

Ocena potrzeby edukacji zdrowotnej kobiet w ciąży w zakresie stylu życia i karmienia piersią

*Dominik Olejniczak, Kinga Krakowiak

Katedra i Zakład Zdrowia Publicznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny
Kierownik Katedry: prof. dr hab. Janusz Ślusarczyk

ASSESSING THE NEED FOR HEALTH EDUCATION OF PREGNANT WOMEN IN THE LIFESTYLE AND BREASTFEEDING

Summary

Introduction. Despite decreasing maternal mortality, diseases and perinatal period are still a problem and account for more than half of the causes of infant deaths. Emerging during the mother's pregnancy and the first six days of the infant's life in danger, can be largely reduced by the applied health education.

Aim. The aim is to assess the level of educating pregnant women in the style of life and breastfeeding.

Material and methods. The survey was conducted by using a diagnostic survey questionnaire. The study was conducted in one of the teaching hospitals in Warsaw on a group of 107 pregnant women. The age range of the study group is 26-35 years old.

Results. The study shows that under the influence of interest in their health, increased belief that education is needed in pregnant women, and strengthened the conviction that it should be extended to the partners.

Conclusions. Health education of pregnant women and their partners need to gain knowledge about health, which will affect a better future for themselves and their offspring. The knowledge of health education is not due to the age of pregnant women, but from past experience and their willingness to use health education.

Key words: health education, breastfeeding, pregnancy

WSTĘP

Edukacja zdrowotna ma największy wpływ na kształtowanie zachowań zdrowotnych człowieka. Tworzona jest przez wiedzę i doświadczenia, a wspomaganie zdrowia poprzez proces kształcenia stanowi jej cel. Korzysta się w niej z różnorodnych form przekazywania wiedzy (1).

Kobiety w ciąży, jako grupa ze szczególnymi potrzebami zdrowotnymi, powinny być jednym z głównych odbiorców edukacji zdrowotnej nie tylko ze względu na siebie, ale również dziecko. Odpowiednia opieka dla kobiet w ciąży, której elementem powinna być edukacja zdrowotna, wpływa na zapewnienie możliwie największego potencjału zdrowotnego zarówno jej, jak i noworodkowi. Od zachowań matki w okresie ciąży zależy, jaki będzie stan zdrowia dziecka po urodzeniu, a od jej stopnia wyedukowania i świadomości zdrowotnej również podstawy zachowań zdrowotnych dziecka. Nieprawidłowy styl życia kobiety w ciąży może wpłynąć na słabszy rozwój dziecka w okresie prenatalnym i niemowlęcym, m.in. na powolniejszy wzrost, pogorszenie funkcjonowania niektórych narządów czy rozwój intelektualny (2, 3).

Kobieta w ciąży powinna prowadzić dostosowany do potrzeb jej ciąży styl życia. W tym celu powinny uzyskać w trakcie wizyty kontrolnej informacje o zachowaniach dotyczących zdrowia.

Inną formą edukacji kobiet w ciąży jest szkoła rodzenia (w Polsce idea ta została zapoczątkowana przez dr Jadwigę Beaupré poprzez wprowadzone kursy przygotowujące do porodu, zachęcające ojców do brania w nich czynnego udziału). Działania te rozwinął prof. Włodzimierz Fijałkowski, który stał się inicjatorem ruchu szkoły naturalnego porodu. Określił poród przez zadanie stojące przed przyszłymi rodzicami (4).

W szkołach rodzenia spotkania prowadzone są w różny sposób, przez specjalistów, którzy posiadają duże doświadczenie. Zalicza się do nich m.in. położną czy konsultanta laktacyjnego. Szkoły rodzenia mają na celu m.in. przygotować kobiety do porodu, zmniejszyć stres wywołany ciążą i porodem czy przygotować rodziców do opieki nad noworodkiem.

CEL PRACY

Celem niniejszej pracy jest próba oceny poziomu edukacji zdrowotnej kobiet w ciąży w zakresie stylu życia i karmienia piersią.

MATERIAŁ I METODY

Grupę badaną stanowiło 107 kobiet w ciąży, w przedziale wiekowym 26-35 lat. 91 (85%) respondentek to mieszkanki miast, 16 (15%) jako miejsce zamieszkania

zadeklarowało wieś. 79 (73,8%) badanych kobiet miało wyższe wykształcenie, 25 (23,3%) średnie, a 3 (2,8%) kobiety podstawowe. Dla 55 (51,4%) badanych była to pierwsza ciąża. 39 (36,4%) kobiet rodziło po raz drugi, 9 (8,4%) po raz trzeci, a 4 (3,7%) po raz czwarty.

Metodą badawczą stosowaną w niniejszym badaniu był sondaż diagnostyczny (5).

Autorski kwestionariusz ankiety zawierał 21 pytań zamkniętych dotyczących edukacji zdrowotnej kobiet w ciąży w zakresie stylu życia i karmienia piersią. Dobór grupy miał charakter celowo-losowy. Badaniem ankietowym objęte były kobiety w ciąży, zgłaszające się do lekarza prowadzącego ciążę.

Miejszem przeprowadzenia badania był jeden z warszawskich szpitali klinicznych.

WYNIKI

Na pytanie „Czy w związku z zajściem w ciążę zmieniło się u Pani zainteresowanie swoim zdrowiem?” aż 91 (85%) kobiet odpowiedziało twierdząco. Trzy kobiety (2,8%) nie miały zdania na ten temat, a jedynie 13 (12,1%) badanych raczej lub zdecydowanie nie zmieniło swojego zainteresowania zdrowiem. Jest to zdecydowanie pozytywny wynik, ukazujący prawidłowe zachowanie kobiet w związku z koniecznością szczególnego dbania o zdrowie w nowej sytuacji.

Co do przekonania o potrzebie prowadzenia edukacji zdrowotnej podczas ciąży prawie wszystkie badane kobiety (102 – 95,3%) uznały, że edukacja zdrowotna w ciąży jest raczej potrzebna lub zdecydowanie potrzebna. Dwie kobiety (1,8%) nie miały zdania na ten temat, a jedynie 3 (2,8%) uważały, że edukacja zdrowotna w ciąży raczej nie jest potrzebna. Wynik ten idzie w parze ze strukturą odpowiedzi na pytanie poprzednie – zwiększenie zainteresowania własnym zdrowiem idzie w parze z chęcią pobierania nauki.

Aż 91 (85%) kobiet uważa, że edukacja zdrowotna powinna objąć również partnerów. 6 kobiet (5,6%) nie miało zdania na ten temat, a jedynie 10 raczej

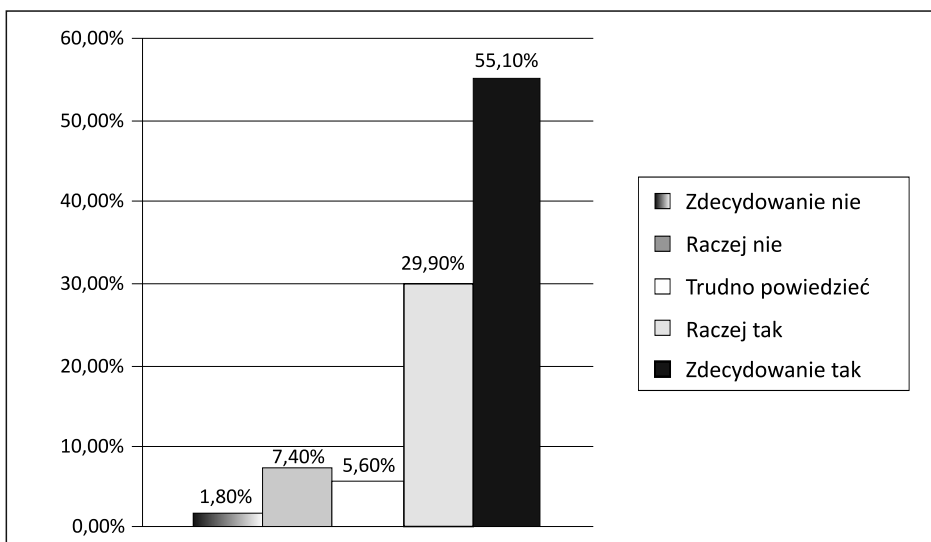
lub zdecydowanie nie miało przekonania do tego, że edukacja zdrowotna powinna objąć również partnerów. Podkreśla to, iż macierzyństwo dotyczy obojga rodziców, nie wyłącznie matki. Strukturę odpowiedzi przedstawia rycina 1.

Na pytanie o rolę partnera w zakresie edukacji podczas ciąży (tab. 1) przeciętnie kobiety udzieliły 2,3 odpowiedzi na to pytanie (stąd suma nie równa się 100%). Najczęściej (70,1%; 75 kobiet) kobiety uznały, że rola partnera w edukacji, to wspieranie. Stosunkowo popularne były również odpowiedzi: „Zmienia swoją postawę i złe nawyki zdrowotne” (47,7%; 51 kobiet) oraz „Wpływa na moje zachowania zdrowotne” (45,8%; 49 kobiet). 31 (29%) kobiet uważało, że partner wskazuje im złe nawyki zdrowotne, a 30 (28%), że zbiera informacje dotyczące zdrowia w ciąży. Jedynie 6 (5,6%) kobiet uznało, że partner nie spełnia żadnej roli. Co istotne, pośród odpowiedzi pojawia się również opcja zmiany zachowań partnera, co może działać korzystnie, umacniać związek oraz ułatwiać zmianę tych zachowań przez oboje rodziców.

Tabela 1. Jak kobieta widzi rolę partnera w zakresie edukacji podczas ciąży (N = 107 – wielokrotne odpowiedzi).

Warianty odpowiedzi	Odpowiedzi		Procent obserwacji
	N	Procent	
Nie spełnia żadnej roli	6	2,5	5,6
Działa wspierająco	75	31,0	70,1
Wpływa na zachowania zdrowotne kobiety	49	20,2	45,8
Zmienia swoją postawę i złe nawyki zdrowotne	51	21,1	47,7
Zbiera informacje dotyczące zdrowia w ciąży	30	12,4	28,0
Wskazuje partnerce jej złe nawyki zdrowotne	31	12,8	29,0
Ogółem	242	100,0	226,2

Źródło: badanie własne



Ryc. 1. Czy edukacja zdrowotna dotycząca ciąży powinna obejmować również partnerów kobiet ciężarnych?
Źródło: badanie własne

Na pytanie „Kto powinien prowadzić edukację zdrowotną dla kobiet w ciąży?” przeciętnie kobiety udzieliły 2,6 odpowiedzi na to pytanie. Najczęściej (70,1%; 75 kobiet) badane uznały, że edukację zdrowotną powinien prowadzić lekarz prowadzący i/lub położna. Stosunkowo popularne były również odpowiedzi: szkoła rodzenia (38,3% – 41 kobiet) oraz ginekolog (35,5%; 38 kobiet). 21 (19,6%) badanych uważało, że edukacją zdrowotną powinien się zajmować promotor zdrowia, 16 (15%) – rodzina i znajomi, a 14 (13,1%) – pielęgniarka. Najrzadziej kobiety zaznaczyły odpowiedź „Inne” (2,8%; N = 3). Wśród nich znalazły się: fizjoterapeuta dziecięcy, szkoła wyższa oraz Ministerstwo Zdrowia.

Strukturę odpowiedzi na pytanie „Skąd kobieta czerpie wiedzę dotyczącą zachowań zdrowotnych w ciąży?” przedstawia tabela 2. Pytanie miało charakter wielokrotnego wyboru.

Tabela 2. Skąd kobieta czerpie wiedzę dotyczącą zachowań zdrowotnych w ciąży.

Warianty odpowiedzi	Odpowiedzi		Procent obserwacji
	N	Procent	
Prasa	49	13,4	45,8
Internet	76	20,8	71,0
Radio	3	0,8	2,8
Telewizja	25	6,8	23,4
Książki	65	17,8	60,7
Ulotki informacyjne	19	5,2	17,8
Rodzina	41	11,2	38,3
Znajomi	28	7,7	26,2
Szpital/przychodnia	57	15,6	53,3
Inne	2	0,5	1,9
Ogółem	365	100,0	341,1

Źródło: badanie własne

Przeciętnie kobiety udzieliły 3,4 odpowiedzi na to pytanie. Najczęściej (71%; 76 kobiet) ciężarne czerpią informacje z Internetu, jak również z książek (60,7%; 65 kobiet). Stosunkowo często wiedza pochodzi ze szpitala/przychodni (53,3%; 57 kobiet), z prasy (45,8%; 49 kobiet), od rodziny (38,3%; 41 kobiet), znajomych (26,2%; 28 kobiet), z telewizji (23,4%; 25 kobiet) oraz ulotek informacyjnych (17,8%; 19 kobiet). Najrzadziej badane czerpią wiedzę z radia (2,8%; 3 kobiety) oraz innych źródeł (1,9%; 2 kobiety), wśród których znalazły się: szkoła rodzenia i studia pedagogiczne.

Strukturę odpowiedzi na pytanie „Jaki powinien być zakres edukacji zdrowotnej w ciąży?” przedstawia tabela 3. Pytanie miało charakter wielokrotnego wyboru.

Przeciętnie kobiety udzieliły 3,3 odpowiedzi na to pytanie. Najczęściej badane kobiety zaznaczały żywienie w ciąży (53,3%; 57 kobiet), żywienie w trakcie laktacji (41,1%; 44 kobiety) oraz „Wszystkie powyższe” (36,4%; 39 kobiet). Stosunkowo popularne były odpowiedzi: rodzaj i sposób karmienia noworodka (31,8%; 34 kobiety), odpowiednia aktywność fizyczna (29,9%; 32 kobiety), badania lekarskie

Tabela 3. Jaki powinien być zakres edukacji zdrowotnej w ciąży.

Warianty odpowiedzi	Odpowiedzi		Procent obserwacji
	N	Procent	
Żywienie w ciąży	57	16,1	53,3
Żywienie w trakcie laktacji	44	12,4	41,1
Rodzaj i sposób karmienia noworodka	34	9,6	31,8
Unikanie używek	20	5,6	18,7
Odpowiednia aktywność fizyczna	32	9,0	29,9
Samowolne przyjmowanie leków	11	3,1	10,3
Szczepienia ochronne	18	5,1	16,8
Wizyty lekarskie	19	5,4	17,8
Badania lekarskie	28	7,9	26,2
Metody radzenia sobie ze stresem	10	2,8	9,3
Styl życia	26	7,3	24,3
Higiena osobista	16	4,5	15,0
Inne	1	0,3	0,9
Wszystkie powyższe	39	11,0	36,4
Ogółem	355	100,0	331,8

Źródło: badanie własne

(26,2%; 28 kobiet) oraz styl życia (24,3%; 26 kobiet). Rzadziej kobiety mówiły o unikaniu używek (18,7%; 20 kobiet), wizytach lekarskich (17,8%; 19 kobiet), szczepieniach ochronnych (16,8%; 18 kobiet), higienie osobistej (15%; 16 kobiet), samowolnym przyjmowaniu leków (10,3%; 11 kobiet) oraz o metodach radzenia sobie ze stresem (9,3%; 10 kobiet). Najrzadszą odpowiedzią była odpowiedź „Inne” (0,9%; 1 kobieta) (zalecenia fizjoterapeuty wobec dzieci). Odpowiedzi wskazują na szerokie spektrum zainteresowań kobiet tematyką zdrowotną.

Aż 98 (91,5%) kobiet uważało, że edukacja zdrowotna powinna objąć również karmienie piersią. Jedynie 9 (8,4%) badanych raczej lub zdecydowanie nie miało przekonania do tego, że edukacja zdrowotna powinna obejmować również karmienie piersią. Pokazuje to, jak dużą wagę przykładają ciężarne do karmienia naturalnego.

Również aż 99 (92,5%) kobiet uznało, że edukacja zdrowotna powinna objąć także żywienie w trakcie laktacji. Jedna osoba (0,9%) nie miała zdania na ten temat, a jedynie 7 (6,5%) badanych raczej lub zdecydowanie nie miało przekonania do tego, że edukacja zdrowotna powinna obejmować również żywienie w trakcie laktacji.

Na pytanie o to, czy jako kobiety ciężarne otrzymują odpowiednią edukację zdrowotną, 74 (69,1%) kobiety uznały, że edukacja zdrowotna jest odpowiednia (niemniej większość z nich – 58,5% całości N, zaznaczyła odpowiedź „raczej tak”). 16 badanych (14,9%) nie miało zdania na ten temat, a 17 (15,8%) kobiet nie uważało, że otrzymuje w okresie ciąży odpowiednią edukację zdrowotną.

68 (63,55%) kobiet uznało, że dzięki edukacji poznały odpowiedzi na wszystkie interesujące pytania dotyczące zdrowia (ale większość z nich – 55,1% całości N, zaznaczyła odpowiedź „raczej tak”). 16 badanych (14,95%) nie miało zdania na ten temat, a 23 (21,49%) kobiety uważały, że nie poznały odpowiedzi na swoje pytania dzięki edukacji. Widać, iż w większości przypadków edukacja zdrowotna dała poczucie pełnego zaspokojenia wiedzy, co najpewniej przyczynia się do zmniejszenia lęku przed porodem i wychowywaniem dziecka.

Odnosząc się do pytania poprzedniego, 83 (77,5%) kobiety uznały, że dzięki edukacji zmieniły swoje nawyki zdrowotne w ciąży (ale większość z nich – 55,1% całości N, zaznaczyło odpowiedź „raczej tak”). 6 (5,61%) badanych nie miało zdania na ten temat, a 18 (19,82%) nie uważało, że zmieniło swoje zachowania zdrowotne.

Zdecydowana większość kobiet – 95 (88,79%) – zdecydowanie regularnie uczęszcza na wizyty lekarskie, a 11 (10,3%) robi to raczej regularnie. Tylko jedna kobieta (0,93%) uznała, że trudno jej powiedzieć, czy uczęszcza regularnie, czy też nie. Jest to zdecydowanie pozytywny wynik świadczący o odpowiedzialności ciężarnych za zdrowie swoje i dziecka.

Ponad połowa badanych (59,81%; 64 kobiety) dobrze ocenia swoją wiedzę na temat zachowań zdrowotnych w ciąży, a 21 (19,63%) bardzo dobrze. Mniej więcej jedna piąta kobiet (19,63%; 21 kobiet) ocenia swój stan wiedzy jako przeciętny, a tylko jedna (0,93%) jako niewystarczający.

Kolejne pytanie dotyczyło udziału w zajęciach szkoły rodzenia. Większość badanych (67,29%; 72 kobiety) nie uczęszczała na zajęcia w szkole rodzenia. 35 (32,71%) kobiet uczęszczało obecnie lub w przeszłości. Należy przypomnieć, iż szkoła rodzenia stanowi cenne i wiarygodne źródło informacji na temat okresu ciąży i laktacji.

Na pytanie „Jaką rolę spełnia szkoła rodzenia dla kobiety w ciąży i jej partnera, jeśli chodzi o edukację zdrowotną?” można było udzielić wielu odpowiedzi. Strukturę odpowiedzi pokazuje tabela 4.

Tabela 4. Jaką rolę spełnia szkoła rodzenia dla kobiety w ciąży i jej partnera, jeśli chodzi o edukację zdrowotną.

Warianty odpowiedzi	Odpowiedzi		Procent obserwacji
	N	Procent	
Nie spełnia żadnej roli	3	1,6	2,8
Wpływa stresująco na kobietę i dziecko	6	3,2	5,6
Psychofizycznie przygotowuje do porodu i rodzicielstwa	55	29,4	51,4
Kształtuje nawyki zdrowotne w okresie ciąży	21	11,2	19,6
Zmniejsza lęk przed porodem	41	21,9	38,3
Uczy samokontroli nad własnym ciałem	25	13,4	23,4
Pozytywnie zmienia postawę męża wobec żony i dziecka	17	9,1	15,9
Brak doświadczeń	19	10,2	17,8
Ogółem	187	100,0	174,8

Źródło: badanie własne

Przeciętnie badane kobiety udzieliły 1,7 odpowiedzi na to pytanie. Najczęściej zaznaczane odpowiedzi to: psychofizycznie przygotowuje do porodu i rodzicielstwa (51,4%; 55 kobiet) oraz zmniejsza lęk przed porodem (38,3%; 41 kobiet). Stosunkowo popularne były odpowiedzi: uczy samokontroli nad własnym ciałem (23,4%; 25 kobiet), kształtuje nawyki zdrowotne w okresie ciąży (19,6%; 21 kobiet), nie mam doświadczeń w tym zakresie (17,8%; 19 kobiet) oraz pozytywnie zmienia postawę męża wobec żony i dziecka (15,9%; 17 kobiet). Najbardziej badane kobiety wybierały: wpływa stresująco na kobietę i dziecko (5,6%; 6 kobiet) oraz nie spełnia żadnej roli (2,8%; 3 kobiety). Analizując odpowiedzi, widać, że w szkole rodzenia poruszane są niezwykle istotne tematy, których znajomość może okazać się kluczowa. Jednocześnie można zauważyć, że tematy poruszane w szkole rodzenia wyszły naprzeciw oczekiwaniom kobiet w ciąży.

Na pytanie o znaczenie edukacji zdrowotnej dla zdrowia odpowiadano następująco: przeciętnie badane kobiety udzieliły 1,9 odpowiedzi (pytanie wielokrotnego wyboru). Najczęściej zaznaczyły odpowiedź „Kształtuje odpowiednie postawy, poprawiając jakość życia” (73,8%; 79 kobiet). Bardzo popularne były również odpowiedzi: zmienia złe zachowania wpływające na przebieg ciąży i porodu (53,3%; 57 kobiet) oraz zmniejsza lęk i stres poprzez dostarczanie odpowiedniej wiedzy (47,7%; 51 kobiet). Odpowiedź „Uczy samokontroli nad własnym ciałem” nie była zbyt często wybierana (13,1%; 14 kobiet), a jedna kobieta (0,9%) uznała, że wiedza nie ma żadnego znaczenia.

Na pytanie „Czy styl życia i zachowanie zdrowia w ciąży wpływa na dziecko?” zdecydowana większość badanych (75,7%; 81 kobiet) odpowiedziała, że zdecydowanie tak, a 24 (22,43%), że raczej tak. Jedynie dwie kobiety (1,87%) udzieliły odpowiedzi „Trudno powiedzieć”.

Wyszczególniony został również wpływ karmienia piersią na zdrowie dziecka i matki. Aż 103 (96,26%) kobiety uznały, że karmienie piersią wpływa na zdrowie dziecka i matki. Jedynie 3 (2,8%) kobiety uznały, że nie wiedzą, czy wpływa, a jedna (0,93%) uważała, że raczej nie wpływa.

Przy pomocy współczynnika korelacji rang Spearmana stwierdzono zależność przedstawioną w tabelach 5-9.

Wykazano następujące istotne statystycznie zależności w korelacjach rho-Spearmana przekonań i edukacji zdrowotnej (tab. 5):

- im bardziej zmieniło się zainteresowanie swoim zdrowiem kobiety, tym większe przekonanie o tym, że edukacja zdrowotna jest potrzebna w okresie ciąży (umiarkowanie silny związek dodatni);
- im większe przekonanie o tym, że edukacja zdrowotna jest potrzebna w okresie ciąży, tym mocniejsze przekonanie, że powinna objąć ona również partnerów (umiarkowanie silny związek dodatni), zakres karmienia piersią (słaby związek dodatni) oraz zakres żywienia w trakcie laktacji (słaby związek dodatni);
- ponadto, im większe przekonanie, że edukacja powinna objąć również partnerów, tym większe przekonanie

Tabela 5. Korelacje rho-Spearmana przekonań i edukacji zdrowotnej.

		Czy w związku z zajściem w ciążę zmieniło się zainteresowanie swoim zdrowiem kobiety	Przekonanie, że edukacja zdrowotna w ciąży jest potrzebna	Przekonanie, że edukacja zdrowotna powinna objąć również partnerów	Czy edukacja zdrowotna powinna obejmować swym zakresem karmienie piersią	Czy edukacja powinna dotyczyć żywienia w trakcie laktacji
Czy w związku z zajściem w ciążę zmieniło się zainteresowanie swoim zdrowiem kobiety	rho		0,38***	0,11	0,15	0,13
	p		0,000	0,248	0,131	0,176
Przekonanie, że edukacja zdrowotna w ciąży jest potrzebna	rho	0,38***		0,51***	0,25**	0,25**
	p	0,000		0,000	0,008	0,010
Przekonanie, że edukacja zdrowotna powinna objąć również partnerów	rho	0,11	0,51***		0,16	0,22*
	p	0,248	0,000		0,096	0,026
Czy edukacja zdrowotna powinna obejmować swym zakresem karmienie piersią	rho	0,15	0,25**	0,16		0,68***
	p	0,131	0,008	0,096		0,000
Czy edukacja powinna dotyczyć żywienia w trakcie laktacji	rho	0,13	0,25**	0,22*	0,68***	
	p	0,176	0,010	0,026	0,000	

*p < 0,05 **p < 0,01 ***p < 0,001

Źródło: badanie własne

Tabela 6. Korelacje rho-Spearmana zdobywania wiedzy na temat ciąży i zachowań prozdrowotnych.

		Czy kobieta zyskuje w okresie ciąży odpowiednią edukację zdrowotną	Czy dzięki edukacji kobieta poznała odpowiedzi na wszystkie interesujące pytania dotyczące zdrowia	Czy w związku z zajściem w ciążę pod wpływem edukacji zdrowotnej nastąpiła u kobiety zmiana zachowań zdrowotnych	Czy kobieta regularnie uczęszcza na wizyty lekarskie	Jak kobieta ocenia swój stan wiedzy dotyczący zdrowych zachowań w okresie ciąży
Czy kobieta zyskuje w okresie ciąży odpowiednią edukację zdrowotną	rho		0,65***	0,44***	0,27**	0,41***
	p		0,000	0,000	0,006	0,000
Czy dzięki edukacji kobieta poznała odpowiedzi na wszystkie interesujące pytania dotyczące zdrowia	rho	0,65***		0,31**	0,19	0,38***
	p	0,000		0,001	0,055	0,000
Czy w związku z zajściem w ciążę pod wpływem edukacji zdrowotnej nastąpiła u kobiety zmiana zachowań zdrowotnych	rho	0,44***	0,31**		0,05	0,31**
	p	0,000	0,001		0,634	0,001
Czy kobieta regularnie uczęszcza na wizyty lekarskie	rho	0,27**	0,19	0,05		0,24*
	p	0,006	0,055	0,634		0,013
Jak kobieta ocenia swój stan wiedzy dotyczący zdrowych zachowań w okresie ciąży	rho	0,41***	0,38***	0,31**	0,24*	
	p	0,000	0,000	0,001	0,013	

*p < 0,05 **p < 0,01 ***p < 0,001

Źródło: badanie własne

- nanie, że jej zakres powinien obejmować żywienie w trakcie laktacji (słaby związek dodatni);
- na koniec, im większe przekonanie, że edukacja powinna obejmować zakres karmienia piersią, tym większe przekonanie, że powinna obejmować również żywienie podczas laktacji (silny związek dodatni).
- W korelacjach rho-Spearmana zdobywania wiedzy na temat ciąży i zachowań prozdrowotnych (tab. 6) wykazano, że:
- im większe przekonanie, że kobieta uzyskuje odpowiednią edukację zdrowotną, tym częściej poznaje odpowiedzi na pytania dotyczące ciąży (silny związek dodatni), częściej następuje u niej zmiana zachowań pod wpływem edukacji (umiarkowanie silny związek dodatni), częściej regularnie uczęszcza na wizyty lekarskie (słaby związek dodatni) oraz lepiej ocenia swoją wiedzę na temat zachowań w ciąży (umiarkowanie silny związek dodatni);
 - następnie im bardziej kobieta uzyskała odpowiedzi na swoje pytania, tym częściej zmienia swoje zachowania podczas ciąży (słaby związek dodatni) oraz lepiej ocenia swoją wiedzę na temat zachowań w ciąży (umiarkowanie silny związek dodatni);
 - im większa zmiana zachowań w ciąży pod wpływem edukacji, tym lepiej kobieta ocenia swoją wiedzę na temat zachowań ciąży (słaby związek dodatni);

- kowanie silny związek dodatni), częściej regularnie uczęszcza na wizyty lekarskie (słaby związek dodatni) oraz lepiej ocenia swoją wiedzę na temat zachowań w ciąży (umiarkowanie silny związek dodatni);
- następnie im bardziej kobieta uzyskała odpowiedzi na swoje pytania, tym częściej zmienia swoje zachowania podczas ciąży (słaby związek dodatni) oraz lepiej ocenia swoją wiedzę na temat zachowań w ciąży (umiarkowanie silny związek dodatni);
 - im większa zmiana zachowań w ciąży pod wpływem edukacji, tym lepiej kobieta ocenia swoją wiedzę na temat zachowań ciąży (słaby związek dodatni);

Tabela 7. Korelacje rho-Spearmana przekonań na temat edukacji zdrowotnej z wiedzą na temat zdrowia płodu/dziecka.

		Czy styl życia i zachowanie zdrowia kobiety w ciąży wpływa na dziecko	Czy karmienie piersią ma znaczenie dla zdrowia dziecka i matki	Czy zachowania kobiet ciężarnych mają wpływ na płód
Czy w związku z zajściem w ciążę zmieniło się zainteresowanie swoim zdrowiem kobiety	rho	0,05	0,16	0,28**
	p	0,619	0,094	0,003
Przekonanie, że edukacja zdrowotna w ciąży jest potrzebna	rho	0,24*	0,27**	0,43***
	p	0,014	0,005	0,000
Przekonanie, że edukacja zdrowotna powinna objąć również partnerów	rho	0,27**	0,30**	0,35***
	p	0,005	0,002	0,000
Czy edukacja zdrowotna powinna obejmować swym zakresem karmienie piersią	rho	0,06	0,43***	0,19*
	p	0,541	0,000	0,045
Czy edukacja powinna dotyczyć żywienia w trakcie laktacji	rho	0,24*	0,48***	0,32**
	p	0,015	0,000	0,001

*p < 0,05 **p < 0,01 ***p < 0,001

Źródło: badanie własne

Tabela 8. Korelacje rho-Spearmana zdobywania wiedzy na temat ciąży i zachowań prozdrowotnych z wiedzą na temat zdrowia płodu/dziecka.

		Czy styl życia i zachowanie zdrowia kobiety w ciąży wpływa na dziecko	Czy karmienie piersią ma znaczenie dla zdrowia dziecka i matki	Czy zachowania kobiet ciężarnych mają wpływ na płód
Czy kobieta zyskuje w okresie ciąży odpowiednią edukację zdrowotną	rho	0,18	0,24*	0,23*
	p	0,069	0,014	0,020
Czy dzięki edukacji kobieta poznała odpowiedzi na wszystkie interesujące pytania dotyczące zdrowia	rho	0,07	0,15	-0,02
	p	0,462	0,135	0,829
Czy w związku z zajściem w ciążę pod wpływem edukacji zdrowotnej nastąpiła u kobiety zmiana zachowań zdrowotnych	rho	0,18	0,07	0,31**
	p	0,058	0,453	0,001
Czy kobieta regularnie uczęszcza na wizyty lekarskie	rho	0,34***	0,33***	0,33**
	p	0,000	0,000	0,001
Jak kobieta ocenia swój stan wiedzy dotyczący zdrowych zachowań w okresie ciąży	rho	0,24*	0,37***	0,42***
	p	0,013	0,000	0,000

*p < 0,05 **p < 0,01 ***p < 0,001

Źródło: badanie własne

- na końcu, im częściej kobieta uczęszcza regularnie na wizyty lekarskie, tym lepiej ocenia swój stan wiedzy na temat ciąży (słaby związek dodatni).

W korelacjach rho-Spearmana przekonań na temat edukacji zdrowotnej z wiedzą na temat zdrowia płodu/dziecka (tab. 7) wykazano, iż:

- im bardziej zmieniło się zainteresowanie zdrowiem kobiety, tym częściej uważa ona, że jej zachowania mają wpływ na płód (słaby związek dodatni);
- im większe przekonanie o tym, że edukacja w ciąży jest potrzebna, tym większe przekonanie o tym, że styl życia ciężarnej wpływa na dziecko (słaby związek dodatni), karmienie piersią jest zdrowe (słaby związek dodatni) oraz że zachowania ciężarnych wpływają na płód (umiarkowanie silny związek);
- im większe przekonanie o tym, że edukacja powinna objąć również partnerów, tym większe przekonanie o tym, że styl życia ciężarnej wpływa na dziecko (słaby związek dodatni), karmienie piersią jest zdrowe (słaby związek dodatni) oraz że zachowania ciężarnych wpływają na płód (słaby związek dodatni);
- im większe przekonanie o tym, że edukacja powinna obejmować zakres karmienia piersią, tym większe przekonanie o tym, że karmienie piersią jest zdrowe (umiarkowanie silny związek dodatni) oraz że zachowania ciężarnych wpływają na płód (bardzo słaby związek dodatni);
- im większe przekonanie o tym, że edukacja powinna obejmować zakres żywienia podczas laktacji, tym większe przekonanie o tym, że styl życia ciężarnej wpływa na dziecko (słaby związek dodatni), karmienie piersią jest zdrowe (umiarkowanie silny związek dodatni) oraz że zachowania ciężarnych wpływają na płód (słaby związek dodatni).

W korelacjach rho-Spearmana zdobywania wiedzy na temat ciąży i zachowań prozdrowotnych z wiedzą na temat zdrowia płodu/dziecka (tab. 8) wykazano, że im większe przekonanie kobiety, że otrzymuje odpowiednią edukację zdrowotną, tym większe przekonanie o tym, że karmienie piersią jest zdrowe (słaby związek dodatni) i że zachowania ciężarnych wpływają na płód (słaby związek dodatni).

Ponadto, im więcej zmian w zachowaniach pod wpływem edukacji, tym częstsze przekonanie, że zachowania ciężarnych wpływają na płód (słaby związek dodatni).

Im kobieta uczęszcza regularniej na wizyty lekarskie, tym częstsze przekonanie, że styl życia wpływa na dziecko (słaby związek dodatni), karmienie piersią jest zdrowe (słaby związek dodatni) i zachowania ciężarnych wpływają na płód (słaby związek dodatni).

Na końcu, im kobieta wyżej ocenia swój stan wiedzy, tym częstsze przekonanie, że styl życia wpływa na dziecko (słaby związek dodatni), karmienie piersią jest zdrowe (słaby związek dodatni) i zachowania ciężarnych wpływają na płód (umiarkowanie silny związek dodatni).

W korelacjach rho-Spearmana wykształcenia z przekonaniami na temat edukacji zdrowotnej, z wiedzą i zachowaniami prozdrowotnymi oraz wiedzą na temat zdrowia płodu/dziecka (tab. 9) wykazano, że im większe

wykształcenie w badanej próbie, tym mniejsze przekonanie kobiety, że zyskuje w okresie ciąży odpowiednią edukację zdrowotną (jest to słaby związek ujemny).

Tabela 9. Korelacje rho-Spearmana wykształcenia z przekonaniami na temat edukacji zdrowotnej, z wiedzą i zachowaniami prozdrowotnymi oraz wiedzą na temat zdrowia płodu/dziecka.

		Wykształcenie
Czy w związku z zajściem w ciążę zmieniło się zainteresowanie swoim zdrowiem kobiety	rho	0,03
	p	0,802
Przekonanie, że edukacja zdrowotna w ciąży jest potrzebna	rho	-0,03
	p	0,789
Przekonanie, że edukacja zdrowotna powinna objąć również partnerów	rho	0,02
	p	0,841
Czy edukacja zdrowotna powinna obejmować swym zakresem karmienie piersią	rho	-0,07
	p	0,500
Czy edukacja powinna dotyczyć żywienia w trakcie laktacji	rho	-0,15
	p	0,125
Czy kobieta zyskuje w okresie ciąży odpowiednią edukację zdrowotną	rho	-0,27**
	p	0,005
Czy dzięki edukacji kobieta poznała odpowiedzi na wszystkie interesujące pytania dotyczące zdrowia	rho	-0,08
	p	0,440
Czy w związku z zajściem w ciążę pod wpływem edukacji zdrowotnej nastąpiła u kobiety zmiana zachowań zdrowotnych	rho	-0,15
	p	0,131
Czy kobieta regularnie uczęszcza na wizyty lekarskie	rho	0,13
	p	0,183
Jak kobieta ocenia swój stan wiedzy dotyczący zdrowych zachowań w okresie ciąży	rho	0,11
	p	0,253
Czy styl życia i zachowanie zdrowia kobiety w ciąży wpływa na dziecko	rho	-0,09
	p	0,370
Czy karmienie piersią ma znaczenie dla zdrowia dziecka i matki	rho	-0,02
	p	0,859
Czy zachowania kobiet ciężarnych mają wpływ na płód	rho	0,07
	p	0,507

*p < 0,05 **p < 0,01 ***p < 0,001

Źródło: badanie własne

DYSKUSJA

Głównym celem pracy była ocena edukacji zdrowotnej kobiet w ciąży dotycząca zmian zachowań dla zdrowia w zakresie stylu życia i karmienia piersią.

Większość kobiet badanych pod wpływem edukacji zmieniła swoje zachowania zdrowotne w ciąży. Kulik uważa, że „edukacja zdrowotna powoduje, że następują zmiany sposobów życia, zachowań negatywnych na pozytywne, a także podtrzymuje pozostawanie jedynie

w atmosferze pozytywnych stylów życia. Zachęca do dokonywania korzystnych dla zdrowia wyborów poprzez dostarczenie wiedzy i udziału wsparcia. Jest rodzajem działania, które sprawia, że „zdrowy wybór” (np. zmiana diety, rzucenie palenia itd.), staje się podstawą do dalszych decyzji ukierunkowanych na zdrowie i jego ochronę. Włącza w ochronę zdrowia wiele środowisk, instytucji, organizacji oraz ludzi różnych zawodów o różnym światopoglądzie”. Zatem uzyskane rezultaty są zgodne z oczekiwaniami i teorią dotyczącą badanego zagadnienia (6, 7).

Należy oczekiwać, że wyedukowane kobiety w ciąży będą oczekiwać wiedzy u swoich partnerów, która pozwoli wspólnie wpłynąć na lepszą przyszłość potomka. Tę hipotezę potwierdza badanie własne.

Z badań własnych wynika również, że pod wpływem zainteresowania się swoim zdrowiem, zwiększyło się przekonanie, że edukacja w ciąży jest potrzebna kobietom oraz wzmocniło się przekonanie, że powinna objąć również partnerów. Wiedza o zdrowiu zwiększyła zapotrzebowanie na edukację zdrowotną. Dzięki edukacji kobieta w ciąży i jej partner zdobędą wiedzę, która pozwoli im wspólnie zadbać o lepszą przyszłość potomka.

Według Andruszkiewicz i Banaszkiewicz „edukacja zdrowotna rodziców oczekujących narodzin dziecka jest bardzo istotną częścią opieki prenatalnej. Każdy kontakt z kobietą ciężarną i jej partnerem daje możliwość takiego przygotowania. Badania prowadzone w wielu krajach potwierdzają, że kształcenie zdrowotne rodziców w okresie oczekiwania na dziecko jest bardzo efektywną formą przygotowania do ciąży, porodu i rodzicielstwa” (7, 8).

Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży mają znaczenie dla rozwoju i zdrowia dziecka oraz zdrowia matki, a zarazem poprawiają jakość życia. Wyniki badań potwierdziły to założenie.

Z badań własnych wynika, że kobiety bardziej przekonane o tym, że styl życia i zachowanie zdrowia w ciąży wpływa na dziecko, mają większe przekonanie, że karmienie piersią jest zdrowe oraz że zachowania ciężarnych mają wpływ na płód. Ponadto, im większe przekonanie o tym, że karmienie piersią jest zdrowe dla matki i dziecka, tym większe przekonanie, że zachowania ciężarnych mają wpływ na płód.

Żołnierczuk-Kieliszek uważa, że „styl życia, czyli zespół zachowań i postaw zdrowotnych, jest najważniejszym czynnikiem warunkującym zarówno stan zdrowia jednostki, jak i populacji. Zachowania zdrowotne lub zachowania związane ze zdrowiem to jakiegokolwiek zachowania (lub aktywność) jednostki będące elementem codziennego życia, a ponadto wpływające na stan jej zdrowia. Są to działania polegające na praktycznym stosowaniu posiadanej wiedzy na temat zdrowia i choroby. Stanowią one przedmiot względnie wolnych, indywidualnych wyborów i decyzji. Jest to ta część czynników wpływających na zdrowie, nad którą każdy człowiek ma największą kontrolę” (6).

„Karmienie piersią to naturalny sposób żywienia noworodka i małego dziecka. Pediatrizy są jednogłośnie

zgodni: dla noworodka nie ma lepszego pożywienia niż pokarm matki. Karmienie piersią przez 6 pierwszych miesięcy życia zapewnia dziecku otrzymanie wszystkich najważniejszych substancji, które zapewniają mu właściwy wzrost oraz wykształcenie się odpowiednich mechanizmów obronnych, co ma pozytywny wpływ na rozwój i przyszłe zdrowie noworodka oraz małego dziecka” (9).

Z badań własnych wynika, że większe wykształcenie kobiet w ciąży zmniejsza przekonanie, że edukacja zdrowotna w czasie ciąży jest odpowiednia. Wiek kobiet nie wpływa na wiedzę o zdrowiu.

Wiedza o zdrowiu nie zależy od wykształcenia i wieku kobiety, lecz od nabytego doświadczenia i własnej chęci korzystania z edukacji zdrowotnej. Przebadana została nielosowa próba, co wpłynęło na wyniki badań.

Badania własne ukazują, że kobieta posiadająca więcej dzieci bardziej oczekuje, że edukacja zdrowotna będzie obejmować swym zakresem karmienie piersią. Kobiety te od edukacji zdrowotnej oczekują głównie zdobycia wiedzy o karmieniu piersią, które jest najlepszym i najzdrowszym sposobem żywienia noworodków i niemowląt, a zarazem w pierwszych dniach może powodować problemy, które mogą doprowadzić kobietę do rezygnacji z tego sposobu karmienia.

„Chociaż karmienie jest czynnością w najwyższym stopniu naturalną, to normalne jest, że na początku wiąże się z trudnościami, ponieważ zarówno dla świeżo upieczonej mamy jest to całkowicie nowe doświadczenie, które wymaga «wytrenowania». Ważne jest, aby z góry wiedzieć, jakie problemy mogą pojawić się w pierwszych dniach – dzięki czemu można od razu stawić im czoła i uniknąć poważniejszych komplikacji” (9).

Z badań własnych wynika, że wiedza o zdrowiu kobiet uczestniczących w zajęciach w szkole rodzenia nie różni się znacząco od wiedzy kobiet, które nie uczestniczyły w tych zajęciach.

Można było przypuszczać, że uczestnictwo w szkole rodzenia daje większą wiedzę o zdrowiu, ponieważ wydaje się ona najlepszym źródłem edukacji zdrowotnej kobiet w ciąży. Matki poszukują wiedzy z różnych źródeł. Często nie jest to ich pierwsza ciąża, a wiedzę i doświadczenie mogły zebrać przy poprzednich ciążach. Szkoła rodzenia może dawać im inne profity niż wiedza (np. zmniejszenie lęku przed porodem, większe poczucie bezpieczeństwa i zaufania – ale nie na poziomie wiedzy, tylko na poziomie emocji).

Andruszkiewicz i Banaszkiewicz uważają, że „każda ciąża, a zwłaszcza pierwsza, stanowi dla kobiety ogromne przeżycie. Wiąże się to z wieloma fizjologicznymi zmianami przystosowawczymi ustroju oraz w psychice, takimi jak częste zmiany nastrojów czy zmiany równowagi psychicznej. Zadaniem szkoły rodzenia jest zaznajomienie par z intensywnością, dynamiką i potęgą doświadczenia, jakim jest poród ich własnego dziecka. Metody prowadzonych spotkań zmierzają do uświadomienia przyszłej matce, w jak dużym stopniu zależy od niej przebieg ciąży i porodu oraz stan dziecka i jego późniejszy rozwój” (8).

WNIOSKI

1. Edukacja zdrowotna kobiet w ciąży i ich partnerów jest potrzebna dla zdobycia wiedzy o zdrowiu, która wpłynie na lepszą przyszłość dla nich i ich potomstwa.
2. Zachowania prozdrowotne kobiet w ciąży, odpowiedni styl życia i karmienie piersią po porodzie mają znaczenie dla rozwoju i zdrowia dziecka oraz zdrowia matki, a także wpływają na poprawę jakości życia.
3. Kobieta posiadająca więcej dzieci ma większe doświadczenie, kładzie większy nacisk na wiedzę o karmieniu piersią, ponieważ rozumie istotę karmienia i trudności w początkowych okresach karmienia, które mogą przyczynić się do rezygnacji z karmienia piersią, które jest zdrowe.
4. Wiedza zdobyta w szkołach rodzenia nie różni się znacząco od wiedzy zdobytej poprzez edukację zdrowotną w inny sposób.

Piśmiennictwo

1. Wojtczak A: Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.
2. Karski JB: Praktyka i teoria promocji zdrowia. Wydawnictwo CeDeWu, Warszawa 2003.
3. Cianciara D: Zarys współczesnej promocji zdrowia. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.
4. Kitzinger S: Szkoła rodzenia. Wydawnictwo Wojciech Pogonowski, Warszawa 1996.
5. Pilch T: Zasady badań pedagogicznych. Wydawnictwo Żak, Warszawa 1995.
6. Kulik TB, Latański M: Zdrowie publiczne. Podręcznik dla studentów i absolwentów wydziałów pielęgniarstwa i nauk o zdrowiu Akademii Medycznych. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2002.
7. Woynarowska B: Edukacja zdrowotna. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2010.
8. Andruszkiewicz A, Banaszkiewicz M: Promocja zdrowia dla studentów studiów licencjackich kierunku pielęgniarstwo i położnictwo. Teoretyczne podstawy promocji zdrowia. Wydawnictwo Czelej, t. II, Lublin 2010.
9. Trapani G: Encyklopedia zdrowia dziecka. Od narodzin do okresu dojrzewania. Poradnik. Wydawnictwo Jedność, Kielce 2010.

nadesłano: 11.06.2013

zaakceptowano do druku: 29.07.2013

Adres do korespondencji:

*Dominik Olejniczak

Katedra i Zakład Zdrowia Publicznego WUM

ul. Banacha 1a, 02-097 Warszawa

tel.: +48 (22) 599-21-80

e-mail: dominikolejniczak@op.pl