobiet ciężarnych spożywających etanol i palących papierosy w ciąży jest wśród respondentek, w kolejności, z Holandii, Belgii, Polski, Irlandii i Portugalii. Dostępne dane statystyczne [24-25] ukazują, że w Polsce pali w ciąży około 20% kobiet, przytaczane wyniki mówią o 14%, w Portugalii 56%, tutaj 21%.

Z piśmiennictwa wynika, że w czasie ciąży wyraźnie zmieniają się nawyki dotyczące palenia papierosów. Kobiety będące w ciąży ograniczają lub zaprzestają palenia papierosów, wykorzystując odmienny stan do zahamowania podejmowania działań ryzykownych dla zdrowia ich i dziecka. Z badań przeprowadzonych wynika, że 14,4% respondentek nie przestało palić będąc w ciąży a 7,8% – podjęło skuteczną próbę walki z nałogiem [26].

Kolejnym niepokojącym zjawiskiem jest przyjmowanie leków w ciąży. Badacze zjawiska podają, że 5-10% wszystkich kobiet nadużywa leków, podczas gdy w ciąży – 5,5% ciężarnych przyjmuje leki niedozwolone w tym stanie [27]. Autorka w prezentowanych badaniach spotkała się z niewielkim odsetkiem przyjmowania leków i narkotyków w ciąży przez respondentki – 0,2%. Jakkolwiek jest to zjawisko, w prezentowanych wynikach, o małych rozmiarach to trzeba mieć na względzie, że deklaracje, a rzeczystwy stan niekoniecznie muszą się pokrywać. Krajem, gdzie pojawiły się ciężarne przyjmujące niedozwolone substancje chemiczne w ciąży, była Belgia.

Warto byłoby się zastanowić nad zwiększeniem oddziaływań na kobiety będące w ciąży i planujące ciążę

oraz ich najbliższych aby zjawisko używek w ciąży wyeliminować do minimum. Okres okołoporodowy wydaje się dobrym czasem dla kobiet, ich partnerów i rodzin na walkę z nałogami i unikanie ryzykownych zachowań. W związku z otwartością granic, częstymi migracjami ludności i łatwością zmiany miejsca zamieszkania wydaje się słuszne opracowanie wspólnego podejścia opieki zdrowotnej do omawianego zagadnienia.

## Wnioski

1. Duży odsetek kobiet będąc w ciąży podejmuje zachowania ryzykowne związane z przyjmowaniem używek i środków psychoaktywnych.
2. Planowanie ciąży w niewielkim stopniu skłania kobiety do zaprzestania spożywania używek i środków psychoaktywnych.

## Piśmiennictwo / References

1. Salmon J. Fetal alcohol spectrum disorder: New Zealand birth mothers' experiences. *Can J Clin Pharmacol* 2008, 15: 191-213.
2. Hankin JR. Fetal alcohol syndrome prevention research. *Alcohol Res Health* 2002, 26: 58-65.
3. Damgaard IN, Jensen TK, Petersen JH, et al. Cryptorchidism and maternal alcohol consumption during pregnancy. *Environ. Health Perspect* 2007, 115: 272-7.
4. Kesmodel U, Wisborg K, Olsen SF, et al. Moderate alcohol intake during pregnancy and the risk of stillbirth and death in the first year of life. *Am J Epidemiol* 2002, 155: 305-12.
5. Spohr HL, Willms J, Steinhausen HC. Prenatal alcohol exposure and long-term developmental consequences. *Lancet* 1993, 341: 907-10.
6. American Academy of Pediatrics Committee on Substance Abuse and Committee on Children with Disabilities. Fetal alcohol syndrome and fetal alcohol effects. *Pediatrics* 1993, 91: 1004-6.
7. Alcohol consumption and the outcomes of pregnancy. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Statement 2006, No. 5.
8. Plummer HK, Sheppard BJ, Schuller HM. Interaction of tobacco-specific toxicants with nicotinic cholinergic regulation of fetal pulmonary neuroendocrine cells: implications for pediatric lung disease. *Exp Lung Res* 2000, 26: 121-135.
9. Wisborg K, Kesmodel U, Henriksen T. A prospective study of smoking during pregnancy and SIDS. *Arch Dis Child* 2001, 84: 203-206.
10. Mitchell EA, Ford R, Stewart A, et al. Smoking and the sudden infant death syndrome. *Pediatrics* 1993, 91: 893-899.
11. Herman B, Perry SK. *The Twelve-Month Pregnancy: What You Need to Know Before You Conceive to Ensure a Healthy Beginning for You and Your Baby*. Lowell House, Los Angeles 1996.
12. Kesmodel U, Olsen SF. Smoking habits among pregnant Danish women: reliability of information recorded after delivery. *J Epidemiol Comm Health* 1999, 53: 239-42.
13. Jaddoe VW, Troe EJ, Hofman A, et al. Active and passive maternal smoking during pregnancy and the risks of low birthweight and preterm birth: the Generation R Study. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2008, 22: 162-71.
14. George L, Granath F, Johansson AL, et al. Environmental tobacco smoke and risk of spontaneous abortion. *Epidemiology* 2006, 17: 500-5.
15. Fletcher J. Subgroup analyses: how to avoid being misled. *BMJ* 2007, 335: 96-97.
16. Olsen J, Bech BH. Caffeine intake during pregnancy. *BMJ* 2008, 337: a2316.
17. Bakker R, Steegers EAP, Obradov A, et al. Maternal caffeine intake from coffee and tea, fetal growth, and the risks of adverse birth outcomes: the Generation R Study. *Am J Clin Nutr* 2010, 91: 1691-1698.
18. Fletcher J. Subgroup analyses: how to avoid being misled. *BMJ* 2007, 335: 96-97.
19. Kostowski W, Herman ZS. *Podstawy farmakoterapii*. PZWL, Warszawa 2006.
20. Babyboom: najlepszy wiek na pierwsze dziecko zdaniem kobiet. <http://www.naukowy.pl/babyboom-najlepszy-wiek-na-pierwsze-dziecko-zdaniem-kobiet-vt43129.htm>. (31.08.2010).
21. Soriano A. *Przemoc wobec dzieci*. eSPe, Kraków 2002.
22. Alvik A, Haldorsen T, Groholt B, et al. Alcohol consumption before and during pregnancy comparing concurrent and retrospective reports. *Alcohol Clin Exp Res* 2006, 30: 510-5.
23. Szycha W, Skoczylas M, Laudański T. Spożywanie alkoholu i palenie tytoniu przez kobiety w ciąży – przegląd badań. *Perinatol Neonatol Ginekol* 2008, 1(4): 309-313.
24. Kalinka J. Ocena roli wybranych środowiskowych czynników ryzyka ograniczonego wzrostu płodu oraz porodu przedwczesnego przy zastosowaniu wskaźników biologicznych i biomarkerów ekspozycji. Rozprawa habilitacyjna. *Folia Medica Lodziensia* 2006 33/S1: 5-151.
25. Ferreira-Borges C. Effectiveness of a brief counseling and behavioral intervention for smoking cessation in pregnant women. *Prev Med* 2005, 41: 295-302.
26. Lesińska-Sawicka M, Waśkow M. Palenie papierosów wśród kobiet w okresie okołoporodowym. *Pielęgniarstwo XXI* 2009, 1-2(26-27): 89-94.
27. Morse B, Gehshan S, Hutchins E. *Screening for Substance Abuse During Pregnancy: Improving Care, Improving Health*. Arlington, VA: National Center for Education in Maternal and Child Health 1997.