

Niektóre zachowania zdrowotne oraz wybrane wskaźniki stanu zdrowia grupy kobiet ciężarnych

Some health behaviours and selected health status coefficients in a group of pregnant women

MARIA GACEK

Zakład Żywienia Człowieka, Akademia Wychowania Fizycznego w Krakowie

Cel pracy. Retrospektywna ocena wybranych wskaźników stylu życia i stanu zdrowia kobiet w okresie ciąży oraz parametrów noworodków.

Materiał. Badaniami objęto 173 położnice w dwóch grupach wieku: I (18-30) i II (31-47 lat).

Wyniki. W badanej grupie dominowały kobiety spożywające mleko i jego przetwory 1-2 razy w ciągu dnia (54,9%), ryby raz w tygodniu (60,8%) a mięso czerwone kilka razy w tygodniu (52,9%). Spożycie warzyw kilka razy dziennie dotyczyło 43,8%, a owoców 58,2% kobiet. Słodycze i wyroby cukiernicze częściej ograniczały kobiety starsze (48,3% vs. 28,2%) ($P < 0,01$). Zdecydowana większość badanych nie przyjmowała kwasu foliowego przed zjściem w ciążę, w tym 81,2% w grupie I ($P < 0,05$). Znaczący odsetek kobiet nie podejmował regularnej aktywności fizycznej w czasie ciąży, a do szkoły rodzenia uczęszczało zaledwie 6,8% próby. Czynne palenie tytoniu częściej dotyczyło kobiet młodszych (34,4% vs. 9,9%) ($P < 0,001$). Spożywanie alkoholu w czasie ciąży, najczęściej wina, deklarowało 59,6% ogółu. Najczęstszymi chorobami w czasie ciąży były przeziębienia (44,4%), infekcje pochwy (21%) i dróg moczowych (15,1%) oraz anemia (12,7%). Powikłania okołoporodowe częściej dotyczyły kobiet z grupy II (44,9% vs. 4,7%) ($P < 0,001$). Kobiety młodsze częściej rodziły siłami natury (90,6% vs. 73,0%), a starsze poprzez cesarskie cięcie (27,0% vs. 9,4%) ($P < 0,01$). Stan ogólny nowonarodzonych dzieci był bardzo dobry (średnio 9,7 pkt. w skali Apgar).

Wnioski. Wyższą frekwencję zachowań prozdrowotnych, związanych ze sposobem żywienia, wczesną suplementacją kwasem foliowym, podejmowaniem aktywnego wypoczynku oraz udziałem w zajęciach szkoły rodzenia, stwierdzono w grupie położnic starszych. Medyczna opieka przedporodowa utrzymywała się na dobrym poziomie, a stan zdrowia noworodków w obu grupach był porównywalny i dobry.

Słowa kluczowe: styl życia, zachowania żywieniowe, kobiety ciężarne

Aim. Retrospective evaluation of selected life style level and health status coefficients of pregnant women and parameters of the newborn.

Material. The research comprised 173 women in childbirth of two age groups: I (18-30 years old) and II (31-47 years old).

Results. In the tested group prevailed: women who consumed milk and dairy products 1-2 times daily (54.9%), fish once a week (60.8%), red meat several times weekly (52.9%). Vegetable consumption several times daily applied to 43.8% and fruit consumption to 58.2% of the women. Sweets and confectionery were limited more frequently by older women (48.3% vs. 28.2%) ($P < 0.01$). The majority of the tested women did not take folic acid before becoming pregnant, 81.2% of which belonged to group I ($P < 0.05$). A significant majority of women did not take regular physical exercise during pregnancy whereas antenatal classes were attended only by 6.8% of the test group. Active smoking was declared more often by younger women (34.4% vs. 9.9%) ($P < 0.001$). Alcohol consumption, wine mostly, was declared by 59.6% of the total number of pregnant women. The most frequent diseases during pregnancy were colds (44.4%), vaginal infections (21.0%), inflammations of urinal tract (15.1%) and anemia (12.7%). Perinatal complications more frequently applied to the women of group II (44.9% vs. 4.7%) ($P < 0.001$). Younger women more often gave birth by natural forces (90.6% vs. 73.0%) whereas the older ones by caesarean section (27.0% vs. 9.4%) ($P < 0.01$). Overall state of newborn children was very good (an average of 9.7 on the Apgar scale).

Conclusions. More frequent health behaviours connected with eating habits, early supplementation of folic acid, taking up active forms of physical activity and attending antenatal classes were recognized in the group of older pregnant women. Prenatal health care was of good quality and health status of newborn children in both groups was comparative and good.

Key words: life style, eating behaviour, pregnant women

© Probl Hig Epidemiol 2010, 91(1): 48-53

www.phie.pl

Nadesłano: 28.12.2009

Zakwalifikowano do druku: 27.01.2010

Adres do korespondencji / Address for correspondence

dr n. kult. fiz. Maria Gacek

Zakład Żywienia Człowieka, Akademia Wychowania Fizycznego

w Krakowie, Al. Jana Pawła II 78, 31-571 Kraków

e-mail: maria.gacek@awf.krakow.pl

Wstęp i cel pracy

Zachowania prozdrowotne kobiet ciężarnych warunkują optymalny przebieg ciąży i zdrowie matki [1, 2, 3]. Wśród czynników korzystnie nań wpływających istotne miejsce zajmują prawidłowy sposób żywienia i właściwa jakość zdrowotna żywności [3, 4]. Również przyjmowanie kwasu foliowego jest istotnym elementem profilaktyki wad cewy nerwowej [5, 6, 7]. Dodatkowo

pozytywny wpływ na przebieg ciąży, porodu i położu wywiera podejmowanie rekreacyjnej aktywności fizycznej i udział w zajęciach szkoły rodzenia [8], a wczesne rozpoczęcie opieki przedporodowej i odpowiedni jej poziom pozwalają na regularną kontrolę stanu zdrowia i skuteczną eliminację ewentualnych powikłań [9].

Istotna rola zachowań prozdrowotnych kobiet w wieku prokreacyjnym stała się przesłanką do podjęcia

badania, których celem była analiza wybranych aspektów stylu życia i niektórych wskaźników stanu zdrowia kobiet w okresie ciąży oraz parametrów noworodków.

Materiał i metody

Badania ankietowe przeprowadzono zimą 2005/2006 wśród 173 położnic na oddziałach ginekologiczno-położniczych dwóch krakowskich szpitali. Badane kobiety sklasyfikowano w dwie grupy: I (n=74, 18-30 lat) i II (n=99, 31-47 lat). Dla większości była to pierwsza ciąża (64,5%), dla 22,2% druga, a dla 12,3% trzecia z kolei. Istotnie więcej pierwiastek występowało w grupie kobiet młodszych (90,6% vs. 46,1%). W grupie dominowały mężatki (86,9%), zamieszkałe w Krakowie (71,2%), o wykształceniu średnim (52,9) i wyższym (32,7%), o przeciętnej (51,6%) i dobrej (43,1%) sytuacji materialnej.

Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego, z zastosowaniem autorskiego kwestionariusza, wypełnianego samodzielnie przez kobiety na salach oddziału położniczego. Kwestionariusz służył retrospektywnej ocenie zachowań żywieniowych, podejmowanej aktywności fizycznej, stosowania używek oraz stanu zdrowia w okresie ciąży, a także sposobu zakończenia ciąży oraz stanu noworodka. Analizę statystyczną zebranego materiału przeprowadzono w oparciu o test frakcji U z programu Statgraphics, przyjmując poziom ufności 95%.

Wyniki

W tabeli I przedstawiono rozkład danych opisujących wybrane zachowania żywieniowe w okresie ciąży w grupie badanych położnic. Załedwie 11,1% ogółu spożywało mleko i jego przetwory 3-4 razy dziennie, a ponad połowa (54,9%) 1-2 razy w ciągu dnia. Ciężarne najczęściej spożywały ryby raz tygodniu (60,8% próby). Spożywanie ryb rzadziej niż raz w tygodniu częściej dotyczyło kobiet młodszych ($P<0,05$). Codzienne spożywanie mięsa czerwonego w okresie ciąży deklarowało 5,9% badanych, kilka razy w tygodniu ponad połowa respondentek (52,9%), raz w tygodniu 29,4%, a rzadziej 11,8% spośród nich. Spożywanie mięsa raz w tygodniu częściej dotyczyło młodszych ($P<0,05$). Spożycie warzyw kilka razy dziennie dotyczyło 43,8% kobiet, raz dziennie 32,7%, a kilka razy w tygodniu 23,5% spośród nich. Owoce 2-3 razy dziennie spożywało 58,2% respondentek, raz dziennie 25,5%, a kilka razy w tygodniu 16,3% próby. Uwzględnianie owoców kilka razy dziennie częściej deklarowały kobiety starsze, a kilka razy w tygodniu młodsze ($P<0,05$). Po produkty fast food ciężarne sięgały najczęściej od czasu do czasu, istotnie częściej jednak kobiety młodsze. Niespożywanie tych produktów częściej dotyczyło kobiet starszych (54,0% vs. 23,5%) ($P<0,001$). Słodzone napoje gazowane kilka razy w tygodniu spożywało 13,8% próby. Ograniczenie

spożycia soli w czasie ciąży deklarowało około połowy grupy, a słodczyce i wyroby cukiernicze częściej ograniczały kobiety starsze (48,3% vs. 28,2%) ($P<0,01$). Zdecydowana większość (72,5%) ogółu próby nie przyjmowała kwasu foliowego przed zajściem w ciążę, częściej kobiety młodsze (81,2%) ($P<0,05$).

Wykazano, iż codzienną aktywność fizyczną podejmowało około 9% próby, a kilka razy w tygodniu 15,0% kobiet. Znaczący odsetek kobiet młodszych (48,4%) i starszych (39,3%) nie podejmował regularnej aktywności fizycznej w czasie ciąży. Analiza realizowanych form aktywności rekreacyjnej wykazała, iż spacerować częściej wybierały kobiety młodsze ($P<0,05$), a zajęcia w szkole rodzenia ciężarne z grupy II ($P<0,01$) (Tab. II).

Badania wykazały, że 42,2% kobiet młodszych i 13,5% starszych ($P<0,01$), paliło przed ciążą. Czynne palenie tytoniu w czasie ciąży również częściej deklarowały kobiety z grupy I (34,4% vs. 9,9%) ($P<0,001$). Bierna ekspozycja na dym tytoniowy w okresie ciąży dotyczyła ponad połowy badanych położnic (53,7%). Spośród napojów alkoholowych kobiety w okresie ciąży sięgały najczęściej po wino (59,6% próby). Leki przeciwbólowe częściej stosowały kobiety młodsze (18,7%) ($P<0,001$) (tab. III).

Wybrane wskaźniki stanu zdrowia kobiet ciężarnych i noworodków przedstawiono w tabeli IV. Badania wykazały, iż najczęstszymi chorobami w czasie ciąży były przeziębienia (44,4%), infekcje pochwy (21,0%) i dróg moczowych (15,1%) oraz anemia (12,7%). Ocena ciągłości przedporodowej opieki medycznej wyraża się liczbą około 10 wizyt u lekarza ginekologa. W związku z problemami zdrowotnymi hospitalizowanych w przebiegu ciąży było 20,3% kobiet. Powikłania okołoporodowe częściej dotyczyły kobiet z grupy II (44,9% vs. 4,7%) ($P<0,001$). Kobiety młodsze częściej rodziły siłami natury (90,6% vs. 73,0%), a starsze poprzez cesarskie cięcie (27,0% vs. 9,4%) ($P<0,01$). Stan ogólny nowonarodzonych dzieci był bardzo dobry (średnio 9,7 pkt. w skali Apgar).

Dyskusja

Istnieją dowody, iż błędy żywieniowe w czasie ciąży mogą być przyczyną zaburzeń w przebiegu ciąży oraz stanowić czynnik ryzyka wielu chorób matki i dziecka (anemii, wad cewy nerwowej, nieprawidłowego przyrostu masy ciała, cukrzycy ciążowej, nadciśnienia, gestozy, porodów przedwczesnych i niskiej masy urodzeniowej noworodka) [10]. Przeprowadzona analiza zachowań żywieniowych grupy położnic wykazała istnienie nieprawidłowości w ich sposobie żywienia w czasie ciąży. Jednym z ważniejszych problemów w żywieniu kobiet ciężarnych jest prawidłowa podaż białka [11]. Badania własne wykazały niedostateczne spożycie mleka i jego przetworów, gdyż 3-4 porcje w ciągu dnia uwzględniało jedynie

Tabela I. Wybrane zachowania żywieniowe grupy kobiet ciężarnych (w %)
Table I. Selected eating behaviours among pregnant women (in %)

| Oceniane parametry / Evaluated parameters | | Grupa I (18-30 lat) | Grupa II (31-47 lat) | Próba |
|--|---|---------------------|----------------------|-------|
| Mleko i produkty mleczne /Milk | 3-4 razy dziennie / 3-4 times daily | 10,9 | 11,2 | 11,1 |
| | 1-2 razy dziennie / 1-2 times daily | 59,4 | 51,7 | 54,9 |
| Ryby / Fish | Kilka razy w tygodniu / A few times per week | 29,7 | 37,1 | 34,0 |
| | 2-3 razy w tygodniu / 2-3 times weekly | 0,0 | 4,5 | 2,6 |
| | Raz w tygodniu / Once a week | 54,7 | 65,2 | 60,8 |
| | Rzadziej / Rarely | 45,3 | 30,3* | 36,6 |
| Mięso (czerwone) i przetwory / Meat/pork | Codziennie / Everyday | 7,8 | 4,5 | 5,9 |
| | Kilka razy w tygodniu /A few times per week | 43,8 | 59,4* | 52,9 |
| | Raz w tygodniu /Once a week | 39,1 | 22,5* | 29,4 |
| | Rzadziej / Rarely | 9,4 | 13,5 | 11,8 |
| Warzywa / Vegetables | 3-5 razy dziennie / 3-5 times daily | 43,8 | 43,8 | 43,8 |
| | Raz dziennie / Once a day | 31,2 | 33,7 | 32,7 |
| | Kilka razy w tygodniu /A few times per week | 25,0 | 22,5 | 23,5 |
| Owoce / Fruit | 2-3 razy dziennie / 2-3 times daily | 50,0 | 64,0 | 58,2 |
| | Raz dziennie / Once a day | 26,6 | 24,7 | 25,5 |
| | Kilka razy w tygodniu / A few times per week | 23,4 | 11,3* | 16,3 |
| „Fast-food” | Często / Often | 6,2 | 1,1* | 3,3 |
| | Czasami / Sometimes | 70,3 | 44,9*** | 55,5 |
| | Nigdy / Never | 23,5 | 54,0*** | 41,2 |
| Słodzone napoje gazowane / Sweetened carbonated drinks | Kilka razy w tygodniu / A few times per week | 18,8 | 10,1 | 13,8 |
| | Kilka razy w miesiącu / Several times monthly | 26,5 | 37,1 | 32,7 |
| | Nigdy / Never | 54,7 | 52,8 | 53,5 |
| Ograniczenie spożycia soli / Limited salt consumption | | 53,1 | 50,7 | 52,3 |
| Ograniczenie spożycia wyrobów cukierniczych i słodczy / Limited confectionery and sweets consumption | | 28,2 | 48,3** | 39,8 |
| Przyjmowanie kwasu foliowego przed ciążą / Folic acid intake before pregnancy | | 18,8 | 33,7* | 27,5 |

Istotność różnic statystycznych między grupami na poziomie: *P<0,05; **P<0,01; ***P<0,001

Tabela II. Aktywność fizyczna w stylu życia grupy kobiet ciężarnych (w %) (* odsetki wyborów nie sumują się do 100)
Table II. Physical activity in life style of pregnant women (in%) (*percentages do not add up to 100)

| Oceniane parametry / Evaluated parameters | | Grupa I | Grupa II | Próba |
|---|---|---------|----------|-------|
| Częstotliwość / Frequency | Codziennie / Everyday | 9,4 | 9,0 | 9,2 |
| | Kilka razy w tygodniu /A few times per week | 10,9 | 19,1 | 15,0 |
| | Raz w tygodniu / Once a week | 4,7 | 9,0 | 6,8 |
| | Rzadziej / Rarely | 26,6 | 23,6 | 25,1 |
| | Nigdy /Never | 48,4 | 39,3 | 43,8 |
| Preferowane formy ruchu* / Preferable forms of activities | Spacery / Walk | 82,5 | 67,2* | 74,8 |
| | Gimnastyka / Gymnastics | 10,5 | 11,9 | 11,2 |
| | Pływanie / Swimming | 5,3 | 1,5 | 3,4 |
| | Ćwiczenia w szkole rodzenia / Exercising in antenatal classes | 1,8 | 11,9** | 6,8 |

Istotność różnic statystycznych między grupami na poziomie: *P<0,05; **P<0,01; ***P<0,001

11,1% badanych, a dominowało ich spożycie raz dziennie (54,9%). Również Pytasz i Krzyżanowska [12] wykazały niepokojąco niską konsumpcję nabiału w grupie kobiet ciężarnych. Źródłem łatwo przyswajalnego, pełnowartościowego białka w żywieniu kobiet ciężarnych winny być także ryby, spożywane 2-3 razy w tygodniu [10]. W badanej próbie ponad połowa kobiet (60,8%) spożywała ryby raz w tygodniu, a tylko znikomy odsetek (4,5% w grupie II) 2-3 razy w tygodniu. Niedostateczną konsumpcję ryb w grupie kobiet ciężarnych, szczególnie o niskim statusie socjo-ekonomicznym, wykazały także badania angielskie

[13]. Źródłem białka o wysokiej wartości biologicznej jest również mięso [10]. W badaniach własnych codzienne spożywanie mięsa czerwonego deklarowało zaledwie 6% kobiet. Ograniczona konsumpcja ryb i mięsa czerwonego może także częściowo wyjaśniać występowanie niedokrwistości w czasie ciąży u ponad 12% ciężarnych. W omawianych badaniach wykazano, że spożycie warzyw w obu grupach było podobne; 3-5 razy dziennie spożywało je mniej niż połowa kobiet. Również rozpowszechniona była konsumpcja owoców 2-3 razy dziennie (58,2%). Obecność warzyw i owoców w każdym posiłku jest istotna, z uwagi na

Tabela III. Rozpowszechnienie substancji psychoaktywnych w grupie kobiet ciężarnych (w %)
Table III. Prevalence of psychoactive substances among pregnant women (in %)

| Oceniane parametry / Evaluated parameters | | Grupa I | Grupa II | Próba |
|---|--|---------|----------|-------|
| Palenie tytoniu / Tobacco smoking | Czynnie / Active | 34,4 | 9,9*** | 19,6 |
| | Bierna ekspozycja / Passive | 50,0 | 56,5 | 53,7 |
| | Palenie przed ciążą / Tobacco smoking before pregnancy | 42,2 | 13,5** | 25,5 |
| Spożywane napoje alkoholowe / Alcohol consumption | Wino / Wine | 52,6 | 63,6 | 59,6 |
| | Piwo / Beer | 47,4 | 36,4 | 40,4 |
| Leki / Medications | Przeciwbólowe / Painkillers | 18,7 | 1,1*** | 6,7 |
| | Uspokajające / Tranquillizers | 0,0 | 4,5 | 1,0 |

Istotność różnic statystycznych między grupami na poziomie: *P<0,05; **P<0,01; ***P<0,001

Tabela IV. Wybrane aspekty stanu zdrowia grupy kobiet ciężarnych i noworodków
Table IV. Selected aspects of health status in a group of pregnant women and the newborn

| Oceniane parametry / Evaluated parameters | | Grupa I | Grupa II | Próba |
|--|---|---------------------|---------------------|---------------------|
| Przebyte w ciąży choroby / Undergone diseases (%) | Przeziębienie / Cold | 45,7 | 43,7 | 44,4 |
| | Infekcja pochwy / Vaginal infections | 14,3 | 24,4 | 21,0 |
| | Infekcja dróg moczowych / Urinal tract infections | 18,6 | 13,3 | 15,1 |
| | Anemia / Anaemia | 12,9 | 12,6 | 12,7 |
| Średnia liczba wizyt u lekarza ginekologa w ciąży / Average number of appointments at obstetrician's | | 10,5 | 10,9 | 10,7 |
| Hospitalizacja w czasie ciąży / Hospitalization during pregnancy (%) | | 24,2 | 27,0 | 20,3 |
| Powikłania okołoporodowe / Perinatal complications (%) | | 4,7 | 44,9*** | 28,1 |
| Poród / Giving birth (%) | Siłami natury / Natural | 90,6 | 73,0** | 80,4 |
| | Cesarskie cięcie / Caesarean section | 9,4 | 27,0** | 19,6 |
| Parametry noworodków / Parameters of the newborn | Długość ciała (cm) / Body length | 53,5 | 54,2 | 53,8 |
| | Masa ciała (g) / Body mass | 3500 (2800-4200) | 3955 (2610-5300) | 3728 (2610-5300) |
| | Apgar w 1. minucie / Apgar scale (in 1st minute) | 9,7 | 9,7 | 9,7 |

Istotność różnic statystycznych między grupami na poziomie: *P<0,05; **P<0,01; ***P<0,001

zwiększanie biodostępności żelaza, a ponadto dostarczanie witamin, składników mineralnych i błonnika. Zróżnicowane spożycie owoców w grupie irańskich kobiet ciężarnych w środowisku miejskim i wiejskim wykazały badania Esmailzadeh i wsp. [14]. W ciąży wzrasta zapotrzebowanie na kwasy tłuszczowe nienasycone, eliminacji natomiast winny podlegać produkty zawierające izomery trans kwasów tłuszczowych, które odkładając się w pępowinie stanowią zagrożenie dla płodu [15]. Badania własne wykazały, iż częste spożywanie produktów typu fast-food deklarowało 3,3% próby, częściej kobiet młodszych (P<0,05), a rzadkie ponad 2/3 kobiet młodszych i mniej niż połowa starszych (P<0,001). Zarazem blisko połowa badanych położnic nie ograniczyła spożycia soli w czasie ciąży, podczas gdy nadmierne dosalanie potraw sprzyja powstawaniu obrzęków, nadciśnienia tętniczego i osteoporozy [10]. Brak natomiast ograniczenia spożycia słodczy i wyrobów cukierniczych dotyczył około 60% próby, przy czym ciężarne starsze częściej dokonywały w tym zakresie wyborów racjonalnych (P<0,01). Również Wawrzyniak i wsp. [15] potwierdzają duży udział słodczy w diecie kobiet ciężarnych. Tymczasem produkty te, stanowiąc źródło tzw. „pustych kalorii”, powodują nadmierny przyrost masy ciała [10], co zwiększa ryzyko innych schorzeń [16, 17].

Suplementacja kwasem foliowym u kobiet w wieku prokreacyjnym zmniejsza występowanie wad ośrodkowego układu nerwowego u płodu nawet o 72%. Zaleca się dawkę 0,4 mg przez okres 1-3 miesięcy przed ciążą i kontynuację do 12. tygodnia [5, 7, 18]. Analiza badań własnych wykazała, że kobiety nie stosowały właściwej profilaktyki wad cewy nerwowej, gdyż większość (72,5%) nie przyjmowało kwasu foliowego przed zajściem w ciążę (częściej młodsze P<0,05). Również Perek i Twardus [19] dowiedli, iż kobiety podejmują suplementację folianami dopiero pod koniec okresu formowania się cewy nerwowej. Niedobory różnych składników odżywczych w racjach pokarmowych kobiet ciężarnych, w tym kwasu foliowego, dowiodły również badania przeprowadzone w Kanadzie i Iranie [14, 20].

Kinezyterapia przygotowuje ciężarną do porodu za pomocą odpowiednio dobranych ćwiczeń fizycznych i oddechowych [21]. Badania własne wykazały, iż regularna aktywność fizyczna wśród kobiet ciężarnych nie była częstym zjawiskiem. Blisko połowa ciężarnych z grupy młodszej (48,4%) i 39,3% z grupy starszej nie podejmowało rekreacyjnej aktywności fizycznej w okresie ciąży. Najczęstszą formą ruchu były spacery, a do szkoły rodzenia uczęszczał niewielki odsetek kobiet, szczególnie z grupy starszej (P<0,01). Także badania Banaszak-Żak i Dobrzyń [2] wykazały, że

56% ciężarnych nie podejmowało żadnych ćwiczeń fizycznych. Ograniczone rozpowszechnienie ćwiczeń fizycznych w grupie kobiet ciężarnych wykazali także Iwanowicz-Palus i wspólr. [22]. Podobnie niewielki odsetek kobiet brał udział w zajęciach szkoły rodzenia (12,7%). Kozłowska i Stanek [8] wykazały tymczasem celowość kinezytymulacji wśród kobiet ciężarnych, z uwagi na wyższą wydolność noworodków, niższy odsetek powikłań położowych oraz lepszy stan położnic po uprzednim przygotowaniu w szkole rodzenia.

Istotny negatywny wpływ na przebieg ciąży ma stosowanie substancji psychoaktywnych. Wyniki badań własnych wykazały, że w próbie przed ciążą paliło 1/4 kobiet, częściej młodszych ($P < 0,01$), a w czasie jej trwania aż 34,4% kobiet z grupy młodszej ($P < 0,001$). Badania Chazana i wsp. [23] wśród kobiet w wieku rozrodczym wykazały palenie tytoniu przez 12,5% ciężarnych. Również Młyńska i Zaworski [24] stwierdzili duży odsetek kobiet w wieku rozrodczym palących papierosy. Skórzyńska i Góral [25] podają, iż 50,4% ciężarnych nie zaniechało palenia tytoniu w tym szczególnym okresie. Zjawisko to potwierdzają także Banaszak-Żak i Dobrzyń [2], z badań których wynika, iż 35% kobiet paliło w ciąży a tylko 6% zaprzestało. Badania własne dowiodły, że bierna ekspozycja na dym tytoniowy dotyczyła ponad połowy kobiet (53,7%). Również badania Walentyn i wsp. [26] wykazały, iż w ciąży paliło 47,3% kobiet, a 39,7% było narażonych na palenie bierne. Z doniesieniami tymi korespondują wyniki badań Wójtowicz [27] oraz Florek i wsp. [28]. Na potrzebę ograniczania skali palenia tytoniu przez kobiety ciężarne, z uwagi na ich właściwości toksyczne, zwracają również uwagę inne badania [29, 30]. Spożywanie alkoholu w czasie ciąży jest czynnikiem ryzyka wystąpienia zaburzeń w rozwoju płodu, w tym FAS, który łączy w sobie upośledzenie rozwoju umysłowego i motorycznego z cechami dysmorfii w budowie twarzoczaszki [31]. Uzyskane wyniki potwierdzają stosowanie napojów alkoholowych (piwa i wina) w czasie ciąży. Zbieżne wyniki, w których 34,6% kobiet ciężarnych sięgało po napoje alkoholowe, uzyskali Walentyn i wsp. [26]. Ciężarna nie powinna stosować żadnych leków bez zalecenia lekarza [11]. Badania własne wykazały, że kobiety stosowały leki przeciwbólowe (częściej młodsze) ($P < 0,001$), rzadziej uspokajające. Także Banaszak-Żak i Dobrzyń [2] wykazały, że ciężarne przyjmowały leki w czasie ciąży (69%), w tym przeciwbólowe. Tymczasem Piórecka-Makuła i Wróblewska-Kaużewska [32] podają, że noworodki matek zażywających etopirynę i tabletki z krzyżykiem rodzą się z licznymi wadami wrodzonymi. Obowiązuje zatem zasad maksymalnego ograniczania stosowania leków w czasie ciąży.

Obserwowane u badanych kobiet choroby i dolegliwości w przebiegu ciąży zostały także opisane w innych badaniach [33, 34]. Opieka perinatalna ma istotne znaczenie dla prawidłowego przebiegu ciąży [25], stąd dokonano analizy medycznej opieki przedporodowej.

Za właściwą, stwierdzoną w omawianych badaniach, skalę opieki medycznej uważa się wynoszącą 9 i więcej wizyt u lekarza [9]. Z badań Michałek i wsp. [34] wynika, że kobiety najczęściej odbywały 6-9 wizyt. Niedostateczną opiekę perinatalną w grupie kobiet w wieku 35 lat i starszych oraz rodzących 3. i kolejne dziecko, a także ciężarnych poniżej 20. roku życia wykazały badania Studzińskiego [33]. Brzeziński i wsp. [35] opisali wzrastającą częstość hospitalizacji w związku z powikłaniami ciąży, porodu i położu. Wyniki badań własnych wykazały większą ilość cięć cesarskich i powikłań okołoporodowych w grupie kobiet po 30. roku życia ($P < 0,01$). Podobne tendencje u ciężarnych zaobserwowali również Chazan [1], Kocemba i Oszukowski [9] oraz Studziński [33]. Urodzeniowa masa ciała jest najważniejszym czynnikiem determinującym szanse przeżycia, zachowania zdrowia i prawidłowego rozwoju noworodka [1]. Badane noworodki miały wysokie parametry w skali Apgar, średnio 9-10 punktów. Walentyn i wsp. [26] wykazali niższą masę urodzeniową u matek stosujących dietę wegetariańską oraz matek palących. Natomiast Karwowska i Waszkiewicz-Robak [4] nie stwierdziły istotnej różnicy między długością i masą ciała noworodków matek narażonych na dym tytoniowy i unikających takiej ekspozycji, zaobserwowały natomiast szkodliwy wpływ spożywania alkoholu przez matki na stan noworodków.

Promocja zdrowia prokreacyjnego to nie tylko oddziaływania medyczne, ale również ogół zachowań prozdrowotnych określających styl życia młodych kobiet.

Podsumowanie i wnioski

1. W badanej grupie położnic stwierdzono występowanie błędów żywieniowych w okresie ciąży, związanych z niedostateczną konsumpcją mleka i jego przetworów, ryb oraz warzyw i owoców, przy czym wyższa frekwencja racjonalnych wyborów żywieniowych cechowała kobiety w z grupy starszej.
2. Kobiety z grupy młodszej nie wdrożyły należycie profilaktyki wad cewy nerwowej u płodu, podczas gdy ciężarne starsze częściej stosowały folacynę zarówno przed jak i po stwierdzeniu ciąży.
3. Systematycznie, aktywny wypoczynek w czasie ciąży podejmował niski odsetek ciężarnych, a w zajęciach szkoły rodzenia częściej uczestniczyły kobiety starsze.
4. Zagrożeniem prawidłowego przebiegu ciąży było stosowanie substancji psychoaktywnych, w tym napojów alkoholowych. Palenie tytoniu i przyjmowanie leków przeciwbólowych w większym stopniu dotyczyło ciężarnych młodszych.
5. Medyczna opieka przedporodowa utrzymywała się na dobrym poziomie, przy czym w grupie ciężarnych starszych stwierdzono większą skalę powikłań okołoporodowych i rozwiązań na drodze cesarskiego cięcia. Stan zdrowia noworodków w obu grupach był porównywalny i dobry.

Piśmiennictwo / References

1. Chazan B. Zwiększająca się częstość urodzeń dzieci z małą urodzeniową masą ciała – nowy problem polskiej perinatologii. *Perinatol Ginekol* 2003, 2: 7-12.
2. Banaszak-Żak B, Dobrzyń D. Czynniki warunkujące zdrowie kobiety ciężarnej. *Ann UMCS* 2004, 59(suppl. 14): 56-60.
3. Kaiser L, Allen LH. Position of the American Dietetic Association: nutrition and lifestyle for a healthy pregnancy outcome. *J Am Diet Assoc* 2008, 108(3): 553-561.
4. Karwowska W, Waszkiewicz-Robak B. Wpływ nikotyny na stan zdrowia dzieci we wczesnym okresie rozwojowym. *Ann UMCS* 2004, 59(suppl. 14): 58-61.
5. Perenc M. Wady ośrodkowego układu nerwowego – etiologia, diagnostyka prenatalna i profilaktyka. *Przew Lek* 2002, 4: 51-54.
6. Marianowski L. Zapotrzebowanie na witaminy w okresie ciąży. *Ginekol Pol* 2003, 11: 1481-1486.
7. Kondo A, Shimosuga Y, Oguchi H, et al. Folic acid reduces the risk of neural tube defects: awareness and folate intake among pregnant women in 2006. *Hinyokika Kijo* 2008, 54(8): 537-542.
8. Kozłowska J, Stanek M. Przebieg porodu i położu u kobiet po kinezy stymulacji w „szkole rodzenia” – próba oceny. *Ginekol Pol* 2002, 5: 439-443.
9. Kocemba W, Oszukowski P. Ocena intensywności opieki przedporodowej w rejonie Brzezin w latach 1987-98. *Ginekol Pol* 2002, 2: 110-115.
10. Szostak-Węgierek D. Żywnienie kobiety ciężarnej a przebieg ciąży i stan zdrowia dziecka. *Żywn Żyw Zdr* 1998, 1: 16-22.
11. Piotrowska-Jastrzębska J, Piotrowska-Depta M, Sidor K. Zasady prawidłowego żywienia kobiet w okresie ciąży i laktacji. *Nowa Ped* 2003, 1: 40-48.
12. Pytasz U, Krzyżanowska J. Udział tłuszczów i innych składników odżywczych w dziennej racji pokarmowej w żywieniu kobiet ciężarnych. *Kwartalny Biuletyn PTD* 1996, 4: 57-62.
13. Sontrop JM, Campell MK, Evers SE, et al. Fish consumption among pregnant women in London, Ontario: associations with socio-demographic and health and lifestyle factors. *Can J Public Health* 2007, 98(5): 389-394.
14. Esmailzadeh A, Samareh S, Azadbakht L. Dietary patterns among pregnant women in the West-north of Iran. *Pak J Biol Sci* 2008, 11(5): 793-796.
15. Wawrzyniak A, Hamułka J, Kosowska B. Ocena spożycia energii, tłuszczu i cholesterolu u kobiet w ciąży. *Żyw Człow Metab* 2003, 1/2: 520-525.
16. Kandys W. Perinatologiczne aspekty otyłości. *Med Metab* 1998, 1: 47-53.
17. Kandys W, Oleszczuk J. Otyłość jako połączony czynnik ryzyka. *Ginekol Pol* 1999, 6: 464-471.
18. Suwalicka-Oleszczuk H, Kostuch M. Rola kwasu foliowego w pierwotnej profilaktyce wad cewy nerwowej. *Prz Ped* 2003, 1: 21-23.
19. Perek M, Twarduś K. Zapobieganie wrodzonym wadom cewy nerwowej u potomstwa. *Ann UMCS* 2004, 59(suppl. 14): 353-358.
20. Berti PR, Soueida R, Kuhnlein HV. Dietary assessment of Indigenous Canadian Arctic women with a focus on pregnancy and lactation. *Int J Circumpolar Health* 2008, 67(4): 349-362.
21. Kolanko M, Kolanko J. Przygotowanie do porodu naturalnego w szkole rodzenia. *Fizjoterapia* 1999, 2: 53-55.
22. Iwanowicz-Palus G, Bień A, Wrońska A i wsp. Aktywność fizyczna kobiet w wieku rozrodczym jako wyraz promocji zdrowego stylu życia. *Ann UMCS* 2004, 59(suppl. 14): 309-313.
23. Chazan B, Szymborski J, Zatoński W i wsp. Ocena postaw kobiet w wieku rozrodczym wobec palenia tytoniu. *Med Wieku Rozwojowego* 1997, 2: 163-175.
24. Młyńska D, Zaworski D. Nikotynizm matek a masa urodzeniowa potomstwa. *Ann UMCS* 2004, 59(suppl. 14): 96-102.
25. Skórzyńska H, Góral M. Zachowania zdrowotne kobiet ciężarnych z grupy ryzyka zamieszkałych w środowisku wiejskim. *Med Ogólna* 1996, 2: 151-159.
26. Walentyn E, Wawrzycka E, Haratyn-Maj A. Wpływ narażenia na dym tytoniowy i stosowania używek w ciąży na urodzeniową masę ciała noworodków. *Ann UMCS* 2003, 58(suppl. 13): 383-387.
27. Wójtowicz E. Palenie tytoniu przez ojca jako czynnik różnicujący urodzeniową masę ciała potomstwa. *Ann UMCS* 2003, 58(suppl. 13): 508-511.
28. Florek E, Adamek R, Adamek A i wsp. Czynna i bierna ekspozycja kobiet ciężarnych na dym tytoniowy a stan zdrowia noworodka – świadomość zagrożeń. *Nowiny Lek* 2001, 2: 133-143.
29. Detjen MG, Nieto FJ, Trentham-Dietz A, et al. Acculturation and cigarette smoking among pregnant Hispanic women residing in the United States. *Am J Public Health* 2007, 97(11): 2040-2047.
30. Jeyabalan A, Powers RW, Durica AR, et al. Cigarette smoke exposure and angiogenic factors in pregnancy and preeclampsia. *Am J Hypertens* 2008, 21(8): 943-947.
31. Gieruszczak-Białek D, Korniszewski L. Użytki stosowane przez matkę a wady wrodzone i rozwój dziecka. *Klinika Ped* 1996, 1: 32-35.
32. Piórecka-Makuła A, Wróblewska-Kaużewska M. Zespół wrodzonych wad rozwojowych u niemowląt matek zażywających w czasie ciąży leki przeciwbólowe. *Nowa Ped* 2002, 2: 67-69.
33. Studziński Z. Ciąża i poród u kobiet po 40 roku życia. *Wiad Lek* 2004, 47: 140-144.
34. Michałek E, Dubowska A, Niebrój L i wsp. Psychospołeczne źródła lęku kobiet ciężarnych a stan fizyczny noworodków. *Ann UMCS* 2000, 55(suppl. 7): 160-162.
35. Brzeziński J, Mazur J, Szamotulska K. Sytuacja zdrowotna matek i noworodków w Polsce. *Med Wieku Rozwojowego* 1999, 4: 11-21.