

*Według deklaracji lekarzy 56% spośród nich rozmawia o spożywaniu alkoholu w ciąży z każdą pacjentką, 22% jedynie w konkretnych przypadkach, a 11% porusza ten temat tylko wtedy, gdy zostaną zapytani o to przez pacjentkę. 10% ginekologów deklaruje, że w ogóle nie prowadzi takich rozmów. Częściej z pacjentkami na temat alkoholu rozmawiają lekarze kobiety (60% w porównaniu z 52% mężczyzn).*

## ALKOHOL W CZASIE CIĄŻY – TEMAT TABU

Katarzyna Okulicz-Kozaryn  
Zakład Zdrowia Dzieci i Młodzieży  
Instytut Matki i Dziecka

### Wprowadzenie

Epidemiologia czyli „nauka o rozpowszechnieniu i o czynnikach warunkujących występowanie związanych ze zdrowiem stanów lub zdarzeń w określonych populacjach oraz jako dyscyplina służąca do kontroli problemów zdrowotnych”<sup>1</sup> jest podstawą planowania działań, wydatków oraz oceny skuteczności interwencji w ochronie zdrowia<sup>2</sup>. W tym też w obszarze używania substancji psychoaktywnych, gdzie oceny epidemiologiczne bazują przeważnie na danych samoopisowych<sup>3</sup>. Jak wiadomo, takie pomiary są obciążone różnymi błędami, wynikającymi m.in. z niedokładnego

przypominania sobie pewnych zdarzeń, braku uwagi lub potrzeby pokazania się w sposób aprobowany społecznie<sup>4</sup>. O ile ryzyko błędów z dwóch pierwszych przyczyny można ograniczyć poprzez odpowiednie sformułowanie pytań<sup>5</sup>, to poradzenie sobie z potrzebą aprobaty społecznej jest znacznie trudniejsze.

Błąd związany z aprobatą społeczną może wynikać m.in. ze stopnia, w jakim temat badania i zadawane pytania odnoszą się do tematów obciążonych wartościami społecznymi, stopnia, w jakim respondent stara się przedstawić siebie w korzystnym świetle, oczekiwań respondentów dotyczących wykorzystania badań i ich indywidualnych

odpowiedzi, tego, na ile respondenci są w stanie odgadnąć, jakie odpowiedzi spodobały się osobie przeprowadzającej wywiad lub sponsorowi projektu<sup>6</sup>. Dlatego podejmowane są różne działania, by zminimalizować wpływ aprobaty społecznej na wynik badania, m.in. postuluje się kontrolę potrzeby aprobaty społecznej respondentów specjalnymi skalami, stosuje technikę „udawania” dodatkowej kontroli prawdziwości odpowiedzi, zbiera informacje z różnych źródeł, wprowadza sztuczny „szum informacyjny” lub podkreśla anonimizację wypowiedzi<sup>4</sup>. Jednak żadna z tych metod nie gwarantuje uzyskania prawdziwych odpowiedzi, zwłaszcza gdy temat badania jest drażliwy i może stawiać respondenta w złym świetle.

Respondenci generalnie mają tendencję do zaniżania własnego spożycia alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. Szacuje się, że badania kwestionariuszowe odzwierciedlają jedynie od 30% do 60% całego spożycia alkoholu rejestrowanego w statystykach sprzedaży<sup>7</sup>. Podobny poziom niedoszacowania (30-60%) jest obserwowany w samoocenach używania nielegalnych substancji psychoaktywnych w porównaniu do ocen opartych na analizie biomarkera używania danej substancji<sup>8</sup>. Są to szacunki dotyczące zafałszowania wyników albo w ogólnej populacji dorosłych albo wśród młodych dorosłych, czyli w grupach, w których używanie substancji (zwłaszcza legalnych) jest kulturowo znormalizowane i, przynajmniej do pewnego stopnia, usankcjonowane. Jaki jest więc poziom niedoszacowania w przypadku picia alkoholu (lub używania innych substancji) w sytuacji, gdy jest to uznawane za coś zdecydowanie niewłaściwego przez większość społeczeństwa?

Badania pokazują, że około 80% respondentów negatywnie ocenia picie alkoholu przez kobiety w ciąży<sup>9</sup>. Matki dzieci ze spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych (FASD) są gorzej oceniane i bardziej odrzucane niż kobiety z poważnymi zaburzeniami zdrowia psychicznego, uzależnione od substancji psychoaktywnych lub skazane na karę więzienia<sup>10</sup>. Kobiety, które piją alkohol w czasie ciąży, są narażone na jeszcze silniejszą stygmatyzację niż biologiczne matki dzieci z FASD<sup>11</sup>. Czy w tej sytuacji można oczekiwać, że kobiety,

które w czasie ciąży piły alkohol, szczerze o tym powiedzą w badaniach ankietowych lub w wywiadzie medycznym? Chociaż ogólnopolskie badania ankietowe wskazują, że w ciągu ostatnich 20 lat rozpowszechnienie picia alkoholu w czasie ciąży znacząco zmalało z około 17% w 2005 roku<sup>12</sup> do 5% w 2017 roku<sup>13</sup> i 7% w 2020 roku<sup>14</sup>, wydaje się, że warto to sprawdzić.

## Badania Instytutu Matki i Dziecka

Celem badania zrealizowanego w Instytucie Matki i Dziecka (IMiD) była ocena rozpowszechnienia picia alkoholu w czasie ciąży na podstawie trzech źródeł<sup>15</sup>:

1. Danych z wywiadu medycznego zbieranego rutynowo przy przyjęciu pacjentki do porodu w klinice ginekologiczno-położniczej IMiD.
2. Danych z ustrukturyzowanego wywiadu kwestionariuszowego prowadzonego z pacjentką po porodzie.
3. Stężenia etyloglukuronidu (EtG) we włosach matki.

Glukuronid etylu (EtG) jest jednym z biomarkerów, czyli obiektywnie mierzalnych biologicznych wskaźników obecności w organizmie metabolitów alkoholu. Biomarkery alkoholowe można wykryć w wielu różnych materiałach pochodzących zarówno od matki, jak i noworodka. EtG ma tę przewagę nad innymi metabolitami, kumuluje się we włosach<sup>16</sup> i dlatego jest używany do oceny zarówno abstynencji, jak i nadmiernego spożycia alkoholu w różnych dziedzinach, od medycyny sądowej po badania medyczne<sup>17</sup>. Inne biomarkery obecne np. w śmółce lub krwi pępowinowej dostarczają infor-

*Jedynie 18% kobiet uważa, że edukacja na temat spożywania alkoholu w ciąży jest na razie wystarczającym poziomem. Zdaniem 42% raczej nie jest wystarczająca, a 38% ocenia ją zdecydowanie negatywnie. Jako źródła wiedzy na temat FASD kobiety najczęściej wskazują strony internetowe, media społecznościowe i własną intuicję. Informacje od lekarza czerpało 38-41% kobiet, a od położnej – 28-32%.*

macje o znacznie krótszych przedziałach czasowych. Biorąc pod uwagę, że włosy rosną średnio około jednego centymetra na miesiąc, analiza obciętego, krótko po porodzie, przy głowie, pasemka włosów matki o długości 9 cm umożliwia ocenę picia alkoholu przez cały czas ciąży<sup>18</sup>.

Wyniki kilkunastu badań naukowych prowadzonych w różnych krajach pokazują, że EtG ma bardzo wysoką specyficzność (między 71 a 100%), co oznacza, że

wynik analiz EtG potwierdzający picie alkoholu jest trafny średnio w 87% przypadków, jednak jego czułość jest stosunkowo niska – w zależności od badania od 0 do 97%, z medianą 23%<sup>19</sup>. Oznacza to wysokie ryzyko, że analiza EtG nie wykryje umiarkowanego spożycia alkoholu.

## Metoda

Badanie objęło losową próbę kobiet, które rodziły w Klinice Położnictwa i Ginekologii IMiD w okresie od czerwca 2022 roku do stycznia 2023 roku.

Standardowy wywiad medyczny przy przyjęciu pacjentki do porodu prowadzony był zgodnie z obowiązującymi standardami opieki okołoporodowej<sup>20</sup> i rekomendowanym sposobem zbierania wywiadu na temat ogólnego stanu zdrowia, zawierającym jedno pytanie o „nałogi/użytki”<sup>21</sup> (papierosy, alkohol, narkotyki).

Po porodzie pacjentki były rekrutowane przez realizatorów projektu przeszkolonych w zakresie komunikacji w duchu dialogu motywującego<sup>22</sup>. Do udziału były zapraszane panie, których dziecko nie wymagało żadnej pilnej lub specjalnej interwencji medycznej. Wykluczone były pacjentki niepełnoletnie, niemogące udzielić wywiadu z powodu ograniczeń językowych, poznawczych lub złego samopoczucia oraz matki dzieci z chorobą genetyczną. Wszystkie uczestniczki potwierdziły pisemnie świadomą zgodę na udział w projekcie, w tym wywiad i dostarczenie próbki włosów do badania stężenia EtG. Kwestionariusz wywiadu zawierał m.in. test AUDIT-C<sup>23</sup> dotyczący picia alkoholu w okresie trzech miesięcy przed ciążą, podobne trzy pytania dotyczące picia w czasie ciąży oraz pytania oparte na metodzie Timeline Follow-back<sup>5</sup>.

W naszym badaniu stężenie etyloglukuronidu (EtG) we włosach matki mierzono metodą chromatografii gazowej z tandemową spektrometrią mas (GC-MS/MS), zgodnie z protokołem takich badań<sup>24</sup>. Analizy były prowadzone w laboratorium Istituto Superiore di Sanità (ISS) w Rzymie (Włochy). Zgodnie z międzynarodowymi standardami przyjęto, że stężenie nieprzekraczające 5 pg na mg włosów oznacza abstynencję, wyniki między 5 a 30 pg/mg oznaczają picie okazjonalne/umiarkowane (średnio od 2 do 4 drinków dziennie przez kilka dni w tygodniu) a stężenie równe lub większe niż 30 pg/mg – spożycie w dużych ilościach (przynajmniej 4 drinki dziennie przez kilka dni w tygodniu) w czasie ciąży<sup>25</sup>.

## Charakterystyka próby

Wywiady i próbki włosów zebrano od 150 pacjentek spośród 217 zaproszonych do udziału w badaniu. Kilka pacjentek (n=5) opuściło szpital przed pobraniem próbki włosów, a 62 osoby odmówiły udziału. Najczęstszymi powodami odmowy było złe samopoczucie po porodzie i względy estetyczne (cienkie lub rzadkie włosy).

W badaniu wzięły udział panie w wieku od 21 do 46 lat (średnia wieku 32,7 lat). Większość (74%) miała wykształcenie wyższe i stałą pracę (93%), była zamężna (78%), mieszkała w Warszawie (71%) i oceniała swoją sytuację ekonomiczną jako dobrą lub bardzo dobrą (79%). Prawie połowa (48%) uczestniczek miała już dzieci. Większość (74%) planowała ciążę i zorientowała się, że jest w ciąży nie później niż w piątym tygodniu ciąży (75%). Ginekolodzy odnotowali powikłania w 43% ciąż – najczęściej niedokrwistość, cukrzycę ciążową, niewydolność szyjki macicy lub krwawienie. Przedwcześnie (przed 37. tygodniem ciąży) urodziło się 9% dzieci. Urodzeniowa masa ciała była zbyt mała w stosunku do wieku (poniżej 10 centyla) u 9%, a zbyt mały obwód głowy (poniżej 3 centyla) miało 3% noworodków. U jednej trzeciej (32%) dzieci wystąpiły problemy zdrowotne, w tym poważne i/lub trwałe zaburzenia (np. spodziectwo, zespół zaburzeń oddechowych, problemy z sercem, słuchem lub nerkami) u 18%.

## Wyniki

Standardowy wywiad medyczny nie wykazał żadnego przypadku spożywania alkoholu w czasie ciąży (ryc. 1). Co piąta (20%) uczestniczka w teście AUDIT-C dotyczącym picia alkoholu w ciągu 3 miesięcy przed ciążą uzyskała wynik 4 lub więcej punktów, co wskazuje na ryzykowne spożywanie alkoholu. Picie alkoholu w okresie między zapłodnieniem a dowiedzeniem się o ciąży potwierdziło 32% kobiet, a świadome picie w czasie ciąży 3%. Analiza stężenia etyloglukuronidu we włosach matki wykazała, że 50% piło alkohol w czasie ciąży, w tym 10% – w znacznych ilościach (stężenie EtG >30 pg/mg).

Porównania między grupami kobiet zróżnicowanymi pod względem stężenia EtG we włosach nie wykazały istotnych statystycznie różnic pod względem cech społeczno-demograficznych i przebiegu ciąży. Nie stwierdzono też statystycznie istotnego związku stężenia EtG z podawanymi w wywiadzie informacjami na temat picia alkoholu w ciąży lub przed ciążą.

Jedyna istotna statystycznie różnica między grupami dotyczyła masy urodzeniowej dzieci. Ryzyko niskiej masy urodzeniowej było sześciokrotnie większe w przypadku noworodków, których matki piły alkohol w czasie ciąży, niż wśród dzieci, których matki miały stężenie EtG poniżej 5 pg/mg, co wskazuje na abstynencję w czasie ciąży (iloraz szans = 6,008,  $p=0,023$ ). Należy podkreślić, że niska masa urodzeniowa może być najwcześniejszym obserwowalnym objawem FASD<sup>26</sup>.

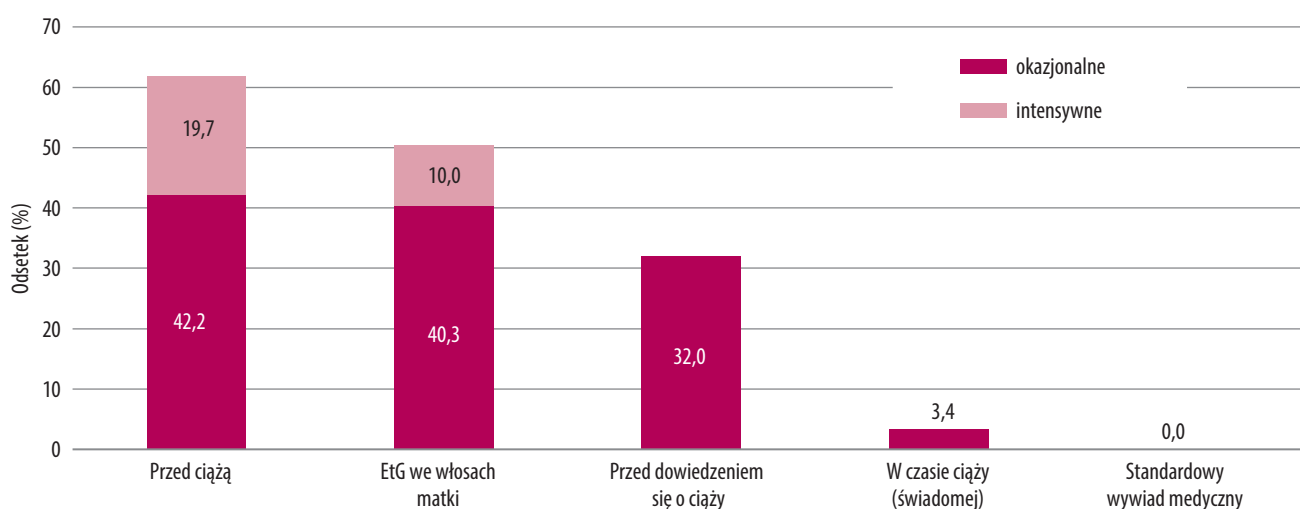
## Dyskusja i wnioski

Wyniki badania opartego na obiektywnie mierzalnym wskaźniku spożycia alkoholu (EtG we włosach matki) wskazują na znacznie wyższe niż można by oczekiwać na podstawie badań kwestionariuszowych rozpowszechnienie picia alkoholu w czasie ciąży. Ponieważ podobne były wyniki badań w innych krajach<sup>27</sup>, nie jest to wynik zaskakujący. Bardziej zaskakujący jest brak statystycznie istotnego związku między zgłaszanym piciem alkoholu po poczęciu, ale przed dowiedzeniem się o ciążę (zadeklarowanym przez 32% uczestniczek) a stężeniem EtG w pierwszym trymestrze. Można przypuszczać, że picie alkoholu zgłaszały głównie kobiety, które piły alkohol w tak małych ilościach, że stężenie EtG pozostawało < 5 pg/mg, podczas gdy kobiety, które piły więcej, miały tendencję do ukrywania tego faktu. Wskazywałoby to na świadomość negatywnych postaw społecznych wobec picia alkoholu w czasie ciąży i obawę, że ujawnienie picia alkoholu może prowadzić do nieprzyjemności, np. ze strony personelu medycznego.

Wyniki naszego badania sugerują, że w Polsce rzeczywiste rozpowszechnienie picia alkoholu w czasie ciąży, wbrew przytoczonym we wstępie wynikom badań kwestionariuszowych, nie zmniejsza się na przestrzeni lat. Maleje natomiast gotowość jego ujawniania. Jest to prawdopodobnie efekt prowadzonej w Polsce edukacji publicznej, która podnosi poziom wiedzy<sup>28</sup>, co jednak nie przekłada się na zmianę zachowań<sup>29</sup>. Dlatego konieczne jest rozważenie innych sposobów zapobiegania PAE, aby kobiety nie tylko uzyskały informacje, ale także zmieniły swoje postawy i zachowania. Szczególnie obiecujące jest podejście oparte na wywiadzie motywującym, którego celem jest zmniejszenie spożycia alkoholu i zwiększenie skuteczności antykoncepcji<sup>30</sup>.

Kolejnym ważnym wnioskiem z przeprowadzonych badań jest to, że standardowy wywiad medyczny prowadzony w czasie ciąży zgodnie z obowiązującymi standardami opieki okołoporodowej<sup>15,16</sup>, nie daje większych szans na rozpoznanie prenatalnej ekspozycji na alkohol (w naszym badaniu żadna z pacjentek nie potwierdziła w nim picia alkoholu). W efekcie, lekarze ginekolodzy, położnicy, pielęgniarki i położne nie mają świadomości, jaka jest rzeczywista skala problemu. Istnieje pilna potrzeba usprawnienia systemu opieki perinatalnej tak, by pracujący w nim specjaliści lepiej rozpoznawali ryzyko prenatalnej ekspozycji na alkohol i skutecznie działali, by je ograniczyć. Konieczna jest nie tylko zmiana procedur, rozwój wiedzy i umiejętności w zakresie profilaktyki FASD, ale również wzmocnienie motywacji lekarzy, pielęgniarek i położnych do podejmowania tematu picia alkoholu w rozmowach z kobietami w wieku rozrodczym.

Ryc. 1. Rozpowszechnienie picia alkoholu wśród uczestniczek badania według danych samoopisowych i analizy EtG.





Według deklaracji samych lekarzy 56% spośród nich rozmawia o spożywaniu alkoholu w ciąży z każdą pacjentką, 22% jedynie w konkretnych przypadkach, a 11% porusza ten temat tylko wtedy, gdy zostaną zapytani o to przez pacjentkę. 10% ginekologów deklaruje, że w ogóle nie prowadzi takich rozmów. Częściej z pacjentkami na temat alkoholu rozmawiają lekarze kobiety (60% w porównaniu z 52% mężczyzn), lekarze z dłuższym stażem (>15 lat; 58% w stosunku do 54% i 48% w grupach o stażu 5–15 lat i <5 lat) i praktykujący w większych miastach (63% wskazań w tej grupie)<sup>31</sup>. Tymczasem zaledwie 35% kobiet odpowiadających na podobne pytania twierdzi, że lekarz/ginekolog w czasie wizyt nie poruszał tematu alkoholu, a jeżeli już ten temat się pojawił, to tylko część lekarzy (59% z tych, którzy o tym rozmawiali z pacjentką) zalecało niespożywanie alkoholu w czasie ciąży<sup>13</sup>. Kolejne badania pokazują, że jedynie 18% kobiet uważa, że edukacja na temat spożywania alkoholu w ciąży jest na raczej wystarczającym poziomie. Zdaniem 42% raczej nie jest wystarczająca, a 38% ocenia ją zdecydowanie negatywnie<sup>32</sup>. Jako źródła wiedzy na temat FASD kobiety najczęściej wskazują strony internetowe, media społecznościowe i własną intuicję. Informacje od lekarza czerpało 38–41% kobiet, a od położnej – 28–32%<sup>31, 33</sup>.

Pewnym wskaźnikiem niskiej motywacji polskich lekarzy i pielęgniarek do zajmowania się profilaktyką FASD są doświadczenia projektu FAR SEAS, w którym do współpracy nie udało się zaangażować ani jednego lekarza i tylko jedną pielęgniarkę i jedną położną<sup>34</sup>. Opisane w literaturze przedmiotu przyczyny oporu środowiska medycznego wynikają głównie z obawy przed negatywną reakcją pacjentki na poruszanie tematu alkoholu przez lekarza w czasie wizyty ciążowej, a także niepewności lekarzy i pielęgniarek co do dalszego postępowania, jeśli się okaże, że pacjentka pije alkohol w czasie ciąży<sup>35</sup>. Dokładne rozpoznanie tych i innych czynników utrudniających prowadzenie screeningów i krótkich interwencji przez specjalistów opieki perinatalnej w Polsce jest konieczne, by zaplanować skuteczną strategię ich upowszechniania.

Doświadczenia brytyjskie wskazują, że rozwój umiejętności i wzmocnienie wsparcia ze strony kolegów i szerszego systemu położniczego może znacząco pomóc położnym w monitorowaniu picia alkoholu i edukacji na temat FASD podczas każdej wizyty przedporodowej<sup>36</sup>. Kluczowe jest przy tym nawiązanie dobrej komunikacji między lekarzem/położną a pacjentką, w której ich wzajemna relacja oparta będzie na poszanowaniu, wsparciu i obustronnym zaufaniu<sup>37</sup>. W Australii prowadzone na szeroką skalę szkolenia

i ułatwienia systemowe w monitorowaniu picia alkoholu przez pacjentki w czasie ciąży zaowocowały powszechnym prowadzeniem tego typu wywiadu (przez ponad 90% położnych), w większości z wykorzystaniem wystandaryzowanych narzędzi<sup>38</sup>. Te dane pokazują, jak dalece można usprawnić system i zachęcić lekarzy i pielęgniarki/położne do profilaktyki FASD.

Kolejną kwestią wymagającą rozważenia, jest obecny sposób komunikacji na temat ryzyka związanego z piciem alkoholu w czasie ciąży. Dominujący przekaz, że „każda ilość alkoholu może zaszkodzić dziecku” lub zalecenie „zero alkoholu w czasie ciąży” – sprzyja stygmatyzacji kobiet spożywających alkohol w czasie ciąży i etykietowaniu ich jako „złe” lub „nieodpowiedzialne”<sup>39</sup>. Taka koncentracja na całkowitej abstynencji utrudnia kobietom zadawanie specjalistom konkretnych pytań na temat alkoholu w czasie ciąży. Może być też przez nie odbierana jako wyraz braku poszanowania dla ich autonomii i zdolności do samodzielnego podejmowania decyzji<sup>40</sup>. O ile więc sama idea niepicia alkoholu w czasie ciąży nie podlega dyskusji i powinna być zdecydowanie propagowana, to sposób jej formułowania powinien być może nieco zmodyfikowany. Warto podkreślić ryzyko dla zdrowia dziecka, jakie niesie ze sobą picie alkoholu przez matkę w czasie ciąży i zachęcić kobiety, by tego ryzyka nie podejmowały. Jednak bez moralizowania i stygmatyzowania.

## Przypisy

- 1 Last J. M. (1995), A dictionary of epidemiology. Wyd. 3, Oxford, Oxford University Press.
- 2 Beaglehole R., Bonita R., Kjellström T. (2002), Podstawy epidemiologii (Basic epidemiology, World Health Organization 1993) Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Łódź.
- 3 Murphy D.A., Hser Y.I., Huang D., Brecht M.L., Herbeck D.M., Self-report of Longitudinal Substance Use: A Comparison of the UCLA Natural History Interview and the Addiction Severity Index. J Drug Issues. 2010 Mar;40(2):495-516. doi: 10.1177/002204261004000210. PMID: 21212856; PMCID: PMC3013623.
- 4 Vergés A. On the Desirability of Social Desirability Measures in Substance Use Research. Journal of Studies on Alcohol and Drugs 2022 83:4, 582-587 <https://doi.org/10.15288/jsad.2022.83.582>
- 5 Sobell L.C. & Sobell M.B. (1992), Timeline follow-back: A technique for assessing self-reported alcohol consumption. In J. P. Allen & Litten R. Z. (red.), Measuring alcohol consumption: Psychosocial and biochemical methods (pp.41–72). Totowa, NJ: Humana Press.
- 6 Timothy R. Graeff, Response Bias, Editor(s): Kimberly Kempf-Leonard, Encyclopedia of Social Measurement, Elsevier, 2005, Pages 411–418, <https://doi.org/10.1016/B0-12-369398-5/00037-2>.
- 7 Moskalewicz J., Room R. & Thom B. (red) (2016), Comparative monitoring of alcohol epidemiology across the EU. Baseline assessment and suggestions for future action. Synthesis report. Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. <http://www.rarha.eu/NewsEvents/LatestNews/Pages/details.aspx?itemId=36>
- 8 Steinhoff A., Shanahan L., Bechtiger L. et al (2023), When substance use is underreported: Comparing self-reports and hair toxicology in an urban cohort of young adults. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2022.11.011>

- <sup>9</sup> Peadon E., Payne J., Henley N., D'Antoine H., Bartu A., O'Leary C., Ava E., Elliott E. (2010), Women's knowledge and attitudes regarding alcohol consumption in pregnancy: A national survey. *BMC public health*. 10. 510. 10.1186/1471-2458-10-510.
- <sup>10</sup> Corrigan P.W., Lara J.L., Shah B.B., Mitchell K.T., Simmes D. and Jones K.L. (2017), The Public Stigma of Birth Mothers of Children with Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *Alcohol Clin Exp Res*, 41: 1166-1173. <https://doi.org/10.1111/acer.13381>
- <sup>11</sup> Corrigan P.W., Shah B.B., Lara J.L., Mitchell K.T., Simmes D., Jones K.L. Addressing the public health concerns of fetal alcohol spectrum disorder: Impact of stigma and health literacy. *Drug and Alcohol Dependence*, 185 (2018), pp. 266-270, 10.1016/j.drugalcdep.2017.12.027
- <sup>12</sup> PARPA (2008). Wzory konsumpcji alkoholu w Polsce 2008, [http://www.parpa.pl/download/wyniki%20badania%20wzory%20konsumpcji%202008\\_%2020metody\\_poprMFdoc.pdf](http://www.parpa.pl/download/wyniki%20badania%20wzory%20konsumpcji%202008_%2020metody_poprMFdoc.pdf)
- <sup>13</sup> Główny Inspektor Sanitarny (2017) Raport Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży [http://plock.psse.waw.pl/files/wsse/PSSE/PSSE\\_Plock/Oswiata/Profilaktyczny%20program%20w%20zakresie%20przeciwdziałania%20uzależnieniu%20od%20alkoholu,%20tytoniu%20i%20innych%20środków%20psychoaktywnych/Raport%20z%20badania%20p%20zachowania%20zdrowotne%20kobiet%20w%20ciąży.pdf](http://plock.psse.waw.pl/files/wsse/PSSE/PSSE_Plock/Oswiata/Profilaktyczny%20program%20w%20zakresie%20przeciwdziałania%20uzależnieniu%20od%20alkoholu,%20tytoniu%20i%20innych%20środków%20psychoaktywnych/Raport%20z%20badania%20p%20zachowania%20zdrowotne%20kobiet%20w%20ciąży.pdf)
- <sup>14</sup> Rowicka M., Postek S., Zin-Sędek M. (2021), Wzory konsumpcji alkoholu w Polsce. Raport z badań kwestionariuszowych 2020 r. PARPA.
- <sup>15</sup> Okulicz-Kozaryn K., Marchei E., Helwich E., Rutkowska M., Maciejewski T.M., Gumuła P., Januszaniec-Piotrowska A., Bójkó M., Radiukiewicz K., Dzielska A., Pichini S., The Prevalence and Changes in Alcohol Consumption across Three Trimesters of Pregnancy Assessed by Ethyl Glucuronide Concentration in Maternal Hair and Self-Reports: A Cross-Sectional Study. *Eur Addict Res*. 2024 Nov 21:1-12. doi: 10.1159/000542474. Epub ahead of print. PMID: 39571549.
- <sup>16</sup> Montag A.C., Fetal alcohol-spectrum disorders: Identifying at-risk mothers. *International Journal of Women's Health*. 2016; 8: e311-e323.
- <sup>17</sup> Biondi A., Freni F., Carelli C., Moretti M., Morini L., Ethyl glucuronide hair testing: A review. *Forensic Sci Int*. 2019; 300: e106-e119.
- <sup>18</sup> Marchei E., Gomez-Ruiz L.M., Acosta-López A., Ramos-Gutiérrez R.Y., Varela-Busaka M.B., Lombroni C., Andreu-Fernandez V., Pichini S., Garcia-Algar O., Assessment of alcohol consumption in mexican pregnant women by hair testing of ethyl glucuronide. *Alcohol*. 2023;111: 59-65.
- <sup>19</sup> Kable J.A., Jones K.L., Identifying Prenatal Alcohol Exposure and Children Affected by It: A Review of Biomarkers and Screening Tools. *Alcohol Res*. 2023 May 25;43(1):03. doi: 10.35946/arcr.v43.1.03. PMID: 37260694; PMCID: PMC10229137.
- <sup>20</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej Dz.U. 2018 poz. 1756. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20180001756/O/D20181756.pdf>
- <sup>21</sup> Bień A., Iwanowicz-Palus G., Wdowiak A. (red.), Badanie fizykalne w praktyce położnej. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2023; Iwanowicz-Palus G., Bień A. (red.), Edukacja przedporodowa. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2020; Iwanowicz-Palus G., Bień A. (red.) (2022), Techniki położnicze i prowadzenie porodu. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa.
- <sup>22</sup> Miller W.R., Rollnick S. (2014), Dialog motywujący. Jak pomóc ludziom w zmianie, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- <sup>23</sup> Bradley K.A., DeBenedetti A.F., Volk R.J., Williams E.C., Frank D., Kivlahan D.R., AUDIT-C as a brief screen for alcohol misuse in primary care. *Alcohol Clin Exp Res*. 2007;31(7):1208-17.
- <sup>24</sup> Vignali C., Ortu S., Stramesi C., Freni F., Moretti M., Tajana L., Osculati A.M.M., Groppi A., Morini L., Variability on ethyl glucuronide concentrations in hair depending on sample pretreatment, using a new developed GC-MS/MS method. *J Pharm Biomed Anal*. 2018;159:18-22.
- <sup>25</sup> SoHT. (2019). Consensus for the use of alcohol markers in hair for supporting the assessment of abstinence and chronic alcohol consumption. Available on: [https://www.soht.org/images/pdf/Alcohol%20consensus\\_final\\_aug19.pdf](https://www.soht.org/images/pdf/Alcohol%20consensus_final_aug19.pdf)
- <sup>26</sup> Okulicz-Kozaryn K., Szymańska K., Maryniak A., Dyląg K., Śmigiel R., Helwich E., Domin A., Borkowska M. (2020), Rozpoznawanie Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych, [https://www.ciazaбезalkoholu.pl/images/Rozpoznawanie\\_FASD\\_Pediatrica\\_2020\\_FASD.pdf](https://www.ciazaбезalkoholu.pl/images/Rozpoznawanie_FASD_Pediatrica_2020_FASD.pdf)
- <sup>27</sup> Corrales-Gutierrez I., Gomez-Baya D., Leon-Larios F., Medero-Canela R., Marchei E., Mendoza-Berjano R., Garcia-Algar O., Alcohol Consumption Assessed by a Biomarker and Self-Reported Drinking in a Sample of Pregnant Women in the South of Europe: A Comparative Study. *Toxics* 2023, 11, 930. <https://doi.org/10.3390/toxics1110930>; Gomez-Roig M.D., Marchei E., Sabra S., Busardó F.P., Mastrobattista L., Pichini S., Gratacós E., Garcia-Algar O. Maternal hair testing to disclose self-misreporting in drinking and smoking behavior during pregnancy. *Alcohol*. 2018; 67: 1-6; Chiandetti A., Hernandez G., Mercadal-Hally M., Alvarez A., Andreu-Fernandez V., Navarro-Tapia E., Bastons-Compta A., Garcia-Algar O., Prevalence of prenatal exposure to substances of abuse: questionnaire versus biomarkers. *Reprod Health*. 2017; 14: 137; McNamara T.K., Orav E.Y., Wilkins-Haug L., Chang G. Risk during pregnancy—Self-report versus medical record. *Am J Obstet Gynecol*. 2005; 193: 1981-5; Hughes S.C., Chambers C.D., Kassem N., Wahlgren D.R., Larson S., Riley E.P., Hovell M.F. Inconsistent Report of Pre-Pregnancy-Recognition Alcohol Use by Latinas. *Matern Child Health J*; 2009; 13: 857-64.
- <sup>28</sup> Piotrkowicz E., Kowalik I., Szymusik I., The Changes in the Level of Knowledge about the Effects of Alcohol Use during Pregnancy among Three Last Generations of Women in Poland. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20: 2479.
- <sup>29</sup> Okulicz-Kozaryn K. Is Public Health Response to the Phenomenon of Alcohol Use during Pregnancy Adequate to the Polish Women's Needs? *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Apr 9;19(8):4552. doi: 10.3390/ijerph19084552. PMID: 35457420; PMCID: PMC9025347.
- <sup>30</sup> Ingersoll K.S., Ceperich SD, Nettleman MD, Karanda K, Brocksen S, Johnson BA. Reducing alcohol-exposed pregnancy risk in college women: initial outcomes of a clinical trial of a motivational intervention. *J Subst Abuse Treat*. (2005) 29:173-80; Ceperich SD, Ingersoll KS. Motivational interviewing + feedback intervention to reduce alcohol-exposed pregnancy risk among college binge drinkers: determinants and patterns of response. *J Behav Med*. (2011) 34:381-95. doi: 10.1007/s10865-010-9308-2; Okulicz-Kozaryn K., Segura-García L., Bruguera C., Braddick F., Zin-Sędek M., Gandin C., Słodownik-Przybyłek L., Scafato E., Ghirini S., Colom J., Matrai S., Reducing the risk of prenatal alcohol exposure and FASD through social services: promising results from the FAR SEAS pilot project. *Front Psychiatry*. 2023 Sep 15;14:1243904. doi: 10.3389/fpsyt.2023.1243904. PMID: 37779625; PMCID: PMC10540837; Bruguera C., Segura-García L., Okulicz-Kozaryn K. et al., Prevention of alcohol exposed pregnancies in Europe: the FAR SEAS guidelines. *BMC Pregnancy Childbirth* 24, 246 (2024). <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06452-9>.
- <sup>31</sup> <https://www.mp.pl/ginekologia/aktualnosci/203433,czy-lekarze-rozmawiaja-o-alkoholu-z-pacjentkami-w-ciazy>
- <sup>32</sup> <https://kcpu.gov.pl/wp-content/uploads/2023/09/KPCU-02.pdf>
- <sup>33</sup> <http://www.neurocentrum.pl/dcten/wp-content/uploads/lautenbach-1.pdf>
- <sup>34</sup> Okulicz-Kozaryn K., Segura-García L., Bruguera C., Braddick F., Zin-Sędek M., Gandin C., Słodownik-Przybyłek L., Scafato E., Ghirini S., Colom J., Matrai S., Reducing the risk of prenatal alcohol exposure and FASD through social services: promising results from the FAR SEAS pilot project. *Front Psychiatry*. 2023 Sep 15;14:1243904. doi: 10.3389/fpsyt.2023.1243904. PMID: 37779625; PMCID: PMC10540837
- <sup>35</sup> Brygger Venø L., Pedersen L.B., Søndergaard J., Ertmann R.K., Jarbøl D.E., Challenges in the cross-sectoral collaboration on vulnerable pregnant women: a qualitative study among Danish general practitioners. *BMC Prim Care*. (2022) 23:187. doi: 10.1186/s12875-022-01773-0.
- <sup>36</sup> Smith L.A., Dyson J., Watson J., Schölin L., Barriers and enablers of implementation of alcohol guidelines with pregnant women: a cross-sectional survey among UK midwives. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021 Feb 15;21(1):134. doi: 10.1186/s12884-021-03583-1. PMID: 33588774; PMCID: PMC7885406.
- <sup>37</sup> Reid N., Gamble J., Creedy D.K., Finlay-Jones A. (2019), Benefits of caseload midwifery to prevent fetal alcohol spectrum disorder: a discussion paper. *Women Birth* 32: 3-5.
- <sup>38</sup> Payne J.M., Watkins R.E., Jones H.M. et al., Midwives' knowledge, attitudes and practice about alcohol exposure and the risk of fetal alcohol spectrum disorder. *BMC Pregnancy Childbirth* 14, 377 (2014). <https://doi.org/10.1186/s12884-014-0377-z>
- <sup>39</sup> Binder A., Kilian C., Hanke S., Banabak M., Berkenhoff C., Petersen K., Batra A., Stigma and self-stigma among women within the context of the German "zero alcohol during pregnancy" recommendation: A qualitative analysis of online forums and blogs, *International Journal of Drug Policy*, Volume 124, 2024, <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2024.104331>.
- <sup>40</sup> Gavaghan C. "You can't handle the truth"; medical paternalism and prenatal alcohol use *Journal of Medical Ethics* 2009;35:300-303.