

Zakład Pielęgniarstwa Położniczo- Ginekologicznego Katedry Macierzyństwa i Prokreacji
WPiNoZ Akademii Medycznej w Lublinie,
kierownik Zakładu: dr hab. n. med. Henryk Wiktor
kierownik Katedry: prof. zw. dr hab. n. med. Grzegorz Jakiel

MARZENA BUCHOLC, CELINA ŁEPECKA- KLUSEK, MONIKA KARAUDA

*Using medical care during pregnancy as a result
of parents' care for child's health.*

**Korzystanie z opieki lekarskiej w okresie ciąży wyrazem troski rodziców
o zdrowie dziecka**

Umocnienie młodej rodziny, poprawa jej funkcjonowania w okresie prokreacji, jest wynikiem zgodnej z naturalnym cyklem życia, ciągłej opieki położniczej. Obejmuje ona swym zakresem poradnictwo przedmałżeńskie, edukację przedporodową, opiekę śród- i poporodową. Taki prorodzinny, kompleksowy model opieki zwiększa szanse na przeżycie noworodków, ułatwia osiągnięcie przez dziecko pełnego potencjału rozwojowego, poprawia relacje wewnątrzrodzinne [4-5, 9-10].

Celem pracy było sprawdzenie, czy i na ile w trosce o zdrowie dziecka rodzice korzystają z opieki profilaktycznej w okresie ciąży oraz czym jest to uwarunkowane.

MATERIAŁ I METODA

Badania przeprowadzono wśród 180 kobiet, przebywających w Oddziale Położniczo-Noworodkowym Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 4 w Lublinie, w 2003 roku. Dla uzyskania materiału badawczego posłużono się kwestionariuszem ankiety własnego autorstwa. Udział w badaniach był całkowicie dobrowolny i anonimowy a dobór osób losowy.

Wiek ankietowanych wahał się od 17 do 44 lat, w tym 112 (62,2 %) nie ukończyło jeszcze 29 roku życia, a pozostałe 68 (37,8%) były starsze.

Respondentki pochodziły z różnych miejscowości, z czego 113 (62,8%) mieszkało w mieście, a 67 (37,2 %) na wsi. Po raz pierwszy były w ciąży 102 (56,7 %) badane, a inne 78 (43,3%) w drugiej lub dalszej.

Swoją sytuację materialną kobiety oceniły różnorodnie – 137 (76,1%) jako dobrą lub bardzo dobrą i 43 (23,9%) jako przeciętną lub złą.

Zebrany materiał poddano analizie statystycznej i opisowej. Istotność różnic między badanymi cechami sprawdzono testem χ^2 [8].

WYNIKI

Zdecydowana większość respondentek (129, tj. 71,6%) na pierwszą wizytę profilaktyczną zgłosiła się przed 12 tygodniem ciąży. Pozostałe 51 (28,4%) uczyniły to w późniejszym terminie. Bliższe dane dotyczące tej kwestii, w zależności od przyjętych w pracy zmianowych, tj. sytuacji materialnej, miejsca zamieszkania, planowania ciąży i rodności kobiet, przedstawiono w tabeli I.

Statystyczna analiza zebranego materiału potwierdziła istnienie związku między czasem zgłoszenia się na pierwszą wizytę kontrolną do lekarza a faktem zaplanowania ciąży przez rodziców ($p = 0,008$). Pozostałe zmienne okazały się bez znaczenia.

Na pytanie, czy mąż towarzyszył respondentkom w czasie pierwszej wizyty w ciąży u ginekologa, 72 (40,0%) osoby odpowiedziały twierdząco i 108 (60,0%) temu zaprzeczyło. Motywy decyzji o wspólnym, bądź nie, uczęszczaniu do lekarza były różnorodne. Te, które uczyniły to razem z mężem, najczęściej argumentowały to większym poczuciem bezpieczeństwa, troskliwością partnera i wspólnym przeżywaniem radości. Brak czasu, obowiązki zawodowe, niechęć kobiet i/lub ojca dziecka do bycia w takiej chwili razem, sprawiły, że nie było go u lekarza w czasie pierwszej wizyty. Problem ten, w zależności od przyjętych w pracy zmianowych, uwidoczniono w tabeli II.

Obecność męża na pierwszej wizycie u lekarza była zależna ($p < 0,05$) od rodności kobiet, na rzecz pierwiastek, oraz faktu zaplanowania poczęcia dziecka przez rodziców. Miejsce zamieszkania i sytuacja materialna okazały się w tej kwestii bez znaczenia.

W kolejnych wizytach kontrolnych w czasie ciąży uczestniczyło razem z mężem 113 (62,7%) kobiet, a bez niego 67 (37,3%). Taki sposób postępowania ankietowane argumentowały podobnie jak w przypadku pierwszej wizyty. Zależność między wspólnym uczęszczaniem na wizyty lekarskie w ciąży a zmiennymi ukazano w tabeli III.

Dostrzeżono zależność między obecnością męża w czasie kolejnych wizyt u lekarza a rodnością kobiet ($p = 0,05$), na korzyść pierwiastek. W odniesieniu do pozostałych zmiennych istotnego związku nie wykryto.

Uczęszczanie do tego samego lekarza przez całą ciążę deklarowało 130 (72,2%) kobiet. Swoją decyzję uzasadniały fachowością, zaufaniem i, jak to określały, tym, że był „ich lekarzem”. Te, które dokonały zmiany lekarza (50, tj. 27,8%), najczęściej tłumaczyły to względami finansowymi i niezadowoleniem ze świadczonej opieki (tabela IV).

Uzyskane rezultaty pokazały, że istotnie częściej ($p < 0,05$) mieszkanki miast niż wsi dokonywały zmiany lekarza opiekującego się nimi w okresie ciąży. Rodność kobiet, ich sytuacja materialna oraz fakt zaplanowania ciąży, bądź nie, nie miały w tym przypadku znaczenia.

W czasie wizyt lekarskich zalecenia odnośnie stylu życia w ciąży otrzymało 157 (87,2%) kobiet, pozostałe 23 (12,8%) stwierdziły, że nie. Na pytanie, czego dotyczyły te wskazania, otrzymano ogółem 352 wypowiedzi, w tym najczęściej były to porady na temat prawidłowego odżywiania się (132, tj. 37,5%) oraz pożądanego czasu snu i wypoczynku (101, tj. 28,7%). Rzadziej natomiast współżycia płciowego (66, tj. 18,8%) i higieny ciała (40, tj. 11,4%). Tylko nieliczne (13, tj. 3,4%) poinformowano o możliwościach prenatalnego komunikowania się z dzieckiem.

Zalecenia, o których mowa wyżej, były przekazywane również 55 (30,5%) mężom, w tym głównie przez lekarza. Pozostałe 125 (69,5%) kobiet odpowiedziało, że nie.

OMÓWIENIE

Powołanie do życia małego człowieczka, wydanie go na świat i jego wychowanie są etapami wkomponowanymi w życie większości kobiet i mężczyzn. Bezpiecznie donoszona

ciąża, odbycie porodu i przeżycie niczym niezmałowanej radości z narodzin dziecka, to dla kobiety i jej rodziny wyraz efektywnej opieki przedporodowej. Ideałem byłoby, gdyby każda para oczekująca potomstwa umiała wybrać z codziennego życia te elementy, które pomagają żyć zdrowo i eliminować te, które temu zagrażają. Dla rodziców jest to również czas wykazania się nowym typem odpowiedzialności, tj. za własne dziecko [2, 4-5, 9-13]. To oni powinni podejmować świadome działania na rzecz zdrowia swojego i rozwijającego się maleństwa. Wyrazem takiej troski może być m.in. wczesne zgłaszanie się kobiet w ciąży na profilaktyczne wizyty do lekarza. Znalazło to potwierdzenie w przeprowadzonych badaniach, bowiem większość z nich uczyniła to w pierwszym trymestrze. Dotyczyło to zwłaszcza tych kobiet, które wcześniej zaplanowały ciążę. Niepokój budzi jednak odsetek pozostałych ciężarnych, które zrobiły to w późniejszym czasie. Czy może to oznaczać, że o nieplanowane dzieci rodzice troszczą się mniej? Odpowiedź na to pytanie nie jest łatwa i wymaga dalszych dociekań.

Stosunek mężczyzn do zaistniałej ciąży bywa bardzo różny. Mogą oni reagować uczuciami opiekuńczymi w stosunku do kobiety, dumą z małżeństwa, ze swojej męskości, radością oczekiwania na dziecko. Jednak często też pojawia się strach, czy będą dobrymi ojcami, czy sprostają finansowej odpowiedzialności, jakie zmiany nastąpią w ich związku, życiu seksualnym i towarzyskim. Reakcje takie częściej pojawiają się, gdy ciąża nie była planowana. Udział w rozmowach z lekarzem, kursy przygotowujące do porodu, nawiązywanie kontaktu z dzieckiem w okresie prenatalnym, przyczyniają się do nadania właściwego miejsca ojcostwu [1, 3, 6-7, 11-13]. W badanej grupie tylko niektórzy ojcowie uczestniczyli w pierwszej wizycie swoich żon u lekarza. Kornas – Biela uważa, że postawa mężczyzny wobec ciąży i mającego urodzić się dziecka zależy od siły związku uczuciowego, łączącego daną parę [7]. Czy można zatem sądzić, że małżeństwa te były mniej stabilne? Być może nie, ponieważ odsetek mężczyzn obecnych w gabinetach lekarskich na kolejnych wizytach zwiększył się.

O wyborze lekarza opiekującego się ciążą decydują przede wszystkim jego kompetencje zawodowe, ale również życzliwość, empatia i umiejętność udzielania wsparcia psychicznego. Dyrektywny styl udzielanych porad, niedostatek informacji o stanie zdrowia matki i dziecka czy możliwych sposobach postępowania powoduje, że rodzice poszukują kogoś innego [4-5]. W badanej grupie większość kobiet przez całą ciążę uczęszczała do tego samego lekarza, co pozwala przypuszczać, że były zadowolone z jakości świadczonej im opieki.

Oczekiwanie na narodziny dziecka jest czasem największej motywacji rodziców do kształcenia zdrowotnego. Stąd też edukacja w tym okresie jest efektywną formą podnoszenia poziomu wiedzy pary małżonków, uczenia ich nowych umiejętności, kształtowania pozytywnych postaw wobec dziecka i siebie nawzajem, porodu i rodzicielstwa oraz promowania zachowań prozdrowotnych [9-10, 12-13]. Większość ciężarnych w czasie wizyt lekarskich otrzymywała zalecenia odnośnie pożądanego stylu życia w ciąży. Zakres tych informacji budzi jednak wiele wątpliwości, bowiem żadna z kobiet nie uzyskała ich w pełni. Jeszcze gorzej było w przypadku mężczyzn, gdyż dotyczyło to tylko co trzeciego z nich. Zdrowa matka i dziecko to priorytet lekarza i położnej, co można osiągnąć m.in. poprzez efektywną edukację przedporodową. Niestety, nie zawsze jej ranga jest doceniana i wykorzystywana.

WNIOSKI

- Większość ciężarnych (129,tj.71,6%) zgłosiła się na pierwszą wizytę do lekarza w pierwszym trymestrze ciąży, w tym istotnie częściej ($p = 0,008$) te, które zaplanowały poczęcie dziecka.
- Odsetek mężów uczestniczących w kolejnych wizytach profilaktycznych był w porównaniu z pierwszą o ponad połowę większy – odpowiednio 62,7% i 40,0%.
- Co czwarta respondentka dokonała zmiany lekarza w ciąży, przy czym było to zależne od miejsca ich zamieszkania.

PIŚMIENNICTWO

1. Arcimowicz K.: Współcześni mężczyźni- przegląd badań. *Problemy Rodziny*, 1998, 2, 3 – 11.
2. Bartosz B.: Współczesne macierzyństwo: szansa czy zagrożenie dla kobiety. W: Kornas – Biela D. (red.) : *Oblicza macierzyństwa*. Redakcja Wydawnictw KUL, Lublin 1999, 95 – 108.
3. Bullinger H.: *Mężczyzna czy ojciec*. Niezależna Oficyna Wydawnicza, Warszawa 1997.
4. Chazan B.: Nowe standardy opieki okołoporodowej – korzyści czy zagrożenia. *Rodzić po ludzku – perspektywy i nadzieje. O zmianach w opiece położniczej po reformie służby zdrowia*. Fundacja „Rodzić po Ludzku”, Warszawa 2000.
5. Chazan B.: Opieka okołoporodowa ukierunkowana na potrzeby rodziny, czy poród rodzinny? *Kliniczna Perinatologia i Ginekologia*, 1996, supl. XIII, 15 – 18.
6. Gillot-de Vries.: *Les peres d`aujourd`hui*. W: *Naitre*1999, 7 ,99 – 101.
7. Kornas – Biela D.: *Z zagadnień psychologii rodziny w okresie ciąży*. Konferencja „Rodzina i Prokreacja”, Popowo 8-9 XII 1994.
8. Moczko JA, Bręborowicz GH, Tadasiewicz R. *Statystyka w badaniach medycznych*. Warszawa: Springer PWN 1998.
9. Oleszczuk J., Mierzyński R.: *Zanim urodzi się dziecko*. *Medycyna Wieku Rozwojowego*, 2001, V, supl.I do nr 4, 157 -161.
10. Oppenheim R.: *Przygotowanie do rodzicielstwa*. W: Chazan B. (red.): *Położnictwo w praktyce lekarza rodzinnego*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 1997
11. Sękowska M.: Różne drogi rozwoju tożsamości kobiet i mężczyzn. *Problemy Rodziny*, 1998, 2, 19 – 27.
12. Smereczyńska M.: Program prorodzinny wsparciem macierzyństwa. *Międzynarodowy Kongres „O godność macierzyństwa”*, Warszawa 1998, 65 – 68.
13. Starfield B.: *Primary Care: koncept, evaluation and policy*. Oxford University Press, New York, 1992.

STRESZCZENIE

W czasie ciąży rodzice powinni podejmować świadome działania na rzecz zdrowia swojego i rozwijającego się maleństwa. Wyrazem takiej troski może być m.in. wczesne zgłaszanie się kobiet w ciąży na profilaktyczne wizyty do lekarza. Celem pracy było sprawdzenie, czy i na ile w trosce o zdrowie dziecka rodzice korzystają z opieki profilaktycznej w okresie ciąży oraz czym jest to uwarunkowane. Przeprowadzone badania pokazały, że większość ciężarnych (129, tj. 71,6%) zgłosiła się na pierwszą wizytę do lekarza w pierwszym trymestrze ciąży, w tym istotnie częściej ($p = 0,008$) te, które zaplanowały poczęcie dziecka. Odsetek mężów uczestniczących w kolejnych wizytach profilaktycznych był w porównaniu z pierwszą o ponad połowę większy – odpowiednio 62,7% i 40,0%. Co czwarta respondentka dokonała zmiany lekarza w ciąży, przy czym było to zależne od miejsca ich zamieszkania.

ABSTRACT

During the pregnancy parents should undertake conscious actions for the benefit of their own developing baby. The sign of such care can be among others early prophylactic appointments with a doctor. The aim of this work was to check whether and how parents use prophylactic care during the pregnancy and how it is conditioned. Carried out research has showed that the majority of pregnant women (129 i.e. 71.6%) had their first appointment with a doctor in the first trimester of their pregnancy, among those more often ($p=0.008$) those who had planned their pregnancy. The percentage of husbands taking part in the following prophylactic appointments was more than a half bigger in comparison to the first one; suitably 62.7% and 40%. Every fourth respondent changed her doctor during pregnancy, it was due to the change of place of living.

Tabela I Czas zgłoszenia się na pierwszą wizytę do lekarza a zmienne

Czas zgłoszenia się na pierwszą wizytę	Rodność		I*	Miejsce zamieszkania		I*	Sytuacja Materialna		I*	Cięża planowana		I*
	Pierwiastka	Wieloródka		Wieś	Miasto		Bardzo dobra lub dobra	Przeciętna lub zła		Tak	Nie	
Do 12 hbd N=129, tj. 71,6%	n	74	p = 0,76	45	84	p = 0,3	97	32	p = 0,65	97	32	p = 0,008
	%	57,4		34,8	65,2		75,2	24,8		75,2	24,8	
Powyżej 12 hbd N= 51, tj. 28,4%	n	28		22	29		40	11		28	23	
	%	54,9		43,1	56,9		78,4	21,6		54,9	45,1	

* Istotność

Tabela II Obecność męża na pierwszej wizycie a zmienne

Obecność męża na pierwszej wizycie		Rodność		I*	Miejsce zamieszkania		I*	Sytuacja Materialna		I*	Cięża planowana		I*				
		Pierwiastka	Wieloródka	p = 0,01	Wieś	Miasto	p = 0,71	Bardzo dobra lub dobra	Przeciętna lub zła	p = 0,18	Tak	Nie	p = 0,008				
Tak N=72, tj. 40,0%	n	49	23		p = 0,01	28		44	p = 0,71		51	21		p = 0,18	58	14	p = 0,008
	%	68,1	31,9	40,3		59,7	70,8	29,2		80,5	19,5						
Nie N= 108, tj.60,0%	n	53	55	p = 0,01		39	69	p = 0,71		86	22	p = 0,18	67		41	p = 0,008	
	%	49,1	50,9			36,1	63,9			79,6	20,4		62,1		37,9		

* Istotność

Tabela III Obecność męża na kolejnych wizytach a zmienne

Obecność męża na kolejnych wizytach		Rodność		I*	Miejsce zamieszkania		I*	Sytuacja Materialna		I*	Cięża planowana		I*				
		Pierwiastka	Wieloródka	p = 0,005	Wieś	Miasto	p = 0,51	Bardzo dobra lub dobra	Przeciętna lub zła	p = 0,72	Tak	Nie	p = 0,64				
Tak N=113, tj. 62,7%	n	73	40		p = 0,005	40		73	p = 0,51		87	26		p = 0,72	82	31	p = 0,64
	%	64,6	35,4	35,4		64,6	76,9	23,1		72,6	27,4						
Nie N= 67, tj.37,3%	n	29	38	p = 0,005		27	40	p = 0,51		50	17	p = 0,72	43		24	p = 0,64	
	%	43,3	56,7			40,3	59,7			74,6	25,4		64,2		35,8		

* Istotność

Tabela IV Ucześniecie do tego samego lekarza w czasie ciąży a zmienne

Ucześniecie do tego samego lekarza		Rodność		I*	Miejsce zamieszkania		I*	Sytuacja Materialna		I*	Cięża planowana		I*
		Pierwiastka	Wieloródka		Wieś	Miasto		Bardzo dobra lub dobra	Przeciętna lub zła		Tak	Nie	
Tak N=130, tj. 72,2%	n	72	58	p = 0,58	55	75	p = 0,02	101	29	p = 0,42	89	41	p = 0,64
	%	55,4	44,6		42,3	57,5		76,1	23,3		68,5	31,5	
Nie N= 50, tj.27,8%	n	30	20		12	38		36	14		36	14	
	%	60,0	40,0		24,0	76,0		72,0	28,0		72,0	28,0	

* Istotność