

WYBRANE ZACHOWANIA ZDROWOTNE Kobiet CIĘŻARNYCH Z PODKARPACIA

CHOSEN HEALTH BEHAVIORS IN PREGNANT WOMEN FROM PODKARPACIE

Anna Pieniążek¹, Dominika Gałda², Joanna Błajda¹, Małgorzata Kołpa², Edyta Barnaś^{1,2}

¹Institut Położnictwa i Ratownictwa Medycznego, Wydział Medyczny, Uniwersytet Rzeszowski

²Institut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnowie

DOI: <https://doi.org/10.20883/ppnoz.2017.6>

STRESZCZENIE

Wstęp. Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży mają wpływ nie tylko na ich zdrowie, ale także na zdrowie dziecka, tym samym rodziny oraz szeroko rozumianego społeczeństwa. Elementarne czynniki, tj. właściwe nawyki zdrowotne, stosowanie profilaktyki, odpowiednie odżywianie, pozytywne nastawienie psychiczne, kształtują ogół zachowań zdrowotnych jednostki.

Cel. Ocena wybranych zachowań zdrowotnych kobiet ciężarnych oraz oszacowanie zależności pomiędzy czynnikami socjodemograficznymi a tymi zachowaniami.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono wśród 200 kobiet ciężarnych z terenu województwa podkarpackiego. Metodą zastosowaną w pracy był sondaż diagnostyczny, narzędziem – standaryzowany kwestionariusz oceny zachowań zdrowotnych – Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ). Analizy statystycznej zebranego materiału dokonano, używając programu SPSS, przy założeniu współczynnika prawdopodobieństwa $p < 0,05$.

Wyniki. Wykształcenie ciężarnych nie ma wpływu na palenie czynne ($p = 0,66$) i bierne tytoniu ($p = 0,11$), a także na spożywanie przez nie alkoholu ($p = 0,11$). Większość badanych zrezygnowała ze spożycia alkoholu w momencie otrzymania informacji o zaistniałej ciąży. Analiza IZZ wykazała, że starsze wiekiem ciężarne częściej cechują się prawidłowymi nawykami żywieniowymi ($p = 0,01$), również mężatki zdecydowanie częściej przejawiają właściwe nawyki żywieniowe ($p = 0,009$). Lepiej wykształcone ciężarne mają wyższy poziom praktyk zawodowych ($p = 0,05$). Starsze ciężarne z wyższym wykształceniem charakteryzują się lepszym nastawieniem psychicznym według IZZ.

Wnioski. Mimo deklarowanego wysokiego poziomu wiedzy badanych odnośnie ryzyka stosowania używek w ciąży nadal istnieje grupa kobiet, która je stosuje. Stanowi to podstawę do potęgowania działań o charakterze promocyjnym i profilaktycznym. Ponadto w zakresie właściwych praktyk zdrowotnych szczególną grupą kobiet, które powinny być objęte edukacją zdrowotną, są kobiety z niższym wykształceniem, niezamężne i młodsze wiekiem.

Słowa kluczowe: zachowania zdrowotne, ciąża, używki.

ABSTRACT

Introduction. Health behavior in pregnant women have an influence not only their health but also baby's health, and that way on the family and the society in general. Elementary factors the proper health habits, prophylaxis, adequate nutrition, positive mental attitude form the general health behavior of an individual.

Aim. Evaluation of selected health behavior of pregnant women and to estimate the relationship between socio-demographic factors and those behaviors.

Material and methods. 200 pregnant women from the area of the Podkarpackie Province were enrolled in the study. The method used in the paper was a diagnostic survey and the tool was a standardized questionnaire to assess health behaviors-Health Behavior Inventory (IZZ). Collected material was analysed statistically with the SPSS program, adopting the level of probability at $p < 0.05$.

Results. The level of education of pregnant women had no effect on the active smoking ($p = 0.66$) and passive smoking ($p = 0.11$), as well as their intake of alcohol ($p = 0.11$). Most of the respondents resigned from the consumption of alcohol at the time of they found out about their pregnancy. IZZ analysis revealed that older pregnant women were more often characterized with healthy eating habits ($p = 0.01$), also married women were far more likely to have proper eating habits ($p = 0.009$). Better educated pregnant women had a higher level of health practices ($p = 0.05$). Older pregnant women with higher level of education had better mental attitude by IZZ.

Conclusions. Although the subjects declared a high level of knowledge about the risk of the use of drugs in pregnancy, there is still a group of women who apply them. This provides a basis for reinforcing promotion and prevention actions. Moreover, a special group of women who should be covered by health education in terms of proper health practices are women with lower education, single and of younger age.

Keywords: health behavior, pregnancy, drugs.

Wprowadzenie

Poznanie zachowań zdrowotnych kobiet w ciąży jest istotnym elementem pozwalającym określić postępowanie prozdrowotne i antyzdrowotne ciężarnych. Dzięki temu

możliwa jest modyfikacja już istniejących programów zdrowotnych, wdrożenie nowych, a także udoskonalenie w tym zakresie promocji i edukacji zdrowotnej. Najlepszym przykładem tego typu działań jest Narodowy Program

Zdrowia, w którym w latach 2007–2015 wyodrębniono cel: poprawę opieki nad matką i dzieckiem m.in. poprzez zapewnienie prawidłowego przebiegu ciąży oraz identyfikację czynników ryzyka. W praktyce powinno się to przełożyć na kształtowanie postaw prozdrowotnych przyszłych matek, bo jak zauważają autorzy, styl życia polskich kobiet ciężarnych nie odpowiada wymogom zdrowotnym [1]. Również w projekcie aktualnego Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 dodano punkt szósty dotyczący zdrowia reprodukcyjnego; szczególnie nacisk jest położony na edukację zdrowotną i działalność informacyjną odnośnie czynników mających wpływ na zdrowie prokreacyjne oraz kształtowanie właściwych postaw prozdrowotnych [2, 3]. Osiągnięcie tych celów jest możliwe przy odpowiednim poziomie świadomości społeczeństwa. Pomimo często deklarowanej wiedzy na temat negatywnego wpływu używek na ciążę część kobiet nadal nie rezygnuje z nich podczas ciąży.

Cel pracy

Cele pracy to ocena wybranych zachowań zdrowotnych kobiet w ciąży oraz oszacowanie zależności pomiędzy czynnikami socjodemograficznymi a tymi zachowaniami.

Materiał i metody

Badania zostały przeprowadzone w grupie 200 losowo dobranych kobiet ciężarnych, zamieszkujących teren województwa podkarpackiego. Kryterium włączenia były: miejsce zamieszkania oraz wiek ciążowy powyżej 10. tygodnia.

Metodą zastosowaną w pracy był sondaż diagnostyczny, natomiast narzędziem – standaryzowany kwestionariusz – Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ), na użycie którego uzyskano zgodę z Pracowni Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. IZZ jest narzędziem składającym się z 24 stwierdzeń. Cztery kategorie zachowań zdrowotnych, tj. prawidłowe nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne, praktyki zdrowotne oraz nastawienie psychiczne, ustala się na podstawie częstotliwości poszczególnych zachowań wskazanych przez badanych [4].

Analiza statystyczna zebranego materiału została przeprowadzona za pomocą programu SPSS, przy założeniu, że $p < 0,05$.

Najliczniejszą grupę badanych ciężarnych stanowiły kobiety w przedziale wiekowym 26–30 lat. Wykształcenie wyższe zadeklarowało 110 ankietowanych ciężarnych, w większości były to mieszkanki miast. Połowa badanych była w pierwszej ciąży, z czego największa grupa w II trymestrze ciąży. Większość ankietowanych zadeklarowała,

że nigdy nie poroniła ciąży. Większość ankietowanych planowała ciążę, kobiety te stanowiły 79% badanych. Wśród badanych wieloródek (28,5%) pierwszy poród odbył się siłami natury (PSN). Cesarskie cięcie (CC) miały wykonane 22 badane osoby. Dane prezentuje **tabela 1**.

Wyniki

Nie wykazano związku między paleniem tytoniu przez kobiety ciężarne a ich wykształceniem ($p = 0,66$). Najwięcej kobiet, które nigdy nie paliły papierosów, posiadało wyższe wykształcenie. Niewielka liczba ankietowanych pali jednak tytoń w czasie ciąży – ogółem jest to 15 osób. Na długo przed zajściem w ciążę rzuciło palenie 38 kobiet, natomiast wśród kobiet, które rzuciły palenie, gdy tylko dowiedziały się o ciąży, było 47 osób.

Ponadto wykazano, iż nie ma zależności pomiędzy częstotliwością przebywania ciężarnych w towarzystwie osób palących a wykształceniem ciężarnych ($p = 0,11$). Najwięcej kobiet z wykształceniem wyższym i średnim/zawodowym nigdy nie przebywa w towarzystwie palących; są to odpowiednio 52 i 24 ankietowane. Także czas trwania ciąży nie wpływa na częstość przebywania kobiet ciężarnych w towarzystwie osób palących ($p = 0,30$).

W kontekście spożywania alkoholu przez ciężarne nie wykazano związku między spożyciem a wykształceniem ($p = 0,50$). Ogółem 136 kobiet zrezygnowało ze spożywania alkoholu, gdy dowiedziały się one, że są w ciąży. Niepokojącym jest fakt, że największa liczba kobiet, które zrezygnowały z alkoholu podczas ciąży, była już w II trymestrze czasu jej trwania ($p = 0,13$).

Nie wykazano istotnej zależności między spożywaniem kawy w ciąży a wykształceniem ciężarnych ($p = 0,98$). Ogólna liczba kobiet, które całkowicie zrezygnowały z picia kawy, będąc w ciąży, wynosi 70 osób; większość z nich posiadała wykształcenie wyższe.

Również nie wykazano istotnego związku między stosowaniem środków psychoaktywnych przez ciężarne a ich wykształceniem ($p = 0,07$). Ogółem 16 kobiet potwierdziło stosowanie środków psychoaktywnych w przeszłości; 9 z nich posiadało wykształcenie wyższe i niepełne wyższe. Dane pokazuje **tabela 2**.

Z przeprowadzonej analizy IZZ wynika, że starsze wiekiem kobiety ciężarne częściej osiągają wyższe wyniki prawidłowych nawyków żywieniowych ($p = 0,01$). Wykazano także, że kobiety zamężne charakteryzują się zdecydowanie lepszymi nawykami żywieniowymi ($p = 0,009$).

Nie wykazano natomiast istotnego związku między prawidłowymi nawykami żywieniowymi a wykształceniem ($p = 0,49$). Kobiety osiągają wysokie i średnie wyniki prawidłowych nawyków żywieniowych niezależnie

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy

Zmienne		N	%	
Wiek	17–20	5	2,5	
	21–25	70	35	
	26–30	76	38	
	31–35	39	19,5	
	> 35	10	5	
Stan cywilny	panna	5	2,5	
	związek nieformalny	44	22	
	zamężna	151	75,5	
Miejsce zamieszkania	miasto	133	66,5	
	wieś	67	33,5	
Wykształcenie	podstawowe	3	1,5	
	średnie/zawodowe	54	27	
	wyższe niepełne	33	16,5	
	wyższe	110	55	
Obecna ciąża	pierwsza	108	54	
	druga	60	30	
	trzecia	26	13	
	czwarta	5	2,5	
	piąta	1	0,5	
Trymestr ciąży	I	49	24,5	
	II	82	41	
	III	69	34,5	
Planowanie ciąży	tak	158	79	
	nie	42	21	
Sposób ukończenia ciąży	pierwszej	PSN	57	28,5
		CC	22	11
		nie dotyczy	121	60,5
	drugiej	PSN	19	9,5
		CC	10	5
		nie dotyczy	171	85,5
	trzeciej	PSN	2	1
		CC	1	0,5
		nie dotyczy	197	98,5
	czwartej	PSN	0	0
		CC	1	0,5
		nie dotyczy	199	99,5

od wykształcenia. Posiadanie prawidłowych nawyków żywieniowych nie jest także zależne od miejsca zamieszkania ($p = 0,92$). Nie zaobserwowano także zależności pomiędzy prawidłowymi nawykami żywieniowymi a planowaniem ciąży ($p = 0,07$). Zarówno kobiety planujące, jak i te, które nie planowały potomstwa, osiągają niemalże takie same wyniki w kategorii prawidłowych nawyków żywieniowych.

Nie stwierdzono istotnego związku pomiędzy praktykami zdrowotnymi a: wiekiem badanych ($p = 0,58$), stanem cywilnym badanych kobiet ($p = 0,06$), miejscem zamieszkania ($p = 0,90$) oraz planowaniem ciąży ($p = 0,77$). Istnieje słaba zależność ($p = 0,05$) między praktyka-

mi zdrowotnymi a wykształceniem badanych. Im bardziej wykształcone są kobiety, tym wyższy wynik.

W zakresie zachowań profilaktycznych nie wykazano związku pomiędzy wiekiem badanych ($p = 0,12$), stanem cywilnym ($p = 0,13$), wykształceniem ($p = 0,26$) i planowaniem ciąży ($p = 0,34$).

Wykazano natomiast zależność pomiędzy wiekiem i wykształceniem a nastawieniem psychicznym badanych. Starsze ciężarne ($p = 0,02$) z wyższym wykształceniem ($p = 0,01$) deklarują lepsze nastawienie psychiczne. Stan cywilny, miejsce zamieszkania i fakt planowania ciąży przez ankietowane nie mają istotnego wpływu na ten parametr. Dane prezentuje **tabela 3**.

Tabela 2. Stosowanie używek w czasie ciąży w zależności od wykształcenia i czasu trwania ciąży (trymestru)

Zmienne		Wykształcenie						Trymestr ciąży					
		podstawowe	średnie/ zawodowe	wyższe niepełne	wyższe	ogółem	Analiza statysty- czna	I	II	III	ogółem	Analiza statystycz- na	
Palenie tytoniu	Nigdy	N %	1 33,3	29 53,7	15 45,5	55 50	100 50	25 51	41 50	34 49,3	100 50	p=0,42	
	Paliliam kiedyś i palę nadal	N %	0 0	6 11,1	3 9,1	6 5,5	15 7,5	3 6,1	7 8,5	5 7,2	15 7,5		
	Paliliam kiedyś, zaprzestałam przed zajściem w ciążę	N %	2 66,7	7 13,0	5 15,2	24 21,8	38 19	5 10,2	20 24,4	13 18,8	38 19		
	Paliliam, ale przestałam gdy zaszłam w ciążę	N %	0 0	12 22,2	10 30,3	25 22,7	47 23,5	16 32,7	14 17,1	17 24,6	47 23,5		
	Ogółem	N %	3 100	54 100	33 100	110 100	200 100	49 100	82 100	69 100	200 100		
	Nigdy	N %	0 0	25 46,3	12 36,4	52 47,3	89 44,5	20 40,9	31 37,8	38 55,1	89 44,5		p=0,30
	Codziennie	N %	0 0	12 22,2	9 27,3	16 14,5	37 18,5	10 20,4	18 22	9 13	37 18,5		
	Kilka razy w miesiącu	N %	3 100	10 18,5	6 18,2	30 27,3	49 24,5	11 22,4	22 26,8	16 23,2	49 24,5		
	Kilka razy w tygodniu	N %	0 0	7 13	6 18,2	12 10,9	25 12,5	8 16,3	11 13,4	6 8,7	25 12,5		
	Ogółem	N %	3 100	54 100	33 100	110 100	200 100	49 100	82 100	69 100	200 100		
Spożywanie alkoholu	Nigdy	N %	0 0	8 14,8	5 15,2	17 15,5	30 15	13 26,5	8 9,8	9 13	30 15	p=0,50	
	Piliam na długo przed zajściem w ciążę, teraz nie piję w ogóle	N %	0 0	12 22,2	2 6,1	19 17,3	33 16,5	8 16,3	12 14,6	13 18,8	33 16,5		
	Piliam przed zajściem w ciążę i piję nadal	N %	0 0	1 1,9	0 0	0 0	1 5	0 0	0 0	1 1,4	1 5		
	Piliam przed zajściem w ciążę, teraz nie piję w ogóle	N %	3 100	33 61,1	26 78,8	74 67,3	136 68	28 57,1	62 75,6	46 66,7	136 68		
	Ogółem	N %	3 100	54 100	33 100	110 100	200 100	49 100	82 100	69 100	200 100		

Spożywanie kawy	Nigdy	N	1	9	4	19	33	11	15	7	33	p=0,46
		%	33,3	16,7	12,1	17,3	16,5	22,4	18,3	10,1	16,5	
	Pilam na długo przed zajściem w ciążę, teraz tylko w małych ilościach	N	1	16	10	36	63	17	22	24	63	
		%	33,3	29,6	30,3	32,7	31,5	34,7	26,8	34,8	31,5	
	Pilam przed zajściem w ciążę i piję w trakcie ciąży	N	0	12	6	16	34	5	14	15	34	
		%	0	22,2	18,2	14,5	17,0	10,2	17,1	21,7	17	
Stosowanie środków psychoaktywnych	Pilam przed zajściem w ciążę, ale teraz nie piję w ogóle	N	1	17	13	39	70	16	31	23	70	p=0,98
		%	33,3	31,5	39,4	35,5	35	32,7	37,8	33,3	35	
	Ogółem	N	3	54	33	110	200	49	82	69	200	
		%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
	Nigdy nie stosowałam takich środków	N	3	47	28	106	184	46	71	67	184	
		%	100	87	84,8	96,4	92	93,9	86,6	97,1	92	
Stosowanie środków psychoaktywnych	Tak, stosowałam takie środki w przeszłości	N	0	7	5	4	16	3	11	2	16	p=0,05
		%	0	13	15,2	3,6	8	6,1	13,4	2,9	8	
	Ogółem	N	3	54	33	110	200	49	82	69	200	
		%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	

Tabela 3. Wybrane parametry IZZ a cechy socjodemograficzne

Zależności		Wiek					Stan cywilny			Wykształcenie				Miejsce zamieszkania			Planowana cięża							
		17-20 lat	21-25 lat	26-30 lat	31-35 lat	>35 lat	ogółem	panna	zwiazek nieformalny	mgzarka	ogółem	podstawowe	średnie/ zawodowe	niefine wysze	wysze	ogółem	miasto	wies	ogółem	tak	nie	ogółem		
Prawidłowe nawyki żywieniowe	wyniki	niskie (5-15 pkt.)	N	0	12	1	1	0	14	2	5	7	14	0	9	1	4	14	10	4	14	6	8	14
		%	0	17,1	1,3	2,6	0	7	40	11,4	4,6	7	16,7	3	3,6	7	7,5	6	7	14,3	5,1	7	7	
	średnie (16-22 pkt.)	N	3	33	36	15	7	94	2	24	68	94	94	2	21	15	56	94	62	32	94	21	73	94
	%	60	47,1	47,4	38,5	70	47	40	54,5	45	54,5	47	47	66,7	38,9	45,5	50,9	47	46,6	47,8	47	50	46,2	47
	wysokie (23-30pkt.)	N	2	25	39	23	3	92	1	15	76	92	92	1	24	17	50	92	61	31	92	15	77	92
%	40	35,7	51,3	59	30	46	20	34,1	50,3	46	46	46	33,3	44,4	51,5	45,5	46	45,9	46,3	46	35,7	48,7	46	
ogółem	N	5	70	76	39	10	200	5	44	151	200	200	3	54	33	110	200	133	67	200	42	158	200	
%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
		<p>$p=0,01$ Tau-c Kendall=0,15 $p=0,009$ V Kramera=0,18 $p=0,49$ $p=0,92$ $p=0,07$</p>																						
Praktyki zdrowotne	wyniki	niskie (5-15 pkt.)	N	0	3	0	0	0	3	0	2	1	3	0	3	0	0	3	2	1	3	1	2	3
		%	0	4,3	0	0	0	1,5	0	4,5	7	1,5	0	5,6	0	5,6	0	1,5	1,5	1,5	1,5	2,4	1,3	1,5
	średnie (16-22 pkt.)	N	2	23	22	13	4	64	1	20	43	64	64	3	19	10	32	64	44	20	64	12	52	64
	%	40	32,9	28,9	33,3	40,0	32	20	45,5	28,5	32	32	32	100	35,2	30,3	29	32	33,1	29,9	32	28,6	32,9	32
	wysokie (23-30pkt.)	N	3	44	54	26	6	133	4	22	107	133	133	0	32	23	78	133	87	46	133	29	104	133
%	60	62,9	71,1	66,7	60	66,5	80	70,9	66	50	70,9	66	0	59,3	69,7	70,9	66,5	65,4	68,7	66,5	69	65,8	66,5	
ogółem	N	5	70	76	39	10	200	5	44	151	200	200	3	54	33	110	200	133	67	200	42	158	200	
%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
		<p>$p=0,58$ $p=0,06$ $p=0,05$ Tau-c Kendall=0,11 $p=0,90$ $p=0,77$</p>																						

Zachowania profilaktyczne	wyniki	niskie (5-15 pkt.)		N	0	2	0	0	0	0	2	2	0	0	0	2	2	0	2	1	1	1	1	2																															
		%		%	0	2,9	0	0	0	0	0	1,3	1,0	0	3,7	0	1,0	1,5	0	1	2,4	6	1	1	2																														
		średnie (16-22 pkt.)		N	2	27	30	9	4	72	2	23	47	72	1	22	11	38	72	49	23	72	12	60	72																														
		%		%	40	38,6	39,5	23,1	40	36	33,3	40,7	33,3	34,5	36	36,8	34,3	36	36,8	34,3	36	28,6	38	38	36																														
		wysokie (23-30pkt.)		N	3	41	46	30	6	126	3	21	102	126	2	30	22	72	126	82	44	126	29	97	126																														
		%		%	60	58,6	60,5	76,9	60	63	66,7	55,6	66,7	65,5	63	61,7	65,7	63	61,7	65,7	63	69	61,4	63	63																														
		ogółem		N	5	70	76	39	10	200	5	44	151	200	3	54	33	110	200	133	67	200	42	158	200																														
		%		%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100																													
				p =0,12																p =0,26						p =0,53						p =0,34																							
Pozytywne nastawienie psychiczne	wyniki	niskie (5-15 pkt.)		N	1	5	1	0	0	0	7	0	3	4	7	0	5	1	1	7	6	1	7	3	4	7																													
		%		%	20	7,1	1,3	0	0	0	3,5	0	6,8	2,6	3,5	0	9,3	3	9	3,5	4,5	1,5	3,5	7,1	2,5	3,5																													
		średnie (16-22 pkt.)		N	2	31	25	15	3	76	1	23	52	76	2	24	12	38	76	54	22	76	16	60	76																														
		%		%	40	44,3	32,9	38,5	30	38	66,6%	44,4	36,4	34,5	38	40,6	32,8	38,0	38,1	38	40,6	32,8	38,0	38,1	38	38																													
		wysokie (23-30pkt.)		N	2	34	50	24	7	117	4	18	95	117	1	25	20	71	117	73	44	117	23	94	117																														
		%		%	40	48,6	65,8	61,5	70	58,5	33,3	46,3	60,6	64,5	58,5	54,9	65,7	58,5	54,8	59,5	58,5	65,7	58,5	54,8	59,5	58,5																													
		ogółem		N	5	70	76	39	10	200	5	44	151	200	3	54	33	110	200	133	67	200	42	158	200																														
		%		%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100																													
				p =0,02																Tau-c Kendalla=0,14						p =0,08						p =0,01						Tau-c Kendalla=0,14						p =0,11						p =0,47					

Dyskusja

Palenie papierosów w sposób zarówno czynny, jak i bierny jest szkodliwe dla kobiety ciężarnej oraz dla płodu. Skutkuje niską masą urodzeniową noworodka, większą podatnością na choroby wieku niemowlęcego i wczesnodziecięcego. Dodatkowo u palących kobiet w ciąży częściej występują: łożysko przodujące, poronienie, przedwczesne pęknięcie błon płodowych [5]. Pomimo udowodnionego negatywnego wpływu palenia papierosów, a także przebywania w zadympionym środowisku na organizm kobiety i jej nie-narodzonego dziecka palenie tytoniu przez ciężarne nie jest rzadkim zjawiskiem, co potwierdzają analizowana literatura oraz badania własne. Wśród 200 ankietowanych na terenie Podkarpacia połowa badanych deklaruje, że nigdy nie paliła tytoniu. Z kolei przed zajściem w ciążę rzuciło palenie 85 badanych (42,5%). Liczba palących w czasie ciąży wynosi 15 osób (7,5%). Z raportu opublikowanego przez Instytut Medycyny Wsi w Lublina wynika, że w grupie 2758 respondentek większość nigdy nie paliła tytoniu (60,2%). Przed zajściem w ciążę lub w czasie ciąży palenie rzuciło 32,85% kobiet. Odsetek kobiet, które paliły w czasie ciąży, to 7% [6]. Podobne wyniki prezentują na populacji warszawskiej Wierzejska i wsp. Wśród 509 badanych kobiet 79,8% było niepalących, natomiast 11,6% paliło przez całą ciążę [7]. Wyniki własne oraz wyniki uzyskane w Lublinie i Warszawie są podobne i tylko nieznacznie różnią się od siebie. W każdym z tych trzech rejonów niemal połowa lub ponad połowa badanych nigdy nie paliła tytoniu.

W badaniu własnym nie wykazano związku między paleniem tytoniu a wykształceniem. Wyniki nie pokazują, że kobiety z niższym wykształceniem częściej sięgają po papierosy, jednak w analizowanej literaturze jest to częstym zjawiskiem. Širvinskienė i wsp. pokazują, że na 187 osób z wykształceniem średnim/podstawowym 31% paliło w czasie ciąży, natomiast wśród 323 osób z wykształceniem wyższym tylko 5,3% przyznało się do palenia [8].

Spożywanie alkoholu w ciąży może skutkować poronieniem, porodem przedwczesnym, martwym urodzeniem płodu czy niską masą urodzeniową noworodka. Najbardziej charakterystycznym powikłaniem jest płodowy zespół alkoholowy (ang. *fetal alcohol syndrome* – FAS). W badaniach Instytutu Medycyny Wsi został rozpoznany u 0,5% dzieci ze zgłoszonymi wadami wrodzonymi [9]. Spośród 200 badanych ciężarnych w badaniach własnych 68% kobiet spożywało alkohol przed ciążą, ale nie piło w trakcie ciąży. Na długo przed ciążą, w trakcie przygotowań do poczęcia dziecka alkohol odrzuciło 16,5%. Nigdy nie spożywało alkoholu 15%. Tylko 1 kobieta przyznała, że piła przed ciążą i pije w trakcie ciąży (0,5%). Godała i wsp. w 2009 roku przeprowadzili badania w Łodzi wśród 111 ko-

biet ciężarnych. Prawie połowa ankietowanych piła alkohol, będąc w ciąży. Natomiast druga część negowała spożywanie alkoholu w czasie ciąży. Ci sami autorzy wykazali, że częściej po alkohol sięgają kobiety z wykształceniem podstawowym i zawodowym [10]. W badaniu własnym osoba, która zadeklarowała spożywanie alkoholu w czasie ciąży, miała wykształcenie średnie/zawodowe.

Stosowanie środków psychoaktywnych, narkotyków, dopalaczy oraz nadużywanie leków również mają swoje skutki dla matki i dziecka. Mogą powodować takie powikłania jak poronienie lub obumarcie płodu, jak również predyspozycje dziecka do uzależnienia. Zażywanie przez ciężarną narkotyków powoduje u niego uzależnienie od tego samego narkotyku. Wzrasta ryzyko zakażenia HIV oraz śmierci na AIDS dzieci zarażonych [6, 7].

Badania własne obrazują, iż niemal wszystkie ankietowane kobiety nigdy nie stosowały takich środków, natomiast wśród nich 8% przyznało, że w przeszłości zażywało tego typu substancje.

Inny rozkład wyników zauważamy w badaniach przeprowadzonych w 2012 roku w ramach Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy, mianowicie 2,2% ciężarnych kobiet (w wieku 20–29 lat) deklaroowało przyjmowanie środków uspokajających lub nasennych, 1,45% kobiet przyjmowało leki dostępne bez recepty, 0,99% – leki psychoaktywne dostępne na receptę, 0,18% ciężarnych przyjmowało środki psychoaktywne dostępne na receptę. Inne środki psychoaktywne, w tym narkotyki (kokaina, heroina), „dopalacze”, środki pobudzające (najczęściej haszysz i marihuana) były zażywane przez 3,35% kobiet w ciąży [9].

Żukiewicz-Sobczak i Paprzycki, badając zachowania zdrowotne ciężarnych kobiet, nie wykazali związku pomiędzy przyjmowaniem substancji psychoaktywnych a wykształceniem. Istnieje jednak pewna tendencja, która ukazuje, że zła sytuacja bytowa sprzyja stosowaniu środków odurzających [6]. Stosowanie substancji odurzających takich jak narkotyki czy dopalacze oraz nadużywanie antydepresantów mają destrukcyjny wpływ na rozwijający się płód, ale także na dziecko w późniejszym okresie rozwoju i dorostania [11].

Analiza wyników uzyskanych na podstawie Inwentarza Zachowań Zdrowotnych wykazała, że najwyższe wyniki osiągały kobiety starsze wiekiem, mężatki, z wyższym wykształceniem. Dotyczyło to płaszczyzn: nawyki żywieniowe, praktyki zdrowotne, nastawienie psychiczne. Ten ostatni aspekt można wytłumaczyć tym, że badane, które uważały, iż prowadzą prozdrowotny tryb życia, osiągają lepsze wyniki pozytywnego nastawienia psychicznego. Badanie jednoznacznie pokazuje, jak ważne jest propa-

gowanie zdrowego stylu życia kobiet ciężarnych, na który składają się m.in. odpowiednia dieta, aktywność fizyczna, uczęszczanie do szkoły rodzenia, unikanie ryzykownych dla zdrowia zachowań, co w efekcie wpływa na dobrostan matki i dziecka.

Wnioski

1. Pomimo ugruntowanej świadomości na temat szkodliwości spożywania alkoholu, palenia tytoniu oraz środków psychoaktywnych część ankietowanych nie zaprzestała stosowania tych używek w czasie ciąży.
2. Wykształcenie, wiek i stan cywilny wpływają na nastawienie psychiczne, praktyki i nawyki zdrowotne. Kobiety lepiej wykształcone, starsze i zamężne osiągają lepsze wyniki.
3. Wysokie wyniki uzyskane w IZZ świadczą o pozytywnych zachowaniach zdrowotnych ciężarnych.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania

Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015, www2.mz.gov.pl/ww_files/ma_struktura/zal_wm_npz_90_15052007.pdf [data dostępu: 15.08.2016].
2. Narodowy Program Zdrowia na lata 2016–2020, www.parlamentarny.pl/wydarzenia/Narodowy_Program_Zdrowia/czerwiec_2016 [data dostępu: 15.08.2016].
3. [Dostępne w Internecie:] www.mz.gov.pl/npz-2016-2020 [data dostępu: 15.08.2016].
4. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 2011. 116–121.

5. Fraś M, Gniadek A, Poznańska-Skrzypiec J, Kadłubowska M. Styl życia kobiet w ciąży. *Hygeia Public Health*. 2012;47(4):412–417.
6. Żukiewicz-Sobczak W, Paprzycki P. Raport – zachowania zdrowotne kobiet w ciąży. Lublin: Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki; 2013. 33–101.
7. Wierzejska R, Jarosz M, Sawicki W, Stelmachów J, Siuba M. Antyzdrowotne zachowania kobiet ciężarnych. Tytoń, alkohol, kofeina. *Żyw Człow Metab*. 2011;38(2):84–98.
8. Širvinskienė G, Žemaitienė N, Jusienė R, Šmigelskas K, Veryga A, Markūnienė E. Smoking during pregnancy in association with maternalemotionalwell-being. *Medicina*. 2016;52:132–138.
9. Profilaktyczny program w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych. Lublin: Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki; 2013.
10. Godała M, Pietrzak K, Gawron-Skarbek A, Łaszek M, Szatko F. Zachowania zdrowotne łódzkich kobiet w ciąży. Cz. II. Aktywność fizyczna i stosowanie używek. *Probl Hig Epidemiol*. 2012;93(1):43–47.
11. Kicel BA, Hołody-Zaręba J, Kinałski PM. Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży. *Gin Pol Med Project*. 2014;31(1):47–53.

Zaakceptowano do edycji: 2017–01–16
Zaakceptowano do publikacji: 2017–02–01

Adres do korespondencji:

Anna Pieniżek
Instytut Położnictwa i Ratownictwa Medycznego
Wydział Medyczny
Uniwersytet Rzeszowski
ul. Stanisława Pigoń 6
35-310 Rzeszów
tel.: 17 872 11 95
e-mail: pienizek.anna1985@gmail.com