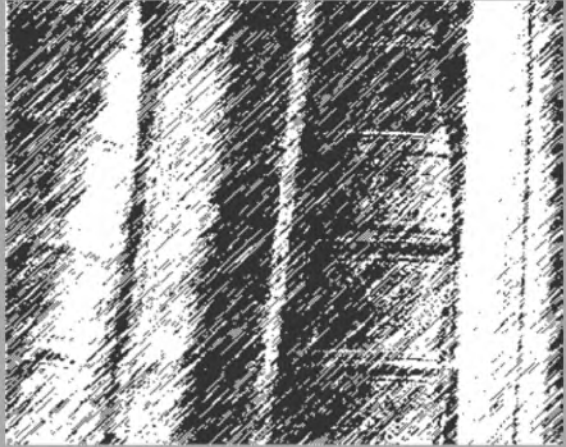




ANNA TOPORSKA

Wiedza kobiet na temat zachowań zdrowotnych w okresie ciąży i porodu

The knowledge of women on healthy behaviours in the period of pregnancy and confinement

Abstract: The article presents the studies concerning the knowledge of women on healthy behaviours in the period of pregnancy and confinement. The author concentrates on medical care in the period of pregnancy, nourishment, substance, hygiene, physical activity, sexual life and breast feeding.

Key words: motherhood, healthy behaviours, lifestyle, medical care, nourishment, substances, hygiene, physical activity.

Macierzyństwo i ojcostwo jest unikatowym, niepowtarzalnym wydarzeniem w życiu kobiety i mężczyzny, zarówno planujących pierwszą ciążę, jak i posiadających już potomstwo. Odpowiedzialne rodzicielstwo wyznacza przyszłym rodzicom priorytety, związane z właściwym przygotowaniem ich organizmów do planowanej ciąży i jej przebiegu.

Rodzicielstwo wiąże się z pewnymi prawami i obowiązkami wobec dzieci. Dbłość przyszłych rodziców o własne zdrowie przed ciążą, a także w czasie jej trwania jest wyrazem właściwie rozumianej rodzicielskiej troski o dobro dziecka. To od zdrowia, postaw oraz zachowań zdrowotnych kobiety i mężczyzny zależy w dużej mierze rozwój fizyczny i psychiczny ich dziecka. Popelniane błędy czy zaniedbania mogą się przyczynić do różnorodnych kłopotów lub powikłań. Wprawdzie to kobieta nosi pod swoim sercem dziecko przez okres ciąży, ale czas ten i pojawiające się w nim problemy powinni przeżywać oboje rodzice, ponieważ przyjęcie takiej postawy sprzyja zarówno harmonii układu rodzinnego, jak i rozwojowi dziecka (Łe p e c k a - K l u s e k, 2003, s. 116).

Dbłość o zdrowie, postawy i zachowania zdrowotne wiążą się ze stylem życia, czyli całokształtem cech charakterystycznych dla zachowania się jednostki, ujawniającym się zwłaszcza w życiu codziennym, w sposobie odżywiania się, spędzania czasu wolnego, aktywności fizycznej, stosunkach międzyludzkich itp. (*Nowa encyklopedia powszechna PWN*, 1997, s. 301).

Zachowania zdrowotne określa się jako postępowanie, działania (lub ich zaniechanie), które bezpośrednio lub pośrednio wpływają na zdrowie i samopoczucie człowieka. Zachowania te można podzielić na zachowania sprzyjające zdrowiu (prozdrowotne, pozytywne) i zagrażające zdrowiu (antyzdrowotne, negatywne). Do pierwszej grupy zaliczamy: aktywność fizyczną, racjonalne odżywianie się, dbłość o higienę ciała i otoczenia, higienę psychiczną, zachowanie bezpieczeństwa, poddawanie się okresowym badaniom stanu zdrowia oraz utrzymywanie właściwych relacji między ludźmi, optymalizacja stresu i radzenie sobie z nim (W o y n a r o w s k a, S o k o ł o w s k a, 2000, s. 15) oraz właściwy odpoczynek i posiadanie jakiegoś hobby (G a w ę c k i, M o s s o r - P i e t r a s z e w s k a, 2004, s. 4). Zachowania biopozytywne wykazują pozytywny wpływ na stan zdrowia człowieka, mają na celu lub dają w efekcie podtrzymanie, umacnianie, przywracanie zdrowia i sprawności (K u l i k, L a t a l s k i, 2002, s. 75–76). Zachowania antyzydrowotne to: palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, używanie innych substancji psychoaktywnych, ryzykowne zachowania seksualne (W o y n a r o w s k a, S o k o ł o w s k a, 2000, s. 15). Zachowania bionegatywne niekorzystnie wpływają na zdrowie, wywołują chorobę lub utratę sprawności, utrudniają profilaktykę, wczesną diagnozę oraz opóźniają proces leczenia i rehabilitacji (K u l i k, L a t a l s k i, 2002, s. 75–76).

Zachowania zdrowotne, czyli związane ze zdrowiem, to jakiegokolwiek zachowania lub aktywność człowieka, będące elementem codziennego życia, a ponadto wpływające na stan jego zdrowia. Działania te polegają na praktycznym zastosowaniu przez jednostkę wiedzy na temat zdrowia i choroby, stanowią przedmiot względnie wolnych, indywidualnych decyzji i wyborów (Kulik, Latański, 2002, s. 75–76).

Człowiek odziedziczył zdolność przekazywania życia innym osobnikom, zapewniając w ten sposób ciągłość gatunku. Dziedzictwo to można doskonalić staraniem obojga partnerów o zdrowie przed planowaną ciążą, w czasie jej trwania i po niej, z wykorzystaniem wszystkich środków współczesnej wiedzy (Roszkowski, 1989, s. 6).

Organizm kobiety stanowi dla płodu idealne środowisko wzrostu i rozwoju, nienarodzone dziecko może korzystać z funkcjonowania organów matki. W związku z tym wszelkie zmiany w organizmie kobiety – zarówno korzystne, jak i niekorzystne – mają wpływ na rozwój dziecka. Tylko zdrowa kobieta jest w stanie dać nienarodzonemu dziecku optymalne warunki rozwoju. Dlatego istotne jest, aby wśród ciężarnych i planujących ciążę kobiet prowadzić badania, które miałyby umożliwić ocenę stanu ich wiedzy na temat zachowań zdrowotnych oraz podnoszenie poziomu tej wiedzy dzięki edukacji zdrowotnej.

Badania przeprowadzono na populacji 100 respondentek: 43 kobiet ciężarnych oraz 57 kobiet po porodzie (położnic), w wieku 19–40 lat. Materiał badawczy na temat wiedzy kobiet o zachowaniach zdrowotnych w okresie ciąży i porożu zebrano za pomocą specjalnie opracowanego narzędzia badawczego, jakim był kwestionariusz ankiety.

Czas oczekiwania na narodziny dziecka jest najczęściej okresem największej motywacji rodziców do zdobywania wiedzy na temat zdrowia mającego urodzić się dziecka, a także własnego zdrowia. Edukacja w tym okresie jest bardzo efektywną formą podnoszenia poziomu wiedzy przyszłych rodziców, uczenia ich nowych umiejętności, kształtowania pozytywnych postaw wobec dziecka, wobec partnera, porodu i rodzicielstwa oraz promowania zachowań zdrowotnych (Oppenheim, 1994, s. 228). Wiedza kobiet, dotycząca zachowań zdrowotnych w okresie ciąży i porożu oraz jej zastosowanie w praktyce życia codziennego zawierała elementy stylu życia, takie jak: opieka medyczna, odżywianie, higiena, aktywność fizyczna, życie seksualne i stosowanie używek.

Opieka medyczna w okresie ciąży i porodu

Opieka prenatalna jest pierwszą fazą opieki matki nad dzieckiem. Regularne wizyty u lekarza ginekologa, monitorowanie przebiegu ciąży, stanu zdrowia płodu i kobiety ciężarnej, błyskawiczne reagowanie na niepokojące symptomy – to wszystko daje szansę nie tylko na urodzenie zdrowego dziecka, ale też na prawidłowy przebieg porodu (M u r a w s k i, 2005, s. 75). Wszelkie działania kobiet w czasie ciąży powinny opierać się na zdobytej wiedzy, dotyczącej tego okresu.

Wiedza kobiet na temat czasu trwania ciąży fizjologicznej jest dobra: 87 respondentek podawało, że ciąża trwa 40 tygodni, licząc od pierwszego dnia ostatniej miesiączki, 6 kobiet twierdziło, iż ciąża trwa dłużej niż 40 tygodni, a 5 – że krócej. Tylko 2 respondenci nie wiedziały, jak długo trwa ciąża fizjologiczna kobiety.

W opinii 89 respondentek liczba wizyt kontrolnych w czasie trwania ciąży powinna wynosić co najmniej 13, natomiast 10 kobiet uważało, że wystarczy 1 wizyta w miesiącu, o ile lekarz nie zaleca inaczej, 1 respondentka stwierdziła, że wizyty powinny odbywać się w razie wystąpienia dolegliwości.

Kobieta spodziewająca się dziecka powinna znać objawy, których wystąpienie wymaga natychmiastowego kontaktu z lekarzem, a jeśli jest to niemożliwe – zgłoszenia się do szpitala (C h a z a n, 1994, s. 179).

Wszystkie badane kobiety uznały, że wskazaniem do wizyty u lekarza jest brak ruchów dziecka, 99 kobiet wymieniło plamienie lub krwawienie z dróg rodnych, a 97 kobiet – stały ból brzucha lub bolesne odczuwanie skurczów. Zwiększona ilość płynnej wydzieliny z pochwy jest wskazaniem do wizyty według 70 kobiet, nieco mniej, bo 68% ankietowanych wskazało stały, silny ból głowy, 66 kobiet uznało, że obrzęki, które nie znikają po wypoczynku nocnym, są wskazaniem do kontaktu z lekarzem prowadzącym ciążę. Wzrost temperatury powyżej 37,5°C jako sygnał do wizyty kontrolnej wskazało 55 kobiet, a nudności i wymioty – 37 respondentek. Wśród ankietowanych znalazły się 2 kobiety, w opinii których bezsenność, ogólny niepokój i podwyższone ciśnienie krwi są wskazaniem do wizyty u lekarza prowadzącego ciążę.

Zastosowanie ultrasonografii w położnictwie pozwala lekarzom ocenić, czy rozwój ciąży i jej przebieg jest prawidłowy, czy płód nie wykazuje wad wrodzonych, czy nie zagraża mu jakieś niebezpieczeństwo. Głowica aparatu USG wysyła fale dźwiękowe o bardzo wysokiej częstotliwości, których komputerowo przetworzone odbicia dają na monitorze obraz narządów wewnętrznych. Zarysy widoczne na ekranie nie są więc praw-

dziwym obrazem płodu, a jedynie wizualizacją efektu odbicia fal ultradźwiękowych (*Encyklopedia zdrowia dziecka*, 1999, s. 88; Kornas-Biel, 1993, s. 87–88). Badanie USG powinno być przeprowadzane jedynie ze wskazań lekarskich. Do chwili obecnej nie stwierdzono szkodliwości fal dźwiękowych dla płodu, co wcale nie oznacza, że badanie jest całkowicie bezpieczne. W piśmiennictwie medycznym wskazuje się na możliwy związek między częstymi badaniami USG w ciąży a pewnymi zaburzeniami układu nerwowego dzieci, np. dysleksją. Jednak zagadnienie to wymaga przeprowadzenia jeszcze wielu naukowych analiz, aby potwierdzić lub wykluczyć postawioną hipotezę. Badanie USG stało się w Polsce bardzo popularne, obecnie prawie każda ciężarna kobieta poddaje mu się chociaż raz (*Encyklopedia zdrowia dziecka*, 1999, s. 85–88). Wszystkie respondentki uznały, że każda kobieta ciężarna powinna mieć wykonane takie badanie.

Poród jest jednym z najważniejszych przeżyć w życiu kobiety i mężczyzny. Zwłaszcza dla przyszłej matki może być doznaniem ekstatycznym, żadne inne doznanie nie pozwala na tak silne odczucie biologicznej żywotności własnego organizmu, chociaż wiele kobiet traktuje poród jako koszmar, którego nie chciałyby powtórzyć. Akt porodu kojarzony jest z potwornym bólem, co wywołuje silny lęk, napięcie, a tym samym większą bolesność skurczów i inne dolegliwości (Kornas-Biel, 1993, s. 62). Część kobiet (82 badane) kojarzy poród z bólem, a część (79 badanych) – z radością. Dla 47 kobiet chwila porodu wiąże się z odczuwaniem lęku, natomiast dla 44 – z ulgą. 36 respondentek uznało, że poród kojarzy im się z satysfakcją, 13 kobiet kojarzy z przerażeniem, 2 kobiety wiążą poród z przykrością oraz taka sama liczba kobiet – ze strachem o dziecko. Zaledwie 1 kobieta wiąże poród z poczuciem dumy z dziecka oraz 1 kobieta narodziny dziecka kojarzy z upokorzeniem.

Połogiem określa się okres 6–8 tygodni po porodzie, w czasie którego ustępują zmiany powstałe w organizmie kobiety podczas ciąży i porodu oraz występuje laktacja i wznowienie czynności hormonalnej jajników (Marianowski, 2005, s. 77). Podobnie jak w wypadku określania czasu trwania ciąży fizjologicznej u kobiety zdecydowana większość badanych (89 osób) połów definiowała poprawnie, zgodnie z przedstawioną wcześniej definicją. Z okresem karmienia noworodka na żądanie kojarzy połów 5 kobiet, natomiast 3 osoby ankietowane uznały, że połów to zmiany następujące w układzie rozrodczym kobiety, 3 kobiety zaś nie umiały odpowiedzieć na pytanie, co nazywamy połogiem. Większość badanych (72 osoby), czas trwania połogu określiła prawidłowo jako 6–8 tygodni od chwili porodu. 14 respondentek nie wiedziało, ile trwa okres połogu, 10 badanych kobiet uznało, że okres ten trwa 4 tygodnie. Znikoma liczba ankietowa-

nych (2 osoby) określiła ten czas jako 6 miesięcy od chwili porodu, a 2 pozostałe uznały, że połóg trwa tylko 2 godziny od chwili porodu.

W czasie porodu mogą wystąpić objawy, o których kobieta powinna poinformować lekarza ginekologa i które są wskazaniem do wizyty u specjalisty (M a r i a n o w s k i, 2005, s. 79). Większość badanych, czyli 92 respondentki, uznała, że wskazaniem do wizyty u lekarza ginekologa jest obfite krwawienie z dróg rodnych, natomiast 80 kobiet jako powód wizyty u lekarza wskazało na cuchnące odchody lub brak wydzieliny. Podobna liczba respondentek (78) stwierdziła, iż utrzymujący się ból w dole brzucha lub w kroczu oraz zaczerwienienie rany pooperacyjnej lub kroczu są sygnałem do wizyty u lekarza. W opinii 67 ankietowanych kobiet wskazaniem do wizyty kontrolnej jest podwyższona temperatura, dla 43 respondentek takim wskazaniem byłby ból, obrzęk i zaczerwienienie w okolicy kończyn dolnych, 34 badane kobiety za dolegliwość, która jest wskazaniem do skontaktowania się z lekarzem, uznały zaburzenia w karmieniu piersią.

Pierwsza po narodzinach dziecka wizyta kontrolna u lekarza ginekologa powinna się odbyć po wystąpieniu pierwszej miesiączki po porodzie, lecz nie później niż 6–8 tygodni od chwili porodu (S t e r n a l, B i ń k o w s k a, S t a r z y k a, 1991, s. 131). Większość respondentek (73 osoby) prawidłowo wskazała czas pierwszej wizyty kontrolnej, 20 osób ankietowanych stwierdziło, że pierwsza wizyta kontrolna powinna odbyć się po 2 tygodniach od porodu, 6 kobiet uznało, że po 6 miesiącach, a 1 kobieta nie wiedziała, kiedy powinna się odbyć pierwsza wizyta.

Dla zdecydowanej większości badanych (84 kobiet) źródłem informacji o zachowaniach zdrowotnych i przebiegu ciąży, porodu i porodu były książki, literatura fachowa, dla 72 ankietowanych był nim lekarz, a dla 58 – prasa. Blisko połowa ankietowanych (45 kobiet) stwierdziła, że źródłem informacji o zachowaniach zdrowotnych i okresie ciąży, porodu i porodu jest rodzina i znajomi, dla 24 respondentek takim źródłem były położne. W grupie badawczej znalazło się 12 osób, które czerpały informacje z Internetu, 2 kobiety stwierdziły, że źródłem wiedzy były dla nich doświadczenia z poprzedniej ciąży.

Większość ankietowanych (60 kobiet), aby potwierdzić ciążę, odwiedziła lekarza ginekologa-położnika tuż po spodziewanym terminie krwawienia miesięcznego, 36 kobiet udało się na wizytę po 1–2 miesiącach, 4 osoby po 3 miesiącach i później.

Częstotliwość wizyt lekarskich w czasie ciąży przedstawiała się w badanej grupie następująco: 60 kobiet – 6–12 wizyt, 34 kobiety – powyżej 13 wizyt, 5 kobiet – 1–5 wizyt, 1 kobieta nie pamiętała liczby wizyt.

Wykonywanie badań kontrolnych w czasie trwania ciąży jest istotne dla oceny dobrostanu ciężarnej i płodu. Do grupy badań, które w czasie

ciąży wykonało 100 kobiet, należą: morfologia krwi, ogólne badanie moczu i badanie USG. Statystyka pozostałych badań przedstawia się następująco: 83 kobiety wykonały badanie na poziom glukozy we krwi, 75 miało wykonane badanie KTG (kardiotokograficzne), 73 – badanie na obecność antygenu Hbs, 71 – test ciążowy. Większość badanych (66 kobiet) wykonała test obciążenia glukozą, 65 kobiet zrobiło badanie grupy krwi i czynnika Rh, 58 kobiet miało wykonaną cytologię w czasie ciąży. Połowa respondentek poddała się badaniu na odczyny kiłowe (WR), 47 kobiet wykonało wymaz na czystość pochwy, 46 kobiet zrobiło badanie na przeciwciała toksoplazmozy, 38 – na przeciwciała różyczki. Niewiele, bo tylko 7 kobiet, wykonało badania na obecność wirusa HIV, 2 kobiety miały wykonane następujące badania: próby wątrobowe (ALAT, ASPAT), hormony tarczycy (TSH, FT3, FT4), przeciwciała anty-CMV (cytomegalowirusa). W grupie badanych znalazła się 1 osoba, która miała wykonany rezonans magnetyczny, oraz 1, której wykonano test Inslera (test na krytalizację).

Obecnie prawie każda kobieta ciężarna przynajmniej raz poddaje się badaniu USG. Liczba i czas wykonywanych badań ultrasonograficznych zależą od przebiegu ciąży i w pewnej mierze od zapatrywań lekarza. Specjaliści uważają, że każda kobieta podczas ciąży powinna mieć choć raz wykonane USG, a kolejne badania w razie potrzeby. Rozsądne wydaje się wykonanie tego badania trzykrotnie w czasie ciąży, czyli raz w każdym trymestrze. W I trymestrze ciąży USG pozwala stwierdzić:

- czy rzeczywiście ciąża wystąpiła i czy rozwija się prawidłowo, jest to istotne zwłaszcza przy objawach zagrażającego poronienia lub podejrzeniu ciąży pozamacicznej,
- w którym tygodniu ciąży jest pacjentka, jeśli nie zna ona dokładnego terminu ostatniej miesiączki lub jeśli cykle były nieregularne,
- jaki będzie przewidywany termin porodu,
- czy ciąża jest pojedyncza czy mnoga,
- czy płód nie ma poważnych wad rozwojowych.

Badanie ultrasonograficzne w II trymestrze ciąży odgrywa ważną rolę w diagnostyce prenatalnej, wspomagając badania krwi matki (test potrójny), co pozwala na ocenę budowy płodu i wykrycie wrodzonych wad rozwojowych. W tym czasie pod kontrolą aparatury USG możliwe jest pobieranie materiału do badań genetycznych – amnioskopia i biopsja trofoblastu. Ocenia się również ilość płynu owodniowego oraz ewentualne związane z tym nieprawidłowości (małowodzie lub wielowodzie), a także niewydolność szyjki macicy. USG w ostatnim trymestrze pozwala ocenić położenie i przypuszczalną wagę płodu oraz usadowienie łożyska. Wykonanie tego badania przed porodem pomaga w podjęciu decyzji dotyczącej

porodu siłami natury czy wykonania cięcia cesarskiego (*Encyklopedia zdrowia dziecka*, 1999, s. 85–88).

W grupie respondentek częstotliwość badania USG przedstawia się następująco: 92 kobiety poddały się badaniu więcej niż 4 razy, 7 kobiet – 3 razy, 1 kobieta nie pamiętała liczby badań.

W okresie ciąży zachodzi ryzyko wystąpienia zaburzeń w gospodarce wapniowo-fosforowej i hormonalnej, w wyniku których mogą powstać uszkodzenia kośćca i zębów zarówno płodu, jak i kobiety ciężarnej (J a ń - c z u k K., J a ń c z u k Z., 1991, s. 143). Dlatego istotne jest, aby kobiety spodziewające się dziecka dbały o prawidłową higienę zębów, jak również korzystały z wizyt kontrolnych u stomatologa.

Z opieki stomatologicznej w czasie trwania ciąży korzystała tylko nieco więcej niż połowa respondentek (53 kobiety).

Kobieta ciężarna uczestnicząc w zajęciach szkoły rodzenia uzyskuje fachową pomoc w wyjaśnieniu wielu wątpliwości związanych z ciążą. Zajęcia dotyczą przebiegu ciąży, porodu i porodu, a także aktywności fizycznej i nauki właściwego relaksu, co sprzyja zmniejszeniu lęku kobiety przed nieznanym. Część zajęć poświęcona jest problemom natury psychologicznej związanej z okresem prenatalnym, okołoporodowym, jak również poporodowym (B a n a s z a k - Ż a k, 2003, s. 19). Przyszli rodzice biorąc udział w zajęciach szkoły rodzenia mogą właściwie przygotować się do porodu, odzyskać spokój i pewność siebie, otrzymać wiedzę i umiejętności, które sprawia, że poród okaże się mniej bolesny, a początek macierzyństwa i ojcostwa będzie spokojniejszy (T e l e ż y ń s k a, O t f f i n o w s k a, 1998, s. 10).

Na zajęcia w szkole rodzenia uczęszczało zaledwie 12 respondentek.

Odżywianie w okresie ciąży

Szanse na dającą radość, zdrowo przebiegającą ciążę na pewno się zwiększa, jeśli kobiety będą się odpowiednio odżywiać (Z o n e, 2003, s. 164). W opinii 94 badanych kobiet, właściwe odżywianie korzystnie wpływa na rozwój płodu i przebieg ciąży, 72 respondenci stwierdziły, że zmniejsza ryzyko niedowagi i wad rozwojowych noworodków, 67 kobiet uważało, że zmniejsza ryzyko wystąpienia gestozy ciążowej i anemii. Spora liczba ankietowanych (37 kobiet) stwierdziła, że właściwe odżywianie zmniejsza ryzyko wystąpienia poronień i porodów przedwczesnych. W grupie badawczej znalazły się 2 kobiety, które stwierdziły, że odżywia-

nie ma żadnego wpływu na przebieg ciąży, oraz 1 respondentka, która nie wiedziała, w jaki sposób właściwe odżywianie wpływa na ciążę.

Przyjmowanie witaminy A w dużych ilościach w okresie ciąży jest szkodliwe dla rozwoju płodu i zdrowia matki (Jones S., Jones M., 2005, s. 163), może powodować wady rozwojowe w układzie nerwowym, moczowym i płciowym dziecka (Czekanowski, 1982, s. 155). Z opinią o niekorzystnym wpływie dużej ilości witaminy A zgodziło się 38 respondentek, 16 kobiet twierdziło, że witamina wpływa korzystnie. W opinii 1 kobiety przyjmowanie witaminy A w dużych ilościach nie ma żadnego wpływu na rozwój płodu i zdrowie matki, zaś 45 kobiet nie wiedziało, jak wymieniona witamina wpływa na płód i matkę.

Kwas foliowy, czyli witamina z grupy B, wpływa na prawidłowy rozwój cewy nerwowej płodu, natomiast jej brak powoduje ryzyko poważnych wad wrodzonych tej struktury, która daje początek całemu układowi nerwowemu dziecka (Jones S., Jones M., 2005, s. 164). Przyjmowanie kwasu foliowego przed ciążą i w czasie jej trwania jest w opinii prawie wszystkich kobiet (99) korzystne dla rozwoju płodu, tylko 1 osoba nie wiedziała, jak wpływa kwas foliowy na nienarodzone dziecko.

Kobieta w ciąży powinna jeść tyle, ile potrzebuje jej organizm do prawidłowego funkcjonowania. Zbytńia dbałość o linię jest w okresie ciąży tak samo groźna jak nadmierne objadanie się (Murański, 2005, s. 76). Zdaniem zdecydowanej większości badanych (71 kobiet), ciąża deformuje figurę kobiety. Z taką opinią nie zgadzało się 29 respondentek.

Sposobu odżywiania się w ciąży nie zmieniło 19 respondentek, natomiast 81 kobiet postanowiło zmienić nawyki żywieniowe. Spośród 81 kobiet, które zmieniły sposób dożywiania się w czasie ciąży, 71 zwiększyło spożycie owoców, 64 respondentki w codziennym jadłospisie zamieściły więcej warzyw, 54 kobiety spożywały więcej produktów mlecznych. Produkty zbożowe częściej spożywało 20 ankietowanych, 3 osoby zwiększyły w swoim jadłospisie ilość mięsa i wędlin, 2 respondentki zwiększyły ilość wypijanych soków i wody mineralnej, 2 spożywały więcej słodczy.

W naszym kręgu kulturowym występuje skłonność do wiary w prawie magiczną moc preparatów witaminowych. Niestety jest to przekonanie na wskroś błędne, ponieważ żadne preparaty farmakologiczne nie zastąpią naturalnych pokarmów, z których organizm najlepiej przyswaja witaminy, minerały i inne cenne składniki. Jeśli kobieta ciężarna odżywia się właściwie, zazwyczaj nie potrzebuje suplementów, inaczej jest z kobietami, których nawyki żywieniowe są niewłaściwe. Dla tych kobiet uzupełnianie witamin i minerałów w sztuczny sposób jest łatwym rozwiązaniem – aczkolwiek nie tak skutecznym jak zmiana nawyków żywieniowych (Jones S., Jones M., 2005, s. 165). Konieczność przyjmowania witamin w czasie ciąży powinna być uzgodniona z lekarzem prowadzącym.

Prawie wszystkie respondentki (95 kobiet) w czasie obecnej ciąży przyjmowały preparaty witaminowe, zaledwie 5 kobiet nie zażywało ich. Zdecydowana większość kobiet (94) przed ciążą i w czasie jej trwania przyjmowała kwas foliowy w zalecanej dziennej dawce 0,4 mg, pozostałe 6 kobiet nie zażywało kwasu foliowego.

Utrzymanie prawidłowej wagi ciała w czasie ciąży jest istotne dla dobrostanu kobiety ciężarnej i jej dziecka. Kobieta w ciąży powinna przytyć do 12,5 kg (B a t o r, 2002, s. 104), zaledwie 29 osób w grupie respondentek prawidłowo przybrało na wadze, 55 respondentek przytyło w ciąży 13–20 kg, wagę ciała w granicach 21–30 kg wyższą niż przed ciążą miało 14 kobiet, 2 kobiety nie potrafiły podać, ile kilogramów przytyły.

Używki w okresie ciąży

Alkohol jest dla rozwijającego się płodu związkiem silnie toksycznym (G a w e ł, 2003, s. 29). Alkoholowy Zespół Płodowy (FAS) spowodowany piciem alkoholu przez matkę to najczęstsza przyczyna wad wrodzonych płodu, której można zapobiec. Wymieniona jednostka chorobowa formalnie została uznana w 1973 roku. FAS powoduje upośledzenie umysłowe, niską wagę urodzeniową i jest trzecią pod względem częstotliwości (po zespole Downa i rozszczepie kręgosłupa) przyczyną wad wrodzonych. Zarazem jest to jedyna wada, której można zapobiegać, wykorzystując właściwą edukację i poradnictwo (P e t e r k o, 1998, s. 31).

Zdaniem zdecydowanej większości ankietowanych kobiet (77), picie alkoholu wpływa niekorzystnie na przebieg ciąży i rozwój płodu, powodując u dziecka Alkoholowy Zespół Płodowy. Spośród respondentek aż 23 osoby nie wiedziały, jak alkohol wpływa na rozwój płodu i przebieg ciąży.

Przed zajściem w obecną ciążę paliło papierosy 19 respondentek, 81 kobiet zadeklarowało się jako osoby niepalące. Odwrotne proporcje dotyczą spożywania kawy: 75 kobiet piło kawę przed ciążą, nie piło kawy 25 ankietowanych kobiet. Przed zajściem w ciążę 64 kobiety nie piło alkoholu, 36 respondentek piło alkohol.

W przypadku większości respondentek stosujących używki przed ciążą wiadomość o ciąży spowodowała zmiany w ich stosowaniu. Z 19 kobiet, które paliły papierosy przed zajściem w ciążę, aż 14 (73,68%) zrezygnowało z palenia, 4 respondentki (21,05%) palą znacznie mniej, 1 kobieta (5,26%) pali tyle samo, ile przed zajściem w ciążę. Z grupy osób pijących kawę po zajściu w ciążę 30 kobiet (40%) zrezygnowało z picia kawy,

45 respondentek (60%) pije kawy znacznie mniej. Spośród 36 (100%) ankietowanych kobiet pijących alkohol przed ciążą po otrzymaniu wiadomości o ciąży ze stosowania tej używki zrezygnowały 34 osoby (94,44%), 2 respondenci (5,55%) stwierdziły, że piją znacznie mniej alkoholu.

Osoby palące szkodzą nie tylko sobie, ale także wszystkim, którzy przebywając w ich pobliżu wdychają dym z papierosów, czyli są tzw. biernymi palaczami (Zone, 2003, s. 67). W grupie 81 (100 %) respondentek, które nie paliły przed ciążą, na bierne palenie przez osoby z ich otoczenia narażonych było 30 kobiet (37,03%). Osób badanych, które nie stwierdziły takiego zagrożenia w ich otoczeniu, było 51 (62,96%).

Higiena w okresie ciąży i porodu

Odpoczynek i sen nocny są istotne dla dobrostanu płodu i kobiety ciężarnej. Według zdecydowanej większości badanych (82 osób), sen nocny kobiety w ciąży powinien trwać nie krócej niż 8–9 godzin, 13 respondentek było zdania, że powinien on być dłuższy niż 9 godzin, 4 kobiety nie wiedziały, ile powinien trwać sen w nocy kobiety ciężarnej, 1 respondentka twierdziła, że powinien on trwać zaledwie 6–7 godzin.

Zachowanie higieny w czasie porodu jest bardzo ważne. Według 89 respondentek, kąpiel kobiety po porodzie powinna odbywać się pod prysznicem w ciepłej wodzie, 8 kobiet uznało, że taka kąpiel powinna nastąpić po 2–3 dniach od chwili porodu, 3 osoby uznały, że nie wolno się kąpać po porodzie.

Według wszystkich respondentek pielęgnacja naciętego krocza po porodzie powinna obejmować takie czynności, jak: wietrzenie i osuszanie, utrzymywanie w czystości miejsca nacięcia, stosowanie okładów z lodu, częsta zmiana podpasek, używanie do higieny intymnej szarego mydła.

Aktywność fizyczna w okresie ciąży i porodu

Ćwiczenia fizyczne przeznaczone dla kobiet w ciąży przebiegającej fizjologicznie, według prawie wszystkich ankietowanych (96 kobiet) są korzystne dla matki i dziecka, ułatwiają poród, relaksują, poprawiają samopoczucie i kondycję. Tylko 2 kobiety nie miały zdania na ten temat,

a kolejne 2 stwierdziły, że ćwiczenia mają niekorzystny wpływ na matkę i dziecko.

Ćwiczenia fizyczne przeznaczone dla kobiet w położu, według większości ankietowanych (89 respondentek) są korzystne, ułatwiają powrót do formy po porodzie, relaksują, poprawiają samopoczucie i kondycję, 8 kobiet nie miało zdania na ten temat, 1 respondentka twierdziła, że ćwiczenia są niepotrzebne i nie mają żadnego wpływu na organizm kobiety. W opinii 2 respondentek, ćwiczenia fizyczne w położu mają niekorzystny wpływ na organizm kobiety, mogą powodować zakrzepowe zapalenie żył.

Życie seksualne w okresie ciąży i położu

W opinii 96 respondentek, do sytuacji wykluczających współżycie płciowe podczas ciąży należy zaliczyć plamienie lub krwawienie z dróg rodnych, a według 94 kobiet – zagrożenie poronieniem lub porodem przedwczesnym. Zdecydowana większość badanych (76 osób) uznała, że współżycie płciowe jest wykluczone w razie pęknięcia pęcherza płodowego, 72 osoby uznały, że należy zaprzestać współżycia w I trymestrze, jeśli wcześniej były poronienia samoistne, 63 respondentki twierdziły, że w ostatnim trymestrze ciąży mnogiej współżycie jest wykluczone, 61 kobiet uznało, iż podobna sytuacja dotyczy przypadków, kiedy łożysko znajduje się nisko w macicy lub przoduje, 1 respondentka nie miała zdania na temat współżycia w czasie ciąży, 1 kobieta wymieniła jako przeciwwskazanie kontaktów seksualnych brak satysfakcji i lęk odczuwany przez ciężarną kobietę.

W opinii 81 kobiet objętych badaniami, czas na wznowienie współżycia płciowego po porodzie powinien nastąpić po 6–8 tygodniach, 2 kobiety uznały, że moment ten przypada po 3 tygodniach od porodu, według 6 kobiet – po 6 miesiącach od narodzin dziecka. Zdania na ten temat nie miało 6 respondentek, 3 kobiety stwierdziły, że powrót do współżycia płciowego jest indywidualną sprawą partnerów, uzależnioną od samopoczucia. Według 2 osób, można wznowić życie seksualne po zakończeniu procesów gojenia ran.

Opinia respondentek co do powrotu płodności kobiety po porodzie przedstawia się następująco: 55 kobiet uważało, że płodność powraca przed wystąpieniem pierwszego krwawienia miesięcznego po porodzie, 17 kobiet uznało, że ten moment następuje zaraz po porodzie dziecka. Zdaniem 15 respondentek, płodność powraca po zakończeniu okresu karmienia piersią (laktacji), 13 kobiet nie wiedziało, kiedy taki czas przypada.

Według 44 kobiet, najlepszą metodą antykoncepcyjną w okresie połogowym i po nim jest prezerwatywa, 23 kobiety za taką metodę uznały tabletki antykoncepcyjne. W opinii 8 kobiet okres karmienia piersią jest najlepszym zabezpieczeniem przed ciążą, 7 respondentek uważa, że taką funkcję spełnia wkładka domaciczna. Nie miało zdania w sprawie najlepszej metody antykoncepcyjnej 15 respondentek, 2 kobiety były za stosowaniem metody objawowo-termicznej, czyli naturalnej, 1 osoba ankietowana uznała, że stosowanie zastrzyków hormonalnych to odpowiednie zabezpieczenie przed kolejną ciążą.

W obecnej ciąży 81 kobiet współżyło płciowo, 19 kobiet nie podjęło życia seksualnego. Obecną ciążę planowało 78 kobiet, dla 22 respondentek ciąża była wynikiem przypadku.

Zaplanowanie rodziny jest problemem kobiety i mężczyzny od momentu rozpoczęcia współżycia seksualnego aż do wygaśnięcia czynności jajników. Osoby zajmujące się edukacją zdrowotną powinny znać zagadnienia z zakresu planowania rodziny w możliwie szerokim zakresie. Umiejętność ta jest niezbędna, aby pomóc kobiecie i mężczyźnie w dokonaniu wyboru: po pierwsze – odpowiedniej naturalnej lub sztucznej metody planowania rodziny w różnych okresach ich życia, po drugie – właściwego momentu na okres ciąży (B o Ź k o w a, 1994, s. 213–220).

Karmienie dziecka piersią

Wyróżnia się dwa sposoby żywienia niemowląt: karmienie naturalne piersią, karmienie sztuczne. Dla noworodka i niemowlęcia najwłaściwsze i najkorzystniejsze jest karmienie naturalne ze względu na idealny dla dziecka skład mleka kobiecego (B o Ź k o w a, 1994, s. 121).

Według opinii 99 kobiet, najlepszym sposobem żywienia niemowląt jest karmienie pokarmem matki, nie zgadzała się z tym zdaniem tylko 1 ankietowana osoba, która uważa, iż sztuczne karmienie jest właściwe.

Pierwsze przystawienie noworodka do piersi powinno nastąpić zaraz po porodzie (J o n e s S., J o n e s M., 2005, s. 404), nie później niż do 2 godzin. Zgadzało się z tą opinią 79 respondentek, 18 kobiet stwierdziło, że należy to uczynić do 2 dni po narodzinach, 3 kobiety nie wiedziały, kiedy taki moment powinien nastąpić.

Opinie dotyczące okresu karmienia dziecka piersią były podzielone: 57 kobiet uznało, że karmienie piersią powinno trwać do 1. roku życia dziecka, 28 kobiet stwierdziło, że do 6. miesiąca życia, 4 kobiety – do 3. miesiąca życia dziecka. Opinię o jak najdłuższym karmieniu piersią

podzielało 6 kobiet, 2 pacjentki twierdziły, że do 3. roku życia, 3 respondentki nie miały zdania na ten temat.

Prawie wszystkie pacjentki biorące udział w badaniach (93 osoby) podzielały zdanie, że karmienie naturalne zwiększa odporność na choroby infekcyjne u dziecka, 82 kobiety uważały, że przyspiesza to obkurczanie macicy po porodzie, 80 respondentek uważało, że ułatwia to powrót do masy ciała sprzed ciąży. Ponad połowa, bo 59 ankietowanych pacjentek twierdziła, że naturalne karmienie zapewnia prawidłowy rozwój zębów i zgryzu dziecka, 57 kobiet było przekonanych, że zmniejsza ryzyko wystąpienia raka piersi, 44 kobiety uważały, że karmienie piersią zapewnia prawidłowy rozwój mózgu dziecka (wyższy iloraz inteligencji, łatwość zapamiętywania i uczenia się w przyszłości), a 32 pacjentki twierdziły, że zmniejsza prawdopodobieństwo zajścia w kolejną ciążę. Zaledwie 3 kobiety stwierdziły, że naturalne karmienie rozwija więź emocjonalną między matką a dzieckiem, 1 respondentka nie miała na ten temat zdania.

Podsumowanie

Wiedza respondentek dotycząca czasu trwania ciąży fizjologicznej i okresu po nim w większości przypadków nie sprawiała problemów, podobnie jak zdefiniowanie pojęcia porodu. Taka sama sytuacja dotyczyła wiedzy na temat liczby wizyt kontrolnych w czasie ciąży u lekarza ginekologa. W większości przypadków respondentki wykazały się zadowalającą wiedzą, dotyczącą dolegliwości w czasie ciąży i porodu wymagających skontaktowania się z ginekologiem. Wszystkie respondentki były przekonane o zasadności wykonywania badania USG w czasie ciąży. Opinia respondentek co do pozytywnych i negatywnych emocji związanych z porodem podzieliła grupę badawczą. Źródłem wiedzy na temat zachowań zdrowotnych i przebiegu ciąży, porodu i porodu dla większości respondentek były książki i literatura fachowa, prasa, a następnie personel medyczny – lekarze oraz rodzina i znajomi. Dla niewielkiej liczby kobiet źródłem wiedzy były położne. Wiedza kobiet dotycząca właściwego odżywiania się w czasie ciąży jest dobra, choć niewystarczająca. Podobnie prezentuje się wiedza na temat higieny i używek stosowanych w czasie ciąży. Zdecydowana większość respondentek widzi zasadność aktywności fizycznej w okresie ciąży i porodu. Należałoby położyć nacisk na podniesienie poziomu wiedzy kobiet, wykorzystując edukację zdrowotną dotyczącą powrotu płodności po porodzie i stosowania metod za-

pobiegania ciąży. Wiedza respondentek dotycząca karmienia naturalnego jest zadowalająca.

Zastosowanie w praktyce wiedzy dotyczącej opieki położniczej w czasie ciąży jest w większości zadowalające, choć należy zwrócić uwagę, że połowa kobiet nie widziała zasadności korzystania z opieki stomatologicznej. Prawie żadna z respondentek nie korzystała z zajęć w szkole rodzenia, co mogłoby podnieść poziom ich świadomości na temat okresu ciąży, porodu i położu. Zadowalające jest zastosowanie wiedzy o odżywianiu się i używkach w czasie ciąży.

Ciąża i okres położu oznaczały dla badanych kobiet zmianę w ich dotychczasowym stylu życia, co przejawiało się w zachowaniach zdrowotnych. Wiedza respondentek na temat zachowań zdrowotnych w okresie ciąży i położu jest dobra, podobnie jest z jej zastosowaniem, co nie wyklucza konieczności popularyzacji wiedzy, dotyczącej tych ważnych okresów w życiu kobiety.

Okres ciąży stanowi znakomitą okazję do skupienia się na zdrowiu własnym i całej rodziny. Przyszła matka, uzbrojona w fachową wiedzę o funkcjonowaniu jej organizmu w tych niezwykłych chwilach, ma wszelkie szanse na trwałe przyswojenie sobie zdrowego stylu życia i zaszczepienie go swoim najbliższym (Jones S., Jones M., 2005, s. 17).

Edukacja zdrowotna, opieka profilaktyczna i promocja prawidłowych zachowań zdrowotnych powinna dotyczyć kobiety i mężczyzny w okresie przedkoncepcyjnym (przedciążowym), prenatalnym, przedporodowym i poporodowym. Zostało udowodnione, że profilaktyka zdrowotna jest mniej kosztowna i daje lepsze efekty długofalowe związane ze zdrowiem globalnego społeczeństwa. Wykształcenie w społeczeństwie świadomości odpowiedzialnego rodzicielstwa oraz korzyści płynących z zastosowania posiadanej wiedzy na temat zachowań zdrowotnych przyczyni się do poprawy zdrowia ludności globalnej. Należy pamiętać, że zdrowie przyszłych pokoleń zależy od zdrowia ich rodziców.

Bibliografia

- Banaszek-Żak B., 2003: *Styl życia kobiet w okresie ciąży*. „Nasze Sprawy”, nr 7.
Bator A., 2002: *Jak nie przytyć w ciąży*. „Claudia. Ciąża – poradnik dla przyszłych mam”, nr 1.
Bożkowska K., 1994: *Żywnienie. W: Opieka zdrowotna nad rodziną*. Red. K. Bożkowska, A. Sito. Warszawa.
Chazan B., 1994: *Opieka zdrowotna przedporodowa (w okresie ciąży)*. W: *Opieka zdrowotna nad rodziną*. Red. K. Bożkowska, A. Sito. Warszawa.

- Czekanowski R., 1982: *Wybrane zagadnienia z perinatologii*. Warszawa.
- „Encyklopedia Zdrowia Dziecka. Poradnik dla rodziców”, 1999, nr 3.
- Gawęł A., 2003: *Pedagodzy wobec wartości zdrowia*. Kraków.
- Gawęcki J., Mossor-Pietraszewska T., 2004: *Kompendium wiedzy o żywności, żywieniu i zdrowiu*. Warszawa.
- Jańczuk K., Jańczuk Z., 1991: *Zęby – warunek zdrowia*. W: *Kobieta, mężczyzna dziecko*. Warszawa.
- Jones S., Jones M., 2005: *Bądźmy rodzicami! Cięża i opieka nad noworodkiem*. Warszawa.
- Kornas-Biela D., 1993: *Wokół początku życia ludzkiego*. Warszawa.
- Kulik T.B., Latański M., 2002: *Zdrowie publiczne*. Lublin.
- Łepecka-Klusek C., 2003: *Opieka przedporodowa*. W: *Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie i ginekologii*. Red. C. Łepecka-Klusek. Lublin.
- Marianowski L., 2005: *Od poczęcia do narodzin. Poradnik dla przyszłych rodziców*. Warszawa.
- Murawski A., 2005: *Profilaktyka w ciąży*. „Zdrowie kobiet”, nr 2.
- Nowa encyklopedia powszechna PWN*, 1997. Warszawa.
- Oppenheim R., 1994: *Edukacja przedporodowa rodziców*. W: *Opieka zdrowotna nad rodziną*. Red. K. Bożkowska, A. Sito. Warszawa.
- Peterko E., 1998: *Alkoholowy Zespół Płodowy*. „Nasze Sprawy”, nr 5.
- Roszkowski I., 1989: *Zdrowie kobiety*. Warszawa.
- Sternal Z., Bińkowska M., Starzyka A., 1991: *Zagadnienia związane z rozmnażaniem człowieka*. W: *Kobieta, mężczyzna, dziecko*. Warszawa.
- Teleżyńska A., Otffinowska A., 1998: *Przewodnik po szkołach rodzenia i poradniach laktacyjnych*. Warszawa.
- Woynarowska B., Sokołowska M., 2000: *Szkoła promująca zdrowie*. Warszawa.
- Zone T., 2003: *Jedz na zdrowie*. Warszawa.