

Angelika E. Charkiewicz, Wioleta J. Omeljaniuk, Katarzyna Piotrowska

DETERMINANTY ZDROWIA KOBIEŃ W CIĄŻY W BIAŁYMSTOKU

Zakład Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
Kierownik: prof. dr hab. A. Szpak

Kobieta będąc w ciąży powinna zwrócić szczególną uwagę na prawidłową i zbilansowaną dietę oraz odpowiedni i dostosowany do możliwości organizmu wysiłek fizyczny. Celem badań była ocena zachowań zdrowotnych ciężarnych kobiet mieszkających w Białymstoku. Średnia wartość BMI przed ciążą stanowiła 22,69 kg/m², a podczas ciąży 26,30 kg/m². Należy edukować kobiety, w tym personel medyczny, na temat zachowań zdrowotnych, zasad prawidłowej diety i przyjmowania suplementów diety przed zejściem w ciążę oraz w trakcie jej trwania.

Słowa kluczowe: ciąża, aktywność fizyczna, żywienie, alkohol, suplementy diety.
Key words: pregnancy, physical activity, nutrition, alcohol, diet supplements.

Styl życia jest czynnikiem, który w największym stopniu wpływa na stan zdrowia człowieka. W dalszej kolejności na stan zdrowia wpływa środowisko, czynniki genetyczne i opieka medyczna (konceptja pól zdrowia Lalonde'a). U ciężarnych są to zachowania związane z wyborem odpowiedniego sposobu żywienia, odpowiedniego natężenia aktywności fizycznej i ograniczenia, a nawet całkowitego zaprzestania stosowania używek (1).

Znany i dobrze udokumentowany jest niekorzystny wpływ palenia papierosów przez kobiety ciężarne. Dym tytoniowy spowalnia wzrost płodu, zmniejsza jego odporność, powoduje niedorozwój niektórych narządów i niską masę urodzeniową. Najpoważniejsze konsekwencje to śmierć wewnątrzmaciczna i zwiększone ryzyko nagłej śmierci po porodzie (2–5).

Dużym zagrożeniem dla zdrowia płodu jest również konsumpcja alkoholu przez matkę, stwarzając ryzyko wystąpienia poronienia, patologii łożyska, porodu przedwczesnego, stanu przedrzucawkowego, zahamowania wewnątrzmacicznego wzrastania płodu, nagłego zgonu, wystąpienia alkoholowego zespołu płodowego – FAS, wystąpienia wad wrodzonych u dziecka tj. wady sercowo-naczyniowe, wady układu moczowo-płciowego, zaburzenia w układzie kostnym i anomalie czaszkowo-twarzowe (3, 4, 5).

Kofeina łatwo przenika przez łożysko, a płód nie jest w stanie jej metabolizować. Negatywnie wpływa na prace serca płodu i zwiększa liczbę oddechów, co może przyczyniać się do poronienia, niskiej masy urodzeniowej, porodu przedwczesnego, wzrostu występowania czynności oddechowej i obniżenia podstawowej czynności serca płodu (5, 6).

Niedobór witamin może przyczynić się do upośledzenia wzrostu wewnątrzmacicznego płodu czy przedwczesnego pęknięcia błon płodowych. Z kolei przedawkowanie może być o wiele bardziej niebezpieczne, gdyż grozi zwiększonym ryzykiem wystąpienia wad rozwojowych noworodka. Podczas ciąży witamina D jest niezbędna dla prawidłowego kostnienia szkieletu płodu. Niedobór grozi wystąpieniem cukrzycy ciążowej i stanu przedrzucawkowego oraz zmniejszoną mineralizacją tkanki kostnej. Podczas ciąży, witaminy E, C oraz beta-karoten mogą zmniejszyć ryzyko stanu przedrzucawkowego, jak i odgrywać rolę w zapobieganiu przedwczesnego pęknięcia błon płodowych. Jedną z najważniejszych witamin podczas ciąży jest kwas foliowy. Jego najlepiej poznana funkcja to zapobieganie zaburzeniom układu nerwowego u dziecka, wspomaga profilaktykę innych wad wrodzonych, tj. wady serca, kończyn, układu moczowego, zaburzenia oddychania oraz astmy (7).

Preparaty wieloskładnikowe przyjmowane przez kobiety w okresie przedkoncepcyjnym powinny zawierać witaminę C i E, jod, żelazo oraz kwas foliowy. Podaż tych składników powinna być dostosowana do okresu ciąży. Kobieta ciężarna powinna skonsultować stosowanie suplementów diety z lekarzem ginekologiem, aby zapewnić prawidłowy rozwój płodu (8).

Innym zachowaniem zdrowotnym matki mającym wpływ na jej stan zdrowia, jak i dziecka jest aktywność fizyczna. Powinna być ona dostosowana do możliwości kobiety, jej potrzeb, budowy ciała, zaawansowania ciąży i wcześniej prowadzonej aktywności. Ćwiczenia pozytywnie wpływają na samopoczucie kobiety, jak również na przebieg samego porodu oraz poprawiają jakość snu. Umiarkowana aktywność fizyczna podczas prawidłowo rozwijającej się ciąży jest wskazana i korzystna dla matki oraz dziecka. Ciężarna powinna zrezygnować ze sportów obciążających organizm, wyczynowych, niosących ryzyko urazu oraz z sauny. Zaleca się jogę, pływanie czy spacer oraz uczęszczanie do szkoły rodzenia (6).

Otyłość, bądź nadwaga może utrudniać zajście w ciążę (nieregularne cykle miesiączkowe, brak owulacji) i wpływać negatywnie na jej przebieg (9).

Program szkoły rodzenia zachęca do prowadzenia odpowiedniego stylu życia, przestrzegania zbilansowanej diety, podejmowania aktywności fizycznej i rezygnacji z nałogów. Przygotowuje kobietę do aktywnego porodu, uczy technik oddychania, zasad parcia, a także technik relaksacyjnych (6).

Celem pracy była ocena wybranych zachowań zdrowotnych kobiet w ciąży mieszkających w Białymstoku i okolicach.

MATERIAŁ I METODY

Badania zostały zrealizowane w miesiącach lipiec–grudzień 2013 r., za pomocą autorskiego kwestionariusza ankiety w szkołach rodzenia. Grupę badawczą stanowiło 76 kobiet w ciąży zamieszkałych w Białymstoku i okolicach. Wszystkie respondentki zgodziły się na udział w badaniu oraz zostały poinformowane o jego poufności i możliwości rezygnacji na każdym etapie badania. Uzyskano zgodę lokalnej Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku (nr: R-I-002/152/2013).

Zebrany materiał empiryczny opracowano z wykorzystaniem metod opisowych oraz metod wnioskowania statystycznego. Do analizy statystycznej użyto programu Statistica 10.0 software by StatSoft. W celu sprawdzenia zależności między analizowanymi cechami wykorzystano test niezależności χ^2 (poziom istotności $\alpha = 0,05$).

WYNIKI I ICH OMÓWIENIE

Badania przeprowadzono wśród 76 kobiet w wieku od 18 do 41 lat (średnia wieku 28,4 lat). Najniższa masa ciała przed ciążą wyniosła 46 kg (w trakcie ciąży 49 kg), zaś najwyższa 89 kg (w trakcie ciąży 100 kg). Średnia wartość BMI przed ciążą stanowiła 22,69 kg/m², a podczas ciąży 26,30 kg/m².

Wśród badanych kobiet 61% mieszkało w mieście od 100 do 500 tys. mieszkańców, na wsi zaś 18% ankietowanych. Reszta – ok. 19% pochodziła z miast do 100 tys. mieszkańców. 83% kobiet badanych była zamężna. Panny stanowiły 9%, a kobiety pozostające w związku nieformalnym 8%. Ponad połowa badanych kobiet posiadała wykształcenie wyższe, ok. 30% – średnie, zaś 3% kobiet – podstawowe.

U 65% pytanek kobiet była to pierwsza ciąża. Tylko 26% kobiet była po raz drugi w ciąży, zaś w trzeciej tylko 9% kobiet. Znaczna część kobiet w momencie badania była w dziewiątym miesiącu ciąży (33%), najmniej kobiet było w miesiącu czwartym (3%). Aż 64% kobiet planowało zajście w ciążę, nie planowało ciąży 21% kobiet.

Aktywność fizyczna

Aby utrzymać prawidłowy bilans kaloryczny i energetyczny diety należy uwzględnić rolę i znaczenie aktywności fizycznej u kobiet w ciąży. Jeśli ciąża przebiega prawidłowo i nie występują żadne przeciwwskazania medyczne, należy wdrożyć bądź kontynuować regularną aktywność fizyczną. Wśród najczęściej zalecanych występują spacer, proste ćwiczenia wzmacniające kręgosłup, joga, nordic-walking i inne (6, 10).

Ponad połowa kobiet dobrze oceniła swoje samopoczucie, a 30% nawet bardzo dobrze. Równocześnie ponad połowa kobiet nie uprawiała żadnej aktywności fizycznej podczas trwania ciąży (spowodowane brakiem czasu, chęci do aktywności oraz gorszym samopoczuciem). Tylko 21% kobiet uprawiała aktywność fizyczną przed ciążą i kontynuowało w czasie ciąży – najczęściej były to spacer, jazda rowerem i pływanie. Rozpoczęcie aktywności fizycznej w czasie ciąży zadeklarowało 22% kobiet, najczęściej spacerowały, gimnastykowały się lub uczęszczały na zajęcia szkół rodzenia.

W badaniu przeprowadzonym przez *Godala* i współprac. (6) wśród ciężarnych kobiet zamieszkałych w Łodzi, aż 77% respondentek stwierdziło, iż jest aktywna fizycznie (spacer, pływanie i gimnastyka). Podobne wyniki otrzymała *Zysnarska* i współprac. (2) u 75% respondentek. Niższe wyniki otrzymał *Adamczyk* i współprac. (10) analizując wpływ miejsca zamieszkania na zachowania zdrowotne ciężarnych. Wyniki wykazały, iż jedynie połowa respondentek podejmowała jakąś aktywność fizyczną w czasie ciąży. Najczęstszą formą aktywności był spacer (75% kobiet). Zauważono również, iż 75% kobiet z Łukowa i 86% kobiet z Warszawy poświęcało dużo czasu na obowiązki domowe. Zachowania zdrowotne kobiet ciężarnych badanych przez

Gacek (9) przeprowadzone u respondentek z krakowskich szpitali w 2005/2006 r. dowiodły, iż 48% kobiet młodszych i 39% kobiet starszych nie podejmowało żadnej aktywności ruchowej w czasie ciąży. Jedynie 9% wszystkich respondentek podejmowało aktywność fizyczną każdego dnia, a kilka razy w tygodniu 15%.

Zachowania żywieniowe

Żywnienie kobiet ciężarnych nie powinno odbiegać od ogólnych zasad racjonalnego żywienia, opracowanych przez Instytut Żywności i Żywienia w Warszawie. Zasady te bowiem uwzględniają proces i przebieg ciąży. Istotne znaczenie ma regularność spożywanego produktów, tym bardziej, iż w trakcie trwania ciąży zapotrzebowanie na niektóre składniki zwiększa się w niewielkim stopniu. Odpowiedni dobór tych produktów w zalecanych proporcjach wpływać będzie na jej prawidłowy przebieg i rozwój. Najczęstsze zalecenia dotyczą głównie ilości spożywanego posiłków w ciągu dnia (5–6 posiłków) oraz unikania długich przerw między nimi – powyżej 3 godz. (8, 9).

Tylko 9% kobiet stosowało specjalną dietę przed planowanym zajściem w ciążę, a aż 84% nie zmieniło swoich nawyków żywieniowych. Lekką modyfikację jadłospisów po zajściu w ciążę wprowadziło 62% kobiet, a 20% z nich całkowicie zmieniło. Przy diecie takiej samej jak przed ciążą pozostało 18% kobiet. Prawie 50% przebadanych kobiet spożywało podczas ciąży 5 posiłków dziennie, a 22% spożywało 4 posiłki i tyle samo kobiet nie spożywało regularnie.

Zachowania żywieniowe kobiet ciężarnych analizowane przez *Zysnarską* i współpr.(2) wykazały, iż 52% ciężarnych kobiet zmieniło sposób żywienia w czasie ciąży. Poziom wiedzy żywieniowej a wybrane aspekty sposobu żywienia kobiet w Warszawie badała *Myszkowska-Ryciak* i współpr. (11) wykazując, że 74% badanych kobiet zmieniło sposób żywienia po zajściu w ciążę. Odżywianie kobiet w okresach przed i w trakcie ciąży badała *Mędreła-Kuder* i współpr. (12) wykazując, iż 34% ciężarnych spożywało dziennie 5 posiłków. Niewiele mniej kobiet (28%) spożywało 4 posiłki, a 6 posiłków spożywało dziennie 22% respondentek.

Zażywanie leków / Suplementacja diety

Podczas ciąży wapń zapewnia prawidłową gęstość kostną u noworodka, jak również zapobiega wystąpieniu nadciśnienia ciążowego i porodu przedwczesnego u matki. Należy jednak pamiętać, że do efektywnego przyswajania wapnia potrzebne jest odpowiednie spożycie witaminy D. Podstawową rolę w wytwarzaniu hemoglobiny pełni żelazo. Skutkiem niedoboru tego pierwiastka jest niedokrwistość, która u kobiet ciężarnych może przyczyniać się do powstawania infekcji w drogach moczowych, niskiej masy urodzeniowej noworodka i porodu przedwczesnego. Odpowiednie spożycie cynku podczas ciąży zapobiega niskiej masie urodzeniowej noworodka i porodowi przedwczesnemu. Niedobór jodu w diecie kobiety ciężarnej może skutkować zaburzeniami pracy tarczycy oraz uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego dziecka, wadami wrodzonymi, zaburzeniami rozwoju psychosomatycznego dziecka, wzrostu ryzyka poronień i śmierci okołoporodowej. Na zmniejszenie występowania niskiej masy urodzeniowej dziecka ma także wpływ odpowiednie spożycie magnezu we wczesnym okresie ciąży. Do pewnego stopnia zabezpiecza on również przed wystąpieniem stanu przedrzucawkowego i porodem przedwczesnym (3).

Ponad 60% badanych kobiet zażywało leki podczas trwania ciąży, ale tylko po konsultacji z lekarzem. Prawie 40% nie zażywało leków, a jedna z badanych kobiet zażywała leki bez konsultacji z lekarzem. Aż 91% kobiet zażywało kwas foliowy. Wśród ankietowanych 96% posiadało wiedzę na temat roli i znaczenia kwasu foliowego. Zażywanie suplementów diety zadeklarowało 89% respondentek. Najczęściej przyjmowanym suplementem diety były preparaty wielowitaminowe (33% kobiet). Na drugim miejscu pod względem częstości zażywania znalazły się preparaty zawierające składniki mineralne – 28% kobiet. Suplementację witaminami zadeklarowało 22% kobiet.

Zalewska i współpr. (13) badała narażenie kobiet w ciąży na leki, używki i stres pacjentek przychodni ginekologiczno-położniczych w Lublinie w 2012 r. wskazując, że 40% kobiet w przypadku wystąpienia dolegliwości, zażyłaby lek bez konsultacji z lekarzem. W badaniu przeprowadzonym przez *Gacek* (9), leki przeciwbólowe zażywało 7% kobiet ciężarnych. Natomiast leki uspokajające przyjęło 1% respondentek.

Suplementację kwasem foliowym wśród kobiet w wieku reprodukcyjnym analizował *Urbaniaak* i współpr. (7) badając wpływ suplementacji diety na masę urodzeniową noworodka w 2009/2010 r. wskazując, że aż 89% kobiet przyjmowało kwas foliowy w czasie trwania ciąży. Niewiele niższe wyniki (86%) uzyskał *Jarosz* i współpr. (14) prowadząc badania dotyczące suplementacji kwasem foliowym diet kobiet ciężarnych w Warszawie. Wśród ciężarnych mieszkanek Łodzi suplementację kwasem foliowym w czasie trwania ciąży rozpoczęło 55% kobiet. Częściej były to kobiety posiadające wykształcenie wyższe niepełne (8). W badaniu *Mędreli-Kuder* i współpr. (12) jedynie 50% respondentek zadeklarowała przyjmowanie preparatów farmakologicznych zawierających kwas foliowy. *Laskowska-Kłita* i współpr. (3) oceniała wpływ suplementacji kwasem foliowym na masę urodzeniową dziecka u kobiet palących tytoń i spożywających alkohol w czasie trwania ciąży. Do suplementacji kwasem foliowym przyznało się 58% badanych kobiet.

Aż 99% kobiet biorących udział w badaniu *Urbaniaaka* i współpr. (7) przyznało się do stosowania suplementów diety regularnie. W badaniu *Mędreli-Kuder* i współpr. (17) suplementację preparatami wielowitaminowymi stosowało 67% kobiet ciężarnych. Sporadycznie środki te przyjmowało 16% ankietowanych. Niższe wyniki uzyskała *Godala* i współpr. (8) u kobiet ciężarnych – 50% respondentek.

Palenie tytoniu

Palenie papierosów jest jednym z modyfikowalnych czynników poddających się redukcji. Jest ono nie tylko niebezpieczne w trakcie trwania ciąży ale również u osób nie będących w specyficznych stanach fizjologicznych. Szacuje się, iż czynnie palących kobiet w Polsce jest ok. 5 mln. Zagrożenia, które mogą wynikać z palenia tytoniu są uzależnione m.in. od liczby wypalanych papierosów, ich typu, wieku rozpoczęcia palenia tytoniu przez kobietę oraz ekspozycji kobiet na inhalację nikotyny. Zarówno palenie przez samą matkę, jak i otoczenie bywa jednym z teratogennych czynników okresu trwania ciąży. Narzędziem w przypadku realizacji profilaktyki chorób odtytoniowych jest edukacja zdrowotna, przy czym jej podstawę stanowią głównie działania motywacyjne, służące zaprzestaniu palenia. Postawa asertywna przyszłych matek może pozytywnie wpływać na eliminację zagrożeń wynikających także z biernego palenia w otoczeniu i ich braku wiedzy z tego zakresu (2, 4).

Prawie 70% badanych nie paliło papierosów podczas ciąży jak i przed nią. Zaprzestało palenia papierosów 24% kobiet. Nie zrezygnowało z palenia papierosów na czas ciąży 8% kobiet. 100% badanych kobiet nie spożywało podczas ciąży alkoholu. Jedynie 99% kobiet była świadoma zagrożeń jakie niesie za sobą palenie tytoniu jak i spożywanie alkoholu podczas trwania ciąży. Żadna z badanych kobiet nie zażywała substancji odurzających i środków nasennych podczas ciąży.

W badaniu *Zalewskiej* i współpr. (13) 17% kobiet zaprzestało palenia tytoniu w trakcie ciąży, a kontynuowało 9% respondentek. *Bucholc* i współpr. (4) przeprowadzając badania dotyczące zagrożeń zdrowia płodów i noworodków spowodowane paleniem tytoniu przez matki w okresie ciąży w oparciu o dokumentację medyczną wskazywał, iż 36% kobiet paliło tytoń przed zajściem w ciążę, 43% z nich zaprzestało, zaś kontynuowało 57%. Jedynie 69% kobiet uważało, iż palenie tytoniu podczas ciąży ma wpływ na ryzyko wystąpienia chorób w przyszłości. Wpływ palenia tytoniu na ciążę analizował *Gacek* (9) wykazując, iż podczas ciąży paliło aż 20% ciężarnych. Podobny wynik (23%) uzyskała *Krzyżcin* i współpr. (1). *Wierzejska* i współpr. (5) uzyskała wyższe wyniki wykazując, iż 37% kobiet paliło papierosy przed zajściem w ciążę, z czego z palenia w trakcie ciąży zrezygnowało 45%, a kontynuowało palenie aż 55% ankietowanych. W badaniu *Godali* i współpr. (6) 30% kobiet zaprzestała palenia tytoniu na czas ciąży. Do palenia papierosów w okresie ciąży przyznało się 20% badanych kobiet. *Zysnarska* i współpr. (13) badając rozpowszechnienie palenia wśród ciężarnych kobiet uzyskała zupełnie inne wyniki – 100% nie paliła papierosów podczas ciąży.

Konsumpcja alkoholu

Należy również podkreślić, iż nie zawsze rozwija się pełnoobjawowy FAS, często rozpoznaje się tzw. Alkoholowy efekt płodowy – FAE. Nie ustalono bezpiecznej dawki alkoholu dla kobiet w ciąży, aczkolwiek każda dawka wiąże się z ryzykiem wystąpienia zaburzeń faz rozwojowych u dziecka (5, 13).

W badaniu *Wierzejskiej* i współpr. (10) wśród kobiet spożywających alkohol przed ciążą (74%), 48% zaprzestało, a będąc w ciąży 52% kobiet kontynuowało ale z różną częstotliwością, regularnie – 2%. W badaniu *Zalewskiej* i współpr. (13) spożycie alkoholu zadeklarowało 20% badanych kobiet i tyle samo uważało, że nie jest to szkodliwe. Reszta kobiet (80%) uważała, iż należy unikać spożywania alkoholu w czasie trwania ciąży, gdyż nie jest znana najmniejsza ilość alkoholu, która wywołuje niekorzystne działanie. Wyniki jakie otrzymała *Gacek* (9) wskazują, iż aż 60% kobiet piła w okresie ciąży alkohol w postaci wina, a 40% respondentek piwo. Aż 44% ciężarnych badanych przez *Godalę* i współpr. (6) konsumowała alkohol w trakcie ciąży (wino – 51%, piwo – 33%, mocny alkohol – 8%).

Konsumpcja kofeiny

Spożywanie większej ilości kofeiny również może mieć wpływ na nieprawidłowy przebieg trwania ciąży. Zaleca się, aby kobieta ciężarna unikała jej konsumpcji. W wyjątkowych sytuacjach ogranicza się do 1–2 filiżanek słabo parzonej kawy (5).

Tylko 43% kobiet podczas ciąży nie piło kawy, 38% kobiet spożywało kawę sporadycznie, a 19% regularnie. Największa częstotliwość picia kawy to kilka razy

w tygodniu (42% kobiet), kilka razy w miesiącu (30% kobiet), zaś kilka razy podczas trwania ciąży – 28% respondentek.

W badaniu przeprowadzonym przez *Wierzejską* i wspólr. (5) ponad połowa respondentek spożywała kawę podczas ciąży, zaś zaprzestało 26% .

Szkoła rodzenia

Należy podkreślić, iż okres ciąży, porodu i położu jest momentem bardzo stresującym dla przyszłej matki, zwłaszcza jeśli odbywa się pierwszy raz. Szkoły rodzenia są miejscem, w których przygotowuje się kobiety do tej roli, a także ewentualnych możliwych komplikacji przy porodzie. Istnieje wiele doniesień naukowych, w których podkreśla się rolę i znaczenie tych instytucji, a także wpływu na samopoczucie ciężarnych. Także podczas regularnych spotkań na takim kursie kobiety poszerzają swoją wiedzę na temat m.in. porodu, aktywności fizycznej, higieny osobistej, racjonalnego żywienia, radzenia sobie ze stresem, wyboru formy porodu i miejsca porodu (9, 10).

Do szkoły rodzenia uczęszczało ponad 30% badanych kobiet, zaś 17% zamierzało uczęszczać. Połowa grupy badanej nie uczęszczała do szkoły rodzenia.

W badaniu *Adamczyka* i wspólr. (10) stosunkowo niewiele respondentek uczęszczało na zajęcia w szkole rodzenia. Wśród kobiet badanych przez *Gacek* (9) jedynie 7% brało udział w zajęciach szkoły rodzenia. Spośród respondentek badanych przez *Godalę* i wspólr.(6) 18% uczęszczało do szkoły rodzenia, a 25% zamierzało uczęszczać. Aż 57% ciężarnych w momencie badania nie brało udziału w zajęciach szkoły rodzenia i nie zamierzało tego zrobić w przyszłości .

Z pasów bezpieczeństwa w samochodzie korzystało i zamierzało korzystać do końca ciąży 53% kobiet. We wczesnym okresie ciąży z pasów korzystało 22% kobiet. W ogóle nie korzystało z pasów bezpieczeństwa 12% kobiet, a 13% nie korzystało podczas ciąży z samochodu.

Wizyty kontrolne

Należy wspomnieć, iż wizyty kontrolne w trakcie ciąży są refundowane w placówkach, które mają podpisany kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia. Wówczas w ramach gwarantowanych, bezpłatnych wizyt, domagać się można skierowań od lekarza na wszelkie niezbędne badania. Takie wizyty powinny odbyć się minimum dwa razy w pierwszym trymestrze, natomiast w każdym kolejnym zależne są adekwatnie od rozwoju ciąży i jej długości trwania. Także w ramach ubezpieczenia zdrowotnego przysługuje bezpłatny poród w przygotowanej do tego placówce, obserwację w szpitalu dla matki i noworodka (najczęściej 2–3 dni), wizyty kontrolne po porodzie (zarówno u matki jak i u dziecka).

Na regularne wizyty kontrolne podczas trwania ciąży uczęszczało 100% kobiet. Tylko 80% kobiet posiadało wiedzę na temat liczby badań USG wykonywanych podczas prawidłowo przebiegającej ciąży. 86% kobiet rozumiało, iż czynnik Rh i grupę krwi oznacza się w celu wykrycia i określenia zagrożenia konfliktem serologicznym. Aż 93% kobiet były świadome w jakim celu wykonuje się badania prenatalne.

Adamczyk i wspólr. wykazał, iż zdecydowana większość kobiet badanych odbyła 7 lub więcej wizyt u lekarza prowadzącego ciążę (10).

Praca przy komputerze

Ciąża, która przebiega prawidłowo nie stanowi przeciwwskazań do wykonywania pracy zawodowej. Jeśli owa praca nie jest nadmiernie obciążająca, nie występują też czynniki niebezpieczne dla płodu to przyszła matka może być jak najdłużej aktywna zawodowo. Wśród najczęstszych wymienianych szczególnie uciążliwych bądź szkodliwych wyróżnić można prace związane z dużym wysiłkiem fizycznym, przenoszeniem ciężarów, pracą w zimnym/gorącym/zmiennym klimacie, podczas hałasu, drgań, promieniowania jonizującego/nadfioletowego, pod ziemią (15).

Aż 80% badanych kobiet spędzało przed komputerem do 4 godz. dziennie, a jedynie 20% kobiet powyżej 4 godz. Tylko 43% kobiet było świadomych zagrożeń jakie niesie za sobą zbyt długie korzystanie z komputera podczas trwania ciąży, a 17% kobiet nie posiadało tej świadomości. Odpowiedź *trudno powiedzieć* wskazało 40% kobiet badanych.

Wdowiak i współpr.(15) przeprowadzili badania dotyczące wpływu pracy przy komputerze i używania telefonu komórkowego na dobrostan noworodka wskazując, iż 40% badanych kobiet pracowało przy komputerze w czasie trwania ciąży. Aż 60% z nich spędzało przy komputerze ponad 4 godz. dziennie. W Rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 10 września 1996 r. (Dz. U. nr 114, poz. 545 z późn.zm) i Kodeksie Pracy w sprawie wykazu prac szczególnie uciążliwych lub szkodliwych dla zdrowia kobiet ustalono, iż praca przy monitorach trwająca dłużej niż 4 godz. dziennie jest szkodliwa dla zdrowia kobiet w ciąży.

Wykazano istotną zależność ($p < 0,05$) między wykształceniem respondentek a zażywaniem przez nie kwasu foliowego (tab. I).

Tabela I. Wykształcenie a suplementacja kwasu foliowego

Table I. Education and folic acid supplementation

		Wykształcenie					Ogółem	Test χ^2
		Podstawowe	Gimnazjalne	Średnie	Wyższe niepełne	Wyższe		
Suplementacja kwasem foliowym	Tak	0	67%	86%	100%	98%	91%	$p < 0,005$
	Nie	100%	33%	14%	0	2%	9%	

Wykazano istotną zależność ($p < 0,05$) między miejscem zamieszkania a aktywnością fizyczną w czasie ciąży (tab. II).

Tabela II. Miejsce zamieszkania a aktywność fizyczna kobiet ciężarnych

Table II. Place of residence and physical activity of pregnant women

		Miejsce zamieszkania					Test χ^2
		Miasto				Wieś	
		100–500 tys.	50–100 tys.	10–50 tys.	<10 tys.		
Aktywność fizyczna	Rozpoczęta	26%	0	29%	0	14%	$p < 0,047$
	Kontynuowana	20%	80%	29%	0	7%	
	Brak	54%	20%	42%	100%	79%	

Nie wykazano natomiast zależności między cechami takimi, jak wykształcenie i miejsce zamieszkania oraz wiekiem, a obecną dietą, zażywaniem leków, suplementów diety, paleniem papierosów, świadomością zagrożeń jakie niesie za sobą palenie papierosów, spożywaniem alkoholu podczas ciąży, kawy, uczęszczanie do szkoły rodzenia, korzystaniem z pasów bezpieczeństwa czy czasem spędzonym przed komputerem.

WNIOSKI

Uzyskane wyniki świadczą o niskiej świadomości kobiet dotyczącej wpływu aktywności fizycznej na przebieg ciąży i powrót do formy sprzed okresu ciąży. Należy regularnie edukować zarówno kobiety, jak i personel medyczny na temat zdrowych zachowań, prawidłowej diety i przyjmowania suplementów diety przed zajściem w ciążę i/lub w trakcie jej trwania.

A. E. Charkiewicz, W. J. Omeljanuk, K. Piotrowska

DETERMINANTS OF HEALTH OF PREGNANT WOMEN IN BIALYSTOK

Summary

Aim: The aim of the study was to evaluate health behaviors (especially eating habits, physical activity and the use of stimulants) of pregnant women living in Białystok and its vicinity.

Materials and methods: The study was conducted in 2013, using a proprietary questionnaire, among 76 pregnant women aged 18 to 41 years.

Results: The results indicate that the majority of women did not practise any physical activity during pregnancy, while most of them changed or slightly modified their diet. About 90% of women used folic acid and other dietary supplements. Most women (90%) did not smoke tobacco during pregnancy, and all the ladies did not drink alcohol. Only one woman was not aware of the impact of cigarettes and alcohol on pregnancy. Most women (93%) had adequate knowledge of prenatal care.

Conclusions: The results point to low awareness of the impact of women's physical activity on pregnancy and return to pre-pregnancy fitness and shape. Women should be educated about the correct diet and the necessary dietary supplementation before pregnancy.

PIŚMIENNICTWO

1. Krzyścin M., Kluza M., Chuchracki A., Markwitz W., Bręborowicz G. H.: Palenie papierosów w sa-mooencie kobiet ciężarnych. *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia*. 2013; 6(3): 152-60. – 2. Zysnar-ska M., Adamek R., Kara I.: Rozpowszechnienie palenia papierosów wśród kobiet ciężarnych. *Przegl. Lek.* 2009; 66(10): 719-21. – 3. Laskowska-Klita T., Chelchowska M., Ambroszkiewicz J., Gajewska J., Oltarzewski M.: Wpływ stosowania suplementacji kwasem foliowym diety kobiet palących tytoń i spo-żywiających alkohol w czasie ciąży na masę urodzeniową dzieci w oparciu o badania populacyjne. *Przegl. Lek.* 2011; 68(10): 721-3. – 4. Bucholc M., Wiktor H., Buchajczuk C.: Influence of the domicile on healthy behaviors of pregnant women. *Zdr. Publ.* 2012; 122(3): 274-8. – 5. Wierzejska R., Jarosz M., Sawicki W., Stelmachów J., Siuba M.: Antyzdrowotne zachowania kobiet ciężarnych. Tytoń, alkohol, kofeina. *Żyw. Człow. Metabol.* 2011; 38(2): 84-8. – 6. Godala 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): 43-7. – 7. Urbaniak T., Klejewski A., Pisanska M., Kostecka E.: Wpływ suplementacji diety na masę urodzeniową noworodka. *Przegl. Lek.* 2012; 69(10): 1015-20. – 8. Godala M., Pietrzak K., Łaszek M., Gawron-Skarbek A., Szatko F.: Zachowania zdrowotne łódzkich kobiet w ciąży.

Cz. I. Sposób żywienia i suplementacja witaminowo-mineralna. *Probl. Hig. Epidemiol.* 2012; 93(1): 38-42. – 9. *Gacek M.*: Niektóre zachowania zdrowotne oraz wybrane wskaźniki stanu zdrowia grupy kobiet ciężarnych. *Probl. Hig. Epidemiol.*, 2010; 91(1): 48-53. – 10. *Adamczyk J. G., Turska A., Boguszewski D.*: Influence of the domicile on healthy behaviors of pregnant women. *Zdr. Publ.*, 2012; 122(4): 353-8.

11. *Myszkowska-Ryciak J., Gurtatowska A., Harton A., Gajewska D.*: Poziom wiedzy żywieniowej a wybrane aspekty sposobu żywienia kobiet w okresie ciąży. *Probl. Hig. Epidemiol.*, 2013; 94(3): 600-4. – 12. *Mędreła-Kuder E.*: Porównanie odżywiania kobiet w okresach przed i w czasie ciąży. *Żyw. Człow. Metabol.*, 2007; 34(1/2): 701-5. – 13. *Zalewska L., Horbaczewska J., Zalewski G., Falkowski A., Włoch K., Książek P.*: Narażenie kobiet ciężarnych na używki, leki oraz stres. *Zdr. Publ.* 2013; 123(2): 128-32. – 14. *Jarosz M., Wierzejska R.*: Suplementacja kwasem foliowym diet kobiet ciężarnych. *Żyw. Człow. Metabol.* 2007; 34(5): 1499-508. – 15. *Wdowiak A., Lewicka M., Sulima M., Kais A., Stec M., Skrzypczak M., Sawicki K., Kapka-Skrzypczak L.*: Praca przy komputerze i korzystanie z telefonu komórkowego a dobrostan noworodka. *Probl. Hig. Epidemiol.*, 2012; 93(4): 698-701.

Adres: 15-295 Białystok, ul. Szpitalna 37