

Barbara Wrońska

## ŚWIADOME PLANOWANIE RODZINY PRZEZ KOBIETY Z REGIONU ŁÓDZKIEGO Z UWZGLĘDNIENIEM WYKSZTAŁCENIA I CHARAKTERU PRACY

CONSCIOUS FAMILY PLANNING AMONG WOMEN LIVING THE ŁÓDŹ AREA,  
INCLUDING THEIR EDUCATION AND NATURE OF WORK

Uniwersytet Medyczny, Łódź

Wydział Nauk o Zdrowiu, II Katedra Ginekologii i Położnictwa

### STRESZCZENIE

**Wstęp:** Celem pracy była analiza i krytyczna ocena wiedzy kobiet w rejonie łódzkim na temat świadomego przygotowania się do macierzyństwa i właściwej kontroli przebiegu ciąży. **Materiał i metody:** Narzędziem badawczym była ankieta przeprowadzona w grupie 455 kobiet w wieku 17–35 lat, zamieszkających na terenie aglomeracji łódzkiej i reprezentujących następujące grupy społeczno-zawodowe: uczennice i studentki, kobiety pracujące fizycznie i umysłowo, w tym nauczycielki i urzędniczki. Opracowany kwestionariusz zawierał pytania dotyczące wiedzy m.in. na temat czynników, które mogą zagrażać ciąży, oraz wiedzy koniecznej do właściwego przygotowania się do ciąży. Do oceny poziomu wiedzy na temat przygotowania się do planowanej ciąży zastosowany został wskaźnik ilościowy. Na wartość wskaźnika składały się punkty uzyskane za wiedzę na temat określonych czynników szkodliwych i badań diagnostycznych ważnych dla kontroli przebiegu ciąży. **Wyniki:** Wiedzę ponad 50% badanych kobiet oceniono na poziomie niższym niż dobry. Poziom wiedzy na temat przygotowania się do ciąży istotnie różnił się w grupach wieku, wykształcenia i zawodu. Zaobserwowano, że około 57% badanych nie miało wystarczającej wiedzy odnośnie do potrzeby kontrolowania poziomu glukozy we krwi przed ciążą i w jej czasie, 33% nie wiedziało o szkodliwości biernego palenia, a 34% o konieczności stosowania kwasu foliowego. **Wnioski:** Wiedza w zakresie prawidłowego przygotowania się do ciąży aktywnych zawodowo kobiet wymaga istotnego uzupełnienia. Szczególnie wiedza nauczycielek, które same powinny być istotnym źródłem wiedzy, nie jest satysfakcjonująca. Programy profilaktyczne dotyczące przygotowania się do ciąży powinny być zróżnicowane w zależności od wieku, poziomu wykształcenia i statusu zawodowego adresatek. Med. Pr. 2011;62(6):591–599

Słowa kluczowe: przygotowanie do ciąży, czynniki szkodliwe, charakter pracy, wykształcenie

### ABSTRACT

**Background:** The aim of this research was to analyze and critically evaluate knowledge of conscious preparation for motherhood and proper control of the course of pregnancy among women, aged 17–35, representatives of social and occupational groups in the region of Łódź. **Material and methods:** The research tool was a questionnaire survey, conducted in a group of 455 women, living in the Łódź, agglomeration and representing schoolgirls and students, female white collar and blue-collar workers, including: teachers and office workers. The developed questionnaire included questions concerning: knowledge about risks for pregnancy and knowledge of pregnancy preparation. To assess the level of knowledge about the preparation for planned pregnancy the quantitative indicator was used. The value of the indicator expressed the number of points obtained by respondents for their knowledge of specific harmful factors and diagnostic tests, which play an important role during pregnancy. **Results:** Knowledge of more than 50% of respondents was rated "less than good". The level of knowledge about preparation for pregnancy differed significantly in particular age, education and occupational groups. It was observed that about 57% of respondents did not have sufficient knowledge about the need to control blood glucose level before and during pregnancy, 33% did not know about harmfulness of passive smoking, and 34% about the need of using folic acid. **Conclusions:** Knowledge of the proper preparation for pregnancy among professionally active women needs to be significantly enhanced. Knowledge among teachers who should be an important source of essential information is not satisfactory and should also be better developed. Intervention programs concerning the preparation for pregnancy should be differentiated according to age, education and occupational status of recipients. Med Pr 2011;62(6):591–599

Key words: preparing for pregnancy, risk factors, nature of work, education

Adres autorki: II Katedra Ginekologii i Położnictwa, Klinika Ginekologii i Położnictwa UM w Łodzi,  
ul. Rzgowska 281/289, 93-338 Łódź; e-mail: barbara.wronska@umed.lodz.pl

Nadesłano: 14 czerwca 2011

Zatwierdzono: 4 listopada 2011

## WSTĘP

W związku z dylematami, z jakimi spotyka się młodzież wkraczająca w dorosłe życie, naukowcy opracowali standardy dotyczące nauczania seksualnego (1–3). Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) „zdrowie to nie tylko brak choroby czy kalectwa, ale pełny dobrostan psychiczny i społeczny. Dobrostan ten w strefie zdrowia rozrodczego kobiety jest uzależniony od oddziaływania szeregu czynników, wśród których istotne miejsce zajmuje styl życia oraz działania, które podejmowane są w celu poprawy i zachowania zdrowia” (3). Zwraca się tu uwagę na niepalenie papierosów, umiarkowane spożywanie alkoholu i utrzymywanie prawidłowej masy ciała.

W związku z tym w krajach europejskich wprowadzono programy edukacji seksualnej, które wspierają zdrowie seksualne oraz dotyczą problemów chorób przenoszonych drogą płciową — w tym również profilaktyki zakażeń wirusem HIV. Profesor George Creasas z Grecji uważa, że celem środowiska medycznego w XXI wieku powinno być dostarczenie rzetelnej wiedzy na temat zdrowia reprodukcyjnego poprzez tworzenie bezpłatnych, przeznaczonych specjalnie dla nastolatków ośrodków planowania rodziny, gdzie pracownicy medyczni przekazywaliby wiedzę na temat unikania ciąży oraz chorób przenoszonych drogą płciową (4).

Istotnym problemem, na który powinno się zwrócić uwagę, jest prawidłowe przygotowanie się do ciąży. Para planująca ciążę powinna przeanalizować swój dotychczasowy tryb życia i wyeliminować wszystkie czynniki, które mogą mieć negatywny wpływ na rozwijający się płód. Poprzez wyeliminowanie czynników szkodliwych można zmniejszyć ryzyko poronień, wystąpienia wad wrodzonych u przyszłego dziecka czy innych powikłań. Do sposobów zapobiegania tym czynnikom można zaliczyć wcześniejsze szczepienia przeciwko chorobom wirusowym, zmianę nieprawidłowych nawyków, rezygnację ze stosowania używek (tytoń, alkohol itp.), wykonanie badań w celu wykrycia chorób, które mogą mieć negatywny wpływ na rozwój płodu (np. morfologii, na poziom glukozy we krwi) czy zapobieganie wadom cewy nerwowej poprzez stosowanie kwasu foliowego.

Wiele kobiet nie zdaje sobie sprawy z tego, że stosowane przez nie leki, choroby przewlekłe, warunki pracy, nałogi oraz otoczenie, w jakim przebywają, mają istotny wpływ na rozwój płodu. Wszystkie te czynniki sprawiają, że przed planowaną ciążą ważna jest wizyta u lekarza (3). Cieśla i wsp. podają, że w Polsce do lekarza zgłosiło się tylko 20% kobiet planujących ciążę (5). W niektórych krajach zorganizowano specjalne

poradnie dla kobiet planujących ciążę. Cox i wsp. (6) podają, że spośród kobiet zgłaszających się do poradni u 12% stwierdzono poważne problemy, np. samoistne poronienia w poprzedniej ciąży, poprzednie dziecko z wadą rozwojową czy choroby przewlekłe u matki.

Celem niniejszej pracy była analiza i krytyczna ocena wiedzy kobiet w rejonie łódzkim na temat świadomego przygotowania się do macierzyństwa i właściwej kontroli przebiegu ciąży.

## MATERIAŁ I METODY

Badanie z zastosowaniem ankiety przeprowadzono wśród mieszkanek dużej aglomeracji miejskiej, w grupie 455 kobiet. Wywiad kwestionariuszowy przeprowadzony został przez przeszkolone ankieterki wśród kobiet w wieku 17–35 lat na terenie 8 zakładów pracy, zatrudniających głównie kobiety, oraz 7 miejsc nauki (szkoły średnie i wyższe). Dla celów analizy przedstawionej w tej publikacji wyodrębniono cztery grupy wieku, cztery grupy wykształcenia i następujące grupy społeczno-zawodowe: uczennice i studentki, pracownice fizyczne oraz kobiety pracujące umysłowo, w tym nauczycielki (szkół gimnazjalnych i średnich) oraz urzędniczki.

Kwestionariusz zawierał pytania pozwalające na ocenę m.in. wiedzy na temat czynników, które mogą zagrażać ciąży, oraz wiedzy niezbędnej do właściwego przygotowania się do ciąży. Uwzględniono tutaj wiedzę na temat konieczności wykonania określonych badań (m.in. w kierunku niedokrwistości, cukrzycy, obecności wirusa HIV) oraz wiedzy dotyczącej zachowań, które mają istotny wpływ na przebieg ciąży (m.in. na temat szkodliwości palenia papierosów przez kobiety oraz jej partnerów, picia alkoholu czy używania narkotyków, prawidłowego odżywiania się, konieczności profilaktyki wad cewy nerwowej u płodu poprzez stosowanie kwasu foliowego).

Do oceny poziomu wiedzy zastosowano wskaźnik ilościowy. Na jego wartość składały się punkty uzyskane za wiedzę na temat określonych czynników szkodliwych i badań diagnostycznych ważnych dla przebiegu ciąży. Wagi punktowe dla poszczególnych czynników zostały ustalone metodą ekspercką. Grupę ekspertów stanowili lekarze specjaliści w dziedzinie położnictwa i ginekologii:

$$WW = \sum A-T$$

gdzie:

WW — wskaźnik wiedzy na temat przygotowania się do planowanej ciąży (zakres wartości WW: 0–15 punktów),

A-T — przyjęte dla poszczególnych czynników wartości punktowe.

Do jakościowej oceny poziomu wiedzy na podstawie wyliczonego wskaźnika przyjęto następujące kryteria:

- 0–8,5 punktów — niedostateczny poziom wiedzy,
- 8,75–11,25 punktów — poziom dostateczny,
- 11,5–13,5 punktów — poziom dobry,
- 13,75–15,0 punktów — poziom bardzo dobry.

Materiał zebrany w ankietach opracowano z zastosowaniem metod statystyki opisowej (liczności, wartości średnie, mediany, odchylenia standardowe, wartości największe i najmniejsze zbiorów). Różnice między grupami analizowano za pomocą testu t-Studenta dla średnich i frakcji oraz testu Chi-kwadrat. Obliczenia wykonano za pomocą pakietów statystycznych Excel, R i Statistica.

## WYNIKI

Dane charakteryzujące wiek, wykształcenie i grupy społeczno-zawodowe badanych kobiet zamieszczono w tabeli 1.

Przeciętny wiek kobiet wynosił około 25 lat, najliczniejszą grupę stanowiły kobiety w wieku 20–24 lata (36,5%), a następnie w wieku 30–35 lat. Wykształcenie podstawowe i zasadnicze posiadało 5,9% badanych kobiet, przy średniej wieku 29,5 lat, a wykształcenie średnie miało 17,1% respondentek w przeciętnym wieku 28,1 lat.

Z wykształceniem wyższym było 31,4% badanych kobiet, a ich średnia wieku wyniosła 29,9 lat. Fizycznie pracowało 18,9% respondentek (średnia ich wieku wyniosła 28,4), a 35,6% kobiet to pracownice umysłowe, w tym nauczycielki to 18,5% ze średnią wieku 31,2 lat oraz 17,1% urzędniczki ze średnią wieku 28,2 lat.

Analizując dane z tabeli 2., można zauważyć, że wiedza kobiet na temat przygotowania się do ciąży była na dość niskim poziomie. Powyżej 50% respondentek uzyskało wynik poniżej poziomu dobrego. Wiedzę na poziomie bardzo dobrym miało 15,6% badanych, a na poziomie dobrym — 30,6% z nich. Poziom wiedzy różnił się w poszczególnych grupach wiekowych. Kobiety 20–24-letnie miały najwyższą wartość wskaźnika wiedzy (który wyniósł 11,44) i najwyższe odsetki wiedzy na poziomie dobrym (37,9%) i bardzo dobrym (21,7%) na temat przygotowania się do planowanej ciąży w porównaniu do kobiet z pozostałych grup wiekowych. Kobiety w wieku 30–35 lat uzyskały najniższą wartość wskaźnika wiedzy (który wyniósł 10,33) i najwyższe odsetki ocen niedostatecznych (22,9%). Nie wykazano natomiast dużych różnic między grupą kobiet w wieku 17–19 lat a kobietami w wieku 25–29 lat dotyczących zarówno ogólnego wskaźnika wiedzy, jak i odsetka ocen niekorzystnych. Różnice w grupach wieku były istotne statystycznie ( $p < 0,05$ ).

**Tabela 1.** Kobiety objęte badaniem według wieku, wykształcenia i grup społeczno-zawodowych  
**Table 1.** Respondents by education, age, social and occupational groups

| Badane zmienne<br>Variables                       | Badane kobiety<br>Respondents<br>(N = 455) |      |                           |     |
|---|--|------|---------------------------|-----|
|   | n  | %    | $\bar{x}$<br>wieku<br>age | SD  |
| Wiek [w latach] / Age [years]                     |  |      | 25,1                      | 5,8 |
| 17–19   | 73   | 16,0 |                           |     |
| 20–24   | 166  | 36,5 |                           |     |
| 25–29   | 94   | 20,7 |                           |     |
| 30–35   | 122  | 26,8 |                           |     |
| Wykształcenie / Education                         |  |      |                           |     |
| w trakcie nauki / in the course of education      | 207  | 45,6 | 20,1                      | 2,5 |
| podstawowe lub zasadnicze / primary or vocational | 27   | 5,9  | 29,5                      | 3,8 |
| średnie / secondary education                     | 78   | 17,1 | 28,1                      | 4,9 |
| wyższe / higher education                         | 143  | 31,4 | 29,9                      | 4,0 |
| Grupy zawodowe / Occupational groups              |  |      |                           |     |
| pracownice umysłowe / white collar workers        | 162  | 35,6 | 29,7                      | 4,2 |
| nauczycielki / teachers                           | 84   | 18,5 | 31,2                      | 3,5 |
| urzędniczki / office workers                      | 78   | 17,1 | 28,2                      | 4,3 |
| pracownice fizyczne / blue collar workers         | 86   | 18,9 | 28,4                      | 4,5 |

$\bar{x}$  — średnia arytmetyczna / arithmetic mean.

SD — odchylenie standardowe / standard deviation.

**Tabela 2.** Poziom wiedzy na temat przygotowania się do ciąży w poszczególnych grupach wiekowych  
**Table 2.** The level of knowledge about preparing for pregnancy by age

| Poziom wiedzy<br>The level of knowledge     | Wiek badanych kobiet<br>[w latach]<br>Age of respondents<br>[years] |       |                    |       |                   |       |                    |       | Ogółem Total<br>(N = 455) |       |
|---|---|-------|--------------------|-------|-------------------|-------|--------------------|-------|---------------------------|-------|
|   | 17–19<br>(N = 73)   |       | 20–24<br>(N = 166) |       | 25–29<br>(N = 94) |       | 30–35<br>(N = 122) |       |                           |       |
|   | n   | %     | n                  | %     | n                 | %     | n                  | %     | n                         | %     |
| Bardzo dobry / Very good                    | 6   | 8,20  | 36                 | 21,70 | 15                | 15,90 | 14                 | 11,50 | 71                        | 15,60 |
| Dobry / Good                                | 24  | 32,90 | 63                 | 37,90 | 22                | 23,40 | 30                 | 24,60 | 139                       | 30,60 |
| Dostateczny / Satisfactory                  | 32  | 43,80 | 47                 | 28,30 | 40                | 42,60 | 50                 | 41,00 | 169                       | 37,10 |
| Niedostateczny / Unsatisfactory             | 11  | 15,10 | 20                 | 12,10 | 17                | 18,10 | 28                 | 22,90 | 76                        | 16,70 |
| Wskaźnik wiedzy $\bar{x}$ / Knowledge index | 10,86   |       | 11,44              |       | 10,59             |       | 10,33              |       | 10,87                     |       |
| SD  | 2,05  |       | 2,60               |       | 2,89              |       | 2,87               |       | 2,69                      |       |

$p < 0,05$ .

SD — odchylenie standardowe / standard deviation.

Analizując zależność między wykształceniem a poziomem wiedzy na temat przygotowania się do ciąży (tab. 3), wykazano istotne różnice statystyczne w wyróżnionych klasach ( $p < 0,001$ ). Kobiety uczące się i studiujące uzyskały najwyższą wartość wskaźnika wiedzy, który wyniósł 11,48. Wśród tych respondentek wyższy był odsetek kobiet mających bardzo dobry (19%) i dobry (37%) poziom wiedzy w stosunku do kobiet z pozostałych grup.

Kobiety z wykształceniem podstawowym w porównaniu z wyżej wykształconymi uzyskały najniższą wartość wskaźnika wiedzy ( $\bar{x} = 8,79$ ) i najwyższe odsetki ocen dostatecznych (37%) i niedostatecznych (37%). Nie wykazano dużych różnic między grupą kobiet z wykształceniem średnim a wyższym zarówno w przypadku ogólnego wskaźnika, jak i odsetka ocen niekorzystnych.

**Tabela 3.** Poziom wiedzy na temat przygotowania się do ciąży w zależności od wykształcenia  
**Table 3.** The level of knowledge about preparing for pregnancy by education

| Poziom wiedzy<br>The level of knowledge     | Wykształcenie<br>Education                                    |       |   |       |   |       |  |       |
|---|---|-------|---|-------|---|-------|--|-------|
|   | w trakcie nauki<br>in the course<br>of education<br>(N = 207) |       | podstawowe<br>lub zasadnicze<br>primary or vocational<br>(N = 27) |       | średnie<br>secondary<br>education<br>(N = 78) |       | wyższe<br>higher<br>education<br>(N = 143) |       |
|   | n   | %     | n   | %     | n   | %     | n  | %     |
| Bardzo dobry / Very good                    | 40  | 19,30 | 1   | 3,70  | 12  | 15,40 | 18   | 12,60 |
| Dobry / Good                                | 76  | 36,70 | 6   | 22,30 | 19  | 24,40 | 38   | 26,60 |
| Dostateczny / Satisfactory                  | 69  | 33,30 | 10  | 37,00 | 24  | 30,80 | 66   | 46,30 |
| Niedostateczny / Unsatisfactory             | 22  | 10,60 | 10  | 37,00 | 23  | 29,40 | 21   | 14,70 |
| Wskaźnik wiedzy $\bar{x}$ / Knowledge index | 11,48   |       | 8,79  |       | 10,00   |       | 10,85                                      |       |
| SD  | 2,16  |       | 3,19  |       | 3,20  |       | 2,49                                       |       |

$p < 0,001$ .

SD — odchylenie standardowe / standard deviation.

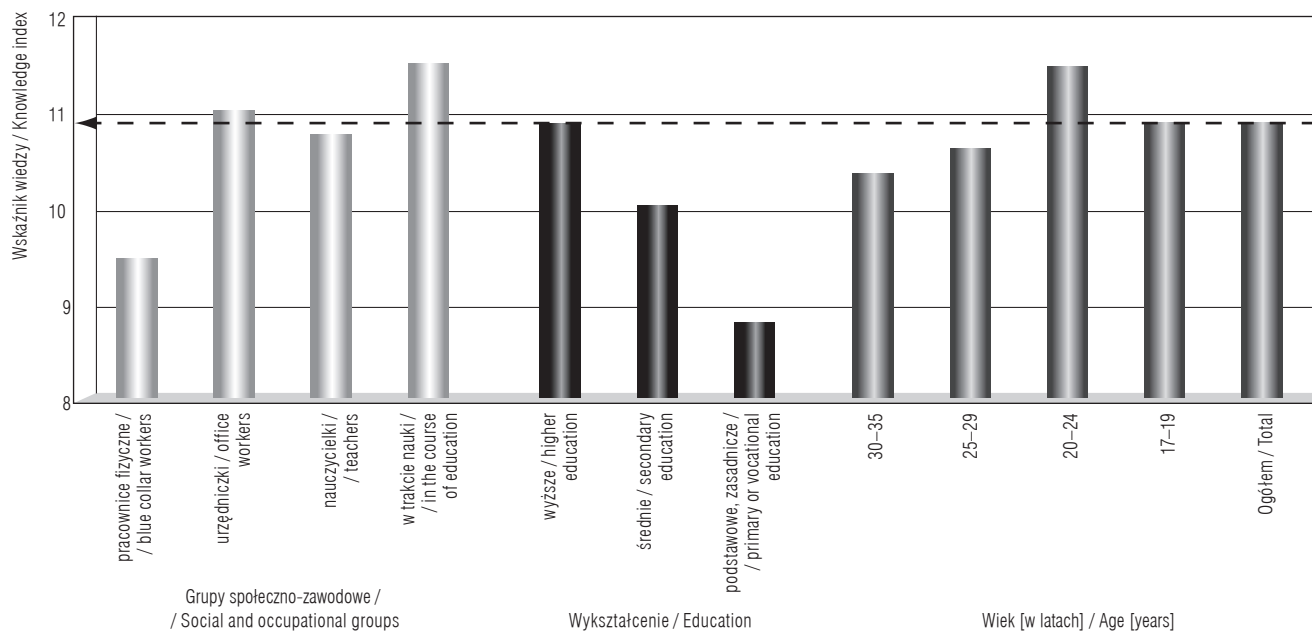
Analizując poziom wiedzy wśród kobiet pracujących z uwzględnieniem charakteru pracy, stwierdzono również istotne zróżnicowanie ( $p < 0,001$ ). Wskaźnik wiedzy osiągnął wyższą wartość w grupie kobiet pracujących umysłowo w porównaniu z pracującymi fizycznie ( $\bar{x} = 9,44$ ). Wśród pracownic fizycznych aż 36% kobiet miało niedostateczny poziom wiedzy na temat przygotowania się do ciąży (tab. 4).

Na rycinie 1. zestawiono średnie wartości wskaźnika wiedzy dla analizowanych grup wieku, wykształcenia oraz charakteru pracy badanych kobiet. Najwyższym poziomem wiedzy w badanym zakresie charakteryzowały się kobiety w wieku 20–24 lat, uczennice i studentki, respondentki z wykształceniem wyższym i pracujące w charakterze urzędniczek.

**Tabela 4.** Poziom wiedzy na temat przygotowania się do ciąży w poszczególnych grupach zawodowych  
**Table 4.** The level of knowledge about preparing for pregnancy by occupational groups

| Poziom wiedzy<br>The level of knowledge     | Pracownice umysłowe<br>White collar workers |       |   |       | Pracownice fizyczne<br>Blue collar workers<br>(N = 86) |       |
|---|---|-------|---|-------|--|-------|
|   | nauczycielki<br>teachers<br>(N = 84)        |       | urzędniczki<br>office workers<br>(N = 78) |       | n  | %     |
|   | n   | %     | n   | %     |  |       |
| Bardzo dobry / Very good                    | 9   | 10,70 | 13  | 16,70 | 9  | 10,50 |
| Dobry / Good                                | 28  | 33,30 | 18  | 23,10 | 17   | 19,80 |
| Dostateczny / Satisfactory                  | 35  | 41,70 | 36  | 46,10 | 29   | 33,70 |
| Niedostateczny / Unsatisfactory             | 12  | 14,30 | 11  | 14,10 | 31   | 36,00 |
| Wskaźnik wiedzy $\bar{x}$ / Knowledge index | 10,73                                       |       | 10,98                                     |       | 9,44   |       |
| SD  | 2,66  |       | 2,59                                      |       | 3,27   |       |

$p < 0,001$ .



**Ryc. 1.** Zestawienie poziomu wiedzy według wieku, wykształcenia i grup społeczno-zawodowych.  
**Fig. 1.** Knowledge (WW) by age, education and socio-professional groups.

**Tabela 5.** Odsetek kobiet mających wiedzę na temat wybranych problemów przygotowania do ciąży z uwzględnieniem grup społeczno-zawodowych  
**Table 5.** The proportion of women with knowledge of selected issues concerning preparation for pregnancy, taking into account social and occupational groups

| Elementy wiedzy<br>Elements of knowledge                                       | Badane kobiety<br>Respondents |  |                                      |  |  | Istotność różnic <sup>1</sup><br>The significance of differences <sup>1</sup> |
|--|-------------------------------|--|--------------------------------------|--|--|---|
|  | ogółem<br>total<br>(N = 455)  | w trakcie<br>nauki<br>in the course<br>of education<br>(N = 207) | nauczycielki<br>teachers<br>(N = 84) | urzędniczki<br>office<br>workers<br>(N = 78) | pracownice<br>fizyczne<br>blue collar<br>workers<br>(N = 86) |   |
|  | grupa 1                       | grupa 2  | grupa 3                              | grupa 4                                      | grupa 5  | 2 vs 3 2 vs 4 2 vs 5 3 vs 4 3 vs 5 4 vs 5                                     |
| Morfologia / Morphology  | 66,8                          | 65,2   | 65,5                                 | 78,2   | 61,6   | * *   |
| Toksoplazmoza / Toxoplasmosis  | 52,3                          | 51,2   | 55,9                                 | 61,5   | 43,0   | * *   |
| W kierunku wirusa HIV / HIV  | 53,2                          | 68,1   | 32,1                                 | 44,9   | 45,3   | *** *** ***   |
| Badanie mikrobiologiczne pochwy / Vaginal microbiology                         | 45,5                          | 44,0   | 51,2                                 | 46,1   | 43,0   |   |
| Badanie WR / WR  | 35,2                          | 40,1   | 20,2                                 | 32,0   | 40,7   |   |
| Badanie cytologiczne z szyjki macicy / Cytological examination                 | 55,8                          | 59,9   | 63,1                                 | 50,0   | 44,2   | **  |
| Oznaczenie grupy krwi / Blood group  | 52,3                          | 53,6   | 53,6                                 | 51,3   | 41,9   |   |
| Badanie poziomu glukozy / Glucose level  | 42,4                          | 41,1   | 48,8                                 | 44,9   | 37,2   |   |
| Wykonanie badań genetycznych / Implementation of genetic testing               | 65,5                          | 72,9   | 67,8                                 | 53,8   | 55,8   | ** **   |
| Stosowanie kwasu foliowego / Folic acid usage                                  | 66,1                          | 71,5   | 66,7                                 | 76,9   | 43,0   | *** **  |
| Szczepienia przeciwko różyczce / Rubella vaccination                           | 65,0                          | 70,0   | 70,2                                 | 57,7   | 54,6   | * *   |
| Leczenie współistniejących chorób / Concurrent diseases treatment              | 89,4                          | 91,3   | 86,9                                 | 93,6   | 83,7   | * *   |
| Zmiana sposobu odżywiania / Diet change  | 61,3                          | 62,8   | 60,7                                 | 71,8   | 48,8   | **  |
| Unikanie przeziębienia / Cold avoiding   | 92,7                          | 95,2   | 89,3                                 | 92,3   | 90,7   |   |
| Ostrożne sięganie po leki / Carefulness in taking medicines                    | 95,2                          | 98,1   | 92,8                                 | 93,6   | 91,9   |   |
| Rezygnacja z palenia tytoniu przez kobiety / Giving up smoking by the woman    | 78,5                          | 81,1   | 85,7                                 | 83,3   | 60,5   | *** **  |
| Kontrola zdrowia partnera / Control of partner's health                        | 93,2                          | 97,1   | 95,2                                 | 91,0   | 83,7   | **  |
| Rezygnacja z palenia tytoniu przez partnera / Giving up smoking by the partner | 67,5                          | 77,3   | 58,3                                 | 65,4   | 54,6   | ***   |
| Szkodliwość picia alkoholu / Harmfulness of alcohol drinking                   | 92,1                          | 96,1   | 86,9                                 | 94,9   | 84,9   | ** *  |
| Szkodliwość stosowania narkotyków / Harmfulness of drug taking                 | 90,3                          | 96,1   | 86,9                                 | 89,7   | 80,2   | ** ***  |

<sup>1</sup> Między poszczególnymi grupami / Intergroup differences in the frequency significance.  
\* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001.

W tabeli 5. przedstawiono wiedzę badanych kobiet (procent kobiet mających wiedzę w danym zakresie) odnośnie do określonych problemów istotnych dla przygotowania się do ciąży i jej przebiegu. Najniższy poziom wiedzy (poniżej 50% kobiet mających wiedzę w danym zakresie) odnotowano w takich zagadnieniach, jak potrzeba skontrolowania poziomu glukozy we krwi (42,4%), wykonanie odczynu WR (35,2%) oraz badań mikrobiologicznych pochwy (45,5%). Najwyższy poziom wiedzy (powyżej 90% respondentek mających wiedzę w danym zakresie) stwierdzono w zakresie ostrożności w przyjmowaniu leków podczas planowania ciąży (92,5%), unikania przeziębień (92,7%), szkodliwości picia alkoholu (92,1%) oraz używania narkotyków (90,3%).

O konieczności wykonania badań w kierunku wirusa HIV wiedziało tylko 32,1% nauczycielek, podczas gdy wśród uczennic i studentek odsetek ten wyniósł 68,1%. Badania genetyczne najczęściej wykonałyby respondentki uczące się (72,9%), a najrzadziej urzędniczki (53,8%). Badanie morfologii krwi najrzadziej wykonałyby pracownice fizyczne (61,6%), a najczęściej urzędniczki (78,2%). Również one częściej od pozostałych zrobiłyby badanie w kierunku toksoplazmozy (61,5%), natomiast wśród kobiet pracujących fizycznie odsetek ten wyniósł tylko 43%. Z kolei o konieczności wykonania cytologii z szyjki macicy najczęściej wiedziały nauczycielki (63,1%) i respondentki uczące się (59,9%), a najrzadziej kobiety pracujące fizycznie (44,2%).

O konieczności rezygnacji z palenia papierosów przez kobietę planującą ciążę wiedziało tylko 60,5% pracownic fizycznych, podczas gdy wśród nauczycielek odsetek ten wyniósł 85,7%. Kobiety pracujące fizycznie miały też niewielką wiedzę o konieczności rezygnacji z palenia przez partnerów (54,6%), o szkodliwości picia alkoholu (84,9%) i używania narkotyków (80,2%) przez kobietę planującą ciążę. Największą wiedzę w tym zakresie wykazały się uczennice i studentki (odpowiednio: 77,3%, 96,1%, 96,1%). Tylko 43% kobiet pracujących fizycznie wiedziało też o konieczności stosowania kwasu foliowego. U urzędniczek odsetek ten wynosił już 76,9%.

## OMÓWIENIE

Jednym z istotnych zagadnień, z jakimi może spotkać się przyszła matka, jest zapobieganie wadom wrodzonym swojego dziecka. W związku z nim ważne są m.in. konieczność wykonania szczepień przeciw różyczce, regularne stosowanie kwasu foliowego przez

ok. 3 miesiące przed planowanym zajściem w ciążę, zapobieganie zachorowaniu na toksoplazmozę, zaprzestanie palenia tytoniu oraz picia alkoholu i inne.

Czarkowski podaje, że w 2005 r. zachorowalność na różyczkę wśród kobiet powyżej 30. roku życia była znacznie wyższa niż wśród mężczyzn, a zapadalność na różyczkę w tym roku w województwie łódzkim była ponad trzykrotnie wyższa niż w roku 2004 (7). Jednocześnie z danych autora wynika, że dzięki wprowadzeniu obowiązkowych szczepień przeciw różyczce wśród dziewcząt skutecznie przeciwdziała się zachorowaniu na różyczkę wrodzoną — w 2005 roku nie odnotowano w Polsce takich przypadków. Z kolei według Wiercińskiej i wsp. 8% kobiet w wieku rozrodczym nie ma przeciwciał przeciw wirusom różyczki, a najwyższy odsetek braku przeciwciał wykazano wśród urzędniczek (8). Przeprowadzając badania do tej pracy, stwierdzono, że najwyższy poziom wiedzy na temat konieczności zaszczepienia się przeciwko różyczce mają uczennice, studentki i nauczycielki. Niski poziom wiedzy w tym zakresie mają natomiast urzędniczki, a najniższy — pracownice fizyczne.

Stosowanie kwasu foliowego w okresie przedkonceptyjnym zmniejsza ryzyko powstania wad cewy nerwowej u płodów (9). Pötsch podaje, że 7% kobiet w Saksonii-Anhalt przyjmuje kwas foliowy na 4 tygodnie do 3 miesięcy przed zajściem w ciążę, a 22% spośród badanych wiedziało o konieczności stosowania kwasu foliowego przed ciążą i podczas niej (10). Wiedza na ten temat przedstawiona w niniejszej publikacji jest istotnie najniższa wśród pracownic fizycznych, a najwyższa wśród kobiet wykonujących prace biurowe.

Do wielu wad wrodzonych u płodu może doprowadzić też *Toxoplasma gondii*, jeśli do zachorowania dojdzie we wczesnym okresie ciąży, dlatego istotne jest, aby w okresie przedkonceptyjnym wykonać badanie przesiewowe w kierunku przeciwciał *Toxoplasma gondii*. Sikorski i wsp. podają, że częstość zachorowań na toksoplazmozę w poszczególnych krajach jest zróżnicowana — w Polsce w niektórych regionach ich odsetek sięga 20–50% (11). W badaniu autorki niniejszej publikacji największą wiedzą na temat konieczności skontrolowania poziomu przeciwciał w kierunku toksoplazmozy wykazały się urzędniczki, które wiedziały o tym więcej niż nauczycielki. W dostępnym piśmiennictwie nie znaleziono więcej prac, w których omawiany był podobny problem.

W okresie przedkonceptyjnym uzasadnione jest również wykonywanie testu w kierunku obecności przeciwciał anty-HIV. Sieja twierdzi, że wiedza na temat profilaktyki AIDS przekazywana w Polsce w szko-

lach jest niewystarczająca, ponieważ wiele osób zakażonych i chorych zostało zainfekowanych wirusem HIV właśnie w okresie dojrzewania (12). Według Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego — Państwowego Zakładu Higieny w Polsce od stycznia do listopada 2009 roku stwierdzono 621 przypadków zakażenia tym wirusem. Mimo to w naszym kraju nie ma rozwiniętej profilaktyki AIDS w kontekście ciąży, rzadko też proponuje się test wykrywający wirusa HIV kobietom, które planują ciążę, podczas gdy w krajach zachodnioeuropejskich i USA proponuje się go wszystkim takim kobietom (13). W wyniku badań przeprowadzonych do niniejszego artykułu zaobserwowano, że nauczycielki w regionie łódzkim należą do grupy kobiet o najniższym poziomie wiedzy na temat konieczności wykonania badań w kierunku wirusa HIV podczas planowania ciąży. Trudno odnieść się do innych badań, gdyż nie znaleziono publikacji, w której analizowano by ten problem w podobnym ujęciu.

Istotne dla zdrowia płodu jest też przed zajęciem w ciąży zwrócenie uwagi na poziom glukozy we krwi. Wender-Ożegowska podaje, że według Skippera u ciężarnych z dobrze wyrównaną cukrzycą śmiertelność okołoporodowa płodu sięga 15,8%, natomiast w grupie ciężarnych nieleczonych — 95% (14). Z tych danych wynika, że w Polsce około 30% chorych na cukrzycę nie wie o istnieniu u siebie tej choroby. Ponieważ u chorych z cukrzycą typu 1. znacznie częściej wyrównany jest poziom glukozy we krwi, dlatego u ciężarnych tych odsetek wad rozwojowych u płodu nie przekracza 4%, podczas gdy u ciężarnych z cukrzycą typu 2. odsetek ten wynosi 16,9% (14). Cyranowicz i wsp. podają, że częstsze wady wrodzone płodu występowały u kobiet z cukrzycą niewyrównaną, a w 30–50% były one przyczyną zgonów dzieci (15). Badania przeprowadzone w ramach niniejszej publikacji wykazały dość niski poziom wiedzy kobiet dotyczącej konieczności kontroli glukozy we krwi — nie wiedziało o niej prawie 60% badanych, czyli problem ten jest mało znany wśród kobiet łódzkich. W piśmiennictwie nie znaleziono innych prac poruszających zagadnienie dotyczące wiedzy o konieczności kontroli glukozy we krwi i ewentualnego wyrównania jej poziomu przez kobiety planujące ciążę.

Zagrożeniem dla rozwijającego się płodu jest również zażywanie przez przyszłą matkę narkotyków. Sieja podaje, że w 2001 roku w Polsce liczbę uzależnionych od nich szacowano na 50–80 tys., a zagrożonych narkomanią było około 0,5 mln, z czego 40% to kobiety (16). Z badań do niniejszego artykułu wynika, że respondenci planujące ciążę mają wysoki poziom wiedzy

dotyczący szkodliwości stosowania narkotyków, przy czym istotnie najniższy dotyczy kobiet pracujących fizycznie. W innych dostępnych źródłach nie znaleziono pracy, która poruszałaby problem poziomu wiedzy na temat szkodliwości narkotyków na ciążę.

Z danych przedstawionych w publikacji pt. „Wpływ alkoholu na przebieg ciąży” wynika, że w USA 9–15% kobiet spożywa w ciąży alkohol co najmniej raz w miesiącu, a liczba kobiet pijących w ciąży wzrosła z 0,9% w 1991 roku do 3,5% w 1999 roku (17). Według tego artykułu w Szwecji z picia alkoholu zrezygnowało 58% kobiet, kiedy zorientowały się, że są w ciąży, 27% nadal spożywało alkohol raz w miesiącu, a 15% piło go 2–4 razy w miesiącu. W Wielkiej Brytanii alkoholu podczas ciąży nie spożywało 45% badanych, 44% w tygodniu piło niewielkie ilości, natomiast 10% kobiet piło niedużą ilość alkoholu codziennie (17). Łozińska-Czeriak (18) podaje, że według danych opracowanych przez Pracownię Badań Społecznych w 2005 roku alkohol w czasie ciąży spożywało 33% kobiet. Prawie 2/3 nie otrzymało od lekarzy informacji o negatywnych skutkach picia alkoholu podczas ciąży, natomiast 88% badanych zdawało sobie sprawę, że nawet niewielka ilość alkoholu wypitego przez kobietę ciężarną może mieć negatywny wpływ na rozwój płodu. Kobiety, które podczas ciąży nie piły, znacznie więcej wiedziały o jego szkodliwości w kontekście zdrowia dziecka od tych, które w ciąży spożywały alkohol (93% vs 53%) (18). Także z badań przeprowadzonych do niniejszego artykułu wynika, że znaczna większość kobiet (92,1%) ma wysoki poziom wiedzy na temat szkodliwości picia alkoholu podczas ciąży — najniższy dotyczył kobiet pracujących fizycznie.

W badaniu do niniejszego artykułu wykazano również, że ponad 20% spośród badanych kobiet nie zdaje sobie sprawy z konieczności rezygnacji z palenia papierosów w czasie ciąży. Najniższy poziom wiedzy na ten temat miały kobiety wykonujące pracę fizyczną, a najwyższy — nauczycielki. Chazan podaje, że tylko 20% kobiet palących papierosy zaprzestaje palenia, kiedy zachodzi w ciążę (6).

## WNIOSKI

1. Wiedza w zakresie prawidłowego przygotowania się do ciąży aktywnych zawodowo kobiet wymaga istotnego uzupełnienia, szczególnie wśród nauczycielek, których wiedza dotycząca wielu zagadnień związanych z ciążą nie jest satysfakcjonująca, a które same powinny być jej istotnym źródłem.



2. Programy profilaktyczne dotyczące przygotowania się do ciąży powinny być zróżnicowane w zależności od wieku, poziomu wykształcenia i statusu zawodowego adresatek.

## PIŚMIENNICTWO

1. Sieja K., Leoński J., Bulsa M., Czaja-Bulsa G.: Program wychowania seksualnego w Polsce na tle innych krajów europejskich. *Gin. Prakt.* 2000;8(51):30–33
2. Kulczyk M., Bączek G., Dmoch-Gajzlerska E.: Standardy postępowania położnej w opiece przedkoncepcyjnej. *Położna. Nauka Prakt.* 2009;1(5):15–18
3. Machura M., Sipiński A., Sioma-Markowska U., Gołąbek A., Selwet M.: Rola położnej w opiece przedkoncepcyjnej. *Ann. Acad. Med. Siles.* 2006;60(1):77–82
4. Sprawozdanie z Seminarium Europejskiego Towarzystwa Antykoncepcji (ESC). Dlaczego ciągle jeszcze nastolatki zostają matkami? Zapobieganie ciąży i rodzicielstwu u młodocianych. 8–9 października 2001, Combra (Portugalia). *Antykonc. — Aktualn.* 2002;2(1):15–16
5. Cieśla B., Hanke W., Grodzicka A., Gulczyńska E., Pawłowska B., Wasilewska-Wilk E.: Profil korzystania z opieki prenatalnej a ryzyko hipotrofii płodu. Wstępne wyniki badania kliniczno-kontrolnego w woj. łódzkim. *Przegl. Epidemiol.* 2004;58(3):537–546
6. Chazan B.: Opieka przedkoncepcyjna. *Medipress Ginekol.* 1998;4(3):10–15
7. Czarkowski M.P., Stefanoff P.: Różyczka w 2005 roku. *Przegl. Epidemiol.* 2007;6(2):199–205
8. Wiercińska-Drapała A., Flisiak R., Prokopowicz D.: Różyczka jako problem kobiet w wieku rozrodczym. *Ginekol. Pol.* 1999;70(11):815–817
9. Zamłyński J., Olejek A., Grettka K., Bodzek P., Kobylec-Zamłyńska B., Mańka G.: Pierwotna profilaktyka, rozpoznanie oraz leczenie wad cewy nerwowej w okresie perinatalnym. *Ginekol. Pol.* 2007;78(1):63–69
10. Pöttsch S., Hoyer-Schuschke J., Seelig M., Steinbicker V.: Knowledge among young people about folic acid and its importance during pregnancy: a survey in the Federal State of Saxony — Anhalt (Germany). *J. App. Genet.* 2006;47(2):187–190
11. Sikorski R., Stroczyńska-Sikorska M.: Choroby odzwierzęce w medycynie prokreacji. *Ginekol. Pol.* 2001;72(12):924–930
12. Sieja K., Bulsa M., Czaja-Bulsa G., Leoński J.: Pandemia AIDS a rola programów wychowania seksualnego. *Ginekol. Prakt.* 2000;8(8):36–39
13. Dziewanowska M.: Prawa pacjenta. Prawno-zdrowotny poradnik dla kobiet. Federacja na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny, Warszawa 2009 [cytowany 8 września 2010]. Adres: <http://www.federa.org.pl/publikacje/ulotki/poradnikprawnozdrawotny2009.pdf>
14. Wender-Ożegowska W., Zawiejska A.: Cukrzyca i ciąża, problem nie tylko diabetologów i położników. *Przew. Lek.* 2007;4(96):64–71
15. Cyranowicz B., Gulczyńska E., Sobczak M., Cypryk K., Wilczyński J., Gadzinowski J.: Analiza wad wrodzonych u żywo urodzonych noworodków matek z cukrzycą typu 1. *Diabetol. Pol.* 2002;9(4):208–233
16. Sieja K., Stanosz S.: Wpływ narkotyków na płód i noworodka. *Ginekol. Prakt.* 2001;2(55):30–35
17. Gawenda A. [tłum.]: Wpływ alkoholu na przebieg ciąży. Aktualne (2006) stanowisko Rogal College of Obstetricians and Gynaecologists. *Med. Prakt. Ginekol. Położn.* 2007;3(49):37–47 [cytowany 5 czerwca 2011]. Adres: [http://www.mp.pl/artykuly/index.php?aid=33165&\\_tc=E66D41516C3A443BAF87E59399C7279C](http://www.mp.pl/artykuly/index.php?aid=33165&_tc=E66D41516C3A443BAF87E59399C7279C)
18. Łozińska-Czeraniak A.: Alkoholowy zespół płodowy. *Położna. Nauka Prakt.* 2008;3:30–34