

Małgorzata Lesińska-Sawicka, Agnieszka Grochulska

Instytut Nauk o Zdrowiu, Akademia Pomorska w Słupsku, ul. Bohaterów Westerplatte 64, 76-200 Słupsk

Zachowania prewencyjne kobiet w ciąży.

Studium porównawcze na przykładzie kobiet z Polski i Turcji

Preventative behaviours of pregnant women.

A comparative study based on the examples of Polish and Turkish women

Streszczenie

Wśród zachowań prewencyjnych wykazujących różnice pomiędzy krajami wymienia się: planowanie ciąży i stosowanie metod regulujących płodność, systematyczność w odbywaniu wizyt kontrolnych w ciąży, uczęszczanie do szkoły rodzenia. W artykule przedstawione zostały wyniki badań przeprowadzone wśród kobiet z Polski i Turcji, dotyczące zrozumienia czynników wpływających na ich decyzje pronatalistyczne oraz ich zachowania i uczucia związane z macierzyństwem.

Słowa kluczowe: zachowania prewencyjne, ciąża, Polska, Turcja

Abstract

When preventative behaviors are considered, the following differences between countries are enumerated: family planning and fertility awareness methods, regular prenatal appointments, participation in antenatal classes.

The article presents the results of research conducted among Polish and Turkish women, concerning their understanding of factors influencing their reproductive decisions-making; behaviors and feelings towards motherhood.

Key words: preventive behavior, pregnancy, Poland, Turkey

Wstęp

Zdrowie stanowi jeden z najważniejszych czynników warunkujących harmonijny rozwój człowieka, jego rolę w społeczeństwie, zdolność do wykonywania ważnych zadań i osiągnięcie zamierzonych celów. Zdrowie traktowane jest jako pełna możliwość człowieka, proces dynamiczny, kształtowany w sposób ciągły przez oddziaływanie na człowieka w szerokim zakresie czynników: biologicznych, społecznych i kulturowych. Jest to wartość autoteliczna, będąca przedmiotem troski jeszcze przed narodzeniem jednostki.

Utrzymanie zdrowia, podnoszenie go na coraz wyższe poziomy, zapobieganie chorobie lub wykrywanie chorób w stanie przedklinicznym, to zachowania kwalifikowane w naukach społeczno-medycznych jako zachowania w zdrowiu. Zachowania te obejmują swym zakresem wszystkie nawyki, zwyczaje, postawy

odnoszące się do zdrowia, podejmowane zarówno przez poszczególne jednostki, jak i całe grupy ludzi. Do zachowań w zdrowiu zalicza się:

1. Działania podejmowane przez osobę zdrową w celu osiągnięcia lepszego poziomu swego zdrowia.
2. Zachowania prewencyjne, czyli każda działalność zdrowego człowieka w celu zapobiegania chorobom lub wykrycia choroby w stadium przedobjawowym.
3. Postępowanie osób uznawanych za zdrowe, ale należących do grupy zwiększonego ryzyka lub z racji swej sytuacji i życiowej narażonych na większe niż przeciętne osoby ryzyko zachorowania. Zachorowania te zmierzają do zapobiegania skutkom tych zagrożeń.
4. Działania związane z zapewnieniem ciągłości biologicznej podejmowane w celu zajścia w ciążę, zapewnienia jej prawidłowego przebiegu.
5. Zachowania podejmowane w celu zabezpieczenia, utrzymania lub poprawy zdrowia płodu lub dziecka, za które jest się odpowiedzialnym.
6. Zachowania zmierzające do poprawy środowiska (Tobiasz-Adamczyk, 2000).

Zachowania w zdrowiu można zakwalifikować do świadomych działań podejmowanych przez jednostkę w celu zwiększenia potencjału zdrowia, czyli do prozdrowotnego stylu życia. Wśród zachowań tych literatura przedmiotu wyróżnia cztery grupy. Podział ten ma charakter umowny, porządkujący i nie wyczerpujący wszystkich możliwości:

1. Zachowania związane głównie ze zdrowiem fizycznym: dbałość o ciało i najbliższe otoczenie, aktywność fizyczna, racjonalne żywienie, hartowanie się, sen – odpowiedni czas jego trwania i jakość.
2. Zachowania związane głównie ze zdrowiem psychospołecznym: korzystanie i dawanie wsparcia społecznego, unikanie nadmiaru stresu i radzenie sobie z problemami i stresem.
3. Zachowania prewencyjne: samokontrola zdrowia i samobadanie, poddawanie się badaniom profilaktycznym, bezpieczne zachowania w życiu codziennym, bezpieczne zachowania w życiu seksualnym.
4. Niepodejmowanie zachowań ryzykownych: niepalenie tytoniu, ograniczone używanie alkoholu, nienadużywanie leków nie zleconych przez lekarza, nieużywanie innych substancji psychoaktywnych (Woynarowska, 2008).

*Zachowania prewencyjne kobiet w ciąży.
Studium porównawcze na przykładzie kobiet z Polski i Turcji*

Ciąża to czas szczególnej troski kobiety o zdrowie swoje i poczętego dziecka. Wymaga świadomości w podejmowaniu racjonalnych działań przekładających się na zapewnienie optymalnych warunków do wewnątrzmacicznego rozwoju dziecka. Zdrowie narodzonego dziecka jest wypadkową wielu czynników działających na jego organizm w trakcie życia prenatalnego, opieki prenatalnej, wieku rodziców, jakości ich materiału genetycznego, ale również stylu życia matki przed ciążą i w jej trakcie.

Na stan dziecka oprócz czynników biologicznych i elementów organizacji opieki okołoporodowej, wpływa również wiedza kobiet na temat samoopieki i wynikających z tego zachowań przed ciążą, takich jak planowanie ciąży w optymalnym dla kobiety i jej rodziny czasie; w czasie ciąży, m.in. regularność odbywania wizyt kontrolnych, unikanie palenia papierosów, picia alkoholu czy przyjmowanie leków lub środków zastępczych, uczęszczanie do szkoły rodzenia oraz po porodzie, np. długość karmienia piersią. Patrząc na przytoczone wcześniej podziały zachowań w zdrowiu, wszystkie te wymienione elementy wpisują się jednocześnie również w działania prewencyjne oraz działania związane z zapewnieniem ciągłości biologicznej podejmowane w celu zajścia w ciążę, zapewnienia jej prawidłowego przebiegu oraz zachowania podejmowane w celu zabezpieczenia, utrzymania lub poprawy zdrowia płodu lub dziecka, za które jest się odpowiedzialnym. Ten szeroki kontekst zagadnienia skupia się na zdrowej populacji wieku rozwojowego i tym samym jest to temat ważny nie tylko dla położników, pediatrów czy lekarzy rodzinnych, ale również dla wszystkich profesjonalistów zajmujących się badaniem, poznawaniem i kształtowaniem zdrowego społeczeństwa.

Wpływ na podejmowanie zachowań ma również kultura, dyktując swoim członkom, jak mają na świat przychodzić dzieci, jak ma przebiegać proces ich uspołeczniania, jakie role przypisane są mężczyznom, a jakie kobietom (Best, Williams, 2002).

Obecnie, w dobie otwartości granic, łatwości przemieszczania się i nawiązywania nowych kontaktów wydaje się, że znajomość innych kultur bądź choćby świadomość wpływu czynników społeczno-kulturowych na zachowania ludzi, w tym również na zachowania prokreacyjne i prewencyjne u kobiet w okresie okołoporodowym jest punktem wyjścia do zrozumienia różnych decyzji kobiety dotyczących posiadania potomstwa i troski o nie. Jakkolwiek czynniki społeczno-kulturowe, biologiczne czy inne wpływają na decyzje kobiet związane z ich

macierzyństwem to wydaje się, że najistotniejsze jednak pozostają indywidualne preferencje kobiet chcących zostać matkami czy też już nimi będące.

Material

Przedstawione wyniki są częścią projektu badawczego, badania porównawczo-przekrojowego przeprowadzonego wśród kobiet w Europie i na świecie, za pomocą kwestionariusza opracowanego przez Małgorzatę Lesińską-Sawicką. Celem tego projektu badawczego jest zrozumienie czynników wpływających na decyzje pronatalistyczne kobiet pochodzących z różnych krajów (w sensie narodowości) oraz ich zachowania i uczucia związane z macierzyństwem.

W doborze państw do badania wzięto pod uwagę: religię dominującą w kraju oraz współczynnik dzietności w ostatnich latach poprzedzających badanie. Polska została wybrana do badania jako kraj katolicki o niskim współczynniku dzietności, podczas gdy Turcja - kraj muzułmański z wysokim współczynnikiem dzietności.

W doborze próby wykorzystano metodę celową. Kryterium doboru kobiet do badań było posiadanie co najmniej jednego dziecka w wieku do 10 roku życia. Kwestionariusz ankiety tłumaczony był na język turecki przez dwóch niezależnych, profesjonalnych tłumaczy. Badanie właściwe poprzedzone zostało badaniem pilotażowym poza obszarem badań, przy wykorzystaniu portali internetowych. Drogą tą rozesłane zostały linki do kwestionariusza ankiety. Po udzieleniu przez respondentki odpowiedzi na pytania, anonimowo spływały one do arkusza gromadzenia danych. W oparciu o uzyskane informacje zwrotne z badania pilotażowego zostało zakończone konstruowanie kwestionariusza ankiety. Zmodyfikowano kilka pytań pod względem jasności i precyzji sformułowań.

Narzędzie badawcze stanowił kwestionariusz ankiety, który składał się z 47 pytań. Do niniejszego opracowania wykorzystanych zostało 10 pytań dotyczących decyzji prokreacyjnych (wieku inicjacji seksualnej, wieku kobiety podczas zajścia w pierwszą ciążę, liczby odbytych ciąż, opinii dotyczących planowania ciąży, stosowania antykoncepcji i metod regulacji poczęć), zachowań ryzykownych (przyjmowania w czasie ostatniej ciąży leków OTC, leków uzależniających, picia kawy i alkoholu, palenia papierosów) oraz zachowań prewencyjnych (uczęszczania do szkół rodzenia, regularności uczęszczania w czasie ciąży na wizyty do lekarza położnika lub

*Zachowania prewencyjne kobiet w ciąży.
Studium porównawcze na przykładzie kobiet z Polski i Turcji*

położnej, długości karmienia piersią dziecka po porodzie) oraz narodowości. Pytania dotyczyły ostatniej ciąży, pozytywnie zakończonej.

Pytania w kwestionariuszu dotyczące wieku kobiety podczas badania, inicjacji seksualnej i zajścia w ciążę oraz liczby odbytych ciąż były pytaniami otwartymi, ilościowymi. Pytania związane z zachowaniami ryzykownymi, uczęszczaniem na wizyty kontrolne posiadały półotwarte dystraktory. Informacje dotyczące planowania ciąży, metod regulacji poczęć i uczęszczania do szkół rodzenia zawarte były w pytaniach zamkniętych.

Badania przeprowadzono w latach 2011-2014. W badaniu wzięło udział 220 kobiet mających dzieci w wieku do 10 lat, mieszkające w Polsce i Turcji. Przed rozpoczęciem badań autorzy zwrócili się z prośbą o zgodę na realizację ich do dyrektorów przedszkola i szkoły podstawowej (Polska) i szkoły podstawowej (Turcja). Po uzyskaniu zgody dyrekcji, wolontariusze (osoby spoza instytucji oświatowo-wychowawczej) rozdali kobietom, matkom dzieci poniżej 10 roku życia, kwestionariusze ankiety z pismem przewodnim informującym o celu prowadzenia badania, dobrowolności udziału w badaniu, anonimowości, sposobach jego wypełnienia, adresach kontaktowych autorów badania oraz zwrocie wypełnionych kwestionariuszów. Respondenci zostali poinformowani o dobrowolnym udziale w badaniu i o braku obowiązku udzielenia odpowiedzi na pytania, które z jakiegoś powodu są niewygodne lub godzą w dobre imię respondentki. Frekwencja udziału w badaniu wynosiła 41,3%. Badania zostały przyjęte z dużą życzliwością przez dyrektorów, personel placówek oraz same respondentki.

W badaniu wykorzystana została metoda statystyczna prezentująca ilościowe aspekty zjawisk społecznych i psychospołecznych, tutaj mierząca poglądy kobiety na temat wybranych aspektów macierzyństwa w okresie okołoporodowym. Po zebraniu danych każdy kwestionariusz został sprawdzony pod kątem kompletności danych. Wprowadzono, uporządkowano i zakodowano uzyskane dane wykorzystując oprogramowanie Statistica 10 PL. Zastosowano statystyki opisowe a zwłaszcza określano przypadek najczęściej występujący (dominanta) i rozkład częstości dla danej zmiennej, odchylenie standardowe, test korelacje r-Pearson, przy rozkładzie normalnym, na założonym poziomie ufności $p=0,05$. Badania uzyskały zgodę Komisji Bioetyki przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Szczecinie.

Wyniki

W badaniu udział wzięło 116 kobiet z Polski i 104 z Turcji. Średni wiek kobiety biorącej udział w badaniu wynosił 29,26 lat, rozpoczęcia współżycia płciowego - 19,36 lat i zajścia w pierwszą ciążę - 23,80 lat. Wśród respondentek 87,44% stanowiły kobiety będące w związku małżeńskim. Respondentki w 61,31% planowały swoją ostatnią ciążę, 67,84% - stosowało metody regulacji poczęć i środki antykoncepcyjne. Wśród badanych 73,67% regularnie zgłaszało się w ciąży na wizyty do lekarza lub położnej, 22,11% uczęszczało do szkoły rodzenia, 10,55% stosowało w czasie używki lub leki. Po porodzie 91,46% respondentek karmiło piersią swoje dziecko (Tabela I).

Respondentki biorące udział w badaniu podejmowały zachowania prewencyjne już przed ciążą, polegające na poznaniu i regulacji swojej płodności a tym samym na planowaniu ciąży. Przeprowadzona analiza ukazuje istnienie słabej zależności statystycznej pomiędzy planowaniem ciąży a narodowością ($r=-0,240$, $p=0,001$). Kobiety z Polski częściej niż z Turcji planowały swoją ciążę w dogodnym dla nich czasie (Tabela I). W celu zapobiegania wystąpieniu ciąży w niedogodnym dla nich czasie, okolicznościach i warunkach życiowych stosowały najczęściej:

- metody naturalne planowania rodziny – 32,11% wskazań,
- metody mechaniczne (wkładki domaciczne, membrany, prezerwatywy) – 15,98%,
- metody farmakologiczne (tabletki, zastrzyki, implanty) – 15,46%,
- metody chemiczne (środki plemnikobójcze) – 6,70%.

Spośród kobiet biorących udział w badaniu 32,16% respondentek nie stosowało żadnych metod regulacji poczęć lub antykoncepcji (Tabela I). Na podstawie przeprowadzonych analiz statystycznych wynika, że istnieje słaba zależność pomiędzy stosowaniem wybranych metod regulacji poczęć i antykoncepcją a narodowością kobiet ($r=0,289$, $p>0,001$). Respondentki z Turcji najczęściej preferowały naturalne metody planowania rodziny (40,59%), podczas gdy Polki metody mechaniczne (26,88%) i chemiczne (25,81%).

Wśród kobiet biorących udział w badaniu 26,33% stosowało się do zaleceń personelu medycznego względem regularności zgłaszania się na wizyty kontrolne (Tabela 1). Spośród Polek jedna kobieta nie uczęszczała wcale, 2 chodziły według własnych potrzeb. Wśród Turczynek 3 nie chodziły do lekarza wcale, a 38,38% od 2 do

*Zachowania prewencyjne kobiet w ciąży.
Studium porównawcze na przykładzie kobiet z Polski i Turcji*

4 razy w czasie ciąży. Przeprowadzona analiza ukazuje istnienie korelacji słabej, lecz wyraźnej pomiędzy zgłaszalnością na wizyty kontrolne w ciąży do lekarza a narodowością ($r=-0,317$, $p<0,001$). Polki systematyczniej uczęszczały na wizyty niż Turczynki.

Tabela 1. Profil respondentek

Wyszczególnienie	Polska (n = 114)	Turcja (n = 106)
Średni wiek podczas udziału w badaniu (w latach)	31,7 (SD 7,40)	28,4 (SD 0,73)
Średni wiek inicjacji seksualnej (w latach)	18,7 (SD 7,50)	21,6 (SD 8,63)
Średni wiek w czasie zajścia w pierwszą ciążę (w latach)	25,5 (SD 6,50)	22,6 (SD 9,0)
Planowanie ciąży (%)	76,3	48,1
Stosowanie metod regulacji poczęć i antykoncepcji (%)	70,9	73,6
Przyjmowanie w ciąży używek lub środków psychoaktywnych (%)	15,6	9,4
Uczęszczanie do szkoły rodzenia (%)	44,1	2,8
Regularne zgłaszanie się do lekarza/położnej w czasie ciąży (%)	78,07	59,43
Karmienie piersią co najmniej przez 6 miesięcy życia dziecka (%)	57,89	74,53

Spośród respondentek 22,11% przychodziło na zajęcia przygotowujące do rodzicielstwa w szkole rodzenia (Tabela I). Przeprowadzona analiza ukazuje istnienie umiarkowanej korelacji pomiędzy uczęszczaniem do szkoły rodzenia a narodowością ($r=-0,503$, $p<0,001$). Kobiety z Polski częściej korzystały z oferty szkół rodzenia niż Turczynki.

Wśród badanych 31,96% karmiło naturalnie swoje dziecko od 1 do 6 miesięcy. Nie karmiło piersią wcale 8,45% kobiet. Przeprowadzona analiza nie ukazuje istnienia zależności statystycznej pomiędzy długością karmienia piersią dziecka a narodowością ($r=-0,001$, $p=0,989$) aczkolwiek kobiety z Turcji nieznacznie dłużej karmiły naturalnie (67,33%) niż respondentki z Polski (45,16%).

Respondentki w większości – 89,45% - nie stosowały w ciąży używek ani leków. Wśród najczęściej wymienianych były papierosy. Przeprowadzona analiza ukazuje brak zależności statystycznej pomiędzy stosowaniem używek w ciąży a narodowością ($r=0,107$, $p=0,136$).

Dyskusja

Literatura przedmiotu podaje, że w ostatnich latach mówi się o swoistym *babyplanowaniu*. Jest to zjawisko bardzo pozytywne, ponieważ wiąże się z podejmowaniem przez kobiety szeregu świadomych decyzji związanych z chęcią dobrego przygotowania się do macierzyństwa. Coraz więcej kobiet decydując się na dziecko w czasie dla nich optymalnym, wykorzystuje do tego celu naturalne metody planowania ciąży i coraz to ulepszone - antykoncepcji.

Wyniki analiz przeprowadzonych wśród tureckich kobiet pokazują, że najchętniej korzystają one z naturalnych metod regulacji płodności oraz ze stosunku przerywanego (Breslin, 1997; Senlet i in., 2000). Jednocześnie, jak podaje Turkish Demographic and Health Survey z roku na rok zwiększa się liczba kobiet korzystających z nowoczesnych metod antykoncepcyjnych (Turkish Demographic and Health Survey, 2009).

Z badania przeprowadzonego w Polsce w październiku 2013 roku przez GfK Polonia wynika, że wiedza na temat metod antykoncepcji wśród Polek jest niewielka, co jednocześnie przekłada się na jej stosowanie. Najpopularniejszą formą planowania rodziny w Polsce jest prezerwatywa (30% wskazań na „stosuję obecnie”) oraz tabletki antykoncepcyjne (23%) (Badanie rynku, 2013). Stosowanie metod regulujących płodność wiąże się głównie ze statusem ekonomicznym (kobiety w Turcji) i poziomem wiedzy kobiet (kobiety w Polsce).

Spośród respondentek z 18 krajów europejskich biorących udział w badaniu Bayer Schering Pharma nt. zwyczajów w antykoncepcji, przeprowadzonych przez GfK w listopadzie-grudniu 2009 roku, 62% badanych w Europie kobiet potwierdziło, że planowało pierwszą ciążę (Pan European FC Study, 2009). Z badań prowadzonych

wśród kobiet z Turcji przez Arslan Ozkan I, Mete S. wynika, że kobiety tureckie w 71.3% planowały swoją ciążę (Arslan, Mete, 2010).

Planowanie ciąży, świadome decydowanie się na potomstwo jest zjawiskiem pozytywnie wpisującym się w działania zdrowotne m.in. prewencyjne. Zaplanowanie prokreacji pozwala kobiecie podjąć zachowania, które będą korzystnie oddziaływać na jej organizm, potęgowały jej zdrowie i tym samym przyczyniały się do stworzenia optymalnego środowiska wewnątrzmacicznego dla dziecka.

Mimo, iż wzrasta świadomość kobiet względem prokreacji, przygotowania do macierzyństwa i coraz więcej mówi się o świadomym macierzyństwie, to jednak wciąż dużym problemem są używki w ciąży. Przyjmowanie substancji szkodliwych dla płodu będące świadomym, rozmyślnym bądź nieświadomym zaniedbaniem określane jest jako maltretowanie prenatalne (Soriano, 2002) i powinno być mocno eksponowane, aby spotęgować w społeczeństwie fakt szkodliwego ich oddziaływania na dziecko.

Literatura przedmiotu podaje, że kobiety w większości świadome są konieczności zaprzestania spożywania alkoholu będąc w ciąży z powodu wynikających zagrożeń dla rozwijającego się wewnątrzłonoowo dziecka (Alvik i in., 2006; Karcaaltincaba i in., 2009), często jednak przychodzi im to z dużym trudem. Wojciech Szychta, Michał Skoczylas i Tadeusz Laudański dokonali przeglądu piśmiennictwa dotyczącego szkodliwości spożywania alkoholu i palenia tytoniu przez kobiety w ciąży, z którego wynika, że istnieje zróżnicowany odsetek kobiet ciężarnych spożywających alkohol i palących papierosy wśród wybranych populacji (Szychta i in., 2008). Dostępne dane statystyczne ukazują, że w Polsce pali w ciąży około 20% kobiet (Kalinka, 2006). Z badań przeprowadzonych przez Deniza Karcaaltincaba i wsp. wynika, że przed ciążą paliło 31,7% kobiet w Turcji i liczba wypalanych papierosów przed ciążą miała istotny wpływ na kontynuowanie palenia w czasie ciąży. Po ciąży paliło papierosy 14% respondentek (Karcaaltincaba i in., 2009).

Regularny kontakt z lekarzem, pielęgniarką lub położną w czasie ciąży pozwala kobietom korzystać z usług istotnych dla ich zdrowia i przyszłych dzieci. Systematyczna opieka przedporodowej została wprowadzona na początku XX wieku w Europie i Ameryce Północnej, a obecnie występuje powszechnie w rozwiniętych krajach (Rooney, 1992). Światowa Organizacja Zdrowia zaleca, aby kobiety w ciąży odbyły minimum cztery wizyty u lekarza lub pielęgniarki czy położnej (WHO, 1991). Z niniejszych badań wynika, że kobiety w większości zastosowały się do rekomendacji

WHO za sprawą prowadzących ich ciężę przedstawicieli opieki medycznej. Różnice w systematyczności odbywania wizyt wynikać mogą z faktu, że w Polsce kobiety ciężarne zgłaszające się do lekarza regularnie, najpóźniej od 10 tygodnia trwania ciąży mogą ubiegać się o zasiłek z tytułu urodzenia dziecka (Ustawa z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych).

Doskonałym źródłem wiedzy o prawidłowym rozwoju ciąży i dziecka, a także późniejszej pielęgnacji noworodka, przygotowania się przyszłych matek do wypełniania zadań macierzyńskich jest szkoła rodzenia, która jednocześnie jest swoistą grupą wsparcia dla przyszłych rodziców (Lesińska-Sawicka, 2008). Z jednej strony uświadamia kobietom i ich partnerom wielkość odpowiedzialności za dziecko, z drugiej kształtuje prawidłowe nawyki i umiejętności związane z opieką nad dzieckiem. Dzięki temu wpisuje się w zagadnienia prewencyjne, ponieważ uczy odpowiedniego i adekwatnego do sytuacji zachowania rodziców i ewentualnego wyłapywania nieprawidłowości w rozwoju dziecka. Pomimo wielu zalet, jakie niesie ze sobą uczestnictwo w zajęciach szkoły rodzenia, mało respondentek skorzystało z tej formy przygotowania się do macierzyństwa.

Szkoły rodzenia w Turcji znajdują się przeważnie w większych miastach i uczęszczanie do nich jest odpłatne. Mimo deklaracji dużego zapotrzebowania na tę formę edukacji, szkoły rodzenia są wciąż mało popularne wśród kobiet tureckich (Serçekuş, Mete, 2010). Dostępność do szkół rodzenia w Polsce jest duża, a oferta prywatnych i państwowych szkół - bogata. Jak wynika z przeprowadzonych badań, Polki nie zawsze wykorzystują tę możliwość przygotowania się do macierzyństwa, podając najczęściej usprawiedliwienia, takie jak: brak czasu, złe samopoczucie psychofizyczne w ciąży, przekonanie, że ciąża nie zakończy się porodem fizjologicznym czy niedostrzeganie potrzeby uczęszczania na tego typu formę kształcenia (Lesińska-Sawicka, 2008).

Karmienie piersią jest jedną z form opieki nad dzieckiem z szeregiem zalet wpływających zarówno na rozwój dziecka i samopoczucie matki. Jest ono jedynym naturalnym, najkorzystniejszym i najbardziej optymalnym sposobem odżywiania dziecka w pierwszych miesiącach życia. Daje dziecku wiele korzyści bio-psycho-społecznych zarówno w okresie samego karmienia jak i w późniejszych latach jego życia. Mleko matki zabezpiecza dziecko przed wieloma groźnymi chorobami wieku dziecięcego, młodzieńczego jak również dorosłego (Lesińska-Sawicka i in., 2009). Jest

*Zachowania prewencyjne kobiet w ciąży.
Studium porównawcze na przykładzie kobiet z Polski i Turcji*

więc dobrym przykładem działań zdrowotnych wpisujących się w zachowania prewencyjne. Dodatkowo, Światowa Organizacja Zdrowia rekomenduje, że przez pierwsze 6 miesięcy życia dziecka powinno być ono karmione wyłącznie mlekiem matki.

Karmienie piersią jest popularną praktyką w Turcji. Większość Turczynek, w 98% inicjuje karmienia naturalne. W Koranie matki zachęcane są do karmienia przez dwa lata życia ich dziecka (Ali, 1975). Niestety większość kobiet w przeciągu 2-3 pierwszych miesięcy po porodzie zaczyna obok mleka matki, wprowadzać do diety dziecka mleko modyfikowane (Demirtas i in., 2012). Statystyki mówią o tym, że w Polsce około 76% matek wybiera karmienie piersią przez pierwsze 4 miesiące życia dziecka, zaś 56% matek nie przestaje karmić piersią po ukończeniu przez dziecko 4 miesiąca życia.

Wnioski

Z uzyskanych wyników można wyciągnąć następujące wnioski:

- wśród zachowań prewencyjnych wykazujących różnice pomiędzy krajami należy wymienić: planowanie ciąży i stosowanie metod regulujących płodność (słaba zależność), systematyczność w odbywaniu wizyt kontrolnych w ciąży, uczęszczanie do szkoły rodzenia (umiarkowana zależność),
- na zachowania prewencyjne kobiet będących w okresie okołoporodowym mają wpływ czynniki zarówno indywidualne jak i, w większym stopniu, społeczne, głównie zależne od organizowania opieki nad matką i dzieckiem w kraju.

Bibliografia

- Ali AY, (1075; trans), The Holy Quran. 1st edition, Leicester, The Islamic Foundation.
- Alvik A., Haldorsen T., Groholt B. et al. (2006), Alcohol consumption before and during pregnancy comparing concurrent and retrospective reports, *Alcohol Clin. Exp. Res.* 30, s. 510-515.
- Arslan Ozkan I., Mete S. (2010). Pregnancy planning and antenatal health behaviour: findings from one maternity unit in Turkey, 26(3), s. 338-347.
- Badanie rynku X 2013, GfK Polonia (2013). Dostępne pod adresem: www.gfk.com/pl/news-and-events/news/strony/antykonceptyjna-wkladka-hormonalnarozpoznanie-rynku.aspx
- Best D. L., Williams J. E. (2002). Perspektywa międzykulturowa, w: B. Wojcieszke (red.) *Kobiety i mężczyźni. Odmienne spojrzenie na różnice*, GWP, Gdańsk, s. 118-145.

*Zachowania prewencyjne kobiet w ciąży.
Studium porównawcze na przykładzie kobiet z Polski i Turcji*

- Breslin M. (1997). Fearing Side Effects, Many Turkish Women Choose Traditional Contraceptives, *International Family Planning Perspectives*, 23(3), s. 139-147.
- Demirtas B., Ergocmen B., Taskin L. (2012). Breastfeeding experiences of Turkish women, 21 (7-8), s. 1109-18. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03848.x. Epub 2011 Sep 20.
- Kalinka J. (2006), Ocena roli wybranych środowiskowych czynników ryzyka ograniczonego wzrostu płodu oraz porodu przedwczesnego przy zastosowaniu wskaźników biologicznych i biomarkerów ekspozycji. Rozprawa habilitacyjna, *Folia Medica Lodziensia*, 33/S1, s. 5-151.
- Karcaaltincaba D., Kademir O., Yalvac S., Güvendağ Güven E. S., Yildirim B. A., Haberal A. (2009), Cigarette smoking and pregnancy: Results of a survey at a Turkish women's hospital in 1,020 patients, *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 29 (6), s. 480-486.
- Lesińska-Sawicka M. (2008), Późne macierzyństwo. Studium socjomedyczne, Nomos, Kraków.
- Lesińska-Sawicka M., Waśkow M. Maniak I. (2009), Odczucia kobiet związane z karmieniem piersią, w: Położna i pielęgniarka partnerką lekarza w medycznej opiece nad kobietą, red. T. Opala, A. Gaworska-Krzemińska, J. Olszewski, Bernardinum, Gdańsk, s. 117-127.
- Pan European FC Study (2009), Badanie Bayer Schering Pharma nt. zwyczajów w antykoncepcji, przeprowadzone przez GFK w listopadzie-grudniu 2009.
- Rooney C. (1992), Antenatal care and maternal health: how effective is it? Document WHO/MSMJ 92.4, Genewa, WHO, s. 6-9.
- Senlet P., Mathis J., Curtis S.L., Han R. (2000), Abortion and Contraceptive Use in Turkey. MEASURE Evaluation. 2000, <http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/wp-00-25>.
- Serçekuş P., Mete S. (2010), Turkish women's perceptions of antenatal education, 2010, 57 (3), s. 395-401. doi: 10.1111/j.1466-7657.2009.00799.x.
- Soriano A. (2002). Przemoc wobec dzieci, eSPe, Kraków.
- Szychta W., Skoczylas M., Laudański T. (2008). Spożywanie alkoholu i palenie tytoniu przez kobiety w ciąży – przegląd badań, *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia*, 2008, nr 4, s. 309-313.
- Tobiasz-Adamczyk B. (2000), Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Turkish Demographic and Health Survey 2008, Ankara (2009).
- Ustawa z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2006 r. Nr 139, poz. 992, z późn. zm.).
- World Health Organization (1991), Essential elements of obstetric care at first referral level. Genewa, WHO.
- Woynarowska B. (2008), Edukacja zdrowotna – podstawy teoretyczne i metodyczne. w: Edukacja zdrowia, red. B. Wojnarowska, Wydawnictwo PWN, Warszawa, s. 17-44.