

Ewelina Kukawska, Emilia Daniluk

Studenckie Koło Naukowe „Zdrowie”
Państwowa Szkoła Wyższa w Białej Podlaskiej
- opiekun naukowy doc. dr Zofia Kubińska

STYL ŻYCIA KOBIET W CIĄŻY W OPINII STUDENTÓW PAŃSTWOWEJ SZKOŁY WYŻSZEJ W BIAŁEJ PODLASKIEJ

Streszczenie

Ciąża to naturalny a zarazem niezwykle okres w życiu kobiety. Warunki oraz styl życia kobiety ciężarnej mogą mieć istotny wpływ na jej zdrowie, przebieg ciąży, a także na zdrowie dziecka prenatalnego.

Głównym celem pracy było ukazanie wiedzy badanych studentów na temat zdrowotnego stylu życia kobiet w ciąży. Realizację celu umożliwi opracowanie trzech szczegółowych zadań badawczych takich jak: przedstawienie zachowań zdrowotnych zalecanych w stylu życia kobiety w ciąży, ukazanie zachowań w ciąży zagrażających kobiecie i dziecku prenatalnemu, przedstawienie samooceny wiedzy na temat zdrowotnych zachowań kobiety w ciąży. Ze względu na kierunki studiów respondentów założono, że badani posiadają bardzo dużą wiedzę na temat stylu życia kobiety w ciąży.

W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Do badań wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety zawierający ogółem 19 pytań. Badania ankietowe przeprowadzono wśród 100 studentów Państwowej Szkoły Wyższej w Białej Podlaskiej w tym 30 z kierunku pielęgniarstwo, a 70 ze zdrowia publicznego.

Wyniki badań ukazały, że według respondentów (63,40%) najbardziej korzystnym związkiem dla kobiety w ciąży jest związek sakramentalny, a mężczyzna czuje się ojcem słysząc bicie serca dziecka (29,20%), lub czując ruchy dziecka podczas dotyku (26,30%). Ponad połowa (67,70%) twierdzi, że określenie częstotliwości wizyt u ginekologa to zadanie lekarza. W wizytach powinien uczestniczyć mąż (53,0%), jego obecność umacnia więź między rodzicami (43,70%). Zdaniem 93,20% ogółu w ciąży nie należy spożywać ani kropli alkoholu, a palenie papierosów przez matkę zmniejsza dotlenienie dziecka prenatalnego (29,90%) natomiast biernie je uzależnia (27,70%). Prawie połowa (43,60%) uważa, że dziecko prenatalne odbiera wszystkie sygnały czuciowe, dźwiękowe i emocjonalne. Większość badanych własną wiedzę na temat stylu życia kobiet w ciąży ocenia jako średnią.

Wstęp

Styl życia jako pojęcie w społeczeństwie rozumiane jest jako sposób życia, wzory zachowań, wzory kultury, wartości i postawy. Może on ulegać zmianom pod wpływem wielu czynników i zmian społecznych w różnym czasie. Na styl życia składają się standardowe reakcje i wzory zachowań (działania, czynności, praktyki) ukształtowane w procesie socjalizacji. Zainteresowanie powiązaniem między stylem życia a zdrowiem miało miejsce w latach 70. XX wieku. W tym czasie szczególne znaczenie miała koncepcja „pól zdrowia” M. Lalonde’a, w której uznano, że styl życia w największym stopniu, bezpośrednio wpływa na zdrowie jednostki (Woynarowska 2008).

Ciąża to naturalny a zarazem niezwykle okres w życiu kobiety. Warunki oraz styl życia kobiety ciężarnej mogą mieć istotny wpływ na jej zdrowie, przebieg ciąży, a także na zdrowie dziecka prenatalnego. W związku z tym kobieta w ciąży powinna szczególnie dbać o siebie w tym czasie pod względem zdrowotnym, fizycznym i psychicznym. (Łepecka-Klusek 2003; Pilewska-Kozak i wsp. 2009).

Do zachowań zdrowotnych w stylu życia kobiety w ciąży należą m.in. relacje osobowe, opieka medyczna, racjonalne odżywianie, aktywność fizyczna i odpoczynek oraz unikanie używek.

Komunikacja

Bardzo ważną rolę w ciąży odgrywa nawiązywanie kontaktów z rozwijającym się dzieckiem poprzez rozmowę, myśli, emocje i dotyk. Dialog ten ułatwiają w dużej mierze ruchy dziecka. Każda mama ma swój sposób na kontakt z dzieckiem. Może to być spokojne mówienie, opowiadanie, delikatne mruczenie, piosenka, głaskanie brzucha i wyczuwanie dłońmi ciała dziecka, myślenie o nim, wyobrażanie go sobie. „Są to tzw. formy stymulacji prenatalnej, które pogłębiają trwający 9 miesięcy dialog i są podstawą kształtowania się więzi emocjonalnej między matką i dzieckiem” (Szczawińska 2009). Działania te pozytywnie wpływają na fizyczny i psychiczny rozwój dziecka. Kobieta przez sam fakt zmian, które zachodzą w jej organizmie czuje ciąglą obecność dziecka.

Ojciec dziecka również może włączać się w ten dialog. W tym czasie ukazuje się podwójna rola mężczyzny jako męża i ojca. Jego miłość, obecność i troska wobec żony – matki dziecka sprawia, że kobieta czuje się kochana, bezpieczna, szczęśliwa, tym samym lepiej się spełnia w roli matki i przenosi pozytywne emocje na dziecko. Natomiast gdy ojciec jest niechętnie nastawiony do dziecka i matki, kobieta negatywnie to przeżywa i przekazuje lęk i wrogość dziecku. Często zdarza się, że mimo właściwego przygotowania do ojcostwa, fakt ciąży zaskakuje mężczyznę. Czasami brakuje pozytywnej, spontanicznej reakcji,

co wcale nie oznacza braku akceptacji i radości, samo uzewnętrznienie może nastąpić później. Dla mężczyzny dowodem obecności dziecka może być wynik testu ciążowego, obraz USG, wysłuchiwanie rytmu bicia serca lub wyczuwanie ruchów dziecka przez powłoki brzuszne matki (Pilewska-Kozak i wsp. 2009). Według Pilewskiej-Kozak (2009) więź ojca z dzieckiem przed jego narodzeniem może rozwijać się jedynie za pośrednictwem matki. Przez komunikację, otoczenie matki i opieką ojciec ma możliwość wpływania na rozwój więzi z dzieckiem.

Wyniki badań świadczą o znaczeniu stanu cywilnego kobiet w ciąży na nasilenie objawów depresji okołoporodowej. Badania przeprowadzone były w latach 2006-2007 na 117 kobietach ciężarnych (w 32-40 tygodniu) hospitalizowanych w Klinice Medycyny Matczyno-Płodowej Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie. Wykazały, że „ryzyko wystąpienia symptomów depresji okołoporodowej u ciężarnych wzrasta u kobiet żyjących w kohabitacji (wolnych związkach partnerskich). W przebadanej grupie u żadnej ciężarnej żyjącej w związku formalnym (n=50) nie wystąpiły symptomy depresji okołoporodowej, u 10,3% panien żyjących samotnie, wdów i rozwódek (n=3) wystąpiły symptomy depresji okołoporodowej. Natomiast u 92,1% pacjentek żyjących w kohabitacji (n=38) zdiagnozowano symptomy depresji okołoporodowej (Podolska i wsp. 2010). Z badań wynika, że stan cywilny kobiet spodziewających się dziecka, ma wpływ na nasilenie objawów depresji okołoporodowej. Istotnymi czynnikami są: obawa o to, czy wsparcie ze strony mężczyzny będzie wystarczające, niepewność co do trwałości związku, a w efekcie satysfakcji w opiece nad dzieckiem. Można stwierdzić, że kobiety żyjące w związkach kohabitacyjnych wymagają dużego emocjonalnego wsparcia ze strony mężczyzny, członków rodziny oraz przyjaciół (Podolska i wsp. 2010).

Opieka medyczna

Opiekę medyczną nad kobietą w ciąży sprawuje lekarz położnik-ginekolog i położna. Zgodnie z wytycznymi Krajowego Zespołu Konsultanta Medycznego w Dziedzinie Położnictwa i Ginekologii z 1995 roku, w czasie całej ciąży o prawidłowym przebiegu, badania lekarskie powinny odbywać się: jeden raz w pierwszym trymestrze, następnie do 32 tygodniu ciąży – co 4 tygodnie, pomiędzy 32 a 36 tygodniem ciąży – co 2 tygodnie, powyżej 36 tygodnia ciąży – co tydzień. Termin kolejnej wizyty za każdym razem wyznacza lekarz, wpisując go do „Karty przebiegu ciąży” (Łepecka-Klusek 2003).

Racjonalne żywienie

W opinii Pilewskiej-Kozak (2009) prawidłowe odżywianie jest istotnym elementem warunkującym zdrowie człowieka. Racjonalne żywienie i urozmaicona dieta zapewniają pokrycie zapotrzebowania na energię oraz składniki odżywcze, konieczne do prawidłowego funkcjonowania organizmu. Błędy żywieniowe w okresie ciąży mogą być przyczyną wielu chorób i zaburzeń rozwoju dziecka prenatalnego. Ważny jest skład jakościowy posiłków, ilość i regularność ich spożywania. „Aby zapewnić optymalny rozwój dziecka podczas ciąży, należy zwrócić szczególną uwagę na właściwy dobór w diecie: białka, witamin (przede wszystkim B1, B2, B6, C), kwasu foliowego, biopierwiastków (tj. wapń, żelazo, magnez, jod)” (Szczawińska 2009). W szczególności ważna jest suplementacja kwasem foliowym. Polski Zespół Ekspertów zaleca przyjmowanie go w dawce 0,4 mg dziennie na 3 miesiące przed planowaną ciążą i w pierwszych tygodniach jej trwania. Natomiast w przypadku kobiet, które wcześniej urodziły dziecko z wadą cewy nerwowej powinny przyjmować 4 mg kwasu foliowego na dzień (Pilewska-Kozak i wsp. 2009).

Aktywność fizyczna

„Prawidłowy i zdrowy tryb życia kobiety ciężarnej wymaga umiarkowanego ruchu, najlepiej na świeżym powietrzu” (Szczawińska 2009). Takie spacerowanie są także aktywną formą wypoczynku. Według Łepeckiej-Klusek (2003) będąc w ciąży korzystnie jest przyjąć zasadę: „zawsze odpoczywam, gdy odczuwam taką potrzebę”. Jednak aby kobieta w ciąży miała taką możliwość i komfort wypoczynku, potrzebne jest zrozumienie i pomoc ze strony najbliższych.

Według Truszczyńskiej (2012) „kobiety w ciąży nie muszą i nie powinny spędzać czasu biernie, o ile lekarz nie zaleci inaczej. Jeżeli ciąża przebiega bez zakłóceń, to systematyczna niewyczerpująca gimnastyka prowadzi do lepszego samopoczucia, zapobiega utracie sprawności fizycznej i przygotowuje organizm do wysiłku związanego z porodem”. Możemy wyróżnić korzyści z ćwiczeń fizycznych w czasie ciąży wg Clappa. Dzielimy je na korzyści dla matki w skład których wchodzi: poprawa czynności układu krążenia; ograniczony przyrost masy ciała i tkanki tłuszczowej w czasie ciąży; poprawa ogólnego samopoczucia, mniejsza podatność na stres psychiczny i fizyczny w czasie ciąży i po porodzie; łatwiejszy poród z rzadszymi powikłaniami; krótszy okres rekonwalescencji; poprawa ogólnej sprawności fizycznej. Jak również korzyści dla dziecka tj: zmniejszona częstość zagrożenia płodu zarówno w czasie ciąży, jak i podczas porodu; mniejsza ilość tkanki tłuszczowej w 5 roku życia; zwiększona odporność na stres; szybszy rozwój psychomotoryczny przez pierwsze 5 lat życia (Pilewska-Kozak i wsp. 2009).

Wśród niekorzystnych zachowań zdrowotnych zagrażających kobiecie i dziecku prenatalnemu wymienia się m.in.: palenie papierosów, spożywanie alkoholu, stosowanie substancji uzależniających.

Używki i substancje uzależniające

Udowodniono negatywne skutki palenia papierosów w czasie ciąży, takie jak poronienia, ciążę obumarłą, zahamowanie wzrostu wewnątrzmacicznego dziecka, którego stopień nasilenia jest proporcjonalny do ilości papierosów wypalanych podczas ciąży (noworodki matek palących papierosy są średnio o 200 g mniejsze), poród przedwczesny, zespół nagłej śmierci noworodka (SIDS). Natomiast w wieku szkolnym mogą mieć miejsce zaburzenia zachowania się i opóźniony rozwój umysłowy. Przebywanie w zadymionym środowisku czyli palenie bierne ma także bardzo niekorzystny wpływ na przebieg ciąży i rozwój płodu. Ciężarna przebywająca w takim środowisku jest narażona na podobne powikłania ciąży jak paląca papierosy (Dudenhausen 2010; Pilewska-Kozak i wsp. 2009).

Negatywny wpływ na przebieg ciąży ma również picie alkoholu. Zdaniem Łepeckiej-Klusek (2003) „wypity przez matkę alkohol przechodzi przez łożysko do płodu i może prowadzić do uszkodzenia komórek mózgu, wątroby i trzustki”. Mają miejsce również poronienia, przedwczesne porody, niska urodzeniowa masa ciała, obumarcia płodu. Najpoważniejszym skutkiem nadużywania alkoholu jest tzw. alkoholowy zespół płodowy (FAS), który charakteryzuje się m.in. obniżoną masą ciała, małą głową, anomaliami stawów, wadami różnych narządów i ogólnym opóźnieniem rozwojowym (Pilewska-Kozak i wsp. 2009). Niestety nadal nieznane jest krytyczne stężenie alkoholu, które decyduje o wystąpieniu Płodowego Zespołu Alkoholowego i związanych z nim zaburzeń rozwoju układu nerwowego” (Przyłóżyńska 2008).

Substancje uzależniające mają negatywny wpływ na organizm kobiety w ciąży. Działanie narkotyku hamuje wewnątrzmaciczny wzrost dziecka i niekorzystnie wpływa na jego rozwój psychoneurotyczny. Najczęstszym powikłaniem u noworodków narażonych na oddziaływanie narkotyków jest zespół odstawienia (NAS). Charakteryzuje się on rozdrażnieniem dziecka, drżeniem, trudnościami ze ssaniem, poceniem się, zatkany nos, wymiotami i biegunką (Pilewska-Kozak i wsp. 2009).

Głównym celem pracy było ukazanie opinii badanych studentów na temat prozdrowotnego stylu życia kobiet w ciąży. Realizację celu umożliwi poznanie opinii badanych studentów na temat trzech szczegółowych pytań badawczych którymi są:

1. Poznanie zachowań zdrowotnych zalecanych przez badanych w stylu życia kobiety w ciąży.
2. Ukazanie zachowań w ciąży zagrażających zdrowiu kobiety i dziecku prenatalnemu.
3. Przedstawienie samooceny wiedzy na temat zdrowotnych zachowań kobiety w ciąży.

Ze względu na kierunki studiów respondentów założono, że badani posiadają bardzo dużą wiedzę na temat stylu życia kobiety w ciąży.

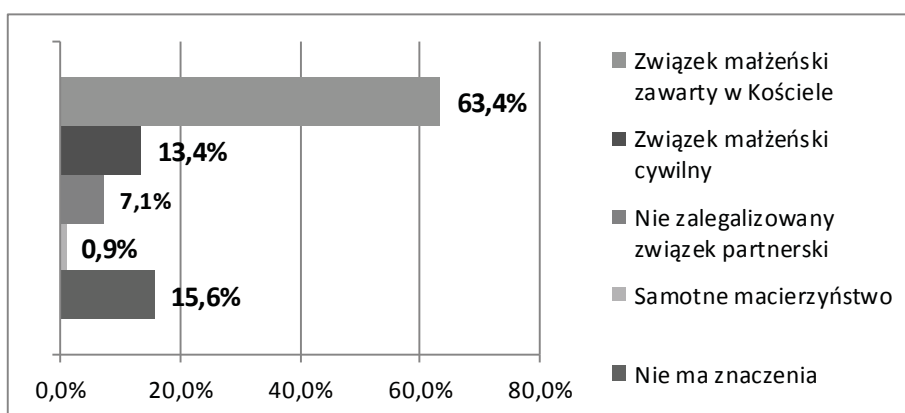
Material i metody

Badania ankietowe przeprowadzono wśród studentów Państwowej Szkoły Wyższej im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej. Ogółem przebadano 100 studentów w tym 30 osób z kierunku pielęgniarstwo, a 70 ze zdrowia publicznego. Wśród ankietowanych było 88 kobiet i 12 mężczyzn.

W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Do badań posłużył autorski kwestionariusz ankiety zawierający ogółem 19 pytań. W ankiecie wystąpiły wszystkie rodzaje pytań sondażowych, pytania otwarte, zamknięte jak również pytania półotwarte. Uzyskany materiał zestawiono i poddano obliczeniom matematycznym. Wyliczone dane procentowe zaprezentowano na rycinach jako wyniki.

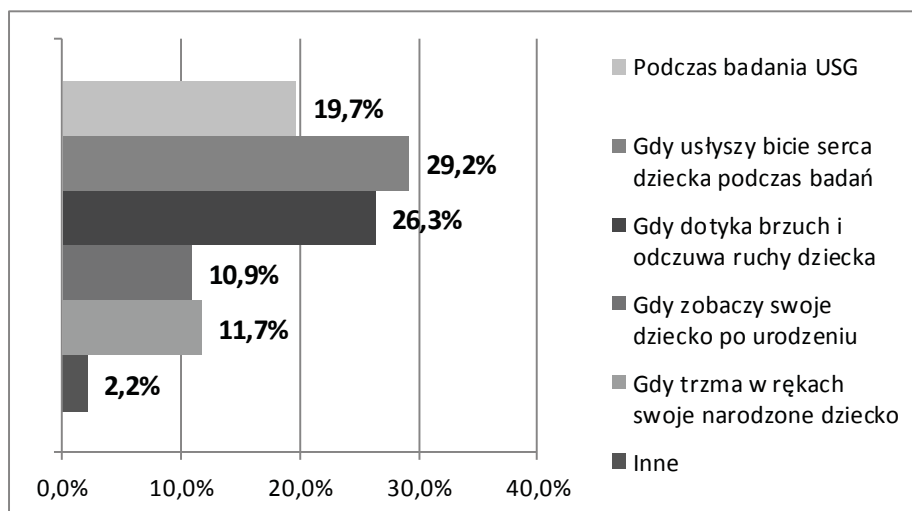
Wyniki

Badania przeprowadzone za pomocą autorskiego kwestionariusza ankiety, miały na celu uzyskanie wyników dających możliwość zrealizowania głównego celu artykułu.



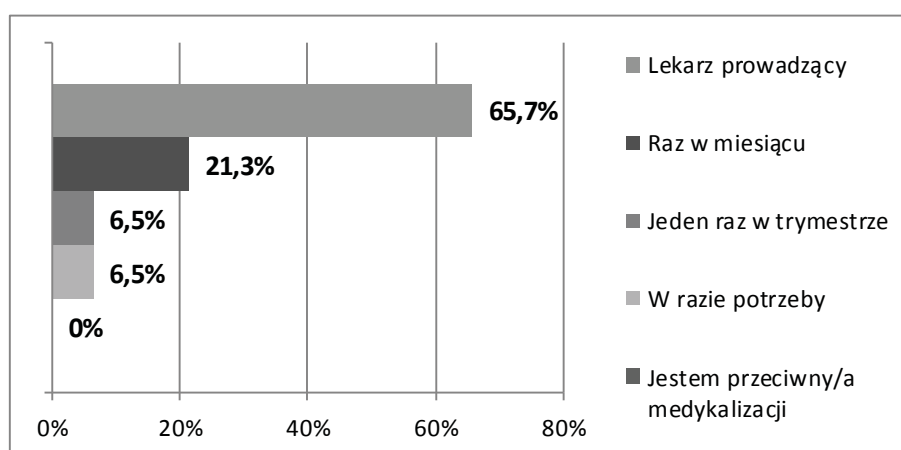
Ryc. 1. Rodzaj związku najbardziej korzystny dla kobiety w ciąży według opinii badanych

Według większości respondentów 63,4% najbardziej korzystnym związkiem dla kobiety będącej w ciąży jest sakramentalny związek małżeński zawarty w kościele (ryc. 1). Prawie szesnaście procent ankietowanych (15,6%) uznało, że rodzaj związku nie ma znaczenia, z kolei na trzecim miejscu znalazł się związek małżeński cywilny (13,4%). Najmniej osób odpowiedziało, że korzystne jest bycie w nielegalizowanym związku partnerskim (7,1%) i bycie samowychowującą matką (0,9%).



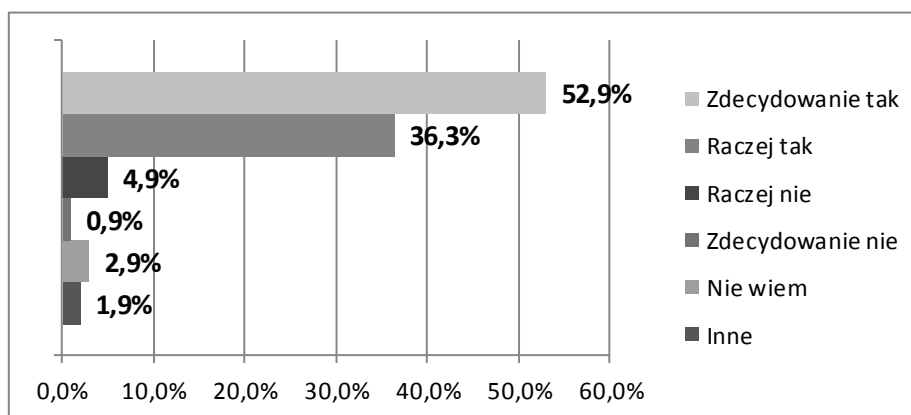
Ryc. 2. Sytuacje, które decydują o tym, że mężczyzna czuje się ojcem

Przedstawione na rycinie 2 wyniki przedstawiają sytuacje, w których mężczyzna czuje się ojcem: słysząc bicie serca dziecka (29,2%), lub czując ruchy dziecka podczas dotyku (26,3%).



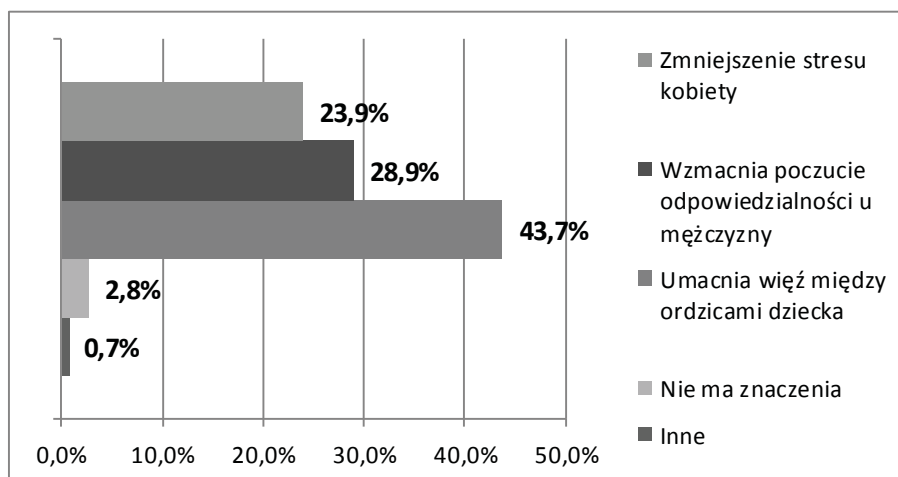
Ryc. 3. Częstotliwość wizyt kontrolnych kobiety w ciąży

Ponad połowa (65,7%) twierdzi, że określenie częstotliwości wizyt u ginekologa to zawodowy obowiązek lekarza (ryc. 3). Ponad 1/5 respondentów uważa, że wizyta powinna być raz w miesiącu (21,3%). Mniejszy odsetek badanych wskazał badanie jeden raz w trymestrze (6,5%) i w razie potrzeby (6,5%).



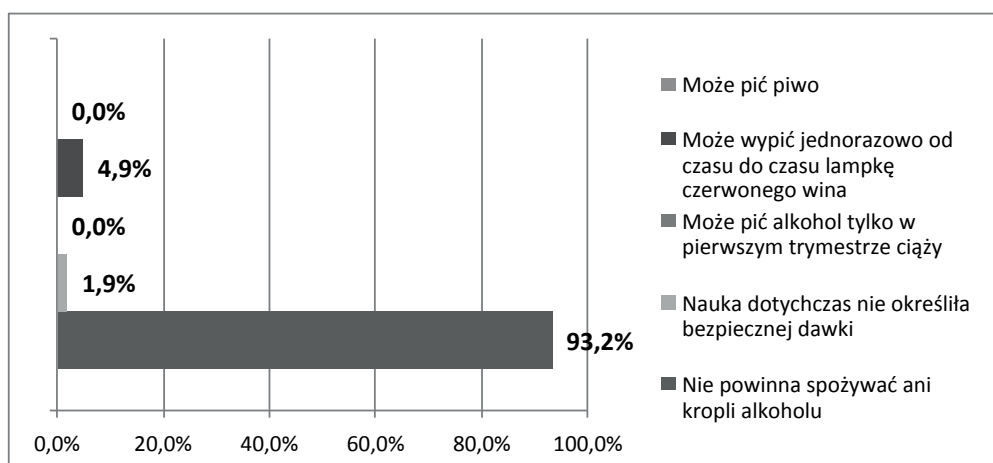
Ryc. 4. Potrzeba towarzyszenia przez mężczyznę kobiecie w ciąży w trakcie badań lekarskich według badanych

Największy odsetek ankietowanych (52,9%) zdecydowanie uważa, że mąż powinien towarzyszyć kobiecie w ciąży w czasie badań lekarskich. Pozostałe 36,3% ogółu wskazało również pozytywną odpowiedź na to pytanie. Tylko nieliczni (4,9%, 0,9%) uznali, że nie ma takiej potrzeby, a 2,9% przyznali, że nie wiedzą (ryc. 4).



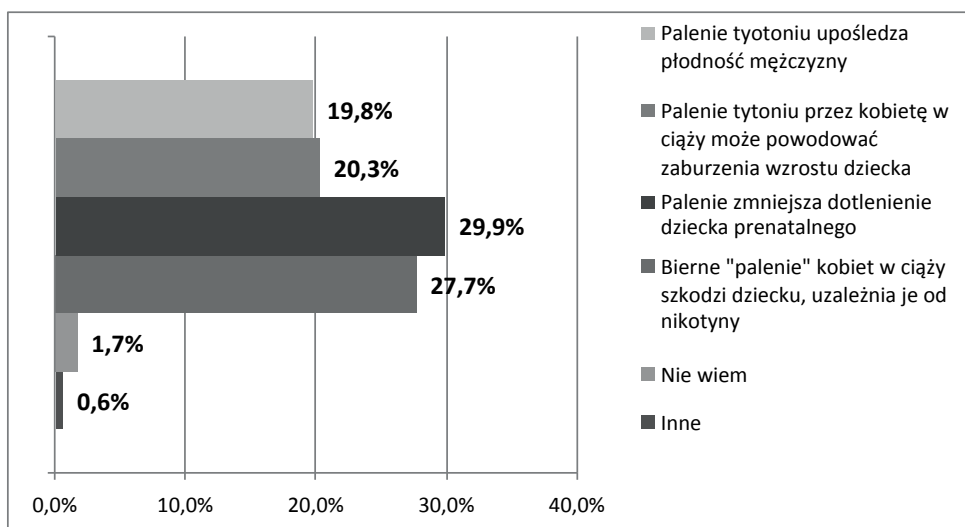
Ryc. 5. Rezultat obecności ojca dziecka w trakcie badań lekarskich

Prawie połowa ogółu (43,7%) uważa, że obecność ojca dziecka w badaniach lekarskich umacnia więź między rodzicami. Ankietowani uważają, że wpływa ona również na wzmocnienie poczucia odpowiedzialności u mężczyzny (28,9%) oraz na zmniejszenie stresu kobiety (23,9%) (ryc. 5).



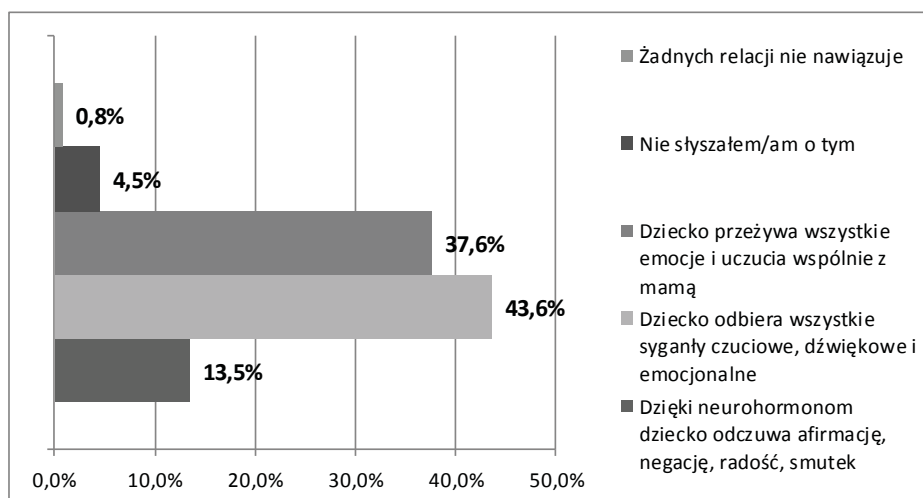
Ryc. 6. Picie alkoholu przez kobietę w ciąży według badanych

Zdaniem 93,2% ogółu w ciąży nie należy spożywać ani kropli alkoholu, natomiast 4,9% uważa, że kobieta w ciąży może wypić jednorazowo od czasu do czasu lampkę wina. Najmniej wskazań (1,9%) dotyczyło braku naukowego określenia bezpiecznej dawki alkoholu (ryc. 6).



Ryc. 7. Palenie papierosów przez kobietę w ciąży w opinii badanych

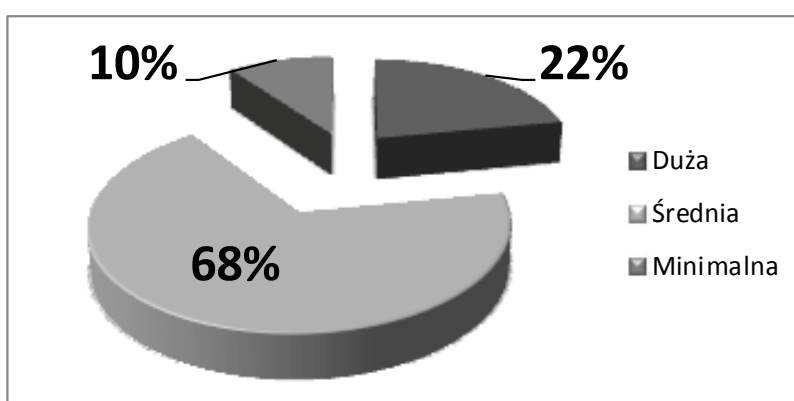
Palenie papierosów przez matkę według zdania 29,90%, zmniejsza dotlenienie dziecka prenatalnego, natomiast palenie bierne je uzależnia (27,70%). Około 1/5 uważa, że palenie tytoniu przez kobietę w ciąży może powodować zaburzenia wzrostu dziecka (20,30%), a także przyczyniać się do upośledzenia płodności u mężczyzn (19,80%) (ryc. 7).



Ryc. 8. Rodzaje relacji nawiązywanych przez rodziców z dzieckiem w okresie prenatalnym

Prawie połowa ankietowanych (43,60%) uważa, że dziecko prenatalne odbiera wszystkie sygnały czuciowe, dźwiękowe i emocjonalne (ryc. 8), natomiast 37,60% wskazało, że dziecko przeżywa wszystkie emocje i uczucia wspólnie z mamą. O wiele mniejszy odsetek respondentów (4,50%) nie słyszał o nawiązywaniu relacji z dzieckiem w okresie prenatalnym, a 0,80% uważa, że nie nawiązuje się żadnych relacji w tym czasie.

Większość badanych (68,0%) własną wiedzę na temat stylu życia kobiet w ciąży ocenia jako średnią, 22,0% jako dużą, a 10,0% jako minimalną (ryc. 9).



Ryc. 9. Samoocena wiedzy studentów na temat stylu życia kobiet w ciąży

Wnioski

Uzyskane wyniki badań pozwoliły sprecyzować następujące wnioski końcowe:

1. Większość badanych określiła prozdrowotny styl życia jaki powinna podjąć każda kobieta spodziewająca się dziecka.
2. Większości badanych znane są zagrożenia zdrowia kobiety w ciąży i dziecka prenatalnego.
3. Stan wiedzy studentów na temat zdrowego stylu życia kobiet w ciąży większość oceniła jako średni.

Postawiona hipoteza nie została w całości potwierdzona, ponieważ wśród respondentów były osoby, które nie znały zasad zdrowego stylu życia kobiet w ciąży.

Piśmiennictwo

1. Dudenhausen J. W. (2010), Położnictwo praktyczne i operacje położnicze, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 71.
2. Łepeccka-Klusek C. (2003), Opieka przedporodowa, W: C. Łepeccka Klusek (red.), Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie i ginekologii, Wyd. Czelej, Lublin, 72, 91-100.
3. Pilewska-Kozak A., Kanadys K. (2009), Promocja zachowań prozdrowotnych w okresie przedkoncepcyjnym i w czasie ciąży, W: G. Stadnicka (red.), Opieka przedkoncepcyjna, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 172-175.
4. Podolska M. Sipak-Szmigiel O. (2010), Stan cywilny a nasilenie objawów depresji okołoporodowej wśród kobiet ciężarnych, Szczecin, 90.
5. Przyłóżyńska H. (2008), Negatywne skutki działania na płód alkoholu etylowego spożywanego przez matkę w okresie ciąży. W: Międzynarodowa konferencja naukowo-dydaktyczna IV Forum Zdrowia Kobiety, Problemy zdrowotne współczesnej kobiety, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego w Kaliszu, Kalisz 3-4 października, 115-116.
6. Szczawińska M. (2009), Opieka przedkoncepcyjna. Ciąża. Poród. Połóg. W: M. Troszczyński (red.), Rozpoznawanie płodności, Wydawnictwo-Drukarnia BONAMI, 171-176.
7. Truszczyńska A. (2012), Postępowanie w ciąży prawidłowej, W: D. Szukiewicz (red.), Fizjoterapia w ginekologii i położnictwie, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 173.
8. Woynarowska B. (2008), Edukacja zdrowotna, Wydawnictwo Naukowe PWN, 50-51.