Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki

„Profilaktyczny program w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych”

Raport

„Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży”

Lublin 2013

SPIS TREŚCI

I CEL PROJEKTU 5

II WPROWADZENIE 7

1. Zagrożenia zdrowotne związane z konsumpcją alkoholu przez kobiety w wieku prokreacyjnym 7

2. Zagrożenia zdrowotne związane z paleniem tytoniu przez kobiety w wieku prokreacyjnym 8

3. Zagrożenia zdrowotne związane z używaniem narkotyków i środków zastępczych wśród kobiet w wieku prokreacyjnym 9

III METODOLOGIA BADAŃ I PREZENTACJA GRUPY BADANYCH 10

1. Metodyka badań 10

2. Charakterystyka grupy badanej 12

3. Pierwsza miesiączka, poród/porody 17

4. Przebieg ciąży i porodu 19

5. Wskaźniki antropometryczne matek 22

6. Stan zdrowia ciężarnych 25

7. Wskaźniki antropometryczne dzieci 28

IV BADANIA ANKIETOWE RODZĄCYCH KOBIET cz.I

1. Wyniki badań cz. I

1.1. Palenie tytoniu 33

1.2. Picie alkoholu 35

1.3. Środki psychoaktywne inne niż alkohol 38

1.4. Stosunek lekarza do spożywania alkoholu w czasie ciąży 40

1.5. Subiektywna opinia matek na temat szkodliwości alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych dla matki i dziecka 41

1.6. Zachowania antyzdrowotne według województw 43

1.7. Analiza zależności pomiędzy czynnikami socjalno-bytowymi oraz opinią na temat szkodliwości, a paleniem tytoniu wśród badanych kobiet 53

1.8. Analiza zależności pomiędzy czynnikami socjalno-bytowymi oraz opinią na temat szkodliwości a piciem alkoholu przed ciążą 60

1.9. Analiza zależności pomiędzy czynnikami socjalno-bytowymi oraz opinią na temat szkodliwości a piciem alkoholu w czasie ciąży 68

1.10. Analiza zależności pomiędzy czynnikami socjalno-bytowymi oraz opinią na temat szkodliwości a przyjmowaniem substancji psychoaktywnych innych niż alkohol 76

1.11. Parametry zdrowia dziecka, a używanie substancji niebezpiecznych 83

2. Podsumowanie cz.I

2.1. Palenie tytoniu 88

2.2. Picie alkoholu przed ciążą 92

2.3 Picie alkoholu w czasie ciąży 94
2.4. Używanie narkotyków i innych środków psychoaktywnych 96
2.5. Opinia respondentek na temat szkodliwości zachowań ryzykownych 99
2.6. Związek pomiędzy opinią o szkodliwości a zachowaniami ryzykownymi 100
3. Wnioski cz. I ……...……..……..……...101
V. BADANIA ANKIETOWE RODZĄCYCH KOBIET cz. II
1. Wprowadzenie ……...…… 103
2. Wyniki badań cz. II ……..……. 106
2.1. Zmiana diety i typ zmiany diety 107
2.2. Opieka lekarska podczas ciąży 112
2.3. Badania profilaktyczne chorób kobiecych.....118
2.4. Interwencje służb medycznych w okresie ciąży 124
2.5. Aktywność fizyczna kobiet w czasie ciąży i okresie około ciążowym.....……127
2.6. Karmienie piersią…… ……...……...……...……....132
2.7. Analiza wieloczynnikowa….....134
3. Podsumowanie….....136
3. Wnioski cz. II …….....145
VI. PIŚMIENNICTWO …….....146
VII ANEKS ……...153

RAPORT CZĘŚĆ I

dr Wioletta Żukiewicz-Sobczak

dr Piotr Paprzycki

I. CEL PROJEKTU

Zachowania zdrowotne, od których uzależnione jest utrzymanie zdrowia na odpowiednim poziomie to temat zainteresowań wielu środowisk, który jest coraz częściej doceniany i analizowany. Ogólnie wiadomo, że każda inwestycja w przyszłe zdrowie jednostki oraz społeczeństwa jest inwestycją opłacalną. Zatem doceniając ważność zagadnienia prokreacji dla każdej rodziny, jako czynnika jej rozwoju i w konsekwencji rozwoju całych populacji przedstawiamy Państwu obecny stan zachowań zdrowotnych kobiet w okresie ciąży. Raport „Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży" jest wynikiem analizy danych badania kwestionariuszowego przeprowadzonego na próbie populacji 2913 położnic z 381 oddziałów położniczo-ginekologicznych, zbadanych przy pomocy szczegółowej ankiety, składającej się z części wypełnianej przez kobietę rodzącą oraz części wypełnianej przez osobę z personelu medycznego. Przedstawione badania ankietowe są integralną częścią 5-cio letniego „Profilaktycznego programu w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych" współfinansowanego w ramach Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy. Głównym celem programu jest ograniczenie używania tytoniu, alkoholu i innych substancji psychoaktywnych przez kobiety w wieku prokreacyjnym, tj. między 15 a 49 rokiem życia. Badanie ankietowe jest niezbędnym narzędziem do monitorowania zmian na przestrzeni lat, uchwycenia skali problemu, a następnie pozwalającym na znalezienie odpowiednich rozwiązań. Celem badania ankietowego jest określenie ryzykownych zachowań zdrowotnych kobiet ciężarnych w Polsce oraz ich wpływu na zdrowie potomstwa, co może umożliwić ustalenie najlepszej strategii dalszych działań, które mają na celu zmniejszenie negatywnych, dla zdrowia matek i rodzących się dzieci, zachowań zdrowotnych oraz posłużą do ewaluacji postaw zdrowotnych grupy objętej oddziaływaniem. W ramach wspomnianego programu zostaną zorganizowane szkolenia

dla personelu medycznego i nauczycieli, programy edukacyjne dla szkół ponadgimnazjalnych oraz zakładów pracy, a także elektroniczna platforma edukacyjną i kampania społeczna. Przewidywana grupa objęta działaniami programowymi może wynieść ok. 5 000 000 osób.

II. WPROWADZENIE

1. ZAGROŻENIA ZDROWOTNE ZWIĄZANE Z KONSUMPCJĄ ALKOHOLU PRZEZ KOBIETY W WIEKU PROKREACYJNYM

Alkohol swobodnie przechodzi przez barierę łożyskową, przy czym degradacja enzymatyczna etanolu w organizmie płodu jest minimalna, dlatego tolerancja płodu na alkohol jest niska. Wysokie stężenia alkoholu mogą spowodować urodzenie martwego dziecka lub poronienie. Narażenie na oddziaływanie alkoholu w trakcie rozwoju wewnątrzmacicznego płodu może również prowadzić do alkoholowego zespołu płodowego (Foetal Alcohol Syndrome, FAS), częściowego FAS, a także FAE (Foetal Alcohol Effect) charakteryzującego się brakiem uchwytnych zmian morfologicznych przy potwierdzonych wywiadem zmianach psychosomatycznych, a także do związanych z alkoholem zaburzeń rozwoju nerwowego (ARND – Alcohol Related Neurodevelopment Disorders) oraz wad wrodzonych wywołanych alkoholem (ARBD - Alcohol-Related Birth Defects). Wszystkie te zaburzenia określa się wspólnie jako spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych (FASD – Foetal Alcohol Spectrum Disorders)[1,2]. Skutkami bardziej odległymi są: podatność na częste picie alkoholu w późniejszym okresie życia i uzależnienie od niego. Ponadto, jeżeli matka jest uzależniona od alkoholu i pije podczas ciąży, to fenotyp potomstwa będzie również podatny na uzależnienie, zgodnie z hipotezą Barkera o "płodowym początku zdrowia i choroby u dorosłych". Hipoteza ta określa również okres płodowy jako "Plastyczny

[1] Krulewitch C. Alcohol consumption during pregnancy. Annu Rev Nurs Res. 2005; 23: 101-134.

[2] Ripabelli G, Cimmino L, Grasso G. Alcohol consumption, pregnancy and fetal alcohol syndrome: implications in public health and preventive strategies. Ann Ig. 2006; 18(5): 391-406.

Rozwój", gdzie sygnały ze środowiska kształtują fenotyp[3].

Przedstawione poniżej badania opierają się o wyniki ankiety, której pytania zostały tak skonstruowane, aby uchwycić wpływ spożywania alkoholu przez ciężarną na rozwój dziecka oraz skalę zjawiska. Uzyskano odpowiedzi na pytania dotyczące między innymi: ilości i częstości spożywanego alkoholu, przed i w trakcie ciąży oraz rodzaj ostatnio spożywanego alkoholu. Jednocześnie zostały zebrane dane, uzupełniane przez lekarza, pielęgniarkę lub położną, dotyczące stanu zdrowia dziecka: stan noworodka w skali APGAR, wady wrodzone dziecka (między innymi cechy zespołu FAS), antropometria dziecka z jednoczesną oceną odżywienia stosując wskaźnik BMI.

2. ZAGROŻENIA ZDROWOTNE ZWIĄZANE Z PALENIEM TYTONIU PRZEZ KOBIETY W WIEKU PROKREACYJNYM

Dzieci kobiet palących mają z reguły niższą masę urodzeniową i częściej zapadają na choroby układu oddechowego. W badaniach dzieci w wieku szkolnym udowodniono, że dzieci matek palących w czasie ciąży są niższe i słabiej uczą się w szkole[4],[5]. Negatywny wpływ na dziecko ma przede wszystkim tlenek węgla, który powoduje braki tlenu niezbędnego do prawidłowego wzrostu i rozwoju u płodu. Bierne palenie również stanowi zagrożenie dla płodu. Obszerne badania pokazują, że palenie tytoniu w czasie rozwoju wewnątrzmacicznego płodu wpływa na to, jak często potomstwo kobiet

[3] Holemans K, Aerts. Van Asschef A. Life-time consequences of abnormal fetal pancreatic development. J Physiol. 2003; 547: 11–20.

[4] Lassen K, Oei T. Effects of maternal cigarette smoking during pregnancy on long- term physical and congestive parameters of children development. Addict Behav. 1998; 23: 635-638.

[5] Markussen Linnet K, Obel C, Bonde E, et al. Cigarette smoking Turing pregnancy and hyperactive-distractible preschooler's: a follow- up study. Acta Pediatr. 2006; 95: 694-696.

palących będzie palić, zwiększa również podatność na uzależnienie od palenia w późniejszym życiu. Nikotyna, bezpośrednio działając na rozwój neuronów (głównie poprzez receptory acetylocholiny), zmienia również ekspresję genów, wpływając na replikację DNA i różnicowanie komórek w mózgu[6,7].

W celu porównania powyższych zależności zebrano między innymi dane dotyczące historii palenia papierosów przez położnice oraz częstości ich wystawienia na wdychanie dymu papierosowego w pracy lub domu, aby ustalić możliwość wpływu dymu papierosowego na rozwój płodu i skali tego zjawiska. Jednocześnie zebrano dane antropometryczne dziecka oraz informacje o stanie jego zdrowia.

3. ZAGROŻENIA ZDROWOTNE ZWIĄZANE Z UŻYWANIEM NARKOTYKÓW I ŚRODKÓW ZASTĘPCZYCH WŚRÓD KOBIET W WIEKU PROKREACYJNYM

Dwa patologiczne mechanizmy występują w trakcie wewnątrzmacicznego rozwoju płodu w wyniku nadużywania narkotyków przez ciężarną: neurochemiczne i krążeniowe. Obydwa powodują gorszy rozwój płodu. Mogą też być przyczyną różnych powikłań w trakcie trwania ciąży takich jak przedwczesny poród, poronienie lub obumarcie płodu. W późniejszym życiu dziecka powyższe zjawisko może prowadzić do wcześniejszych prób zażywania narkotyków. Podwyższony poziom katecholamin i kortyzolu we krwi dziecka, spowodowany zażywaniem narkotyków

[6] Szymanowski K, Chmaj- Wierzchowska, Florek E, et al. Wpływ dymu tytoniowego na rozwój płodu, noworodka i dziecka – przegląd piśmiennictwa. Przegl Lek. 2006; 10: 1135-1137.

[7] Picini S, Basagana , Pacifici R, et al. In tero exposure to smoking and newborn neurobehavior, how to asses neonatal withdrawal syndrome? Ther Drug Monit. 2006; 28: 288-289.

przez ciężarną, prowadzi do zmian jego zachowania się w okresie niemowlęcym i dzieciństwa. Zjawisko rozregulowania powyższych hormonów powoduje, obniżenie samokontroli emocjonalnej co zwiększa tendencje do uzależnień[8].

Zebrano informacje dotyczące rodzajów spożywanych narkotyków oraz „dopalaczy" podczas ciąży oraz w okresie 3 miesiące przed nią, ankietowane kobiety uwzględniały wielokrotność przypadków. Ze względu na fakt, iż powyższe zachowania kobiet mają również wpływ na późniejszy rozwój dziecka, zostały zaplanowane dalsze badania, które będą przeprowadzone w okresie gdy dziecko będzie miało 6 miesięcy, 1 rok, 2, 4, 6, 14 i 18 lat, dlatego też wszystkie badane kobiety zostały poproszone pozostawienie danych kontaktowych.

III. METODOLOGIA BADAŃ I PREZENTACJA GRUPY BADANYCH

1. METODYKA BADAŃ

Badanie ankietowe przeprowadzono na terenie całej Polski w dniach 22-26 października 2012 roku. Zbadano 2833 kobiet z całej Polski, które po porodzie wypełniły ankietę. Do ankietowania użyto trzyczęściowej ankiety, której pierwsza część była wypełniana przez położnice, druga część przez personel szpitala (lekarze prowadzący, położne, pielęgniarki), a trzecią wypełniał ankieter z Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Część

[8] Hawkins JD, Catalano RF, Miller JY. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. Psychol Bull. 1992; 112(1): 64-105.

ankiety wypełniana przez pacjentki składała się z 77 pytań i dotyczyła czynników socjalnych, stanu zdrowia i stylu życia (odżywiania się, aktywności fizycznej, palenia tytoniu, picia alkoholu, używania innych środków psychoaktywnych). Część wypełniana przez personel szpitala zawierała 9 pytań dotyczących przebiegu ciąży i porodu oraz wyników podstawowych badań laboratoryjnych. W trzeciej części ankieter podawał datę, numer, miasto, powiat i kod oddziału, konstrukcja ankiety zapewniała całkowitą anonimowość kobietom, które wzięły udział w badaniu. W badaniu wzięło udział 381 z 397 poproszonych o współpracę oddziałów położniczo-ginekologicznych z całej Polski. O wypełnienie ankiety zostało poproszonych 3533 z 3627 pacjentek znajdujących się w dniu badania na oddziałach, na których przeprowadzane było badanie. 2913 pacjentek wyraziło zgodę na badanie (82,5%), a 2833 pacjentki oddały wypełnione ankiety. Ponieważ w wypełnionych ankietach nie na wszystkie pytania uzyskano odpowiedzi, liczebności w opisie poszczególnych pytań są mniejsze niż liczby ankiet. Zatem podane odsetki stanowią tzw. „ważne procenty" (ang. valid percent), liczone w odniesieniu do liczby odpowiedzi, a nie liczby ankiet.

Forma badania ankietowego i zachowanie ankietera, określone w procedurze przeprowadzania ankiety, było zaplanowane w taki sposób aby zapewnić jak najbardziej komfortowe warunki respondentkom podczas wypełniania ankiety i przekonać je o anonimowości uzyskanych danych. Zmienne opisujące badaną populację dotyczyły porównano z dostępnymi danymi dotyczącymi ogólnej populacji między innymi z Rocznika statystycznego GUS z 2011 roku. W celu określenia reprezentatywności badanej próby dla wszystkich kobiet w Polsce, testem chi^2 Pearsona porównano rozkład wieku kobiet, miejsca zamieszkania (miasto/wieś, województwo), płeć dziecka i nie stwierdzono istotnych różnic. Natomiast stan cywilny matki, wykształcenie matki testowano testem korelacji Pearsona i otrzymano współczynniki korelacji bliskie jedności (od 0,98 do 0,99, $p=<0,05$). Co ciekawe wystąpiła różnica pomiędzy badaną

próbą, a populacją ogólnopolską jeśli chodzi o czas trwania ciąży. Być może wpływ na to ma obiektywna trudność ustalenia dokładnego czasu poczęcia. Wyniki przedstawiono w formie statystyki opisowej, tabel częstości oraz tabel wielodzielnych. Do testowania istotności rozkładów badanych zmiennych używano testu Lillieforsa (do badania normalności), testu ANOVA Friedmanna, testu znaków, testu korelacji Pearsona oraz testu chi^2 Pearsona.

2. CHARAKTERYSTYKA GRUPY BADANEJ

Grupę badawczą stanowiły kobiety w wieku od 15 do 46 lat (średnia 29,0). Ponad 50% kobiet było w wieku pomiędzy 21 a 30 lat (tab. 1).

Tab. 1. CHARAKTERYSTYKA DEMOGRAFICZNO-SPOŁECZNA ANKIETOWANYCH KOBIET - WIEK

wiek kobiet	N	%
do 20 lat	204	7,41%
21-25 lat	584	21,21%
26-30 lat	1009	36,64%
31-35 lat	684	24,84%
36-40 lat	237	8,61%
pow. 40 lat	36	1,31%
Razem	2754	100,00%

Spośród badanych kobiet większość była w stałym związku, w tym w związku małżeńskim było 78,2%, w związku nieformalnym 13,9%. Kobiety rozwiedzione bądź w separacji stanowiły 1,6%, kobiety stanu wolnego 6,2%, a wdowy 0,1% (tab. 2a).

Tab. 2a. CHARAKTERYSTYKA DEMOGRAFICZNO-SPOŁECZNA ANKIETOWANYCH KOBIET - STAN CYWILNY

stan cywilny	N	%
[1] zamężna	2194	78,16%
[2] w związku nieformalnym	389	13,86%
[3] panna	175	6,23%
[4] rozwiedziona/w separacji	46	1,64%
[5] wdowa	3	0,11%
Razem	2807	100,00%

W zdecydowanej większości (47,6%) ankietowane kobiety posiadały wykształcenie wyższe (licencjat lub magisterium), kolejne grupy respondentek miały wykształcenie 20,3% pomaturalne, 13,6% ponadgimnazjalne zawodowe a 9,6% ponadgimnazjalne ogólnokształcące. Kobiety z wykształceniem gimnazjalnym i podstawowym stanowiły najmniejszą grupę - 6,5% wszystkich ankietowanych (tab. 2b).

Tab. 2b. CHARAKTERYSTYKA DEMOGRAFICZNO-SPOŁECZNA ANKIETOWANYCH KOBIET - WYKSZTAŁCENIE

wykształcenie	N	%
[1] podstawowe (lub bez wykształcenia)	81	2,91%
[2] gimnazjalne	99	3,55%
[3] ponadgimnazjalne zawodowe	380	13,64%
[4] ponadgimnazjalne ogólnokształcące	266	9,55%
[5] pomaturalne	566	20,32%
[6] wyższe zawodowe (licencjat, inżynier)	382	13,71%
[7] wyższe magisterskie	945	33,92%
[8] inne wykształcenie (lub nieokreślone)	67	2,40%
Razem	2786	100,00%

Większość ankietowanych zadeklarowało, iż zarobkowo wykonuje pracę umysłową (44,3%), pracę fizyczną wykonywało 26,4% kobiet, osoby bezrobotne stanowiły 24,1%, a uczyło się 5,3% ankietowanych (tab. 2c).

Tab. 2c. CHARAKTERYSTYKA DEMOGRAFICZNO-SPOŁECZNA ANKIETOWANYCH KOBIET - TYP PRACY ZAROBKOWEJ

typ pracy zarobkowej	N	%
[1] praca umysłowa	1225	44,26%
[2] praca fizyczna	731	26,41%
[3] nie pracuje	666	24,06%
[4] uczy się/studiuje	146	5,27%
Razem	2768	100,00%

Wśród badanych kobiet większość to osoby mieszkające w mieście (58,5%), w tym 11,4% to mieszkanki dużych miast, powyżej 500 tysięcy mieszkańców. Mieszkanki małych miast, poniżej 50 tysięcy mieszkańców, stanowiły 22,2% badanej grupy. Mieszkankami miast o ludności 100-500 tysięcy mieszkańców było 14,2% kobiet, miast o ludności 50-100 tysięcy mieszkańców było 10,7% osób ankietowanych. 41,5% stanowiły mieszkanki wsi (tab. 2d).

Tab. 2d. CHARAKTERYSTYKA DEMOGRAFICZNO-SPOŁECZNA ANKIETOWANYCH KOBIET - ZAMIESZKANIE

zamieszkanie	N	%
[1] miasto powyżej 500 tys. Mieszkańców	311	11,44%
[2] miasto od 100-500 tys. Mieszkańców	386	14,20%
[3] miasto od 50-100 tys. Mieszkańców	291	10,71%
[4] miasto od 10-50 tys. Mieszkańców	455	16,74%
[5] miasto poniżej 10 tys. Mieszkańców	147	5,41%
[6] wieś	1128	41,50%
Razem	2718	100,00%

Bardzo dobre lub dobre warunki życiowe wskazało aż 81% kobiet, a tylko 0,6% jako złe, pozostałe oceniły je jako średnie (tab. 2e).

Tab. 2e. CHARAKTERYSTYKA DEMOGRAFICZNO-SPOŁECZNA ANKIETOWANYCH KOBIET - WARUNKI SOCJALNO-BYTOWE

warunki socjalno-bytowe	N	%
[1] bardzo dobre	722	26,04%
[2] dobre	1525	54,99%
[3] średnie	509	18,36%
[4] złe	17	0,61%
Razem	2773	100,00%

Respondentki oceniły swoją sytuację materialną gorzej w porównaniu do oceny warunków życiowych. Swoją sytuację materialną jako bardzo dobrą i dobrą określiło już tylko 67,1% , a złą 1,7% badanych kobiet (tab. 2f).

Tab. 2f. CHARAKTERYSTYKA DEMOGRAFICZNO-SPOŁECZNA ANKIETOWANYCH KOBIET - SYTUACJA MATERIALNA

sytuacja materialna	N	%
[1] bardzo dobra	277	9,89%
[2] dobra	1603	57,21%
[3] średnia	875	31,23%
[4] zła	47	1,68%
Razem	2802	100,00%

Respondentki podały, iż ojcowie ich dzieci posiadają w większości wykształcenie ponadgimnazjalne lub pomaturalne (55,3%), kolejną liczną grupę stanowili ojcowie z wykształceniem wyższym (33,8%), najmniejszy procent ojców posiadał wykształcenie podstawowe/bez wykształcenia (3,6%) i gimnazjalne (2,5%; tab. 3a).

Tab. 3a. CHARAKTERYSTYKA SPOŁECZNA OJCA - WYKSZTAŁCENIE

wykształcenie	N	%
[1] podstawowe (lub bez wykształcenia)	99	3,57%
[2] gimnazjalne	69	2,49%
[3] ponadgimnazjalne zawodowe	676	24,36%
[4] ponadgimnazjalne ogólnokształcące	252	9,08%
[5] pomaturalne	607	21,87%
[6] wyższe zawodowe (licencjat, inżynier)	370	13,33%
[7] wyższe magisterskie	568	20,47%
[8] inne wykształcenie (lub nieokreślone)	134	4,83%
Razem	2775	100,00%

Ankietowane kobiety deklarowały, że 34,1% ojców pracuje umysłowo, 61,5% fizycznie, 3,2% nie pracuje, natomiast 1,2% uczy się lub studiuje (tab. 3b).

Tab. 3b. CHARAKTERYSTYKA SPOŁECZNA OJCA - TYP PRACY ZAROBKOWEJ

typ pracy zarobkowej	N	%
[1] praca umysłowa	945	34,13%
[2] praca fizyczna	1703	61,50%
[3] nie pracuje	89	3,21%
[4] uczy się/studiuje	32	1,16%
Razem	2769	100,00%

Według danych w poniższej tabeli (tab. 4), respondentka najczęściej mieszkała z mężem (75,9%) lub partnerem (17,0%), oraz z dziećmi (43,0%), z rodzicami (27,9%) ponadto z rodzeństwem i innymi osobami (14,3%).

Tab. 4. OSOBY ZAMIESZKUJĄCE WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM

osoby	N	%
mąż	2151	75,93%
partner	482	17,01%
rodzice	790	27,89%
rodzeństwo	249	8,79%
dzieci	1219	43,03%
inne	155	5,47%
Razem	2833	

3. PIERWSZA MIESIĄCZKA, PORÓD/PORODY

Wiek w jakim nastąpiła pierwsza miesiączka oscylował w granicach średniej 13,6 ± 1,5 lat. Między 12 a 15 rokiem życia pierwsza miesiączka wystąpiła u 85,5% respondentek (tab. 5).

Tab. 5. WIEK PIERWSZEJ MIESIĄCZKI

wiek pierwszej miesiączki	N	%
9 rok życia lub wcześniej	12	0,73%
10 rok życia	15	0,91%
11 rok życia	63	3,83%
12 rok życia	302	18,38%
13 rok życia	424	25,81%
14 rok życia	395	24,04%
15 rok życia	284	17,29%
16 rok życia	99	6,03%
17 rok życia	36	2,19%
18 rok życia lub później	13	0,79%
Razem	1643	100,00%

Najczęściej respondentki deklarowały, że przeszły jedną ciążę (39,3%), lub dwie ciąże (35,7%; tab. 6a).

Tab. 6a. DOTYCHCZASOWE CIĄŻE - liczba dotychczasowych ciąż

liczba dotychczasowych ciąż	N	%
1 ciąża	1005	39,29%
2 ciąże	913	35,69%
3 ciąże	430	16,81%
4 ciąże	133	5,20%
5 ciąż	48	1,88%
6 ciąż	15	0,59%
7 ciąż	9	0,35%
8 i więcej ciąż	5	0,20%
Razem	2558	100,00%

Podobne dane dotyczą porodów, których respondentki najczęściej miały jeden (46,0%) lub dwa (38,3%; tab. 6b).

Tab. 6b. DOTYCHCZASOWE CIĄŻE - liczba dotychczasowych porodów

liczba dotychczasowych porodów	N	%
1 poród	1167	45,96%
2 porody	972	38,28%
3 porody	301	11,86%
4 porody	59	2,32%
5 porodów	26	1,02%
6 porodów	8	0,32%
7 porodów	4	0,16%
8 i więcej porodów	2	0,08%
Razem	2539	100,00%

Na podstawie przeprowadzonych badań wynika, że 80,6% ankietowanych kobiet nie przebyło poronienia (tab. 6c).

Tab. 6c. DOTYCHCZASOWE CIĄŻE - przebyte poronienie

przebyte poronienie	N	%
nie	2062	80,61%
tak	496	19,39%
Razem	2558	100,00%

4. PRZEBIEG CIĄŻY I PORODU

Ciąża była w większości planowana (75,1%, tab. 7a), poród naturalny miało 62,3% badanych kobiet podczas ostatniej ciąży, a cesarskie cięcie wykonano w przypadku 36,4% ciąż (tab. 7b).

Tab. 7a. PLANOWANIE CIĄŻY

planowanie ciąży	N	%
nieplanowana	690	24,87%
planowana	2084	75,13%
Razem	2774	100,00%

Tab. 7b. SPOSÓB ROZWIĄZANIA CIĄŻY

sposób rozwiązania ciąży	N	%
[1] poród naturalny	1664	62,32%
[2] cesarskie cięcie	972	36,40%
[3] poród zabiegowy (vacuum)	27	1,01%
[4] poród zabiegowy (kleszczowy)	7	0,26%
Razem	2670	100,00%

W przeprowadzonych badaniach wykazano, iż w ponad 56,1% początek porodu był samoistny (tab. 7c).

Tab. 7c. ROZPOCZĘCIE PORODU

rozpoczęcie porodu	N	%
indukowany	524	19,45%
stymulowany	658	24,42%
samoistny	1512	56,12%
Razem	2694	100,00%

Prawie połowa badanych kobiet była hospitalizowana w czasie trwania ciąży - 42,3% (tab. 7d).

Tab. 7d. HOSPITALIZACJA W CZASIE TRWANIA CIĄŻY

hospitalizacja w czasie ciąży	N	%
[0] nie byłam w szpitalu	1543	57,70%
[1] tak, leżałam w szpitalu	1131	42,30%
Razem	2674	100,00%

Najczęstszą przyczyną hospitalizacji w czasie ciąży (40,9%) był inny powód niż przedstawione w tabeli 7e możliwości. Spośród podanych możliwości, jako przyczyny hospitalizacji najczęściej wybierano skurcze mięśnia macicy/przedwczesny poród (22,9%), następnie zagrażające poronienie (17,4%) i krwawienie we wczesnej ciąży (12,2%; tab. 7e).

Tab. 7e. PRZYCZYNY HOSPITALIZACJI W CIĄŻY

przyczyny hospitalizacji	N	% hospitalizowanych
[8] słabe odczuwanie ruchów płodu	36	3,18%
[6] cukrzyca ciężarnych	41	3,63%
[7] duże obrzęki	58	5,13%
[4] wymioty ciężarnych	62	5,48%
[5] nadciśnienie tętnicze	107	9,46%
[1] krwawienie we wczesnej ciąży	138	12,20%
[2] zagrażające poronienie	197	17,42%
[3] skurcze mięśnia macicy/poród przedwczesny	259	22,90%
[9] inny powód	463	40,94%
Razem	1131	100,00%

Analiza badań wykazała, że tydzień rozpoznania ciąży, zawierał się w granicach od 1 tygodnia do 31 tygodnia ciąży (średnia 6,5, odch. st. ± 2,8). Tydzień rozwiązania występował od 25 do 52 tygodnia, (średnia 39,0, odch. stand. ± 1,9). Poród najczęściej był terminowy (84,6%), rzadziej przedwczesny (15,2%), a najrzadziej opóźniony (0,2%; tab. 7f).

Tab. 7f. TERMINOWOŚĆ PORODU (TYGODNIE)

terminowość porodu	N	%
opóźniony >42	6	0,23%
przedwczesny <37	399	15,15%
terminowy 37-42	2228	84,62%
Razem	2633	100,00%

5. WSKAŹNIKI ANTROPOMETRYCZNE MATEK

Masa ciała respondentek przed ciążą oscylowała w zakresie od 32 kg do 159 kg (średnia 62,6, odch. stand. ± 12,3), największą grupę stanowiły osoby ważące między 50 kg a 60 kg (39%, tab. 8a).

Tab. 8a. MASA MATEK PRZED CIĄŻĄ

kg	N	**%**
do 40	15	0,55%
41-50	347	12,61%
51-60	1074	39,03%
61-70	784	28,49%
71-80	314	11,41%
81-90	139	5,05%
91-100	53	1,93%
101-110	12	0,44%
111-120	6	0,22%
121-130	4	0,15%
131-140	2	0,07%
141-150	1	0,04%
151-160	1	0,04%
Razem	2752	100,00%

Na koniec ciąży masa ciała wynosiła od 35 kg do 150 kg (średnia 77,0, odch. stand. ± 12,9). Najwięcej kobiet (34,5%) ważyło między 70 kg, a 80 kg (tab. 8b).

Tab. 8b. MASA MATEK W CIĄŻY

kg	N	%
do 40	1	0,04%
41-50	10	0,37%
51-60	173	6,35%
61-70	701	25,72%
71-80	941	34,52%
81-90	530	19,44%
91-100	257	9,43%
101-110	69	2,53%
111-120	30	1,10%
121-130	7	0,26%
131-140	4	0,15%
141-150	3	0,11%
Razem	2726	100,00%

Wzrost matek wynosił od 120 do 190 cm (średnia 165,7, odch. stand. ± 6,0; tab. 8c).

Tab. 8c. WZROST MATEK

cm	N	%
do 140	1	0,04%
141-145	3	0,11%
146-150	19	0,69%
151-155	93	3,39%
156-160	477	17,38%
161-165	853	31,07%
166-170	827	30,13%
171-175	319	11,62%
176-180	128	4,66%
181-185	22	0,80%
186-190	3	0,11%
Razem	2745	100,00%

Body Mass Index (BMI) wynosił wśród respondentek najczęściej od 15,1 do 20 (tab. 8d).

Tab. 8d. BMI MATEK

BMI	N	%
do 10	4	0,15%
10,1-15	679	24,89%
15,1-20	1446	53,01%
20,1-25	422	15,47%
25,1-30	141	5,17%
30,1-35	28	1,03%
35,1-40	6	0,22%
40,1-45	2	0,07%
Razem	2728	100,00%

Według wskaźnika BMI ponad 67,9% badanych kobiet mieściło się w normie, u 16,1% stwierdzono nadwagę, natomiast u 9,5% niedowagę, a u zaledwie 6,5% otyłość (tab. 8e).

Tab. 8e. STAN ODŻYWIENIA MATEK

WG BMI	N	%
niedowaga <18,5	258	9,46%
norma 18,5-25	1853	67,93%
nadwaga 25-30	440	16,13%
otyłość >30	177	6,49%
Razem	2728	100,00%

6. STAN ZDROWIA CIĘŻARNYCH

Choroby przewlekłe kobiet w ciąży zgłoszono 488 razy (najczęściej choroby tarczycy 6,3%, choroby oczu i uszu 2,12%, astma oskrzelowa 1,63% oraz inne choroby alergiczne 2,12%, (tab. 9a).

Tab. 9a. CHOROBY PRZEWLEKŁE MATEK

choroby przewlekłe matek	N = 2638	% matek, które udzieliły odpowiedzi
przewlekła obturacyjna choroba płuc	2	0,08%
choroba nowotworowa	3	0,11%
przewlekłe zakażenia	5	0,19%
choroby tkanki łącznej	6	0,23%
choroba niedokrwienna serca	7	0,27%
inne choroby endokrynne	7	0,27%
przewlekłe choroby wątroby	10	0,38%
inne przewlekłe choroby układu oddechowego	14	0,53%
inne przewlekłe choroby układu nerwowego	14	0,53%
inne choroby układu pokarmowego	16	0,61%
przewlekłe choroby nerek	16	0,61%
zwyrodnieniowe choroby układu ruchu	16	0,61%
inne choroby układu krążenia	19	0,72%
inne choroby przewlekłe	32	1,21%
astma oskrzelowa	43	1,63%
inne choroby alergiczne	56	2,12%
choroby oczu i uszu	56	2,12%
choroby tarczycy	166	6,29%

Przewlekłe stosowanie leków przez kobiety ciężarne zgłoszono 228 razy (tab. 9b).

Tab. 9b. PRZEWLEKŁE STOSOWANIE LEKÓW PRZEZ MATKI

	N = 1480	% matek, które udzieliły odpowiedzi
przewlekłe stosowanie leków	228	15,41%

W przeprowadzonych badaniach wykazano, że 218 razy kobiety ciężarne zgłosiły cukrzycę (w tym 165 razy cukrzycę ciężarnych), 219 razy nadciśnienie (w tym 193 razy indukowane ciążą), natomiast. 687 razy zgłoszono anemię (tab. 9c, tab. 9d, tab. 9e).

Tab. 9c. ROZPOZNANIE CUKRZYCY U MATEK

rozpoznanie cukrzycy	N = 2737	% matek, które udzieliły odpowiedzi
rozpoznana wcześniej cukrzyca nie związana z ciążą	53	1,94%
wcześniej rozpoznana cukrzyca ciężarnych	38	1,39%
aktualnie rozpoznana cukrzyca w ciąży	127	4,64%

Tab. 9d. ROZPOZNANIE NADCIŚNIENIA U MATEK

rozpoznanie nadciśnienia	N=2658	% matek, które udzieliły odpowiedzi
nadciśnienie rozpoznane wcześniej nie związane z ciążą	26	0,98%
wcześniej rozpoznane nadciśnienie indukowane ciążą	34	1,28%
aktualnie rozpoznane nadciśnienie indukowane ciążą	159	5,98%

Tab. 9e. ROZPOZNANIE NIEDOKRWISTOŚCI MATKI

rozpoznanie niedokrwistości	N=2132	% matek, które udzieliły odpowiedzi
niedokrwistość w ciąży (wg deklaracji pacjentki lub najniższego podanego poziomu Hgb w ciąży <12g%)	687	32,22%

Ankiety były uzupełniane o wyniki wybranych badań laboratoryjnych pozyskiwane z dokumentacji medycznej pacjentek (tab. 10).

Tab. 10. WYNIKI BADAŃ WYKONANYCH W ZWIĄZKU Z CIĄŻĄ I ROZWIĄZANIEM (WG DEKLARACJI PACJENTKI ORAZ Z DOKUMENTACJI ODDZIAŁU)

wyniki badań	N ważnych	% Ważnych	Średnia	Odch. std
hemoglobina na początku ciąży g/dL	320	11,30	12,43	1,52
najniższa hemoglobina w ciąży g/dL	412	14,54	10,93	1,51
ciśnienie skurczowe przed ciążą mmHg	1777	62,73	114,55	11,68
ciśnienie rozkurczowe przed ciążą mmHg	1777	62,73	72,17	9,37
ciśnienie skurczowe w ciąży mmHg	1777	62,73	118,99	14,71
ciśnienie rozkurczowe w ciąży mmHg	1777	62,73	74,85	11,38
hematokryt %	1556	54,92	33,23	4,75
hemoglobina okołoporodowa g/dL	1589	56,09	11,07	1,82
krwinki czerwone 10^{12}/L	1491	52,63	3,86	0,94
krwinki białe 10^{9}/L	1510	53,30	12,91	4,32
płytki krwi 10^{9}/L	1427	50,37	206,23	71,56
glikemia na czczo mg%	72	2,54	81,03	17,25
glikemia po posiłkowa mg%	30	1,06	102,37	26,61

Wśród stwierdzonych nieprawidłowych wyników badań krwi zgłaszano najczęściej: obniżony hematokryt 1475 razy, podwyższone krwinki białe 1134 razy, hipohemoglobinemia w okresie okołoporodowym 1093 razy i w czasie ciąży 315 razy (z 412 udzielonych odpowiedzi na to pytanie, tab. 11).

Tab. 11. NIEPRAWIDŁOWE WYNIKI BADAŃ W ZWIĄZKU Z CIĄŻĄ I ROZWIĄZANIEM (WG DEKLARACJI PACJENTKI ORAZ Z DOKUMENTACJI ODDZIAŁU)

nieprawidłowość	N ważnych	N nieprawidł.	%
obniżona hemoglobina na początku ciąży <12g%	320	67	20,94%
obniżona hemoglobina w ciąży <12g%	412	315	76,46%
podwyższone ciśnienie przed ciążą >139/89mmHg	1777	46	2,59%
podwyższone ciśnienie w ciąży >139/89mmHg	1777	275	15,48%
obniżony hematokryt <40%	1556	1475	94,79%
obniżona hemoglobina okołoporodowa <12g/dL	1589	1093	68,79%
obniżone krwinki czerwone 10^{12}/L	1547	371	23,98%
podwyższone krwinki białe >10*10^{9}/L	1510	1134	75,10%
obniżone płytki krwi <150*10^{9}/L	1427	241	16,89%
podwyższona glikemia na czczo >100mg%	72	5	6,94%

7. WSKAŹNIKI ANTROPOMETRYCZNE DZIECI

Zgodnie z odpowiedziami udzielonymi przez respondentki, wśród urodzonych dzieci (2661) ankietowanych kobiet, większość stanowiły dziewczynki (50,3%; tab. 12a).

Tab. 12a. PŁEĆ DZIECKA

płeć dziecka	N	%
[1] dziewczynka	1339	50,32%
[2] chłopiec	1322	49,68%
Razem	2661	100,00%

Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, że ponad 85% noworodków posiadało wagę mieszczącą się w normie od 2500 do 4000 g, tylko 8,4% dzieci ważyło powyżej 4000 g, a 6,7% dzieci poniżej 2500 g (tab. 12b).

Tab. 12b. STAN ODŻYWIENIA DZIECKA

stan odżywienia dziecka	N	%
niska waga<2500g	172	6,72%
norma	2173	84,88%
nadmierna waga>4000g	215	8,40%
Razem	2560	100,00%

Poród mnogi wystąpił tylko w 1,5% przypadków (41 na 2692 zadeklarowanych, tab. 12c).

Tab. 12c. PORODY MNOGIE

rodzaj porodu	N	%
poród pojedynczy	2651	98,48%
poród mnogi	41	1,52%
Razem	2692	100,00%

Średnia masa ciała noworodka wynosiła 3323 g (odch. stand. ± 570 g), średnia długość dziecka 54,3 cm (odch. stand. ± 3,7 cm), a średni obwód główki 33,9 cm (odch. stand. ± 2,3 cm; tab. 13a-d).

Tab. 13a. ANTROPOMETRIA DZIECKA

antropometria	N ważnych	% Ważnych	Średnia	Odch. std
masa noworodka	2560	90,36	3322,68	570,28
długość noworodka	2496	88,10	54,26	3,68
obwód główki	2029	71,62	33,89	2,32

Tab. 13b. MASA NOWORODKA

masa noworodka [g]	N	%
do 1000	9	0,35%
1001-1500	19	0,74%
1501-2000	47	1,84%
2001-2500	104	4,06%
2501-3000	478	18,67%
3001-3500	931	36,37%
3501-4000	757	29,57%
4001-4500	179	6,99%
4501-5000	34	1,33%
5001-5500	2	0,08%
Razem	2560	100,00%

Tab. 13c. DŁUGOŚĆ NOWORODKA

długość noworodka [cm]	N	%
do 30	5	0,20%
31-35	9	0,36%
36-40	10	0,40%
41-45	26	1,04%
46-50	205	8,21%
51-55	1312	52,56%
56-60	885	35,46%
61-65	43	1,72%
66-70	1	0,04%
Razem	2496	100,00%

Tab. 13d. OBWÓD GŁÓWKI

obwód główki [cm]	N	%
do 25	5	0,25%
26-30	67	3,30%
31-35	1615	79,60%
36-40	332	16,36%
41-45	0	0,00%
46-50	2	0,10%
51-55	7	0,34%
56-60	1	0,05%
Razem	2029	100,00%

W skali Apgar, w 1 minucie po porodzie stwierdzono 69,5% wyników o wartości 10 (1709 na 2460 ankiet), 434 dzieci oceniono na 9 (17,6%), a 169 dzieci na 8 (6,9%), 71 dzieci otrzymało 7 (2,9%), Odsetek pozostałych wartości nie przekroczył 1% (tab. 13e).

Tab. 13e. WYNIK SKALI APGAR W 1 MIN

APGAR	N	%
0	4	0,16%
1	3	0,12%
2	10	0,41%
3	11	0,45%
4	8	0,33%
5	17	0,69%
6	24	0,98%
7	71	2,89%
8	169	6,87%
9	434	17,64%
10	1709	69,47%
Razem	2461	100,00%

U 50 dzieci (na 2200 ankiet wypełnionych w tym punkcie) zgłoszono wady wrodzone (2,3%). Najczęściej były to wady serca – 18 razy (0,8%). Ponadto stwierdzano cechy zespołu FAS, wady wielogenowe, zmiany skórne, wady kończyn i palców oraz

twarzoczaszki (tab. 14a). Stwierdzone cechy zespołu FAS obejmowały niedorozwój płytek paznokciowych, krótkie szpary powiekowe, brak rynienki nosowo-wargowej, zez, cienką górną wargę, krótką szyję (tab. 14b).

Tab. 14a. WADY WRODZONE OGÓŁEM

wady wrodzone	N = 2200	% w stosunku do udzielonych odpowiedzi
wady twarzoczaszki	5	0,23%
wady kończyn i palców	9	0,41%
zmiany skórne	10	0,45%
wady wielogenowe	10	0,45%
cechy zespołu FAS	11	0,50%
wady serca	18	0,82%
Razem	50	2,27%

Tab. 14b. STWIERDZONE CECHY ZESPOŁU FAS

FAS	N = 2200	% w stosunku do udzielonych odpowiedzi
niedorozwój płytek paznokciowych	4	0,18%
krótkie szpary powiekowe	3	0,14%
brak rynienki nosowo-wargowej	2	0,09%
zez	1	0,05%
cienka górna warga	1	0,05%
krótka szyja	1	0,05%

IV. BADANIA ANKIETOWE RODZĄCYCH KOBIET CZĘŚĆ I

1. Wyniki badań cz. I

1.1. PALENIE TYTONIU

Wśród 2758 kobiet, większość respondentek nigdy nie paliła tytoniu - 1659 (60,2%). 906 (32,85%) kobiet rzuciło palenie przed lub w czasie ciąży. Natomiast 193 (7%) kobiet paliło przed ciążą i kontynuuje palenie w ciąży (tab. 15a).

Tab. 15a. STOSUNEK DO PALENIA TYTONIU

stosunek do palenia tytoniu	N	% w stosunku do udzielonych odpowiedzi
[4] nigdy nie paliłam	1659	60,15%
[3] paliłam/przestałam przed ciążą	433	15,70%
[2] paliłam/przestałam w ciąży	473	17,15%
[1] paliłam/palę	193	6,99%
Razem	2758	100,00%

Spośród palących respondentek 376 z nich udzieliło odpowiedzi na pytanie, ile papierosów dziennie paliły w różnych okresach. Najwięcej papierosów wypalały wcześniej niż 3 miesiące przed zajściem w ciążę (średnio 11,2 papierosa, odch. stand. ± 7,2) oraz bezpośrednio 3 miesiące przed ciążą (średnio 9,5 papierosa, odch. stand. ± 7,4). W pierwszym trymestrze ciąży wypalały jeszcze średnio 4,5 papierosa (odch. stand. ± 6,4), w ostatnim trymestrze 2,7 (odch. stand. ± 5,5), a w chwili badania 1,3 papierosa (odch. stand. ± 4,7). Obserwuje się spadek liczby wypalanych papierosów wraz ze stopniem zaawansowania ciąży, jednak występuje wysokie odchylenie

standardowe. Tak wysoka rozbieżność udzielanych odpowiedzi wynika z występowania w każdej z grup osób (niezależnie od stopnia zaawansowania ciąży), które wypalają dużą liczbę papierosów, nawet do 60 sztuk dziennie (tab. 15b).

Tab. 15b. ILOŚĆ WYPALANYCH PAPIEROSÓW

liczba wypalanych dziennie papierosów	Średnia	Odch. std
kiedykolwiek wcześniej niż 3 m-ce przed ciążą	11,17	7,19
w ostatnich 3 m-cach przed ciążą	9,47	7,39
w pierwszych miesiącach obecnej ciąży	4,48	6,38
w ostatnich 3 m-cach obecnej ciąży	2,68	5,49
w chwili obecnej	1,30	4,73
liczba palących respondentek, które udzieliły pełnej odpowiedzi	376	

p ANOVA Friedmana=0,000001

Badane kobiety określały swoje narażenie na przebywanie w dymie tytoniowym w pracy oraz w domu. Zdecydowana większość respondentek deklarowała brak narażenia w domu (61,2%) oraz brak narażenia w pracy (79,8%). Drugą grupę stanowiły osoby, które były narażone na wdychanie dymu tytoniowego codziennie w domu (22,5%) i pracy (11,95%). Pozostałe osoby były narażone sporadycznie kilka razy w miesiącu (w domu 10,2%, w pracy 3,65%) lub kilka razy w tygodniu (odpowiednio: w domu 6,1%, w pracy 4,6%; tab. 15c).

Tab. 15c. NARAŻENIE NA PALENIE BIERNE MATEK

bierne palenie	W domu		W pracy	
	N	%	N	%
[2] kilka razy w tygodniu	166	6,13%	106	4,61%
[3] kilka razy w miesiącu	276	10,19%	84	3,65%
[1] codziennie	609	22,49%	275	11,95%
[4] nigdy	1657	61,19%	1836	79,79%
Razem	2708	100,00%	2301	100,00%

1.2. PICIE ALKOHOLU

Bardzo wiele badanych kobiet (23%), przed zajściem w ciążę, spożywała alkohol rzadziej niż raz w miesiącu, a 61,7% w ogóle nie spożywała alkoholu. 4,0% respondentek zadeklarowało, że spożywały alkohol kilka razy w tygodniu, 2,9% 2-3 razy w tygodniu, a 1,1% co najmniej 4 razy w tygodniu.

Po zajściu w ciążę 89,9% kobiet całkowicie powstrzymywało się od picia alkoholu w jakiejkolwiek postaci. Zmiana częstości picia jest bardzo wyraźna (test znaków, p=0,0000001). Jednakże, aż 8,5% kobiet sporadycznie spożywało alkohol w czasie ciąży (raz w miesiącu lub rzadziej). Odsetki kobiet regularnie spożywających alkohol w okresie ciąży wyniosły 1,3% (2-4 razy w miesiącu) i 0,3% (częściej niż 1 raz w tygodniu, tab. 16a).

Tab. 16a. CZĘSTOŚĆ PICIA ALKOHOLU PRZED I W CZASIE CIĄŻY

picie alkoholu	3 m-ce przed ciążą		w ciąży	
	N	%	N	%
nie piła	1748	61,70%	2547	89,90%
<=1x/mc	652	23,01%	241	8,51%
4-2x/mc	319	11,26%	36	1,27%
2-3x/tydz.	82	2,89%	6	0,21%
>=4x/tydz.	32	1,13%	3	0,11%
Razem	2833	100,00%	2833	100,00%

test znaków, p=0,0000001

Wysoki procent kobiet, które w ogóle nie piły alkoholu na 3 miesiące przed ciążą może być w pewnym stopniu spowodowany charakterem pytania, gdyż niezaznaczenie odpowiedzi było równoznaczne z niepiciem alkoholu, a wiele kobiet mogło zignorować pytanie, jednak z drugiej strony procent ten jest bliski procentowi kobiet (75%) które

planowało ciążę (tab. 7a).

Średnia ilość alkoholu została wyrażona w tzw. jednostkach alkoholu, gdzie 1 standardowa porcja alkoholu, która według WHO w Europie i w Polsce zdefiniowana jest jako 10g (100%) alkoholu i jest równa 12,5 ml czystego etanolu. Respondentkom ułatwiono przeliczenie średniego spożycia standardowych porcji alkoholu podając im popularne objętości alkoholi i przyporządkowane do nich wartości porcji standardowych, butelka (kufel) piwa = 2,5 porcji standardowej; małe piwo = 1,5 porcji standardowej; lampka wina = 1 porcja standardowa; butelka wina = 7,5 porcji standardowej; kieliszek wódki = 2 porcje standardowe; butelka „ćwiartka" wódki = 10 porcji standardowych; butelka „półlitra" wódki = 20 porcji standardowych. Jednorazowo spożywana przez kobiety ilość porcji standardowych alkoholu, które wymieniły spożycie alkoholu w okresie 3 miesięcy przed ciążą (z uzyskanych 1085 odpowiedzi), wyniosła 2,2 ± 1,3 j.a. (tab. 16b). Natomiast wśród kobiet, które odpowiedziały na pytanie dotyczące picia w czasie ciąży (uzyskano tylko 286 odpowiedzi), średnia ilość wypijanego alkoholu wynosiła 1,7 ± 1,5 j.a. (tab. 16b).

Tab. 16b. ILOŚĆ ALKOHOLU WYPIJANEGO ZWYKLE DZIENNIE W J.A. PRZEZ MATKI

	N ważnych	Średnia	Odch.std
3 m-ce przed ciążą	1085	2,18	1,29
w ciąży	286	1,7	1,48

Według PAHO (Pan American Health Organization, agenda WHO) stanem upojenia alkoholowego jest wypicie przez kobietę 4 i więcej standardowych porcji alkoholu[9].

[9] Monteiro M. Alcohol and Public Health in the Americas: a case for action, PAHO 2007.

Jednak wiele badań dowodzi, że wypijanie, przez matki w ciąży, mniejszej ilości alkoholu, która jeszcze nie powoduje stanu upojenia, wpływa negatywnie na płód. Departament Zdrowia Publicznego Uniwersytetu w Kopenhadze opublikował badania, według których codzienne wypijanie już dwóch standardowych porcji alkoholu zwiększa ryzyko poronienia 1,5 raza[10]. Odpowiedzi respondentek na pytanie o wypijaną ilość alkoholu w ciągu tygodnia (na które odpowiedziało 1137 osób) pokazują, że średnia ilość wypitych jednostek alkoholu u kobiet na 3 m-ce przed ciążą wynosiła 3,11, a podczas ciąży wynosiła 0,44 ± 2,6 j.a. (tab. 16c).

Tab. 16c. ILOŚĆ ALKOHOLU WYPIJANEGO PRZECIĘTNIE TYGODNIOWO PRZEZ MATKI

	N ważnych	Średnia	Odch.std
3 m-ce przed ciążą	1137	3,11	4,47
w ciąży	1137	0,44	2,61

Spośród 856 respondentek, zapytanych o rodzaj ostatnio spożywanego alkoholu, największa część z nich wskazała czerwone wino (44,9%) oraz piwo (30,3%). 29,8% respondentek zadeklarowało, że spożywało niskoalkoholowe piwo, natomiast 2,2% deklarowało picie „coolerów" w czasie ciąży. Białe wino wskazało 11,6% ankietowanych kobiet. Znaczna liczba ciężarnych kobiet przyznała się do picia mocnego alkoholu (5%), lub wina wzmocnionego (0,7%, tab. 16d).

Ciekawe zjawisko można dostrzec podczas porównania tabeli 16a w której są zawarte odpowiedzi dotyczące częstości spożywania alkoholu w ciąży i zaledwie 286 kobiet określiło częstość, a pozostałe 89,9% kobiet odpowiedziało że nie pije alkoholu

[10] Andersen AM, Andersen PK, Olsen J, et al. Moderate alcohol intake during pregnancy and risk of fetal death. Int J Epidemiol. 2012; 41 :405e 13.

w ciąży. Porównując te dane z danymi z tabeli 16d w której badane kobiety udzieliły informacji jaki rodzaj alkoholu ostatnio piły okazuje się że są duże rozbieżności, bo rodzaj ostatnio wypitego alkoholu określiło już 856 kobiet. Wydaję się że wyrażenie ostatnio oznacza okres krótszy niż 9 miesięcy lecz to sformułowanie okazało się niewystarczająco precyzyjne.

Tab. 16d. RODZAJ OSTATNIO SPOŻYWANEGO ALKOHOLU PRZEZ MATKI

rodzaj alkoholu	N=856	% w stosunku do kobiet, które udzieliły odpowiedzi
wina mocne i wzmacniane	6	0,7%
coolery	19	2,2%
mocne alkohole	43	5,0%
białe wino	99	11,6%
piwo niskoalkoholowe.	255	29,8%
piwo	259	30,3%
czerwone wino	384	44,9%

1.3. ŚRODKI PSYCHOAKTYWNE INNE NIŻ ALKOHOL

Zaledwie 63 kobiety (2,2%) zadeklarowały przyjmowanie środków uspokajających lub nasennych (tab. 17a). Większość spośród tych kobiet przyznała się do używania leków dostępnych bez recepty (1,45%) , część kobiet (0,99%) do używania leków na receptę za wiedzą lekarza i tylko 0,18% kobiet stosowała leki na receptę bez wiedzy lekarza.

Tab. 17a. STOSOWANIE LEKÓW NASENNYCH I USPOKAJAJĄCYCH PRZEZ MATKI

rodzaj środków	N = 2833	%
środki uspokajające dostępne na receptę bez wiedzy lekarzy	5	0,18%
środki uspokajające dostępne na receptę za wiedzą lekarza	28	0,99%
środki uspokajające dostępne bez recepty	41	1,45%
Razem (możliwy był wielokrotny wybór)	63	2,22%

Liczba odpowiedzi, w których badane kobiety, przyznały się do używania w czasie ciąży lub/i trzy miesiące przed ciążą innych środków psychoaktywnych wyniosła 95, co stanowiło 3,35% ogółu badanych kobiet (tab. 17b). Największa ilość ankietowanych kobiet (0,74%) przyznała się do stosowania haszyszu i marihuany podczas ciąży.

Tab. 17b. ZAŻYWANE INNE NIŻ ALKOHOL ŚRODKI PSYCHOAKTYWNE

środki psychoaktywne	N = 2833	%
opioidy (heroina, morfina, kodeina, tramal, metadon)	7	0,25%
halucynogeny jak LSD, MDA, meskalina	7	0,25%
inne halucynogenne np. grzyby, atropina, skopolamina, pochodne szałwii	7	0,25%
wziewne – kleje, rozpuszczalniki,	7	0,25%
iniekcyjne	7	0,25%
inne, nie pamiętam typu	7	0,25%
psychopobudzające (amfetamina, metamfetamina, efedryna, ecstasy)	9	0,32%
kokaina i podobne	9	0,32%
„dopalacze”	14	0,52%
haszysz, marihuana i podobne np. THC	21	0,74%
Razem (możliwy był wielokrotny wybór)	95	3,35%

1.4. STOSUNEK LEKARZA DO SPOŻYWANIA ALKOHOLU W CZASIE CIĄŻY

Ponad połowa badanych kobiet (56,5%) przyznała, że lekarz w czasie ich ciąży nie omawiał z nimi problemu spożywania alkoholu przez ciężarne. Natomiast w przypadku 1066 (42,1%) kobiet, lekarz zalecał powstrzymanie się od picia jakiejkolwiek ilości alkoholu podczas ciąży. Znaczna liczba spośród ankietowanych kobiet informowana była przez lekarza, że picie małej ilości alkoholu jest dopuszczalne lub zalecane, aby utrzymać ciążę (n = 15, 0,6%), lub z innych niewymienionych przyczyn (n = 21, 0,8%; tab. 18).

Tab. 18. STOSUNEK LEKARZY DO SPOŻYWANIA ALKOHOLU W CIĄŻY

stosunek lekarzy	N	%
[2] dopuszczał picie niewielkich ilości alkoholu w celu podtrzymania ciąży	15	0,59%
[3] zalecał picie niewielkich ilości alkoholu z innego powodu	21	0,83%
[1] zalecał powstrzymanie się od picia jakichkolwiek ilości alkoholu w ciąży	1066	42,10%
[0] w ogóle nie omawiał kwestii picia alkoholu w ciąży	1430	56,48%
Razem	2532	100,00%

1.5. OPINIA MATEK NA TEMAT SZKODLIWOŚCI ALKOHOLU, TYTONIU I INNYCH ŚRODKÓW PSYCHOAKTYWNYCH DLA MATKI I DZIECKA

Występują znaczne różnice w świadomości respondentek odnośnie do potencjalnego zagrożenia zdrowotnego, zarówno dla płodu jak i matki w czasie ciąży. Zagrożenie to może zostać spowodowane spożywaniem alkoholu czy zażywaniem innych środków psychoaktywnych przez matkę. Prawie wszystkie kobiety, przyznały, że spożycie dużych ilości alkoholu stwarza duże zagrożenie dla zdrowia i życia matki (96,2%) oraz płodu (98,6%). Niemniej jednak świadomość negatywnych skutków spożywania niewielkich ilości alkoholu w czasie ciąży była znacznie niższa. Tylko część ankietowanych kobiet była świadoma ryzyka, związanego z konsumpcją niewielkich ilości alkoholu w czasie ciąży, dla matki (45,8%) i płodu (62,1%). Niektóre z respondentek są przekonane, że picie niewielkich ilości alkoholu nie jest szkodliwe dla płodu i matki w czasie ciąży (odpowiednio 2,5% i 5,0%). Nieliczna grupa kobiet uważa, że picie nawet dużych ilości alkoholu nie niesie ze sobą ryzyka dla płodu i matki (odpowiednio 0,3% i 0,3%, tab. 19a, 19b).

Tab. 19a. OCENA RESPONDENTEK RYZYKA ZDROWOTNEGO DLA KOBIET W CIĄŻY

		[a] Brak ryzyka	[b] Nieznaczne ryzyko	[c] Średnie ryzyko	[d] Wysokie ryzyko	Razem
picie niewielkich ilości alkoholu	n	132	471	826	1208	2637
	%	5,01%	17,86%	31,32%	45,81%	
picie dużych ilości alkoholu	n	8	18	74	2540	2640
	%	0,30%	0,68%	2,80%	96,21%	
palenie papierosów	n	18	80	356	2182	2636
	%	0,68%	3,03%	13,51%	82,78%	
palenie bierne	n	23	136	779	1683	2621
	%	0,88%	5,19%	29,72%	64,21%	
przyjmowanie narkotyków	n	8	6	26	2590	2630
	%	0,30%	0,23%	0,99%	98,48%	
leki uspokajające, dopalacze	n	9	9	69	2526	2613
	%	0,34%	0,34%	2,64%	96,67%	

Tab. 19b. OCENA RESPONDENTEK RYZYKA ZDROWOTNEGO DLA PŁODU

		[a] Brak ryzyka	[b] Nieznaczne ryzyko	[c] Średnie ryzyko	[d] Wysokie ryzyko	Razem
picie niewielkich ilości alkoholu	n	67	272	659	1638	2636
	%	2,54%	10,32%	25,00%	62,14%	
picie dużych ilości alkoholu	n	9	6	23	2599	2637
	%	0,34%	0,23%	0,87%	98,56%	
palenie papierosów	n	12	44	202	2371	2629
	%	0,46%	1,67%	7,68%	90,19%	
palenie bierne	n	16	65	476	2061	2618
	%	0,61%	2,48%	18,18%	78,72%	
przyjmowanie narkotyków	n	8	2	12	2610	2632
	%	0,30%	0,08%	0,46%	99,16%	
leki uspokajające, dopalacze	n	10	5	32	2559	2606
	%	0,38%	0,19%	1,23%	98,20%	

Aktywne palenie tytoniu zostało uznane przez 90,2% ankietowanych kobiet jako wysoki czynnik ryzyka dla rozwijającego się płodu. Również znaczna część respondentek (82,8%) uważa, że aktywne palenie przez kobiety w ciąży niesie ze sobą wysokie ryzyko zdrowotne również dla matki. Ponadto, kobiety w ciąży uznają przebywanie w zadymionym środowisku za sytuację wysokiego ryzyka zarówno dla rozwijającego się płodu, (78,7%), a także dla zdrowia matki (64,2%; tab. 19a, 19b).

Prawie wszystkie respondentki (97-99%) były świadome, że zażywanie narkotyków i innych środków odurzających jest bardzo ryzykowne dla zdrowia i życia płodu oraz matki (tab. 19a, 19b).

1.6 ZACHOWANIA ANTYZDROWOTNE WEDŁUG WOJEWÓDZTW

Ze zgromadzonych danych wynika, że najwięcej kobiet, które nigdy nie sięgnęły po papierosa znajduje się w województwie małopolskim (73,5%), podkarpackim (68,5%) i kujawsko-pomorskim (66,4%) za to najmniej ich jest w województwach opolskim (35,1%) i zachodniopomorskim (43%). Jednakże również w tych dwóch województwach najwięcej kobiet rzuciło papierosy przed ciążą (33,8% kobiet w województwie opolskim i 23,7% kobiet województwie zachodniopomorskim). Najwięcej ankietowanych, które paliły i przestały w czasie ciąży było w województwie lubuskim (27,7%) i opolskim (22,1%). Z danych wynika, że najwięcej kobiet, które paliły papierosy podczas całej ciąży było w województwie zachodniopomorskim (17,2%) i warmińsko-mazurskim (11,8%), a najmniej w województwach podkarpackim (2,7%) i lubelskim (3% - tab. 20).

Tab. 20. PALENIE TYTONIU WEDŁUG WOJEWÓDZTW

	nigdy nie paliła		paliła/przestała przed ciążą		paliła/przestała w ciąży		paliła/pali	
województwo	N	%	N	%	N	%	N	%
dolnośląskie	125	55,3	40	17,7	49	21,7	12	5,3
kujawsko-pomorskie	83	66,4	16	12,8	15	12,0	11	8,8
lubelskie	127	63,5	31	15,5	36	18,0	6	3,0
lubuskie	48	47,5	16	15,8	28	27,7	9	8,9
łódzkie	69	58,0	23	19,3	21	17,6	6	5,0
małopolskie	172	73,5	28	12,0	24	10,3	10	4,3
mazowieckie	170	61,6	50	18,1	40	14,5	16	5,8
opolskie	27	35,1	26	33,8	17	22,1	7	9,1
podkarpackie	100	68,5	19	13,0	23	15,8	4	2,7
podlaskie	55	57,9	11	11,6	18	18,9	11	11,6
pomorskie	114	60,3	27	14,3	33	17,5	15	7,9
śląskie	196	57,3	55	16,1	57	16,7	34	9,9
świętokrzyskie	76	62,3	15	12,3	24	19,7	7	5,7
warmińsko-mazurskie	60	54,5	14	12,7	23	20,9	13	11,8
wielkopolskie	197	65,0	40	13,2	50	16,5	16	5,3
zachodniopomorskie	40	43,0	22	23,7	15	16,1	16	17,2
Razem	1659	58,1	433	16,4	473	17,9	193	7,7

Województwa w których najczęściej ankietowane kobiety były codziennie wystawione na działanie dymu z papierosów wypalanych przez osoby trzecie, to województwo zachodniopomorskie (37,1%) i województwo warmińsko-mazurskie (30,3%). Najrzadziej kobiety z województw opolskiego (17,1%) i łódzkiego (17,4%) przebywały w domu z osobą palącą codziennie. W województwie małopolskim (68,1%) i mazowieckim (64,9%) zdecydowana większość ankietowanych kobiet nie była wystawiona na działanie dymu papierosowego w domu, natomiast w województwach warmińsko-mazurskim i zachodniopomorskim mniej niż połowa ankietowanych kobiet nie była wystawiona na działanie dymu z papierosów, wypalanych przez kogoś innego, odpowiednio 46,8% i 49,4% dla wymienionych województw (tab. 21).

Tab. 21. CZĘSTOŚĆ PALENIA PAPIEROSÓW W DOMU PRZEZ OSOBY TRZECIE

	nigdy		kilka razy w miesiącu		kilka razy w tygodniu		codziennie	
województwo	N	%	N	%	N	%	N	%
dolnośląskie	142	64,0	23	10,4	11	5,0	46	20,7
kujawsko-pomorskie	70	58,8	16	13,4	8	6,7	25	21,0
lubelskie	125	62,8	24	12,1	12	6,0	38	19,1
lubuskie	53	52,5	10	9,9	8	7,9	30	29,7
łódzkie	74	64,3	13	11,3	8	7,0	20	17,4
małopolskie	158	68,1	23	9,9	15	6,5	36	15,5
mazowieckie	179	64,9	23	8,3	16	5,8	58	21,0
opolskie	48	63,2	10	13,2	5	6,6	13	17,1
podkarpackie	84	60,9	14	10,1	11	8,0	29	21,0
podlaskie	52	55,9	10	10,8	3	3,2	28	30,1
pomorskie	120	64,5	18	9,7	10	5,4	38	20,4
śląskie	198	58,9	31	9,2	16	4,8	91	27,1
świętokrzyskie	75	62,5	8	6,7	7	5,8	30	25,0
warmińsko-mazurskie	51	46,8	11	10,1	14	12,8	33	30,3
wielkopolskie	184	62,0	35	11,8	17	5,7	61	20,5
zachodniopomorskie	44	49,4	7	7,9	5	5,6	33	37,1
Razem	1657	60,0	276	10,3	166	6,4	609	23,3

19,8% kobiet z województwa podlaskiego i 18,0% kobiet z województwa opolskiego codziennie przebywa w obecności osób palących w swoim zakładzie pracy, najmniej ankietowanych kobiet znajdujących się w takiej sytuacji jest w województwach: łódzkie (6,7%) i podkarpackie (6,8%). Kobiet, które przebywały w towarzystwie osób palących w swoim zakładzie pracy rzadziej, bo kilka razy w tygodniu, najwięcej było w świętokrzyskim (11,3%) i zachodniopomorskim (7,0%), a najmniej w województwie mazowieckim (2,1%) i podkarpackim (2,5%). Kobiety, które nigdy nie miały styczności z dymem z papierosów w miejscu pracy tworzą największą grupę w województwie podkarpackim (87,3%) i mazowieckim (84,4%), najmniej kobiet w tak komfortowej sytuacji jest w województwie podlaskim (64,2%) i zachodniopomorskim (67,6%; tab. 22).

Tab. 22. CZĘSTOŚĆ PALENIA PAPIEROSÓW W MIEJSCU PRACY BADANEJ, W JEJ OBECNOŚCI

	nigdy		kilka razy w miesiącu		kilka razy w tygodniu		codziennie	
województwo	N	%	N	%	N	%	N	%
dolnośląskie	150	82,0	7	3,8	6	3,3	20	10,9
kujawsko-pomorskie	85	81,7	3	2,9	3	2,9	13	12,5
lubelskie	144	80,4	5	2,8	10	5,6	20	11,2
lubuskie	63	80,8	2	2,6	2	2,6	11	14,1
łódzkie	86	82,7	5	4,8	6	5,8	7	6,7
małopolskie	154	79,0	11	5,6	11	5,6	19	9,7
mazowieckie	205	84,4	4	1,6	5	2,1	29	11,9
opolskie	46	75,4	1	1,6	3	4,9	11	18,0
podkarpackie	103	87,3	4	3,4	3	2,5	8	6,8
podlaskie	52	64,2	8	9,9	5	6,2	16	19,8
pomorskie	128	81,5	5	3,2	9	5,7	15	9,6
śląskie	220	78,6	10	3,6	12	4,3	38	13,6
świętokrzyskie	70	72,2	6	6,2	11	11,3	10	10,3
warmińsko-mazurskie	69	79,3	1	1,1	4	4,6	13	14,9
wielkopolskie	213	81,0	8	3,0	11	4,2	31	11,8
zachodniopomorskie	48	67,6	4	5,6	5	7,0	14	19,8
Razem	1836	78,6	84	3,9	106	4,9	275	12,6

Na pytanie o częstość spożywania alkoholu trzy miesiące przed ciążą kobiety z województw pomorskiego (69,9%), małopolskiego (69,8%), świętokrzyskiego (69,8%) i warmińsko-mazurskiego (69,6%) najliczniej odpowiedziały, że nie piły wcale. Najmniej niepijących było w województwie lubelskim (50,5%) i dolnośląskim (51,9%). Ze zgromadzonych danych wynika, że najwięcej było kobiet pijących najczęściej, bo 2-3 razy w tygodniu, w województwie dolnośląskim (8,2%) i kujawsko pomorskim (7%), a najmniej w województwie podlaskim (1%) i zachodniopomorskim (1,1%; tab. 23).

Tab. 23. CZĘSTOŚĆ SPOŻYWANIA ALKOHOLU CO NAJMNIEJ 3 MIESIĄCE PRZED CIĄŻĄ WEDŁUG WOJEWÓDZTW

	nigdy		kilka razy w miesiącu		kilka razy w tygodniu		codziennie	
województwo	N	%	N	%	N	%	N	%
dolnośląskie	120	51,9	63	27,3	29	12,6	19	8,2
kujawsko-pomorskie	85	65,9	23	17,8	12	9,3	9	7,0
lubelskie	103	50,5	71	34,8	20	9,8	10	4,9
lubuskie	62	60,2	26	25,2	12	11,7	3	2,9
łódzkie	65	54,2	35	29,2	14	11,7	6	5,0
małopolskie	169	69,8	40	16,5	24	9,9	9	3,7
mazowieckie	194	66,7	55	18,9	36	12,4	6	2,1
opolskie	45	58,4	17	22,1	13	16,9	2	2,6
podkarpackie	79	53,4	41	27,7	20	13,5	8	5,4
podlaskie	51	53,1	30	31,3	14	14,6	1	1,0
pomorskie	135	69,9	33	17,1	17	8,8	8	4,1
śląskie	213	59,3	77	21,4	47	13,1	22	6,1
świętokrzyskie	88	69,8	24	19,0	11	8,7	3	2,4
warmińsko-mazurskie	78	69,6	25	22,3	7	6,3	2	1,8
wielkopolskie	201	65,3	67	21,8	35	11,4	5	1,6
zachodniopomorskie	60	63,8	25	26,6	8	8,5	1	1,1
Razem	1748	61,4	652	23,7	319	11,2	114	3,8

Według zgromadzonych danych ankietowane kobiety spożywały w ciągu dnia średnio 2,08 standardowych porcji alkoholu (standardowa porcja alkoholu wynosi 10 g czystego etanolu). Najmniej alkoholu dziennie spożywały mieszkanki województwa łódzkiego, bo średnio 1,79 standardowych porcji alkoholu, a najwięcej lubelskiego i podkarpackiego, średnio 2,33 standardowych porcji alkoholu (tab. 24).

Tab. 24. ŚREDNIA ILOŚĆ ALKOHOLU SPOŻYWANEGO W CIĄGU DNIA (W PORCJACH STANDARDOWYCH) PRZED CIĄŻĄ WEDŁUG WOJEWÓDZTW

województwo	N	średnia	odchylenie standardowe
dolnośląskie	231	2,26	1,29
kujawsko-pomorskie	129	2,07	0,88
lubelskie	204	2,33	1,81
lubuskie	103	2,09	0,74
łódzkie	120	1,79	0,63
małopolskie	242	1,80	0,85
mazowieckie	291	2,07	1,42
opolskie	77	1,83	0,73
podkarpackie	148	2,33	2,40
podlaskie	96	1,87	0,68
pomorskie	193	2,06	1,66
śląskie	359	2,13	0,90
świętokrzyskie	126	1,86	1,15
warmińsko-mazurskie	112	2,11	1,76
wielkopolskie	308	2,05	1,28
zachodniopomorskie	94	2,10	1,40
Razem	2833	2,08	1,34

Z powyższych danych wynika, że najwięcej alkoholu w ciągu tygodnia na trzy miesiące przed ciążą wypijały kobiety z województwa śląskiego, bo 3,89 porcji standardowych (standardowa porcja alkoholu wynosi 10 ml lub 8 g czystego etanolu). Drugim województwem w kolejności pod względem wielkości spożycia alkoholu jest województwo dolnośląskie gdzie na jedną kobietę średnio przypada 3,70 standardowych porcji alkoholu wypitych w ciągu tygodnia. Okazuje się, że do najbardziej wstrzemięźliwych, należą kobiety z województw warmińsko-mazurskiego, które wypijały średnio 2,17 standardowych porcji alkoholu w ciągu tygodnia oraz kobiety z województwa podlaskiego, które wypijały w okresie trzech miesięcy przed ciążą średnio 2,39 standardowych porcji alkoholu w ciągu tygodnia (tab. 25).

Tab. 25. ŚREDNIA ILOŚĆ ALKOHOLU SPOŻYWANEGO TYGODNIOWO (W PORCJACH STANDARDOWYCH) 3 MIESIĄCE PRZED CIĄŻĄ WEDŁUG WOJEWÓDZTW

województwo	N	średnia	odchylenie standardowe
dolnośląskie	231	3,70	5,04
kujawsko-pomorskie	129	3,50	4,35
lubelskie	204	2,80	5,14
lubuskie	103	3,03	3,86
łódzkie	120	2,48	3,13
małopolskie	242	2,88	3,36
mazowieckie	291	3,11	3,75
opolskie	77	3,08	3,29
podkarpackie	148	3,54	7,46
podlaskie	96	2,39	3,01
pomorskie	193	3,01	3,97
śląskie	359	3,89	4,42
świętokrzyskie	126	2,71	4,36
warmińsko-mazurskie	112	2,17	3,64
wielkopolskie	308	2,66	4,00
zachodniopomorskie	94	2,94	5,43
Razem	2833	3,11	4,47

Według zgromadzonych danych kobiety w Polsce wypijają w czasie ciąży w ciągu tygodnia średnio 0,44 (odch. stand. ±2,61) standardowych porcji alkoholu. Średnio najwięcej standardowych porcji alkoholu wypijają w województwie lubuskim 1,19 (odch. stand. ±4,42) i podkarpackim 1,06 (odch. stand. ±7,17), a najmniej w województwie opolskim 0,06 (odch. stand. ±0,12) i łódzkim 0,09 (odch. stand. 0,16) (tab.26).

Tab. 26. ŚREDNIA ILOŚĆ ALKOHOLU SPOŻYWANEGO TYGODNIOWO (W PORCJACH STANDARDOWYCH) W CIĄŻY WEDŁUG WOJEWÓDZTW

województwo	N	średnia	odchylenie standardowe
dolnośląskie	231	0,50	1,68
kujawsko-pomorskie	129	0,36	1,40
lubelskie	204	0,38	1,44
lubuskie	103	1,19	4,42
łódzkie	120	0,09	0,16
małopolskie	242	0,51	1,78
mazowieckie	291	0,29	1,29
opolskie	77	0,06	0,12
podkarpackie	148	1,06	7,17
podlaskie	96	0,13	0,38
pomorskie	193	0,64	3,06
śląskie	359	0,31	1,25
świętokrzyskie	126	0,19	0,49
warmińsko-mazurskie	112	0,18	0,75
wielkopolskie	308	0,49	3,03
zachodniopomorskie	94	0,66	3,37
Razem	2833	0,44	2,61

\Na pytanie czy ankietowane używały kiedykolwiek podczas ciąży substancji psychoaktywnych odpowiadały w znakomitej większości przecząco. W województwach lubelskim, lubuskim, opolskim, podlaskim, warmińsko-mazurskim, zachodniopomorskim żadna z ankietowanych kobiet nie zażywała substancji psychoaktywnych. Najczęściej kobiety przyznawały się do używania narkotyków w okresie ciąży w województwie śląskim, były tam również używane najczęściej wszystkie z rodzajów wymienionych narkotyków w porównaniu z innymi województwami (tab. 27).

Tab. 27. UŻYWANIE SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH KIEDYKOLWIEK PODCZAS CIĄŻY WEDŁUG WOJEWÓDZTW

Czy zdarzyło się Pani używać którejkolwiek z podanych substancji psychoaktywnych?	haszysz, marihuana		opioidy		psychopo-budzające		kokaina		halucynogeny		inne halucynogenne		wziewne		iniekcyjne		inne, nie pamięta typu	
	Nie	Tak	Nie	Tak	Nie	Tak	Nie	Tak	Nie	Tak	Nie	Tak	Nie	Tak	Nie	Tak	Nie	Tak
dolnośląskie	227	4	231	0	231	0	230	1	231	0	231	0	231	0	231	0	231	0
kujawsko-pomorskie	128	1	129	0	129	0	129	0	129	0	129	0	129	0	129	0	129	0
lubelskie	204	0	204	0	204	0	204	0	204	0	204	0	204	0	204	0	204	0
lubuskie	103	0	103	0	103	0	103	0	103	0	103	0	103	0	103	0	103	0
łódzkie	119	1	119	1	119	1	119	1	119	1	119	1	119	1	119	1	119	1
małopolskie	240	2	241	1	241	1	241	1	241	1	241	1	241	1	241	1	241	1
mazowieckie	288	3	291	0	289	2	291	0	291	0	291	0	291	0	291	0	291	0
opolskie	77	0	77	0	77	0	77	0	77	0	77	0	77	0	77	0	77	0
podkarpackie	147	1	148	0	148	0	148	0	148	0	148	0	148	0	148	0	148	0
podlaskie	96	0	96	0	96	0	96	0	96	0	96	0	96	0	96	0	96	0
pomorskie	192	1	193	0	193	0	193	0	193	0	193	0	193	0	193	0	193	0
śląskie	354	5	355	4	355	4	354	5	355	4	355	4	355	4	355	4	355	4
świętokrzyskie	125	1	126	0	126	0	126	0	126	0	126	0	126	0	126	0	126	0
warmińsko-mazurskie	112	0	112	0	112	0	112	0	112	0	112	0	112	0	112	0	112	0
wielkopolskie	306	2	307	1	307	1	307	1	307	1	307	1	307	1	307	1	307	1
zachodniopomorskie	94	0	94	0	94	0	94	0	94	0	94	0	94	0	94	0	94	0
Razem	2812	21	2826	7	2824	9	2824	9	2826	7	2826	7	2826	7	2826	7	2826	7

Dane z powyższej tabeli dowodzą, iż najwięcej ankietowanych, które się przyznały do używania środków nasennych i uspokajających jest w województwie łódzkim (5,0%), a najmniej w województwie podkarpackim (0,0%), natomiast średnia dla Polski wyniosła 2,2% (tab. 28). Do stosowania środków psychoaktywnych (w tym dopalacze i środki uspokajające) najwięcej kobiet przyznało się w województwie łódzkim (5,8%) i śląskim (4,5%), a najmniej w województwie świętokrzyskim (0,8%) i podkarpackim (1,4%; tab. 29).

Tab. 28. UŻYWANIE ŚRODKÓW NASENNYCH I USPOKAJAJĄCYCH WEDŁUG WOJEWÓDZTW

	nie		tak	
województwo	N	%	N	%
dolnośląskie	229	99,1	2	0,9
kujawsko-pomorskie	125	96,9	4	3,1
lubelskie	198	97,1	6	2,9
lubuskie	101	98,1	2	1,9
łódzkie	114	95,0	6	5,0
małopolskie	236	97,5	6	2,5
mazowieckie	285	97,9	6	2,1
opolskie	74	96,1	3	3,9
podkarpackie	148	100,0	0	0,0
podlaskie	95	99,0	1	1,0
pomorskie	187	96,9	6	3,1
śląskie	349	97,2	10	2,8
świętokrzyskie	125	99,2	1	0,8
warmińsko-mazurskie	111	99,1	1	0,9
wielkopolskie	299	97,1	9	2,9
zachodniopomorskie	93	98,9	1	1,1
Razem	2769	97,8	64	2,2

Tab. 29. STOSOWANIE JAKICHKOLWIEK ŚRODKÓW PSYCHOAKTYWNYCH (TAKŻE DOPALACZY I USPOKAJAJĄCYCH) WEDŁUG WOJEWÓDZTW

	nie		tak	
województwo	**N**	**%**	**N**	**%**
dolnośląskie	225	97,4	6	2,6
kujawsko-pomorskie	124	96,1	5	3,9
lubelskie	198	97,1	6	2,9
lubuskie	101	98,1	2	1,9
łódzkie	113	94,2	7	5,8

małopolskie	234	96,7	8	3,3
mazowieckie	280	96,2	11	3,8
opolskie	74	96,1	3	3,9
podkarpackie	146	98,6	2	1,4
podlaskie	93	96,9	3	3,1
pomorskie	185	95,9	8	4,1
śląskie	343	95,5	16	4,5
świętokrzyskie	125	99,2	1	0,8
warmińsko-mazurskie	109	97,3	3	2,7
wielkopolskie	296	96,1	12	3,9
zachodniopomorskie	92	97,9	2	2,1
Razem	2738	96,8	95	3,2

1.7. ANALIZA ZALEŻNOŚCI POMIĘDZY CZYNNIKAMI SOCJALNO-BYTOWYMI ORAZ OPINIĄ NA TEMAT SZKODLIWOŚCI, A PALENIEM TYTONIU WŚRÓD BADANYCH KOBIET

Analizując zależności pomiędzy czynnikami socjalno-bytowymi, a paleniem tytoniu przez respondentki porównano liczebność kobiet pod względem stanu cywilnego, wykształcenia, rodzaju pracy zarobkowej, wieku, zamieszkania, warunków bytowych oraz sytuacji materialnej. Analizowano także opinie ankietowanych na temat szkodliwości palenia tytoniu. Zależności oceniano testem chi-kwadrat, test wykorzystywany do badania zgodności cech, a wyniki przedstawiono w tabelach od 30a do 30g oraz 31a i 31b.

W tabeli 30a (test chi^2; p=0,00001) przedstawiono zależność pomiędzy stanem cywilnym respondentki, a paleniem przez nią tytoniu. Należy zwrócić uwagę, iż najwyższy odsetek kobiet, które nigdy nie paliły to mężatki (65,8%), a najniższy odsetek dotyczy kobiet rozwiedzionych i wdów (24,4% i 33,3% z tym, że wdów było wyjątkowo mało, n=3). Panny i osoby żyjące w związkach nieformalnych plasują się pomiędzy tymi grupami (41-42%).

Tab. 30a. PALENIE TYTONIU A WYBRANE CZYNNIKI SOCJALNE - STAN CYWILNY

stan cywilny		nigdy nie paliłam	paliłam, przestałam przed ciążą	paliłam, przestałam w czasie ciąży	paliłam i palę	Razem
[1] zamężna	n	1411	358	294	82	2145
	%	65,78%	16,69%	13,71%	3,82%	78,17%
[2] w związku nieformalnym	n	156	43	112	68	379
	%	41,16%	11,35%	29,55%	17,94%	13,81%
[3] panna	n	73	19	52	28	172
	%	42,44%	11,05%	30,23%	16,28%	6,27%
[4] rozwiedziona / w separacji	n	11	10	13	11	45
	%	24,44%	22,22%	28,89%	24,44%	1,64%
[5] wdowa	n	1	0	0	2	3
	%	33,33%	0,00%	0,00%	66,67%	0,11%
Razem	N	1652	430	471	191	2744
	%	60,20%	15,67%	17,16%	6,96%	100,00%
						p=0,00001

W tabeli 30b (test chi^2; p=0,00001) przedstawiono zależność pomiędzy wykształceniem kobiety, a paleniem tytoniu. Najwyższy odsetek nigdy niepalących to kobiety z wyższym wykształceniem magisterskim (73,3%), a najniższy odsetek dotyczy kobiet z wykształceniem gimnazjalnym (28,6%) oraz podstawowym (30,4%). Pomiędzy tymi grupami znalazły się osoby z wykształceniem wyższym zawodowym, ponadgimnazjalnym i pomaturalnym. Uzyskane wyniki pozwalają zaobserwować związek między uzyskanym wykształceniem a paleniem tytoniu.

Tab. 30b. PALENIE TYTONIU A WYBRANE CZYNNIKI SOCJALNE - WYKSZTAŁCENIE

wykształcenie		nigdy nie paliłam	paliłam, przestałam przed ciążą	paliłam, przestałam w czasie ciąży	paliłam i palę	Razem
[1] podstawowe	n	24	5	22	28	79
	%	30,38%	6,33%	27,85%	35,44%	2,90%
[2] gimnazjalne	n	28	9	34	27	98
	%	28,57%	9,18%	34,69%	27,55%	3,60%
[3] ponadgimnazjalne zawodowe	n	167	61	80	56	364
	%	45,88%	16,76%	21,98%	15,38%	13,36%
[4] ponadgimnazjalne ogólnokształcące	n	136	39	62	23	260
	%	52,31%	15,00%	23,85%	8,85%	9,54%
[5] pomaturalne	n	328	87	104	30	549
	%	59,74%	15,85%	18,94%	5,46%	20,15%
[6] wyższe zawodowe	n	241	56	69	9	375
	%	64,27%	14,93%	18,40%	2,40%	13,77%
[7] wyższe magisterskie	n	684	155	87	7	933
	%	73,31%	16,61%	9,32%	0,75%	34,25%
[8] inne wykształcenie	n	36	14	8	8	66
	%	54,55%	21,21%	12,12%	12,12%	2,42%
Razem	N	1644	426	466	188	2724
	%	60,35%	15,64%	17,11%	6,90%	100,00%
						p=0,00001

W tabeli 30c (test chi^2; p=0,00001) za pomocą testu chi^2, przedstawiono zależność pomiędzy zmiennymi: rodzajem pracy, a paleniem tytoniu. Obserwuje się tutaj przewagę kobiet niepalących wśród pracowników umysłowych (67,6%). Kobiet niepalących jest również wiele wśród grup: pracownic fizycznych (56,3%), osób niepracujących (52,2%) i uczących się (51,0%). Natomiast najwyższy odsetek kobiet, które paliły w czasie ciąży i nadal palą obserwuje się w grupie osób niepracujących (15,41%). Wśród wszystkich ankietowanych kobiet 60,10% zadeklarowało, że nigdy nie paliło, zaś 32,8% respondentek stwierdziło, że paliło, ale przestało przed lub w czasie trwania ciąży.

Tab. 30c. PALENIE TYTONIU A WYBRANE CZYNNIKI SOCJALNE - PRACA ZAROBKOWA

praca zarobkowa		nigdy nie paliłam	paliłam, przestałam przed ciążą	paliłam, przestałam w czasie ciąży	paliłam i palę	Razem
[1] praca umysłowa	n	815	212	153	25	1205
	%	67,63%	17,59%	12,70%	2,07%	44,51%
[2] praca fizyczna	n	400	116	139	55	710
	%	56,34%	16,34%	19,58%	7,75%	26,23%
[3] nie pracuję	n	339	81	129	100	649
	%	52,23%	12,48%	19,88%	15,41%	23,97%
[4] uczę się/studiuję	n	73	15	43	12	143
	%	51,05%	10,49%	30,07%	8,39%	5,28%
Razem	N	1627	424	464	192	2707
	%	60,10%	15,66%	17,14%	7,09%	100,00%
						p=0,00001

.

W tabeli 30d (test chi^2; p=0,00001) przedstawiono zależność pomiędzy wiekiem kobiety, a paleniem przez nią tytoniu. Wśród młodych kobiet (do 20 lat) obserwuje się najniższe odsetki respondentek deklarujących niepalenie (43,37%), w porównaniu do kobiet starszych (36-40 lat) wśród których, aż 67,83% deklaruje, że nigdy nie paliło.

Tab. 30d. PALENIE TYTONIU A WYBRANE CZYNNIKI SOCJALNE - KATEGORIE WIEKOWE

wiek		nigdy nie paliłam	paliłam, przestałam przed ciążą	paliłam, przestałam w czasie ciąży	paliłam i palę	Razem
do 20 lat	n	85	16	62	33	196
	%	43,37%	8,16%	31,63%	16,84%	7,29%
21-25 lat	n	322	62	134	56	574
	%	56,10%	10,80%	23,34%	9,76%	21,34%
26-30 lat	n	611	182	153	45	991
	%	61,65%	18,37%	15,44%	4,54%	36,84%
31-35 lat	n	426	125	80	35	666
	%	63,96%	18,77%	12,01%	5,26%	24,76%
36-40 lat	n	156	31	29	14	230
	%	67,83%	13,48%	12,61%	6,09%	8,55%
pow. 40 lat	n	14	8	6	5	33
	%	42,42%	24,24%	18,18%	15,15%	1,23%
Razem	N	1614	424	464	188	2690
	%	60,00%	15,76%	17,25%	6,99%	100,00%
						p=0,00001

W tabeli 30e (test chi^2; p=0,003) przedstawiono zależność pomiędzy miejscem zamieszkania, a paleniem tytoniu. Z zebranych danych wynika, że najwięcej kobiet deklarujących niepalenie zamieszkuje wieś (65,79%). Natomiast najwyższy odsetek kobiet deklarujących, że paliły w czasie ciąży i nadal palą (13,10%) zamieszkuje miasta poniżej 10 tysięcy mieszkańców.

Tab. 30e. PALENIE TYTONIU A WYBRANE CZYNNIKI SOCJALNE - ZAMIESZKANIE

zamieszkanie		nigdy nie paliłam	paliłam, przestałam przed ciążą	paliłam, przestałam w czasie ciąży	paliłam i palę	Razem
[1] miasto powyżej 500 tys. mieszkańców	n	175	53	53	23	304
	%	57,57%	17,43%	17,43%	7,57%	11,43%
[2] miasto od 100-500 tys. mieszkańców	n	219	66	68	26	379
	%	57,78%	17,41%	17,94%	6,86%	14,25%
[3] miasto 50-100 tys. mieszkańców	n	155	50	51	26	282
	%	54,96%	17,73%	18,09%	9,22%	10,60%
[4] miasto 10-50 tys. mieszkańców	n	249	79	89	34	451
	%	55,21%	17,52%	19,73%	7,54%	16,95%
[5] miasto poniżej 10 tys. mieszkańców	n	80	20	26	19	145
	%	55,17%	13,79%	17,93%	13,10%	5,45%
[6] wieś	n	723	151	166	59	1099
	%	65,79%	13,74%	15,10%	5,37%	41,32%
Razem	N	1601	419	453	187	2660
						p=0,00371

W tabeli 30f (test chi^2; p=0,000001) przedstawiono zależność pomiędzy warunkami bytowymi, a paleniem tytoniu. Wyniki wyraźnie wskazują, że wyższe odsetki kobiet niepalących są wśród tych, które żyją w bardzo dobrych warunkach bytowych (66,38%), w porównaniu z kobietami żyjącymi w złych warunkach, wśród których odsetek niepalących jest znacznie niższy (23,53%). Widać wyraźnie, że im lepsza sytuacja bytowa tym więcej osób niepalących.

Tab. 30f. PALENIE TYTONIU A WYBRANE CZYNNIKI SOCJALNE - WARUNKI SOCJALNO-BYTOWE

warunki socjalno-bytowe		nigdy nie paliłam	paliłam, przestałam przed ciążą	paliłam, przestałam w czasie ciąży	paliłam i palę	Razem
[1] bardzo dobre	n	468	111	104	22	705
	%	66,38%	15,74%	14,75%	3,12%	26,01%
[2] dobre	n	904	233	257	98	1492
	%	60,59%	15,62%	17,23%	6,57%	55,06%
[3] średnie	n	263	77	96	60	496
	%	53,02%	15,52%	19,35%	12,10%	18,30%
[4] złe	n	4	1	4	8	17
	%	23,53%	5,88%	23,53%	47,06%	0,63%
Razem	N	1639	422	461	188	2710
	%	60,48%	15,57%	17,01%	6,94%	100,00%
						p=0,000001

Tabela 30g (test chi^2; p=0,000001) prezentuje zależność pomiędzy sytuacją materialną ankietowanych kobiet, a paleniem papierosów. Widoczna jest podobna zależność jak w przypadku sytuacji bytowej. Wśród kobiet o bardzo dobrej sytuacji materialnej aż 64,07% respondentek nigdy nie paliło, natomiast w przypadku złej sytuacji materialnej tylko 30,43% kobiet deklaruje niepalenie. Im sytuacja materialna jest lepsza, tym mniejszy odsetek kobiet palących.

Tab. 30g. PALENIE TYTONIU A WYBRANE CZYNNIKI SOCJALNE - SYTUACJA MATERIALNA

sytuacja materialna		nigdy nie paliłam	paliłam, przestałam przed ciążą	paliłam, przestałam w czasie ciąży	paliłam i palę	razem
[1] bardzo dobra	n	173	54	36	7	270
	%	64,07%	20,00%	13,33%	2,59%	9,86%
[2] dobra	n	983	241	258	85	1567
	%	62,73%	15,38%	16,46%	5,42%	57,21%
[3] średnia	n	477	129	165	85	856
	%	55,72%	15,07%	19,28%	9,93%	31,25%
[4] zła	n	14	6	12	14	46
	%	30,43%	13,04%	26,09%	30,43%	1,68%
Ogółem	N	1647	430	471	191	2739
	%	60,13%	15,70%	17,20%	6,97%	100,00%
						p=0,000001

Rozpatrując zależność pomiędzy paleniem, a opinią na temat szkodliwości palenia dla matki, można zaobserwować, że kobiety, które nigdy nie paliły zakładają wyższe ryzyko zdrowotne palenia (89,2%), w porównaniu z kobietami, które paliły w czasie ciąży i nadal palą (41,7%). Osoby palące stanowią najwyższy odsetek osób, które uważają, że ryzyko zdrowotne palenia jest umiarkowane (38,9%), nieznaczne (17,1%) lub go brak (2,3%). Zależności pomiędzy opinią na temat szkodliwości palenia dla dziecka, a paleniem jest podobna, z tą różnicą, że we wszystkich grupach stwierdza się wyższe odsetki kobiet uznających wysokie ryzyko, a niższe odsetki bagatelizujących zagrożenie (tab. 31a, test chi^2, p=0,00001, tab. 31b, test chi^2, p=0,00001).

Tab. 31a. OCENA RYZYKA PALENIA DLA ZDROWIA MATKI

ocena ryzyka		nigdy nie paliłam	paliłam, przestałam przed ciążą	paliłam, przestałam w czasie ciąży	paliłam i palę	Razem
[a] brak ryzyka	n	11	2	1	4	18
	%	0,70%	0,49%	0,22%	2,29%	
[b] nieznaczne ryzyko	n	24	4	22	30	80
	%	1,53%	0,98%	4,94%	17,14%	
[c] średnie ryzyko	n	135	50	93	68	346
	%	8,59%	12,22%	20,90%	38,86%	
[d] wysokie ryzyko	n	1401	353	329	73	2156
	%	89,18%	86,31%	73,93%	41,71%	
Razem	N	1571	409	445	175	2600
	%	60,42%	15,73%	17,12%	6,73%	100,00%
						p=0,00001

Tab. 31b. OCENA RYZYKA PALENIA DLA ZDROWIA DZIECKA

ocena ryzyka		nigdy nie paliłam	paliłam, przestałam przed ciążą	paliłam, przestałam w czasie ciąży	paliłam i palę	Razem
[a] brak ryzyka	n	9	0	2	1	12
	%	0,57%	0,00%	0,45%	0,57%	
[b] nieznaczne ryzyko	n	14	3	9	18	44
	%	0,89%	0,74%	2,05%	10,23%	
[c] średnie ryzyko	n	56	19	54	65	194
	%	3,58%	4,66%	12,27%	36,93%	
[d] wysokie ryzyko	n	1487	386	375	92	2340
	%	94,96%	94,61%	85,23%	52,27%	
Razem	N	1566	408	440	176	2590
	%	60,42%	15,73%	17,12%	6,73%	100,00%
						p=0,00001

1.8. ANALIZA ZALEŻNOŚCI POMIĘDZY CZYNNIKAMI SOCJALNO-BYTOWYMI ORAZ OPINIĄ NA TEMAT SZKODLIWOŚCI A PICIEM ALKOHOLU PRZED CIĄŻĄ

Zanalizowano zależności pomiędzy czynnikami socjalno-bytowymi oraz opinią na temat szkodliwości picia alkoholu a jego spożywaniem przed ciążą. Porównywano liczebność kobiet pod względem wielu czynników socjalno- bytowych oraz pod względem picia alkoholu przed ciążą. Zależności badano testem chi-kwadrat, a wyniki przedstawiono w tabelach od 32a do 32g oraz od 33a do 33d.

W tabeli 32a (test chi^2; p=0,0007) przedstawiono zależność pomiędzy stanem cywilnym kobiety, a piciem alkoholu przed ciążą. Wyniki wskazują, że najwyższy odsetek niepijących kobiet obserwuje się wśród panien (72,0%), zaś najniższy - wśród kobiet rozwiedzionych oraz w związkach nieformalnych.

Tab. 32a. PICIE ALKOHOLU PRZED CIĄŻĄ A WYBRANE CZYNNIKI SOCJALNE - STAN CYWILNY

stan cywilny		nie piła	piła raz w m-cu lub rzadziej	piła 2-4 razy w miesiącu	piła 2-3 razy na tydzień	piła 4 razy w tygodniu i więcej	Razem
[1] zamężna	n	1359	524	234	57	20	2194
	%	61,94%	23,88%	10,67%	2,60%	0,91%	78,16%
[2] w związku nieformalnym	n	220	84	62	18	5	389
	%	56,56%	21,59%	15,94%	4,63%	1,29%	13,86%
[3] panna	n	126	28	11	5	5	175
	%	72,00%	16,00%	6,29%	2,86%	2,86%	6,23%
[4] rozwiedziona/ w separacji	n	20	15	7	2	2	46
	%	43,48%	32,61%	15,22%	4,35%	4,35%	1,64%
[5] wdowa	n	2	0	1	0	0	3
	%	66,67%	0,00%	33,33%	0,00%	0,00%	0,11%
Razem	N	1727	651	315	82	32	2807
	%	61,52%	23,19%	11,22%	2,92%	1,14%	100,00%
							p=0,0007

W tabeli 32b (test chi^2; p=0,000001) przedstawiono zależność pomiędzy wykształceniem kobiety a piciem alkoholu przed ciążą. W odróżnieniu od palenia tytoniu najczęściej alkohol spożywały kobiety z wykształceniem wyższym magisterskim i zawodowym (odpowiednio: 47,4% i 41,9%), a najrzadziej z wykształceniem ponadgimnazjalnym zawodowym (25,8%), gimnazjalnym (29,3%) i podstawowym (29,6%). Należy zaznaczyć, że w grupie osób pijących najczęściej (4 razy w tygodniu i więcej) osób z wyższym wykształceniem magisterskim jest najmniej (0,6%).

Tab. 32b. PICIE ALKOHOLU PRZED CIĄŻĄ A WYBRANE CZYNNIKI SOCJALNE - WYKSZTAŁCENIE

wykształcenie		nie piła	piła raz w m-cu lub rzadziej	piła 2-4 razy w miesiącu	piła 2-3 razy na tydzień	piła 4 razy w tygodniu i więcej	Razem
[1] podstawowe (lub bez wykształcenia)	n	57	18	5	0	1	81
	%	70,37%	22,22%	6,17%	0,00%	1,23%	2,91%
[2] gimnazjalne	n	70	19	8	1	1	99
	%	70,71%	19,19%	8,08%	1,01%	1,01%	3,55%
[3] ponadgimnazjalne zawodowe	n	282	65	17	11	5	380
	%	74,21%	17,11%	4,47%	2,89%	1,32%	13,64%
[4] ponadgimnazjalne ogólnokształcące	n	172	55	29	7	3	266
	%	64,66%	20,68%	10,90%	2,63%	1,13%	9,55%
[5] pomaturalne	n	367	125	49	17	8	566
	%	64,84%	22,08%	8,66%	3,00%	1,41%	20,32%
[6] wyższe zawodowe (licencjat lub inżynier)	n	222	87	55	11	7	382
	%	58,12%	22,77%	14,40%	2,88%	1,83%	13,71%
[7] wyższe magisterskie	n	497	261	148	33	6	945
	%	52,59%	27,62%	15,66%	3,49%	0,63%	33,92%
[8] inne wykształcenie (lub nieokreślone)	n	45	14	6	1	1	67
	%	67,16%	20,90%	8,96%	1,49%	1,49%	2,40%
Razem	N	1712	644	317	81	32	2786
	%	61,45%	23,12%	11,38%	2,91%	1,15%	100,00%
							p=0,000001

W tabeli 32c (test chi^2; p=0,00001) przedstawiono zależności pomiędzy rodzajem pracy a piciem alkoholu przed ciążą. Obserwuje się tutaj niewielką, ale stałą przewagę częstości spożywania alkoholu u kobiet studiujących (lub uczących się) oraz pracujących umysłowo, w porównaniu z pozostałymi grupami (w każdej kategorii pijących te dwie grupy mają wyniki powyżej średniej).

Tab. 32c. PICIE ALKOHOLU PRZED CIĄŻĄ A WYBRANE CZYNNIKI SOCJALNE - PRACA ZAROBKOWA

praca zarobkowa		nie piła	piła raz w m-cu lub rzadziej	piła 2-4 razy w miesiącu	piła 2-3 razy na tydzień	piła 4 razy w tygodniu i więcej	Razem
[1] praca umysłowa	n	667	322	175	47	14	1225
	%	54,45%	26,29%	14,29%	3,84%	1,14%	44,26%
[2] praca fizyczna	n	476	164	68	17	6	731
	%	65,12%	22,44%	9,30%	2,33%	0,82%	26,41%
[3] nie pracuję	n	479	122	45	12	8	666
	%	71,92%	18,32%	6,76%	1,80%	1,20%	24,06%
[4] uczę się/studiuję	n	83	34	22	4	3	146
	%	56,85%	23,29%	15,07%	2,74%	2,05%	5,27%
Razem	N	1705	642	310	80	31	2768
	%	61,60%	23,19%	11,20%	2,89%	1,12%	100,00%
							p=0,000001

W tabeli 32d (test chi^2; p=0,327) przedstawiono zależność pomiędzy wiekiem kobiety a spożywaniem przez nią alkoholu przed ciążą. Różnice pomiędzy poszczególnym grupami są niewielkie, trudno zauważyć szczególną zależność co pokazuje również wynik testu chi-kwadrat.

Tab. 32d. PICIE ALKOHOLU PRZED CIĄŻĄ A WYBRANE CZYNNIKI SOCJALNE - KATEGORIE WIEKOWE

wiek		nie piła	piła raz w m-cu lub rzadziej	piła 2-4 razy w miesiącu	piła 2-3 razy na tydzień	piła 4 razy w tygodniu i więcej	Razem
do 20 lat	n	140	36	18	6	4	204
	%	68,63%	17,65%	8,82%	2,94%	1,96%	7,41%
21-25 lat	n	366	130	67	14	7	584
	%	62,67%	22,26%	11,47%	2,40%	1,20%	21,21%
26-30 lat	n	592	249	124	33	11	1009
	%	58,67%	24,68%	12,29%	3,27%	1,09%	36,64%
31-35 lat	n	414	163	75	23	9	684
	%	60,53%	23,83%	10,96%	3,36%	1,32%	24,84%
36-40 lat	n	159	51	23	4	0	237
	%	67,09%	21,52%	9,70%	1,69%	0,00%	8,61%
pow 40 lat	n	24	7	4	1	0	36
	%	66,67%	19,44%	11,11%	2,78%	0,00%	1,31%
Razem	N	1695	636	311	81	31	2754
	%	61,55%	23,09%	11,29%	2,94%	1,13%	100,00%
							p=0,326760

W tabeli 32e (test chi^2; p=0,00016) przedstawiono zależność pomiędzy miejscem zamieszkania a piciem alkoholu przed ciążą. Z przedstawionych danych wynika, że podobnie jak w przypadku palenia tytoniu wyraźnie rzadziej kontakt z alkoholem mają kobiety mieszkające na wsi. We wszystkich grupach osób pijących, osoby z miast o ludności powyżej 500 000 regularnie przekraczają średnią dla wszystkich badanych.

Tab. 32e. PICIE ALKOHOLU PRZED CIĄŻĄ A WYBRANE CZYNNIKI SOCJALNE - ZAMIESZKANIE

zamieszkanie		nie piła	piła raz w m-cu lub rzadziej	piła 2-4 razy w miesiącu	piła 2-3 razy na tydzień	piła 4 razy w tygodniu i więcej	Razem
[1] miasto powyżej 500 tys. mieszkańców	n	170	72	52	13	4	311
	%	54,66%	23,15%	16,72%	4,18%	1,29%	11,44%
[2] miasto od 100-500 tys. mieszkańców	n	225	88	51	17	5	386
	%	58,29%	22,80%	13,21%	4,40%	1,30%	14,20%
[3] miasto 50-100 tys. mieszkańców	n	183	66	25	13	4	291
	%	62,89%	22,68%	8,59%	4,47%	1,37%	10,71%
[4] miasto 10-50 tys.mieszkańców	n	255	125	63	7	5	455
	%	56,04%	27,47%	13,85%	1,54%	1,10%	16,74%
[5] miasto poniżej 10 tys. mieszkańców	n	92	34	15	6	0	147
	%	62,59%	23,13%	10,20%	4,08%	0,00%	5,41%
[6] wieś	n	750	243	99	24	12	1128
	%	66,49%	21,54%	8,78%	2,13%	1,06%	41,50%
Razem	N	1675	628	305	80	30	2718
	%	61,63%	23,11%	11,22%	2,94%	1,10%	100,00%
							p=0,000160

Z tabeli 32f (test chi^2; p=0,85) oraz wyniku testu chi- kwadrat można wnioskować brak zależności pomiędzy warunkami bytowymi a spożywaniem alkoholu przed ciążą.

Tab. 32f. PICIE ALKOHOLU PRZED CIĄŻĄ A WYBRANE CZYNNIKI SOCJALNE - WARUNKI SOCJALNO-BYTOWE

warunki		nie piła	piła raz w m-cu lub rzadziej	piła 2-4 razy w miesiącu	piła 2-3 razy na tydzień	piła 4 razy w tygodniu i więcej	Razem
[1] bardzo dobre	n	437	165	93	20	7	722
	%	60,53%	22,85%	12,88%	2,77%	0,97%	26,04%
[2] dobre	n	943	348	170	45	19	1525
	%	61,84%	22,82%	11,15%	2,95%	1,25%	54,99%
[3] średnie	n	316	125	48	15	5	509
	%	62,08%	24,56%	9,43%	2,95%	0,98%	18,36%
[4] złe	n	10	4	1	1	1	17
	%	58,82%	23,53%	5,88%	5,88%	5,88%	0,61%
Razem	N	1706	642	312	81	32	2773
	%	61,52%	23,15%	11,25%	2,92%	1,15%	100,00%
							p=0,854170

Podobnie z wyników tabeli 32g i testu chi- kwadrat (test chi^2; p=0,16) nie stwierdzono zależności pomiędzy piciem alkoholu przed ciążą a sytuacją materialną.

Tab. 32g. PICIE ALKOHOLU PRZED CIĄŻĄ A WYBRANE CZYNNIKI SOCJALNE - SYTUACJA MATERIALNA

sytuacja materialna		nie piła	piła raz w m-cu lub rzadziej	piła 2-4 razy w miesiącu	piła 2-3 razy na tydzień	piła 4 razy w tygodniu i więcej	Razem
[1] bardzo dobra	n	167	60	42	5	3	277
	%	60,29%	21,66%	15,16%	1,81%	1,08%	9,89%
[2] dobra	n	984	364	186	52	17	1603
	%	61,38%	22,71%	11,60%	3,24%	1,06%	57,21%
[3] średnia	n	546	217	80	21	11	875
	%	62,40%	24,80%	9,14%	2,40%	1,26%	31,23%
[4] zła	n	26	9	7	4	1	47
	%	55,32%	19,15%	14,89%	8,51%	2,13%	1,68%
Razem	N	1723	650	315	82	32	2802
	%	61,49%	23,20%	11,24%	2,93%	1,14%	100,00%
							p=0,164600

Rozpatrując zależność pomiędzy opinią na temat szkodliwości picia alkoholu dla matki a piciem alkoholu przed ciążą, można zaobserwować, że kobiety które nie piły alkoholu przed ciążą (50,25%) lub spożywały go w bardzo niewielkich ilościach (44,75%)

wysoko oceniają ryzyko zdrowotne związane z jego spożyciem. Osoby pijące częściej stanowią najwyższe odsetki osób, które uważają, że ryzyko jest umiarkowane, nieznaczne lub go brak (tab. 33a).

Tab. 33a. PICIE ALKOHOLU PRZED CIĄŻĄ A OCENA RYZYKA PICIA NIEWIELKICH ILOŚCI ALKOHOLU DLA ZDROWIA MATKI

ocena ryzyka		nie piła	piła raz w m-cu lub rzadziej	piła 2-4 razy w miesiącu	piła 2-3 razy na tydzień	piła 4 razy w tygodniu i więcej	Razem
[a] brak ryzyka	n	64	29	25	9	5	132
	%	4,05%	4,62%	7,91%	11,11%	16,67%	
[b] nieznaczne ryzyko	n	244	127	66	25	9	471
	%	15,42%	20,22%	20,89%	30,86%	30,00%	
[c] średnie ryzyko	n	479	191	120	24	12	826
	%	30,28%	30,41%	37,97%	29,63%	40,00%	
[d] wysokie ryzyko	n	795	281	105	23	4	1208
	%	50,25%	44,75%	33,23%	28,40%	13,33%	
Razem	N	1582	628	316	81	30	2637
	%	59,99%	23,81%	11,98%	3,07%	1,14%	100,00%
							p=0,00001

Tab. 33b. PICIE ALKOHOLU PRZED CIĄŻĄ A OCENA RYZYKA PICIA NIEWIELKICH ILOŚCI ALKOHOLU DLA ZDROWIA DZIECKA

ocena ryzyka		nie piła	piła raz w m-cu lub rzadziej	piła 2-4 razy w miesiącu	piła 2-3 razy na tydzień	piła 4 razy w tygodniu i więcej	Razem
[a] brak ryzyka	n	35	15	8	5	4	67
	%	2,21%	2,40%	2,56%	6,25%	12,90%	
[b] nieznaczne ryzyko	n	125	78	45	17	7	272
	%	7,88%	12,46%	14,42%	21,25%	22,58%	
[c] średnie ryzyko	n	391	145	95	20	8	659
	%	24,64%	23,16%	30,45%	25,00%	25,81%	
[d] wysokie ryzyko	n	1036	388	164	38	12	1638
	%	65,28%	61,98%	52,56%	47,50%	38,71%	
Razem	N	1587	626	312	80	31	2636
	%	60,20%	23,75%	11,84%	3,03%	1,18%	100,00%
							p=0,00001

Z kolei picie dużych ilości alkoholu jest spostrzegane jako niosące wysokie ryzyko dla zdrowia matki już przez 96,2% ankietowanych kobiet. Część osób z grupy pijącej najczęściej widzi tylko średnie ryzyko co powoduje, że zależność testu jest istotna (tab. 33c, test chi^2, p=0,00056).

Tab. 33c. PICIE ALKOHOLU PRZED CIĄŻĄ A OCENA RYZYKA PICIA DUŻYCH ILOŚCI ALKOHOLU DLA ZDROWIA MATKI

ocena ryzyka		nie piła	piła raz w m-cu lub rzadziej	piła 2-4 razy w miesiącu	piła 2-3 razy na tydzień	piła 4 razy w tygodniu i więcej	Razem
[a] brak ryzyka	n	3	4	0	1	0	8
	%	0,19%	0,64%	0,00%	1,25%	0,00%	
[b] nieznaczne ryzyko	n	12	2	3	1	0	18
	%	0,76%	0,32%	0,95%	1,25%	0,00%	
[c] średnie ryzyko	n	35	11	19	4	5	74
	%	2,21%	1,75%	6,03%	5,00%	17,24%	
[d] wysokie ryzyko	n	1537	612	293	74	24	2540
	%	96,85%	97,30%	93,02%	92,50%	82,76%	
Razem	N	1587	629	315	80	29	2640
	%	60,11%	23,83%	11,93%	3,03%	1,10%	100,00%
							p=0,000560

Nie ma natomiast istotnych zależności pomiędzy opinią na temat szkodliwego wpływu spożywania dużych ilości alkoholu na dziecko, a częstotliwością picia alkoholu przed ciążą co oznacza, że osoby pijące i niepijące oceniają je w podobny sposób (tab. 33d, test chi^2, p=0,158).

Tab. 33d. PICIE ALKOHOLU PRZED CIĄŻĄ A OCENA RYZYKA PICIA DUŻYCH ILOŚCI ALKOHOLU DLA ZDROWIA DZIECKA

ocena ryzyka		nie piła	piła raz w m-cu lub rzadziej	piła 2-4 razy w miesiącu	piła 2-3 razy na tydzień	piła 4 razy w tygodniu i więcej	Razem
[a] brak ryzyka	n	4	4	1	0	0	9
	%	0,25%	0,64%	0,32%	0,00%	0,00%	
[b] nieznaczne ryzyko	n	5	0	1	0	0	6
	%	0,32%	0,00%	0,32%	0,00%	0,00%	
[c] średnie ryzyko	n	13	4	2	1	3	23
	%	0,82%	0,64%	0,63%	1,23%	10,34%	
[d] wysokie ryzyko	n	1563	619	311	80	26	2599
	%	98,61%	98,72%	98,73%	98,77%	89,66%	
Razem	N	1585	627	315	81	29	2637
	%	60,11%	23,78%	11,95%	3,07%	1,10%	100,00%
							p=0,157870

1.9. ANALIZA ZALEŻNOŚCI POMIĘDZY CZYNNIKAMI SOCJALNO-BYTOWYMI ORAZ OPINIĄ NA TEMAT SZKODLIWOŚCI A PICIEM ALKOHOLU W CZASIE CIĄŻY

Zanalizowano zależności pomiędzy czynnikami socjalno-bytowymi oraz opinią na temat szkodliwości picia alkoholu w czasie ciąży a jego spożywaniem przez ankietowane kobiety. Zależności badano testem chi-kwadrat, a wyniki przedstawiono w tabelach od 34a do 34g oraz od 35a do 35d.

W tabeli 34a (test chi^2; p=0,0381) przedstawiono zależność pomiędzy stanem cywilnym kobiety, a piciem alkoholu w czasie ciąży. Zdecydowana większość kobiet nie piła w czasie ciąży lub piła najwyżej raz w miesiącu. Najwyższy odsetek niepijących jest wśród kobiet zamężnych (90,9%), ale niewiele niższy wśród panien (89,7%) i osób żyjących w związkach nieformalnych (85,4%). Najniższe odsetki zaobserwowano wśród kobiet rozwiedzionych (78,3%) i wdów (66,7%).

Tab. 34a. PICIE ALKOHOLU W CZASIE CIĄŻY A WYBRANE CZYNNIKI SOCJALNE - STAN CYWILNY

stan cywilny		nie piła	piła raz w m-cu lub rzadziej	piła 2-4 razy w miesiącu	piła 2-3 razy na tydzień	piła 4 razy w tygodniu i więcej	Razem
[1] zamężna	n	1995	170	25	3	1	2194
	%	90,93%	7,75%	1,14%	0,14%	0,05%	78,16%
[2] w związku nieformalnym	n	332	47	7	3	0	389
	%	85,35%	12,08%	1,80%	0,77%	0,00%	13,86%
[3] panna	n	157	16	1	0	1	175
	%	89,71%	9,14%	0,57%	0,00%	0,57%	6,23%
[4] rozwiedziona/ w separacji	n	36	7	3	0	0	46
	%	78,26%	15,22%	6,52%	0,00%	0,00%	1,64%
[5] wdowa	n	2	1	0	0	0	3
	%	66,67%	33,33%	0,00%	0,00%	0,00%	0,11%
Razem	N	2522	241	36	6	2	2807
	%	89,85%	8,59%	1,28%	0,21%	0,07%	100,00%
							p=0,0381

W tabeli 34b (test chi^2; p=0,469) przedstawiono zależność pomiędzy wykształceniem kobiety, a spożywaniem przez nią alkoholu w czasie ciąży. Brak zależności wskazują bardzo podobne odsetki osób niepijących i pijących niezależnie od wykształcenia. Podobnie wygląda sytuacja jeśli chodzi o rodzaj wykonywanej pracy (tab. 34c, test chi^2; p=0,275).

Tab. 34b. PICIE ALKOHOLU W CZASIE CIĄŻY A WYBRANE CZYNNIKI SOCJALNE - WYKSZTAŁCENIE

wykształcenie		nie piła	piła raz w m-cu lub rzadziej	piła 2-4 razy w miesiącu	piła 2-3 razy na tydzień	piła 4 razy w tygodniu i więcej	Razem
[1] podstawowe (lub bez wykształcenia)	n	70	10	0	0	1	81
	%	86,42%	12,35%	0,00%	0,00%	1,23%	2,91%
[2] gimnazjalne	n	91	7	1	0	0	99
	%	91,92%	7,07%	1,01%	0,00%	0,00%	3,55%
[3] ponadgimnazjalne zawodowe	n	347	30	3	0	0	380
	%	91,32%	7,89%	0,79%	0,00%	0,00%	13,64%
[4] ponadgimnazjalne ogólnokształcące	n	237	27	1	1	0	266
	%	89,10%	10,15%	0,38%	0,38%	0,00%	9,55%
[5] pomaturalne	n	500	53	10	2	1	566
	%	88,34%	9,36%	1,77%	0,35%	0,18%	20,32%
[6] wyższe zawodowe (licencjat lub inżynier)	n	343	33	5	1	0	382
	%	89,79%	8,64%	1,31%	0,26%	0,00%	13,71%
[7] wyższe magisterskie	n	852	77	14	2	0	945
	%	90,16%	8,15%	1,48%	0,21%	0,00%	33,92%
[8] inne wykształcenie (lub nieokreślone)	n	63	2	1	0	1	67
	%	94,03%	2,99%	1,49%	0,00%	1,49%	2,40%
Razem	N	2503	239	35	6	3	2786
	%	89,84%	8,58%	1,26%	0,22%	0,11%	100,00%
							p=0,469

Tab. 34c. PICIE ALKOHOLU W CZASIE CIĄŻY A WYBRANE CZYNNIKI SOCJALNE - PRACA ZAROBKOWA

praca zarobkowa		nie piła	piła raz w m-cu lub rzadziej	piła 2-4 razy w miesiącu	piła 2-3 razy na tydzień	piła 4 razy w tygodniu i więcej	Razem
[1] praca umysłowa	n	1094	105	22	4	0	1225
	%	89,31%	8,57%	1,80%	0,33%	0,00%	44,26%
[2] praca fizyczna	n	662	61	6	1	1	731
	%	90,56%	8,34%	0,82%	0,14%	0,14%	26,41%
[3] nie pracuję	n	603	53	8	1	1	666
	%	90,54%	7,96%	1,20%	0,15%	0,15%	24,06%
[4] uczę się/studiuję	n	128	18	0	0	0	146
	%	87,67%	12,33%	0,00%	0,00%	0,00%	5,27%
Razem	N	2487	237	36	6	2	2768
	%	89,85%	8,56%	1,30%	0,22%	0,07%	100,00%
							p=0,275

W tabeli 34d (test chi^2; p=0,525) występuje również brak zależności pomiędzy wiekiem kobiety, a piciem alkoholu w czasie ciąży. Różnice pomiędzy poszczególnym grupami są niewielkie, trudno też zauważyć szczególną zależność, co pokazuje również wynik testu chi-kwadrat. Podobnie wygląda sytuacja w przypadku miejsca zamieszkania respondentek (tab. 34e, test chi^2; p=0,479), warunków bytowych (tab. 34f, test chi^2, p=0,285) i ich sytuacji materialnej (tab. 34g, test chi^2, p=0,597).

Tab. 34d. PICIE ALKOHOLU W CZASIE CIĄŻY A WYBRANE CZYNNIKI SOCJALNE - KATEGORIE WIEKOWE

wiek		nie piła	piła raz w m-cu lub rzadziej	piła 2-4 razy w miesiącu	piła 2-3 razy na tydzień	piła 4 razy w tygodniu i więcej	Razem
do 20 lat	n	185	19	0	0	0	204
	%	90,69%	9,31%	0,00%	0,00%	0,00%	7,41%
21-25 lat	n	517	58	7	2	0	584
	%	88,53%	9,93%	1,20%	0,34%	0,00%	21,21%
26-30 lat	n	905	87	14	3	0	1009
	%	89,69%	8,62%	1,39%	0,30%	0,00%	36,64%
31-35 lat	n	614	56	11	1	2	684
	%	89,77%	8,19%	1,61%	0,15%	0,29%	24,84%
36-40 lat	n	217	16	3	0	1	237
	%	91,56%	6,75%	1,27%	0,00%	0,42%	8,61%
pow. 40 lat	n	33	3	0	0	0	36
	%	91,67%	8,33%	0,00%	0,00%	0,00%	1,31%
Razem	N	2471	239	35	6	3	2754
	%	89,72%	8,68%	1,27%	0,22%	0,11%	100,00%
							p=0,525

Tab. 34e. PICIE ALKOHOLU W CZASIE CIĄŻY A WYBRANE CZYNNIKI SOCJALNE - ZAMIESZKANIE

zamieszkanie		nie piła	piła raz w m-cu lub rzadziej	piła 2-4 razy w miesiącu	piła 2-3 razy na tydzień	piła 4 razy w tygodniu i więcej	Razem
[1] miasto powyżej 500 tys. mieszkańców	n	276	29	6	0	0	311
	%	88,75%	9,32%	1,93%	0,00%	0,00%	11,44%
[2] miasto od 100-500 tys. mieszkańców	n	350	27	7	1	1	386
	%	90,67%	6,99%	1,81%	0,26%	0,26%	14,20%
[3] miasto 50-100 tys. mieszkańców	n	257	31	2	1	0	291
	%	88,32%	10,65%	0,69%	0,34%	0,00%	10,71%
[4] miasto 10-50 tys. mieszkańców	n	408	36	8	2	1	455
	%	89,67%	7,91%	1,76%	0,44%	0,22%	16,74%
[5] miasto poniżej 10 tys. mieszkańców	n	132	11	3	0	1	147
	%	89,80%	7,48%	2,04%	0,00%	0,68%	5,41%
[6] wieś	n	1015	102	9	2	0	1128
	%	89,98%	9,04%	0,80%	0,18%	0,00%	41,50%
Razem	N	2438	236	35	6	3	2718
	%	89,70%	8,68%	1,29%	0,22%	0,11%	100,00%
							p=0,479

Tab. 34f. PICIE ALKOHOLU W CZASIE CIĄŻY A WYBRANE CZYNNIKI SOCJALNE - WARUNKI SOCJALNO-BYTOWE

warunki socjalno-bytowe		nie piła	piła raz w m-cu lub rzadziej	piła 2-4 razy w miesiącu	piła 2-3 razy na tydzień	piła 4 razy w tygodniu i więcej	Razem
[1] bardzo dobre	n	653	51	14	3	1	722
	%	90,44%	7,06%	1,94%	0,42%	0,14%	26,04%
[2] dobre	n	1363	140	19	1	2	1525
	%	89,38%	9,18%	1,25%	0,07%	0,13%	54,99%
[3] średnie	n	459	45	3	2	0	509
	%	90,18%	8,84%	0,59%	0,39%	0,00%	18,36%
[4] złe	n	14	3	0	0	0	17
	%	82,35%	17,65%	0,00%	0,00%	0,00%	0,61%
Razem	N	2489	239	36	6	3	2773
	%	89,76%	8,62%	1,30%	0,22%	0,11%	100,00%
							p=0,285

Tab. 34g. PICIE ALKOHOLU W CZASIE CIĄŻY A WYBRANE CZYNNIKI SOCJALNE - SYTUACJA MATERIALNA

sytuacja materialna		nie piła	piła raz w m-cu lub rzadziej	piła 2-4 razy w miesiącu	piła 2-3 razy na tydzień	piła 4 razy w tygodniu i więcej	Razem
[1] bardzo dobra	n	247	24	4	1	1	277
	%	89,17%	8,66%	1,44%	0,36%	0,36%	9,89%
[2] dobra	n	1454	125	21	2	1	1603
	%	90,70%	7,80%	1,31%	0,12%	0,06%	57,21%
[3] średnia	n	776	84	11	3	1	875
	%	88,69%	9,60%	1,26%	0,34%	0,11%	31,23%
[4] zła	n	39	8	0	0	0	47
	%	82,98%	17,02%	0,00%	0,00%	0,00%	1,68%
Razem	N	2516	241	36	6	3	2802
	%	89,79%	8,60%	1,28%	0,21%	0,11%	100,00%
							p=0,597

Rozpatrując zależność pomiędzy opinią na temat szkodliwości picia alkoholu dla matki i dziecka a piciem alkoholu w czasie ciąży można zaobserwować, że im mniej kobiety spożywają alkohol, tym wyżej oceniają ryzyko związane z jego piciem. Osoby pijące, rzadziej stanowią wyższe odsetki osób, które uważają, że ryzyko jest wysokie od tych pijących częściej. Natomiast paradoksalnie osoby deklarujące częste picie alkoholu są jednak równocześnie najbardziej przekonane o jego szkodliwości (prawdopodobnie ma na to wpływ bardzo mała liczebność tej grupy). W porównaniu z piciem przed ciążą zmiany opinii są niewielkie, z tym, że istotne różnice są zauważalne w ocenie szkodliwości niewielkiej ilości alkoholu dla matki (tab. 35a, test chi^2, p=0,00001) i dla dziecka (tab. 35b, test chi^2, p=0,00001). W ocenie szkodliwości picia dużych ilości alkoholu w czasie ciąży dla matki w dalszym ciągu są typowe rozbieżności w ocenie ryzyka zdrowotnego (tab. 35c, test chi^2, p=0,011) i dopiero w ocenie szkodliwości dla dziecka te różnice zanikają (tab. 35d, test chi^2, p=0,665).

Tab. 35a. PICIE ALKOHOLU W CZASIE CIĄŻY A OCENA RYZYKA PICIA NIEWIELKICH ILOŚCI ALKOHOLU DLA ZDROWIA MATKI

ocena ryzyka		nie piła	piła raz w m-cu lub rzadziej	piła 2-4 razy w miesiącu	piła 2-3 razy na tydzień	piła 4 razy w tygodniu i więcej	Razem
[a] brak ryzyka	n	92	31	8	1	0	132
	%	3,90%	13,42%	22,86%	16,67%	0,00%	
[b] nieznaczne ryzyko	n	377	81	8	5	0	471
	%	15,96%	35,06%	22,86%	83,33%	0,00%	
[c] średnie ryzyko	n	751	61	13	0	1	826
	%	31,80%	26,41%	37,14%	0,00%	33,33%	
[d] wysokie ryzyko	n	1142	58	6	0	2	1208
	%	48,35%	25,11%	17,14%	0,00%	66,67%	
Razem	N	2362	231	35	6	3	2637
	%	89,57%	8,76%	1,33%	0,23%	0,11%	100,00%
							p=0,00001

Tab. 35b. PICIE ALKOHOLU W CZASIE CIĄŻY A OCENA RYZYKA PICIA NIEWIELKICH ILOŚCI ALKOHOLU DLA ZDROWIA DZIECKA

ocena ryzyka		nie piła	piła raz w m-cu lub rzadziej	piła 2-4 razy w miesiącu	piła 2-3 razy na tydzień	piła 4 razy w tygodniu i więcej	Razem
[a] brak ryzyka	n	44	16	6	1	0	67
	%	1,86%	6,87%	18,75%	16,67%	0,00%	
[b] nieznaczne ryzyko	n	204	59	5	4	0	272
	%	8,64%	25,32%	15,63%	66,67%	0,00%	
[c] średnie ryzyko	n	575	77	6	0	1	659
	%	24,34%	33,05%	18,75%	0,00%	33,33%	
[d] wysokie ryzyko	n	1539	81	15	1	2	1638
	%	65,16%	34,76%	46,88%	16,67%	66,67%	
Razem	N	2362	233	32	6	3	2636
	%	89,61%	8,84%	1,21%	0,23%	0,11%	100,00%
							p=0,00001

Tab. 35c. PICIE ALKOHOLU W CZASIE CIĄŻY A OCENA RYZYKA PICIA DUŻYCH ILOŚCI ALKOHOLU DLA ZDROWIA MATKI

ocena ryzyka		nie piła	piła raz w m-cu lub rzadziej	piła 2-4 razy w miesiącu	piła 2-3 razy na tydzień	piła 4 razy w tygodniu i więcej	Razem
[a] brak ryzyka	n	6	2	0	0	0	8
	%	0,25%	0,87%	0,00%	0,00%	0,00%	
[b] nieznaczne ryzyko	n	16	1	1	0	0	18
	%	0,68%	0,43%	2,78%	0,00%	0,00%	
[c] średnie ryzyko	n	56	10	7	1	0	74
	%	2,37%	4,33%	19,44%	16,67%	0,00%	
[d] wysokie ryzyko	n	2287	218	28	5	2	2540
	%	96,70%	94,37%	77,78%	83,33%	100,00%	
Razem	N	2365	231	36	6	2	2640
	%	89,58%	8,75%	1,36%	0,23%	0,08%	100,00%
							p=0,011420

Tab. 35d. PICIE ALKOHOLU W CZASIE CIĄŻY A OCENA RYZYKA PICIA DUŻYCH ILOŚCI ALKOHOLU DLA ZDROWIA DZIECKA

ocena ryzyka		nie piła	piła raz w m-cu lub rzadziej	piła 2-4 razy w miesiącu	piła 2-3 razy na tydzień	piła 4 razy w tygodniu i więcej	Razem
[a] brak ryzyka	n	8	1	0	0	0	9
	%	0,34%	0,43%	0,00%	0,00%	0,00%	
[b] nieznaczne ryzyko	n	5	1	0	0	0	6
	%	0,21%	0,43%	0,00%	0,00%	0,00%	
[c] średnie ryzyko	n	16	5	2	0	0	23
	%	0,68%	2,14%	5,71%	0,00%	0,00%	
[d] wysokie ryzyko	n	2331	227	33	6	2	2599
	%	98,77%	97,01%	94,29%	100,00%	100,00%	
Razem	N	2360	234	35	6	2	2637
	%	89,50%	8,87%	1,33%	0,23%	0,08%	100,00%
							p=0,664860

1.10. ANALIZA ZALEŻNOŚCI POMIĘDZY CZYNNIKAMI SOCJALNO-BYTOWYMI ORAZ OPINIĄ NA TEMAT SZKODLIWOŚCI A PRZYJMOWANIEM SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH INNYCH NIŻ ALKOHOL

Analizę zależności pomiędzy czynnikami socjalno-bytowymi oraz opinią o szkodliwości substancji psychoaktywnych innych niż alkohol a ich używaniem przeprowadzono analogicznie do rozdziałów dotyczących palenia tytoniu i picia alkoholu. Zależności badano testem chi-kwadrat, a wyniki przedstawiono w tabelach od 36a do 36g oraz 37a i 37b.

W tabeli 36a (test chi^2; p=0,00068) przedstawiono zależność pomiędzy stanem cywilnym kobiety, a używaniem substancji psychoaktywnych. Najwyższy odsetek osób, które używały substancji psychoaktywnych to osoby rozwiedzione (8,7%) i żyjące w nieformalnych związkach (6,9%), niższy odsetek zanotowano wśród panien (4,0%) i osób zamężnych (2,6%). Wśród wdów nie stwierdzono osób przyjmujących środki psychoaktywne, ale niska liczebność tej grupy wpływa na niską istotność tego wyniku.

Tab. 36a. UŻYWANIE SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH A WYBRANE CZYNNIKI SOCJALNE - STAN CYWILNY

stan cywilny		nie przyjmowała	przyjmowała	Razem
[1] zamężna	n	2137	57	2194
	%	97,40%	2,60%	78,16%
[2] w związku nieformalnym	n	362	27	389
	%	93,06%	6,94%	13,86%
[3] panna	n	168	7	175
	%	96,00%	4,00%	6,23%
[4] rozwiedziona / w separacji	n	42	4	46
	%	91,30%	8,70%	1,64%
[5] wdowa	n	3	0	3
	%	100,00%	0,00%	0,11%
Razem	N	2712	95	2807
	%	96,62%	3,38%	100,00%
				p=0,00068

W tabeli 36b (test chi^2; p=0,095) przedstawiono zależność pomiędzy wykształceniem, a używaniem substancji psychoaktywnych innych niż alkohol. Brak istotności statystycznej testu potwierdzają podobne odsetki osób w grupach o różnym wykształceniu. Jedynie w grupie deklarującej inne wykształcenie wśród 67 osób żadna nie deklarowała przyjmowania takich substancji.

Tab. 36b. UŻYWANIE SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH A WYBRANE CZYNNIKI SOCJALNE -WYKSZTAŁCENIE

wykształcenie		nie przyjmowała	przyjmowała	Razem
[1] podstawowe (lub bez wykształcenia)	n	78	3	81
	%	96,30%	3,70%	2,91%
[2] gimnazjalne	n	97	2	99
	%	97,98%	2,02%	3,55%
[3] ponadgimnazjalne zawodowe	n	367	13	380
	%	96,58%	3,42%	13,64%
[4] ponadgimnazjalne ogólnokształcące	n	255	11	266
	%	95,86%	4,14%	9,55%
[5] pomaturalne	n	542	24	566
	%	95,76%	4,24%	20,32%
[6] wyższe zawodowe (licencjat lub inżynier)	n	376	6	382
	%	98,43%	1,57%	13,71%
[7] wyższe magisterskie	n	909	36	945
	%	96,19%	3,81%	33,92%
[8] inne wykształcenie (lub nieokreślone)	n	67	0	67
	%	100,00%	0,00%	2,40%
Razem	N	2691	95	2786
	%	96,59%	3,41%	100,00%
				p=0,095

W tabeli 36c (test chi^2; p=0,713) obserwujemy brak zależności pomiędzy rodzajem pracy, a przyjmowaniem substancji psychoaktywnych.

Tab. 36c. UŻYWANIE SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH A WYBRANE CZYNNIKI SOCJALNE - PRACA ZAROBKOWA

praca zarobkowa		nie przyjmowała	przyjmowała	Razem
[1] praca umysłowa	n	1178	47	1225
	%	96,16%	3,84%	44,26%
[2] praca fizyczna	n	709	22	731
	%	96,99%	3,01%	26,41%
[3] nie pracuję	n	645	21	666
	%	96,85%	3,15%	24,06%
[4] uczę się/studiuję	n	142	4	146
	%	97,26%	2,74%	5,27%
Razem	N	2674	94	2768
	%	96,60%	3,40%	100,00%
				p=0,713

W tabeli 36d (test chi^2; p=0,145) podobnie nieistotna jest zależność pomiędzy wiekiem, a przyjmowaniem substancji psychoaktywnych. Jedynie w grupie respondentek powyżej 40 lat żadna z 36 ankietowanych kobiet nie zadeklarowała używania substancji psychoaktywnych.

Tab. 36d. UŻYWANIE SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH A WYBRANE CZYNNIKI SOCJALNE - KATEGORIE WIEKOWE

wiek		nie przyjmowała	przyjmowała	Razem
do 20 lat	n	193	11	204
	%	94,61%	5,39%	7,41%
21-25 lat	n	563	21	584
	%	96,40%	3,60%	21,21%
26-30 lat	n	982	27	1009
	%	97,32%	2,68%	36,64%
31-35 lat	n	662	22	684
	%	96,78%	3,22%	24,84%
36-40 lat	n	225	12	237
	%	94,94%	5,06%	8,61%
pow. 40 lat	n	36	0	36
	%	100,00%	0,00%	1,31%
Razem	N	2661	93	2754
	%	96,62%	3,38%	100,00%
				p=0,145

W tabeli 36e (test chi^2; p=0,056) zależność pomiędzy miejscem zamieszkania, a przyjmowaniem substancji psychoaktywnych jest na granicy istotności. Z tabeli wynika, że częściej używają takich substancji osoby mieszkające w mieście, szczególnie w dużych miastach.

Tab. 36e. UŻYWANIE SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH A WYBRANE CZYNNIKI SOCJALNE - ZAMIESZKANIE

zamieszkanie		nie przyjmowała	przyjmowała	Razem
[1] miasto powyżej 500 tys. mieszkańców	n	293	18	311
	%	94,21%	5,79%	11,44%
[2] miasto od 100-500 tys. mieszkańców	n	371	15	386
	%	96,11%	3,89%	14,20%
[3] miasto 50-100 tys. mieszkańców	n	278	13	291
	%	95,53%	4,47%	10,71%
[4] miasto 10-50 tys. mieszkańców	n	441	14	455
	%	96,92%	3,08%	16,74%
[5] miasto poniżej 10 tys. mieszkańców	n	145	2	147
	%	98,64%	1,36%	5,41%
[6] wieś	n	1099	29	1128
	%	97,43%	2,57%	41,50%
Razem	N	2627	91	2718
	%	96,65%	3,35%	100,00%
				p=0,056

W tabeli 36f (test chi^2; p=0,378) przedstawiono zależność pomiędzy warunkami bytowymi, a używaniem substancji psychoaktywnych innych niż alkohol. Pomimo braku istotności statystycznej można zauważyć, że zła sytuacja bytowa związana jest z częstszym przyjmowaniem substancji psychoaktywnych (2/17, 11,8%).

Tab. 36f. UŻYWANIE SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH A WYBRANE CZYNNIKI SOCJALNE - WARUNKI SOCJALNO-BYTOWE

warunki socjalno-bytowe		nie przyjmowała	przyjmowała	Razem
[1] bardzo dobre	n	700	22	722
	%	96,95%	3,05%	26,04%
[2] dobre	n	1476	49	1525
	%	96,79%	3,21%	54,99%
[3] średnie	n	489	20	509
	%	96,07%	3,93%	18,36%
[4] złe	n	15	2	17
	%	88,24%	11,76%	0,61%
Razem	N	2680	93	2773
	%	96,65%	3,35%	100,00%
				p=0,378

Podobną zależność widać w tabeli 36g (test chi^2, p=0,043), gdzie zła sytuacja materialna związana jest z częstszym przyjmowaniem substancji psychoaktywnych (6/47; 12,8%).

Tab. 36g. UŻYWANIE SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH A WYBRANE CZYNNIKI SOCJALNE -SYTUACJA MATERIALNA

sytuacja materialna		nie przyjmowała	przyjmowała	Razem
[1] bardzo dobra	n	267	10	277
	%	96,39%	3,61%	9,89%
[2] dobra	n	1551	52	1603
	%	96,76%	3,24%	57,21%
[3] średnia	n	849	26	875
	%	97,03%	2,97%	31,23%
[4] zła	n	41	6	47
	%	87,23%	12,77%	1,68%
Razem	N	2708	94	2802
	%	96,65%	3,35%	100,00%
				p=0,043

Rozpatrując zależności pomiędzy opinią na temat szkodliwego wpływu na zdrowie matki i dziecka używania narkotyków i innych substancji psychoaktywnych, a ich przyjmowaniem można zaobserwować, że jedynie w ocenie szkodliwego wpływu na dziecko używania innych substancji psychoaktywnych, część kobiet przyjmujących oceniło nieco łagodniej ryzyko jako średnie, co było różnicą istotną statystycznie (tab. 37d, test chi^2, p=0,003). W pozostałych przypadkach zdecydowana większość kobiet uważa je za szkodliwe i nie stwierdza się istotnych różnic statystycznych w zależności od ich przyjmowania (tab. 37a, 37b, 37c).

Tab. 37a. UŻYWANIE SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH A OCENA RYZYKA NARKOTYKÓW DLA ZDROWIA MATKI

ocena ryzyka		nie przyjmowała	przyjmowała	Razem
[a] brak ryzyka	n	2500	90	2590
	%	98,46%	98,90%	
[b] nieznaczne ryzyko	n	8	0	8
	%	0,32%	0,00%	
[c] średnie ryzyko	n	25	1	26
	%	0,98%	1,10%	
[d] wysokie ryzyko	n	6	0	6
	%	0,24%	0,00%	
Razem	N	2539	91	2630
	%	96,54%	3,46%	100,00%
				p=0,802

Tab. 37b. PRZYJMOWANIE SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH A OCENA PRZYJMOWANIA INNYCH SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH DLA ZDROWIA MATKI

ocena ryzyka		nie przyjmowała	przyjmowała	Razem
[a] brak ryzyka	n	9	0	9
	%	0,36%	0,00%	
[b] nieznaczne ryzyko	n	9	0	9
	%	0,36%	0,00%	
[c] średnie ryzyko	n	64	5	69
	%	2,54%	5,32%	
[d] wysokie ryzyko	n	2437	89	2526
	%	96,74%	94,68%	
Razem	N	2519	94	2613
	%	96,40%	3,60%	100,00%
				p=0,331

Tab. 37c. UŻYWANIE SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH A OCENA RYZYKA NARKOTYKÓW DLA ZDROWIA DZIECKA

ocena ryzyka		nie przyjmowała	przyjmowała	Razem
[a] brak ryzyka	n	8	0	8
	%	0,32%	0,00%	
[b] nieznaczne ryzyko	n	2	0	2
	%	0,08%	0,00%	
[c] średnie ryzyko	n	11	1	12
	%	0,43%	1,06%	
[d] wysokie ryzyko	n	2517	93	2610
	%	99,17%	98,94%	
Razem	N	2538	94	2632
	%	96,43%	3,57%	100,00%
				p=0,727

Tab. 37d. UŻYWANIE SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH A OCENA RYZYKA INNYCH SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH DLA ZDROWIA DZIECKA

ocena ryzyka		nie przyjmowała	przyjmowała	Razem
[a] brak ryzyka	n	10	0	10
	%	0,40%	0,00%	
[b] nieznaczne ryzyko	n	4	1	5
	%	0,16%	1,06%	
[c] średnie ryzyko	n	26	6	32
	%	1,04%	6,38%	
[d] wysokie ryzyko	n	2472	87	2559
	%	98,41%	92,55%	
Razem	N	2512	94	2606
	%	96,39%	3,61%	100,00%
				p=0,003

1.11. PARAMETRY ZDROWIA DZIECKA, A UŻYWANIE SUBSTANCJI NIEBEZPIECZNYCH

Do analizy statystycznej poniższych danych wykorzystano badanie rozkładu liczebności testem chi- kwadrat Pearsona.

Analiza częstości przebytych poronień w stosunku do palenia tytoniu nie wskazuje na związek pomiędzy tymi dwoma zmiennymi. Test chi- kwadrat jest jednak bliski istotności statystycznej ale częściej poronienia przechodziły kobiety, które nie paliły lub rzuciły palenie przed ciążą (tab. 38a). Nie ma istotnych różnic pomiędzy kobietami deklarującymi picie alkoholu przed ciążą, a kobietami deklarującym niepicie alkoholu przed ciążą (tab. 38b). Natomiast istnieje związek istotny statystycznie pomiędzy używaniem innych substancji psychoaktywnych a przebytymi poronieniami. U 29,1% kobiet używających narkotyki wystąpiło poronienie w porównaniu do 19,1% kobiet, które miały poronienie i nie zażywały narkotyków (tab. 38c).

Tab. 38a. PALENIE TYTONIU A PRZEBYTE PORONIENIA

poronienia		[4] nigdy nie paliłam	[3] paliłam / przestałam przed ciążą	[2] paliłam / przestałam w ciąży	[1] paliłam / palę	Razem
nie przebyła	N	1215	301	353	147	2016
	%	80,46%	76,79%	83,65%	83,05%	
przebyła	N	295	91	69	30	485
	%	19,54%	23,21%	16,35%	16,95%	
Razem	N	1510	392	422	177	2501
						p=0,07777

Tab. 38b. PICIE ALKOHOLU PRZED CIĄŻĄ A PRZEBYTE PORONIENIA

poronienia		nigdy nie piła	piła raz w miesiącu	piła 2-4 razy w miesiącu	piła 2-3 razy w tygodniu lub częściej	Razem
nie przebyła	N	1260	486	233	83	2062
	%	80,51%	80,46%	80,90%	82,18%	
Przebyła	N	305	118	55	18	496
	%	19,49%	19,54%	19,10%	17,82%	
Razem	N	1565	604	288	101	2558
						p=0,9782

Tab. 38c. ŚRODKI PSYCHOAKTYWNE A PRZEBYTE PORONIENIA

poronienia		nie zażywała	zażywała	Razem
nie przebyła	N	2001	61	2062
	% col	80,95%	70,93%	
przebyła	N	471	25	496
	% col	19,05%	29,07%	
Razem	N	2472	86	2558
				p=0,02813

Kolejną analizowaną wartością były występujące u dziecka wady wrodzone. Podobnie jak w przypadku poronień, nie obserwowano różnic istotnych statystycznie między kobietami, które nie paliły, a tymi, które paliły (tab. 39a) oraz nie ma istotnych statystycznych różnic u kobiet ze względu na picie lub niepicie alkoholu przed ciążą (tab. 39b). Natomiast również podobnie jak w przypadku poronień istnieje związek istotny statystycznie pomiędzy istniejącymi wadami wrodzonymi u dziecka, a używaniem innych substancji psychoaktywnych (5,7% do 2,2%; tab. 39c).

Tab. 39a. PALENIE TYTONIU A WADY WRODZONE DZIECKA

wady wrodzone		[4] nigdy nie paliłam	[3] paliłam / przestałam przed ciążą	[2] paliłam / przestałam w ciąży	[1] paliłam / palę	Razem
nie stwierdzono	N	1282	313	363	149	2107
	%	97,64%	98,12%	97,58%	98,68%	
stwierdzono	N	31	6	9	2	48
	%	2,36%	1,88%	2,42%	1,32%	
Razem	N	1313	319	372	151	2155
						p=0,79823

Tab. 39b. PICIE ALKOHOLU A WADY WRODZONE DZIECKA

wady wrodzone		nigdy nie piła	piła raz w miesiącu	piła 2-4 razy w miesiącu	piła 2-3 razy w tygodniu lub częściej	Razem
nie stwierdzono	N	1348	477	241	84	2150
	%	98,04%	96,75%	97,97%	97,67%	
stwierdzono	N	27	16	5	2	50
	%	1,96%	3,25%	2,03%	2,33%	
Razem	N	1375	493	246	86	2200
						p=0,46731

Tab. 39c. INNE ŚRODKI PSYCHOAKTYWNE A WADY WRODZONE DZIECKA

wady wrodzone		nie zażywała	zażywała	Razem
nie stwierdzono	N	2084	66	2150
	%	97,84%	94,29%	
stwierdzono	N	46	4	50
	%	2,16%	5,71%	
Razem	N	2130	70	2200
				p= 0,09615

Porównywano również wskaźnik APGAR (po 1 minucie). Wskaźnik APGAR u dzieci matek, które paliły przez całą ciążę wyniósł średnio 9,08, i jest niższy w stosunku do pozostałych dzieci (9,42-9,48; tab. 40a). Jednak test Kruskala-Wallisa nie wykazał istotności statystycznej. Wartości APGAR w grupach kobiet pijących i niepijących nie różnią się znacznie, podobnie jak w grupach kobiet używających i nieużywających

innych środków psychoaktywnych (tab. 40b, 40c).

Tab. 40a. PALENIE TYTONIU A WYNIK APGAR (1 MIN) (test Kruskala-Wallisa)

APGAR		[4] nigdy nie paliłam	[3] paliłam / przestałam przed ciążą	[2] paliłam / przestałam w ciąży	[1] paliłam / palę	Razem
	N	1461	371	403	171	2107
	X	9,43	9,48	9,42	9,08	9,41
	SD	1,21	1,20	1,27	1,63	1,26
						p=1

X – średnia, SD – odchylenie standardowe

Tab. 40b. PICIE ALKOHOLU PRZED CIĄŻĄ A WYNIK APGAR (1 MIN) (test Kruskala-Wallisa)

APGAR		nigdy nie piła	piła raz w miesiącu	piła 2-4 razy w miesiącu	piła 2-3 razy w tygodniu lub częściej	Razem
	N	1535	554	277	94	2460
	X	9,40	9,42	9,45	9,50	9,42
	SD	1,30	1,24	0,97	1,22	1,25
						p=1

X – średnia, SD – odchylenie standardowe

Tab. 40c. INNE ŚRODKI PSYCHOAKTYWNE A WYNIK APGAR (1 MIN) (test Kruskala-Wallis)

APGAR		nie zażywała	zażywała	Razem
	N	2393	67	2460
	X	9,42	9.39	9,42
	SD	1,25	1,22	1,25
				p=1

X – średnia, SD – odchylenie standardowe

Następną zmienną dotyczącą zdrowia dzieci był poziom hemoglobiny u noworodków. W grupie dzieci matek palących był najwyższy (18,4 g/dl) i różnica była istotna statystycznie (tab. 41a). Nie różniły się natomiast znacząco od siebie wartości poziomu hemoglobiny w grupach kobiet podzielonych w zależności od picia alkoholu lub

używania innych substancji psychoaktywnych.

Tab. 41a. PALENIE TYTONIU A POZIOM HEMOGLOBINY U NOWORODKA (test pANOVA)

POZIOM HGB		[4] nigdy nie paliłam	[3] paliłam / przestałam przed ciążą	[2] paliłam / przestałam w ciąży	[1] paliłam / palę	Razem
	N	516	127	150	53	846
	X	17,1	16,5	17,2	18,4	17,1
	SD	3,3	4,0	3,2	2,8	3,4
						p=0,00791

X – średnia, SD – odchylenie standardowe

Tab. 41b. PICIE ALKOHOLU A POZIOM HEMOGLOBINY U NOWORODKA (test pANOVA)

POZIOM HGB		nigdy nie piła	piła raz w miesiącu	piła 2-4 razy w miesiącu	piła 2-3 razy w tygodniu lub częściej	Razem
	N	553	181	99	38	871
	X	17,0	17,3	16,7	17,1	17,1
	SD	3,5	3,0	3,4	3,9	3,4
						p=0,549

X – średnia, SD – odchylenie standardowe

Tab. 41c. ŚRODKI PSYCHOAKTYWNE A POZIOM HEMOGLOBINY U NOWORODKA (test pANOVA)

POZIOM HGB		nie zażywała	zażywała	Razem
	N	846	25	871
	X	17,1	16,7	17,1
	SD	3,4	2,6	3,4
				p=0,597

X – średnia, SD – odchylenie standardowe

Analizowano również związek palenia tytoniu i picia alkoholu z masą urodzeniową dzieci. Dzieci podzielono na trzy grupy: ze zbyt niską, normalną i nadmierną masą urodzeniową. W grupie kobiet palących stwierdzono podobny odsetek dzieci ze zbyt

niską masą urodzeniową w porównaniu do kobiet niepalących, natomiast wystąpiła różnica pomiędzy odsetkiem dzieci ze zbyt wysoką masą, która była istotnie większa u dzieci matek niepalących i okazała się istotna statystycznie (tab. 42a).

Tab. 42a. PALENIE TYTONIU A MASA URODZENIOWA DZIECKA

masa urodzeniowa		[4] nigdy nie paliłam	[234] paliłam	Razem
niska	N	25	26	51
	%	7,99%	7,56%	
normalna	N	255	301	556
	%	81,47%	87,50%	
nadmierna	N	33	17	50
	%	10,54%	4,94%	
Razem	N	313	344	657
				p=0,023

2. PODSUMOWANIE CZ. I

2.1. PALENIE TYTONIU

Palenie tytoniu jest niewątpliwie szkodliwe zarówno dla matki, jak i dla płodu[11]. Zarówno palenie tytoniu czynne jak i bierne przez matkę podnosi poziom tlenku węgla i nikotyny we krwi obydwu organizmów. Tlenek węgla powoduje niedotlenienie płodu. Ma dużo większe powinowactwo do hemoglobiny niż tlen. Nikotyna ma właściwości wazokonstrykcyjne, czyli powoduje skurcz mięśni gładkich w ścianach naczyń krwionośnych co prowadzi do podwyższenia ciśnienia krwi. Powoduje to ograniczenie przepływu krwi w krążeniu matczyno-łożyskowym[12], a zatem prowadzi do hipotrofii

[11] Wojtyła C, Głuszek Ł, Biliński P, Paprzycki P, Warzocha K. Smoking during pregnancy – hematological observations in pregnant women and their newborns after delivery. Ann Agric Environ Med. 2012; 19(4): 836-841.

[12] Habek D. Effects of smoking and fetal hypokinesia in early pregnancy. Arch Med Res. 2007; 38(8): 864-867.

płodu (IUGR), przedwczesnego oddzielenia łożyska. Dodatkowo u palących częściej występuje łożysko przodujące[13], poronienia[14], przedwczesne pęknięcie błon płodowych. Wskaźnik zachorowalności i śmiertelności u dzieci jest wyższy, a szczególnie ryzyko zachorowania na choroby układu krążenia[15]. Występuje związek między ilością wypalanych papierosów, a zmniejszoną masą ciała noworodka. Substancje pochodzące z dymu tytoniowego zawarte we krwi już od pierwszych tygodni życia płodu wpływają na niego negatywnie, powodując tachykardię, tachyarytmię i hipokinezję. Dym tytoniowy zmniejsza odporność płodu, zwiększając przez to prawdopodobieństwo infekcji wewnątrzmacicznej. Najpoważniejszą konsekwencją jest śmierć wewnątrzmaciczna dziecka[16] oraz zwiększone ryzyko nagłej śmierci łóżeczkowej po porodzie (SIDS – Sudden Infant Death Syndrome). Dzieci palących matek są obarczone 2 razy większym ryzykiem śmierci. SIDS zdiagnozowano u 0,8 na 1000 żywych porodów. W dalszym życiu dziecka wykazano związek z nieprawidłowym rozwojem psychicznym, słabymi wynikami w nauce, zachowaniami przestępczymi, zwiększonym ryzykiem wystąpienia nadpobudliwości psychoruchowej (ADHD)[17] oraz występowaniem przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POCHP). Ponadto wykazano związek pomiędzy występowaniem astmy i chorób alergicznych u dziecka a paleniem tytoniu[18].

W niniejszym badaniu ankietowym do palenia tytoniu przed ciążą przyznało się 39,8% kobiet, z których część rzuciła palenie przed ciążą (15,7%), część w czasie ciąży

[13] Jaddoe VW, Troe EJ, Hofman A, et al. Active and passive maternal smoking during pregnancy and the risks of low birthweight and preterm birth: the Generation R Study. Paediatr Perinat Epidemiol. 2008; 22: 162-71.

[14] George L, Granath F, Johansson AL, Annerén G, Cnattingius S. Environmental tobacco smoke and risk of spontaneous abortion. Epidemiology. 2006; 17(5): 500-505.

[15] Goodwin RD, Keyes K, Simuro N. Mental disorders and nicotine dependence among pregnant women in the United States. Obstet Gynecol. 2007; 109(4): 875-883.

[16] Wisborg K, Kesmodel U, Henriksen TB et al. Exposure to tobacco smoke in utero and the risk of stillbirth and death in the first year of life. Am J Epidemiol. 2001; 154: 322-327.

[17] Flick LH, Cook CA, Homan SM, McSweeney M, Campbell C, Parnell L. Persistent tobacco use during pregnancy and the likelihood of psychiatric disorders. Am J Public Health. 2006; 96(10): 1799-1807.

[18] Miyake Y, Miyamoto S, Ohya Y, et al. Association of active and passive smoking with allergic disorders in pregnant Japanese women. Ann Allergy Asthma Immunol. 2005; 94: 644-51.

(17,1%), a część nie rzuciła palenia tytoniu nawet w czasie ciąży (7%). Zatoński podaje, że w badaniach kobiet w wieku 15-49 lat stwierdzono palenie tytoniu u 21% kobiet w 1974 r., wzrost do 38,5% u badanych kobiet w 1982 r. oraz spadek do 30,2-30,4% w latach 1995-2004. Dane z 2006 roku donoszą, że odsetek kobiet palących w ciąży wyniósł 12-15%[19]. Dane uzyskane w badaniu przeprowadzonym w ramach Projektu „Profilaktyczny program w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych" wskazują, że 24,1% kobiet paliło papierosy na początku ciąży oraz 7% w ciągu całej ciąży. Podobne wyniki otrzymano w Polsce podczas badania w 2012 r. na grupie 10 000 osób, wiadomo jednak, że w ostatnich latach w porównaniu z drugą połową lat dziewięćdziesiątych ubiegłego stulecia wzrósł odsetek palących kobiet[20]. Na przykład badaniach Kalety nad zachowaniami zdrowotnymi wśród osób czynnych zawodowo 52,1% stanowiły kobiety niepalące, 19,9% byłe palaczki, a 28% kobiety palące[21].

W przeprowadzonym przez nas badaniu palenie wyraźnie związane jest z czynnikami socjalnymi. Częściej osobą niepalącą jest osoba zamężna, z wyższym wykształceniem magisterskim, pracująca umysłowo, raczej starsza, mająca dobre warunki bytowe i materialne, mieszkająca na wsi. Podobne zależności zauważyli w swoich badaniach Zatoński i Wojtyła, którzy stwierdzają, że kobiety z wyższym wykształceniem palą dwa razy mniej niż kobiety z niższym wykształceniem[22],[23]. Przeprowadzone badania

[19] Zatoński W. Palenie tytoniu. W: Niemiec T. [red.] Raport: Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15–49 lat. Polska 2006. Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju, Warszawa, 2007.

[20] Charakterystyka rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych w Polsce na podstawie badania EZOP. Raport, 2012. http://www.pzh.gov.pl/page/fileadmin/user_upload/aktualnosci/ezop/BACKGRO-UNDER_KONFERENCJA%20%20PRASOWA%20%20PROJEKTU%20EZOP.pdf [dostęp: 2013-02-08].

[21] Kaleta D, Makowiec-Dąbrowska T, Polańska K, Dziankowska-Zaborszczyk E, Drygas W. Palenie tytoniu i inne negatywne zachowania zdrowotne wśród osób czynnych zawodowo. Med Pr. 2009; 60(1): 7–14.

[22] Zatoński W. Palenie tytoniu. W: Niemiec T. [red.] Raport: Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15–49 lat. Polska 2006. Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju, Warszawa, 2007.

[23] Wojtyła A, Goździewska M, Paprzycki P, Biliński P. Tobacco-related Foetal Origin of Adult Diseases Hypothesis – population studies in Poland. Ann Agric Environ Med. 2012; 19(1): 117-128.

kwestionariuszowe gruntownie utwierdzają realizatorów projektu o potrzebie edukacji kobiet w wieku prokreacyjnym. Ankietowane kobiety przyznawały się do palenia papierosów podczas trwania ciąży, przy czym największy ich procent (17,2%) stwierdzono w województwie zachodniopomorskim (tab. 20). Palenie papierosów przez matkę podczas ciąży zwiększa ryzyko wystąpienia wad wrodzonych u dziecka i gorszą punktację w skali Apgar, rośnie również ryzyko poronienia i przedwczesnego porodu. Palenie matek w ciąży wpływa również na późniejszy okres niemowlęcy dziecka, w którym jest większe prawdopodobieństwo śmierci łóżeczkowej niż u dziecka matki niepalącej [24,25].

W Polsce według różnych danych, w okresie ciąży pali od 11% do 30% kobiet[26]. Według przedstawionych badań odsetek kobiet, które przyznały się do palenia papierosów podczas ciąży wyniósł 7%. Porównywalny odsetek matek palących do danych z lat poprzednich odnotowano w województwach: zachodniopomorskie (17,2%), warmińsko-mazurskie (11,8%) i podlaskie (11,6%). Zgodnie z danymi WHO na temat Europy, największy procent kobiet palących podczas ciąży, bo ponad 50%, występuje w Irlandii i Grecji, a najmniejszy w Czechach około 5%[27]. Zróżnicowanie regionalne jest bardzo charakterystyczne dla USA, gdzie najwięcej kobiet paliło tytoń w ciągu 3 miesięcy przed zajściem w ciążę (39,4%) i w ciągu 3 ostatnich miesięcy przed porodem (28,7%) w stanie West Virginia oraz należy do stanów, gdzie relatywnie najmniej kobiet procentowo rzuca palenie w czasie ciąży (27,0%, mniej było tylko w stanie Arkansas 23,3%). Na drugim biegunie jest stan Utah, gdzie pali tytoń najmniej kobiet przed ciążą (10,4%) i przed porodem (5,1%), i relatywnie dużo kobiet rzuca palenie w czasie ciąży (51,0%, więcej było rzucających tylko w paru stanach, najwięcej

[24] Perz S, Kara-Perz H. Dym tytoniowy jako czynnik ryzyka zespołu nagłej śmierci noworodka (SIDS), ocena wiedzy i postaw kobiet. Przegl Lek. 2005; 62(10): 960.

[25] Guzikowski W, Pirogowicz I. Wpływ palenia tytoniu w ciąży na obniżenie stężenia witaminy C w surowicy krwi. Przegl Lek. 2008; 65(10): 505.

[26] Billert H, Gaca M, Adamski D. Uzależnienie od tytoniu u ciężarnych i rodzących – implikacje anestezjologiczne. Przegl Lek. 2009; 66(10): 875-877.

[27] Polańska K, Hanke W, Sobala W. Ekspozycja na dym tytoniowy kobiet w ciąży– wyniki badania prospektywnego w regionie łódzkim. Przegl Lek. 2007; 64(10): 824.

New Jersey – 57,1%; dane z 29 stanów, 2008 r.). Trzy cele narodowego programu Healthy People 2020 dotyczące palenia tytoniu kobiet w wieku prokreacyjnym zakładają ograniczenie palenia tytoniu w czasie ciąży poprzez zmniejszenie liczby kobiet palących przed ciążą do 14%, zmniejszenie kobiet palących w czasie ciąży do 1% i utrzymanie odsetka kobiet rzucających palenie w czasie ciąży na poziomie 30%[28].

2.2. PICIE ALKOHOLU PRZED CIĄŻĄ

Spożywanie alkoholu przez kobiety w reprodukcyjnym okresie życia może mieć niekorzystne następstwa dla ich dzieci. Alkohol etylowy jest jednym z najbardziej powszechnie używanych na całym świecie środków uzależniających. Rozpowszechnienie zwyczaju picia alkoholu, nawet w umiarkowanych ilościach, a zwłaszcza uzależnienie alkoholowe z utratą kontroli picia, stały się poważnym problemem medycznym, socjologicznym i ekonomicznym współczesnych społeczeństw[29]. Przewlekłe i nadmierne spożywanie alkoholu wywiera ujemny wpływ na stan zdrowia, prowadzi do uszkodzenia wielu narządów oraz powoduje utratę kontroli nad zachowaniem. Etanol jest związkiem toksycznym, który może uszkadzać wiele narządów, wśród nich wątrobę, trzustkę, błonę śluzową żołądka oraz prowadzić do zaburzeń w centralnym i obwodowym układzie nerwowym, w obrębie naczyń wieńcowych[30]. Nadużywanie alkoholu powoduje z czasem niedożywienie, ponieważ dostarcza tzw. pustych kalorii bez podstawowych składników odżywczych. Alkohol wywołuje też zespół złego wchłaniania, powodując odwodnienie organizmu. Niedobory pokarmowe w odniesieniu do jednego czy wielu składników mogą potęgować toksyczne działanie etanolu na poszczególne tkanki. Narządem szczególnie narażonym

[28] Centers for Disease Control and Prevention. PRAMS and Smoking. http://www.cdc.gov/prams/TobaccoandPrams.htm

[29] Lieber CS. Medical disorders of alcoholism. N Engl J Med. 1995; 333: 1058–1065.

[30] Kopiel A. Społeczne skutki nadużywania alkoholu. Med Ogólna. 2004; 10: 49-56.

na szkodliwe oddziaływanie alkoholu jest wątroba. Długotrwałe picie może doprowadzić do marskości wątroby[31].

Po transformacji ustrojowej w Polsce wzrosło spożycie alkoholu w ogólnej populacji. Kobiety piją dużo mniej alkoholu niż mężczyźni. Jednak więcej piją kobiety z wyższym wykształceniem, odwrotnie niż w przypadku palenia tytoniu. Tym niemniej zauważono też tendencję do wcześniejszej inicjacji alkoholowej w grupie dziewcząt – w 2003 roku 62,1% piło piwo przynajmniej raz w miesiącu co było dwukrotnym wzrostem w stosunku do badań z połowy lat 90. XX wieku, kiedy ten odsetek wynosił 32,8%. Badania z 2011 r. wskazują, że wśród dziewcząt trzecich klas gimnazjum piwo spożywało 52,8% z nich w przeciągu miesiąca poprzedzającego badania. Ale w grupie dziewcząt z II klas szkół ponadgimnazjalnych odsetek ten jest wyższy i utrzymuje się na podobnym poziomie (71,7% w 2003 r. i 72,1% w 2011r.)[32]. Najwięcej piły osoby w wieku 20-29 lat co łączy się z okresem największej aktywności prokreacyjnej[33]. W naszych badaniach picie alkoholu przed ciążą częściej niż 1 raz na tydzień deklaruje 4% kobiet, rzadziej niż 1 raz na tydzień aż 34%, a prawie 62% kobiet w ogóle nie piło alkoholu. W badaniach z lat 2010-2012 dotyczących kobiet ciężarnych wynika, że tylko 14% kobiet nie piło alkoholu przed zajściem w ciążę, natomiast 7,4% ankietowanych piło alkohol częściej niż 1 raz na tydzień, a 78,4% rzadziej niż 1 raz na tydzień[34]. W naszych badaniach picie alkoholu przed ciążą nie jest tak wyraźnie związane z czynnikami socjalnymi jak palenie tytoniu. Ale jednak nieco częściej kontakt z alkoholem ma osoba lepiej wykształcona, pracująca umysłowo lub studiująca,

[31] Reuben A. Alcohol and the liver. Curr Opin Gastroenterol. 2006; 22: 263-271.

[32] Sierosławski J. Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2011 r. Europejski program badań ankietowych w szkołach ESPAD. http://www.parpa.pl/images/file/Raport ESPAD.pdf

[33] Moskalewicz J. Problemy zdrowia prokreacyjnego związane z konsumpcją alkoholu. W: Niemiec T. [red.] Raport: Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15–49 lat. Polska 2006. Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju, Warszawa 2007.

[34] Wojtyła A, Kapka-Skrzypczak L, Diatczyk J, Fronczak A, Paprzycki P. Alcohol-related Developmental Origin of Adult Health – population studies in Poland among mothers and newborns (2010-2012). Ann Agric Environ Med. 2012; 19(3): 365-377.

mieszkająca w dużym mieście, rozwiedziona, w separacji lub będąca w związku nieformalnym.

2.3. PICIE ALKOHOLU W CZASIE CIĄŻY

Alkohol ma również istotny wpływ na rozwój płodu, z uwagi na fakt, że etanol z łatwością przenika przez łożysko, już po około 40 do 60 minutach poziom alkoholu we krwi dziecka jest taki sam jak we krwi matki. Utrzymuje się dużo dłużej niż w organizmie matki, gdyż dziecko rozwijające się w macicy ma jeszcze nie w pełni dojrzałą wątrobę i nie jest w stanie szybko wyeliminować toksyn, dlatego jest dłużej narażone na ich działanie[35]. Bezpieczna dawka alkoholu nie została określona dla płodu dlatego też zakłada się, że każda jego ilość spożytego przez matkę podczas ciąży jest szkodliwa dla płodu. Alkohol wykazuje działanie toksyczne i teratogenne na płód, może również powodować zahamowanie wzrostu płodu lub przedwczesny poród. Bardzo poważnym skutkiem nadużywania alkoholu w czasie ciąży jest płodowy zespół alkoholowy (FAS), który objawia się zaburzeniami wzrostu płodu, wadami wrodzonymi i niedorozwojem centralnego układu nerwowego. Ocenia się, że w Polsce w ciągu roku rodzi się około 900 dzieci z pełnoobjawowym FAS, trzeba również pamiętać, że wiele przypadków może pozostać nierozpoznanych [36,37].

Spożywanie alkoholu w ciąży jest uznane za czynnik ryzyka wystąpienia oprócz FAS również wielu innych chorób u płodu jak: FAE, ARBD, ARND[38]. Konsekwencje picia alkoholu przez ciężarne dla płodu zostały dobrze poznane. Do najpoważniejszych należą Zespół Alkoholowy Płodu, czyli FAS (Fetal Alcohol Syndrome) i jego mniej

[35] Salmon J. Fetal alcohol spectrum disorder: New Zealand birth mothers' experiences. Can J Clin Pharmacol. 2008; 15: 191-213.

[36] Moskalewicz J. Problemy zdrowia prokreacyjnego związane z konsumpcją alkoholu. Alkohol Narkom 2007; 20(1): 55-63.

[37] Raja A, Hollins S. Low level alcohol consumption and the fetus. BMJ. 2005; 330: 375-376.

[38] Szychta W, Skoczylas M, Laudański T. Spożywanie alkoholu i palenie tytoniu przez kobiety w ciąży-przegląd badań. Perinatol Neonatol Ginekol. 2008; 1(4): 309-313.

wyrazista odmiana FAE (Fetal Alcohol Effect). Charakteryzuje się on deformacjami twarzy, zaburzeniami wzrostu, trwałym uszkodzeniem mózgu oraz upośledzeniem umysłowym. Zespół FAS występuje z częstotliwością od 0,4 do 3 dzieci na 1000 żywo urodzonych[39]. Znane są również inne choroby o tej etiologii, defekty urodzeniowe związane z alkoholem (ARBD – Alcohol Related Birth Defects), oraz zaburzenia neurorozwojowe związane z alkoholem (ARND – Alcohol Related Neurodevelopmental Disorder). ARBD może ujawnić się pod postacią choroby serca, zaburzeń słuchu i wzroku oraz choroby nerek. Zaś do objawów ARND należą uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego i zaburzenia psychiczne[40]. Naukowcy udowodnili również wzrost ryzyka wystąpienia wnętrostwa u płodów płci męskiej, których matki spożywały etanol w ciąży[41]. Alkohol zwiększa również ryzyko wewnątrzmacicznego obumarcia płodu[42]. Stopień oddziaływania alkoholu na płód jest dalej kontrowersyjny[43] i brak dowodów na istnienie bezpiecznej dawki alkoholu, którą można spożywać w ciąży[44].

Podobne odsetki kobiet należących do grup różniących się ze względu na czynniki socjalne, powstrzymują się od picia lub piją rzadko. Jedynie niewielkie różnice w spożyciu alkoholu podczas ciąży stwierdzono pomiędzy grupami kobiet różniących się stanem cywilnym – najczęściej piły osoby rozwiedzione lub w separacji oraz wdowy. Picie alkoholu częściej niż 1 raz na tydzień wyniosło 1,6%. Natomiast alkohol rzadziej niż 1 raz na tydzień piło 8,5% respondentek. Są to wyniki nieco niższe niż uzyskane w Polsce w badaniach „Wzory konsumpcji alkoholu w Polsce"

[39] Aros S, Mills JL, Torres C, Henriquez C, Fuentes A, Capurro T, Mena M, Conley M, Cox C, Signore C, Klebanoff M, Cassorla F. Prospective identification of pregnant women drinking four or more standard drinks (≥48 g) of alcohol per day. Subst Use Misuse. 2006; 41(2): 183-197.

[40] Hankin JR. Fetal alcohol syndrome prevention research. Alcohol Res Health. 2002; 26: 58-65.

[41] Damgaard IN, Jensen TK, Petersen JH, Skakkebaek NE, Toppari J, Main KM. Cryptorchidism and maternal alcohol consumption during pregnancy. Environ Health Perspect. 2007; 115(2): 272-277.

[42] Kesmodel U, Wisborg K, Olsen SF, et al. Moderate alcohol intake during pregnancy and the risk of stillbirth and death in the first year of life. Am J Epidemiol. 2002; 155: 305-312.

[43] Spohr HL, Willms J, Steinhausen HC. Prenatal alcohol exposure and long-term developmental consequences. Lancet. 1993; 341: 907-910.

[44] Abuse and Committee on Children with Disabilities. Fetal alcohol syndrome and fetal alcohol effects. Pediatrics. 1993; 91(5): 1004-1006.

zrealizowanych na zlecenie PARPA przez biura badania opinii, gdzie 16,5% kobiet potwierdziło picie w czasie ciąży w badaniu z 2005 r, a 12% w badaniu z 2008 r. W badaniach z lat 2010-2012 dotyczących kobiet ciężarnych Wojtyła podaje, że 15% piło alkohol przez cały okres ciąży[45]. Tylko 0,4% piło alkohol codziennie, a 0,8% kilka razy w miesiącu zgodnie z danymi z ankiet niniejszego raportu. Według J. Moskalewicza ryzyko FAS w Polsce jest niskie, a za największe ryzyko uznaje niższą masą urodzeniową[46]. Interesującym wynikiem badań ankietowych są porady lekarzy dotyczące alkoholu, gdzie według 42,1% ankietowanych kobiet lekarz prowadzący ciążę zalecał powstrzymywanie się od alkoholu podczas ciąży, natomiast w 56,5% przypadków lekarze w ogóle nie dyskutowali na temat spożywania alkoholu, a według 1,4% kobiet lekarze dopuszczali spożywanie małych dawek alkoholu podczas ciąży lub nawet zalecali.

2.4. UŻYWANIE NARKOTYKÓW I INNYCH ŚRODKÓW PSYCHOAKTYWNYCH

Narkotyki i inne substancje psychoaktywne wpływają negatywnie na organizm człowieka. Ich działania są bardzo różne w zależności od zastosowanej substancji. Między innymi narkotyki wpływają na układ nerwowy, naczyniowy czy oddechowy. Substancje psychoaktywne często wywołują stan dobrego samopoczucia, euforii, zmieniają percepcję bodźców wzrokowych i słuchowych, zaburzają poczucie czasu, wydłużają czas reakcji na bodźce, pogarszają zdolność wykonywania wyuczonych czynności. U osób nie przyzwyczajonych do ich stosowania mogą wywołać napady panicznego lęku. U osób nadużywających stwierdza się pogorszenie pamięci, trudności w skupieniu uwagi, mogą też rozwijać się psychozy. Narkotyki powodują również

[45] Wojtyła A, Kapka-Skrzypczak L, Diatczyk J, Fronczak A, Paprzycki P. Alcohol-related Developmental Origin of Adult Health – population studies in Poland among mothers and newborns (2010-2012). Ann Agric Environ Med. 2012; 19(3): 365-377.

[46] Moskalewicz J. Problemy zdrowia prokreacyjnego związane z konsumpcją alkoholu. W: Niemiec T. [red.] Raport: Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15–49 lat. Polska 2006. Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju, Warszawa 2007.

wzrost ciśnienia krwi, hipertermię, zaburzenia rytmu serca, rozkurcz mięśni gładkich oskrzeli[47].

Zażywanie narkotyków przez kobiety w ciąży niesie za sobą poważne skutki dla płodów. Badając małpy dowiedziono, że narażenie płodu na kokainę stanowi 30% narażenia matki, a obecność tego narkotyku we krwi dziecka można wykryć już po pięciu minutach od zażycia przez matkę. Łożysko może prawdopodobnie też metabolizować kokainę, chroniąc częściowo płód przed ta substancją.[48] Z badań nad skutkami kokainy wynika, że chociaż przedostaje sie ona przez barierę w małych ilościach, powoduje zwiększenie ryzyka spontanicznej aborcji i odklejenia łożyska, przedwczesne porody, zmniejszenie wydzielania do krwi matki gonadotropiny kosmówkowej, niedotlenienie płodu, uszkodzenia przewodu moczowo-płciowego i jest jedną z przyczyn zespołu nagłej śmierci niemowląt[49]. Z kolei, efektem narażenia płodu na morfinę mogą być zaburzenia w krążeniu łożyskowym, kłopoty noworodka z oddychaniem i zwiększona nerwowość. Często obserwuje sie też u noworodków efekt odstawienia narkotyków (tzw. „głód narkotykowy")[50].

Najwięcej okazjonalnych użytkowników narkotyków występuje w przedziale wiekowym 19-24 lata. Natomiast w badaniach ankietowych z 2006 roku ustalono, że 2,0% kobiet w wieku 16-49 lat okazjonalnie używało narkotyków (1,8% w 2002 r.). W nowszych badaniach, których wyniki podaje Raport Krajowy o sytuacji narkotykowej w Polsce z 2009 r. dowiadujemy się, że trend ustabilizował się. W badaniu przeprowadzonym na przełomie 2008 i 2009 r. na reprezentatywnej grupie około 1000 osób, stwierdzono, że najczęściej używanymi narkotykami były konopie

[47] Cekiera C. Ryzyko uzależnień. 1st Ed. TN KUL. Lublin 2000.

[48] Pastrakulijc A, Derewlany LO, Koren G. Maternal Cocaine Use and Cigarette Smoking in Pregnancy in Relation to Amino Acid Transport and Fetal Growth. Placenta, 1999; 20: 499–512.

[49] Malek A, Ivy D, Blann E, Mattisom DR. Impact of cocaine on human placental function using an in vitro perfusion system. J Pharmacol Toxicol Methods. 1995; 33: 213–219.

[50] Kopecky EA, Simone K, Knie B, Koren G. Transfer of morphine across the human placenta and its interaction with naloxone. Life Sci. 1999; 65: 2359–2371.

i amfetamina Do kontaktu z marihuaną przyznało się od 4% (40-49 lat), poprzez 7,1% (15-19 lat) i 9,2% (30-39 lat) do 17,6% (20-29 lat) kobiet. Amfetaminy próbowało odpowiednio: 1,7%, 3,1% 5,5% i 8,5%. Do kontaktów z jakimikolwiek narkotykami przyznało się w tych samych grupach wieku odpowiednio: 17,2%, 20% 22,5% i 35,8% kobiet. Podano również, że wśród osób posiadających wyższe wykształcenie narkotyków używało 28,6%, średnie - 21,3%, zawodowe – 14,5%, a podstawowe - 13,5%. W innym badaniu, wśród badanych studentów ok. 4% studentek przyznało się do użycia narkotyków w ciągu ostatniego roku. Badanie 15-16 letniej młodzieży z 2007 r. ujawniło eksperymentowanie wśród dziewcząt z lekami uspokajającymi i nasennymi (24%), używanie marihuany i haszyszu (11%) oraz amfetaminy i „ecstasy" (2%) przy czym stwierdzono spadek w porównaniu do 2003 roku[51].

U części osób okazjonalne używanie przechodzi w problemowe używanie, ich liczbę szacowano w 2011 roku na 57 000-103 000 osób[52]. W 2000 r. 1626 kobiet zgłosiło się na leczenie stacjonarne z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania związanych z używaniem środków psychoaktywnych w wieku 16-49 lat, a w 2004 r. liczba ta wzrosła do 2384. Największy odsetek kobiet dotyczył przedziału wiekowego 20-29 lat (ponad 40%)[53]. W roku 2010 liczba, kobiet które zgłosiły się do leczenia wyniosła 3563, co stanowiło 24,7% ogółu osób leczonych[54].

[51] Malczewski A, Bukowska B, Jabłoński P, Kidawa M, Struzik M, Sokołowska E, Strzelecka A, Radomska A, Chojecki D, Bajerowska B, Jędruszak Ł, Muszyńska D, Krawczyk W. Raport Krajowy 2009: Sytuacja narkotykowa w Polsce, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa, 2009.

[52] Malczewski A, Kidawa M, Struzik M, Strzelecka A, Sollich K, Misiurek A, Jedruszak Ł, Jabłonski P, Bukowska B, Radomska A, Stawecka E, Jurkowski P, Gryn K, Chojecki D. 2012 NATIONAL REPORT (2011 data) TO THE EMCDDA by the Reitox Polish Reitox Focal Point, REITOX, Warszawa 2012.

[53] Sierosławski J. Narkotyki. W: Niemiec T. [red.] Raport: Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15–49 lat. Polska 2006. Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju, Warszawa 2007.

[54] Malczewski A, Kidawa M, Struzik M, Strzelecka A, Sollich K, Misiurek A, Jedruszak Ł, Jabłonski P, Bukowska B, Radomska A, Stawecka E, Jurkowski P, Gryn K, Chojecki D. 2012 NATIONAL REPORT (2011 data) TO THE EMCDDA by the Reitox Polish Reitox Focal Point, REITOX, Warszawa 2012.

W badaniu przeprowadzonym w ramach projektu „Profilaktyczny program w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych" do używania narkotyków i innych środków psychoaktywnych poza lekami uspokajającymi i nasennymi przyznało się 3,35% badanych kobiet, natomiast leki uspokajające i nasenne zadeklarowało 2,2% badanych. Analizując przyjmowanie substancji psychoaktywnych w relacji do czynników socjalnych stwierdzono nieco większy odsetek używających wśród osób o złej sytuacji materialnej i bytowej oraz osób rozwiedzionych, w separacji lub będących w związku nieformalnym. W ostatnich latach ta liczba mogła wzrosnąć m.in. w związku z pojawieniem się na rynku w 2008 r. łatwo dostępnych „dopalaczy", które pomimo aktywnej kampanii „antydopalaczowej" są w dalszym ciągu w różnych formach dostępne[55,56,57]. Z kolei toczona w mediach i polityce kampania na rzecz legalizacji marihuany jest formą promocji dla tego narkotyku.

2.5. OPINIA RESPONDENTEK NA TEMAT SZKODLIWOŚCI ZACHOWAŃ RYZYKOWNYCH

Występują znaczne różnice w świadomości respondentek odnośnie do potencjalnego zagrożenia zdrowotnego, zarówno dla płodu jak i matki w czasie ciąży w zależności od czynnika. Najwięcej respondentek wskazywało na wysokie ryzyko związane z zażywaniem narkotyków i innych substancji psychoaktywnych (97-99%). Podobną opinię wyrażały na temat spożywania dużych ilości alkoholu (96%-99%). Mniejszy odsetek wskazywał na palenie tytoniu jako czynnik wysokiego ryzyka dla zdrowia

[55] Raport w sprawie dopalaczy – nowych narkotyków, Newsletter GIS. Warszawa 2011. http://www.gis.gov.pl/ckfinder/userfiles/files/%C5%9Arodki%20Zast%C4%99pcze/RAPORT%20W%20SPRAWIE%20DOPALACZY%20-%20NOWYCH%20NARKOTYK%C3%93W.pdf [dostęp: 2013-02-08].

[56] Żukiewicz-Sobczak W, Zwoliński J, Chmielewska-Badora J, Krasowska E, Piątek J, Sobczak P, Wojtyła A, Fornal E, Kuczumow A, Biliński P. Analysis of psychoactive and intoxicating substances in legal highs. Ann Agric Environ Med. 2012; 19(2): 309-314.

[57] Żukiewicz-Sobczak W, Chmielewska-Badora J, Krasowska E, Wojtyła A, Piątek J. 'Legal highs' – an experiment at high risk, in terms of provisions of the new Act. Med. Og Nauk Zdr. 2012; 18(2): 137-140.

matki i płodu (83% i 90%). Zauważano też szkodliwość biernego palenia (64% i 79%). Natomiast najniższe odsetki kobiet podawały jako czynnik wysokiego ryzyka picie niewielkich ilości alkoholu (46% i 62%).

2.6. ZWIĄZEK POMIĘDZY OPINIĄ O SZKODLIWOŚCI A ZACHOWANIAMI RYZYKOWNYMI

W naszych badaniach istnieje wyraźny związek pomiędzy zachowaniami ryzykownymi dla zdrowia a opinią na temat szkodliwości tych zachowań. Istnieje korelacja negatywna pomiędzy opinią na temat szkodliwości stosowania używek w ciąży, a jego używaniem. Narkotyki i inne środki psychoaktywne, o których szkodliwości respondentki są przekonane w największym stopniu są też najrzadziej używane. Do przyjmowania środków uspokajających i nasennych w czasie ciąży przyznało się 2,2% kobiet, narkotyków i innych środków psychoaktywnych – 3,5% a picia alkoholu częściej niż 1 raz na tydzień - 1,6% kobiet. Natomiast zachowania uważane przez kobiety za mniej szkodliwe występują częściej - alkohol rzadziej niż 1 raz na tydzień pije 8,5% respondentek, a 9% pali tytoń. Picie alkoholu przed ciążą rzadziej niż 1 raz na tydzień deklaruje aż 34% a 4% częściej niż 1 raz na tydzień. Stąd można zaobserwować niewielkie spadki odsetków kobiet rzucających palenie i ograniczających spożycie alkoholu w czasie ciąży.

3. WNIOSKI cz. I

1. Świadomość szkodliwości środków niebezpiecznych dla zdrowia matki i płodu wpływa na ich używanie przez matki.

2. Większość lekarzy nie informuje o szkodliwości spożywania alkoholu, a niektórzy nawet zachęcają do spożywania niewielkich ilości alkoholu.

3. Świadomość szkodliwości o spożywaniu nawet niewielkich ilości alkoholu jest zbyt niska.

4. Pomimo istniejących programów mających na celu eliminowanie używania środków niebezpiecznych dla zdrowia matki i płodu odsetek kobiet palących tytoń w ostatnich latach rośnie, a młode kobiety wchodzące w wiek prokreacyjny spożywają częściej alkohol i próbują narkotyków.

5. Istnieje potrzeba działań zmierzających do dalszego wzrostu świadomości na temat szkodliwości substancji psychoaktywnych dla zdrowia matki i dziecka wśród: kobiet wchodzących w wiek prokreacyjny, kobiet będących w wieku prokreacyjnym oraz lekarzy (kursy podyplomowe, program studiów).

6. Lekarze oraz pracownicy służby zdrowia mający kontakt z kobietami w wieku prokreacyjnym, a szczególnie z osobami planującymi ciążę powinni być zobligowani do informowania o szkodliwych skutkach palenia tytoniu, przyjmowania nawet niewielkich ilości alkoholu lub narkotyków i innych środków psychoaktywnych.

7. Kobiety będące w ciąży powinny być pytane o kontakt z substancjami niebezpiecznymi i być motywowane do zaprzestania ich używania. Sugeruje się badania ankietowe i biochemiczne wykrywające używanie substancji niebezpiecznych.

8. W programach profilaktycznych szczególną wagę powinno przywiązywać się do kobiet w wieku przed- i prokreacyjnym (np. napisy ostrzegawcze na papierosach, alkoholu, lekach).

RAPORT CZĘŚĆ II

dr Jacek Zwoliński

dr Piotr Paprzycki

V. BADANIA ANKIETOWE RODZĄCYCH KOBIET CZ.II

1. WPROWADZENIE

Sposób odżywiania się kobiet podczas ciąży jest bardzo ważny, ponieważ odgrywa szczególną role w rozwoju dziecka, które rozwijając się w organizmie matki, za jej pośrednictwem otrzymuje potrzebną ilość odpowiednich składników. Liczne badania dowodzą, że nieprawidłowe żywienie podczas ciąży może mieć olbrzymi wpływ na rozwój dziecka. Nieodwracalne błędy żywieniowe mogą być przyczyną wielu zaburzeń w przebiegu ciąży, a nawet czynnikiem zwiększającym ryzyko wystąpienia chorób zarówno matki jak i dziecka[58]. Lista tych chorób jest bardzo długa, do głównych schorzeń na które znaczący wpływ ma stosowana dieta należą: anemia, nieprawidłowy przyrost masy ciała, przedwczesny poród, cukrzyca ciążowa czy nadciśnienie. Wpływ zachowań zdrowotnych kobiet w okresie przedmacierzyńskim oraz w czasie ciąży, w tym właściwego żywienia, jest ważnym determinantem stanu zdrowia dziecka, nie tylko w okresie pourodzeniowym, ale i w całym dalszym życiu[59,60].

Podczas ciąży, w organizmie kobiety następują zmiany fizyczne, ustrojowe i emocjonalne, które są wyrazem adaptacji do obciążeń wynikających z rozwoju płodu. Ze względu na zwiększone zapotrzebowanie na prawie wszystkie z witamin i wiele ze składników mineralnych w czasie ciąży ważne jest, aby zbilansowana dieta pokrywała jak największą jego część. Jednak liczne badania wykazują, że dieta znacznej części

[58] Durke A. Żywienie kobiet w ciąży. Poł. Nauka Prakt. 2008; 2: 33-34.

[59] Hamułka J, Wawrzyniak A, Pawłowska R. Ocena spożycia witamin i składników mineralnych z suplementami diety przez kobiety w ciąży. Roczn PZH. 2010; 61(3): 269-275.

[60] World Health Organization: Worldwide prevalence of anaemia 1993-2005. WHO global database on anaemia. Geneva, Switzerland, WHO 2008.

kobiet w wieku rozrodczym nie pokrywa zapotrzebowania na mikroelementy i witaminy, dlatego ważną rolę odgrywa suplementacja witaminowo-mineralna[61].
Udział w badaniach profilaktycznych, a także regularne badania stomatologiczne są szczególnie ważne dla przyszłych matek i ich dzieci. Ciąża jest okresem, w którym pojawia się wiele czynników mogących mieć niekorzystny wpływ na stan zdrowia jamy ustnej, a skutki niewiedzy bądź zaniedbań w tym zakresie mogą rzutować na zdrowie dziecka. Od wielu lat podkreśla się potrzebę stałej opieki stomatologicznej skojarzonej z okresowymi badaniami ciężarnych.

Również niepokojąca jest liczba zachorowań na raka narządów kobiecych i raka piersi w ostatnim czasie, wykazująca tendencję wzrostową. Istotne jest też to, że na nowotwory złośliwe chorują coraz młodsze osoby. Według wytycznych WHO optymalna profilaktyka raka szyjki macicy dotyczy szczepień ochronnych przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego HPV oraz coroczne przesiewowe badania cytologiczne. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015 zakłada wzmocnienie działań z zakresu edukacji prozdrowotnej kobiet. Liczne programy profilaktyczne skierowane do kobiet najczęściej dotyczą badań profilaktycznych raka piersi i raka szyjki macicy powinny być bardzo szeroko reklamowane zarówno w telewizji, radio, prasie, ale także przez lekarzy.

Ważny wpływ na kondycję matki i płodu ma aktywność fizyczna. Kobiety, które podczas ciąży, wykonują ćwiczenia fizyczne, stymulują pracę całego organizmu uzyskując w ten sposób wiele korzyści dla siebie oraz dziecka. Ćwiczenia fizyczne usprawniają pracę organizmu, zwiększają jego możliwości adaptacyjne oraz sprzyjają

[61] Godala M, Pietrzak K, Łaszek M, Gawron-Skarbek A, Szatko F. Zachowania zdrowotne łódzkich kobiet w ciąży. Cz. I. Sposób żywienia i suplementacja witaminowo-mineralna. Probl Hig Epidemiol. 2012; 93(1): 38-42.

równowadze psychicznej i emocjonalnej. Ponadto optymalizują przebieg porodu i połogu, zapobiegając powikłaniom.

Wydaje się istotne, aby wszystkie kobiety w ciąży stosowały ćwiczenia fizyczne, oczywiście takie ich rodzaje i z taka częstotliwością, aby można je było skorelować z przebiegiem ciąży, ewentualnymi powikłaniami, czy współistniejącymi schorzeniami i przeciwwskazaniami lekarskimi. Ze względu na fakt występowania wielu różnych rodzajów aktywności fizycznej, prawie dla każdej ciężarnej można dobrać bezpieczną ich formę, w zależności od oczekiwanych rezultatów funkcjonowania określonej okolicy ciała lub pracy danego organu – na przykład ćwiczenia oddechowe lub rozciągające mięśnie krocza. Istnieją też mało znane, ale warte propagowania wśród szerszego grona kobiet, nietypowe jak na ciążę formy aktywności np. pilates, joga czy aqua fitness. Zawsze należy dostosować proponowane zestawy ćwiczeń do czasu trwania i prawidłowości rozwoju ciąży, kondycji fizycznej kobiety i jej zaangażowania. Dlatego najważniejszą rolę odgrywa tu kompetentny i wszechstronnie wykształcony zespół pracowników opieki zdrowotnej opiekujący się ciężarną.

Promowanie zdrowego stylu życia i profilaktyka zdrowotna powinny stać się priorytetami obecnej ochrony zdrowia. Wśród głównych czynników mających wpływ na zdrowie wymienia się odpowiednią i dobrze zbilansowaną dietę, codzienną aktywność fizyczną, unikanie zachowań ryzykownych dla zdrowia, a także dbałość o własne zdrowie i podejmowanie działań prewencyjnych. W ostatnich latach, dzięki łatwemu dostępowi do struktur ochrony zdrowia i postępowi wiedzy medycznej, a co za tym idzie poprawie zdrowia wszystkich Polaków oraz podniesieniu się standardów życia, nastąpił m.in. spadek liczby poronień i zgonów kobiet w okresie okołoporodowym oraz zmalał odsetek martwych urodzeń. Szczególnie istotne jest aby ukształtować prawidłowe nawyki postępowania kobiet ciężarnych, ponieważ może to przynieść w przyszłości wymierne korzyści dla całego narodu.

2. WYNIKI BADAŃ CZ.II

Zbadano 2833 kobiety z całej Polski, które po porodzie przebywały w szpitalu wraz z noworodkami i wypełniły ankietę. Badania przeprowadzono w październiku 2012 r. ankietą, która została przedstawiona jako Załącznik nr 1. Oddziały na których zostało przeprowadzone badanie i liczba osób zbadanych w poszczególnych województwach została przedstawiona w oficjalnej informacji, która stanowi Załącznik nr 3. W I cz. Raportu przedstawiono charakterystykę demograficzno-społeczną grupy badanej oraz dane dotyczące przebiegu ciąży i porodu, charakterystykę antropometryczną i stan zdrowia noworodków, charakterystykę antropometryczną i stan zdrowia matki, zachowania ryzykowne matek i ocenę wpływu zachowań ryzykownych dla zdrowia dziecka i matki. Następnie analizowano zależność pomiędzy czynnikami demograficznymi oraz subiektywną oceną szkodliwości zachowań ryzykownych na zdrowie matki i dziecka a częstością występowania takich zachowań. Porównano również wpływ występowania zachowań ryzykownych matek na wskaźniki zdrowia dziecka.

W cz. II raportu skupiono uwagę na trybie życia ankietowanych kobiet jaki prowadziły przed oraz podczas ciąży. Aby określić czy zachowania respondentek w okresie okołociążowym były prozdrowotne, czy też nie, opisano takie czynniki jak: dieta i suplementacja, opieka lekarska, aktywność fizyczna, karmienie piersią. Raport część II może być odpowiedzią na pytania jakie zachowania dotyczące zdrowia są wśród ciężarnych kobiet najczęstsze, co mogłoby pozwolić na określenie stopnia zainteresowania wiedzą i samej wiedzy dotyczącej zdrowego trybu życia.

Ponieważ w wypełnionych ankietach nie na wszystkie pytania uzyskano odpowiedzi, liczebności w opisie poszczególnych pytań są mniejsze niż liczby ankiet. Zatem podane

odsetki stanowią tzw. „ważne procenty” (ang. valid percent), liczone w odniesieniu do liczby odpowiedzi, a nie liczby ankiet.

Wyniki przedstawiono w formie statystyki opisowej, tabel częstości oraz tabel wielodzielczych. Do testowania istotności rozkładów badanych zmiennych używano głównie testu chi^2 Pearsona. Ponadto wykorzystano analizę wariancji ANOVA i analizę wieloczynnikową testem Walda.

2.1 ZMIANA DIETY I TYP ZMIANY DIETY

Spośród wszystkich ankietowanych kobiet około 64% zmieniło swoją dietę podczas ostatniej ciąży i prawie 36% pozostało przy diecie którą stosowały przed ciążą. Najczęściej w wyniku ciąży swoją dietę zmieniały kobiety z województwa wielkopolskiego (68,86%) i podkarpackiego (68,12%), a najrzadziej kobiety zamieszkujące teren województwa kujawsko-pomorskiego (59,32%) i małopolskiego (59,39% - tab. 1).

Tab. 1. ZMIANA DIETY W CZASIE OSTATNIEJ CIĄŻY

województwo	**nie zmieniła**		**zmieniła**		**Razem**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
dolnośląskie	77	34,84	144	65,16	221	8,28
kujawsko-pomorskie	48	40,68	70	59,32	118	4,42
lubelskie	76	38,38	122	61,62	198	7,42
lubuskie	33	32,67	68	67,33	101	3,78
łódzkie	43	37,07	73	62,93	116	4,34
małopolskie	93	40,61	136	59,39	229	8,58
mazowieckie	102	37,78	168	62,22	270	10,11
opolskie	26	35,14	48	64,86	74	2,77
podkarpackie	44	31,88	94	68,12	138	5,17
podlaskie	33	36,67	57	63,33	90	3,37

pomorskie	61	33,52	121	66,48	182	6,82
śląskie	118	35,76	212	64,24	330	12,36
świętokrzyskie	43	36,44	75	63,56	118	4,42
warmińsko-mazurskie	39	36,79	67	63,21	106	3,97
wielkopolskie	90	31,14	199	68,86	289	10,82
zachodniopomorskie	33	36,67	57	63,33	90	3,37
Razem	959	35,92	1711	64,08	2670	100,00

Kobiety, których dieta uległa zmianie, najczęściej odpowiadały, że podczas ciąży więcej spożywały owoców (80,7% z nich), warzyw (79,5% z nich), nabiału i jaj (69% z nich). Spożywanie niektórych produktów uległo zmniejszeniu np.: słodycze i ciasta u 39,9% kobiet, potrawy mączne u 33,7% kobiet, a mięso czerwone u 28,2% kobiet (tab. 2).

Tab. 2. TYP ZMIAN DIETY U KOBIET, KTÓRE ZMIENIŁY DIETĘ W OSTATNIEJ CIĄŻY

	spożywała więcej		**spożywała mniej**		**nie spożywała**		**bez zmian**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
potrawy mączne	267	15,6	577	33,7	66	3,9	801	46,8
ryby/owoce morza	690	40,3	218	12,7	229	13,4	574	33,5
nabiał/jajka	1180	69,0	147	8,6	21	1,2	363	21,2
mięso czerwone	307	17,9	482	28,2	207	12,1	715	41,8
mięso białe	855	50,0	192	11,2	28	1,6	636	37,2
warzywa	1360	79,5	79	4,6	11	0,6	261	15,3
owoce	1381	80,7	102	6,0	19	1,1	209	12,2
słodycze/ciastka	391	22,9	683	39,9	189	11,0	448	26,2
oleje roślinne	252	14,7	478	27,9	78	4,6	903	52,8

Ponad 96,1% ankietowanych kobiet odpowiedziało, że podczas ciąży codziennie spożywało śniadania, 96,3% wszystkich ankietowanych kobiet codziennie spożywało obiady i 90,2% codziennie spożywało kolacje. Mniej regularnie były spożywane posiłki takie jak drugie śniadanie i podwieczorek, bo spośród badanych kobiet 55,2% odpowiedziało, że codziennie spożywało drugie śniadanie i 55,1% odpowiedziało, że codziennie spożywało podwieczorek (tab. 3).

Tab. 3. RODZAJE POSIŁKÓW SPOŻYWANYCH W CIĄŻY

rodzaj posiłku	wcale		czasami		codziennie		Razem odpowiedziało
	n	%	n	%	n	%	
I śniadanie	20	0,7	87	3,2	2636	96,1	2743
II śniadanie	188	7,5	939	37,4	1387	55,2	2514
obiad	12	0,4	88	3,2	2619	96,3	2719
podwieczorek	201	8,0	931	36,9	1391	55,1	2523
kolacja	27	1,0	236	8,8	2418	90,2	2681

Najczęściej spożywanymi napojami podczas ciąży były: woda butelkowa pita codziennie przez 79,3% ankietowanych kobiet, herbata pita codziennie przez 57,7% kobiet i soki owocowe spożywane codziennie przez 41,5% ankietowanych (tab. 4).

Tab. 4. NAPOJE SPOŻYWANE W CZASIE CIĄŻY

napoje	wcale		czasami		codziennie		Razem odpowiedziało
	n	%	n	%	n	%	
soki owocowe	105	3,9	1460	54,5	1112	41,5	2677
woda butelkowana	74	2,8	479	17,9	2116	79,3	2669
napoje słodzone	754	30,9	1415	57,9	275	11,3	2444
kawa kofeinowa	1066	42,5	1063	42,4	381	15,2	2510
herbata	121	4,6	992	37,7	1519	57,7	2632
napoje energetyzujące	2289	95,2	95	4,0	21	0,9	2405

Wiedza kobiet o istocie stosowania właściwej diety podczas ciąży jest wciąż na niskim poziomie. Spośród zaledwie 64% kobiet, które zmieniły swoją dietę w wyniku zajścia w ciążę, tylko 40,3% badanych spożywała więcej ryb i „owoców" morza, które są źródłem wysokiej jakości białka oraz niezbędnych nienasyconych kwasów tłuszczowych (NNKT). Ważnym źródłem NNKT są oleje roślinne, które zostały całkowicie zbagatelizowane przez ankietowane, których 14,7% zwiększyło spożycie olejów roślinnych, a 27,9% zmniejszyło ich spożycie. Dostatecznie wypadło spożycie

owoców, warzyw i nabiału, gdzie odpowiednio 80,7%; 79,5% i 69% kobiet zwiększyło ich spożycie. Jednak dostarczenie organizmowi źródła aminokwasów zostało pominięte przez badane gdyż 41,8% z nich nie zmieniło spożycia mięsa czerwonego i 37,2% ankietowanych kobiet nie zmieniło spożycia mięsa białego (tab. 2). Zdecydowana większość kobiet spożywała podstawowe posiłki regularnie (tab. 3). Oprócz świadomości kobiet dotyczącej prawidłowych zasad żywienia, zmiana diety podczas ciąży warunkowana jest prawdopodobnie wieloma różnorodnymi czynnikami. Możliwe że duży wpływ na zachowania zdrowotne mają czynniki ekonomiczne, jednak zgodnie z danymi z tabeli 1 brak jest widocznych zależności, gdzie według Głównego Urzędu Statystycznego województwo wielkopolskie należy do najbogatszych województw w Polsce, natomiast podkarpackie jest najbiedniejszym województwem w Polsce, województwa małopolskie i kujawsko-pomorskie znajdują się w pobliżu mediany województw biorąc pod uwagę wartość PKB na mieszkańca.

Tab. 5. SUPLEMENTACJA KWASU FOLIOWEGO, INNYCH WITAMIN I ŻELAZA W CIĄŻY

	kwas foliowy		**preparaty wielowitaminowe**		**preparaty żelaza**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
nie zażywała tego preparatu w ciąży	200	7,8	300	11,6	818	35,0
wcześniej niż 2 miesiące przed ciążą	655	25,4	111	4,3	47	2,0
od 2 miesiąca przed ciążą	294	11,4	179	6,9	49	2,1
od I miesiąca ciąży	1028	39,9	957	37,0	246	10,5
od II-III miesiąca ciąży	347	13,5	637	24,7	244	10,4
od IV-V miesiąca ciąży	39	1,5	313	12,1	371	15,9
od VI-VII miesiąca ciąży	5	0,2	56	2,2	374	16,0
od VIII miesiąca ciąży	7	0,3	29	1,1	186	8,0
Razem odpowiedziało na pytanie	2575		2582		2335	

W pytaniu dotyczącym stosowania suplementów witamin i żelaza, 200 kobiet (spośród 2575 uzyskanych odpowiedzi) w ogóle nie przyjmowało kwasu foliowego, 300 kobiet (spośród 2582) nie przyjmowało preparatów wielowitaminowych, a 818 z 2335 nie przyjmowało preparatów żelaza zarówno przed jak i w czasie ciąży. Najczęściej ankietowane kobiety zażywały kwas foliowy już od pierwszego miesiąca ciąży (1028 spośród 2575 kobiet). 655 ankietowanych kobiet (spośród 2575) zażywało kwas foliowy wcześniej niż 2 miesiące przed ciążą. 957 kobiet (spośród 2582) stosowało preparaty wielowitaminowe już od pierwszego miesiąca ciąży i 637 ankietowanych kobiet (spośród 2582) stosowało preparaty wielowitaminowe od drugiego do trzeciego miesiąca ciąży. Preparaty żelaza stosowane były najrzadziej i najpóźniej (najwięcej kobiet stosowało od 4-5 miesiąca ciąży (15,9%) i od 6-7 miesiąca ciąży (16,0%) (tab. 5).

Większość kobiet (86,2%) odpowiadało, że przyczyną stosowania suplementacji podczas ciąży były porady ginekologa, w drugiej kolejności (u 15,9% kobiet) informacje z poradników i książek fachowych (tab. 6).

Tab. 6. PRZYCZYNA SUPLEMENTACJI KWASU FOLIOWEGO, WITAMIN I ŻELAZA W CIĄŻY

powód	**n**	**%**
lekarz rodzinny	71	2,7
ginekolog	2294	86,2
położna/pielęgniarka	108	4,1
znajomi/rodzina	255	9,6
radio/telewizja/czasopisma	157	5,9
poradniki/książki fachowe	423	15,9
inne powody	148	5,6

Zażywanie kwasu foliowego u kobiet w wieku prokreacyjnym zmniejsza występowanie wad ośrodkowego układu nerwowego u płodu nawet o 72%, zaleca się dawkę 0,4 mg przez okres 1-3 miesięcy przed ciążą i kontynuację do 12 tygodnia. Według powyższych danych 15,5% badanych zaczęło suplementację kwasem foliowym dopiero od 2 miesiąca ciąży, gdzie tworzenie i zamykanie cewy nerwowej zarodka przebiega w pierwszych 4 tygodniach ciąży, natomiast 7,8% kobiet nie zażywało kwasu foliowego w ciąży (tab. 5).

2.2. OPIEKA LEKARSKA PODCZAS CIĄŻY

Najpóźniej stwierdzoną ciążę miały mieszkanki województwa łódzkiego średnio w 7,17 tygodniu ciąży i województwa opolskiego, średnio w 6,96 tygodniu ciąży. Najszybciej ciąża była stwierdzana u kobiet z województwa podlaskiego (średnio w 5,83 tygodniu ciąży) i zachodniopomorskiego (średnio w 6,08 tygodniu ciąży). Średnia stwierdzenia ciąży wśród wszystkich ankietowanych kobiet wyniosła 6,46 tydzień ciąży (tab. 7).

Tab. 7. TYDZIEŃ STWIERDZENIA CIĄŻY

województwo	średnia	liczba odpowiedzi	odchylenie standardowe	błąd standardowy
dolnośląskie	6,20	198	2,47	0,18
kujawsko-pomorskie	6,66	119	2,59	0,24
lubelskie	6,69	187	2,69	0,20
lubuskie	6,66	85	2,90	0,31
łódzkie	6,70	105	3,29	0,32
małopolskie	6,45	210	2,56	0,18
mazowieckie	6,63	251	3,14	0,20
opolskie	6,96	67	3,60	0,44
podkarpackie	6,09	129	2,09	0,18
podlaskie	5,83	84	2,25	0,25
pomorskie	6,64	174	2,80	0,21
śląskie	6,13	292	2,82	0,17
świętokrzyskie	6,82	110	2,43	0,23
warmińsko-mazurskie	7,17	86	3,31	0,36
wielkopolskie	6,29	267	2,74	0,17
zachodniopomorskie	6,08	81	2,25	0,25
Razem	6,46	2445	2,77	0,06

Ankietowane kobiety średnio zgłaszały się do lekarza w 5,91 tygodniu ciąży. Najwcześniej zgłaszały się do lekarza kobiety z województw podlaskiego i podkarpackiego, odpowiednio w 5,11 i 5,52 tygodniu ciąży. A najpóźniej kobiety z województw warmińsko-mazurskiego i opolskiego, odpowiednie średnie to 6,96 i 6,73 tydzień ciąży (tab. 8).

Tab. 8. TYDZIEŃ ZGŁOSZENIA SIĘ W CIĄŻY DO LEKARZA

województwo	średnia	liczba odpowiedzi	odchylenie standardowe	błąd standardowy
dolnośląskie	5,74	191	2,56	0,18
kujawsko-pomorskie	6,05	112	2,54	0,24
lubelskie	6,08	183	2,32	0,17
lubuskie	6,23	84	2,70	0,29
łódzkie	6,52	104	4,15	0,41
małopolskie	5,57	200	2,29	0,16
mazowieckie	6,23	237	3,47	0,23
opolskie	6,73	69	3,78	0,45
podkarpackie	5,52	114	2,70	0,25
podlaskie	5,11	80	2,20	0,25
pomorskie	5,80	161	2,38	0,19
śląskie	5,62	279	2,40	0,14
świętokrzyskie	6,01	109	2,14	0,20
warmińsko-mazurskie	6,96	84	4,54	0,50
wielkopolskie	5,73	260	2,46	0,15
zachodniopomorskie	5,61	78	2,08	0,24
Razem	5,91	2345	2,80	0,06

Liczba wizyt lekarskich w pierwszym trymestrze ciąży wśród ankietowanych kobiet wyniosła średnio 3,23. Najczęstsze wizyty lekarskie w pierwszym trymestrze ciąży zaobserwowano u kobiet z województwa warmińsko-mazurskiego i małopolskiego, w obu województwach średnia wizyt wyniosła 3,39. Najrzadziej na wizyty lekarskie chodziły kobiety z województwa kujawsko-pomorskiego średnio 2,92 wizyty w ciągu pierwszego trymestru (tab. 9).

Tab. 9. LICZBA WIZYT LEKARSKICH W I TRYMESTRZE

województwo	średnia	liczba odpowiedzi	odchylenie standardowe	błąd standardowy
dolnośląskie	3,22	206	1,36	0,09
kujawsko-pomorskie	2,92	114	1,11	0,10
lubelskie	3,03	188	1,16	0,08
lubuskie	2,98	93	1,34	0,14
łódzkie	3,18	111	2,28	0,22
małopolskie	3,39	220	1,82	0,12
mazowieckie	3,27	256	1,32	0,08
opolskie	2,97	73	1,55	0,18
podkarpackie	3,20	136	1,37	0,12
podlaskie	3,36	84	1,80	0,20
pomorskie	3,28	176	1,53	0,12
śląskie	3,36	315	1,29	0,07
świętokrzyskie	3,13	118	1,52	0,14
warmińsko-mazurskie	3,39	99	1,99	0,20
wielkopolskie	3,28	276	1,27	0,08
zachodniopomorskie	3,18	84	1,44	0,16
Razem	3,23	2549	1,49	0,03

Liczba wizyt lekarskich w drugim trymestrze ciąży wśród ankietowanych kobiet wyniosła średnio 3,65. Najczęstsze wizyty lekarskie w drugim trymestrze ciąży zaobserwowano u kobiet z województwa warmińsko-mazurskiego, a średnia wizyt wynosiła 4,07. Najrzadziej na wizyty lekarskie chodziły kobiety z województwa lubuskiego średnio 3,32 wizyty w ciągu drugiego trymestru (tab. 10).

Tab. 10. LICZBA WIZYT LEKARSKICH W II TRYMESTRZE

województwo	średnia	liczba odpowiedzi	odchylenie standardowe	błąd standardowy
dolnośląskie	3,62	204	1,32	0,09
kujawsko-pomorskie	3,46	112	0,94	0,09
lubelskie	3,44	188	1,14	0,08
lubuskie	3,32	95	1,30	0,13
łódzkie	3,61	109	1,06	0,10
małopolskie	3,90	221	1,80	0,12
mazowieckie	3,55	258	1,39	0,09
opolskie	3,49	72	1,29	0,15
podkarpackie	3,47	135	1,06	0,09
podlaskie	3,79	84	1,93	0,21
pomorskie	3,63	177	1,50	0,11
śląskie	3,85	309	1,39	0,08
świętokrzyskie	3,55	117	1,42	0,13
warmińsko-mazurskie	4,07	100	2,07	0,21
wielkopolskie	3,73	275	1,22	0,07
zachodniopomorskie	3,43	83	1,27	0,14
Razem	3,65	2539	1,41	0,03

Liczba wizyt lekarskich w trzecim trymestrze ciąży wśród ankietowanych kobiet wyniosła średnio 4,46. Najczęstsze wizyty lekarskie w trzecim trymestrze ciąży zaobserwowano u kobiet z województwa warmińsko-mazurskiego, a średnia wizyt wynosiła 5,35. Najrzadziej na wizyty lekarskie chodziły kobiety z województwa lubuskiego średnio 3,9 wizyty w ciągu trzeciego trymestru (tab. 11).

Tab. 11. LICZBA WIZYT LEKARSKICH W III TRYMESTRZE

województwo	średnia	liczba odpowiedzi	odchylenie standardowe	błąd standardowy
dolnośląskie	4,76	203	2,55	0,18
kujawsko-pomorskie	4,20	109	1,76	0,17
lubelskie	4,07	185	1,84	0,14
lubuskie	3,90	93	1,45	0,15
łódzkie	4,25	107	1,68	0,16
małopolskie	4,71	219	2,79	0,19
mazowieckie	4,40	255	1,88	0,12
opolskie	4,54	72	2,11	0,25
podkarpackie	4,01	135	1,63	0,14
podlaskie	4,33	81	2,30	0,26
pomorskie	4,68	176	2,22	0,17
śląskie	4,49	301	1,88	0,11
świętokrzyskie	4,30	117	2,27	0,21
warmińsko-mazurskie	5,35	99	3,37	0,34
wielkopolskie	4,54	277	1,84	0,11
zachodniopomorskie	4,34	82	2,29	0,25
Razem	4,46	2511	2,16	0,04

Najmniej wizyt lekarskich na przestrzeni całej ciąży stwierdzono w województwie lubuskim, lubelskim i kujawsko-pomorskim (we wszystkich zestawieniach te województwa znalazły się wśród czterech województw z najniższą liczbą wizyt), natomiast najwięcej wizyt zanotowano w województwach małopolskim i warmińsko-mazurskim (we wszystkich zestawieniach wśród trójki województw z najwyższą średnią wizyt – tab. 9-11)

2.3. BADANIA PROFILAKTYCZNE CHORÓB KOBIECYCH

Spośród 2394 uzyskanych ważnych odpowiedzi 1780 kobiet (74,4%) potwierdza badanie cytologiczne wykonywane przed ciążą i 614 kobiet (25,6%) odpowiada, że nie miało wykonywanych badań cytologicznych przed ciążą. Spośród 2482 uzyskanych ważnych odpowiedzi 1831 (73,8%) kobiet deklaruje, iż miało wykonywane badanie cytologiczne podczas ciąży i 651 (26,2%) kobiet odpowiada, że nie miało badań cytologicznych podczas ciąży (tab. 12).

Tab. 12. BADANIE CYTOLOGICZNE

	tak		**nie**		**odpowiedzi**
	n	**%**	**n**	**%**	
badanie cytologiczne wykonywane przed ciążą	1780	74,4	614	25,6	2394
badanie cytologiczne wykonywane w ciąży	1831	73,8	651	26,2	2482

Województwa z których kobiety podczas ciąży miały najczęściej przeprowadzane badania cytologiczne to województwo świętokrzyskie (84,3% badanych kobiet) i województwo podkarpackie (80,6% badanych kobiet). Najrzadziej badania cytologiczne podczas ciąży były przeprowadzane u kobiet z województwa opolskiego (67,2% badanych kobiet) i województwa dolnośląskiego (68,8% badanych kobiet – tab. 13).

Tab. 13. BADANIE CYTOLOGICZNE W CIĄŻY WEDŁUG WOJEWÓDZTWA

województwo	nie		tak		Razem
	n	%	n	%	
dolnośląskie	62	31,2	137	68,8	199
kujawsko-pomorskie	32	29,6	76	70,4	108
lubelskie	54	28,0	139	72,0	193
lubuskie	23	26,1	65	73,9	88
łódzkie	34	30,9	76	69,1	110
małopolskie	55	25,6	160	74,4	215
mazowieckie	65	26,3	182	73,7	247
opolskie	22	32,8	45	67,2	67
podkarpackie	25	19,4	104	80,6	129
podlaskie	28	31,1	62	68,9	90
pomorskie	40	23,8	128	76,2	168
śląskie	75	25,5	219	74,5	294
świętokrzyskie	18	15,7	97	84,3	115
warmińsko-mazurskie	20	19,8	81	80,2	101
wielkopolskie	79	28,7	196	71,3	275
zachodniopomorskie	19	22,9	64	77,1	83
Razem	651	26,2	1831	73,8	2482

Ponad połowa 52,5% ankietowanych kobiet odpowiedziało, że posiada informacje dotyczące raka szyjki macicy, pozostała część (47,5%) odpowiedziała, że nie posiada takich informacji. Najczęściej posiadaną wiedzę dotyczącą raka szyjki macicy deklarują kobiety z województwa zachodniopomorskiego (59,1%) i małopolskiego (58,4%). Najmniej kobiet posiadających wiedzę dotyczącą raka szyjki macicy stwierdzono w województwach: podlaskie (47,3%) i podkarpackie (48,6%) – tab. 14.

Tab. 14. POSIADANIE INFORMACJI NA TEMAT RAKA SZYJKI MACICY

województwo	nie		tak		Razem
	n	%	n	%	
dolnośląskie	100	47,8	109	52,2	209
kujawsko-pomorskie	56	46,3	65	53,7	121
lubelskie	87	43,7	112	56,3	199
lubuskie	45	43,7	58	56,3	103
łódzkie	53	45,7	63	54,3	116
małopolskie	96	41,6	135	58,4	231
mazowieckie	128	47,9	139	52,1	267
opolskie	31	42,5	42	57,5	73
podkarpackie	73	51,4	69	48,6	142
podlaskie	48	52,7	43	47,3	91
pomorskie	87	49,7	88	50,3	175
śląskie	161	48,8	169	51,2	330
świętokrzyskie	61	50,8	59	49,2	120
warmińsko-mazurskie	56	51,4	53	48,6	109
wielkopolskie	147	50,9	142	49,1	289
zachodniopomorskie	36	40,9	52	59,1	88
Razem	1265	47,5	1398	52,5	2663

Spośród 1398 udzielonych odpowiedzi dotyczących czynników wpływających na raka szyjki macicy, 79% ankietowanych kobiet jest zdania, iż infekcja wirusem HPV ma wpływ na raka szyjki macicy. Wiele kobiet (55%) podało również dużą ilość partnerów seksualnych jako czynnik wpływający na raka szyjki macicy (tab. 15).

Tab. 15. CZYNNIKI, KTÓRE ZDANIEM BADANYCH, WPŁYWAJĄ NA RAKA SZYJKI MACICY

czynniki	**N**	**%**
wiek	480	34,3
infekcje wirusem HPV	1104	79,0
wczesne rozpoczęcie pożycia seks.	359	25,7
duża ilość partnerów seks.	771	55,2
duża liczba porodów	149	10,7
palenie tytoniu	480	34,3
doustne środki antykoncepcyjne	314	22,5

Zgromadzone dane pokazują, że tylko 8,6% ankietowanych kobiet wykonywało badanie USG piersi w czasie ciąży, a samodzielne badanie piersi wykonywało 39,3% ankietowanych kobiet (tab. 16).

Tab. 16. BADANIE PIERSI

rodzaj badania	**tak**		**nie**		**N ważnych**
	n	**%**	**n**	**%**	
badanie USG piersi w ciąży	233	8,6	2492	91,4	2725
samodzielne badanie piersi	1067	39,3	1650	60,7	2717

Z otrzymanych danych wynika, że samodzielne badanie piersi najczęściej jest wykonywane przez kobiety z województwa kujawsko-pomorskiego (46,8%) i małopolskiego (43,7%). Województwami w których kobiety najrzadziej wykonują samodzielne badanie piersi są: województwo podlaskie (30,9%) i województwo lubelskie (32,2%) – tab. 17.

Tab. 17. SAMODZIELNE BADANIE PIERSI WEDŁUG WOJEWÓDZTW

województwo	nie		tak		Razem
	n	%	n	%	
dolnośląskie	122	57,0	92	43,0	214
kujawsko-pomorskie	66	53,2	58	46,8	124
lubelskie	135	67,8	64	32,2	199
lubuskie	61	61,0	39	39,0	100
łódzkie	77	66,4	39	33,6	116
małopolskie	129	56,3	100	43,7	229
mazowieckie	168	61,8	104	38,2	272
opolskie	48	64,9	26	35,1	74
podkarpackie	97	66,9	48	33,1	145
podlaskie	65	69,1	29	30,9	94
pomorskie	108	58,1	78	41,9	186
śląskie	200	58,3	143	41,7	343
świętokrzyskie	70	57,9	51	42,1	121
warmińsko-mazurskie	70	63,6	40	36,4	110
wielkopolskie	179	59,9	120	40,1	299
zachodniopomorskie	55	60,4	36	39,6	91
Razem	1650	60,7	1067	39,3	2717

Spośród badanych kobiet, 76,8% z nich odpowiedziało, że ma własne zdanie na temat metod badania piersi jakie są najodpowiedniejsze w ich wieku. Najczęściej kobiety z województwa lubelskiego (83%) i małopolskiego (81,8%) odpowiadało, iż posiadają własną opinię dotyczącą metod badawczych piersi w ich wieku. Najczęściej kobiety z województwa podlaskiego (31,5%) i warmińsko-mazurskiego (28,2%) odpowiadały, że nie posiadają takiej opinii – tab. 18.

Tab. 18. POSIADANIE OPINI DOTYCZĄCEJ METOD JAKIE ZDANIEM BADANYCH SĄ ODPOWIEDNIE W ICH WIEKU

województwo	nie posiada		posiada		Razem
	n	%	n	%	
dolnośląskie	44	20,4	172	79,6	216
kujawsko-pomorskie	29	23,0	97	77,0	126
lubelskie	34	17,0	166	83,0	200
lubuskie	26	25,5	76	74,5	102
łódzkie	24	20,7	92	79,3	116
małopolskie	42	18,2	189	81,8	231
mazowieckie	66	24,1	208	75,9	274
opolskie	18	24,3	56	75,7	74
podkarpackie	31	21,5	113	78,5	144
podlaskie	29	31,5	63	68,5	92
pomorskie	50	26,5	139	73,5	189
śląskie	85	24,9	257	75,1	342
świętokrzyskie	31	25,0	93	75,0	124
warmińsko-mazurskie	31	28,2	79	71,8	110
wielkopolskie	70	23,7	225	76,3	295
zachodniopomorskie	21	23,3	69	76,7	90
Razem	631	23,2	2094	76,8	2725

Ankietowane kobiety, które miały za zadanie określić jakie metody badania piersi są najbardziej odpowiednie w ich wieku, uważają że najlepszą metodą badawczą jest samobadanie piersi (55,9%), drugą z kolei metodą jest USG piersi (54%), wiele kobiet uważa, że palpacyjne badanie lekarskie jest odpowiednią metoda badawczą w ich wieku (49%). Najrzadziej padającą odpowiedzią dotyczącą odpowiedniego badania piersi było badanie mammograficzne (16%; tab. 19).

Tab. 19. METODY BADAWCZE, KTÓRE ZDANIEM ANKIETOWANYCH SĄ ODPOWIEDNIE W ICH WIEKU

metody badawcze	**N**	**%**
samobadanie piersi	1171	55,9
palpacyjne badanie lekarskie	1027	49,0
USG piersi	1130	54,0
mammografia	335	16,0

2.4. INTERWENCJE SŁUŻB MEDYCZNYCH W OKRESIE CIĄŻY

Wyniki badania ankietowego pokazują, że 51,2% ankietowanych kobiet było podczas ciąży u dentysty. Najczęściej kobiety w czasie ciąży chodziły do dentysty w województwie małopolskim, a najrzadziej w województwie podlaskim (tab. 20).

Tab. 20. CZY BADANA BYŁA W CIĄŻY U LEKARZA DENTYSTY A WOJEWÓDZTWA

województwo	**nie**		**tak**		**Razem**
	n	**%**	**n**	**%**	
dolnośląskie	109	48,7	115	51,3	224
kujawsko-pomorskie	61	48,4	65	51,6	126
lubelskie	94	47,2	105	52,8	199
lubuskie	53	52,0	49	48,0	102
łódzkie	53	46,1	62	53,9	115
małopolskie	96	41,7	134	58,3	230
mazowieckie	138	50,5	135	49,5	273
opolskie	42	55,3	34	44,7	76
podkarpackie	91	61,9	56	38,1	147
podlaskie	53	55,8	42	44,2	95
pomorskie	89	46,8	101	53,2	190
śląskie	153	44,3	192	55,7	345

świętokrzyskie	67	54,9	55	45,1	122
warmińsko-mazurskie	59	53,6	51	46,4	110
wielkopolskie	137	45,4	165	54,6	302
zachodniopomorskie	47	50,5	46	49,5	93
Razem	1342	48,8	1407	51,2	2749

Spośród 2721 uzyskanych odpowiedzi, 1978 kobiet (72,7%) potwierdziło pobranie posiewu w kierunku paciorkowców beta-hemolizujących w czasie ciąży. Najwięcej kobiet przebyło infekcję podczas ciąży w województwach opolskim (85,5%) i podkarpackim (80,6%), najmniej infekcji stwierdzono w województwie lubuskim (59,4%) i zachodniopomorskim (63,8%, tab. 21).

Tab. 21. POSIEW W CZASIE CIĄŻY W KIERUNKU PACIORKOWCÓW BETA-HEMOLIZUJĄCYCH

województwo	**nie**		**tak**		**Razem**
	n	**%**	**n**	**%**	
dolnośląskie	55	25,0%	165	75,0%	220
kujawsko-pomorskie	32	26,4%	89	73,6%	121
łódzkie	35	30,2%	81	69,8%	116
lubelskie	53	26,6%	146	73,4%	199
lubuskie	41	40,6%	60	59,4%	101
małopolskie	72	31,0%	160	69,0%	232
mazowieckie	63	23,3%	207	76,7%	270
opolskie	11	14,5%	65	85,5%	76
podkarpackie	28	19,4%	116	80,6%	144
podlaskie	31	34,1%	60	65,9%	91
pomorskie	51	27,3%	136	72,7%	187
śląskie	108	31,7%	233	68,3%	341
świętokrzyskie	33	27,3%	88	72,7%	121
warmińsko-mazurskie	31	27,9%	80	72,1%	111
wielkopolskie	65	21,9%	232	78,1%	297

zachodniopomorskie	34	36,2%	60	63,8%	94
Razem	743	27,3%	1978	72,7%	2721

Spośród 2720 kobiet 609 przebyło w czasie ciąży infekcję, z czego 427 to była infekcja dróg rodnych. Najwięcej infekcji dróg rodnych, wśród ankietowanych kobiet, odnotowano w województwie podlaskim (26% kobiet), a najmniej w województwie łódzkim (9,5%). Z kolei infekcje inne niż dróg rodnych były najczęstsze w województwie opolskim (16%), a najrzadsze w województwie zachodniopomorskim (2,2%; tab. 22).

Tab. 22. PRZEBYTE PODCZAS CIĄŻY INFEKCJE

województwo	**nie przebyła infekcji**		**inna infekcja**		**infekcja dróg rodnych**		**Razem**
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**
dolnośląskie	169	76,8	19	8,6	32	14,5	220
kujawsko-pomorskie	104	84,6	6	4,9	13	10,6	123
łódzkie	101	87,1	4	3,4	11	9,5	116
lubelskie	143	72,2	16	8,1	39	19,7	198
lubuskie	78	78,8	5	5,1	16	16,2	99
małopolskie	180	77,3	20	8,6	33	14,2	233
mazowieckie	222	84,1	11	4,2	31	11,7	264
opolskie	53	70,7	12	16,0	10	13,3	75
podkarpackie	123	83,7	5	3,4	19	12,9	147
podlaskie	65	68,4	5	5,3	25	26,3	95
pomorskie	135	73,8	10	5,5	38	20,8	183
śląskie	251	72,8	36	10,4	58	16,8	345
świętokrzyskie	93	76,2	5	4,1	24	19,7	122
warmińsko-mazurskie	83	75,5	5	4,5	22	20,0	110
wielkopolskie	236	79,2	21	7,0	41	13,8	298
zachodniopomorskie	75	81,5	2	2,2	15	16,3	92
Razem	2111	77,6	182	6,7	427	15,7	2720

57% spośród ankietowanych kobiet słyszało o możliwości przechowywania krwi pępowinowej i uważa, że jest to działanie potrzebne. Tylko 2,5% kobiet słysząc o możliwości przechowywania krwi pępowinowej uznało, że jest to działanie niepotrzebne. Większość ankietowanych kobiet (53,2%), nie posiadała informacji na temat badań genetycznych, 27% respondentek posiadało informacje na temat możliwości wykonywania badań genetycznych i uważały je za działanie potrzebne, natomiast 1,4% stanowiły kobiety, które słyszały o możliwości wykonania badań genetycznych lecz uważają te badania za niepotrzebne (tab. 23).

Tab. 23. WIEDZA CIĘŻARNYCH NA TEMAT PRZECHOWYWANIA KRWI PĘPOWINOWEJ ORAZ BADANIA GENETYCZNEGO

wiedza ciężarnych	**krew pępowinowa**		**badanie genetyczne**	
	N	**%**	**N**	**%**
wie, i uważa, że to potrzebne	1569	57,0	755	27,7
wie, i uważa, że to niepotrzebne	68	2,5	37	1,4
wie i nie ma zdania czy to potrzebne	635	23,1	484	17,7
nie wie	481	17,5	1453	53,2
Razem	2753		2729	

2.5. AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA KOBIET W CZASIE CIĄŻY I OKRESIE OKOŁOCIĄŻOWYM

Średnia aktywności fizycznej dla całej Polski wyniosła 13053 metominut/tydzień. Największą średnią aktywność zgłaszały w ankiecie panie z województwa zachodniopomorskiego (14707 metominut/tydzień) i lubelskiego (14371 metominut/tydzień). Najmniejszą aktywność wykazywał ankietowane z województwa

małopolskiego (12078 metominut/tydzień), lubuskiego (12371 metominut/tydzień) i dolnośląskiego (12393 metominuty/tydzień) – tab. 24. MET jest to równoważnik metaboliczny odpowiadający zużyciu tlenu w trakcie przemiany spoczynkowej. Według ustaleń naukowych 1 MET wynosi 3,5ml O2/kg masy ciała na minutę. Określono, że intensywny wysiłek fizyczny to jest koszt 8 MET w ciągu każdej minuty jego trwania, umiarkowany wysiłek to 4 MET, a chodzenie (marsz, szybki spacer) 3,3 MET. Obliczenie całkowitego wydatku energetycznego, a więc określenie poziomu aktywności fizycznej osobnika polega na przemnożeniu częstotliwości i czasu trwania wysiłku przez odpowiadającą jemu intensywność wyrażoną w jednostkach MET.

Tab. 24. AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA CIĘŻARNYCH WG KWESTIONARIUSZA PPAQ (PAFFENBARGER PHYSICAL ACTIVITY QUESTIONNAIRE) W JEDNOSTKACH METOMINUTY/TYDZIEŃ

województwo	**średnia**	**N**	**odchylenie standardowe**
dolnośląskie	12393	224	6196
kujawsko-pomorskie	12901	127	8616
lubelskie	14371	201	7349
lubuskie	12371	97	5723
łódzkie	12456	116	6530
małopolskie	12078	235	6750
mazowieckie	13656	273	6806
opolskie	12645	76	6551
podkarpackie	12650	146	7303
podlaskie	13114	93	6656
pomorskie	13396	185	8315
śląskie	12959	343	6821
świętokrzyskie	13244	124	6035
warmińsko-mazurskie	13402	108	8607
wielkopolskie	12865	296	7280
zachodniopomorskie	14707	91	8780
Razem	13053	2735	7152

38,7% ankietowanych kobiet przyznało, że przed ciążą nie podejmowały aktywności fizycznej, w tym 18% nie wykonywało żadnych ćwiczeń z powodu przeciwwskazań lekarskich, pozostałe z innych przyczyn. Grupa najbardziej aktywnych fizycznie kobiet wykonujących ćwiczenia przez co najmniej 30 minut dziennie więcej niż trzy razy w tygodniu stanowiła 9,7% badanych kobiet (tab. 25).

Tab. 25. AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA DLA PRZYJEMNOŚCI/SPORTU PRZED CIĄŻĄ

aktywność fizyczna	**N**	**%**
nie wykonywała żadnych ćwiczeń z powodu przeciwwskazań lekarskich	482	18,0
nie wykonywała żadnych ćwiczeń z innych niż lekarskie przyczyn	554	20,7
mniej niż trzy razy w tygodniu	836	31,3
tak, około trzy razy w tygodniu co najmniej po 30 minut	426	15,9
tak, trzy razy w tygodniu mniej niż po 30 minut	118	4,4
tak, więcej niż trzy razy w tygodniu co najmniej po 30 minut	259	9,7
Razem	2675	100,0

39,2% badanych kobiet nie ograniczyła aktywności fizycznej z powodu ciąży. Województwa, w których najwięcej kobiet nie ograniczało aktywności fizycznej pomimo ciąży to łódzkie (46,1% kobiet) i dolnośląskie (45,1% kobiet). Najwięcej kobiet, które znacznie ograniczyło aktywność fizyczną z powodu ciąży było w województwie pomorskim (40,8%) i śląskim (39,8%; tab. 26).

Tab. 26. OGRANICZENIE AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ Z POWODU CIĄŻY

województwo	nie ograniczyła		nieznacznie ograniczyła		znacznie ograniczyła		Razem
	n	%	n	%	n	%	
dolnośląskie	97	45,1	56	26,0	62	28,8	215
kujawsko-pomorskie	51	41,1	37	29,8	36	29,0	124
lubelskie	76	38,8	59	30,1	61	31,1	196
lubuskie	35	37,6	26	28,0	32	34,4	93
łódzkie	53	46,1	27	23,5	35	30,4	115
małopolskie	89	38,5	66	28,6	76	32,9	231
mazowieckie	104	39,4	73	27,7	87	33,0	264
opolskie	32	42,7	16	21,3	27	36,0	75
podkarpackie	52	36,4	41	28,7	50	35,0	143
podlaskie	37	41,6	21	23,6	31	34,8	89
pomorskie	65	35,3	44	23,9	75	40,8	184
śląskie	121	35,9	82	24,3	134	39,8	337
świętokrzyskie	44	37,0	37	31,1	38	31,9	119
warmińsko-mazurskie	46	43,0	24	22,4	37	34,6	107
wielkopolskie	108	37,6	75	26,1	104	36,2	287
zachodniopomorskie	35	39,8	27	30,7	26	29,5	88
Razem	1045	39,2	711	26,7	911	34,2	2667

Większość kobiet (62%) ograniczało aktywność fizyczną podczas ciąży z powodu obawy o prawidłowy rozwój ciąży, druga co do wielkości grupa kobiet (34,9%) jako powód ograniczenia aktywności fizycznej podawała zalecenia lekarza (tab. 27).

Tab. 27. POWÓD OGRANICZENIA AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ W CZASIE CIĄŻY

powód	**N**	**%**
obawa o prawidłowy rozwój ciąży	1005	62,0
nie wiedziała, że można uprawiać sport w ciąży	99	6,1
powody finansowe	35	2,2
brak akceptacji rodziny/środowiska	59	3,6
zalecenia lekarza	566	34,9

Najczęściej zgłaszana aktywnością przed ciążą były spacery (55,3%) i była to jednocześnie jedyna aktywność, która była częściej wybierana w czasie ciąży (62,7%). Z pozostałych aktywności ankietowane kobiety w większości rezygnowały. Najpopularniejsze z pozostałych aktywności była jazda na rowerze, deskorolce (33,6% przed ciążą, ale tylko 7% w czasie ciąży). Częściej niż jazdę na rowerze kobiety wybierały pływanie w czasie ciąży - 10,1% ankietowanych kobiet (spadek z 22,3% przed ciążą). Taniec w czasie ciąży zgłosiło 6,3% pań (spadek z 17,2% przed ciążą). Różne formy gimnastyki w czasie ciąży uprawiało 5,4% ankietowanych (spadek z 27,4%), gry zespołowe 1,1% (10,6%), bieganie 0,9% (15,2%), a jazdę konną 0,1% (spadek z 3,5%; tab. 28).

Tab. 28. WYBRANE TYPY AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ I ICH OGRANICZENIE

typy aktywności fizycznej	przed i w czasie ciąży		tylko przed ciążą		tylko w czasie ciąży		nie zgłosiła takiego typu aktywności	
	n	%	n	%	N	%	n	%
ćwiczenia gimn./aerobik/step	127	4,5	649	22,9	25	0,9	2032	71,7
pływanie	219	7,7	415	14,6	67	2,4	2132	75,3
bieganie	17	0,6	415	14,6	9	0,3	2392	84,4
jazda na rowerze/deskorolce	154	5,4	799	28,2	45	1,6	1835	64,8
spacery	1335	47,1	233	8,2	443	15,6	822	29,0
gry zespołowe	22	0,8	279	9,8	9	0,3	2523	89,1
taniec	141	5,0	346	12,2	37	1,3	2309	81,5
jazda konna	1	0,0	98	3,5	3	0,1	2731	96,4

2.6. KARMIENIE PIERSIĄ

Według danych zebranych z obszaru całej Polski okazuje się, że najczęściej nie karmiły piersią kobiety z województw: łódzkiego (12%) i świętokrzyskiego (10%). Najczęściej karmiły piersią ankietowane z województw: warmińsko-mazurskiego (98,2%) i lubelskiego (97%; tab. 29).

Tab. 29. KARMIERNIE PIERSIĄ OBECNEGO DZIECKA

województwo	nie		tak		Razem
	n	%	n	%	
dolnośląskie	12	5,5	207	94,5	219
kujawsko-pomorskie	8	6,6	114	93,4	122
lubelskie	6	3,0	194	97,0	200
lubuskie	7	7,1	92	92,9	99
łódzkie	13	12,0	95	88,0	108
małopolskie	8	3,5	219	96,5	227
mazowieckie	13	4,8	260	95,2	273
opolskie	4	5,3	72	94,7	76
podkarpackie	12	8,4	131	91,6	143
podlaskie	4	4,4	86	95,6	90
pomorskie	12	6,4	175	93,6	187
śląskie	28	8,4	307	91,6	335
świętokrzyskie	12	10,0	108	90,0	120
warmińsko-mazurskie	2	1,8	110	98,2	112
wielkopolskie	28	9,5	267	90,5	295
zachodniopomorskie	7	7,6	85	92,4	92
Razem	176	6,5	2522	93,5	2698

Około jedna trzecia ankietowanych (31,3%) przyznała, że nie karmiła piersią swojego poprzedniego dziecka. Do 3 miesięcy karmiło 24,7%., do 6 miesięcy 13,9%, do 1 roku 15,4%, a powyżej 1 roku 14,7% (tab. 30).

Tab. 30. KARMIERNIE PIERSIĄ POPRZEDNIEGO DZIECKA

karmienie piersią	N	%
[4] Tak, ponad 1 rok	259	14,7
[3] Tak, do 1 roku	271	15,4
[2] Tak, do 6 miesięcy	245	13,9
[1] Tak, do 3 miesięcy	436	24,7
[0] Nie, nie karmiłam piersią	552	31,3
Razem	1763	

2.7. ANALIZA WIELOCZYNNIKOWA

Na koniec wybrano zmienne tj. wykształcenie, status ekonomiczny, warunki bytowe, zmianę diety w ciąży, suplementację diety, aktywność fizyczną, picie alkoholu, palenie tytoniu oraz stosowanie innych środków psychoaktywnych, aby ocenić ich wpływ na masę urodzeniową. Analizę wykonano za pomocą uogólnionego modelu liniowego i nieliniowego z ciągłą zmienną modyfikującą względem wpływu aktywności fizycznej zgodnej z PPAQ (Paffenbarger Physical Activity Questionnaire).

Wykształcenie wyższe okazało się istotnym predyktorem pozytywnym w porównaniu do wykształcenia niższego. Natomiast z używek istotnym predyktorem negatywnym okazało się zażywanie innych środków psychoaktywnych (tab. 41).

Tab. 41. UOGÓLNIONY MODEL LINIOWY, ANALIZA KOWARIANCJI. OCENA WPŁYWU WYBRANYCH CZYNNKÓW NA MASĘ CIAŁA NOWORODKÓW

PREDYKTOR	Poziom	Ocena	Bł. Std	Walda	+95% CL	-95% CL	p
Wyraz wolny		3177,2	51,7	3772,8	3075,8	3278,6	0,00000
WYKSZTAŁCENIE	wyższe magisterskie vs podstawowe/gimnazjalne	72,6	24,5	8,8	24,6	120,6	0,00304
	wyższe zawodowe vs podstawowe/gimnazjalne	22,4	31,4	0,5	-39,1	84,0	0,47477
	pomaturalne vs podstawowe/gimnazjalne	27,1	27,3	1,0	-26,5	80,7	0,32168
	ponadgimnazjalne ogólnokształcące vs podstawowe/gimnazjalne	10,7	37,0	0,1	-61,8	83,2	0,77245
	ponadgimnazjalne zawodowe vs podstawowe/gimnazjalne	-13,1	34,8	0,1	-81,3	55,1	0,70680
SYTUACJA EKONOMICZNA	bardzo dobra vs średnia/zła	-26,0	34,6	0,6	-93,9	41,9	0,45346
	dobra vs średnia/zła	13,9	21,0	0,4	-27,4	55,1	0,51004
WARUNKI BYTOWE	bardzo dobre vs średnie/złe	26,4	25,9	1,0	-24,4	77,1	0,30870
	dobre vs średnie/złe	0,9	19,0	0,0	-36,4	38,2	0,96318
ZMIANA DIETY W CIĄŻY	zmieniła vs nie zmieniła	-25,1	13,31	3,5	-51,1	1,0	0,05963
SUPLEMENTACJA FOLIANÓW	tak vs nie	-13,3	16,7	0,6	-46,0	19,4	0,42447
SUPLMENTACJA WIELOWITAMINOWA	tak vs nie	12,0	14,1	0,7	-15,7	39,6	0,39603
SUPLEMENTACJA ŻELAZA	tak vs nie	-4,2	18,9	0,0	-41,3	32,9	0,82467
PALENIE	paliła vs nie paliła	-23,3	16,1	2,1	-54,9	8,3	0,14808
PICIE ALKOHOLU	piła nie piła	-17,6	20,2	0,8	-57,3	22,0	0,38325
SUBSTANCJE PSYCHOAKTYWNE	przyjmowała vs nie przyjmowała	-80,7	36,1	5,0	-151,3	-10,0	0,02530
AKTYWNOŚĆ CAŁKOWITA PPAQ	zmienna ciągła modyfikująca	0,002	0,00187	1,750	-0,001	0,006	0,18586
Skala		536,1	8,93		518,9	553,91	

Niektóre kategorie z powodu małej liczby obserwacji skumulowano, za kategorię odniesienia przyjmowano najniższą kategorię, model efektów głównych, nie uwzględnia interakcji, funkcja wiążąca identycznościowa

3. PODSUMOWANIE cz. II

Sposób odżywiania się matki podczas ciąży ma olbrzymi wpływ na rozwój i zdrowie dziecka w okresie prenatalnym jak również w późniejszym okresie niemowlęcym. Podczas przebiegu ciąży znacznie zwiększa się zapotrzebowanie kobiety na składniki pokarmowe, witaminy, minerały i energię. Dostarczenie wszystkich niezbędnych substancji, by zapewnić dobre zdrowie zarówno matce jak i dziecku jest stosunkowo trudne, dlatego tak ważne jest prawidłowe odżywianie się i suplementacja diety. Dziecko rozwijające się w organizmie matki powinno otrzymywać prawidłową ilość składników pokarmowych, gdyż niedobory któregokolwiek z nich mogą powodować jego nieprawidłowy rozwój[62].

W niniejszych badaniach ankietowych zmianę diety spowodowaną zajściem w ciążę zadeklarowało (64,8%) badanych kobiet, najwięcej w województwie wielkopolskim (68,86%), a najmniej w województwie małopolskim (59,39%; tab. 1), podobną zmianę nawyków żywieniowych w czasie trwania ciąży deklarowały respondentki w badaniu Bojar i wsp.[63]. Według badań Tymczyny i wsp. zmianie głównie uległa jakość spożywanych pokarmów, badane kobiety częściej, niż dotychczas, spożywały nabiał (20,78%), owoce i warzywa (19,48%) oraz produkty zbożowe (12,99%)[64]. Podobne dane otrzymano w powyższych badaniach, gdzie większość kobiet odpowiadała, że spożywała więcej owoców, warzyw i nabiału. Badane kobiety w czasie ciąży spożywały także więcej ryb i białego mięsa.

Według badań Wawrzyniaka i wsp. spożycie tłuszczu przez kobiety w ciąży było zbyt niskie, równocześnie niedostateczne było spożycie niezbędnych nienasyconych kwasów

[62] Durke A. Żywienie kobiet w ciąży. Poł. Nauka Prakt. 2008; 2: 33-34.

[63] Bojar I, Humeniuk E, Wdowiak L, Miotła P, Warchol-Sławińska E, Włoch K. Zachowania żywieniowe kobiet ciężarnych. Probl Hig Epidemiol. 2007; 88(1): 74-77.

[64] Tymczyna B, Sarna-Bos K, Krochmalska E, Skorupska-Okon A, Ciukiewicz A. Ocena wiedzy ciezarnych na temat wpływu odżywiania na uzębienie dziecka. Zdr Publ. 2004; 114(4): 541-544.

tłuszczowych, a także białka[65]. Badania ankietowe ukazują ten sam problem, gdyż kobietom w ciąży zaleca się spożywanie tłuszczów naturalnych[66], a aż 27,9% kobiet przyznało, że podczas ciąży spożywały mniej olejów roślinnych, 52,8% nie zmieniło swojej diety pod kątem tłuszczów roślinnych, a zaledwie 14,7% kobiet wzbogaciło swoją dietę o te składniki. Również ryby i owoce morza, które są bogatym źródłem niezbędnych nienasyconych kwasów tłuszczowych, a także wysokiej jakości białka nie były spożywane w wystarczającej ilości przez badane kobiety podczas ciąży. 12,7% ankietowanych spożywała mniej ryb i owoców morza, a 33,5% nie zmieniła ilości spożywanych ryb podczas ciąży (tab. 2).

Niedobory kwasu foliowego mogą powodować wady pierwotnej cewy nerwowej lub niedokrwistość megaloblastyczną. Suplementacja diety kwasem foliowym powinna być prowadzona nawet na 3 miesiące przed zajściem w ciążę. Powyższe badania pokazują, że 36,8% badanych kobiet stosowało suplementację kwasem foliowym przed ciążą i 55,4% w czasie ciąży (tab. 5), jest to więcej w porównaniu do badań przeprowadzonych przez Godalę M. i wsp., w których 20,7% kobiet przyjmowało kwas foliowy przed ciążą, a podczas ciąży rozpoczęło przyjmowanie kwasu foliowego 55,0% kobiet[67]. W 57 krajach na świecie wprowadzono powszechną suplementację kwasem foliowym poprzez dodawanie go do mąki oraz przetworów zbożowych i statystyki urodzeń dzieci z wadami powodowanymi przez niedobór kwasu foliowego bardzo się w tych krajach poprawiły. W Europie w żadnym kraju nie ma takiego programu[68]. Prowadzone są akcje promujące suplementację kwasu foliowego wśród kobiet w wieku prokreacyjnym.

Oprócz kwasu foliowego również niedobory innych witamin i składników mineralnych mogą przyczyniać się do wad rozwojowych i chorób, więc ich suplementacja przed i w czasie ciąży jest bardzo istotna. Według danych z raportu, 11,2% kobiet zaczęło przyjmować preparaty

[65] Wawrzyniak A, Hamułka J, Kosowska B. Ocena spożycia energii, tłuszczu i cholesterolu u kobiet w ciąży. Żyw Człow Metabol. 2003; 30: 520-525.

[66] Ostrowska L, Karczewski JK. Żywienie kobiety w ciąży i w okresie laktacji. Med Rodz. 1998; 1: 18-23.

[67] Godala M, Pietrzak K, Łaszek M, Gawron-Skarbek A, Szatko F. Zachowania zdrowotne łódzkich kobiet w ciąży. Cz. I. Sposób żywienia i suplementacja witaminowo-mineralna. Probl Hig Epidemiol. 2012; 93(1): 38-42.

[68] Zimmerman S. Fifteen Years of Fortifying With Folic Acid: Birth Defects are Reduced and Healthcare Expenses are Averted. Sight and Life. 2011; 25(3): 54-59.

wielowitaminowe przed ciążą, a 77,1% badanych kobiet zaczęło przyjmować je w różnych okresach ciąży (tab. 5). Dane te są nieznacznie wyższe niż wyniki badań przeprowadzonych przez Godalę M. i wsp. w których 27,9% kobiet przyjmowało preparaty wielowitaminowe przed ciążą, a podczas ciąży rozpoczęło przyjmowanie preparatów wielowitaminowych 49,6% kobiet[6], natomiast niższe od wyników badań Hamułki J. i wsp., które prowadzono wśród kobiet w ciąży z województwa mazowieckiego i wykazano, że 55% kobiet zaczęło przyjmować preparaty witaminowo-mineralne przez zajściem w ciążę, i tylko ok. 2% kobiet nie przyjmowało takich preparatów w czasie trwania ciąży. Spożycie witamin na poziomie zalecanych wartości odnotowano w przypadku witamin B2, B6 i B12, natomiast niższe od zalecanej było spożycie witaminy A, wapnia i magnezu. Kobiety zamieszkujące wieś spożywały średnio mniej witamin w porównaniu do kobiet zamieszkujących miasta[69].

Niedobory żelaza pojawiają się w trakcie ciąży ok. 10 tygodnia, kiedy rozpoczyna się największy wzrost objętości krwi i wzrost zapotrzebowania płodu na żelazo, a kobiety w czasie ciąży są narażone na anemię[70]. Suplementacja preparatami żelaza w badanej grupie kobiet jest niewystarczająca. Aż 35% nie stosowało żadnych preparatów żelaza (tab. 5).

Opieka lekarska jest podstawą prawidłowych zachowań ciężarnych kobiet, gdyż aż 86,2% badanych stosujących suplementację przyznało, że zrobiło to z polecenia ginekologa, 4,1% rozpoczęło suplementację przez poradę położnej/pielęgniarki, a 2,7% lekarza rodzinnego (tab. 6).

Tydzień zgłoszenia się do lekarza jest zbliżony do tygodnia stwierdzenia ciąży (średnio ok. 6 tygodnia, tab.7,8). Istotne jest, aby kobiety zaczynały wizyty u ginekologa jeszcze przed planowaną ciążą. Częstość wizyt lekarskich w trakcie ciąży powinna wynosić według rekomendacji Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego od dwóch w pierwszych trymestrach do czterech w trzecim trymestrze. Średnia liczba wizyt przekraczała te wartości (wynosząc

[69] Hamułka J, Wawrzyniak A, Pawłowska R. Ocena spożycia witamin i składników mineralnych z suplementami diety przez kobiety w ciąży. Roczn PZH. 2010; 61(3): 269-275.

[70] World Health Organization: Worldwide prevalence of anaemia 1993-2005. WHO global database on anaemia. Geneva, Switzerland, WHO 2008.

w kolejnych trymestrach 3,2, 3,7 i 4,5 wizyty (tab. 9-11).

Jak pokazują liczna badania, ciężarne o lepszym wykształceniu lepiej rozumieją konieczność regularnej opieki profilaktycznej w okresie ciąży. Z większym zrozumieniem uczęszczają do szkoły rodzenia, świadomie regulują dietę, częściej się badają[71,72]. Kobiety o niskim wykształceniu znacznie częściej pracują fizycznie, mają niezadowalające warunki rodzinne i mieszkaniowe. U nich obserwuje się większe ryzyko m.in. urodzeń noworodków z niską masą ciała[73].

Choroby nowotworowe po chorobach układu krążenia stanowią przyczynę największej liczby zgonów. Niepokojące jest to, że na nowotwory złośliwe chorują coraz młodsze osoby. W przypadku nowotworów, w których profilaktyka wtórna ma duże znaczenie wprowadza się programy profilaktyczne. Do takich nowotworów należą rak piersi, rak szyjki macicy oraz rak jelita grubego. Według wytycznych WHO optymalna profilaktyka raka szyjki macicy obejmuje szczepienie ochronne przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego HPV oraz coroczne przesiewowe badania cytologiczne[74,75]. Bezpośrednim miernikiem skuteczności wczesnego wykrywania chorób nowotworowych jest czas, który upływa od zauważenia przez chorego pierwszych objawów choroby do zgłoszenia się na badania i rozpoczęcia procesu leczenia. Od lat w Polsce rozwijane i finansowane przez NFZ są liczne programy profilaktyki raka piersi i raka szyjki macicy. Programy te mają zwrócić uwagę kobiet na ważność regularnych badań ginekologicznych (cytologia, mammografia), które pozwalają na wczesne wykrycie choroby nowotworowej i podjęcie leczenia mogącego uratować życie[76]. Współczynnik

[71] Rymkiewicz L, Leibschang J, Filipp E, i wsp. Wiek matki, wykształcenie, jakość opieki położniczej w czasie ciąży a ryzyko wystąpienia porodu przedwczesnego. Med Wieku Rozwoj. 2003; 7(3): 149-156.

[72]Chazan B. Mała masa urodzeniowa – czy poradzimy sobie z tym problemem? Med Wieku Rozwoj. 2003; 2(3): 11-24.

[73] Piekarska E, Krasomski G, Dominowska J, Tobor E. Ocena wpływu wybranych czynników socjalno-demograficznych na przedwczesne zakończenie ciąży i urodzeniową masę ciała noworodków. Perinatol Neonatol Ginekol. 2010; 3(4): 277-281.

[74] WHO position on HPV vaccines, conference report. Vaccine, 2009; 27: 7236-7237.

[75] Bidziński M, Dębski R, Kędzia W. Stanowisko Zespołu Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego na temat profilaktyki raka gruczołu szyjki macicy, Ginekol Pol. 2008; 79: 710-714.

[76] Woźniak I. Wiedza o schorzeniach nowotworowych narządów kobiecych i postawy kobiet wobec badań profilaktycznych. Probl Pielęg. 2008; 16(1-2): 136–143.

standaryzowany śmiertelności raka szyjki macicy w Polsce wynosił 10,5 na 100.000 w latach 1970-74 (jedynie w dwóch krajach UE śmiertelność była wyższa). W latach 2000-2004 nastąpił spadek do 6,4 przypadków śmiertelnych na 100000 (5. miejsce od końca w UE). Najniższą śmiertelność w latach 2000-2004 odnotowano w Finlandii (1,1 na 100.000), gdzie w latach 60-tych XX w. wprowadzono powszechny monitoring raka szyjki macicy[77]. W 2007 wprowadzono w Polsce pierwszy ogólnopolski program monitorowania raka szyjki macicy, który opiera się na badaniu cytologicznym kobiet w wieku 25-59 lat co 3 lata w celu wczesnego wykrycia zmian nowotworowych. Podstawowym problemem jest mały odsetek kobiet, zgłaszających się na badanie[15]. Obiecujące są wyniki z raportu świadczące o tym, że około 73% kobiet robiło badania cytologiczne przed i w czasie ciąży. (tab. 12).

Założenia do krajowego programu przeciwnowotworowego dotyczące raka piersi na lata 2005-2010 wskazały, że w 2001 r. w Polsce zachorowało ok. 12.000 kobiet na raka piersi i zmarło 4.825. Zakładano, że skryning w skali populacyjnej w Polsce może doprowadzić do zmniejszenia liczby zgonów z powodu tego nowotworu o niemal 2000 rocznie, co pozwoli osiągnąć wskaźnik śmiertelności istniejący w krajach rozwiniętych (0,28)[78]. Zgodnie z trendami w roku 2010 standaryzowany współczynnik zachorowań wzrósł do 49,6 na 100.000, a współczynnik zgonów nieznacznie zmalał i wyniósł 13,7 na 100.000 co daje wskaźnik śmiertelności na poziomie 0,33[78].

Woźnicka I. w wynikach przeprowadzonych badań ankietowych zwraca uwagę na niską wiedzę kobiet z zakresu przyczyn i objawów chorób nowotworowych piersi i szyjki macicy. Około 50% kobiet nie potrafiło wskazać przyczyn powstawania raka piersi czy szyjki macicy, a około 56% ankietowanych nie znało żadnych objawów. Natomiast poziom akceptacji Programu Wczesnego Wykrywania Raka Piersi i Raka Szyjki Macicy był bardzo wysoki - 96% kobiet program oceniało jako dobry i bardzo dobry. Inna badania również pokazują, że świadomość konieczności regularnych badań mammograficznych i cytologicznych jest silnie uzależniona od wykształcenia. To młodzi, wykształceni ludzie są najbardziej świadomi

[77] Arbyn M, Raifu AO, Weiderpass E, Bray F, Anttila A. Trends of cervical cancer mortality in the member states of the European Union. Eur J Cancer. 2009; 45(15): 2640-2648.

[78] Krajowy Rejestr Nowotworów. http://epid.coi.waw.pl/krn/

zachowań ryzykownych dla zdrowia. Z drugiej jednak strony łatwiej rezygnują z dbania o zdrowie pod pretekstem nadmiaru pracy czy braku czasu[79]. Tymczasem szacuje się, że odpowiednio przygotowany program profilaktyczny obejmujący całą populację kobiet w Polsce powinien zmniejszyć umieralność z powodu raka piersi co najmniej o 20%[80]. Badania Leźnickiej M. i wsp. również potwierdzają, że kobiety o wyższym wykształceniu częściej poddają się badaniom profilaktycznym[81]. Nasze badania wskazują na podobny wynik - około 50% ankietowanych wskazywało, że nie ma żadnych informacji na temat raka szyjki macicy, a deklarujące znajomość tego problemu tylko dwa na sześć podanych najczęstszych czynników zaznaczyło więcej niż 50%.

Wśród badań profilaktycznych kobiet ciężarnych powinna znaleźć się także wizyta u stomatologa. Stan zdrowia jamy ustnej kobiety ma ogromny wpływ na zdrowie dziecka[82,83]. Z doniesień wynika, że ogniska zapalne w jamie ustnej ciężarnej mogą być przyczyną przedwczesnych porodów czy niskiej masy urodzeniowej noworodków[84,85]. Badania Nakoniecznej- Rudnickiej M. i wsp. określające stan uzębienia kobiet w wieku rozrodczym wykazały, że u kobiet które rodziły dwa lub więcej razy obserwuje się istotny wzrost rozwoju próchnicy zębów[86]. Wyniki innych badaczy zwracają uwagę na zmianę sposobu odżywiania ciężarnych kobiet, które podczas ciąży spożywają więcej słodyczy między posiłkami a także w nocy, co jest potencjalnym czynnikiem ryzyka rozwoju próchnicy zębów. Jak wynika

[79] Bannach M, Mierzwa T, Grabiec M i wsp. Wpływ edukacji zdrowotnej na uczestnictwo kobiet ze środowisk wiejskich kujawsko- pomorskiego w badaniach profilaktycznych. Ann Acad Med Siles. 2005; 59: 251-256.

[80] Kordek R. Skrining onkologiczny. Onkol Pol. 2004; 1: 13-18.

[81] Leźnicka M, Mierzwa T, Jachimowicz-Wołoszynek D, Żyrkowski J. The individual invitation system vs. women's attendance rate at preventive tests performed as a part of oncological prevention programs. Probl Hig Epidemiol. 2009; 90(2): 627-630.

[82] Brambilla E, Felloni A, Gagliani M, Malerba A, Garcia-Godoy F, Strohmenger L. Caries prevention during pregnancy: results of a 30-month study. JADA. 1998; 129: 871-877.

[83] Gonzaga HF, Buso L, Jorge MA, Gonzaga LH. Intrauterine Dentistry: An Integrated Model of Prevention. Braz Dent J. 2001; 12(2): 139-142.

[84] Borakowska-Siennicka M. Stan przyzębia i higieny jamy ustnej u kobiet ciężarnych. Nowa Stomat. 2002; 4(22): 199-203.

[85] Ciejak M, Sporniak-Tutak K, Malinowski J. Opieka stomatologiczna kobiet ciężarnych na podstawie piśmiennictwa. Czas Stomat. 2003; 56(5): 338-343.

[86] Nakonieczna-Rudnicka M, Bachanek T, Jakimiuk A. State of dentition of women in the reproductive age with regard to past deliveries Polish J Environ Stud. 2007; 16(2): 288-291.

z danych z piśmiennictwa tylko niewielki odsetek kobiet w ciąży jest pod kompleksową opieką stomatologiczną w tym okresie, w skład której wchodzi profilaktyka próchnicy zębów[87]. Wyniki badań własnych pokazują, że około 50% ankietowanych kobiet było u dentysty podczas ciąży (tab.20).

Posiew na paciorkowce koagulazo-dodatnie jest zalecany pod koniec ciąży jako element profilaktyki sepsy poporodowej. Bakterie te mogą bezobjawowo zasiedlać końcowy odcinek przewodu pokarmowego i pochwę, a w trakcie porodu noworodek może się zakazić, co może prowadzić do ciężkich wczesnych lub późnych infekcji noworodków. W przypadku stwierdzonej kolonizacji paciorkowcami oraz innych wskazań (np. brak badania) powinna być przeprowadzona profilaktyczna antybiotykoterapia śródporodowa. W grupie ankietowanych kobiet posiew miało 75% co może świadczyć o dość szerokim stosowaniu tego postępowania (tab. 21).

Infekcje w czasie ciąży szczególnie niektórych wirusów, bakterii, grzybów czy pierwotniaków może być groźna dla przebiegu ciąży i życia i zdrowia dziecka. Również infekcje dróg rodnych mogą mieć niekorzystny wpływ na przebieg ciąży. Ankietowane kobiety dość rzadko zgłaszały infekcje w czasie ciąży - blisko 78% nie przebyło żadnej infekcji (tab. 22).

Większość ankietowanych kobiet słyszała o możliwości pobierania i przechowywania krwi pępowinowej, natomiast dużo niższa jest wiedza na temat badań genetycznych (tab. 23).

Aktywność fizyczna jest niezwykle ważnym elementem zdrowego stylu życia. Jak ocenia WHO 6% zgonów na świecie wynika z braku aktywności fizycznej[88]. Charakterystyczna dla dzieci i młodzieży ruchliwość dramatycznie spada wraz z wiekiem przyczyniając się do rozwoju wielu chorób cywilizacyjnych. Dodatkowo kobiety ciężarne ograniczają swoją

[87] Bachanek T, Nakonieczna-Rudnicka M. Dietary habits of pregnant women. Czas Stomatol. 2009; 62(10): 800-808.

[88] Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/en/

aktywność fizyczną w trosce o zagrożenia dla przebiegu ciąży[89,90]. Badania ankietowe porównujące grupy kobiet aktywnych fizycznie w czasie ciąży z nieaktywnymi wykazały, że kobiety regularnie ćwiczące przybierały mniej na wadze, częściej rodziły siłami natury, krócej przebywały w szpitalu a noworodki były lepiej oceniane w skali Apgar[91]. Wśród ankietowanych minimum trzy razy w tygodniu co najmniej 30 minut, co wydaje się pożądanym minimalnym wysiłkiem deklarowało tylko ok. 25% badanych (tab. 25), a ponad połowa ograniczyła aktywność fizyczną (tab. 26), w dodatku większość z własnej inicjatywy, a tylko około jednej trzeciej z powodu zaleceń lekarskich (tab. 27). Tymczasem poleca się (o ile nie istnieją przeciwwskazania lekarskie) utrzymywanie aktywności fizycznej, być może zmieniając tylko charakter na mniej podatny na urazy fizyczne, a w szczególności odpowiednie ćwiczenia gimnastyczne, pływanie, spacer.

Karmienie piersią jest jedynym naturalnym sposobem żywienia niemowląt, które ma niezwykle ważny wpływ na rozwój dziecka i profilaktykę chorób cywilizacyjnych. Według zaleceń WHO karmienie piersią powinno trwać minimum 6 miesięcy, a może trwać nawet do dwóch lat. Amerykańska Akademia Pediatrii zaleca wyłączne karmienie piersią przez pierwsze sześć miesięcy[92]. Z raportu wynika, że aż 93% kobiet deklaruje rozpoczęcie karmienia piersią obecnego noworodka, jednak 31,3% kobiet, które miały już wcześniej dziecko przyznały że nie karmiły go piersią, 24,7% kobiet karmiło poprzednie dziecko do 3 miesiąca, 13,9% kobiet do 6 miesiąca, a do roku 15,4% (tab. 30).

[89] Wojtyła A, Kapka-Skrzypczak L, Biliński P, Paprzycki P. Physical activity among women at reproductive age and during pregnancy (Youth Behavioural Polish Survey – YBPS and Pregnancy-related Assessment Monitoring Survay – PrAMS) – epidemiological population studies in Poland during the period 2010-2011. Ann Agric Environ Med.2011; 18(2): 365-374.

[90] Wojtyła A, Kapka-Skrzypczak L, Paprzycki P, Skrzypczak M, Biliński P. Epidemiological studies in Poland on effect of physical activity of pregnant women on the health of offspring and future generations – adaptation of the hypothesis Development Origin of Health and Diseases. Ann Agric Environ Med. 2012; 19(2): 315.

[91] Wójtowicz K, Krekora M, Krekora K, Biesiada L, Kędzierska A, Kolasa P, Krasomski G. Wpływ aktywności fizycznej ciężarnych na przebieg porodu. Kwart Ortop. 2011; 2: 188-196.

[92] Ministerstwo Zdrowia. Departament Matki i Dziecka Warszawa, 29.03.2013 r. Komunikat w zakresie karmienia piersią jako wzorcowego sposobu żywienia niemowląt oraz preparatów zastępujących mleko kobiece (sztucznych mieszanek)
http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m15&ms=739&ml=pl&mi=739&mx=0&ma=31740.

W badaniach amerykańskich Centre of Disease Control (CDC) podaje, że w USA w 2010 r. 75,0% ankietowanych kobiet rodzących dzieci rozpoczęło karmienie piersią, ale tylko 43,0% karmiło piersią w 6 miesiącu życia dziecka. Propagowanie karmienia piersią jest jednym z priorytetów programu amerykańskiego prozdrowotnego Healthy People 2020, gdzie zakłada się, że do 2020 r. liczba niemowląt, które są chociaż raz karmione piersią ma wzrosnąć do 81,9%, karmionych w 6 miesiącu życia do 60,6%, a w 12 miesiącu życia do 34,1%. Planuje się również zwiększyć odsetek niemowląt karmionych wyłącznie piersią w 3 i 6 miesiącu życia. Założenia również dotyczą pracodawców, którzy powinni mieć zakładowe programy wspierania karmienia piersią, natomiast ograniczony powinien być odsetek karmionych piersią noworodków, które dodatkowo otrzymują sztuczne preparaty w ciągu pierwszych dwóch dni życia, a zwiększony odsetek porodów, które przebiegają w ośrodkach prowadzących zalecaną przez CDC opiekę dla matek karmiących i ich dzieci.

W Polsce również można zaobserwować pojawianie się coraz ambitniejszych ogólnopolskich programów dotyczących zdrowia, które za cel stawiają sobie zwiększanie świadomości społeczeństwa, co prowadzi do zmiany zachowań, a jednym z takich programów jest „Profilaktyczny program w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych". Biorąc za przykład najbardziej szlachetne inicjatywy krajów zachodnich, należy uznać promowanie zdrowia wśród kobiet w wieku prokreacyjnym za jeden z głównych priorytetów w ochronie zdrowia. Dlatego też kobiety, jako osoby które jako pierwsze mają bezpośredni wpływ na zdrowie nowego pokolenia, powinny być uświadamiane i kształcone nie tylko poprzez media jak telewizję i radio, ale także podczas większości badań lekarskich. Wiedza przekazywana przez personel medyczny powinna być zrównoważona i zawierać informacje zarówno dotyczących zagrożeń jak i możliwościach profilaktyki zdrowotnej.

4. WNIOSKI CZ. II

1. Zaledwie ponad połowa kobiet świadomie zmienia sposób odżywiania ze względu na ciążę.
2. Zmiany dokonywane w sposobie odżywiania często nie mają charakteru prozdrowotnego.
3. Obserwuje się wzrost zachowań profilaktycznych w kierunku wczesnego wykrywania raka szyjki macicy.
4. Zaledwie połowa kobiet podczas ciąży miała wizytę kontrolna u stomatologa.
5. Ankietowane posiadały niewielką wiedzę dotyczącą możliwości przechowywania krwi pępowinowej oraz przeprowadzenia badań genetycznych.
6. Obserwuje się niedostateczną aktywność kobiet, które w większości dodatkowo ją ograniczają podczas ciąży z własnej inicjatywy.
7. Zaledwie 31% kobiet karmi dziecko piersią przynajmniej przez 3 miesiące, przy czym aż 93% kobiet deklaruje chęć karmienia kolejnego dziecka piersią.

VI. PIŚMIENNICTWO

CZĘŚĆ I

1. Abuse and Committee on Children with Disabilities. Fetal alcohol syndrome and fetal alcohol effects. Pediatrics. 1993; 91(5): 1004-1006.
2. Andersen AM, Andersen PK, Olsen J, et al. Moderate alcohol intake during pregnancy and risk of fetal death. Int J Epidemiol. 2012; 41 :405e 13.
3. Aros S, Mills JL, Torres C, Henriquez C, Fuentes A, Capurro T, Mena M, Conley M, Cox C, Signore C, Klebanoff M, Cassorla F. Prospective identification of pregnant women drinking four or more standard drinks (≥48 g) of alcohol per day. Subst Use Misuse. 2006; 41(2): 183-197.
4. Billert H, Gaca M, Adamski D. Uzależnienie od tytoniu u ciężarnych i rodzących – implikacje anestezjologiczne. Przegl Lek. 2009; 66(10): 875-877.
5. Cekiera C. Ryzyko uzależnień. 1st Ed. TN KUL. Lublin 2000.
6. Centers for Disease Control and Prevention. PRAMS and Smoking. http://www.cdc.gov/prams/TobaccoandPrams.htm
7. Charakterystyka rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych w Polsce na podstawie badania EZOP. Raport, 2012. http://www.pzh.gov.pl/page/fileadmin/user_upload/aktualnosci/ezop/BACKGRO-UNDER_KONFERENCJA%20%20PRASOWA%20%20PROJEKTU%20EZOP.pdf [dostęp: 2013-02-08].
8. Damgaard IN, Jensen TK, Petersen JH, Skakkebaek NE, Toppari J, Main KM. Cryptorchidism and maternal alcohol consumption during pregnancy. Environ Health Perspect. 2007; 115(2): 272-277.
9. Flick LH, Cook CA, Homan SM, McSweeney M, Campbell C, Parnell L. Persistent tobacco use during pregnancy and the likelihood of psychiatric disorders. Am J Public Health. 2006; 96(10): 1799-1807.
10. George L, Granath F, Johansson AL, Annerén G, Cnattingius S. Environmental tobacco smoke and risk of spontaneous abortion. Epidemiology. 2006; 17(5): 500-505.
11. Goodwin RD, Keyes K, Simuro N. Mental disorders and nicotine dependence among pregnant women in the United States. Obstet Gynecol. 2007; 109(4): 875-883.

12. Guzikowski W, Pirogowicz I. Wpływ palenia tytoniu w ciąży na obniżenie stężenia witaminy C w surowicy krwi. Przegl Lek. 2008; 65(10): 505.

13. Habek D. Effects of smoking and fetal hypokinesia in early pregnancy. Arch Med Res. 2007; 38(8): 864-867.

14. Hankin JR. Fetal alcohol syndrome prevention research. Alcohol Res Health. 2002; 26: 58-65.

15. Hawkins JD, Catalano RF, Miller JY. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. Psychol Bull. 1992; 112(1): 64-105.

16. Holemans K, Aerts. Van Asschef A. Life-time consequences of abnormal fetal pancreatic development. J Physiol. 2003; 547: 11–20.

17. Jaddoe VW, Troe EJ, Hofman A, et al. Active and passive maternal smoking during pregnancy and the risks of low birthweight and preterm birth: the Generation R Study. Paediatr Perinat Epidemiol. 2008; 22: 162-71.

18. Kaleta D, Makowiec-Dąbrowska T, Polańska K, Dziankowska-Zaborszczyk E, Drygas W. Palenie tytoniu i inne negatywne zachowania zdrowotne wśród osób czynnych zawodowo. Med Pr. 2009; 60(1): 7–14.

19. Kesmodel U, Wisborg K, Olsen SF, et al. Moderate alcohol intake during pregnancy and the risk of stillbirth and death in the first year of life. Am J Epidemiol. 2002; 155: 305-312.

20. Kopecky EA, Simone K, Knie B, Koren G. Transfer of morphine across the human placenta and its interaction with naloxone. Life Sci. 1999; 65: 2359–2371.

21. Kopiel A. Społeczne skutki nadużywania alkoholu. Med Ogólna. 2004; 10: 49-56.

22. Krulewitch C. Alcohol consumption during pregnancy. Annu Rev Nurs Res. 2005; 23: 101-134.

23. Lassen K, Oei T. Effects of maternal cigarette smoking during pregnancy on long-term physical and congestive parameters of children development. Addict Behav. 1998; 23: 635-638.

24. Lieber CS. Medical disorders of alcoholism. N Engl J Med. 1995; 333: 1058–1065.

25. Malczewski A, Bukowska B, Jabłoński P, Kidawa M, Struzik M, Sokołowska E, Strzelecka A, Radomska A, Chojecki D, Bajerowska B, Jędruszak Ł, Muszyńska D, Krawczyk W. Raport Krajowy 2009: Sytuacja narkotykowa w Polsce, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa, 2009.

26. Malczewski A, Kidawa M, Struzik M, Strzelecka A, Sollich K, Misiurek A, Jedruszak Ł, Jabłonski P, Bukowska B, Radomska A, Stawecka E, Jurkowski P, Gryn K, Chojecki D. 2012 NATIONAL REPORT (2011 data) TO THE EMCDDA by the Reitox Polish Reitox Focal Point, REITOX, Warszawa 2012.

27. Malek A, Ivy D, Blann E, Mattisom DR. Impact of cocaine on human placental function using an in vitro perfusion system. J Pharmacol Toxicol Methods. 1995; 33: 213–219.

28. Markussen Linnet K, Obel C, Bonde E, et al. Cigarette smoking Turing pregnancy and hyperactive- distractible preschooler's: a follow- up study. Acta Pediatr. 2006; 95: 694-696.

29. Miyake Y, Miyamoto S, Ohya Y, et al. Association of active and passive smoking with allergic disorders in pregnant Japanese women. Ann Allergy Asthma Immunol. 2005; 94: 644-51.

30. Monteiro M. Alcohol and Public Health in the Americas: a case for action, PAHO 2007.

31. Moskalewicz J. Problemy zdrowia prokreacyjnego związane z konsumpcją alkoholu. W: Niemiec T. [red.] Raport: Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15–49 lat. Polska 2006. Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju, Warszawa 2007.

32. Moskalewicz J. Problemy zdrowia prokreacyjnego związane z konsumpcją alkoholu. Alkohol Narkom 2007; 20(1): 55-63.

33. Pastrakulijc A, Derewlany LO, Koren G. Maternal Cocaine Use and Cigarette Smoking in Pregnancy in Relation to Amino Acid Transport and Fetal Growth. Placenta, 1999; 20: 499–512.

34. Perz S, Kara-Perz H. Dym tytoniowy jako czynnik ryzyka zespołu nagłej śmierci noworodka (SIDS), ocena wiedzy i postaw kobiet. Przegl Lek. 2005; 62(10): 960.

35. Picini S, Basagana , Pacifici R, et al. In tero exposure to smoking and newborn neurobehavior, how to asses neonatal withdrawal syndrome? Ther Drug Monit. 2006; 28: 288-289.

36. Polańska K, Hanke W, Sobala W. Ekspozycja na dym tytoniowy kobiet w ciąży– wyniki badania prospektywnego w regionie łódzkim. Przegl Lek. 2007; 64(10): 824.

37. Raja A, Hollins S. Low level alcohol consumption and the fetus. BMJ. 2005; 330: 375-376.

38. Raport w sprawie dopalaczy – nowych narkotyków, Newsletter GIS. Warszawa 2011. http://www.gis.gov.pl/ckfinder/userfiles/files/%C5%9Arodki%20Zast%C4%99pcze/R

APORT%20W%20SPRAWIE%20DOPALACZY%20-%20NOWYCH%20NARKOTYK%C3%93W.pdf [dostęp: 2013-02-08].

39. Reuben A. Alcohol and the liver. Curr Opin Gastroenterol. 2006; 22: 263-271.
40. Ripabelli G, Cimmino L, Grasso G. Alcohol consumption, pregnancy and fetal alcohol syndrome: implications in public health and preventive strategies. Ann Ig. 2006; 18(5): 391-406.
41. Salmon J. Fetal alcohol spectrum disorder: New Zealand birth mothers' experiences. Can J Clin Pharmacol. 2008; 15: 191-213.
42. Sierosławski J. Narkotyki. W: Niemiec T. [red.] Raport: Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15–49 lat. Polska 2006. Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju, Warszawa 2007.
43. Sierosławski J. Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2011 r. Europejski program badań ankietowych w szkołach ESPAD. http://www.parpa.pl/images/file/Raport ESPAD.pdf
44. Spohr HL, Willms J, Steinhausen HC. Prenatal alcohol exposure and long-term developmental consequences. Lancet. 1993; 341: 907-910.
45. Szychta W, Skoczylas M, Laudański T. Spożywanie alkoholu i palenie tytoniu przez kobiety w ciąży- przegląd badań. Perinatol Neonatol Ginekol. 2008; 1(4): 309-313.
46. Szymanowski K, Chmaj- Wierzchowska, Florek E, et al. Wpływ dymu tytoniowego na rozwój płodu, noworodka i dziecka – przegląd piśmiennictwa. Przegl Lek. 2006; 10: 1135-1137.
47. Wisborg K, Kesmodel U, Henriksen TB et al. Exposure to tobacco smoke in utero and the risk of stillbirth and death in the first year of life. Am J Epidemiol. 2001; 154: 322-327.
48. Wojtyła A, Goździewska M, Paprzycki P, Biliński P. Tobacco-related Foetal Origin of Adult Diseases Hypothesis – population studies in Poland. Ann Agric Environ Med. 2012; 19(1): 117-128.
49. Wojtyła A, Kapka-Skrzypczak L, Diatczyk J, Fronczak A, Paprzycki P. Alcohol-related Developmental Origin of Adult Health – population studies in Poland among mothers and newborns (2010-2012). Ann Agric Environ Med. 2012; 19(3): 365-377.
50. Wojtyła C, Głuszek Ł, Biliński P, Paprzycki P, Warzocha K. Smoking during pregnancy – hematological observations in pregnant women and their newborns after delivery. Ann Agric Environ Med. 2012; 19(4): 836-841.

51. Zatoński W. Palenie tytoniu. W: Niemiec T. [red.] Raport: Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15–49 lat. Polska 2006. Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju, Warszawa, 2007.

52. Żukiewicz-Sobczak W, Chmielewska-Badora J, Krasowska E, Wojtyła A, Piątek J. 'Legal highs' – an experiment at high risk, in terms of provisions of the new Act. Med. Og Nauk Zdr. 2012; 18(2): 137-140.

53. Żukiewicz-Sobczak W, Zwoliński J, Chmielewska-Badora J, Krasowska E, Piątek J, Sobczak P, Wojtyła A, Fornal E, Kuczumow A, Biliński P. Analysis of psychoactive and intoxicating substances in legal highs. Ann Agric Environ Med. 2012; 19(2): 309-314.

CZĘŚĆ II

1. Arbyn M, Raifu AO, Weiderpass E, Bray F, Anttila A. Trends of cervical cancer mortality in the member states of the European Union. Eur J Cancer. 2009; 45(15): 2640-2648.

2. Bachanek T, Nakonieczna-Rudnicka M. Dietary habits of pregnant women. Czas Stomatol. 2009; 62(10): 800-808.

3. Bannach M, Mierzwa T, Grabiec M i wsp. Wpływ edukacji zdrowotnej na uczestnictwo kobiet ze środowisk wiejskich kujawsko- pomorskiego w badaniach profilaktycznych. Ann Acad Med Siles. 2005; 59: 251-256.

4. Bidziński M, Dębski R, Kędzia W. Stanowisko Zespołu Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego na temat profilaktyki raka gruczołu szyjki macicy, Ginekol Pol. 2008; 79: 710-714.

5. Bojar I, Humeniuk E, Wdowiak L, Miotła P, Warchol-Sławińska E, Włoch K. Zachowania żywieniowe kobiet ciężarnych. Probl Hig Epidemiol. 2007; 88(1): 74-77.

6. Borakowska-Siennicka M. Stan przyzębia i higieny jamy ustnej u kobiet ciężarnych. Nowa Stomat. 2002; 4(22): 199-203.

7. Brambilla E, Felloni A, Gagliani M, Malerba A, Garcia-Godoy F, Strohmenger L. Caries prevention during pregnancy: results of a 30-month study. JADA. 1998; 129: 871-877.

8. Chazan B. Mała masa urodzeniowa – czy poradzimy sobie z tym problemem? Med Wieku Rozwoj. 2003; 2(3): 11-24.

9. Ciejak M, Sporniak-Tutak K, Malinowski J. Opieka stomatologiczna kobiet ciężarnych na podstawie piśmiennictwa. Czas Stomat. 2003; 56(5): 338-343.

10. Durke A. Żywienie kobiet w ciąży. Poł. Nauka Prakt. 2008; 2: 33-34.

11. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/en/

12. Godala M, Pietrzak K, Łaszek M, Gawron-Skarbek A, Szatko F. Zachowania zdrowotne łódzkich kobiet w ciąży. Cz. I. Sposób żywienia i suplementacja witaminowo-mineralna. Probl Hig Epidemiol. 2012; 93(1): 38-42.

13. Gonzaga HF, Buso L, Jorge MA, Gonzaga LH. Intrauterine Dentistry: An Integrated Model of Prevention. Braz Dent J. 2001; 12(2): 139-142.

14. Hamułka J, Wawrzyniak A, Pawłowska R. Ocena spożycia witamin i składników mineralnych z suplementami diety przez kobiety w ciąży. Roczn PZH. 2010; 61(3): 269-275.

15. Hamułka J, Wawrzyniak A, Pawłowska R. Ocena spożycia witamin i składników mineralnych z suplementami diety przez kobiety w ciąży. Roczn PZH. 2010; 61(3): 269-275.

16. Kordek R. Skrining onkologiczny. Onkol Pol. 2004; 1: 13-18.

17. Krajowy Rejestr Nowotworów. http://epid.coi.waw.pl/krn/

18. Leźnicka M, Mierzwa T, Jachimowicz-Wołoszynek D, Żyrkowski J. The individual invitation system vs. women's attendance rate at preventive tests performed as a part of oncological prevention programs. Probl Hig Epidemiol. 2009; 90(2): 627-630.

19. Ministerstwo Zdrowia. Departament Matki i Dziecka Warszawa, 29.03.2013 r. Komunikat w zakresie karmienia piersią jako wzorcowego sposobu żywienia niemowląt oraz preparatów zastępujących mleko kobiece (sztucznych mieszanek) http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m15&ms=739&ml=pl&mi=739&mx=0&ma=31740.

20. Nakonieczna-Rudnicka M, Bachanek T, Jakimiuk A. State of dentition of women in the reproductive age with regard to past deliveries Polish J Environ Stud. 2007; 16(2): 288-291.

21. Ostrowska L, Karczewski JK. Żywienie kobiety w ciąży i w okresie laktacji. Med Rodz. 1998; 1: 18-23.

22. Piekarska E, Krasomski G, Dominowska J, Tobor E. Ocena wpływu wybranych czynników socjalno-demograficznych na przedwczesne zakończenie ciąży i urodzeniową masę ciała noworodków. Perinatol Neonatol Ginekol. 2010; 3(4): 277-281.

23. Rymkiewicz L, Leibschang J, Filipp E, i wsp. Wiek matki, wykształcenie, jakość opieki położniczej w czasie ciąży a ryzyko wystąpienia porodu przedwczesnego. Med Wieku Rozwoj. 2003; 7(3): 149-156.

24. Tymczyna B, Sarna-Bos K, Krochmalska E, Skorupska-Okon A, Ciukiewicz A. Ocena wiedzy ciezarnych na temat wpływu odżywiania na uzębienie dziecka. Zdr Publ. 2004; 114(4): 541-544.

25. Wawrzyniak A, Hamułka J, Kosowska B. Ocena spożycia energii, tłuszczu i cholesterolu u kobiet w ciąży. Żyw Człow Metabol. 2003; 30: 520-525.

26. WHO position on HPV vaccines, conference report. Vaccine, 2009; 27: 7236-7237.

27. Wojtyła A, Kapka-Skrzypczak L, Paprzycki P, Skrzypczak M, Biliński P. Epidemiological studies in Poland on effect of physical activity of pregnant women on the health of offspring and future generations – adaptation of the hypothesis Development Origin of Health and Diseases. Ann Agric Environ Med. 2012; 19(2): 315.

28. Wojtyła A, Kapka-Skrzypczak L, Biliński P, Paprzycki P. Physical activity among women at reproductive age and during pregnancy (Youth Behavioural Polish Survey – YBPS and Pregnancy-related Assessment Monitoring Survay – PrAMS) – epidemiological population studies in Poland during the period 2010-2011. Ann Agric Environ Med.2011; 18(2): 365-374.

29. World Health Organization: Worldwide prevalence of anaemia 1993-2005. WHO global database on anaemia. Geneva, Switzerland, WHO 2008.

30. Woźniak I. Wiedza o schorzeniach nowotworowych narządów kobiecych i postawy kobiet wobec badań profilaktycznych. Probl Pielęg. 2008; 16(1-2): 136–143.

31. Wójtowicz K, Krekora M, Krekora K, Biesiada L, Kędzierska A, Kolasa P, Krasomski G. Wpływ aktywności fizycznej ciężarnych na przebieg porodu. Kwart Ortop. 2011; 2: 188-196.

32. Zimmerman S. Fifteen Years of Fortifying With Folic Acid: Birth Defects are Reduced and Healthcare Expenses are Averted. Sight and Life. 2011; 25(3): 54-59.

VII ANEKS

Załączniki

1. Kwestionariusz badania ankietowego pt. "Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży" prowadzonego w ramach Projektu *„Profilaktyczny program w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych"* współfinansowanego ze środków Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy.

2. Instrukcja dla ankietera. badania ankietowego pt. "Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży" prowadzonego w ramach Projektu *„Profilaktyczny program w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych"* współfinansowanego ze środków Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy.

3. Informacja zbiorcza z realizacji badania ankietowego pt. "Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży" prowadzonego w ramach Projektu *„Profilaktyczny program w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych"* współfinansowanego ze środków Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy.

4. Pismo z GIS do Dyrektora IMW dotyczące badania ankietowego pt. "Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży" prowadzonego w ramach Projektu *„Profilaktyczny program w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych"* współfinansowanego ze środków Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy.

5. Pismo z GIS do PWIS dotyczące badania ankietowego pt. "Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży" prowadzonego w ramach Projektu *„Profilaktyczny program w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych"* współfinansowanego ze środków Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy.

6. Pismo z GIS do Dyrektorów Szpitali / Ordynatorów Oddziałów Ginekologiczno-Położniczych, dotyczące badania ankietowego pt. "Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży" prowadzonego w ramach Projektu *„Profilaktyczny program w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych"* współfinansowanego ze środków Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy.

SWISS CONTRIBUTION

Ministerstwo Zdrowia

SWISS CONTRIBUTION

Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży

Szanowna Pani!

Główny Inspektorat Sanitarny we współpracy z Instytutem Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie, Instytutem Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera w Łodzi, Państwową Agencją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Krajowym Biurem do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii przeprowadza badanie ankietowe dotyczące zachowań zdrowotnych kobiet w ciąży. Pani odpowiedzi posłużą ocenie programów zdrowotnych realizowanych przez jednostki podległe Ministrowi Zdrowia, a także przyczynią się do określenia potrzeb zdrowotnych kobiet w Polsce. W związku z tym, zwracamy się do Pani z uprzejmą prośbą o rzetelne wypełnienie kwestionariusza ankiety. Ankieta jest dobrowolna i anonimowa. Wywiad przeprowadza upoważniony przedstawiciel Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Proszę wypełnić tylko część A kwestionariusza. Części B i C wypełnia personel medyczny i ankieter.

Po dokładnym przeczytaniu pytania prosimy zwykle o udzielanie odpowiedzi przez POSTAWIENIE ZNAKU „X" NAJCZĘŚCIEJ PRZY TYLKO JEDNEJ Z PODANYCH WERSJI ODPOWIEDZI (w odpowiednim kwadracie po lewej stronie wersji odpowiedzi). Jeśli będzie to wyraźnie stwierdzone w pytaniu, w niektórych przypadkach można udzielić więcej niż jedną wersję odpowiedzi (zaznaczyć więcej niż jeden znak „X"). Dla niektórych pytań trzeba także podać konkretną liczbę lub nie wpisywać żadnej odpowiedzi – będzie to także wyraźnie zaznaczone w pytaniu.

Część A (wypełnia Pacjentka)

1. Jaki jest Pani stan cywilny? (Proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)

- [ ] [1] Zamężna
- [ ] [2] W związku nieformalnym
- [ ] [3] Panna
- [ ] [4] Rozwiedziona / w separacji
- [ ] [5] Wdowa

2. Jakie wykształcenie posiada Pani oraz ojciec dziecka? (Proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź dla Pani i jedną dla ojca dziecka)

Pani	Ojciec dziecka	
		[1] Podstawowe lub bez wykształcenia
		[2] Gimnazjalne
		[3] Ponadgimnazjalne zawodowe
		[4] Ponadgimnazjalne ogólnokształcące
		[5] Pomaturalne
		[6] Wyższe zawodowe (licencjat, inżynier)
		[7] Wyższe magisterskie
		[8] Inne wykształcenie lub nieokreślone

3. Jaki jest charakter wykonywanej przez Panią oraz ojca dziecka pracy? (Proszę zaznaczyć po jednej odpowiedzi dla ojca dziecka i dla Pani)

Pani	Ojciec dziecka	
		[1] praca umysłowa
		[2] praca fizyczna
		[3] nie pracuję
		[4] uczę się/studiuję

4. Proszę wpisać poniżej swoją datę urodzenia. (dzień/miesiąc/rok).

dzień ☐☐ miesiąc ☐☐ rok ☐☐☐☐

5. Proszę wpisać poniżej datę urodzenia (dzień/miesiąc/rok) **noworodka(-ów), z którym(i) obecnie przebywa Pani w szpitalu.**

dzień ☐☐ miesiąc ☐☐ rok ☐☐☐☐

6. Proszę podać miejsce zamieszkania. (Proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)

- [ ] [1] Miasto powyżej 500 tys. Mieszkańców
- [ ] [2] Miasto od 100–500 tys. Mieszkańców
- [ ] [3] Miasto 50–100 tys. Mieszkańców
- [ ] [4] Miasto 10–50 tys. Mieszkańców
- [ ] [5] Miasto poniżej 10 tys. Mieszkańców
- [ ] [6] Wieś

7. Proszę podać osoby, z którymi Pani mieszka. (Można zaznaczyć kilka odpowiedzi. Jeśli mieszka Pani sama proszę nie zaznaczać żadnej odpowiedzi)

- [ ] [1] Z mężem
- [ ] [2] Z partnerem
- [ ] [3] Z rodzicami
- [ ] [4] Z rodzeństwem
- [ ] [5] Z dzieckiem/dziećmi
- [ ] [6] Z innymi osobami

8. Proszę podać jak ocenia Pani swoje warunki socjalno-bytowe. (Proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)

- [ ] [1] bardzo dobre
- [ ] [2] dobre
- [ ] [3] średnie
- [ ] [4] złe

9. Proszę podać jak ocenia Pani swoją sytuację materialną. (Proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)

- [ ] [1] bardzo dobra
- [ ] [2] dobra
- [ ] [3] średnia
- [ ] [4] zła

10. Proszę wpisać, czy obecna ciąża była planowana.

- [ ] [1] Tak
- [ ] [2] Nie

11. Proszę wpisać, którą ciążę obecnie Pani przebyła i którym z kolei porodem był obecny poród. (Proszę wstawić liczbę kolejnej ciąży i porodu. Jeśli obecna ciąża była twoją pierwszą – proszę przejść od razu do pytania 17)

	numer ciąży
	numer porodu

12. Proszę podać czy poprzednie porody odbywały się w terminie. (Proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź dla każdej ciąży w odpowiedniej kolumnie. Jeśli obecna ciąża jest jedyną proszę nie zaznaczać tu żadnej odpowiedzi)

Przed terminem	W terminie	Po terminie	Kolejne dzieci od najmłodszego
			[1] Drugie dziecko
			[2] Trzecie dziecko
			[3] Czwarte dziecko
			[4] Piąte dziecko

Część A (wypełnia Pacjentka)

13. Proszę podać rodzaj porodu poprzednich ciąż. (Proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź dla każdej ciąży w odpowiedniej kolumnie. Jeśli obecna ciąża jest jedyną proszę nie zaznaczać tutaj żadnej odpowiedzi)

Sposób naturalny (Proszę przejść do pytania 15)	Przez cięcie cesarskie	Kolejne dzieci od najmłodszego
		[1] Drugie dziecko
		[2] Trzecie dziecko
		[3] Czwarte dziecko
		[4] Piąte dziecko

14. Jeśli przy którejś z ciąż zaznaczyła Pani cesarskie cięcie proszę podać przyczynę. (Można zaznaczyć kilka odpowiedzi. Jeśli obecna ciąża jest jedyną nie zaznaczać żadnej odpowiedzi)

	[0] nie znam przyczyn cięcia cesarskiego – po zaznaczeniu tej odpowiedzi proszę NIE ZAZNACZAĆ już żadnej z niższych wersji odpowiedzi
	[1] brak postępu porodu (brak rozwarcia, ciąża po terminie)
	[2] nieprawidłowe położenie lub ułożenie płodu
	[3] zagrażająca zamartwica płodu lub nieprawidłowe tętno płodu
	[4] nadciśnienie tętnicze, gestoza
	[5] duży płód
	[6] ciąża bliźniacza
	[7] odklejenie łożyska
	[8] cukrzyca
	[9] problemy okulistyczne
	[10] problemy ortopedyczne
	[11] inna przyczyna

15. Proszę podać jaka była masa urodzeniowa dzieci urodzonych w poprzednich ciążach. (Proszę wpisać masę urodzeniową dziecka w gramach. Jeśli obecna ciąża jest jedyną proszę nie odpowiadać na to pytanie)

Masa urodzeniowa dziecka	Kolejne dzieci od najmłodszego
	[1] Drugie dziecko
	[2] Trzecie dziecko
	[3] Czwarte dziecko
	[4] Piąte dziecko

15A. Proszę podać wiek wystąpienia u Pani pierwszej miesiączki (w latach).

.....

16. Proszę podać jaka była wartość skali Apgar wcześniej urodzonych dzieci. (Proszę wpisać wartość skali, skala Apgar ma wartości od 0 do 10 punktów. Jeśli obecna ciąża jest jedyną proszę nie zaznaczać żadnej odpowiedzi)

Skala Apgar	Kolejne starsze dzieci od najmłodszego
	[1] Drugie dziecko
	[2] Trzecie dziecko
	[3] Czwarte dziecko
	[4] Piąte dziecko

17. Czy zmieniła Pani dietę w czasie obecnej ciąży i na czym polegała ta zmiana? (Można zaznaczyć kilka odpowiedzi, po jednej dla każdego rodzaju pokarmu. Jeśli nie zmieniła Pani diety proszę zaznaczyć ostatnią odpowiedź i nie zaznaczać niczego więcej w tym pytaniu)

Nie spożywałam	Spożywałam mniej	Spożywałam więcej	
			[1] potrawy mączne
			[2] ryby/owoce morza
			[3] nabiał (mleko i jego przetwory) jaja
			[4] mięso czerwone (wołowina, wieprzowina)
			[5] mięso białe (drób)
			[6] wątrzywa
			[7] owoce
			[8] ciasta i słodycze
			[9] oleje roślinne
			[10] nie zmieniałam diety w czasie ciąży – po zaznaczeniu tej odpowiedzi proszę NIE ZAZNACZAĆ już żadnej z innych wersji odpowiedzi

18. Które z poniższych posiłków jadła Pani będąc w obecnej ciąży? (Proszę zaznaczyć wyłącznie jedną kolumnę dla każdego rodzaju posiłku)

Codziennie	Czasami	Wcale	
			[1] Pierwsze śniadanie
			[2] Drugie śniadanie
			[3] Obiad
			[4] Podwieczorek
			[5] Kolacja

19. Jak często spożywała Pani wymienione poniżej produkty będąc w obecnej ciąży? (Proszę zaznaczyć wyłącznie jedną kolumnę dla każdego rodzaju produktu)

Codziennie	Czasami	Wcale	
			[1] Soki owocowe
			[2] Woda gazowana i niegazowana
			[3] Napoje słodzone
			[4] Kawa kofeinowa
			[5] Herbata
			[6] Napoje energetyzujące

20. Proszę podać swój wzrost w centymetrach oraz swoją masę (w kilogramach) przed ciążą i przed porodem. (Proszę wpisać odpowiednie liczby)

kg	Masa ciała w kg przed ciążą
kg	Masa ciała w kg pod koniec ciąży
cm	Wzrost w cm

21. Czy w obecnej ciąży miała Pani wykonywany test z doustnym obciążeniem glukozą?

	[1] Tak
	[2] Nie

22. Czy rozpoznano u Pani cukrzycę? (Proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)

	[0] Nie rozpoznano u mnie cukrzycy teraz ani w poprzednich ciążach - jeśli zaznaczyła Pani tę odpowiedź, proszę nie zaznaczać nic więcej i przejść od razu do pytania 28
	[1] Tak, bez związku z wcześniejszymi i obecną ciążą
	[2] Tak, w czasie którejkolwiek wcześniejszej ciąży, ale ustąpiła po porodzie (cukrzyca ciężarnych)
	[3] Tak, w czasie obecnej ciąży

23. Jeśli tak to, w którym tygodniu ciąży rozpoznano u Pani cukrzycę?

	[0] przed 6 tygodniem trwania ciąży
	[1] między 6 tygodniem a 3 miesiącem ciąży
	[2] między 3 a 6 miesiącem ciąży
	[3] powyżej 6 miesiąca ciąży

24. Jeśli w czasie którejś z poprzednich ciąż zdiagnozowano u Pani cukrzycę ciężarnych i tak zaznaczono w poprzednim pytaniu, jaką terapię u Pani stosowano? (Proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź. Jeśli nie miała Pani cukrzycy proszę nic nie zaznaczać)

	[1] tylko dietę
	[2] insulinę
	[3] insulinę i dietę

Część A (wypełnia Pacjentka)

25. Czy w trakcie leczenia cukrzycy ciężarnych w poprzednich ciążach udawało się Pani utrzymywać wartości poziomu cukru w granicach normy? (Proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)

	[1] Tak
	[2] Nie

26. Jeśli w czasie obecnej ciąży zdiagnozowano u Pani cukrzycę, jaką terapię u Pani stosowano? (Proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)

	[1] Przyjmowałam insulinę
	[2] Stosowałam dietę i przyjmowałam insulinę
	[3] Stosowałam tylko dietę

27. Czy w trakcie leczenia cukrzycy w obecnej ciąży udawało się utrzymywać wartości poziomu cukru w granicach normy? (Proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)

	[1] Tak
	[2] Nie

28. Ile razy miała Pani mierzone ciśnienie tętnicze w obecnej ciąży? (Proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)

	[1] Nie miałam zmierzonego ciśnienia
	[2] 1-2 razy w ciąży
	[3] 3-5 razy w ciąży
	[4] Ponad 5 razy w ciąży
	[5] Przy każdej wizycie w poradni

29. Jeśli tak, to czy rozpoznano u Pani nadciśnienie tętnicze? (proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)

	[0] Nie rozpoznano u mnie nadciśnienia – jeśli zaznaczyła Pani tę odpowiedź proszę nie zaznaczać nic więcej i przejść od razu do pytania 31
	[1] Tak, bez związku z poprzednimi lub obecną ciążą
	[2] Tak, w czasie którejkolwiek wcześniejszej ciąży, ale ustąpiło po porodzie (nadciśnienie ciężarnych)
	[3] Tak, w czasie obecnej ciąży

30. Jeśli tak, to, w którym tygodniu obecnej ciąży rozpoznano u Pani nadciśnienie tętnicze?

	[0] Przed 20 tygodniem trwania ciąży
	[1] Po 20 tygodniu trwania ciąży
	[2] W trakcie połogu

31. Jakie mniej więcej wartości ciśnienia tętniczego w mm występowały u Pani przed i w czasie obecnej ciąży? (Proszę wpisać wartość ciśnienia skurczowego i rozkurczowego w mmHg)

skurczowe	rozkurczowe	
		[1] Wartość ciśnienia tętniczego przed ciążą mmHg
		[2] Wartość ciśnienia tętniczego w czasie ciąży mmHg

32. Czy i w którym tygodniu obecnej ciąży leżała Pani w szpitalu? (Jeśli tak, proszę wpisać w którym tygodniu ciąży rozpoczęto hospitalizację)

	[0] Nie byłam w szpitalu [Proszę przejść do pytania 34]
tydz. ciąży	[1] Tak, leżałam w szpitalu

33. Jeśli tak, to jaki był powód hospitalizacji? (Może Pani zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)

	[1] Krwawienie we wczesnej ciąży
	[2] Zagrażające poronienie
	[3] Skurcze mięśnia macicy/poród przedwczesny
	[4] Wymioty ciężarnych
	[5] Nadciśnienie tętnicze
	[6] Cukrzyca ciężarnych
	[7] Duże obrzęki
	[8] Słabe odczuwanie ruchów płodu
	[9] Inny powód

34. Od kiedy w związku z ciążą zaczęła Pani zażywać wymienione niżej preparaty? (Proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź dla każdego preparatu, czyli tylko jedną kolumnę)

[a] Nie zażywałam tego preparatu w ciąży	[b] Wcześniej niż 2 miesiące przed ciążą	[c] Od 2 miesiąca przed ciążą	[d] Od I miesiąca ciąży	[e] Od II-III miesiąca ciąży	[f] Od IV-V miesiąca ciąży	[g] Od VI-VII miesiąca ciąży	[h] Od VIII miesiąca ciąży	
								[1] Kwas foliowy
								[2] Preparaty wielo-witaminowe (np. centrum materna, prenatal complex, femibion, falvit mama, pharmaton matfu-elle, pregna plus, pregnavit,)
								[3] Żelazo i preparaty z żelazem (np. ascofer, biofer, tardyferon, sorbifer dufules, femiferal)

35. Co/kto skłoniło Panią do przyjmowania wymienionych wcześniej preparatów? (Może Pani zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź. Jeśli nie przyjmowała Pani preparatów proszę nie zaznaczać niczego i przejść do następnego pytania)

	[1] Lekarz rodzinny
	[2] Lekarz ginekolog
	[3] Położna lub pielęgniarka
	[4] Znajomi, rodzina
	[5] Dowiedziałam się z mediów (radia, telewizji, gazet, czasopism)
	[6] Wyczytałam w fachowej literaturze (poradniki, książki)
	[7] Inny powód

36. Jaki poziom hemoglobiny stwierdzono u Pani podczas ciąży? Jeśli pamięta Pani wartości poziomu hemoglobiny, to proszę je podać. (Proszę zaznaczyć krzyżyk lub wstawić liczbę tylko przy jednej odpowiedzi)

	[1] Stwierdzono niepfawidłowy (obniżony) poziom hemoglobiny, ale nie pamiętam jaki
	[2] Nie stwierdzono niepfawidłowego poziomu hemoglobiny, ale nie pamiętam wyniku
g/dl	[3] Stężenie hemoglobiny przed ciążą lub na początku ciąży
g/dl	[4] Najniższe stężenie hemoglobiny w ciąży

37. Czy z powodu obniżonego poziomu hemoglobiny zażywała Pani jakieś leki? (Proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)

	[1] Tak
	[2] Nie

38. Czy pali Pani papierosy?

	[1] Tak
	[2] Przestałam palić w czasie ciąży
	[3] Nie, nie palę od ..... lat (Proszę wpisać liczbę lat)
	[4] Nigdy nie paliłam [Proszę przejść do pytania 40]

39. Proszę wpisać ile papierosów przeciętnie w ciągu jednego dnia wypalała Pani w podanych niżej okresach? (Proszę wpisać liczbę sztuk wypalanych w ciągu dnia papierosów dla każdego okresu, w którym Pani paliła)

	[1] Kiedykolwiek wcześniej niż 3 m-ce przed ciążą
	[2] W ostatnich 3 m-cach przed ciążą
	[3] W pierwszych miesiącach obecnej ciąży
	[4] W ostatnich 3 m-cach obecnej ciąży
	[5] W obecnej chwili

40. Jak często w ciągu ostatniego roku ktoś inny palił w Pani domu? (Proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)

	[1] Codziennie
	[2] Kilka razy w tygodniu
	[3] Kilka razy w miesiącu
	[4] Nigdy

Część A (wypełnia Pacjentka)

41. Jak często w zakładzie pracy, w którym Pani pracuje, pali się papierosy w Pani obecności? (Proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)

	[1] Codziennie
	[2] Kilka razy w tygodniu
	[3] Kilka razy w miesiącu
	[4] Nigdy

42. Jak często spożywała Pani alkohol w podanych okresach i w jakiej średniej ilości na dzień, w którym Pani piła? (Proszę wpisać dzienną ilość alkoholu w porcjach standardowych dla tylko jednej wersji odpowiedzi w każdej z kolumn. Jeśli nie spożywała Pani alkoholu w żadnym z okresów proszę nie wypełniać niczego i przejść od razu do pytania 44)

Butelka (kufel) piwa = 2,5 porcji standardowej
Małe piwo = 1,5 porcji standardowej
Lampka wina = 1 porcja standardowa
Butelka wina = 7,5 porcji standardowych
Kieliszek wódki = 2 porcje standardowe
Butelka „ćwiartka" wódki = 10 porcji standardowych
Butelka „pół litra" wódki = 20 porcji standardowych

[a] Podczas 3 miesięcy poprzedzających ciążę	[b] Podczas ciąży	
		[1] Cztery lub więcej razy w tygodniu
		[2] Dwa lub trzy razy w tygodniu
		[3] Dwa do czterech razy w miesiącu
		[4] Raz w miesiącu lub rzadziej

43. Jakiego rodzaju alkohol spożywała Pani ostatnio? (Może Pani zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź. Jeśli nie spożywała Pani alkoholu proszę nic nie zaznaczać i przejść od razu do następnego pytania)

	[1] Piwo niskoalkoholowe
	[2] Piwo
	[3] Czerwone wino
	[4] Białe wino
	[5] Wino wzmacniane (sherry, porto, madera)
	[6] Coolery lub inne napoje gazowane z alkoholem
	[7] Mocne alkohole (wódka, gin, koniak, whiskey, likier)

44. Czy lekarz prowadzący ciążę wypowiadał się na temat spożycia alkoholu w ciąży? (proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)

	[0] W ogóle nie omawiał kwestii picia alkoholu w ciąży
	[1] Zalecał powstrzymanie się od picia jakichkolwiek ilości alkoholu w ciąży
	[2] Dopuszczał picie niewielkich ilości alkoholu w celu podtrzymania ciąży
	[3] Zalecał picie niewielkich ilości alkoholu z innego powodu

45. Czy i ile razy zdarzyło się Pani używać którejkolwiek z podanych niżej substancji psychoaktywnych? (Proszę wpisać ile razy w danym okresie środek był stosowany. Jeśli nie używała Pani żadnego z wymienionych, proszę nie wprowadzać nic i przejść od razu do następnego pytania)

[a] W ogóle	[b] W obecnej ciąży i 3 m-ce przed nią	
		[1] Haszysz, marihuanę lub podobne (np. THC)
		[2] Środki opioidowe - morfinę, heroinę, kodeinę, tramal, metadon i inne
		[3] Środki psychopobudzające – amfetamina, metamfetamina, efedryna, np. ecstasy, itp.
		[4] Kokainę lub podobne
		[5] Środki psychodeliczne, halucynogenne jak LSD, MDA, meskalinę
		[6] Inne środki halucynogenne, np. grzyby, atropinę, skopolaminę, pochodne szałwii
		[7] Środki wziewne - kleje, rozpuszczalniki, itp.
		[8] Jakikolwiek środek w postaci zastrzyków
		[9] Inny środek, ale nie pamiętam jaki lub nie potrafię określić do jakiej grupy należy

46. Czy w obecnej ciąży lub 3 miesiące przed nią używała Pani „dopalaczy"?

	[1] Tak
	[2] Nie

47. Czy zdarzyło się Pani przyjmować leki uspokajające lub nasenne dostępne? (Proszę wpisać ile razy w danym okresie środek był stosowany. Jeśli nie używała Pani żadnego z wymienionych proszę nie wprowadzać nic i przejść od razu do następnego pytania)

[a] W ogóle	[b] W obecnej ciąży i 3 m-ce przed nią	
		[1] Nie stosowałam żadnych środków nasennych i uspokajających
		[2] Tak, stosowałam środki nasenne i uspokajające dostępne bez recepty
		[3] Tak, stosowałam środki nasenne i uspokajające dostępne tylko na receptę bez wiedzy lekarzy
		[4] Tak, stosowałam środki nasenne i uspokajające dostępne tylko na receptę za wiedzą lekarzy

48. Z jakim ryzykiem dla zdrowia KOBIETY w ciąży wiąże się Pani zdaniem przyjmowanie wymienionych niżej środków? (proszę zaznaczyć poziom ryzyka dla każdego czynnika, czyli tylko jeden raz w każdym wierszu)

[a] Brak ryzyka	[b] Nieznaczne ryzyko	[c] Średnie ryzyko	[d] Wysokie ryzyko	
				[1] Picie niewielkich ilości alkoholu?
				[2] Picie dużych ilości alkoholu?
				[3] Palenie papierosów?
				[4] Bierne palenie?
				[5] Używanie narkotyków?
				[6] Używanie innych środków psychoaktywnych (leki uspokajające, „dopalacze", itp.)

49. Z jakim ryzykiem dla zdrowia PŁODU wiąże się Pani zdaniem przyjmowanie niżej wymienionych środków? (Proszę zaznaczyć poziom ryzyka dla każdego czynnika, czyli tylko jeden raz w każdym wierszu)

[a] Brak ryzyka	[b] Nieznaczne ryzyko	[c] Średnie ryzyko	[d] Wysokie ryzyko	
				[1] Picie niewielkich ilości alkoholu?
				[2] Picie dużych ilości alkoholu?
				[3] Palenie papierosów?
				[4] Bierne palenie?
				[5] Używanie narkotyków?
				[6] Używanie innych środków psychoaktywnych (leki uspokajające, „dopalacze", itp.)

Metodologię badań i kwestionariusz przygotował Zespół Instytutu Medycyny Wsi w Lublinie pod kierunkiem Andrzeja Wojtyły

Część A (wypełnia Pacjentka)

50. W którym tygodniu zorientowała się Pani, że jest w ciąży i w którym tygodniu trwania obecnej ciąży zgłosiła się Pani po raz pierwszy do ginekologa (Proszę wpisać numer tygodnia ciąży)

	Tydzień pierwszej wizyty u ginekologa w obecnej ciąży
	Tydzień stwierdzenia obecnej ciąży

51. Jak często będąc w ciąży zgłaszała się Pani na wizyty kontrolne? (Proszę wpisać liczbę wizyt w danym okresie, czyli w każdym wierszu. Jeśli nie była Pani w danym okresie u ginekologa proszę wpisać cyfrę „0")

	Ile razy była Pani u ginekologa w I trymestrze ciąży
	Ile razy była Pani u ginekologa w II trymestrze ciąży
	Ile razy była Pani u ginekologa w III trymestrze ciąży

52. Czy miała Pani wykonane badanie cytologiczne?

Przed ciążą	W obecnej ciąży	
		[1] Tak
		[2] Nie

53. Które z wymienionych poniżej czynników mogą Pani zdaniem być przyczyną powstania raka szyjki macicy? (Może Pani zaznaczyć więcej niż jeden czynnik)

	[0] Nie mam zdania na ten temat – jeśli zaznaczyła Pani tę odpowiedź, proszę nie zaznaczać nic więcej i przejść do następnego pytania
	[1] Wiek
	[2] Infekcje wirusowe HPV
	[3] Wczesne rozpoczęcie współżycia seksualnego
	[4] Duża liczba partnerów seksualnych
	[5] Duża liczba porodów
	[6] Palenie tytoniu
	[7] Środki antykoncepcyjne doustne

54. Czy w czasie ciąży miała Pani wykonywane badanie USG piersi? (Proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)

	[1] Tak
	[2] Nie

55. Czy przed ciążą regularnie badała Pani samodzielnie piersi? (Proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)

	[1] Tak
	[2] Nie

56. Które sposoby wykrywania raka piersi są wskazane dla Pani wieku? (Może Pani zaznaczyć więcej niż jeden sposób)

	[0] Nie mam zdania na ten temat – jeśli zaznaczyła Pani tę odpowiedź, proszę nie zaznaczać nic więcej i przejść do następnego pytania
	[1] Samobadanie piersi
	[2] Badanie lekarskie palpacyjne (dotykowe)
	[3] USG piersi
	[4] Mammografia

57. Czy karmi Pani swoje dziecko piersią?

	[1] Tak
	[2] Nie

58. Czy i jak długo karmiła Pani piersią po poprzednim porodzie?

	[0] Nie, nie karmiłam piersią – jeśli zaznaczyła Pani tę odpowiedź, proszę nie zaznaczać nic więcej i przejść do następnego pytania
	[1] Tak, do 3 miesięcy
	[2] Tak, do 6 miesięcy
	[3] Tak, do 1 roku
	[4] Tak, ponad 1 rok

59. Czy w okresie ciąży była Pani u lekarza dentysty? (Proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)

	[1] Tak
	[2] Nie

60. Czy miała Pani pobrane posiewy w kierunku paciorkowców beta hemolizujących (posiew z pochwy i odbytu wykonywany pod koniec ciąży)? (Proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)

	[1] Tak
	[2] Nie

61. Czy w obecnej ciąży była Pani leczona z powodu zakażenia? (Proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)

	[0] Nie
	[1] Tak, zakażenia dróg rodnych
	[2] Tak, zakażenia innego układu/narządu

62. Czy w obecnej ciąży odeszły u Pani „wody płodowe" przed rozpoczęciem porodu?

	[1] Tak
	[2] Nie

63. Czy słyszała Pani o pobieraniu i przechowywaniu krwi pępowinowej z wykorzystywaniem jej do celów medycznych lub naukowych, czy jest ono Pani zdaniem potrzebne? (proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)

	[1] Słyszałam i uważam, że jest to działanie potrzebne
	[2] Słyszałam i uważam, że to działanie niepotrzebne
	[3] Słyszałam i nie mam zdania na temat czy jest to potrzebne.
	[4] Nie słyszałam

64. Czy słyszała Pani o możliwości wykorzystania materiału genetycznego (pochodzącego z krwi lub wymazu z błony śluzowej policzka) do celów medycznych lub naukowych, czy Pani zdaniem jest to potrzebne? (proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)

	[1] Słyszałam i uważam, że jest to działanie potrzebne
	[2] Słyszałam i uważam, że to działanie niepotrzebne
	[3] Słyszałam i nie mam zdania na temat czy jest to potrzebne.
	[4] Nie słyszałam

65. Proszę zaznaczyć, czy choruje Pani na jakąś z wymienionych niżej chorób przewlekłych? Pytanie nie dotyczy cukrzycy i nadciśnienia tętniczego, o które pytano wcześniej. (Może Pani zaznaczyć wiele schorzeń)

	[0] Nie choruję na żadną chorobę przewlekłą – jeśli zaznaczyła Pani tę odpowiedź, proszę nie zaznaczać nic więcej i przejść do pytania 67)
	[1] Choroba niedokrwienna serca (choroba wieńcowa, zawał serca, itp.)
	[2] Inne niż niedokrwienna i nadciśnienie przewlekłe choroby układu krążenia
	[3] Astma oskrzelowa
	[4] Przewlekła obturacyjna choroba płuc
	[5] Inne niż astma i choroba obturacyjna przewlekłe choroby układu oddechowego (płuc, oskrzeli, nosa, zatok)
	[6] Inna niż astma choroba alergiczna (skórna, pokarmowa)
	[7] Choroba nowotworowa niezależnie od umiejscowienia
	[8] Przewlekłe choroby wątroby
	[9] Inne niż choroby wątroby przewlekłe choroby układu pokarmowego (jelit, żołądka, przełyku, odbytu)
	[10] Przewlekłe choroby układu nerwowego (np. padaczka)
	[11] Przewlekłe choroby nerek
	[12] Zwyrodnieniowe choroby układu ruchu
	[13] Choroby tkanki łącznej (toczeń, twardzina, reumatoidalne zapalenie stawów, itp.)
	[14] Choroby tarczycy
	[15] Inne niż choroby tarczycy i cukrzyca choroby gruczołów wydzielania wewnętrznego (np. nadnercza, przysadka)
	[16] Przewlekłe zakażenia
	[17] Choroby oczu, uszu
	[18] Inne, nie wymienione choroby przewlekłe

66. Czy z powodu któregoś z zaznaczonych wyżej schorzeń (także cukrzycy lub nadciśnienia) przyjmuje Pani na stałe jakieś leki? (Proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź

	[1] Tak
	[2] Nie

Część A (wypełnia Pacjentka)

67. Proszę zaznaczyć ile czasu poświęcała Pani dziennie na wykonywanie wymienionych niżej czynności w ostatnich 3 miesiącach przebytej aktualnie ciąży. Pytanie dotyczy zajęć domowych i przydomowych, kiedy NIE BYŁA PANI W PRACY:

[a] nie wykonywałam tych czynności	[b] poniżej 0,5 godziny dziennie	[c] od 0,5 do 1 godziny dziennie	[d] od 1 do 2 godzin dziennie	[e] od 2 do 3 godzin dziennie	[f] powyżej 3 godzin dziennie	(Proszę wstawić tylko jeden krzyżyk w odpowiedniej kolumnie dla każdej z wymienionych czynności)
						[1] Przygotowywanie posiłków (praca w kuchni, gotowanie, zmywanie naczyń)
						[2] Ubieranie, kąpiel, karmienie dzieci w pozycji siedzącej
						[3] Ubieranie, kąpiel, karmienie dzieci w pozycji stojącej
						[4] Zabawa z dziećmi w pozycji siedzącej lub stojącej
						[5] Zabawa z dziećmi ze spacerowaniem lub bieganiem
						[6] Noszenie, przewożenie dzieci wózkiem
						[7] Opieka nad starszymi domownikami
						[8] Siedzenie przed komputerem lub przy pisaniu (nie w pracy)
						[9] Oglądanie telewizji, video
						[10] Siedzenie przy czytaniu, rozmowie, telefonowaniu
						[11] Spacer z psem, zajmowanie się innymi zwierzętami domowymi
						[12] Lekkie prace domowe (ścielenie, pranie, prasowanie, wynoszenie śmieci)
						[13] Robienie zakupów (żywność, ubrania, itp.)
						[14] Cięższe prace domowe (odkurzanie, mycie okien, prace inwentarskie w gospodarstwie rolnym)
						[15] Koszenie trawnika kosiarką samobieżną lub jazda traktorem
						[16] Koszenie trawnika zwykłą kosiarką, prace ogrodnicze lub polowe w gospodarstwie rolnym

68. Proszę zaznaczyć ile czasu poświęcała Pani dziennie na wykonywanie wymienionych niżej czynności, w ostatnich 3 miesiącach przebytej aktualnie ciąży. Pytanie dotyczy codziennego przemieszczania się z/do miejsca zamieszkania:

[a] nie wykonywałam tych czynności	[b] poniżej 0,5 godziny dziennie	[c] od 0,5 do 1 godziny dziennie	[d] od 1 do 2 godzin dziennie	[e] od 2 do 3 godzin dziennie	[f] powyżej 3 godzin dziennie	(Proszę wstawić tylko jeden krzyżyk w odpowiedniej kolumnie dla każdej z wymienionych czynności)
						[1] Wolne chodzenie (do pracy, szkoły, na przystanek, z wizytą)
						[2] Szybki marsz (do pracy, szkoły, na przystanek, z wizytą)
						[3] Jazda samochodem, autobusem, pociągiem

69. Proszę zaznaczyć ile czasu poświęcała Pani w tygodniu na wykonywanie wymienionych niżej czynności, w ostatnich 3 miesiącach przebytej aktualnie ciąży. Pytanie dotyczy czynności wykonywanych dla PRZYJEMNOŚCI LUB ZDROWIA:

[a] nie wykonywałam tych czynności	[b] poniżej 0,5 godziny tygodniowo	[c] od 0,5 do 1 godziny tygodniowo	[d] od 1 do 2godzin tygodniowo	[e] od 2 do 3 godzin tygodniowo	[f] powyżej 3 godzin tygodniowo	(Proszę wstawić tylko jeden krzyżyk w odpowiedniej kolumnie dla każdej z wymienionych czynności)
						[1] Wolny spacer dla zdrowia lub przyjemności
						[2] Szybki marsz dla zdrowia lub przyjemności
						[3] Szybki marsz pod górę dla zdrowia lub przyjemności
						[4] Bieganie/jogging
						[5] Specjalne zorganizowane ćwiczenia fizyczne dla ciężarnych
						[6] Pływanie
						[7] Taniec

70. Czy w ostatnich 3 miesiącach aktualnie przebytej ciąży pracowała Pani zawodowo i chodziła do pracy lub chodziła Pani do szkoły/na studia. Jeśli tak, proszę zaznaczyć ile czasu w czasie pracy zawodowej zajmowały Pani dziennie wymienione niżej czynności. (Jeśli nie była Pani w pracy/szkole/na studiach proszę nie wypełniać niczego i przejść do następnego pytania)

[a] nie wykonywałam tych czynności	[b] poniżej 0,5 godziny dziennie	[c] od 0,5 do 2 godziny dziennie	[d] od 2 do 4 godzin dziennie	[e] od 4 do 6 godzin dziennie	[f] powyżej 6 godzin dziennie	(Proszę wstawić tylko jeden krzyżyk w odpowiedniej kolumnie dla każdej z wymienionych czynności)
						[1] Siedzenie w pracy, klasie, na wykładach
						[2] Praca stojąca lub wolne chodzenie z ciężarami powyżej 4 kg
						[3] Praca stojąca lub wolne chodzenie bez noszenia czegokolwiek
						[4] Praca związana z szybkim marszem z ciężarami powyżej 4kg
						[5] Praca związana z szybkim marszem bez noszenia czegokolwiek

Metodologię badań i kwestionariusz przygotował Zespół Instytutu Medycyny Wsi w Lublinie pod kierunkiem Andrzeja Wojtyły

Część A (wypełnia Pacjentka)

71. Czy przed ciążą uprawiała Pani aktywność fizyczną dla zdrowia/przyjemności (np. aerobik, pływanie, spacery, taniec, itp.)? (Proszę zaznaczyć tylko jedną wersję odpowiedzi w każdej kolumnie)

	[0] Nie wykonywałam żadnych ćwiczeń z powodu przeciwwskazań lekarskich
	[1] Nie wykonywałam żadnych ćwiczeń z innych niż lekarskie przyczyn
	[2] Mniej niż trzy razy w tygodniu
	[3] Tak, około trzy razy w tygodniu co najmniej po 30 minut
	[4] Tak, trzy razy w tygodniu mniej niż po 30 minut
	[5] Tak, więcej niż trzy razy w tygodniu co najmniej po 30 minut

72. Czy ciąża wpłynęła na Pani aktywność fizyczną? (Proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)

	[0] Nie, nie ograniczyła mojej aktywności fizycznej [Proszę przejść do pytania 74]
	[1] Tak, znacznie ograniczyła moją aktywność fizyczną
	[2] Tak, nieznacznie ograniczyła moją aktywność fizyczną

73. Jeśli zrezygnowała Pani lub zmniejszyła aktywność fizyczną z powodu ciąży proszę zaznaczyć z jakiego powodu. (Może Pani zaznaczyć kilka odpowiedzi)

	[0] Obawy o prawidłowy rozwój ciąży
	[1] Nie wiedziałam, że można uprawiać sport w czasie ciąży
	[2] Powody finansowe
	[3] Brak akceptacji ze strony rodziny/środowiska
	[4] Zalecenia lekarza

74. Jakie z poniższych rodzajów aktywności fizycznej dla zdrowia/przyjemności uprawiała Pani przed ciążą i w czasie ciąży? (Jeśli nie uprawiała Pani żadnego rodzaju aktywności proszę nie zaznaczać niczego i przejść do następnego pytania)

Przed ciążą	W czasie ciąży	(Może Pani zaznaczyć kilka odpowiedzi)
		[1] ćwiczenia gimnastyczne, aerobik, step, itp.
		[2] pływanie
		[3] bieganie
		[4] jazda na rowerze, deskorolce, itp.
		[5] spacery
		[7] gry zespołowe (siatkówka, koszykówka, piłka ręczna)
		[8] taniec
		[9] jazda konna

75. Czy lekarz prowadzący ciążę odniósł się do Pani aktywności fizycznej w ciąży? (Proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)

	[0] W ogóle nie wypowiadał się na temat aktywności fizycznej w ciąży
	[1] Zalecał ograniczenie aktywności fizycznej z powodu przeciwwskazań medycznych
	[2] Zalecał ograniczenie aktywności fizycznej w ciąży
	[3] Informował, że należy utrzymać dotychczasową aktywność fizyczną z unikaniem czynności i uprawiania sportów ryzykownych dla przebiegu ciąży
	[4] Zalecał zwiększenie aktywności fizycznej

76. Czy z powodu ciąży otrzymała Pani zwolnienie lekarskie? (Proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)

	[0] Nie otrzymałam zwolnienia
	[1] Tak, od 3 miesiąca ciąży lub wcześniej
	[2] Tak, od 4-6 miesiąca ciąży
	[3] Tak, od 7 miesiąca ciąży
	[4] Tak, od 8 miesiąca ciąży
	[5] Tak, od później niż 8 miesiąca ciąży

77. Chcielibyśmy w przyszłości uzyskać od Pani informacje dotyczące zdrowia i rozwoju urodzonego dziecka. Nastąpiłoby to w 6 miesiącu oraz w 1, 2, 4, 6, 14 i 18 roku życia Pani dziecka. Jeśli wyraża Pani na to zgodę proszę podać w jak i sposób można się w tej sprawie z Panią kontaktować? (Może Pani wypełnić wszystkie pola):

UWAGA! PYTANIE NIEOBOWIĄZKOWE.

[1] Na adres e-mail
(proszę podać adres e-mail):

.....

[2] Telefonicznie
(proszę podać numer telefonu do kontaktu):

.....

[3] Listownie na adres pocztowy
(proszę dokładnie wypełnić poniższe pola):

ulica / wieś, numer domu, numer mieszkania:

.....

.....

kod pocztowy:

.....

miejscowość / poczta:

.....

Zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych Dz. U. 2002 r., Nr 101, poz. 926, z późn. zm., oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie koniecznym do realizacji projektu.

.....

data i podpis

Jeszcze raz podkreślamy, że uzyskane informacje pozostaną anonimowe poprzez zastosowanie elektronicznego systemu kodowania zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych Dz. U. 2002 r., Nr 101, poz. 926, z późn. zm.

Dziękujemy za rzetelne wypełnienie ankiety!

Część B (wypełnia lekarz/pielęgniarka/położna)

78. Jeśli poprzednie ciąże Pacjentki zakończyły się poronieniem, proszę podać tydzień w którym poronienie nastąpiło. (Jeśli były poronienia proszę wprowadzić numer tygodnia, jeśli nie jest znany termin proszę zaznaczyć „X". Jeśli nie było poronienia proszę pozostawić ten wiersz niezaznaczony. Jeśli nie było w ogóle poronień proszę przejść do następnego pytania)

	[1] Pierwsze poronienie
	[2] Drugie poronienie
	[3] Trzecie poronienie
	[4] Czwarte poronienie
	[5] Piąte poronienie

79. Dane dotyczące obecnego porodu. (Proszę wpisać odpowiednie wartości z dokumentacji, jeśli brak proszę pozostawić nie wpisane)

	W którym tygodniu ciąży odbył się obecny poród
	Jeśli ciąża była mnoga proszę podać liczbę dzieci, jeśli nie proszę wpisać „0"
	Dojrzałość noworodka w skali Apgar 1 minutę po porodzie
	Dojrzałość noworodka w skali Apgar 3 minuty po porodzie
	Dojrzałość noworodka w skali Apgar 5 minut po porodzie
	Dojrzałość noworodka w skali Apgar 10 minut po porodzie
g	Waga urodzeniowa noworodka w gramach
cm	Długość noworodka w centymetrach
cm	Obwód główki

80. Jeśli po porodzie wykonywane były u noworodka badania laboratoryjne, proszę wpisać otrzymane wartości. (Proszę wpisać wartości zwracając uwagę na odpowiednie jednostki. Jeśli brak – proszę pozostawić nie wpisane)

	[1] Ph krwi pępowinowej
%	[2] Hematokryt (HCT)
mg/dl	[3] Hemoglobina (HGB, Hb)
x 10 do 12/l	[4] Krwinki czerwone (erytrocyty, RBC)
x 10 do 9/l	[5] Krwinki białe (leukocyty, WBC)
x 10do 9/l	[6] Płytki krwi - Trombocyty (PLT)
%	[7] Rozkład objętości krwinek czerwonych (RDW)
fl	[8] Średnia objętość krwinek czerwonych (MCV, ŚOK)
pg	[9] Średnia zawartość hemoglobiny (MCH)
g/dl	[10] Średnie stężenie hemoglobiny (MCHC)
µg/dl	[11] Poziom żelaza
mg/dl	[12] Poziom cukru na czczo
mg/dl	[13] Poziom bilirubiny

81. Jaki był sposób porodu? (Proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź):

	[1] Poród naturalny
	[2] Cesarskie cięcie
	[3] Poród zabiegowy (kleszczowy)
	[4] Poród zabiegowy (vacuum)

82. Czy poród był indukowany/stymulowany? (można zaznaczyć wiele odpowiedzi)

indukowany	stymulowany	
		[1] Poród samoistny (jeśli zaznaczył/a Pan/i tę odpowiedź, proszę nie zaznaczać nic więcej i przejść do następnego pytania)
		[2] Cewnik Foley'a
		[3] Oksytocyna
		[4] Prostaglandyny

83. Czy u noworodka występują jakieś wady wrodzone? (można zaznaczyć wiele odpowiedzi)

	[0] Nie stwierdzono wad wrodzonych (Jeśli zaznaczył/a Pan/i tę odpowiedź, proszę nie zaznaczać nic więcej i przejść do następnego pytania)
	[1] Wady serca
	[2] Zmiany skórne (znamiona/naczyniaki, itp.)
	[3] Wady twarzoczaszki
	[3] Wady kończyn i palców
	[4] Zespoły wielogenowe (Down/Marfan, itp.)

84. Jeśli po porodzie wykonywane były u Pacjentki badania laboratoryjne, proszę wpisać otrzymane wartości. (Proszę wpisać wartości zwracając uwagę na odpowiednie jednostki, jeśli brak pozostaw niewpisane)

%	[1] Hematokryt (HCT)
mg/dl	[2] Hemoglobina (HGB, Hb)
x 10 do 12/l	[3] Krwinki czerwone (erytrocyty, RBC)
x 10 do 9/l	[4] Krwinki białe (leukocyty, WBC)
x 10do 9/l	[5] Płytki krwi - Trombocyty (PLT)
%	[6] Rozkład objętości krwinek czerwonych (RDW)
fl	[7] Średnia objętość krwinek czerwonych (MCV, ŚOK)
pg	[8] Średnia zawartość hemoglobiny (MCH)
g/dl	[9] Średnie stężenie hemoglobiny (MCHC)
µg/dl	[10] Poziom żelaza
mg/dl	[11] Poziom cukru na czczo
mg/dl	[12] Poziom cukru po posiłku

85. Czy występują u noworodka objawy pierwotne alkoholowego zespołu płodowego (FAS - Fetal Alcohol Syndrome), jeśli tak proszę zaznaczyć jakie to objawy? (Można zaznaczyć wiele odpowiedzi)

	[0] Nie występują objawy FAS – jeśli zaznaczył/a Pan/i tę odpowiedź, proszę nie zaznaczać nic więcej i przejść do następnego pytania
	[1] Krótkie szpary powiekowe
	[2] Opadające powieki
	[3] Szeroko rozstawione oczy
	[4] Żez
	[5] Krótki, zadarty nos
	[6] Szeroka nasada nosa
	[7] Wygładzona słóra między nosem a górną wargą (brak „rynienki")
	[8] Cienka górna warga
	[9] Płaska środkowa część twarzy
	[10] Mała, słabo rozwinięta żuchwa
	[11] Duże lub zdeformowane uszy
	[12] Niedorozwój płytki paznokci u rąk i nóg
	[13] Krótka szyja
	[14] Deformacja kości i stawów

86. Jaka jest płeć dziecka? (Ciążę mnogą proszę zaznaczyć poniżej tabeli)

	[1] Dziewczynka
	[2] Chłopiec
	[3] Nieokreślona

Ciąża mnoga (wpisz ilość dzieci) .....

Dziękujemy za rzetelne wypełnienie ankiety!

Część C (wypełnia ankieter)

Ankieta dla matek przebywających z noworodkami po porodzie w szpitalach w Polsce przeprowadzona w dniu:

☐ dzień ☐ miesiąc ☐ rok

☐ Nr ankiety (narastająco od 1 dla każdego oddziału)

☐ Miasto

☐ Powiat

☐ Nr oddziału

PROJEKT „PROFILAKTYCZNY PROGRAM W ZAKRESIE PRZECIWDZIAŁANIA UZALEŻNIENIU OD ALKOHOLU, TYTONIU I INNYCH ŚRODKÓW PSYCHOAKTYWNYCH" WSPÓŁFINANSOWANY PRZEZ SZWAJCARIĘ W RAMACH SZWAJCARSKIEGO PROGRAMU WSPÓŁPRACY Z NOWYMI KRAJAMI CZŁONKOWSKIMI UNII EUROPEJSKIEJ.

SWISS CONTRIBUTION

Ministerstwo Zdrowia

SWISS CONTRIBUTION

Szanowni Państwo,

Zastępca Głównego Inspektora Sanitarnego we współpracy z jednostkami Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadza badanie ankietowe pt. „Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży". W tym roku ankietyzowanie kobiet odbędzie się w dniach 22-26 października 2012 roku. Głównym celem badania, przeprowadzonego w ramach Projektu *„Profilaktyczny program w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych"* współfinansowanego w ramach Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy, jest określenie zachowań zdrowotnych kobiet ciężarnych w Polsce oraz ich wpływu na zdrowie potomstwa.

Dlatego też, zwracam się do Państwa z prośbą o zaangażowanie się w Projekt i przeprowadzenie rzetelnego badania zgodnie z zasadami zawartymi poniżej.

Zastępca Głównego Inspektora Sanitarnego

ZASTĘPCA
Głównego Inspektora Sanitarnego
Marek Posobkiewicz

Instrukcja dla Ankietera

Przed przystąpieniem do badania:

1. Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny powinien wystąpić w imieniu Zastępcy Głównego Inspektora Sanitarnego do dyrektora jednostki, w której będzie przeprowadzane badanie, o wyrażenie zgody na jego przeprowadzenie – korzystając z załączonego pisma Zastępcy Głównego Inspektora Sanitarnego oraz zgodnie z poniższym wzorem:

Uprzejmie informuję, że w dniach 22-26 października 2012 roku będzie przeprowadzone ogólnopolskie badanie ankietowe na oddziałach położniczo-ginekologicznych w całej Polsce. Badanie będzie dotyczyło zachowań zdrowotnych kobiet w ciąży oraz ich wpływu na zdrowie potomstwa. Badanie stanowi jeden z komponentów Projektu „Profilaktyczny program w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych".

W związku z powyższym zwracam się do Pani/Pana o uczestnictwo w badaniu ankietowym pt. „Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży" i zapewnienie możliwości przeprowadzenia jednodniowej ankietyzacji wśród położnic, w jednostce kierowanej przez Panią/Pana.

Pragnę poinformować, że badanie będzie przeprowadzane przez pracowników pionu oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia Powiatowej Stacji Sanitarno – Epidemiologicznej w .....,
a udział kobiet w badaniu jest dobrowolny.

1

SWISS CONTRIBUTION

2. Ankieter przygotowuje informację o szpitalach/ oddziałach przystępujących do badania wg załączonego wzoru i po otrzymaniu informacji zwrotnej wypełnia ją:

Liczba szpitali/ oddziałów położniczo-ginekologicznych w powiecie	
Liczba szpitali/ oddziałów położniczo-ginekologicznych, w których starano się o zgodę na przeprowadzenie badania	
Liczba szpitali/ oddziałów położniczo-ginekologicznych, które wyraziły zgodę na udział w badaniu	
Liczba szpitali/ oddziałów położniczo-ginekologicznych, które odmówiły udziału w badaniu	

3. Ankieter upewnia się, że posiada: zgodę dyrektora badanej jednostki, uzgodniony termin przeprowadzenia badania i zna orientacyjną liczbę pacjentek przebywających na oddziale w dniu badania oraz ma przygotowaną odpowiednią liczbą kwestionariuszy oraz ołówków lub długopisów.
4. Ankieter zapoznaje się z pytaniami zawartymi w kwestionariuszu ankiety.
5. Ankieter przygotowuje sobie formularz (metryczkę) wg poniższego wzoru i wypełnia go w trakcie badania:

Nazwa szpitala/ Oddziału	
Liczba pacjentek znajdujących się na oddziale ginekologiczno-położniczym, na którym przeprowadzane jest badanie	
Liczba pacjentek, które wyraziły zgodę na udział w badaniu	
Liczba pacjentek, które nie wyraziły zgody na udział w badaniu	
Przyczyny, które uniemożliwiły pacjentce udział w badaniu	
Liczba rozdystrybuowanych ankiet	
Liczba ankiet zwróconych po wypełnieniu	

Przeprowadzenie badania:

1. W pierwszym etapie ankieter udaje się do dyrektora jednostki, przedstawia się i potwierdza gotowość do przeprowadzenia badań. Pyta również o liczbę pacjentek przebywających w tym czasie na oddziale – odnotowuje to zgodnie z powyższym wzorem (punkt 5) i udaje się na wskazany oddział. W oddziale zgłasza się do pielęgniarki/ położnej oddziałowej i ustala możliwość wejścia do sal tak, by nie kolidować z wykonywanymi zabiegami.
2. Na sali ankieter:
   - przedstawia się,
   - wyjaśnia cel badania i informuje, że badanie ankietowe realizowane jest w ramach Projektu *„Profilaktyczny program przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków*

SWISS CONTRIBUTION

psychoaktywnych" współfinansowanego w ramach Szwajcarsko - Polskiego Programu Współpracy, a wyniki badań posłużą do zdiagnozowania potrzeb kobiet w zakresie ochrony zdrowia,

- ankieter informuje również, że ankieta jest dobrowolna, a jej wypełnianie zajmie ok. 30-40 minut,
- prosi o wyrażenie zgody na badanie pacjentek znajdujących się na sali, w sytuacji, kiedy pacjentka odmawia udziału w badaniu ankieter prosi o podanie powodu odmowy,
- ankieter informuje pacjentki, które wyraziły zgodę na badanie, że wypełniają tylko część A (od strony 2), a pytania dotyczą m. in. odżywiania, aktywności fizycznej, używania tytoniu i alkoholu oraz stanu zdrowia przed i w czasie ciąży,
- ankieter informuje pacjentkę, że część B kwestionariusza wypełnia personel medyczny oddziału, na którym znajduje się pacjentka, a pytania zawarte w tej części dotyczą stanu zdrowia jej dziecka po urodzeniu. Ankieter informuje pacjentkę o możliwości wglądu do kwestionariusza po wypełnieniu go przez personel medyczny.

3. Ankieter rozdaje pacjentkom kwestionariusze ankiet i ew. ołówki/ długopisy, prosi o rzetelne ich wypełnienie i informuje, że w razie pytań służy pomocą – informuje, że czeka za drzwiami.
4. Ankieter wychodzi z sali, żeby zapewnić ankietowanym atmosferę poufności i intymności. W razie potrzeby wyjaśnia wątpliwości osobie ankietowanej.
5. Po ok. 15 minutach ankieter wchodzi ponownie do sali i pyta, czy do tej pory wszystkie pytania zawarte w kwestionariuszu są jasne i czy konieczna jest jego pomoc. Jeżeli proces badawczy przebiega bez zarzutu, ankieter wychodzi z sali.
6. W sytuacji, gdy badana kobieta nie będzie chciała udzielić odpowiedzi na któreś z pytań zawartych w kwestionariuszu, należy jeszcze raz podkreślić, że ankieta jest anonimowa, a udzielenie odpowiedzi na wszystkie pytania jest niezwykle cenne ze względu na pełną diagnozę zachowań zdrowotnych kobiet ciężarnych w Polsce.
7. W przypadku, gdy kobieta pomimo prośby, nadal nie wyraża zgody na udzielenie odpowiedzi na wszystkie pytania, ankieter prosi o przejście do następnego pytania..
8. Po 35 minutach ankieter wchodzi na salę i pyta, czy wypełnianie kwestionariusza zostało zakończone.
   - jeżeli tak, zbiera kwestionariusze, a zbierając zapamiętuje lub zapisuje np. nr łóżka pacjentki i udaje się do pracownika medycznego w celu uzupełnienia kwestionariusza o część B. UWAGA: Należy zwrócić uwagę, żeby personel medyczny prawidłowo przyporządkował informacje z części A i B – ankietowanej matce muszą być przyporządkowane informacje dotyczące jej dziecka.
   - w przypadku, gdy położnica nie zdążyła jeszcze odpowiedzieć na wszystkie pytania, należy dać jej czas dodatkowy, a następnie zachować się, jak wyżej.
9. Ankieter przedkłada personelowi medycznymi kwestionariusz ankiety i zwraca się z prośbą o wypełnienie części B kwestionariusza.
10. W razie pytań personelu, wyjaśnia zaistniałe wątpliwości.
11. Po zakończeniu badania ankieter dziękuje ponownie osobom badanym i udaje się do dyrektora w celu poinformowania go o zakończeniu badania na terenie szpitala.
12. Ankieter wypełnia ostatnią stronę kwestionariusza ankiety.

Po przeprowadzeniu badania:

1. Ankieter po zebraniu wszystkich kwestionariuszy ankiet przechowuje je do momentu otrzymania dodatkowych informacji z Głównego Inspektoratu Sanitarnego.

Informacja zbiorcza z realizacji badania ankietowego pt. "Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży" prowadzonego w ramach Projektu *„Profilaktyczny program w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych"* współfinansowanego ze środków Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy.

WOJEWÓDZTWO	Liczba szpitali/oddziałów położniczo ginekologicznych w województwie	Liczba szpitali/oddziałów położniczo-ginekologicznych, w których starano się o zgodę na przeprowadzenie badania	Liczba szpitali/oddziałów położniczo-ginekologicznych, które wyraziły zgodę na udział w badaniu	Liczba szpitali/oddziałów położniczo-ginekologicznych, które odmówiły udziału w badaniu	Liczba pacjentek znajdujących się na oddziale położniczo-ginekologicznym, na którym przeprowadzane było badanie	Liczba położnic, do których zwrócono się z prośbą o udział w badaniu	Liczba pacjentek, które wyraziły zgodę na udział w badaniu	Liczba pacjentek, które nie wyraziły zgody na udział w badaniu
dolnośląskie	30/30	30/30	30/30	0	287	272	248	24
kujawsko-pomorskie	21/21	21/21	21/21	0	148	146	133	13
lubelskie	22/22	22/22	21/21	1	248	248	201	47
lubuskie	15/15	15/15	15/15	0	109	154	150	4
łódzkie	22/22	22/22	21/21	1	190	190	126	64
małopolskie	31/31	28/28	28/28	0	344	318	247	71
mazowieckie	52/52	52/52	43/43	9	454	454	291	163
opolskie	11/11	11/11	11/11	0	80	80	75	5
podkarpackie	23/23	23/23	23/23	0	172	172	147	25
podlaskie	18/18	18/18	18/18	0	105	105	99	6
pomorskie	19/19	19/19	19/19	0	225	225	204	21
śląskie	41/42	41/42	41/42	0	453	453	373	80
świętokrzyskie	14/14	14/14	14/14	0	162	162	140	22
warmińsko-mazurskie	20/20	20/20	20/20	0	125	125	114	11
wielkopolskie	35/35	34/34	34/34	0	409	358	307	51
zachodniopomorskie	22/22	21/21	21/21	0	116	116	103	13
SUMA	**396/397**	**391/392**	**380/381 (97%)**	**11**	**3627**	**3533**	**2913 (82,5%)**	**620 (17,5%)**

SWISS CONTRIBUTION

Ministerstwo Zdrowia

Warszawa, dnia 2012-11-07

GŁÓWNY INSPEKTOR SANITARNY

GIS-PZ-PZ-441-113/MP/12

Pan
Andrzej Wojtyła
Dyrektor Instytutu
Medycyny Wsi
im. Witolda Chodźki w Lublinie

Wielce Szanowny Panie Dyrektorze,

W załączeniu przekazuję informację zbiorczą z badania ankietowego pt. **„Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży"** przeprowadzonego w dniach 22-26 października br. przez pracowników Państwowej Inspekcji Sanitarnej, realizowanego w ramach Projektu *„Profilaktyczny program w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych"* współfinansowanego ze środków Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy.

Badanie ankietowe przeprowadzono **w 380 szpitalach na 381 oddziałach położniczo-ginekologicznych**, co stanowiło 97% szpitali/oddziałów położniczo-ginekologicznych, w których powiatowi koordynatorzy starali się o zgodę na przeprowadzenie badania. Podczas tegorocznego badania przebadano **2913 położnic.**
Najczęstszymi przyczynami, które uniemożliwiły kobietom udział w badaniu, były:

- złe samopoczucie pacjentek w krótkim czasie po cięciu cesarskim,
- zmęczenie i osłabienie pacjentek po porodzie,
- zbyt dużo pytań w ankiecie, ankieta mało anonimowa,
- brak czasu z uwagi na opiekę nad noworodkiem,
- odmowa przyjęcia ankiety bez podania przyczyny,
- wypis pacjentki ze szpitala.

W związku z powyższym, zwracam się z uprzejmą prośbą o opracowanie ekspertyzy naukowej dotyczącej zachowań zdrowotnych przebadanej grupy kobiet i przekazanie jej do Głównego Inspektoratu Sanitarnego zgodnie z harmonogramem Projektu.

Z poważaniem

Główny Inspektor Sanitarny
z up.
Witold Tomaszewski

SWISS CONTRIBUTION

SWISS CONTRIBUTION

Ministerstwo Zdrowia

Warszawa, dnia 2012 -10- 03

GŁÓWNY INSPEKTOR SANITARNY

GIS-PZ-PZ-441-94/MP/12

Państwowy Wojewódzki
Inspektor Sanitarny
- wszyscy -

Szanowni Państwo,

W nawiązaniu do pisma z dnia 18 września br. znak: GIS-PZ-441-83/MP/11, zwracam się z uprzejmą prośbą o przeprowadzenie badania ankietowego pt. ***„Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży"*** w ramach Projektu *„Profilaktyczny program w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych"* współfinansowanego w ramach Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy.

Pomoc pracowników Państwowej Inspekcji Sanitarnej będzie istotnym wkładem w skuteczną realizację badania oraz posłuży do określenia potrzeb zdrowotnych kobiet w Polsce.

Badanie ankietowe należy przeprowadzić zgodnie z załączoną instrukcją w terminie **22-26 października 2012 roku** w dowolnie wybranym dniu. Wypełnione i zebrane kwestionariusze ankiet należy przechować na terenie powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych do czasu zakończenia procesu wprowadzania danych do systemu.

Ponadto, uprzejmie informuję, iż kwestionariusze ankiet w wersji papierowej zostaną wysłane przez Instytut Medycyny Wsi do wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych zgodnie z przesłanym zapotrzebowaniem.

W załączeniu przekazuję instrukcję dla ankietera oraz pismo do dyrektorów szpitali.

z poważaniem

p.o. Głównego Inspektora Sanitarnego

Marek Posobkiewicz

SWISS CONTRIBUTION

SWISS CONTRIBUTION

Ministerstwo Zdrowia

Warszawa, dnia 2012 -10- 03

GŁÓWNY INSPEKTOR SANITARNY

GIS-PZ-PZ-441-93/MP/12

Dyrektorzy Szpitali/
Ordynatorzy Oddziałów
Ginekologiczno - Położniczych

Szanowni Państwo,

Uprzejmie informuję, że w dniach **22-26 października br.** zostanie przeprowadzone badanie ankietowe pt. ***„Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży"*** w ramach Projektu *„Profilaktyczny program w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych"* współfinansowanego w ramach Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy.

Celem badania jest określenie ryzykownych zachowań zdrowotnych kobiet ciężarnych w Polsce oraz ich wpływu na zdrowie potomstwa. Udział w badaniu jest dobrowolny. Badanie ankietowe zostanie przeprowadzone przez pracowników Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Projekt *„Profilaktyczny program w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych"* rozpoczął się 1 lipca 2012 roku i będzie realizowany do 31 grudnia 2016 roku w partnerstwie czterech instytucji: Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Krajowego Biura Do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Instytutu Medycyny Pracy im. J. Nofera w Łodzi oraz Instytutu Medycyny Wsi im. W. Chodźki w Lublinie. Instytucją Realizującą jest Główny Inspektorat Sanitarny.

Głównym celem Projektu jest ograniczenie używania alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych przez kobiety w wieku prokreacyjnym, tj. między 15 a 49 rokiem życia. Pozostałymi beneficjentami Projektu są rodziny kobiet z grupy docelowej, personel medyczny, koordynatorzy programu edukacyjnego w szkołach ponadgimnazjalnych, uczniowie szkół ponadgimnazjalnych, a także ogół społeczeństwa będący adresatem kampanii społecznej.

Badanie ankietowe pt. ***„Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży"*** przeprowadzone w ramach ww. Projektu posłuży do oceny programów zdrowotnych realizowanych przez jednostki podległe Ministrowi Zdrowia, a także przyczyni się się do określenia potrzeb zdrowotnych kobiet w Polsce.

W związku z powyższym, uprzejmie proszę o wsparcie badania oraz umożliwienie przeprowadzenia ankietyzacji wśród położnic w Państwa placówkach.

z poważaniem

p.o. Głównego Inspektora Sanitarnego
Marek Posobkiewicz

SWISS CONTRIBUTION