

Wybrane zachowania zdrowotne kobiet w kontekście doświadczenia macierzyństwa

Chosen health behaviours of women in the context of motherhood experience

Violetta Mianowana¹, Beata Dobrowolska¹, Anna Bednarek², Tomasz Cuber¹,
Małgorzata Dzioboń¹

¹ Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

² Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Pediatrycznego, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

AUTOR DO KORESPONDENCJI:

Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa
Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny
Al. Raławickie 1
20-059 Lublin
tel./fax (081) 528-88-86

STRESZCZENIE

WYBRANE ZACHOWANIA ZDROWOTNE KOBIEŃ W KONTEKŚCIE DOŚWIADCZENIA MACIERZYŃSTWA

Wprowadzenie. Stan zdrowia jednostki, a w konsekwencji przeciętne trwanie życia zależy od wielu czynników, ale najważniejszym i niekwestionowanym jest styl życia. Perspektywa macierzyństwa to jedno z najbardziej znaczących i unikatowych zdarzeń w życiu każdej rodziny. Dla kobiety to szczególny okres, gdyż każda chce mieć zdrowe potomstwo. Nie zawsze jednak istnieje świadomość, co dla niej potencjalnie jest najlepsze, dlatego bardzo ważne są działania edukacyjne i promocyjne. Współczesne położnictwo w swoich podstawowych czynnościach jest nastawione na profilaktyczne działania zmierzające do ochrony zdrowia matki i jej potomstwa, a także całej rodziny.

Cel. Celem niniejszych badań jest próba odpowiedzi na pytanie, czy doświadczenie macierzyństwa jest czynnikiem wpływającym na poprawę zachowań zdrowotnych oraz czy w miarę rosnącego doświadczenia związanego z macierzyństwem wzrasta troska o zdrowie własne i rodziny.

Wnioski. Macierzyństwo to cenne doświadczenie, które wydawałoby się pozwala zweryfikować własne poglądy i niejednokrotnie jest skuteczną mobilizacją do podjęcia skutecznych działań zdrowotnych na rzecz siebie i własnego potomstwa. Okazuje się jednak, że doświadczenie macierzyństwa i kolejne ciążę nie muszą oznaczać progresywnych zachowań zdrowotnych, co uwiaryściły prezentowane w niniejszej pracy badania.

Słowa kluczowe:

zachowania zdrowotne, ciąża, macierzyństwo

ABSTRACT

CHOSEN HEALTH BEHAVIOURS OF WOMEN IN THE CONTEXT OF MOTHERHOOD EXPERIENCE

Introduction. The health status of an individual, and in consequence, the average life expectancy depends on a number of factors but the most important and indisputable seems to be the style of living. The perspective of motherhood is one of the most significant and unique event in the life of each family life. It is an extraordinary period of life for women because each of them wants to have a healthy offspring. But they are not always aware of what is potentially the best for newborn. And this is why educational and health promoting activities are important. Modern obstetrics in its basic activities is focused on preventive measures to protect the health of the mother and her offspring, and the whole family.

Aim. The aim of the study was to answer the question whether the experience of motherhood is a factor that influences the improvement of healthy behaviour and if the growing experience of motherhood influences more caring for oneself and family health.

Conclusions. Motherhood is a valuable experience that seems to let verify own view on life style and often becomes motivation for the effective healthy actions addressed to self and own offspring. Apparently, the experience of motherhood does not have to indicate progressive healthy behaviour, as the study confirmed.

Key words:

health behaviours, pregnancy, motherhood

WPROWADZENIE

Stan zdrowia jednostki oraz przeciętne trwanie życia zależy od wielu czynników, ale najważniejszym jest styl życia- 53%. Dopiero w następnej kolejności są środowisko 21%, czynniki genetyczne 16% i opieka medyczna 10% [1,2]. Można polemizować co do wartości opieki medycznej, bo jeżeli profesjonalny personel medyczny w ramach swoich zawodowych funkcji między innymi, edukacyjnych i promujących zdrowie, przyczynia się do poprawy stylu życia, wówczas należałoby łączyć je bezpośrednio ze stylem życia. W nauczaniu bowiem zdrowego stylu życia, przy wszystkich kontaktach personelu medycznego z biorcami świadczeń, permanentnie dokonuje się proces swojej edukacji adekwatnej do potrzeb.

W zakresie czynników genetycznych nie jesteśmy jeszcze przygotowani do ich kształtowania w ten sposób, by wpływały one na stan zdrowia populacji - od jednostki poczynając, na społeczeństwach kończąc.

Czynniki środowiskowe, pomimo ewidentnych wysiłków społeczeństw na rzecz minimalizowania ich negatywnego wpływu na stan zdrowia człowieka wymykają się często spod kontroli. Monitorowanie stanu środowiska pracy, nauki i wychowania oraz bytowania pozwala na dostrzeżenie zagrożeń środowiskowych a następnie ich wyeliminowanie. Nie wydaje się jednak możliwe kształtowanie współczesnego środowiska, by wyeliminować w całości jego niekorzystny wpływ nie tylko na zdrowie człowieka, ale też na pozostające w żywym ekosystemie organizmy.

Jedyną więc sferą gdzie widać duże potencjalne możliwości poprawy stanu zdrowia i długości życia, jest styl życia oraz opieka medyczna, ukierunkowana przede wszystkim na wczesne rozpoznawanie zagrożeń stanu zdrowia, selekcjonowanie mierników ryzyka zachorowania lub zgonu oraz na dobrą, skuteczną i efektywną opiekę medyczną, ale rozumianą już jako działania naprawcze. Działania naprawcze jednak coraz więcej kosztują. Postęp naukowo-techniczny w medycynie niesie olbrzymie możliwości diagnozowania i terapii chorób, ale społeczny koszt działań naprawczych da się bardzo często doceniać jedynie w kategoriach etycznych i formalnych. Nie wszystkie bowiem działania naprawcze prowadzą do pełnego powrotu do zdrowia. Stąd też tak ważnym zadaniem w dziedzinie realnego pojmowania zdrowia publicznego jest wczesne, skuteczne i efektywne zapobieganie chorobom oraz promowanie zdrowia społecznego, psychicznego oraz somatycznego.

Ciąża jest szczególnym okresem w życiu kobiety. Perspektywa macierzyństwa to jedno z najbardziej znaczących i unikatowych zdarzeń w życiu każdej rodziny, zarówno posiadającej już potomstwo, jak i planującej pierwszą ciążę. Decyzja o zostaniu matką może mieć różne motywy. Dla jednych kobiet macierzyństwo jest kolejnym naturalnym etapem w ich życiu i roli matki nie odbierają go jako ograniczenie wolności. Inne czują nieodpartą potrzebę kochania dziecka, wychowywania go i poświęcania się dla

niego. W innych przypadkach ciąża może być nieplanowana i niechciana. Niezależnie od tego, każda kobieta przed czy po porodzie może doświadczyć przykrych emocji, takich jak lęk, strach czy rozczarowanie albo obawy przed "nowym", zupełnie innym życiem.

Dla kobiet ciąża to olbrzymia zmiana w odbiorze siebie: w sferach "ja społecznego", "ja fizycznego", "ja psychicznego" [3]. Jest dla kobiety okresem stawiania swoich potrzeb na pierwszym miejscu. Oczekuje ona akceptacji ze strony bliskich, silnego wsparcia, ciepła i miłości. Jest jednym z najsilniejszych emocjonalnych doświadczeń w życiu kobiety, a akceptacja ciąży jest bardzo ważnym czynnikiem kształtującym późniejsze relacje kobiety z dzieckiem, mężem i najbliższym otoczeniem. Każdy chce mieć zdrowe potomstwo. Nie zawsze jednak ludzie są świadomi, co dla ich dziecka jest najlepsze, dlatego bardzo ważne są działania edukacyjne i promocyjne. Współczesne położnictwo w swoich podstawowych czynnościach jest nastawione na profilaktyczne działania zmierzające do ochrony zdrowia matki i jej potomstwa, a także całej rodziny. Przemiany zachodzące w polityce zdrowotnej państwa wpłynęły na zmianę postaw, świadomości i jakości usług świadczonych przez pielęgniarki i położne.

Celem niniejszych badań była próba odpowiedzi na pytanie czy doświadczenie macierzyństwa jest czynnikiem wpływającym na poprawę zachowań zdrowotnych oraz czy w miarę rosnącego doświadczenia związanego z macierzyństwem wzrasta się troska o zdrowie własne i rodziny.

MATERIAŁ I METODY

Badania przeprowadzono w 2008 roku i objęto nimi grupę 110 kobiet będących w ciąży, które dobrowolnie zdecydowały się na udział w nich. Wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, w którym jako narzędzie badawcze posłużył autorski kwestionariusz ankiety.

Wyniki badań poddano analizie statystycznej. Wartości analizowanych parametrów mierzonych ze względu na skalę nominalną lub porządkową scharakteryzowano przy pomocy licznosci i odsetka. Do oceny istnienia zależności bądź różnic między analizowanymi parametrami niemierzalnymi użyto tabel wielodziedzielczych i testu niezależności lub jednorodności χ^2 (dla licznosci <5 zastosowano poprawkę Yatesa). Przyjęto 5% błąd wnioskowania i związany z nim poziom istotności $p < 0,05$ wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic bądź zależności.

Analizę statystyczną przeprowadzono w oparciu o oprogramowanie komputerowe STATISTICA v. 7.1 (Stat Soft, Polska). Analizując uzyskany materiał badawczy starano się wykryć istnienie zależności. Graficzną prezentację uzyskanych wyników ukazują poniższe tabele i ryciny. Poszukując zależności pomiędzy dwoma zmiennymi odniesiono się wyłącznie do pełnych odpowiedzi udzielonych przez ankietowane.

WYNIKI

Najliczniejszą grupę stanowiły ciężarne w przedziale wiekowym między 21 a 30 lat – 70 badanych (63,63%); 33 kobiety (30,00%) w przedziale 31 – 40 lat; 6 pacjentek (5,45%) było w wieku poniżej 20 lat i 1 (0,91%) badana powyżej 41 roku życia. (tab.1)

■ Tab. 1. Wiek badanych kobiet.

		L	%
1	≤ 20 lat	6	5,45
2	21 – 30 lat	70	63,63
3	31 – 40 lat	33	30,00
4	≥ 41 lat	1	0,91
RAZEM		110	100,00

Wśród ciężarnych największą grupę stanowiły kobiety zamężne 102 (92,72%). Panien było 7 (6,37%), 1 (0,91%) rozwiedziona (tab. 2).

■ Tab. 2. Stan cywilny badanych.

		L	%
1	Zamężna	102	92,72
2	Wdowa	0	0,00
3	Rozwiedziona	1	0,91
4	Panna	7	6,37
RAZEM		110	100,00

Przy analizie materiału badawczego programowo odno- szono się do zagadnień i problemów poruszanych w pyta- niach ankietowych. W poniższym przypadku jednak wartości jednostkowe uogólniono. W związku z tym zastosowano na- stępującą operację umysłową: zsumowano wartości „wyraż- nie dobra” i „dość dobra”; oraz „raczej zła” i „zdecydowa- nie zła”.(tab.3).

Zdecydowana większość 101 (91,82%) kobiet oceniło swoją sytuację materialną jako przeciętną, 7 (6,36%) jako dobrą i 2 (1,82%) jako złą. (tab.3).

■ Tab. 3. Sytuacja materialna badanych.

		L	%
1	Dobra	7	6,36
2	Przeciętna	101	91,82
3	Zła	2	1,82
RAZEM		110	100,00

Wśród badanych: 37 (33,35%) kobiet ciężarnych nie posiadało dzieci, 36 (32,72%) posiada jedno, 26 ((23,63%) dwoje, a 11 (10,00%) troje i więcej. (tab.4).

■ Tab. 4. Liczba posiadanych dzieci przez badane.

		L	%
1	Nie mam dzieci	37	33,35
2	Jedno	36	32,72
3	Dwoje	26	23,63
4	Troje i więcej	11	10,00
RAZEM		110	100,00

Pod względem wykształcenia dominowały osoby z wy- kształceniem średnim -51 (46,36%), a najmniejszą grupę stanowiły kobiety, które ukończyły swoją edukację na po- ziomie podstawowym-8 (7,27%). Wykształceniem wyż- szym legitymowało się 26 (23,64%) ankietowanych (tab.5).

■ Tab. 5. Wykształcenie badanych.

		L	%
1	Podstawowe	8	7,27
2	Zasadnicze zawodowe	25	22,73
3	Średnie	51	46,36
4	Wyższe	26	23,64
RAZEM		110	100,00

Pod względem statusu zawodowego, zdecydowana większość kobiet posiadała stałą pracę: 49 (44,54%) wy- konywało pracę umysłową, 43 (39,10%) fizyczną, a 18 (16,36%) nie pracowało (tab.6).

■ Tab. 6. Struktura aktywności zawodowej badanych kobiet.

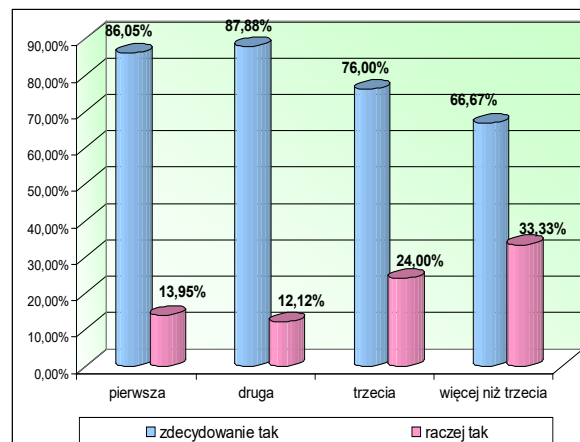
		L	%
1	Praca umysłowa	49	44,54
2	Praca fizyczna	43	39,10
3	Inna	0	0,00
4	Niepracujące	18	16,36
RAZEM		110	100,00

Najliczniejszą grupę badanych stanowiły kobiety wierzą- ce -82 (74,54%). Głęboko wierzących było 22 (20,00%), nie- zdecydowanych, ale przywiązanych do tradycji 4 (3,64%), a obojętnych 2 (1,82%) - tab. 7.

■ Tab. 7. Stosunek do wiary.

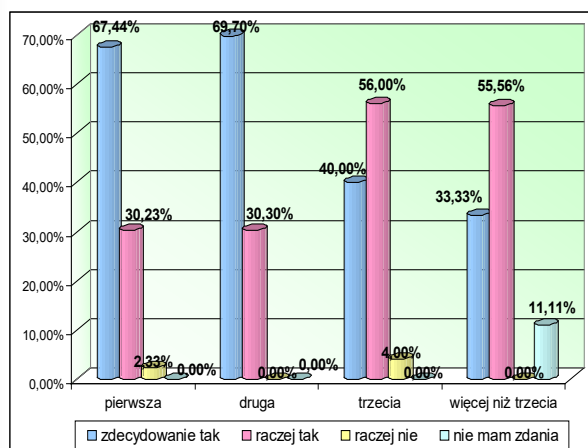
		L	%
1	Głęboko wierzący	22	20,00
2	Wierzący	82	74,54
3	Niezdecydowany, ale przywiązany do tradycji	4	3,64
4	Obojętny	2	1,82
5	Niewierzący	0	0,00
RAZEM		110	100,00

Racjonalny tryb życia ma niekwestionowane znacze- nie dla stanu zdrowia populacji i pozostaje w sferze po- tencjalnie dużej rezerwy w uzyskiwaniu lepszego stanu zdrowia, a tym samym przedłużania przeciętnego trwania życia. Styl życia, to najtańszy ekonomicznie i najbardziej efektywny sposób na uzyskanie dobrej lub lepszej jakości życia. Warunkowany jest między innymi przekonaniami zdrowotnymi.



■ Ryc.1. Poglądy kobiet na temat wpływu zdrowego stylu życia na jej własne zdrowie, dziecka i rodziny w zależności od kolejnych ciąż.

Wszystkie badane kobiety były przekonane, iż styl życia ma wpływ na ich zdrowie, jej dziecka i rodziny – największy odsetek badanych dotyczył kobiet w ciąży drugiej – 87,88% i pierwszej – 86,05%, co przedstawia ryc.1. Żadna z wyodrębnionych grup nie udzieliła odpowiedzi „raczej nie” i „zdecydowanie nie”. Kolejna kwestia miała związek z poczuciem własnej skuteczności, które może generować lub osłabiać działania człowieka. Istnieje przekonanie, że im większe poczucie samoskuteczności, tym wytrwalsze działania człowieka. Dotyczy to wielu sfer życia, także działań zdrowotnych.



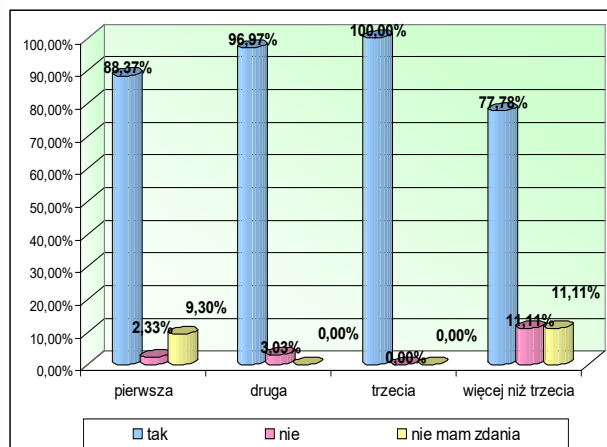
■ Ryc.2. Świadomość wpływu własnych zachowań na stan zdrowia ciężarnej i przyszłego dziecka w zależności od ilości ciąży.

Najsilniejsze przekonania o wpływie własnych zachowań na swój stan zdrowia i oczekiwanego dziecka miały kobiety będące w pierwszej lub drugiej ciąży- 67,44% i 69,7%.

Stwierdzono obecność istotnych statystycznie zależności ($\chi^2 = 20,42$, $p = 0,01$). Znacznie rzadziej odpowiedź taka dotyczyła kobiet w ciąży trzeciej i kolejnej- 40,00% i 33,33%.

Ciekawe jest też, że 11,11% badanych będących w ciąży po raz trzeci lub więcej, w przeciwieństwie do pozostałych respondentek, nie miała zdania na ten temat – ryc.2.

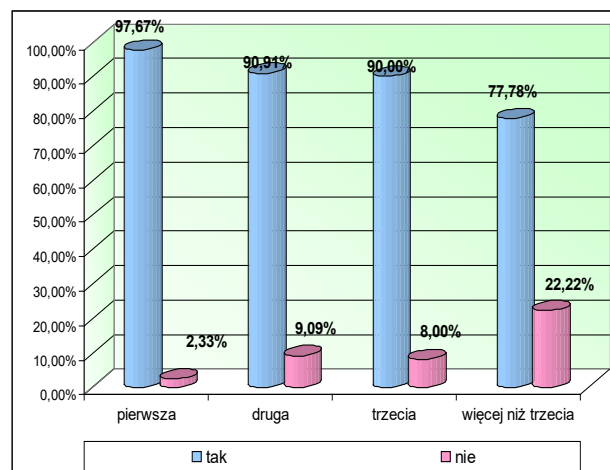
W obydwu prezentowanych powyżej poglądach respondentek zauważa się, iż w miarę kolejnych ciąży, mało przekonanie dotyczące własnego wpływu na zdrowie poprzez podejmowanie świadomych zachowań zdrowotnych.



■ Ryc.3. Kolejność ciąży a świadomość negatywnego wpływu stresu na zdrowie kobiety i jej dziecka.

Bez względu na to, która to była ciąża, u ankietowanych wszystkie kobiety miały świadomość negatywnego wpływu stresu na zdrowie – u pań będących w trzeciej ciąży odsetek ten wyniósł aż 100,00% - ryc.3

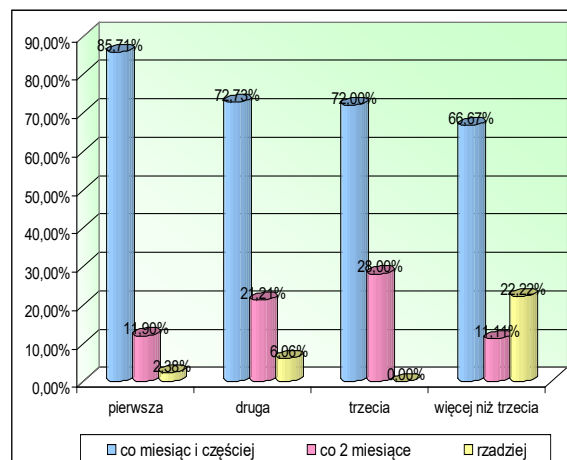
Wydaje się, że w okresie ciąży obserwuje się zazwyczaj większą dbałość o zdrowie, chociaż z wielu względów nie dotyczy to wszystkich kobiet. Ponieważ interesuje nas wpływ kolejnych ciąży na zachowania zdrowotne kobiet, dlatego zapytano badanych czy zmieniły na zdrowszy styl życia w czasie ciąży.



■ Ryc.4. Wpływ kolejnej ciąży na zmiany w dbałości i trosce o własne zdrowie.

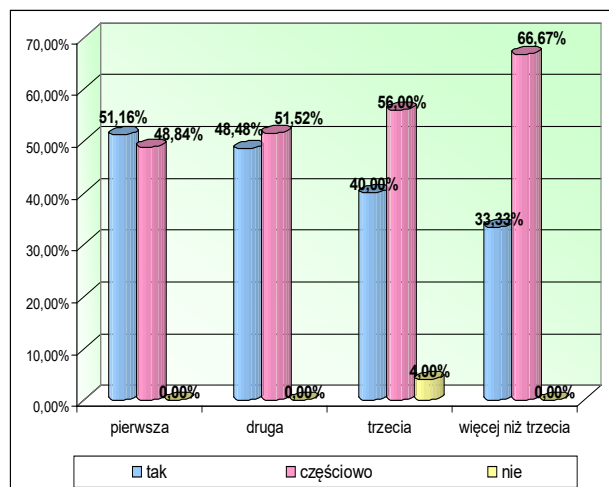
Uzyskane odpowiedzi wskazały, że dla zdecydowanej większości istniała taka tendencja, która nieznacznie słabła w miarę doświadczania kolejnych ciąży i w przypadku badanych będących w ciąży więcej niż trzeciej odsetek ten wyniósł poniżej 90,00% (a więc odwrotnie niż w poprzednich grupach) – 77,78%, co przedstawia ryc.4

W niniejszej pracy przeanalizowano tylko wybrane zachowania zdrowotne, a mianowicie: regularność badań kontrolnych, zdrowsze odżywianie, aktywność fizyczną.



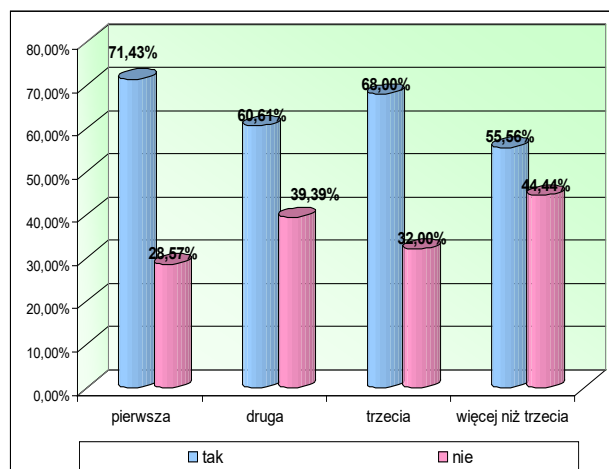
■ Ryc.5. Ilość ciąży, a częstotliwość badań kontrolnych.

Częstotliwość badań w czasie ciąży malała wraz ze wzrostem posiadanego potomstwa. U ankietowanych kobiet w ciąży pierwszej odbywały się one „co miesiąc i częściej” dla 85,71% badanych, a już w ostatniej grupie, gdy była to ciąża więcej niż trzecia zmalała ilość kobiet regularnie badających się do 66,67%, co przedstawia ryc.5. W tej grupie kobiet częstotliwość badań kontrolnych wyraźnie maleje i dla prawie co czwartej (22,22%) są one rzadsze niż co 2 miesiące.



■ Ryc.6. Wpływ kolejnych ciąż na zmianę sposobu odżywiania.

Nie zaobserwowano widocznej zmiany sposobu odżywiania u kobiet w zależności od tego, która to była ciąża. Jak widać na ryc.6 „częściowo” zmiany nastąpiły u badanych w ciąży drugiej, trzeciej i więcej niż trzeciej – odpowiednio 51,52%, 56,00% i 66,67%. Tylko w przypadku ciąży pierwszej zwiększony był odsetek tych kobiet, które zmieniły swoje nawyki żywieniowe – 51,16%. Jednak i w tym przypadku nie było widocznej dysproporcji między grupami w odpowiedzi „tak” i „częściowo”.



■ Ryc.7. Wpływ kolejnych ciąż na korzystną zmianę aktywności fizycznej.

We wszystkich wyodrębnionych grupach w zależności od kolejności ciąż zauważono wystąpienie pozytywnych zmian w aktywności fizycznej. Najbardziej widoczne jest to w grupie pierwszej – ciąża pierwsza – 71,43% oraz trzeciej – ciąża trzecia – 68,00%, co przedstawia ryc.7.

DISKUSJA

Według Narodowego Programu Zdrowia wśród czynników, które wpływają na zdrowie człowieka, a tym samym kobiety ciężarnej i jej przyszłego dziecka, wyróżnia się cztery grupy: „styl życia, środowisko, czynniki genetyczne i opieka medyczna”. Styl życia i zachowania zdrowotne determinują w największym stopniu stan zdrowia ludności [4]. Jeden z bardzo aktywnych promotorów zdrowia w Polsce, Zbigniew Cendrowski opracował listę dziesięciu głównych zasad zachowania i wzbogacenia zdrowia i nazwał je „Dekalogiem zdrowego stylu życia”. Głównymi zasadami zdrowego stylu życia wg autora są:

1. Zdobycie wiedzy o samym sobie
2. Utrzymywanie sił obronnych organizmu w stałej gotowości
3. Nienadużywanie leków
4. Utrzymywanie wszechstronnej aktywności fizycznej
5. Prawidłowe odżywianie się
6. Hartowanie się
7. Rozwijanie umiejętności walki ze stresem
8. Eliminowanie nałogów
9. Życzliwość dla innych
10. Zachowanie i demonstrowanie postawy radzenia sobie w życiu [5].

Do zachowań zagrażających zdrowiu kobietom w ciąży i ich dzieciom należą przede wszystkim:

- *nieprawidłowości w sposobie żywienia kobiet ciężarnych* (nadmiar spożycia tłuszczów zwierzęcych oraz soli kuchennej, niedobór spożycia warzyw i owoców, ciemnego pieczywa, nieregularność posiłków). Właściwe odżywianie się kobiety w ciąży, a także przed zajściem w ciążę jest niezwykle ważne dla prawidłowego rozwoju dziecka. Dzielne zapotrzebowanie kaloryczne ciężarnej wynosi około 2300. Zapotrzebowanie na niektóre składniki żywieniowe u ciężarnych to: białko-74g/d (44g), wapń-1400mg/d (800mg), żelazo- 30-60mg/d uzupełnienie (18mg), witamina C – 80mg/d (60mg). U młodocianych ciężarnych (poniżej 19 lat) zapotrzebowanie kaloryczne wzrasta dodatkowo o 100 kalorii (w tym białko o 2g). Bardzo ważna jest suplementacja żelaza, gdyż dieta nie może w pełni zaspokoić zapotrzebowania na ten składnik. Najczęściej podaje się 150-300mg siarczanu żelazowego z witaminą C w II połowie ciąży [6]. Niedobór niektórych minerałów i witamin może powodować już we wczesnym okresie ciąży niedokrwistość (wg WHO stężenie hemoglobiny w surowicy nie powinno być niższe niż 11g/dl.), skłonność do bolesnych skurczów kończyn, a także może być przyczyną niektórych nieprawidłowości w przebiegu ciąży, w tym porodów przedwczesnych oraz niskiej masy urodzeniowej dzieci [7]. Suplementacja witaminowa i minerałów powinna podlegać indywidualizacji.
- Niedobory kwasu foliowego w diecie kobiety mogą wpływać na ryzyko wystąpienia wad wrodzonych układu ner-

wowego dziecka, np. rozszczep kręgosłupa czy podniebienia. Obecnie zaleca się spożywanie preparatów kwasu foliowego w ilości 0,4 mg/dobę przed planowaną ciążą. U kobiet, które urodziły w przeszłości dziecko z wadą cewy nerwowej, dawka ta powinna wynosić 4 mg/dobę [8]. W ciąży przy niedoborze, dawkowanie kwasu foliowego wynosi 1mg dziennie [9]. Do ważnych zagadnień w okresie ciąży należy również podawanie płynów i soli kuchennej. Ograniczenia (w ciągu ostatnich 2-3 miesięcy ciąży) podaży płynów (do 1200ml na dobę) i spożycia soli kuchennej (4-6g/d płaska łyżeczka). Nasylenie tkanek wodą pod koniec ciąży wzrasta, co ma ujemny wpływ na wydajność skurczów macicy. Dieta ponadto wywiera dodatni wpływ na poród [10].

- *palenie* może być czynnikiem zwiększającym ryzyko niektórych powikłań ciąży i porodu np. krwawienie z dróg rodnych, przedwczesne odklejenie łożyska, łożysko przodujące, przedwczesne pęknięcie błon płodowych, rzucawka, poród przedwczesny. Oprócz tego, dzieci rodzą się z niższą wagą urodzeniową (średnio o około 300-400 gramów), gorzej jedzą, a tym samym przyrost ciężaru ciała jest mniejszy; są mniej odporne na infekcje; częściej występują u nich drgawki i omdlenia [11].
- Konsekwencją *picia alkoholu* podczas ciąży mogą być zaburzenia neurologiczne i hipotrofia noworodka. Spożywanie alkoholu wiąże się ze zwiększonym ryzykiem poronienia, przedwczesnego porodu oraz przedwczesnym odklejeniem łożyska. Wypity przez matkę alkohol przechodzi przez łożysko do płodu i może prowadzić do uszkodzenia komórek mózgu, wątroby i trzustki. Najsilniejsze działanie toksyczne alkoholu występuje w pierwszych 6 tygodniach ciąży. Najpoważniejszym powikłaniem jest *alkoholowy zespół płodowy (fetal alcohol syndrom)* – zaburzenia OUN, niedobór wzrostu i masy ciała, mikrocefalia, cechy dysmorficzne twarzy i inne [11].

Styl życia determinowany jest w dużym stopniu przez wiek, wykształcenie, wykonywany zawód, warunki mieszkaniowe. Z dotychczasowych badań wynika, że częstość porodów u niepełnoletnich wzrasta. Towarzyszy im zwiększony odsetek porodów przedwczesnych, nadciśnienie tętnicze, niedokrwistość. Na wystąpienie nieprawidłowości w przebiegu ciąży z pewnością mają wpływ zachowania zdrowotne matek, które są często nieprawidłowe, brak odpowiedniej kontroli lekarskiej i rzadsze badania kontrolne, a także stan emocjonalny i psychiczny młodej dziewczyny, często jeszcze uczącej się, która dowiedziała się że będzie miała dziecko [12]. Wśród niższych klas społecznych częściej występują choroby, nałogi czy zaniedbania higieniczne, ale również rzadziej korzysta się z opieki medycznej. Kobiety z wyższych klas społecznych mniej palą, częściej korzystają z opieki lekarskiej podczas ciąży, regularnie się odżywiają, mniej czasu spędzają przed telewizorem. Umieralność okołoporodowa, częstość porodów przedwczesnych i hipotrofii płodu mają związek ze statusem społecznym i stylem życia rodziny [12]. W związku z tym uwaga położników i położnych w opiece nad rodziną przed ciążą i przed porodem powinna się szczególnie koncentrować na środowiskach zaniedbanych społecznie, ekonomicznie i kulturowo.

Macierzyństwo to cenne doświadczenie, które wydawałoby się skłania do zweryfikowania własnych poglądów i niejednokrotnie jest skuteczną mobilizacją do podjęcia skutecznych

działań zdrowotnych na rzecz siebie i własnego potomstwa. Okazuje się jednak, że doświadczenie macierzyństwa i kolejne ciążę nie muszą oznaczać progresywnych zachowań zdrowotnych, co uwidoczniły prezentowane badania własne. Wskazują one, że kobiety w ciążach pierwszych przywiązują większą wagę do zachowań zdrowotnych niż w ciążach kolejnych. Silniejsze są też ich przekonania odnośnie wpływu zdrowego stylu życia na zdrowie własne i potomstwa w pierwszej ciąży niż w kolejnych. Chętniej modyfikują swoje zachowania zdrowotne w pierwszej ciąży niż w kolejnych, co dotyczy głównie odżywiania i wykonywania badań kontrolnych.

WNIOSKI

Przeprowadzone badania własne pozwalają na wyciągnięcie następujących wniosków.

1. Doświadczenie kolejnej ciąży nie jest czynnikiem nasilającym zachowania prozdrowotne kobiet ciężarnych.
2. W kolejnych ciążach słabnie tendencja do zmiany zachowań prozdrowotnych, jak również osłabia się nieco przekonanie odnośnie wpływu własnego postępowania na zdrowie własne i potomstwa.
3. Częściej pierwsza ciąża niż kolejne jest powodem zmiany zachowań w kierunku zdrowszego odżywiania, podejmowania właściwej aktywności fizycznej, czy wykonywania regularnych badań lekarskich.
4. W kolejnych ciążach natomiast, z wyjątkiem badanych posiadających więcej niż troje dzieci, zdecydowanie wzrasta przekonanie o szkodliwym działaniu stresu na zdrowie potomstwa.

Podsumowując należy stwierdzić, iż mimo różnych tendencji nasilania się bądź osłabiania zachowań zdrowotnych kobiet ciężarnych w kontekście doświadczenia macierzyństwa, dla zdecydowanej większości z nich ciąża jest czynnikiem mobilizującym do zmiany zachowań w kierunku prozdrowotnym, co jest przejawem poczucia odpowiedzialności i świadczy o świadomym macierzyństwie. Natomiast oddziaływania edukacyjne są tak samo zasadne wobec kobiet oczekujących na pierwsze jak i kolejne dziecko.

PIŚMIENNICTWO

1. Woźniak.: Socjomedyczne aspekty funkcjonowania rodziny. Poznań 1990.
2. Lalonde M.: A new perspective on the health of Canadies. A working document Government of Canada Ottawa. /W:/ Czupryna A. i wsp.: Zdrowie Publiczne. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków 2000, s. 265.
3. Rybus K.: Stres macierzyństwa. Magazyn Pielęgniarki i Położnej. 2007, nr 10, s. 37-39.
4. Narodowy Program Zdrowia 1996-2006. MZiOS, Warszawa, 1993.
5. Sawicka M.: Zdrowy styl życia. Pielęgniarka i Położna, 2006, nr 2, s. 35-37.
6. Borkowski W. M.: Opieka nad ciężarną w ciąży prawidłowej. /W:/ Borkowski W. M.(red.): Opieka pielęgniarska nad noworodkiem. Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 1994, s.51.
7. Marianowski L.: Od poczęcia do narodzin. Poradnik dla przyszłych rodziców. Pelagros, Warszawa 2001.
8. Rekomendacje Zarządu Głównego PTG w zakresie opieki przedporodowej w ciąży o prawidłowym przebiegu. Ginekologia po Dyplomie. Wydanie specjalne, Wrzesień 2006, s. 63.
9. Cekański A.: Położna w opiece podstawowej. /W:/ Cekański A.(red.): Wybrane zagadnienia z położnictwa i ginekologii dla położnych. SAM, Katowice 1999, s.105.
10. Karczewski J. K.: Żywnienie zdrowego człowieka. /W:/ Karczewski J. K. (red.): Higiena. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2002, s. 601.
11. Łepek-Klusek C.: Opieka przedporodowa /W:/ Łepek-Klusek C. (red.): Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie i ginekologii. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2003, s.110.
12. Chazan B.: Edukacja i higiena ciąży /W:/ Bręborowicz G. H. (red.): Ciąża wysokiego ryzyka. Ośrodek Wydawnictw Naukowych, Poznań 2000, s.23, 24-25.

Praca przyjęta do druku: 23.09.2010

Praca zaakceptowana do druku: 02.11.2010