



Pētījums par atkarību izraisošo vielu lietošanas izplatību sievietēm grūtniecības laikā

Rīga, 2013

Saturs

Kopsavilkums	5
Summary	7
Izmantotās abreviatūras	9
1. Situācijas raksturojums: atkarības vielu lietošanas izplatība grūtniecības laikā.....	10
1.1. Smēķēšanas izplatība	10
1.2. Alkohola lietošanas izplatība	11
1.3. Narkotisko un psihotropo vielu lietošanas izplatība	13
2. Labās prakses piemēri: pamatprincipi darbam ar grūtniecēm, kuras lieto atkarību izraisošās vielas	14
3. Pētījuma materiāli un metodes.....	19
4. Kvantitatīvās aptaujas un padziļināto interviju ar sievietēm rezultāti	25
4.1. Sociāli ekonomiskais raksturojums	25
4.2. Informācija par jaundzimušo	30
4.3. Informācija par atkarību izraisošo vielu lietošanu grūtniecības laikā	31
4.3.1. Smēķēšanas paradumi.....	36
4.3.2. Alkohola lietošana	46
4.3.3. Narkotisko vai psihotropo vielu lietošana	55
4.4. Sieviešu zināšanas un attieksme pret atkarību izraisošo vielu lietošanu grūtniecības laikā	60
5. Pētījuma rezultātu salīdzinājums ar Jaundzimušo reģistrā iegūstamo informāciju	83
6. Ekspertu interviju analīze	86
7. Diskusija.....	96
8. Secinājumi	102
Literatūras saraksts	104

Pētījuma pasūtītājs:

Slimību profilakses un kontroles centrs
Rīga, Dunties iela 22, LV-1005

Pētījuma veicējs:

Pētījumu centrs SKDS
Rīga, Baznīcas iela 32-2

Ziņojuma autori (alfabētiskā secībā):

Dompalma-Linuža Evija, Karnīte Anda, Strode Ieva

Pētījuma darba grupa (alfabētiskā secībā):

Dompalma-Linuža Evija, Karnīte Anda, Pelne Aija, Ponomarjova Jūlija,
Pranka Maruta, Pūgule Ieva, Redoviča Ildze, Strode Ieva

Pateicība par palīdzību pētījuma tapšanā:

Rezebergai Dacei, Zīlei Irisai, Bebrišai Ivetai

Ziņojuma kopsavilkuma tulks:

Sosāre Māra

Pārpublicēšanas un citēšanas gadījumā atsauce
uz Slimību profilakses un kontroles centru obligāta

© Slimību profilakses un kontroles centrs, 2014

© SKDS, 2014.

© Evija Dompalma-Linuža, Anda Karnīte, Ieva Strode, 2014

ISBN kods: 978-9934-514-16-6

Kopsavilkums

2013.gada nogalē pēc Slimību profilakses un kontroles centra pasūtījuma tika veikts pētījums par atkarību izraisošo vielu lietošanas izplatību sievietēm grūtniecības laikā.

Pētījuma konkrētie mērķi:

1. Iegūt nacionāli salīdzināmus datus par atkarību izraisošo vielu lietošanas izplatību un lietošanas modeļiem sievietēm grūtniecības laikā pēcdzemdību periodā esošo sieviešu vidū.
2. Noskaidrot pēcdzemdību periodā esošo sieviešu informētību un zināšanas atkarību izraisošo vielu jautājumos, kā arī attieksmi pret atkarību izraisošo vielu lietošanu: lietošanas riskiem, lietošanas sekām un iespējamām risinājumiem atkarības vielu izplatības ierobežošanas jomā.
3. Noskaidrot atkarību izraisošo vielu lietošanas turpināšanu grūtniecības laikā pēcdzemdību periodā esošo sieviešu vidū un ietekmējošos faktorus, kā arī šo vielu lietošanas modeļus.
4. Palielināt jauno māmiņu un sabiedrības kopējo informētību par atkarību izraisošo vielu lietošanas ietekmi uz jaundzimušā un mātes veselību.
5. Apkopot pieejamo zinātnisko literatūru par pētījuma tēmu, kā arī apkopot labās prakses piemērus atkarības vielu lietošanas mazināšanai grūtnieču vidū.

Lai sasniegtu izvirzītos mērķus, tika veikta 602 pēcdzemdību periodā esošu sieviešu aptauja Rīgas pašvaldības SIA „Rīgas Dzemdību nams”, kā arī veiktas 10 ekspertu intervijas un 20 padziļinātās intervijas ar sievietēm, kuras grūtniecības laikā lietojušas dažādas atkarību izraisošas vielas. Aptaujas anketa un interviju vadlīnijas tika izstrādātas sadarbībā ar Slimību profilakses un kontroles centra speciālistiem. Tika apkopota arī pieejamā zinātniskā literatūra un sniegta labās prakses piemēru apraksts atkarību izraisošo vielu lietošanas mazināšanai grūtnieču vidū.

Kvantitatīvo datu analīzei pielietotas parametriskās un neparametriskās statistikas metodes (izmantojot datorprogrammu SPSS Statistics 17.0), bet padziļinātajās intervijās iegūto tekstu analīzē izmantota konceptualizācija, kā arī atvērtās un aksiālās kodēšanas paņēmieni.

Pētījumā iegūtie dati liecina, ka grūtniecības laikā smēķējusi katra desmitā sieviete (9,5%), bet alkoholu kaut reizi grūtniecības laikā lietojušas nedaudz mazāk kā piektdaļa sieviešu (17,3%). Narkotisko un psihotropo vielu lietotāju īpatsvars grūtnieču vidū ir relatīvi zems (0,3%). Lai gan gandrīz visām aptaujātajām sievietēm (92,4%) grūtniecības laikā ārstniecības personāls ir vaicājis par atkarību izraisošo vielu lietošanu, tikai katra otrā sieviete ir saņēmusi informāciju par smēķēšanas kaitīgumu un par alkohola vai narkotisko/ psihotropo vielu ietekmi. Tāpat gandrīz pusei (40,7%)

smēķējošo sieviešu, lielākajai daļai (89,6%) alkoholu lietojošo sieviešu un visām aptaujātajām narkotiskās vielas lietojošām sievietēm neviens nav ieteicis atkarību izraisošo vielu lietošanu pārtraukt.

Lai gan sievietes spēj nosaukt dažādus bērna attīstības vai grūtniecības norises traucējumus, kurus var radīt tabakas produktu vai alkohola lietošana, respondentēm ir grūtības atšķirt atsevišķu atkarību izraisošo vielu ietekmi, proti, kāda ir smēķēšanas un kāda – alkohola lietošanas ietekme. Sliktāk sievietes ir informētas par narkotisko un psihotropo vielu ietekmi uz grūtniecības norisi un bērna attīstību, un lielākoties atbild, ka to rezultātā bērnam būs vispārēji attīstības traucējumi (36,2%) vai sniedz nespecifisku atbildi (35,1%), piemēram, ka bērnam būs „visas iespējamās vainas”.

Par visērtāko informācijas kanālu, kā sievietēm būtu nododama informācija par atkarību izraisošo vielu lietošanas kaitīgumu grūtniecības laikā, sievietes uzskata internetu (93,7%), televīziju (84,2%) un ārstus (83,1%). Tomēr citu valstu piemēri un veiktās intervijas liecina, ka informācijai par atkarības vielu lietošanas ietekmi ir jābūt piemērotai mērķa grupai. Tā piemēram, narkotiku lietotājām efektīvāka varētu būt tieša informācijas nodošana, proti, ar speciālistu (ārstniecības personu, sociālo darbinieku) vai citu narkotiku lietotāju starpniecību, nevis ar interneta vai televīzijas palīdzību.

Pētījumā secināts, ka ir nepieciešams uzlabot grūtniecību uzraugošo ārstu un grūtnieču komunikāciju, lai sievietes uzticētos ārstam un informētu par saviem atkarību izraisošo vielu lietošanas paradumiem. Tāpat ir nepieciešams uzlabot ārstu zināšanas par valstī pieejamajām ārstniecības programmām un metodēm, kuras būtu piemērotas grūtniecēm, kuras vēlas pārtraukt kaitīgo vielu lietošanu. Ārstu profesionālajām asociācijām būtu nepieciešams izvērtēt nepieciešamību organizēt profesionālās pilnveides kursus par sieviešu motivēšanu pārtraukt atkarību izraisošo vielu lietošanu, kā arī izvērtēt iespējas izstrādāt vadlīnijas darbam ar dažādas atkarības vielas lietojošām grūtniecēm.

Summary

A study commissioned by the Centre for Disease Prevention and Control on the prevalence of addictive substance use among pregnant women was carried out in late 2013.

The specific objectives of the study were:

1. To obtain from postpartum women country comparable data on the prevalence of addictive substances and the patterns of their use among pregnant women.
2. To establish the awareness and knowledge among postpartum women on issues concerning addictive substances, as well as their attitudes to substance use: the risks and consequences related to use and the possible solutions for limiting the prevalence of such substances.
3. To establish from the surveyed postpartum women information about continuation of addictive substance use during pregnancy and the factors that influence such use, as well as the patterns of use.
4. To increase the awareness of young mothers and the broader general public about the impact of addictive substances on the health of the new-born child and the mother.
5. To summarize the available scientific literature sources on the research subject and to collect good practice examples on reducing substance use among pregnant women.

For these purposes 602 women were interviewed in the Riga municipal company “Rīgas Dzemdību nams” (Riga Maternity Home), and 10 expert interviews and 20 in-depth interviews with women who had used a variety of addictive substances during pregnancy were conducted. The questionnaire forms and interview guidelines were developed in collaboration with professionals from the Centre for Disease Prevention and Control. The available scientific sources were likewise reviewed, and the best practice examples on reducing substance use during pregnancy were described.

Quantitative data were analysed with parametric and non-parametric methods of statistics (with the SPSS Statistics 17.0 application), whereas the texts obtained during the in-depth interviews were studied with the use of conceptualization and open and axial coding techniques.

The data obtained from the study show that one woman in ten (9.5 %) had smoked tobacco during pregnancy, whereas slightly less than one fifth of the subjects (17.3 %) had used alcohol at least once during pregnancy. There was a rela-

tively low rate of drug users during pregnancy (0.3 %). Although almost all the surveyed women (92.4 %) have been questioned by medical staff about addictive substance use during pregnancy, only every second woman has been given information about the harm of smoking and the impact of alcohol or drugs. Also almost half of the women who smoked (40.7 %), the vast majority of women who used alcohol (89.6 %) and all of the drug users were never advised to discontinue substance use.

Although the surveyed women could name a variety of child development disorders and pregnancy conditions related to the use of tobacco and alcohol, they had difficulties in distinguishing between the impacts of separate substance use, namely between tobacco and alcohol. The women appeared less knowledgeable about the impacts of drug use on pregnancy and child development, and mostly mentioned overall development problems (36.2 %) or gave answers that were not specific (35.1 %), for example that the child would suffer from “all kinds of possible conditions”.

The surveyed women considered that the best ways to channel information about the harm of addictive substances during pregnancy were through the internet (93.7%), TV (84.2%) and doctors (83.1%). However, experience from other countries, as well as the conducted interviews indicate that information on the impact of addictive substance use should be adjusted to the target group, and, for example, drug addicts would benefit from direct information offered by professionals (medical staff, social workers) or other drug users rather than information via the internet or television.

Izmantotās abreviatūras

E_(1–10)	Analīzes vajadzībām piešķirtie kodi intervētajiem ekspertiem
LR	Latvijas Republika
n	personu skaits
RDzN	Rīgas pašvaldības SIA „Rīgas Dzemdību nams”
SD	standartnovirze (<i>standard deviation</i>)
SPKC	Slimību profilakses un kontroles centrs
vs.	pret (<i>versus</i>)
ρ	Spīrmana rangu korelācijas koeficients

1. Situācijas raksturojums: atkarības vielu lietošanas izplatība grūtniecības laikā

Atkarības vielu lietošana grūtniecības laikā atstāj negatīvu ietekmi ne tikai uz sievietes veselību, bet arī uz augļa attīstību, kas nereti ir iemesls spontāniem abortiem, priekšlaicīgām dzemdībām, augļa orgānu sistēmu attīstības traucējumiem, neiznēsātu bērnu dzimšanai un nedzīvi dzimušiem bērniem (U.S. Department of Health and Human Services, 2001; Zīle I, 2013; Pulsifer MB et al, 2008).

1.1. Smēķēšanas izplatība

Smēķēšanas ietekme uz augļa iedzimto anomāliju attīstību ir pierādīta pētījumos dažādās pasaules valstīs. 2010. gadā Lielbritānijas zinātnieku veiktajā pētījumā tika apkopoti 122 zinātnisko rakstu rezultāti un pierādīts, ka smēķēšana grūtniecības laikā ir saistīta ar jaundzimušo sirds un asinsvadu defektu paaugstinātu risku, muskuļu un skeleta sistēmas anomālijām, ekstremitāšu redukciju, acu defektiem, gremošanas sistēmas defektiem un citām anomālijām (Haskshaw A. et al, 2011). Arī gadījumos, kad sieviete pati nesmēķē, bet ir pakļauta pasīvai smēķēšanai, pastāv risks, ka bērns piedzims ar samazinātu svaru vai attīstīsies augļa orgānu sistēmu traucējumi (U.S. Department of Health and Human Services, 2001; Zīle I, 2013).

Lai gan smēķēšana ir viens no novēršamajiem riska faktoriem, un ir zināmas dažādas metodes, kā palīdzēt atmet smēķēšanu, Latvijā, saskaņā ar Jaundzimušo reģistrā iekļautajiem datiem, grūtniecības laikā smēķē aptuveni 10% grūtnieču (Latvijas Veselības aprūpes statistikas gadagrāmata 2012, 2013). Starptautiski salīdzināmi dati par dažādiem perinatālās veselības jomas aspektiem Eiropā, tajā skaitā smēķēšanas izplatību grūtnieču vidū, tika iegūti EURO–PERISTAT projekta ietvaros. Minētā projekta 2010. gada ziņojuma dati liecina, ka atkarības vielu lietošana grūtniecības laikā ir izplatīta arī citās Eiropas valstīs. Smēķēšanas izplatība grūtniecības laikā variē no aptuveni 5% Lietuvā un Zviedrijā līdz pat 17% Francijā un 19% Skotijā. Latvijā smēķēšanas izplatība grūtnieču vidū ir līdzīga kā Slovēnijā (11%) un Somijā (13%) (Zeitlin J et al, 2013). Arī ASV 2005. gadā smēķēja vidēji 10% grūtnieču (Centers for Disease Control and Prevention, 2007).

Būtiskas smēķējošo grūtnieču īpatsvara atšķirības ir novērojamas dažādās sociāl-ekonomiskajās grupās. ASV Slimību profilakses un kontroles centra dati liecina, ka to grūtnieču vidū, kuru izglītības līmenis bija zemāks par vidusskolas, smēķētājas veidoja 20,2%, savukārt koledžas beidzēju vidū smēķētāju īpatsvars bija 1,8% (Centers for Disease Control and Prevention, 2007). Atšķirības smēķēšanas izplatībā tiek novērotas arī starp dažādām vecuma grupām. 2012. gadā vecuma grupā no 15 līdz 19 gadiem Latvijā smēķēja gandrīz katra ceturta grūtniece (23,4% dzemdētāju šajā vecuma grupā), vecuma grupā no 20 līdz 24 gadiem – 14,7% grūtnieču, savukārt

vecuma grupās no 25 līdz 39 gadiem smēķēja vidēji 7–8% grūtnieču (Latvijas Veselības aprūpes statistikas gadagrāmata 2012, 2013). Arī citās valstīs pastāv būtiskas atšķirības smēķēšanas izplatībā dažādās vecuma grupās. 2005. gadā Anglijā smēķēšanas izplatība grūtniecības laikā sievietēm, kuras jaunākas par 20 gadiem bija 45%, savukārt sievietēm, kuras vecākas par 35 gadiem – 9% (The Health and Social Care Information Centre, 2008). Savukārt ASV smēķēja 20% grūtnieču, kuras jaunākas par 25 gadiem, bet to grūtnieču vidū, kuras bija vecākas par 35 gadiem, smēķētāju īpatsvars bija 9% (Tong VT et al, 2009).

Lielākoties smēķēšanas izplatība grūtnieču vidū samazinās, tuvojoties plānotajam dzemdību laikam. Piemēram, Norvēģijā 1. grūtniecības trimestrī 2010. gadā smēķēja 18,6% sieviešu, bet 3. grūtniecības trimestrī – 7,4% (Zeitlin J et al, 2013). Šo tendenci pētnieki skaidro ar sievietes vēlmi būt atbildīgai mātei un dzemdēt veselu mazuli (Buja A et al, 2011).

1.2. Alkohola lietošanas izplatība

Cits novēršams riska faktors grūtniecības laikā ir alkohola lietošana, kura ietekmes rezultātā pastāv risks augļa alkohola sindroma (ietver samazinātu jaundzimušā svaru, garīgo atpalicību un specifiski deformētus sejas vaibstus) un augļa alkohola spektra traucējumu attīstībai, kam raksturīgi uzmanības traucējumi, kustību sfēras attīstības traucējumi un hiperaktivitāte. Šie traucējumi bērna tālākajā dzīvē apgrūtina un traucē sociālo adaptāciju, apgrūtina mācīšanās un izzināšanas spējas (Šulca L, 2011). Latvijā dzīvesveida faktoru, tostarp alkohola lietošanas grūtniecības laikā, ietekmi uz iedzimto anomāliju attīstību ir pētījusi Iriša Zīle, kura savā promocijas darbā norādījusi, ka iespējamība piedzimt ar iedzimtām anomālijām ir 2,9 reizes lielāka, ja māte grūtniecības laikā ir lietojusi alkoholu (Zīle I, 2013).

Vairāki pētnieki uzsver, ka ir svarīgs alkohola devas lielums, kuru sieviete patērē vienā alkohola lietošanas reizē. Pieaugot devas lielumam un biežumam, pieaug arī augļa attīstības traucējumu rašanās risks (Stade BC. et al, 2009). 4 līdz 60 minūtes pēc tam, kad māte lietojusi alkoholu, tā koncentrācija augļa asinīs būs tikpat augsta, cik mātes asinīs. Turklāt alkohols uzkrājas augļa ūdeņos un var tur atrasties pat tad, ja mātes asinīs alkohola promiles vairs nevar konstatēt (Šulca L, 2011).

Pētnieku un ārstu vidū notiek diskusijas par alkohola devas lielumu, kas būtu uzskatāma par drošu un neradītu risku augļa attīstībai. Daži pētnieki uzskata, ka grūtniecības laikā drīkst lietot nelielas alkohola devas, jo nelielās devās tas neizraisa iedzimtu anomāliju vai citu traucējumu attīstības risku. Lielbritānijā veiktā pētījumā atklāts, ka nelielām alkohola devām (retāk nekā viena glāze alkohola saturoša dzēriena nedēļā) nav statistiski ticamas ietekmes uz augļa attīstību un bērna garīgo veselību vēlākajos gados (Sayal K et al, 2013). Citā Lielbritānijā veiktā kohortas pētījumā atklāts, ka sievietēm, kuras grūtniecības laikā lietoja nelielu alkohola daudzumu (1–2 devas

nedēļā), piedzimušajiem bērniem ir pat mazāks dažādu uzvedības traucējumu risks, kā tiem, kuri piedzimuši sievietēm, kas vispār nav lietojušas alkoholu grūtniecības laikā (Kelly Y et al, 2009).

Tas, vai sieviete grūtniecības laikā lieto alkoholu, ir cieši saistīts ar viņas paradumiem pirms grūtniecības iestāšanās. Lielākā daļa sieviešu, kuras ir lietojušas alkoholu pirms grūtniecības iestāšanās, arī grūtniecības laikā to ir kaut reizi lietojušas (Andreson AE et al, 2013). Krievijā veiktā pētījumā atklāts, ka 60% grūtnieču, kuras 12 mēnešu laikā pirms grūtniecības iestāšanās bija izdzērušas kaut vienu alkoholisku dzērienu (94% no aptaujātajām), arī grūtniecības laikā bija lietojušas alkoholu. Visbiežāk grūtnieces bija lietojušas vīnu (85,3% no sievietēm, kuras dzērušas pēdējo 30 dienu laikā), kam sekoja alus (50% no sievietēm, kuras dzērušas pēdējo 30 dienu laikā) (Kristjanson AF et al, 2007). Līdzīgi kā smēķēšana, arī alkohola lietošanas biežums, tuvojoties plānotajam dzemdību termiņam, samazinās (Balachova T et al, 2011; Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2009). Tomēr pētījumu dati liecina, ka liela daļa sieviešu pēc dzemdībām atsāk lietot alkoholu, un aptuveni 18 mēnešus pēc dzemdībām alkohola patēriņš atgriežas pirms grūtniecības līmenī (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2009; Goodman DJ & Wolff KB, 2013).

Latvijā alkohola lietošana sieviešu vidū ir izplatīts paradums. Saskaņā ar Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījuma datiem (2012) pēdējā gada laikā alkoholiskos dzērienus lietojušas 81,6% sieviešu. Vislielākais alkoholisko dzērienu lietotāju īpatsvars ir vecuma grupā no 25 līdz 54 gadiem (Pudule I et al, 2013). Latvijā veikto pētījumu par alkohola lietošanas izplatību un paradumiem grūtniecības laikā neizdevās atrast, taču, balstoties uz citu valstu pieredzi, var pieņemt, ka daļa grūtnieču turpina lietot alkoholu grūtniecības laikā.

Francijā, kur sabiedrībā ir izplatīta alkohola lietošana, 2003. un 2004. gadā veiktā pētījumā atklāts, ka 52,2% sieviešu grūtniecības laikā kaut vienu reizi ir lietojušas alkoholu. Turklāt 13,7% no viņām grūtniecības laikā vismaz vienu reizi piedzērušās (izdzērušas 5 vai vairāk alkoholiskus dzērienus vienā reizē). Ņemot vērā alkohola devas lielumu un biežumu, pētnieki 28,8% Francijas sieviešu alkohola lietošanas paradumus grūtniecības laikā klasificējuši kā „augsta riska” (Chazeron I et al, 2008).

ASV Slimību profilakses un kontroles centra dati liecina, ka ASV 7,6% grūtnieču lietojušas alkoholu grūtniecības laikā. Atšķirībā no smēķēšanas alkoholu biežāk grūtniecības laikā ir lietojušas grūtnieces vecākajās vecuma grupās. ASV vecuma grupā no 18 līdz 24 gadiem alkoholu grūtniecības laikā ir lietojušas 4,5% sieviešu, bet vecuma grupā no 35 līdz 44 gadiem – 14,3% sieviešu. Tāpat alkoholu biežāk grūtniecības laikā lieto sievietes ar augstāku izglītības līmeni, – to grūtnieču vidū, kuru izglītības līmenis bija zemāks par vidusskolas, alkoholu lietoja 5%, savukārt koledžas beidzēju vidū alkohola lietotāju īpatsvars bija divas reizes lielāks un veidoja 10% (Centers for Disease Control and Prevention, 2012).

1.3. Narkotisko un psihotropo vielu lietošanas izplatība

Lai gan alkohola lietošana un smēķēšana grūtnieču vidū ir izplatītāka par narkotisko un psihotropo vielu lietošanu, bez ievēribas nedrīkst atstāt arī sievietes, kuras grūtniecības laikā izvēlas lietot narkotikas. Narkotisko un psihotropo vielu lietošana grūtniecības laikā rada auglim iedzimtu anomāliju risku, garīgās veselības traucējumus, kas vēlāk bērnam izpaužas kā valodas aizture, mācīšanās grūtības, zemākas impulsu kontroles spējas (Zīle I, 2013; Pulsifer MB et al, 2008).

Latvijas nacionālajā ziņojumā „Situācija narkomānijas problēmas jomā Latvijā 2011. gadā” tiek norādīts, ka salīdzinājumā ar 2007. gadu ir vērojama narkotiku lietošanas mazināšanās un lietošanas rādītāji ir atgriezušies 2003. gada līmenī. 2011. gadā 14,3% Latvijas iedzīvotāju vecumā no 15 līdz 64 gadiem atzīst, ka savas dzīves laikā ir pamēģinājuši nelegālās narkotiskās vielas, pēdējā gada laikā tās lietojuši 4,4%, bet pēdējā mēneša laikā – 1,8% respondentu. Visvairāk nelegālo narkotisko vielu pamēģinājušo un lietojošo cilvēku dzīvo Rīgā un ir vecumā no 15 līdz 34 gadiem. Tāpat kā 2007. un 2003. gadā veiktajos pētījumos sieviešu īpatsvars vielas pamēģinājušo un lietojošo vidū ir zems. 15 līdz 34 gadu vecuma grupā 5,2% sieviešu ir pamēģinājušas narkotiskās vielas pēdējā gada laikā, bet 1,9% tās ir lietojušas pēdējā mēneša laikā (Slimību profilakses un kontroles centrs, 2012).

ASV nacionālajā ziņojumā par narkotiku lietošanu un veselību norādīts, ka aptuveni 5% grūtnieču vecumā no 15 līdz 44 gadiem 2010. un 2011. gadā ir lietojušas nelegālās narkotiskās vielas. Visvairāk lietotāju ir vecuma grupā no 15 līdz 17 gadiem (20,9%), kam seko 18 līdz 25 gadus vecas grūtnieces (8,2% lietojušas nelegālās narkotiskās vielas). Visbiežāk grūtnieču vidū lietotā narkotiskā viela ir marihuāna (SAMHSA, 2012). Arī Austrālijā narkotiskās vielas grūtniecības laikā lietojušas aptuveni 5% sieviešu un visbiežāk lietotā narkotiskā viela, tāpat kā sabiedrībā kopumā, ir marihuāna (Wallace C et al, 2007). Līdzīgi kā citu atkarību izraisošo vielu gadījumā, narkotisko vielu un jo īpaši marihuānas lietošana samazinās, tuvojoties noliktajam dzemdību datumam (Bhuvaneswar CH et al, 2008).

2. Labās prakses piemēri: pamatprincipi darbam ar grūtniecēm, kuras lieto atkarību izraisošās vielas

Lai palīdzētu sievietēm atteikties no tabakas produktu, alkohola vai narkotisko vielu lietošanas grūtniecības laikā, dažādu jomu speciālisti mēģina atrast izmaksu–efektīvākās metodes, kas būtu pieņemamas grūtniecēm un drošas gaidāmajam bērnam. Viens no pamata nosacījumiem, lai veiktu riska mazināšanas vai novēršanas pasākumus, ir atkarības vielas lietojošo grūtnieču identificēšana. Pētījumu dati liecina, ka liela daļa ārstniecības personu, pie kurām vērsas grūtniece, uzdod dažus virspusējus jautājumus par atkarības vielu lietošanu, visbiežāk jautājot tikai par smēķēšanas paradumiem (Chang JC et al, 2008, Davis PM et al, 2008). Turklāt sabiedrība sagaida, ka grūtniece ļoti apzinīgi izturēsies pret savu un gaidāmā bērna veselību, un nosoda sievietes, kuras atklāti lieto atkarību izraisošās vielas. Baidoties no šī nosodījuma, sieviete bieži vien slēpj un nevēlas atklāt ārstam, vecmātei vai medicīnas māsai, ka smēķē, lieto alkoholu vai kādas narkotiskās/ psihotropās vielas (Radcliffe P, 2011, Borland T et al, 2013). Tāpēc ārstniecības persona, runājot ar grūtnieci, kura lieto atkarību izraisošās vielas, nedrīkst būt nosodoša; tā vietā sievietei ieinteresēti ir jāpajautā par atkarības vielu lietošanas paradumiem, saprotamā valodā jāsniedz informācija par atkarības vielas atmešanas pozitīvajiem ieguvumiem, jānovērtē sievietes gatavība pārtraukt vielu lietošanu, jāizskaidro piemērotākās palīdzības metodes un jānoorganizē palīdzība vielu lietošanas pārtraukšanai (Centre for Addiction and Mental Health, 2011, Canadian Health Authority).

ASV Veselības departamenta klīniskajās vadlīnijās (2008) par tabakas atkarības ārstēšanu tiek rekomendēts uzdot grūtniecēm jautājumus ar vairākiem iespējamiem atbilžu variantiem, tādā veidā mudinot sievieti atklāt savus smēķēšanas paradumus. Piemēram, ārsts uzdod jautājumu: „Kurš no trim manis minētajiem apgalvojumiem visprecīzāk raksturo jūsu smēķēšanas paradumus? 1. Smēķēju regulāri, apmēram tikpat daudz kā pirms es uzzināju, ka esmu stāvoklī. 2. Smēķēju regulāri, taču esmu samazinājusi kopš brīža, kad uzzināju, ka esmu stāvoklī. 3. Es šad tad uzsmēķēju.” Vadlīniju izstrādātāji uzskata, ka šādi uzdodot jautājumu, sieviete neizjutīs ārsta nosodījumu un drīzāk atklās savus smēķēšanas paradumus (Agency for Healthcare Research and Quality, 2008). Lielbritānijas Nacionālā veselības un klīniskās izcilības institūta izstrādātajās vadlīnijās (2010) tiek ieteikts ne tikai jautāt sievietei par smēķēšanas paradumiem, bet arī veikt oglekļa monoksīda (CO) testu, nosakot CO līmeni izelpā (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2010).

Ja ārstam rodas aizdomas, ka grūtniece varētu būt lietojusi narkotiskās vielas (piemēram, redzamas injekciju pēdas, sieviete atrodas reibuma stāvoklī, pozitīvs HIV tests), ārstam tiek ieteikts veikt sievietes urīna toksikoloģisko izmeklēšanu. Šādu analīžu veikšana ir obligāta vairākos ASV štatos, kur tās tiek veiktas ikvienai dzemdētājai (Bhuvaneswar CH et al, 2008).

Cita iespēja, kas tiek rekomendēta, ir izmantot kādu no skrīninga instrumentiem, kuri ir izstrādāti, lai ārstniecības personas varētu veikt atkarības vielu lietošanas skrīningu un identificēt sievietes, kurām vielu lietošana ir problemātiska un/vai izraisījusi atkarību. Galvenokārt tie sastāv no vairākiem jautājumiem un dažos tiek piedāvāti arī atbilžu varianti. Anketā iekļautie jautājumi būtu jāuzdod katrai grūtniecei, kura ir konkrētās ārstniecības personas aprūpē vai uzraudzībā. Alkohola lietošanas skrīningam grūtniecēm tiek ieteikts lietot sekojošus validētus skrīninga instrumentus: T–ACE, TWEAK un AUDIT–C (Burns E et al, 2010).

2.1.tabula Alkohola lietošanas skrīninga instrumenti, kas piemēroti grūtniecēm (adaptēta no Burns E et al, 2010)

Skrīninga instruments	Apraksts	Paredzētais laiks skrīninga veikšanai
T–ACE	Tiek uzdoti 4 jautājumi. 1. Tolerance: cik daudz dzērienu tev ir jāizdzer, lai justos apreibusi? (>2 norāda uz toleranci) 2. Aizkaitinājums: vai cilvēki tevi aizkaitina, kritizējot tavu dzeršanu? 3. Samazināšana: vai tev jebkad ir radusies sajūta, ka vajadzētu samazināt dzeršanu? 4. Pamošanās: vai tu jebkad esi dzērusi uzreiz pēc pamošanās, lai nomierinātu nervus vai lai atbrīvotos no pagīrām? Apstiprinoši atbildot uz tolerances jautājumu tiek saņemti 2 punkti, par pārējiem – 1 punkts. Skrīningam ir pozitīvs rezultāts, ja punktu kopsumma pārsniedz 2.	1 – 2 minūtes
TWEAK	Tiek uzdoti 5 jautājumi. 1. Tolerance: cik daudz dzērienus tu vari izdzert? (>5 norāda uz toleranci) vai cik daudz dzērienus tu vari izdzert līdz jūti alkohola iedarbību? (>2 norāda uz toleranci) 2. Vai tavi draugi vai radnieki pēdējā gada laikā ir bijuši noraizējušies vai sūdzējušies par tavu dzeršanu? 3. Vai tu kādreiz esi dzērusi uzreiz pēc pamošanās? 4. Vai kādreiz tavs draugs vai ģimenes loceklis ir stāstījis par lietām, kuras tu esi darījis vai teikusi dzeršanas laikā, kuras tu neatceries? 5. Vai tev kādreiz ir radusies sajūta, ka vajadzētu samazināt dzeršanu? Apstiprinoši atbildot uz pirmajiem 2 jautājumiem, tiek saņemti 2 punkti, par katru nākamo apstiprinošo atbildi – 1 punkts. Skrīningam ir pozitīvs rezultāts, ja punktu kopsumma pārsniedz 2.	1 – 2 minūtes

Tabulas turpinājums nākamajā lappusē.

Skrīninga instruments	Apraksts	Paredzētais laiks skrīninga veikšanai
AUDIT-C	Tiek uzdoti 3 jautājumi. 1. Cik bieži pēdējā gada laikā tu esi dzērusi alkoholu saturošu dzērienu? Nekad, reizi mēnesī vai retāk, 2–4 reizes mēnesī, 2 vai 3 reizes nedēļā, >4 reizes nedēļā 2. Cik daudz dzēriena tu izdzēri vienā parastā dienā, kad tu lietoji alkoholu pēdējā gada laikā? 1 vai 2, 3 vai 4, 5 vai 6, 7–9, >10 3. Cik bieži tu izdzēri 6 vai vairāk dzērienus vienā alkohola lietošanas reizē? Nekad, retāk kā reizi mēnesī, ik mēnesī, katru nedēļu, katru dienu vai gandrīz katru dienu Atbildes tiek vērtētas no 0 līdz 4. Maksimālā punktu kopsumma – 12. Skrīningam ir pozitīvs rezultāts, ja punktu kopsumma pārsniedz 3.	1 – 2 minūtes

Nākamais solis pēc atkarības vielu lietojošo grūtnieču identificēšanas ir sniegt viņām informāciju par šo vielu lietošanas radītajiem riskiem gaidāmajam bērnam un aprakstīt ieguvumus no atkarības vielu lietošanas pārtraukšanas, izmantojot dažādas informācijas nodošanas metodes, tajā skaitā, uzskates materiālus, bukletus, video (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2010; Canadian Health Authority). ASV veiktajā pētījumā, kurā tika salīdzināti dažādi smēķēšanas atmešanai veltīti informatīvie materiāli, atklājās, ka grūtniecēm ir nepieciešami specifiski materiāli, kuros būtu detalizēti un sievietēm „draudzīgā valodā” aprakstīta tabakas ietekme uz gaidāmā bērna veselību un sniegti ieteikumi, kā pārvarēt stresu pēc bērna piedzimšanas. Tāpat šī pētījuma ietvaros, balstoties uz intervijās iegūtiem datiem, tika izstrādāts informatīvs materiāls sievietes partnerim, kurā sniegta informācija par viņa lomu sievietes motivēšanā nesmēķēt un nepieciešamību nesmēķēt arī pašam (Quinn G et al, 2006).

Lai varētu ieteikt vai nozīmēt sievietei vispiemērotāko atkarības vielu lietošanas pārtraukšanas palīdzības metodi, ārstniecības personai ir jānovērtē, cik nopietnu lomu atkarības vielu lietošana ieņem grūtnieces dzīvē. Ja nepieciešams, jāiedod sievietei nosūtījums un/vai jāsarunā vizīte pie speciālista (piemēram, narkologa, psihoterapeita, psihologa), izskaidrojot šīs vizītes mērķi un sagaidāmās procedūras (Radcliffe P, 2011). Tāpat ārstniecības persona tiek aicināta informēt sievieti par iespējamajām atbalsta grupām vai personām un, ja pieejams, tad iedot arī tālruņa numuru, kur zvanīt, lai meklētu atbalstu atmešanas procesā (The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2010). Nākamās vizītes laikā jāpārliedz, vai sieviete ir ņēmusi vērā ārsta ieteikumus, un pozitīvas atbildes gadījumā viņa ir jāuzslavē. Gadījumos, kad grūtniece

nevēlas pārtraukt vai samazināt atkarības vielu lietošanu un izmantot piedāvātās palīdzības metodes, sievieti nedrīkst nosodīt, bet jāturpina viņai piedāvāt dažādas iespējas, kā pārtraukt atkarības vielu lietošanu (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2010; Goodman DJ & Wolff KB, 2013).

Izvēloties piemērotākās palīdzības metodes, ārstniecības personai ir jāņem vērā katras konkrētās sievietes atkarības vielu lietošanas paradumi (piemēram, cik daudz lieto, ko lieto, kādās situācijās lieto, vai lieto vairākas atkarības vielas), veselības stāvoklis un motivācija pārtraukt. Tāpat vēlams rekomendēt metodes, kuras ir pierādījušas savu efektivitāti ilgtermiņā vai arī ieteikt piemērotāko metodi konkrētajai atkarības vielu pārtraukšanas stadijai (Ortendahl M et al, 2009). Jāņem vērā, ka nereti sieviete grūtniecības laikā tikai aptur atkarības vielu lietošanu (jo īpaši alkohola un tabakas lietošanu), nevis to pārtrauc pilnīgi, par ko liecina augstie recidīva gadījumi dažus mēnešus pēc dzemdībām (Borland T et al, 2013; Buja A et al, 2011). Tāpēc ārstam ir jāturpina izglītojošais un motivējošais darbs arī pēc dzemdībām.

Pozitīva ietekme uz atkarības vielu lietošanas pārtraukšanu ir sievietes ģimenes locekļu un/vai nozīmīgo personu iesaistīšanai šo vielu lietošanas pārtraukšanas programmās. Jo īpaši svarīgi šādās programmās ir iesaistīt tos ģimenes locekļus, kas paši lieto atkarību izraisošas vielas (Radcliffe P, 2011). Ir pierādīts, ka, ja sievietes vecāki, vīrs vai jebkurš cits cilvēks, ar kuru sieviete dzīvo kopā, lieto atkarību izraisošas vielas, viņai ir daudz grūtāk pārtraukt šo vielu lietošanu (Borland T et al, 2013). Turklāt šāda situācija bieži vien ir saistīta ar vardarbību pret sievieti un gaidāmo bērnu (Wallace C et al, 2007).

Vairākās valstīs, lai atvieglotu ārstu darbu un nodrošinātu pacientiem kvalitatīvas medicīniskās palīdzības saņemšanu, ir izstrādātas detalizētas vadlīnijas ārstniecības personām, kurās ir aprakstīta svarīgākā informācija par konkrēto atkarību izraisošo vielu. Piemēram, Kanādā smēķēšanas atmešanas vadlīnijās ir sniegts ieskats zinātnisko pētījumu rezultātos par smēķēšanas ietekmi uz grūtniecības procesu un gaidāmā bērna veselību, kā arī, balstoties uz zinātniskiem pierādījumiem, sniegta konkrēti priekšlikumi ārstniecības personas rīcībai. Tāpat vadlīnijās ir norādīti internetā pieejamie resursi – informatīvi materiāli pacientiem, tālākizglītības iespējas profesionāļiem, diskusiju lapas speciālistiem un personām, kuras vēlas pārtraukt smēķēšanu, kā arī detalizētas instrukcijas personām, kuras vēlas palīdzēt grūtniecei pārtraukt smēķēt (Centre for Addiction and Mental Health, 2011). Arī Lielbritānijas Nacionālā veselības un klīniskās izcilības institūta izstrādātajās vadlīnijās (2010) par smēķēšanas pārtraukšanu ir detalizēti uzskaitīti soļi, kuri dažādām ārstniecības personām būtu jāveic, lai palīdzētu sievietei pārtraukt smēķēšanu (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2010). Visās šī ziņojuma autoru aplūkotajās klīniskajās vadlīnijās par smēķēšanas pārtraukšanu ir norādīts, ka sievietei ir jāiesaka pilnībā pārtraukt smēķēšanu, taču attiecībā uz alkohola lietošanu tik vienprātīgu norādījumu nav. Pašreizējās Anglijas Nacionālā Veselības dienesta vadlīnijas (2009) nosaka, ka grūtniecēm ir atļauts izdzert

1–2 devas alkohola vienu vai divas reizes nedēļā (National Health Service, 2009). Savukārt Austrālijas alkohola dzeršanas mazināšanas vadlīnijās (2009) norādīts, ka grūtniecēm jāiesaka pilnībā atturēties no alkohola lietošanas, jo nav zināms „drošs” alkohola daudzums (Australian Government National Health and Medical Research Council, 2009). Austrālijas vadlīnijās iekļauta arī sadaļa par alkohola lietošanu kopā ar dažādām narkotiskām un psihotropām vielām, detalizēti aprakstot alkohola un konkrētās narkotiskās vai psihotropās vielas savstarpējo mijiedarbību (Australian Government National Health and Medical Research Council, 2009). Tāpat Austrālijā ir izstrādātas arī atsevišķas vadlīnijas (2006) tikai darbam ar narkotisko vielu lietotājām, kurās detalizēti aprakstīti antenatālās aprūpes pamatprincipi, medikamentu izmantošanas iespējas, ārstēšanas metodes un ārstniecības personas rīcība neonatālā abstinences sindroma gadījumā (Commonwealth of Australia, 2006).

Ja dažādu valstu klīniskajās vadlīnijās un rekomendācijās ārstiem par atkarības vielu lietošanas pārtraukšanas metodēm galvenokārt ir aplūkotas dažādas farmakoloģiskas un psiholoģiskas metodes un to efektivitāte, tad vairāku valstu pētnieki ir izmēģinājuši cita veida pieeju, lai motivētu sievieti pārtraukt vielu lietošanu. Viena no šādām iespējām ir atlīdzības piešķiršana par atturēšanos no atkarības vielu lietošanas, kas ir atzīta par vienu no efektīvākajām metodēm. Tā ir balstīta uz operanto nosacījumu (angliski — operant conditioning) teoriju, kuras pamatā ir ideja, ka indivīda uzvedība tiek pastiprināta vai pavājināta ar sodu vai apbalvojumu palīdzību (Lynagh M et al, 2012; Bordens KS & Korovitz IA, 2000). Lielbritānijā un ASV, balstoties uz šo teoriju, ir īstenoti projekti, kuru ietvaros grūtnieces par atkarības vielu lietošanas pārtraukšanu saņēma atlīdzību, piemēram, dāvanu karti vai bezmaksas maltīti (Borland T et al, 2013, Chamberlain C et al, 2013). Skotijā veiktajā pilotprojektā visas grūtnieces, kuras piekrita piedalīties projektā un pārtraukt smēķēt, tika aicinātas ierasties vietējā aptiekā. Farmaceita uzdevums pirmajā vizītē bija konsultēt sievieti par smēķēšanas pārtraukšanas ieguvumiem, atbalstīt viņas nodomu un iedot nikotīnu aizvietojošos preparātus. Turpmāko 12 nedēļu laikā sievietei farmaceits bija jāapmeklē reizi nedēļā, un šīs vizītes laikā tika noteikts oglekļa monoksīda (CO) līmenis sievietes izelpā un sniegts atbalsts viņas centieniem pārtraukt smēķēt. Ja CO līmenis izelpā bija negatīvs, sieviete saņēma dāvanu karti 12.50 £ apmērā no vietējā lielveikala. Ja pēc 12 nedēļām sieviete joprojām nesmēķēja, viņa drīkstēja ierasties aptiekā reizi 4 nedēļās, lai veiktu CO izelpas testu. Negatīva testa rezultātā viņa saņēma dāvanu karti 50.00 £ apmērā. Piedalīties projektā sieviete drīkstēja līdz brīdim, kad jaundzimušais bija 12 nedēļas vecs. Pilotprojekta rezultāti liecina, ka pēc 4 nedēļām nesmēķēja 54% sieviešu, pēc 12 nedēļām – 32%, bet 3 mēnešus pēc dzemdībām – 17% sieviešu. Taču bija statistiski ticamas atšķirības dažādu sociālekonomisko un demogrāfisko sieviešu grupu vidū. Biežāk smēķēt pārtrauca tās sievietes, kuras dzīvoja turīgākajos pilsētas rajonos, bija gados vecākas un kurām šī bija otrā grūtniecība (Radley A et al, 2013).

3. Pētījuma materiāli un metodes

Lai sasniegtu pētījuma pasūtītāja izvirzītos mērķus, tika izmantotas vairākas savstarpēji papildinošas pētniecības metodes. Datu ieguvei tika veidotas vairākas atsevišķas izlases, tādējādi aptverot dažādas mērķa grupas.

„Pētījuma par atkarību izraisošo vielu lietošanas izplatību sievietēm grūtniecības laikā” ietvaros tika lietotas šādas datu ieguves metodes:

- Tiešās intervijas ar sievietēm, kurām ir notikušas dzemdības Rīgas pašvaldības SIA „Rīgas Dzemdību nams”;
- Padziļinātās intervijas ar sievietēm, kuras grūtniecības laikā ir lietojušas dažādas atkarību izraisošas vielas;
- Padziļinātās intervijas ar ekspertiem;
- Jaundzimušo reģistra datu analīze;
- Literatūras avotu izpēte par citās valstīs veiktajiem pētījumiem par atkarību izraisošo vielu lietošanas izplatību grūtnieču vidū;
- Labās prakses piemēru izpēte.

Vairāku pētniecības metožu pielietošana viena pētījuma ietvaros nodrošina detalizētāku ieskatu pētāmajā problēmā.

3.1. Pētījuma uzbūve, datu avoti, instrumentārijs un pētījuma atlase

3.1.1. Literatūras apskats par atkarību izraisošo vielu lietošanas izplatību un labās prakses piemēriem par vielu lietošanas izplatības mazināšanu grūtnieču vidū

Lai noskaidrotu atkarību izraisošo vielu lietošanas izplatību grūtniecības laikā citās valstīs, tika veikts literatūras apskats. Papildu informācija tika vākta par citās valstīs izmantotajām metodēm, kuras tiek ieteiktas kā efektīvas atkarību izraisošo vielu lietošanas mazināšanai grūtnieču vidū, t.i., apzināti labās prakses piemēri.

Citās valstīs veiktie pētījumi par atkarību izraisošo vielu lietošanas izplatību grūtniecības laikā tika meklēti, izmantojot sekojošas datubāzes: BMJ Journals, Cochrane Library, DynaMed, EBSCO, PubMed, SAGE Publications un Rīgas Stradiņa universitātē aizstāvēto promocijas darbu datubāze. Publikāciju meklēšanai tika izmantoti tādi atsēgas vārdi kā „pregnancy”, „alcohol”, „drug misuse”, „smoking”, „smoking cessation”, „pregnant smokers”, „pregnant alcohol users”, „pregnant drug users”, „fetal effects”, „prevalence”. Literatūras apskatā galvenokārt tika izmantoti dažādās pasaules

valstīs pēdējos piecos gados veikto pētījumu rezultāti, izņemot dažus gadījumus, kad tika izmantoti senāki datu avoti, jo tika nolemts, ka konkrētais raksts dos vērtīgu ieguldījumu literatūras apskatā. Informācijas analīzei tika izmantoti tikai angļu vai latviešu valodā pieejamie pilnie raksti. Papildus tika veikta arī dažādu valstu nacionālo aģentūru datubāzu izpēte, lai atrastu oficiālo šo valstu statistiku par atkarību izraisīto vielu lietošanas izplatību grūtnieču vidū. Literatūras apskatā tika iekļauta informācija par jaunākajiem pieejamajiem oficiālajiem statistikas datiem. Kopumā tika atlasīti aptuveni 70 literatūras avoti.

Informācija par labās prakses piemēriem par atkarību izraisīto vielu lietošanas izplatības mazināšanu grūtnieču vidū tika meklēta, izmantojot dažādu valstu nacionālo aģentūru interneta mājas lapas, profesionālo asociāciju interneta mājas lapas un tādas datubāzes kā Cochrane Library un PubMed. Publikāciju meklēšanai datubāzēs tika izmantoti sekojoši atslēgas vārdi: „best practice”, „guidelines”, „gold standart”, „national guidelines”. Šajā ziņojumā tika iekļauti jaunākie publicētie dati un dažādu profesionālo asociāciju un valstu rekomendācijas. Kopumā tika atlasītas astoņas dažādu valstu vadlīnijas.

Literatūras apskatu par atkarību izraisīto vielu lietošanas izplatību veidoja un labās prakses piemērus apkopoja pētnieks ar maģistra grādu socioloģijā un sabiedrības veselībā, kā arī ar vairāku gadu pieredzi pētniecībā.

3.1.2. Kvantitatīvā aptauja

Lai noskaidrotu atkarības vielu (tabakas izstrādājumi, alkohols, narkotiskās un psihotropās vielas) lietošanas izplatību grūtniecības laikā, sieviešu informētību un attieksmi saistībā ar minēto vielu lietošanas ietekmi uz gaidāmā bērna veselību un grūtniecības norisi, kā arī lai uzzinātu sieviešu viedokli par vielu lietošanas profilakses pasākumiem, tika veikts kvantitatīvs šķērsgriezuma pētījums.

Informācija tika iegūta, aptaujājot pēcdzemdību periodā tās sievietes, kuras pētījuma veikšanas laikā atradās Rīgas pašvaldības SIA „Rīgas Dzemdību nams” (Miera ielā 45, Rīgā).

Pētījuma lauka darbs tika veikts 2013. gada nogalē.

Ņemot vērā pētījumam paredzēto laiku un ģenerālo kopumu (sieviešu skaits pēcdzemdību periodā Rīgas pašvaldības SIA „Rīgas Dzemdību nams”), netika veidota izlase, bet visas Rīgas pašvaldības SIA „Rīgas Dzemdību nams” esošās sievietes tika lūgtas piedalīties pētījumā. Potenciālajām respondentēm tika izsniegta rakstiska informācija par pētījumu un tā mērķiem (Slimību profilakses kontroles centra atbalsta vēstule) un lūgts piedalīties aptaujā. No uzrunātajām 1043 sievietēm, pētījumā piekrita piedalīties 602 sievietes (vecumā no 18 līdz 42 gadiem). Kā pateicību par dalību pētījumā katra respondente dāvanā saņēma lacīti bērnam.

Intervēšanu veica seši speciāli apmācīti pētījumu centra SKDS intervētāji. Aptaujas anketu aizpildīja intervētājs.

Aptaujas veikšanai tika izmantota Slimību profilakses un kontroles centra ekspertu izstrādātā un pētījumu centra „SKDS” ekspertu papildinātā strukturētā aptaujas anketa. Tā saturēja 51 jautājumu. Anketā bija šādas sadaļas:

- a) sociāli demogrāfiskais profils;
- b) jautājumi par jaundzimušo;
- c) jautājumi par smēķēšanu;
- d) jautājumi par alkohola lietošanu;
- e) saskare ar narkotiskajām vai psihotropajām vielām;
- f) attieksme pret atkarību izraisīto vielu lietošanu un ar to saistīto risku veselībai, kā arī pret vielu lietošanas profilakses pasākumiem.

Pētījuma veikšanai pasūtītājs nodrošināja „Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas” atbalsta fonda Medicīnisko un biomedicīnisko pētījumu Ētikas komitejas atļauju (Nr.4–A/13; 06.06.2013.).

3.1.3. Salīdzinājums ar reģistra datiem

Lai noskaidrotu kvantitatīvajā aptaujā iegūto atkarību izraisīto vielu lietošanas prevalences rādītāju atbilstību valsts Jaundzimušo reģistrā fiksētajai līdzīga rakstura informācijai, tika analizēti vielu lietošanas izplatības rādītāji (veikts šķērsgriezuma pētījums) Jaundzimušo reģistra datubāzē.

Minētās pētījuma sadaļas veikšanai pētījuma autori speciāli pieprasīja informāciju SPKC no valsts Jaundzimušo reģistra. Informācija tika pieprasīta par visiem laika no 2011. gada 1. janvāra līdz 2013. gada 31. decembrim dzimušajiem bērniem visā Latvijā. Atsevišķi tika pieprasīta arī informācija par konkrēti Rīgas pilsētas Dzemdību namā dzimušajiem bērniem tajā pašā laika periodā.

Informācija tika izsniegta bez personu identificējošiem datiem MS Excel formātā. Kopumā tika saņemta informācija par 57 826 dzimušajiem bērniem.

Datu analīzei tika izmantota informācija tikai par bērniem, kuru mātes dzemdību brīdī bijušas 18 gadus vecas vai vecākas. Tas tika darīts, lai adekvāti salīdzinātu informāciju ar kvantitatīvās aptaujas rezultātiem. 3.1.4. Kvalitatīvais pētījums sieviešu un ekspertu vidū

Lai noskaidrotu ekspertu viedokli par atkarību izraisīto vielu lietošanas grūtniecības laikā problemātiku un profilakses iespējām, tika veiktas strukturētas padziļinātās intervijas ar ekspertiem, izmantojot intervijas vadlīnijas. Savukārt, lai iegūtu detalizētāku informāciju par atkarību izraisīto vielu lietojošo sieviešu paradumiem,

zināšanām, kā arī iegūtu viņu viedokli par dažādu profilakses pasākumu nepieciešamību, tika veiktas strukturētas padziļinātās intervijas ar sievietēm, izmantojot intervijas vadlīnijas.

Eksperti padziļinātajām intervijām tika izvēlēti tā, lai aptvertu pēc iespējas plašāku to cilvēku loku, kas ar savu darbību tieši vai netieši var ietekmēt grūtnieces lēmumu lietot vai nelietot atkarību izraisošas vielas (4. pielikums). Kopumā pētījumā tika veiktas strukturētas padziļinātās intervijas ar 10 ekspertiem, kuri ir atbildīgi par:

- grūtnieču aprūpi;
- iedzīvotāju veselības veicināšanu;
- atkarību uzraudzību;
- atbalsta pasākumu nodrošināšanu sociālās grūtībās nonākušām ģimenēm un bērniem;
- motivēšanu pārtraukt atkarību izraisošo vielu lietošanu;
- atkarības ārstēšanu;
- dažādu izglītojošu aktivitāšu organizēšanu un informācijas nodošanu sabiedrībai, jo īpaši ģimenēm ar bērniem.

Padziļinātās intervijas ar ekspertiem noritēja respondenta izvēlētajā vietā un laikā. Intervētais respondentam uzdeva jautājumus atbilstoši vadlīnijām un nepieciešamības gadījumā – arī precizējošus jautājumus. Vidēji vienas intervijas garums bija 60 minūtes. Intervijas vadlīnijas tika izstrādātas, ņemot vērā pasūtītāja – Slimību profilakses un kontroles centra – rekomendācijas, šī pētījuma mērķi un citās valstīs veiktu līdzīgu pētījumu rezultātus.

Intervijas ar ekspertiem veica trīs intervētāji, kuriem ir vairāku gadu pieredze interviju veikšanā un maģistra grāds socioloģijā vai sabiedrības veselībā.

Pētījuma ietvaros tika intervētas 20 sievietes, kuras pēdējā gada laikā ir dzemdējušas un grūtniecības laikā ir lietojušas dažādas atkarību izraisošas vielas:

- ar alkohola atkarību (4 personas);
- smēķētājas (10 personas);
- sievietes ar narkotisko vielu atkarību (6 personas).
- 15 intervijas tika veiktas Rīgas Dzemdību namā, 5 intervijas notika respondenšu dzīvesvietā.

15 intervijas tika veiktas Rīgas Dzemdību namā, 5 intervijas notika respondenšu dzīvesvietā.

Respondenšu atlase notika, vadoties pēc sekojošiem principiem – tika atlasītas sievietes, kuras dzemdējušas pēdējā gada laikā un grūtniecības laikā ir lietojušas kādu

no atkarību izraisošajām vielām – visu grūtniecības laiku vai kādā no grūtniecības trimestriem.

Respondenšu rekrutācija notika sadarbībā ar Rīgas pašvaldības SIA „Rīgas Dzemdību nams”.

Intervijas ar respondentēm veica divas SKDS speciālistes ar vairāku gadu pieredzi padziļināto interviju veikšanā.

3.2. Datu analīze

3.2.1. Literatūras apskats par atkarību izraisošo vielu lietošanas izplatību un labās prakses piemēriem par vielu lietošanas izplatības mazināšanu grūtnieču vidū

Atlases kritērijiem atbilstošie literatūras avoti tika analizēti, ņemot par pamatu šī pētījuma konkrētos mērķus un uzdevumus. Literatūras apraksta veidošanas procesā tika veikta detalizēta analīze un novērtējums līdz šim veiktajiem pētījumiem – tie tika sadalīti atbilstoši atkarību izraisošo vielu veidam (tabaka, alkohols, narkotiskās/psihotropās vielas), pētījumu dizainam un pētījuma mērķim (prevalence, attieksme, profilakse, ārstēšanas metodes, vadlīnijas u.c.). Neskaidru pētījuma rezultātu vai argumentu gadījumā tika meklēti papildu literatūras avoti. Daļa no atlasītiem literatūras avotiem tika izmantota, lai ziņojuma diskusijas sadaļā norādītu uz atšķirīgiem pētījumu rezultātiem un skaidrotu dažādo rezultātu iespējamās cēloņus.

Literatūras avotu analīzi veica pētnieks ar maģistra grādu socioloģijā un sabiedrības veselībā, kā arī ar vairāku gadu pieredzi pētniecībā.

3.2.2. Kvantitatīvā aptauja

Rezultātu analīze tika veikta, izmantojot programmu SPSS Statistics 17.0 (Statistical Package for the Social Sciences). Datu ievadi veica Pētījumu centra SKDS speciālisti, veicot 10% anketu atkārtotu ievadi kvalitātes kontrolei. Datu ievades programma nodrošina, ka tiek ievēroti anketā paredzētie filtri un pārejas, bet atbilžu loģiskums tika kontrolēts datu analīzes gaitā.

Datu statistisko apstrādi veica kvalificēts sabiedrības veselības un epidemioloģijas speciālists. Datu analīzē parametrisko rādītāju normālsadalījuma noteikšanai tika izmantots Kolmogorova – Smirnova tests. Neparametrisko rādītāju salīdzināšanai stratās tika izmantots Hi kvadrāta vai Fišera precīzais tests. Parametrisko rādītāju savstarpējas sakarības noteikšanai izmantota Spīrmana rangu korelācija. Statistiskās ticamības noteikšanai tika izvēlēts būtiskuma līmenis (p) vai 95% ticamības intervāls. Rezultāti atzīti par statistiski ticamiem, ja $p < 0,05$.

3.2.3. Salīdzinājums ar reģistra datiem

Šis pētījuma sadaļas realizēšanā tika izmantota 3.2.2.punktā minētā datorprogramma un statistiskās apstrādes metodes.

3.2.4. Kvalitatīvais pētījums sieviešu un ekspertu vidū

Pēc padziļināto interviju veikšanas tika veikts transkripcijas process – runātais teksts no audioieraksta tika pārnests uz papīra. Transkripcijas veica pētījumu centra SKDS darbinieki. Padziļinātajās intervijās iegūto tekstu analīzē tika izmantota konceptualizācija, kā arī atvērtās un aksiālās kodēšanas paņēmieni. Interviju analīzi veica sociologs un sabiedrības veselības speciālists ar vairāku gadu pieredzi pētījumu veikšanā.

Lai precīzi un ar piemēriem ilustrētu apkopotos viedokļus, pētījuma rezultātu izklāstā ir citēti padziļināto interviju fragmenti, izceļot tos slīprakstā un norādot ekspertam piešķirto kodu. Eksperta kods sastāv no burta „E” un pētniekam piešķirtā eksperta kārtas numura. Intervētajām sievietēm kodi netika piešķirti.

3.3. Nerespondences raksturojums

Kopumā pētījumā lūdza piedalīties 1043 sievietes pēcdzemdību periodā. Piedalīties piekrita 602 sievietes, bet atteicās 441.

Atteikuma iemesli bija saistīti ar nevēlēšanos piedalīties pētījumā (112 sievietes), aizņemtību (potenciālās respondentes atkārtoti atlika piedalīšanos aptaujā aizņemtības dēļ (piem., gatavošanās izrakstīties, procedūru apmeklējums, ieradušies ciemiņi u.tml.) (262 sievietes) vai nogurumu (potenciālās respondentes atkārtoti atlika piedalīšanos aptaujā, norādot, ka ir nogurušas, vai kontakta mēģinājuma laikā gulēja) (67 sievietes)).

4. Kvantitatīvās aptaujas un padziļināto interviju ar sievietēm rezultāti

Sākotnēji šajā ziņojuma daļā tiks atspoguļots sieviešu sociāli ekonomiskais raksturojums. Tam sekos nodaļa, kurā ietverts sievietēm dzimušo bērnu raksturojums, un nodaļas par atkarību izraisošo vielu lietošanas izplatību grūtniecības laikā. Noslēgumā tiks sniegta informācija par sieviešu zināšanām vielu lietošanas ietekmes uz mātes un bērna veselību jautājumos, kā arī par attieksmi pret vielu lietošanas profilakses pasākumiem.

4.1. Sociāli ekonomiskais raksturojums

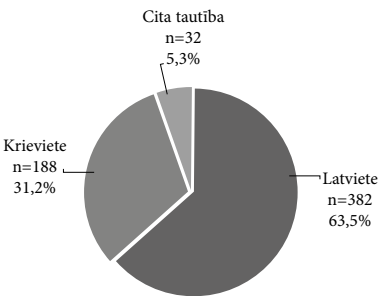
Pētījumā piedalījušos sieviešu vidējais vecums ir 29,2 gadi (SD 5,1). Vecuma mediāna ir tuva vidējam rādītājam – 29 gadi, moda – 28 gadi. Respondenšu sadalījums piecu gadu vecuma grupās atspoguļots 4.1.1.tabulā.

4.1.1.tabula. Respondenšu skaits un īpatsvars vecuma grupās Vecums (gados)

Vecums (gados)	n	%
≤19	13	2,2
20 – 24	99	16,4
25 – 29	224	37,2
30 – 34	162	26,9
35 – 39	88	14,6
40+	16	2,7
Kopā	602	100,0

Sieviešu iedalījums pēc tautības atspoguļots 4.1.1.attēlā. Redzams, ka vairāk kā puse (63,5%) respondenšu ir latvietes. Trīs biežāk uzrādītās „citas” tautības bija baltkrieviete (n=11), ukrainiete (n=8) un poliete (n=6).

4.1.1.attēls. Respondenšu skaits un īpatsvars tautības stratās



Aplūkojot izglītības līmeni, secināms, ka vairāk kā pusei (56,0%) intervēto sieviešu ir augstākā izglītība. Otrs biežāk sastopamais izglītības līmenis ir vispārējā vidējā izglītība, ko uzrāda 18% sieviešu (skat. 4.1.2.tabulu).

4.1.2.tabula. Respondenšu skaits un īpatsvars izglītības līmeņa stratās

Izglītības līmenis	n	%
Nepabeigta pamatizglītība	3	0,5
Pamatizglītība	40	6,6
Arodizglītība bez vidējās	2	0,3
Vispārējā vidējā	109	18,1
Profesionālā izglītība ar vidējo	66	11,0
Nepabeigta augstākā (vismaz 2 pilni gadi)	45	7,5
Augstākā (bakalaura, maģistra vai doktora grāds)	337	56,0
Kopā	602	100,0

Respondentēm tika uzdots jautājums arī par viņu nodarbošanos pirms grūtniecības vai dzemdību atvaļinājuma. Vairāk kā trīs ceturtdaļas sieviešu (77,6%) strādājušas pilna vai nepilna laika algotu darbu. Bezdarbnieču īpatsvars aptaujāto sieviešu vidū ir neliels (n=16; 2,7%) (skat. 4.1.3.tabulu). Stratā „cita nenodarbināto grupa” galvenokārt ietilpst atbilde, ka sieviete atradusies atvaļinājumā saistībā ar iepriekšējā mazuļa piedzimšanu (n=8).

4.1.3.tabula. Respondenšu skaits un īpatsvars saistībā ar nodarbošanos

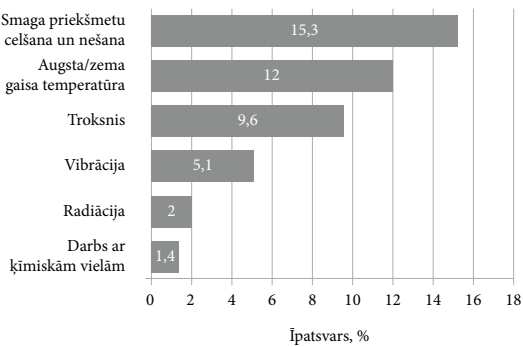
Nodarbošanās	n	%
Strādāja algotu darbu (pilna vai nepilna slodze)	467	77,6
Uzņēmēja vai pašnodarbinātā	24	4,0
Bezdarbiece	16	2,7
Studente, skolniece	17	2,8
Mājsaimniece	67	11,1
Cita nenodarbināto grupa	11	1,8
Kopā	602	100,0

Uz jautājumu – cik vidēji stundas nedēļā pirms dzemdību atvaļinājuma sievietes ir strādājušas (domājot par pēdējo pusgadu), biežākā atbilde (moda) ir 40 stundas (šādi atbild 71,6% sieviešu; n=346/483). Darba stundu mediāna sakrīt ar modu (40 stundas), vidējais stundu skaits ir 40,9 (SD 9,4; amplitūda 2–90 stundas).

Saistībā ar darba vidi sievietēm tika uzdots jautājums – vai viņas pēdējo 12 mēnešu laikā darbā ir saskārušās ar dažādiem darba vides riska faktoriem. Uz šo jautājumu atbildes sniegusi 491 sieviete (81,6% no kopējā sieviešu skaita). No tām lielākā daļa sieviešu (73,7%; n=362) atbildējušas, ka ar zemāk minētajiem riska faktoriem darbā

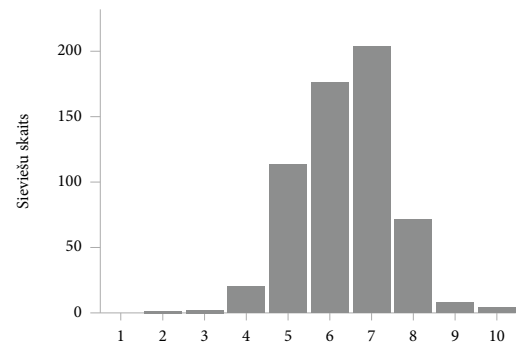
nav saskārušās. Attiecīgi 26,3% (n=129) bija uzrādījušas konkrētus piedzīvotos riska faktorus, kas saskaņā ar LR Ministru kabineta 2007. gada 2. oktobra noteikumiem Nr.660 „Darba vides iekšējās uzraudzības veikšanas kārtība” var grūtniecēm radīt risku drošībai un veselībai. Sniegtās atbildes atspoguļotas 4.1.2.attēlā. No visām sievietēm, kuras sniedza atbildi uz iepriekš minēto jautājumu, 15,3% (n=75) nācies darbā celt vai nest smagus priekšmetus. Otrs biežākais riska faktors, kam darbā bijušas pakļautas sievietes, ir augsta vai zema gaisa temperatūra (12,0%; n=59). Trešais biežākais riska faktors, ar ko sievietēm nācies saskarties neilgi pirms grūtniecības vai tās laikā, ir troksnis – tam bijušas pakļautas 47 (9,6%) sievietes. Darbs ar tādām ķīmiskām vielām kā oglekļa monoksīds, dzīvsudrabs, arsēns, fosfors uzrādīts relatīvi reti (n=7; 1,4%).

4.1.2.attēls. Respondenšu īpatsvars, kuras bijušas pakļautas darba vides riska faktoriem pēdējā gada laikā



Sievietēm tika lūgts arī izvērtēt savu sociāli ekonomisko stāvokli skalā no 1 līdz 10, kur 10 ir augstākā sabiedrības grupa un 1 – zemākā grupa. Teju visas (n=599) sievietes bija sniegušas derīgu atbildi uz minēto jautājumu. Atrāšanos zemākajā sabiedrības grupā (vērtējums „1”) nebija atzīmējusi neviena aptaujātā sieviete. 4.1.3.attēlā redzams, ka sociāli ekonomiskā stāvokļa pašvērtējums aptaujāto sieviešu vidū neatbilst normālsadalījumam (tā pārbaudei izmantots Kolmogorova–Smirnova tests: p<0,001). Kopumā var sacīt, ka sievietes savu sociāli ekonomisko statusu vērtē kā vidēju (vidējā vērtība 6,4; SD 1,1; mediāna 6). Dihotomizējot skalu, secināms, ka lielākā daļa – 76,7% (n=462) sieviešu savu sociāli ekonomisko stāvokli vērtē kā vidēju vai augstāku par vidējo (skalas punkti no 6–10) un attiecīgi 22,8% (n=137) –kā vidēju vai zemāku par vidējo (skalas punkti no 1–5).

4.1.3.attēls. Respondenšu skaits atbilstoši sociāli ekonomiskā stāvokļa pašvērtējuma skalā atzīmētajam punktu skaitam



Uz jautājumu – ar ko kopā respondente dzīvo, deviņas sievietes (1,5%) atbildējušas, ka dzīvo vienas. Lielākā daļa (n=476; 79,1%) sieviešu dzīvo kopā ar laulāto, savukārt 16,1% (n=97) – ar pastāvīgu partneri. Citi bērni (neieskaitot jaundzimušo) mājāsaimniecībā ir pusei sieviešu (n=284; 47,2%) (skat. 4.1.4. tabulu).

4.1.4.tabula. Respondenšu skaits un īpatsvars saistībā ar personām, ar kurām dzīvo vienā mājāsaimniecībā

Persona, ar kuru dzīvo kopā	n	%
Vīrs	476	79,1
Draugs, pastāvīgs partneris	97	16,1
Vecāki	69	11,5
Bērni (t.sk., adoptētie, partnera)	284	47,2
Brāļi, māšas, vecvecāki, citi radnieki	25	4,2
Citi (ne radnieki)	–	–
Viena pati	9	1,5

Aptaujāto sieviešu mājāsaimniecībās kopā dzīvo vidēji 2,8 cilvēki (SD 1,0; mediāna – 3, amplitūda no 1–8). Kaut viens bērns (neieskaitot jaundzimušo) līdz 7 gadu vecumam ir trešdaļai sieviešu (n=203; 33,7%), savukārt viens vai vairāki bērni vecumā no 7 līdz 17 gadiem ģimenē ir piektdaļai sieviešu (n=120; 19,9%).

Tālāk sievietēm tika uzdots jautājums par mēneša vidējiem ienākumiem uz vienu mājāsaimniecības locekli pēdējo sešu mēnešu laikā, minot summu pēc nodokļu nomaksas. Izteikti augsti ienākumi ģimenē ir 15,0% (n=83) sieviešu un izteikti zemi – ceturtajai daļai (24,6%; n=136) sieviešu. Pārējo respondentu mājāsaimniecības ienākumi vērtējami kā vidēji (skat. 4.1.5. tabulu). 49 sievietes atbildi uz šo jautājumu nav vēlējušas vai nav spējušas sniegt.

4.1.5.tabula. Respondenšu skaits un īpatsvars saistībā ar ienākumu līmeni uz vienu mājāsaimniecības locekli

Ienākumu līmenis	Summa latos	Summa, pārrēķinot eiro	n	%
Zemi ienākumi	≤200	≤285	136	24,6
Vidēji zemi ienākumi	201–300	286–427	139	25,1
Vidēji augsti ienākumi	301–500	428–712	195	35,3
Augsti ienākumi	≥501	≥713	83	15,0
Kopā			553	100

Lielākā daļa sieviešu dzīvo Rīgā – 76,7% (n=462). Citā pilsētā dzīvo 11,3% respondentu (n=68) un laukos 12,0% sieviešu (n=72) (skat. 4.1.6. tabulu).

4.1.6.tabula. Respondenšu skaits un īpatsvars saistībā ar dzīvesvietu

Dzīvesvieta	n	%
Rīga	462	76,7
Cita lielā pilsētā ¹	8	1,3
Cita pilsētā	60	10,0
Pagasta centrs	54	9,0
Lauku māja vai lauku saimniecība (ārpus pagasta centra)	18	3,0
Kopā	602	100

Grupējot respondentu dzīvesvietu pēc reģiona, otrais (aiz Rīgas) biežāk pārstāvētais reģions pētījuma atlasē ir Pierīga (16,1%; n=97). Savukārt trešais biežākais – Vidzeme (3,5%; n=21). Vismazāk pārstāvētais reģions ir Latgale (0,2%; n=1) (skat. 4.1.7. tabulu).

4.1.7.tabula. Respondenšu skaits un īpatsvars saistībā ar dzīvesvietas reģionālo piederību

Dzīvesvieta	n	%
Rīga	462	76,7
Pierīga	97	16,1
Vidzeme	21	3,5
Kurzeme	5	0,8
Zemgale	16	2,7
Latgale	1	0,2
Kopā	602	100

¹ Daugavpils, Liepāja, Jelgava, Ventspils, Jūrmala, Rēzekne, Valmiera, Jekabpils

4.2. Informācija par jaundzimušo

Jaundzimušo, kuri respondentēm bija dzimuši Rīgas pašvaldības SIA „Rīgas Dzemdību nams” īsi pirms aptaujas, vidējais dzimšanas svars ir 3534,5 grami (SD 523,4; mediāna 3560 grami; moda 3600 grami). Minimālā ķermeņa masa ir 980 grami, maksimālā – 5500 grami. 4.2.1. tabulā redzams jaundzimušo dzimšanas svars, kas iedalīts grupās. Normālu jaundzimušā svaru uzrāda lielākā daļa respondentšu (80,4%; n=484). Gestācijas laikam smags bērns ir 13,3% (n=80) sieviešu. Jaundzimušie ar zemu svaru vai ļoti lieli bērni dzimuši relatīvi reti.

4.2.1.tabula. Respondenšu skaits un īpatsvars saistībā ar jaundzimušā dzimšanas svaru

Jaundzimušā svars	n	%
Zems svars (2499 grami vai mazāk)	14	2,3
Normāls svars (2500—3999 grami)	484	80,4
Gestācijas laikam smags bērns (4000—4499 grami) ²	80	13,3
Ļoti liels bērns (4500 grami vai vairāk) ³	24	4,0
Kopā	602	100,0

Septiņām sievietēm bija piedzimuši dvīņi. Otrā bērna vidējais dzimšanas svars ir zemāks – 2734,3 grami (SD 328,0; mediāna 2900; moda 2900 grami; amplitūda no 2300 līdz 3140 gramiem). Ar zemu dzimšanas svaru dzimuši 28,6% (n=2) bērni. Normāls svars attiecīgi ir 71,4% (n=5) jaundzimušo (skat. 4.2.2. tabulu). Trīs vai vairāk bērni nebija dzimuši nevienai no respondentēm.

4.2.2.tabula. Respondenšu skaits un īpatsvars saistībā ar jaundzimušā dzimšanas svaru (otrais bērns, ja sievietei dzimis vairāk nekā viens bērns)

Jaundzimušā svars	n	%
Zems svars (2499 grami vai mazāk)	2	28,6
Normāls svars (2500—3999 grami)	5	71,4
Gestācijas laikam smags bērns (4000—4499 grami)	0	–
Ļoti liels bērns (4500 grami vai vairāk)	0	–
Kopā	7	100,0

Bērni respondentēm ir dzimuši vidēji 40. grūtniecības nedēļā (arī moda un mediāna sakrīt ar vidējo rādītāju). Agrākā grūtniecības nedēļā, kad bija piedzimis jaundzimušais, ir 27. nedēļa, vēlākā – 43. nedēļa. Lielākā daļa bērnu dzimuši savlaicīgi

(skat. 4.2.3. tabulu), proti 96,3% (n=580). 3,5% (n=21) bērnu dzimuši priekšlaicīgi. Pārnēsāts bērns ir dzimis tikai vienai sievietei.

4.2.3.tabula. Respondenšu skaits un īpatsvars saistībā ar gestācijas nedēļu, kurā bērns dzimis

Gestācijas nedēļa	n	%
Priekšlaicīgi dzimis bērns (22. —36.nedēļa)	21	3,5
Savlaicīgi dzimis bērns (37. —42.nedēļa)	580	96,3
Pārnēsāts bērns (43.nedēļa un vairāk)	1	0,2
Kopā	602	100,0

Analizējot informāciju par laiku, kad sievietes stājušās grūtniecības uzskaitē, secināms, ka savlaicīgi (līdz 12. grūtniecības nedēļai) uzskaitē stājušās 98,0% (n=575/599; 3 sievietes nebija sniegušas atbildi uz šo jautājumu) respondentšu. Vidēji sievietes uzskaitē stājušās 8. nedēļā (šāda ir arī moda un mediāna). Agrākais laiks, kad notikusi stāšanās uzskaitē, ir 1. nedēļa un vēlākais – 36. nedēļa.

Sievietēm tika uzdots jautājums, vai šī grūtniecība viņām bijusi plānota. Atbildi uz to nesniedza 9 sievietes. Lielākā daļa respondentšu uz šo jautājumu atbild apstiprinoši – 76,6% (n=454/593). Taču samērā liels īpatsvars – teju ceturtdaļa sieviešu (23,4%; n=139/593) – norādījušas, ka grūtniecība bijusi neplānota.

4.3. Informācija par atkarību izraisošo vielu lietošanu grūtniecības laikā

Pētījumā sievietēm tika uzdoti jautājumi, vai viņas grūtniecības laikā ir lietojušas alkoholu vai narkotiskās un psihotropās vielas, kā arī tika vaicāts par smēķēšanas paradumiem. Tāpat tika uzdoti jautājumi par vielu lietošanas atmešanas palīdzības iespēju pieejamību un izmantošanu grūtniecības laikā.

Uz jautājumu, vai grūtniecības laikā ārstniecības un atbalsta personāls ir viņām uzdevis jautājumus par iepriekšminēto atkarību izraisošo vielu lietošanu, teju visas sievietes (92,4%; n=556) atbildēja apstiprinoši, proti, ka veselības aprūpes profesionālis ir uzdevis šādus jautājumus, un viņas personālam ir atbildējušas. Attiecīgi 46 sievietes (7,6%) norādījušas, ka grūtniecības laikā nav tikušas izvaicātas par vielu lietošanas paradumiem.

Arī vairums intervēto sieviešu atzīst, ka ārsts viņām ir jautājis, vai sieviete smēķē vai lieto alkoholu. Tās sievietes, kuras smēķēja, ārstam savus paradumus atklāja, bet vairākas alkoholu lietojošās sievietes, ārstam nav teikušas, ka regulāri pirms grūtniecības iestāšanās vai grūtniecības laikā lieto alkoholu.

² Saskaņā ar Starptautisko slimību klasifikāciju (10.redakcija) kods P08.1.

³ Saskaņā ar Starptautisko slimību klasifikāciju (10.redakcija) kods P08.0.

„Nu viņa man jautāja... viņa man nejautāja vai es lietoju vai nelietoju. Viņa man pateica, vai es lietoju alkoholu. Es uz viņu paskatījos, viņa man tipa: „Jūs riktīgi dzerat vai tā, pa bišķiņam?”. Es pateicu, ka pa bišķiņam, un tad viņa atzīmēja, ka es nelietoju alkoholu. Jo tas tipa nav tā, ka es esmu dzērāja.”

Savukārt sievietēm, kuras grūtniecības laikā ir lietojušas narkotiskās vielas, ārsti nav jautājuši par narkotiku lietošanu, jo jau iepriekš ir zinājuši, ka sieviete lieto šīs vielas gan tāpēc, ka visām intervētajām sievietēm jau ir vairāki bērni, gan tāpēc, ka visas iepriekš ir saņēmušas citus veselības aprūpes pakalpojumus. Turklāt vairums no sievietēm pie ārsta ir vērsušās novēloti, bet viena no intervētajām sievietēm vispār nav bijusi pie ārsta grūtniecības laikā, bet, sākoties dzemdībām, ieradusies dzemdību nodaļā.

Aptaujas dati liecina, ka nedaudz biežāk izvaicātas tikušas gados jaunākas (līdz 24 gadu vecumam) sievietes (skat. 4.3.1. tabulu), tomēr atšķirības to sieviešu īpatsvarā, kuras tikušas izvaicātas par vielu lietošanas paradumiem, vecuma grupās nav vērtējamas kā statistiski ticamas ($p=0,4$).

4.3.1.tabula. Respondenšu skaits un īpatsvars saistībā ar to, vai grūtniecības laikā tikušas izjautātas par vielu lietošanas paradumiem saistībā ar vecumu

Vecums (gadi)		Vai tikušas izjautātas par vielu lietošanas paradumiem		
		Jā	Nē	Kopā
≤24	n	108	4	112
	%	96,4	3,6	100,0
25 — 29	n	207	17	224
	%	92,4	7,6	100,0
30 — 34	n	147	15	162
	%	90,7	9,3	100,0
35 — 39	n	79	9	88
	%	89,8	10,2	100,0
40 — 42	n	15	1	16
	%	93,8	6,3	100,0

Saistībā ar dzīvesvietu secināms, ka biežāk izvaicātas sievietes, kuras dzīvo Rīgā vai citā lielā pilsētā, savukārt retāk – sievietes, kuras dzīvo laukos (skat. 4.3.2. tabulu). Taču arī šīs atšķirības nav vērtējamas kā statistiski ticamas ($p=0,1$).

4.3.2.tabula. Respondenšu skaits un īpatsvars saistībā ar to, vai grūtniecības laikā tikušas izjautātas par vielu lietošanas paradumiem saistībā ar dzīvesvietu

Dzīvesvieta		Vai tikušas izjautātas par vielu lietošanas paradumiem		
		Jā	Nē	Kopā
Rīga	n	431	31	462
	%	93,3	6,7	100,0
Cita lielā pilsēta	n	8	0	8
	%	100,0	–	100,0
Cita pilsēta	n	55	5	60
	%	91,7	8,3	100,0
Pagasta centrs	n	48	6	54
	%	88,9	11,1	100,0
Lauku māja vai lauku saimniecība (ārpus pagasta centra)	n	14	4	18
	%	77,8	22,2	100,0

Tendences vai sakarības starp to, vai veselības aprūpes personāls izjautājis grūtnieci par atkarību izraisošo vielu lietošanas paradumiem, un sieviešu izglītības vai ienākumu līmeni netika atrastas.

Tālāk sievietēm tika vaicāts, vai veselības aprūpes profesionālis, kurš uzraudzījis grūtniecību, ir sniedzis informāciju par to, kā minēto vielu lietošana var ietekmēt gaidāmā bērna veselību. Kā redzams 4.3.3. tabulā, sieviešu īpatsvars, kuras sniegušas apstiprinošu atbildi, nav augsts. Proti, informācija ir sniegta tikai nedaudz vairāk kā pusei sieviešu. Biežāk sievietes informētas par smēķēšanas kaitīgumu (57,4%; $n=343/598$; 4 sievietes atteikušās atbildēt uz šiem jautājumiem). Retāk sievietes saņēmušas informāciju par alkohola (54,8%; $n=328/598$) vai narkotisko / psihotropo vielu (53,7%; $n=321/598$) ietekmi uz gaidāmā bērna veselību. Nedaudz mazāk kā puse (42,5%; $n=254/598$) respondentu sacījušas, ka no grūtniecību uzraugošā personāla nav saņēmušas nekādu informāciju par nevienu no vielām.

4.3.3.tabula. Respondenšu skaits un īpatsvars saistībā ar to, vai grūtniecības laikā saņēmušas informāciju par atkarību izraisošo vielu kaitīgumu no veselības aprūpes profesionāļiem

Jautājums / tēma	Jā		Nē		Kopā	
	n	%	n	%	n	%
Smēķēšana	343	57,4	255	42,6	598	100
Alkohola lietošana	328	54,8	270	45,2	598	100

Tabulas turpinājums nākamajā lappusē.

Jautājums / tēma	Jā		Nē		Kopā	
	n	%	n	%	n	%
Narkotiku vai psihotropo vielu lietošana	321	53,7	277	46,3	598	100
Nav saņemta informācija par nevienu no tēmām	254	42,5	344	57,5	598	100

Interviju laikā sievietes atklāj, ka lielākoties ārsti nepaskaidro, kā atkarības vielu lietošana ietekmē grūtniecību un gaidāmā bērna veselību. Vairums sieviešu, kuras ārsti ir mudinājuši pārtraukt atkarības vielu lietošanu vai vismaz samazināt devu, norāda, ka ārsts vai cita aprūpes persona ir teikusi, ka atkarības vielu lietošanai ir negatīva ietekme uz bērna veselību un tāpēc tā jāpārtrauc. Tomēr neviens ārsts nav mēģinājis sievietei izskaidrot, kā to izdarīt vai kur sievietei meklēt palīdzību.

„Viņa teica: „Vika, beidz smēķēt, tas ietekmē bērna veselību, to, ka bērns var piedzimt dzeltens, uz plaušām var kaut kas atsaukties, var kāda alerģija parādīties tādēļ.” Jā, teica.”

Turklāt smēķējošajām grūtniecēm visbiežāk tiek ieteikts pakāpeniski samazināt izsmēķēto cigarešu skaitu nevis uzreiz pārtraukt smēķēšanu, jo pēkšņi pārtraucot smēķēt, tiek nodarīts lielāks kaitējums bērnam nekā darot to pakāpeniski.

„Jā, arī ārsti teica, lai es pakāpeniski atmetu, kad biju stāvoklī. Lai pakāpeniski, no sākuma samazinātu cigarešu devu, bet labāk vispār atmestu. Nu strauji atmest arī nav labi, labāk pakāpeniski.”

„Nē, [nedomāju pārtraukt smēķēt], tāpēc, ka tas arī esot slikti bērnam. Ja smēķējat, tad smēķējat. Man pat to arī ārsts teica.”

Lielākā daļa intervēto sieviešu stāsta, ka ārsts ir atļāvis grūtniecības laikā lietot nedaudz alkohola, galvenokārt iesakot vīnu un citus tā dēvētos vieglos alkoholiskos dzērienus. Daži ārsti pat ieteikuši sievietēm iedzert pusglāzi vai glāzi alkohola saturoša dzēriena, lai paātrinātu dzemdību sākšanos vai mazinātu tirpšanas sajūtu rokās.

„[...] šampanieti man daktere iedzert glāzi tad, ja nesākas dzemdības konkrētajā dienā. Viņa teica, ka tie burbuliņi tā kā, nu pa zarnām aizejot, burbuliņi, viņi tā kā, nu, ierosina. Viņa teica, bet, galvenais, nedzert ne pudeli, ne divas, bet ielej pus glāzīti. Viņa saka, tas nenodarīs nekādu kaitējumu un jā, un arī Jāņos, teiksim, daktere teica, ja tu dienas laikā izdzer divas alus pudeles, tas nekad neaizies līdz bērnam un arī viņa glāze, ja tu viņu dzer kā aoperatīvu pie ēdiena nevis stūķē iekšā pudeles...”

„Tad man vispār sākās ļoti smaga tirpšanas rokās. Tirpa rokas un viss. Un tad man daktars teica, kad es varu sausu, labu sarkanvīnu.”

Atšķirībā no smēķējošām un alkoholu lietojošām sievietēm, visas intervētās, kuras grūtniecības laikā ir lietojušas narkotiskās vielas, jau pirms grūtniecības iestāšanās ārsti ir informējis par narkotiku ietekmi uz sievietes veselību un, iestājoties grūtniecībai, arī par to

ietekmi uz bērna veselību. Šādas atšķirības ir novērojamas tādēļ, ka visas intervētās sievietes ir atradušās narkologa vai infektologa uzraudzībā un vairākas ir saņēmušas narkoloģisko ārstēšanu, tajā skaitā, saņēmušas metadonu.

Aplūkojot anketas jautājumu par to, vai grūtniecību uzraugošā persona sievietēm sniegusi informāciju par tabakas, alkohola vai narkotisko un psihotropo vielu lietošanu, saistībā ar vecumu secināms, ka, pieaugot vecumam, arvien lielāks sieviešu īpatsvars šādu informāciju nav saņēmušas (skat. 4.3.4. tabulu). Tātad vairāk izglītotas tiek gados jaunas sievietes. Tomēr šīs atšķirības uztveramas tikai kā tendences, jo tās nav statistiski nozīmīgas ($p=0,09$).

4.3.4.tabula. Respondenšu skaits un īpatsvars saistībā ar to, vai grūtniecības laikā saņēmušas informāciju par vielu lietošanas kaitīgumu saistībā ar vecumu

Vecums (gadi)	Vai saņēmušas informāciju par vielu lietošanas kaitīgumu		
	Nav saņēmušas nekādu informāciju		Kopā
	n	Ir saņēmušas	
≤24	n	41	71
	%	36,6	63,4
25 – 29	n	87	136
	%	39,0	61,0
30 – 34	n	71	89
	%	44,4	55,6
35 – 39	n	46	41
	%	52,9	47,1
40 – 42	n	9	7
	%	56,3	43,8

Attiecībā uz sieviešu ienākumu līmeni redzams, ka sievietēm ar augstākiem ienākumiem ir tendence retāk saņemt informāciju par atkarību izraisošo vielu lietošanas kaitīgumu (skat. 4.3.5. tabulu). Šī sakarība vērtējama kā statistiski nozīmīga (atšķirība starp zemu un augstu ienākumu grupu: $p=0,004$; starp vidēji zemu un augstu: $p=0,001$; starp vidēji augstu un augstu: $p=0,03$).

4.3.5.tabula. Respondenšu skaits un īpatsvars saistībā ar to, vai grūtniecības laikā saņēmušas informāciju par vielu lietošanas kaitīgumu saistībā ar ienākumu līmeni

Ienākumu līmenis	Vai saņēmušas informāciju par vielu lietošanas kaitīgumu		
	Nav saņēmušas nekādu informāciju	Ir saņēmušas	Kopā
	n	n	n
Zemi ienākumi	50	84	134
	37,3	62,7	100,0
Vidēji zemi ienākumi	46	92	138
	33,3	66,7	100,0
Vidēji augsti ienākumi	83	111	194
	42,8	57,2	100,0
Augsti ienākumi	48	35	83
	57,8	42,2	100,0

Ievērojamas sakarības starp to, vai veselības aprūpes personāls ir informējis un konsultējis grūtnieces par atkarību izraisošo vielu kaitīgo ietekmi uz gaidāmo bērnu, un sieviešu izglītības līmeni vai dzīvesvietu netika konstatētas.

4.3.1. Smēķēšanas paradumi

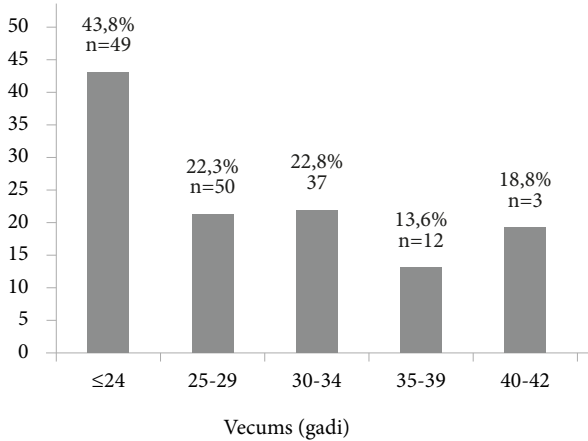
Pētījumā sievietes tika aptaujātas par tabakas izstrādājumu lietošanas paradumiem grūtniecības laikā un 3 mēnešus pirms tās. 4.3.1.1. tabulā apkopotas respondenšu sniegtās atbildes. Ceturtā daļa sieviešu (25,1%; n=151) pirms grūtniecības ir izsmēķējušas vismaz vienu cigareti. Arī grūtniecības laikā smēķējusi teju katra desmitā sieviete (9,5%; n=57). Citu tabakas izstrādājumu (ūdenspipe, košļājamā tabaka, elektroniskā cigarete, šņaucamā tabaka, cigarella, pipe) lietošana sastopama reti (skat. 4.3.1.1. tabulu).

4.3.1.1.tabula. Respondenšu skaits un īpatsvars saistībā ar tabakas izstrādājumu lietošanu

Tabakas izstrādājumu lietošanas veids un laiks	Jā		Nē		Kopā	
	n	%	n	%	n	%
3 mēnešu laikā pirms grūtniecības izsmēķēta vismaz 1 cigarete	151	25,1	451	74,9	602	100
3 mēnešu laikā pirms grūtniecības vismaz reizi lietots kāds cits tabakas izstrādājums	1 ⁴	0,2	601	99,8	602	100
Grūtniecības laikā izsmēķēta vismaz 1 cigarete	57	9,5	545	90,5	602	100
Grūtniecības laikā vismaz reizi lietots kāds cits tabakas izstrādājums	3 ⁵	0,5	599	99,5	602	100
Ne 3 mēnešu laikā pirms grūtniecības, ne grūtniecības laikā nav lietoti tabakas izstrādājumi	451	74,9	151	25,1	602	100

Aplūkojot tabakas izstrādājumus lietojušo sieviešu īpatsvaru vecuma grupās (skat. 3.1.1. attēlu) redzams, ka, pieaugot vecumam, šādu sieviešu īpatsvars samazinās (p<0,001). Satraucoša ir situācija 24 gadus jaunu vai jaunāku sieviešu vidū – šajā vecuma grupā grūtniecības laikā un/vai 3 mēnešu laikā pirms tās iestāšanās smēķējušas teju puse (43,8%; n=49) sieviešu.

4.3.1.1.attēls. Respondenšu, kuras lietojušas tabakas izstrādājumus grūtniecības laikā vai pirms tās, skaits un īpatsvars vecuma grupās



⁴ Respondente smēķējusi arī cigaretes
⁵ No tām 1 smēķējusi arī cigaretes, bet 2 nav smēķējušas cigaretes, lietojušas tikai citus tabakas izstrādājumus

4.3.1.2. tabulā atspoguļots tabakas izstrādājumus lietojušo sieviešu īpatsvars izglītības līmeņa grupās. Redzams, ka, paaugstinoties izglītības līmenim, smēķējušo vai citus tabakas izstrādājumus lietojušo sieviešu īpatsvars samazinās ($p<0,001$). Visaugstākais tabakas izstrādājumus grūtniecības laikā vai pirms tās lietojušo sieviešu īpatsvars ir pamatizglītības grupā, kur šo paradumu praktizējušas vairāk kā puse sieviešu (69,8%; $n=30$). Savukārt viszemākais īpatsvars sieviešu, kuras lietojušas tabakas izstrādājumus, vērojams augstākās izglītības grupā – 13,6% ($n=46$).

4.3.1.2.tabula. Respondenšu, kuras lietojušas tabakas izstrādājumus grūtniecības laikā vai pirms tās, skaits un īpatsvars saistībā ar izglītības līmeni

Izglītības līmenis	Ir lietojušas tabakas izstrādājumus			
		Jā	Nē	Kopā
Nepabeigta pamatizglītība / pamatizglītība	n	30	13	43
	%	69,8	30,2	100,0
Vispārējā vidējā / profesionālā	n	61	116	177
	%	34,5	65,5	100,0
Nepabeigta augstākā	n	14	31	45
	%	31,1	68,9	100,0
Augstākā	n	46	291	337
	%	13,6	86,4	100,0

Līdzīga sakarība vērojama saistībā ar ienākumu līmeni – jo augstāks ir ienākumu līmenis, jo mazāks sieviešu īpatsvars, kuras grūtniecības laikā vai pirms tās ir lietojušas tabakas izstrādājumus ($p=0,001$). Sieviešu vidū ar zemiem ienākumiem minētos izstrādājumus lietojušas 36,8% ($n=50$), savukārt augsta ienākumu līmeņa grupā – 16,9% ($n=14$) (skat. 4.3.1.3. tabulu).

4.3.1.3.tabula. Respondenšu, kuras lietojušas tabakas izstrādājumus grūtniecības laikā vai pirms tās, skaits un īpatsvars saistībā ar ienākumu līmeni

Ienākumu līmenis	Ir lietojušas tabakas izstrādājumus			
		Jā	Nē	Kopā
Zemi ienākumi	n	50	86	136
	%	36,8	63,2	100,0
Vidēji zemi ienākumi	n	36	103	139
	%	25,9	74,1	100,0
Vidēji augsti ienākumi	n	38	157	195
	%	19,5	80,5	100,0
Augsti ienākumi	n	14	69	83
	%	16,9	83,1	100,0

Saistībā ar sieviešu dzīvesvietu netika atrastas nozīmīgas tendences vai sakarības tabakas izstrādājumu lietošanā.

Saistībā ar bērna dzimšanas svaru novērojama tendence, ka tām sievietēm, kuras ir lietojušas tabakas izstrādājumus, nedaudz biežāk kā minētās vielas nelietojušām dzimuši bērni ar zemu svaru (attiecīgi 4,0% un 1,6%), un retāk – smagi (11,4% vs. 14,1%) vai ļoti lieli bērni (2,7% vs. 4,5%). Tomēr šīs atšķirības nav vērtējamas kā statistiski nozīmīgas ($p=0,2$) (skat. 4.3.1.4. tabulu). Šeit un turpmāk analizēta informācija tikai par tiem bērniem, kas dzimuši vienaugļa dzemdībās ($n=595$).

4.3.1.4.tabula. Respondenšu, kuras lietojušas tabakas izstrādājumus grūtniecības laikā vai pirms tās, skaits un īpatsvars saistībā ar jaundzimušā dzimšanas svaru

Jaundzimušā svars	Ir lietojušas tabakas izstrādājumus		
		Jā	Nē
Zems svars	n	6	7
	%	4,0	1,6
Normāls svars	n	122	356
	%	81,9	79,8
Smags bērns	n	17	63
	%	11,4	14,1
Ļoti liels bērns	n	4	20
	%	2,7	4,5
Kopā	n	149	446
	%	100,0	100,0

Attiecībā uz grūtniecības nedēļu, kurā dzimis bērns, secināms, ka nav vērojamas atšķirības starp grūtniecības laikā vai pirms tās tabakas izstrādājumus lietojušām un nelietojušām sievietēm ($p>0,99$) (skat. 4.3.1.5. tabulu). Vērojama neliela tendence tabakas izstrādājumus lietojušām sievietēm biežāk dzemdēt bērnu priekšlaicīgi (3,4%; $n=5$) salīdzinot ar nelietojušām (3,1%; $n=14$). Taču, kā jau minēts iepriekš, šī atšķirība nav vērtējama kā statistiski ticama.

4.3.1.5.tabula. Respondenšu, kuras lietojušas tabakas izstrādājumus grūtniecības laikā vai pirms tās, skaits un īpatsvars saistībā ar gestācijas nedēļu, kurā dzimis bērns

Gestācijas nedēļas grupa	Ir lietojušas tabakas izstrādājumus	
	Jā	Nē
Priekšlaicīgi dzimis bērns	n	5
	%	3,4
Savlaicīgi dzimis bērns	n	144
	%	96,6
Pārnēsāts bērns	n	0
	%	–
Kopā	n	149
	%	100,0

No tām sievietēm, kuras bija norādījušas, ka smēķējušas cigaretes un/vai lietojušas citus tabakas izstrādājumus trīs mēnešus pirms grūtniecības iestāšanās ($n=151$), lielākā daļa (74,7%; $n=112$) to darijušas katru vai gandrīz katru dienu (skat. 4.3.1.6. tabulu). Viena sieviete atbildi uz jautājumu par tabakas izstrādājumu lietošanas paradumiem nebija sniegusi.

Sievietes, kuras ir smēķējušas cigaretes trīs mēnešu laikā pirms grūtniecības, vidēji dienā izsmēķējušas 7,5 cigaretes (SD 6,0; mediāna 5,0; moda 10,0). Vismazākais dienā izsmēķēto cigarešu skaits ir viena cigarete un lielākais – 30 cigaretes. Šie aprēķini veikti, izmantojot informāciju par 147 sievietēm (4 sievietes izsmēķēto cigarešu skaitu nav norādījušas).

4.3.1.6. tabulā redzams, ka no tām sievietēm, kuras smēķējušas un/vai lietojušas citus tabakas izstrādājumus arī grūtniecības laikā ($n=59$), pirmajā grūtniecības trimestrī šo paradumu visbiežāk praktizējušas katru vai gandrīz katru dienu (72,9%; $n=43$). Aplūkojot informāciju par nākamajiem grūtniecības trimestriem, secināms, ka tabakas izstrādājumus lietojošās sievietes šo paradumu cenšas pārtraukt. Proti, no tām respondentēm, kuras lietojušas tabakas izstrādājumus pirmajā trimestrī ($n=59$), teju puse (45,8%; $n=27$) to vairs nav darijušas otrajā grūtniecības trimestrī. Savukārt sievietes, kuras smēķēšanu šajā grūtniecības periodā nav atmetušas, visbiežāk ir

praktizējušas šo paradumu katru vai gandrīz katru dienu (35,6%; $n=21/59$). Trešajā grūtniecības trimestrī smēķēšanu bija pārtraukušas jau 52,5% ($n=31$) sieviešu, kuras smēķējušas pirmajā trimestrī. Sievietes, kurām smēķēšanas paradums saglabājies līdz pat trešajam grūtniecības trimestrim, joprojām šo paradumu visbiežāk praktizējušas ik dienas (30,5%; $n=18/59$) (skat. 4.3.1.6. tabulu).

4.3.1.6.tabula. Tabakas izstrādājumus lietojošo sieviešu skaits un īpatsvars saistībā ar paraduma praktizēšanas biežumu

Tabakas izstrādājumu lietošanas laiks		Katru dienu vai gandrīz katru dienu	Vismaz reizi nedēļā	Retāk kā reizi nedēļā	Pārtrauca lietot	Kopā
3 mēnešus pirms grūtniecības iestāšanās	n	112	20	18	–	150
	%	74,7	13,3	12,0	–	100
1.trimestrī (1. —3.grūtniecības mēnesis)	n	43	12	4	–	59
	%	72,9	20,3	6,8	–	100
2.trimestrī (4. —6.grūtniecības mēnesis)	n	21	8	3	27	59
	%	35,6	13,6	5,1	45,8	100
3.trimestrī (7. —9.grūtniecības mēnesis)	n	18	7	3	31	59
	%	30,5	11,9	5,1	52,5	100

Tām sievietēm, kuras grūtniecības laikā ir smēķējušas ($n=59$), vidējais grūtniecības pirmajā trimestrī izsmēķēto cigarešu skaits dienā ir 5,2 (SD 4,1; mediāna 5,0; moda 10,0; amplitūda no 0,5 līdz 20,0 cigaretēm). Otrajā trimestrī vidējais dienā izsmēķēto cigarešu skaits (aplūkojot tās sievietes, kuras smēķēšanu šajā trimestrī ir turpinājušas) ir nedaudz samazinājies – 4,4 (SD 3,1; mediāna 3,0; moda 2,0; amplitūda no 1 līdz 10 cigaretēm). Trešajā trimestrī vidējais dienā izsmēķēto cigarešu skaits samazinājies vēl nedaudz vairāk – 4,0 (SD 3,2; mediāna 3,0; moda 1,0; amplitūda no 1 līdz 10 cigaretēm).

Aptaujā iegūtos datus daļēji apstiprina arī intervijās sieviešu sniegtā informācija par smēķēšanas paradumiem grūtniecības laikā. Atšķirībā no sievietēm, kuras piedalījās aptaujā, visas intervētās sievietes, pirms uzzināja par grūtniecības iestāšanos, izsmēķēja vairākas cigaretes dienā, divas sievietes paciņu cigarešu dienā un viena pat pusotru paciņu, t.i., 30 cigaretes dienā. Tikai viena intervētā sieviete atzīst, ka, uzzinot par grūtniecību, nav domājusi, ka smēķēšanu vajadzētu pārtraukt vai samazināt izsmēķēto cigarešu skaitu, bet cita sieviete pat palielinājusi izsmēķēto cigarešu skaitu, lai

cīnītos ar grūtniecības radīto stresu. Pārējās astoņas intervētās sievietes bija mēģinājušas samazināt izsmēķēto cigarešu skaitu vai pārgājušas uz „vieglākām” cigaretēm.

„Nu sākumā, līdz 2 mēnešiem es nezināju, ka esmu stāvoklī. Tāpēc es šajos pirmajos 2 mēnešos kā smēķēju, tā smēķēju. Pēc tam es jau pārgāju uz vieglajām cigaretēm. Ja es pirms tam pirkto sarkanās cigaretes, tad es pārgāju uz pavisam vieglajām, kas man bija tas pats, kas tukšu gaisu smēķēt. Smēķēt jau smēķēju, bet pārgāju uz pavisam vieglajām, lai pavisam neindētos.”

„Nu tad (pirms grūtniecības) pa veselai [cigaretei] biju smēķējusi, bet, kamēr biju grūtniece, tad tikai pa pusītei. Tad vīram otru pusi atdevu visu laiku.”

No tām aptaujātajām sievietēm, kuras grūtniecības laikā smēķējušas vai lietojušas citus tabakas izstrādājumus (n=59), teju pusei (40,7%; n=24) neviens (t.i., ne veselības aprūpes profesionāli, ne citi cilvēki) nav ieteicis atstāt šo paradumu. Sievietes, kurām kāds ir ieteicis pārtraukt smēķēšanu vai citu tabakas izstrādājumu lietošanu grūtniecības laikā (n=35), visbiežāk norāda, ka viņām to ieteikuši ģimenes locekļi (74,3%; n=26) vai ginekologs (45,7%; n=16). Citi veselības aprūpes profesionāļi (ģimenes ārsts, vecmāte) vai citi cilvēki (draugi, pretimnācēji uz ielas) to ieteikuši ievērojami retāk. Neviena sieviete nenorāda, ka atstāt tabakas izstrādājumu lietošanu grūtniecības laikā būtu ieteicis sociālais darbinieks vai narkologs (skat. 4.3.1.7. tabulu).

4.3.1.7.tabula. Tabakas izstrādājumus lietojošo sieviešu skaits un īpatsvars saistībā ar personu, kura ieteikusi pārtraukt paraduma praktizēšanu

Persona	Jā		Nē		Kopā	
	n	%	n	%	n	%
Ģimenes locekļi	26	74,3	9	25,7	35	100
Ginekologs	16	45,7	19	54,3	35	100
Ģimenes ārsts	8	22,9	27	77,1	35	100
Draugi	6	17,1	29	82,9	35	100
Vecmāte	3	8,6	32	91,4	35	100
Citi cilvēki (nepazīstami/pretimnācēji uz ielas)	2	5,7	33	94,3	35	100
Narkologs	0	–	35	–	35	100
Cits veselības aprūpes speciālists	0	–	35	–	35	100
Sociālais darbinieks	0	–	35	–	35	100

Interviju laikā sievietes norāda, ka visbiežāk aicinājumu pārtraukt smēķēt ir saņēmušas no saviem ģimenes locekļiem un draugiem. Taču nevienai no intervētajām sievietēm ne ģimenes ārsts, ne ginekologs, pie kura viņa ir bijusi uzskaitē, nav ieteicis pilnībā atstāt smēķēšanu.

„Tie bija ģimenes locekļi, darbā kolēģi, draugi. Ārsti gan neko neteica. [Ginekologs] vienkārši pajautāja vai smēķēju, es pateicu: „Jā.” [Viņš:] „Nu labi...””

„Oj, jā, man daudzi teica [ka jāpārtrauc smēķēt]. Gan radi teica, gan vecmāmiņa un vectētiņi, nu, es izlikos, ka es viņos klausos, bet var teikt, ka darīju pretējo.”

Nedaudz mazāk kā pusei (44,1%; n=26) no grūtniecības laikā smēķējošajām vai citus tabakas izstrādājumus lietojošajām respondentēm (n=59) neviens nav ieteicis minēto paradumu vismaz samazināt (samazināt lietoto devu, lietošanas biežumu). Tas nozīmē, ka apkārtējie sievietēm drīzāk iesaka minēto vielu lietošanu atstāt pavisam nekā samazināt. Tomēr jāatzīmē, ka procentuālā atšķirība starp sieviešu īpatsvaru, kurām ieteikts vielu lietošanu atstāt, un respondenšu īpatsvaru, kurām ieteikts lietošanu samazināt, nav statistiski nozīmīga (atšķirība 5,15%; 95% TI –12,5% – +22,2%).

Sievietēm, kurām kāds ir ieteicis samazināt tabakas izstrādājumu lietošanu (n=32; viena sieviete nebija sniegusi atbildi uz šo jautājumu), līdzīgi kā atmešanas gadījumā, visbiežāk to ieteikuši ģimenes locekļi (56,3%; n=18) vai ginekologs (53,1%; n=17) (skat. 4.3.1.8. tabulu).

4.3.1.8.tabula. Tabakas izstrādājumus lietojošo sieviešu skaits un īpatsvars saistībā ar personu, kura ieteikusi minēto vielu lietošanu samazināt

Persona	Jā		Nē		Kopā	
	n	%	n	%	n	%
Ģimenes locekļi	18	56,3	14	43,7	32	100
Ginekologs	17	53,1	15	46,9	32	100
Ģimenes ārsts	6	18,8	26	81,2	32	100
Draugi	4	12,5	28	87,5	32	100
Vecmāte	1	3,1	31	96,9	32	100
Cits veselības aprūpes speciālists	1	3,1	31	96,9	32	100
Citi cilvēki	0	–	32	–	32	100
Narkologs	0	–	32	–	32	100
Sociālais darbinieks	0	–	32	–	32	100

Atšķirībā no aptaujas datiem, vairums intervēto sieviešu norāda, ka ginekologs viņām ir ieteicis nevis pilnībā pārtraukt smēķēšanu, bet gan pakāpeniski samazināt devu. Vairākas sievietes šādu ārsta ieteikumu ir „iztulkējušas” kā ārsta atbalstu smēķēšanai.

„Kā man teica mans ārsts, ja smēķē pirms grūtniecības, tad esot stāvoklī nevar strauji atstāt. Man tas ir kā attaisnojums, jo es uzskatu, ka smēķēšana, protams, ietekmē.”

„Viņa (ginekoloģe) man vienkārši mierīgi pateica: „Nekā, paņem cigareti, aizsmēķē un pipē.” Es saku: „Nu, es tieši pretēji, gribu atstāt, lai bērniņam nekaitētu.” Viņa saka: „Nē, tu jau kaitē bērniņam. Tā kā tu ilgi smēķē, tev jau organisms ir tā pieradis, ka jau bērniņam nu jau šo te daļiņu, kaut kā trūkst.””

Tabakas izstrādājumus grūtniecības laikā lietojošajām sievietēm tika jautāts, vai viņas ir mēģinājušas lietošanu pārtraukt un kāds bija šo mēģinājumu rezultāts. Proti, vai sievietes uzskata, ka viņām ir izdevies atmet smēķēšanu. Puse sieviešu (49,2%, n=29) uzskata, ka viņām ir izdevies pārtraukt tabakas izstrādājumu lietošanu grūtniecības laikā, 37,3% (n=22) sieviešu norāda, ka ir mēģinājušas pārtraukt, bet tas viņām nav izdevies. Savukārt 13,6% (n=8) pārtraukt lietošanu nav mēģinājušas (skat. 4.3.1.9. tabulu).

4.3.1.9.tabula. Tabakas izstrādājumus lietojošo sieviešu skaits un īpatsvars saistībā ar atmešanas mēģinājumiem un rezultātu

Atmešanas mēģinājumi	n	%
Pārtraucu	29	49,2
Mēģināju pārtraukt, bet turpināju to darīt	22	37,3
Nemēģināju pārtraukt	8	13,6
Kopā	59	100,0

Lielākā daļa intervēto sieviešu ir mēģinājušas pārtraukt smēķēt grūtniecības laikā, taču pilnībā nevienai sievietei tas nav izdevies. Runājot par iemesliem, kāpēc nav izdevies pilnībā pārtraukt smēķēšanu, katrai no sievietēm ir kāds izskaidrojums, piemēram, daudz stresa, apkārtējo cilvēku smēķēšana, grūtniecības izraisīta toksikoze, ārsta ieteikums pilnībā nepārtraukt smēķēt.

„Bet nu mani dakteri ir informēti par to, kad es to daru. Es daru krietni mazāk kā pirms tam. Toties, problēma ir tajā, ka es ļoti nervoza palieku. Un ja es esmu nervoza, es kaitēju krietni vairāk bērnam nekā aizejot kaut vai uzsmēķēt.”

„Man sanāca, ka man briesmīga toksikoze bija līdz četriem mēnešiem un, kad es smēķēju, man tieši pretēji, šis te nelabums pazuda. Man kaut kā tas palīdzēja. Pat izdarot to pašu vilcienu, man vieglāk palika. Atkal sāk palikt slikti, es paņemu un atkal normāli. Tā kā ar to paglābos. A pēc tam kaut kā, nu, cigareti dienā.”

„Domāju. Domāju. Mēģināju, bet gribasspēks visdrīzāk neļāva. Es neteikšu, ka esmu vājš cilvēks, bet es mēģināju. Jā, dienu nesmēķēju, bet otrā jau viss – gribu pīpēt, gribu pīpēt!”

Trīs no intervētajām sievietēm ir pārtraukušas smēķēt pēc bērna piedzimšanas, jo uztraucās par smēķēšanas ietekmi uz bērna veselību un baidījās, ka bērns varētu atteikties no mātes piena. Turklāt, redzot savu bērnu un turot viņu rokās, sievietes skaudrāk izjūt, ka ar savu rīcību bērnam var kaitēt.

„Bērniņš piedzima, es sapratu to, ka kaut kā vēl vēderā es to neapzinājos, ka es kaut kā indēju viņu vai kaut kas tādā garā, bet, kad man jau viņu rokās iedeva un es pirmo reizi viņai devu krūti un... es saprotu, ja es tagad sāksu smēķēt, viņai būs

rūgts [piens] un viņa var atteikties. Tas un plus vēl finanses un, ka bērna veselību ļoti ietekmē. Tā kā tas mani izglāba no smēķēšanas.”

„Es saprotu, ka es dodu bērniņam ēdienu, attiecīgi tas ir nikotīns un tas negatīvi ietekmē ēdiena kvalitāti. Kā es varu indēt pati savu bērnu. Kad bērniņš vēl ir vēderā, to tik ļoti nesaproti, ka tas jau ir cilvēks.”

Tabakas izstrādājumus lietojošajām sievietēm, kuras mēģināja grūtniecības laikā šo paradumu atmet, tika jautāts, kur viņas meklējušas palīdzību, lai spētu pārtraukt lietošanu. Teju visas sievietes atbild, ka nekādu specifisku palīdzību nav meklējušas, proti, mēģinājušas atmet pašas (96,0%; n=48/50; viena sieviete nebija sniegusi atbildi). Tikai viena sieviete palīdzību meklējusi pie narkologa (2,0%) un viena – lasījusi palīdzošu literatūru (grāmatu) (2,0%).

Arī intervētās sievietes atzīst, ka nekādu specifisku palīdzību smēķēšanas atmešanai nav meklējušas, bet paļāvušās uz saviem spēkiem.

Lai izvērtētu sieviešu īpatsvaru, kuras grūtniecības laikā bijušas pakļautas pasīvajai smēķēšanai, visām respondentēm tika uzdots jautājums, vai un cik bieži grūtniecības laikā mājās vai darbavietā citi cilvēki ir smēķējuši viņu klātbūtnē. Lielākā daļa sieviešu (83,2%; n=495/595; 7 sievietes nav varējušas atbildēt uz šo jautājumu) uzskata, ka mājās nav bijušas pakļautas pasīvajai smēķēšanai. Taču katra desmitā sieviete (9,4%; n=56/595) mājās pasīvajai smēķēšanai bijušas pakļautas ik dienas (skat. 4.3.1.10. tabulu).

4.3.1.10.tabula. Sieviešu skaits un īpatsvars saistībā ar pakļautību pasīvajai smēķēšanai grūtniecības laikā

Pakļautības pakāpe	n	%
Smēķēja ikdienā	56	9,4
Smēķēja vairākas reizes nedēļā	21	3,5
Smēķēja dažas reizes mēnesī	11	1,8
Smēķēja dažas reizes grūtniecības laikā	12	2,0
Nesmēķēja vispār	495	83,2
Kopā	595	100,0

Savukārt visas intervētās sievietes atzīst, ka katru dienu viņu tuvumā ir bijis kāds smēķētājs – vīrs, mamma, draugi vai kolēģi, – kas ne tik daudz pakļāva sievieti pasīvai smēķēšanai, kā apgrūtināja viņas apņemšanos samazināt izsmēķēto cigarešu skaitu vai pārtraukt smēķēšanu.

„Es sajutu dūmus un man viss, mocījos, žņaudza visu, var teikt.”

„Es gribēju pārtraukt. Es, piemēram, staigāju, staigāju pa darbu, nu, es restorānā strādāju, un man paiet garām cilvēks, kurš tikko ir pīpējis, nu smird pēc cigaretēm, man gribas pīpēt.”

„Ja man apkārt nesmēķētu, tad es vairs arī nesmēķētu. Jo man cik ir bieži bijuši, vot, grūtniecībā. Gribas smēķēt it kā, bet, kamēr tev neviens nav apkārt, nevelk. Tiklīdz tev sāk apkārt smēķēt, nu, tā ir viss!”

Šādu sakarību apstiprina arī aptaujas dati, jo, aplūkojot kvantitatīvā pētījuma rezultātus, redzams, ka sievietes, kuras pašas izsmēķējušas kaut vienu cigareti grūtniecības laikā, biežāk ir tikušas pakļautas arī pašvajai smēķēšanai mājās ($p<0,001$) vai darbā ($p=0,001$). Proti, no sievietēm, kuras pašas ir smēķējušas, pašvajai smēķēšanai mājās bijušas pakļautas 45,6% ($n=26/57$), kamēr no tām sievietēm, kuras nav smēķējušas, pašvai smēķēšanai bijušas pakļautas 13,8% ($n=74/538$). Pasīvajai smēķēšanai darbā bijušas pakļautas 32,5% ($n=13/40$) smēķējušo sieviešu un 11,9% ($n=57/478$) nesmēķējušo sieviešu.

4.3.2. Alkohola lietošana

Zemāk redzamajā 4.3.2.1. tabulā atspoguļots alkoholu lietojušo sieviešu skaits un īpatsvars īsi pirms grūtniecības un tās laikā atkarībā no lietotā alkohola veida. Redzams, ka trīs mēnešu laikā pirms grūtniecības iestāšanās alkoholu lietojušas ievērojama daļa intervēto sieviešu. Proti, nekādus alkoholiskos dzērienus nav lietojušas tikai trešdaļa sieviešu (28,9%; $n=174$). Visbiežāk lietotais dzēriens ir vīns; to lietojušas vairāk kā puse sieviešu (56,8%; $n=342$). Otrs biežāk lietotais dzēriens ir alus, taču to lietojušas ievērojami mazāk sieviešu – 15,6% ($n=94$).

Pirmajā un otrajā grūtniecības trimestrī alkoholu lietojušo sieviešu īpatsvars ievērojami samazinās. Pirmajā trimestrī nekādus alkoholiskos dzērienus nav lietojušas 91,5% ($n=550$) sieviešu un otrajā trimestrī – 94,0% ($n=565$). Tomēr aptuveni 5% sieviešu minētajos grūtniecības periodos turpinājušas lietot vīnu (1. trimestrī – 4,8% ($n=29$) un 2. trimestrī – 4,2% ($n=25$)). Pārējie alkoholiskie dzērieni lietoti ievērojami retāk (skat. 4.3.2.1. tabulu).

Interesants ir fakts, ka pēdējā grūtniecības trimestrī, salīdzinot ar otro trimestri, sieviešu īpatsvars, kas lietojušas alkoholu, ir paaugstinājies, proti, alkoholu nav lietojušas 91,2% ($n=548$) sieviešu. Piemēram, vīnu lietojušas teju desmitā daļa sieviešu (8,2%; $n=49$) (skat. 4.3.2.1. tabulu).

Kopumā kaut reizi grūtniecības laikā alkoholu lietojušas piektdaļa (17,3%; $n=104/600$) un attiecīgi nekad grūtniecības laikā alkoholiskos dzērienus nav lietojušas 82,7% ($n=496$) sieviešu.

4.3.2.1.tabula. Alkoholu lietojušo sieviešu skaits un īpatsvars saistībā ar paraduma praktizēšanas laiku un alkohola veidu; alkoholu nelietojušo sieviešu skaits un īpatsvars

Alkohola lietošanas laiks		Alus	Vīns	Alkoholisks kokteiļi un sidrs	Stiprie alkoholisks dzērieni ⁶	Cits veids ⁷	Nav lietots nekas no minētā
3 mēnešus pirms grūtniecības iestāšanās ⁸	n	94	342	78	43	2	174
	%	15,6	56,8	13,0	7,1	0,3	28,9
1.trimestrī (1.–3.grūtniecības mēnesis) ⁹	n	16	29	4	4	2	550
	%	2,7	4,8	0,7	0,7	0,3	91,5
2.trimestrī (4.–6.grūtniecības mēnesis)	n	11	25	1	2	0	565
	%	1,8	4,2	0,2	0,3	–	94,0
3.trimestrī (7.–9.grūtniecības mēnesis)	n	6	49	0	1	0	548
	%	1,0	8,2	–	0,2	–	91,2

Nemot vērā, ka intervijas tika veiktas ar sievietēm, kuras grūtniecības laikā ir lietojušas alkoholu saturošus dzērienus, visas intervētās sievietes pirms grūtniecības iestāšanās arī ir lietojušas alkoholu. Uzzinot, ka gaida bērnu, tās sievietes, kuras pirms grūtniecības iestāšanās bija neregulāri lietojušas alkoholu, grūtniecības laikā alkoholu lietoja retāk vai mazākās devās. Savukārt tās, kuras pirms grūtniecības iestāšanās bija regulāri lietojušas alkoholu, arī grūtniecības laikā turpināja lietot alkoholu – kāda biežāk, kāda retāk.

„Nē, pirmos trīs mēnešus kategoriski nē. Es pirmo glāzi iedzēru gan ar pirmo mazuli, gan ar otro pēc piektā mēneša, jau kad es stabili zināju, ka bērnam visas nervu caurulītes, viss ir izveidojies, ka viņš jau aug.”

„Nu, pirmo mēnesi laikam bija tāpat, ka es visu laiku dzēru. Pēc tam man vienkārši negribējās, es visu laiku gulēju, es visu laiku gulēju. Tāpēc es vairs nelietoju alkoholu. [...] Pēc tam, kad es atbraucu... aizbraucu uz mājām (3. grūtniecības mēnesī), šeit draudzenei bija dzimšanas diena un tad vēl viena dzimšanas diena. Un tad arī es tur iedzēru tos pāris, ko tur... pāris šampanieša glāzes, pāris aliņus, nu kaut kā tā.”

⁶ Degvīns, konjaks, viskijs u.tml.

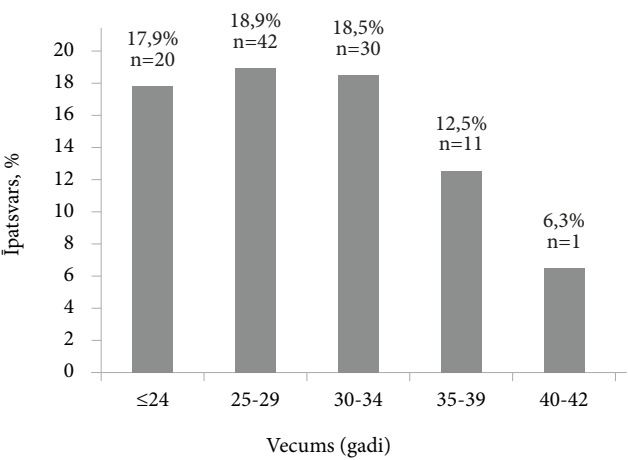
⁷ Liķieris, balzāms

⁸ Atbildi sniegušas visas 602 sievietes

⁹ Atbildi sniegusi 601 sieviete

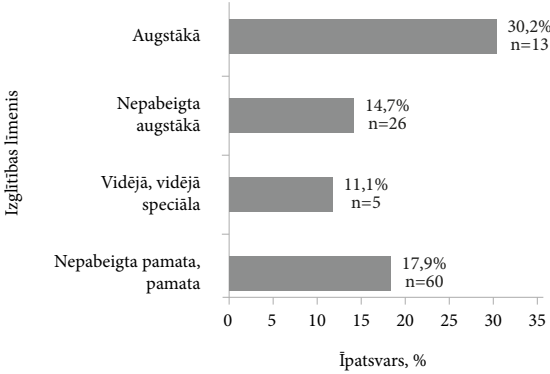
4.3.2.1. attēlā redzams grūtniecības 1. trimestrī alkoholu lietojušo sieviešu skaits un īpatsvars saistībā ar vecumu. Redzams, ka dzērienu lietojušo sieviešu īpatsvars pieaug, pieaugot vecumam līdz 34 gadiem, taču vecākās vecuma grupās alkohola lietotāju īpatsvars strauji samazinās, t.i. no 18,9% (n=42/222) vecuma grupā no 25 –29 gadiem līdz 6,3% (n=1/16) vecuma grupā no 40 – 42 gadiem. Tomēr šī sakarība (visticamāk mazā respondentu skaita stratās dēļ) nav vērtējama kā statistiski ticama (p=0,5).

4.3.2.1.attēls. Respondenšu, kuras lietojušas alkoholu kaut reizi grūtniecības laikā, skaits un īpatsvars vecuma grupās



Nākamajā attēlā redzams alkoholu lietojušo sieviešu īpatsvars izglītības līmeņa stratās. Redzams, ka dzērienus lietojošo sieviešu īpatsvars samazinās, pieaugot izglītības līmenim no pamatizglītības / nepabeigtas pamatizglītības līdz nepabeigta augstākajai izglītībai. Proti, alkoholu grūtniecības laikā lietojušas trešdaļa sieviešu ar pamatskolas izglītību (30,2%; n=13/43), bet nepabeigtas augstākās izglītības grupā – trīsreiz mazāks sieviešu īpatsvars (11,1%; n=5/45). Interessants ir fakts, ka pabeigtas augstākās izglītības grupā alkoholu lietojušo sieviešu īpatsvars ievērojami paaugstinās – līdz 17,9% (n=60/335). Tomēr arī šīs atšķirības nav vērtējamas kā statistiski nozīmīgas (p=0,07).

4.3.2.2.attēls. Respondenšu, kuras lietojušas alkoholu kaut reizi grūtniecības laikā, skaits un īpatsvars saistībā ar izglītības līmeni



4.3.2.2. tabulā redzama sakarība starp alkohola lietošanu un ienākumu līmeni. Secināms, ka augstākais sieviešu īpatsvars, kuras lietojušas alkoholiskos dzērienus kaut reizi grūtniecības laikā, ir augstu ienākumu grupā – šāds paradums vērojams piektdaļai sieviešu (22,0%; n=18/82). Tomēr alkoholu lietojušo īpatsvara sakarība ar ienākumu līmeni nav vērtējama kā statistiski ticama (p=0,7).

4.3.2.2.tabula. Respondenšu, kuras lietojušas alkoholu kaut reizi grūtniecības laikā, skaits un īpatsvars saistībā ar ienākumu līmeni

Ienākumu līmenis	Ir lietojušas alkoholu			
		Jā	Nē	Kopā
Zemi ienākumi	n	22	114	136
	%	16,2	83,8	100,0
Vidēji zemi ienākumi	n	25	114	139
	%	18,0	82,0	100,0
Vidēji augsti ienākumi	n	32	162	194
	%	16,5	83,5	100,0
Augsti ienākumi	n	18	64	82
	%	22,0	78,0	100,0

Attiecībā uz dzīvesvietu vērojama tendence alkoholu biežāk grūtniecības laikā lietot lielo pilsētu (50,0%; n=4/8) un lauku saimniecību iedzīvotājiem (33,3%; n=6/18), savukārt visretāk – pagastu centru iedzīvotājiem (13,2%; n=7/53). Taču alkohola lietošanas atšķirības dzīvesvietas grupās nav statistiski ticamas (p=0,06).

4.3.2.3.tabula. Respondenšu, kuras lietojušas alkoholu kaut reizi grūtniecības laikā, skaits un īpatsvars saistībā ar saistībā ar dzīvesvietu

Dzīvesvieta	Ir lietojušas alkoholu			
		Jā	Nē	Kopā
Rīga	n	77	384	461
	%	16,7	83,3	100,0
Cita lielā pilsēta	n	4	4	8
	%	50,0	50,0	100,0
Cita pilsēta	n	10	50	60
	%	16,7	83,3	100,0
Pagasta centrs	n	7	46	53
	%	13,2	86,8	100,0
Lauku māja vai lauku saimniecība (ārpus pagasta centra)	n	6	12	18
	%	33,3	66,7	100,0

Saistībā ar bērna dzimšanas svaru novērojams, ka lielākajai daļai sieviešu, kuras ir lietojušas alkoholu grūtniecības laikā (82,5%; n=85/103), bērns dzimis ar normālu svaru. Tomēr jāatzīmē, ka sakarība starp alkohola lietošanas paradumiem grūtniecības laikā un bērna dzimšanas svaru nav statistiski nozīmīga (p=0,7) (skat. 4.3.2.4. tabulu).

Aplūkojot lietotās alkohola devas saistību ar jaundzimušā svaru, netika novērota nozīmīga un ticama sakarība (p=0,1; p=0,5).

4.3.2.4.tabula. Respondenšu, kuras lietojušas alkoholu kaut reizi grūtniecības laikā, skaits un īpatsvars saistībā ar jaundzimušā svaru

Jaundzimušā svars		Ir lietojušas alkoholu	
		Jā	Nē
Zems svars	n	2	11
	%	1,9	2,2
Normāls svars	n	85	391
	%	82,5	79,8
Smags bērns	n	14	66
	%	13,6	13,5
Ļoti liels bērns	n	2	22
	%	1,9	4,5
Kopā	n	103	490
	%	100,0	100,0

Nav vērojamas statistiski ticamas atšķirības attiecībā uz grūtniecības nedēļu, kurā dzimis bērns, starp grūtniecības laikā alkoholu lietojušām un nelietojušām sievietēm (p=0,05)

(skat. 4.3.2.5. tabulu). Alkoholu nelietojušām sievietēm vērojams augstāks priekšlaicīgi dzimušo bērnu īpatsvars – 3,7% (n=18/490), kamēr lietojušajām sievietēm tas bija 1,0% (n=1/103). Šeit, iespējams, vērojama kāda blakus faktora klātbūtne, par kuru pētījumā netika ievākta informācija (piemēram, mātes vispārējais veselības stāvoklis vai sarežģījumi grūtniecības vai dzemdību laikā).

4.3.2.5.tabula. Respondenšu, kuras lietojušas alkoholu grūtniecības laikā vai pirms tās, skaits un īpatsvars saistībā ar gestācijas nedēļu, kurā dzimis bērns

Gestācijas nedēļas grupa	Ir lietojušas alkoholu		
		Jā	Nē
Priekšlaicīgi dzimis bērns	n	1	18
	%	1,0	3,7
Savlaicīgi dzimis bērns	n	101	472
	%	98,1	96,3
Pārnēsāts bērns	n	1	0
	%	1,0	–
Kopā	n	103	490
	%	100,0	100,0

No sievietēm, kuras bija atbildējušas, ka lietojušas alkoholu neilgi pirms grūtniecības iestāšanās (n=425), lielākā daļa (56,2%; n=239) to darījušas 1 – 3 reizes mēnesī un ceturrtā daļa (24,2%; n=103) – retāk kā reizi mēnesī (skat. 4.3.2.6. tabulu).

Vairāk nekā puse no sievietēm, kuras lietojušas alkoholu pirmajā grūtniecības trimestrī (n=51), šo paradumu praktizējušas retāk kā reizi mēnesī (54,9%; n=28). Tālāk, aplūkojot informāciju par vēlākajiem grūtniecības trimestriem, redzams, ka sievietes alkoholu cenšas lietot arvien retāk – otrajā trimestrī jau lielāks sieviešu īpatsvars alkoholu lietojušas retāk kā reizi mēnesī – 69,4% (n=25/36), un trešajā trimestrī – jau 77,4% (n=41/53) (skat. 4.3.2.6. tabulu).

4.3.2.6.tabula. Alkoholu lietojušo sieviešu skaits un īpatsvars saistībā ar paraduma praktizēšanas biežumu

Alkohola lietošanas laiks		Katrā dienu vai gandrīz katru dienu	3–4 reizes nedēļā	1–2 reizes nedēļā	1–3 reizes mēnesī	Retāk kā reizi mēnesī	Kopā
3 mēnešus pirms grūtniecības iestāšanās	n	2	7	74	239	103	425
	%	0,5	1,6	17,4	56,2	24,2	100

Tabulas turpinājums nākamajā lappusē.

Alkohola lietošanas laiks		Katru dienu vai gandrīz katru dienu	3–4 reizes nedēļā	1–2 reizes nedēļā	1–3 reizes mēnesī	Retāk kā reizi mēnesī	Kopā
1.trimestrī	n	0	0	6	17	28	51
(1.–3.grūtniecības mēnesis)	%	–	–	11,8	33,3	54,9	100
2.trimestrī	n	0	0	3	8	25	36
(4.–6.grūtniecības mēnesis)	%	–	–	8,3	22,2	69,4	100
3.trimestrī	n	0	0	4	8	41	53
(7.–9.grūtniecības mēnesis)	%	–	–	7,5	15,1	77,4	100

Sarp alkohola lietošanas biežumu pirmajā grūtniecības trimestrī un bērna dzimšanas svaru netika konstatēta statistiski nozīmīga sakarība ($p=0,5$). Tomēr ir vērojama neliela tendence tām sievietēm, kuras alkoholu lietojušas retāk kā reizi mēnesī, salīdzinājumā ar tām, kuras to lietojušas biežāk (1 – 3 reizes mēnesī), retāk dzimt bērnam ar zemu svaru (skat. 4.3.2.7. tabulu).

4.3.2.7.tabula. Bērnu skaits un īpatsvars saistībā ar dzimšanas svaru un mātes alkohola lietošanas biežumu grūtniecības pirmajā trimestrī

Alkohola lietošanas biežums	Jaundzimušā svars					Kopā
	Zems svars	Normāls svars	Smags bērns	Ļoti liels bērns		
1 – 2 reizes nedēļā	n	0	5	0	0	5
	%	–	100	–	–	100
1 – 3 reizes mēnesī	n	1	10	6	0	17
	%	5,9	58,8	35,3	–	100
Retāk kā reizi mēnesī	n	1	21	4	2	28
	%	3,6	75,0	14,3	7,1	100

Intervēto sieviešu alkohola lietošanas paradumos nav novērojama tendence alkohola lietošanai samazināties pa grūtniecības trimestriem. Visas sievietes pirms grūtniecības iestāšanās ir lietojušas alkoholu vismaz reizi nedēļā, un viena respondente – pat četras dienas nedēļā. Uzzinot par to, ka iestājusies grūtniecība, dažas sievietes uz kādu laiku ir pārtraukušas lietot alkoholu, savukārt citas mēģinājušas lietot retāk vai mazākās devās.

„Nu, es tā kā grūtniecības laikā, es ne tik daudz lietoju. Centos. [...] Nedēļā reizi, noteikti. [...] Nu, kādas 3, 4 glāzītes. Glāzes vīna. [...] Es tā kā centos, lai pārtrauktu, bet, nu, tas īsti neizdevās. Citreiz varbūt, arī biežāk sanāca.”

Sievietes, kuras ir lietojušas alkoholu trīs mēnešu laikā pirms grūtniecības, dienās, kad tikuši lietoti minētie dzērieni, vidēji lietojušas 1,7 alkohola devas (SD 0,9; mediāna 1,5; moda 1,0). Vismazākā dienā lietotā alkohola deva ir 0,2 un lielākā – 8,0 devas.

Ja sievietes alkoholu lietojušas pirmajā grūtniecības trimestrī, vidējā dienas deva bijusi mazāka nekā pirms grūtniecības – 1,3 devas (SD 1,2; mediāna 1,0; moda 1,0; amplitūda no 0,1 līdz 6,6 devām). Otrajā trimestrī lietotā vidējā dienas deva ir vēl zemāka – 0,9 devas (SD 0,4; mediāna 1,0; moda 1,0; amplitūda no 0,1 līdz 1,5 devām). Pēdējā grūtniecības trimestrī izlietotā alkohola vidējā dienas deva sakrīt ar otrajā trimestrī patērēto – 0,9 devas (SD 0,5; mediāna 1,0; moda 1,0; amplitūda no 0,1 līdz 3,0 devām).

Ir vērojama tendence, ka sievietes, kuras grūtniecības laikā ir lietojušas alkoholu, bērna gaidīšanas laikā vai īsi pirms tā ir arī smēķējušas biežāk nekā tās, kuras alkoholu nav lietojušas (attiecīgi 30,8% ($n=32/104$) un 24,0% ($n=119/496$)). Tomēr šī atšķirība nav statistiski ticama ($p=0,2$).

Abas sievietes, kuras grūtniecības laikā lietojušas narkotiskās vielas (amfetamīna grupas stimulantus) (skat. nākamo pētījuma ziņojuma nodaļu), ir šajā laikā lietojušas arī alkoholiskos dzērienus.

Vairumam sieviešu, kuras grūtniecības laikā lietojušas alkoholu (atbildi sniegušas 96 sievietes), neviens nav ieteicis šo paradumu pārtraukt (89,6%; $n=86$). Tām sievietēm, kurām kāds ir ieteicis alkoholiskos dzērienus grūtniecības laikā nelietot ($n=10$), visbiežāk to ieteikuši darīt ģimenes locekļi (80,0%; $n=8$) vai ginekologs (50,0%; $n=5$). Trim sievietēm pārtraukt lietošanu bija ieteicis ģimenes ārsts un divām – draugi (skat 4.3.2.8.tabulu).

4.3.2.8.tabula. Alkoholu lietojušo sieviešu skaits un īpatsvars saistībā ar personu, kura ieteikusi pārtraukt paraduma praktizēšanu

Persona	Jā		Nē		Kopā	
	n	%	n	%	n	%
Ģimenes locekļi	8	80,0	2	20,0	10	100
Ginekologs	5	50,0	5	50,0	10	100
Ģimenes ārsts	3	30,0	7	70,0	10	100
Draugi	2	20,0	8	80,0	10	100
Cits veselības aprūpes speciālists	0	–	0	–	10	100
Sociālais darbinieks	0	–	0	–	10	100
Vecmāte	0	–	0	–	10	100
Narkologs	0	–	0	–	10	100

Līdzīgi kā sievietēm, kuras piedalījās aptaujā, arī vairumam intervēto sieviešu neviens nav ieteicis pārtraukt alkohola lietošanu. Jāatzīmē gan, ka sievietes, kuras regulāri lietoja alkoholu, savam ārstam nebija atklājušas savus alkohola lietošanas paradumus.

Savukārt sievietes, kuras neregulāri lietoja alkoholu, bija saņēmušas sava ginekologa vai ģimenes ārsta mutisku „atļauju” lietot alkoholu.

„Jā! Nu, viņš [ģimenes ārsts] teica, ka var, ja gribās, jo, nu, es teicu, ka man gribās, vai es varu? [...] Un [ģimenes ārsts] teica, ka, protams, bišķiņ var! Bet ne daudz!”

„Viņa [ginekoloģe] teica, ka teorētiski, tas [alkohols] 100% nekaitē. Viņa saka, ka pēc visiem pētījumiem ir tā, ka drīkst dzert līdz brīdim, kad tu jūti, ka tev kaut drusciņ, drusciņ iereibst, tanī brīdī jau organisms vairs nebloķē.”

Vēl mazāks ir tādu alkoholu lietojušo sieviešu īpatsvars, kurām kāds būtu ieteicis minēto dzērienu lietošanu samazināt (4,2%; n=4/95). Attiecīgi 95,8% (n=91/95) sieviešu alkohola lietošanu samazināt nav ieteicis nevienš. Visām četrām sievietēm samazināt alkohola lietošanu ieteikuši ģimenes locekļi, viena sieviete saņēmusi šādu ieteikumu arī no ginekologa un divas – no ģimenes ārsta.

Arī dažām intervētajām sievietēm alkohola lietošanu bija ieteikuši samazināt tieši ģimenes locekļi un draugi, bet no ārstniecības personas neviena sieviete nebija saņēmusi ieteikumu samazināt alkohola lietošanu.

„Tie paši draugi, kas man to alkoholu bāza, tie paši arī teica: „Ko tu dari?” [...] Nu jā, viņi teica: „Nu iedzer, iedzer, vienu glāzīti taču var, dāvai, dāvai.” Un tad iedzeru, tad otru un tad viss – „viņai vairs mēs neļejam!””

Visām pētījuma dalībniecēm tika uzdots jautājums par to, kā viņas vērtē savus alkohola lietošanas paradumus pirms un pēc grūtniecības iestāšanās, proti, vai tie ir mainījušies. Ceturtā daļa sieviešu (26,3%; n=157/598) atbild, ka paradumus nav mainījušas, jo arī pirms grūtniecības nav lietojušas alkoholu. Vairāk kā puse respondentu (59,7%; n=357/598) atbildējušas, ka grūtniecības laikā alkohola lietošanu atmetušas pilnībā, un vēl 12,4% (n=74/598) – norādījušas, ka ievērojami samazinājušas alkohola patēriņu. Tikai 5 sievietes (0,8%) atbild, ka turpinājušas lietot alkoholu tādā pat apjomā kā pirms grūtniecības (skat. 4.3.2.9. tabulu).

4.3.2.9.tabula. Sieviešu skaits un īpatsvars saistībā ar alkohola lietošanas paradumu maiņu grūtniecības laikā

Paradumu maiņa	n	%
Nemainīju – vispār nekad neesmu lietojusi	157	26,3
Vispār pārtraucu lietot alkoholu	357	59,7
Ievērojami ierobežāju alkohola lietošanu	74	12,4
Paradumu maiņa	n	%
Pārgāju uz vieglākiem alkoholiskiem dzērieniem	2	0,3
Cits veids ¹⁰	4	0,7
Nemainīju – turpināju lietot alkoholu tādos pat apjomos kā pirms tam	5	0,8

Sievietēm, kuras bija grūtniecības laikā samazinājušas vai pārtraukušas alkohola lietošanu, tika jautāts, kur viņas meklējušas palīdzību, lai to paveiktu. Visas sievietes, kuras sniegušas derīgu atbildi uz šo jautājumu (n=432) atbild, ka pēc palīdzības nav vērsušās nekur (t.i., ne pie ģimenes ārsta, ne narkologa, ne psihologa, ne sociālā darbinieka vai kāda cita speciālista). Līdzīgi ir atbildējušas sievietes, kuras tika intervētas – neviena no viņām pēc palīdzības pie speciālista nebija vērsusies.

4.3.3. Narkotisko vai psihotropo vielu lietošana

4.3.3.1. tabulā atspoguļots respondentu skaits un īpatsvars, kuras īsi pirms grūtniecības iestāšanās un/vai grūtniecības laikā lietojušas narkotiskās vai psihotropās vielas. Redzams, ka minēto vielu izplatība sieviešu vidū ir zema. Trīs sievietes (0,5%) pirms grūtniecības iestāšanās lietojušas amfetamīnu vai metamfetamīnu. Divas no šīm sievietēm (0,3% no visām respondentēm) norāda minēto vielu lietošanu arī grūtniecības 1. trimestrī un viena (0,2% no visām aptaujātajām sievietēm) – arī otrajā trimestrī. Pēdējā grūtniecības trimestrī amfetamīna vai metamfetamīna lietošanu neuzrāda neviena no sievietēm.

Divas sievietes (0,3%) ziņojušas, ka pirms grūtniecības lietojušas marihuānu vai hašišu, taču grūtniecības laikā šo paradumu nav turpinājušas. Savukārt viena sieviete (0,2%) ziņojusi par opioīdu lietošanu neilgi pirms grūtniecības iestāšanās. Arī šī sieviete minēto vielu lietošanu grūtniecības laikā ir pārtraukusi. Pārējo pētījumā iekļauto vielu (kokaīns, receptu medikamenti, ekstazī, inhalanti, LSD, Spice) lietošanu neuzrāda neviena no aptaujātajām sievietēm ne īsi pirms grūtniecības, ne tās laikā (skat. 4.3.3.1. tabulu).

Satraucošs ir fakts, ka minētās trīs amfetamīnu vai metamfetamīnu lietojušās sievietes ir jaunākas par 24 gadiem. Visām trim augstākais iegūtais izglītības līmenis

¹⁰ Tikai glāze šampanieša Jaunajā gadā (n=2); pārtrauca pilnībā lietot pirms grūtniecības, jo plānoja to (n=1); nelietoja grūtniecības laikā, jo baroja ar krūti vecāko bērnu (n=1)

ir pamatizglītība vai nepabeigta pamatizglītība. Divas ir rīdzinieces un viena dzīvo mazpilsētā. Vienai sievietei ir zemi un vienai – vidēji zemi ienākumi. Trešā sieviete atbildi par ienākumu līmeni nav sniegusi. Visām trim sievietēm bērni dzimuši ar normālu svaru un savlaicīgi.

Arī abas sievietes, kuras lietojušas marihuānu vai hašišu neilgi pirms grūtniecības iestāšanās, ir jaunākas par 24 gadiem. Viena respondente ir ieguvusi pamatizglītību un viena – vidējo/vidējo speciālo izglītību. Abām sievietēm ir vidēji zemi ienākumi un abas dzīvo Rīgā. Arī marihuānas vai hašiša lietotājām bērni dzimuši ar normālu svaru un savlaicīgi.

Sieviete, kura pirms grūtniecības lietojusi opioīdus, ir 32 gadus veca rīdziniece, ar vidējo/vidējo speciālo izglītību un ar vidēji augstiem ienākumiem. Opioīdus lietojušajai sievietei bērns dzimis ar zemu svaru, taču dzimis savlaicīgi.

4.3.3.1.tabula. Narkotiskās vai psihotropās vielas lietojušo sieviešu skaits un īpatsvars saistībā ar paraduma praktizēšanas laiku un vielas veidu; vielas nelietojušo sieviešu skaits un īpatsvars

Vielas		3 mēnešus pirms grūtniecības iestāšanās	1.trimestrī (1.–3. grūtniecības mēnesis)	2.trimestrī (4.–6. grūtniecības mēnesis)	3.trimestrī (7.–9. grūtniecības mēnesis)	Nav lietots
Amfetamīns, metamfetamīns	n	3	2	1	0	599
	%	0,5	0,3	0,2	–	99,5
Marihuāna, hašišs	n	2	0	0	0	600
	%	0,3	–	–	–	99,7
Heroīns, metadons, citi opioīdi	n	1	0	0	0	601
	%	0,2	–	–	–	99,8
Kokaīns	n	0	0	0	0	602
	%	–	–	–	–	100
Recepšu miega zāles, trankvilizatori, nomierinošie līdzekļi	n	0	0	0	0	602
	%	–	–	–	–	100
Ekstazī	n	0	0	0	0	602
	%	–	–	–	–	100
Inhalanti (acetons, līmes, šķīdinātāji u.c.)	n	0	0	0	0	602
	%	–	–	–	–	100
LSD, citi halucinogēni	n	0	0	0	0	602
	%	–	–	–	–	100
Citas psihoaktīvās vielas (augu maisījumi, t.sk. Spice u.c.)	n	0	0	0	0	602
	%	–	–	–	–	100

Attiecībā uz marihuānas vai hašiša lietošanas biežumu pirms grūtniecības iestāšanās iepriekš minētās sievietes atbildējušas, ka šo paradumu praktizējušas vismaz reizi nedēļā (n=1) vai retāk kā reizi mēnesī (n=1).

Opioīdus lietojusi sieviete atbildi par šo vielu lietošanas biežumu īsi pirms grūtniecības nav sniegusi.

Amfetamīns/metamfetamīns pirms grūtniecības lietots katru vai gandrīz katru dienu (n=1), vismaz reizi nedēļā (n=1) vai retāk kā reizi mēnesī (n=1). Grūtniecības pirmajā trimestrī viena sieviete turpinājusi minēto vielu lietot katru vai gandrīz katru dienu un otra sieviete turpinājusi to lietot retāk kā reizi mēnesī. Sieviete, kura amfetamīnu lietojusi pirms grūtniecības vismaz reizi nedēļā, pirmajā grūtniecības trimestrī lietošanu bija pārtraukusi. Otrajā trimestrī amfetamīna grupas stimulantus turpinājusi lietot tikai viena sieviete – ja iepriekš viela tika lietota katru vai gandrīz katru dienu, tad 2. trimestrī lietošana tika samazināta (lietota vismaz reizi nedēļā).

Kā jau minēts iepriekš, trešajā trimestrī vielu lietošanu ir pārtraukušas visas sievietes.

Uz jautājumu, vai grūtniecības laikā sievietēm, kuras uzrādīja narkotisko vielu lietošanu (n=2), kāds ir ieteicis šo paradumu pārtraukt, tika saņemta noliedzoša atbilde. Proti, ne veselības vai sociālās aprūpes profesionāli, ne ģimenes locekļi vai draugi nav ieteikuši paradumu pārtraukt. Tas pats sakāms par jautājumu, vai grūtniecības laikā sievietēm kāds ieteicis narkotiku lietošanu vismaz samazināt. Arī šādu padomu sievietēm neviena nav devis.

Tālākajā pētījuma gaitā visām respondentēm tika uzdots jautājums par narkotisko vai psihotropo vielu lietošanas paradumiem dzīves laikā, un vai šie paradumi ir tieši mainīti. Vairums sieviešu (92,2%; n=555) atbild, ka minētās vielas nekad nav lietojušas. 6,8% (n=41) sieviešu atbild, ka ir lietojušas kādas vielas dažas reizes dzīves laikā, bet lietošanu pārtraukušas jau ievērojamu laiku pirms grūtniecības. Viena sieviete (0,2%) uzskata, ka vielas lietojusi regulāri, taču arī pārtraukusi šo paradumu ievērojamu laiku pirms grūtniecības iestāšanās. Piecas sievietes (0,8%) uzskata, ka bijušas motivētas vielu lietošanu pārtraukt grūtniecības laikā. Neviena nav norādījusi, ka pašlaik turpina vielu lietošanu vai arī nekad nav mēģinājusi atmet šo paradumu (skat. 4.3.3.2. tabulu).

4.3.3.2.tabula. Sieviešu skaits un īpatsvars saistībā ar narkotisko vai psihotropo vielu lietošanas paradumu maiņu dzīves laikā

Paradumu maiņa	n	%
Nekad neesmu lietojusi narkotiskās vai psihotropās vielas	555	92,2
Esmu lietojusi dažas reizes dzīvē, bet pārtraucu jau kādu laiku pirms grūtniecības	41	6,8

Tabulas turpinājums nākamajā lappusē.

Tabulas turpinājums.

Paradumu maiņa	n	%
Esmu lietojusi regulāri, bet pārtraucu jau kādu laiku pirms grūtniecības	1	0,2
Lietoju narkotiskās vai psihotropās vielas, bet pārtraucu grūtniecības laikā	5	0,8
Mēģināju pārtraukt lietot, bet joprojām lietoju	0	–
Nemēģināju pārtraukt	0	–
Kopā	602	100,0

Sievietēm, kuras atzīmējušas, ka dzīves laikā ir pārtraukušas lietot narkotiskās vai psihotropās vielas (n=47), tika uzdots jautājums, pie kā viņas ir vērsušās, lai to paveiktu. Lielākā daļa (89,4%; n=42) sieviešu atbild, ka nekādu palīdzību nav meklējušas. To darījušas tikai 4 sievietes (8,5%). Viena sieviete (2,1%) nav sniegusi atbildi.

Tās sievietes, kuras ir vērsušās pēc palīdzības pie kāda no veselības vai sociālās aprūpes profesionāļiem, visas ir vērsušās pie narkologa (100%; n=4). Puse sieviešu vērsušās pie ģimenes ārsta (50,0%; n=2), pa vienai (25,0%) – pie psihologa un sociālā darbinieka (skat. 4.3.3.3.tabulu).

4.3.3.3.tabula. Narkotiskās vai psihotropās vielas lietojušo sieviešu skaits un īpatsvars saistībā ar personu, pie kuras griezušās pēc palīdzības

Persona	Jā		Nē		Kopā	
	n	%	n	%	n	%
Narkologs	4	100	0	–	4	100

Persona	Jā		Nē		Kopā	
	n	%	n	%	n	%
Ģimenes ārsts	2	50,0	2	50,0	4	100
Psihologs	1	25,0	3	75,0	4	100
Sociālais darbinieks	1	25,0	3	75,0	4	100
Citurs	0	–	4	100	4	100

Lai gūtu detalizētāku ieskatu sieviešu, kuras grūtniecības laikā ir lietojušas narkotiskās vielas, paradumos, papildus tika veiktas sešas intervijas. Visas intervētās sievietes ir lietojušas narkotiskās vielas vairākus gadus pirms grūtniecības iestāšanās un turpinājušas to darīt arī grūtniecības laikā. Divas respondentes vairākas reizes nedēļā ir lietojušas galvenokārt amfetamīnu, bet pārējās četras – katru dienu heroīnu. Divas heroīna lietotājas grūtniecības laikā bija vērsušās pie narkologa un pēdējās grūtniecības mēnešus katru dienu saņēmušas metadonu, bet viena heroīna lietotāja, uzzinot, ka ir stāvoklī, veikusi detoksikācijas kursu un pārtraukusi heroīna lietošanu. Jāatzīmē gan, ka piecas no sešām respondentēm grūtniecības laikā arī smēķēja un divas lietoja alkoholu (viena respondente uz šo jautājumu neatbildēja). Četrām respondentēm

bērni ir piedzimuši priekšlaicīgi, ar zemu dzimšanas svaru (pārējās divas uz šo jautājumu neatbildēja).

Jautājot sievietēm vai, uzzinot par grūtniecības iestāšanos, viņas ir mainījušas narkotisko vielu lietošanas paradumus, atklājās, ka visas ir aizdomājušās par narkotiku ietekmi uz gaidāmā bērna veselību un amfetamīna lietotājas ir centušās narkotikas lietot retāk. Savukārt divas heroīna lietotājas grūtniecības dēļ ir vērsušās pēc palīdzības pie narkologa, lai varētu saņemt metadonu, bet viena heroīna lietotāja pat pārtraukusi narkotiku lietošanu.

„Draudzene man ieteica iestāties metadona programmā, jo grūtnieces narkomānes nevar atteikties no narkotikām, jo tas noved pie bērna anomālīgām, tieši tas, ka tu pārtrauc [lietot] grūtniecības laikā. [...] Ja tu sāc lietot un paliec stāvoklī, tad līdz grūtniecības beigām ir jāturpina lietot narkotikas.”

„Visu laiku, kad biju stāvoklī [domāju]. Kad piedzims bērns, uzreiz atmetīšu.”

Uz jautājumu par to, vai grūtniecības laikā kāds ir aicinājis sievieti pārtraukt narkotisko vielu lietošanu, četras respondentes atbild, ka viņu ģimenes locekļi un paziņas ir ieteikuši pārtraukt lietot narkotikas, taču viņas nav klausījušas.

„Nu, padomus man ļoti daudz sniedz, bet es nevienu neklausu. Man saka, bet, kā saka, man pa vienu ausi iekšā, pa otru – laukā. Ja es gribēju, es izdarīšu pa savam, pat, ja zināšu, ka tas ir slikti, tāpat izdarīšu. Pēc tam padomāšu, kāda es biju muļķe, ka neklausīju.”

Nevienai no intervētajām sievietēm pārtraukt lietot narkotikas nav ieteikusi ārstniecības persona, taču četras intervētās sievietes ārsti ir informējuši par narkotisko vielu ietekmi uz grūtniecību un gaidāmā bērna veselību. Viena intervētā sieviete ne pirms grūtniecības, ne grūtniecības laikā pie ārsta nav vērsusies un informāciju par narkotiku ietekmi ir saņēmusi no paziņām.

„Nu, kaut ko jau, kaut ko jau minēja, bet, nu, ko tur jau vairs izdarīt. Jo, es saku, bija izvēle – vai nu es pārtraucu vispār lietot un ir ļoti liels risks zaudēt to bērnu vai turpināt tad uz metadona.”

„Es taču arī Linezerā ārstējos, braucu uz turieni un tur jau ļoti daudz ko uzzinu.”

Jāatzīmē, ka visas intervētās sievietes zina, ka narkotiku lietošanai ir negatīva ietekme uz gaidāmā bērna veselību, taču viņas atzīst, – vēlme lietot narkotikas ir tik spēcīga, ka ir gandrīz neiespējami mainīt savus lietošanas paradumus, piemēram, lietojot narkotiskās vielas retāk vai mazākās devās. Tikai vienai respondentei ir izdevies, veicot detoksikācijas kursu, grūtniecības laikā pārtraukt narkotisko vielu lietošanu.

„Pēc tam ielīkos slimnīcā, attīrījos un viss.”

Interviju laikā vairākas sievietes min gadījumus, kad viņu paziņām, kuras arī lieto narkotiskās vielas, vai viņām pašām iepriekš ir piedzimuši veseli bērni, tādējādi mēģinot pierādīt, ka narkotiskās vielas ne vienmēr izraisa veselības traucējumus bērnam.

„Nu pirmais bērns man ir vesels, otrs arī vesels piedzima. Es domāju, ka nu, nav ietekmējis. Piemēram, citi nedzer, nesmēķē, nelieto narkotikas, bet bērni piedzimst ar ģenētiskajām problēmām. Es iepriekš, kad gulēju Gaiļezērā, meitenei bērns piedzima ar vilka rīkli. Meitene it kā no laukiem, dzēra pienu tā teikt no gov, praktiski. Pilnīgi vesela, bet kāpēc tā notiek?”

„Daudziem pazīstamajiem piedzima bērni un nekas nebija.”

Viena intervētā sieviete, savukārt, uzskata, ka narkotisko vielu negatīvās ietekmes apmērs ir atkarīgs no tā, kādas tieši narkotikas tiek lietotas. Viņasprāt, heroīns nerada ļoti lielu kaitējumu bērna veselībai, ja salīdzina ar citu narkotisko vielu radīto ietekmi.

„Tas ir atkarīgs, kādas narkotikas cilvēks lieto. Tad vajag uzrakstīt [jautājumā] – kādas narkotikas. Jo katrai narkotikai ir citādāka ietekme uz cilvēku. Tagad visādas narkotikas ir. Marihuāna ko tagad ar bērniem dara? Tagad to „legālo zāli” tirgo... Ar jaunatni kas tagad notiek? Es nezinu, kas tur notiks, ja tu to pasmēķēsi, stāvoklī esot. Īsāk sakot, skatoties, ko lieto.”

Tāpat vairākas intervētās narkotisko vielu lietotājas ir pārliecinātas, ka alkohola lietošana grūtniecības laikā rada gaidāmajam bērnam daudz vairāk iedzimtu patoloģiju kā narkotisko vielu lietošana.

4.4. Sieviešu zināšanas un attieksme pret atkarību izraisošo vielu lietošanu grūtniecības laikā

Pētījuma ietvaros sievietēm tika uzdoti jautājumi par viņu zināšanām un attieksmi saistībā ar dažādu atkarību izraisošo vielu lietošanu grūtniecības laikā, par šo vielu ietekmi uz grūtniecības un dzemdību norisi, kā arī uz gaidāmā bērna veselību.

4.4.1. tabulā redzamas sieviešu atbildes uz jautājumu – cik, viņuprāt, grūtniecības laikā ir pieļaujams lietot alkoholiskos dzērienus. Lielākā daļa (67,4%; n=395/586; 16 sievietes nebija sniegušas konkrētu atbildi uz šo jautājumu) respondenšu uzskata, ka alkohola lietošana grūtniecības laikā nav pieļaujama vispār. Otra populārākā atbilde, ko sniegušas piektā daļa sieviešu (21,8%; n=128/586), ir, ka pieļaujama būtu mazāk nekā vienas alkohola devas lietošana mēnesī. Biežāku alkohola lietošanu vai lietošanu lielākās devās atbalsta ievērojami mazāks sieviešu īpatsvars.

4.4.1.tabula. Sieviešu skaits un īpatsvars saistībā viedokli par pieļaujamo lietotā alkohola devu un biežumu grūtniecības laikā

Deva un biežums	n	%
Vienu vai divas devas katru dienu	3	0,5
Vienu vai divas devas katru nedēļu	18	3,1
Vienu vai divas devas mēnesī	42	7,2
Mazāk kā vienu devu mēnesī	128	21,8
Nevienu devu grūtniecības laikā	395	67,4
Kopā	586	100,0

Arī intervijās ar sievietēm, kuras grūtniecības laikā lietoja alkoholiskos dzērienus, visizplatītākais uzskats bija, ka nelielās devās alkoholu grūtniecības laikā drīkst dzert un divas uzskatīja, ka alkohola lietošana pat ir ieteicama, jo uzlabo asinsriti. Vairākas sievietes uzsvēra, ka informāciju par alkohola nekaitīgumu mazās devās viņas ir saņēmušas no ārsta un draugiem, viena to bija izlasījusi grāmatā, bet cita – internetā.

„Bet, es domāju, tas daudzums, ko es izdzēru, neko daudz tā kā nemainīja. Tāpēc, kad, nu, ir arī dzirdēts, kad arī atļauj un var!”

„Bet es zinu, ka mana draudzene, kura tagad stāvoklī, viņa aizgāja pie ginekologa, un ginekologs ar viņu runāja... Draudzene jautāja par to iedzeršanu – vai var un ārste pateica: „Jūs jau neizskatāties pēc tādas, kurai gribas iedzert litru šņabja reizē, tāpēc, ja jums gribās kādu glāzi vīna vai aliņu, vai uz ko velk, tad jūs varat iedzert.””

Intervētās sievietes uzsvēra, ka pašas ir mēģinājušas sev noteikt, cik daudz drīkst izdzert, un galvenokārt dzērušas tā saucamos vieglos alkoholiskos dzērienus – ne vairāk kā dažas glāzes vīna vai alus. Visbiežāk alkohols ticis lietots draugu kompānijās, svētku reizēs un vakariņu laikā.

Tālāk sievietēm tika jautāts, vai viņas zina, kur grūtnieces ar atkarību izraisošo vielu lietošanas problēmu (tabakas, alkohola, narkotisko vai psihotropo vielu lietošana) var vērsties pēc palīdzības. Teju trīs ceturtdaļas aptaujas respondenšu (72,1%; n=434/602) uz šo jautājumu atbildējušas noraidoši. Proti, ka viņas nezina, kur sievietēm, kuras cieš no vieliskas atkarības, meklēt profesionālu palīdzību.

Arī vairākums intervēto sieviešu atzina, ka nezina, kur konkrēti meklēt palīdzību, ja vēlētos pārtraukt atkarību izraisošo vielu lietošanu, taču viņas izmantotu internetu, lai šo informāciju atrastu. Vislabāk informētās par speciālistiem un pieejamajām programmām atkarības ārstēšanai bija narkotisko vielu lietotājas. Vairākas sievietes nosauca Minesotas programmu un metadona terapiju, kā arī visas zināja, ka pēc palīdzības var vērsties pie narkologa. Viena sieviete zināja, ka palīdzību var meklēt arī biedrībā „DIA+LOGS”. Interesanti, ka atšķirībā no alkohola un narkotiskās vielas lietojošām grūtniecēm, vairākas

smēķētājas uzsvēra, ka viņas nemaz nevēlas šādu informāciju zināt, jo nevēlas smēķēšanu pārtraukt.

„Es neuzskatu, ka tas ir jāārstē. Tas nav pats sliktākais. Ja tu pati negribi, kāpēc ir jāārstējas?”

„Nu, es uzskatu, ka man nevajag vairāk neko zināt.”

Tāpat vairākas smēķētājas zina, ka var izmantot nikotīnu aizvietojošo terapiju, proti, līmēt nikotīna plāksterus. Tomēr viņas uzskata, ka nikotīna deva, kuru saņems no plākstera, būs daudz lielāka, par to, kuru uzņem smēķējot.

„Nikotīna plāksterus, es zinu to, ka es nedrīkstu lietot, jo tur nikotīna deva ir krietni lielāka, kā es izsmēķēju nedēļas laikā. Man tā būtu viena deva, ko es dabūtu uzreiz iekšā.”

27,9% (n=168/602) aptaujāto sieviešu atbildējušas, ka zina, kur meklēt palīdzību. Šīm sievietēm tika lūgts brīvi sniegt informāciju, konkrēti minot, kādas palīdzības iespējas viņas zina. 4.4.2. tabulā redzams, ka visbiežāk nosauktā palīdzības iespēja ir narkologs, narkoloģiskā palīdzība vai rehabilitācijas centri atkarīgajām personām. Šādu iespēju nosauc 39,3% sieviešu (n=66/168). Vairums sieviešu, sniedzot atbildi, nemin konkrētas iestādes, ārstus vai organizācijas, tomēr dažas konkrēti minējušas Rīgas Psihiatrijas un narkoloģijas centru, Straupes narkoloģisko slimnīcu un Jelgavas psihoneiroloģisko slimnīcu „Ģintermuiža”.

Otra biežāk minētā palīdzības iespēja ir vēršanās pie ģimenes ārsta – šādu atbildi sniegušas aptuveni piektā daļa sieviešu (22,0%; n=37/168). Arī ginekologs tiek minēts kā speciālists, pie kura palīdzību meklēt grūtniecēm, kuras vēlas risināt tabakas, alkohola vai narkotisko vielu lietošanas jautājumus (16,1%; n=27/168). Tāpat 16,1% (n=27/168) sieviešu uzskata, ka palīdzību var sniegt arī pašvaldības sociālais dienests vai krīzes centri sievietēm vai ģimenēm. Konkrētus centru nosaukumus respondentēs gan nenosauc, tikai viena sieviete minējusi Resursu centru sievietēm „Marta”.

Desmitā daļa sieviešu (10,1%; n=17/168) uzskata, ka visu nepieciešamo informāciju par palīdzības iespējām var atrast internetā vai iegūt, zvanot uz specializētu uzticības tālruni. Atsevišķas sievietes (n=7) uzskata, ka palīdzību var sniegt arī psihologs (divas sievietes konkrēti min psiholoģisko palīdzību centrā „Skalbes”). Trīs respondentēs min, ka sievietes, kuras cieš no alkoholisma, palīdzību var meklēt Anonīmo alkoholiķu grupās. Divas sievietes atbild, ka palīdzība būtu meklējama pie ārsta psihiatra. Vēl divas sievietes uzskata, ka palīdzību var sniegt ģimene vai draugi. Viena minējusi, ka palīdzēt var aizvietojošās terapijas metodes, konkrēti, nikotīna plāksteri smēķētājām. Viena sieviete uzskata, ka palīdzība meklējama pie neirologa. Vēl viena uzskata, ka atkarības problēmas risināt spēj tautas dziednieks. 16 respondentēs uz jautājumu sniegušas nespecifiskas atbildes, proti, ka sievietēm ar tabakas, alkohola vai narkotiku lietošanas problēmām vajadzētu vērsties pie kāda ārsta (neminot specialitāti), kādā palīdzības iestādē vai organizācijā (nespecificējot to).

4.4.2.tabula. Sieviešu skaits un īpatsvars saistībā ar informētību par palīdzības iespējām atkarīgām personām

Palīdzības iespējas	Jā		Nē		Kopā	
	n	%	n	%	n	%
Narkologs, narkoloģiskā palīdzība, toksikoloģiskā palīdzība, rehabilitācijas pakalpojumi atkarīgām personām	66	39,3	102	60,7	168	100
Ģimenes ārsts	37	22,0	131	78,0	168	100
Ginekologs	27	16,1	141	83,9	168	100
Sociālais dienests, krīzes centrs	27	16,1	141	83,9	168	100

Palīdzības iespējas	Jā		Nē		Kopā	
	n	%	n	%	n	%
Informācija internetā, palīdzības tālrunis	17	10,1	151	89,9	168	100
Psihologs, psiholoģiskā palīdzība	7	4,2	161	95,8	168	100
Anonīme alkoholiķi	3	1,8	165	98,2	168	100
Psihiatrs	2	1,2	166	98,8	168	100
Radinieki, draugi	2	1,2	166	98,8	168	100
Aizvietojošā terapija	1	0,6	167	99,4	168	100
Neirologs	1	0,6	167	99,4	168	100
Dziednieks	1	0,6	167	99,4	168	100
Nespecifiska atbilde – kāds ārsts, kāda organizācija, kāds palīdzības centrs	16	9,5	152	90,5	168	100

Pētījuma tālākā gaitā respondentes tika izvaicātas par viņu zināšanām attiecībā uz smēķēšanas, alkohola lietošanas un narkotiku lietošanas ietekmi uz gaidāmo bērnu un grūtniecības norisi. Sievietēm tika lūgts brīvi sniegt atbildes uz minētajiem jautājumiem.

Attiecībā uz smēķēšanu 7,5% (n=45/602) sieviešu atbild, ka nezina, konkrēti kādu ietekmi smēķēšana atstāj uz gaidāmo bērnu. Nedaudz mazāk kā puse (41,7%; n=232) to sieviešu, kuras bija atbildējušas (n=557), uzskata, ka smēķēšana ietekmē bērna plaušu attīstību, rada elpceļu saslīmšanas, tostarp astmu, vai rada cita veida elpošanas traucējumus. Otra biežāk sniegtā atbilde ir, ka smēķēšana grūtniecības laikā rada gaidāmajam vai dzimušajam bērnam vispārējus fiziskās vai garīgās attīstības traucējumus. Šādu atbildi sniedz 28,4% (n=158) sieviešu. Trešais biežākais veselības traucējums, ko respondentes min, ir hipoksija gaidāmajam bērnam (22,6%; n=126). Citas atbildes sniegtas retāk. Sievietes min, ka smēķēšana grūtniecības laikā bērnam var izraisīt kardiovaskulāras saslīmšanas vai centrālās nervu sistēmas traucējumus. Tāpat, pēc sieviešu domām, smēķēšana bērnam var izsaukt garīgās veselības traucējumus vai iedzimtas anomālijas, kā arī onkoloģiskās slimības. Attiecībā uz grūtniecības norisi un iznākumu sievietes min priekšlaicīgu dzemdību

vai spontānā aborta draudus, kā arī risku bērnam piedzimt ar zemu svaru. Neliels skaits sieviešu uzskata, ka smēķēšana ir riska faktors attiecībā uz dažādu alerģiju, ādas krāsas izmaiņu, zemas imunitātes, zīdaiņu pēkšņās nāves sindroma, asinsrades sistēmas slimību un aknu attīstības vai darbības traucējumu, kā arī sliktas mutes veselības attīstību. Atsevišķas sievietes stāsta, ka smēķēšana arī paaugstina risku bērnam piedzimt nedzīvam vai mirt neilgi pēc piedzimšanas. 1,8% sieviešu (n=10) uzskata, ka bērnam var iedzimt arī predispozīcija attiecībā uz atkarību no nikotīna (skat. 4.4.3. tabulu).

Piektā daļa sieviešu (21,0%; n=117) uz jautājumu sniegušas arī nespecifiskas atbildes, piemēram, ka smēķēšana bērnam rada „dažādas sliktas lietas”, „problēmas ar veselību”, „kaut kādas slimības” u.tml.

Trīs sievietes (0,5%) uzskata, ka smēķēšana nekādas smagas sekas attiecībā uz bērna veselību vai grūtniecības norisi nerada.

4.4.3.tabula. Sieviešu skaits un īpatsvars saistībā ar informētību par smēķēšanas ietekmi uz gaidāmo bērnu vai grūtniecības norisi

Ietekme	Jā	
	n	%
Elpošanas traucējumi, plaušu slimības, traucēta plaušu attīstība, astma	232	41,7
Attīstības traucējumi auglim vai dzimušajam bērnam (gan fiziski, gan garīgi)	158	28,4
Hipoksija	126	22,6
Kardiovaskulārās sistēmas attīstības vai darbības traucējumi	71	12,7
Priekšlaicīgas dzemdības, neiznēsāts bērns	54	9,7
Smadzeņu, nervu sistēmas attīstības vai darbības traucējumi	54	9,7
Zems dzimšanas svars	53	9,5
Spontānais aborts	42	7,5
Mentālās veselības traucējumi ¹¹	27	4,8
Anomālijas bērnam, tostarp ģenētiskas ¹²	22	3,9
Alerģijas	15	2,7
Izmaiņas ādas krāsā ¹³	14	2,5
Problēmas grūtniecības norisē ¹⁴	12	2,2
Pazemināta imunitāte, paaugstināts infekciju risks	12	2,2
Zīdaiņu pēkšņās nāves sindroms	11	2,0
Atkarība no nikotīna	10	1,8
Onkoloģiskās slimības	6	1,1
Nedzīvi dzimis bērns	3	0,5
Bērna agrīna nāve	3	0,5
Asinsrades sistēmas darbības traucējumi	3	0,5
Dzemdību un pēcdzemdību perioda sarežģījumi	3	0,5
Citu / esošo slimību saasinājums mātei	2	0,4
Kalcija deficīts	1	0,2
Mutes veselības problēmas	1	0,2
Aknu attīstības vai darbības traucējumi	1	0,2

Tabulas turpinājums nākamajā lappusē.

¹¹ Garīga atpalicība”, „traucēta bērna psihe”, „piedzimst dūsmīgs bērns” u.tml.

¹² „Zaķa lūpa”, „izmaiņas ģenētiskā līmenī”, „slikta iedzimtība”, „fiziskas anomālijas” u.tml.

¹³ „Var piedzimt zils bērns”, „dzelte”, „ādas krāsa savādāka bērnam” u.tml.

¹⁴ „Auglūdeņi paliek netīri”, „kaļķojošs placenta” u.tml.

Ietekme	Jā	
	n	%
Diabēts	1	0,2
Nespecifiska atbilde	117	21,0
Nav ietekmes	3	0,5

Intervētās sievietes uz jautājumu par smēķēšanas ietekmi uz bērna veselību lielākoties atbildējušas, ka tā var izraisīt vēzi un elpošanas problēmas. Viena sieviete min arī bērna attīstības traucējumus, bet cita – smaksānu (hipoksiju). Vairākas sievietes uzsver, ka zina, ka smēķēt ir slikti un ir dzirdējušas par tās kaitīgo ietekmi, taču nevēlas par to domāt.

„Es esmu viss kaut ko dzirdējusi, bet tā es tam uzmanību nepievēršu.”

Turklāt gandrīz visas intervētās sievietes, kuras grūtniecības laikā ir smēķējušas, norāda, ka pasīvā smēķēšana bērnam ir vēl kaitīgāka, tāpēc ir mēģinājušas izvairīties no citu smēķētāju izelpoto dūmu ieelpošanas.

„Es zinu, ka, ja tu pats smēķē, daudz mazāk nikotīna nonāk organismā. Kad tu esi pasīvais smēķētājs, kad stāvi un elpo nikotīnu, 75% no tā nonāk organismā, tāpēc, ja es redzēju, ka kāds no paziņām smēķē, es labāk atiešu četrus soļus, paskatīšos, kamēr viņi papīpēs vai kaut ko tādā garā, pēc tam pienāksu.”

Uz jautājumu par alkohola lietošanas ietekmi uz gaidāmo bērnu vai grūtniecības norisi atbildi nav zinājušas 42 (7,0%) sievietes (kas ir līdzīgs īpatsvars kā jautājumos par smēķēšanu). Respondentes, kuras bija sniegušas brīvās atbildes (n=560), visbiežāk norāda uz vispārējiem attīstības traucējumiem bērnam (45,7%; n=256), centrālās nervu sistēmas traucējumiem (22,1%; n=124) vai mentālās veselības traucējumiem (12,1%; n=68). Apmēram desmitā daļa sieviešu norāda arī uz spontānā aborta draudiem alkohola lietošanas dēļ (12,0%; n=67) vai iedzimtām anomālijām (9,5%; n=53). Cita veida veselības traucējumi bērnam vai ietekme uz grūtniecības procesu minēta ievērojami retāk (skat. 4.4.4. tabulu). Jāsecina, – sievietes uzskata, ka alkohola lietošana, salīdzinot ar smēķēšanu, atstāj lielāku ietekmi uz bērna centrālās nervu sistēmas darbību un biežāk rada iedzimtas patoloģijas.

8,2% (n=46) sieviešu norāda, ka, ja māte grūtniecības laikā lieto alkoholu, bērns piedzimst ar alkohola fetopātiju, un ir lielāks risks, ka bērns dzīves laikā var kļūt atkarīgs no alkohola.

Jāatzīmē, ka 5,2% (n=29) respondenšu uzskata, ka nav atšķirības starp smēķēšanas ietekmi uz gaidāmā bērna veselību un alkohola lietošanas ietekmi. Līdzīgi kā smēķēšanas gadījumā, trīs sievietes (0,5%) uzskata, ka, ja organisms prasa, un tiek lietotas nelielas alkohola devas, tas nerada bērnam nekādu kaitējumu. Trešdaļa sieviešu (27,9%; n=156) sniegušas arī nespecifiskas atbildes, līdzīgi kā aprakstīts smēķēšanas gadījumā.

4.4.4.tabula. Sieviešu skaits un īpatsvars saistībā ar informētību par alkohola lietošanas ietekmi uz gaidāmo bērnu vai grūtniecības norisi

Ietekme	Jā	
	n	%
Attīstības traucējumi auglim vai dzimušajam bērnam (gan fiziski, gan garīgi)	256	45,7
Smadzeņu, nervu sistēmas attīstības vai darbības traucējumi	124	22,1
Mentālās veselības traucējumi	68	12,1
Spontānais aborts	67	12,0
Anomālijas bērnam, tostarp ģenētiskas	53	9,5
Alkohola atkarība ¹⁵	46	8,2
Priekšlaicīgas dzemdības, neiznēsāts bērns	41	7,3
Kardiovaskulārās sistēmas attīstības vai darbības traucējumi	33	5,9
Aknu attīstības vai darbības traucējumi	30	5,4
Hipoksija	16	2,9
Nieru attīstības vai darbības traucējumi	16	2,9
Elpošanas traucējumi, plaušu slimības, traucēta plaušu attīstība, astma	14	2,5
Bērna agrīna nāve	13	2,3
Zems dzimšanas svars	13	2,3
Alerģijas	6	1,1
Problēmas grūtniecības norisē	6	1,1
Imūnsistēmas darbības traucējumi	5	0,9
Nedzīvi dzimis bērns	4	0,7
Zīdaiņu pēkšņās nāves sindroms	2	0,4
Onkoloģiskās slimības	2	0,4
Muskuloskeletālās sistēmas attīstības vai darbības traucējumi	2	0,4
Dzemdību un pēcdzemdību perioda sarežģījumi	2	0,4
Reproduktīvās sistēmas attīstības vai darbības traucējumi	2	0,4
Vitamīnu trūkums	1	0,2
Asinsrades sistēmas darbības traucējumi	1	0,2
Ādas problēmas	1	0,2
Ietekme tāda pati kā smēķēšanas gadījumā	29	5,2
Nespecifiska atbilde	156	27,9
Nav ietekmes	3	0,5

Interviju laikā sievietes, atbildot uz jautājumu par alkohola ietekmi uz gaidāmā bērna veselību, lielākoties nevar sniegt konkrētu atbildi. Tikai viena min bērna attīstības traucējumus, bet cita – ka bērns var piedzimt ar mazu svaru.

„Pilnīgi konkrēti es nezinu. Vienkārši es zinu, ka var neattīstīties tur auglis, kaut kas tur tieši, kādā mēnesī. Es arī lasīju par to – jo man taču bija interesanti uzzināt, vai es varbūt driksu

¹⁵ Tostarp alkohola fetopātija

dzert vairāk vai es nedrīkstu, tad es lasīju – kurā tur trimestrī labāk dzert un kurā nedzert un tā tālāk. Un tad tur rakstīts, ka pirmajā trimestrī tiešām, nu nedrīkst dzert, jo tur attīstās tas un tas; otrajā trimestrī tiešām nedrīkst dzert, tāpēc, ka tur attīstās tas un tas. Un sanāk reāli tā, ka katrā brīdī kaut kas cits, un arī tas, ka bērns var piedzimt uzreiz ar to atkarību. Un vis kaut kas.”

Var secināt, ka intervētās sievietes par alkohola ietekmi uz gaidāmā bērna veselību ir domājušas mazāk kā par smēķēšanas un narkotisko vielu ietekmi. Turklāt vairākas sievietes uzsver, ka alkohols mazās devās bērna veselību neietekmē.

„Grūtniecības laikā sievietei jābūt ir laimīgai un viņa nedrīkst sēdēt visu laiku nervoza un tāda... Un, ja tiešām gribas, un, es domāju, tad tā pus glāze neko sliktu arī neizdaries!”

Konkrētu atbildi par narkotisko vai psihotropo vielu lietošanas ietekmi uz gaidāmā bērna veselību vai grūtniecības norisi nav spējušas sniegt 58 (9,6%) sievietes. Respondentes, kuras bija sniegušas atbildes (n=544), visbiežāk uzskata (līdzīgi kā alkohola gadījumā), ka narkotiku lietošana grūtniecības laikā rezultējas ar vispārējiem attīstības traucējumiem bērnam (36,2%; n=197). Ievērojami biežāk nekā alkohola lietošanas vai smēķēšanas gadījumā sievietes atbildējušas (16,5%; n=90), ka atkarība no narkotikām var „iedzimt”, proti, ir risks, ka dzīves laikā arī bērns būs predisponēts attiecībā uz narkomāniju. Trešā biežākā atbilde narkotiku lietošanas gadījumā ir, ka tā rada bērnam dažādas, tostarp iedzimtas, anomālijas (15,6%; n=85) (arī šāda atbilde sniegta biežāk kā smēķēšanas vai alkohola lietošanas gadījumā) vai centrālās nervu sistēmas attīstības vai darbības traucējumus (15,3%; n=83) (skat. 4.4.5. tabulu). Jāatzīmē, ka samērā liels sieviešu īpatsvars, kuras atbildējušas, ka narkotiku lietošana var bērnam radīt iedzimtas anomālijas, uzskata, ka viena no šādām anomālijām ir Dauna sindroms. Tas liecina par zināšanu trūkumu attiecībā uz Dauna sindroma attīstību, kā arī par to, ka bērni un pieaugušie ar šo sindromu joprojām tiek stigmatizēti sabiedrībā (tiek uzskatīts, ka šādu cilvēku vecāki varētu būt bijuši narkotiku lietotāji un ka viņi nāk no sociāli nelabvēlīgām ģimenēm).

Pozitīvi atzīmējams ir fakts, ka daļa sieviešu (4,6%; n=25) atbild, ka narkotiskās vai psihotropās vielas lietojošas sievietes nereti ir inficētas ar HIV vai citām asins transmisijas infekcijām, līdz ar to viņām ir risks šīs saslimšanas nodot arī bērnam. Tomēr jāatzīst, ka sieviešu īpatsvars, kuras min šādu risku bērna veselībai, ir mazs.

Desmitā daļa (10,5%; n=57) sieviešu nespēj diferencēt smēķēšanas, alkohola lietošanas un narkotisko vielu lietošanas ietekmi uz bērna veselību. Proti, šīs sievietes atbild, ka narkotiku lietošana izraisa tādas pat sekas kā tabaka vai alkohols. Tāpat lielāks īpatsvars sieviešu (35,1%; n=191) kā alkohola vai smēķēšanas gadījumā sniegušas nespecifiskas atbildes uz jautājumiem par narkotisko vai psihotropo vielu kaitīgumu. Proti, sievietes uzskata narkotiku lietošanu grūtniecības laikā kā kaut ko biedējošu („visbriesmīgākās sekas”, „tas ir bezatbildīgi”, „visas iespējamās vainas”, „sagrauj visu bērna organismu”, „pats sliktākais, kas iespējams” u.tml.), taču konkrētus veselības traucējumus, ko tā rada, nespēj nosaukt.

4.4.5.tabula. Sieviešu skaits un īpatsvars saistībā ar informētību par narkotisko un psihotropo vielu lietošanas ietekmi uz gaidāmo bērnu vai grūtniecības norisi

Ietekme	Jā	
	n	%
Attīstības traucējumi auglim vai dzimušajam bērnam (gan fiziski, gan garīgi)	197	36,2
Atkarība no narkotiskajām vai psihotropajām vielām	90	16,5
Anomālijas bērnam, tostarp ģenētiskas	85	15,6
Smadzeņu, nervu sistēmas attīstības vai darbības traucējumi	83	15,3
Spontāna aborts	76	14,0
Mentālās veselības traucējumi	75	13,8
Bērna agrīna nāve	65	11,9
Priekšlaicīgas dzemdības, neiznēsāts bērns	37	6,8
Nedzīvi dzimis bērns	30	5,5
Inficēšanās draudi (HIV, vīrushepatīts C u.c.)	25	4,6
Kardiovaskulārās sistēmas attīstības vai darbības traucējumi	11	2,0
Zems dzimšanas svars	8	1,5
Elpošanas traucējumi, plaušu slimības, traucēta plaušu attīstība, astma	8	1,5
Imūnsistēmas darbības traucējumi	6	1,1
Hipoksija	5	0,9
Alerģijas	3	0,6
Zīdaiņu pēkšņās nāves sindroms	2	0,4
Aknu attīstības vai darbības traucējumi	2	0,4
Onkoloģiskās slimības	2	0,4
Muskuloskeletālās sistēmas attīstības vai darbības traucējumi	2	0,4
Ādas problēmas	2	0,4
Reproduktīvās sistēmas attīstības vai darbības traucējumi	2	0,4
Redzes, dzirdes problēmas	1	0,2
Nieru attīstības vai darbības traucējumi	1	0,2
Problēmas grūtniecības norisē	1	0,2
Ietekme tāda pati kā smēķēšanas un /vai alkohola lietošanas gadījumā	57	10,5
Nespecifiska atbilde	191	35,1

Arī vairākums intervēto sieviešu nevar sniegt konkrētu atbildi par narkotisko vielu ietekmi uz bērna veselību un grūtniecības norisi. Visbiežāk tiek minēts, ka bērnam būs smadzeņu traucējumi, ka bērns piedzims ar visādām patoloģijām un būs nopietnas sekas.

„Man liekas, pēc narkotiku lietošanas vispār normāls bērns nevar piedzimt.”

„Nu es nezinu, ko tur varbūt papildus vajag [zināt], ja tu zini, ka normāls, pieaudzis cilvēks no narkotikām paliek kaut kāds dārzenis un vispār neko nesajēdz. Loģiski, ka bērnam arī tas kaitē.”

Tālāk sievietēm tika nosaukti 4.4.6. tabulā redzamie bērna veselības vai grūtniecības norises traucējumi un tika lūgts sniegt atbildi, kuru no tiem varētu izsaukt smēķēšana, alkohola vai narkotiku lietošana grūtniecības laikā. Redzams, ka kopumā sievietes risku, ko rada minēto vielu lietošana, sarindo augošā secībā, proti, ka smēķēšana ir mazāk kaitīgs paradums, alkohola lietošana ir kaitīgāka un narkotisko vielu lietošana rada vislielākos draudus grūtniecībai un gaidāmajam bērnam. Tāpat secināms, ka, ja sievietēm tiek lūgts pašām brīvi sniegt atbildes par atkarību izraisošo vielu lietošanas grūtniecības laikā ietekmi uz veselību, tādus traucējumus kā, piemēram, priekšlaicīgas dzemdības, spontānais aborts, garīgās attīstības traucējumi bērnam u.c., sievietes nosauc retāk nekā gadījumā, ja šīs atbildes nosauc intervētājs (tās tiek pateiktas priekšā).

Tātad nedaudz vairāk kā puse sieviešu (58,9%; n=353/599; 3 sievietes nebija snigušas atbildes uz jautājumiem par smēķēšanu) piekrīt apgalvojumam, ka smēķēšana vai izraisīt spontāno abortu. Ka to var izsaukt narkotiku lietošana, piekrīt jau 94,0% (n=566/602) sieviešu. Līdzīgs secinājums izdarāms par apgalvojumu, ka vielu lietošana var paaugstināt iespēju, ka bērns dzims nedzīvs vai agrīni mirs. Proti, attiecībā uz tabaku šim apgalvojumam piekrīt puse sieviešu (50,3%; n=301/599), bet attiecībā uz narkotiku lietošanu – jau 95,7% (n=576/602). Tas pats sakāms par priekšlaicīgu dzemdību risku — attiecīgi 66,6% (n=399/599) un 86,9% (n=523/602), risku priekšlaicīgi noplūst auglūdenim vai atslāņoties placentai – attiecīgi 56,1% (n=336/599) un 83,6% (n=503/602), iedzimtām patoloģijām jaundzimušajam – 78,5% (n=470/599) un 95,5% (n=575/602), par abstinences simptomiem jaundzimušajam – 63,4% (n=380/599) un 92,0% (n=554/602), bērna attīstības problēmām – 79,3% (n=475/599) un 95,5% (n=575/602) un par ietekmi uz bērna intelekta attīstību – 72,8% (n=436/599) un 96,5% (581/602) (skat. 4.4.6. tabulu).

Tik viennozīmīga sakarība nav vērojama attiecībā uz apgalvojumu, ka vielu lietošanas ietekmē gaidāmais bērns var būt grūtniecības laikam pārāk mazs. Šo veselības traucējumu sievietes teju vienlīdz bieži piedēvē kā smēķēšanai, tā alkohola vai narkotiku lietošanai (attiecībā uz smēķēšanu šim apgalvojumam piekrīt 83,0% sieviešu (n=497/599) un līdzīgs īpatsvars (82,9%; n=499/602) tam piekrīt attiecībā uz narkotisko vielu lietošanu). Attiecībā uz mazu jaundzimušā svaru novērojums ir līdzīgs – ka to spēj izraisīt smēķēšana, piekrīt 85,5% sieviešu (n=512/599), un ka to izraisa narkotiku lietošana – 84,6% sieviešu (n=509/602).

Savukārt elpošanas problēmas jaundzimušajam respondentes vienprātīgi saista ar smēķēšanas paradumu grūtniecības laikā (97,7%; n=585/599). Ievērojami mazāks sieviešu īpatsvars šim apgalvojumam piekrīt attiecībā uz alkohola lietošanu (57,6%; n=346/601;

1 sieviete nebija sniegusi atbildi uz jautājumiem par alkohola ietekmi), kā arī uz narkotiku lietošanu – 66,9% (n=403/602) (skat. 4.4.6. tabulu).

4.4.6.tabula. Sieviešu skaits un īpatsvars saistībā ar zināšanām par tabakas, alkohola, narkotisko un psihotropo vielu lietošanas ietekmi uz gaidāmo bērnu vai grūtniecības norisi

Traucējums		Smēķēšana	Alkohola lietošana	Narkotisko vai psihotropo vielu lietošana
Spontāns aborts	n	353	512	566
	%	58,9	85,2	94,0
Lielāks risks, ka bērns ir nedzīvi dzimis vai mirst pirmajā dzīves nedēļā	n	301	420	576
	%	50,3	69,9	95,7
Gaidāmais bērns ir grūtniecības termiņam neatbilstoši mazs	n	497	478	499
	%	83,0	79,5	82,9
Priekšlaicīgas dzemdības	n	399	539	523
	%	66,6	89,7	86,9
Priekšlaicīgi noplūdis auglūdens un placentas atslāņošanās	n	336	469	503
	%	56,1	78,0	83,6
Mazs jaundzimušā dzimšanas svars	n	512	489	509
	%	85,5	81,4	84,6
Jaundzimušajam ir iedzimtas patoloģijas	n	470	549	575
	%	78,5	91,3	95,5
Jaundzimušajam ir problēmas ar elpošanu	n	585	346	403
	%	97,7	57,6	66,9
Jaundzimušajam ir atkarība no šīm vielām (vērojami abstinences simptomi)	n	380	442	554
	%	63,4	73,5	92,0
Bērnam augot, novērotas attīstības problēmas	n	475	553	575
	%	79,3	92,0	95,5
Negatīva ietekme uz bērna intelekta attīstību	n	436	550	581
	%	72,8	91,5	96,5
Neviens no šiem riskiem nevar rasties šīs vielas lietošanas dēļ	n	1	0	0
	%	0,2	–	–

Salīdzinot ar brīvajiem (atvērtajiem) jautājumiem redzams, ka sievietes sniedz līdzīgas atbildes, kā pasakot veselības traucējumus priekšā. Proti, visbiežākais uzrādītais veselības traucējums smēķēšanas gadījumā gan brīvo atbilžu, gan strukturētā jautājuma gadījumā ir elpošanas traucējumi bērnam. Alkohola gadījumā biežākā atbilde uz abiem jautājumiem ir, ka bērnam būs vērojami attīstības traucējumi. Arī narkotisko vielu

gadījumā vieni no visbiežāk uzrādītajiem veselības traucējumiem abos jautājumos ir attīstības problēmas un iedzimtas anomālijas bērnam.

Arī interviju laikā sievietēm tika nosaukti konkrēti bērna veselības vai grūtniecības norises traucējumi un tika lūgts atbildēt, vai viņa ir dzirdējusi, ka šādu ietekmi var radīt smēķēšana vai alkohola vai narkotisko vielu lietošana. Līdzīgi kā aptaujas rezultāti, arī interviju analīze liecina, ka sievietes ir dzirdējušas un var nosaukt daudz vairāk atkarību izraisošo vielu radītos traucējumus, ja viņām tie tiek pateikti priekšā. Daudzas sievietes atzīst, ka ir dzirdējušas, ka smēķēšana var izraisīt spontāno abortu vai priekšlaicīgas dzemdības, ka alkohola lietošana var kavēt bērna attīstību un ka narkotiku lietošanas rezultātā bērnam var būt zems dzimšanas svars.

Tā kā visas intervētās sievietes grūtniecības laikā bija lietojušas kādu vai vairākas atkarību izraisošās vielas, runājot par to ietekmi uz bērna veselību un grūtniecības norisi, viņas mēģināja attaisnot savu rīcību, apgalvojot, ka trūkst gribasspēka vai vēlmes pārtraukt vielu lietošanu, kā arī minot gadījumus, kad bērni piedzimst veseli vai, ka alkohola lietošana mazās devās nav kaitīga.

„Atkarība jau stipra.”

„It kā biju dzirdējusi [par attīstības problēmām, bērnam augot], bet, skatoties uz pirmo bērnu, it kā liekas, nekā tur tāda nav. Viss kārtībā.”

„Kad otro reizi biju stāvoklī un es izdzēru tās pāris glāzītes, man nebija tādu domu, ka tas šausmīgi kaitēs bērnam. Es tā nedomāju, tāpēc, ka tiešām, es esmu lasījusi, ka tās pāris vīna glāzes izdzersi, nekas nebūs.”

Respondentēm tika uzdoti arī jautājumi par viņu viedokli attiecībā uz dažādiem atkarību izraisošo vielu pieprasījumu vai piedāvājumu mazinošiem pasākumiem. 4.7. tabulā redzams, ka apgalvojumam par alkohola reklāmas ierobežošanas nepieciešamību pilnībā piekrīt tikai puse sieviešu (50,2%; n=302) un daļēji piekrīt vēl trešdaļa sieviešu (27,7%; n=167). Drīzāk vai pilnībā nepiekrīt piektā daļa (18,4%; n=111) aptaujāto.

4.4.7.tabula. Respondenšu skaits un īpatsvars saistībā ar viedokli par alkohola reklāmas ierobežošanu

Alkohola reklāma būtu jāierobežo	n	%
Pilnībā piekrītu	302	50,2
Drīzāk piekrītu	167	27,7
Drīzāk nepiekrītu	82	13,6
Pilnībā nepiekrītu	29	4,8
Grūti pateikt	22	3,7
Kopā	602	100,0

Vairums sieviešu (89,7%; n=540) piekrīt, ka Latvijā pieļaujamajam alkohola līmenim asinīs autovadītājiem būtu jābūt 0 promiles (skat. 4.4.8. tabulu).

4.4.8.tabula. Respondenšu skaits un īpatsvars saistībā ar viedokli par promiļu līmeni autovadītājiem

Lai braukšana būtu droša, alkohola līmenim asinīs autovadītājiem jābūt 0 promiļu līmenī	n	%
Pilnībā piekrītu	481	79,9
Drīzāk piekrītu	59	9,8
Drīzāk nepiekrītu	36	6,0
Pilnībā nepiekrītu	14	2,3
Grūti pateikt	12	2,0
Kopā	602	100,0

Attiecībā uz alkohola tirdzniecības vietu skaita samazināšanu (skat. 4.4.9. tabulu) respondentu viedoklis nav tik viennozīmīgs, proti, nedaudz mazāk kā trešdaļa sieviešu šim ierosinājumam nepiekrīt (30,7%; n=185).

4.4.9.tabula. Respondenšu skaits un īpatsvars saistībā ar viedokli par alkohola tirdzniecības vietu skaitu

Alkohola tirdzniecības vietu skaits būtu jāsamazina	n	%
Pilnībā piekrītu	217	36,0
Drīzāk piekrītu	171	28,4
Drīzāk nepiekrītu	136	22,6
Pilnībā nepiekrītu	49	8,1
Grūti pateikt	29	4,8
Kopā	602	100,0

Mazāk kā trešdaļa sieviešu nepiekrīt arī alkohola akcīzes nodokļa paaugstināšanai Latvijā (27,9%; n=168) (skat. 4.4.10. tabulu).

4.4.10.tabula. Respondenšu skaits un īpatsvars saistībā ar viedokli par alkohola akcīzes nodokli

Alkohola akcīzes nodoklis jāpaaugstina	n	%
Pilnībā piekrītu	205	34,1
Drīzāk piekrītu	138	22,9
Drīzāk nepiekrītu	96	15,9
Pilnībā nepiekrītu	72	12,0
Grūti pateikt	91	15,1
Kopā	602	100,0

Tomēr lielākā daļa sieviešu (76,6%; n=461) nepiekrīt, ka alkohols būtu uzskatāms par tādu pašu uzturā lietojamu precī kā visas citas un ka tā tirgošanai nebūtu nepieciešami nekādi īpaši ierobežojumi (skat. 4.4.11. tabulu).

4.4.11.tabula. Respondenšu skaits un īpatsvars saistībā ar viedokli par alkoholu kā klasisku uzturā lietojamu precī

Alkohols ir tāda pat prece kā citas uzturā lietojamās, un tā tirdzniecībai nav nepieciešama atšķirīga pieeja	n	%
Pilnībā piekrītu	20	3,3
Drīzāk piekrītu	91	15,1
Drīzāk nepiekrītu	224	37,2
Pilnībā nepiekrītu	237	39,4
Grūti pateikt	30	5,0
Kopā	602	100,0

Interesantas ir sieviešu atbildes uz jautājumiem kurš ir galvenokārt atbildīgs par alkohola lietošanas izraisītajām sekām – pats cilvēks vai valsts institūcijas. Teju visas (97,0%; n=584) sievietes uzskata, ka atbildība ir jāuzņemas pašam alkohola lietotājam. Tam, ka galvenā atbildība būtu jāuzņemas valsts institūcijām, piekrīt tikai trešā daļa sieviešu (34,1%; n=205) (skat. 4.4.12. tabulu).

4.4.12.tabula. Respondenšu skaits un īpatsvars saistībā ar viedokli par atbildību par alkohola lietošanas sekām

	Cilvēkiem pašiem ir jābūt atbildīgiem par to, lai pasargātu sevi no alkohola lietošanas sekām		Valsts institūcijas ir galvenais atbildīgais, kam būtu jāpasargā cilvēki no alkohola lietošanas sekām	
	n	%	n	%
Pilnībā piekrītu	477	79,2	72	12,0
Drīzāk piekrītu	107	17,8	133	22,1
Drīzāk nepiekrītu	9	1,5	253	42,0
Pilnībā nepiekrītu	4	0,7	102	16,9
Grūti pateikt	5	0,8	42	7,0
Kopā	602	100,0	602	100,0

Tam, ka vecums, no kura pieļaujama alkohola iegāde, būtu paaugstināms līdz 21 gadam, piekrīt lielākā daļa aptaujāto (85,9%; n=517) (skat. 4.4.13. tabulu).

4.4.13.tabula. Respondenšu skaits un īpatsvars saistībā ar viedokli par alkohola iegādes vecuma ierobežojumiem

Būtu pareizi noteikt, ka alkoholu drīkst iegādāties tikai no 21 gada vecuma	n	%
Pilnībā piekrītu	442	73,4
Drīzāk piekrītu	75	12,5
Drīzāk nepiekrītu	51	8,5
Pilnībā nepiekrītu	28	4,7
Grūti pateikt	6	1,0
Kopā	602	100,0

Mazāks ir to sieviešu īpatsvars, kuras uzskata, ka alkohola, tostarp vieglā alkohola, tirdzniecība būtu organizējama tikai specializētos veikalos. Šim ierosinājumam piekrīt 67,3% respondentu (n=405) (skat. 4.4.14. tabulu).

4.4.14.tabula. Respondenšu skaits un īpatsvars saistībā ar viedokli par alkohola tirdzniecību specializētos veikalos

Būtu pareizi noteikt, ka visa alkohola (ne tikai stipro alkoholisko dzērienu, bet arī vieglo – piemēram, alus) tirdzniecība notiek tikai specializētos veikalos vai veikalu specializētajās nodaļās	n	%
Pilnībā piekrītu	222	36,9
Drīzāk piekrītu	183	30,4
Drīzāk nepiekrītu	99	16,4
Pilnībā nepiekrītu	43	7,1
Grūti pateikt	55	9,1
Kopā	602	100,0

Līdzīgs īpatsvars respondentu vēlētos redzēt brīdinošus uzrakstus uz alkoholisko dzērienu taras etiķetēm par šo dzērienu lietošanas kaitīgumu (67,7%; n=407) (skat. 4.4.15.tabulu).

4.4.15.tabula. Respondenšu skaits un īpatsvars saistībā ar viedokli par brīdinošu uzrakstu izvietošanu uz alkohola taras

Nepieciešams izvietot uz alkoholisko dzērienu pudeļu etiķetēm brīdinošus uzrakstus par alkohola kaitīgumu	n	%
Pilnībā piekrītu	267	44,4
Drīzāk piekrītu	140	23,3

Tabulas turpinājums nākamajā lappusē.

Tabulas turpinājums.

Nepieciešams izvietot uz alkoholisko dzērienu pudeļu etiķetēm brīdinošus uzrakstus par alkohola kaitīgumu	n	%
Drīzāk nepiekrītu	102	16,9
Pilnībā nepiekrītu	58	9,6
Grūti pateikt	35	5,8
Kopā	602	100,0

Vairāk kā puse sieviešu (66,8%; n=402) uzskata, ka grūtnieces, kuras smēķē, būtu nepieciešams sodīt (skat. 4.4.16. tabulu), lai panāktu smēķējošo grūtnieču skaita samazināšanos valstī.

4.4.16.tabula. Respondenšu skaits un īpatsvars saistībā ar viedokli par grūtnieču sodīšanu smēķēšanas gadījumā

Grūtnieces būtu jāsoda par smēķēšanu	n	%
Pilnībā piekrītu	261	43,4
Drīzāk piekrītu	141	23,4
Drīzāk nepiekrītu	95	15,8
Pilnībā nepiekrītu	52	8,6
Grūti pateikt	53	8,8
Kopā	602	100,0

Arī interviju laikā sievietēm tika jautāts vai viņas atbalsta ideju, ka grūtniece, kura smēķē, būtu administratīvi jāsoda. Vairākums sieviešu, kuras grūtniecības laikā pašas lietoja atkarību izraisošas vielas, nevarēja sniegt viennozīmīgu atbildi. Vairākas uzsvēra, ka par šo tēmu ir grūti runāt, jo pašas ir smēķējušas grūtniecības laikā, lai gan zina, ka smēķēšana ir kaitīga bērnam. Viņuprāt, piešķirtajam sodam nevajadzētu būt naudas izteiksmē, bet gan tādām, kas liktu apmeklēt kādu ārstēšanas programmu vai speciālistu, kurš „izskalotu smadzenes”.

„Nezinu, katrā ziņā visi sodi liekas tādi pastulbi īstenībā. Nu, kā tu sodīsi grūtnieci. Bet nezinu, piemēram, es katrā ziņā, kad es eju pa ielu un es tur biju stāvoklī, un es tur gribu paņemt cigareti, es jau jutos kā noziedzniece. Tāpēc man liekas, ka tas būtu kaut kā jāsoda, bet kā – es nezinu. Varbūt piespiedu kārtā jāiet uz kaut kādu grupu, tā kā anonīmie alkoholiķi, tikai nu par pīpēšanu.”

„Da nē! Tie sodi tikai uzkurinās to, kad vēl vairāk sāktu smēķēt, ja godīgi. Tas ir, nu, jāstrādā. Tas ir, vienkārši, jāstrādā ar cilvēku psiholoģiski. To nevar, nu.”

Kā redzams 4.4.17. tabulā, arī to personu, kuras grūtnieci pakļauj pasīvajai smēķēšanai, sodīšanu atbalsta lielākā daļa aptaujāto sieviešu (82,9%; n=499).

4.4.17.tabula. Respondenšu skaits un īpatsvars saistībā ar viedokli par personu sodīšanu par smēķēšanu grūtnieces klātbūtnē

Būtu jāsoda personas, kas smēķē grūtnieču klātbūtnē	n	%
Pilnībā piekrītu	342	56,8
Drīzāk piekrītu	157	26,1
Drīzāk nepiekrītu	48	8,0
Pilnībā nepiekrītu	30	5,0
Grūti pateikt	25	4,2
Kopā	602	100,0

Atšķirībā no aptaujātajām sievietēm, vairākums intervēto sieviešu neatbalsta personu, kuras pakļauj sievieti tabakas dūmu ietekmei, sodīšanu. Viņas uzskata, ka sieviete pati var pāriet tālāk no smēķētāja, lai neieelpotu dūmus.

Vajadzību pēc visaptverošākiem sieviešu informēšanas un izglītošanas pasākumiem par atkarību izraisošo vielu lietošanas ietekmi uz veselību saredz vairums sieviešu (87,9%; n=529) (skat. 4.4.18. tabulu).

4.4.18.tabula. Respondenšu skaits un īpatsvars saistībā ar viedokli par sieviešu informēšanu par atkarību izraisošo vielu kaitīgumu

Būtu jāorganizē vairāk izglītojošas kampaņas par alkohola, tabakas un narkotiku lietošanas problēmām sievietēm	n	%
Pilnībā piekrītu	381	63,3
Drīzāk piekrītu	148	24,6
Drīzāk nepiekrītu	33	5,5
Pilnībā nepiekrītu	6	1,0
Grūti pateikt	34	5,6
Kopā	602	100,0

Arī vairums intervēto sieviešu atbalsta informatīvo kampaņu rīkošanu par alkohola, tabakas un narkotisko vielu lietošanas ietekmi uz sievietes veselību un gaidāmā bērna attīstību.

„Obligāti, obligāti. Viņas ir jāinformē, viņām ir jāskaidro, jo tas ir briesmīgi, kad tu brauc kaut vai autobusā un garām kādam parkam un tu redzi sievieti ar lielu puncu un vienā rokā aliņš, otrā rokā cigarete. Pat sociālajos portālos tagad kļūst apkārt visādas bildes, kur grūtniece, tiešām lielā laikā, jau nu teju, teju tam bērniņam ir jādzimst, viņa tur šupolē, galīgā ķīselī, tur pudele rokā, cigarete zobos. Tas ir briesmīgi, pirmām kārtām jau tas ir estētiski nebaudāmi, otrām kārtām, tu saproti, ka tas taču ir bērns.”

Savukārt dažas uzskata, ka sieviete būtu jāizglīto par atkarību izraisošo vielu ietekmi uz bērna veselību pirms viņa ir nolēmusi kļūt par māti, jo, piemēram, smēķēšanas atmešana grūtniecības laikā kaitē bērnam, tāpēc tā ir jāpārtrauc pirms grūtniecības iestāšanās.

„Drīzāk, ir tā, ka tās kampaņas ir vajadzīgas sievietēm, kas vēl plāno kļūt par mātēm! Lai viņas to izdara laicīgi, nevis tad, kad ir, vot, tieši tā – trīs rokas un tu nezini, ko kert, ko grābt!”

Visbeidzot – tam, ka valstī būtu nepieciešams veidot speciāli sievietēm, kuras lieto atkarību izraisošās vielas, paredzētas ārstēšanas programmas, piekrīt 88,3% (n=532) respondentu (skat. 4.4.19. tabulu).

4.4.19.tabula. Respondenšu skaits un īpatsvars saistībā ar viedokli par ārstēšanas programmām atkarības vielas lietojošām sievietēm

Nepieciešams izveidot speciālas ārstēšanas programmas sievietēm, kuras lieto alkoholu, narkotikas vai smēķē	n	%
Pilnībā piekrītu	394	65,4
Drīzāk piekrītu	138	22,9
Drīzāk nepiekrītu	30	5,0
Pilnībā nepiekrītu	9	1,5
Grūti pateikt	31	5,1
Kopā	602	100,0

Arī vairums intervēto sieviešu uzskata, ka šādas programmas būtu vajadzīgas, tomēr nav pārliecinātas, ka pašas šādu programmu apmeklētu. Vairākas sievietes atzīmē, ka sievietei ir jābūt motivētai pārtraukt vielu lietošanu, lai vērstos pēc palīdzības.

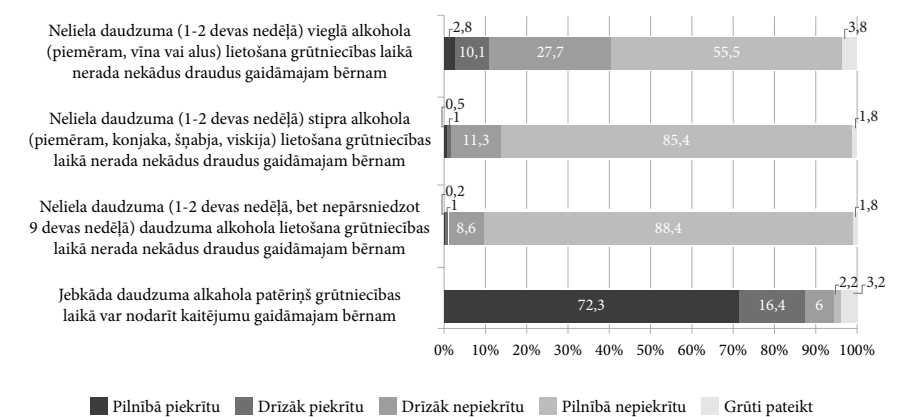
„Nu, es uzskatu, ja viņa negribēs atmest smēķēšanu, viņa neatmetīs, iet viņa uz šo ārstēšanu vai neiet. Viņai kopumā būs vienalga.”

Kopumā secināms, ka attiecībā uz atkarību izraisošo vielu lietošanas ierobežošanas pasākumiem visbiežāk sievietes atbalsta alkohola lietošanas asinīs automātiskajiem noteikšanu nulle promiņu līmenī, minētās vielas lietojošām sievietēm speciāli paredzētu ārstēšanas programmu izveidi un vecuma, no kura atļauta alkohola iegāde, paaugstināšanu līdz 21 gadam. Tāpat secināms, ka lielāks ir to sieviešu īpatsvars, kuras uzskata, ka atbildība par alkohola lietošanas izraisītajām sekām būtu jāuzņemas katram indivīdam personīgi, nekā to, kuras atbildību pārnes uz valsts iestādēm.

Respondentēm tika lūgts paust viedokli attiecībā uz dažādiem sabiedrībā pastāvošiem uzskatiem par alkohola vai tabakas lietošanu grūtniecības laikā. 4.4.1. attēlā redzama sieviešu attieksme pret alkohola lietošanas ietekmi uz grūtniecību saistībā ar patērēto dzēriena devu. Secināms, ka apgalvojumam – neliela vieglā alkohola daudzuma lietošana grūtniecības laikā neietekmē gaidāmā bērna veselību – piekrīt tikai aptuveni

desmitā daļa sieviešu (12,9%; n=78). Attiecībā uz tādu pašu apgalvojumu saistībā ar stiprajiem alkoholiskajiem dzērieniem sieviešu viedoklis ir vēl kategoriskāks – tam piekrīt tikai 1,5% sieviešu (n=9). Attiecībā uz vidēju alkohola devu lietošanu un tās nekaitīgumu tikai 7 sievietes atbild atbalstoši (1,2%). Vairums (88,7%; n=534) sieviešu piekrīt apgalvojumam, ka gaidāmā bērna veselību nelabvēlīgi ietekmē jebkāda daudzuma alkohola patēriņš grūtniecības laikā (skat. 4.4.1. attēlu).

4.4.1.attēls. Sieviešu skaits un īpatsvars saistībā ar attieksmi pret pieļaujamo alkohola devu grūtniecības laikā

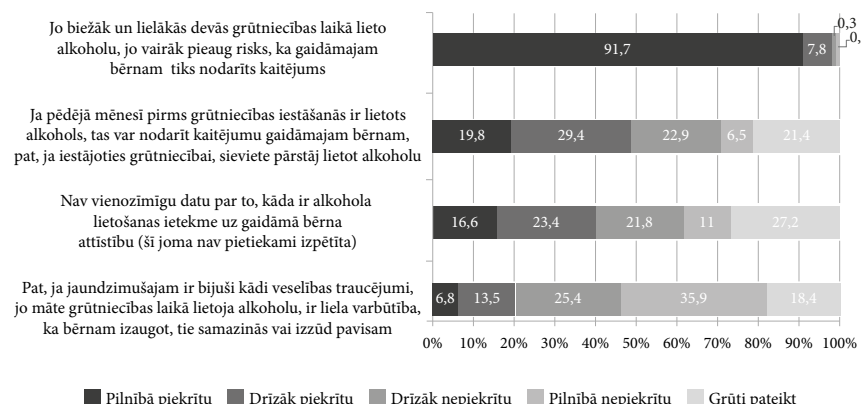


Tāpat teju visas sievietes (99,5%; n=599) piekrīt apgalvojumam, ka risks bērna veselībai pieaug, pieaugot izlietotajam alkohola daudzumam, kā arī pieaugot dzērienu lietošanas biežumam.

Attiecībā uz atlikušajiem apgalvojumiem par alkoholu sieviešu atbildes nav tik vienas un pārliecinošas. Sievietēm tika jautāts, vai viņas piekrīt uzskatam, ka bērnam tiek radīts kaitējums arī tad, ja alkohols ir lietots pēdējā mēnesī pirms grūtniecības iestāšanās (pat ja sieviete pārstāj to lietot, iestājoties grūtniecībai). Piektā daļa sieviešu (21,4%; n=129) nespēj formulēt savu viedokli par to. Apgalvojumam piekrīt apmēram puse (49,2%; n=296) sieviešu. Līdzīga situācija vērojama saistībā ar apgalvojumu par to, ka alkohola lietošanas ietekme uz bērna veselību ir pietiekami izpētīta un skaidra. Trešdaļa sieviešu (27,2%; n=164) nesniedz konkrētu atbildi. Uzskatam, ka dati par alkohola lietošanas ietekmi ir droši, pārliecinoši un pietiekami izpētīti, piekrīt tikai trešā daļa sieviešu (32,8%; n=197).

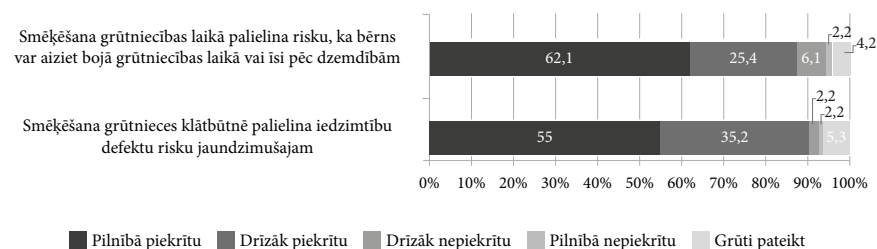
Piektā daļa sieviešu (18,4%; n=111) nespēj konkretizēt savu viedokli par to, vai, bērnam pieaugot, samazinās vai izzūd veselības traucējumi, kas radušies tādēļ, ka māte grūtniecības laikā lietojusi alkoholu. Šādam uzskatam piekrīt 20,3% (n=122) respondentu (skat. 4.4.2. attēlu).

4.4.2.attēls. Sieviešu skaits un īpatsvars saistībā ar attieksmi pret alkohola lietošanas ietekmi uz gaidāmā bērna veselību



Samērā viennozīmīgas ir sieviešu atbildes uz jautājumiem par smēķēšanas (tostarp pasīvās smēķēšanas) ietekmi uz bērna veselību. Apstiprinošu atbildi uz apgalvojumu, ka smēķēšana grūtniecības laikā palielina risku bērna bojāejai grūtniecības laikā vai neilgi pēc piedzimšanas, sniedz 87,5% (n=527) respondenšu. Tam, ka pasīvā smēķēšana palielina iedzimtu defektu risku jaundzimušajiem, piekrīt 90,2% (n=543) (skat. 4.4.3. attēlu).

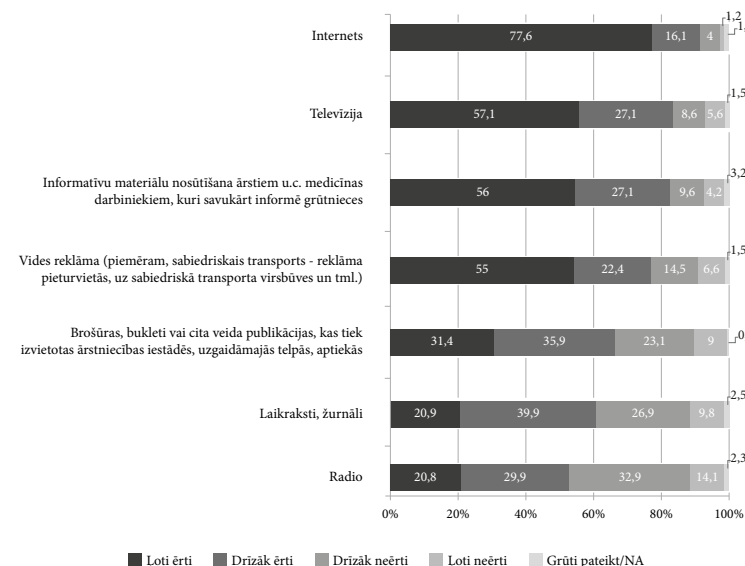
4.4.3.attēls. Sieviešu skaits un īpatsvars saistībā ar attieksmi pret smēķēšanas ietekmi uz gaidāmā bērna veselību



Pētījuma noslēgumā sievietes tik iztaujātas par veidiem, kā, viņuprāt, visefektīvāk būtu sievietēm nododama informācija par atkarību izraisošo vielu lietošanas kaitīgumu grūtniecības laikā. 4.4.4. attēlā redzams, ka par visērtāko informācijas kanālu sievietes uzskata internetu – to norāda 93,7% (n=564) aptaujāto respondenšu. Otrs ērtākais informācijas kanāls ir televīzija (84,2%; n=507). Savukārt trešais ērtākais informācijas saņemšanas veids ir ar ārstu starpniecību. Šādu veidu par ērtu uzskata 83,1% (n=500) sieviešu. Tāpat sievietes atzīst, ka viņas uzrunā arī vides reklāma (77,4%; n=466). Mazāk pārliecinošas ir sieviešu atbildes attiecībā uz radio kā

informācijas pārneses kanālu (to par ērtu uzskata tikai puse sieviešu – 50,7%; n=305), laikrakstiem vai žurnāliem (60,8%; n=366) un bukletiem, kas izvietoti ārstniecības iestādēs (67,3%; n=405).

4.4.4.attēls. Sieviešu skaits un īpatsvars saistībā ar ērtāko informācijas saņemšanas kanālu



Intervētās sievietes, kuras grūtniecības laikā ir smēķējušas vai lietojušas alkoholu, visbiežāk kā ērtāko informācijas saņemšanas kanālu min televīziju un vides reklāmu, kam seko internets. Attiecībā uz internetu gan tiek norādīts, ka sievietēm ir jāzina, kurā portālā šī informācija ievietota, lai varētu to atrast.

„Bet, nu, tad ir jāzina, kuros portālos! Kur tieši apmeklē tādas. Varbūt tieši nevis „Mammām un tētiem”, bet kaut kādos tajos sociālajos „Draugiem”. Nu, tur kur ir ļoti liels skaits apmeklētāju.”

„Nu, internets, televizors. Brošūras – es nedomāju, ka tagad kāds lasa. Visi galvenokārt televizoru, internetu, radio.”

Dažām sievietēm vispieņemamāk būtu, ja informāciju par atkarības vielu ietekmi uz grūtniecību un bērna attīstību sniegtu ginekologs vai ģimenes ārsts, kurš iedotu arī informatīvu materiālu. Šīs sievietes uzskata, ka šāda metode būtu efektīvāka par televīzijas vai vides reklāmu.

„Nu televīzija un radio ir kaut kā nepareizi, tāpēc, ka to skatās visi. Tur, piemēram, rādīs realitātēs kaut kādas nepatīkamas lietas, kāpēc visiem uz to būtu jāskatās. Bet tā, ka, piemēram, tur meitene atnāk pie ginekologa uz uzskaiti, iedod viņai kaut kādu pārskatāmu bukletu, kur ir tas viss tāds pēc iespējas efektīvāks.”

Narkotiku lietotājas, atšķirībā no alkohola un tabakas produktu lietotājām, visbiežāk kā ērtāko informācijas kanālu min draugu vai paziņu ieteikumus, vides reklāmu un bezmaksas avīzes. Viņas norāda, ka narkomānes lielākoties televizoru neskatās un radio neklausās, jo viņām šādu ierīču nemaz nav.

„Es domāju, ka... es īsti nezinu. Es domāju, ka tā informācija, teiksim, starp narkomāniem arī iet ļoti daudz. Teiksim, ja paliek stāvoklī, viens otram nodod, arī ļoti daudz ko var uzzināt.”

„Protams, uz ielām labāk [saņemt informāciju].”

5. Pētījuma rezultātu salīdzinājums ar Jaundzimušo reģistrā iegūstamo informāciju

Zemāk redzamajā tabulā atspoguļots kvantitatīvajā pētījumā aptaujāto sieviešu raksturojums saistībā ar sociāli demogrāfiskajiem un grūtniecības uzraudzības rādītājiem salīdzinājumā ar pieejamo informāciju no valsts Jaundzimušo reģistra par 2013. gadu. Datu analīzei no reģistra tika atlasītas tikai pilngadīgās sievietes saistībā ar to, ka arī pētījumā tika iekļautas tikai 18 gadu vecumu sasniegušās respondentes. Redzams, ka pētījuma populācija nav pilnībā reprezentatīva 2013. gadā Rīgas pilsētas Dzemdību namā un valstī kopumā dzemdējušo sieviešu populācijai. Tomēr vecuma, izglītības līmeņa, augļu skaita un nedēļas, kurā uzsākta grūtniecības aprūpe, ziņā tā ir relatīvi tuva Jaundzimušo reģistrā fiksētajai populācijai (skat. 5.1. tabulu). Pētījuma atlase neatbilst valsts reģistra populācijai saistībā ar dzīvesvietu (pētījumā ir ievērojami augstāks īpatsvars Rīgā dzīvojošu sieviešu), kas izskaidrojams ar faktu, ka aptaujā tika iekļautas tikai vienas dzemdību iestādes Rīgā klientes. Turklāt jāatzīmē, ka Jaundzimušo reģistrā tiek fiksēta mātes deklarētā dzīvesvieta, kamēr pētījumā tika jautāts par sievietes faktisko dzīvesvietu.

5.1.tabula. Sieviešu raksturojums pēc sociāli demogrāfiskajiem un grūtniecības uzraudzības rādītājiem pētījumā un Jaundzimušo reģistrā

Rādītājs	Pētījums		Reģistrs RDzN		Reģistrs	
Vecums (gados)						
Kopā	602	100,0	6586	100,0	19 846	100,0
≤19	13	2,2	126	1,9	681	3,4
20 – 24	99	16,4	1071	16,3	3964	20,0
25 – 29	224	37,2	2345	35,6	6770	34,1
30 – 34	162	26,9	1884	28,6	5078	25,6
35 – 39	88	14,6	945	14,3	2671	13,5
Izglītības līmenis						
Kopā	602	100,0	6586	100,0	19 846	100,0
Nepabeigta pamatizglītība	3	0,5	57	0,9	186	0,9
Pamatizglītība	40	6,6	535	8,1	2497	12,6
Vispārējā vidējā	109	18,1	1393	21,2	4521	22,8
Vidējā profesionālā	68	11,3	802	12,2	3092	15,6
Nepabeigta augstākā	45	7,5	418	6,3	847	4,3
Augstākā	337	56,0	3381	51,3	8703	43,9

Tabulas turpinājums nākamajā lappusē.

Tabulas turpinājums.						
Rādītājs	Pētījums		Reģistrs RDzN		Reģistrs	
Dzīvesvieta						
Kopā	602	100,0	6586	100,0	19 833	100,0
Rīga	462	76,7	4521	68,6	6618	33,4
Ārpus Rīgas	140	23,3	2065	31,4	13 215	66,6
Grūtniecības novērošana uzsākta						
Kopā	599	100,0	6586	100,0	19 846	100,0
Līdz 12.grūtniecības nedēļai	575	98,0	6189	94,0	18 573	93,6
Vēlāk	24	2,0	397	6,0	1273	6,4
Augļu skaits						
Kopā	602	100,0	6586	100,0	19 846	100,0
Viens	595	98,8	6496	98,6	19 575	98,6
Vairāki	7	1,2	90	1,4	271	1,4

Atlasot tikai sievietes, kurām dzimis viens bērns (5.2. tabula), redzams, ka arī attiecībā uz jaundzimušo pētījuma atlase nav pilnībā reprezentatīva Jaundzimušo reģistra datiem, taču relatīvi tuva tai. Pētījumā bijis relatīvi mazāk priekšlaicīgi dzimušu bērnu un jaundzimušo ar zemu dzimšanas svaru.

5.2.tabula. Sieviešu raksturojums saistībā ar dzimušā bērna svaru un grūtniecības nedēļu, kurā bērns dzimis (pētījuma un Jaundzimušo reģistra dati)

Rādītājs	Pētījums		Reģistrs RDzN		Reģistrs	
Grūtniecības nedēļa, kurā bērns dzimis						
Kopā	595	100,0	6496	100,0	19 575	100,0
Priekšlaicīgi dzimis bērns	19	3,2	235	3,6	957	4,9
Savlaicīgi dzimis bērns	575	96,6	6261	96,4	18617	95,1
Pārnēsāts bērns	1	0,2	0	–	1	0,0
Jaundzimušā svars						
Kopā	595	100,0	6496	100,0	19 575	100,0
Zems svars	13	2,2	178	2,7	745	3,8
Normāls svars	478	80,3	5169	79,6	15461	79,0
Gestācijas laikam smags bērns	80	13,4	962	14,8	2800	14,3
Ļoti liels bērns	24	4,0	187	2,9	569	2,9

Iekļaujot aprēķinos visas sievietes neatkarīgi no dzimušo bērnu skaita (vienaugļa vai daudzaugļu grūtniecība), secināms, ka pētījumā konstatētā smēķēšanas izplatība sakrīt ar Jaundzimušo reģistra datiem (skat. 5.3. tabulu), proti, no abiem informācijas

avotiem secināms, ka grūtniecības laikā ir smēķējušas nedaudz mazāk kā desmitā daļa sieviešu.

Arī attiecībā uz narkotisko un psihotropo vielu lietošanu situācija ir līdzīga (skat. 5.3.tabulu) – saskaņā ar abiem informācijas avotiem šīs vielas grūtniecības laikā ir lietojušas 0,2–0,3% sieviešu.

Taču īpatnēja ir situācija saistībā ar alkohola lietošanu – saskaņā ar pētījuma datiem alkoholu grūtniecības laikā lietojušas teju piektdaļa sieviešu (17,3%), kamēr saskaņā ar reģistru alkoholu lietojušas vien 0,2% sieviešu. Iespējams, tas liecina, ka ārstniecības personu vidū valda vienots viedoklis – smēķēšana un narkotisko vielu lietošana ir kaitīga un gaidāmā bērna veselību apdraudoša. Tādējādi tā tiek Jaundzimušā kartē atzīmēta, neņemot vērā izlietoto devu vai lietošanas biežumu. Savukārt par alkohola lietošanu profesionāļiem nav tik vienota viedokļa. Iespējams, par tā lietošanu sievietes netiek tik rūpīgi izvaicātas. Vai arī, ja sieviete atbild, ka alkoholu ir lietojusi, bet nelielās devās, tiek izdarīta paradumu noraidošā atzīme Jaundzimušā kartē.

5.3.tabula. Smēķēšanas, alkohola un narkotisko/psihotropo vielu lietošanas grūtniecības laikā izplatība (pētījuma un Jaundzimušo reģistra dati)

Rādītājs	Pētījums		Reģistrs RDzN		Reģistrs	
Smēķēšana grūtniecības laikā						
Kopā	602	100,0	6586	100,0	19 846	100,0
Jā	57	9,5	536	8,1	1783	9,0 ¹⁶
Nē	545	90,5	6050	91,9	18 063	91,0
Alkohola lietošana grūtniecības laikā						
Kopā	600	100,0	6586	100,0	19 846	100,0
Jā	104	17,3	5	0,08	37	0,19 ¹⁷
Nē	496	82,7	6581	99,92	19 809	99,81
Narkotisko/psihotropo vielu lietošana grūtniecības laikā						
Kopā	599	100,0	6586	100,0	19 846	100,0
Jā	2	0,3	22	0,3	32	0,16 ¹⁸
Nē	597	99,7	6564	99,7	19 814	99,84

¹⁶ 2012.gadā – 9,5%; 2011.gadā – 9,4%

¹⁷ 2012.gadā – 0,27%; 2011.gadā – 0,32%

¹⁸ 2012.gadā – 0,19%; 2011.gadā – 0,14%

6. Ekspertu interviju analīze

Lai novērtētu ekspertu pieredzi darbā ar atkarības vielas lietojošām grūtniecēm un uz zinātu eksperta viedokli par atkarības vielu lietošanas izplatību sieviešu vidū, intervijas sākumā uzrunātajam ekspertam tika lūgts noteikt aptuveno sieviešu īpatsvaru, kuras grūtniecības laikā lieto atkarības vielas. Intervēto ekspertu atbildes liecina, ka ir ļoti grūti noteikt pat aptuveno dažādas atkarības vielas lietojošo grūtnieču īpatsvaru, kaut gan katrai ārstniecības personai, kura ir ņēmusi aprūpē grūtnieci, ir pienākums pajautāt par kaitīgajiem ieradumiem. Eksperti min gan 5%, gan 10%, 30% un 50% sieviešu, kuras grūtniecības laikā vismaz dažas reizes ir lietojušas alkoholu vai smēķējušas. Lielākoties grūtniecības laikā atkarības vielas lietojošo sieviešu īpatsvaru eksperti saista ar sieviešu nevēlēšanos atklāt šo informāciju.

„Es varu domāt, ka viņa lieto alkoholu vai kaut kādas narkotikas, tabletes, amfetamīnu, varbūt vēl kaut ko. Es varu domāt tā, bet viņa man nesaka. Mums kārtība tāda – lietot alkoholu, narkotikas vai smēķēties? Protams, visi saka, ka nē. Nav bijusi tāda reize, kad teica: „Jā, lietoju.” Nu nav bijis tā. Viņas nesaka.” (E_4)

„Īstenībā visbiežāk viņas mēģina noslēpt un noliegt un saka, ka tā kā nē, pat ja ir redzamas pazīmes ārēji – pēc uzvedības, pēc izskata, pēc runas veida, viņas tik un tā mēģina noliegt šo problēmu un saka, ka viss kārtībā, es nelietoju, vai arī kaut kādus medikamentus šorīt lietoju.” (E_9)

Runājot par to, kuras sociālekonomiskās vai demogrāfiskās grupas sievietes biežāk grūtniecības laikā lieto dažādas atkarību izraisošas vielas, ekspertu viedoklis atšķiras. Eksperti, kuri ikdienā strādā ar sievietēm no sociāli nelabvēlīgām grupām, min, ka vairums šo sieviešu regulāri smēķē un lieto alkoholiskos dzērienus, kā arī turpina to darīt grūtniecības laikā.

„Nu, es domāju, ka no mūsu [Sociālā dienesta] klientiem 80% noteikti [lieto atkarību izraisošas vielas]. Smēķējušas noteikti. Viņas nepārtrauc īsti smēķēt. Nav tā, ka funkcionējoša, atbildīga mamma, iepriekš smēķētāja, mokās to nedēļu un pārtrauc smēķēt. Tur ir pilnīgi citi mehānismi, kas darbojas, un tas vispār netiek... reti kura pārtrauc. Arī narkotisko vielu lietotājas, viņas nemaz nevar tā pārtraukt. Sāksim ar to, ka viņas vispār, kamēr saprot, ka viņas ir bērnīņa gaidībās.” (E_8)

Savukārt eksperti, kuri ikdienā saskaras ar dažādu grupu sievietēm, kā riska faktorus atkarības vielu lietošanai min gan zemu izglītības līmeni, gan augstus ienākumus, vecumu līdz 20 gadiem un vecumu pēc 30 gadiem, nestabilas ģimenes attiecības, depresiju u.c.

„Godīgi sakot, sociālais stāvoklis pat šeit īpaši nav, nespēj gandrīz nekādu lomu. Protams, ir tā vieglāk uzskatīt, ka tie, kas varbūt ir sociāli tā kā, nu, kā maznodrošināti vai tā, tad viņi lieto tās atkarības vielas vairāk, bet īstenībā, tas tā nemaz nav. Jo tiešām ir ļoti daudzas sievietes, gan no vidējā slāņa, ja skatās pēc materiālā stāvokļa, gan arī

no augšējā slāņa, kas lieto tās atkarības vielas. Tas, manuprāt, nav atkarīgs no naudas lieluma, ja!” (E_7)

Dažkārt grūtniecība, iespējams, ir iestājusies, sievietei esot alkohola vai narkotisko vielu reibuma stāvoklī, un sieviete lieto atkarību izraisošas vielas, nemaz nezinot, ka ir stāvoklī. Eksperti arī atzīst, ka daļa no sievietēm, uzzinot, ka ir iestājusies grūtniecība, pārtrauc smēķēt vai lietot alkoholiskos dzērienus, vai vismaz samazina atkarības vielu lietošanas biežumu un/vai devu. Eksperti ir novērojuši, ka sievietes biežāk mēģina pārtraukt vai samazināt alkoholisko dzērienu lietošanu, bet attiecībā uz smēķēšanu un narkotisko vielu lietošanu vēlme pārtraukt nav tik izteikti vērojama.

„Ja pret smēķēšanu, man liekas, ka tiešām, ir tāda sajūta, ka kaut kā vieglprātīgāk tā kā izturas, jo tās sekas tik ļoti tā kā neizjūt, tad tomēr pret to alkoholu ir tāda piesardzīgāka attieksme un tur tomēr cenšas vismaz samazināt daudzumu vai biežumu.” (E_9)

„Es teiktu, ka tās, kuras lieto alkoholu varbūt tajā grūtniecības laikā ir tā kā augstāk motivētas tomēr savu slimību ārstēt. Vismaz grūtniecības laikā. Augstāk motivētas iet uz pilnu atturību.” (E_6)

Kā vēl vienu problēmu eksperti min sievietes pakļaušanu pasīvai smēķēšanai. Intervijās atklājas, ka pasīva smēķēšana bieži vien netiek uztverta kā drauds sievietes un gaidāmā bērna veselībai, un sievietes pasīvai smēķēšanai ir pakļautas gan savā dzīvesvietā, gan darbavietā, jo īpaši, ja sieviete pati ir smēķētāja.

„Zinot mūsu smēķēšanas paradumus Latvijā, es teiktu, ka laikam tuvu 100%, dāmas, kuras ir grūtnieces, ir pakļautas pasīvai smēķēšanai. Var jau būt, ka viņas tomēr nav tik daudzas...” (E_6)

„Diezgan daudzās ģimenēs tomēr jaunie tēvi smēķē vai nereti arī citi pieauguši ģimenes locekļi varētu smēķēt. Un, protams, to pasīvo smēķēšanu neuztver tik nopietni, ka tā atstāj tik nopietnu iespaidu uz māmiņu vai gaidāmo bērniņu, tāpēc viņi nemaina savus smēķēšanas paradumus, ja tā varētu teikt. Neiet smēķēt ārā, bet turpina smēķēt telpās kaut kādās, kas ir koplietošanā.” (E_9)

Apkopojot iemeslus, kurus sievietes ekspertiem ir minējušas kā šķēršļus atkarību izraisošo vielu pārtraukšanai, izkristalizējās divi galvenie iemesli: tieksme lietot konkrēto vielu un neizpratne par vielas ietekmi uz savu un gaidāmā bērna veselību. Tieksme lietot konkrēto atkarību izraisošo vielu kā galvenais šķērslis lietošanas pārtraukšanai ir raksturīga tām sievietēm, kurām atkarība jau ir noformējusies un kuras uzskata, ka viņas nespēj kontrolēt vielas lietošanu, tajā skaitā pārtraukt lietot vielu. Savukārt neizpratne par vielas ietekmi uz veselību tiek saistīta gan ar sievietes zemo izglītības un informētības līmeni, gan ar nevēlēšanos mainīt savus ikdienas paradumus tikai tāpēc, ka ir iestājusies grūtniecība.

„Viens no galvenajiem iemesliem ir šī tieksme, kas nav pakļauta gribai un kontrolei, tas ir tas tieksmes jeb vēlēšanās mehānisms, ko ar prātu vairs nevar regulēt. Tas arī tas

galvenais, kas nosaka to, ko viņas dara. Un otra lieta ir tā, ka, pārtraucot šo lietošanu, ir šie psihiskie un fiziskie simptomi vai pazīmes, kas ļoti pasliktina veselības stāvokli, tīri psiholoģiski un fiziski pacientei. Viņa to nevar izturēt, viņa ir hiperjūtīga, viņa to nevar izturēt, tāpēc viņa labāk atgriežas pie lietošanas.” (E_6)

Nevēlēšanos mainīt savus paradumus un tieksmi dzīvot saskaņā tikai ar savām vēlmēm eksperti raksturo kā mūsdienu fenomenu. Daudzām sievietēm ir vēlme baudīt dzīvi un turpināt to darīt arī grūtniecības laikā. Jo īpaši šī dzīves baudīšana attiecas uz alkohola lietošanu. Iedzeršana bieži vien tiek uzskatīta kā neatņemama nedēļas nogales, svētku sastāvdaļa, un nereti arī grūtnieces turpina svētkos vai pie maltītes izdzert kādu glāzi alkoholiska dzēriena, visbiežāk vīnu.

„Ir tāda diezgan liberāla attieksme pret to vīnu. Tas tiek popularizēts kā tāda skaista dzīves sastāvdaļa. Ja tā ir bijusi ģimene, kas ar tiem vīniem ir tā kā aizrāvusies un baudījusi, un tagad ir tā grūtniecība, it īpaši tas ir raksturīgs, vismaz es esmu dzirdējusi sarunās, sievietēm ap 30, 30+, kas tagad arī skaitās tās pirmreizējās māmiņas, ka viņām no sava vīna glāzes rituāla tagad atteikties dēļ grūtniecības liekas nu tā.” (E_5)

Iespējams, ka nevēlēšanās atturēties no alkohola lietošanas pilnībā grūtniecības laikā ir saistīta ar sieviešu zināšanu un informētības līmeni, jo eksperti uzskata, ka lielākajai daļai atkarību izraisošo vielu lietojošo sieviešu ir nepietiekams zināšanu līmenis par šo vielu ietekmi uz gaidāmā bērna veselību. Visdrīzāk sievietes zina, ka smēķēt, lietot alkoholu vai narkotiskās vielas grūtniecības laikā nedrīkst, taču nav informētas par konkrētiem augļa attīstības riskiem, ja māte grūtniecības laikā lieto atkarību izraisošas vielas. Tāpat vairums grūtnieču, kuras turpina lietot minētās vielas, apzinās, ka to nevajadzētu darīt, tomēr cer, ka viņu bērns piedzims vesels.

„Es domāju, ka tās [zināšanas] ir diezgan paviršas. Tās aprobežojas ar to, ka viņas zina, ka tas ir slikti. Bet kāpēc slikti un kāds varētu būt tas rezultāts, viņas nemaz tik dziļi nedomā. Viņas cer uz kaut kādu brīnumu, ka nu, ir taču dzirdēts un redzēts, ka tur dzerošai vai smēķējošai, vai narkotiku lietojošai sievietei piedzimst vesels bērniņš un gan jau man būs tāpat. Un es domāju, ka liela daļa no viņām nemēģina iedziļināties tajā un nemēģina par to domāt. Tā palauties uz tādu brīnumu, gan jau viss ar mani būs kārtībā.” (E_6)

Alkohola lietošanas popularitāti mūsu sabiedrībā apstiprina arī ekspertu teiktais, ka sievietes ārstam vai vecmātei bieži jautā, vai drīkst izdzert kādu glāzi alkoholu saturošu dzērienu grūtniecības laikā. Lai gan vairums ārstu ir informēti, ka alkohola grūtniecības laikā nav ieteicams lietot, eksperti zina gadījumus, kad grūtniecēm tiek atļauts kādu glāzi vīna vai alu svētku reizēs arī izdzert.

„Galvenais, lai tas nenotiek, piemēram, katru dienu. Lai tā nav tāda, nu, tiešām regulāra tā kā iedzeršana, ja. Jo tas varbūt, tiešām, ir vīns, sarkanvīns, it īpaši grūtniecēm

varbūt, nedaudz arī tā kā atslābina varbūt, uz dzemdībām, tad, nu tur varbūt, tie 50 gramu nav tik traki un viņi neko tā daudz nenodara.” (E_7)

„Un it īpaši arī ginekologi, par cik tie ir privātie ginekologi, kas apkalpo šīs te sievietes, kuras pašas var atļauties to vīnu nopirkt, tad tur ir diezgan liberāla attieksme no ginekologa puses. Tev nekas nebūs, ja tu..., ai, liecies mierā, protams, ka tu visu vari! Iedzer to vīna glāzi un nekas nebūs. To saka ginekologi, prestižās praksēs strādājošie.” (E_5)

Lai uzlabotu sieviešu un visas sabiedrības zināšanu līmeni par atkarības vielu lietošanas kaitīgumu grūtniecības periodā un šo vielu ietekmi uz gaidāmā bērna veselību, vairums ekspertu uzskata, ka nepieciešams daudz vairāk runāt par šiem jautājumiem un informācijai ir jābūt visaptverošai. Tomēr ekspertiem ir grūti nosaukt kādu konkrētu iestādi, institūciju, cilvēku, kurš būtu galvenais atbildīgais par informācijas nodošanu. Vairāki eksperti min, ka Veselības ministrija vai Slimību profilakses kontroles centrs varētu būt atbildīgi par informācijas nodošanu, savukārt citi kā galvenos atbildīgos min ģimenes ārstus un ginekologus. Daži intervētie eksperti uzsver, ka ļoti svarīgi ir panākt, lai sievietes vispār nesāk lietot atkarību izraisošas vielas, un tāpēc nedrīkst aizmirst, ka arī skolas pienākums ir izglītēt skolēnus par veselību ietekmējošiem faktoriem.

„Es pat nezinu... es nezinu [kam būtu jābūt atbildīgam par informācijas nodošanu]. Man liekas, ka Veselības ministrijai, ka tas arī ir tas. Noteikti ir arī svarīgi, ka arī paši ārsti par to medijos runā, ka viņi piemin. Teiksim ļoti daudz ir ginekologu intervijas žurnālos, tur „leva” un nezina kur tur, nu, teiksim, sieviešu medijos. Ik pa laikam tie ginekologi var iepilināt šādu informāciju, ka, piemēram, tā vīna glāze nav ļoti okei, vai, teiksim, smēķēšana tagad ir ļoti izplatīta un tomēr jāskatās.” (E_5)

„Vajag vairāk jauniešus izglītēt skolās. Taču ar to vien netiks līdzēts! Ir jābūt no visa. Ir valstij jārāda, ka mums tas interesē, ģimenei jārāda, ka mums tas interesē, lai ir vesela sabiedrība. Skolai jārāda. Ir jābūt aktīvam sabiedriskajam sektoram. Tam ir jābūt no visām pusēm. Tas ir jāpilina, jāpilina pa bišķiņam.” (E_1)

Runājot par labākajiem informācijas nodošanas kanāliem un veidiem par atkarības vielu lietošanas ietekmi uz bērnu, eksperti min televīzijas veidotus raidījumus, sociālas reklāmas, vides reklāmas, informāciju masu medijos, internetā un sociālos portālos, lekcijas izglītības iestādēs un topošo vecāku skolās, informatīvos materiālus, atbalsta grupas un palīdzības tālrunus. Taču vislabākais un efektīvākais informācijas nodošanas kanāls, pēc ekspertu domām, ir pats ārsts vai ārstniecības persona, kura uzrauga grūtniecības norisi.

„Es domāju, ka pēc visiem aptauju datiem, [cilvēki] ļoti tic tam aprūpes sniedzējam, ka tam ir liela loma” (E_3)

„Viens ir tas, ka noteikti varētu būt kaut kāda vienota formāta izglītojoša informācija caur ginekologiem. Viņi parasti arī aiziet kopā, nu, tēvs un māte, ginekoloģijas uzskaitē kad stājas grūtniecības laikā. Tad tur noteikti var iedot kaut ko rokās un izrunāt. Nu,

teiksim, gan tos zīdaiņu pēkšņās nāves riskus, kas saistīti ir ar smēķēšanu, gan alkohola lietošanu, kā ietekmē augļa attīstību. Tas būtu tāds vienkāršs lietojams, nezinu, tas varētu būt kāds buklets vai info lapa. Bet tam ginekologam vajadzētu veltīt vismaz 15 minūtes visu šo mēnešu laikā, izrunāt par tiem riskiem. Varbūt, ka tas pat ir pirmajā reizē, kad stājas tajā uzskaitē. Tas ir noteikti jāizrunā, jāparāda. Viņiem par to ir jāinformē. Tāpat, kā viņiem ir jāizstāsta par analizēm vai par skrīningiem – tas viņiem vienkārši noteikti ir jāizdara. Es domāju, ka to var izdarīt jebkurš ginekologs un tas neko valstij nemaksā, uztaisīt tādu materiālu.” (E_5)

Eksperti uzsver, ka informācijas nodošanas veids ir jāpielāgo mērķa grupas vajadzībām. Piemēram, labāk izglītotas sievietes, iespējams, vairāk uzrunās internetā publicēti raksti vai informatīvi televīzijas raidījumi, savukārt sievietes, kuras maz lasa un reti skatās televīziju, jo īpaši varētu uzrunāt ārsta vai citas uzticības personas individuāli sniegta informācija. Turklāt ārsts papildus mutiski sniegtai informācijai grūtniecei, kura lieto atkarību izraisošas vielas, var iedot drukātu materiālu „draudzīgā valodā” par vielu lietošanas pārtraukšanas nepieciešamību un pieejamajām palīdzības metodēm.

„Es teiktu, ka narkotiku lietojošās grupas sievietes uzrunā vairāk lūk šāda individuāli pieejama informācija no mutes mutē. Ja kāds kaut ko viņām pateiks tieši. Savukārt tās, kuras ir smēķējošas vai alkoholu lietojošas, tās vairāk informāciju varbūt pašas pameklēs.” (E_6)

Neinformētību par atkarības vielu lietošanas ietekmi uz gaidāmā bērna veselību veicina arī sabiedrības neviennozīmīgā pieeja smēķēšanas un alkohola lietošanas jautājumiem un ārstu nevēlēšanās nopietni pievērsties šī jautājuma risināšanai. Runājot par sabiedrības attieksmi pret atkarību izraisošo vielu lietojošām grūtniecēm, eksperti uzsver, ka vairums sabiedrības locekļu nosoda šādu rīcību, taču savu palīdzību vai atbalstu lietošanas pārtraukšanai piedāvā vien retais. Turklāt arī sabiedrības nosodījums bieži vien pašu grūtnieci nemaz nesasniedz, jo tas tiek izteikts garāmejot un nenāk no sievietei nozīmīgu cilvēku – vīra, bērna tēva, draugu, vecāku – pusēs.

„Nosodījums ir no kaimiņiem, no skolām, no līdzcilvēkiem, bet viņi nosoda formāli, ziņojot institūcijām, viņi neiesaistās blakus šīs problēmas risināšanā.” (E_8)

„Tas viss aprobežojas ar pie sevis to pabubināšanu, kaut kādu nosodījumu, pie sevis vienkārši padomāšanu, ka tas ir slikti.” (E_2)

Eksperti uzsver, ka sabiedrības paustais nosodījums, kam neseko konkrēta palīdzība, daļai grūtnieču var likt slēpt atkarības vielu lietošanu, proti, sieviete atkarības vielas lieto nevienam neredzot vai to līdzcilvēku vidū, kuri viņu nenesoda. Līdz ar to sabiedrība, nosodot grūtnieci, lielā mērā izolē viņu no informācijas par atkarības vielu lietošanas kaitīgumu un iespējamajām palīdzības metodēm.

„...viņas laikam arī apzināti norobežojas un viņu sociālā vidē nav tas nosodījums. [...] Un viņas arī uzskata jebkuru informāciju, par to, ka tev nevajadzētu smēķēt, jo tev mazs bērniņš, netieši kā uzbrukumu. Un tāpēc arī viņas slēpj ļoti daudz.” (E_8)

„Viņas kautrējas no šīs atkarības. Īpaši, es domāju, tās ir izglītotākas sievietes. Viņas saprot, ka tas ir nosodāmi un, ka viņas arī gana labi māc visu slēpt. Un viņa tev nenāks nekad uz vizīti nopīpējusies tepat aiz stūra. Viņa atnāks normāla un uzpīpēs pēc tam.” (E_3)

Lai gan ārstu viedoklī sievietes parasti ieklausās, reti sastopamas situācijas, kad kāds no speciālistiem, kurus grūtniecības laikā apmeklē sieviete, sniedz konkrētus priekšlikumus atkarības vielu lietošanas pārtraukšanai. Turklāt eksperti lielākoties šo fenomenu nesaista ar nepietiekamām ārstu zināšanām par atkarības vielu lietošanas ietekmi uz gaidāmā bērna veselību, bet gan ar ārstu nevēlēšanos risināt sievietes atkarības problēmas, aizņemotību un pievēršanos jautājumiem, ar kuriem sieviete ir ieradusies uz konkrēto vizīti.

„[...] es arī jūtu no mediķu puses, ka ir tādas kā bailes strādāt ar šo pacienšu kategoriju, kurai bez grūtniecības klāt ir vēl arī atkarība, jo tas visu procesu sarežģī, tas padara visu to tādu komplicētu, kur ir jāiesaista citi speciālisti. Tad vēl ir no pašu mediķu puses tā neticība, ka vispār kaut kas var izdoties, vai viņi vispār kaut ko ar to atkarību darīs. Tas apgrūtina.” (E_6)

„Es domāju, ka, principā zināšanas [par atkarību izraisošo vielu ietekmi] ir pietiekošas. Jautājums, vai mēs pietiekoši aktīvi ar tām savām pacientēm runājam? Jo, viena lieta ir uzzināt, ka viņas smēķē, otra lieta, katrā vizītē pajautāt: „Nu kā, cik tad tu esi samazinājusi? Un kurš būs tas datums, kad tu atmetīsi?” Nu varbūt, teiksim, tāda paklaušināšana, varbūt, pietrūkst.” (E_3)

Nevēlēšanos iesaistīties sievietes motivēšanā daļēji var izskaidrot ar daudzu ārstu nepietiekamām zināšanām par pieejamajām palīdzības metodēm. Arī vairums aptaujāto ekspertu atzīst, ka viņi nevar nosaukt vairākas atkarības vielu pārtraukšanas palīdzības metodes, valsts finansētas programmas vai ieteikt speciālistu, pie kura sieviete varētu doties, lai saņemtu nepieciešamo palīdzību.

„Informācijas ir ļoti maz [par pieejamajām atkarības pārtraukšanas programmām], ja!” (E_7)

„Es domāju par to nav informācijas vispār!” (E_5)

„Es pati nemaz nezinu!” (E_3)

Tāpat jautājums, vai grūtniecības laikā drīkst lietot nikotīnu aizvietojošo terapiju, metadonu vai buprenorfinu, ekspertiem raisa pārdomas. Lielākā daļa nevar atbildēt uz šo jautājumu, daļa intervēto ekspertu domā, ka nedrīkst lietot neko no minētā, savukārt daži atzīmē, ka atsevišķos gadījumos iepriekšminētās terapijas metodes drīkst nozīmēt.

Runājot par nepieciešamību uzlabot speciālistu zināšanas par atkarību izraisošo vielu ietekmi uz grūtniecības norisi, vairāki eksperti uzsver, ka jau šobrīd ikvienam interesentam, tajā skaitā ārstam, ir iespēja atrast nepieciešamo informāciju gan internetā, gan apmeklējot dažādus profesionālās pilnveides kursus. Tāpat ir iespējams piezvanīt citam ārstam vai speciālistam, lai izzinātu neskaidros jautājumus.

„Ja viņi nav zinoši, tad informācija mūsdienās ir ļoti labi pieejama. Un droši, droši to var izmantot un pārinterēsies. Vēl jau arī ir tas zvans draugam vai kolēģim, kur tu uzreiz vari informāciju dabūt.” (E_6)

Intervētie eksperti pieļauj, ka ārstiem būtu nepieciešams vairāk informācijas, kā atpazīt vielu lietošanu, kā runāt ar pacientiem, kuriem ir atkarības problēmas, kā motivēt pacientu pārtraukt vielu lietošanu. Neskatoties uz to, ka tikai pāris eksperti varēja nosaukt konkrētas atkarības ārstēšanas programmas, tikai daži min, ka būtu nepieciešams papildināt ārstu zināšanas arī par piedāvātajām valsts apmaksātām iespējām atkarības ārstēšanai.

„Kā runāt par to un kā atpazīt, un kā rīkoties, ja viņš zina, ka tā grūtniece tur tagad ir baigā smēķētāja un dzērāja, ko darīt un kur viņu sūtīt. Jo viņai jau nebūs tagad tik ļoti no svāra, ja viena tante atnāks un teiks: „tu zini, ka tu tagad nedrīksti pīpēt?” Viņai ir jāpiedāvā kaut kāda rehabilitācija. Nu ja tā nav, tad es domāju, ka tai runāšanai nekāda lielā jēga nebūs.” (E_5)

Runājot par efektīvākajiem informācijas nodošanas veidiem un kanāliem speciālistu auditorijai, eksperti uzskata, ka vislabāk ir informāciju nodot caur profesionālajām asociācijām, rīkojot asociāciju sēdes vai apmācības. Savukārt priekšlikumu izplatīt ārstu vidū informatīvos materiālus un ārstēšanas vadlīnijas vairums ekspertu vērtē negatīvi. Vairāki eksperti uzver, ka jau tagad ārstam ir iespējams atrast visu nepieciešamo informāciju, ja viņš to vēlas, un nav nepieciešams drukāt jaunus materiālus, jo tos tāpat vairums ārstu neizlasīs.

„Zini, kā ir ar tiem materiāliem. Mums lielākoties netiek izlasīti!” (E_3)

„Izglītojošas programmas ir pietiekoši. Tagad ir daudz visādi centri, kas nodarbojas ar izglītošanu. [...] Viss tas tiek dots, jautājums, kā es to pats pieņemu vai nepieņemu. Kā es to ziņu aiznesu tālāk. Lasīt tu vari bezjēgā.” (E_6)

Jautājot ekspertiem, kas tieši varētu motivēt sievieti pilnībā pārtraukt atkarības vielu lietošanu, visbiežāk tiek minēta pati grūtniecība vai gaidāmais bērns un sievietei tuvo cilvēku pamudinājums. Eksperti gan atzīmē, ka minētie faktori „strādā” tajos gadījumos, kad sieviete nav kļuvusi atkarīga no vielu lietošanas. Smagu atkarību gadījumos visdrīzāk sievietei nebūs motivācijas pārtraukt vielu lietošanu vai arī tā būs virspusēja.

Runājot par grūtniecību kā motivējošo faktoru, tiek minēti gadījumi, kad sieviete, uzzinot, ka ir stāvoklī, pārskata visus savus veselību ietekmējošos paradumus, un tos, kas varētu radīt kaitējumu gaidāmajam bērnam, cenšas mainīt, tajā skaitā pārtraucot smēķēt

un/vai lietot alkoholu, vai arī samazinot izsmēķēto cigarešu skaitu un/vai lietojot alkoholu retāk vai mazākās devās.

„To es arī esmu novērojusi savā paziņu lokā, ka jā, paliek stāvoklī, varbūt pat īsti nemēģina atmest smēķēšanu līdz tam un paliek sieviete stāvoklī un viss. Un viņa mierīgi nepīpē vairs un divas konkrēti zinu.” (E_1)

Tomēr ne visām motivētām grūtniecēm pašām ar saviem spēkiem izdodas pārtraukt smēķēt vai lietot alkoholu. Tāpēc ļoti svarīgs ir sievietei nozīmīgo cilvēku, piemēram, vīra, bērna tēva, vecāku, draudzeņu pamudinājums, atbalsts un ieteikumi palīdzības saņemšanai. Vairāki eksperti uzver, ka tieši ģimenei, sievietes apkārtējai videi ir izšķiroša loma tajā, vai viņai izdosies pilnībā pārtraukt atkarības vielu lietošanu.

„Ģimenes locekļiem būtu jābūt tik saprotošiem un atbalstošiem, ka viņi, ja redz, ja neizdodas (pārtraukt atkarības vielu lietošanu), ka viņi ir tie, kas var aizvest līdz speciālistam. Jo gala beigās narkologs Latvijā ir tiešās pieejamības speciālists, var bez jebkādiem nosūtījumiem pie viņa doties. Var arī iet uz privātiestādi, kur ir maksas pakalpojumi, ja tik ļoti baidās no tās konfidencialitātes zaudēšanas vai kaut kāda veida, teiksim, datu fiksēšanas, ja.” (E_6)

Jāatzīmē gan, ka nereti paši ģimenes locekļi lieto atkarības vielas vai ir līdzatkarīgi un šādos gadījumos palīdzība ir jāsaņem visai ģimenei. Vairums ekspertu uzskata, ka, ja sieviete ir apņēmusies pārtraukt atkarības vielu lietošanu un viņa saņem atbalstu no sev nozīmīgiem cilvēkiem, teorētiski ar Latvijā pieejamajām palīdzības metodēm ir iespējams to pārtraukt. Protams, ārstam ir nepieciešams atrast sievietei vispiemērotāko metodi un izskaidrot viņai ārstēšanas nosacījumus. Dažkārt par šķērslī nekavējošai terapijas uzsākšanai var būt ierobežotais valsts finansēto ārstēšanas vietu skaits un sievietes nespēja segt papildus ārstēšanās izmaksas, piemēram, iegādāties medikamentus vai samaksāt pacienta iemaksu.

„Nu ir tādi gadījumi, ka gada beigās ir beigušās kvotas. Šīs mammas, kā likums, nevar samaksāt. Tas ir viens no argumentiem, ka pašas viņas nevar apmaksāt, bet ir, līdz kaut kādam oktobrim pietiek vēl valsts apmaksātās. [...] Ja pašai ir jāveic līdzmaksājums, tad, protams, atkal prioritātes mainās, jo, kā jau es teicu, motivācija ir daļēja, virspusēja, formāla, plus, ja vēl finansiāli jāiegulda, tad tās nav.” (E_8)

„Ja mēs iedomājamies, ka kaut kāda alkohola atkarīga vai amfetamīna atkarīga grūtniece mums tagad uzsāktu detoksikāciju, izietu Minesotu, tālāk būtu jāliek rehabilitācijā uz 6 mēnešiem. Tur ir pakalpojumu grozs, kur ir noteikts vietu skaits un šī vieta var nebūt. Neatkarīgi no tā, ka viņa ir grūtniece, es viņai nevarēšu šo vietu piedāvāt. Tā kā ierobežots vietu skaits.” (E_6)

Tāpat ne visas terapijas metodes saņem valsts finansējumu, un gadījumos, kad sieviete izvēlas kādu no tām, par kurām valsts nemaksā, viņai pašai ir jāsedz visi izdevumi. Tomēr,

kā vēlreiz uzsver eksperti, ja sieviete ir motivēta pārtraukt atkarības vielu lietošanu, iespējas tiek piedāvātas. Galvenās raizes dara sievietes, kuras ne grūtniecība pati, ne gaidāmā bērna veselības stāvoklis, ne sievietei nozīmīgo cilvēku pamudinājums un arī ārstu aicinājums nespēj motivēt pārtraukt vielu lietošanu. Daļa ekspertu uzskata, ka šādas grūtnieces būtu jāsoda, piemēram, atņemot viņām kādu no valsts piešķirtajiem pabalstiem vai piemērojot administratīvu sodu par vardarbību pret vēl nedzimušu bērnu.

„Es uzskatu, ka vislabāk ir sodīt – vai nu tu saņemsi pabalstu, vai nesaņemsi pabalstu. Par pabalstiem gan viņas visas ļoti labi zina, kurā brīdī viņām kas pienāksies, ja. Tad kaut kā varbūt sasaistīt ar to, ka ir kaut kāds ekonomiskais sods. Jo, kaut vai, teiksim – obligāti ir jāiet pie sava ginekologa, obligāti ir jāiet pie sava ģimenes ārsta.” (E_5)

„Es domāju, ka – jā, varētu [sodīt], jo tomēr tas varbūt liktu kādai aizdomāties, vai izvērtēt vismaz, kur es smēķēju, cik bieži es smēķēju un tamlīdzīgi. [...] Tā ir atbildība tā cilvēka priekšā, kuru tu gaidi, kurš ir tevī. Nevar jau sodīt tikai par smēķēšanu, bet nesodīt arī par citām lietām [alkohola un narkotiku lietošanu], kas arī ļoti būtiski ietekmē.” (E_9)

Turpreti citi uzskata, ka sodu piemērošana neradīs sievietei motivāciju meklēt palīdzību, lai pārtrauktu vielu lietošanu. Sodīšanas vietā vajadzētu sievietei palīdzēt, sniedzot viņai nepieciešamo informāciju, atbalstu, terapiju.

„Jautājums, vai administratīvs, sevišķi administratīvais sods, vai tas palīdzēs viņai atmet smēķēšanu, pārtraukt lietot alkoholu? Mēs jau varam daudz ko nosodīt un sodīt. Un pieprasīt sodus un visu laiku maksāt tikai sodus. Jautājums ir, vai mēs pastiprinātu to vēlmi atteikties turpināt šīs darbības? Nu cik tu uzliksi, cik tad būs tas sods, par to smēķēšanu? Nu cik? 10 lati, 20 lati, nu? Protams, ka ir varbūt, ka ir jābūt kaut kādam simboliskam sodam, bet tas ir ļoti diskutabls jautājums. Un tad man atkal gribas runāt par to, kas ir viss pārējais apkārt. Cik daudz mēs šai sievietei palīdzam? Vai ģimene viņai palīdz? Vai viņai palīdz aprūpes speciālists, kurš viņu uzrauga, kurš katru mēnesi viņu redz šos 9 mēnešus? Vai viņai palīdz ģimenes ārsts? Patiesībā mums ir tik liels to personu loks, kas var palīdzēt. Bet nu, ja ir tā, kā ir, tad tomēr kaut kas nestrādā.” (E_1)

„Mēs esam ievērojuši, ka gluži pretēji, ka šīm atkarīgajām mammām, ja mēs samainām attieksmi un sagriežam to gadījumu vadīšanu uz to, vai tu gribi, lai tev palīdz, un kā tu domā, kā tev var palīdzēt, tas strādā labāk, nekā, ja mēs teiksim, ka ja tu neizdarīsi to un to, būs tas un tas. Viņa norobežojas, viņa sāk bēguļot, un viņa slēpj to. Tā, ka sodi neatrisinās šo situāciju.” (E_8)

Vairāki eksperti uzsver, ka gadījumos, kad atkarības vielu lietošanas dēļ sieviete nav spējīga nodrošināt bērnam pienācīgu aprūpi un audzināšanu, tiek izmantota „iebidēšanas taktika” – sieviete tiek aicināta iesaistīties kādā no atkarības ārstēšanas programmām, pretējā gadījumā draudot ar aprūpes tiesību atņemšanu. Jāatzīmē gan, ka šāda pieceja tiek

izmantota tikai tajos gadījumos, kad citas motivēšanas metodes nedarbojas un sieviete tiešām nav spējīga rūpēties par savu bērnu.

„Valstij nav piespiedu ārstēšana no atkarību izraisošām vielām. Mēs nevaram aiz rokas viņu aizvest. Mums šausmīgi smagi ar to iet. Šausmīgi smagi iet ar to. Tā, ka atkal šeit ir tie mehānismi, diemžēl drusku tāda burkāna-pātagas pieceja – ja tu darīsi to, bērniņš paliks tavā mājā.” (E_8)

Runājot par nepieciešamību veidot atsevišķus pakalpojumus vai centrus tikai grūtniecēm, kuras lieto atkarību izraisošas vielas, vairums ekspertu uzskata, ka tas nav nepieciešams. Viņuprāt, grūtniecēm nav nekādu specifisku vajadzību attiecībā uz atkarības ārstēšanu, tomēr viņi pieļauj, ka atsevišķos gadījumos varētu runāt par brīvāku ārstēšanās režīmu vai vairāk valsts apmaksātiem pakalpojumiem, piemēram, psihologa konsultācijām.

„Nu tak jau nē! Tad viņas nāktu ar zīmogu – es esmu atkarības vielu lietotāja. Parasti jau zini tās, tos, ko nosoda, viņus nevajadzētu koncentrēt nekādā veidā, lai apkārtējie viņus tā speciāli varētu atpazīt, kad viņi nāk uz šito te kliniku. Tā kā abortu klinikas Amerikā vai vēl kaut kur. Es domāju, tas ir līdzīgi, kā jauniešiem draudzīgi pakalpojumi, kad viņš var saņemt to pakalpojumu parastā kārtā, nepasakot visiem, ka viņam ir tāda problēma.” (E_3)

Interviju noslēgumā eksperti uzsver, ka svarīgi ir veikt izglītojošo darbu jau tad, kad sieviete vēl nav sākusi smēķēt, lietot alkoholu vai narkotiskās vielas, kā arī sabiedrībai ir nepārprotami jāliek saprast, ka valsts ir pret atkarību izraisošo vielu lietošanu un dara visu, lai savus iedzīvotājus no to radītā kaitējuma pasargātu. Saskaņā ar ekspertu teikto, tas nozīmē, ka ļoti būtiski ir veikt atkarības vielu profilaksi jauniešu vidū, izglītot sabiedrību kopumā par atkarību izraisošo vielu ietekmi uz organismu, kā arī noteikt dažādus ierobežojumus šo vielu izplatīšanai un sodīt to lietotājus. Vairākums ekspertu pozitīvi vērtē ideju par brīdinošu uzrakstu, piktogrammu izvietošanu uz alkoholisko dzērienu pudeļu etiķetēm, uzsverot, ka, iespējams, šāds solis aizkavēs kādu no alkohola iegādes.

„Tiešām, ja tā ir jauna sieviete, kas plāno grūtniecību, un viņa nopērk to vīna pudeli, un ierauga [piktogrammu], viņa varbūt arī pēc tam padomās, jā, es tur redzēju to uzlīmīti, varbūt man nevajag dzert.” (E_2)

Tāpat visi eksperti uzsver, ka regulāri būtu jāveic šādi un līdzīgi pētījumi vai aptaujas, lai novērtētu gan atkarības vielu lietošanas izplatību konkrētu sabiedrības grupu vidū, gan īstenoto veselības veicināšanas un informēšanas aktivitāšu devumu.

7. Diskusija

Kaut arī Latvijas Republikas Veselības ministrija 2012. gadā kā prioritāti bija izvirzījusi mātes un bērna veselības uzlabošanu, un Mātes un bērna veselības uzlabošanas plānā (Latvijas Republikas Ministru kabinets, 2012) paredzējusi vairākus pasākumus jauno vecāku izglītošanā, smēķējošo un alkohola lietojošo grūtnieču skaits valstī saglabājas augsts. Pētījuma rezultāti liecina, ka grūtniecības laikā smēķē 9,5% sieviešu, bet 17,3% sieviešu ir lietojušas alkoholu saturošus dzērienus.

Tā kā Latvijā līdz šim nav bijusi veikta aptauja par sieviešu atkarības vielu lietošanas paradumiem grūtniecības laikā, šajā pētījumā iegūtos datus nevar salīdzināt ar iepriekš veiktajiem pētījumiem, lai analizētu atkarību izraisošo vielu lietošanas tendences un izplatību. Taču pētījuma datus var salīdzināt ar Jaundzimušo reģistra datiem un citās valstīs veikto pētījumu datiem.

Salīdzinot šajā pētījumā iegūto informāciju par atkarību izraisošo vielu izplatību grūtnieču vidū ar citās valstīs veikto pētījumu datiem, jāsecina, ka Latvijā smēķē 9,5% grūtnieču, kas ir aptuveni tik pat daudz grūtnieču kā Slovēnijā (11%), bet alkoholu grūtniecības laikā turpina lietot gandrīz tikpat daudz sieviešu kā Krievijā (šajā pētījumā – 17,3%, Krievijā – 20%) (Zeitlin J et al, 2013; Balachova T et al, 2011). Jāatzīmē gan, ka literatūrā tiek minēts, ka patiesais atkarības vielu lietotāju skaits ir daudz lielāks, jo respondenti bieži neatklāj ne intervētājiem, ne ārstiem paradumus, kas sabiedrībā var tikt nosodīti (Czeizel AE et al, 2004; Wallace C et al, 2007). Arī šī pētījuma ietvaros vairākas respondentes atzina, ka ārstu nav informējušas par saviem smēķēšanas vai alkohola lietošanas paradumiem. Līdz ar to var secināt, ka patiesais atkarību izraisošo vielu lietotāju skaits ir lielāks nekā šajā pētījumā vai Jaundzimušo reģistrā minēts.

Salīdzinot šī pētījuma rezultātus ar Jaundzimušo reģistra datiem, var secināt, ka tabakas produktu un narkotisko vai psihotropo vielu lietošanas izplatības rādītāji ir līdzīgi, taču būtiskas atšķirības pastāv alkohola lietošanas izplatības rādītājos. Aptaujas laikā 17,3% sieviešu atzina, ka grūtniecības laikā ir lietojušas alkoholu saturošus dzērienus, savukārt Jaundzimušo reģistra dati liecina, ka alkoholu ir lietojušas 0,2% grūtnieču. Balstoties uz padziļinātām intervijām ar sievietēm un ekspertiem, jāsecina, ka ārsti ne vienmēr sievieti izvaicā par alkohola lietošanu un nereti medicīniskajā dokumentācijā atzīmē, ka sieviete alkoholu nelieto, lai gan viņa ārstu ir informējusi par saviem alkohola lietošanas paradumiem. Turklāt paši ārsti dažkārt mēdz ieteikt sievietei lietot alkoholu nelielos daudzumos, lai veicinātu dzemdību sākšanos vai mazinātu grūtniecības izraisītas nepatīkamas sajūtas. Tas nozīmē, ka ārstu vidū, līdzīgi kā sabiedrībā kopumā, pastāv neviennozīmīga attieksme pret alkohola lietošanu. Mazās devās tā nereti tiek akceptēta pat grūtniecības laikā. Līdz ar to ļoti būtiski ir

noteikt valsts nostāju šajā jautājumā – vai grūtniecības laikā ir atļauts lietot alkoholu un, ja tas ir atļauts, kāda ir maksimālā pieļaujamā deva.

Līdzīgi kā citu valstu pētījumos, arī šajā pētījumā atklāts, ka pastāv būtiskas atšķirības smēķēšanas izplatībā starp dažāda vecuma grupu grūtniecēm – smēķēšana ir daudz biežāk sastopams paradums starp gados jaunākām grūtniecēm (The Health and Social Care Information Centre, 2008; Tong VT et al, 2009). Pētnieki uzskata, ka gados jaunākām grūtniecēm smēķēšana nereti ir norma un palīdz iederēties starp vienaudžiem, turklāt visai bieži grūtnieces, kas jaunākas par 20 gadiem, ir no ģimenēm ar zemāku sociālekonomisko stāvokli un viņu vecāki arī smēķē (Radley A et al, 2013; Rasmussen M et al, 2013). Tādu apgalvojumu apstiprina arī šī pētījuma rezultāti – smēķē 7 no 10 sievietēm, kurām ir nepabeigta pamatizglītība vai iegūta tikai pamatizglītība un trešā daļa (36,8%) grūtnieču ar zemiem ienākumiem. Tāpat vairākas sievietes interviju laikā atzina, ka smēķēšana un alkohola lietošana palīdz viņām pārvarēt stresu, kuru izraisa gan apkārtējie apstākļi, gan pati grūtniecība. Literatūrā minēts, ka bieži vien tieši gados jaunākām grūtniecēm alkohola un tabakas produktu lietošana palīdz pārvarēt stresu, kas saistīts ar sociālās lomas maiņu, proti, kļūšanu par māti (Watt MH et al, 2014).

Lai gan šī pētījuma rezultāti liecina, ka daļa sieviešu, uzzinot, ka ir stāvoklī, maina savus smēķēšanas paradumus, lielākoties tas notiek tikai 2. grūtniecības trimestrī. Tas nozīmē, ka lielākā daļa sieviešu, kuras smēķēja vismaz reizi nedēļā vai pat katru dienu pirms grūtniecības iestāšanās, turpina smēķēt vismaz reizi nedēļā grūtniecības pirmajos mēnešos. Sākot ar otro grūtniecības trimestri jeb 4. grūtniecības mēnesi, gandrīz puse (45,8%) grūtnieču ir pārtraukušas lietot tabakas produktus, bet katra trešā (30,5%) to turpina darīt katru vai gandrīz katru dienu līdz pat dzemdībām. Iespējams, ka sievietēm ir bijuši nepieciešami vairāki mēneši, lai pakāpeniski saviem spēkiem pārtrauktu smēķēt vai pieņemtu domu, ka viņas ir stāvoklī un smēķēšana ir jāpārtrauc. Tāpat iespējams, ka sievietes uz šādu rīcību ir pamudinājis ģimenes locekļu, draugu, ginekologa vai ģimenes ārsta ieteikums vai arī informācija par smēķēšanas negatīvo ietekmi uz grūtniecības norisi un gaidāmā bērna veselību. Jāatzīst gan, ka veselības aprūpes personāls nepietiekami aktīvi iesaistās grūtnieču motivēšanā pārtraukt lietot atkarību izraisošas vielas, jo ginekologi tikai katrai otrajai smēķējošajai grūtniecei bija ieteikuši pārtraukt lietot tabakas izstrādājumus vai samazināt izsmēķēto cigarešu skaitu, bet ģimenes ārsti – tikai katrai 5 smēķējošajai grūtniecei.

Attiecībā uz alkohola lietošanu ārstniecības personas vēl retāk ir ieteikušas to pārtraukt vai samazināt patēriņu. Šādu padomu ir saņēmušas tikai 9,5% sieviešu. Iespējams, ka ārsts sievieti nemaz nav sīkāk iztaujājis par alkohola lietošanas paradumiem, jo nav uzskatījis, ka viņa varētu būt problemātiska alkohola lietotāja. Literatūrā ir minēts, ka vairums ārstu un māsu neizmanto iespēju sieviešu iztaujāšanā par alkohola lietošanas paradumiem uzdot jautājumus, kas iekļauti kādā no alkohola lietošanas

skrīninga instrumentiem, lai gan tie ir bez maksas pieejami internetā un ir pierādījuši savu efektivitāti alkohola lietošanas paradumu noskaidrošanā (Davis PM et al, 2008; Goodman DJ & Wolff KB, 2013; Burns E et al, 2010). Iespējams, daudzas ārstniecības personas nav informētas par šādu skrīninga instrumentu esamību, kā arī kopumā viņu zināšanas par iespējamajām palīdzības metodēm ir ierobežotas. Pētnieki norāda, ka jau medicīnas studiju laikā topošajiem ārstiem un māsām tiek sniegta nepilnvērtīga informācija par atkarības veidošanās procesu un atkarīgas personas būtību, kā arī netieši tiek veidota negatīva attieksme pret dažādām atkarībām (Marchall VJ et al, 2012). Tāpat ārstniecības personas bieži nezina par pieejamajām palīdzības metodēm un citu speciālistu sniegtajiem pakalpojumiem atkarības ārstēšanai (Sudraba V, 2013; Rapley T et al, 2006; Kelleher S & Cotter P, 2009). Velga Sudraba, kas sava promocijas darba ietvaros veikusi ārstu aptauju par narkotiskā pacientu ārstēšanu Latvijā, norāda, ka ārsti nezina visas pieejamās ārstēšanas metodes: 96,8% zina par detoksikācijas metodi, 86,3% par suģestijas metodi bez medikamenta ievadīšanas un Minesotas programmu, 82,1% ir informēti par suģestijas metodi ar depo preparāta iešūšanu zemādā, 69,3% zina par aizvietojošo terapiju, 67,9% – par suģestiju ar medikamenta ievadīšanu i/v un 62,6% zina par narkomānu kopienām. Savukārt 1,0% ārstu atzīmēja, ka nav informēti ne par vienu no narkotiskās palīdzības metodēm (Sudraba V., 2013). Jāatzīmē, ka minētajā aptaujā jautājumi netika uzdoti ginekologiem, taču pētījumā tika iekļauti ģimenes ārsti, pediatri un interno specialitāšu ārsti, kuru zināšanas par pieejamajām palīdzības metodēm bija zemākas kā vidēji starp visiem aptaujajajiem ārstiem (Sudraba V., 2013). Arī šī pētījuma ietvaros veiktajās intervijās ar ekspertiem, atklājās, ka vairums ārstu nezina, kādas atkarības vielu pārtraukšanas metodes Latvijā ir pieejamas, un kur viņi varētu ieteikt sievietei vērsties pēc palīdzības, tāpēc nav pārsteigums, ka vizītes laikā ārsts par šiem jautājumiem nerunā. Tikai katra otrā sieviete apstiprina, ka ārsts viņai ir izstāstījis par atkarību izraisošo vielu ietekmi uz gaidāmā bērna veselību un attīstību.

Nereti ārstiem ir visai liberāla attieksme pret alkohola lietošanu grūtniecības laikā. Vairākas intervētās sievietes ir saņēmušas ārsta „atļauju” nelielās devās lietot alkoholu grūtniecības laikā. Turklāt vairākām sievietēm ārsti pat ir ieteikuši lietot alkoholu, lai veicinātu dzemdību sākšanos vai mazinātu grūtniecības izraisītas nepatīkamas sajūtas, piemēram, tirpšanas sajūtu rokās. Iespējams, tas ir viens no iemesliem, kāpēc šī pētījuma dati rāda, ka pēdējā grūtniecības trimestrī, salīdzinot ar otro trimestri, ir nedaudz pieaudzis to sieviešu skaits, kuras lietojušas alkoholu saturošus dzērienus. Kopumā gandrīz 60% to sieviešu, kuras pirms grūtniecības iestāšanās ir lietojušas alkoholu, uzzinot, ka ir stāvoklī, ir pilnībā pārtraukušas lietot jebkādus alkoholiskos dzērienus. Bažas gan rada fakts, ka trīs mēnešus pirms grūtniecības iestāšanās alkoholu ir lietojušas 71% aptaujāto sieviešu, kas nozīmē, ka daļa no viņām alkoholu, iespējams, ir lietojušas arī grūtniecības sākumā – no bērna ieņemšanas brīža līdz grūtniecības apstiprināšanas brīdim.

Līdzīgi kā Zviedrijā veiktajā pētījumā, arī šajā pētījumā vairums sieviešu, kuras turpināja lietot alkoholu grūtniecības laikā, to ir darījušas tikai dažas reizes grūtniecības laikā (Skagerstrom J et al, 2013). Visiecinātākie dzērieni ir vīns un alus. Jo īpaši vīnu sievietes nereti uzskata par vieglu alkoholisko dzērienu, tam piedēvējot pat veselību veicinošas īpašības (Meurk CS et al, 2014). Arī šajā pētījumā veikto interviju laikā vairākas sievietes norādīja, ka galvenokārt dzer labu vīnu, jo tas var uzlabot asinsriti un skābekļa piegādi mazulim. Mūsdienu sabiedrībā vīns simbolizē sievišķīgumu un tā lietošana pakāpeniski kļūst par neatņemamu svētku un pat ikdienas maltīšu sastāvdaļu. Turklāt sievietes runā par vīna glāzēm, ko ir izdzērušas, nepievēršot uzmanību etanola saturam vīnā. Līdz ar to, jo īpaši būtisks ir izglītojošais darbs par alkohola ietekmi uz gaidāmā bērna veselību un grūtniecības norisi.

Austrālijā, ASV un Zviedrijā veiktajos pētījumos alkoholu biežāk grūtniecības laikā lietoja vecākas un labāk izglītotas sievietes, kuras dzīvoja pilsētā (Wallace C et al, 2007; Anderson AE et al, 2013, Skagerstrom J et al, 2013; Centers for Disease Control and Prevention, 2012), savukārt Ukrainā un Krievijā veiktajos pētījumos alkoholu grūtniecības laikā visbiežāk lietoja vientuļas sievietes ar zemāku izglītības līmeni, kuras dzīvoja lauku reģionos (Chambers C et al, 2013; Balachova T et al, 2011). Šī pētījuma rezultāti liecina, ka Latvijā ir izplatīta alkohola lietošana gan labi izglītotu un turīgu sieviešu vidū, gan arī sieviešu ar pamatskolas izglītību vidū. Iespējams, ka abām šīm grupām ir atšķirīgi dzeršanas paradumi (biežums, deva, alkohola veids), kurus ārstniecības personai būtu jānoskaidro vizītes laikā.

Narkotisko un psihotropo vielu lietošana kā sabiedrības, tā arī grūtnieču vidū ir daudz retāk izplatīta nekā tabakas produktu un alkohola lietošana. Šī pētījuma rezultāti liecina, ka narkotiskās vielas grūtniecības laikā ir lietojušas 0,3% sieviešu. Tomēr, līdzīgi kā alkohola un tabakas produktu lietotājas, arī narkotisko vielu lietotājas mēdz mainīt savus vielu lietošanas paradumus, uzzinot, ka ir stāvoklī. Interviju laikā atklāts, ka 3 no intervētām 6 sievietēm tieši grūtniecība pamudinājusi vērsties pie narkologa, kā rezultātā divas ir uzsākušas metadona terapiju, bet viena – izgājusi detoksikācijas kursu un pārtraukusi heroīna lietošanu. Jāatzīmē, ka trīs intervētās narkotiskās vielas lietojošās sievietes grūtniecības uzskaitē ir stājušās novēloti un viena sieviete vispār nav bijusi pie ginekologa grūtniecības laikā. Pārējās divas sievietes ir uzzinājušas grūtniecības faktu apmēram 8. grūtniecības nedēļā, kad katru dienu bija jau lietojušas narkotiskās vielas. Tāpēc īpaši svarīgi par narkotisko vielu ietekmi uz bērnu un grūtniecības norisi un pieejamajām ārstniecības metodēm ir izglītēt sociālos darbiniekus un citus speciālistus, piemēram, narkologus un infektologus, kuriem visbiežāk ir saskare ar narkotisko vielu lietotājām pirms viņām iestājas grūtniecība. Šie speciālisti visdrīzāk var motivēt sievieti uzsākt ārstēšanos vai doties pie ginekologa, lai savlaicīgi stātos uzskaitē.

Satraucošs ir fakts, ka trīs ceturtdaļas respondentu (72,1%) nezina, kur grūtnieces ar atkarību izraisīto vielu lietošanas problēmu var vērsties pēc palīdzības. Iespējams, tieši tādēļ vairākums no aptaujātajām sievietēm (88,3%) atbalsta ideju, ka būtu nepieciešams izveidot atsevišķas ārstēšanas programmas sievietēm, kuras lieto atkarību izraisīto vielas. Pretējās domās ir vairums aptaujāto ekspertu, kuri uzskata, ka atsevišķas ārstniecības programmas grūtniecēm nav nepieciešams veidot. Šī pētījuma autoru aplūkotojās citu valstu vadlīnijās lielākoties ir norādīts, ka sievietei, kurai ir kādu vielu lietošanas atkarība, ir jānozīmē viņai piemērota ārstēšana, kas var būt gan psihologa konsultācija, gan metadona terapija, gan nikotīnu aizvietojošie plāksteri, gan pašpalīdzības grupas (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2010; Canadian Health Authority; The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2010). Grūtniecību uzraugošais speciālists ir tas, kurš izlemj, kāda metode sievietei būtu nepieciešama vai ar kuru speciālistu viņai būtu jākonsultējas. Papildus ārstēšanai svarīgi, ka sievietei ir pieejami viņas izglītības līmenim atbilstoši informatīvie materiāli, kuros sniegtas atbildes uz viņu interesējošiem jautājumiem, piemēram, kā pārvarēt stresu bez atkarību izraisīto vielu lietošanas, kā mazināt grūtniecības izraisītu toksikozi bez tabakas produktu lietošanas, kādu atbalstu var sniegt sievietes ģimenes locekļi, tai skaitā bērna tēvs (Borland T et al, 2013; Quinn G et al, 2006; National Health Service, 2009). Dažās valstīs tiek izmēģinātas arī tādas metodes kā bonusu piešķiršana (piemēram, maltīte, dāvanu karte) par atkarību izraisīto vielu nelietošanu. Arī šāda metode tiek atzīta par efektīvu, jo īpaši motivētāku un izglītotāku sieviešu vidū (Radley A et al, 2013).

Grūtniecība ir pārmaiņu periods sievietes dzīvē, kad viņa maina savu sociālo lomu un saskaras ar sabiedrības gaidām attiecībā uz mātes lomu. Šis ir arī laiks, ko daudzas sievietes dēvē par „pārmaiņu punktu”, kad vecie paradumi tiek atmesti, bet to vietā nāk rūpes par bērna veselību un labklājību. Pētnieki uzsver, ka šis ir laiks, kuru speciālistiem ir jāizmanto, lai mudinātu sievieti izvēlēties veselīgu dzīvesveidu, tajā skaitā, atkarību izraisīto vielu lietošanas pārtraukšanu (Skagerstrom J et al, 2013; Radcliffe P, 2011). Svarīga loma sievietes motivēšanā ir ārstam vai vecmātei, kura uzrauga grūtniecību un regulāri tiekas ar grūtnieci, jo daudzas sievietes ieklausās ārsta teiktajā (Radcliffe P, 2011). Turklāt ārstam vienlīdz nopietni būtu jāiztaujā jebkura vecuma un sociālekonomiskā stāvokļa grūtniece, jo gan šī pētījuma dati, gan citās valstīs veikto pētījumu rezultāti liecina, ka atkarību izraisīto vielu lietošana ir izplatīta visās vecuma un sociālekonomiskā stāvokļa grupās (Anderson AE et al, 2013; Wallace C et al, 2007).

Kā viens no šī pētījuma ierobežojošajiem faktoriem ir tas, ka aptauja tika veikta vienā ārstniecības iestādē – Rīgas pašvaldības SIA „Rīgas Dzemdību nams”, tomēr jāatzīmē, ka šī ir Latvijā lielākā dzemdību palīdzības un perinatālas aprūpes iestāde, kurā tiek pieņemtas aptuveni trešdaļa no visām dzemdībām valstī (Rīgas dzemdību nams, 2014). Turklāt šī pētījuma dati papildus tika salīdzināti ar Jaundzimušo reģistra

datiem. Tāpat par pētījuma ierobežojošo faktoru var uzskatīt to, ka sievietes atbildēja uz intervētāja uzdotajiem jautājumiem. Pētnieki uzskata, ka nereti respondenti slēpj tos paradumus, kas sabiedrības acīs netiek atbalstīti un tāpēc intervētājiem tiek sniegtas sabiedrībā vēlamas atbildes (Wallace C et al, 2007; Czeizel AE et al, 2004). Tas nozīmē, ka patiesais atkarību izraisīto vielu lietotāju skaits grūtniecības laikā varētu būt lielāks, nekā šajā pētījumā atklāts. Kā trešais ierobežojošais faktors varētu būt tas, ka 42% no uzrunātajām sievietēm atteicās atbildēt uz intervētāju jautājumiem, norādot, ka nav laika atbildēt (25%), nevēlas atbildēt (11%) vai ka ir nogurusi (6%). Iespējams, ka sievietēm, kuras atteicās atbildēt, ir citi veselības paradumi nekā sievietēm, kuras piedalījās aptaujā.

8. Secinājumi

Smēķēšana

1. Ceturtā daļa sieviešu (25,1%) pirms grūtniecības ir izsmēķējušas vismaz vienu cigareti. Grūtniecības laikā smēķējusi katra desmitā sieviete (9,5%). Citu tabakas izstrādājumu lietošana sastopama reti. Pieaugot vecumam, smēķējušo sieviešu īpatsvars samazinās (vecumā līdz 24 gadiem smēķējušas gandrīz puse (43,8%) sieviešu). Smēķējušo sieviešu īpatsvars samazinās arī, paaugstinoties sieviešu izglītības vai ienākumu līmenim,
2. Gandrīz pusei (40,7%) grūtniecības laikā smēķējušo sieviešu neviena nav ieteicis atstāt šo paradumu. Sievietes, kuras mēģinājušas atstāt smēķēšanu grūtniecības laikā, specifisku palīdzību smēķēšanas atmešanai nav meklējušas.
3. Pasīvajai smēķēšanai mājās ik dienas bijusi pakļauta katra desmitā sieviete (9,4%). Savukārt sievietes, kuras pašas izsmēķējušas kaut vienu cigareti grūtniecības laikā, bijušas pakļautas pasīvai smēķēšanai 45,6% gadījumu.

Alkohola lietošana

4. Kaut reizi grūtniecības laikā alkoholu lietojušas piektdaļa sieviešu (17,3%). Starp minēto paradumu un sieviešu vecumu, izglītību, ienākumiem vai dzīvesvietu būtiskas sakarības nav identificētas. Grūtniecības laikā sievietes lielākoties ir lietojušas vīnu.
5. Vairumam sieviešu (89,6%), kuras grūtniecības laikā lietojušas alkoholu, neviena nav ieteicis to pārtraukt. Sievietes, kuras grūtniecības laikā pārtraukušas alkohola lietošanu, pēc speciālistu palīdzības nav vērsušās.

Narkotisko vielu lietošana

6. Narkotisko vai psihotropo vielu lietošana īsi pirms grūtniecības iestāšanās un/vai grūtniecības laikā sieviešu vidū ir zema (0,5% lietojušas amfetamīna tipa stimulantus, 0,3% marihuānu vai hašišu, 0,2% opioīdus).
7. Sievietēm, kuras grūtniecības laikā lietoja narkotiskās vielas, neviena ārstniecības persona nav ieteikusi to pārtraukt.

Atkarības vielu lietošanas pārtraukšana

8. Gandrīz visām sievietēm (92,4%) grūtniecības laikā ārstniecības personāls (ārsti, vecmāte, sociālie darbinieki, psihologi u.tml.) ir jautājis par atkarību izraisošo vielu lietošanu. Nav atrasta statistiski nozīmīga sakarība starp minēto faktoru (vai ir uzdoti jautājumi) un sieviešu vecumu, izglītības līmeni, ienākumu līmeni vai dzīvesvietu.
9. Trīs ceturtdaļas respondenšu (72,1%) un vairākums sieviešu, kuras piedalījās padziļinātajās intervijās, nezina, kur grūtnieces ar atkarību izraisošo vielu lietošanas problēmu var vērsties pēc palīdzības.

10. Padziļinātajās intervijās eksperti puda viedokli, ka, iespējams, vairākums ģimenes ārstu un ginekologu nav pilnībā informēti par valstī pieejamajām atkarības ārstēšanas programmām.

Atkarības vielu lietošanas ietekme uz veselību

11. Sievietes uzskata, ka smēķēšana ir mazāk kaitīgs paradums, alkohola lietošana ir kaitīgāka, savukārt narkotisko vielu lietošana rada vislielākos draudus grūtniecībai un gaidāmajam bērnam.
12. Sievietes uzskata, ka tipiskākās veselības problēmas smēķēšanas gadījumā ir elpošanas traucējumi bērnam; alkohola lietošanas gadījumā – attīstības traucējumi bērnam; narkotisko vielu lietošanas gadījumā – attīstības problēmas un iedzimtas anomālijas bērnam.
13. Vairums (88,7%) sieviešu piekrīt apgalvojumam, ka gaidāmā bērna veselību nelabvēlīgi ietekmē jebkāda alkohola daudzuma patēriņš grūtniecības laikā. Apgalvojumam, ka neliela vieglā alkohola daudzuma lietošana grūtniecības laikā neietekmē gaidāmā bērna veselību, piekrīt desmitā daļa sieviešu (12,9%); ka neliela stipro alkoholisko dzērienu deva nav kaitīga, piekrīt 1,5% sieviešu; ka vidēja alkohola deva nav kaitīga, uzskata 1,2% sieviešu.
14. Grūtniecību uzraugošais veselības aprūpes profesionālis sniedzis informāciju par atkarību izraisošo vielu lietošanas ietekmi uz gaidāmā bērna veselību tikai nedaudz vairāk kā pusei sieviešu. Biežāk sievietes informētas par smēķēšanas kaitīgumu (57,4%), retāk – par alkohola (54,8%) vai narkotisko / psihotropo vielu (53,7%) ietekmi. Sievietes ar augstākiem ienākumiem retāk saņem informāciju par atkarību izraisošo vielu lietošanas kaitīgumu. Saistībā ar vecumu, izglītības līmeni vai dzīvesvietu nozīmīgas sakarības nav atrastas.

Profilakses iespējas

15. Vairums sieviešu atbalsta speciālu, sievietēm paredzētu ārstēšanas programmu izveidi, un vecuma, no kura atļautu alkohola iegādi, paaugstināšanu līdz 21 gadam.
16. Informāciju par atkarību izraisošo vielu lietošanas kaitīgumu grūtniecības laikā vēlamā sniegt izmantojot interneta vidi (93,7%), televīziju (84,2%) un ārstu konsultācijas (83,1%).
17. Ekspertu un intervēto sieviešu viedoklis nav vienots jautājumā par administratīvo sodu piemērošanu sievietēm, kuras grūtniecības laikā smēķē. Daļa sieviešu un ekspertu uzskata, ka šādas sievietes vajag sodīt, savukārt pārējie eksperti un sievietes uzsver, ka sodi nebūs efektīvi. Vairums intervēto sieviešu ierosina sodu aizstāt ar iespēju ārstēties no tabakas atkarības.
18. Eksperti uzskata, ka vislabāk speciālistus izglītot, sniedzot informāciju profesionālo asociāciju rīkotajās sēdēs vai organizējot apmācības.
19. Vairākas intervētās sievietes un eksperti uzskata, ka ir nepieciešams izglītēt sievietes par atkarību izraisošo vielu ietekmi uz grūtniecības procesu un bērna attīstību vēl pirms bērna ieņemšanas, lai sieviete jau savlaicīgi pārtrauktu vielu lietošanu.

Literatūras saraksts

1. Agency for Healthcare Research and Quality. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. // 2008:167.
2. Anderson AE, Hure JA, Forder P, Powers JR, Kay-Lambkin FJ, Loxton DJ. Predictors of antenatal alcohol use among Australian women: a prospective cohort study // BJOG 2013; 120: 1369-1370.
3. Australian Government National Health and Medical Research Council. Australian guidelines to reduce health risks from drinking alcohol // National Health and Medical Research Council; 2009:79-94.
4. Balachova T, Bonner B, Chaffin M, Bard M, Isurina G, Tsvetkova L et al. Women's alcohol consumption and risk for alcohol-exposed pregnancies in Russia // Addiction 2011; 107: 113.
5. Bhuvaneswar CH, Chang G, Epstein LA, Stern TA. Cocaine and opioid use during pregnancy: prevalence and management. // The Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry 2008; 10 (1): 59-66.
6. Bordens KS, Korovitz IA. Social Psychology // Mahwah, NJ, USA: Lawrence Erlbaum Associates, Incorporated 2000; 529.
7. Borland T, Babayan A, Irfan S, Schwartz R. Exploring the adequacy of smoking cessation support for pregnant and postpartum women. // BMC Public Health 2013; 13:472-473, 479.
8. Buja A, Guarnieri E, Forza G, Tognazzo F, Sandona P, Zampieron A. Socio-demographic factors and processes associated with stages of change for smoking cessation in pregnant versus non-pregnant women. // BMC Women's Health 2011; 11:3.
9. Burns E, Gray R, Smith LA. Brief screening questionnaires to identify problem drinking during pregnancy: a systematic review // Addiction 2010; 105: 608-610.
10. Canadian Health Authority. Helping women quit: a guide for non-cessation workers // [online] Pieejams URL: http://www.ades.bc.ca/assets/pdf%27s/Helping_Women_Quit_Guide.pdf
11. Centers for Disease Control and Prevention. Alcohol use and binge drinking among women of childbearing age – United States, 2006-2010 // 2012; 61(28): 534-538.
12. Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Health Statistics. National Vital Statistics Reports. Births: Final Data for 2005. // December 5, 2007; 56 (6): 14-16
13. Centre for Addiction and Mental Health. Canadian Smoking Cessation Guideline. Specific Populations: Pregnant & Breastfeeding Women 2011 // 2011: 3-4.

14. Chamberlain C, O'Mara-Eves A, Oliver S, Caird JR, Perlen SM, Eades SJ et al. Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy // Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, 10.
15. Chang JC, Dado D, Frankel RM, Rodrigues KL, Zickmund S, Ling BS et al. When pregnant patients disclose substance use: missed opportunities for behavior change counseling. // Patient Education and Counseling 2008; 72(3): 397.
16. Chazeron I, Llorca P, Ughetto S, Vendittelli F, Boussiron D, Sapin V et al. Is pregnancy the time to change alcohol consumption habits in France? // Alcoholism: Clinical and Experimental Research 2008; 32 (5): 869-870.
17. Commonwealth of Australia. National clinical guidelines for the management of drug use during pregnancy, birth and the early development years of the newborn. // NSW Department of Health; 2006: 116.
18. Czeizel AE, Petik D, Puho E. Smoking and alcohol drinking during pregnancy. The reliability of retrospective maternal self-reported information. // Central European Journal of Public Health 2004; 12(4): 179-183
19. Davis PM, Carr TL, La CB. Needs assessment and current practice of alcohol risk assessment of pregnant women and women of childbearing age by primary health care professionals // Canadian Journal of Clinical Pharmacology 2008; 15(2): e218-e220.
20. Goodman DJ, Wolff KB. Screening for substance abuse in women's health: a public health imperative // Journal of Midwifery & Women's Health 2013 // 58: 279.
21. Hackshaw A., Rodeck C., Boniface S. Maternal smoking in pregnancy and birth defects: a systematic review based on 173687 malformed cases and 11.7 million controls // Human Reproduction Update, 2011: 16.
22. Kelleher S, Cotter P. A descriptive study on emergency department doctors' and nurses' knowledge and attitudes concerning substance use and substance users. // International Emergency Nursing 2009; 17(1): 3-14.
23. Kelly Y, Sacker A, Gray R, Kelly J, Wolke D, Quigley MA. Light drinking in pregnancy, a risk for behavioural problems and cognitive deficit at 3 years of age? // International Journal of Epidemiology 2009; 38:132-134.
24. Kristjanson AF, Wilsnack SC, Zvartau E, Tsoy M, Novikov B. Alcohol use in pregnant and nonpregnant Russian women // Alcoholism: Clinical and Experimental Research 2007; 31(2): 302-304.
25. Latvijas Republikas Ministru kabinets. Ministru kabineta 2012. gada 19. jūnija rīkojums Nr.269 „Mātes un bērna veselības uzlabošanas plāns 2012.–2014. gadam” // Latvijas Vēstnesis, 21.06.2012; 97 (4700).
26. Latvijas Veselības aprūpes statistikas gadagrāmata 2012 // Slimību profilakses un kontroles centrs – 14. izdevums. Rīga, 2013: 254 - 264.

27. Lynagh M, Bonevski B, Sanson-Fisher R, Symonds I, Scott A., Hall A et al. An RCT protocol of varying financial incentive amounts for smoking cessation among pregnant women. // BMC Public Health 2012; 12:1032-1033.
28. Marchall VJ, Mcluaflin-Jones TL, Kalu N, Kwagyan J, Scott DM, Cain G et al. Screening, brief intervention and referral to treatment: public health training for primary care. // American Journal of Public Health 2012; 22:e30 – e36.
29. Meurk CS, Broom A, Adams J, Hall W, Lucke J. Factors influencing women's decision to drink alcohol during pregnancy: findings of a qualitative study with implications for health communication // BMC Pregnancy and Childbirth 2014, 14: 5-11.
30. National Health Service. The pregnancy book. 2009 // Department of Health; 2009: 32.
31. National Institute for Health and Clinical Excellence. Quitting smoking in pregnancy and following childbirth. 2010 // NICE public health guidance 26; 2010: 7.
32. Ortendahl M, Uttermalm A, Simonsson B, Nasman P, Wallsten T. Estimated time for occurrence of smoking-related consequences among pregnant and non-pregnant women // International Journal of Environmental Research and Public Health 2009; 6:1673.
33. Pudule I., Grinberga D., Velika B., Villeruša A. Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums 2012 // Slimību profilakses un kontroles centrs, Rīga, 2013: 23.
34. Pulsifer MB, Butz AM, O'Reilly Foran M, Belcher HME. Prenatal drug exposure: effects on cognitive functioning at 5 years of age // Clinical Pediatrics 2008; 47(1): 58-65.
35. Quinn G, Ellison BB, Meade C, Roach CN, Lopez E, Albrecht T et al. Adapting Smoking Relapse-Prevention Materials for Pregnant and Postpartum Women: Formative Research // Maternal and Child Health Journal 2006; 10(3): 239-243.
36. Radcliffe P. Motherhood, pregnancy, and the negotiation of identity: The moral career of drug treatment // Social Science & Medicine 2011; 72: 987-990.
37. Radley A, Ballard P, Eadie D, MacAskill S, Donnelly L, Tappin D. Give It Up For Baby: outcomes and factors influencing uptake of a pilot smoking cessation incentive scheme for pregnant women. // BMC Public Health 2013; 13: 343.
38. Rapley T, May C, Kaner EF. Still a difficult business? Negotiating alcohol-related problems in general practice consultations. // Social Science & Medicine 2006; 63(9): 2418–2428.
39. Rasmussen M, Lilienthal Heitmann B, Tonnesen H. Effectiveness of the Gold Standard Programmes (GSP) for Smoking Cessation in Pregnant and Non-Pregnant Women. // International Journal of Environmental Research and Public Health 2013; 10: 3659-3664.

40. Rīgas Dzemdību nams. [online] <http://www.dzemdibu-nams.lv/lv/info/rigas-dzemdibu-nams-29/> (skat. 31.07.2014)
41. Sayal K, Draper ES, Fraser R, Barrow M, Smith GD, Gray R. Light drinking in pregnancy and mid-childhood mental health and learning outcomes // Archives of Disease in Childhood 2013; 98: 107-111.
42. Skagerstrom J, Alehagen S, Haggstrom-Nordin E, Arestedt K, Nilsen P. Prevalence of alcohol use before and during pregnancy and predictors of drinking during pregnancy: a cross sectional study in Sweden // BMC Public Health 2013; 13: 5-8.
43. Sudraba V. Narkoloģisko pacientu terapija un psihosociālās funkcionēšanas spēju izmaiņas dinamikā. // Rīgas Stradiņa universitātes promocijas darbs, Rīga, 2013: 89, 118, 137.
44. Slimību profilakses un kontroles centrs. Situācija narkomānijas problēmas jomā Latvijā 2011. gadā. Nacionālais ziņojums // Slimību profilakses un kontroles centrs, Rīga, 2012: 17-19.
45. Stade BC, Bailey C, Dzendoletas D, Sgro M, Dowswell T, Bennett D. Psychological and/or educational interventions for reducing alcohol consumption in pregnant women and women planning pregnancy (review) // The Cochrane Library 2009; 2: 3-28.
46. Substance Abuse and Mental Health Services Administration Center for Behavioral Health Statistics and Quality (SAMHSA). Results from the 2011 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings, // 2012: 23.
47. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies. NSDUH Report: Substance use during pregnancy and following childbirth 2009 // Rockville, MD; 2009. URL: <http://www.samhsa.gov/data/2k9/135/PregWo-SubUse.htm>.
48. Šulca L. Augļa alkohola sindroms // AIPAP: Aktuāla informācija par atkarības vielām 2011; 2:3-4.
49. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Smoking cessation during pregnancy // Committee Opinion No.471, November 2010: 471.
50. The Health and Social Care Information Centre. Statistics on smoking: England, 2008 // 2008: 7-10.
51. Tong VT, Jones JR, Dietz PM, D'Angelo D, Bombard JM. Trends in smoking before, during and after pregnancy – Pregnancy risk assessment monitoring system (PRAMS). United States 31 sites. 2000-2005 // Morbidity and mortality weekly report. Centers for disease control and prevention, 2009.
52. U.S. Department of Health and Human Services. Women and Smoking: A Report of the Surgeon General. 2001 // Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for

Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2001: 7-16, 277-306.

53. Wallace C, Burns L, Gilmour S, Hutchinson D. Substance use, psychological distress and violence among pregnant and breastfeeding Australian women // Australian and New Zealand Journal of Public Health 2007; 31(1): 51-56.

54. Watt MH, Eaton LA, Choi KW, Velloza J, Kalichman SC, Skinner D et al. „It's better for me to drink, at least the stress is going away”: Perspectives on alcohol use during pregnancy among South African women attending drinking establishments // Social Science & Medicine 2014; 116: 121-124.

55. Zeitlin J, Mohangoo A, Delnord M, Alexander S, Blondel B, Bouvier-Colle MH et al. European Perinatal health report. Health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010 // 2013: 64-65.

56. Zīle I. Iedzimto anomāliju biežuma un ar to saistīto faktoru epidemioloģiskā analīze Latvijā // Rīgas Stradiņa universitātes promocijas darbs, Rīga, 2013: 84-85.