

CZEŚĆ I. DYSSERTACJE

REPRODUKTYWNE ZDROWIE KOBIEŃ Z DZIEĆMI PONIŻEJ PIERWSZEGO ROKU ŻYCIA

Człowiek i Zdrowie, nr 2 (VI), 2012

Eugenij Tishchenko², Siarhei Panko¹, Darja Kochetkova²,
Viktorja Todrik², Inna Sytko²

¹Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej

²Uniwersytet Medyczny w Grodnie

Streszczenie: W wyniku przeprowadzonych badań ankietowych uzyskano dane dotyczące zdrowia w populacji kobiet posiadających dzieci do 1 roku życia. Badania pozwoliły uzyskać szczegółowe informacje na temat zachowań prozdrowotnych badanych kobiet na podstawie danych z wywiadu położniczego i ginekologicznego. Zebrane informacje dotyczyły okresu ciąży, przebiegu porodu i ogólnej oceny systemu ochrony zdrowia w klinikach Grodna.

Uzyskane w trakcie badań dane porównano z drugą grupą kobiet posiadającą dwójkę lub trójkę dzieci.

W wyniku przeprowadzonych badań potwierdzono doniesienia innych autorów, że zdrowie matki oraz dziecka jest warunkowane czynnikami środowiskowymi zależnymi od otoczenia, tj. rodziny, a wiedza na temat czynników szkodliwych zagrażających zdrowiu jest istotnym elementem kształtującym zachowania prozdrowotne wszystkich członków rodziny. Zdrowie matek jest więc zależne od wielu różnorodnych czynników, a dobry jej stan zdrowia warunkuje jednocześnie zdrowie dziecka, nie tylko w okresie płodowym, ale także w pierwszych latach życia, szczególnie do ukończenia przez nie pierwszego roku życia.

Słowa kluczowe: ciąża, poród, pokarm, zdrowie, kultura zachowania

Wstęp

Na podstawie doniesień z piśmiennictwa stwierdza się, że polityka działań organizacyjnych ochrony zdrowia jest zależna od rzeczywistych potrzeb zdrowotnych środowiska na danym terenie, czy w danym kraju. Zdaniem badaczy, działania rządowe w kierunku ochrony zdrowia społeczeństwa w wymiarze jednostkowymi i zbiorowym powinny uwzględniać szeroko rozumiane zdrowie reproduktywne kobiet i związane z nim macierzyństwo i rodzicielstwo, ale także działania, które pomagają ludziom/jednostkom kreować właściwe środowiska dla zdrowia dzieci zapobiegające występowaniu inwalidztwa i niepełnosprawności. Ponadto, działania te powinny być ukierunkowane na zmniejszenie częstotliwości występowania i natężenia negatywnych mierzników zdrowia np. śmiertelności niemowląt, dzieci i matek, gdyż stanowią one doskonałe kryteria dla oceny efektywności socjalnej polityki (Vilchuk, 2012).

Na przestrzeni ostatnich lat obserwuje się wzrost różnorodnych problemów natury społecznej i medycznej. Zdaniem badaczy, sytuacja ta jest wynikiem przede wszystkim pogarszania się wskaźników publicznego i reproduktywnego zdrowia. Wśród nich, w piśmiennictwie zwraca się najczęściej uwagę na wzrost odsetka zachorowalności na choroby o charakterze przewlekłym, które z racji swojej istoty prowadzą do niewydolności nie tylko narządów, ale organizmu, jako całości. Badacze zwracają również uwagę, że istotnym problemem o charakterze nie tylko medycznym, ale też i społecznym jest wzrost odsetka dzieci, które „odstają” od swoich rówieśników w rozwoju fizycznym i psychicznym. Zdaniem wielu autorów, to właśnie problemy społeczne i medyczne, które obserwuje się wśród populacji wielu krajów, są wynikiem pogorszenia się statusu socjalnego poziomu życia, biedy i bezrobocia. Według niektórych doniesień, wśród kobiet o niskim poziomie społecznym, bez pracy i dochodów, częściej niż u innych grup, obserwuje się zwiększanie częstotliwości występowania przypadków patologicznej (niechcianej, powikłanej) ciąży i nieodpowiednich warunków pracy.

Na podstawie wielu dostępnych źródeł stwierdza się że dbanie o zdrowie reproduktywne rodziców (matek, ojców) jest ważnym elementem działań, jakie należy podjąć w ramach działań nie tylko profilaktycznych, ale też całkowicie korygujących nieprawidłową sytuację demograficzną i związany z nią niż demograficzny. Należy stwierdzić, że to właśnie kobieta, matka jest podstawą całej rodziny, dlatego wszelkie kłopoty zdrowotne, które dotyczą jej osoby bardzo szybko w sposób wysoce negatywny wpływają na całą rodzinę, a na przestrzeni lat nawet na całe społeczeństwo, gdyż macierzyństwo i rodzicielstwo ukierunkowane na zdrowe dziecko jest możliwe tylko w tych środowiskach/społeczeństwach, które są w stanie zapewnić dziecku odpowiednie warunki do rozwoju nie tylko zdrowotnego, ale też społecznego i kulturowego (Janberdina et al., 2007).

Z tych powodów należy zwrócić uwagę na doniosłość znaczenia zdrowia reproduktywnego, które jest zagrożone wpływem czynników działających szkodliwie na kobietę, nie tylko w ciąży, ale też przed okresem poczęcia dziecka. Z drugiej strony, zdrowa kobieta-matka, odpowiednio wyedukowana w kwestiach zdrowia będzie mogła zapewnić odpowiednie prozdrowotne warunki dla swojego dziecka już od pierwszych chwil życia.

Cel badania

Celem badań było określenie czynników warunkujących zdrowie kobiet, posiadających dzieci do pierwszego roku życia.

Materiały i metody

Narzędziem badawczym wykorzystanym na potrzeby badań był kwestionariusz ankiety. Ogółem w badaniach uczestniczyło 180 kobiet, z terenu miasta Grodno. Badania prowadzono w szpitalach na terenie miasta. Wyniki, które uzyskano w trakcie badań poddano analizie statystycznej. Na podstawie uzyskanych wyników stwierdzono, że średni wiek kobiet posiadających dzieci do 1 roku życia wynosił 26.6 ± 0.39 . Na potrzeby badań utworzono dwie grupy badanych kobiet zależnie od liczby dzieci w rodzinie. Do pierwszej grupy zaliczono kobiety posiadające tylko jedno dziecko. Ogółem było tu 111 kobiet. Do drugiej grupy należały kobiety, które posiadały dwójkę lub więcej dzieci. Do tej grupy należało już mniej osób, bo tylko 69 kobiet. Zaobserwowano, że średni wiek badanych z pierwszej grupy wynosił 25.18 ± 0.3 lat, a w drugiej grupie średni odsetek wieku był nieznacznie wyższy i wynosił 29.2 ± 0.2 lat.

Dane, jakie uzyskano podczas badań pochodziły z wywiadu położniczo i ginekologicznego, oraz wynikały z pytań zawartych w kwestionariuszu i dotyczyły: zachowań żywieniowych kobiet przed ciążą i w czasie jej trwania, informacji związanych z samym porodem, oraz postaw kobiet do własnego zdrowia. Wszystkie uzyskane w trakcie badań wyniki porównano w obu w/w grupach kobiet, tj. z jednym dzieckiem i z dwójką lub większą ilością dzieci.

Wyniki badań

Na podstawie przeprowadzonych badań i danych pochodzących z wywiadu położniczo-ginekologicznego wykazano, że więcej niż 1/2 badanych (60%) pierwszą miesiączkę miała pomiędzy 13-14 rokiem życia, a u co szóstej badanej kobiety pierwsza miesiączka wystąpiła wcześniej, tj. przed trzynastym rokiem życia. Z kolei u co czwartej, czas wystąpienia pierwszej miesiączki dotyczył wieku 14 lat. Na podstawie danych, które uzyskano podczas wywiadu stwierdzono, że wśród badanych z pierwszej grupy, tj. wśród kobiet z jednym dzieckiem średnia długość cyklu miesięczkowego wynosiła $25,1 \text{ dnia} \pm 1,6 \text{ dni}$, a dla drugiej grupy kobiet, z dwójką lub trójką dzieci średnia długość cyklu wynosiła $27,4 \pm 1,7 \text{ dni}$.

Na podstawie danych z wywiadu położniczo-ginekologicznego wykazano, że kobiety z jednym dzieckiem prawie czterokrotnie rzadziej poddawały się zabiegowi aborcji (5,4%). Czterokrotnie wyższy odsetek obserwowano wśród badanych kobiet z dwójką lub większą liczbą dzieci i wynosił on aż 20%. Zaobserwowano, że druga grupa kobiet wyodrębniona na potrzeby badań, częściej doświadczała epizodów poronienia, a odsetek tych stanów wynosił 10%. Dla porównania, odsetek występowania poronień w grupie pierwszej był ponad trzykrotnie mniejszy i wynosił (3,6%). Dane z wywiadu pozwoliły uzyskać też informacje na temat częstości występowania ciąży pozamacicznej w obu grupach. Zaobserwowano tylko jeden przypadek ciąży pozamacicznej u kobiety posiadającej dwójkę lub trójkę dzieci. Dane pochodzące z wywiadu pozwoliły również określić częstość najczęstszych chorób ginekologicznych wśród badanych i na podstawie tych informacji stwierdzono, że wśród dominowała tu nadżerka szyjki macicy, ale stan ten częściej obserwowano wśród kobiet w drugiej grupie, z dwójką lub trójką dzieci. Ogółem dotyczył on 1/4 badanych (25%). W grupie pierwszej, kobiet z jednym dzieckiem nadżerka szyjki macicy obserwowana była ogółem u 17% badanych kobiet. Na podstawie badań wykazano także inne choroby ginekologiczne, ale były to już pojedyncze zdiagnozowane przypadki. Do nich zaliczały się np.: zapalenie jajników, cysty/torbiele przydatków, mięśniaki macicy i przerost błony śluzowej macicy oraz inne stany chorobowe przydatków. Wykazano także, że stany zapalne przydatków prawie dwukrotnie częściej występowały u kobiet posiadających jedno dziecko (4 %) niż wśród kobiet z dwójką lub trójką dzieci (1,5%). Zaobserwowano również, że cysty/torbiele przydatków z jednakowym natężeniem występowały w obu grupach (po 3%). Przeprowadzone badania i uzyskane wyniki pozwoliły stwierdzić, że mięśniaki macicy i przerost błony śluzowej macicy prawie czterokrotnie częściej obserwowano u kobiet posiadających jedno dziecko (4%) niż wśród kobiet z dwójką lub trójką dzieci (0,9%). Wykazano także, że zaburzenia funkcjonowania jajników obserwowano tylko wśród kobiet z dwójką lub trójką dzieci (3%). Dane pochodzące z wywiadu pozwoliły także wykazać, że 3/4 badanych kobiet nie miało żadnych problemów ginekologicznych.

Wszystkie badane kobiety zapytano o to czy ich ciąża/e były planowane. Wykazano, że aż 87% kobiet z jednym dzieckiem odpowiedziało twierdząco na to pytanie, a tylko nieznacznie mniejszy był tu odsetek badanych kobiet (78%) posiadających dwoje lub troje dzieci. Ze względu na temat podjętych badań i określony cel wykazano, że przed zajściem w ciążę około 1/2 badanych kobiet z grupy pierwszej i drugiej było kierowane przez ginekologa na badania w kierunku chorób przenoszonych drogą płciową (wenerycznych). Zaobserwowano także, że kobiety dbały o swoje zdrowie będąc w ciąży, ponieważ znaczne grupy kobiet z obu grup zażywały kwas foliowy. Wykazano jednak, że nieznacznie wyższy był odsetek kobiet przyjmujących kwas foliowy wśród kobiet z grupy drugiej (94%) niż z pierwszej (91%).

W wyniku przeprowadzonych badań uzyskano dane dotyczące stosowania przez kobiety środków antykoncepcyjnych. Stwierdzono tu, że aż 1/2 badanych z grupy pierwszej nie stosowała antykoncepcji przed zajściem w ciążę. Pozostałe kobiety z tej grupy stosowały środki zapobiegające ciąży, jak np.: prezerwatywę, antykoncepcję hormonalną, wkładki wewnątrzmaciczne, dopochwowe tabletki i czopki. Wykazano, że w tej grupie kobiet, najpopularniejszym środkiem zapobiegającym ciąży była jednak prezerwatywa, którą stosowało więcej niż 1/4 badanych (36%). Pozostałe środki zapobiegające ciąży, jakie wymieniły kobiety były stosowane rzadziej, a odsetki procentowe wskazywały pojedyncze wartości, tj.: antykoncepcja hormonalna (7%), hormonalne preparaty, wewnątrzmaciczne środki antykoncepcyjne (2%), tabletki i czopki (1%).

Wykazano, że kobiety z dwójką lub trójką dzieci częściej stosowały środki mechaniczne zapobiegania ciąży niż chemiczne. Zbliżone były tu udziały odsetkowe badanych kobiet, które jako metody zapobiegania ciąży stosowały: prezerwatywę (15%) i antykoncepcję hormonalną (16%) oraz wewnątrzmaciczne środki antykoncepcyjne (13%). Stwierdzono jednak, że środki chemiczne zapobiegające ciąży stosował tylko niewielki odsetek badanych kobiet z dwójką lub trójką dzieci (1,5%).

Na podstawie danych uzyskanych z wywiadu z kobietami nie wykazano jednak różnic między grupami badanych kobiet w zakresie uzyskanych odpowiedzi na pytanie dotyczące odżywiania się i preferencji żywieniowych podczas ciąży. Stwierdzono jednak, że ponad 1/2 badanych (65%) w czasie ciąży spożywała owoce i warzywa. Nieznacznie mniej niż połowa kobiet z obu grup do swojej codziennej diety podczas ciąży wprowadzała mleko i przetwory mleczne (40%), a więcej niż 1/4 badanych będąc w ciąży spożywała mięso i produkty zawierające ziarna zbóż, (odpowiednio: 30% i 27%). Zaobserwowano także, że niewielki odsetek kobiet z obu grup w czasie ciąży spożywał ryby (18%).

W wyniku analizy uzyskanych danych wykazano, że co trzecia kobieta z pierwszej grupy i co czwarta z drugiej, uważała, że jej żywienie jest prawidłowe, chociaż aż 1/10 badanych podczas ciąży spożywała napoje alkoholowe, a 1/5 ogółu kobiet paliła papierosy przed ciążą. Wykazano, że co piąta ciężarna kobieta z pierwszej grupy przestawała palić w ciąży, a w drugiej grupie, z nałogu palenia rezygnowała co czwarta kobieta. Na podstawie wywiadu wykazano, że badane kobiety z pierwszej grupy przed ciążą, wypalały średnio 6,5 papierosów dziennie, a palące nadal podczas ciąży redukowały ilość wypalanych sztuk papierosów do 4,8 dziennie. Z kolei, w drugiej grupie kobiet z dwójką lub trójką dzieci, średnia liczba wypalanych papierosów przed ciążą nie różniła się od ilości papierosów wypalanych w czasie ciąży, (odpowiednio: 6,9 sztuk; 6,3 sztuk).

W wyniku przeprowadzonych badań wykazano, że ponad 1/2 badanych (61%) z pierwszej grupy i 71% z drugiej grupy, w czasie ciąży chorowała na ostrą wirusową infekcję dróg oddechowych, a u niewielkiego odsetka ogółu badanych (3,3%) obserwowano zaostrzenie przewlekłej choroby podczas ciąży.

Wszystkie badane kobiety zapytano także o aktywność fizyczną podczas ciąży. Uzyskane odpowiedzi pozwoliły wykazać, że większość kobiet z obu grup była aktywna fizycznie w czasie ciąży (odpowiednio 69% i 62%), a na taką formę wypoczynku w obu grupach zwróciła uwagę ponad połowa badanych. Badane kobiety, wśród form swojej aktywności fizycznej najczęściej wymieniały: spacer na świeżym powietrzu, wykonywanie domowych obowiązków i pływanie. Wykazano także, że spacer był formą aktywności bardziej typową dla kobiet z grupy drugiej, tj. z dwójką lub trójką dzieci, gdyż tę na tę formę ogółem wskazało aż 78% badanych. W grupie pierwszej, tj. kobiet z jednym dzieckiem spacer był też popularną formą aktywnego wypoczynku i preferowała go ponad połowa badanych kobiet (54%). Wykazano, że obowiązki domowe wykonywane przez kobiety w czasie ciąży częściej wskazywane były przez kobiety z drugiej grupy niż z pierwszej (odpowiednio 37% i 29%). Ostatnią formą aktywności fizycznej, której podejmowały się kobiety w czasie ciąży było pływanie, ale wykazane udziały odsetkowe badanych były bardzo zbliżone do siebie w obu grupach, tj. pierwszej i drugiej (odpowiednio 25% i 26%).

Na podstawie uzyskanych wyników badań stwierdzono, że jedna trzecia badanych kobiet z obu grup była narażona na występowanie ciężkiego stresu emocjonalnego podczas ciąży. Dane z wywiadu ginekologicznego pozwoliły także wykazać, że większość kobiet rejestrowała się w poradniach ginekologiczno-położniczych po 8 tygodniach od zajścia w ciążę, i w czasie tych wizyt diagnozowano u nich komplikacje ciąży. Stany te rozpoznawano u kobiet z obu grup na podobnym poziomie odsetkowym, który dla grupy pierwszej wynosił 18%, a dla grupy drugiej 16%. W zakresie występujących u kobiet komplikacji ciąży, zaobserwowano, że były one różne pod względem częstości występowania dla każdej z grup. W grupie pierwszej najczęstszą komplikacją ciąży

było zagrażające poronienie, które ogółem dotyczyło prawie ½ badanych (45%). Stwierdzono także, że u kobiet z pierwszej grupy rozpoznawano inne komplikacje związane z ciążą, jak: toksykozę (20%), gestozę (15%), skurcze przedwczesne macicy (5%), ryzyko przedwczesnego porodu (5%), patologie pępowiny (5%). Na podstawie wyników badań zaobserwowano ciekawe zjawisko, gdyż także w drugiej grupie najczęstszą komplikacją ciąży było również zagrażające poronienie, którego odsetek występowania był tu tylko o 1% wyższy niż wśród kobiet z grupy pierwszej (46%). Na drugim miejscu, jako komplikacje ciąży kobiety z tej grupy wymieniały: toksykozę (18%), przedwczesne odklejanie się łożyska (18%), i małowodzie (18%).

Na podstawie danych z wywiadu położniczo-ginekologicznego ustalono, że większość badanych rodziła w sposób naturalny. Nieznacznie większy odsetek porodu naturalnego dotyczył badanych kobiet z grupy pierwszej (80%) niż drugiej (74%). Warto zaznaczyć, że pomimo tego, że znaczny odsetek kobiet rodził w sposób naturalny to, tylko połowa ciężarnych kobiet będąc w ciąży uczęszczała do szkoły rodzenia w poradni położniczej. Wykazano, że liczba zajęć, w których uczestniczyły kobiety wahała się od 1 do 8, ale średnio dotyczyła ona uczestnictwa kobiet w trzech zajęciach. Kobiety, zostały też w trakcie badań poproszone o dokonanie oceny tych zajęć w skali od 1-10. Zaobserwowano, że średnia ocena wystawiona przez kobiety zajęciom z szkole rodzenia wynosiła pięć. Kobiety zapytano także o ich oczekiwania względem tych zajęć, a na podstawie uzyskanych odpowiedzi stwierdzono, że badane osoby oczekiwały zwiększenia czasu trwania tych zajęć i ich liczby oraz zakresu materiału, który prezentowano podczas spotkań w szkole rodzenia. Kobiety wyraziły potrzebę oglądania materiałów wideo dotyczących porodu i opieki nad noworodkiem, a także zwróciły uwagę na potrzebę/konieczność uczestniczenia w zajęciach również ojców/partnerów/mężów.

Dyskusja

W wyniku przeprowadzonych badań analizie poddano dwie grupy kobiet, (z jednym dzieckiem do pierwszego roku życia i kobiet z dwójką lub trójką dzieci). W obu grupach porównano uzyskane wyniki badań uzyskane w toku wywiadu położniczo- ginekologicznego, tj. preferencje żywieniowe i zachowania prozdrowotne kobiet podczas ciąży, warunki pracy i postawy badanych kobiet do własnego zdrowia.

Na podstawie uzyskanych danych wykazano, że aborcja wciąż jest metodą kontroli urodzeń wśród ogółu badanych, ale w drugiej grupie badanych odsetek wykonywanych zabiegów aborcji był pięciokrotnie wyższy niż w pierwszej.

Wykazano, że wśród najczęstszych chorób ginekologicznych obserwowanych u badanych dominowała nadżerka szyjki macicy, która jednak częściej dotyczyła kobiet z drugiej grupy i była większa 2,5 razy niż w pierwszej. Uzyskane wyniki badań pozwoliły także stwierdzić, że cięcie cesarskie jest nadal zabiegiem popularnym wśród badanych mieszkank Grodna, ponieważ aż co trzecia kobieta z drugiej grupy i piąta z pierwszej urodziła dziecko właśnie w ten sposób.

Wykazano, że większość kobiet z obu grup planowały swoje ciążę, ale tylko połowa z nich poddawana była specjalistycznym badaniom w okresie przed ciążą. Pomimo tego niepokojącego faktu, wszystkie badane kobiety z obu grup były badane w kierunku rozpoznania chorób przenoszonych drogą płciową. Na uwagę zasługuje fakt, że aż 2/3 badanych podczas ciąży przechodziła ostrą wirusową infekcję dróg oddechowych. Zdaniem badaczy infekcje dróg oddechowych, które rozpoznaje się u kobiet nie ciężarnych, nie są poważne i nie wywołują w zasadzie żadnych skutków zdrowotnych, ale u kobiet w ciąży takie zachorowania mogą powodować przedwczesny poród, poronienie, a nawet wady rozwojowe płodu (Mosby, 2011).

Uzyskane wyniki badań pozwoliły ustalić, że kobiety z drugiej grupy, częściej niż z pierwszej stosowały hormonalne i wewnątrzmaciczne środki antykoncepcyjne, a rzadziej wybierały inne metody zapobiegania ciąży. Na podstawie piśmiennictwa należy stwierdzić, że istnieją doniesienia wskazujące na to, że stosowanie hormonalnej antykoncepcji przed zająciem w ciążę i palenie papierosów jest jednym z czynników sprzyjających transformacjom komórek, w tym też zwiększonej podatności na infekcje wirusem HPV (Hwang, 2009). Wykazano, że aż jedna trzecia kobiet uważała, że ich dieta zawierająca owoce i warzywa jest dla nich prawidłowa i właściwa w ciąży. Fakt ten potwierdzają doniesienia z literatury według, których należy uznać, że spożywanie dostatecznych ilości warzyw i owoców przez kobiety w ciąży, zmniejsza ryzyko wystąpienia chorób przewlekłych (Wilkinson, 2012). Jackson i współautorzy zwracają szczególną uwagę na to, że dla zdrowia kobiet w ciąży istotne są także odpowiednie zachowania żywieniowe, które są konieczne dla utrzymania optymalnego przyrostu masy ciała ciężarnych (GWG) (Jackson, 2011). Na doniosłe znaczenie wpływu diety kobiet w ciąży i jej związku z podwyższonym stężeniem glukozy w surowicy krwi u ciężarnych zwraca uwagę Rifas-Shiman i współautorzy, którzy wskazują na wyraźną zależność między żywieniem, cukrzycą ciężarnych (GDM) i zwiększonym ryzykiem wystąpienia stanu przedrzucawkowego (Rifas-Shiman, 2009). Zdaniem niektórych autorów, proste zachowania prozdrowotne, jak zwiększenie ilości owoców w diecie wraz z odpowiednią podażą płynów przynoszą pozytywne skutki zdrowotne (Sternfed, 1995).

Należy zwrócić uwagę, że dobrym wskaźnikiem zdrowotnym wśród badanych było to, że ponad 90% kobiet z obu grup zażywało kwas foliowy zalecany im przez lekarzy ginekologów. Zdaniem badaczy, kwas foliowy i inne witaminy z grupy B (B6 i B12) odgrywają istotną rolę w metabolizmie homocysteiny, a tym samym odgrywają rolę w redukowaniu i zapobieganiu powikłaniom położniczym i ginekologicznym, jak wady cewy nerwowej, defekty rozwojowe płodu, poronienia nawykowe (spontaniczne), wewnątrzmaciczne opóźnienia rozwoju płodu i obumarcie płodu (Wilson, 2007).

Zaobserwowano, że na ogół większość badanych kobiet w czasie ciąży nie spożywała alkoholu, ale nadal paliła papierosy, gdyż tylko co piąta kobieta w grupie pierwszej i co czwarta, przestawała palić podczas ciąży. Zdaniem Rash, spożywanie 5 lub więcej dawek alkoholu na tydzień i 375mg lub więcej kawy dziennie w czasie ciąży może powodować zwiększenie ryzyka występowania spontanicznych poronień (Rash, 2003). Andersen zwraca uwagę, że płód jest wrażliwy na działanie alkoholu szczególnie we wczesnej ciąży, gdyż nawet niewielkie jego dawki mogą prowadzić do spontanicznego poronienia, a niska dawka alkoholu od 1,66 do 2,41 zażywana podczas ciąży, między 13-16 tygodniem powoduje wyraźne ryzyko poronień, ale takiego ryzyka nie stwierdza się już w ciąży powyżej 16 tygodnia (Andersen, 2012). Zaobserwowano także, że pomimo tego, że badane paliły papierosy będąc w ciąży, to liczba wypalanych przez nie papierosów zmniejszyła się, i w pierwszej grupie - liczba wypalanych papierosów w ciąży wynosiła 4,8 i była ona mniejsza o 1,7 papierosa niż przed ciążą. W drugiej grupie badanych kobiet nie obserwowano już takich znaczących zmian. Na podstawie doniesień z piśmiennictwa stwierdza się, że palenie papierosów w czasie ciąży jest jednym z czynników zwiększających odsetek powikłań, jak, np. niska masa urodzeniowa, przedwczesny poród i poważne komplikacje zdrowotne dla matki i dziecka. Ponadto, zwiększająca się liczba ciężarnych kobiet w wielu krajach, nie tylko w rozwijających się, wykazuje wyraźny związek z ubóstwem społecznym, niskim wykształceniem, brakiem wsparcia społecznego i chorobami zależnymi od psychiki (Lumley, 2004).

Na podstawie przeprowadzonych wyników badań można uznać, że poziom ogólnej wiedzy zdrowotnej badanych kobiet był na dość wysokim poziomie, ponieważ większość z nich zarejestrowała się w poradni położniczej przed końcem 12 tygodnia ciąży, uczęszczała na zajęcia w szkole rodzenia, kontaktowała się z lekarzem neonatologiem w ciągu pierwszego miesiąca życia dziecka.

Należy stwierdzić, że zachowania zdrowotne kobiet w ciąży w zasadniczy sposób warunkują zdrowie nie tylko matki, ale też jej dziecka, z zdaniem badaczy palenie papierosów (Lumley, 2004), zdrowe odżywianie się (Oteng-Ntim, et al 2012), odpowiedni poziom aktywności fizycznej (Pivarnik, 2006), i optymalny poziom masy ciała ciężarnych (GWG) (Scotland, 2005), są odpowiedzialne za częste występowanie cięć cesarskich, porodów przedwczesnych i niskiej masy urodzeniowej noworodka (Callaway, 2006), oraz korelują ze zwiększonym przyrostem masy ciała w ciąży (Streuling, 2010) oraz chorobami przewlekłymi w dorosłym życiu (Mamun, 2006). Uważa się, że prozdrowotne zachowania w czasie ciąży warunkują nie tylko jej prawidłowy przebieg, zmniejszają ryzyko wystąpienia cukrzycy ciężarnych (Dempsey, 2004), stanu przedrzucawkowego, psychicznych objawów ciąży (dolegliwości bólowe, nudności) (Sternfeld, 1995) oraz całościowo poprawiają zdrowie psychiczne (Morris, 2005).

Przeprowadzona analiza wyników badań i uzyskane dane pozwalają stwierdzić, że pełne i prawidłowe decydowanie na temat własnego zdrowia, ale też zdrowia dziecka, praktycznie już od poczęcia nie jest możliwe tylko na poziomie leczenia. Dlatego też wymaga się tu współpracy interdyscyplinarnej i opracowania specjalnych programów, które zapewnią lepszą i bardziej dokładną diagnostykę perinatalną (Bogdan, 2010). Należy dodać, że cel ten można osiągnąć poprzez modernizację szpitali położniczych na szeroką skalę, która nie tylko powinna polegać na działaniach remontowych obiektów, ale także powinna ona wiązać się z wyposażaniem tych ośrodków w nowoczesny sprzęt odpowiadający standardom medycyny i stałe doskonalenie personelu medycznego (średniego i wyższego). Ponadto, celem zapewnienia poprawy zdrowia kobiet w ciąży i ich dzieci zaleca się wprowadzenie nowoczesnych metod diagnostyki i leczenia w położnictwie, neonatologii (diagnozowanie płodu, przedporodowa diagnostyka dziedzicznych i wrodzonych chorób) (Burke, 2011).

Na zakończenie należy dodać, że warto podjąć działania aby ustalić specjalny system edukowania ludności/kobiet w zakresie reproduktywnego zdrowia (Wilkinson, 2010, 2012). W tym celu pożądane jest prowadzenie edukacji na ten temat już w szkołach, gdyż od najwcześniejszych lat musimy być odpowiedzialni za zdrowie nie tylko własne, ale też innych (Wilson, 1997).

Wnioski

W wyniku przeprowadzonych badań z całą pewnością należy stwierdzić, że zdrowie matki/kobiety jest istotnym warunkiem dla prawidłowego rozwoju dziecka, ale należy pamiętać, że podstaw zdrowia uczymy się w rodzinie, która jest pierwszym środowiskiem nauczania i wychowania, a tym samym środowiskiem niezmierznie istotnym dla rozwoju każdego człowieka.

Literatura:

1. Andersen AM, Andersen PK, Olsen J, Grønbaek M, Strandberg-Larsen K. (2012), *Moderate alcohol intake during pregnancy and risk of fetal death*. Int.J Epidemiol.;41(2):405-13.
2. Bogdan E.L. (2010), *Operative information of the Public health service for mothers and children within the first half-year 2010*. Reproductive health in Belarus. 4, 14-16.
3. Burke L, Wang J, Sevvick M (2011), *Self-monitoring in weight loss: A systematic review of the literature*. J Am Diet Assoc, 111:92-102.
4. Callaway LK, Prins JB, Chang AM, McIntyre HD (2006), *The prevalence and impact of overweight and obesity in an Australian obstetric population*. Medical Journal of Australia, 184(2):56-59.
5. Dempsey JC, Sorensen TK, Williams MA, Lee I-M, Miller RS, Dashow EE, Luthy DA (2004), *Prospective study of gestational diabetes mellitus risk in relation to maternal recreational physical activity before and during pregnancy*. Am J Epidemiol, 159:663-670.
6. Janberdina E.M., Sultanaeva Z.M., Sharafutdinova N.H. (2007), *Regional aspects of medical-social problems of the motherhood and the childhood care. Problems of social hygiene, public health services and history of medicine*. 2, 18-20.
7. Jackson R, Stotland N, Caughey A, Gerbert B. (2011), *Improving diet and exercise in pregnancy with Video Doctor counseling: A randomized trial*. Patient Educ Couns 83:203-209.
8. Hwang LY, Ma Y, Benningfield SM, Clayton L, Hanson EN, Jay J, Jonte J (2009), *Factors that influence the rate of epithelial maturation in the cervix in healthy young women*. J Adolesc Health. 44(2):103-110.
9. Lumley J, Oliver SS, Chamberlain C, Oakley L. (2004), *Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy*. Cochrane Database Syst Rev, Issue 4(4):1-70.
10. Mamun AA, Lawlor D, Alati R, O'Callaghan MO, Williams GM, Najman JM (2006), *Does maternal smoking during pregnancy have a direct effect on future offspring obesity? Evidence from a prospective birth cohort study*. Am J Epidemiol, 164(4): 317-325.
11. Morris SN, Johnson NR (2005), *Exercise during pregnancy. A critical appraisal of the literature*. J Reprod Med, 50:181-188.
12. Mosby LG, Rasmussen SA, Jamieson DJ (2011), *Pandemic influenza A (H1N1) in pregnancy: a systematic review of the literature*. Am J Obstet Gynecol. 205(1):10-18.
13. Oteng-Ntim E, Varma R, Croker H, Poston L, Doyle P (2012), *Lifestyle interventions for overweight and obese pregnant women to improve pregnancy outcome: systematic review and meta-analysis*. BMC Med, 10:47.
14. Pivarnik JM, Chambliss HO, Clapp JF, Dugan SA, Hatch MC, Lovelady CA, Mottola MF, Williams MA (2006), *Impact of physical activity during pregnancy and postpartum on chronic disease risk. Round table consensus statement*. Medicine and Science in Sports and Exercise, 38(5):989-1006.
15. Rasch V (2003), *Cigarette, alcohol, and caffeine consumption: risk factors for spontaneous abortion*. Acta Obstet Gynecol Scand. 82(2):182-188.
16. Rifas-Shiman S, Rich-Edwards J, Kleinman K, Oken E, Gillman M (2009), *Dietary quality during pregnancy varies by maternal characteristics in Project Viva: A US cohort*. J Am Diet Assoc, 109:1004-1011.
17. Sternfeld B, Queensbury CP, Eskenazi B, Newman LA. (1995), *Exercise during pregnancy and pregnancy outcome*. Medicine and Science in Sports and Exercise, 27(5):634-640.
18. Stotland NE, Haas JS, Brawarsky P, Jackson RA, Fuentes-Afflick E, Escobar GJ (2005), *Body mass index, provider advice, and target gestational weight gain*. Obstet Gynecol, 105(3):633-638.
19. Streuling I, Beyerlein A, von Kries R (2010), *Can gestational weight gain be modified by increasing physical activity and diet counselling? A meta-analysis of intervention trials*. Am J Clin Nutr, 92:678-687.
20. Vilchuk KU (2010), *Achievements of the Public health service for mothers and children in Belarus. Reproductive health in Belarus*. 2, 26-29
21. Wilkinson S., McIntyre D (2012), *Evaluation of the 'healthy start to pregnancy' early antenatal health promotion workshop: a randomized controlled trial*. BMC Pregnancy and Childbirth, 12:131
22. Wilkinson S, Tolcher D (2010), *Nutrition and maternal health: What women want and can we provide it?* Nutr Diet, 67(1):18-25.
23. Wilson RD, Johnson JA, Wyatt P, Allen V, Gagnon A, Langlois S, Blight C, Audibert F, Désilets V, Brock JA, Koren G, Goh YI, Nguyen P, Kapur B (2007), *Pre-conceptional vitamin/folic acid supplementation 2007: the use of folic acid in combination with a multivitamin supplement for the prevention of neural tube defects and other congenital anomalies*. J Obstet Gynaecol Can. 29(12):1003-26.
24. Wilson S (1997), *Individual versus group education: Is one better?* Patient Education and Counselling, 32:S67-S75.

SECTION ONE: DISSERTATIONS

REPRODUCTIVE HEALTH OF WOMEN WITH CHILDREN BELOW ONE YEAR OLD

Human and Health, Issue 2 (VI), 2012

**Eugenij Tishchenko², Siarhei Panko¹, Darja Kochetkova²,
Viktorja Todrik², Inna Sytko²**

¹Pope John II State School of Higher Education in Biała Podlaska

²Medical University in Grodno

Summary: As a result of the conducted poll research the data concerning health within the population of women having less than 1 year old children was obtained. The research allowed for the obtaining of specific information regarding the pro-health behaviors of the researched women on the basis of the data received from the reproductive and gynecological history. The gathered information concern the period of pregnancy, the delivery time and the general assessment of the system of health protection in the Grodno hospitals. The data obtained during the research was compared to the second group of women, having two or more children.

The conducted research confirmed the findings of other authors that the health of mother and child depends on environmental conditions dependent on the environment they are in, that is the family, while the knowledge of the conditions which harm health is another element which shapes the pro-health behaviors of all members of the family. Mothers' health is therefore dependent on many different factors, and their good condition of health has an impact on the health of the baby, not only in the fetal period, but also in the first years of their life, especially until they are 1 years old.

Key words: pregnancy, birth, food, health, culture of behavior

Introduction

On the basis of the findings of the literature on the subject it is noted that the policy of actions organized by health protection units is dependent on the real health needs of the environment in a certain region, or in a certain country. According to the researchers government actions targeted at health protection in the society both at the individual and mass level should consider the widely understood reproductive health of women and motherhood and parenthood related to it, as well as actions which help people/individuals in creating appropriate environment for the health of their children, preventing the appearance of disability and handicap. Moreover, these activities ought to be targeted at decreasing frequency of appearance and the intensity of negative factors of health, such as death rate of newborns, children and mothers, as they form ideal criteria for the assessment of the efficiency of social policy (Vilchuk, 2012).

Throughout the recent years an increase of the various problems of social and medical nature has been observed. According to the researchers the situation is a result of for the most part the worsening of the public factors and the reproductive health. One of them, identified by the subject literature most often, is the increase of the percentage of the morbidity rate for diseases of chronic nature, which due to their nature, lead to the failure of not only organs, but also the entire organism. The researchers also point out to the key problem of not only medical nature, but also of social one, which is the increase of percentage of children who "stand out" from their peers in terms of physical and psychical development. According to many authors such medical and social problems which can be observed in the populations of many countries, are the result of the worsening social status of the level of life, poverty and unemployment. According to certain research, in the group of women of low social status, without work and source of income, more often than others, the increase of frequency of pathological (unwanted, complex) pregnancy is observed, as well as an increase of inappropriate work conditions.

On the basis of many available sources it is noted that care for reproductive health of the parents (mothers and fathers) is an important element of actions which should be taken in the framework of not only preventive activities, but also totally correcting the inappropriate demographic situation and demographic depression related to it. It must be stated that it is in fact a woman, the mother, who forms the basis of the family, therefore all health issues, which she may have will very quickly and in a very negative way influence the entire family, and looking at the past, also the entire society, as motherhood and parenthood targeted at healthy child is possible only in the societies/environments which are capable of providing the child appropriate conditions for not only health but also social and cultural development (Janberdina et al., 2007).

For these reasons the attention must be drawn to the importance and meaning of reproductive health, which is threatened by the influence of factors which act negatively for the woman, not only when she's pregnant, but also before she gives birth to her first child. On the other hand a healthy woman-mother, properly educated in terms of health, will be able to provide proper pro-health conditions to her child even in the first moments of his or her life.

Purpose of the research

The purpose of this research shall be to define the factors which determine the health of women who have children below one year old.

Materials and methods

The research tool used for the purpose of this research was a poll questionnaire. The total number of participants was 180 women from the area of the city of Grodno. The research was conducted in the hospital on the territory of the city. The outcome which was obtained throughout the research was further statistically analyzed. On the basis of the obtained results it was noted that the average age of women having children below 1 year old was 26.6 ± 0.39 . For the purpose of the research two groups of the researched women were created, depending on the number of children in the family. The first group consisted of women who had only one child. The total of this group was 111 women. The second group consisted of women who had two or more children. This group consisted of 69 women. It was observed, that the average age of the research from the first group was 25.18 ± 0.3 old, while in the second group, the average percentage of age was slightly higher and equated to 29.2 ± 0.2 old.

The data obtained during the research came from the reproductive and gynecological history and were the outcome of the questions contained in the questionnaire on: food behaviors of women before pregnancy and during it, the information related to the childbirth itself and attitudes of women towards their own health. All results obtained during the research were compared to the above mentioned groups of women, that is those with one child and those with two or more children.

Research results

On the basis of the conducted research and obtained data from the reproductive and gynecological history it was proved, that more than half of the researched (60%) had their first period between 13-14 years old, and every 6th researched woman had her first period earlier than that, that is before 13 years old. Subsequently, every 4th woman had her first period around the age of 14. On the basis of the data, which was obtained during the research it was noted that within the first group of the researched, that is women with only one child, the average length of the menstrual cycle was $25,1 \text{ days} \pm 1,6 \text{ day}$, and for the second group of women with two or three children the average length of the menstrual cycle was $27,4 \pm 1,7 \text{ days}$.

On the basis of the data obtained from the reproductive and gynecological history it was shown that women with one child had performed abortion almost four times less frequently (5,4%). The percentage was four times higher among the researched women with two or more children and was at the level of 20%. It was observed, that the second group of women distinguished for the purposes of the research more often experienced the miscarriage, and the percentage of this condition equated to 10%. For comparison, the percentage of miscarriage in the first group was over three times lower and equated to 3,6%. The data obtained helped to gain the information regarding the frequency of the ectopic pregnancy in both groups. Only one case of ectopic pregnancy was noted in the group of women who had two or three children. The data from the research allowed for the determining also of the frequency of most common gynecologic diseases among the researched and on the basis of this information it was noted, that Uterine (cervical) erosion was dominant, but this condition was observed more often among the women in the second group with two or three children. The total concerned 1/4th of the researched women (25%). Within the first group of women with one child the Uterine (cervical) erosion was observed in the total of 17% of the researched women. On the basis of the research it was proved that also other diseases of gynecological nature appeared, however these were single diagnosed cases. They included for instance: oophoritis, cysts, adenitis, uterine fibroids, uterus mucosa hypertrophy as well as other medical conditions of appendages. It was demonstrated that inflammatory conditions of the appendages appeared almost twice as often in case of women having one child (4%) than in case of women with two or three children (1,5%). It was also observed that cysts of appendages appeared with identical intensity for both groups (3% each). The conducted research and the obtained results allowed for the statement, that uterine fibroids and uterus mucosa hypertrophy were observed almost four times more frequently in case of women having one child (4%) than among women with two or three children (0,9%). It was observed that disorders of ovary functions appeared in case of women with two or three children only (3%). The data collated from the research also indicated, that 3/4 of the researched women had no gynecological problems.

All the researched women were asked whether their pregnancy/ies was/were planned. It was shown that as much as 87% of women with one child replied affirmatively to this question, while only slightly smaller percentage of women (78%) having two or three children replied affirmatively to this question. Due to the nature of the researched subject and its specific goal it was indicated that before becoming pregnant half of the researched women from both first and second group were directed by their gynecologist to perform medical tests towards sexually transmitted

diseases (venereal) . It was also observed that women looked after their health while being pregnant, due to the fact that a lot of them from both groups took folic acid. It was observed that there was a significantly higher percentage of women taking the folic acid within the second group (94%) than within the first one (91%).

On the basis of the research, the data concerning the usage of contraceptives among the women it was ascertained that half of the women from the first group did not use contraception before the pregnancy. The rest of the women forming this group used birth control methods such as condoms, hormonal contraception, intrauterine device, suppositories, and spermicides. It was proved that in this group, the predominant contraceptive method was the use of condoms, which was used by more than $\frac{1}{4}$ of the women (36%). The rest of enumerated methods were less frequent, and their percentages were low- those were hormonal contraception (7%), hormonal preparations, intrauterine contraceptives (2%), and suppositories (1%).

It was proved, that women with two or three children used barrier contraception methods more often than spermicides. Similar percentages of women used condoms (15%), hormonal contraception (16%), and intrauterine devices (13%) as birth control methods. It was observed, that spermicides were used by a small percentage of women with two or three children (1.5%).

Based on the data obtained from the interviews with the women, it was not ascertained that there were differences between the groups within the scope of answers regarding diet and food preferences during the pregnancy. However, it was ascertained that over half of the women (65%) consumed fruits and vegetables during pregnancy. Slightly less than the half of women from both groups introduced milk and dairy products (40%) into their everyday diet and more than $\frac{1}{4}$ th of them consumed meat and products containing grains (30% and 27% respectively). It was also observed, that a small percentage of women from both groups consumed fish during pregnancy (18%).

As a result from the analysis of the obtained data, it was proved that every third women from the first group and every fourth from the second group considered that her diet is good, though $\frac{1}{10}$ th of the women consumed alcoholic beverages during pregnancy and $\frac{1}{5}$ th of all of them smoked cigarettes before pregnancy. It was proved that every fifth pregnant woman from the first group stopped smoking during pregnancy, and in the second group every fourth woman gave up smoking. On the basis of the interviews, it was proved that the women from the first group smoked 6.5 cigarettes per day on average before pregnancy and those still smoking during pregnancy reduce this number to 4.8 per day. However, in the second group of women with two or three children the average number of cigarettes smoked before pregnancy was not different from the number of cigarettes smoked during pregnancy (6.9 and 6.3 respectively).

On the basis of the research, it was proved that during pregnancy over $\frac{1}{2}$ nd of the women (61%) from the first group and 71% from the second, suffered from severe viral respiratory tract infections and in small percentage of all women (3.3%) an intensification of chronic condition was observed.

All of the women were also asked about physical activity during pregnancy. The obtained answers indicated that most of the women from both groups were physically active during the pregnancy (69% and 62% respectively) and more than a half of them paid attention to this kind of leisure. The women most frequently enumerated outdoor walks, household duties, and swimming as their forms of physical activity. It was also proved that walking was more typical form of activity for the women from the second group (with two or three children) because 78% of them said so. In the first group (women with one child), walking was indicated as also popular way of active leisure and it was preferable by more than a half of them (54%). It was proved that the women from the second group (37%) performed household duties more frequently. than those from the first (29%) The last form of physical activity that was taken up by pregnant women was swimming, but the percentages from both groups were similar (first – 25%, second – 26%).

Based on the obtained results, it was ascertained that one third of the women from both groups was subject to severe emotional stress during pregnancy. The data from the gynecological interview helped to prove that most women registered in obstetrics and gynecology clinics after 8 weeks from conceiving, and during these visits complications of pregnancy were diagnosed. These complications were diagnosed in a similar percentage of pregnancies of the women from both groups, which is for the first group – 18% and for the second group – 16%. Within the scope of the complications, it was observed that they were different when concerning the frequency within each group. The most frequent complication in the first group was probable miscarriage that concerned almost $\frac{1}{2}$ of all women (45%). It was ascertained that the women from the first group had other pregnancy complications such as toxicosis (20%), gestosis (15%), and premature uterus contractions (5%), risk of premature labour (5%), and umbilical cord pathologies (5%).

On the basis of the research results an interesting phenomena was observed, as also within the second group the most frequent complication of pregnancy was a missed miscarriage, the percentage of which was here at the level of only 1% higher than among women from the first group (46%). The second place in terms of the complications of pregnancy was taken by toxicosis (18%), placental abruption (18%), oligohydramnios (18%).

On the basis of the data provided by the reproductive and gynecological history it was stated, that the majority of the researched women gave birth in a natural way. Slightly higher percentage of those having natural childbirth

concerned the researched women from the first group (80%) than the second one (74%). It is worth noting that despite the fact that a large percentage of women gave birth in a natural way only half of the pregnant women while being pregnant participated in the school of birth in their maternity clinic. It was discovered that the number of classes in which the women participated varied between 1 and 8, but at average, it concerned the participation of women in 3 classes. The women were also asked during the research to assess these classes in the scale from 1 to 10. It was observed that the average assessment given by women for the school of birth classes was 5. The women were also asked about their expectations towards the classes, and on the basis of their answers it was noted that the researched persons expected an increase in the length of these classes and their number as well as the scope of material, which was presented during the meetings in the school of birth. The women expressed the need to watch the video materials concerning the delivery and of taking care of an infant, as well as brought the attention to the necessity/need for the participation of the fathers/partners/husbands within the classes.

Discussion

As a result of the conducted research two groups of women were analyzed (women having one child below one year old and those having two or three children). In both groups the obtained results of the reproductive and gynecological history and of the research were compared, that is the eating habits and pro-health behaviors during pregnancy, work conditions and attitudes of the researched women towards their own health.

On the basis of the obtained data it was noted that abortion was still the birth control method among the researched, however, within the second group of the researched women the percentage of the performed abortion procedures was five times higher than in the first group.

It was discovered that among the most frequent gynecological diseases which appeared among the researched women Uterine (cervical) erosion was noted, which in fact concerned more frequently women from the second group and was 2,5 times higher than the first group. The obtained results of the research allowed for the statement, that the Cesarean section is still a popular procedure among the researched inhabitants of Grodno, due to the fact that every third woman from the second group and every fifth one from the first group gave birth to her child this way.

It was discovered that the majority of women from both groups planned their pregnancies, but only half of them underwent specialist tests in the period before pregnancy. Despite this worrying fact, all researched women from both groups were tested towards sexually transmitted diseases. It is worth noting, that as many as 2/3ds of the women during their pregnancy had an acute virus infection of the upper respiratory tract. According to the researchers the infections of the respiratory tract which are diagnosed in case of non-pregnant women are not serious and do not cause any health effects, however, in case of pregnant women such illnesses may cause a premature birth, miscarriage, and even malformations (Mossby, 2011).

The obtained research results enabled a conclusion that women from the second group more frequently than those from the first group used hormonal and intrauterine contraception means, and less frequently chose other methods of pregnancy prevention. On the basis of the subject literature it must be noted that there are reports indicating that the application of hormonal contraception before becoming pregnant and smoking cigarettes is one of the factors facilitating the cell transformations, including also the increased susceptibility to HPV virus infections (Hwang, 2009). It was discovered that one third of the women thought their diet including fruits and vegetables is appropriate and right during pregnancy. This fact is confirmed by the findings of the subject literature, which point out that eating the sufficient amount of fruits and vegetables by pregnant women decreases the risk of chronic diseases (Wilkinson, 2012). Jackson and co-authors pay special attention to the fact that appropriate eating habits which are necessary in order to maintain the increase in their body mass (GWG) are also critical Rifas-Shiman and co-authors also point out to the key importance of the diet of the pregnant woman and its relation with the increased concentration of glucose in the blood serum of the pregnant women. They also indicate a significant dependence between eating, gestational diabetes (GDM) and the increased risk of the appearance of pre-eclampsia (Rifas-Shiman, 2009). According to some authors easy pro-health behaviors, such as an increased intake of fruits in the diet together with an appropriate amount of fluids will bring positive health results (Sternfed, 1995).

It must be pointed out that an appropriate health factor among the researched was the fact that over 90% of the women from both groups took folic acid recommended by other doctors-gynecologists. According to the researchers the folic acid and other vitamins from group B (B6 and B12) play an important role in the metabolism of the homocysteine, and at the same time they play the part in reducing and preventing gynecological and obstetric complications, such as defects of neural tube, development defects of the foetus, habitual miscarriages (spontaneous), intrauterine delay in foetus development and embryonic death (Wilson, 2007).

It was discovered, that in general the majority of the researched women during pregnancy did not consume alcohol, but continued to smoke, as only every 5th woman in the first group and every fourth woman in the second group quit smoking during pregnancy. According to Rash consuming 5 or more doses of alcohol per week and 375 mg of coffee or more daily during pregnancy may cause an increased risk of the appearance of spontaneous miscarriages (Rash,

2003). Andersen points out, that the fetus is sensitive to the impact of alcohol, especially in the early pregnancy, as even small doses of it may cause spontaneous miscarriage, and a low dose of alcohol between 1,66 to 2,41 taken during pregnancy, between 13-16 weeks creates a serious risk of a miscarriage, but such risk is not observed post the 16th week of pregnancy (Andersen, 2012). It was discovered that despite the fact that pregnant women smoked cigarettes during pregnancy, the number of smoked cigarettes during pregnancy equated to 4,8 and was lower than 1,7 cigarette before the pregnancy. In the second group of the researched women such significant changes were not observed any more. On the basis of the findings of the literature it was noted, that smoking cigarettes during pregnancy is one of the factors increasing the percentage of complications such as low birth mass of the baby, pre-mature birth, and serious health complications for the mother and the baby. Moreover, the increasing number of pregnant women in many countries, not just the developing ones, showed a significant relation between poverty, low education, lack of social support and psychic related diseases (Lumley, 2004).

On the basis of the conducted research results it may be stated, that the level of general health knowledge of the researched women was at relatively high level, due to the fact that the majority of them registered into the obstetric clinic before the end of the 12th week of pregnancy, attended the school of birth classes, contacted the neonatologist during the first month of baby's life.

It must be pointed out, that health behaviors of pregnant women in a significant way impact health not only of the mothers, but also of the babies. According to the researchers smoking cigarettes (Lumley, 2004), healthy eating habits, (Oteng-Ntim, et al 2012), appropriate level of physical activity (Pivarnik, 2006), and optimal level of body mass of the pregnant women (GWG) (Scotland, 2005), are responsible for frequent C sections, pre-mature births and low body mass of the infant (Callaway, 2006), while at the same time correlating with the increased body mass during pregnancy (Streuling, 2010), and chronic diseases in the adult life (Mamun, 2006). It is said, that pro-health behaviors during pregnancy impact not only its appropriate course, but they also decrease the risk of gestational diabetes (Dempsey, 2004), pre-eclampsia, psychological signs of pregnancy (pain, nausea) (Sternfeld, 1995) and holistically improve psychological health (Morris, 2005).

The conducted analysis of research results and the obtained data allowed for stating, that full and appropriate decision making with regards to our own health and the health of the baby, is practically not possible only at the medication level even at the very beginning of pregnancy. Therefore, an interdisciplinary cooperation is required and elaboration of special programs, which will ensure a better and more precise prenatal diagnostics (Bogdan, 2010). It must be added that this goal can be reached by the modernization of hospitals and of obstetric clinics at a wide scale, which should not only take the form of reconstructing the buildings, but also should be related to improving the equipment of these facilities by getting modern equipment, compliant with all standards of medicine and constant development of medical personnel (medium and senior). Moreover, with the purpose of bettering health of pregnant women and their babies it is recommended that latest methods of diagnostics and medical treatment in the area of obstetrics and neonatology (fetus diagnostics, pre-birth diagnostics of in-born and hereditary diseases) (Burke, 2011).

Finally, it must be added that undertaking actions in order to establish special educating programs for people/women in the scope of reproductive health is of significant value (Wilkinson, 2010, 2012). For this reason it is necessary to introduce education in this regard in schools, as we should from the earliest years be responsible for our own health as well as the health of others (Wilson, 1997).

Conclusions

As a result of the conducted research it must be stated with full certainty, that health of the mother/woman is a key factor for the appropriate child development, while we should remember that the basic knowledge regarding health is learnt by us within the family, which is the initial environment of teaching and bringing up, and thus an environment extremely critical for the development of every human being.

References:

1. Andersen AM, Andersen PK, Olsen J, Grønbaek M, Strandberg-Larsen K. (2012), *Moderate alcohol intake during pregnancy and risk of fetal death*. Int.J Epidemiol.;41(2):405-13.
2. Bogdan E.L. (2010), *Operative information of the Public health service for mothers and children within the first half-year 2010*. Reproductive health in Belarus. 4, 14-16.
3. Burke L, Wang J, Sevvick M (2011), *Self-monitoring in weight loss: A systematic review of the literature*. J Am Diet Assoc, 111:92-102.
4. Callaway LK, Prins JB, Chang AM, McIntyre HD (2006), *The prevalence and impact of overweight and obesity in an Australian obstetric population*. Medical Journal of Australia, 184(2):56-59.
5. Dempsey JC, Sorensen TK, Williams MA, Lee I-M, Miller RS, Dashow EE, Luthy DA (2004), *Prospective study of gestational diabetes mellitus risk in relation to maternal recreational physical activity before and during pregnancy*. Am J Epidemiol, 159:663-670.

6. Janberdina E.M., Sultanaeva Z.M., Sharafutdinova N.H. (2007), *Regional aspects of medical-social problems of the motherhood and the childhood care. Problems of social hygiene, public health services and history of medicine.* 2, 18-20.
7. Jackson R, Stotland N, Caughey A, Gerbert B. (2011), *Improving diet and exercise in pregnancy with Video Doctor counseling: A randomized trial.* Patient Educ Couns 83:203-209.
8. Hwang LY, Ma Y, Benningfield SM, Clayton L, Hanson EN, Jay J, Jonte J (2009), *Factors that influence the rate of epithelial maturation in the cervix in healthy young women.* J Adolesc Health. 44(2):103-110.
9. Lumley J, Oliver SS, Chamberlain C, Oakley L. (2004), *Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy.* Cochrane Database Syst Rev, Issue 4(4):1-70.
10. Mamun AA, Lawlor D, Alati R, O'Callaghan MO, Williams GM, Najman JM (2006), *Does maternal smoking during pregnancy have a direct effect on future offspring obesity? Evidence from a prospective birth cohort study.* Am J Epidemiol, 164(4): 317-325.
11. Morris SN, Johnson NR (2005), *Exercise during pregnancy. A critical appraisal of the literature.* J Reprod Med, 50:181-188.
12. Mosby LG, Rasmussen SA, Jamieson DJ (2011), *Pandemic influenza A (H1N1) in pregnancy: a systematic review of the literature.* Am J Obstet Gynecol. 205(1):10-18.
13. Oteng-Ntim E, Varma R, Croker H, Poston L, Doyle P (2012), *Lifestyle interventions for overweight and obese pregnant women to improve pregnancy outcome: systematic review and meta-analysis.* BMC Med, 10:47.
14. Pivarnik JM, Chambliss HO, Clapp JF, Dugan SA, Hatch MC, Lovelady CA, Mottola MF, Williams MA (2006), *Impact of physical activity during pregnancy and postpartum on chronic disease risk. Round table consensus statement.* Medicine and Science in Sports and Exercise, 38(5):989-1006.
15. Rasch V (2003), *Cigarette, alcohol, and caffeine consumption: risk factors for spontaneous abortion.* Acta Obstet Gynecol Scand. 82(2):182-188.
16. Rifas-Shiman S, Rich-Edwards J, Kleinman K, Oken E, Gillman M (2009), *Dietary quality during pregnancy varies by maternal characteristics in Project Viva: A US cohort.* J Am Diet Assoc, 109:1004-1011.
17. Sternfeld B, Queensbury CP, Eskenazi B, Newman LA. (1995), *Exercise during pregnancy and pregnancy outcome.* Medicine and Science in Sports and Exercise, 27(5):634-640.
18. Stotland NE, Haas JS, Brawarsky P, Jackson RA, Fuentes-Afflick E, Escobar GJ (2005), *Body mass index, provider advice, and target gestational weight gain.* Obstet Gynecol, 105(3):633-638.
19. Streuling I, Beyerlein A, von Kries R (2010), *Can gestational weight gain be modified by increasing physical activity and diet counselling? A meta-analysis of intervention trials.* Am J Clin Nutr, 92:678-687.
20. Vilchuk KU (2010), *Achievements of the Public health service for mothers and children in Belarus. Reproductive health in Belarus.* 2, 26-29
21. Wilkinson S., McIntyre D (2012), *Evaluation of the 'healthy start to pregnancy' early antenatal health promotion workshop: a randomized controlled trial.* BMC Pregnancy and Childbirth, 12:131
22. Wilkinson S, Tolcher D (2010), *Nutrition and maternal health: What women want and can we provide it?* Nutr Diet, 67(1):18-25.
23. Wilson RD, Johnson JA, Wyatt P, Allen V, Gagnon A, Langlois S, Blight C, Audibert F, Désilets V, Brock JA, Koren G, Goh YI, Nguyen P, Kapur B (2007), *Pre-conceptional vitamin/folic acid supplementation 2007: the use of folic acid in combination with a multivitamin supplement for the prevention of neural tube defects and other congenital anomalies.* J Obstet Gynaecol Can. 29(12):1003-26.
24. Wilson S (1997), *Individual versus group education: Is one better?* Patient Education and Counselling, 32:S67-S75.