

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”

dr Wioletta Żukiewicz-Sobczak

dr Piotr Paprzycki

Lublin 2013



INSTYTUT MEDYCYNY PRACY IM. PROF. J. NOFERA



SPIS TREŚCI

1. CEL PROJEKTU	4
2. WPROWADZENIE	5
2.1. Zagrożenia zdrowotne związane z konsumpcją alkoholu kobiet w wieku prokreacyjnym	5
2.2. Zagrożenia zdrowotne związane z paleniem tytoniu kobiet w wieku prokreacyjnym.....	6
2.3. Zagrożenia zdrowotne związane z używaniem narkotyków i para-narkotyków wśród kobiet w wieku prokreacyjnym	6
3. BADANIA ANKIETOWE RODZĄCYCH KOBIEC	7
3.1. Metodyka badań.....	7
3.2. Charakterystyka grupy badanej	8
3.3. Pierwsza miesiączka i kolejny poród	13
3.4. Przebieg ciąży i porodu	15
3.5. Wskaźniki antropometryczne matek	17
3.6. Stan zdrowia ciężarnych.....	20
3.7. Antropometria dzieci	23
3.8. Palenie tytoniu.....	27
3.9. Picie alkoholu.....	29
3.10. Środki psychoaktywne	31
3.11. Stosunek lekarza do alkoholu w czasie ciąży	32
3.12. Subiektywna opinia matek na temat szkodliwości alkoholu, tytoniu i środków psychoaktywnych dla matki i dziecka	33
3.13. Analiza zależności pomiędzy czynnikami socjalno-bytowymi oraz opinią na temat szkodliwości, a paleniem tytoniu wśród badanych kobiet	35
3.14. Analiza zależności pomiędzy czynnikami socjalno-bytowymi oraz opinią na temat szkodliwości, a piciem alkoholu przed ciążą	41
3.15. Analiza zależności pomiędzy czynnikami socjalno-bytowymi oraz opinią na temat szkodliwości, a piciem alkoholu w czasie ciąży	50
3.16. Analiza zależności pomiędzy czynnikami socjalno-bytowymi oraz opinią na temat szkodliwości, a przyjmowaniem substancji psychoaktywnych	58
3.17. Parametry zdrowia dziecka a używanie substancji niebezpiecznych	65

4. PODSUMOWANIE	72
4.1. Część opisowa	72
4.2. Palenie tytoniu	72
4.3. Picie alkoholu przed ciążą	74
4.4. Picie alkoholu w czasie ciąży	76
4.5. Przyjmowanie narkotyków i innych środków psychoaktywnych	77
4.6. Opinia respondentek na temat szkodliwości zachowań ryzykownych	80
4.7. Związek pomiędzy opinią o szkodliwości, a zachowaniami ryzykownymi	80
5. WNIOSKI	81
6. LITERATURA	82
7. SPIS RYCIN	85
8. RYCINY	86
9. ZAŁĄCZNIKI	107

1. CEL PROJEKTU

Głównym celem projektu jest ograniczenie używania tytoniu, alkoholu i innych substancji psychoaktywnych przez kobiety w wieku prokreacyjnym, tj. między 15 a 49 rokiem życia. W raporcie opisano próbę populacji kobiet rodzących zbadanych przy pomocy szczegółowej ankiety w 2012 roku. Próba ta jest reprezentatywna dla wszystkich kobiet rodzących w Polsce, a uzyskane dane posłużą do ustalenia najlepszej możliwej strategii dalszych działań, które mają na celu zmniejszenie negatywnych dla zdrowia matek i rodzących się dzieci zachowań zdrowotnych.

2. WPROWADZENIE

2.1. ZAGROŻENIA ZDROWOTNE ZWIĄZANE Z KONSUMPCJĄ ALKOHOLU Kobiet W WIEKU PROKREACYJNYM

Alkohol swobodnie przechodzi przez barierę łożyskową, a degradacja enzymatyczna w organizmie płodu jest minimalna, więc tolerancja na alkohol płodu jest niska. Wysokie stężenia alkoholu mogą spowodować urodzenie martwego dziecka lub poronienie. Ekspozycja 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, przy braku uchwytnych zmian morfologicznych, ale zmianach psychosomatycznych potwierdzonych wywiadem) lub związane z alkoholem zaburzenia rozwoju nerwowego (ARND - Alcohol Related Neurodevelopment Disorders), wady wrodzone wywołane alkoholem (ARBD - Alcohol-Related Birth Defects). Wszystkie te zaburzenia określa się wspólnie jako spektrum zaburzeń alkoholowego zespołu płodowego (FASD - Foetal Alcohol Spectrum Disorders).

Skutkami bardziej odległymi są: podatność na częste picie alkoholu w późniejszym okresie życia i uzależnienie od niego. Ponadto, jeżeli matka jest uzależniona od alkoholu 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 Rozwój", gdzie sygnały od środowiska kształtują fenotyp.

2.2. ZAGROŻENIA ZDROWOTNE ZWIĄZANE Z PALENIEM TYTONIU KOBIET W WIEKU PROKREACYJNYM

Dzieci palaczek 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. Negatywny wpływ na dziecko ma przede wszystkim tlenek węgla. Dziecku brakuje tlenu niezbędnego do prawidłowego wzrostu i rozwoju. Bierne palenie również stanowi zagrożenie dla płodu. Obszerne badania pokazują, że palenie tytoniu w czasie rozwoju wewnątrzmacicznego płodu wpływa na to, jak często ich potomstwo będzie palić, i zwiększa podatność na uzależnienie od palenia w późniejszym życiu. Nikotyna, bezpośrednio działając na rozwój neuronów (głównie poprzez receptory acetylocholino), zmienia również ekspresję genów, wpływając na replikację DNA i różnicowanie komórek w mózgu.

2.3. ZAGROŻENIA ZDROWOTNE ZWIĄZANE Z UŻYWANIEM NARKOTYKÓW I PARA-NARKOTYKÓW WŚRÓD KOBIET W WIEKU PROKREACYJNYM

Dwa patologiczne mechanizmy występują w trakcie wewnątrzmacicznego rozwoju płodu w wyniku nadużywania narkotyków: 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. Podobnie do nikotyny czy alkoholu, zażywanie narkotyków w czasie ciąży może prowadzić do łatwiejszego uzależnienia w życiu późniejszym, a także do wcześniejszych prób ich zażywania. Podwyższony poziom katecholamin i kortyzolu powoduje zmiany w zachowaniu w okresie niemowlęctwa i dzieciństwa, które stają się rozregulowane, niekontrolowane emocjonalnie z większą tendencją do uzależnień.

3. BADANIA ANKIETOWE RODZĄCYCH KOBIET

3.1. METODYKA BADAŃ

Zbadano 2833 kobiet z całej Polski, które po porodzie przebywały w szpitalu wraz z noworodkami i wypełniły ankietę. Badanie ankietowe przeprowadzono na terenie całej Polski. Do ankietowania użyto trzyczęściowej ankiety, z której pierwsza część była wypełniana przez położnice, druga część przez personel szpitala, a trzecią wypełniał ankieter z Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Część ankiety wypełniana przez pacjentki składała się z 77 pytań i dotyczyła czynników socjalnych, stanu zdrowia, 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 badań. W trzeciej części ankieter podawał datę, numer, miasto, powiat i kod oddziału. W badaniu wzięło udział 381 z 397 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.

Wyniki przedstawiono w formie statystyki opisowej, tabel częstości oraz tabel wielozmiennych. Do testowania istotności rozkładów badanych zmiennych używano testu Lillieforsa (do badania normalności), testu ANOVA Friedmanna, testu znaków, testu korelacji Pearsona oraz testu χ^2 Pearsona.

3.2. CHARAKTERYSTYKA GRUPY BADANEJ

Tab. 1. CHARAKTERYSTYKA DEMOGRAFICZNO-SPOŁECZNA ANKIETOWANYCH KOBIEC - 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%

Badane kobiety były w wieku od 15 do 46 lat (średnia 29,0). 50% kobiet było w wieku pomiędzy 26 a 32 lata (tab. 1, ryc. 1).

Tab. 2a. CHARAKTERYSTYKA DEMOGRAFICZNO-SPOŁECZNA ANKIETOWANYCH KOBIEC - 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%

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, ryc. 2).

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

W kwestii wykształcenia 47,6% posiadało wykształcenie wyższe (licencjat lub magisterium), 20,3% pomaturalne, 13,6% ponadgimnazjalne zawodowe, 9,6% ponadgimnazjalne ogólnokształcące. Kobiety z wykształceniem gimnazjalnym i podstawowym stanowiły najmniejszą grupę 6,5% wszystkich ankietowanych (tab. 2b, ryc. 3).

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

	N	%
[1] praca umysłowa	1225	44,26%
[2] praca fizyczna	731	26,41%
[3] nie pracuję	666	24,06%
[4] uczę się/studiuję	146	5,27%
Razem	2768	100,00%

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

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

	N	%
[1] Miasto powyżej 500 tys. Mieszkańców	311	11,44%
[2] Miasto od 100-500 tys. Mieszkańców	386	14,20%
[3] Miasto 50-100 tys. Mieszkańców	291	10,71%
[4] Miasto 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%

Większość respondentek 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%. Mieszkankami miast o ludności 100-500 tysięcy mieszkańców było 14,2% , miast o ludności 50-100 tysięcy mieszkańców było 10,7% osób ankietowanych. 41,5% stanowiły mieszkanki wsi (tab. 2d, ryc. 5).

Tab. 2e. CHARAKTERYSTYKA DEMOGRAFICZNO-SPOŁECZNA ANKIETOWANYCH KOBIET - 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%

81% kobiet oceniło swoje warunki życiowe jako bardzo dobre lub dobre, a tylko 0,6% jako złe, pozostałe osoby oceniły je jako średnie (tab. 2e, ryc. 6).

Tab. 2f. CHARAKTERYSTYKA DEMOGRAFICZNO-SPOŁECZNA ANKIETOWANYCH KOBIEC - 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 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, ryc. 6).

Tab. 3a. CHARAKTERYSTYKA SPOŁECZNA OJCA - 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%

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, ryc. 7).

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

	N	%
[1] praca umysłowa	945	34,13%
[2] praca fizyczna	1703	61,50%
[3] nie pracuję	89	3,21%
[4] uczę się/studiuję	32	1,16%
Razem	2769	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, ryc. 8).

Tab. 4. OSOBY ZAMIESZKUJĄCE WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM

	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	100,00%

Według danych z powyższej tabeli (tab. 4, ryc. 9), 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%).

3.3. PIERWSZA MIESIĄCZKA I KOLEJNY PORÓD

Wiek w jakim nastąpiła pierwsza miesiączka oscyłował w granicach średniej $13,6 \pm 1,5$ lat. Od 12 roku życia do 15 roku życia pierwsza miesiączka wystąpiła u 85,5% respondentek (tab. 5, ryc. 10).

Tab. 5. 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 respondenci deklarowały, że przeszły jedną ciążę (39,3%), lub dwie ciąży (35,7%, tab. 6a, ryc. 11).

Tab. 6a. DOTYCHCZASOWE CIĄŻE - ilość dotychczasowych ciąży

	N	%
1 ciąża	1005	39,29%
2 ciąży	913	35,69%
3 ciąży	430	16,81%
4 ciąży	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%

Podobnie dane dotyczą porodów, których respondentki najczęściej miały jeden (46,0%) lub dwa (38,3%, tab. 6b, ryc. 11).

Tab. 6b. DOTYCHCZASOWE CIĄŻE - ilość 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%

Aż 80,6% ankietowanych kobiet przeżyło poronienie (Tab. 6c).

Tab. 6c. DOTYCHCZASOWE CIĄŻE - przeżyte poronienie

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

3.4. PRZEBIEG CIĄŻY I PORODU

Ciąża była w większości planowana (75,1%, tab. 7a, ryc. 13), poród naturalny 62,3%, cesarskim cięciem skończyło się 36,4% ciąż (tab. 7b, ryc. 14).

Tab. 7a. PLANOWANIE CIĄŻY

	N	%
Nieplanowana	690	24,87%
Planowana	2084	75,13%
Razem	2774	100,00%

Tab. 7b. SPOSÓB ROZWIĄZANIA CIĄŻY

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

Początek porodu najczęściej był samoistny 56,1% (tab. 7c, ryc. 15).

Tab. 7c. ROZPOCZĘCIE PORODU

	N	%
Indukowany	524	19,45%
Stymulowany	658	24,42%
Samoistny	1512	56,12%
Razem	2694	100,00%

Hospitalizacja w czasie ciąży wyniosła 42,3% (tab. 7d, ryc. 16).

Tab. 7d. HOSPITALIZACJA W CZASIE TRWANIA 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 możliwości. Spośród podanych możliwości, najczęściej wybierano skurcze mięśnia macicy/przedwczesny poród (22,9%), następnie zagrażające poronienie (17,4%) i krwawienie we wczesnej ciąży (12,2%) jako przyczyny hospitalizacji (tab. 7e, ryc. 17).

Tab. 7e. PRZYCZYNY HOSPITALIZACJI W CIĄŻY

	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%

Tydzień rozpoznania ciąży, zawierał się w granicach od 1 tygodnia do 31 tygodnia ciąży (średnia 6,5, odch. st. \pm 2,8). Tydzień rozwiązania występował od 25 do 52 tygodnia, (średnia 39,0, odch. stand. \pm 1,9). Poród najczęściej był terminowy (84,6%), rzadziej przedwczesny (15,2%), a najrzadziej opóźniony (0,2%, tab. 7f, ryc. 18).

Tab. 7f. TERMINOWOŚĆ PORODU (TYGODNIE)

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

3.5. WSKAŹNIKI ANTROPOMETRYCZNE MATEK

Masa ciała respondentek przed ciążą oscylowała w zakresie od 32 kg do 159 kg (średnia 62,6, odch. stand. \pm 12,3), największą grupę stanowiły osoby ważące między 50 kg, a 60 kg (39%, tab. 8a, ryc. 19).

Tab. 8a. MASA MATEK PRZED CIĄŻĄ

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

Na koniec ciąży masa ciała wynosiła od 35 kg do 150 kg (średnia 77,0, odch. stand. \pm 12,9). Najwięcej kobiet (34,5%) ważyło między 70 kg, a 80 kg (tab. 8b, ryc. 20).

Tab. 8b. MASA MATEK

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

Wzrost matek wynosił od 120 do 186 cm (średnia 165,7, odch. stand. \pm 6,0, tab. 8c, ryc. 21).

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 od 13,3 do 49,1 (tab. 8d, ryc. 22).

Tab. 8d. BMI MATEK

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

Według wskaźnika BMI 67,9% osób badanych mieściło się w normie, u 16,1% stwierdzono nadwagę, u 9,5% niedowagę, a u 6,5% otyłość (tab. 8e, ryc. 23).

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%

3.6. STAN ZDROWIA CIĘŻARNYCH

Choroby przewlekłe 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, ryc. 24).

Tab. 9a. CHOROBY PRZEWLEKŁE MATEK

	N = 2638	% matek, które udzieliły odpowiedzi
przewlekła oturacyjna choroba płuc	2	0,08%
choroba nowotworowa	3	0,11%
przewlekłe zakażenia	5	0,19%
choroby tkanki łącznej	6	0,23%
choroba niedokrwienności 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%

228 razy zgłoszono przewlekłe stosowanie leków (tab. 9b).

Tab. 9b. PRZEWLEKŁE STOSOWANIE LEKÓW

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

218 razy zgłoszono cukrzycę (w tym 165 cukrzycę ciążarnych), 219 razy nadciśnienie (w tym 193 razy indukowane ciążą). 687 razy zgłoszono anemię (tab. 9c, 9d, 9e – ryc. 25).

Tab. 9c. CUKRZYCA

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

Tab. 9d. NADCIŚNIENIE

	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. NIEDOKRWISTOŚĆ

	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)

	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 poposiłkowa 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, ryc. 26).

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%

3.7. ANTROPOMETRIA DZIECI

Zgodnie z odpowiedziami udzielonymi przez respondentki, wśród urodzonych dzieci (2664) ankietowanych kobiet, większość stanowiły dziewczynki (50,3%, tab. 12a, ryc. 27).

Tab. 12a. PŁEĆ DZIECKA

	N	%
[1] Dziewczynka	1339	50,32%
[2] Chłopiec	1322	49,68%
Razem	2661	100,00%

85% noworodków posiadało wagę mieszczącą się w normie od 2500 do 4000 g, 8,4% dzieci ważyło powyżej 4000 g, a 6,7% dzieci poniżej 2500 g (tab. 12b, ryc. 28).

Tab. 12b. STAN ODŻYWIENIA DZIECKA

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

Tab. 12c. PORODY MNOGIE

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

Poród mnogi wystąpił w 1,5% przypadków (41 na 2692 zadeklarowanych, tab. 12c, ryc. 29).

Tab. 13a. ANTROPOMETRIA DZIECKA

	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

Średnia masa ciała noworodka wynosiła 3323 g (odch. stand. \pm 570 g), średnia długość dziecka 54,3 cm (odch. stand. \pm 3,7 cm), a średni obwód główki 33,9 cm (odch. stand. \pm 2,3 cm, tab. 13a-d, ryc. 30-32).

Tab. 13b. MASA NOWORODKA

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

Tab. 13c. DŁUGOŚĆ NOWORODKA

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

Tab. 13d. OBWÓD GŁÓWKI

od-do [cm]	N	%
do 25	5	0,25%
25-30	67	3,30%
30-35	1615	79,60%
35-40	332	16,36%
40-45	0	0,00%
45-50	2	0,10%
50-55	7	0,34%
55-60	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, ryc. 33).

Tab. 13e. SKALA APGAR (1 min)

	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 pałców oraz twarzoczaszki (tab. 14a, ryc. 34). Wśród cech zespołu FAS stwierdzono niedorozwój płytek paznokciowych, krótkie

szpary powiekowe, brak rynienki nosowo-wargowej, zez, cienką górną wargę, krótką szyję (tab 14b, ryc. 35).

TAB. 14a. WADY WRODZONE OGÓŁEM

	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%
WYSTĄPIENIE WADY WRODZONEJ W OGÓLE	50	2,27%

Tab. 14b. CECHY ZESPOŁU FAS STWIERDZONE

	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%

3.8. PALENIE TYTONIU

Na 2758 ankiet, 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 i pali nadal (tab. 15a, ryc. 36).

Tab. 15a. STOSUNEK DO PALENIA TYTONIU

	N	% w stosunku do udzielonych odpowiedzi
[4] Nigdy nie paliłam	1659	60,152%
[3] Paliłam/przestałam przed ciążą	433	15,700%
[2] Paliłam/przestałam w ciąży	473	17,150%
[1] Paliłam/palę	193	6,998%
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. \pm 7,2) oraz bezpośrednio 3 miesiące przed ciążą (średnio 9,5 papierosa, odch. stand. \pm 7,4). W pierwszym trymestrze ciąży wypalały jeszcze średnio 4,5 papierosa (odch. stand. \pm 6,4), w drugim trymestrze 2,7 (odch. stand. \pm 5,5), a w ostatnim trymestrze 1,3 papierosa (odch. stand. \pm 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, ryc. 37).

Tab. 15b. DYNAMIKA ZMIAN PALENIA W CIĄŻY

papierosy/dzień	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 (61,2% w domu i 79,8% w pracy). Drugą grupę stanowiły osoby, które były narażone codziennie (odpowiednio 22,5% i 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, ryc. 38).

Tab. 15c. NARAŻENIE NA PALENIE BIERNE

	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%

3.9. PICIE ALKOHOLU

Zdecydowana większość badanych kobiet (84,7%), przed zajściem w ciążę, spożywała alkohol rzadziej niż raz w miesiącu, w tym 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 jakiegokolwiek 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, ryc. 39).

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

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

test znaków, $p=0,0000001$

Średnia ilość alkoholu, wyrażona w tzw. jednostkach alkoholu (1 j.a. równa się 330 ml 4,5% piwa, 175ml 12% wina, 50 ml 40% wódki) jednorazowo spożywana przez kobiety, które wymieniły spożycie alkoholu w okresie 3 miesięcy przed ciążą, wyniosła $2,2 \pm 1,3$ j.a. (tab. 16b). Natomiast wśród kobiet, które przyznały się do picia w czasie ciąży, średnia ilość wypijanego alkoholu wyniosła $1,7 \pm 1,5$ j.a. (tab. 16b).

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

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

Spożycie jednorazowo większej ilości niż 3 jednostki alkoholu, jest uważane za równoznaczne z upojeniem alkoholowym. 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 $0,44 \pm 2,6$ j.a. (tab. 16c).

Tab. 16c. ILOŚĆ ALKOHOLU WYPIJANEGO PRZECIĘTNIE TYGODNIOWO

	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% deklaruowało 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, ryc. 40).

Tab. 16d. RODZAJ OSTATNIO SPOŻYWANEGO 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%

3.10. ŚRODKI PSYCHOAKTYWNE

63 kobiety zadeklarowały przyjmowanie środków uspokajających lub nasennych (2,2%, tab. 17a, ryc. 41-42). Większość środków przyjmowanych przez respondentki była dostępna bez recepty 1,45%, część, 0,99%, na receptę za wiedzą lekarza i tylko 0,18% na receptę bez wiedzy lekarza.

Tab. 17a. STOSOWANIE LEKÓW NASENNYCH I USPOKAJAJĄCYCH

	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%
Ogółem (możliwy był wielokrotny wybór)	63	2,22%

Tab. 17b. INNE ŚRODKI PSYCHOAKTYWNE

	N = 2833	% w stosunku do kobiet, które udzieliły odpowiedzi
Opioidy	7	0,25%
Halucynogeny	7	0,25%
Inne halucynogenne	7	0,25%
Wziewne	7	0,25%
Iniekcyjne	7	0,25%
Inne, nie pamiętam typu	7	0,25%
Psychopobudzające	9	0,32%
Kokaina	9	0,32%
Tzw. Dopalacze	14	0,52%
Haszysz, marihuana	21	0,74%
JAKIKOLWIEK INNY ŚRODEK PSYCHOAKTYWNY	95	3,35%

Spośród badanych 95 respondentek 3,35% zadeklarowało przyjmowanie innych środków psychoaktywnych (narkotyki, dopalacze, środki pobudzające, tab. 17b, ryc. 41). Największa ilość ankietowanych kobiet (0,74%) przyznała się do stosowania haszyszu i marihuany podczas ciąży.

3.11. STOSUNEK LEKARZA DO ALKOHOLU W CZASIE CIĄŻY

Ponad połowa badanych kobiet (56,5%) przyznała, że lekarz w czasie ich ciąży nie dyskutował z nimi problemu spożycia alkoholu przez ciężarne. Natomiast w przypadku 1066 (42,1%) kobiet, lekarz zalecał powstrzymanie się od picia jakiegokolwiek 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, ryc. 43).

Tab. 18. STOSUNEK LEKARZY DO SPOŻYWANIA ALKOHOLU W CIĄŻY

	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%

3.12. SUBIEKTYWNA OPINIA MATEK NA TEMAT SZKODLIWOŚCI ALKOHOLU, TYTONIU I ŚRODKÓW PSYCHOAKTYWNYCH DLA MATKI I DZIECKA

Występują znaczne różnice w świadomości respondentek odnośnie potencjalnego zagrożenia zdrowotnego, zarówno dla płodu jak i matki w czasie ciąży. Zagrożenie to może zostać spowodowane spożywaniem alkoholu, czy zażywaniem 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 dla matki (45,8%) i płodu (62,1%) związanego z konsumpcją niewielkich ilości alkoholu w czasie ciąży. 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, ryc. 44, 45).

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 respondentów (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, ryc. 44, 45).

Prawie wszystkie respondentki były świadome, że zażywanie narkotyków i innych substancji psychoaktywnych jest bardzo ryzykowne dla zdrowia i życia płodu oraz matki (97-99%, tab. 19a, 19b, ryc. 44, 45).

3.13. 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, a wyniki przedstawiono w tabelach od 20a do 20g oraz 21a i 21b.

Tab. 20a. PALENIE TYTONIU A WYBRANE CZYNNIKI SOCJALNE - STAN CYWILNY ($p=0,00001$)

		nigdy nie paliłam	paliłam, przestałam przed ciążą	paliłam, przestałam w czasie ciąży	paliłam i palę	Razem
[1] Zameężna	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%
Ogółem	N	1652	430	471	191	2744
	%	60,20%	15,67%	17,16%	6,96%	100,00%

W tabeli 20a (test χ^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. 20b. PALENIE TYTONIU A WYBRANE CZYNNIKI SOCJALNE - WYKSZTAŁCENIE (p=0,00001)

		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%
Ogółem	N	1644	426	466	188	2724
	%	60,35%	15,64%	17,11%	6,90%	100,00%

W tabeli 20b (test chi²; 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%). Pomędzy tymi grupami znalazły się osoby z wykształceniem wyższym zawodowym, ponadgimnazjalnym i pomaturalnym. Uzyskane wyniki pozwalają zaobserwować związek między uzyskanym wykształceniem a paleniem tytoniu.

Tab. 20c. PALENIE TYTONIU A WYBRANE CZYNNIKI SOCJALNE - PRACA ZAROBKOWA ($p=0,00001$)

		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%
Ogółem	N	1627	424	464	192	2707
	%	60,10%	15,66%	17,14%	7,09%	100,00%

W tabeli 20c (test χ^2 ; $p=0,00001$) przedstawiono zależność pomiędzy 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. 20d. PALENIE TYTONIU A WYBRANE CZYNNIKI SOCJALNE - KATEGORIE WIEKOWE (p=0,00001)

		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%
Ogółem	N	1614	424	464	188	2690
	%	60,00%	15,76%	17,25%	6,99%	100,00%

W tabeli 20d (test chi²; 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 paliła.

Tab. 20e. PALENIE TYTONIU A WYBRANE CZYNNIKI SOCJALNE - ZAMIESZKANIE (p=0,00371)

		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%
Ogółem	N	1601	419	453	187	2660

W tabeli 20e (test χ^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. 20f. PALENIE TYTONIU A WYBRANE CZYNNIKI SOCJALNE - WARUNKI SOCJALNO-BYTOWE ($p=0,000001$)

		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%
Ogółem	N	1639	422	461	188	2710
	%	60,48%	15,57%	17,01%	6,94%	100,00%

W tabeli 20f (test χ^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. 20g. PALENIE TYTONIU A WYBRANE CZYNNIKI SOCJALNE - SYTUACJA MATERIALNA (p=0,000001)

		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%

Tabela 20g (test χ^2 ; p=0,000001) prezentuje zależność sytuacji materialnej 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. 21a. OCENA RYZYKA PALENIA DLA ZDROWIA MATKI (p=0,00001)

		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%	
Ogółem	N	1571	409	445	175	2600
	%	60,42%	15,73%	17,12%	6,73%	100,00%

Tab. 21b. OCENA RYZYKA PALENIA DLA ZDROWIA DZIECKA (p=0,00001)

		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%	
Ogółem	N	1566	408	440	176	2590
	%	60,42%	15,73%	17,12%	6,73%	100,00%

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 (89,18%), w porównaniu z kobietami, które paliły w czasie ciąży i nadal palą (41,71%). 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. 21a, test χ^2 , p=0,00001, tab. 21b, test χ^2 , p=0,00001).

3.14. 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 22a do 22g

oraz od 23a do 23d.

Tab. 22a. PICIĘ ALKOHOLU PRZED CIĄŻĄ A WYBRANE CZYNNIKI SOCJALNE - STAN CYWILNY (P=0,0007)

		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] Zameężna	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%
Ogółem	N	1727	651	315	82	32	2807
	%	61,52%	23,19%	11,22%	2,92%	1,14%	100,00%

W tabeli 22a (test chi²; 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 (65,8%), zaś najniższy - wśród kobiet rozwiedzionych oraz w związkach nieformalnych.

Tab. 22b. PICIE ALKOHOLU PRZED CIĄŻĄ A WYBRANE CZYNNIKI SOCJALNE - WYKSZTAŁCENIE (p=0,000001)

		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%
Ogółem	N	1712	644	317	81	32	2786
	%	61,45%	23,12%	11,38%	2,91%	1,15%	100,00%

W tabeli 22b (test χ^2 ; p=0,000001) przedstawiono zależność pomiędzy wykształceniem kobiety, a piciem alkoholu przed ciążą. W odróżnieniu do 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) osoby z wyższym wykształceniem magisterskim jest najmniej (0,6%).

Tab. 22c. PICIE ALKOHOLU PRZED CIĄŻĄ A WYBRANE CZYNNIKI SOCJALNE - PRACA ZAROBKOWA (p=0,000001)

		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] uczyć się/studiuje	n	83	34	22	4	3	146
	%	56,85%	23,29%	15,07%	2,74%	2,05%	5,27%
Ogółem	N	1705	642	310	80	31	2768
	%	61,60%	23,19%	11,20%	2,89%	1,12%	100,00%

W tabeli 22c (test chi²; 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. 22d. PICIE ALKOHOLU PRZED CIĄŻĄ A WYBRANE CZYNNIKI SOCJALNE - KATEGORIE WIEKOWE

(p=0,326760)

		nie piła	piła raz w m-ciu 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%
Ogółem	N	1695	636	311	81	31	2754
	%	61,55%	23,09%	11,29%	2,94%	1,13%	100,00%

W tabeli 22d (test χ^2 ; p=0,327) przedstawiono zależność pomiędzy wiekiem kobiety, a spożywaniem przez nią alkoholu przed ciążą. Różnice pomiędzy poszczególnymi grupami są niewielkie, trudno zauważyć szczególną zależność co pokazuje również wynik testu χ^2 kwadrat.

Tab. 22e. PICIE ALKOHOLU PRZED CIĄŻĄ A WYBRANE CZYNNIKI SOCJALNE - ZAMIESZKANIE
($p=0,000160$)

		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%
Ogółem	N	1675	628	305	80	30	2718
	%	61,63%	23,11%	11,22%	2,94%	1,10%	100,00%

W tabeli 22e (test χ^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 powyżej 500.000 regularnie przekraczają średnią dla wszystkich badanych.

Tab. 22f. PICIE ALKOHOLU PRZED CIĄŻĄ A WYBRANE CZYNNIKI SOCJALNE - WARUNKI SOCJALNO-BYTOWE (p=0,854170)

		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%
Ogółem	N	1706	642	312	81	32	2773
	%	61,52%	23,15%	11,25%	2,92%	1,15%	100,00%

Z tabeli 22f (test chi²; p=0,85) oraz wyniku testu chi- kwadrat można wnioskować brak zależności pomiędzy warunkami bytowymi, a spożywaniem alkoholu przed ciążą.

Tab. 22g. PICIE ALKOHOLU PRZED CIĄŻĄ A WYBRANE CZYNNIKI SOCJALNE - SYTUACJA MATERIALNA (p=0,164600)

		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%
Ogółem	N	1723	650	315	82	32	2802
	%	61,49%	23,20%	11,24%	2,93%	1,14%	100,00%

Podobnie z wyników tabeli 22g i testu chi- kwadrat (test chi²; p=0,16) nie stwierdzono zależności pomiędzy piciem alkoholu przed ciążą, a sytuacją materialną.

Tab. 23a. PICIE ALKOHOLU PRZED CIĄŻĄ A OCENA RYZYKA PICIA NIEWIELKICH ILOŚCI ALKOHOLU DLA ZDROWIA MATKI (p=0,00001)

		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%	
Ogółem	N	1582	628	316	81	30	2637
	%	59,99%	23,81%	11,98%	3,07%	1,14%	100,00%

Rozpatrując zależność pomiędzy opinią na temat szkodliwości picia alkoholu dla matki a piciem alkoholu przed ciążą, można zaobserwować, że kobiety niepijące alkoholu podczas ciąży (50,25%) lub spożywające 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.

W porównaniu z paleniem tytoniu picie niewielkich ilości alkoholu jest ogólnie uważane za niosące mniejsze ryzyko (45,8% określa je jako duże ryzyko, tab. 23a, test χ^2 , p=0,00001) niż palenie tytoniu (82,9%). Podobna zależność występuje pomiędzy opinią na temat szkodliwości picia niewielkich ilości alkoholu dla dziecka, a częstotliwością picia alkoholu przed ciążą (tab. 23b, test χ^2 , p=0,00001).

Tab. 23b. PICIE ALKOHOLU PRZED CIĄŻĄ A OCENA RYZYKA PICIA NIEWIELKICH ILOŚCI ALKOHOLU DLA ZDROWIA DZIECKA ($p=0,00001$)

		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%	
Ogółem	N	1587	626	312	80	31	2636
	%	60,20%	23,75%	11,84%	3,03%	1,18%	100,00%

Z kolei picie dużych ilości alkoholu, za niosące wysokie ryzyko dla zdrowia matki uważa już 96,2% ankietowanych kobiet. Część osób z grupy pijącej najczęściej widzi tylko średnie ryzyko co powoduje, że zależność testu jest istotna (tab. 23c, test χ^2 , $p=0,00056$).

Tab. 23c. PICIE ALKOHOLU PRZED CIĄŻĄ A OCENA RYZYKA PICIA DUŻYCH ILOŚCI ALKOHOLU DLA ZDROWIA MATKI ($p=0,000560$)

		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%	
Ogółem	N	1587	629	315	80	29	2640
	%	60,11%	23,83%	11,93%	3,03%	1,10%	100,00%

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. 23d, test chi², p=0,158).

Tab. 23d. PICIE ALKOHOLU PRZED CIĄŻĄ A OCENA RYZYKA PICIA DUŻYCH ILOŚCI ALKOHOLU DLA ZDROWIA DZIECKA (p=0,157870)

		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%	
Ogółem	N	1585	627	315	81	29	2637
	%	60,11%	23,78%	11,95%	3,07%	1,10%	100,00%

3.15. 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 24a do 24g oraz od 25a do 25d.

Tab. 24a. PICIENIE ALKOHOLU W CZASIE CIĄŻY A WYBRANE CZYNNIKI SOCJALNE - STAN CYWILNY (P=0,0381)

		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] Zameężna	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%
Ogółem	N	2522	241	36	6	2	2807
	%	89,85%	8,59%	1,28%	0,21%	0,07%	100,00%

W tabeli 24a (test chi²; 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 zameężnych (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. 24b. PICIE ALKOHOLU W CZASIE CIĄŻY A WYBRANE CZYNNIKI SOCJALNE - WYKSZTAŁCENIE (p=0,469)

		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%
Ogółem	N	2503	239	35	6	3	2786
	%	89,84%	8,58%	1,26%	0,22%	0,11%	100,00%

W tabeli 24b (test χ^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. 24c, test χ^2 ; p=0,275).

Tab. 24c. PICIE ALKOHOLU W CZASIE CIĄŻY A WYBRANE CZYNNIKI SOCJALNE - PRACA ZAROBKOWA (p=0,275)

		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%
Ogółem	N	2487	237	36	6	2	2768
	%	89,85%	8,56%	1,30%	0,22%	0,07%	100,00%

Tab. 24d. PICIE ALKOHOLU W CZASIE CIĄŻY A WYBRANE CZYNNIKI SOCJALNE - KATEGORIE WIEKOWE (p=0,525)

		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%
Ogółem	N	2471	239	35	6	3	2754
	%	89,72%	8,68%	1,27%	0,22%	0,11%	100,00%

W tabeli 24d (test χ^2 ; p=0,525) również brak zależności pomiędzy wiekiem kobiety, a piciem alkoholu w czasie ciąży. Różnice pomiędzy poszczególnymi grupami są niewielkie, trudno też zauważyć szczególną zależność, co pokazuje również wynik testu chi-kwadrat. Podobnie wygląda sytuacja w przypadku miejsca zamieszkania respondentek (tab. 24e, test χ^2 ; p=0,479), warunków bytowych (tab. 24f, test χ^2 , p=0,285) i ich sytuacji materialnej

(tab. 24g, test χ^2 , $p=0,597$).

Tab. 24e. PICIE ALKOHOLU W CZASIE CIĄŻY A WYBRANE CZYNNIKI SOCJALNE - ZAMIESZKANIE ($p=0,479$)

		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%
Ogółem	N	2438	236	35	6	3	2718
	%	89,70%	8,68%	1,29%	0,22%	0,11%	100,00%

Tab. 24f. PICIE ALKOHOLU W CZASIE CIĄŻY A WYBRANE CZYNNIKI SOCJALNE - WARUNKI SOCJALNO-BYTOWE ($p=0,285$)

		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%
Ogółem	N	2489	239	36	6	3	2773
	%	89,76%	8,62%	1,30%	0,22%	0,11%	100,00%

Tab. 24g. PICIE ALKOHOLU W CZASIE CIĄŻY A WYBRANE CZYNNIKI SOCJALNE - SYTUACJA MATERIALNA (p=0,597)

		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%
Ogółem	N	2516	241	36	6	3	2802
	%	89,79%	8,60%	1,28%	0,21%	0,11%	100,00%

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. 25a, test chi², p=0,00001) i dla dziecka (tab. 25b, test chi², 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. 25c, test chi², p=0,011) i dopiero w ocenie szkodliwości dla dziecka te różnice zanikają (tab. 25d, test chi², p=0,665).

Tab. 25a. PICIE ALKOHOLU W CZASIE CIĄŻY A OCENA RYZYKA PICIA NIEWIELKICH ILOŚCI ALKOHOLU DLA ZDROWIA MATKI ($p=0,00001$)

		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%	
Ogółem	N	2362	231	35	6	3	2637
	%	89,57%	8,76%	1,33%	0,23%	0,11%	100,00%

Tab. 25b. PICIE ALKOHOLU W CZASIE CIĄŻY A OCENA RYZYKA PICIA NIEWIELKICH ILOŚCI ALKOHOLU DLA ZDROWIA DZIECKA ($p=0,00001$)

		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%	
Ogółem	N	2362	233	32	6	3	2636
	%	89,61%	8,84%	1,21%	0,23%	0,11%	100,00%

Tab. 25c. PICIE ALKOHOLU W CZASIE CIĄŻY A OCENA RYZYKA PICIA DUŻYCH ILOŚCI ALKOHOLU DLA ZDROWIA MATKI (p=0,011420)

		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%	
Ogółem	N	2365	231	36	6	2	2640
	%	89,58%	8,75%	1,36%	0,23%	0,08%	100,00%

Tab. 25d. PICIE ALKOHOLU W CZASIE CIĄŻY A OCENA RYZYKA PICIA DUŻYCH ILOŚCI ALKOHOLU DLA ZDROWIA DZIECKA (p=0,664860)

		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%	
Ogółem	N	2360	234	35	6	2	2637
	%	89,50%	8,87%	1,33%	0,23%	0,08%	100,00%

3.16. ANALIZA ZALEŻNOŚCI POMIĘDZY CZYNNIKAMI SOCJALNO-BYTOWYMI ORAZ OPINIĄ NA TEMAT SZKODLIWOŚCI A PRZYJMOWANIEM SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

Analizę zależności pomiędzy czynnikami socjalno-bytowymi oraz opinią o szkodliwości substancji psychoaktywnych przeprowadzono analogicznie do rozdziałów 3.12-3.14 dotyczących palenia tytoniu i picia alkoholu. Zależności badano testem chi- kwadrat, a wyniki przedstawiono w tabelach od 26a do 26g oraz 27a i 27b.

Tab. 26a. PRZYJMOWANIE SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH A WYBRANE CZYNNIKI SOCJALNE - STAN CYWILNY ($p=0,00068$)

		nie przyjmowała	przyjmowała	razem
[1] Zameężna	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%
Ogółem	N	2712	95	2807
	%	96,62%	3,38%	100,00%

W tabeli 26a (test χ^2 ; $p=0,00068$) przedstawiono zależność pomiędzy stanem cywilnym kobiety, a przyjmowaniem substancji psychoaktywnych. Najwyższy odsetek osób, które przyjmowały substancje psychoaktywne to osoby rozwiedzione (8,7%) i żyjące w nieformalnych związkach (6,9%), niższy odsetek zanotowano wśród panien (4,0%) i osób zameężnych (2,6%). Wśród wdów nie stwierdzono osób przyjmujących środki psychoaktywne, ale niska liczebność tej grupy wpływa na niską istotność tego wyniku.

Tab. 26b. PRZYJMOWANIE SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH A WYBRANE CZYNNIKI SOCJALNE - WYKSZTAŁCENIE (p=0,095)

		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%
Ogółem	N	2691	95	2786
	%	96,59%	3,41%	100,00%

W tabeli 26b (test χ^2 ; p=0,095) przedstawiono zależność pomiędzy wykształceniem, a paleniem tytoniu. Brak istotności statystycznej testu potwierdza odsetek osób przyjmujących środki psychoaktywne, który jest podobny niezależnie od wykształcenia. Jedynie w grupie deklarującej inne wykształcenie wśród 67 osób żadna nie deklarowała przyjmowania takich substancji.

Tab. 26c. PRZYJMOWANIE SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH A WYBRANE CZYNNIKI SOCJALNE - PRACA ZAROBKOWA (p=0,713)

		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/studiuje	n	142	4	146
	%	97,26%	2,74%	5,27%
Ogółem	N	2674	94	2768
	%	96,60%	3,40%	100,00%

W tabeli 26c (test χ^2 ; p=0,713) obserwujemy brak zależności pomiędzy rodzajem pracy, a przyjmowaniem substancji psychoaktywnych.

Tab. 26d. PRZYJMOWANIE SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH A WYBRANE CZYNNIKI SOCJALNE - KATEGORIE WIEKOWE (p=0,145)

		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%
Ogółem	N	2661	93	2754
	%	96,62%	3,38%	100,00%

W tabeli 26d (test χ^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 przyjmowania substancji psychoaktywnych.

Tab. 26e. PRZYJMOWANIE SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH A WYBRANE CZYNNIKI SOCJALNE - ZAMIESZKANIE (p=0,056)

		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%
Ogółem	N	2627	91	2718
	%	96,65%	3,35%	100,00%

W tabeli 26e (test χ^2 ; p=0,056) zależność pomiędzy miejscem zamieszkania, a przyjmowaniem substancji psychoaktywnych jest na granicy istotności. Z tabeli wynika, że częściej przyjmują takie substancje osoby mieszkające w mieście, szczególnie w dużych miastach.

Tab. 26f. PRZYJMOWANIE SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH A WYBRANE CZYNNIKI SOCJALNE - WARUNKI SOCJALNO-BYTOWE ($p=0,378$)

		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%
Ogółem	N	2680	93	2773
	%	96,65%	3,35%	100,00%

W tabeli 26f (test χ^2 ; $p=0,378$) przedstawiono zależność pomiędzy warunkami bytowymi, a paleniem tytoniu. Pomimo braku istotności statystycznej można zauważyć, że zła sytuacja bytowa związana jest z częstszym przyjmowaniem substancji psychoaktywnych (2/17, 11,8%).

Tab. 26g. PRZYJMOWANIE SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH A WYBRANE CZYNNIKI SOCJALNE - SYTUACJA MATERIALNA ($p=0,043$)

		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%
Ogółem	N	2708	94	2802
	%	96,65%	3,35%	100,00%

Podobną zależność widać w tabeli 26g (test χ^2 , $p=0,043$), gdzie zła sytuacja materialna związana jest z częstszym przyjmowaniem substancji psychoaktywnych (6/47, 12,8%).

Tab. 27a. PRZYJMOWANIE SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH A OCENA PRZYJMOWANIA NARKOTYKÓW DLA ZDROWIA MATKI (p=0,802)

		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%	
Ogółem	N	2539	91	2630
	%	96,54%	3,46%	100,00%

Tab. 27b. PRZYJMOWANIE SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH A OCENA PRZYJMOWANIA INNYCH SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH DLA ZDROWIA MATKI (p=0,331)

		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%	
Ogółem	N	2519	94	2613
	%	96,40%	3,60%	100,00%

Tab. 27c. PRZYJMOWANIE SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH A OCENA PRZYJMOWANIA NARKOTYKÓW DLA ZDROWIA DZIECKA ($p=0,727$)

		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%	
Ogółem	N	2538	94	2632
	%	96,43%	3,57%	100,00%

Tab. 27d. PRZYJMOWANIE SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH A OCENA PRZYJMOWANIA INNYCH SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH DLA ZDROWIA DZIECKA ($p=0,003$)

		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%	
Ogółem	N	2512	94	2606
	%	96,39%	3,61%	100,00%

Rozpatrując zależności pomiędzy opinią na temat szkodliwego wpływu na zdrowie matki i dziecka przyjmowania narkotyków i innych substancji psychoaktywnych, a ich przyjmowaniem można zaobserwować, że jedynie w ocenie szkodliwego wpływu przyjmowania innych substancji psychoaktywnych na dziecko część kobiet przyjmujących oceniło nieco łagodniej ryzyko jako średnie, co było różnicą istotną statystycznie (tab. 27d, test χ^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. 27a,27b,27c).

3.17. PARAMETRY ZDROWIA DZIECKA, A UŻYWANIE SUBSTANCJI NIEBEZPIECZNYCH

Do analizy statystycznej w tej części raportu 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. 28a). Nie ma istotnych różnic pomiędzy kobietami deklarującymi picie lub niepicie alkoholu (tab. 28b). Natomiast istnieje związek istotny statystycznie pomiędzy przebytymi poronieniami, a używaniem innych substancji psychoaktywnych (29,1% do 19,1%, tab. 28c).

Kolejną analizowaną wartością były występujące u dziecka wady wrodzone. Podobnie jak w przypadku poronień, nie obserwowano różnic między kobietami, które nie paliły, a tymi, które paliły (tab. 29a) oraz nie ma istotnych różnic u kobiet ze względu na picie lub niepicie alkoholu (tab. 29b). 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. 29c).

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. 30a). 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. 30b, 30c).

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. 31a). Nie różniły się natomiast znacząco od siebie wartości poziomu hemoglobiny w grupach kobiet podzielonych w zależności od picia alkoholu lub używania innych substancji psychoaktywnych.

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. 32a). Należy zauważyć, że istnieje widoczna tendencja rosnącego odsetka dzieci ze zbyt niską masą urodzeniową wraz z rosnącą częstością picia alkoholu przez matki (tab. 32b).

Tab. 28a. STOSUNEK DO PALENIA TYTONIU A PRZEBYTE PORONIENIA (p=0,07777)

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%	
Ogółem	N	1510	392	422	177	2501

Tab. 28b. STOSUNEK DO PICIA ALKOHOLU A PRZEBYTE PORONIENIA (p=0,9782)

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%	
Ogółem	N	1565	604	288	101	2558

Tab. 28c. STOSUNEK DO INNYCH ŚRODKÓW PSYCHOAKTYWNYCH A PRZEBYTE PORONIENIA (p=0,02813)

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%	
Ogółem	N	2472	86	2558

Tab. 29a. STOSUNEK DO PALENIA TYTONIU A WADY WRODZONE DZIECKA (p=0,79823)

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%	
Ogółem	N	1313	319	372	151	2155

Tab. 29b. STOSUNEK DO PICIA ALKOHOLU A WADY WRODZONE DZIECKA (p=0,46731)

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%	
Ogółem	N	1375	493	246	86	2200

Tab. 29c. STOSUNEK DO INNYCH ŚRODKÓW PSYCHOAKTYWNYCH A WADY WRODZONE DZIECKA (p= 0,09615)

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%	
Ogółem	N	2130	70	2200

Tab. 30a. STOSUNEK DO PALENIA TYTONIU A WYNIK APGAR (1 MIN) (test Kruskal-Walis; p=1)

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

X – średnia, SD – odchylenie standardowe

Tab. 30b. STOSUNEK DO PICIA ALKOHOLU A WYNIK APGAR (1 MIN) (test Kruskal-Walis; p=1)

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

X – średnia, SD – odchylenie standardowe

Tab. 30c. STOSUNEK DO INNYCH ŚRODKÓW PSYCHOAKTYWNYCH A WYNIK APGAR (1 MIN) (test Kruskal-Walis; p=1)

APGAR		Nie zażywała	Zażywała	Razem
	N	2393	67	2460
	X	9,42	9,39	9,42
	SD	1,25	1,22	1,25

X – średnia, SD – odchylenie standardowe

Tab. 31a. STOSUNEK DO PALENIA TYTONIU A POZIOM HEMOGLOBINY U NOWORODKA (test pANOVA; p=0,00791)

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

X – średnia, SD – odchylenie standardowe

Tab. 31b. STOSUNEK DO PICIA ALKOHOLU A POZIOM HEMOGLOBINY U NOWORODKA (test pANOVA; p=0,549)

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

X – średnia, SD – odchylenie standardowe

Tab. 31c. STOSUNEK DO INNYCH ŚRODKÓW PSYCHOAKTYWNYCH A POZIOM HEMOGLOBINY U NOWORODKA (test pANOVA; p=0,597)

POZIOM HGB		Nie zażywała	Zażywała	Razem
	N	846	25	871
	X	17,1	16,7	17,1
	SD	3,4	2,6	3,4

X – średnia, SD – odchylenie standardowe

Tab. 32a. STOSUNEK DO PALENIA TYTONIU A MASA URODZENIOWA DZIECKA (p=0,023)

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%	
Ogółem	N	313	344	657

Tab. 32b. STOSUNEK DO PICIA ALKOHOLU A MASA URODZENIOWA DZIECKA (p=0,9782)

		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%	
Ogółem	N	1565	604	288	101	2558

4. PODSUMOWANIE

4.1. CZĘŚĆ OPISOWA

Zmienne opisujące badaną populację dotyczyły szerokiego wachlarza informacji. Niektóre z nich porównano z dostępnymi danymi dotyczącymi ogólnej populacji z Rocznika statystycznego GUS z 2011 r. w celu określenia reprezentatywności badanej próby dla wszystkich kobiet w Polsce. Porównano rozkład wieku kobiet, miejsca zamieszkania (miasto/wieś, województwo), płeć dziecka i testem chi² Pearsona 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, $p < 0,05$). Nie udało się potwierdzić braku różnicy badanej próby z populacją ogólnopolską jeśli chodzi o czas trwania ciąży. Być może wpływ na to ma obiektywna trudność ustalenia dokładnego czasu poczęcia.

4.2. PALENIE TYTONIU

Palenie tytoniu jest niewątpliwie szkodliwe zarówno dla matki, jak i dla płodu. Zarówno palenie tytoniu czynne jak i bierne przez matkę podnosi poziom tlenu węgla i nikotyny we krwi obydwu organizmów. Tlenek węgla powoduje niedotlenienie płodu. Ma dużo większe powinowactwo do hemoglobiny niż tlen. Nikotyna ma właściwości wazokonstrykcyjne. Powoduje to ograniczenie przepływu krwi w krążeniu maczyno-łożyskowym¹, a zatem prowadzi do hipotrofii płodu (IUGR), przedwczesnego oddzielenia łożyska. Dodatkowo u palących częściej występuje łożysko przodujące², poronienia³, przedwczesne pęknięcie błon płodowych. Wskaźnik zachorowalności i śmiertelności u dzieci jest wyższy, a szczególnie ryzyko zachorowania na choroby układu krążenia⁴. Występuje

¹ Habek D. (2007) Effects of smoking and fetal hypokinesia in early pregnancy. Arch. Med. Res. 38: 864-7.

² Jaddoe V.W., Troe E.J., Hofman A. et al. (2008) Active and passive maternal smoking during pregnancy and the risks of low birthweight and preterm birth: the Generation R Study. Paediatr Perinat. Epidemiol. 22: 162-71.

³ George L., Granath F., Johansson A.L. et al. (2006) Environmental tobacco smoke and risk of spontaneous abortion. Epidemiology 17: 500-5.

⁴ Goodwin R.D., Keyes K., Simuro N. (2007) Mental disorders and nicotine dependence among pregnant women in the United States. Obstet. Gynecol. 109: 875-83.

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 hipokinezę. Dym tytoniowy zmniejsza odporność płodu, zwiększając przez to prawdopodobieństwo infekcji wewnątrzmacicznej. Najpoważniejszą konsekwencją jest śmierć wewnątrzmaciczna dziecka⁵ 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)⁶ oraz występowaniem przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POCHP). Ponadto wykazano związek pomiędzy występowaniem astmy i chorób alergicznych u dziecka a paleniem tytoniu.⁷

W naszym badaniu do palenia tytoniu przed ciążą przyznało się 39,8% kobiet, z których część rzuciła palenie przed ciążą (15,7%), część w czasie ciąży (17,1%), a część palenia tytoniu nie rzuciła 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. Fragmentaryczne dane podają, że kobiety w ciąży paliły w 12-15%⁸. Nasze dane to 24,1% palących na początku ciąży oraz 7% w ciągu całej ciąży. Wydaje się, że są to wyniki, które na tle danych historycznych są wysokie, chociaż trudne do jednoznacznego porównania. Podobne wyniki otrzymano w Polsce podczas badania w 2012 r. na reprezentatywnej grupie osób 10.000, z tym że wiadomo jedynie, że w ostatnich latach w porównaniu z drugą połową lat dziewięćdziesiątych ubiegłego stulecia wzrósł odsetek palących kobiet (brak bardziej szczegółowych

⁵ Wisborg K., Kesmodel U., Henriksen T.B. et al. (2001) Exposure to tobacco smoke in utero and the risk of stillbirth and death in the first year of life. *Am. J. Epidemiol.* 154: 322-7.

⁶ Flick L.H., Cook C.A., Homan S.M. et al. (2006) Persistent tobacco use during pregnancy and the likelihood of psychiatric disorders. *Am. J. Public Health* 96: 1799-807.

⁷ Miyake Y., Miyamoto S., Ohya Y. et al. (2005) Association of active and passive smoking with allergic disorders in pregnant Japanese women. *Ann. Allergy Asthma Immunol.* 94: 644-51.

⁸ Zatoński W. (2007) Palenie tytoniu. W: Niemiec T. [red.] Raport: Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15-49 lat. Polska 2006. Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju, Warszawa.

danych)⁹. W badaniach Kalety nad zachowaniami zdrowotnymi wśród osób czynnych zawodowo 52,1% to kobiety niepalące, 19,9% były palaczki, a 28% kobiety palące¹⁰. Nieco wyższy odsetek osób palących z naszego badania może wynikać z szerszego spektrum wiekowego, ponieważ kobiety starsze palą nieco częściej.

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 zauważył Zatoński, który stwierdza, że kobiety z wyższym wykształceniem palą dwa razy mniej niż kobiety z gorszym wykształceniem¹¹.

4.3. PICIE ALKOHOLU PRZED CIĄŻĄ

Spożywanie alkoholu przez kobiety w reprodukcyjnym okresie życia może mieć niekorzystne następstwa dla ich dzieci. Alkohol etylowy jest jednym z powszechnie nadużywanych na całym świecie środków uzależniających. Rozpowszechnienie zwyczaju picia alkoholu, nawet w umiarkowanych ilościach, a zwłaszcza uzależnienie alkoholowe z utratą kontroli picia, stały się jednak poważnym problemem medycznym, socjologicznym i ekonomicznym współczesnych społeczeństw¹². 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

⁹ Charakterystyka rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych w Polsce na podstawie badania EZOP. Raport. http://www.pzh.gov.pl/page/fileadmin/user_upload/aktualnosci/ezop/BACKGROUND_KONFERENCJA%20%20PRASOWA%20%20PROJEKTU%20EZOP.pdf [dostęp: 2013-02-08].

¹⁰ Kaleta D., Makowiec-Dąbrowska T., Polańska K., Dziankowska-Zaborszczyk E., Drygas W.: PALENIE TYTONIU I INNE NEGATYWNE ZACHOWANIA ZDROWOTNE WŚRÓD OSÓB CZYNNYCH ZAWODOWO. *Medycyna Pracy* 2009;60(1):7–14.

¹¹ Zatoński W. (2007) Palenie tytoniu. W: Niemiec T. [red.] Raport: Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15–49 lat. Polska 2006. Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju, Warszawa.

¹² Lieber CS. (1995) Medical disorders of alcoholism. *N Engl J Med*; 333: 1058–1065.

wieńcowych¹³. 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 na szkodliwe oddziaływanie alkoholu jest wątroba. Długotrwałe picie może doprowadzić do marskości wątroby¹⁴.

Po transformacji ustrojowej w Polsce wzrosło spożycie alkoholu. Kobiety piją dużo mniej alkoholu niż mężczyźni. Więcej piją osoby 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% 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%. Najwięcej piły osoby w wieku lat 20-29 co łączy się z okresem największej aktywności prokreacyjnej¹⁵. 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 tydzień¹⁶. 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, mieszkająca w dużym mieście, rozwiedziona, w separacji lub będąca w związku nieformalnym.

¹³ Kopiela A (2004) Społeczne skutki nadużywania alkoholu. *Medycyna Ogólna*, 10, 49-56

¹⁴ Reuben A. (2006) Alcohol and the liver. *Curr. Opin. Gastroenterol.* 22:263-271.

¹⁵ Moskalewicz J. (2007) 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.

¹⁶ Wojtyła A, Kapka-Skrzypczak L, Diatczyk J, Fronczak A, Paprzycki P. (2012) 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.

4.4 PICIE ALKOHOLU W CZASIE CIĄŻY

Znany jest z literatury negatywny wpływ spożywania alkoholu przez kobiety w ciąży. Spożywanie alkoholu w ciąży jest uznane za czynnik ryzyka wystąpienia wielu chorób u płodu jak: FAS, FAE, ARBD, ARND¹⁷. Łożysko kobiety w pełni przepuszcza alkohol do krwiobiegu dziecka. Już po około 40 do 60 minutach poziom alkoholu we krwi dziecka jest taki sam jak we krwi matki. 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 działanie¹⁸. Konsekwencje picia alkoholu przez ciężarne dla płodu zostały dobrze poznane. Do najpoważniejszych należą Zespół Alkoholowy Płodu, czyli FAS (Fetal Alcohol Syndrome) i jego mniej 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 urodzonych¹⁹. 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 psychiczne²⁰. Naukowcy udowodnili również wzrost ryzyka wystąpienia wnetrostwa u płodów płci męskiej, których matki spożywały etanol w ciąży²¹. Alkohol zwiększa również ryzyko wewnątrzmacicznego obumarcia płodu²². Stopień

¹⁷ Szychta W, Skoczylas M, Laudański T. (2008) Spożywanie alkoholu i palenie tytoniu przez kobiety w ciąży- przegląd badań. *Parinatalogia, Neonatologia i Ginekologia* 1(4): 309-313.

¹⁸ Salmon J. (2008) Fetal alcohol spectrum disorder: New Zealand birth mothers' experiences. *Can. J. Clin. Pharmacol.* 15:191-213.

¹⁹ Aros S., Mills J.L., Torres C. et al. (2006) Prospective identification of pregnant women drinking four or more standard drinks (≥ 48 g) of alcohol per day. *Subst Use Misuse.* 41: 183-97.

²⁰ Hankin J.R. (2002) Fetal alcohol syndrome prevention research. *Alcohol Res. Health.* 26: 58-65.

²¹ Damgaard I.N., Jensen T.K., Petersen J.H. et al. (2007) Cryptorchidism and maternal alcohol consumption during pregnancy. *Environ. Health Perspect.* 115: 272-7.

²² Kesmodel U., Wisborg K., Olsen S.F. et al. (2002) Moderate alcohol intake during pregnancy and the risk of stillbirth and death in the first year of life. *Am. J. Epidemiol.* 155: 305-12.

oddziaływania alkoholu na płód jest dalej kontrowersyjny²³ i brak dowodów na istnienie bezpiecznej dawki alkoholu, którą można spożywać w ciąży²⁴.

Niezależnie od grupy kobiet podzielonej ze względu na czynniki socjalne, podobne odsetki kobiet powstrzymują się od picia lub piją rzadko. Jedynie niewielkie różnice w spożyciu alkoholu podczas ciąży stwierdzono w zależności – 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 podało 8,5% respondentek. Są to wyniki nieco niższe niż uzyskane w Polsce w badaniach z 2005 roku, gdzie 17% kobiet potwierdziło picie w czasie ciąży. Tylko 0,4% piło alkohol codziennie, a 0,8% kilka razy w miesiącu. W związku z tym autor stwierdza niskie ryzyko FASw Polsce, a za największe ryzyko uznaje niższą masę urodzeniową²⁵. W badaniach z lat 2010-2012 dotyczących kobiet ciężarnych Wojtyła podaje, że 15% piło alkohol przez cały okres ciąży²⁶.

4.5. PRZYJMOWANIE 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

²³ Spohr H.L., Willms J., Steinhausen H.C. (1993) Prenatal alcohol exposure and long-term developmental consequences. *Lancet* 341: 907-10.

²⁴ Abuse and Committee on Children with Disabilities. (1993) Fetal alcohol syndrome and fetal alcohol effects. *Pediatrics*. 91: 1004-6.

²⁵ Moskalewicz J. (2007) 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.

²⁶ Wojtyła A, Kapka-Skrzypczak L, Diatczyk J, Fronczak A, Paprzycki P. (2012) Alcohol-related Developmental Origin of Adult Health – population studies in Poland among mothers and newborns (2010-2012). *Ann Agric Environ Med*. 19(3):365-377.

w skupieniu uwagi, mogą też rozwijać się psychozy. Narkotyki powodują również wzrost ciśnienia krwi, hipertermię, zaburzenia rytmu serca, rozkurcz mięśni gładkich oskrzeli²⁷.

Zażywanie narkotyków przez kobiety w ciąży niesie za sobą poważne skutki dla płodów. Badając mały 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 tą substancją.²⁸ Z badań nad skutkami kokainy wynika, że chociaż przedostaje się 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 niemowląt²⁹. Z kolei, efektem narażenia płodu na morfinę mogą być zaburzenia w krążeniu łożyskowym, kłopoty noworodka z oddychaniem i zwiększona nerwowość. Często obserwuje się też u noworodków efekt odstawienia narkotyków (tzw. „głód narkotykowy”)³⁰.

Najwięcej okazjonalnych użytkowników narkotyków występuje w przedziale wiekowym 9-24 lata. Natomiast w badaniach ankietowych ustalono, że kobiety w wieku 16-49 lat okazjonalnie używały narkotyków w 1,8% (2002 r.) i 2,0% (2006 r.). U części osób okazjonalne używanie przechodzi w problemowe używanie, ich liczbę szacowano w 2001 roku na kilkadziesiąt tysięcy. W 2000 r. 1626 kobiet leczono stacjonarnie 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%)³¹. 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

²⁷ Cekiera C. (2000) Ryzyko uzależnień. wyd I Lublin 2000

²⁸ Pastrakulijc A., Derewlany L. O., Koren G., (1999). Maternal Cocaine Use and Cigarette Smoking in Pregnancy in Relation to Amino Acid Transport and Fetal Growth. *placenta* 20, 499–512.

²⁹ Malek A., Ivy D., Blann E., Mattisom D. R., (1995). Impact of cocaine on human placental function using an in vitro perfusion system. *J. Pharmacol. Toxicol. Methods* 33, 213–219.

³⁰ Kopecky E. A., Simone K., Knie B., Koren G., (1999). Transfer of morphine across the human placenta and its interaction with naloxone. *Life Sci.* 65, 2359–2371.

³¹ Sierosławski J. (2007) Narkotyki. W: Niemiec T. [red.] Raport: Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15–49 lat. Polska 2006. Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju, Warszawa 2007.

2008 i 2009 r. na reprezentatywnej grupie około 1000 osób, stwierdzono, że najczęściej używanymi narkotykami były konopie 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 r.³².

W naszym badaniu do używania narkotyków i innych środków psychoaktywnych poza lekami uspokajającymi i nasennymi przyznało się 3,35% badanych, natomiast leki uspokajające i nasenne zadeklarowało 2,2% badanych. Analizując przyjmowanie substancji psychoaktywnych w relacji do czynników socjalnych stwierdzono nieco większy odsetek przyjmujących u osób ze złą sytuacją materialną i bytową oraz ze stanem cywilnym - najczęściej były to osoby rozwiedzione, w separacji lub będące 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 „anty-dopalaczowej” są w dalszym ciągu w różnych formach dostępne.^{33,34,35}. Z kolei toczona w mediach i polityce kampania na rzecz legalizacji marihuany jest formą promocji dla tego narkotyku.

³² Malczewski, A., Bukowska, B., Jabłoński, P., Kidawa, M., Struzik, M., Sokołowska, E., Strzelecka, A., Radomska, A., Chojecki, D., Bajerowska, B., Jędruszek, Ł., Muszyńska, D., Krawczyk, W. (2009). Raport Krajowy 2009: Sytuacja narkotykowa w Polsce, Warszawa, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

³³ 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].

³⁴ 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.

³⁵ 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, *MONZ* 2012; 18(2):137-140.

4.6. OPINIA RESPONDENTEK NA TEMAT SZKODLIWOŚCI ZACHOWAŃ RYZYKOWNYCH

Występują znaczne różnice w świadomości respondentek odnośnie 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 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%).

4.7. ZWIĄZEK POMIĘDZY OPINIĄ O SZKODLIWOŚCI A ZACHOWANIAM 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 a jego używaniem. Narkotyki i inne środki psychoaktywne, o których szkodliwości respondentki są przekonane w największym stopniu są też najrzadziej używane. Przyjmowanie środków uspokajających i nasennych podało 2,2% kobiet, narkotyków i innych środki psychoaktywnych – 3,5% a picie alkoholu częściej niż 1 raz na tydzień 1,6%. Natomiast zachowania uważane 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.

5. WNIOSKI

1. Świadomość szkodliwości środków niebezpiecznych dla zdrowia matki i płodu wpływa na ich używanie przez matki.
2. Wielu lekarzy nie informuje o szkodliwości spożywania alkoholu, a niektórzy nawet zachęcają do spożywania niewielkich ilości alkoholu.
3. Świadomość szkodliwości 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 informować 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 skłaniane do zaprzestania. 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).

6. LITERATURA

Abuse and Committee on Children with Disabilities. (1993) Fetal alcohol syndrome and fetal alcohol effects. *Pediatrics*. 91: 1004-6.

Aros S., Mills J.L., Torres C. et al. (2006) Prospective identification of pregnant women drinking four or more standard drinks (≥ 48 g) of alcohol per day. *Subst Use Misuse*. 41: 183-97.

Cekiera C. (2000) Ryzyko uzależnień. wyd I Lublin 2000.

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

Damgaard I.N., Jensen T.K., Petersen J.H. et al. (2007) Cryptorchidism and maternal alcohol consumption during pregnancy. *Environ. Health Perspect.* 115: 272-7.

Flick L.H., Cook C.A., Homan S.M. et al. (2006) Persistent tobacco use during pregnancy and the likelihood of psychiatric disorders. *Am. J. Public Health* 96: 1799-807.

George L., Granath F., Johansson A.L. et al. (2006) Environmental tobacco smoke and risk of spontaneous abortion. *Epidemiology* 17: 500-5.

Goodwin R.D., Keyes K., Simuro N. (2007) Mental disorders and nicotine dependence among pregnant women in the United States. *Obstet. Gynecol.* 109: 875-83.

Habek D. (2007) Effects of smoking and fetal hypokinesia in early pregnancy. *Arch. Med. Res.* 38: 864-7.

Hankin J.R. (2002) Fetal alcohol syndrome prevention research. *Alcohol Res. Health.* 26: 58-65.

Jaddoe V.W., Troe E.J., Hofman A. et al. (2008) Active and passive maternal smoking during pregnancy and the risks of low birthweight and preterm birth: the Generation R Study. *Paediatr Perinat. Epidemiol.* 22: 162-71.

- Kaleta D., Makowiec-Dąbrowska T., Polańska K., Dziankowska-Zaborszczyk E., Drygas W. (2009) palenie tytoniu i inne negatywne zachowania zdrowotne wśród osób czynnych zawodowo. *Medycyna Pracy* 2009;60(1):7–14.
- Kesmodel U., Wisborg K., Olsen S.F. et al. (2002) Moderate alcohol intake during pregnancy and the risk of stillbirth and death in the first year of life. *Am. J. Epidemiol.* 155: 305-12.
- Kopecky E. A., Simone K., Knie B., Koren G. (1999) Transfer of morphine across the human placenta and its interaction with naloxone. *Life Sci.* 65, 2359–2371.
- Kopiel A. (2004) Społeczne skutki nadużywania alkoholu. *Medycyna Ogólna*, 10, 49-56.
- Lieber CS. (1995) Medical disorders of alcoholism. *N Engl J Med*; 333: 1058–1065.
- 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. (2009). Raport Krajowy 2009: Sytuacja narkotykowa w Polsce, Warszawa, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.
- Malek A., Ivy D., Blann E., Mattisom D. R. (1995) Impact of cocaine on human placental function using an in vitro perfusion system. *J. Pharmacol. Toxicol. Methods* 33, 213–219.
- Miyake Y., Miyamoto S., Ohya Y. i in. (2005) Association of active and passive smoking with allergic disorders in pregnant Japanese women. *Ann. Allergy Asthma Immunol.* 94: 644-51.
- Moskalewicz J. (2007) 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.
- Pastrakulijc A., Derewlany L. O., Koren G. (1999) Maternal Cocaine Use and Cigarette Smoking in Pregnancy in Relation to Amino Acid Transport and Fetal Growth. *placenta* 20, 499–512.
- 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].

Reuben A. (2006) Alcohol and the liver. *Curr. Opin. Gastroenterol.* 22:263-271.

Salmon J. (2008) Fetal alcohol spectrum disorder: New Zealand birth mothers' experiences. *Can. J. Clin. Pharmacol.* 15:191-213.

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

Spohr H.L., Willms J., Steinhausen H.C. (1993) Prenatal alcohol exposure and long-term developmental consequences. *Lancet* 341: 907-10.

Szychta W, Skoczylas M, Ludański T. (2008) Spożywanie alkoholu i palenie tytoniu przez kobiety w ciąży- przegląd badań. *Parinatalogia, Neonatologia i Ginekologia* 1(4): 309-313.

Wisborg K., Kesmodel U., Henriksen T.B. et al. (2001) Exposure to tobacco smoke in utero and the risk of stillbirth and death in the first year of life. *Am. J. Epidemiol.* 154: 322-7.

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

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

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

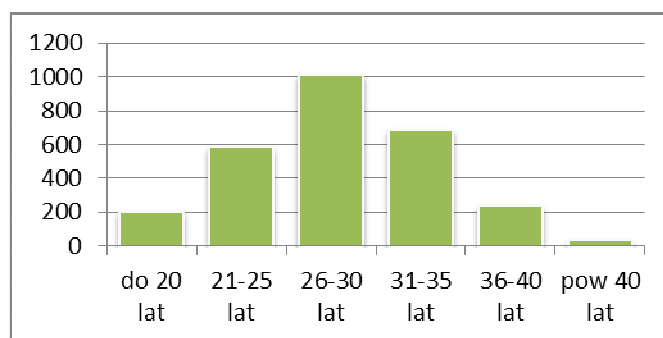
Żukiewicz-Sobczak W., Chmielewska-Badora J., Krasowska E., Wojtyła A., Piątek J.: 'Legal highs' – an experiment at high risk, in terms of provisions of the new Act, *MONZ* 2012; 18(2):137-140

7. SPIS RYCIN

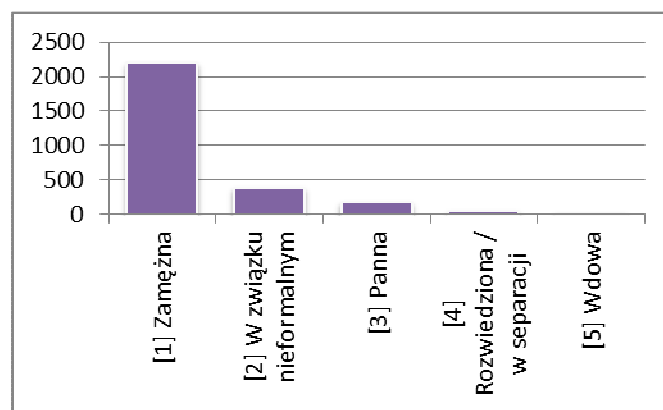
RYC. 1. WIEK BADANYCH	86
RYC. 2. STAN CYWILNY BADANYCH	86
RYC. 3. WYKSZTAŁCENIE BADANYCH	87
RYC. 4. PRACA ZAROBKOWA BADANYCH	87
RYC. 5. MIEJSCE ZAMIESZKANIA BADANYCH	87
RYC. 6. WARUNKI SOCJALNO-BYTOWE I SYTUACJA MATERIALNA BADANYCH	88
RYC. 8. WYKSZTAŁCENIE OJCA	88
RYC. 9. PRACA ZAROBKOWA OJCA	BŁĄD! NIE ZDEFINIOWANO ZAKŁADKI. 89
RYC. 10. WSPÓLMIESZKAŃCY BADANYCH	90
RYC. 11. PIERWSZA MIESIĄCZKA BADANYCH	90
RYC. 12. LICZBA CIĄŻ / PORODÓW BADANYCH	90
RYC. 13. PRZEBYTE PORONIENIE	91
RYC. 14. PLANOWANIE CIĄŻY	91
RYC. 15. SPOSÓB ROZWIĄZANIA CIĄŻY	91
RYC. 16. ROZPOCZĘCIE PORODU	92
RYC. 17. HOSPITALIZACJA	92
RYC. 18. POWÓD HOSPITALIZACJI	93
RYC. 19. TERMINOWOŚĆ PORODU	93
RYC. 20. MASA MATEK PRZED CIĄŻĄ	93
RYC. 21. MASA MATEK W CZASIE PORODU	94
RYC. 22. WZROST MATEK	94
RYC. 23. BODY MASS INDEX (BMI) MATEK	94
RYC. 24. STAN ODŻYWIENIA WEDŁUG BMI	95
RYC. 25. CHOROBY PRZEWLEKŁE MATEK	96
RYC. 26. CUKRZYCA, NADCIŚNIENIE, NIEDOKRWISTOŚĆ	97
RYC. 27. NIEPRAWIDŁOWE WYNIKI BADAŃ W ZWIĄZKU Z CIĄŻĄ I ROZWIĄZANIEM	98
RYC. 28. PŁEĆ DZIECKA	98
RYC. 29. STAN ODŻYWIENIA NOWORODKA	99
RYC. 30. PORODY MNOGIE	99
RYC. 31. MASA NOWORODKÓW [G]	99
RYC. 32. DŁUGOŚĆ NOWORODKÓW [CM]	100
RYC. 33. OBWÓD GŁÓWKI [CM]	100
RYC. 34. WYNIK W SKALI AGPAR (1 MIN)	100
RYC. 35. WADY WRODZONE NOWORODKÓW	101
RYC. 36. STWIERDZONE CECHY ZESPOŁU FAS	101
RYC. 37. STOSUNEK DO PALENIA TYTONIU.	102
RYC. 38. ILOŚĆ WYPALANYCH PAPIEROSÓW	102
RYC. 39. NARAŻENIE NA PALENIE BIERNE	103
RYC. 40. CZĘSTOŚĆ PICIA ALKOHOLU PRZED I W CZASIE CIĄŻY	103
RYC. 41. RODZAJ OSTATNIO SPOŻYTEGO ALKOHOLU	104

RYC. 42. PRZYJMOWANIE ŚRODKÓW PSYCHOAKTYWNYCH I NARKOTYKÓW	104
RYC. 43. STOSOWANIE LEKÓW NASENNYCH I USPOKAJAJĄCYCH	105
RYC. 44. STOSUNEK LEKARZY DO ALKOHOLU W CIĄŻY	105
RYC. 45. OCENA RYZYKA ZDROWOTNEGO DLA MATKI PRZEZ RESPONDENTKI	106
RYC. 46. OCENA RYZYKA ZDROWOTNEGO DLA PŁODU PRZEZ RESPONDENTKI	106

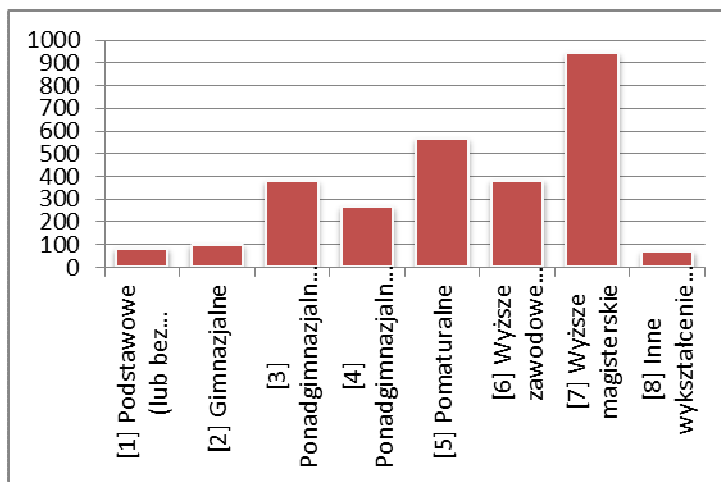
8. RYCINY



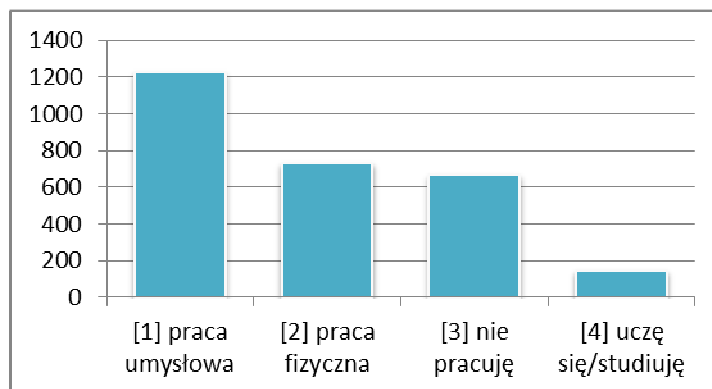
Ryc. 1. Wiek badanych



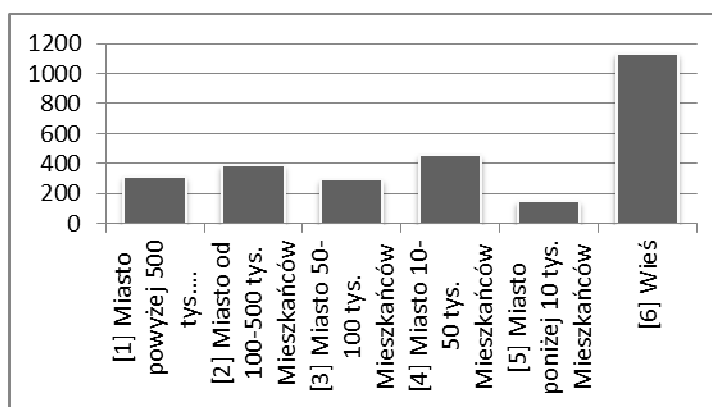
Ryc. 2. Stan cywilny badanych



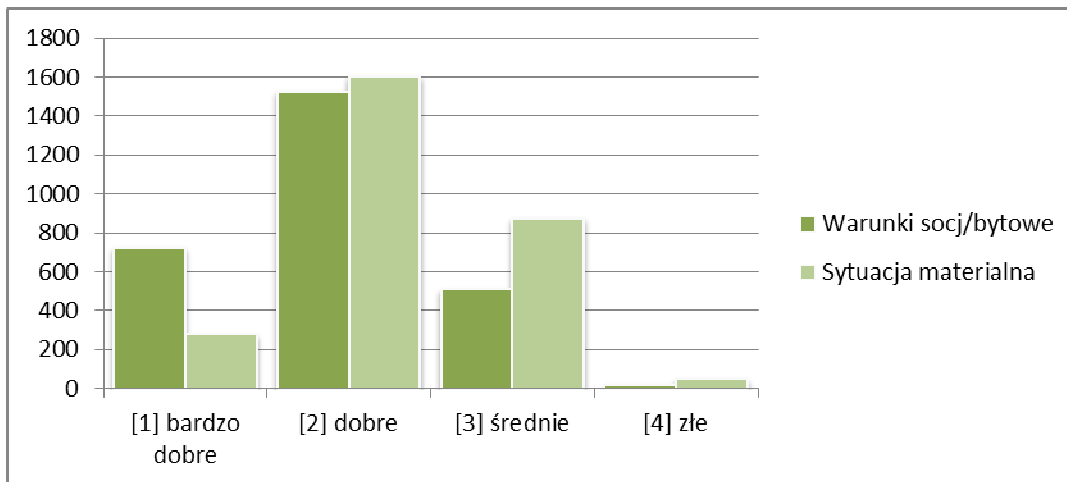
Ryc. 3. Wykształcenie badanych



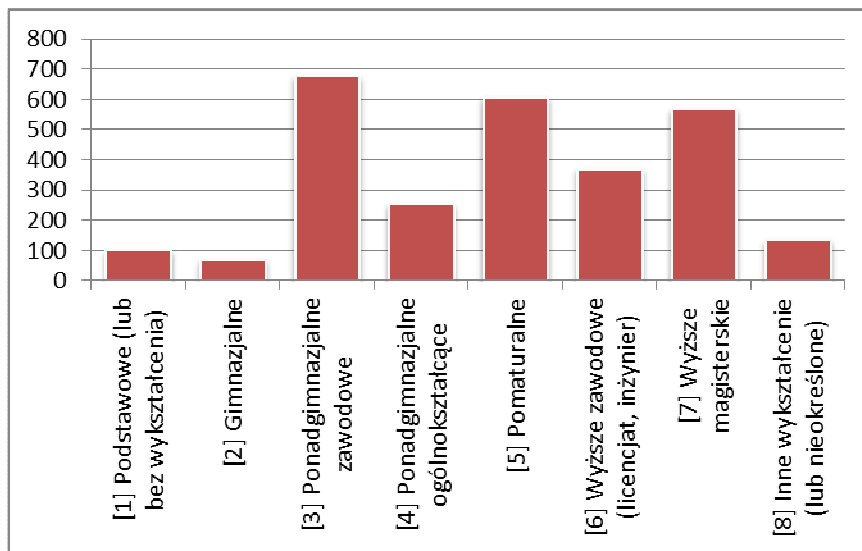
Ryc. 4. Praca zarobkowa badanych



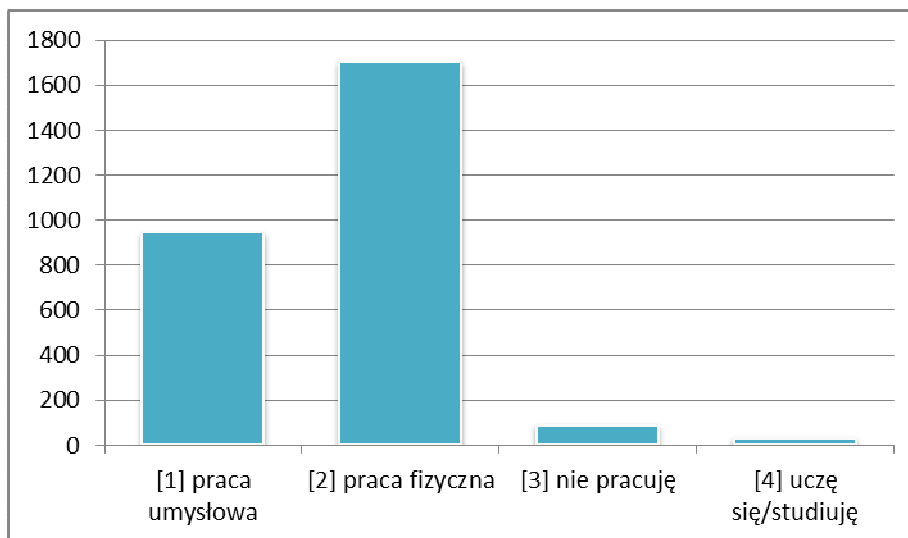
Ryc. 5. Miejsce zamieszkania badanych



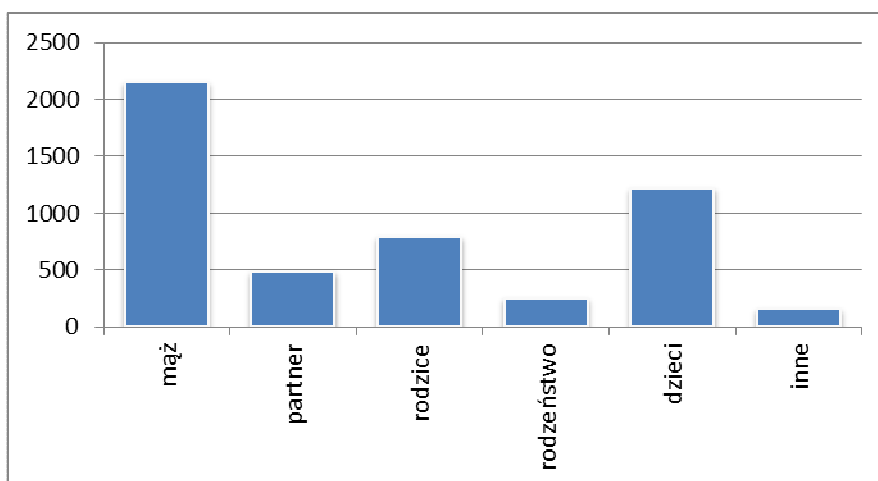
Ryc. 6. Warunki socjalno-bytowe i sytuacja materialna badanych



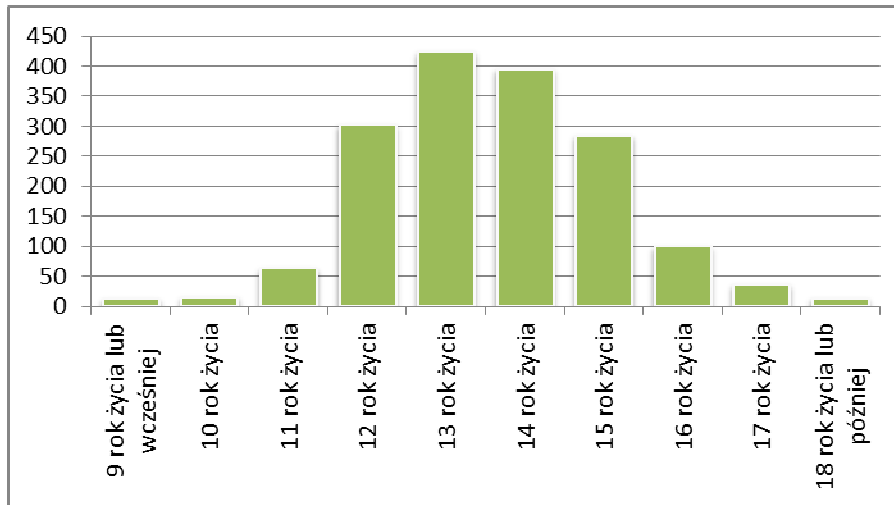
Ryc. 7. Wykształcenie ojca



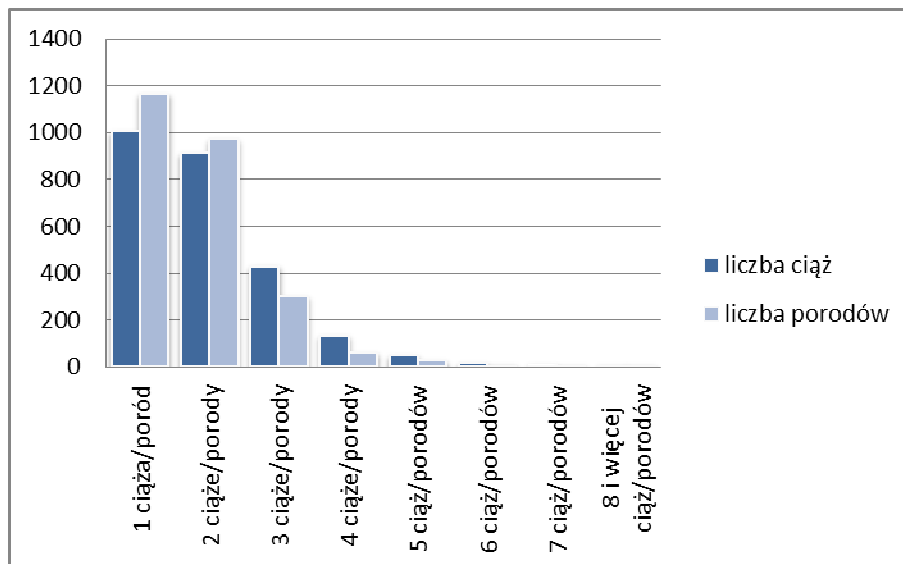
Ryc. 8. Praca zarobkowa ojca



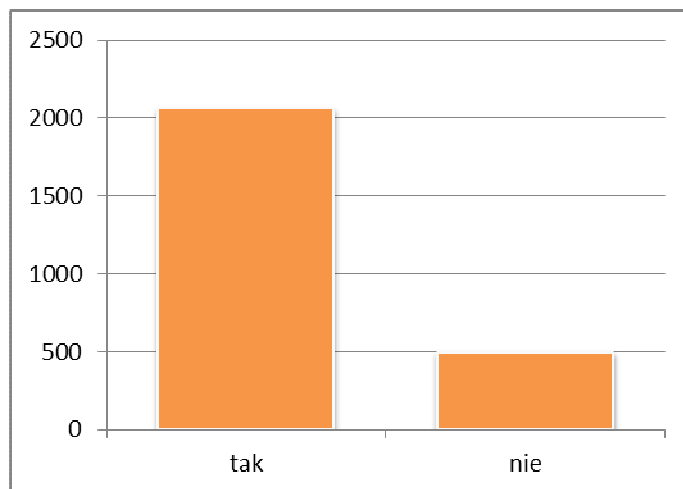
Ryc. 9. Współmieszkańcy badanych



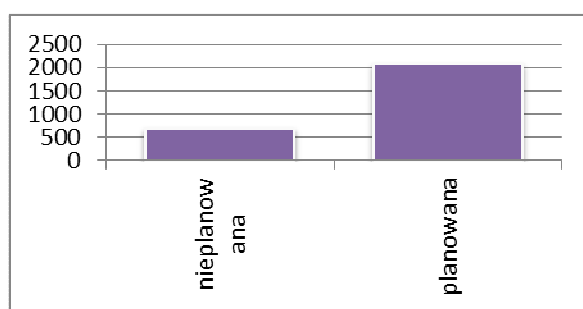
Ryc. 10. Pierwsza miesiączka badanych



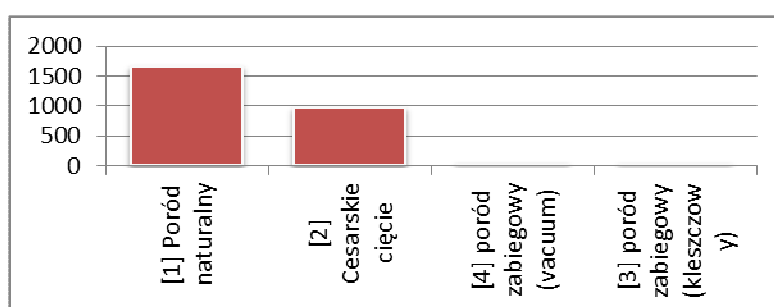
Ryc. 11. Liczba ciąży / porodów badanych



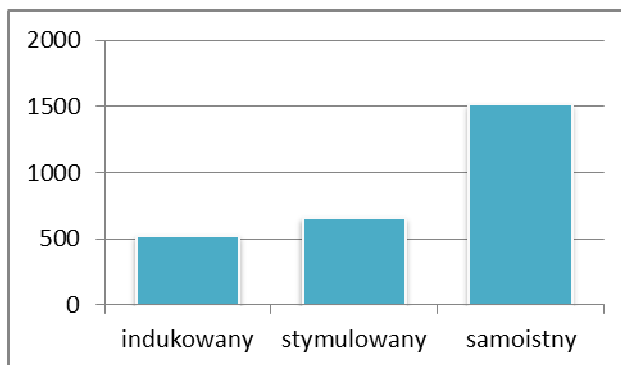
Ryc. 12. Przebyte poronienie



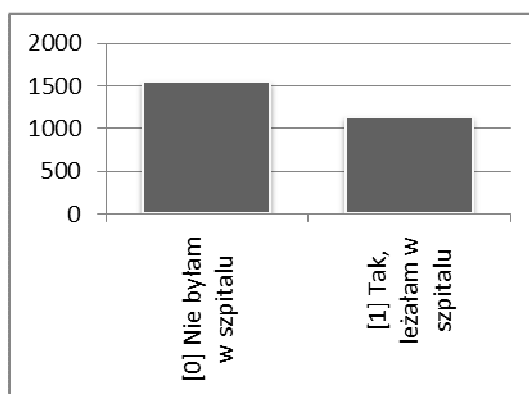
Ryc. 13. Planowanie ciąży



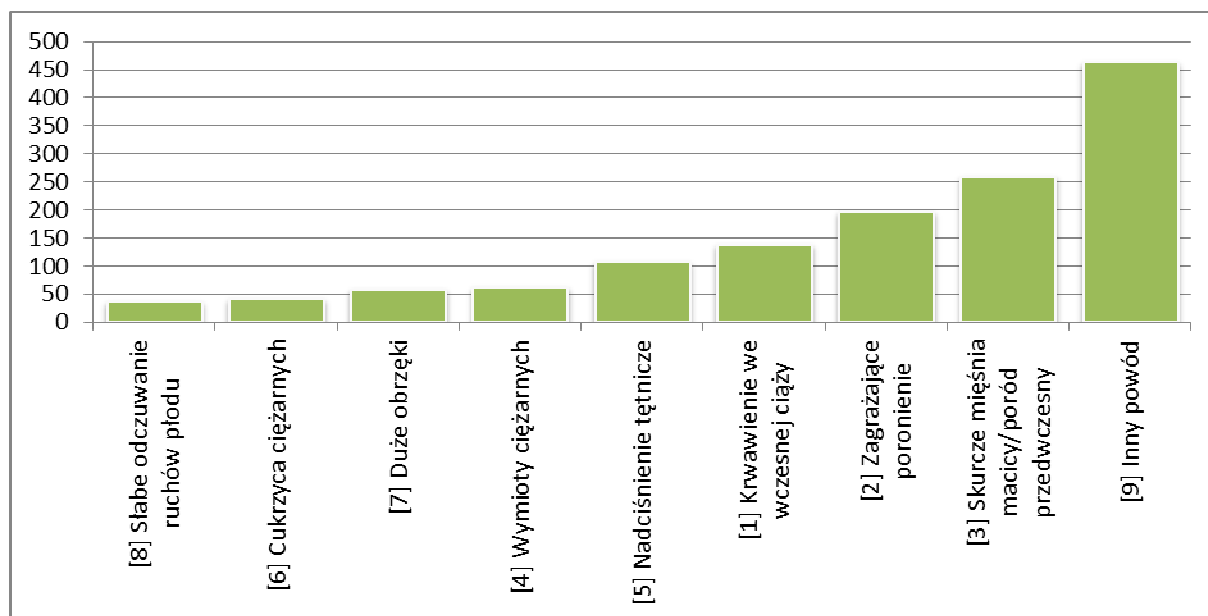
Ryc. 14. Sposób rozwiązania ciąży



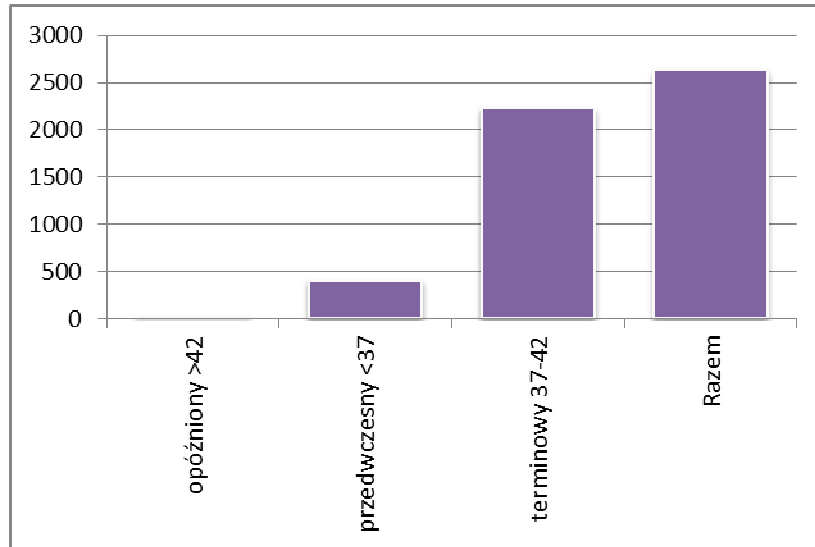
Ryc. 15. Rozpoczęcie porodu \



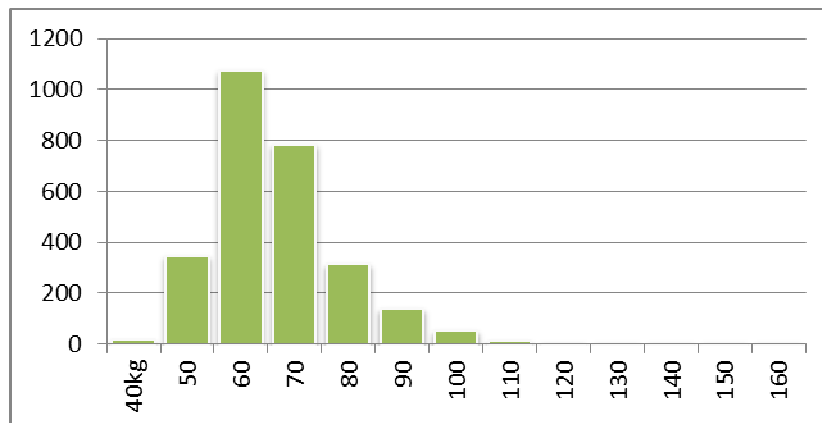
Ryc. 16. Hospitalizacja



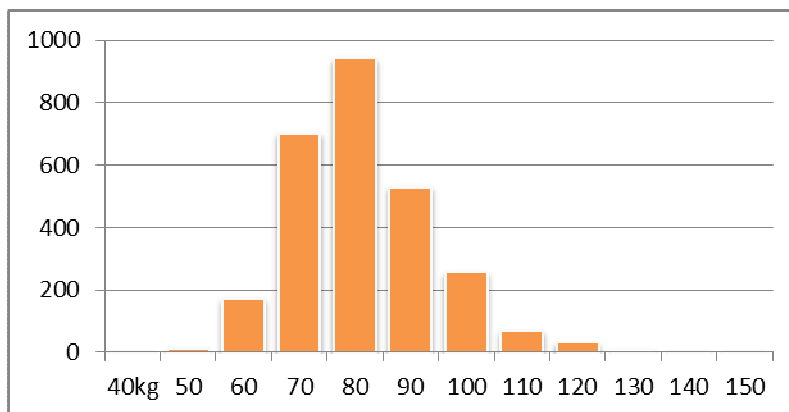
Ryc. 17. Powód hospitalizacji



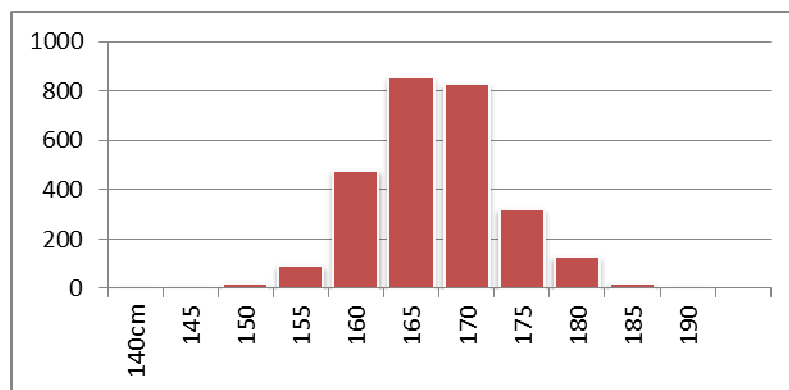
Ryc. 18. Terminowość porodu



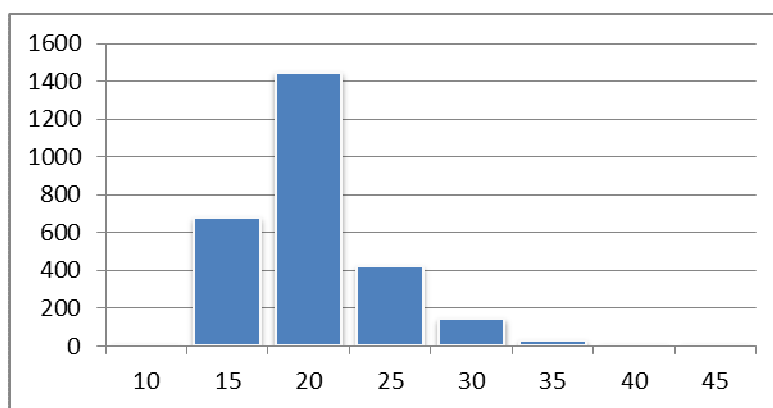
Ryc. 19. Masa matek przed ciążą



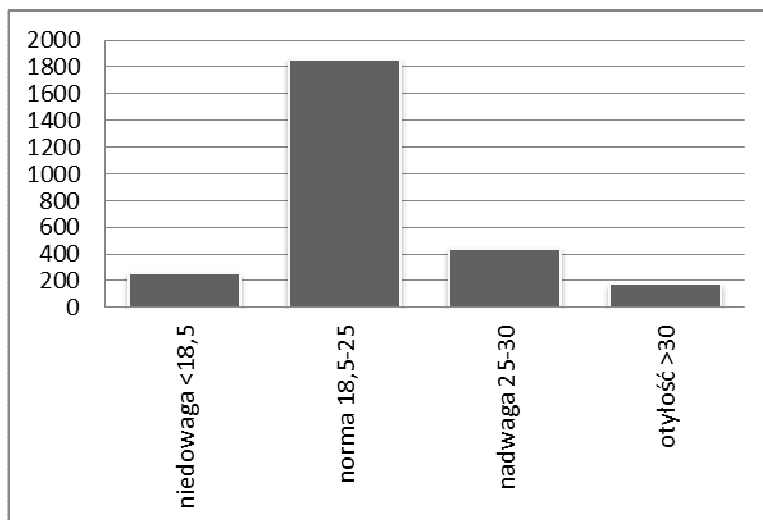
Ryc. 20. Masa matek w czasie porodu



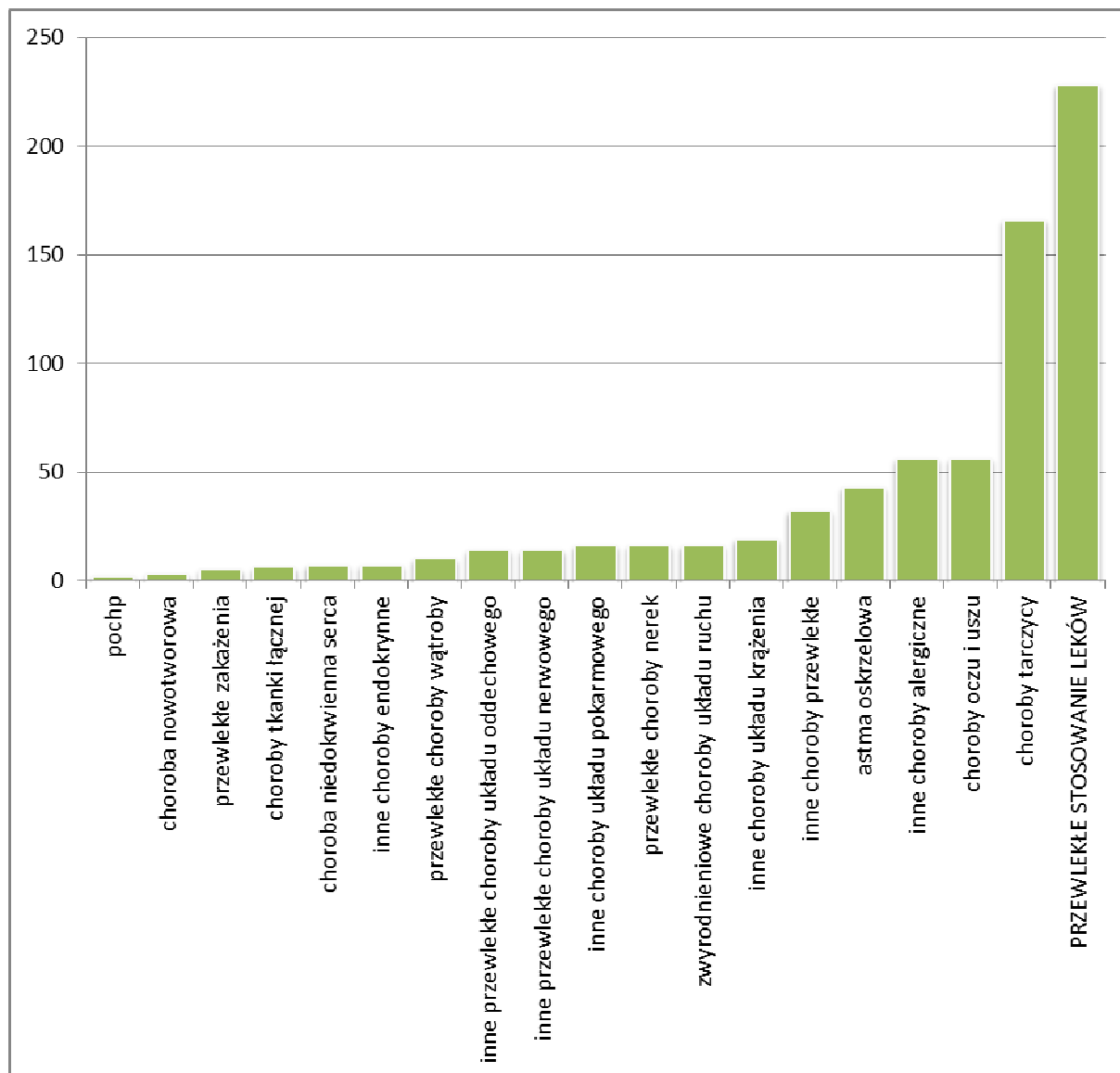
Ryc. 21. Wzrost matek



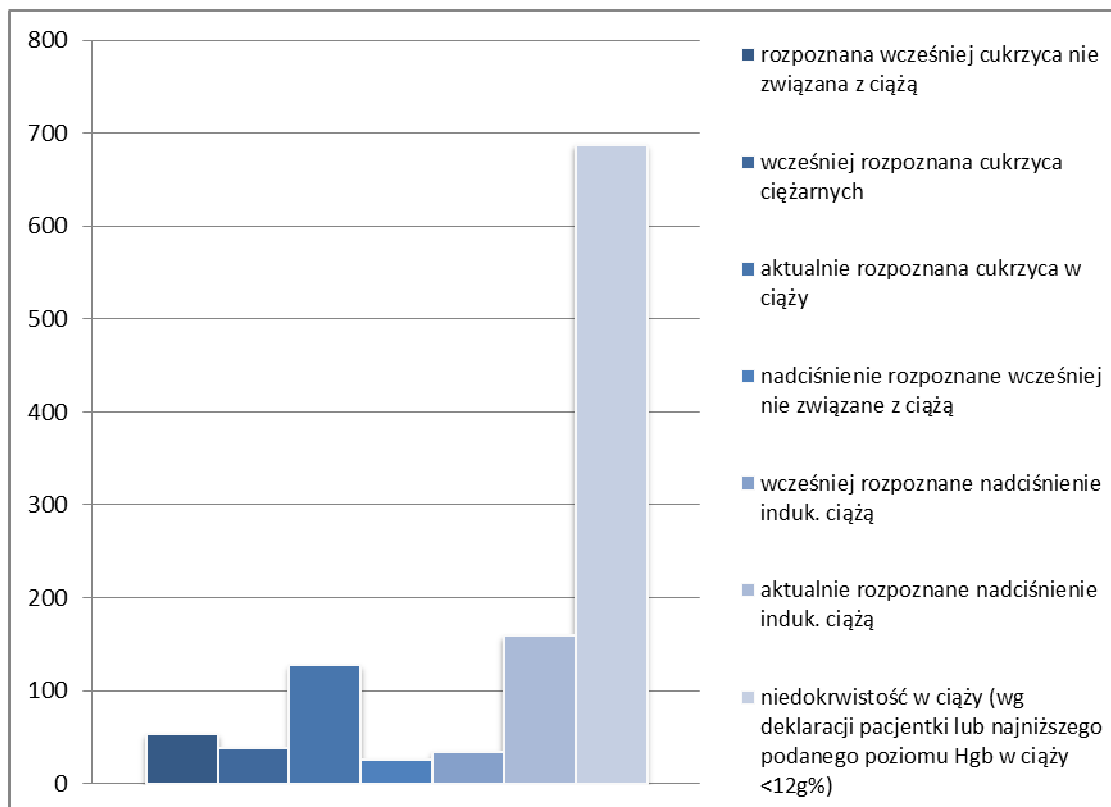
Ryc. 22. Body Mass Index (BMI) matek



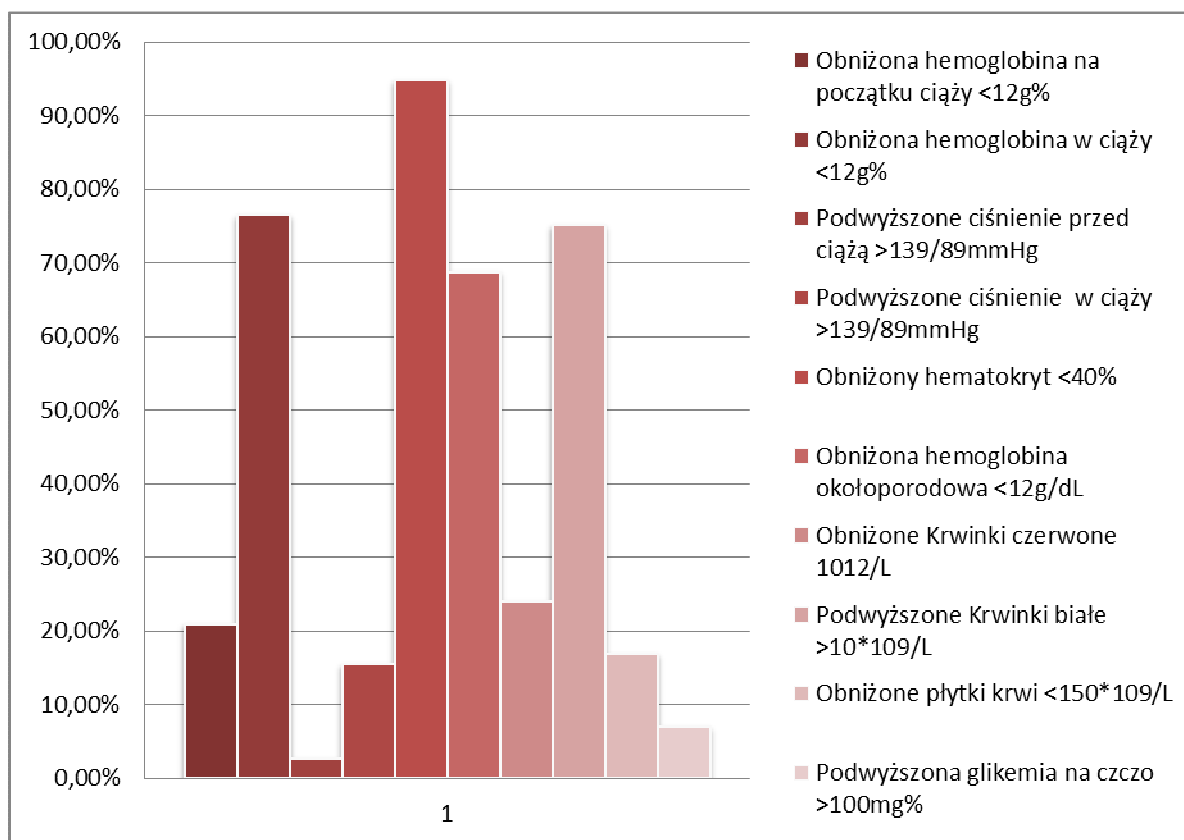
Ryc. 23. Stan odżywienia według BMI



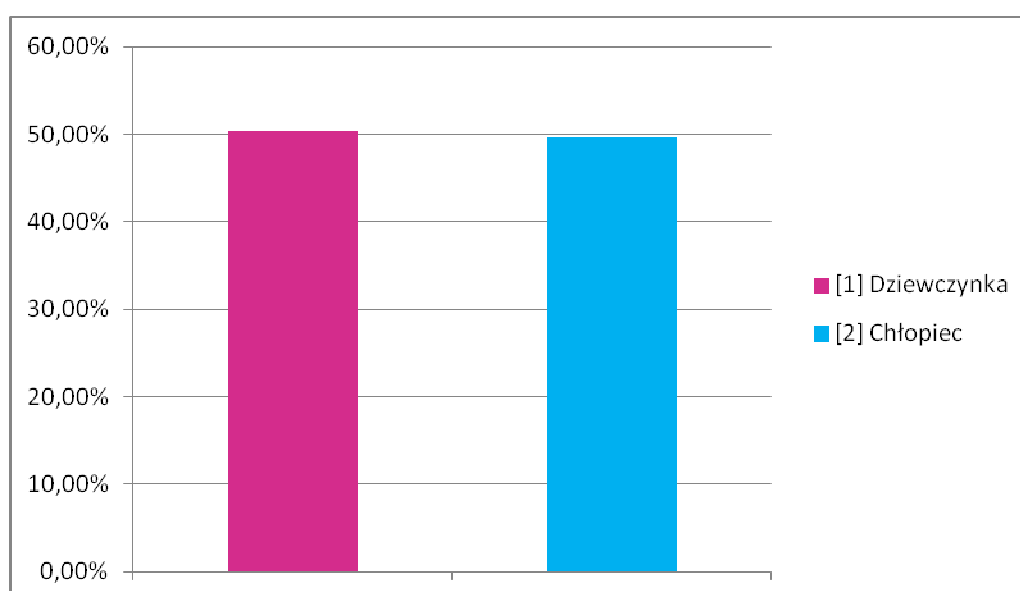
Ryc. 24. Choroby przewlekle matek



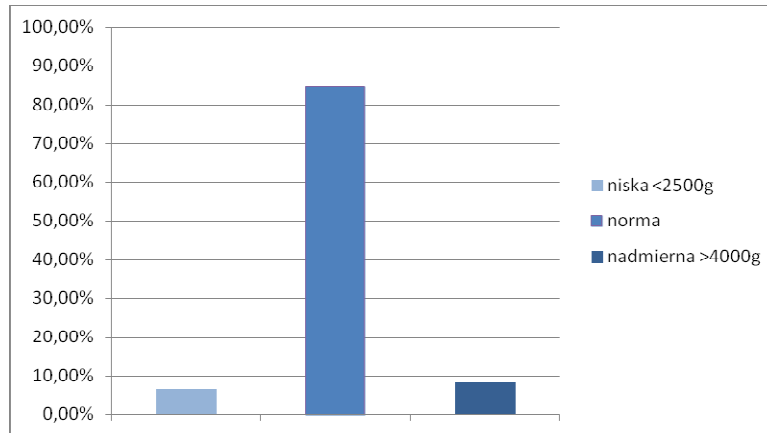
Ryc. 25. Cukrzyca, nadciśnienie, niedokrwistość



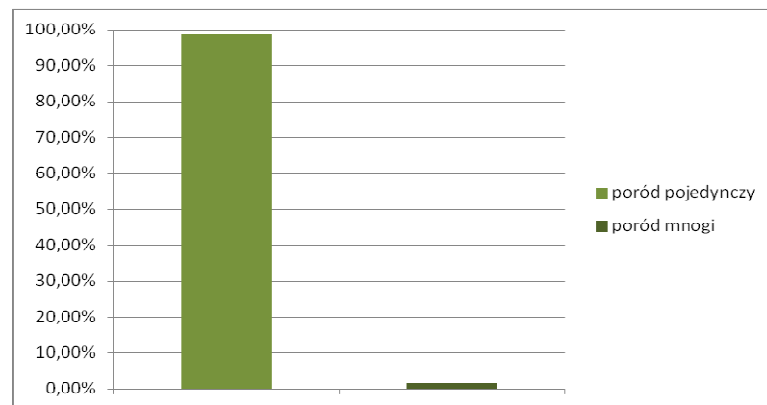
Ryc. 26. Nieprawidłowe wyniki badań w związku z ciążą i rozwiązaniem



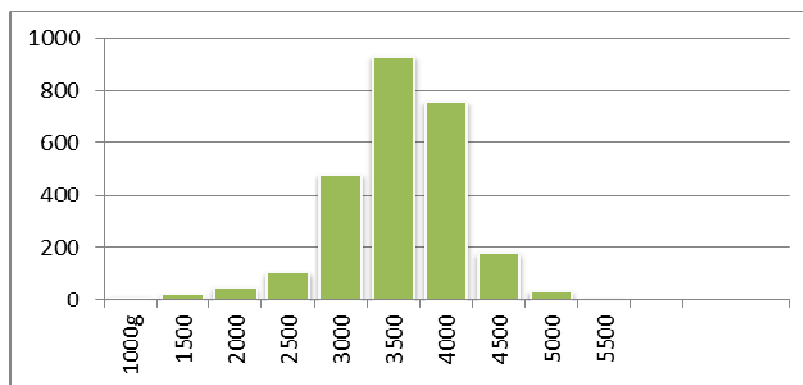
Ryc. 27. Płeć dziecka



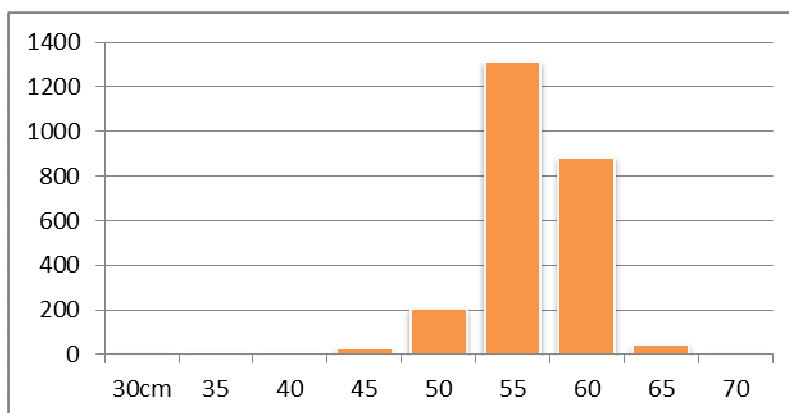
Ryc. 28. Stan odżywienia noworodka



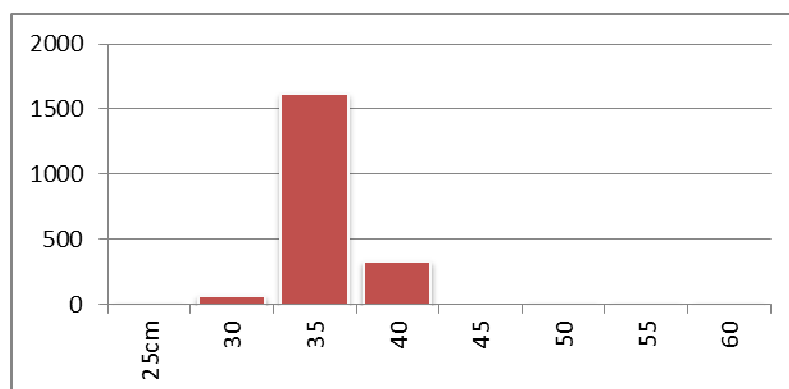
Ryc. 29. Porody mnogie



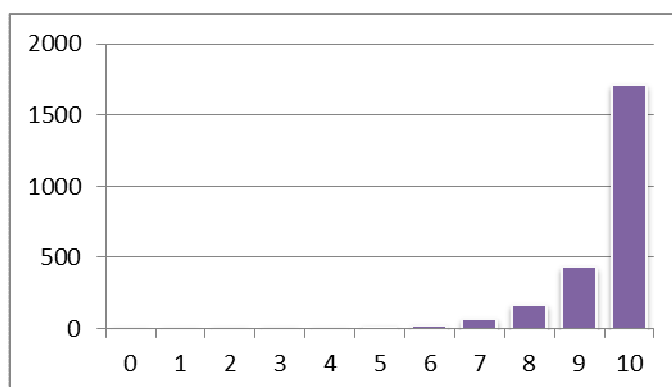
Ryc. 30. Masa noworodków [g]



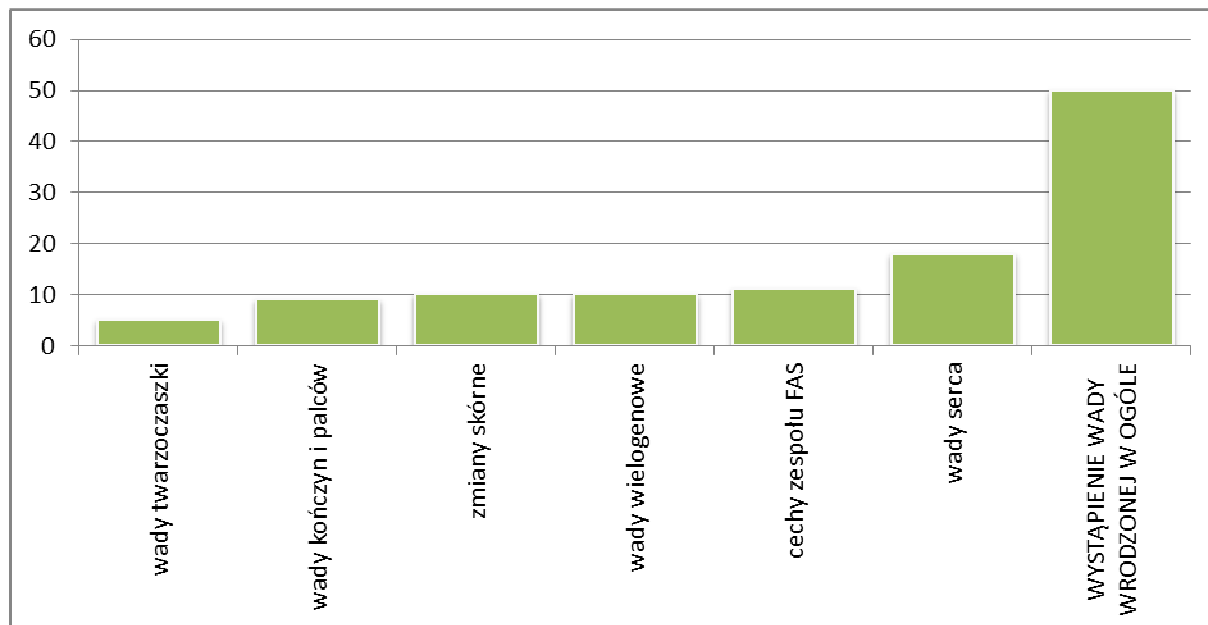
Ryc. 31. Długość noworodków [cm]



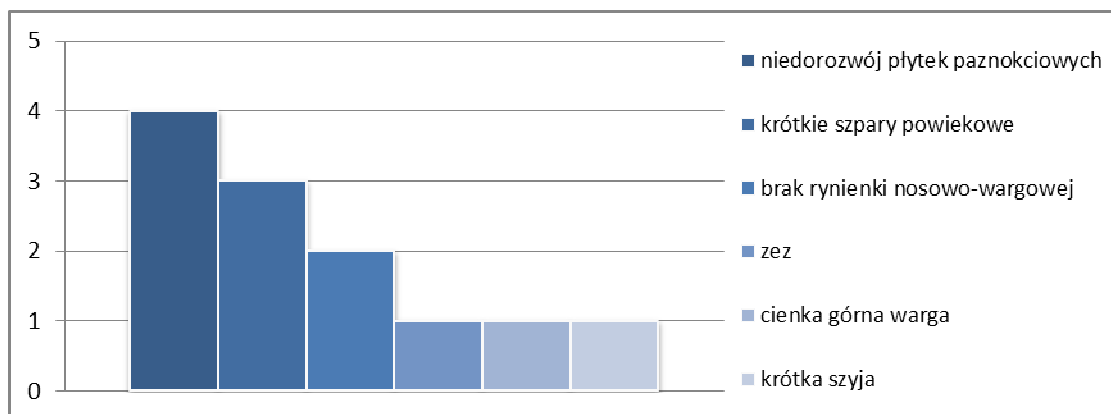
Ryc. 32. Obwód głowy [cm]



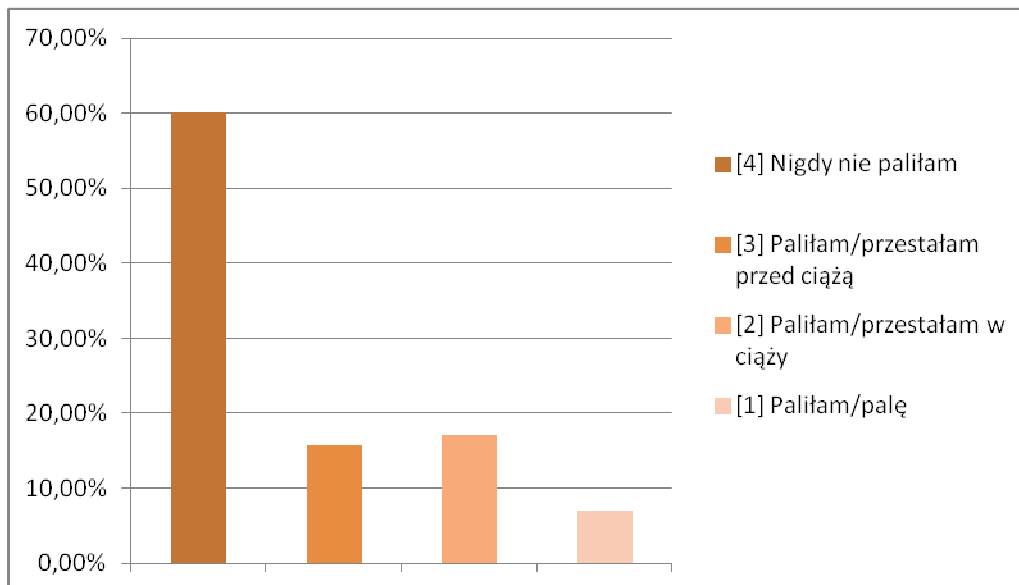
Ryc. 33. Wynik w skali Agpar (1 min)



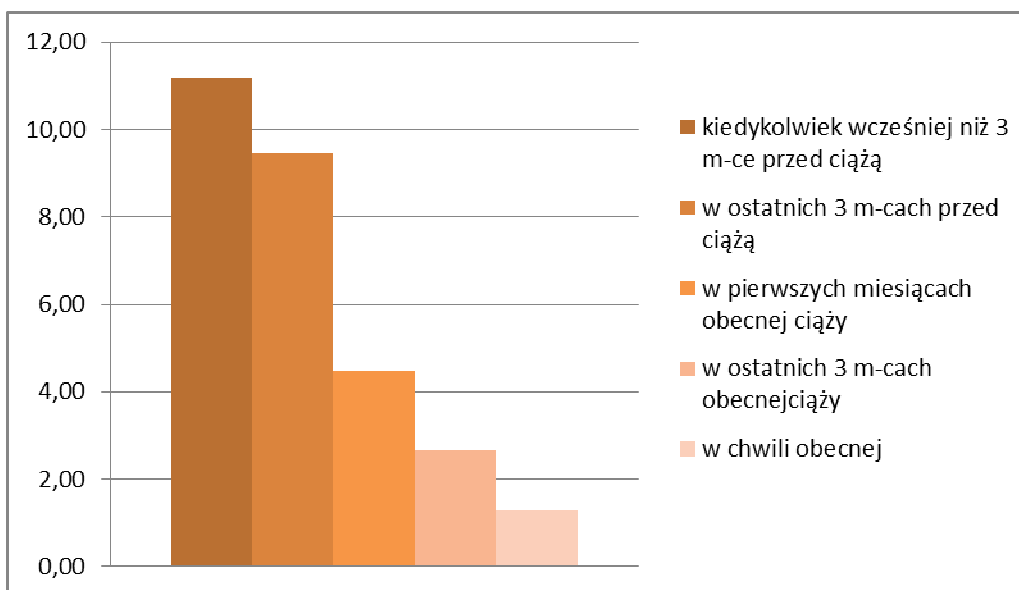
Ryc. 34. Wady wrodzone noworodków



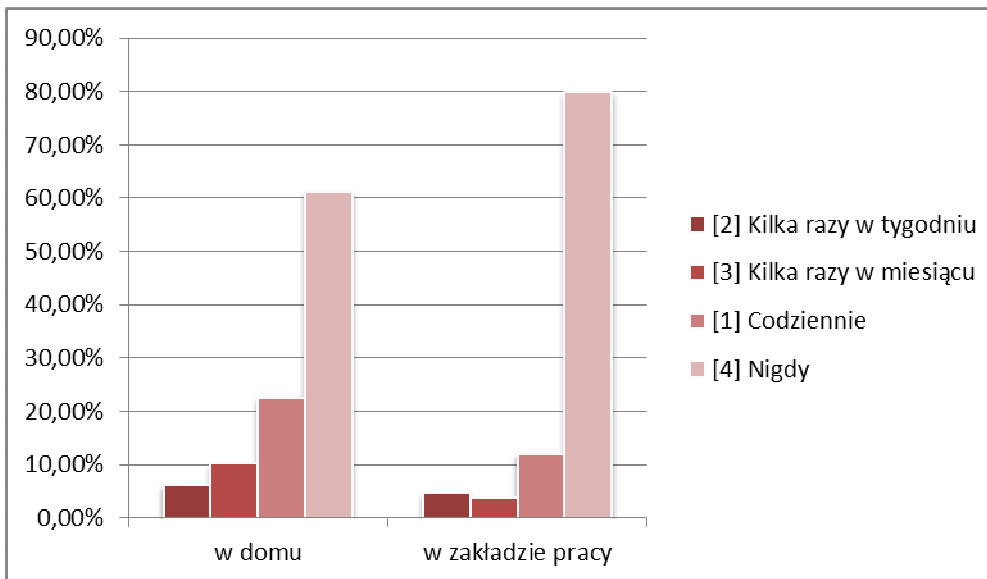
Ryc. 35. Stwierdzone cechy zespołu FAS



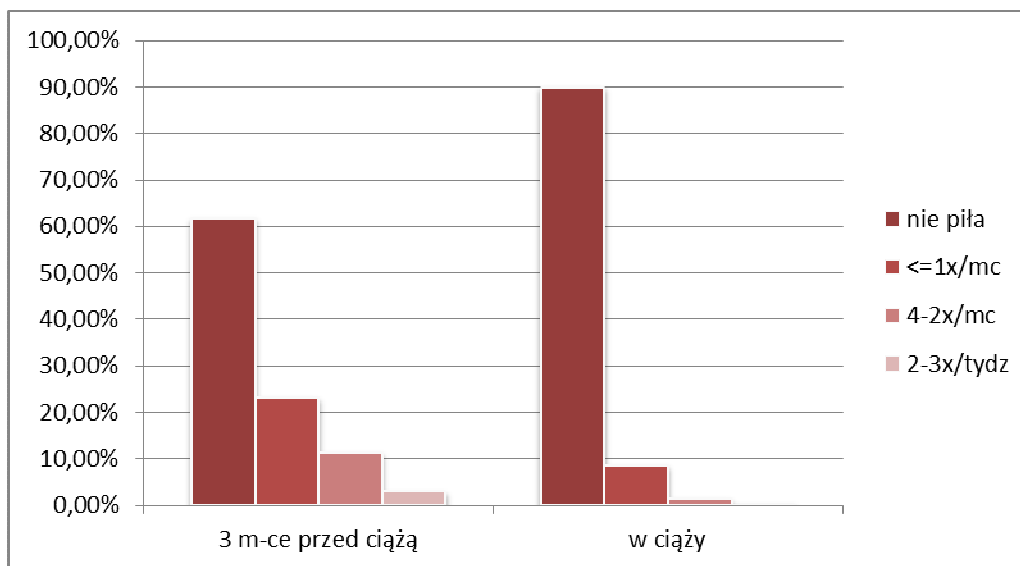
Ryc. 36. Stosunek do palenia tytoniu



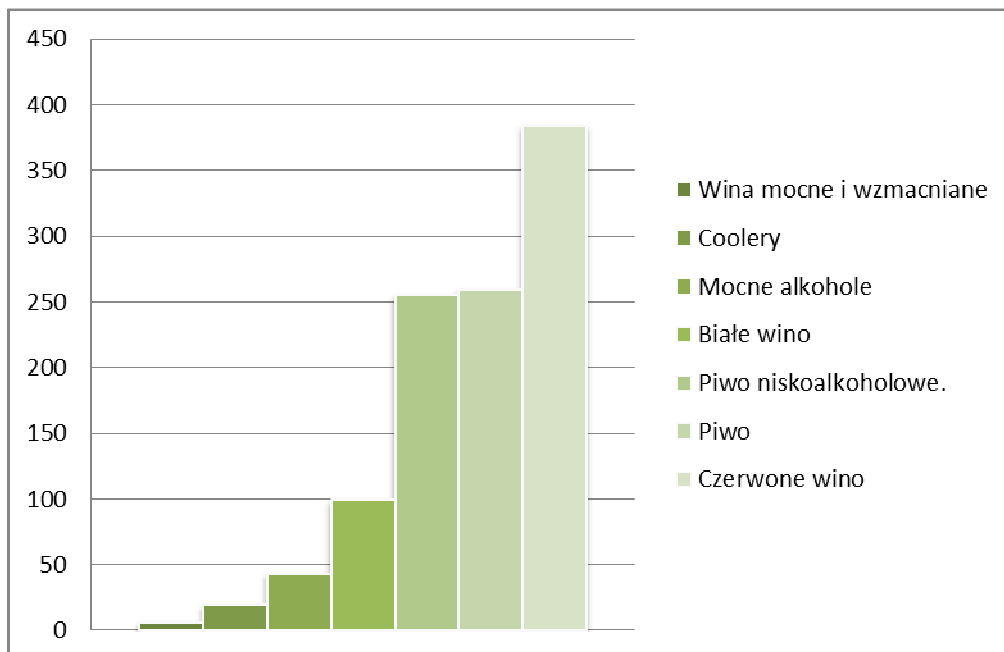
Ryc. 37. Ilość wypalanych papierosów



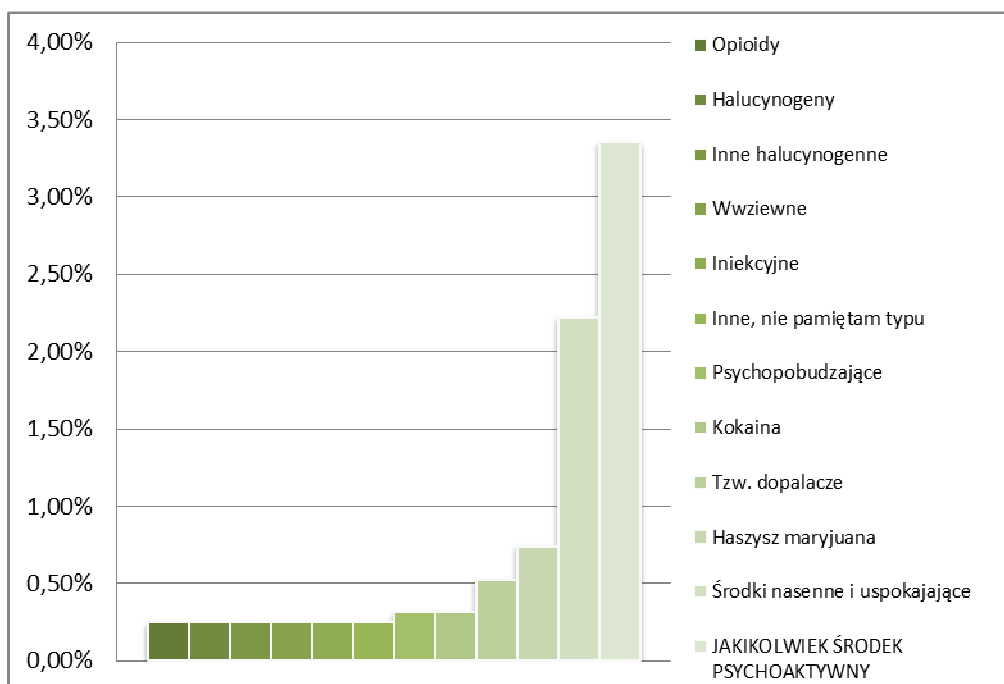
Ryc. 38. Narażenie na palenie bierne



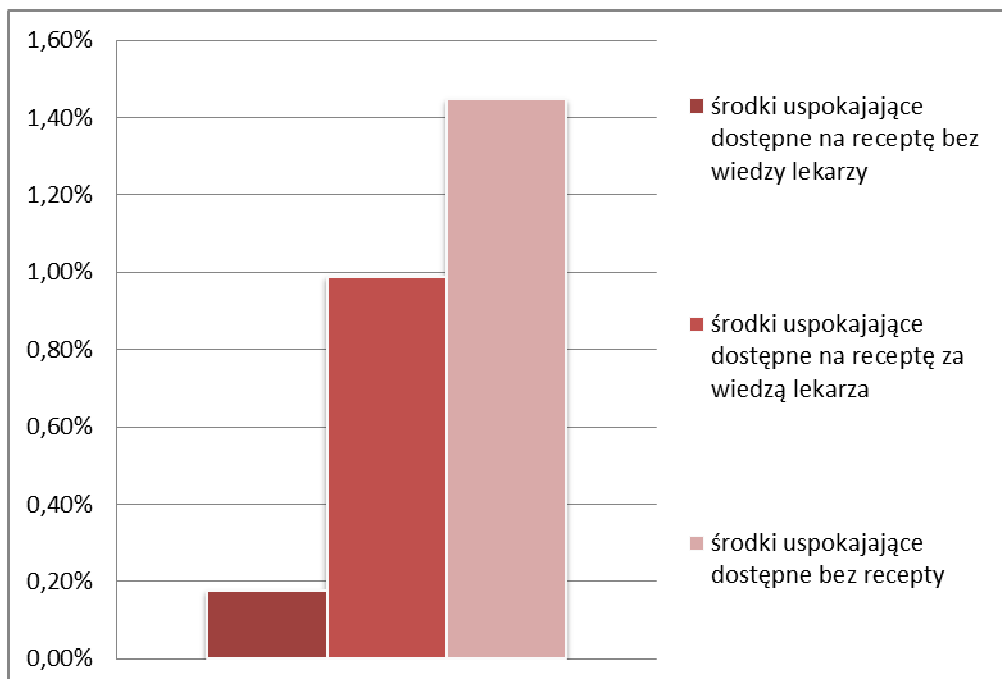
Ryc. 39. Częstość picia alkoholu przed i w czasie ciąży



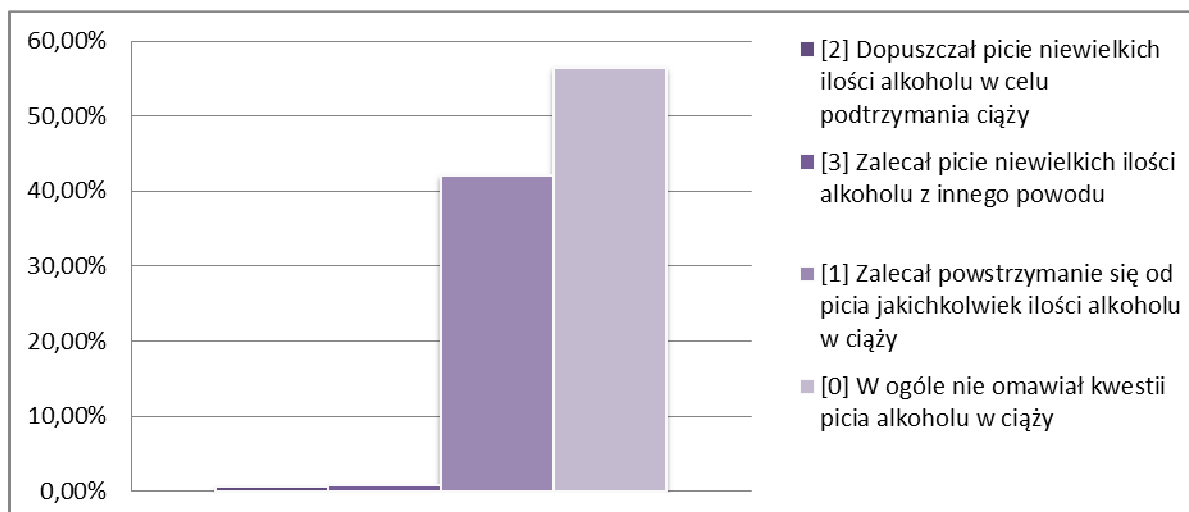
Ryc. 40. Rodzaj ostatnio spożytego alkoholu



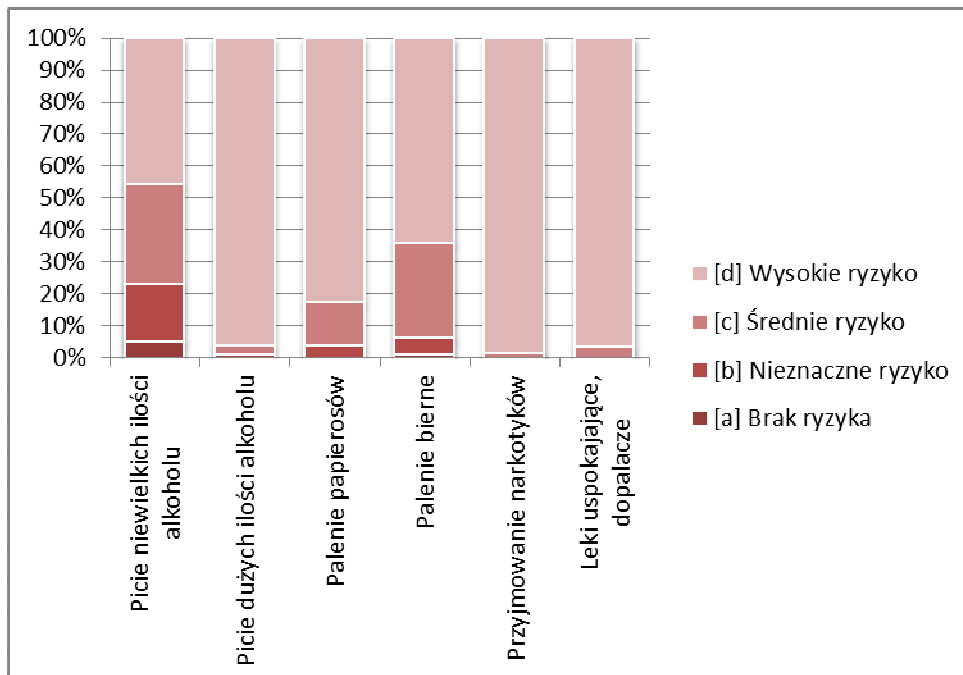
Ryc. 41. Przyjmowanie środków psychoaktywnych i narkotyków



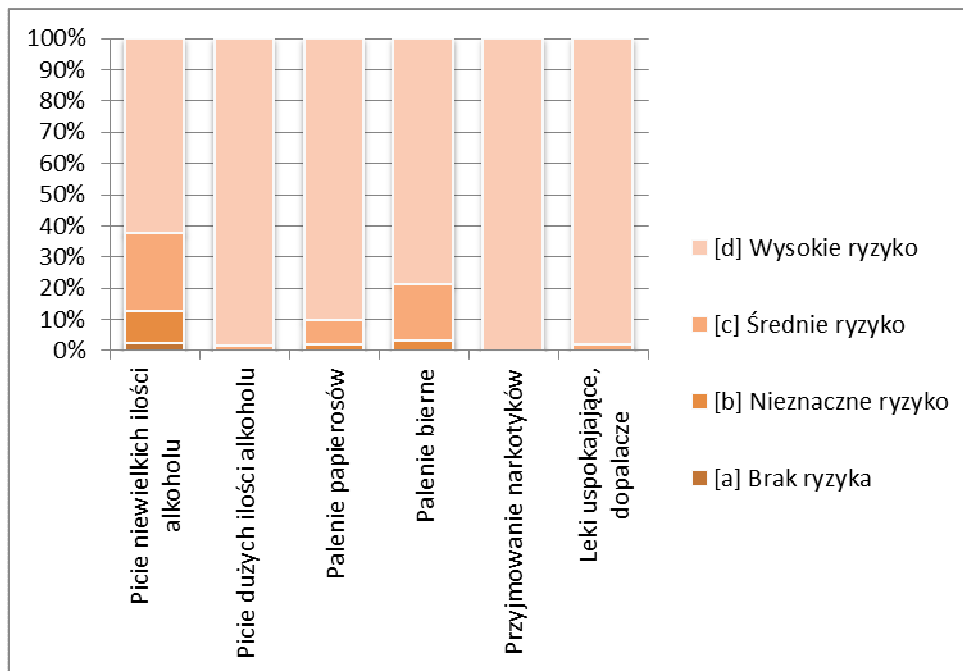
Ryc. 42. Stosowanie leków nasennych i uspokajających



Ryc. 43. Stosunek lekarzy do alkoholu w ciąży



Ryc. 44. Ocena ryzyka zdrowotnego dla matki przez respondentki



Ryc. 45. Ocena ryzyka zdrowotnego dla płodu przez respondentki

9. 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.

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)

<input type="checkbox"/>	[1] Zamężna
<input type="checkbox"/>	[2] W związku nieformalnym
<input type="checkbox"/>	[3] Panna
<input type="checkbox"/>	[4] Rozwiedziona / w separacji
<input type="checkbox"/>	[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
<input type="checkbox"/>	[1] Podstawowe lub bez wykształcenia
<input type="checkbox"/>	[2] Gimnazjalne
<input type="checkbox"/>	[3] Ponadgimnazjalne zawodowe
<input type="checkbox"/>	[4] Ponadgimnazjalne ogólnokształcące
<input type="checkbox"/>	[5] Pomaturalne
<input type="checkbox"/>	[6] Wyższe zawodowe (licencjat, inżynier)
<input type="checkbox"/>	[7] Wyższe magisterskie
<input type="checkbox"/>	[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
<input type="checkbox"/>	[1] praca umysłowa
<input type="checkbox"/>	[2] praca fizyczna
<input type="checkbox"/>	[3] nie pracuję
<input type="checkbox"/>	[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)

<input type="checkbox"/>	[1] Miasto powyżej 500 tys. Mieszkańców
<input type="checkbox"/>	[2] Miasto od 100-500 tys. Mieszkańców
<input type="checkbox"/>	[3] Miasto 50-100 tys. Mieszkańców
<input type="checkbox"/>	[4] Miasto 10-50 tys. Mieszkańców
<input type="checkbox"/>	[5] Miasto poniżej 10 tys. Mieszkańców
<input type="checkbox"/>	[6] Wieś

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

<input type="checkbox"/>	[1] Z mężem
<input type="checkbox"/>	[2] Z partnerem
<input type="checkbox"/>	[3] Z rodzicami
<input type="checkbox"/>	[4] Z rodzeństwem
<input type="checkbox"/>	[5] Z dzieckiem/dziećmi
<input type="checkbox"/>	[6] Z innymi osobami

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

<input type="checkbox"/>	[1] bardzo dobre
<input type="checkbox"/>	[2] dobre
<input type="checkbox"/>	[3] średnie
<input type="checkbox"/>	[4] złe

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

<input type="checkbox"/>	[1] bardzo dobra
<input type="checkbox"/>	[2] dobra
<input type="checkbox"/>	[3] średnia
<input type="checkbox"/>	[4] zła

10. Proszę wpisać, czy obecna ciąża była planowana.

<input type="checkbox"/>	[1] Tak
<input type="checkbox"/>	[2] Nie

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

<input type="text"/>	numer ciąży
<input type="text"/>	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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[1] Drugie dziecko
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[2] Trzecie dziecko
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[3] Czwarte dziecko
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[4] Piąte dziecko

strona 1 z 8

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)

W sposób naturalny (Proszę przegnać do pytania 15)	Przez dęde cesarskie	Kolejne dzieci od najmłodszego
		[1] Drugie dziecko
		[2] Trzecie dziecko
		[3] Czwarde dziecko
		[4] Piąte dziecko

14. Jeśli przy którejś z ciąż zaznaczyła Pani cesarskie dęde 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 tełminie)
[2] nieprawidłowe położenie lub ułożenie płodu
[3] zagrażająca zawałtwica 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] Czwarde 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] Czwarde 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 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] warzywa
		[7] owoce
		[8] ciasta i słodycze
		[9] oleje roślinne
		[10] nie zmieniłam 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 cukrzyca 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 ciąży)
[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 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 utrzymać wartości poziomu cukru w granicach normy? (Proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)

<input type="checkbox"/>	[1] Tak
<input type="checkbox"/>	[2] Nie

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

<input type="checkbox"/>	[1] Przyjimałam insulinę
<input type="checkbox"/>	[2] Stosowałam dietę i przyjmowałam insulinę
<input type="checkbox"/>	[3] Stosowałam tylko dietę

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

<input type="checkbox"/>	[1] Tak
<input type="checkbox"/>	[2] Nie

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

<input type="checkbox"/>	[1] Nie miałam zmniejszonego ciśnienia
<input type="checkbox"/>	[2] 1-2 razy w ciąży
<input type="checkbox"/>	[3] 3-5 razy w ciąży
<input type="checkbox"/>	[4] Ponad 5 razy w ciąży
<input type="checkbox"/>	[5] Przy każdej wizycie w poradni

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

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

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

<input type="checkbox"/>	[0] Przed 20 tygodniem trwania ciąży
<input type="checkbox"/>	[1] Po 20 tygodniu trwania ciąży
<input type="checkbox"/>	[2] W trakcie porodu

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

<input type="checkbox"/>	[0] Nie byłam w szpitalu [Proszę przejść do pytania 34]
<input type="checkbox"/>	tydz. ciąży [1] Tak, leżałam w szpitalu

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

<input type="checkbox"/>	[1] Krwawienie we wczesnej ciąży
<input type="checkbox"/>	[2] Zagrożające poronienie
<input type="checkbox"/>	[3] Skurcze mięśnia macicy/pośród przedwczesny
<input type="checkbox"/>	[4] Wymioty ciężarnych
<input type="checkbox"/>	[5] Nadciśnienie tętnicze
<input type="checkbox"/>	[6] Cukrzyca ciężarnych
<input type="checkbox"/>	[7] Duże obrzęki
<input type="checkbox"/>	[8] Słabe odczuwanie ruchów płodu
<input type="checkbox"/>	[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 1 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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35. Co/któ 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)

<input type="checkbox"/>	[1] Lekarz rodzinny
<input type="checkbox"/>	[2] Lekarz ginekolog
<input type="checkbox"/>	[3] Położna lub pielęgniarka
<input type="checkbox"/>	[4] Znajomi, rodzina
<input type="checkbox"/>	[5] Dowiedziałam się z mediów (radia, telewizji, gazet, czasopism)
<input type="checkbox"/>	[6] Wyczytałam w fachowej literaturze (poradniki, książki)
<input type="checkbox"/>	[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)

<input type="checkbox"/>	[1] Stwierdzono nieprawidłowy (obniżony) poziom hemoglobiny, ale nie pamiętam jaki
<input type="checkbox"/>	[2] Nie stwierdzono nieprawidłowego poziomu hemoglobiny, ale nie pamiętam wyniku
<input type="checkbox"/>	[3] Stężenie hemoglobiny przed ciążą lub na początku ciąży
<input type="checkbox"/>	[4] Najniższe stężenie hemoglobiny w ciąży

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

<input type="checkbox"/>	[1] Tak
<input type="checkbox"/>	[2] Nie

38. Czy palił Pani papierosy?

<input type="checkbox"/>	[1] Tak
<input type="checkbox"/>	[2] Przestałam palić w czasie ciąży
<input type="checkbox"/>	[3] Nie, nie palię od lat (Proszę wpisać liczbę lat)
<input type="checkbox"/>	[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)

<input type="text"/>	[1] Kiedykolwiek wcześniej niż 3 m-ce przed ciążą
<input type="text"/>	[2] W ostatnich 3 m-cach przed ciążą
<input type="text"/>	[3] W pierwszych miesiącach obecnej ciąży
<input type="text"/>	[4] W ostatnich 3 m-cach obecnej ciąży
<input type="text"/>	[5] W obecnej chwili

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

<input type="checkbox"/>	[1] Codziennie
<input type="checkbox"/>	[2] Kilka razy w tygodniu
<input type="checkbox"/>	[3] Kilka razy w miesiącu
<input type="checkbox"/>	[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 „ciwiattka” wódki = 10 porcji standardowych

Butelka „półlitra” 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 wzmocnione (sherry, porto, madeira)
[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, marihuana lub podobne (np. THC)
		[2] Środki opiodowe - morfina, heroina, kodeina, fentanyl, metadon i inne
		[3] Środki psychobudzające - amfetamina, metamfetamina, efedyna, np. ecstasy, itp.
		[4] Kokainę lub podobne
		[5] Środki psychodeliczne, halucynogenne jak LSD, MDA, meskalina
		[6] Inne środki halucynogenne, np. grzyby, atropina, skopolamina, pochodne szalwii
		[7] Środki wzwiewne - koka, 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] Nieważne ryzyko	[c] Średnie ryzyko	[d] Wysokie ryzyko	
				[1] Picie niewielkich ilości alkoholu?
				[2] Picie dużych ilości alkoholu?
				[3] Palenie papierosów?
				[4] Bielne 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] Nieważne ryzyko	[c] Średnie ryzyko	[d] Wysokie ryzyko	
				[1] Picie niewielkich ilości alkoholu?
				[2] Picie dużych ilości alkoholu?
				[3] Palenie papierosów?
				[4] Bielne palenie?
				[5] Używanie narkotyków?
				[6] Używanie innych środków psychoaktywnych (leki uspokajające, „dopalacze”, itp.)

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 sa 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 dentystry? (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 pochłeczka) 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 niedokrwienne serca (choroba wieńcowa, zawał serca, itp.)
	[2] Inne niż niedokrwienne 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, zatoki)
	[6] Inna niż astma choroba alergiczna (skórną, pokarmową)
	[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, niewymienione 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, kąpielanie dzieci w pozycji siedzącej
						[3] Ubieranie, kąpiel, kąpielanie 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 wózkami
						[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 (odkuzanie, mycie okien, prace inwentarskie w gospodarstwie folnym)
						[15] Koszenie trawnika kosiarką samobiezną lub jazda traktorem
						[16] Koszenie trawnika z wyłką kosiarką, prace ogrodnicze lub polowe w gospodarstwie folnym

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 **tygodniowo** 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 2 godzin 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 godzin 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 czegośkolwiek
						[4] Praca związana z szybkim marszem z ciężarami powyżej 4kg
						[5] Praca związana z szybkim marszem bez noszenia czegośkolwiek

Część A (wypełnia Pacjentka)

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

<input type="checkbox"/>	[0] Nie wykonywałam żadnych ćwiczeń z powodu przeciwwskazań lekarskich
<input type="checkbox"/>	[1] Nie wykonywałam żadnych ćwiczeń z innych niż lekarskie przyczyn
<input type="checkbox"/>	[2] Mniej niż trzy razy w tygodniu
<input type="checkbox"/>	[3] Tak, około trzy razy w tygodniu co najmniej po 30 minut
<input type="checkbox"/>	[4] Tak, trzy razy w tygodniu mniej niż po 30 minut
<input type="checkbox"/>	[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)

<input type="checkbox"/>	[0] Nie, nie ograniczyła mojej aktywności fizycznej [Proszę przejść do pytania 74]
<input type="checkbox"/>	[1] Tak, znacznie ograniczyła moją aktywność fizyczną
<input type="checkbox"/>	[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)

<input type="checkbox"/>	[0] Obawy o prawidłowy rozwój ciąży
<input type="checkbox"/>	[1] Nie wiedziałam, że można uprawiać sport w czasie ciąży
<input type="checkbox"/>	[2] Powody finansowe
<input type="checkbox"/>	[3] Brak akceptacji ze strony rodziny/rodowiska
<input type="checkbox"/>	[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)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[1] Ćwiczenia gimnastyczne, aerobik, step, itp.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[2] Pływanie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[3] Bieganie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[4] Jazda na rowerze, deskorolce, itp.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[5] Spacer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[7] Gry zespołowe (siatkówka, koszykówka, piłka ręczna)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[8] Taniec
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[9] Jazda konna

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

<input type="checkbox"/>	[0] W ogóle nie wypowiedział się na temat aktywności fizycznej w ciąży
<input type="checkbox"/>	[1] Zalecał ograniczenie aktywności fizycznej z powodu przeciwwskazań medycznych
<input type="checkbox"/>	[2] Zalecał ograniczenie aktywności fizycznej w ciąży
<input type="checkbox"/>	[3] Informował, że należy utrzymywać dotychczasową aktywność fizyczną z unikaniem czynności i uprawiania sportów fizycznych dla przebiegu ciąży
<input type="checkbox"/>	[4] Zalecał zwiększenie aktywności fizycznej

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

<input type="checkbox"/>	[0] Nie otrzymałam zwolnienia
<input type="checkbox"/>	[1] Tak, od 3 miesiąca ciąży lub wcześniej
<input type="checkbox"/>	[2] Tak, od 4-6 miesiąca ciąży
<input type="checkbox"/>	[3] Tak, od 7 miesiąca ciąży
<input type="checkbox"/>	[4] Tak, od 8 miesiąca ciąży
<input type="checkbox"/>	[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] Ustosownie na adres pocztowy
(proszę dokładnie wypełnić poniższe pola):

ulica / wieś, numer domu, numer mieszkania:

.....

kod pocztowy:

.....

miejsowość / 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 ciążę 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 wieśz niezaznaczony. Jeśli nie było w ogóle poronień proszę przejść do następnego pytania)

<input type="checkbox"/>	[1] Pierwsze poronienie
<input type="checkbox"/>	[2] Drugie poronienie
<input type="checkbox"/>	[3] Trzecie poronienie
<input type="checkbox"/>	[4] Czwarte poronienie
<input type="checkbox"/>	[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”
	Dojrzłość noworodka w skali Apgar 1 minutę po porodzie
	Dojrzłość noworodka w skali Apgar 3 minuty po porodzie
	Dojrzłość noworodka w skali Apgar 5 minut po porodzie
	Dojrzłość noworodka w skali Apgar 10 minut po porodzie
	Waga urodzeniowa noworodka g w g/mach
	Długość noworodka cm w centymetrach
	Obwód głowy cm

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 popowinowej
%	[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 10 do 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):

<input type="checkbox"/>	[1] Poród naturalny
<input type="checkbox"/>	[2] Cesarskie cięcie
<input type="checkbox"/>	[3] Poród zabiegowy (kleszczowy)
<input type="checkbox"/>	[4] Poród zabiegowy (vacuum)

82. Czy poród był indukowany/stymulowany? (można zaznaczyć wiele odpowiedzi)

<input type="checkbox"/>	Indukowany	
<input type="checkbox"/>	Stymulowany	
<input type="checkbox"/>		[1] Poród samoistny (jeśli zaznaczył/a Pan/i tę odpowiedź, proszę nie zaznaczać nic więcej i przejść do następnego pytania)
<input type="checkbox"/>		[2] Cewnik Foley'a
<input type="checkbox"/>		[3] Oksycytyna
<input type="checkbox"/>		[4] Prostaglandyny

83. Czy u noworodka występują jakieś wady wrodzone? (można zaznaczyć wiele odpowiedzi)

<input type="checkbox"/>	[0] Niestwierdzono wad wrodzonych (Jeśli zaznaczył/a Pan/i tę odpowiedź, proszę nie zaznaczać nic więcej i przejść do następnego pytania)
<input type="checkbox"/>	[1] Wady serca
<input type="checkbox"/>	[2] Zmiany skórne (znamiona/naczyniaki, itp.)
<input type="checkbox"/>	[3] Wady twarzoczaszki
<input type="checkbox"/>	[3] Wady kończyn i palców
<input type="checkbox"/>	[4] Zespoły wrodzonne (Down/Malfan, 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 nie wpisane)

%	[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 10 do 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)

<input type="checkbox"/>	[0] Nie występują objawy FAS – jeśli zaznaczył/a Pan/i tę odpowiedź, proszę nie zaznaczać nic więcej i przejść do następnego pytania
<input type="checkbox"/>	[1] Krótkie szpary powiekowe
<input type="checkbox"/>	[2] Opadające powieki
<input type="checkbox"/>	[3] Szeroko rozstawione oczy
<input type="checkbox"/>	[4] Żez
<input type="checkbox"/>	[5] Krótki, zadarty nos
<input type="checkbox"/>	[6] Szeroka nasada nosa
<input type="checkbox"/>	[7] Wygładzona skóra między nosem a górną wargą (brak „rynienki”)
<input type="checkbox"/>	[8] Cienka górna warga
<input type="checkbox"/>	[9] Płaska śródkowa część twarzy
<input type="checkbox"/>	[10] Mała, słabo rozwinięta żuchwa
<input type="checkbox"/>	[11] Duże lub zdeformowane uszy
<input type="checkbox"/>	[12] Niedorozwój płytki paznokci u rąk i nóg
<input type="checkbox"/>	[13] Krótka szyja
<input type="checkbox"/>	[14] Defekcja kości i stawów

86. Jaka jest płeć dziecka? (Ciąża mnoga proszę zaznaczyć poniżej tabeli)

<input type="checkbox"/>	[1] Dziewczynka
<input type="checkbox"/>	[2] Chłopiec
<input type="checkbox"/>	[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 (nastajaco od 1 dla każdego oddziału)

Miasto

Powiat

Nr oddziału

 **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 Sanitarnej – Epidemiologicznej w
a udział kobiet w badaniu jest dobrowolny.*

1



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 rozdyskrybuowanych 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

2

 **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%)



Warszawa, dnia2012-11-07

GŁÓWNY INSPEKTOR SANITARNY

GIS-PZ-PZ-441-113/MP/12

**Pan
Andrzej Wojtyła
Dyrektor Instytutu
Medycyny Wsi
im. Witolda Chodźki w Lublinie**

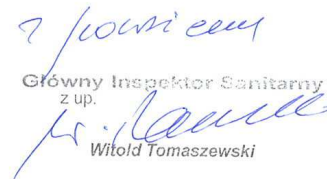
W załączeniu przekazuję informację zbiorczą z badania ankietowego pt. „**Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży**” przeprowadzonego w dniach 22-26 października br. przez pracowników Państwowej Inspekcji Sanitarnej, realizowanego w ramach Projektu „Profilaktyczny program w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu 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.



Główny Inspektor Sanitarny
z up.
Witold Tomaszewski



Warszawa, dnia 2012 - 10 - 03

GLÓWNY 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 Pospiekiewicz



Warszawa, dnia2012 -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 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 pozdrowieniami

p.o. Głównego Inspektora Sanitarnego

**Marek Posobkiewicz**