

**POMORSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY
W SZCZECINIE**



mgr Katarzyna Nowakowska-Brewka

***ŚWIADOMOŚĆ I REALIZACJA ZACHOWAŃ
PROZDROWOTNYCH WŚRÓD POŁOŻNIC***

*AWARENESS AND IMPLEMENTATION OF POSITIVE HEALTH
BEHAVIOURS AMONG WOMEN IN POSTPARTUM PERIOD*

Rozprawa doktorska w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu
Dyscyplina nauki o zdrowiu

Promotor: *prof. dr hab. n. med. Agnieszka Kordek*

Szczecin 2023r.

*Serdecznie dziękuję Mojej Promotor
Pani prof. dr hab. n. med. Agnieszce Kordek
za cenne wskazówki i pomoc w realizacji niniejszej rozprawy.*

*Bardzo dziękuję mojej rodzinie:
Mężowi i Córeczce za wyrozumiałość i wsparcie w trudnych momentach,
Mamie i Tacie za nieustającą wiarę w moje możliwości.*

SPIS TREŚCI

WYKAZ STOSOWANYCH SKRÓTÓW.....	5
I.1 WPROWADZENIE.....	6
I.2 DEFINICJE ZDROWIA	7
I.3 MODELE ZDROWIA	8
I.3.a Biomedyczny model zdrowia	8
I.3.b Holistyczny model zdrowia	9
I.3.c Model salutogenezy	11
I.4 CZYNNIKI WARUNKUJĄCE ZDROWIE	12
I.5 ZACHOWANIA ZDROWOTNE.....	14
I.6 KLASYFIKACJE ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH.....	15
I.7 UWARUNKOWANIA ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH	17
I. 8 MODELEZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH	19
I.9 WYBRANE ZACHOWANIA ZDROWOTNE KOBIET W POŁOGU	22
I.9.a Aktywność fizyczna.....	22
I.9.b Odżywianie	23
I.9.c Sen i regeneracja	25
I.9.d Karmienie piersią.....	26
I.9.e Zachowania zdrowotne w odniesieniu do noworodka.....	29
I.9.f Używki	30
II. CEL PRACY	34
III. MATERIAŁ I METODY	35
III.1 MATERIAŁ	35
III.2 METODY	36
III.3 ANALIZA STATYSTYCZNA.....	38
IV. WYNIKI BADAŃ	39

IV.1 CHARAKTERYSTYKA RESPONDENTEK.....	39
IV.2 ZACHOWANIA ZDROWOTNE I ICH ŚWIADOMOŚĆ WEDŁUG ANKIETY AUTORSKIEJ.....	41
IV.2.a Analiza korelacji danych z ankiety autorskiej	49
IV.3 INWENTARZ ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH WG JUCZYŃSKIEGO.....	57
IV.2.a Analiza korelacji danych z Inwentarza Zachowań Zdrowotnych.....	59
IV.4 PORÓWNANIE WYNIKÓW UZYSKANYCH Z ANALIZY DANYCH Z ANKIETY AUTORSKIEJ ORAZ Z IZZ	72
V. DYSKUSJA.....	74
VI. WNIOSKI	86
VII. STRESZCZENIE.....	87
VIII. SUMMARY	89
IX. PIŚMIENNICTWO.....	91
X. SPIS TABEL	104
XI. SPIS RYCIN	106
XII. ZAŁĄCZNIKI	107
XII.1. Kwestionariusz ankiety	107

WYKAZ STOSOWANYCH SKRÓTÓW

WHO – ang. World Health Organization, Światowa Organizacja Zdrowia

HBM – ang. Health Belief Model, model przekonań zdrowotnych

PMT – ang. Teoria motywacji do ochrony

TRA – ang. The Theory of Reasoned Action, teoria uzasadnionego działania

TPB – ang. The Theory of Planned Behaviour, teoria planowanego zachowania

PAPM – ang. Precaution Adoption Process Model, model procesu dostrzegania ryzyka

TTM – ang. Transtheoretical Model, model trans teoretyczny

HAPA – ang. Health Action Process Aproach, podejście procesualne

NREM – ang. non-rapid eye movement, sen wolnofalowy

REM - ang. rapid eye movement, sen paradoksalny

WZW A – wirusowe zapalenie wątroby typu A

WZW B – wirusowe zapalenie wątroby typu B

FASD – ang. Fetal Alcohol Spectrum Disorder, Spektrum Płodowych Zaburzeń
Alkoholowych

FAS – ang. Fetal Alcohol Syndrome, płodowy zespół alkoholowy

pFAS – ang. Partial Fetal Alcohol Syndrome, częściowy płodowy zespół alkoholowy

ARND – ang. Alcohol-Related Neurodevelopmental Disorder, neurorozwojowe zaburzenia
zależne od alkoholu

ARBD – ang. Alcohol-Related Birth Defects, wady wrodzone zależne od alkoholu

ND-PAE – ang. Neurobehavioral Disorder–Prenatal Alcohol Exposed, neurobehawioralne
zaburzenia zależne od prenatalnej ekspozycji na alkohol

IZZ – Inwentarz Zachowań Zdrowotnych

I. WSTĘP

I.1 WPROWADZENIE

Tematyka dotycząca zachowań zdrowotnych kobiet jest coraz częściej podejmowana w badaniach naukowych. Stanowi ważną metodę pomiaru stanu zdrowia, co jest niezbędne w procesie planowania edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia oraz tworzeniu programów profilaktycznych.

Pojęcie zdrowia wraz z rozwojem nauki, zyskało znacznie szerszy wymiar. Początkowo oznaczało jedynie brak choroby, natomiast aktualna definicja zdrowia wg WHO „to stan dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak choroby, kalectwa i niepełnosprawności” [1]. Istotny wpływ na kształtowanie zdrowia mają zachowania zdrowotne, czyli szeroko rozumiane zachowania prozdrowotne i antyzdrowotne.

Zachowania prozdrowotne to między innymi prawidłowe odżywianie, regularna aktywność fizyczna, właściwa długość i jakość snu oraz unikanie używek [2]. Niezwykle ważna jest wiedza dotycząca korzystnego wpływu tych zachowań na życie i zdrowie, czyli ich świadomość, a także realizacja tychże wśród kobiet. Szczególnie w czasie ciąży, kiedy właściwy styl życia znacząco wpływa na zmiany w organizmie kobiety, ale też na jej nienarodzone dziecko. Nie mniej ważny jest czas porodu. Urodzenie upragnionego dziecka jest zwieńczeniem całego okresu ciąży, w którym dochodzi do dynamicznych zmian w sferze psychicznej i fizycznej [3]. Oprócz zmian biologicznych, należy podkreślić zmianę w pełnieniu roli społecznej. Kobieta staje się matką.

Czas porodu obejmuje 6 tygodni po porodzie [3]. Wtedy to kobieta adaptuje się do roli matki. Zwłaszcza po urodzeniu pierwszego dziecka wyobrażenie macierzyństwa zostaje skonfrontowane z codziennością. W tym czasie zmianom mogą ulec również zachowania zdrowotne.

Problematyka niniejszej pracy dotyczy stopnia świadomości zachowań zdrowotnych i ich realizacji wśród kobiet w okresie porodu. Nieczęsto jest to temat będący przedmiotem badań naukowych w Polsce, dlatego postanowiono dokonać jego analizy w przedstawionej dysertacji. Głównym celem badań była ocena, czy stopień świadomości i realizacja zachowań prozdrowotnych zmienia się w związku z urodzeniem dziecka oraz czy jest zróżnicowana u położnic we wczesnym porodu i bezpośrednio po jego zakończeniu.

I.2 DEFINICJE ZDROWIA

Trudno znaleźć jednoznaczną, pełną definicję pojęcia „zdrowie”. Dotychczas wielu badaczy podejmowało się jej stworzenia, jednak poprzez różnice w przyjętej perspektywie, zwracano uwagę na inne aspekty tego zagadnienia [4].

Pierwszy dostępny opis pochodzi od ojca medycyny - Hipokratesa, który łączył zdrowie z dobrym samopoczuciem, a chorobę ze złym samopoczuciem. Natomiast warunkiem utrzymania zdrowia miała być równowaga między człowiekiem, a jego otoczeniem. Aktualne rozumienie tego terminu jest znacznie bardziej skomplikowane, ale biomedyczny model zdrowia wywodzi się właśnie z tej teorii [2; 5].

Współcześnie istnieje bardzo wiele znaczeń, podziałów i koncepcji zdrowia. Jest to konsekwencja licznych zmian, które zaszły w XIX i XX wieku. Przemiany społeczno-gospodarcze zapoczątkowały zmianę stylu życia ludzi. Stopniowe zanikanie aktywności ruchowej na rzecz siedzącego trybu życia, nieprawidłowe odżywianie czy stosowanie używek przyczyniło się do rozwoju chorób cywilizacyjnych. Z drugiej strony zwrócono szczególną uwagę na zaburzenia psychosomatyczne i etiologię chorób, czego skutkiem stała się pogłębiona wiedza na temat edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia i działań profilaktycznych. Dlatego dziś, próbą sklasyfikowania i zrozumienia pojęcia „zdrowie” zajmują się przedstawiciele nauk nie tylko medycznych, ale również społecznych, jak socjologia, psychologia, pedagogika zdrowia, a także nauk ekonomicznych czy nauk o zdrowiu [2; 6; 7; 8].

Nawiązując do potocznego postrzegania, zdrowie można rozumieć „jako brak objawów choroby i cierpienia”. W tym modelu najważniejszym punktem jest choroba, oznaczająca odstępstwo od właściwej anatomii i fizjologii organizmu biologicznego. Zdrowie oznacza więc stan przeciwny, czyli brak rozpoznania zjawisk chorobowych [4; 2]. Inną koncepcją jest rozpatrywanie zdrowia przez pryzmat kategorii rozwojowo-funkcjonalnych. „Zdrowie jako potencjał i właściwości człowieka oraz jego kontekst życia” to nie tylko zasób umożliwiający różnokierunkowy rozwój, ale też pozwalający na stawanie naprzeciw aktualnym wymaganiom. W tej koncepcji istotna jest zdolność człowieka do oddziaływania na wyzwania środowiska, a także dostosowanie do osiągnięcia pełni swoich możliwości (fizycznych, psychicznych, społecznych) [4; 9]. Bardziej irracjonalnym ujęciem, sformułowanym na podstawie psychologii ogólnej, jest „zdrowie jako wartość”. Zdrowie jako pozytywna wartość może stać się celem aktywności jednostki, natomiast choroba wartością

negatywną, której należy unikać. Jest to rezygnacja z pojmowania zdrowia jako atrybutu człowieka, na rzecz obiektywizacji zdrowia lokowanego poza jednostką [4; 2].

Natomiast w medycznym świecie obowiązuje przede wszystkim definicja Światowej Organizacji Zdrowia umieszczona w preambule do konstytucji w 1948 roku:

„Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.”

W przytoczonym dokumencie podkreślono prawo każdego człowieka do korzystania z najwyższego możliwego poziomu zdrowia oraz niezwykle ważne znaczenie zdrowia w kontekście bezpieczeństwa i osiągnięcia pokoju. Zwrócono uwagę na potrzebę współpracy jednostek i państw w zakresie promocji i ochrony zdrowia, a także na powszechne zagrożenie, jakie niesie za sobą nierówny rozwój krajów w tym zakresie. Ponadto wskazano znaczenie współpracy społeczeństwa i harmonijnego życia w środowisku jako podstawę dla zdrowego rozwoju dziecka oraz większego zdrowia ludzi. Potwierdzono także odpowiedzialność rządów za zapewnienie właściwych środków zdrowotnych i społecznych, co ma wpływ na zdrowie narodów. [1]

I.3 MODELE ZDROWIA

I.3.a Biomedyczny model zdrowia

Biomedyczny model zdrowia opiera się na mechanistycznej teorii przyrody Kartezjusza, która przede wszystkim polega na rozdzieleniu sfery ducha i materii (dualizm) oraz utożsamianiu świata materialnego z maszyną. Ciało człowieka należy zatem traktować jak skomplikowany układ mechaniczny, który funkcjonując prawidłowo jest w stanie zdrowia. Natomiast wszelkie zaburzenia funkcjonowania i odchylenia od starannie sprecyzowanych norm oznaczają chorobę, a człowiek jako jednostka nie ma na nią wpływu. Ta bierna postawa dotyczy również procesu leczenia. Według modelu biomedycznego wyłącznie specjalista, poprzez dobór odpowiedniego leczenia, kontroluje przebieg choroby i powrót pacjenta do zdrowia. Zupełnie pominięte są oddziaływania psychologiczne czy społeczne, a także zachowania zdrowotne. Obowiązkiem człowieka chorego jest jedynie

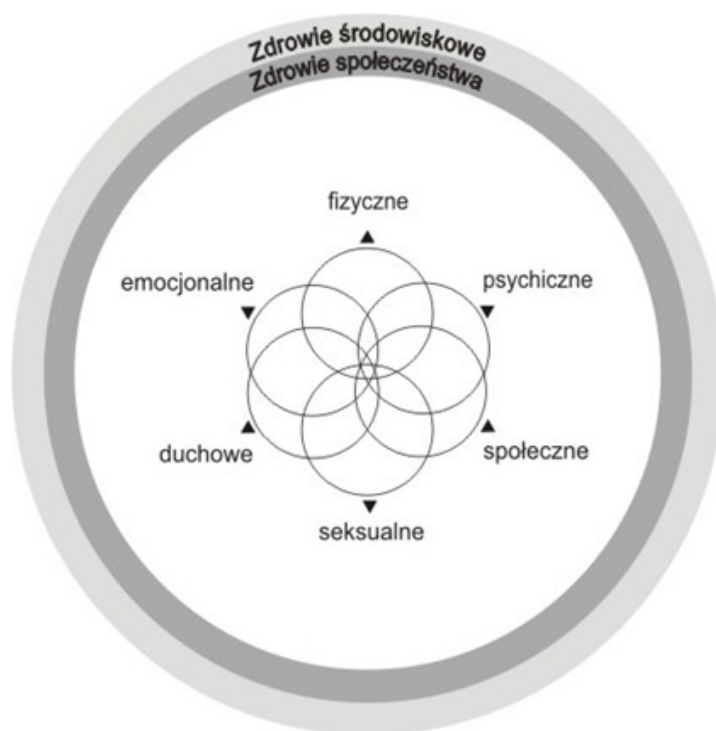
stosowanie się do zaleceń medycznych. Taka koncepcja zdrowia i choroby spowodowała znaczny rozwój nauk ścisłych i postęp techniczny w zakresie analityki medycznej [2; 4; 10; 11; 5; 12].

I.3.b Holistyczny model zdrowia

Holistyczny model zdrowia wywodzi się z potrzeby spojrzenia na człowieka w szerszej perspektywie. Według koncepcji holizmu wszelkie zjawiska można rozumieć i wyjaśniać w sposób całościowy bazując na Ogólnej Teorii Systemów Ludwiga von Bertalanffego. Oznacza to, iż każdy system stanowi jednocześnie całość i część większego systemu [2; 10; 5]. Julian Aleksandrowicz twierdził: „Człowiek to coś więcej niż suma komórek, tkanek i narządów. Człowiek to także coś więcej niż ciało i dusza. Człowiek pojmowany jako dynamiczny system funkcjonujący w sprzężeniu z innymi systemami, poddany oddziaływaniu środowiska przyrodniczego i społecznego, i sam na nieoddziałujący – to zupełnie nowa jakość” [2; 13; 12].

Holistyczny model zdrowia można przedstawić graficznie w formie koła. Centralnym obszarem jest zdrowie jednostkowe, czyli człowiek oraz wymiary jego zdrowia, które jednocześnie pozostają częścią zdrowia społeczeństwa oraz większego systemu – zdrowia środowiskowego [2].

Ryc. 1 Holistyczny model zdrowia



Źródło: Woynarowska B.: Edukacja zdrowotna. Wyd. Nauk. PWN. Warszawa. 2017 (wykorzystano jako materiał szkoleniowy z ogólnodostępnego podręcznika wyłącznie do celów niniejszej rozprawy, bez możliwości rozpowszechniania).

Poszczególne wymiary zdrowia jednostkowego to:

- Zdrowie fizyczne,
- Zdrowie psychiczne,
- Zdrowie emocjonalne,
- Zdrowie duchowe,
- Zdrowie społeczne,
- Zdrowie seksualne, prokreacyjne [2].

Zdrowie fizyczne (somatyczne) dotyczy organizmu biologicznego i jego funkcjonowania. Odnosi się do prawidłowej budowy anatomicznej oraz funkcjonowania poszczególnych układów i narządów, ale też do codziennych czynności wykonywanych przy właściwym poziomie sprawności bez objawów zmęczenia [2; 10; 7].

Zdrowie psychiczne wg Światowej Organizacji Zdrowia oznacza „dobrostan, w którym każdy człowiek realizuje swój własny potencjał, może radzić sobie z normalnymi

stresami codziennego życia, wydajnie pracować i jest zdolny do uczestnictwa w życiu swojej społeczności” (cyt. za Woynarowska) [2; 14].

Zdrowie emocjonalne to umiejętność radzenia sobie z sytuacjami stresowymi, napięciem i lękiem, a także rozpoznawanie oraz kontrolowanie trudnych emocji i wyrażanie ich w przystępny sposób [2; 14].

Zdrowie duchowe to pojęcie wieloznaczne i skomplikowane, gdyż jego definiowanie zależy od przekonań i wiary jednostek. Dla ludzi wierzących jest ściśle związane z religią, jej podstawowymi wartościami i praktykami. Może również oznaczać poczucie celu i sensu życia, doświadczanie spokoju i siły wewnętrznej oraz pozytywne nastawienie [2].

Zdrowie społeczne dotyczy umiejętności funkcjonowania i współpracy z ludźmi. Charakteryzuje się odpowiedzialnością zarówno za siebie jak i innych, ale także autonomią człowieka [2; 7].

Zdrowie seksualne i prokreacyjne to pozytywne postrzeganie seksualności, bez cech przymusu czy przemocy seksualnej oraz zdolność do prowadzenia bezpiecznego i racjonalnego życia seksualnego. Bardzo istotna jest również możliwość decydowania o posiadaniu potomstwa oraz dostęp do wiedzy na temat metod regulowania płodności [15; 2].

Wszystkie powyższe elementy są równie ważne, a zmiana w poszczególnym wymiarze oddziałuje na pozostałe. Natomiast uzyskanie zdrowia, według tego modelu, oznacza równowagę pomiędzy wszystkimi przedstawionymi wymiarami [2].

Holistyczny model zdrowia charakteryzuje obecnie najczęściej przytaczaną definicję zdrowia wg WHO: „Zdrowie to stan dobrego samo poczucia fizycznego, psychicznego i społecznego a nie tylko brak choroby lub kalectwa czy niepełnosprawności” [2].

I.3.c Model salutogenezy

Model salutogenezy, opracowany przez Aarona Antonovsky’ego jest przełomową koncepcją w promocji zdrowia i naukach o zdrowiu. Model ten uzupełnia biomedyczne ujęcie zdrowia. W codziennym życiu na człowieka oddziałuje tyle stresorów, chorób i innych zaburzeń, że nie należy postrzegać ich jako odstępstwa od normy. Wg Antonovsky’ego nie należy jednoznacznie rozgraniczać zdrowia i choroby jako dwóch przeciwstawnych stanów. Uważał on, że człowiek podczas swojego życia znajduje się na linii (kontinuum) łączącej pełne i idealne zdrowie z poważną, zagrażającą życiu chorobą. Pomiędzy tymi krańcami jest

nieskończona skala możliwości. Miejsce, które zajmuje jednostka, oddaje aktualny poziom jej zdrowia. Zdrowie jest więc wartością dynamiczną i zmienną. Człowiek dąży do znalezienia się jak najbliżej bieguna „zdrowie idealne” poprzez efektywne radzenie sobie ze stresorami, mając na względzie poczucie koherencji i zasoby odpornościowe. Zasoby odpornościowe mogą być dziedziczne jak cechy biologiczne człowieka lub uzyskane na drodze rozwoju osobistego [2; 16; 17; 10].

I.4 CZYNNIKI WARUNKUJĄCE ZDROWIE

Poszukując skutecznych metod poprawy zdrowia społeczeństwa zaczęto zwracać szczególną uwagę na czynniki ryzyka występowania chorób, przyczyny zgonów, a także podjęto próbę zidentyfikowania determinantów zdrowia [2]. Przełomowy okazał się rok 1974 kiedy to M. Lalonde (minister zdrowia i opieki społecznej w Kanadzie) opublikował raport przedstawiający koncepcję pól zdrowia. Dotychczas sądzono, że zdrowie jednostki zależy w głównej mierze od organizacji opieki zdrowotnej, a odtąd uznano iż uzależnione jest od czterech grup czynników:

- biologii człowieka (ok. 20%) ,
- środowiska (ok. 20%),
- stylu życia (ok. 50%),
- opieki medycznej (ok. 10%).

Takie przedstawienie czynników warunkujących zdrowie zmieniło kierunek polityki zdrowotnej i promocji zdrowia - uświadomiło ludziom, że sami mają największy wpływ na kształtowanie swojego zdrowia [2; 18; 19; 20].

Udoskonaloną i rozszerzoną koncepcją jest „mandala zdrowia” opracowana w 1985 roku przez T. Hancock i F. Perkins. Przedstawia ekosystem człowieka zwracając szczególną uwagę na wielopłaszczyznowy stosunek do zdrowia. Podkreśla rolę rodziny. Uwzględnia zależności i wpływ biologii i zachowań człowieka, a także środowiska fizycznego oraz psychospołecznego. Natomiast dopiero w dalszych kręgach przedstawia środowisko pracownicze, system medyczno-społecznej opieki, styl życia i społeczność, a najdalszy układ stanowi kultura i biosfera [2].

Kolejnym modelem czynników determinujących zdrowie jest „Tęcza polityki”, której autorami są G. Dahlgrena i M. Whitehead (1991). Centralnym punktem tego ujęcia są elementy niepodlegające zmianom, a więc czynniki biologiczne (czynniki konstytucjonalne, płeć, wiek). Następnie przedstawiony jest styl życia oraz sieci wsparcia społecznego, a zewnętrzną grupę stanowią czynniki społeczno-ekonomiczne, środowiskowe i kulturowe. Ostatni zbiór czynników jest współcześnie uważany za najbardziej istotny w procesie warunkowania zdrowia [2; 18; 21].

Ryc. 2 Społeczny model czynników warunkujących zdrowie "Tęcza polityki" zdrowia G. Dahlgrena i M. Whitehead (1991)



Źródło: Dahlgren G., Whitehead M.: European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2. W: Studies on social and economic determinants of population health. No. 3. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen 2007.

Wojnarowska B.: Edukacja zdrowotna. Wyd. Nauk. PWN. Warszawa. 2017 (wykorzystano jako materiał szkoleniowy z ogólnodostępnego podręcznika wyłącznie do celów niniejszej rozprawy, bez możliwości rozpowszechniania).

I.5 ZACHOWANIA ZDROWOTNE

Nie utworzono jak dotąd jednej, uniwersalnej definicji pojęcia „zachowania zdrowotne”, z którą utożsamialiby się badacze zarówno z dziedziny medycyny jak i psychologii oraz socjologii. Trudności polegają na odmiennej perspektywie badawczej. Stąd wyróżnić można wiele terminów dotyczących nazewnictwa zachowań dotyczących zdrowia, np.;

- zachowania zdrowotne,
- praktyki zdrowotne,
- zachowania medyczne,
- prozdrowotny styl życia,
- praktyki w chorobie,
- zachowania sprzyjające zdrowiu,
- zachowania ryzykowne dla zdrowia,
- zachowania antyzdrowotne [8].

Wg WHO zachowania zdrowotne to „każda aktywność człowieka, niezależnie od jego aktualnego i prognozowanego stanu zdrowia, podejmowana w celu promocji (wzmacniania) ochrony i utrzymania zdrowia, choć nie jest pewne, czy da ona efekt pozytywny”(cyt. za Woynarowska) [2].

Nieco inny punkt widzenia przyjął K. Puchalski, rozumiejąc pojęcie jako „wybrane przez obserwatora lub/i podmiot działania zachowania (czy typy zachowań), które na gruncie pewnego systemu wiedzy (przekonań potocznych, danej teorii naukowej czy ideologii społecznej) pozostają w istotnym, określonym w przyjętej opcji związku ze zdrowiem ujmowanym w znaczeniu ustalonym w tym systemie wiedzy” [22].

Jednak niezależnie od dziedziny nauki, a w konsekwencji przyjętej perspektywy, cechą wspólną każdej z definicji jest dostrzeżenie faktu, iż zachowania zdrowotne w sposób pośredni lub bezpośredni wpływają na zdrowie jednostki czy też grupy społecznej [11; 23].

Bardzo istotnym pojęciem w kontekście promocji zdrowia jest również „styl życia” określany wg WHO jako „sposób życia wynikający z możliwych do zidentyfikowania wzorów zachowań, które są uwarunkowane właściwościami osobowymi człowieka, interakcjami społecznymi oraz społeczno-ekonomicznymi i środowiskowymi warunkami życia”(cyt. za Woynarowska) [2].

I.6 KLASYFIKACJE ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH

Wyróżnia się szeroki zakres obejmujący klasyfikacje zachowań zdrowotnych. Najczęściej podział obejmuje dwa aspekty: pierwszy dotyczy samego stanu zdrowia, natomiast drugi, wpływu zachowań zdrowotnych na zdrowie [24].

Kasperek wyróżnia trzy grupy zachowań zdrowotnych, biorąc po uwagę płaszczyzny zdrowia wskazane w definicji wg WHO:

- psychiczne (optymizm, wysoka samoocena, skuteczna walka ze stresem, wiara w siebie, zaufanie do siebie, samokontrola organizmu),
- fizyczne (prawidłowe odżywianie, aktywność fizyczna, prawidłowa higiena osobista, prawidłowa długość i jakość snu),
- społeczne (dobre relacje z otoczeniem, umiejętność rozwiązywania konfliktów, prawidłowa komunikacja relacjach) [25].

Inne kryteria podziału przyjęły Heszen i Sęk, skupiając się na bardziej szczegółowej klasyfikacji:

- korzystny lub niekorzystny wpływ zachowania na zdrowie,
- poziom organizacji behawioralnej,
- cel działania oraz poziom świadomości,
- stan zdrowia, którego dotyczą poszczególne zachowania,
- treść zachowań, aktywności i sfera życia,
- zachowania, które wynikają z pełnionej w społeczeństwie roli [4].

Pierwszy punkt obejmuje podstawowy podział zachowań: prozdrowotne i antyzdrowotne. Działania prozdrowotne zapobiegają chorobom albo podtrzymują i utrwalają zdrowie. Mogą też sprzyjać zdrowieniu i promować zdrowie. Mają bezpośredni lub pośredni związek ze zdrowiem i samopoczuciem człowieka. Na przykład zażycie leku przeciwbólowego bezpośrednio wpłynie na obniżenie bólu. Ćwiczenia relaksacyjne bezpośrednio pomogą obniżyć poziom stresu, natomiast pośrednio mogą wpłynąć na poprawę sylwetki [4].

Analogicznie scharakteryzować można zachowania antyzdrowotne. Jako czynności niekorzystne zagrażają i niszczą zdrowie oraz utrudniają proces zdrowienia [4].

Poziom organizacji behawioralnej określa podział na nawykowe wzory zachowań i celowe działania zdrowotne. Nawyki są kształtowane od najmłodszych lat. Na młodego człowieka na początku oddziałuje środowisko przedszkolne, szkolne a także rodzina i najbliższe otoczenie. Stąd powstają nawyki higieniczne jak mycie zębów czy rąk oraz nawyki żywieniowe. Ważny jest również nawyk aktywnego spędzania wolnego czasu i uprawiania sportu [4].

Celowe, świadome zachowania związane ze zdrowiem pojawiają się podczas rozwoju człowieka i mają związek ze zmianą sytuacji życiowej. Zwykle są to zachowania korzystne dla zdrowia (rzadko zachowania antyzdrowotne mają charakter celowy). Intencjonalne zachowania zdrowotne można podejmować na przykład podczas przygotowania do ciąży i macierzyństwa [4; 26].

Zachowania zdrowotne klasyfikowane wg aktualnego stanu zdrowia można podzielić na:

- zachowania w sytuacji choroby,
- zachowania w sytuacji zdrowia,
- samoleczenie.

Podczas choroby, czy też załamania zdrowia człowiek skupia się na odnalezieniu diagnozy i poszukiwaniu pomocy, a w konsekwencji stosuje się do zaleceń lekarskich. Natomiast zachowania w sytuacji zdrowia to działania profilaktyczne jak na przykład szczepienia ochronne [26; 4].

Punkt obejmujący treść zachowań i sferę życia można podzielić na zachowania promocyjne (troska o zdrowie – planowanie strategiczne) a także zachowania prewencyjne czyli działania mające na celu ochronę przed chorobami [26].

Rola społeczna ma niezwykle istotne znaczenie w podejmowaniu zachowań zdrowotnych. Prozdrowotne działania w aspekcie opieki rodzicielskiej to na przykład karmienie naturalne, natomiast antyzdrowotne to stosownie używek, zwłaszcza w obecności dziecka [4; 26].

I.7 UWARUNKOWANIA ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH

Kształtowanie się zachowań zdrowotnych jest procesem zależnym od wielu czynników. Trwa przez całe życie jednak największy wpływ ma zwykle okres wczesnego dzieciństwa. Wtedy poprzez obserwacje rodziców i opiekunów, młody człowiek modeluje swoje zachowania tworząc nawyki. W późniejszych latach są one utrwalane, czy też modyfikowane, a w konsekwencji wpływają na styl życia i zdrowie dorosłego człowieka [2; 24; 11; 27].

Istotny jest również kontekst kulturowy i społeczny. Postrzeganie zdrowia, jego rozumienie i odczuwanie jest zależne od kultury. To samo dotyczy pojęcia i interpretowania choroby, odczuwania własnych objawów, a nawet zachowania w stosunku do przedstawicieli zawodów medycznych. Aspekt kulturowy w dużej mierze determinuje również poziom oraz styl życia członków zbiorowości [11; 28].

Współcześnie istotną rolę w profilowaniu zachowań zdrowotnych odgrywają media. Środki masowego przekazu jak telewizja, radio, internet są obecnie podstawowym źródłem informacji, między innymi o zdrowiu. To właśnie za pośrednictwem mediów, poprzez kampanie i ruchy społeczne promowane są prawidłowe zachowania i prozdrowotny styl życia. Nie brakuje jednak wzorców negatywnych, jak doniesienia o rzekomych korzyściach wynikających z głodzenia się oraz popularnych „ruchów antyszczepionkowych” [11; 29].

Czynniki społeczno-demograficzne jak płeć, wiek, wykształcenie, stan cywilny, sytuacja ekonomiczna i rodzinna również znacznie wpływają na świadomość i realizację zachowań zdrowotnych. Według badań, mężczyźni rzadziej niż kobiety wykonują badania profilaktyczne, a osoby posiadające dzieci częściej wdrażają w życie zachowania sprzyjające zdrowiu, niż osoby nieposiadające potomstwa [11; 30; 31; 32].

Zasadniczym wykładnikiem zachowań zdrowotnych są czynniki osobowościowe oraz charakter jednostki. Najczęściej wyróżnia się:

- poczucie koherencji,
- poczucie własnej skuteczności,
- umiejscowienie kontroli zdrowia,
- optymizm życiowy [11; 33].

Poczucie koherencji (spójności) zawiera trzy elementy, które są wzajemnie powiązane: zarozumiałość, zaradność/sterowność i sensowność. Pierwszy komponent

to składnik poznawczy czyli pojmowanie napływających bodźców jako jasnych, spójnych i uporządkowanych, co wpływa na przeświadczenie, iż można coś zrozumieć, ocenić oraz przewidzieć. Drugi komponent to składnik motywacyjno-emocjonalny, a więc zakres w którym dane zasoby są oceniane przez człowieka jako zadowalające, aby aktywnie przeciwdziałać problemom i trudnościom otoczenia. To niweluje poczucie bezradności wobec wydarzeń. Ostatni komponent to składnik motywacyjno- emocjonalny, czyli najważniejszy element poczucia koherencji. Wyraża skalę, w której człowiek ma poczucie sensowności życia i wiary, że warto podjąć wysiłek. Wysoki stopień sensowności może mieć pozytywny wpływ na pozostałe czynniki, a osoby charakteryzujące się silnym poczuciem koherencji, częściej demonstrują zachowania prozdrowotne [34].

Poczucie własnej skuteczności według Juczyńskiego stanowi najważniejszy determinant nasilenia zachowań zdrowotnych. Jednostka wyrażająca przekonanie o własnej zdolności do osiągnięcia celu, przedstawia też więcej motywacji do wdrażania zachowań prozdrowotnych [35].

Umiejscowienie kontroli zdrowia podzielono na trzy obszary: wewnętrzny, wpływ innych oraz przypadek. Wymiar wewnętrzny opisuje wyobrażenie, że zdrowie jest kontrolowane przez własne zachowanie jednostki. Wpływ innych to przeświadczenie, że na zdrowie oddziałuje wpływ osób, które mają większe możliwości. Przypadek wyraża pogląd, że zdrowie jest zależne od losu. Największe zaangażowanie w działania prozdrowotne mają osoby charakteryzujące się wewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia [36].

Optymizm życiowy jest ściśle związany z motywacją do prowadzenia prozdrowotnego stylu życia i podejmowania zachowań korzystnych dla zdrowia. Poczucie pozytywnego skutku wzmacnia podejmowanie wysiłku powodującego jego osiągnięcie [37].

Ponadto, jako osobiste zasoby jednostki warunkujące zachowania zdrowotne, można wyróżnić:

- poczucie własnej wartości,
- radzenie sobie ze stresem,
- ocena i wartościowanie zdrowia [11].

Natomiast rozpatrując kontekst zachowań antyzdrowotnych i ryzykownych, można wyróżnić następujące cechy osobowości, predysponujące do ich podejmowania:

- niska samoocena,
- niska odporność na stres,

- niedojrzałość emocjonalna,
- przesadna zależność od innych [11].

I. 8 MODELE ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH

Proces zmiany istniejących i kształtowania nowych zachowań zdrowotnych jest niezwykle złożony i zależny od wielu elementów. Wyróżniono trzy grupy modeli kładących nacisk na konkretne czynniki:

- modele motywacyjne,
- modele postintencjonalne,
- procesualne i fazowe [38; 4].

Modele motywacyjne skupiają uwagę na czynnikach powodujących intencję zmiany zachowania. Wśród nich wyodrębnić można:

- model przekonań zdrowotnych (HBM) – pierwszy i najstarszy model bazujący na założeniu, iż przede wszystkim wiedza wpływa na przekonania dotyczące zdrowia,
- teorię motywacji do ochrony (PMT) – wskazuje, iż aby podjąć decyzję i wprowadzić zmiany zachowań, niezbędny jest sygnał lub bodziec,
- teorię uzasadnionego działania (TRA) – kluczowa jest intencja czyli zamiar prowadzenia zachowania, który bezpośrednio je determinuje; podczas wystąpienia sprzyjających okoliczności intencja zmienia się w zachowanie,
- teorię planowanego zachowania (TPB) – głównym punktem pozostaje intencja, jednak w jej ukształtowaniu biorą udział dwa czynniki, których podłożem są przekonania: postawa w stosunku do konkretnego zachowania oraz norma subiektywna, która go dotyczy [4; 24].

Modele postintencjonalne bazują na okolicznościach, które mają wpływ na wprowadzenie istniejącego wcześniej zamiaru. Wyróżniono:

- model rozpoczynania działania (GSP) – koncentruje się na poczuciu własnej skuteczności, wpływającej na podejmowanie prób; charakteryzuje czynniki zwiększające szanse na rozpoczynanie zachowania,

- teoria wcielanie w życie intencji – ma za podstawę intencję oraz planowanie; wprowadzenie w życie intencji następuje po uprzednim utworzeniu planów [4].

Modele fazowe i procesulane wyjaśniają przyczynę zmian zachowań, a także ich kontynuowania oraz utrzymania. Wśród tej grupy modeli można wyróżnić na przykład:

- Model procesu dostrzegania ryzyka (PAPM),
- Model Transteoretyczny (TTM),
- Podejście procesualne (HAPA) [4].

Model PAPM wyjaśnia i opisuje zmianę zachowania poprzez dostrzeżenie ryzyka oraz jego redukcję. Wyszczególniono 7 faz, które należy przejść kolejno, aby zmiana zachowania pozostała utrzymana.

Faza 1 – nieświadomość ryzyka,

Faza 2 – brak zaangażowania,

Faza 3 – podjęcie decyzji o działaniu,

Faza 4 – decyzja o zaniechaniu działania (w przypadku pozytywnej analizy w fazie 3, należy przejść bezpośrednio do fazy 5),

Faza 5 – decyzja o wprowadzeniu zmian,

Faza 6 – inicjowanie działania,

Faza 7 – utrzymywanie działania [4].

Model TTM zawiera trzy wymiary. Pierwszym z nich jest bilans czyli analizowanie argumentów popierających i negujących zmiany zachowań. Kolejny wymiar to skuteczność oznaczająca wiarę w utrzymanie i niezmienną kontynuację zachowań. Ostatnim wymiarem są pokusy, które mogą wyłaniać się w różnych sytuacjach. W tym modelu wyróżniono 5 faz trwających około 6 miesięcy:

Faza 1 – prekontemplacja – świadomość lub nieświadomość zagrożeń; brak planów dotyczących zmian zachowań,

Faza 2 – kontemplacja – uświadomienie problemu i myślenie o zmianach,

Faza 3 – przygotowanie – zadecydowanie o formie docelowych zachowań,

Faza 4 – działanie – wprowadzenie modyfikacji zachowań,

Faza 5 – utrzymanie – skuteczna zmiana i stabilizacja zachowań oraz zapobieganie pokusom [4].

Model HAPA najbardziej szczegółowo obrazuje zmiany i kształtowanie zachowań związanych ze zdrowiem. Obejmuje fazę motywacyjną w czasie której następuje tworzenie zamiaru oraz fazę wolicjonalną (działania) podczas której nowe zachowania są wdrażane i utrzymywane. Stadium motywacyjne składa się z:

- Przygotowania zamiaru - myślenie o modyfikacji zachowań, powodem tych analiz mogą być osobiste postawy czy subiektywne normy,
- Podejmowania decyzji – przegląd strat oraz zysków, analiza zagrożenia chorobą i określenie zamiaru,
- Planowania – podejmowanie decyzji o działaniu na podstawie oczekiwań i przekonań.

Natomiast w stadium działania wyróżniono:

- Zmianę zamiaru w działanie,
- Czynności kontrolne,
- Ocenę wyników.

Określenie zamiaru nie daje pewności co do wprowadzenia zmian. Ich kształtowanie, na każdym etapie warunkowane jest rolą różnych zmiennych społeczno-poznawczych, z których jedynie poczucie własnej skuteczności jest obecne na każdym poziomie [4].

Każdy z powyżej scharakteryzowanych teoretycznych modeli zachowań zdrowotnych ma wady i zalety. Wiele zależy od głównych czynników, które biorą udział w konkretnych procesach, a osiągnięcie zmian zależy zarówno od obiektywnych jak i subiektywnych względów [4].

I.9 WYBRANE ZACHOWANIA ZDROWOTNE KOBIET W POŁOGU

Połów to wymagający okres w życiu kobiety. Rozpoczyna się bezpośrednio po ciąży i porodzie – w chwili urodzenia popłodu, a następnie trwa przez kolejnych 6 do 8 tygodni.

Połów dzieli się na:

- Bezpośredni – 24 godziny po porodzie,
- Wczesny - 1 tydzień po porodzie,
- Późny – 6 tygodni po porodzie.

Podczas połogu cofają się wszelkie zmiany powstałe w organizmie kobiety w czasie ciąży i porodu. Począwszy od gojenia ran poporodowych, poprzez rozpoczęcie i ustabilizowanie laktacji, po zmiany ogólnoustrojowe i hormonalne [3]. Jest to okres niezwykle trudny dla kobiety, jednak często zostaje pomijany czy też bagatelizowany przez społeczeństwo. Początkowo uwaga skupiana jest na ciąży, przygotowaniu do rodzicielstwa, a po porodzie naturalnie przechodzi na nowonarodzone dziecko. Mimo to młoda matka (wspierana przez najbliższe otoczenie) powinna znaleźć w nowej rzeczywistości przestrzeń na zadbanie o siebie i swoje potrzeby.

I.9.a Aktywność fizyczna

Aktywność fizyczna jest jednym z podstawowych zachowań zdrowotnych wchodzących w skład zdrowego stylu życia. Dotyczy wszystkich ludzi, niezależnie od płci, wieku czy stanu zdrowia. Korzystnie wpływa na wiele aspektów życia poprawiając samopoczucie, spowalniając procesy starzenia, działając profilaktycznie, a także pomagając w zwalczaniu wielu ograniczeń powodowanych przez różne schorzenia [2; 39]. Aktywność fizyczna to różne formy ruchu:

- Uprawianie sportu,
- Gry,
- Ćwiczenia fizyczne wykonywane w ramach codziennej aktywności,
- Rekreacja w wolnym czasie (taniec, spacer),
- Piesza lokomocja,
- Praca w domu,

- Praca zawodowa [40].

Podczas ciąży szczególnie podkreślane jest znaczenie aktywności fizycznej dla prawidłowego przebiegu zarówno ciąży jak i porodu, a także dla korzystnego wpływu na rozwój noworodka. Równie ważny jest okres połogu. Prawidłowo zorganizowane i stopniowo wprowadzane ćwiczenia fizyczne wpływają na szybszy i sprawniejszy powrót organizmu do stanu sprzed ciąży. Jest to spowodowane między innymi przyspieszoną inwolucją macicy [41; 42; 43].

Dobrze dobrana aktywność ruchowa stanowi profilaktykę takich problemów jak:

- Rozejście kresy białej,
- Wysiłkowe nietrzymanie moczu,
- Zakrzepica żylna,
- Obniżone napięcie mięśni brzucha,
- Obniżenie narządów miednicy i jamy brzusznej [44].

Pierwsze ćwiczenia można rozpocząć już 2 godziny po porodzie (inwolucja tkanek jest najbardziej dynamiczna), jeszcze w pozycji leżącej (delikatne ruchy rąk, nadgarstków i stóp oraz ćwiczenia oddechowe - pobudzenie krążenia). Jest to szczególnie ważne po porodzie zabiegowym, kiedy niezbędne jest wprowadzenie ćwiczeń przeciwwakrzepowych. W doborze aktywności fizycznej istotny jest rodzaj porodu. Po porodzie fizjologicznym już po 12 godzinach można rozpocząć wykonywanie lekkich ćwiczeń fizycznych. Natomiast po cięciu cesarskim czas ten jest wydłużony. Jednak w obu przypadkach zalecane jest jak najszybsze uruchomienie i pionizacja [45; 41; 46; 40].

I.9.b Odżywianie

Prawidłowe odżywianie jest drugą kluczową grupą zachowań sprzyjających zdrowiu. Opiera się na racjonalnym i optymalnym żywieniu zaspokajając potrzeby biopsychospołeczne jednostki, oraz pomaga osiągnąć odpowiedni poziom rozwoju psychicznego i fizycznego. Odgrywa też znaczącą rolę w utrzymaniu sprawności organizmu i zachowaniu odporności na choroby [2].

Zbilansowana dieta uwzględnia zapotrzebowanie organizmu na wszystkie składniki odżywcze w odpowiedniej ilości (białka, tłuszcze, węglowodany, sole mineralne, wodę, witaminy). W sposób obrazowy zostało to przedstawione przez Instytut Żywności i Żywienia.

Schemat ma kształt piramidy, zwracając również uwagę na związek diety i aktywności ruchowej [2; 47].

Ryc. 3 Piramida Zdrowego Żywienia i Aktywności Fizycznej Instytutu Żywności i Żywienia.



Źródło: Piramida zdrowego żywienia i aktywności fizycznej. Instytut Żywności i Żywienia. Warszawa. 2016 (wykorzystano jako materiał szkoleniowy z ogólnodostępnego podręcznika wyłącznie do celów niniejszej rozprawy, bez możliwości rozpowszechniania).

S. Berger, wyróżnił 7 zasad utworzył zaleceń prawidłowego żywienia 6 + 1 „U” (za Woynarowska):

- Urozmaicenie - łączenie różnych grupy produktów wg piramidy żywieniowej,
- Umiarkowanie - unikanie przejedzenia, a w konsekwencji utrzymywanie prawidłowej masy ciała,
- Uregulowanie – stałe pory posiłków (4-5 dziennie),
- Umiejętność sporządzania potraw – odpowiednia jakość produktów i ich prawidłowe przygotowanie,
- Uprawianie sportu – dbanie o codzienną aktywność ruchową,
- Unikanie nadmiaru soli, cukrów, tłuszczów,
- Uśmiech [2].

Powyższe zasady dotyczą osób w każdym wieku, niezależnie od sytuacji zdrowotnej. Szczególne znaczenie mają jednak w stosunku do kobiet w ciąży i położnic w okresie laktacji.

Prawidłowo zbilansowana dieta ciężarnych wpływa nie tylko na zdrowie kobiety, ale też na wewnątrzmaciczny wzrost płodu [48].

Kobiety w okresie karmienia piersią powinny przede wszystkim odżywiać się zdrowo [49], stosować się do zasad prawidłowego żywienia i wbrew powszechnej opinii, nie powinny stosować diet eliminacyjnych. Kobieta w czasie laktacji nie wykracza poza stan fizjologii, dlatego jej sposób odżywiania nie powinien odbiegać od ogólnych zasad [50]. Jednakże matki karmiące wykazują stosunkowo większe zapotrzebowanie kaloryczne o około 670 kcal na dobę. W praktyce, matka karmiąca powinna przyjmować z pożywieniem około 500 kcal więcej na dobę (przez pierwsze pół roku), natomiast pozostałe 170 kcal to zapasy zmagazynowanej tkanki tłuszczowej [51]. Odpowiednia dieta w laktacji powinna być bogata w:

- węglowodany złożone (zawarte w kaszach, makaronach, ryżu, warzywach, pieczywie razowym),
- tłuszcze w których skład wchodzi głównie wielonienasycone kwasy tłuszczowe jak kwas dezoksyheksaenowy, linolenowy, linolowy (zawarte w olejach kukurydzianych, sojowych, oliwie z oliwek, rybach morskich),
- białka pochodzenia zwierzęcego (zawarte w rybach, mięsie, produktach mlecznych, jajach),
- składniki mineralne i witaminy (zawarte w produktach zbożowych, mięsie, jajach, rybach, owocach, warzywach) [51],
- płyny (kobieta w okresie laktacji powinna pamiętać o regularnym przyjmowaniu płynów w ilości 2-3 litry na dobę) [50].

I.9.c Sen i regeneracja

Niezwykle ważna, w kontekście zachowań zdrowotnych, jest troska o regenerację i prawidłowy sen. Odpowiednia ilość i jakość snu bezpośrednio wpływa na samopoczucie, kondycję psychiczną, fizyczną i emocjonalną organizmu. Według National Sleep Foundation dorosły człowiek potrzebuje 7-9 godzin snu każdej nocy, a każde odchylenie od normy może mieć negatywne konsekwencje podczas funkcjonowaniu w ciągu dnia. Badania wykazują, iż średnio długość snu kobiet jest o 11 minut dłuższa od mężczyzn, jednak jest to sen gorszy jakościowo, co może być spowodowane na przykład zmianami hormonalnymi. Zły sen nocny

może powodować senność i drzemki w czasie dnia, a w konsekwencji ponowne pogorszenie snu nocnego [52]. Zachowania prozdrowotne dotyczące snu to:

- Odpowiednie przygotowanie – rytuał przed snem,
- Odpowiednia ilość godzin snu nocnego,
- Zasypianie o stałych porach,
- Dbanie o dobre warunki snu – odpowiednio zaciemnione pomieszczenie, cisza [2].

Jednak powyższe warunki są trudne do spełnienia w przypadku położnic, mimo iż to właśnie w odniesieniu do nich odpowiednia regeneracja, wypoczynek i sen są szczególnie znaczące. Kobiety po porodzie adaptują się do roli matki, będąc całkowicie pochłonięte opieką nad noworodkiem. Pozostają przez całą dobę w gotowości do zaspokajania potrzeb dziecka co sprawia, iż są narażone na występowanie zaburzeń snu, a także stanu przewlekłego zmęczenia. Zaburzenia snu położnic obejmują krótszą fazę NREM 4 i spływanie oraz wcześniejsze pojawianie się fazy REM. To natomiast skutkuje pogłębieniem poczucia zmęczenia i nieefektywną regenerację podczas snu [53].

Niezwykle ważne jest w tym przypadku karmienie piersią, które wpływa na polepszenie jakości snu [54]. Kluczową rolę odgrywa także wsparcie bliskich.

Najważniejsze źródło wsparcia społecznego stanowi rodzina, zapewniająca różne formy pomocy. Począwszy od wsparcia instrumentalnego, jak pomoc w wykonywaniu obowiązków domowych, przez wsparcie informacyjne oraz duchowe i emocjonalne [55].

I.9.d Karmienie piersią

Karmienie piersią, jako zachowanie prozdrowotne, przynosi szereg korzyści zarówno dla matki jak i dla dziecka. WHO zaleca jak najszybsze pierwsze przystawienie noworodka do piersi (podczas pierwszej godziny po porodzie) oraz wyłączenie karmienia mlekiem matki do końca 6 miesiąca życia dziecka, a także karmienie uzupełniające do około drugiego roku życia [56; 57].

Korzyści karmienia naturalnego dla kobiety można zaobserwować już we wczesnym połogu. Podczas ssania piersi, w organizmie matki wydzielana jest oksytocyna odpowiedzialna za kontrolę uwalniania mleka, ale ma również wpływ na wiele innych aspektów połogu i macierzyństwa.

Oksytocyna oddziałuje na:

- przyspieszenie inwolucji macicy, a w konsekwencji mniejsze prawdopodobieństwo wystąpienia krwotoków i nadmiernych krwawień,
- wzmacnianie więzi matki i dziecka, poprzez pogłębianie uczuć, zachowań i emocji związanych z „instynktem macierzyńskim”,
- podwyższenie progu bólowego i zapominanie przykrych doznań związanych z porodem,
- zmniejszenie poczucia niepewności i strachu,
- wzmacnianie zachowań empatycznych [54; 58; 59].

Ponadto u kobiet karmiących piersią pierwsza miesiączka po porodzie występuje później co rzutuje na magazynowanie zapasów żelaza we krwi, chroniąc przed niedokrwistością. Mniejsze jest również ryzyko wystąpienia depresji poporodowej [54; 60]. Karmienie naturalne ma też znaczenie w niwelowaniu stresu spowodowanego przemęczeniem i deficytem snu, jak również poprawia jakość snu. Według badań Blyton i wsp. kobiety karmiące sztucznie wykazywały aż trzykrotnie krótszą fazę snu głębokiego (NREM 4) i dłuższą fazę snu płytkiego (REM) w porównaniu do karmiących naturalnie [61]. Badania pokazują również zależność między sposobem karmienia, a ilością przebudzeń. Karmienie piersią sprzyja częstszym przerywaniom snu, jednak mimo to sumarycznie sen matek karmiących piersią jest dłuższy o 20 do 40 minut w porównaniu do karmiących mieszkanką modyfikowaną [62; 54].

Karmienie naturalne jest w równym stopniu korzystne długofalowo. Poprzez zwiększenie zapotrzebowania energetycznego pomaga w szybszym zmniejszeniu masy ciała [63].

Światowa Organizacja Zdrowia przedstawia wydatek energetyczny laktacji jako sumę wartości energii niezbędnej do produkcji mleka matki oraz samą jego wartość energetyczną, co daje 700 kcal/dobę, przy produkcji około 800 ml mleka [54]. Badania wykazują też związek długotrwałego karmienia piersią z mniejszym ryzykiem zachorowania na cukrzycę typu II [64] oraz mniejszym zapotrzebowaniem na insulinę kobiet z cukrzycą typu I [54]. Przedłużone karmienie naturalne korzystnie wpływa też na:

- zmniejszenie ryzyka otyłości, nadciśnienia tętniczego i hiperlipidemii,
- zapobieganie występowaniu osteoporozy,
- zmniejszenie ryzyka zachorowania na reumatoidalne zapalenie stawów,

- niższe ryzyko wystąpienia raka jajnika, sutka i endometrium [54; 65].

Korzyści karmienia naturalnego dla dziecka obejmują nie tylko krótkoterminowy stan zdrowia, ale też skutki odległe. Pokarm matki ma unikalny skład, dostosowany do potrzeb dziecka (produkcja indywidualnego pokarmu następuje po rozpoznaniu składu i flory bakteryjnej śliny dziecka, poprzez receptory matczynego sutka), stanowiąc najlepiej zbilansowaną dietę. Karmienie naturalne zaspokaja potrzebę bliskości i zapewnia poczucie bezpieczeństwa [66; 65]. Wpływa na zmniejszenie poziomu stresu podczas procedur medycznych [67] oraz zmniejsza ryzyko śmierci łóżeczkowej jak również oddziałuje na ogólny rozwój dziecka, przyspieszenie dojrzewania układu odpornościowego i funkcję przewodu pokarmowego. Pozytywne efekty karmienia naturalnego obejmują również zmniejszenie ryzyka wystąpienia u dzieci:

- zakażeń dróg oddechowych, układu moczowego, przewodu pokarmowego,
- zapaleń ucha środkowego,
- martwiczego zapalenia jelit,
- posocznicy,
- ostrych infekcji,
- chorób alergicznych,
- próchnicy (dotyczy dzieci karmionych piersią poniżej 12 miesiąca życia) [68; 69; 70; 71; 72].

Według badań, również czas trwania karmienia naturalnego ma istotne znaczenie. Wraz z wydłużeniem karmienia pokarmem matki, malało ryzyko wystąpienia u dziecka:

- nowotworów wieku dziecięcego, jak chłoniak, białaczka, nowotwory niehematologiczne,
- nadwagi,
- otyłości,
- wad zgryzu,
- nieswoistych zapaleń jelit,
- chorób sercowo-naczyniowych u dorosłych,
- cukrzycy [73; 74; 75; 76; 68; 77; 75].

I.9.e Zachowania zdrowotne w odniesieniu do noworodka

Zachowania zdrowotne dotyczące noworodka i niemowlęcia dotyczą przede wszystkim prawidłowej pielęgnacji dziecka, oraz stosowania się do zaleceń i wytycznych. Profilaktyka chorób zakaźnych w Polsce obejmuje obowiązek wdrożenia Programu Szczepień Ochronnych (PSO), co w przypadku noworodków oznacza szczepienie przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B (wzw B) oraz przeciw gruźlicy, w pierwszej dobie życia [78]. Stanowisko WHO podkreśla znaczenie szczepień poprzez uznanie ich zaniechania lub opóźnienia (przy braku przeszkód ich wykonania) za jedno z największych zagrożeń zdrowia globalnego [79; 80]. Do szczepień finansowanych przez Ministerstwo Zdrowia w Polsce należą szczepienia przeciw: wzwB, gruźlicy, błonicy, krztuścowi, tężcowi, rotawirusom, ostremu nagminnemu porażeniu dziecięcemu, różyczce, odrze, śwince, *Haemophilus influenzae*, ospie wietrznej (dotyczy dzieci w grupie ryzyka) i pneumokokom. Ponadto wyróżniono listę szczepień zalecanych, które nie podlegają finansowaniu z budżetu Ministerstwa Zdrowia. Są to szczepienia przeciw: grypie, cholerze, wściekliznie, durowi brzuszemu, żółtej gorączce, kleszczowemu zapaleniu mózgu, ludzkiemu wirusowi brodawczaka, meningokokom, wirusowemu zapaleniu wątroby typu A (wzw A), oraz wzw B, pneumokokom i ospie wietrznej dotyczących osób, które nie spełniają kryteriów refundacji [81].

Zachowania zdrowotne mające wpływ na noworodka to również stosowanie się do zaleceń. Polskie Towarzystwo Neonatologiczne zaleca profilaktyczną podaż witaminy K przed upływem pierwszych 5 godzin życia, celem zmniejszenia ryzyka choroby krwotocznej. „Zdrowy noworodek powinien otrzymać po urodzeniu 1 mg witaminy K drogą domięśniową lub 2 mg drogą doustną. Przy podaży witaminy K drogą doustną kolejne 2 mg witaminy K powinny zostać podane doustnie w 4-6 dniu i w 4-6 tygodniu życia lub 1 mg doustnie 1x tygodniowo przez 3 m-ce. Droga domięśniowa jest preferowana ze względu na skuteczność i wiarygodność podania.” [82]

Rekomendowana w Polsce jest również podaż witaminy D w ilości 400 j.m./d. noworodkom i niemowlętom karmionym pokarmem matki [83].

Kolejnymi zaleceniami (zawartymi w Standardzie Opieki Okołoporodowej) rzutującymi na prawidłowy rozwój noworodka są: utrzymanie kontaktu „skóra do skóry” przez minimum 2 godziny obejmujące okres bezpośrednio po urodzeniu, prawidłowa pielęgnacja kikutu pępowinowego oraz wczesne przystawienie do piersi i utrzymanie

wyłączonego karmienia piersią przez 6 miesięcy [84]. WHO rekomenduje również wstrzymanie się z pierwszą kąpielą noworodka przynajmniej przez dobę, ze względu na immunologiczne właściwości mazi płodowej, którą dziecko jest pokryte. Zachowania prozdrowotne dotyczące dziecka uwzględniają też regularne kontrole u lekarza pierwszego kontaktu i wizyty patronażowe położnej środowiskowej [84; 85].

I.9.f Używki

Stosowanie używek stanowi bardzo poważny problem społeczeństwa. Wg doniesień WHO palenie tytoniu i spożywanie alkoholu to jedne z najważniejszych czynników ryzyka dotyczących zdrowia populacji. Przewlekłe spożywanie alkoholu wiąże się z chorobami i zaburzeniami układów: krążenia, pokarmowego, immunologicznego oraz ośrodkowego, a także obwodowego układu nerwowego. Światowa Organizacja Zdrowia prezentuje ponad 60 odmiennych urazów i chorób [86; 87].

Spożywanie alkoholu przez ciężarne, może prowadzić do wystąpienia spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych (FASD).

„Do grupy FASD należą:

- płodowy zespół alkoholowy (FAS, Fetal Alcohol Syndrome);
- częściowy płodowy zespół alkoholowy (pFAS, Partial fetal Alcohol Syndrome);
- neurorozwojowe zaburzenia zależne od alkoholu (ARND, Alcohol-Related Neurodevelopmental Disorder);
- wady wrodzone zależne od alkoholu (ARBD, Alcohol-Related Birth Defects);
- neurobehawioralne zaburzenia zależne od prenatalnej ekspozycji na alkohol (ND-PAE, Neurobehavioral Disorder – Prenatal Alcohol Exposed).” [88; 89; 90; 86]

Bezpośrednie konsekwencje spożycia alkoholu to między innymi zaburzenia widzenia i koordynacji wzrokowo-ruchowej, zaburzenia równowagi i sprawności ruchowej oraz błędna ocena własnych możliwości i zwiększona pobudliwość, a nawet zaburzenia świadomości [91]. Tego typu czynniki bezwzględnie wykluczają położnicę z możliwości sprawowania opieki nad dzieckiem, a nawet sporadyczne spożywanie alkoholu może niszczyć naturalne opiekuńcze zachowania w stosunku do dziecka. Ponadto alkohol ma negatywny wpływ na laktację, hamuje odruch oksytocynowy (dawka 1,5-1,9 g/kg mc.), a także przenika całkowicie do pokarmu osiągając stężenie niemal takie samo, jak we krwi matki. Badania

dowodzą, iż dzieci karmione piersią, po spożyciu przez matki alkoholu, szybciej zapadały w sen (jednak był on krótszy i płytszy), oraz wykazywały osłabienie odruchów, apatię i zahamowanie wzrostu (przy spożywaniu znacznych ilości alkoholu przez matki) [60; 92].

Ryc. 4 Wpływ alkoholu na laktację

Tabela 1. Alkohol etylowy a laktacja					
nazwa	przenikanie do mleka	największe stężenie w pokarmie	wpływ na laktację	karmienie piersią	wpływ na dziecko
alkohol etylowy	tak, szybko dyfuzja prosta $M/P \text{ ratio} = 1$	szczyt w surowicy matki po 15 min, po 30–60 min w pokarmie, po 60–90 min, jeśli przyjęty z jedzeniem, utrzymuje się do 2 h w pokarmie	zaburza odruch wypływu u matki	nie, ewentualnie przy niewielkim, sporadycznym spożyciu, ale... po wypiciu 1–2 drinków należy odczekać 2 h	po 30–60 min zapach pokarmu – dziecko może nie chcieć ssać, ssie słabo, często głodne powyżej 2 drinków: uspokojenie, senność, apatia używanie przewlekłe: zaburzenia rozwoju psychomotorycznego, zahamowanie wzrostu
Opracowanie: M. Nehring Gugulska					

Źródło: Karmienie piersią w teorii i praktyce. Podręcznik pod redakcją Nehring-Gugulskiej M., Żukowskiej-Rubik M., Pietkiewicz A. Medycyna Praktyczna. 2017 (wykorzystano jako materiał szkoleniowy z ogólnodostępnego podręcznika wyłącznie do celów niniejszej rozprawy, bez możliwości rozpowszechniania).

Kolejnym zachowaniem antyzdrowotnym jest zażywanie substancji odurzających, takich jak narkotyki. Są to substancje szkodliwe, które w sposób destrukcyjny wpływają na mózg oraz doprowadzają do uzależnienia [93]. Wyróżniono:

- opioidy – heroina, morfina,
- marihuanę,
- leki uspokajające – barbiturany, benzodiazepiny,
- psychostymulatory – amfetamina, kokaina,
- halucynogeny i psychodeliki – LSD [94; 95].

Konsekwencjami zażywania narkotyków mogą być uszkodzenia centralnego układu nerwowego czy też wyższe ryzyko wystąpienia schorzeń psychiatrycznych [95]. Dodatkowo wśród kobiet wykazano wzrost ryzyka niepłodności oraz wpływ na zaburzenia miesiączkowania. W przypadku ciężarnych udokumentowano niekorzystny wpływ na przebieg ciąży i rozwój płodu. Wyróżniono między innymi podwyższone ryzyko porodów przedwczesnych, krwotoków i krwawień poporodowych, rzucawki i stanu przedrzucawkowego oraz poronień [96]. Natomiast u dzieci obserwuje się wyższe ryzyko

wystąpienia nagłej śmierci łóżeczkowej, upośledzenie rozwoju psychomotorycznego i drgawki, a także zaburzenia emocjonalno-behawioralne [97], zaburzenia koncentracji, nadpobudliwość i zaburzenia wzroku [98]. U noworodków może również wystąpić zespół odstawienny NAS, czyli zbiór objawów behawioralnych i psychologicznych obrazujących uzależnienie fizyczne [99].

Poważne zagrożenie zdrowia i życia dzieci następuje w przypadku zażywania narkotyków przez matki karmiące naturalnie. Substancje szkodliwe przenikają do pokarmu, a w konsekwencji mogą powodować wiele zaburzeń u dzieci jak na przykład: wymioty, apatia, bezdechy, tachykardia, uszkodzenie mózgu [60].

Ryc. 5 Wpływ środków odurzających na laktację

Tabela 3. Środki odurzające (oznaczone*), inne narkotyki a laktacja ^{1,2,6,9,10}					
nazwa	przenikanie do mleka	największe stężenie w pokarmie	wpływ na laktację	karmienie piersią	wpływ na dziecko
amfetamina*	tak	1–5 h	?	nie po sporadycznym przyjęciu należy przerwać karmienie na 24 h	przy dużych dawkach możliwe silne pobudzenie, rozdrażnienie, bezsenność
heroina*	tak <i>M/P ratio</i> = 2,45	0,5–1 h <i>T</i> _{1/2} diamorfiny = 3 min, potem przechodzi w morfinę	– osłabienie siły ssania, słaba laktacja	nie	duże dawki heroiny, jakie przyjmują narkomanki, są niebezpieczne dla dziecka: zaparcia, wymioty, pobudzenie, apatia
kodeina	nieznacznie <i>M/P ratio</i> = 1,3–2,5	0,5–1 h	+ zwiększa stężenie prolaktyny	tak, ale...	10% metabolizuje się do morfiny przy dużych dawkach (60 mg co 4–6 h) obserwowano bezdechy u niemowląt; wg Hale'a: L3
kokaina*	tak kumulacja, duży <i>M/P ratio</i>	15 min	?	nie po sporadycznym przyjęciu należy przerwać karmienie piersią na 24 h	rozdrażnienie, wymioty, rozszerzenie źrenic, biegunka, nadmierne napięcie, nadciśnienie, tachykardia bardzo niebezpieczna
marihuana*	tak <i>M/P ratio</i> = 8 kumulacja w mleku + bierne palenie	szybko	– hamuje wydzielanie prolaktyny (badania na zwierzętach)	nie	uszkodzenie DNA i RNA komórek mózgu poważne, długotrwałe konsekwencje apatia, zahamowanie wzrostu
morfiny	tak, <i>M/P ratio</i> = 1,1–3,6 <i>D</i> _{int} = 10,7%	0,5–1 h ale znajdowana w surowicy dzieci po 108 h od podania matce	zwiększa stężenie prolaktyny	tak	dobry wybór dla matek karmiących, jeśli stosowana przeciwbólowo w normalnych dawkach w dużych dawkach – możliwa apatia, zaburzenia oddechu u noworodków wg Hale'a: L3
PCP* fencyklidyna „anielski proszek”	tak, bardzo <i>M/P ratio</i> >10 kumulacja w mleku nawet do 40 dni	momentalnie		nie	bardzo niebezpieczny

Opracowanie: M. Nehring-Gugulska

Źródło: Karmienie piersią w teorii i praktyce. Podręcznik pod redakcją Nehring-Gugulskiej M., Żukowskiej-Rubik M., Pietkiewicz A. Medycyna Praktyczna 2017 (wykorzystano jako materiał szkoleniowy z ogólnodostępnego podręcznika wyłącznie do celów niniejszej rozprawy, bez możliwości rozpowszechniania).

Również palenie tytoniu ma znaczny szkodliwy wpływ na organizm człowieka. Prowadzi do uzależnienia od nikotyny i może stać się przyczyną takich chorób jak na przykład:

- przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP),
- bezpłodność,
- udar mózgu, choroba niedokrwienna serca,
- nowotwory złośliwe: rak płuc, gardła, przełyku, jamy ustnej, wargi, nosa, żołądka, trzustki, nerki [100].

WHO określa, iż palenie tytoniu odpowiada obecnie za 16% wszystkich zgonów osób dorosłych w Europie, a aż 28% osób z tego regionu używa wyrobów tytoniowych [101].

W przypadku palących ciężarnych substancje toksyczne zawarte w papierosach przenikają do łożyska i negatywnie wpływają na płód. [60] Przyczyniają się do komplikacji okołoporodowych jak poród przedwczesny, krwawienie, niedotlenienie noworodka, a nawet zwiększają ryzyko okołoporodowego zgonu dziecka. Ponadto wywołują hipotrofię płodu zwiększając ryzyko wystąpienia chorób układu krążenia w przyszłości [102].

Palenie papierosów przez położnice jest szczególnie niebezpieczne poprzez narażenie dziecka na kontakt z dymem tytoniowym, a więc „palenie bierne”, ale też ze względu na negatywny wpływ na laktację oraz przenikanie szkodliwych substancji do pokarmu kobiecego [103; 104].

Nikotyna wpływa na niższe stężenie prolaktyny oraz powoduje zmniejszoną produkcję mleka, a wypalenie jednego lub dwóch papierosów bezpośrednio przed karmieniem 10-krotnie podwyższa stężenie nikotyny w wypijanym przez dziecko pokarmie. Skutkuje to niepokojem, nudnościami i biegunką u dzieci [60].

Równie szkodliwe jest bierne palenie. Wykazano zależność między narażeniem dzieci na kontakt z dymem tytoniowym, a zwiększoną zachorowalnością na nowotwory oraz choroby układu krążenia i układu oddechowego w wieku dorosłym [102].

II. CEL PRACY

Cel główny: Ocena wpływu zmian związanych z urodzeniem dziecka na stopień świadomości zachowań prozdrowotnych oraz ich realizację u kobiet w okresie połogu.

Cele szczegółowe:

1. Analiza stopnia świadomości zachowań prozdrowotnych oraz ich realizacji u kobiet w połogu w porównaniu z grupą kontrolną nieródek.
2. Analiza różnic w poziomie zachowań zdrowotnych w zależności od czasu trwania połogu.
3. Analiza korelacji pomiędzy zachowaniami zdrowotnymi, a wybranymi zmiennymi socjodemograficznymi.
4. Analiza zależności pomiędzy świadomością zachowań prozdrowotnych dotyczących noworodka, a wybranymi zmiennymi socjodemograficznymi.

III. MATERIAŁ I METODY

III.1 MATERIAŁ

Materiał do przeprowadzenia analiz stanowiły badania ankietowe przeprowadzone w latach 2021-2022 w Klinice Patologii Noworodka Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 2 Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie oraz za pośrednictwem portalu internetowego „Facebook” w grupach: „Rodzę w 2021”, „Rodzę w 2022”, „Poród Domowy Polska”, „Rodzę w listopadzie 2022”, „Szczecinianki”.

Respondentki zostały podzielone na 3 grupy: grupę kontrolną, grupę badaną I, grupę badaną II.

Kryteria włączenia do grupy kontrolnej to:

- płeć żeńska,
- nieródka,
- zgoda na udział w badaniu.

Kryteria włączenia do grupy badanej I to:

- płeć żeńska,
- stan wczesnego połogu (okres obejmujący pierwszy tydzień po porodzie),
- zgoda na udział w badaniu.

Kryteria włączenia do grupy badanej II to:

- płeć żeńska,
- bezpośrednio ukończony okres połogu (7-12 tydzień od urodzenia dziecka),
- zgoda na udział w badaniu.

Kryteria wyłączenia z badania to:

- płeć męska,
- wcześniejsze rodzicielstwo,
- okres późnego połogu (2-6 tydzień po porodzie),
- okres powyżej 12 tygodnia po urodzeniu dziecka,
- brak zgody na udział w badaniu.

Początkowo materiał badawczy stanowiło 207 kwestionariuszy ankiet. Po weryfikacji i zastosowaniu kryteriów wyłączenia z badania otrzymano 151 kwestionariuszy. Grupę

kontrolną stanowiły 52 respondentki, grupę badaną I – 51 respondentek, natomiast grupę badaną II – 48 respondentek.

III.2 METODY

Badania przeprowadzono za pomocą sondażu diagnostycznego. Dla realizacji celów badania wykorzystano dwa narzędzia: ankietę autorską [patrz załącznik strona 107] oraz kwestionariusz standaryzowany – Inwentarz Zachowań Zdrowotnych według Z. Juczyńskiego [patrz załącznik strona 111]. Respondentki poinformowano o anonimowości, celu badań i dobrowolnym uczestnictwie w badaniu.

Kwestionariusz ankiety własnej, zawierający 21 pytań, składał się z części dotyczącej danych socjodemograficznych oraz z części głównej. Respondentki z grupy kontrolnej odpowiadały na pytania, biorąc pod uwagę ostatni rok. Respondentki z grup badanych odnosiły się do sytuacji bieżącej (ciąża, połóg).

Kwestionariusz danych socjodemograficznych dotyczył:

- wieku,
- wzrostu,
- masy ciała,
- wykształcenia,
- stanu cywilnego,
- miejsca zamieszkania,
- formy aktywności zawodowej,
- statusu socjoekonomicznego,
- posiadania dzieci,
- chorób przewlekłych,

Część główna kwestionariusza ankiety własnej dotyczyła;

- częstości spożywania alkoholu,
- opinii na temat szkodliwości spożywania alkoholu,
- używania narkotyków i innych środków psychoaktywnych,
- oceny szkodliwości przyjmowania narkotyków i innych środków psychoaktywnych,

- wykonywania badań laboratoryjnych, wykrywających obecność chorób przenoszonych drogą płciową,
- aktualnego stanu dotyczącego porodu,
- opinii na temat korzyści karmienia piersią w aspekcie rozwoju noworodka,
- karmienia piersią,
- opinii na temat wykonywania pierwszej kąpieli noworodka bezpośrednio po porodzie,
- opinii na temat konieczności podaży witaminy K domięśniowo wszystkim noworodkom,
- opinii na temat konieczności wykonywania szczepień ochronnych dzieci, zgodnie z obowiązującym kalendarzem szczepień.

Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) to standaryzowane narzędzie badawcze dedykowane osobom dorosłym zarówno w stanie zdrowia, jak i choroby. Składa się z 24 stwierdzeń określających zachowania dotyczące zdrowia. Respondent określa częstość wykonywanych czynności, wpisując odpowiedni poziom pięciostopniowej skali:

1. prawie nigdy,
2. rzadko,
3. od czasu do czasu,
4. często,
5. prawie zawsze.

Otrzymane wyniki po zsumowaniu mieszczą się w granicach 24–120 punktów. Podaną punktację przekształca się na skalę stenową. Wyniki obejmujące 1-4 stena oznaczają nasilenie niskie, 5-6 przeciętne, a 7-10 wysokie. Ponadto poszczególne stwierdzenia dzieli się na cztery kategorie zachowań zdrowotnych:

- prawidłowe nawyki żywieniowe (pozycja nr 1, 5, 9, 13, 17, 21),
- zachowanie profilaktyczne (pozycja nr 2, 6, 10, 14, 18, 22),
- pozytywne nastawienie psychiczne (pozycja nr 3, 7, 11, 15, 19, 23),
- praktyki zdrowotne (pozycja nr 4, 8, 12, 16, 20, 24).

III.3 ANALIZA STATYSTYCZNA

Wyniki badań poddano analizie opisowej i statystycznej. Wyniki przedstawiono w postaci tabel i wykresów. Analizę zmiennych zaprezentowano w postaci statystyk opisowych takich jak: liczebność (n), średnia (M), odchylenie standardowe (SD), mediana (Me), wartość minimalna (Min), wartość maksymalna (Maks), a także udział procentowy (%). Badanie zależności statystycznej analizowanych zmiennych wykonano przy pomocy metody statystycznej Chi-kwadrat (χ^2), opracowanej przez K. Pearsona oraz testu U Manna-Whitneya (Z).

Metodę K. Pearsona wykorzystano do analizy zachowań zdrowotnych badanych za pomocą ankiety własnej.

Test U Manna-Whitneya wykorzystano do analizy ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych oraz wskaźników poszczególnych kategorii zachowań zdrowotnych wg IZZ Juczyńskiego.

Sprawdzenie normalności rozkładu zmiennych wykonano przy użyciu testu Shapiro-Wilka.

Za istotny statystycznie wynik uznano $p < 0,05$. Analizę statystyczną i opracowanie badań wykonano za pomocą Microsoft Excel 2007, Microsoft Word 2007, a także za pomocą pakietu statystycznego SPSS Statistics 25,0.

IV. WYNIKI BADAŃ

IV.1 CHARAKTERYSTYKA RESPONDENTEK

Wyodrębniono 3 grupy respondentek. Aby zaobserwować zmiany zachodzące w czasie, w miarę oddalania się od porodu i powrotu do nawyków i przyzwyczajeń z okresu sprzed ciąży, utworzono grupę badaną I i II. Grupa badana I, licząca 51 osób, to kobiety we wczesnym połogu (pierwszy tydzień po porodzie), a grupa badana II (obejmująca 48 ankietowanych) to matki, które bezpośrednio ukończyły okres połogu (7-12 tydzień od urodzenia dziecka). Natomiast grupę kontrolną stanowiły nieródki – 48 kobiet.

Tabela 1. Charakterystyka danych socjodemograficznych obejmujących wiek, BMI, wykształcenie, stan cywilny, z uwzględnieniem podziału na grupy.

Dane socjodemograficzne		Grupa kontrolna n (%)	Grupa badana I n (%)	Grupa badana II n (%)
		52 (100,0)	51 (100,0)	48 (100,0)
Wiek	18 r. ż.	1 (1,9)	0 (0,0)	0 (0,0)
	19 – 25 lat	9 (17,3)	5 (9,8)	12 (25,0)
	26 – 30 lat	27 (52,0)	21 (41,2)	22 (45,8)
	31 – 35 lat	13 (25,0)	17 (33,3)	8 (16,7)
	36 – 40 lat	1 (1,9)	5 (9,8)	6 (12,5)
	Powyżej 41 r. ż.	1 (1,9)	3 (5,9)	0 (0,0)
	Chi kwadrat 15,83; p=0,105			
BMI	Niedowaga	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,1)
	Wartość prawidłowa	31 (59,6)	22 (43,1)	29 (60,3)
	Nadwaga	11 (21,2)	19 (37,3)	14 (29,2)
	Otyłość I stopnia	6 (11,5)	8 (15,7)	3 (6,3)
	Otyłość II stopnia	4 (7,7)	2 (3,9)	1 (2,1)
	Chi kwadrat 9,94; p=0,269			
Wykształcenie	Podstawowe	1 (1,9)	2 (3,9)	0 (0,0)
	Zawodowe	0 (0,0)	1 (2,0)	2 (4,2)
	Średnie	8 (15,4)	7 (13,7)	10 (20,8)
	Wyższe	43 (82,7)	41 (80,4)	36 (75,0)
	Chi kwadrat 5,11; p=0,53			
Stan cywilny	Panna/ niezamężna	21 (40,4)	2 (3,9)	2 (4,1)
	W związku partnerskim	12 (23,1)	15 (29,4)	12 (25,0)
	Zamężna	19 (36,5)	34 (66,7)	32 (66,7)
	Wdowa/ rozwiedziona	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (4,2)
	Chi kwadrat 37,4; p=0,01			

Grupę kontrolną w większości stanowiły kobiety w wieku 26-30 lat (52%), o prawidłowej wartości BMI (59,6%), posiadające wykształcenie wyższe (82,7%), niebędące w związku (40,4%).

Grupę badaną I reprezentowały w większości ankietowane w wieku 26-30 lat (41,2%), o BMI równym wartości prawidłowej (43,1%), posiadające wykształcenie wyższe (80,4%), pozostające w związku małżeńskim (66,7%).

Grupa badana II również liczyła najwięcej respondentek w wieku 26-30 lat (45,8%), o BMI prawidłowym (60,3%), deklarujących wyższe wykształcenie (75%), a także będących w związku małżeńskim (66,7%).

Grupy nie różniły się między sobą w zakresie wieku, BMI oraz wykształcenia. Analiza wykazała istotną różnicę między grupami w zakresie stanu cywilnego ($p=0,01$).

Tabela 2. Charakterystyka danych socjodemograficznych obejmujących miejsce zamieszkania, formę aktywności zawodowej, status socjoekonomiczny, choroby przewlekłe, z uwzględnieniem podziału na grupy.

Dane socjodemograficzne		Grupa kontrolna n (%)	Grupa badana I n (%)	Grupa badana II n (%)
		52 (100,0)	51 (100,0)	48 (100,0)
Miejsce zamieszkania	Wieś	15 (28,9)	14 (27,5)	16 (33,3)
	Miasto do 10 tys. mieszkańców	1 (1,9)	2 (3,9)	5 (10,4)
	Miasto od 10,01 do 100 tys. mieszkańców	13 (25,0)	9 (17,6)	7 (14,7)
	Miasto powyżej 100,1 tys. mieszkańców	23 (44,2)	26 (51,0)	20 (41,6)
	Chi kwadrat 6,001; $p=0,423$			
Forma aktywności zawodowej	Studentka/ ucząca się	5 (9,6)	1 (2,0)	5 (10,4)
	Bezrobotna	1 (1,9)	6 (11,8)	8 (16,6)
	Pracująca	46 (88,5)	44 (86,2)	35 (73,0)
	Chi kwadrat 9,58; $p=0,048$			
Status socjoekonomiczny	Bardzo dobry	7 (13,5)	12 (23,5)	7 (14,6)
	Dobry	30 (57,7)	25 (49,0)	25 (52,1)
	Zadowalający	9 (17,3)	14 (27,5)	12 (25,0)
	Zły	6 (11,5)	0 (0,0)	3 (6,3)
	Bardzo zły	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,0)
	Chi kwadrat 11,32; $p=0,184$			
Choroby przewlekłe	Tak	21 (40,4)	14 (27,5)	13 (27,1)
	Nie	28 (53,9)	37 (72,5)	33 (68,8)
	Nie wiem	3 (5,7)	0 (0,0)	2 (4,1)
	Chi kwadrat 6,13; $p=0,189$			

Respondentki należące do grupy kontrolnej w większości były mieszkankami dużych miast –powyżej 100 tys. mieszkańców (44,2%), pracowały zawodowo (88,5%), swój status socjoekonomiczny oceniały jako dobry (57,7%) oraz nie miały stwierdzonych chorób przewlekłych (53,9%).

Podobne wartości prezentowała grupa badana I. Ankietowane to w większości mieszkanki miast powyżej 100 tys. mieszkańców (51%), pracujące (86,2%), deklarujące dobry status socjoekonomiczny (49%), niechorujące przewlekłe (72,5%).

Większość osób należących do grupy badanej II również zamieszkiwała największe miasta (41,6%), należała do osób pracujących (73%) i określała swój status jako dobry (52,1%), a także nie chorowała przewlekłe (68,8%).

Grupy nie różniły się między sobą w zakresie miejsca zamieszkania, statusu socjoekonomicznego oraz występowania chorób przewlekłych. Wykazano natomiast różnicę w zakresie formy aktywności zawodowej ($p=0,048$). W grupie kontrolnej najmniej liczne były kobiety bezrobotne (1,9%). Natomiast w grupie badanej I brak aktywności zawodowej prezentowała niemal co dziesiąta respondentka, a w grupie badanej II co szósta kobieta nie pracowała.

IV.2 ZACHOWANIA ZDROWOTNE I ICH ŚWIADOMOŚĆ WEDŁUG ANKIETY AUTORSKIEJ

Ankieta własna zawierała pytania ukierunkowane na zachowania zdrowotne kobiet w okresie prokreacji. Respondentki zapytano o poziom ich wiedzy dotyczący stosowania używek oraz zachowań związanych z noworodkiem. Sprawdzono również realizację zachowań prozdrowotnych takich jak unikanie używek bezwzględnie zakazanych w okresie ciąży i porodu, wykonywanie badań kontrolnych, a w kontekście noworodka – karmienie piersią.

Szersze spektrum zachowań zdrowotnych zbadano za pomocą Inwentarza Zachowań Zdrowotnych według Juczyńskiego, przeznaczonego dla osób dorosłych. Wyniki tych badań przedstawiono w dalszej części niniejszej rozprawy.

Tabela 3. Częstość spożywania alkoholu w poszczególnych grupach.

Zachowania zdrowotne wg ankiety własnej		Grupa kontrolna n (%)	Grupa badana I n (%)	Grupa badana II n (%)
		52 (100,0)	51 (100,0)	48 (100,0)
Częstość spożywania alkoholu	2 - 3 razy w tygodniu	1 (1,9)	0 (0,0)	1 (2,1)
	2 - 4 razy w miesiącu	22 (42,3)	3 (5,9)	8 (16,7)
	częściej niż 4 razy w tygodniu	3 (5,8)	0 (0,0)	1 (2,1)
	rzadziej niż raz w miesiącu	14 (26,9)	13 (25,5)	12 (25,0)
	wcale	12 (23,1)	35 (68,6)	26 (54,2)
	Chi kwadrat 32,42; p=0,001			

Grupę kontrolną stanowiły ankietowane, które w większości deklarowały spożycie alkoholu od 2 do 4 razy w miesiącu (42,3%), a tylko 1,9% osób określiła częstość na poziomie 2 -3 razy w tygodniu. Jedynie 23% z tej grupy neguje spożywanie alkoholu. Natomiast w obu grupach badanych (I i II) odsetek respondentek nie spożywających alkoholu wyniósł 68,6 i 54,2, odpowiednio. Różnica między grupami w zakresie tego parametru była istotna (p=0,001).

Tabela 4. Spożywanie narkotyków i innych środków psychoaktywnych w poszczególnych grupach.

Zachowania zdrowotne wg ankiety własnej		Grupa kontrolna n (%)	Grupa badana I n (%)	Grupa badana II n (%)
		52 (100,0)	51 (100,0)	48 (100,0)
Przyjmowanie narkotyków i innych środków psychoaktywnych	Nie i nie zamierzam	39 (75,0)	38 (74,5)	37 (77,1)
	Nie, ale nie wykluczam w przyszłości	0 (0,0)	3 (5,9)	2 (4,2)
	Tak, okazjonalnie	13 (25,0)	10 (19,6)	9 (18,8)
	Chi kwadrat 3,42; p=0,49			

W grupie kontrolnej 75% kobiet nigdy nie przyjmowało narkotyków i nie miały takiego zamiaru w przyszłości. Również w grupie badanej ta odpowiedź przeważała (74,5%). Tak samo deklarowały respondentki z grupy badanej II (77,1%). Grupy nie różniły się w zakresie analizowanych parametrów.

Tabela 5. Wykonywanie badań laboratoryjnych wykrywających obecność chorób przenoszonych drogą płciową w poszczególnych grupach.

Zachowania zdrowotne wg ankiety własnej		Grupa kontrolna n (%)	Grupa badana I n (%)	Grupa badana II n (%)
		52 (100,0)	51 (100,0)	48 (100,0)
Wykonywanie badań laboratoryjnych wykrywających obecność chorób przenoszonych drogą płciową	Nie, nigdy	31(59,6)	8 (15,7)	2 (4,2)
	Tak, były to badania w ciąży	1 (1,9)	37 (72,5)	38 (79,2)
	Tak, wykonuję wszystkie badania regularnie	20 (38,5)	6 (11,8)	8 (16,7)
	Chi kwadrat 46,99; p=0,001			

Ankietowane należące do grupy kontrolnej w większości nigdy nie wykonywały badań laboratoryjnych wykrywających obecność chorób przenoszonych drogą płciową (59,6%). Natomiast większość kobiet z grupy badanej I oraz II wykonywało powyższe badania podczas trwania ciąży (odpowiednio 72,5% i 79,2%). Analizowane grupy różniły się istotnie w zakresie odpowiedzi na podane pytanie (p=001).

Tabela 6. Karmienie piersią w poszczególnych grupach.

Zachowania zdrowotne wg ankiety własnej		Grupa kontrolna n (%)	Grupa badana I n (%)	Grupa badana II n (%)
		52 (100,0)	51 (100,0)	48 (100,0)
Karmienie piersią	Nie	-	3(5,9)	19(39,6)
	Tak	-	48(94,1)	29(60,4)
	Chi kwadrat 93,76; p=0,001			

Respondentek grupy kontrolnej nie dotyczyło powyższe pytanie. Ankietowane należące do grupy I w zdecydowanej większości karmiły swoje dzieci piersią (94,1%). Kobiety należące do grupy badanej II również w większości karmiły swoje dzieci naturalnie (60,4%), jednak w istotnie mniejszym stopniu niż na początku porodu (p=0,001).

Tabela 7. Opinia na temat szkodliwości spożywania alkoholu w poszczególnych grupach.

Świadomość zachowań zdrowotnych wg ankiety własnej		Grupa kontrolna n (%)	Grupa badana I n (%)	Grupa badana II n (%)
		52 (100,0)	51 (100,0)	48 (100,0)
Ocena, czy spożywanie alkoholu jest szkodliwe	Nie, niewielkie ilości alkoholu są wskazane dla lepszego zdrowia	4 (7,7)	9 (17,6)	3 (6,3)
	Tak, ale tylko w dużej ilości	17 (32,7)	24 (47,1)	16 (33,3)
	Tak, niezależnie od ilości	31 (59,6)	18 (35,3)	29 (60,4)
	Chi kwadrat 9,42; p=0,051			

Większość ankietowanych z grupy kontrolnej uznało, iż spożywanie alkoholu jest szkodliwe (59,6%). Tak samo twierdziły respondentki należące do grupy badanej II (60,4%). Natomiast w grupie badanej I najczęściej wybrano odpowiedź, że alkohol szkodzi, ale tylko w dużej ilości (47,1%). Podane tu grupy nie różniły się w zakresie analizowanych parametrów.

Tabela 8. Ocena szkodliwości przyjmowania narkotyków i innych środków psychoaktywnych w poszczególnych grupach.

Świadomość zachowań zdrowotnych wg ankiety własnej		Grupa kontrolna n (%)	Grupa badana I n (%)	Grupa badana II n (%)
		52 (100,0)	51 (100,0)	48 (100,0)
Ocena, czy przyjmowanie narkotyków i innych środków psychoaktywnych, nawet w niewielkiej ilości, niekorzystnie wpływa na funkcjonowanie organizmu	Nie mam zdania	3 (5,8)	6 (11,8)	1 (2,1)
	Nie, niewielka ilość nie ma znaczenia dla organizmu	4 (7,7)	3 (5,9)	1 (2,1)
	tak, nie ma bezpiecznej ilości	45 (86,5)	42 (82,4)	46 (95,8)
	Chi kwadrat 5,65; p=0,227			

Większość respondentek każdej z grup ocenia, iż nie ma bezpiecznej ilości przyjmowania narkotyków i innych środków psychoaktywnych, a nawet niewielka ilość niekorzystnie wpływa na funkcjonowanie organizmu. Takiej odpowiedzi udzieliło 86,5% ankietowanych z grupy kontrolnej, 82,4% z grupy badanej I oraz 95,8% z grupy badanej II. Analizowane grupy nie różniły się w zakresie odpowiedzi na podane pytanie.

Tabela 9. Opinia na temat korzyści karmienia piersią w aspekcie rozwoju noworodka w poszczególnych grupach.

Świadomość zachowań zdrowotnych wg ankiety własnej		Grupa kontrolna n (%)	Grupa badana I n (%)	Grupa badana II n (%)
		52 (100,0)	51 (100,0)	48 (100,0)
Ocena, czy karmienie piersią jest korzystne dla rozwoju noworodka	Nie mam zdania	2 (3,8)	0 (0,0)	0 (0,0)
	nie, karmienie piersią jest bolesne i czasochłonne; to strata czasu	0 (0,0)	1 (2,0)	0 (0,0)
	tak, ale karmienie piersią to indywidualna decyzja	37 (71,2)	39 (76,5)	30 (62,5)
	tak, ale mleko modyfikowane ma prawie taki sam skład i działanie	1 (1,9)	0 (0,0)	1 (2,1)
	tak, każda kobieta powinna karmić swoje dziecko piersią	12 (23,1)	11 (21,6)	17 (35,4)
	Chi kwadrat 9,63; p=0,292			

Większość kobiet należących zarówno do grupy kontrolnej, jak i badanej I oraz II ocenia karmienie piersią jako korzystne dla rozwoju noworodka. Ankietowane zwracają jednak uwagę na to, iż jest to indywidualna decyzja matki. Takiego zdania jest 71,2% osób z grupy kontrolnej, 76,5% z grupy badanej I, a także 62,5% z grupy badanej II. Grupy nie różniły się istotnie w zakresie analizowanych danych.

Tabela 10. Opinia na temat wykonywania pierwszej kąpieli noworodka bezpośrednio po porodzie w poszczególnych grupach.

Świadomość zachowań zdrowotnych wg ankiety własnej		Grupa kontrolna n (%)	Grupa badana I n (%)	Grupa badana II n (%)
		52 (100,0)	51 (100,0)	48 (100,0)
Ocena, czy pierwsza kąpiel noworodka powinna być wykonywana od razu po porodzie	nie, dziecko nie powinno być kąpane przynajmniej przez kilka dni	22(42,3)	31(60,8)	33(68,8)
	nie, noworodek powinien być kąpany dopiero po kilku godzinach od porodu	24(46,2)	16(31,4)	14(29,2)
	tak, dziecko po porodzie brzydko pachnie i jest całe w lepkiej mazi	6(11,5)	4(7,8)	1 (2,1)
	Chi kwadrat 8,78; p=0,067			

Grupa kontrolna liczyła 46,2% ankietowanych, które sądzą że noworodek powinien być kąpany dopiero po kilku godzinach od porodu. Niewiele mniej, bo 42,3% jest zdania, iż dziecko nie powinno być kąpane przynajmniej przez kilka dni. Tak uważa również większość respondentek należących do grupy badanej I (60,8%). Taką samą opinię prezentuje większość kobiet z grupy badanej II (68,8%). Nie stwierdzono różnic między grupami w zakresie analizowanych parametrów.

Tabela 11. Opinia na temat konieczności podaży witaminy K domięśniowo wszystkim noworodkom w poszczególnych grupach.

Świadomość zachowań zdrowotnych wg ankiety własnej		Grupa kontrolna n (%)	Grupa badana I n (%)	Grupa badana II n (%)
		52 (100,0)	51 (100,0)	48 (100,0)
Ocena, czy podaż witaminy K domięśniowo wszystkim noworodkom jest konieczna	nie mam zdania	20(38,5)	4(7,8)	9(18,8)
	nie, chyba że są do tego dodatkowe wskazania lekarskie	4(7,7)	7(13,7)	12(25,0)
	nie, każdy rodzic powinien sam podjąć decyzję	3 (5,8)	6(11,8)	4(8,3)
	tak, ale powinna to być podaż doustna	4 (7,7)	5(9,8)	5(10,4)
	tak, jest to profilaktyka choroby krwotocznej	21(40,4)	29(56,9)	18(37,5)
	Chi kwadrat 20,12; p=0,01			

Niemal tyle samo respondentek z grupy kontrolnej udzieliło odpowiedzi „Nie mam zdania”, jak „Tak, jest to profilaktyka choroby krwotocznej”. Ankietowane z grupy badanej I w większości uznawały konieczność podawania witaminy i jej profilaktyczne działanie (56,9%). Tak też w większości twierdziły osoby z grupy badanej II. Podane tu grupy istotnie różniły się w zakresie analizowanych parametrów (p=0,01).

Tabela 12. Opinia na temat konieczności wykonywania szczepień ochronnych dzieci, zgodnie z obowiązującym kalendarzem szczepień w poszczególnych grupach.

Świadomość zachowań zdrowotnych wg ankiety własnej		Grupa kontrolna n (%)	Grupa badana I n (%)	Grupa badana II n (%)
		52 (100,0)	51 (100,0)	48 (100,0)
Ocena, czy dzieci powinny być szczepione zgodnie z obowiązującym kalendarzem szczepień	nie, szczepienia są szkodliwe	2 (3,8)	3 (5,9)	7 (14,6)
	tak, ale szczepienie nie powinno się odbywać w pierwszej dobie życia	16 (30,8)	11 (21,6)	13 (27,1)
	tak, jest to konieczne	34 (65,4)	37 (72,5)	28 (58,3)
	Chi kwadrat 5,62; p=0,229			

Konieczność szczepienia dzieci zgodnie z obowiązującym kalendarzem szczepień uznawała większość respondentek w każdej z grup. W grupie kontrolnej było to 65,4% ankietowanych, w grupie badanej I – 72,5%, a w grupie badanej II – 58,3%. Nie zaobserwowano istotnych różnic pomiędzy grupami, w zakresie analizowanych parametrów.

IV.2.a Analiza korelacji danych z ankiety autorskiej

Przeprowadzono analizę różnic pomiędzy realizacją zachowań zdrowotnych w grupie kontrolnej, a realizacją tychże w połączonych grupach badanych. (Tabela 13.)

Tabela 13. Analiza różnic w zakresie realizacji zachowań zdrowotnych wg ankiety własnej.

Zachowania zdrowotne wg ankiety własnej	Grupa kontrolna	Grupa badana I+II
Częstość spożywania alkoholu	Chi kwadrat 28,82; p=0,001	
Przyjmowanie narkotyków i innych środków psychoaktywnych	Chi kwadrat 3,17; p=0,205	
Wykonywanie badań laboratoryjnych, wykrywających obecność chorób przenoszonych drogą płciową	Chi kwadrat 44,99; p=0,001	
Karmienie piersią	--	

Analiza wykazała różnicę pomiędzy częstością spożywania alkoholu w grupie kontrolnej, a w połączonych grupach badanych. Respondentki nieposiadające dzieci istotnie częściej sięgały po alkohol niż kobiety po porodzie.

Analiza wykazała również, że kobiety będące matkami częściej wykonywały badania laboratoryjne, wykrywające obecność chorób przenoszonych drogą płciową, niż nieródki.

Nie wykazano korelacji pomiędzy spożywaniem narkotyków i innych środków psychoaktywnych w grupie kontrolnej, a stosowaniem tychże w połączonych grupach badanych. W każdej z grup spożywanie tychże było na zbliżonym, niskim poziomie.

Dokonano również analizy korelacji stopnia świadomości zachowań zdrowotnych w grupie kontrolnej oraz w połączonych grupach badanych. (Tabela 14.)

Tabela 14. Analiza różnic w stopniu świadomości zachowań zdrowotnych wg ankiety własnej.

Świadomość zachowań zdrowotnych wg ankiety własnej	Grupa kontrolna	Grupa badana I+II
Opinia na temat szkodliwości spożywania alkoholu	Chi kwadrat 2,14; p=0,343	
Ocena szkodliwości przyjmowania narkotyków i innych środków psychoaktywnych	Chi kwadrat 0,967; p=0,617	
Opinia na temat korzyści karmienia piersią w aspekcie rozwoju noworodka	Chi kwadrat 4,9; p=0,297	
Opinia na temat wykonywania pierwszej kąpieli noworodka bezpośrednio po porodzie	Chi kwadrat 7,35; p=0,025	
Opinia na temat konieczności podaży witaminy K domięśniowo wszystkim noworodkom	Chi kwadrat 14,3; p=0,006	
Opinia na temat konieczności wykonywania szczepień ochronnych dzieci, zgodnie z obowiązującym kalendarzem szczepień	Chi kwadrat 2,22; p=0,328	

Analiza wykazała różnicę między opinią kobiet w grupie kontrolnej, a opinią kobiet w połączonych grupach badanych, na temat wykonywania pierwszej kąpieli noworodka bezpośrednio po porodzie. Po urodzeniu dziecka, respondentki były bardziej przekonane, iż noworodek nie powinien być kąpany przynajmniej przez kilka dni po porodzie.

Wykazano także różnicę w zakresie opinii na temat podawania witaminy K wszystkim noworodkom. Nieródki były mniej przekonane o konieczności podawania tej witaminy, jako profilaktyki choroby krwotocznej, niż matki.

Nie wykazano istotnych korelacji w zakresie pozostałych parametrów.

Dokonano analizy korelacji pomiędzy zachowaniami zdrowotnymi dotyczącymi: częstości spożywania alkoholu, przyjmowania narkotyków i innych środków psychoaktywnych, wykonywania badań laboratoryjnych w aspekcie obecności chorób przenoszonych drogą płciową, oraz karmienia piersią, w stosunku do wybranych zmiennych socjodemograficznych. Uwzględniono przy tym podział na trzy badane grupy, co obrazuje Tabela 15.

Przeprowadzono również analizę korelacji pomiędzy poziomem wiedzy(świadomością) na temat zachowań prozdrowotnych jak: opinia na temat szkodliwości spożywania alkoholu, ocena szkodliwości przyjmowania narkotyków i innych środków psychoaktywnych, opinia dotycząca korzyści karmienia piersią w aspekcie rozwoju noworodka, w zależności od wybranych zmiennych socjodemograficznych, biorąc pod uwagę podział na badane grupy. (Tabela 16.)

Przedstawiono analizę dotyczącą korelacji świadomości zachowań prozdrowotnych dotyczących noworodka jak: opinia na temat wykonywania pierwszej kąpieli noworodka bezpośrednio po porodzie, opinia dotycząca konieczności podaży witaminy K domięśniowo wszystkim noworodkom, opinia w temacie konieczności wykonywania szczepień ochronnych dzieci, zgodnie z obowiązującym kalendarzem szczepień, w stosunku do wybranych zmiennych socjodemograficznych. (Tabela 17.)

Tabela 15. Analiza poszczególnych zachowań zdrowotnych wg ankiety własnej w zależności od wybranych zmiennych socjodemograficznych w badanych grupach.

Zachowania zdrowotne wg ankiety własnej		Wiek	BMI	Wykształcenie	Stan cywilny	Miejsce zamieszkania	Forma aktywności zawodowej	Status socjoekonomiczny	Choroby przewlekłe
Częstość spożywania alkoholu	Grupa kontrolna	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
	Grupa Badana I	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	$\chi^2 = 6,467$ $p = 0,039$
	Grupa Badana II	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Spożywanie narkotyków i innych środków psychoaktywnych	Grupa kontrolna	NS	$\chi^2 = 15,52$ $p = 0,001$	NS	NS	NS	NS	$\chi^2 = 9,41$ $p = 0,002$	NS
	Grupa Badana I	NS	NS	NS	$\chi^2 = 11,07$ $p = 0,025$	NS	$\chi^2 = 16,59$ $p = 0,0001$	NS	NS
	Grupa Badana II	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Wykonywanie badań laboratoryjnych, wykrywających obecność chorób przenoszonych drogą płciową	Grupa kontrolna	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
	Grupa Badana I	NS	NS	$\chi^2 = 20,674$ $p = 0,002$	NS	NS	NS	NS	NS
	Grupa Badana II	NS	NS	NS	NS	$\chi^2 = 16,92$ $p = 0,001$	NS	NS	NS
Karmienie piersią	Grupa kontrolna	-	-	-	-	-	-	-	-
	Grupa Badana I	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
	Grupa Badana II	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS

NS – brak istotności statystycznej

Tabela 16. Analiza świadomości poszczególnych zachowań zdrowotnych wg ankiety własnej w zależności od wybranych zmiennych socjodemograficznych w badanych grupach.

Świadomość zachowań zdrowotnych wg ankiety własnej		Wiek	BMI	Wykształcenie	Stan cywilny	Miejsce zamieszkania	Forma aktywności zawodowej	Status socjoekonomiczny	Choroby przewlekłe
Opinia na temat szkodliwości spożywania alkoholu	Grupa kontrolna	$\chi^2 = 19,7$ $p = 0,032$	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
	Grupa Badana I	NS	NS	NS	$\chi^2 = 10,7$ $p = 0,03$	NS	NS	NS	NS
	Grupa Badana II	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Ocena szkodliwości przyjmowania narkotyków i innych środków psychoaktywnych	Grupa kontrolna	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
	Grupa Badana I	NS	NS	$\chi^2 = 21,03$ $p = 0,001$	$\chi^2 = 10,64$ $p = 0,03$	NS	$\chi^2 = 20,36$ $p = 0,001$	NS	NS
	Grupa Badana II	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	$\chi^2 = 23,92$ $p = 0,001$
Opinia na temat korzyści karmienia piersią w aspekcie rozwoju noworodka	Grupa kontrolna	$\chi^2 = 33,56$ $p = 0,004$	NS	NS	NS	$\chi^2 = 58,12$ $p = 0,001$	NS	NS	NS
	Grupa Badana I	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
	Grupa Badana II	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS

NS – brak istotności statystycznej

Tabela 17. Analiza świadomości poszczególnych zachowań zdrowotnych dotyczących noworodka wg ankiety własnej w zależności od wybranych zmiennych socjodemograficznych w badanych grupach.

Świadomość zachowań zdrowotnych wg ankiety własnej		Wiek	BMI	Wykształcenie	Stan cywilny	Miejsce zamieszkania	Forma aktywności zawodowej	Status socjoekonomiczny	Choroby przewlekłe
Opinia na temat wykonywania pierwszej kąpieli noworodka bezpośrednio po porodzie	Grupa kontrolna	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
	Grupa Badana I	$\chi^2 = 19,64$ $p = 0,012$	$\chi^2 = 14,67$ $p = 0,022$	$\chi^2 = 20,67$ $p = 0,002$	NS	NS	NS	NS	NS
	Grupa Badana II	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Opinia na temat konieczności podaży witaminy K domięśniowo wszystkim noworodkom	Grupa kontrolna	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
	Grupa Badana I	NS	NS	$\chi^2 = 26,76$ $p = 0,008$	$\chi^2 = 25,02$ $p = 0,001$	NS	NS	NS	NS
	Grupa Badana II	NS	NS	$\chi^2 = 18,78$ $p = 0,016$	NS	NS	NS	NS	NS
Opinia na temat konieczności wykonywania szczepień ochronnych dzieci, zgodnie z obowiązującym kalendarzem szczepień	Grupa kontrolna	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
	Grupa Badana I	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
	Grupa Badana II	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS

NS – brak istotności statystycznej

Analiza statystyczna dotycząca częstości spożywania alkoholu względem wybranych zmiennych demograficznych wykazała istotną zależność pomiędzy tymże zachowaniem zdrowotnym, a obecnością chorób przewlekłych w grupie badanej I ($p=0,039$). Kobiety chorujące przewlekłe częściej sięgały po alkohol, niż kobiety zdrowe.

W grupie kontrolnej wykazano korelację między używaniem narkotyków i innych środków psychoaktywnych, a BMI ($p=0,001$) i deklarowanym statusem socjoekonomicznym ($p=0,002$). Częściej stosowały te używki respondentki o wyższym BMI, oceniające swój status socjoekonomiczny jako bardzo dobry. Natomiast w grupie badanej I stosowanie tych używek korelowało ze stanem cywilnym ($p=0,025$) oraz formą aktywności zawodowej ($p=0,0001$). Częściej sięgały po nie kobiety zamężne i pracujące, niż pozostające w związkach partnerskich i bezrobotne.

Wykazano także istotną zależność w grupie badanej I pomiędzy wykonywaniem badań laboratoryjnych wykrywających obecność chorób przenoszonych drogą płciową, a wykształceniem ($p=0,002$). Respondentki z wyższym wykształceniem częściej wykonywały badania, niż kobiety z wykształceniem średnim lub zawodowym czy też podstawowym. Natomiast w grupie badanej II wykonywanie tych badań korelowało z miejscem zamieszkania ankietowanych ($p=0,001$). Mieszkanki największych miast częściej wykonywały regularne badania, również poza okresem ciąży.

Analiza statystyczna nie wykazała zależności pomiędzy karmieniem piersią, a analizowanymi zmiennymi demograficznymi. (Tabela 15.)

Wykazano istotną korelację pomiędzy opinią na temat szkodliwości spożywania alkoholu, a wiekiem respondentek w grupie kontrolnej ($p=0,032$). Starsze z nich częściej uważały, iż spożywanie alkoholu jest szkodliwe niezależnie od ilości. Natomiast młodsze ankietowane w większości były zdania iż alkohol szkodzi, ale tylko spożywany w dużej ilości. W grupie badanej I wykazano zależność pomiędzy opinią na podany temat, a stanem cywilnym kobiet ($p=0,03$). Kobiety będące w związku partnerskim częściej określały alkohol jako szkodliwy niezależnie od ilości, natomiast zamężne jako szkodliwy, ale tylko w dużej ilości.

Wykazano również istotną zależność pomiędzy oceną szkodliwości przyjmowania narkotyków i innych środków psychoaktywnych, a wykształceniem ($p=0,001$), stanem cywilnym ($p=0,03$) i formą aktywności zawodowej ($p=0,001$) w grupie badanej I. Im wyższe wykształcenie respondentek, tym większe przekonanie o szkodliwości przyjmowania tych substancji, niezależnie od ilości. Kobiety pracujące, pozostające w związkach partnerskich również częściej twierdziły, że nie ma bezpiecznej ilości tych używek. Natomiast w grupie

badanej II analiza statystyczna wykazała korelację pomiędzy opinią na dany temat, a obecnością chorób przewlekłych ($p=0,001$). Respondentki chorujące przewlekłe częściej oceniały narkotyki i inne środki psychoaktywne jako szkodliwe.

Analiza statystyczna wykazała istotną zależność pomiędzy opinią na temat korzyści karmienia piersią w aspekcie rozwoju noworodka, a wiekiem ($p=0,004$) i miejscem zamieszkania ($p=0,001$) w grupie kontrolnej. Młodsze z ankietowanych częściej były zdania, że każda matka powinna karmić swoje dziecko piersią. Natomiast starsze kobiety częściej uważały, że karmienie piersią jest korzystne dla rozwoju noworodka, ale sposób karmienia jest indywidualną decyzją. Takie przekonanie również częściej prezentowały respondentki zamieszkujące największe miasta. (Tabela 16.)

Analiza statystyczna wykazała istotną korelację pomiędzy opinią na temat wykonywania pierwszej kąpieli noworodka bezpośrednio po porodzie, a wiekiem ($p=0,012$), poziomem BMI ($p=0,022$) i wykształceniem ($p=0,002$) w grupie badanej I. Młodsze kobiety, o prawidłowym BMI i wyższym wykształceniu częściej prezentowały przekonanie, że noworodka należy wykąpać po raz pierwszy dopiero po kilku dniach od porodu.

Wykazano również istotną statystycznie zależność pomiędzy opinią na temat konieczności podawania witaminy K domięśniowo wszystkim noworodkom, a wykształceniem ($p=0,008$) i stanem cywilnym ($p=0,001$) w grupie badanej I. Im wyższe wykształcenie respondentek, tym większe przekonanie o konieczności podawania witaminy K jako profilaktyki choroby krwotocznej u noworodków. Ponadto takie zdanie częściej miały kobiety zamężne. W grupie badanej II podana opinia korelowała z wykształceniem ($p=0,016$). Ankietowane z obu grup badanych mające wyższe wykształcenie częściej uznawały, że podaż noworodkom witaminy K jest profilaktyką choroby krwotocznej.

Istotnych zależności nie stwierdzono pomiędzy opinią na temat konieczności wykonywania szczepień ochronnych dzieci, zgodnie z obowiązującym kalendarzem szczepień, a analizowanymi zmiennymi socjodemograficznymi. (Tabela 17.)

IV.3 INWENTARZ ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH WG JUCZYŃSKIEGO

Zachowania zdrowotne zbadano za pomocą ankiety własnej konstrukcji, ale również przy pomocy ankiety standaryzowanej – Inwentarza Zachowań Zdrowotnych wg Z. Juczyńskiego.

Respondentki określiły częstość wykonywania każdej z 24 czynności zawartych w ankiecie, wpisując odpowiedni poziom pięciostopniowej skali. Minimalna ilość możliwych do uzyskania punktów to 24, natomiast maksymalna to 120. Następnie punkty przeliczono na skalę stenową, gdzie 1-4 stena oznaczają niski poziom zachowań zdrowotnych, 5-6 stena oznaczają poziom przeciętny, natomiast 7-10 stena to poziom wysoki.

Dokonano analizy statystycznej dotyczącej wskaźnika zachowań zdrowotnych, w zależności od poszczególnych grup, co przedstawia Tabela 18.

Tabela 18. Ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych w zależności od poszczególnych grup.

Zachowania zdrowotne		M	SD	Me	Min.	Maks.	p
Wskaźnik zachowań zdrowotnych - STEN	Grupa kontrolna	5,40	2,09	6,00	1,00	8,00	0,749
	Grupa badana I	5,54	1,99	6,00	2,00	10,00	
	Grupa badana II	5,22	2,18	5,00	1,00	9,00	
	Ogółem	5,39	2,08	6,00	1,00	10,00	-
Wskaźnik zachowań zdrowotnych - punkty	Grupa kontrolna	84,11	14,35	87,50	42,00	104,00	0,703
	Grupa badana I	84,92	13,76	85,00	58,00	119,00	
	Grupa badana II	82,54	14,71	84,00	53,00	110,00	
	Ogółem	83,88	14,21	85,00	42,00	119,00	-

M – średnia arytmetyczna, SD – odchylenie standardowe, Me – mediana, Min. – wartość minimalna, Maks. – wartość maksymalna, p – istotność statystyczna

Respondentki należące do grupy kontrolnej oraz obu grup badanych uzyskały wynik na poziomie przeciętnym (5,22 - 5,54).

Poniżej przedstawiono tabelę obrazującą ilościowy podział respondentek, które uzyskały niski, przeciętny lub wysoki poziom zachowań zdrowotnych, w poszczególnych grupach. (Tabela 19.)

Tabela 19. Poziom zachowań zdrowotnych w poszczególnych grupach.

Grupa	Poziom zachowań zdrowotnych			Analiza statystyczna
	Niski n (%)	Przeciętny n (%)	Wysoki n (%)	
Grupa kontrolna	15 (28,8)	19 (36,5)	18 (34,6)	Chi kwadrat 5,76; p=0,217
Grupa badana I	11 (21,6)	26 (51,0)	14 (27,5)	
Grupa badana II	18 (37,5)	14 (29,2)	16 (33,3)	

Nie wykazano różnic w ilości zachowań zdrowotnych w stopniu niskim, przeciętnym i wysokim pomiędzy porównywanymi grupami.

Dokonano analizy zachowań zdrowotnych według IZZ (Inwentarz Zachowań Zdrowotnych) w porównywanych grupach respondentek. (Tabela 20.)

Tabela 20. Analiza zachowań zdrowotnych IZZ, wyrażonych w punktach, w zależności od grup biorących udział w badaniu.

IZZ		M	SD	Me	Min.	Maks.	p
Prawidłowe nawyki żywieniowe	Grupa kontrolna	3,52	0,89	3,0	1,8	5,0	0,266
	Grupa badana I	3,44	0,83	3,0	1,3	5,0	
	Grupa badana II	3,33	0,85	3,0	1,5	5,0	
Zachowania profilaktyczne	Grupa kontrolna	3,55	0,67	4,0	1,5	5,0	0,740
	Grupa badana I	3,54	0,66	4,0	2,3	5,0	
	Grupa badana II	3,46	0,73	3,0	2,2	4,7	
Pozytywne nastawienie psychiczne	Grupa kontrolna	3,55	0,8	3,0	1,3	4,8	0,110
	Grupa badana I	3,76	0,61	4,0	2,0	5,0	
	Grupa badana II	3,62	0,75	4,0	12	5,0	
Praktyki zdrowotne	Grupa kontrolna	3,40	0,66	3,0	1,3	4,7	0,461
	Grupa badana I	3,42	0,74	3,0	1,7	5,0	
	Grupa badana II	3,35	0,69	3,0	2,0	4,8	

M – średnia arytmetyczna, SD – odchylenie standardowe, Me – mediana, Min. – wartość minimalna, Maks. – wartość maksymalna, p – istotność statystyczna

Grupy nie różniły się między sobą w zakresie żadnego z badanych parametrów. Jednak na podstawie analizy średnich arytmetycznych można stwierdzić, że w każdej z grup najwyżej ocenione zostało pozytywne nastawienie psychiczne. W grupie kontrolnej najniżej oceniono praktyki zdrowotne. W grupie badanej I również najniżej oceniono praktyki zdrowotne, lecz była to jednocześnie najwyższa średnia punktów w tej grupie zachowań

zdrowotnych. Natomiast w grupie badanej II najniżej oceniono prawidłowe nawyki żywieniowe.

IV.2.a Analiza korelacji danych z Inwentarza Zachowań Zdrowotnych

Poniżej przedstawiono tabele dotyczące analizy wskaźnika zachowań zdrowotnych zależności od zmiennych demograficznych obejmujących wiek i BMI (Tabela 21.), wykształcenie i stan cywilny (Tabela 22.), miejsce zamieszkania i formę aktywności zawodowej (Tabela 23.), status socjoekonomiczny i obecność chorób przewlekłych (Tabela 24.), w poszczególnych grupach.

Tabela 21. Analiza wskaźnika zachowań zdrowotnych, wyrażonego w punktach, w zależności od zmiennych demograficznych obejmujących wiek i BMI, w poszczególnych grupach.

Wskaźnik zachowań zdrowotnych			M	SD	Analiza statystyczna
Wiek	18 r.ż.*	Grupa kontrolna	56,00		p=0,001
	19-25 lat		82,78	11,85	
	26-30 lat		85,07	15,06	
	31-35 lat		86,38	13,26	
	36-40 lat*		90,00		
	Powyżej 41 r. ż.*		63,00		
	18 r.ż.*	Grupa badana I			p=0,617
	19-25 lat		86,57	15,82	
	26-30 lat		83,06	12,99	
	31-35 lat		87,20	9,36	
	36-40 lat		93,00	9,17	
	Powyżej 41 r. ż.*		77,20	12,36	
	18 r.ż.*	Grupa badana II			P=0,611
	19-25 lat		79,92	14,56	
	26-30 lat		80,64	14,03	
	31-35 lat		91,88	11,31	
	36-40 lat		82,33	19,76	
	Powyżej 41 r. ż.*				
BMI	nadwaga	Grupa kontrolna	92,27	8,40	p=0,01
	otyłość I st.		78,17	12,31	
	otyłość II st.*		90,00	3,82	
	wartość prawidłowa		81,61	16,05	
	nadwaga	Grupa badana I	79,68	13,11	p=0,297
	otyłość I st.		89,63	16,54	
	otyłość II st.*		81,00	2,83	
	wartość prawidłowa		88,09	12,91	
	nadwaga	Grupa badana II	82,71	14,72	p=0,124
	Niedowaga*		73,00		
	otyłość I st.*		84,67	18,77	
	otyłość II st.*		72,00		
	wartość prawidłowa		82,93	15,15	

*nie spełniono założeń minimalnej liczebności grupy, M – średnia arytmetyczna, SD – odchylenie standardowe, p – istotność statystyczna

Analiza statystyczna wykazała istotną korelację pomiędzy ogólnym wskaźnikiem zachowań zdrowotnych, a wiekiem w grupie kontrolnej ($p=0,001$). Najwyższy poziom stanowiły ankietowane w wieku 31 – 35 lat, a najniższy w wieku 19 – 25 lat, co oznacza, iż wraz z wiekiem respondentek, wzrastał ich ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych.

Analiza wykazała również zależność pomiędzy ogólnym wskaźnikiem zachowań zdrowotnych, a poziomem BMI w grupie kontrolnej ($p=0,01$). Najwyższy poziom reprezentowały kobiety z nadwagą, a najmniejszy ankietowane z otyłością I stopnia.

Tabela 22. Analiza wskaźnika zachowań zdrowotnych, wyrażonego w punktach, w zależności od zmiennych demograficznych obejmujących wykształcenie i stan cywilny, w poszczególnych grupach.

Wskaźnik zachowań zdrowotnych			M	SD	Analiza statystyczna
wykształcenie	podstawowe*	Grupa kontrolna	56,00	56,00	$p=0,023$
	zawodowe*				
	średnie		82,25	82,25	
	wyższe		85,12	85,12	
	podstawowe*	Grupa badana I	66,00	66,00	$p=0,014$
	zawodowe*		90,00	90,00	
	średnie		83,43	83,43	
	wyższe		85,98	85,98	
	podstawowe*	Grupa badana II			$p=0,034$
	zawodowe*		88,00	88,00	
	średnie		72,80	72,80	
	wyższe		84,94	84,94	
Stan cywilny	panna/ niezamężna	Grupa kontrolna	78,76	13,11	$p=0,023$
	w związku partnerskim		77,67	16,60	
	zamężna		94,11	7,62	
	wdowa/ rozwiedziona*				
	panna/ niezamężna*	Grupa badana I	90,50	4,95	$p=0,042$
	w związku partnerskim		84,67	15,50	
	zamężna		84,71	13,50	
	wdowa/ rozwiedziona*				
	panna/ niezamężna*	Grupa badana II	77,50	16,26	$p=0,072$
	w związku partnerskim		79,58	13,83	
	zamężna		75,50	31,82	
	wdowa/ rozwiedziona*		84,41	14,40	

*nie spełniono założeń minimalnej liczebności grupy, M – średnia arytmetyczna, SD – odchylenie standardowe, p – istotność statystyczna

Analiza wykazała zależność pomiędzy ogólnym wskaźnikiem zachowań zdrowotnych, a wykształceniem w grupie kontrolnej ($p=0,023$), grupie badanej I ($p=0,014$) oraz grupie

badanej II ($p=0,034$). W każdej z analizowanych grup, ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych wzrastał wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia.

Analiza statystyczna wykazała również zależność pomiędzy ogólnym wskaźnikiem zachowań zdrowotnych, a stanem cywilnym w grupie kontrolnej ($p=0,023$) i grupie badanej I ($p=0,042$). Zarówno w grupie kontrolnej, jak i badanej I, kobiety zamężne uzyskały wyższy wskaźnik zachowań zdrowotnych od kobiet niezamężnych, czy też będących w związkach partnerskich.

Tabela 23. Analiza wskaźnika zachowań zdrowotnych, wyrażonego w punktach, w zależności od zmiennych demograficznych obejmujących miejsce zamieszkania i formę aktywności zawodowej, w poszczególnych grupach.

Wskaźnik zachowań zdrowotnych			M	SD	Analiza statystyczna
Miejsce zamieszkania	wieś	Grupa kontrolna	80,53	18,50	$p=0,012$
	miasto do 10 tys.*		101,00	101,00	
	miasto od 10,1 do 100 tys.		88,15	13,36	
	miasto powyżej 100,1 tys.		83,43	11,43	
	wieś	Grupa badana I	84,29	9,24	$p=0,466$
	miasto do 10 tys.*		85,50	21,92	
	miasto od 10,1 do 100 tys.		79,89	7,96	
	miasto powyżej 100,1 tys.		86,96	16,77	
	wieś	Grupa badana II	80,81	13,86	$p=0,229$
	miasto do 10 tys.		86,40	12,34	
	miasto od 10,1 do 100 tys.		78,57	18,16	
	miasto powyżej 100,1 tys.		84,35	15,23	
Forma aktywności zawodowej	bezrobotna*	Grupa kontrolna	93,00	93,00	$p=0,0001$
	pracująca		84,52	84,52	
	studentka / ucząca się		78,60	78,60	
	rencistka*				
	bezrobotna	Grupa badana I	78,83	78,83	$p=0,051$
	pracująca		85,91	85,91	
	studentka / ucząca się*		78,00	78,00	
	rencistka*				
	bezrobotna	Grupa badana II	78,00	78,00	$p=0,011$
	pracująca		83,09	83,09	
	studentka / ucząca się		86,00	86,00	
	rencistka*				

*nie spełniono założeń minimalnej liczebności grupy, M – średnia arytmetyczna, SD – odchylenie standardowe, p – istotność statystyczna

Analiza statystyczna wykazała różnicę pomiędzy wskaźnikiem zachowań zdrowotnych, a miejscem zamieszkania w grupie kontrolnej ($p=0,012$). Najwyższy poziom zachowań zdrowotnych zaprezentowały mieszkanki miast liczących od 10 tys. do 100 tys. osób, a najniższy poziom mieszkanki wsi.

Analiza wykazała korelację pomiędzy wskaźnikiem zachowań zdrowotnych, a formą aktywności zawodowej w grupie kontrolnej ($p=0,0001$) oraz grupie badanej II ($p=0,011$). W grupie kontrolnej wyższy wskaźnik zaobserwowano u osób pracujących, niż u osób studiujących lub uczących się. W grupie badanej II najwyższy wskaźnik zachowań zdrowotnych otrzymały respondentki studiujące lub uczące się, a najniższy osoby bezrobotne.

Tabela 24. Analiza wskaźnika zachowań zdrowotnych, wyrażonego w punktach, w zależności od zmiennych demograficznych obejmujących status socjoekonomiczny i choroby przewlekłe, w poszczególnych grupach.

Wskaźnik zachowań zdrowotnych			M	SD	Analiza statystyczna
Status socjoekonomiczny	bardzo dobry	Grupa kontrolna	78,86	11,91	$p=0,001$
	dobry		89,03	10,96	
	zadowalający		82,78	14,22	
	zły		67,67	19,99	
	bardzo zły*				
	bardzo dobry	Grupa badana I	87,33	18,86	$p=0,221$
	dobry		85,88	11,72	
	zadowalający		81,14	12,30	
	zły*				
	bardzo zły*				
	bardzo dobry	Grupa badana II	90,43	12,66	$p=0,021$
	bardzo zły*		73,00		
	dobry		85,12	14,472	
	zadowalający		77,00	12,74	
	zły*		68,01	14,71	
Choroby przewlekłe	tak	Grupa kontrolna	87,52	10,78	$p=0,441$
	nie		81,39	15,38	
	nie wiem*		85,67	25,93	
	tak	Grupa badana I	86,57	8,91	$p=0,401$
	nie		84,30	15,26	
	nie wiem*				
	tak	Grupa badana II	86,38	11,01	$p=0,042$
	nie		81,85	15,92	
	nie wiem*		69,00	5,66	

*nie spełniono założeń minimalnej liczebności grupy, M – średnia arytmetyczna, SD – odchylenie standardowe, p – istotność statystyczna

Analiza statystyczna wykazała korelację pomiędzy wskaźnikiem zachowań zdrowotnych, a statusem socjoekonomicznym w grupie kontrolnej ($p=0,001$) oraz grupie badanej II ($p=0,021$). W grupie kontrolnej najwyższy poziom prezentowały kobiety o dobrym statusie socjoekonomicznym, a najniższy o statusie złym. Natomiast w grupie badanej II

najwyższy wskaźnik otrzymały osoby o statusie bardzo dobrym, a najniższy o statusie zadowalającym. W grupie badanej I zaobserwowano, iż wraz ze wzrostem deklarowanego statusu socjoekonomicznego, wzrasta wskaźnik zachowań zdrowotnych. Takiej prawidłowości nie przedstawia analiza grupy kontrolnej.

Analiza wykazała również istotną zależność pomiędzy wskaźnikiem zachowań zdrowotnych, a występowaniem chorób przewlekłych w grupie badanej II ($p=0,042$). Respondentki chore przewlekłe uzyskały wyższy poziom zachowań zdrowotnych od zdrowych.

Poniżej przedstawiono tabele dotyczące analizy prawidłowych nawyków żywieniowych w zależności od zmiennych demograficznych obejmujących wiek i BMI (Tabela 25.), wykształcenie i stan cywilny (Tabela 26.), miejsce zamieszkania i formę aktywności zawodowej (Tabela 27.), status socjoekonomiczny i obecność chorób przewlekłych (Tabela 28.), w poszczególnych grupach.

Tabela 25. Analiza prawidłowych nawyków żywieniowych, wyrażonych w punktach, w zależności od zmiennych demograficznych obejmujących wiek i BMI, w poszczególnych grupach.

Prawidłowe nawyki żywieniowe			M	SD	Analiza statystyczna
Wiek	18 r.ż.*	Grupa kontrolna	2,00	0,00	p=0,412
	19-25 lat		3,28	0,70	
	26-30 lat		3,67	1,00	
	31-35 lat		3,53	0,80	
	36-40 lat*		4,17	0,00	
	Powyżej 41 r. ż.*		2,50	0,00	
	18 r.ż.*	Grupa badana I			p=0,112
	19-25 lat		3,03	0,80	
	26-30 lat		3,54	0,80	
	31-35 lat		3,25	0,90	
	36-40 lat		3,9	0,80	
	Powyżej 41 r. ż.*		3,78	0,60	
	18 r.ż.*	Grupa badana II			p=0,591
	19-25 lat		2,95	0,80	
	26-30 lat		3,3	0,70	
	31-35 lat		4,13	0,70	
	36-40 lat		3,11	1,10	
	Powyżej 41 r. ż.*				
BMI	nadwaga	Grupa kontrolna	3,83	0,90	p=0,001
	otyłość I st.		3,28	0,50	
	otyłość II st.*		3,96	0,20	
	wartość prawidłowa		3,40	1,00	
	nadwaga	Grupa badana I	3,18	0,90	p=0,591
	otyłość I st.		3,65	0,80	
	otyłość II st.*		3,5	0,50	
	wartość prawidłowa		3,59	0,80	
	nadwaga	Grupa badana II	3,2	0,80	p=0,331
	niedowaga*		3,5	0,00	
	otyłość I st.*		3,33	0,80	
	otyłość II st.*		3,67	0,00	
	wartość prawidłowa		3,37	0,90	

*nie spełniono założeń minimalnej liczebności grupy, M – średnia arytmetyczna, SD – odchylenie standardowe, p – istotność statystyczna

Analiza statystyczna wykazała istotną statystycznie zależność pomiędzy prawidłowymi nawykami żywieniowymi, a poziomem BMI w grupie kontrolnej (p=0,001). Najwyższy poziom reprezentowały kobiety z nadwagą, a najmniejszy ankietowane z otyłością I stopnia.

Analiza statystyczna nie wykazała istotnej korelacji pomiędzy prawidłowymi nawykami żywieniowymi, a wiekiem w poszczególnych grupach.

Tabela 26. Analiza prawidłowych nawyków żywieniowych, wyrażonych w punktach, w zależności od zmiennych demograficznych obejmujących wykształcenie i stan cywilny, w poszczególnych grupach.

Prawidłowe nawyki żywieniowe			M	SD	Analiza statystyczna
wykształcenie	podstawowe*	Grupa kontrolna	2,00	0,00	p=0,049
	zawodowe*				
	średnie		3,25	0,70	
	wyższe		3,60	0,90	
	podstawowe*	Grupa badana I	1,92	0,80	p=0,022
	zawodowe*		4,00	0,00	
	średnie		3,43	0,90	
	wyższe		3,50	0,80	
	podstawowe*	Grupa badana II			p=0,024
	zawodowe*		3,08	1,30	
	średnie		2,75	0,60	
	wyższe		3,50	0,80	
Stan cywilny	panna/ niezamężna	Grupa kontrolna	3,30	0,80	p=0,364
	w związku partnerskim		3,07	0,70	
	zamężna		4,04	0,90	
	wdowa/ rozwiedziona*				
	panna/ niezamężna*	Grupa badana I	3,42	0,60	p=0,857
	w związku partnerskim		3,46	1,00	
	zamężna		3,44	0,80	
	wdowa/ rozwiedziona*				
	panna/ niezamężna*	Grupa badana II	3,08	0,40	p=0,419
	w związku partnerskim		3,28	0,80	
	zamężna		3,42	0,90	
	wdowa/ rozwiedziona*		2,42	1,30	

*nie spełniono założeń minimalnej liczebności grupy, M – średnia arytmetyczna, SD – odchylenie standardowe, p – istotność statystyczna

Analiza statystyczna wykazała istotną korelację pomiędzy prawidłowymi nawykami żywieniowymi, a wykształceniem w grupie kontrolnej (p=0,049), grupie badanej I (p=0,022), a także w grupie badanej II (p=0,024). W każdej z grup wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia, wzrastał poziom prawidłowych nawyków żywieniowych.

Nie zaobserwowano istotnej korelacji pomiędzy prawidłowymi nawykami żywieniowymi, a stanem cywilnym w poszczególnych grupach.

Tabela 27. Analiza prawidłowych nawyków żywieniowych, wyrażonych w punktach, w zależności od zmiennych demograficznych obejmujących miejsce zamieszkania i formę aktywności zawodowej, w poszczególnych grupach.

Prawidłowe nawyki żywieniowe			M	SD	Analiza statystyczna
Miejsce zamieszkania	wieś	Grupa kontrolna	3,22	1,00	p=0,009
	miasto do 10 tys.*		5,00	0,00	
	miasto od 10,1 do 100 tys.		3,83	1,10	
	miasto powyżej 100,1 tys.		3,47	0,60	
	wieś	Grupa badana I	3,42	0,60	p=0,231
	miasto do 10 tys.*		3,58	2,00	
	miasto od 10,1 do 100 tys.		3,26	0,40	
	miasto powyżej 100,1 tys.		3,51	1,00	
	wieś	Grupa badana II	3,17	0,90	p=0,02
	miasto do 10 tys.		3,60	0,60	
	miasto od 10,1 do 100 tys.		2,86	0,90	
	miasto powyżej 100,1 tys.		3,55	0,80	
Forma aktywności zawodowej	bezrobotna*	Grupa kontrolna	4,00	0,00	p=0,001
	pracująca		3,59	0,90	
	studentka / ucząca się		2,77	0,80	
	rencistka*				
	bezrobotna	Grupa badana I	2,97	1,30	p=0,032
	pracująca		3,52	0,70	
	studentka / ucząca się*		2,83	0,00	
	rencistka*				
	bezrobotna	Grupa badana II	3,08	0,50	p=0,059
	pracująca		3,36	0,90	
	studentka / ucząca się		3,50	1,30	
	rencistka*				

*nie spełniono założeń minimalnej liczebności grupy, M – średnia arytmetyczna, SD – odchylenie standardowe, p – istotność statystyczna

Analiza statystyczna wykazała istotną zależność pomiędzy prawidłowymi nawykami żywieniowymi, a miejscem zamieszkania w grupie kontrolnej (p=0,009) i grupie badanej II (p=0,02). W grupie kontrolnej najwyższy poziom osiągnęły kobiety żyjące w mieście o liczbie ludności pomiędzy 10,1 tys. a 100 tys., a najniższy mieszkanki wsi. Natomiast w grupie badanej II najwyższy poziom uzyskały mieszkanki miast liczących do 10 tys. osób, a najniższy mieszkanki miast liczących od 10,1 do 100 tys. osób.

Analiza statystyczna wykazała istotną statystycznie korelację pomiędzy prawidłowymi nawykami żywieniowymi, a formą aktywności zawodowej w grupie kontrolnej (p=0,001)

i grupie badanej I ($p=0,032$). W obu grupach wyższy wskaźnik zachowań zdrowotnych prezentowały kobiety pracujące, niż bezrobotne, czy też studentki/uczące się.

Tabela 28. Analiza prawidłowych nawyków żywieniowych, wyrażonych w punktach, w zależności od zmiennych demograficznych obejmujących status socjoekonomiczny i choroby przewlekłe, w poszczególnych grupach.

Prawidłowe nawyki żywieniowe			M	SD	Analiza statystyczna
Status socjoekonomiczny	bardzo dobry	Grupa kontrolna	3,26	0,50	$p=0,052$
	dobry		3,74	0,90	
	zadowalający		3,37	0,90	
	zły		2,94	1,00	
	bardzo zły*				
	bardzo dobry	Grupa badana I	3,72	0,80	$p=0,277$
	dobry		3,38	0,90	
	zadowalający		3,31	0,80	
	zły*				
	bardzo zły*				
	bardzo dobry	Grupa badana II	3,83	1,00	$p=0,043$
	bardzo zły*		3,50	0,00	
	dobry		3,43	0,80	
	zadowalający		3,01	0,70	
	zły*		3,30	0,80	
Choroby przewlekłe	tak	Grupa kontrolna	3,71	0,80	$p=0,083$
	nie		3,42	0,90	
	nie wiem*		3,11	1,00	
	tak	Grupa badana I	3,62	0,70	$p=0,177$
	nie		3,37	0,90	
	nie wiem*				
	tak	Grupa badana II	3,24	0,80	$p=0,041$
	nie		3,39	0,90	
	nie wiem*		2,75	1,10	

*nie spełniono założeń minimalnej liczebności grupy, M – średnia arytmetyczna, SD – odchylenie standardowe, p – istotność statystyczna

Analiza statystyczna wykazała istotność statystyczną pomiędzy prawidłowymi nawykami żywieniowymi, a statusem socjoekonomicznym w grupie badanej II ($p=0,043$). Analiza pokazuje, że wraz ze wzrostem statusu socjoekonomicznego ankietowanych, wzrasta ich poziom prawidłowych nawyków żywieniowych.

Analiza korelacji wykazała istotną zależność pomiędzy prawidłowymi nawykami żywieniowymi, a chorobami przewlekłymi w grupie badanej II ($p=0,041$). Wyższy poziom prezentują osoby u których nie stwierdzono chorób przewlekłych, niż osoby chorujące.

Poniżej przedstawiono tabelę dotyczącą analizy zachowań profilaktycznych w zależności od zmiennych demograficznych obejmujących wiek i BMI (Tabela 29.).

Tabela 29. Analiza zachowań profilaktycznych, wyrażonych w punktach, w zależności od zmiennych demograficznych obejmujących wiek i BMI, w poszczególnych grupach.

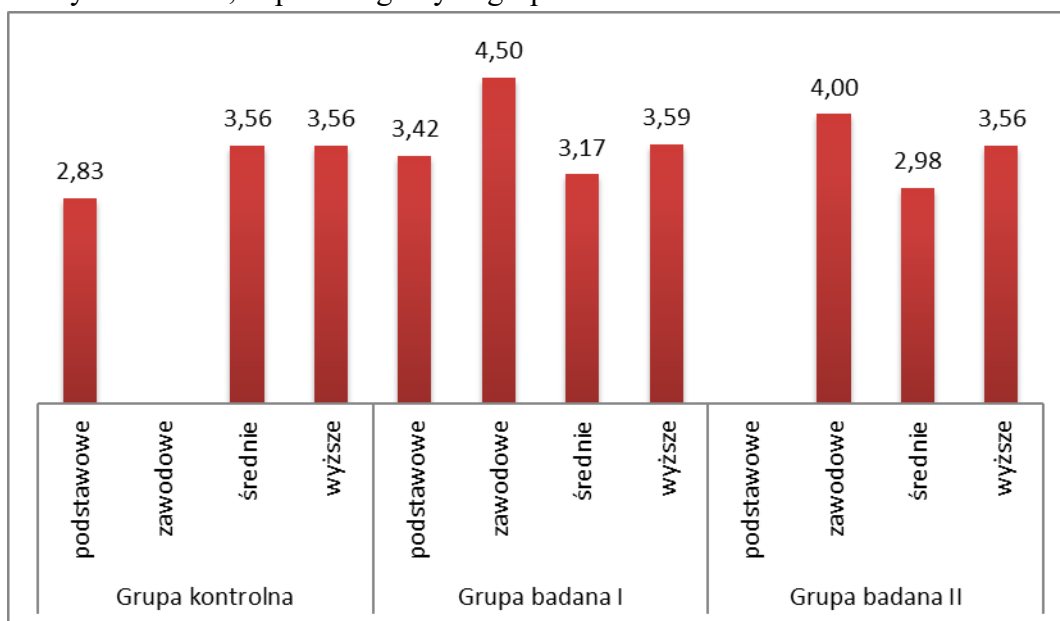
Zachowania profilaktyczne			M	SD	Analiza statystyczna
Wiek	18 r.ż.*	Grupa kontrolna	2,83	0,00	p=0,411
	19-25 lat		3,63	0,80	
	26-30 lat		3,52	0,70	
	31-35 lat		3,65	0,70	
	36-40 lat*		3,67	0,00	
	Powyżej 41 r. ż.*		2,83	0,00	
	18 r.ż.*	Grupa badana I			p=0,321
	19-25 lat		3,33	0,80	
	26-30 lat		3,53	0,80	
	31-35 lat		3,55	0,60	
	36-40 lat		3,47	0,40	
	Powyżej 41 r. ż.*		4,00	0,20	
	18 r.ż.*	Grupa badana II			p=0,871
	19-25 lat		3,38	0,60	
	26-30 lat		3,36	0,80	
	31-35 lat		3,73	0,70	
	36-40 lat		3,61	0,80	
	Powyżej 41 r. ż.*				
BMI	nadwaga	Grupa kontrolna	3,86	0,30	p=0,034
	otyłość I st.		3,22	0,70	
	otyłość II st.*		3,50	0,20	
	wartość prawidłowa		3,51	0,80	
	nadwaga	Grupa badana I	3,27	0,60	p=0,059
	otyłość I st.		4,06	0,70	
	otyłość II st.*		3,83	0,50	
	wartość prawidłowa		3,55	0,60	
	nadwaga	Grupa badana II	3,57	0,70	p=0,127
	niedowaga*		3,17	0,00	
	otyłość I st.*		3,44	1,00	
	otyłość II st.*		2,33	0,00	
	wartość prawidłowa		3,45	0,70	

*nie spełniono założeń minimalnej liczebności grupy, M – średnia arytmetyczna, SD – odchylenie standardowe, p – istotność statystyczna

Analiza korelacji wykazała zależność pomiędzy zachowaniami profilaktycznymi, a poziomem BMI w grupie kontrolnej (p=0,034). Najwyższy wynik zaobserwowano u kobiet z nadwagą, a najniższy u kobiet z otyłością I stopnia.

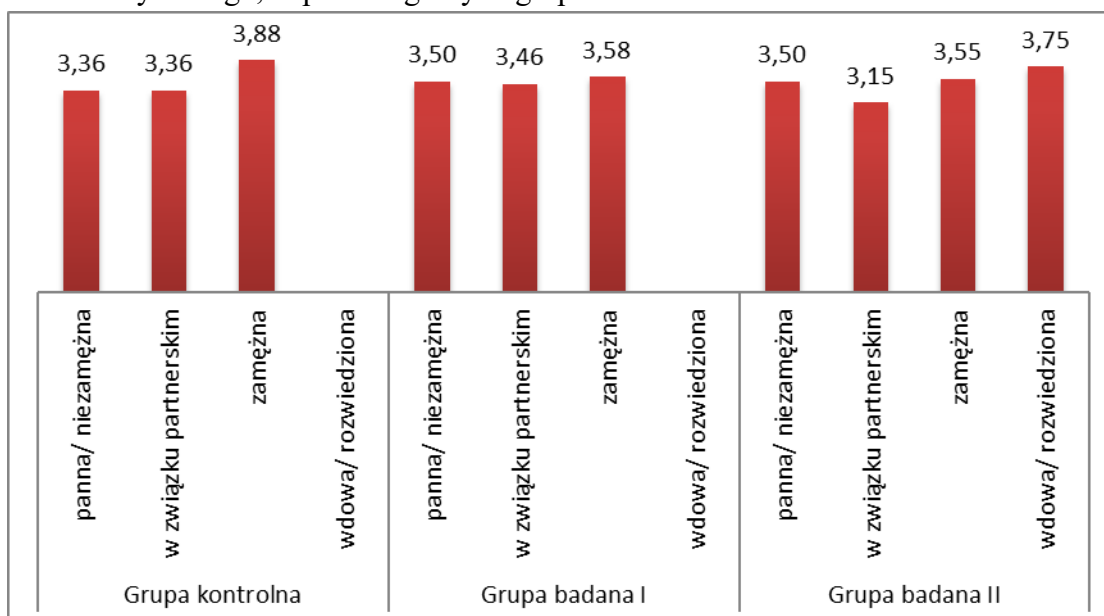
Poniżej przedstawiono ryciny przedstawiające wykresy poziomu zachowań profilaktycznych w zależności od zmiennych demograficznych obejmujących wykształcenie (Ryc. 6), stan cywilny (Ryc. 7), miejsce zamieszkania (Ryc. 8), formę aktywności zawodowej (Ryc. 9), status socjoekonomiczny (Ryc. 10) i występowanie chorób przewlekłych (Ryc. 11), w poszczególnych grupach.

Ryc. 6 Wykres wskaźnika zachowań profilaktycznych, wyrażonego w punktach, w zależności od wykształcenia, w poszczególnych grupach.



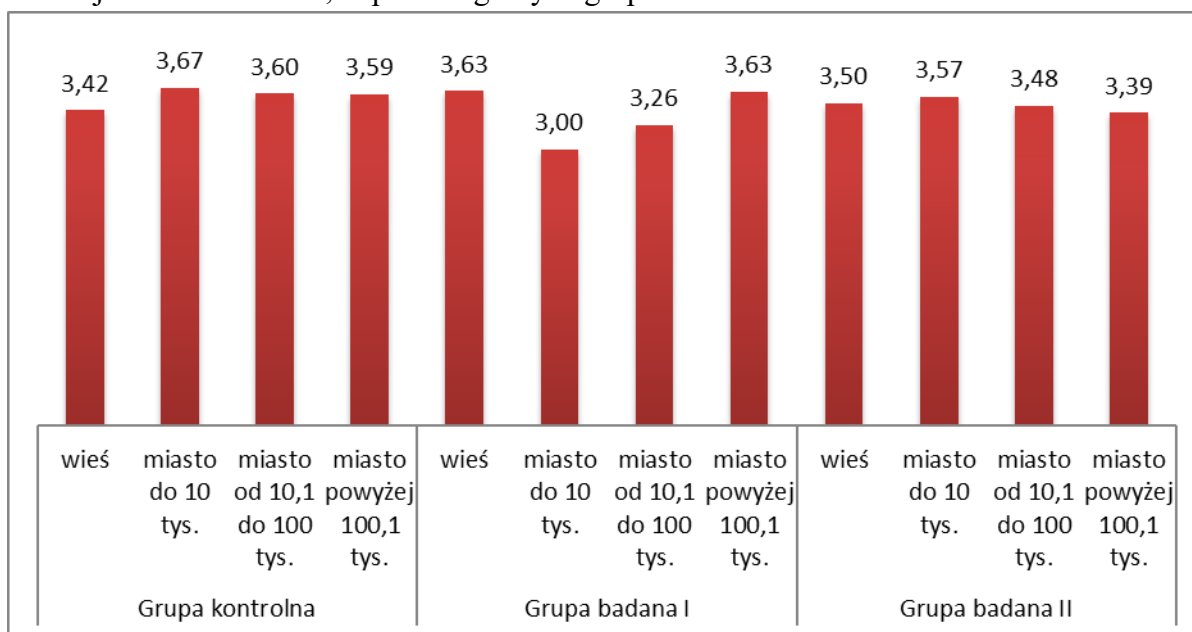
Nie wykazano istotnej statystycznie zależności pomiędzy zachowaniami profilaktycznymi, a wykształceniem, w poszczególnych grupach.

Ryc. 7 Wykres wskaźnika zachowań profilaktycznych, wyrażonego w punktach, w zależności od stanu cywilnego, w poszczególnych grupach.



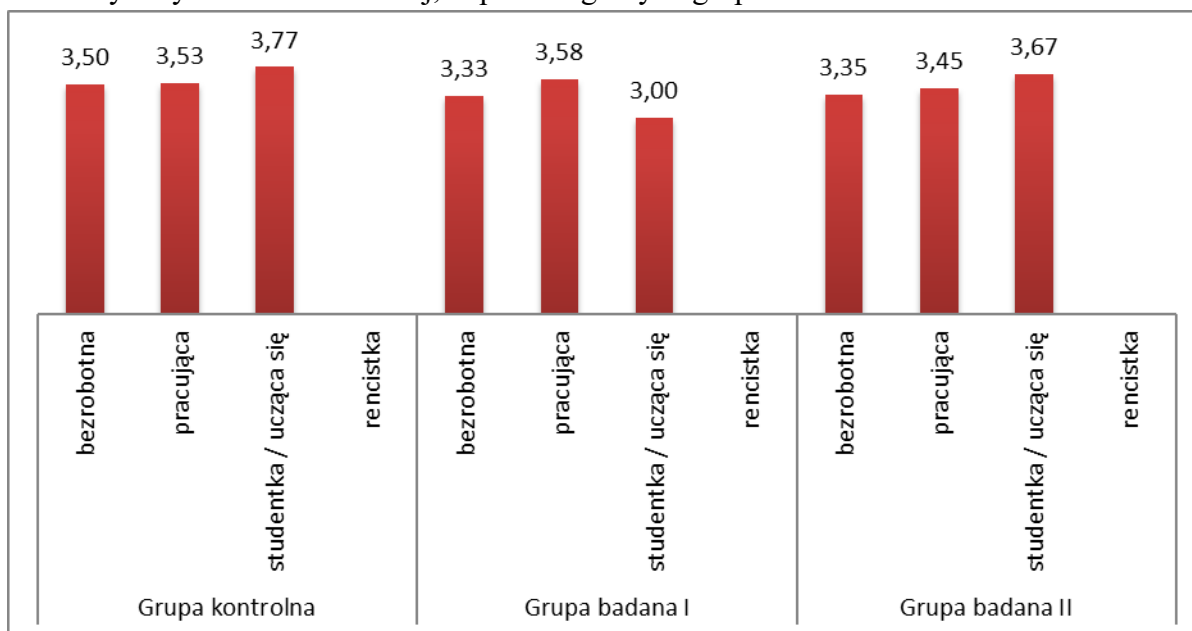
Nie wykazano istotnej statystycznie zależności pomiędzy zachowaniami profilaktycznymi, a stanem cywilnym w poszczególnych grupach.

Ryc. 8 Wykres wskaźnika zachowań profilaktycznych, wyrażonego w punktach, w zależności od miejsca zamieszkania, w poszczególnych grupach.



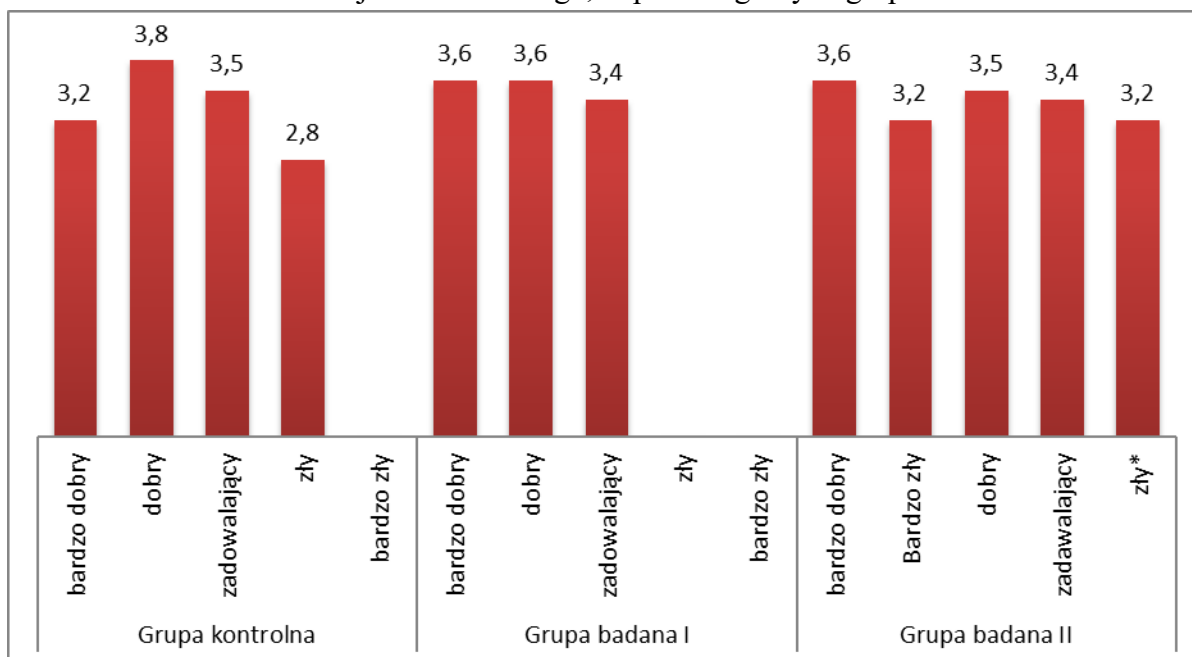
Nie wykazano istotnej statystycznie zależności pomiędzy zachowaniami profilaktycznymi, a stanem cywilnym w poszczególnych grupach.

Ryc. 9 Wykres wskaźnika zachowań profilaktycznych, wyrażonego w punktach, w zależności od formy aktywności zawodowej, w poszczególnych grupach.



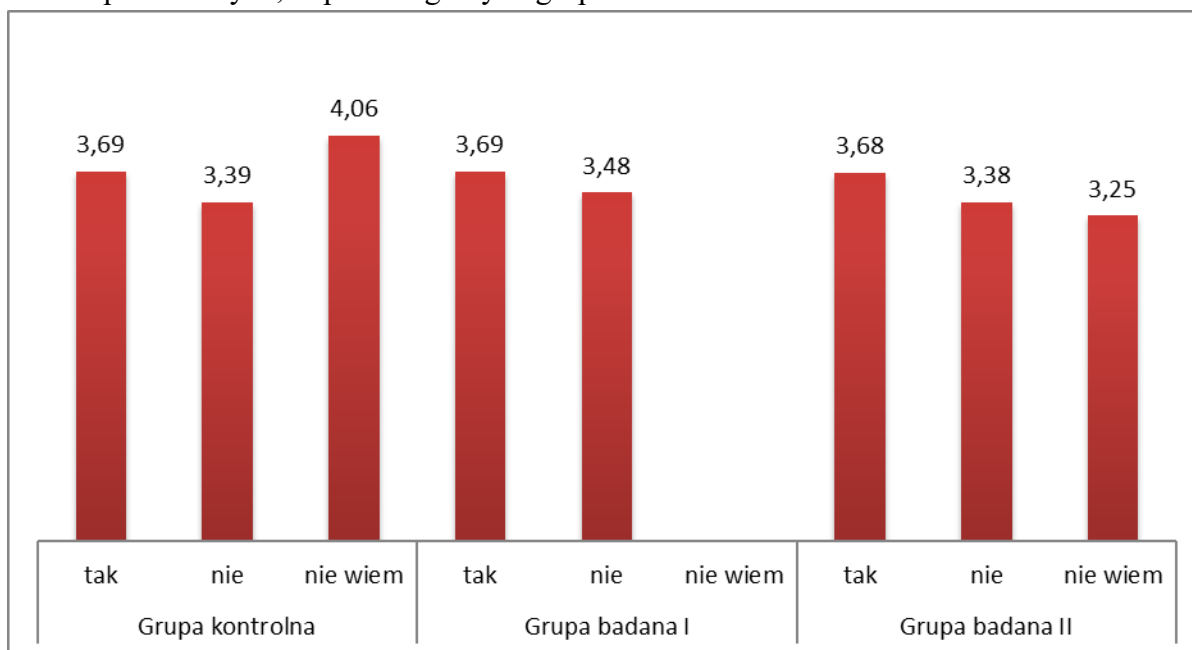
Nie wykazano istotności statystycznej pomiędzy zachowaniami profilaktycznymi, a miejscem zamieszkania i formą aktywności zawodowej, w poszczególnych grupach.

Ryc. 10 Wykres wskaźnika zachowań profilaktycznych, wyrażonego w punktach, w zależności od statusu socjoekonomicznego, w poszczególnych grupach.



Nie wykazano istotności statystycznej pomiędzy zachowaniami profilaktycznymi, a statusem socjoekonomicznym, w poszczególnych grupach.

Ryc. 11 Wykres wskaźnika zachowań profilaktycznych w zależności od występowania chorób przewlekłych, w poszczególnych grupach.



Nie wykazano istotnej statystycznie zależności pomiędzy zachowaniami profilaktycznymi, a obecnością chorób przewlekłych, w poszczególnych grupach.

Szczegółowa analiza nie wykazała korelacji pomiędzy pozostałymi kategoriami zachowań zdrowotnych według IZZ, a zmiennymi socjodemograficznymi:

- brak istotności pomiędzy pozytywnym nastawieniem psychicznym, a wiekiem, BMI, wykształceniem, stanem cywilnym, miejscem zamieszkania, formą aktywności zawodowej, statusem socjoekonomicznym i występowaniem chorób przewlekłych, w poszczególnych grupach,
- brak istotności pomiędzy wskaźnikiem praktyk zdrowotnych, a wiekiem, BMI, wykształceniem, stanem cywilnym, miejscem zamieszkania, formą aktywności zawodowej, statusem socjoekonomicznym i występowaniem chorób przewlekłych, w poszczególnych grupach.

IV.4 PORÓWNANIE WYNIKÓW UZYSKANYCH Z ANALIZY DANYCH Z ANKIETY AUTORSKIEJ ORAZ Z IZZ

Pierwsza część wyników badań dotyczyła ankiety autorskiej zawierającej pytania ukierunkowane na poziom świadomości i realizacji zachowań prozdrowotnych kobiet w okresie prokreacji. Natomiast drugą część stanowił Inwentarz Zachowań Zdrowotnych wg Juczyńskiego. Na jego podstawie określono ogólny poziom zachowań zdrowotnych oraz natężenie zachowań zdrowotnych w czterech grupach. Charakter obu narzędzi jest różny, a pytania nie pokrywają się.

Analiza wyników ankiety autorskiej wykazała różnice w deklarowanej realizacji zachowań zdrowotnych pomiędzy grupą kontrolną, grupą badaną I i grupą badaną II, w zakresie częstości spożywania alkoholu, wykonywania badań laboratoryjnych wykrywających obecność chorób przenoszonych drogą płciową i karmienia piersią. Wykazano także różnicę dotyczącą opinii na temat konieczności podawania witaminy K domięśniowo wszystkim noworodkom pomiędzy grupą kontrolną, badaną I i badaną II.

Porównanie wyników badań grupy kontrolnej z połączonymi grupami badanymi wykazało istotności w zakresie pytań dotyczących: częstości spożywania alkoholu, wykonywania badań laboratoryjnych wykrywających obecność chorób przenoszonych drogą płciową, opinii na temat wykonywania pierwszej kąpieli noworodka bezpośrednio po porodzie oraz opinii na temat konieczności podaży witaminy K domięśniowo wszystkim noworodkom.

Analiza wyników Inwentarza Zachowań Zdrowotnych nie wykazała różnic w zakresie poziomu zachowań zdrowotnych między grupami. Nie wykazano także różnic natężenia prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, pozytywnego nastawienia psychicznego i praktyk zdrowotnych, między grupą kontrolną, badaną I i badaną II.

Wykazano natomiast zależności względem niektórych zmiennych socjodemograficznych zarówno w ankiecie własnej konstrukcji, jak i ankiecie standaryzowanej.

V. DYSKUSJA

Czas ciąży, porodu, a także wczesnego macierzyństwa jest szczególnym okresem w życiu kobiet. Oprócz zmian w sferze psychicznej i fizycznej, zachodzi także zmiana roli społecznej. Kobieta zostaje matką, a jej styl życia oraz zachowania związane ze zdrowiem wpływają już nie tylko na nią samą, ale też na dziecko, za które jest odpowiedzialna. Stąd tak ważna jest wiedza dotycząca zachowań prozdrowotnych i wdrażanie jej w codzienne życie.

Badania własne tworzyły dwa narzędzia badawcze. Pierwszą część stanowiła ankieta autorska, a drugą Inwentarz Zachowań Zdrowotnych według Juczyńskiego (ankieta standaryzowana).

Ankieta autorska zawierała pytania przeznaczone dla kobiet w okresie prokreacji. Dotyczyły one wiedzy respondentek na temat zachowań zdrowotnych oraz realizacji tychże w praktyce. Zwrócono także uwagę na zachowania antyzdrowotne, takie jak przyjmowanie używek. Szczególnie niebezpieczny w okresie ciąży i porodu jest alkohol. Spożywanie alkoholu przez ciężarne może mieć wpływ na występowanie spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych, natomiast w przypadku kobiet w porodu negatywnie wpływa na laktację, a przenikając do pokarmu działa toksycznie na dziecko. W badaniach własnych ustalono wpływ okresu ciąży i porodu na częstość spożywania alkoholu przez kobiety. Nieródki w większości spożywały alkohol 2-4 razy w miesiącu (42,3%), podczas gdy położnice i młode matki w większości nie spożywały alkoholu wcale (odpowiednio: 68,6% i 54,2%). Można zatem wysnuć wniosek, że urodzenie dziecka istotnie wpływa na częstość spożywania alkoholu przez kobiety. Jednak niepokojem napawa fakt, że aż co trzecia kobieta we wczesnym poroku i niemal połowa matek w drugim miesiącu po porodzie, deklaruje spożywanie alkoholu w ogóle. Uzyskane wyniki wskazują na potrzebę pogłębienia analizy tego tematu i dalsze badania na większej grupie respondentek, z uwzględnieniem ilości wypitego alkoholu, a także jego rodzaju. Należy również zwiększyć działania profilaktyczne i edukacyjne w tym zakresie.

Badania Małeckiej-Włoch wykazały, że 60% kobiet całkowicie zaprzestała spożywania alkoholu po uzyskaniu informacji o zajściu w ciążę [105]. Również badania Żukiewicz –Sobczak i wsp. wskazały znaczny spadek ilości spożywanego alkoholu w ciąży [106], a Charkiewicz i wsp. wykazała całkowitą abstynencję wszystkich kobiet podczas ciąży [107]. Jednak mogą to być wyniki niedoszacowane. Powszechnie znane jest szkodliwe

działanie alkoholu na płód, w związku z czym kobiety mogły świadomie zatajać prawdę ze strachu przed krytyką lub z obawy o utratę dobrego imienia [108].

Podobne wyniki badań uzyskała Pehlke-Milde i wsp. w Szwajcarii. Badanie dotyczyło poglądów na temat spożywania alkoholu przez kobiety w ciąży, a następnie do sześciu miesięcy po porodzie. Wykazano, że kobiety ciężarne i karmiące piersią postrzegają spożywanie alkoholu jako ryzykowne dla dziecka, w związku z czym znacznie ograniczają lub całkowicie odrzucają spożywanie tegoż w czasie ciąży [109].

Nieco inaczej prezentują się doniesienia następujących badań zagranicznych: Melchior i wsp. wykazała że alkohol spożywało 34,8% ciężarnych we Francji [110], 28,1% we Włoszech (Gloria-Bottini i wsp.) [111], około 30-40% w Hiszpanii (Joya i wsp. – wyniki uzyskano na podstawie analizy włosów) [112] i aż 53% w Wielkiej Brytanii (Bye i wsp.) [113].

Kolejne pytanie ankiety autorskiej dotyczyło spożywania narkotyków i innych środków psychoaktywnych. Nie wykazano wpływu urodzenia dziecka na przyjmowanie tych używek, jednak można podejrzewać, że było to spowodowane faktem, iż zdecydowana większość respondentek każdej z grup negowała przyjmowanie tych używek.

Szczegółowa analiza wykazała wpływ czynników demograficznych na badany parametr. Wśród nieródek do ich stosowania przyznawały się kobiety o wyższym BMI i bardzo dobrym statusie socjoekonomicznym. Natomiast w grupie położnic częściej przyjmowały je kobiety zamężne i pracujące.

Badania Izydorczyk wykazały, że kobiety ciężarne nie przyjmowały narkotyków ani dopalaczy w czasie ciąży, podczas gdy 11,2% deklarowała przyjmowanie narkotyków i 1,4% stosowanie dopalaczy w przeszłości [114]. Również respondentki w badaniach Charkiewicz nie stosowały tego typu używek w ciąży [107]. Natomiast wyniki badań przeprowadzonych w Hiszpanii wykazały używanie narkotyków przez 6% ciężarnych [112].

Za pomocą ankiety własnej zbadano również, czy respondentki wykonują badania laboratoryjne, wykrywające obecność chorób przenoszonych drogą płciową. Do takich chorób należy na przykład chlamydia, rzeżączka, kiła, a także zakażenie wirusem HIV. Wykazano istotną różnicę między grupami w tym aspekcie, ponieważ nieródki najczęściej nigdy nie wykonywały takich badań, natomiast matki odbywały je w okresie ciąży. Świadomość potrzeby wykonywania powyższych badań w ciąży, ale też poza nią, jest niezwykle ważna, ponieważ dane Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego wykazują znaczny wzrost zachorowań na choroby weneryczne w ostatnich latach w Polsce. W okresie od 01.01.2022 do 31.12.2022 roku na 100 tys. ludności, przypadały 1990 osoby chore na kiłę, 601 osób chorych

na rzeżączkę, 551 chorych na chlamydiozę i 2380 nowowykrytych zakażeń wirusem HIV [115].

Ostatnie pytanie ankiety własnej, odnoszące się do realizacji zachowań zdrowotnych dotyczyło karmienia piersią. Analizie poddano grupę badaną I i II i wykazano istotną zależność. Ponad 90% matek karmiło swoje dzieci piersią tuż po porodzie. Kobiety w drugim miesiącu po porodzie również w większości karmiły swoje dzieci naturalnie (60,4%), jednak w mniejszym stopniu niż na początku połogu. Czynniki demograficzne nie różnicowały odpowiedzi na to pytanie.

Zbliżony przebieg karmienia naturalnego potwierdza Centrum Nauki o Laktacji, powołując się na dane GUS z 2013 roku. Niemal 100% polskich matek deklaruje chęć karmienia naturalnego i w okresie wczesnego połogu znaczna część z nich realizuje te zamiary. Jednak po upływie 6 tygodni już ponad połowa matek nie karmi dzieci piersią, a po upływie roku, pozostaje jedynie 11,9% karmionych w ten sposób niemowląt. Często przyczyną nie jest wybór matek, ale brak właściwej pomocy i prawidłowej edukacji w zakresie laktacji. Zarówno personel medyczny, jak i osoby z otoczenia matek zachęcają do karmienia naturalnego, jednak nie potrafią udzielić właściwych rad, kiedy pojawiają się trudności. Należałoby zatem zwiększyć nacisk na poszerzanie wiedzy w tym zakresie przez pracowników ochrony zdrowia, w szczególności lekarzy i położnych POZ, co wpłynęłoby pozytywnie na długość karmienia piersią w Polsce [116] [117] [118].

Poprzez ankietę własnej konstrukcji zbadano opinię kobiet na temat szkodliwości spożywania alkoholu. Zdecydowana większość kobiet uznawała szkodliwe działanie alkoholu na organizm, a korelacja między analizowanymi grupami nie była istotna statystycznie, ale można zaobserwować, iż w grupie kontrolnej i badanej II panuje przekonanie o szkodliwości spożywania alkoholu niezależnie od ilości (odpowiednio: 59,6% i 60,4%). Natomiast w grupie badanej I większość kobiet uważała, że tylko duża ilość wypitego alkoholu ma działanie szkodliwe (47,1%). Dowiedziono, iż starsze z ankietowanych kobiet w grupie nieródek częściej były zdania, że alkohol jest szkodliwy niezależnie od ilości. Natomiast w grupie położnic częściej obserwowano taki pogląd wśród kobiet będących w związku partnerskim, podczas gdy zamężne określały go jako szkodliwy, ale tylko w dużej ilości.

Z raportu „Wzory konsumpcji alkoholu w Polsce” z 2020 roku wynika, że zdecydowana większość osób, która zdecydowała się na abstynencję, uważała alkohol za szkodliwy, a prawie 90% wszystkich ankietowanych uważało, że nie powinny go spożywać kobiety ciężarne i karmiące piersią. Natomiast niemal połowa wierzyła

w korzystny wpływ alkoholu na zdrowie (kojenie nerwów, poprawa snu, rozrzedzenie krwi, pozytywne działanie na serce i układ krążenia) [119].

Badania Izydorczyk wykazały, że ponad 90% respondentek miało świadomość szkodliwego wpływu alkoholu na płód [114]. Potwierdzają to badania Żuralskiej i wsp. [120], Wyki i wsp. [121], a także Żukiewicz-Sobczak [106].

Zatem można podejrzewać, iż społeczeństwo charakteryzuje się dość wysokim poziomem świadomości dotyczącym negatywnych konsekwencji spożywania alkoholu przez kobiety ciężarne i karmiące piersią. Łatwo jednak zauważyć braki w wiedzy na temat ogólnej jego szkodliwości, co prowadzi do wniosku, iż niezbędne jest tworzenie programów edukacyjnych i zwiększenie nacisku na poszerzanie wiedzy społeczeństwa w tym zakresie.

Na podstawie ankiety własnej zbadano opinię respondentek na temat szkodliwości przyjmowania narkotyków i innych środków psychoaktywnych. Pomimo istotnego wpływu zmiennych socjodemograficznych, zdecydowana większość kobiet z każdej z grup była zdania, że omawiane substancje niekorzystnie wpływają na funkcjonowanie organizmu i nie ma bezpiecznej ilości ich przyjmowania. Jest to zgodne z wynikami badań Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Rzeszowie, na populacji mieszkańców województwa podkarpackiego [122], a także z wynikami Kozuch w badaniach na populacji studentów Instytutu Pedagogiki Uniwersytetu Jagiellońskiego [123] oraz z danymi raportu z badań na populacji generalnej, przedstawionymi przez Sierosławskiego i wsp. [124].

Niepokojące są jednak statystyki, ponieważ pomimo ogólnej świadomości szkodliwego działania środków psychoaktywnych, poziom ich dostępności i używania w całej Unii Europejskiej jest na wysokim poziomie. Według Europejskiego raportu narkotykowego z 2022 roku, aż 29% czyli 83,4 mln osób dorosłych deklarowało używanie nielegalnych środków odurzających [125].

Ankieta własna obejmowała również zachowania zdrowotne dotyczące noworodka. Respondentki oceniały, czy karmienie piersią jest korzystne dla rozwoju dziecka. Większość kobiet każdej z grup była zdania, iż taki sposób karmienia jest korzystny, ale jest to indywidualna decyzja matki. Opinię na ten temat różnicował jedynie wiek i miejsce zamieszkania wśród nieródek. Młodsze z nich częściej uważały, że matka powinna karmić swoje dziecko piersią. Natomiast starsze, zamieszkujące miasta potwierdzały korzystny wpływ karmienia naturalnego, ale zwracały uwagę, że jest to indywidualna decyzja.

Również badania Kardziejonek [118], Zielińskiej [126] i Cierpki [127] dowodzą znacznej świadomości kobiet w zakresie korzyści karmienia naturalnego. Potwierdzają to także badania Dzbuk i wsp. z których wynika, że ponad 90% kobiet było zdania,

iż karmienie naturalne wpływa na: tworzenie się emocjonalnej więzi między matką, a dzieckiem, zmniejszenie ryzyka wystąpienia cukrzycy i otyłości, a także na „ułatwienie kolonizacji jelit odpowiednią florą bakteryjną” [128].

W badaniach własnych określono również, jak respondentki oceniają konieczność wykonywania pierwszej kąpeli noworodka od razu po porodzie. Wykazano wpływ urodzenia dziecka na opinię kobiet na ten temat. W grupie nieródek, nieznaczna większość kobiet była zdania, iż z pierwszą kąpielą dziecka należy się wstrzymać przez kilka godzin po porodzie (46,2%), natomiast matki z grupy badanej I i II w większości uważały, że taką kąpiel należy wykonać dopiero po kilku dniach po porodzie (odpowiednio: 60,8% i 68,8%). Na omawianą opinię w grupie położnic miał wpływ wiek, poziom BMI i wykształcenie. Przekonanie, że noworodka należy wykąpać po raz pierwszy dopiero po kilku dniach od porodu, częściej miały kobiety młodsze, o prawidłowym BMI i wyższym wykształceniu. Wydaje się, że pewne opinie mogą być wynikiem określonych mód szerzących się w mediach społecznościowych, a niepopartych wytycznymi towarzystw naukowych.

Kąpiel noworodka, karmienie czy pielęgnacja kikutu pępowinowego to elementarna wiedza dotycząca zachowań zdrowotnych w odniesieniu do noworodka. Badania Kaźmierczak i wsp. przeprowadzone na grupie kobiet w okresie połogu, określiły ich wiedzę na temat opieki i pielęgnacji noworodka na poziomie przeciętnym, przy czym jedynie 26% z nich uzyskało poziom wysoki. W niniejszych badaniach wykształcenie istotnie różnicowało omawiany poziom wiedzy kobiet [129].

Ankieta własna zawierała pytanie dotyczące oceny konieczności podawania witaminy K domięśniowo wszystkim noworodkom. Wykazano istotny wpływ urodzenia dziecka na świadomość kobiet dotyczącą jej korzystnego działania. Niemal tyle samo respondentek z grupy kontrolnej uważało, że podaż powyższej witaminy jest konieczna jako profilaktyka choroby krwotocznej (40,04%), jak nie miało zdania na ten temat (38,5%). Większość respondentek z obu grup badanych uznawała konieczność i profilaktyczne działanie witaminy K (grupa badana I: 59,6%, grupa badana II: 37,5%). Jednak aż co 4 kobieta z grupy badanej II twierdziła, że do podaży omawianej witaminy niezbędne są dodatkowe wskazania lekarskie.

Badania Kaźmierczak i wsp., dotyczące oceny wiedzy położnic w zakresie pielęgnacji i opieki nad noworodkiem wykazały, że większość ankietowanych знаła profilaktyczne działanie witaminy K u noworodków (55%) [129]. Podobne wyniki uzyskała Misiołek w badaniach na populacji matek [130].

Deluga i wsp. badała wiedzę na temat zapobiegania choroby krwotocznej wśród rodziców. Z badań wynika, iż niewiele ponad 1/3 ankietowanych właściwie wskazała

profilaktyczne działanie witaminy K, wybierając ją spośród innych, podanych w ankiecie [131]. Natomiast 63% ciężarnych w badaniach Skubisz, знаło formę podania tej witaminy dzieciom [132]. Można zatem podejrzewać, że badania ankietowe obarczone są błędem, w zależności od zastosowanej metody. Wydaje się również, że pomimo dużej dostępności wiedzy, materiałów informacyjnych, popularyzacji nauki w Internecie nadal poziom świadomości zdrowotnej w społeczeństwie nie zadowala.

W grupach badanych I i II istotny wpływ na ocenę konieczności podawania witaminy K miało wykształcenie. Wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia wzrastało przekonanie o konieczności podaży witaminy, co jest zgodne z wynikami Kaźmierczak i wsp. [129]. Ponadto, w grupie badanej I badań własnych wykazano, że stan cywilny różnicuje przekonane o profilaktycznym działaniu witaminy K. Nie potwierdza tego przegląd literatury.

Badania własne ukazały opinię kobiet na temat obowiązkowych szczepień dzieci. W każdej z grup najwięcej kobiet było zdania, iż dzieci powinny być szczepione zgodnie z obowiązującym kalendarzem szczepień.

Badania Nitsch-Osuch przeprowadzone wśród matek dzieci przedwcześnie urodzonych wykazują, że niemal połowa ankietowanych znała aktualny kalendarz szczepień ochronnych w Polsce i aż 97% matek chciało wykonać takie szczepienia u swojego dziecka [133]. Natomiast badania Trojanowskiej i wsp. na populacji ciężarnych wykazały, że aż 70% ankietowanych nie znało prawidłowego znaczenia terminu „szczepienia ochronne”, a tylko co trzecia kobieta wiedziała, czym jest kalendarz szczepień ochronnych [134]. Można zatem domniemywać, że sposób skonstruowania pytania wpływa na odpowiedzi respondentów, stąd pojawiają się znaczne różnice w zależności od zastosowanej ankiety.

Druga część badań niniejszej rozprawy zawierała narzędzie standaryzowane, jakim jest Inwentarz Zachowań Zdrowotnych, pozwalający na określenie ogólnego poziomu zachowań zdrowotnych osób dorosłych, oraz na podział tych zachowań na cztery kategorie; prawidłowe nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne, pozytywne nastawienie psychiczne i praktyki zdrowotne.

Ogólny poziom zachowań zdrowotnych w każdej z badanych grup okazał się być przeciętny, nie wykazano różnic między grupami w tym zakresie (I – $84,92 \pm 13,76$ vs II – $82,54 \pm 14,71$ vs K – $84,11 \pm 14,35$), co prowadzi do wniosku, iż urodzenie dziecka nie ma wpływu na zachowania zdrowotne kobiet. Liczba uzyskanych przez każdą z grup punktów była nieco wyższa od wyniku standardowego, wskazanego przez Juczyńskiego ($M=81,82$) [135].

Badania Piech i wsp. na grupie położnic [136] oraz badania Pacian i wsp. dotyczące matek dzieci od 6 do 13 roku życia [137], także wykazały przeciętny poziom zachowań zdrowotnych kobiet. Nieco niższy wskaźnik punktowy zaprezentowała Krzyżanowska i wsp. w badaniach osób z marskością wątroby ($76,06 \pm 13,69$), jednak wciąż mieścił się on w granicach poziomu przeciętnego [138]. Taki poziom uzyskały także osoby z otyłością i nadwagą w badaniach Kawalec i wsp. [139], położnice z obciążonym wywiadem położniczym, badane przez Piechowską ($85,55 \pm 12,77$) [140] oraz kobiety z nieprawidłowym wynikiem badania cytologicznego szyjki macicy w doniesieniach Korzyńskiej-Piętas [141]. Wyższy wskaźnik i tym samym wysoki poziom zachowań zdrowotnych uzyskały położnice z nieodbiegającym od normy wywiadem położniczym w badaniach Piechowskiej ($87,66 \pm 12,75$) [140]. Natomiast studentki w badaniach Kulik i wsp. uzyskały niższą ocenę wskaźnika zdrowotnego ($74,05 \pm 13,69$) [142], tak samo jak studentki pielęgniarstwa w badaniach Walentukiewicz i wsp. ($73,19 \pm 14,16$) [143].

Szczegółowa analiza korelacji zmiennych socjodemograficznych z ogólnym wskaźnikiem zachowań zdrowotnych, w badaniach własnych wykazała, że w każdej z grup wartość wskaźnika rosła wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia, co jest zgodne z wynikami badań Piech i wsp. w odniesieniu do grupy kobiet w połogu [136]. Korelację podanych parametrów uzyskano również w badaniach Pacian i wsp. [137]. Nie wykazano natomiast takiej zależności w badaniach na populacji położnic, przeprowadzonych przez Piechowską [140].

Ponadto badania własne wykazały wyższy ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych wśród kobiet zamężnych, w stosunku do kobiet niezamężnych/panien oraz pozostających w związkach partnerskich, zarówno w grupie nieródek jak i położnic. Badania Piechowskiej na populacji położnic tego nie potwierdzają [140].

Badania własne dowiodły, że forma aktywności zawodowej oraz status socjoekonomiczny istotnie wpływają na ogólny poziom zachowań zdrowotnych w grupie kontrolnej oraz grupie badanej II. W grupie nieródek wyższy wskaźnik prezentowały kobiety pracujące, niż studiujące czy też uczące się, natomiast w grupie badanej II rozkład prezentował się zupełnie inaczej. Studentki/uczące się zdobyły najwyższy wskaźnik. Nieco niższy należał do kobiet pracujących, a najniższy do bezrobotnych. Badania Piechowskiej przeprowadzone na grupie położnic z obciążonym wywiadem położniczym wykazały, iż kobiety pracujące uzyskały wyższy wskaźnik zachowań zdrowotnych, niż niepracujące [140]. W grupie badanej II badań własnych zaobserwowano, iż wraz ze wzrostem deklarowanego statusu socjoekonomicznego, wzrastał wskaźnik zachowań zdrowotnych, co

jest zgodne z doniesieniami Piechowskiej [140]. Takiej prawidłowości nie przedstawia analiza grupy kontrolnej badań własnych. Tam najwyższy poziom prezentowały kobiety o dobrym statusie socjoekonomicznym, a najniższy o statusie złym. Natomiast średnie wartości należały do kobiet o deklarowanym statusie zadowalającym i bardzo dobrym. Piech i wsp. w swoich badaniach nad położnicami nie wykazała korelacji między poziomem zachowań zdrowotnych, a sytuacją materialną kobiet [136].

Ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych w grupie badanej II badań własnych różnicowała także obecność chorób przewlekłych. Większe natężenie zachowań zdrowotnych zaobserwowano u kobiet chorych. Inne wyniki podaje natomiast Kulik i wsp. [142] oraz Piechowska w odniesieniu do grupy studentek i położnic [140].

W badaniach własnych, najbardziej zależny od czynników socjodemograficznych był wskaźnik zachowań zdrowotnych grupy kontrolnej. Wśród nieródek zróżnicowanie wynikało z wieku kobiet, ich poziomu BMI, miejsca zamieszkania, a także omówionego już stanu cywilnego, formy aktywności zawodowej i statusu socjoekonomicznego. Natomiast na wskaźnik zachowań zdrowotnych kobiet z grupy badanej I miało wpływ jedynie wykształcenie oraz stan cywilny, co może świadczyć o tym, że kobiety w pierwszym tygodniu po porodzie charakteryzuje najmniej zróżnicowane natężenie zachowań zdrowotnych, niezależne od większości badanych zmiennych demograficznych.

Prawidłowe odżywianie kobiet w okresie prokreacji jest niezwykle ważne. Regularne przyjmowanie odpowiedniej ilości składników odżywczych w czasie ciąży wpływa nie tylko na dobre samopoczucie i zdrowie matki oraz prawidłowy przebieg ciąży ale też rzutuje na całe życie dziecka [144].

Izydorczyk w swoich badaniach na populacji ciężarnych i położnic wykazała zmianę nawyków żywieniowych u niemal co trzeciej kobiety w okresie przedkoncepcyjnym (27,9%) oraz u połowy respondentek w czasie trwania ciąży (50,5%). Poprawie uległa ilość spożywanych warzyw i owoców, a także nabiału i ryb. Ankietowane rzadziej sięgały po żywność wysoko przetworzoną i napoje gazowane [114]. Podobne wyniki uzyskał Hyżyk i wsp., gdzie zmianę nawyków zaobserwowano u niemal połowy kobiet (44%) [145]. Nie jest to zgodne z wynikami badań własnych. Na podstawie IZZ, w badaniach własnych, najwyższą ocenę prawidłowych nawyków żywieniowych uzyskała grupa nieródek, uzyskując wynik $3,52 \pm 0,89$. Niewiele niższe wyniki prezentowały położnice w pierwszym tygodniu po porodzie ($3,44 \pm 0,83$), oraz kobiety, które bezpośrednio zakończyły okres połogu ($3,33 \pm 0,85$). Między grupami nie wykazano istotnych różnic, co prowadzi do wniosku, iż urodzenie dziecka nie wpływa znacząco na natężenie prawidłowych nawyków

żywieniowych wśród badanych kobiet. Każda z grup uzyskała wynik zbliżony do wyniku standardowego, uzyskanego przez Juczyńskiego ($M=3,22$) [135]. Taką samą ocenę jak kobiety z grupy kontrolnej, otrzymały położnice badane przez Piechowską ($3,52\pm0,7$) [140]. Podobny wskaźnik nawyków żywieniowych uzyskano w badaniach Bojar i wsp., przeprowadzonych na grupie kobiet ciężarnych ($M=3,32$) [146] oraz Piech i wsp. na grupie położnic ($M=3,30$) [136], a także na populacji studentek w badaniach Kulik i wsp. ($3,26\pm0,82$) [142]. Nieco wyższą ilość punktów uzyskały matki, w badaniach Pacian i wsp. ($M=3,63$) [137], a nieco niższą osoby z marskością wątroby w badaniach Krzyżanowskiej i wsp. ($2,99\pm0,66$) [138] oraz studentki pielęgniarstwa w badaniach Walentukiewicz i wsp. ($3,09\pm0,82$) [143].

Szczegółowa analiza wykazała wpływ niektórych zmiennych socjodemograficznych na natężenie prawidłowych nawyków żywieniowych w badaniach własnych. W każdej z grup istotne znaczenie miał poziom wykształcenia. Dowiedziono, iż wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia, wzrastały wyniki prawidłowych nawyków żywieniowych, co jest zgodne z wynikami badań Piechowskiej w odniesieniu do jednej z grup położnic [140] oraz z doniesieniami Bojar i wsp. prowadzonymi na grupie kobiet ciężarnych [146]. Odmienne wyniki wykazała Pieniążek i wsp. w badaniach kobiet ciężarnych z Podkarpacia, gdzie na poziom prawidłowych nawyków żywieniowych wpływał istotnie wiek i stan cywilny ankietowanych, nie miało wpływu natomiast ich wykształcenie, ani miejsce zamieszkania [147]. Brak korelacji z wykształceniem potwierdzają również badania Kawalec i wsp. dokonane na osobach otyłych i z nadwagą [139].

W badaniach własnych istotne również okazało się miejsce zamieszkania respondentek w grupie kontrolnej i badanej II. Jednak rozkład danych w grupach prezentował się inaczej. W grupie nieródek mieszkanki miast uzyskały wyższą ocenę, niż mieszkanki wsi. Natomiast w grupie badanej II najwyższy poziom uzyskały mieszkanki małych miast, następnie największych miast i wsi, a najniższy mieszkanki średniej wielkości miast. Badania jednej z grup położnic, zaprezentowane przez Piechowską również wykazały istotną zależność między podanymi parametrami. Osoby zamieszkujące miasta wojewódzkie uzyskały wynik najwyższy, niższy poziom prezentowały mieszkanki wsi/osad, a najniższy mieszkanki miast innych niż wojewódzkie [140].

Analiza badań własnych dowodzi, iż wzrost statusu socjoekonomicznego i występowanie chorób przewlekłych wpływa na prawidłowe nawyki żywieniowe respondentek w grupie badanej II. Takiej zależności nie zaobserwowano w pozostałych grupach. Badania przeprowadzone na grupie ciężarnych (Bojar i wsp.) wykazały,

że ankietowane, których dochody nie wystarczały na życie miały istotnie niższy poziom tych nawyków, od pozostałych respondentek [146]. Również Piechowska wykazała wzrost poziomu nawyków żywieniowych wraz ze wzrostem warunków bytowych respondentek [140]. Badania własne wykazały również, że kobiety zdrowe prezentują wyższą ocenę prawidłowych nawyków żywieniowych, niż kobiety chore przewlekłe. Takiej zależności nie wykazały wyniki badań studentek, przeprowadzone przez Kulik i wsp. [142] oraz badania Piechowskiej [140].

W grupie kontrolnej, oraz badanej I prezentowanych badań własnych zaobserwowano, iż wyższy poziom prawidłowych nawyków żywieniowych uzyskały kobiety pracujące, niż bezrobotne lub studentki/uczące się. Takie same wyniki przedstawia Piechowska [140]. Wspomniane wcześniej badania Bojar i wsp. wykazały wyższą ocenę tych nawyków u kobiet pracujących umysłowo, niż fizycznie oraz bezrobotnych [146].

Ponadto w grupie kontrolnej badań własnych wykazano zależność między poziomem BMI, a prawidłowymi nawykami żywieniowymi, jednak nie potwierdzają tego wyniki badań Kawalec i wsp. dotyczące pacjentów z otyłością i nadwagą [139].

Jedną z kategorii IZZ były zachowania profilaktyczne, na które składały się między innymi: regularne badania kontrolne, respektowanie zaleceń lekarskich i pogłębianie wiedzy na temat zdrowia. Najwyższy poziom tych zachowań w badaniach własnych uzyskała grupa kontrolna ($3,55 \pm 0,67$) i badana I ($3,54 \pm 0,66$). Nieco niższą ocenę otrzymała grupa badana II ($3,46 \pm 0,73$), co nie stanowiło istotnych różnic, a w stosunku do wartości normalizacyjnej Juczyńskiego stanowiło zbliżony wynik ($M=3,42$) [135]. Badania Piech i wsp. na grupie położnic [136] oraz Pacian i wsp. na grupie matek [137], wykazały podobne wartości średnie (odpowiednio: $M=3,51$; $M=3,57$). Wyższe wyniki uzyskały położnice z obciążonym i nieobciążonym wywiadem położniczym w badaniach Piechowskiej (odpowiednio: $3,59 \pm 0,65$; $3,70 \pm 0,64$) [140]. Natomiast pacjenci z marskością wątroby badani przez Krzyżanowską i wsp. uzyskali nieco niższy wynik ($3,37 \pm 0,65$) [138], zbliżony do wyniku studentek w badaniach Kulik i wsp ($3,00 \pm 0,72$) [142] oraz studentek pielęgniarstwa w badaniach Walentukiewicz - $3,04 \pm 0,66$ [143].

Szczegółowa analiza badań własnych wykazała zależność między poziomem BMI, a zachowaniami profilaktycznymi, w grupie kontrolnej, czego nie potwierdza przegląd piśmiennictwa.

Wśród kategorii zachowań zdrowotnych zawartych w IZZ wyodrębniono pozytywne nastawienie psychiczne. W ankiecie określały je stwierdzenia dotyczące pozytywnego myślenia, posiadania rodziny i przyjaciół, a także unikania silnych, negatywnych emocji

i przygnębiających sytuacji. W badaniach własnych była to najwyżej oceniana grupa zachowań zdrowotnych. Każda z analizowanych grup uzyskała tam swój najwyższy wskaźnik, a najwyższą ocenę uzyskała grupa badana I ($3,76 \pm 0,61$). Różnice parametrów nie były jednak istotne, a uzyskane wartości nieznacznie przewyższały wynik standardowy dla osób dorosłych ($M=3,52$) [135]. W badaniach Piech i wsp. położnice również uzyskały najwyższy poziom w tej grupie zachowań zdrowotnych ($M=3,52$) [136]. Zbliżone wartości uzyskała także Piechowska w badaniach na populacji położnic z obciążonym wywiadem położniczym ($3,63 \pm 0,6$) oraz z prawidłowym przebiegiem ciąży, porodu i połogu ($3,76 \pm 0,58$), także uzyskując w tej grupie zachowań zdrowotnych najwyższe wartości [140]. Badania Pacian i wsp. wykazały zbliżoną ocenę uzyskaną przez grupę matek dzieci uczęszczających do szkoły podstawowej ($M=3,61$) [137], natomiast niższy poziom badanego parametru uzyskali chorzy z marskością wątroby ($3,18 \pm 0,69$) [138] oraz studentki badane przez Kulik i wsp. ($3,17 \pm 0,68$) [142] i studentki pielęgniarstwa ($3,10 \pm 0,8$) [143].

W badaniach własnych, w zakresie tej grupy zachowań zdrowotnych nie wykazano istotnych zależności, co nie jest zgodne z badaniami Pieniążek i wsp., gdzie zaprezentowano istotny wpływ wieku i wykształcenia na badany parametr. Ciężarne starsze, z wykształceniem wyższym uzyskały wyższą ocenę [147].

Kolejną kategorią zachowań zdrowotnych IZZ są praktyki zdrowotne, które określały stwierdzenia dotyczące wystarczającej ilości snu i odpoczynku, kontrolowania swojej masy ciała, unikania przepracowania i nadmiernego wysiłku fizycznego oraz ograniczania palenia tytoniu. Była to najniżej oceniona kategoria zachowań dotyczących zdrowia w badaniach własnych. Swoje najniższe wyniki otrzymała tam grupa kontrolna ($3,40 \pm 0,66$) oraz badana I ($3,42 \pm 0,74$). Natomiast grupa badana II uzyskała ocenę $3,35 \pm 0,69$. Różnice nie były istotne i stanowiły nieznacznie wyższe wyniki od wartości standardowej ($M=3,32$) [135]. Kobiety w okresie połogu, badane przez Piech i wsp. również najniżej oceniły tę grupę zachowań zdrowotnych ($M=3,28$) [136], tak samo jak matki w badaniach Pacian i wsp. ($M=3,24$) [137] i studentki pielęgniarstwa w badaniach Walentukiewicz i wsp. ($2,96 \pm 0,71$) [143]. Badania Krzyżanowskiej i wsp. wykazały średni poziom praktyk zdrowotnych pacjentów z marskością wątroby na poziomie $3,14 \pm 0,7$ [138], a studentki w badaniach Kulik i wsp. na poziomie $3,31 \pm 0,68$ [142]. Natomiast położnice obu grup położnic badanych przez Piechowską uzyskały wyniki na poziomie $3,51 \pm 0,65$ oraz $3,63 \pm 0,61$, co stanowi wartości nieco wyższe niż w badaniach własnych [140].

Szczegółowa analiza nie wykazała wpływu wybranych danych socjodemograficznych na poziom praktyk zdrowotnych w badaniach własnych. Również badania Pieniążek i wsp.

nie wykazały takich zależności względem wieku, stanu cywilnego i miejsca zamieszkania. Zaprezentowano jedynie korelację z wykształceniem, wskazując na wyższy wskaźnik u kobiet z wykształceniem wyższym [147].

Podsumowując, zarówno ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych, jak i natężenie każdej z czterech kategorii zachowań w badaniach własnych plasuje się na poziomie średnim. Można także zauważyć, iż każdy z prezentowanych wyników badań własnych, nieco przewyższa wynik normalizacyjny osób dorosłych, uzyskany przez Juczyńskiego. Może to być spowodowane różnicą w czasie między badaniami i zwiększającą się świadomością ludzi na temat zachowań zdrowotnych.

Uzyskane wyniki mogą być przyczynkiem w dyskusji na temat potrzeby dalszej edukacji zdrowotnej społeczeństwa. W procesie planowania edukacji zdrowotnej, przy tworzeniu programów profilaktycznych i promocji zdrowia, należałoby wziąć pod uwagę niepełną wiedzę kobiet w zakresie analizowanych w niniejszej pracy zachowań zdrowotnych i dążyć do zwiększenia poziomu świadomości pozytywnych zachowań wśród kobiet w okresie prokreacji.

VI. WNIOSKI

Interpretacja wyników badań własnych pozwoliła na sformułowanie następujących wniosków:

1. Analiza danych uzyskanych z Inwentarza ZZ wykazała, że urodzenie dziecka nie ma istotnego wpływu na zachowania zdrowotne kobiet, a poziom tychże zachowań w grupie nieródek oraz położnic jest przeciętny.
2. Na podstawie ankiety własnej wykazano istotne zmiany związane z urodzeniem dziecka zarówno w poziomie świadomości kobiet na temat wybranych zachowań prozdrowotnych, jak i realizowaniu ich w praktyce.
3. Na podstawie własnej ankiety wykazano, że kobiety po porodzie istotnie rzadziej sięgały po alkohol, a częściej wykonywały badania profilaktyczne, niż nieródki.
4. Opinia w zakresie zachowań zdrowotnych dotyczących noworodka, takich jak optymalny czas pierwszej kąpieli oraz podawanie witaminy K wszystkim noworodkom, zmienia się po urodzeniu dziecka. Po porodzie, respondentki były bardziej przekonane o konieczności podawania witaminy K, jako profilaktyki choroby krwotocznej. Były też zdania, iż noworodek nie powinien być kąpany przynajmniej przez kilka dni po porodzie.
5. W miarę upływu czasu od porodu w zakresie 12 tygodni istotnie zmniejszyła się liczba kobiet karmiących piersią.
6. Niektóre zmienne demograficzne korelowały z poziomem świadomości i realizacją zachowań zdrowotnych wśród badanych kobiet. Najważniejszym czynnikiem różnicującym okazało się wykształcenie.
7. Badania oparte na danych zbieranych metodą ankietowania mogą być obarczone błędem w zależności od zastosowanej metody.

VII. STRESZCZENIE

Wstęp

Światowa Organizacja Zdrowia definiuje pojęcie zdrowie, jako stan dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko jako brak choroby, kalectwa i niepełnosprawności. Natomiast zachowaniami zdrowotnymi określa każdą aktywność człowieka, niezależnie od jego aktualnego i prognozowanego stanu zdrowia, podejmowana w celu promocji (wzmacniania) ochrony i utrzymania zdrowia, przy braku pewności, czy da ona efekt pozytywny. Niezwykle ważna jest wiedza dotycząca korzystnego wpływu tych zachowań na życie i zdrowie, czyli ich świadomość, a także realizacja tychże wśród kobiet w okresie prokreacji. Zwrócono uwagę na prawidłowe odżywianie, sen i regenerację, aktywność fizyczną, unikanie używek i zachowania zdrowotne względem noworodka.

Cel

Celem pracy była ocena wpływu zmian związanych z urodzeniem dziecka na stopień świadomości zachowań prozdrowotnych oraz ich realizację u kobiet w okresie połogu. Oceniono korelację pomiędzy stopniem świadomości i realizacji zachowań zdrowotnych u kobiet w połogu w porównaniu z grupą kontrolną nieródek oraz w zakresie różnic w poziomie tychże w zależności od czasu trwania połogu. Określono również wpływ zmiennych socjodemograficznych na badany temat.

Materiał i metody

Materiał do przeprowadzenia analiz stanowiły badania ankietowe przeprowadzone w latach 2021-2022 w Klinice Patologii Noworodka Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 2 Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie oraz za pośrednictwem portalu internetowego „Facebook”. Badania przeprowadzono za pomocą sondażu diagnostycznego. Dla realizacji celów badania wykorzystano dwa narzędzia: ankietę autorską oraz kwestionariusz standaryzowany – Inwentarz Zachowań Zdrowotnych według Z. Juczyńskiego.

Wyniki

Analiza wyników ankiety autorskiej wykazała różnice w realizacji zachowań zdrowotnych pomiędzy grupą kontrolną (nieródki), grupą badaną I (położnice) i grupą badaną II (matki, bezpośrednio po okresie połogu), w zakresie częstości spożywania alkoholu, wykonywania badań laboratoryjnych wykrywających obecność chorób przenoszonych drogą płciową i karmienia piersią. Wykazano także różnicę dotyczącą opinii na temat konieczności podawania witaminy K domięśniowo wszystkim noworodkom pomiędzy grupą kontrolną, badaną I i badaną II. Analiza wyników Inwentarza Zachowań Zdrowotnych nie wykazała różnic w zakresie poziomu zachowań zdrowotnych między grupami. Nie wykazano także różnic natężenia prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, pozytywnego nastawienia psychicznego i praktyk zdrowotnych, między grupą kontrolną, badaną I i badaną II. Wykazano natomiast zależności względem zmiennych socjodemograficznych zarówno w ankiecie własnej konstrukcji, jak i ankiecie standaryzowanej.

Wnioski

Analiza danych uzyskanych z Inwentarza ZZ wykazała, że urodzenie dziecka nie ma istotnego wpływu na zachowania zdrowotne kobiet, a poziom tychże zachowań w grupie nieródek oraz położnic jest przeciętny. Wykazano istotne zmiany związane z urodzeniem dziecka zarówno w poziomie świadomości kobiet na temat wybranych zachowań prozdrowotnych, jak i realizowaniu ich w praktyce. Kobiety po porodzie istotnie rzadziej sięgały po alkohol, a częściej wykonywały powyższe badania, niż nieródki. Po porodzie, respondentki były bardziej przekonane o konieczności podawania witaminy K, jako profilaktyki choroby krwotocznej. Były też zdania, iż noworodek nie powinien być kąpany przynajmniej przez kilka dni po porodzie. W miarę upływu czasu od porodu w zakresie 12 tygodni istotnie zmniejszała się liczba kobiet karmiących piersią. Zmienne demograficzne takie jak wiek, wykształcenie, itd. korelowały z poziomem świadomości i realizacją zachowań zdrowotnych wśród badanych kobiet. Spośród badanych zmiennych, najważniejszym czynnikiem różnicującym okazało się wykształcenie. Badania oparte na danych zbieranych metodą ankietowania mogą być obarczone błędem w zależności od zastosowanej metody.

VIII. SUMMARY

Introduction

The World Health Organization defines health as a state of physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease, infirmity or disability. Moreover, health behaviour is defined as any human activity, regardless of his current and projected health condition, undertaken in order to promote (strengthen) the protection of health, without certainty whether it will give a positive effect. These behaviours and knowledge about their impact on health and life as well as implementation of these actions by women during the procreation period is extremely important. Attention was paid to proper nutrition, sleep and regeneration, physical activity, avoidance of stimulants and health behaviours towards the newborns.

Objectives

The aim of this paper was to assess the impact of changes in women's health behaviours related to childbirth on the level of awareness of positive health behaviours and their implementation in the postpartum period. A correlation between the level of awareness and implementation of health behaviours by control group of puerperal women in comparison with the control group of nulliparous women was assessed. The differences in these areas between these two groups depending on the duration of the puerperium were also evaluated. The impact of sociodemographic variables on the researched topic was also determined.

Materials and methods

The materials for the analyses were results of surveys conducted in 2021-2022 at the Department of Newborn Pathology of the Independent Public Clinical Hospital No. 2 of the Pomeranian Medical University in Szczecin and via social media internet portal the "Facebook". The research was conducted using a diagnostic survey. There were two tools used to achieve the objectives of the study: self-administered survey and a standardized questionnaire – Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) according to Z. Juczyński.

Results

The analysis of the results of self-administered survey has revealed differences in the implementation of positive health behaviours between the control group (nulliparae), the study group I (postpartum women) and the study group II (mothers, immediately after the postpartum period), in the frequency of alcohol consumption, performing laboratory tests detecting the presence of Sexually Transmitted Diseases (STDs) and breastfeeding. There were also differences found in the opinions about the need of an intramuscularly neonatal vitamin K injection between the control group, study group I and study group II. An analysis of the results of the IZZ indicated that there are no differences in the health behaviours between the groups. There were also no differences found in the healthy eating habits, preventive behaviours, positive mental attitude and health practices between the control group, study group I and study group II. On the other hand, correlations regarding sociodemographic variables were demonstrated both in the self-administered survey and in the standardized survey.

Conclusions

The analysis of data obtained from the IZZ showed that childbirth does not have a significant impact on women's health behaviours, and the level of these behaviours in the group of nulliparous and postpartum women is average. Significant changes associated with childbirth have been found, in the level of women's awareness of selected health behaviours as well as implementation of both of them in practice. Women after childbirth significantly reduced alcohol consumption, and were more likely to perform the STDs tests than nulliparous women. After giving birth, the respondents were more convinced of the need to provide children with a vitamin K as a prophylaxis of Vitamin K deficiency bleeding (VKDB) of the newborn. The results showed that some of the respondents were aware that child should not be bathed for at least a few days after a birth. The results also shows that the number of women breastfeeding significantly decreased in the time span of 12 weeks after a childbirth. Demographic variables such as age, education, etc. among the surveyed women correlated with the level of awareness and implementation of health behaviours. The most important differentiating factor was the level of education. Research based on data collection based on surveys may be subject to error depending on the method used.

IX. PIŚMIENNICTWO

1. <https://www.who.int/about/governance/constitution> - (dostęp: 19.03.2023).
2. Woynarowska B.: Edukacja zdrowotna. Wyd. Nauk. PWN. Warszawa. 2017.
3. Bręborowicz G.: Położnictwo i ginekologia. Wyd. Lek. PWN. Warszawa. 2010.
4. Heszen-Celińska I., Sęk H.: Psychologia zdrowia. Wyd. Nauk. PWN. Warszawa. 2021.
5. Starzyńska-Kościusko E.: Holistyczna (całościowa) koncepcja zdrowia: zdrowie jako wartość. Humanistyka i Przyrodoznawstwo. 2010; 16:319-326.
6. Wrona-Polańska H.: Zdrowie - psychologiczne wyznaczniki, sposoby jego promowania i wspomagania. Sztuka Leczenia. 2006; 13(1-2):19-31.
7. Walentynowicz-Moryl K.: Wielowymiarowe modele zdrowia. Hygeia Public Health. 2017; 52(1):1-5.
8. Andruszkiewicz A., Banaszkiewicz M.: Promocja zdrowia dla studentów studiów licencjackich kierunku pielęgniarstwo i położnictwo. Tom I. Teoretyczne podstawy promocji zdrowia. Wyd. Czelej. Lublin. 2008. .
9. Domaradzki J.: O definicjach zdrowia i choroby. Folia Medica Lodziensia. 2013. 1(40):5-29.
10. Ostrzyżek A., Marcinkowski J.T.: Biomedyczny versus holistyczny model zdrowia a teoria i praktyka kliniczna. Problemy Higieny i Epidemiologii. 2012; 93(4): 682-686.
11. Gruszczyńska M., Bąk-Sosnowska M., Plinta R.: Zachowania zdrowotne jako istotny element aktywności życiowej człowieka. Stosunek Polaków do własnego zdrowia. Hygeia Public Health. 2015; 50(4):558-565.
12. Woźniak M., Brukwicka I., Kopański Z., et al.: Zdrowie i kultura zdrowotna. Journal of Clinical Healthcare. 2015;4.
13. Aleksandrowicz J.: Sumienie ekologiczne. Wiedza Powszechna. Warszawa. 1988.

14. Gromulska L.: Zdrowie psychiczne w świetle dokumentów Światowej Organizacji Zdrowia. *Przegląd Epidemiologiczny*. 2010; 64:127-132.
15. Lew-Starowicz Z., Krajka K., Darewicz B., et al.: Zdrowie seksualne-trudny problem dla lekarzy. *Seksuologia Polska*. 2004; 2(2):33-38.
16. Piotrowicz M., Cianciara D.: Teoria salutogenezy–nowe podejście do zdrowia i choroby. *Przegląd Epidemiologiczny*. 2011; 65(3):521-527.
17. Maszczak T.: Zdrowie jako wartość uniwersalna. *Roczniki Naukowe AWF w Poznaniu*. 2005. 54:73-81.
18. Woźniak M., Brukwicka I., Kopański Z., et al.: Zdrowie jednostki i zbiorowości. *Journal of Clinical Healthcare*. 2015; 4:1-2.
19. Krzewniak D., Ważniewska J.: Kultura bezpieczeństwa zdrowotnego a zrównoważony rozwój. *Kultura Bezpieczeństwa*. 2016; 6:53-74.
20. Wysocki M.J., Miller M.: Paradygmat Lalonde’a. Światowa Organizacja Zdrowia. Nowe zdrowie publiczne. *Przegląd lekarski*. 2003; 57:505-12.
21. Dahlgren G., Whitehead M.: European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2. W: *Studies on social and economic determinants of population health*. No. 3. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen 2007.
22. Gniazdowski A.: Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego. Wyd. Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi. Łódź. 1990.
23. Nowicki G.J., Zboina B., Kocka K., et al.: Zakres rozumienia pojęcia „zachowania zdrowotne” oraz uwarunkowania aktywności zdrowotnej człowieka. *Nauki Humanistyczne, Społeczne i Techniczne*. 2018; 11(1):372-387.
24. Fiega E., Krajewska-Kułak E.: Zachowania zdrowotne - związek ze zdrowiem i chorobą. W: *Holistyczny wymiar współczesnej medycyny*. T.3 : praca zbiorowa / Krajewska-Kułak E. [i in.] (red.). 2017. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku.
25. Kasperek E.: Zachowania prozdrowotne nauczycieli. Oficyna Wydawnicza G&P. Poznań. 1999.

26. Zadworna-Cieślak M., Ogińska-Bulik N.: Zachowania zdrowotne młodzieży - uwarunkowania podmiotowe i rodzinne. Wyd. Difin. Warszawa. 2011.
27. Janssen E., van Osch L., de Vries H., et al.: Examining direct and indirect pathways to health behavior: the influence of cognitive and affective probability beliefs. *Psychology and Health*. 2013; 28(5):546-560.
28. Janaszczyk A., Wengler L., Popowski P.: Filozoficzne, społeczne i prawne aspekty nauk o zdrowiu. Polskie Towarzystwo Programów Zdrowotnych. Gdańsk. 2012.
29. Syrkiewicz-Świła M., Holecki T., Wojtynek E.: Znaczenie mass mediów w promocji zdrowia. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*. 2014; 20(2):171-176.
30. Zielińska M.: Społeczne uwarunkowania zachowań zdrowotnych łódzkich kobiet w wieku prokreacyjnym. *Problemy Higieny i Epidemiologii*. 2008. 89(3):367-372.
31. Królikowska S.: Nierówności w stanie zdrowia między kobietami a mężczyznami w kontekście płci biologicznej oraz społeczno-kulturowej. *Acta Universitatis Lodzensis. Folia Sociologica*. 2011. 39:33-52.
32. Ślusarska B., Dobrowolska B., Zarzycka D.: Metateoretyczny kontekst zachowań zdrowotnych w paradygmatach zdrowia. *Problemy Higieny i Epidemiologii*. 2013; 94(4):667-674.
33. Juczyński Z., Ogińska-Bulik N.: Zdrowie najważniejszym zasobem człowieka. Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki. 2003; 9-16.
34. Antonowsky A.: Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. Wyd. Fundacja IPIN. Warszawa. 1995; 34.
35. Juczyński Z.: Poczucie własnej skuteczności jako wyznacznik zachowań zdrowotnych. *Promocja zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna* 1998; 14: 54 – 63.
36. Rotter J. B.: Poczucie wewnętrznej versus zewnętrznej kontroli i wzmocnień, *Nowiny Psychologiczne* 1990; 5-6: 59-70.
37. Scheier M.F., Weintraub J.K., Carver C.S.: Coping with stress: divergent strategies of optimists and pessimists. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1986; 51(6):1257-1264.

38. Łuszczyńska A.: Zmiana zachowań zdrowotnych: dlaczego dobre chęci nie wystarczają?. Gdańskie Wydaw. Psychologiczne. 2004.
39. Kulik T.B., Latański M.: Zdrowie Publiczne. Podręcznik dla studentów i absolwentów wydziałów pielęgniarstwa i nauk o zdrowiu Akademii Medycznych. Wyd. Czelej. Lublin. 2002.
40. <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/physical-activity> - (dostęp: 04.01.2023).
41. Torbé D., Stolarek A., Lubkowska A., et al.: Aktywność fizyczna zalecana we wczesnym połogu. Pomeranian Journal of Life Sciences. 2016; 62(3):53-56.
42. Karowicz-Bilińska A., Sikora A., Estemberg D., et al.: Fizjoterapia w położnictwie. Ginekologia Polska. 2010; 81:441-5.
43. Minig L., Trimble E.L., Sarsotti C., et al.: Building the evidence base for postoperative and postpartum advice. Obstetrics & Gynecology. 2009; 114(4):892-900.
44. Péninou G., Tixa S.: Napięcia mięśniowe. Od diagnostyki do leczenia. Wyd. PZWL. Warszawa. 2012.
45. Kapandji A.I.: Anatomia funkcjonalna stawów. Wyd. Urban & Partner. Wrocław. 2014.
46. Gablankowska M., Radziszewska S.: Aktywność fizyczna kobiet w ciąży, w trakcie porodu oraz połogu. Sztuka leczenia. 2019; 1:59-64.
47. Gertig H., Gawęcki J.: Słownik terminów żywieniowych. Wyd. Nauk. PWN. Warszawa. 2001.
48. Nehring-Gugulska M.: Warto karmić piersią. wyd. V. Medela Polska. Warszawa. 2011.
49. <https://cnol.kobiety.med.pl/pl/odzywianie-w-czasie-karmienia-piersia/> - (dostęp: 03.01.2023).
50. <https://cnol.kobiety.med.pl/wp-content/uploads/2018/12/odzywianie.pdf> - (dostęp: 03.01.2023).

51. Borszewska-Kornacka M.K., Rachtan-Janicka J., Wesołowska A., et al.: Stanowisko Grupy Ekspertów w sprawie zaleceń żywieniowych dla kobiet w okresie laktacji. *Standardy Medyczne, Pediatria*. 2013; 10(3):265-279.
52. <https://www.sleepfoundation.org/women-sleep> -(dostęp 04.01.2023).
53. Corwin E.J., Bozoky I., Pugh L.C., et al.: Interleukin-1 β elevation during the postpartum period. *Annals of Behavioral Medicine*. 2003; 25:41-47.
54. Gibas-Dorna M., Adamczak-Ratajczak A., Kupisz J.: Korzyści karmienia piersią dla matki. *Pediatria i Medycyna Rodzinna*. 2012; 4(8):370-374.
55. Kirenko J., Byra S.: *Zasoby osobiste w chorobach psychosomatycznych*. Wyd. UMCS. Lublin. 2008.
56. <https://cnol.kobiety.med.pl/wp-content/uploads/2018/12/WHOzywienie.pdf> - (dostęp 03.01.2023).
57. Szajewska H., Socha P., Horvath A., et al.: Zasady żywienia zdrowych niemowląt. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci. *Pediatria*. 2021; 11:321-338.
58. Jabłońska A.: Laktacja-rola karmienia piersią i jej wpływ na rozwój dziecka. *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu*, 2022; 7(2):95-106.
59. Febo M., Numan M., Ferris C.F.: Functional magnetic resonance imaging shows oxytocin activates brain regions associated with mother-pup bonding during suckling. *Journal of Neuroscience*. 2005; 25:11637-11644.
60. *Karmienie piersią w teorii i praktyce*. Podręcznik pod redakcją Nehring-Gugulskiej M., Żukowskiej-Rubik M., Pietkiewicz A. *Medycyna Praktyczna* 2017.
61. Blyton D.M., Sullivan C.E., Edwards N.: Lactation is associated with an increase in slow-wave sleep in women. *Journal of Sleep Research*. 2002; 11:297-303.
62. Quillin S.I., Glenn L.L.: Interaction between feeding method and co-sleeping on maternal-newborn sleep. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 2004; 33:580-588.

63. Oken E., Fields D.A., Lovelady C.A., et al.: TOS Scientific Position Statement: Breastfeeding and Obesity. 2017; 25(11):1864–1866.
64. Gunderson E.P., Lewis C.E., Lin Y., et al.: Lactation Duration and Progression to Diabetes in Women Across the Childbearing Years: The 30-Year CARDIA Study. *JAMA Internal Medicine*. 2018; 178(3):328–337.
65. Młodawska M., Młodawski J., Pazera G., et al.: Brest is the best - czyli co każdy ginekolog o karmieniu piersią wiedzieć powinien. *Ginekologia Praktyczna*. 2019; 4(1):23-33.
66. Laskowska J., Książyk J.: Aktualne wytyczne dotyczące karmienia piersią. *Pediatrics i Medycyna Rodzinna*. 2011; 7(2):110-114.
67. Leite A.M., Linhares M.B., Lander J., et al.: Effects of breastfeeding on pain relief in full-term newborns. *Clin. J. Pain*. 2009;25(9):827-32.
68. Victora C.G., Bahl R., Barros A.J.D., et al. Lancet Breastfeeding Series Group. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*. 2016; 387(10017):475–490.
69. Levy I., Comarsca J., Davidovits M., et al.: Urinary tract infection in preterm infants: the protective role of breastfeeding. *Pediatric Nephrology*. 2009; 24(3):527–531.
70. Thompson J.M.D., Tanabe K., Moon R.Y., et al.: Duration of Breastfeeding and Risk of SIDS: An Individual Participant Data Meta-analysis. *Pediatrics*. 2017; 140(5).
71. Tham R., Bowatte G., Dharmage S.C., et al.: Breastfeeding and the risk of dental caries: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica*. 2015; 104(467):62-84.
72. Gdalevich M., Mimouni D., Mimouni M.: Breast-feeding and the risk of bronchial asthma in childhood: a systematic review with meta-analysis of prospective studies. *The Journal of Pediatrics*. 2001; 139(2):261-6.
73. Amitay E.L., Keinan-Boker L.: Breastfeeding and Childhood Leukemia Incidence: A Meta-analysis and Systematic Review. *JAMA Pediatrics*. 2015; 169(6):e151025.
74. Su Q., Sun X., Zhu L., et al.: Breastfeeding and the risk of childhood cancer: a systematic review and dose-response meta-analysis. *BMC Medicine*. 2021; 19:90.

75. Qiao J., Dai L.J., Zhang Q., et al.: A meta-analysis of the association between breastfeeding and early childhood obesity. *Journal of Pediatric Nursing*. 2020; 53:57-66.
76. Peres K.G., Cascaes A.M., Nascimento G.G., et al.: Effect of breastfeeding on malocclusions: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica*. 2015; 104(467):54-61.
77. Horta B.L., Loret de Mola C., Victora C.G.: Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure and type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica*. 2015; 104(467):30-7.
78. <https://szczepienia.pzh.gov.pl/wszystko-o-szczepieniach/na-czym-polega-kalendarz-szczepien/?strona=3#jak-rozplanowac-wizyty-szczepienne-w-pierwszych-dwoch-latach-zycia-dziecka> -(dostęp: 04.01.2023).
79. https://www.who.int/health-topics/vaccines-and-immunization#tab=tab_1 - (dostęp 04.01.2023).
80. Lipska E., Lewińska M., Górnicka G.: Realizacja szczepień zalecanych u dzieci i opinie rodziców na temat tych szczepień. *Nowa Medycyna*. 2013; 2:64-69.
81. <https://szczepienia.pzh.gov.pl/wszystko-o-szczepieniach/na-czym-polega-kalendarz-szczepien/?strona=1> -(dostęp: 04.01.2023).
82. https://www.neonatologia.edu.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=116:witamina-k-w-zapobieganiu-krwawiem-wynikajacych-z-jej-niedoboru-u-noworodkow&catid=8&Itemid=103 - (dostęp: 04.01.2023).
83. Doroszko A., Gronowicz E., Niedzielska E.: Wskazania i bezpieczeństwo stosowania preparatów witaminy D w okresie laktacji. *Pediatrica Polska*. 2008; 83(2):111-113.
84. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20180001756/O/D20181756.pdf> - (dostęp:04.01.2023).
85. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506649> -(dostęp: 04.01.2023).
86. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. World Health Organization. 2019.

87. Wozny E.: Alkohol. Zagrożenia spowodowane nadużywaniem alkoholu. *Żywnienie Człowieka i Metabolizm*. 2010; 2(37).
88. Kociszewska-Najman B., Pietrzak B., Mazanowska N., et al.: Zaburzenia rozwoju płodu spowodowane spożywaniem alkoholu przez kobietę w ciąży. Karmienie piersią a alkohol. *Ginekologia Praktyczna*. 2017; 2(4):176-190.
89. Jones K.L., Smith D.W., Ulleland C.N., et al.: Pattern of malformation in offspring of chronic alcoholic mothers. *The Lancet*. 1973; 1(7815):1267-1271.
90. Hagda J.F., Balachova T., Bertrand J., et al.: Neurobehavioral disorder associated with prenatal alcohol exposure. *Pediatrics*. 2014; 27:95-7.
91. Woronowicz B.: Bez tajemnic o uzależnieniach i ich leczeniu. Instytut Psychiatrii i Neurologii. Warszawa. 2003.
92. Haastrup M.B., Pottegård A., Damkier P.: Alcohol and breastfeeding. *Basic Clin Pharmacol Toxicol*. 2014; 114(2):168-73.
93. Szukalski B.: Neurobiologiczne podstawy uzależnienia od narkotyków. *Farmacja Polska*. 2009; 65(9):655-664.
94. <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/3945805/narkotyki.html> -(dostęp 03.01.2023).
95. Jagielska I., Kazdepka-Ziemińska A., Korcyl M., et al.: Kobieta i narkotyki. *Farmacja współczesna*. 2012; 6:173-177.
96. American College of Obstetricians and Gynaecologists. Committee Opinion No 524: Opioid Abuse, Dependence, and Addiction in Pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*. 2012; 119:1070-6.
97. Florek E., Billert H., Piekoszewski W.: Narkotyki i używki w okresie ciąży. W: Bręborowicz G.H., Paszkowski T. (eds.). *Położnictwo*. Wyd. Lek. PZWL. Warszawa. 2012; 510–519.
98. Curet L.B., Hsi A.C.: Drug abuse during pregnancy. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. 2002; 45(1):73-88.
99. Syweński E., Lipińska-Gediga M.: Newborn-child of substance dependent mother--always actual problem. *Przegląd Epidemiologiczny*. 2009; 63(1):125-129.

100. Pęksa J.W., Dembe K.: Leczenie uzależnienia od tytoniu - zarys problematyki. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*. 2021; 27(1):32-39.
101. <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/tobacco> -(dostęp: 04.01.2023).
102. Primo C.C., Ruela P.B., Brotto L.D., et al.: Effects of maternal nicotine on breastfeeding infants. *Revista Paulista de Pediatria*. 2013; 31(3):392-7.
103. Napierala M., Mazela J., Merritt T.A., et al.: Tobacco smoking and breastfeeding: Effect on the lactation process, breast milk composition and infant development. A critical review. *Environmental Research*. 2016; 151:321-338.
104. <https://cnol.kobiety.med.pl/pl/kawa-herbata-alkohol-papierosy-a-karmienie-piersia/> - (dostęp 03.01.2023).
105. Małecka-Włoch A.: Świadomość zdrowotna kobiet w okresie przedkoncepcyjnym i w czasie ciąży. *Przegląd Lekarski*. 2015; 72(2):49-52.
106. Żukiewicz-Sobczak W., Paprzycki P.: Raport Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży. Wyd. Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki. Lublin. 2013.
107. Charkiewicz A.E., Omeljaniuk W.J., Piotrowska K.: Determinanty zdrowia kobiet w ciąży w Białymstoku. *Bromatologia i Chemia Toksykologiczna*. 2016; 49(1):42-51.
108. Grzelak T., Suliga K., Sperling M., Pelczyńska M., Czyżewska K.: Ocena stosowania suplementów diety wśród kobiet ciężarnych lub planujących ciążę. *Forum Zaburzeń Metabolicznych*. 2016; 7(1):8-15.
109. Pehlke-Milde J., Radu I., Gouilhers S., Hammer R., Meyer Y.: Women's views on moderate and low alcohol consumption : stages of the subjective transition from pregnancy to postpartum. *BMC Pregnancy & Childbirth*. 2022; 22(1):902.
110. Melchior M., Chollet A., Glangeaud-Freudenthal N., et al.: Tobacco and alcohol use in pregnancy in France: the role of migrant status: the nationally representative ELFE study. *Addictive Behaviors*. 2015; 51:65-71.
111. Gloria-Bottini F., Bottini E.: Smoking and the correlation between birth weight and placental weight. Evidence of interaction with maternal haptoglobin phenotype. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2015; 185:136-139.

112. Joya X., Mazarico E., Ramis J., et al.: Segmental hair analysis to assess effectiveness of single-session motivational intervention to stop ethanol use during pregnancy. *Drug and Alcohol Dependence*. 2016; 158:45-51.
113. Bye A., Shawe J., Stephenson J., et al.: Differences in pre-conception and pregnancy healthy lifestyle advice by maternal BMI: Findings from a cross sectional survey. *Midwifery*. 2016; 42:38-45. .
114. Izydorczyk M.: Nawyki żywieniowe i wybrane zachowania ryzykowne u kobiet ciężarnych leczonych w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym Szpitala Miejskiego w Rudzie Śląskiej. 2018. (Rozprawa doktorska w Śląskim Uniwersytecie Medycznym w Katowicach). <https://ppm.edu.pl/info/phd/SUMcff61f9c078f4ecbb02dab44e5581879/> - (dostęp: 01.04.2023).
115. http://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2022/INF_22_12B.pdf (dostęp: 24.03.2023).
116. <https://cnol.kobiety.med.pl/pl/sytuacja-w-polsce/> (dostęp: 23.03.2023).
117. Nehring-Gugulska M., Nehring P., Królak-Olejek B.: Breastfeeding knowledge among Polish healthcare practitioners supporting breastfeeding mothers. *Nurse Education in Practice*. 2015; 15(5):381-386.
118. Kardziejonek A.: Czynniki determinujące okres karmienia dzieci mlekiem matki. Wydawnictwo Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie. 2022.
119. Rowicka M., Postek S., Zin-Sędek M.: Wzory konsumpcji alkoholu w Polsce. Raport z badań kwestionariuszowych. 2020.
120. Żuralska R., Kuzepska M., Mziray M. et al.: Alkohol i ciąża. Wstępne badanie opinii kobiet na temat spożywania alkoholu w okresie ciąży. *Problemy Pielęgniarstwa*. 2011; 19(4):533-537.
121. Wyka J., Misiarz M., Malczyk E. et al.: Ocena spożycia alkoholu, kawy i palenia papierosów wśród kobiet w ciąży. *Bromatologia i Chemia Toksykologiczna*. 2015; 48(3):578-582.
122. https://www.rops.rzeszow.pl/dokumenty/badania/1_uzywanie_substancji.pdf - (dostęp: 24.03.2023).

123. Kożuch K.: Postawy studentów Instytutu Pedagogiki Uniwersytetu Jagiellońskiego wobec substancji psychoaktywnych. Praca magisterska w Uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie. Promotor dr hab. Anna Sajdak-Burska. 2020. (*Biblioteka Jagiellońska*).
124. Sierosławski J., et al.: Substancje psychoaktywne–postawy i zachowania. Raport z ogólnopolskich badań zrealizowanych w województwie zachodniopomorskim. 2014; 195-273.
125.
https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/14644/20222419_TDAT22001PLN_PDF.pdf (dostęp: 24.03.2023).
126. Zielińska M.A., Sobczak A., Hamułka J.: Breastfeeding knowledge and exclusive breastfeeding of infants in first six months of life. *Roczniki państwowego Zakładu Higieny*. 2017; 68(1):51-59. .
127. Cierpka A., Żuralska R., Olszewski J., Gaworska-Krzemińska A.: Wiedza położnic na temat karmienia piersią. *Problemy Pielęgniarstwa* 2007; 15(2,3):172-178.
128. Dzbuk E., Bakalczuk G., Padała O., et al.: Wiedza w zakresie karmienia piersią wśród kobiet po porodzie. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*. 2016; 22(4).
129. Kaźmierczak M., Gebuza G., Krasieńska D., et al.: Opieka i pielęgnacja noworodka - ocena poziomu wiedzy kobiet po porodzie. *Polish Nursing/Pielęgniarstwo Polskie*. 2018; 67(1).
130. Misiołek L.: Wiedza matek na temat ryzyka wynikającego z braku akceptacji profilaktyki krwawień poprzez podaż witaminy K u noworodka. Praca magisterska w Uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie. Promotor prof. dr hab. Lauterbach Ryszard. 2019. (*Biblioteka Jagiellońska*).
131. Deluga A., Olkusa E., Ślusarska B.: Wiedza rodziców na temat okresu noworodkowego i ich oczekiwania wobec pielęgniarek i położnych. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*. 2012; 18(4).
132. Skubisz A.: Wiedza kobiet ciężarnych na temat zabiegów profilaktycznych wykonywanych u noworodka w pierwszej dobie życia. Praca magisterska w Uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie. Promotor dr Renata Madetko. 2019. (*Biblioteka Jagiellońska*).

133. Nitsch-Osuch A., Pieńkowska A., Gyrczuk E., et al.: Stan wiedzy i postrzeganie szczepień ochronnych przez matki noworodków przedwcześnie urodzonych. *Family Medicine & Primary Care Review*. 2013; 2:151-153.
134. Trojanowska A., Emeryk A., Wilczek M.: Wiedza kobiet w okresie ciąży na temat szczepień ochronnych u dzieci. *Medycyna ogólna i nauki o zdrowiu*. 2012; 18(3).
135. Juczyński Z.: Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych PTP Warszawa 2001.
136. Piech B., Kiałka M., Baran A., et al.: Wpływ warunków i stylu życia na poziom lęku kobiet w okresie połogu: badanie ankietowe. *Przegląd Lekarski*. 2017; 74(3).
137. Pacian A., Kulik T., Kocki J., et al.: Zachowania zdrowotne matek a nieprawidłowa masa ciała dzieci. *Rozprawy Naukowe Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu*. 2018; 61:49-60.
138. Krzyżanowska E., Matej A., Łuczyk R., et al.: Wpływ akceptacji choroby na zachowania zdrowotne pacjentów z marskością wątroby. *Journal of Education, Health and Sport*. 2016; 6(11).
139. Kawalec E., Reczek A., Porębska, A., et al.: Zachowania zdrowotne pacjentów z otyłością i nadwagą. *Pielęgniarstwo XXI wieku*. 2011; 2.
140. Piechowska J.: Radzenie sobie w sytuacjach trudnych przez kobiety z obciążonym wywiadem położniczym w okresie okołoporodowym. 2019. (Rozprawa doktorska w Uniwersytecie Medycznym w Lublinie). <https://ppm.edu.pl/info/phd/UMLc9022c2906ac43728b7f5edfa81eb36b/> - (dostęp: 01.04.2023).
141. Korzyńska-Piętas M.: Zachowania zdrowotne kobiet z nieprawidłowym wynikiem badania cytologicznego szyjki macicy. 2019. (Rozprawa doktorska w Uniwersytecie Medycznym w Lublinie). <https://ppm.edu.pl/info/phd/UMLcf426087c330476fb75b52dd1bd3d807/> - (dostęp: 01.04.2023).

142. Kulik A., Grądziel J., Smotrycka A.: Zachowania zdrowotne studentek–charakterystyka i znaczenie zmiennych socjodemograficznych. *Problemy Higieny i Epidemiologii*. 2017; 98:371-380.
143. Walentukiewicz A., Łysak A., Wilk B.: Zachowania zdrowotne studentek pielęgniarstwa. *Problemy Pielęgniarstwa*. 2013; 21(4):484-488.
144. Wendolowicz A., Stefanska E., Ostrowska L.: Żywnienie kobiet w okresie ciąży. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*. 2013; 20(3).
145. Hyżyk A.K., Sokalska N.: Ocena zmian masy ciała u kobiet w ciąży. *Nowiny Lekarskie*. 2011; 80(3):174-177.
146. Bojar I., Humeniuk E., Wdowiak L., et al.: Zachowania żywieniowe kobiet ciężarnych. *Problemy Higieny i Epidemiologii*. 2007; 88(1):74-77.
147. Pieniążek A., Gałda D., Błajda J. et al.: Wybrane zachowania zdrowotne kobiet ciężarnych z podkaracia. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu*. 2017; 1(50):49-57.

X. SPIS TABEL

Tabela 1. Charakterystyka danych socjodemograficznych obejmujących wiek, BMI, wykształcenie, stan cywilny, z uwzględnieniem podziału na grupy.....	39
Tabela 2. Charakterystyka danych socjodemograficznych obejmujących miejsce zamieszkania, formę aktywności zawodowej, status socjoekonomiczny, choroby przewlekłe, z uwzględnieniem podziału na grupy.....	40
Tabela 3. Częstość spożywania alkoholu w poszczególnych grupach.....	42
Tabela 4. Spożywanie narkotyków i innych środków psychoaktywnych w poszczególnych grupach.....	42
Tabela 5. Wykonywanie badań laboratoryjnych wykrywających obecność chorób przenoszonych drogą płciową w poszczególnych grupach.....	43
Tabela 6. Karmienie piersią w poszczególnych grupach.....	43
Tabela 7. Opinia na temat szkodliwości spożywania alkoholu w poszczególnych grupach. ..	44
Tabela 8. Ocena szkodliwości przyjmowania narkotyków i innych środków psychoaktywnych w poszczególnych grupach.....	44
Tabela 9. Opinia na temat korzyści karmienia piersią w aspekcie rozwoju noworodka w poszczególnych grupach.....	45
Tabela 10. Opinia na temat wykonywania pierwszej kąpieli noworodka bezpośrednio po porodzie w poszczególnych grupach.....	46
Tabela 11. Opinia na temat konieczności podaży witaminy K domięśniowo wszystkim noworodkom w poszczególnych grupach.	47
Tabela 12. Opinia na temat konieczności wykonywania szczepień ochronnych dzieci, zgodnie z obowiązującym kalendarzem szczepień w poszczególnych grupach.	48
Tabela 13. Analiza różnic w zakresie realizacji zachowań zdrowotnych wg ankiety własnej.	49
Tabela 14. Analiza różnic w stopniu świadomości zachowań zdrowotnych wg ankiety własnej.....	50
Tabela 15. Analiza poszczególnych zachowań zdrowotnych wg ankiety własnej w zależności od wybranych zmiennych socjodemograficznych w badanych grupach.	52
Tabela 16. Analiza świadomości poszczególnych zachowań zdrowotnych wg ankiety własnej w zależności od wybranych zmiennych socjodemograficznych w badanych grupach.....	53

Tabela 17. Analiza świadomości poszczególnych zachowań zdrowotnych dotyczących noworodka wg ankiety własnej w zależności od wybranych zmiennych socjodemograficznych w badanych grupach.....	54
Tabela 18. Ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych w zależności od poszczególnych grup.	57
Tabela 19. Poziom zachowań zdrowotnych w poszczególnych grupach.....	58
Tabela 20. Analiza zachowań zdrowotnych IZZ, wyrażonych w punktach, w zależności od grup biorących udział w badaniu.	58
Tabela 21. Analiza wskaźnika zachowań zdrowotnych, wyrażonego w punktach, w zależności od zmiennych demograficznych obejmujących wiek i BMI, w poszczególnych grupach.	59
Tabela 22. Analiza wskaźnika zachowań zdrowotnych, wyrażonego w punktach, w zależności od zmiennych demograficznych obejmujących wykształcenie i stan cywilny, w poszczególnych grupach.....	60
Tabela 23. Analiza wskaźnika zachowań zdrowotnych, wyrażonego w punktach, w zależności od zmiennych demograficznych obejmujących miejsce zamieszkania i formę aktywności zawodowej, w poszczególnych grupach.	61
Tabela 24. Analiza wskaźnika zachowań zdrowotnych, wyrażonego w punktach, w zależności od zmiennych demograficznych obejmujących status socjoekonomiczny i choroby przewlekłe, w poszczególnych grupach.	62
Tabela 25. Analiza prawidłowych nawyków żywieniowych, wyrażonych w punktach, w zależności od zmiennych demograficznych obejmujących wiek i BMI, w poszczególnych grupach.	64
Tabela 26. Analiza prawidłowych nawyków żywieniowych, wyrażonych w punktach, w zależności od zmiennych demograficznych obejmujących wykształcenie i stan cywilny, w poszczególnych grupach.....	65
Tabela 27. Analiza prawidłowych nawyków żywieniowych, wyrażonych w punktach, w zależności od zmiennych demograficznych obejmujących miejsce zamieszkania i formę aktywności zawodowej, w poszczególnych grupach.	66
Tabela 28. Analiza prawidłowych nawyków żywieniowych, wyrażonych w punktach, w zależności od zmiennych demograficznych obejmujących status socjoekonomiczny i choroby przewlekłe, w poszczególnych grupach.....	67
Tabela 29. Analiza zachowań profilaktycznych, wyrażonych w punktach, w zależności od zmiennych demograficznych obejmujących wiek i BMI, w poszczególnych grupach.	68

XI. SPIS RYCIN

Ryc. 1 Holistyczny model zdrowia	10
Ryc. 2 Społeczny model czynników warunkujących zdrowie "Tęcza polityki" zdrowia G. Dahlgrena i M. Whitehead (1991).....	13
Ryc. 3 Piramida Zdrowego Żywienia i Aktywności Fizycznej Instytutu Żywności i Żywienia.	24
Ryc. 4 Wpływ alkoholu na laktację	31
Ryc. 5 Wpływ środków odurzających na laktację	32
Ryc. 6 Wykres wskaźnika zachowań profilaktycznych, wyrażonego w punktach, w zależności od wykształcenia, w poszczególnych grupach.	69
Ryc. 7 Wykres wskaźnika zachowań profilaktycznych, wyrażonego w punktach, w zależności od stanu cywilnego, w poszczególnych grupach.	69
Ryc. 8 Wykres wskaźnika zachowań profilaktycznych, wyrażonego w punktach, w zależności od miejsca zamieszkania, w poszczególnych grupach.	70
Ryc. 9 Wykres wskaźnika zachowań profilaktycznych, wyrażonego w punktach, w zależności od formy aktywności zawodowej, w poszczególnych grupach.	70
Ryc. 10 Wykres wskaźnika zachowań profilaktycznych, wyrażonego w punktach, w zależności od statusu socjoekonomicznego, w poszczególnych grupach.	71
Ryc. 11 Wykres wskaźnika zachowań profilaktycznych w zależności od występowania chorób przewlekłych, w poszczególnych grupach.	71

XII. ZAŁĄCZNIKI

XII.1. Kwestionariusz ankiety

Szanowna Pani,

Nazywam się Katarzyna Nowakowska-Brewka i jestem doktorantką Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie. Prowadzę badania na potrzeby mojej pracy doktorskiej na temat: „Świadomość i realizacja zachowań prozdrowotnych wśród położnic”.

Wobec powyższego zwracam się z uprzejmą prośbą o pomoc i wypełnienie ankiety. Wyniki wykorzystane zostaną wyłącznie do celów badawczych, a ankieta jest anonimowa. Będę wdzięczna za odpowiedzi na wszystkie pytania. Serdecznie dziękuję za poświęcony czas.

1. Wiek:

- ☐ do 18 roku życia,
- ☐ 19 - 25 lat,
- ☐ 26 - 30 lat,
- ☐ 31 - 35 lat,
- ☐ 36 - 40 lat,
- ☐ powyżej 41 roku życia.

2. Wzrost:

- ☐ poniżej 150cm,
- ☐ 150 – 159 cm,
- ☐ 160 – 169 cm,
- ☐ 170 – 180 cm,
- ☐ powyżej 180 cm.

3. Waga:

- ☐ poniżej 50 kg,
- ☐ 50 – 59 kg,
- ☐ 60 – 69 kg,
- ☐ 70 – 79 kg,
- ☐ 80 – 89 kg,
- ☐ 90 – 100 kg,
- ☐ powyżej 100 kg.

4. Wykształcenie:

- ☐ podstawowe,
- ☐ zawodowe,
- ☐ średnie,
- ☐ wyższe.

5. Stan cywilny:

- ☐ stan wolny,
- ☐ pozostająca w związku.

6. Miejsce zamieszkania:

- ☐ wieś,
- ☐ miasto do 10 tysięcy mieszkańców,
- ☐ miasto od 10,1 do 100 tysięcy mieszkańców,
- ☐ powyżej 100,1 tysięcy mieszkańców.

7. Forma aktywności zawodowej:

- ☐ studentka/ ucząca się,
- ☐ pracująca,
- ☐ nieaktywna zawodowo.

8. Jak ocenia Pani swój status socjoekonomiczny:

- ☐ bardzo dobry,
- ☐ dobry,
- ☐ zadowalający,
- ☐ zły,
- ☐ bardzo zły.

9. Czy ma Pani dzieci?

- ☐ tak,
- ☐ nie, ale w przyszłości chciałabym mieć,
- ☐ nie i nie chcę mieć.

10. Czy choruje Pani przewlekłe?

- ☐ tak,
- ☐ nie,
- ☐ nie wiem.

11. Jak często spożywa Pani alkohol?

- ☐ częściej niż 4 razy w tygodniu,
- ☐ 2-3 razy w tygodniu,
- ☐ 2-4 razy w miesiącu,
- ☐ rzadziej niż raz w miesiącu,
- ☐ wcale.

12. Czy uważa Pani, że spożywanie alkoholu jest szkodliwe?

- ☐ tak, ale tylko w dużej ilości,
- ☐ tak, niezależnie od ilości,
- ☐ nie, niewielkie ilości alkoholu są wskazane dla lepszego zdrowia,
- ☐ nie, niezależnie od ilości.

13. Czy zdarzyło się Pani spożywanie narkotyków i innych środków psychoaktywnych?

- ☐ tak, spożywam regularnie,
- ☐ tak, okazjonalnie,
- ☐ nie i nie zamierzam,
- ☐ nie, ale nie wykluczam tego w przyszłości.

14. Czy według Pani, przyjmowanie narkotyków i innych środków psychoaktywnych, nawet w niewielkiej ilości niekorzystnie wpływa na funkcjonowanie organizmu?

- ☐ tak, nie ma bezpiecznej ilości,
- ☐ nie, niewielka ilość nie ma znaczenia dla organizmu,
- ☐ nie mam zdania.

15. Czy wykonywała Pani w przeszłości badania laboratoryjne, wykrywające obecność chorób przenoszonych drogą płciową?

- ☐ tak, wykonuję wszystkie badania regularnie,
- ☐ tak, były to badania w ciąży,
- ☐ nie, nigdy.

16. Czy jest Pani obecnie w okresie połogu?

- ☐ tak, jest to wczesny połóg - pierwszy tydzień po porodzie,
- ☐ tak, jest to późny połóg- do 6 tygodni po porodzie,
- ☐ nie, jestem bezpośrednio po tym okresie,
- ☐ nie.

17. Czy według Pani, karmienie piersią jest korzystne dla rozwoju noworodka?

- tak, każda kobieta powinna karmić swoje dziecko piersią,
- tak, ale karmienie piersią to indywidualna decyzja,
- tak, ale mleko modyfikowane ma prawie taki sam skład i działanie,
- nie, karmienie piersią jest bolesne i czasochłonne; to strata czasu,
- nie mam zdania.

18. Czy karmi Pani swoje dziecko piersią?

- tak,
- nie,
- nie dotyczy.

19. Czy uważa Pani, że pierwsza kąpiel noworodka powinna być wykonywana od razu po porodzie?

- tak, dziecko po porodzie brzydko pachnie i jest całe w lepkiej mazi,
- nie, noworodek powinien być umyty dopiero po kilku godzinach od porodu,
- nie, dziecko powinno nie być myte przynajmniej przez kilka dni.

20. Czy uważa Pani, że podaż witaminy K domięśniowo wszystkim noworodkom jest konieczna?

- tak, jest to profilaktyka choroby krwotocznej,
- tak, ale powinna to być podaż doustna,
- nie, chyba że są do tego dodatkowe wskazania lekarskie,
- nie, każdy rodzic powinien sam podjąć decyzję,
- nie mam zdania.

21. Czy według Pani, dzieci powinny być szczepione zgodnie z obowiązującym kalendarzem szczepień?

- tak, jest to konieczne,
- tak, ale szczepienie nie powinno się odbywać w pierwszej dobie życia,
- nie, szczepienia są szkodliwe.

Z. Juczyński Inwentarz Zachowań Zdrowotnych

Poniżej podano przykłady różnych zachowań związanych ze zdrowiem. Jak często w ciągu roku przestrzega Pani wymienionych poniżej zachowań? Proszę odpowiedzieć szczerze wpisując do każdej kratki liczbę wyrażającą właściwą dla siebie odpowiedź:

1- prawie nigdy; 2 – rzadko, 3 – od czasu do czasu, 4 – często, 5- prawie zawsze

1	Jem dużo warzyw, owoców	
2	Unikam przeziębień	
3	Poważnie traktuję wskazówki osób wyrażających zaniepokojenie moim zdrowiem	
4	Wystarczająco dużo odpoczywam	
5	Ograniczam spożywanie takich produktów, jak tłuszcze zwierzęce, cukier	
6	Mam zanotowane numery telefonów służ pogotowia	
7	Unikam sytuacji, które wpływają na mnie przygnębiająco	
8	Unikam przepracowania	
9	Dbam o prawidłowe odżywianie	
10	Przestrzegam zaleceń lekarskich wynikających z moich badań	
11	Staram się unikać zbyt silnych emocji, stresów, napięć	
12	Kontroluję swoją wagę ciała	
13	Unikam spożywania żywności z konserwantami	
14	Regularnie zgłaszam się na badania lekarskie	
15	Mam przyjaciół i uregulowane życie rodzinne	
16	Wystarczająco dużo śpię	
17	Unikam soli i silnie solonej żywności	
18	Staram się dowiedzieć, jak inni unikają chorób	
19	Unikam takich uczuć, jak gniew, lęk i depresja	
20	Ograniczam palenie tytoniu	
21	Jem pieczywo pełnoziarniste	
22	Staram się uzyskać informacje medyczne i zrozumieć przyczyny zdrowia i choroby	
23	Myślę pozytywnie	
24	Unikam nadmiernego wysiłku fizycznego	
25	Inne, jakie?.....	

ZZ	STEN	PN	ZP	PN	PZ
-----------	-------------	-----------	-----------	-----------	-----------