

Socjodemograficzne uwarunkowania zachowań zdrowotnych kobiet w okresie prokreacji

Agnieszka Bień¹, Ewa Rzońca¹, Justyna Krysa¹, Grażyna Iwanowicz-Palus¹, Agnieszka Turkosz²

¹ Zakład Podstaw Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

² Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Podstaw Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Bień A, Rzońca E, Krysa J, Iwanowicz-Palus G, Turkosz A. Socjodemograficzne uwarunkowania zachowań zdrowotnych kobiet w okresie prokreacji. *Med Og Nauk Zdr.* 2016; 22(3): 210–215. doi: 10.5604/20834543.1220524

Streszczenie

Zachowania zdrowotne budujące styl życia każdego człowieka odnoszą się do wszelkich działań, które mają zarówno pośredni, jak i bezpośredni wpływ na jego zdrowie i samopoczucie oraz stanowią wyraz ukształtowanej postawy wobec zdrowia. Odgrywają one istotną rolę w ciągu całego życia, a w szczególności w okresie dojrzewania i prokreacji, ponieważ przyszli rodzice, dbając o swoje zdrowie i dobre samopoczucie, zwiększają szanse swojego potomstwa na prawidłowy wzrost i rozwój w przyszłości.

Cel pracy. Celem pracy była ocena socjodemograficznych uwarunkowań zachowań zdrowotnych kobiet w okresie prokreacji.

Materiał i metody. Badania zostały przeprowadzone w 2014 roku, objęto nimi 200 kobiet w wieku między 18. a 35. rokiem życia. W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem techniki kwestionariuszowej. Narzędzia badawcze stanowiły: autorski kwestionariusz ankiety opisujący dane socjodemograficzne badanych kobiet oraz skala pozytywnych zachowań zdrowotnych dla kobiet (SPZZ) opracowana przez Katarzynę Hildt-Ciupińską.

Wyniki i wnioski. Czynniki socjodemograficzne, tj. miejsce zamieszkania, wiek, stan cywilny, wykształcenie oraz warunki socjalno-ekonomiczne, mają wpływ na kształtowanie zachowań zdrowotnych kobiet w okresie prokreacji. Kobiety mieszkające w miastach wojewódzkich w wyższym stopniu niż osoby z miast powiatowych przejawiają zachowania mające na celu utrzymania odpowiedniego poziomu zdrowia psychospołecznego. Wraz z wiekiem kobiety w większym stopniu dbają o własne zdrowie w zakresie żywienia, dbałości o ciało oraz zachowania bezpieczeństwa. Im wyższe wykształcenie kobiet, tym bardziej dbają one o kwestie związane z odżywianiem, dbałością o ciało, zachowaniem bezpieczeństwa, zdrowie psychospołeczne oraz aktywność fizyczną. Wyższa ocena warunków socjalno-ekonomicznych kobiet wpływa na ich lepszą dbałość o zdrowie psychospołeczne.

Słowa kluczowe

zachowania zdrowotne, kobiety, prokreacja

WPROWADZENIE

Zdrowie to dobro, które należy chronić, a które w opinii jednostek lub społeczności sytuowane jest wysoko w hierarchii wartości. Najbardziej rozpowszechniona definicja zdrowia według Światowej Organizacji Zdrowia zakłada, że jest to stan dobrego samopoczucia zarówno fizycznego, psychicznego, jak i społecznego, a nie jedynie brak choroby czy niepełnosprawności [1, 2]. Postrzeganie zdrowia jako kategorii pozytywnej, a jednocześnie rozwój koncepcji promocji zdrowia przyczyniły się do większego zainteresowania zachowaniami zdrowotnymi, jako mierniki dbałości o zdrowie w wielu dziedzinach nauki [2–5].

Zachowania zdrowotne budujące styl życia każdego człowieka odnoszą się do wszelkich działań, które mają zarówno pośredni, jak i bezpośredni wpływ na jego zdrowie i samopoczucie oraz stanowią wyraz ukształtowanej postawy wobec zdrowia [2, 4, 5, 6]. Wśród nich wyróżnia się sprzyjające zdrowiu zachowania – prozdrowotne (m.in. przestrzeganie zasad racjonalnego odżywiania, podejmowanie aktywności fizycznej, sen, radzenia sobie ze stresem, dbałość o ciało, zachowanie bezpieczeństwa) oraz antyzdrowotne – szkodliwe

dla zdrowia zachowania (np. palenie tytoniu, nadużywanie leków, alkoholu, substancji psychoaktywnych) [1–7]. Istotne znaczenie w kształtowaniu się zachowań zdrowotnych mają liczne czynniki, do których zalicza się m.in. czynniki socjodemograficzne, sytuację społeczną, uwarunkowania kulturowe, czynniki osobowościowe, mass media [2, 6].

Zdrowie każdej jednostki w znacznym stopniu zależy od działań oraz decyzji, jakie podejmuje, jak i płynących z nich konsekwencji. Ważne jest kształtowanie prozdrowotnych nawyków już od dzieciństwa, gdyż znajdują one swoje odzwierciedlenie w dorosłym życiu. Istotną rolę odgrywają przez całe życie, a w szczególności w okresie dojrzewania i prokreacji, ponieważ przyszli rodzice, dbając o swoje zdrowie i dobre samopoczucie, zwiększają szanse swojego potomstwa na prawidłowy wzrost i rozwój w przyszłości [2, 8, 9, 10].

CEL PRACY

Celem pracy była ocena socjodemograficznych uwarunkowań zachowań zdrowotnych kobiet w okresie prokreacji, między 18. a 35. rokiem życia.

Adres do korespondencji: Grażyna Iwanowicz-Palus Zakład Podstaw Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, ul. Staszica 4–6, 20-081 Lublin
E-mail: spupalus@gmail.com

Nadesłano: 27 czerwca 2016; zaakceptowano do druku: 25 sierpnia 2016

MATERIAŁ I METODY

Badania zostały przeprowadzone w okresie od stycznia do maja 2014 roku, po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym w Lublinie. Objęto nimi 200 kobiet w wieku między 18. a 35. rokiem życia. Kobiety uczestniczące w badaniu zostały poinformowane o dobrowolności oraz anonimowości udziału w badaniach, jak i wykorzystaniu uzyskanych wyników wyłącznie do celów naukowych.

W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem techniki kwestionariuszowej. Narzędzia badawcze stanowiły: autorski kwestionariusz ankiety opisujący dane socjodemograficzne badanych kobiet oraz skala pozytywnych zachowań zdrowotnych dla kobiet (SPZZ) opracowana przez Katarzynę Hildt-Ciupińską (Zakład Biomedycznych i Psychologicznych Podstaw Edukacji, Wydział Pedagogiczny, Uniwersytet Warszawski). Rzetelność kwestionariusza mierzona współczynnikiem zgodności wewnętrznej alfa Cronbacha wynosi 0,81, a miara adekwatności doboru próby, mierzona wskaźnikiem KMO – 0,67. Skala ta składa się z 29 pytań zamkniętych, podzielonych na 5 obszarów, obejmujących: żywienie, dbałość o zdrowie, zachowanie bezpieczeństwa, zdrowie psychospołeczne oraz aktywność fizyczną [11].

Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej. Bazę danych i badania statystyczne przeprowadzono przy pomocy programu SPSS 20.0. Wartości analizowanych parametrów mierzalnych przedstawiono przy pomocy wartości średniej, mediany i odchylenia standardowego, a dla niemierzalnych przy pomocy liczności i odsetka. Dla cech mierzalnych normalność rozkładu analizowanych parametrów oceniano przy pomocy testu Shapiro-Wilka. Do porównania dwóch grup niezależnych zastosowano test Manna-Whitneya. Dla więcej niż dwóch grup zastosowano test Kruskala-Wallisa. Do zbadania związku pomiędzy zmiennymi zastosowano korelację rang Spearmana. Dla niepowiązanych cech jakościowych do wykrycia istnienia różnic między porównywanymi grupami użyto testu jednorodności chi-kwadrat. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$, który wskazuje na istnienie istotnych statystycznie zależności bądź różnic.

WYNIKI

Średnia wieku badanych kobiet wynosiła 24,7 lat, większość respondentek stanowiły mieszkanki miast wojewódzkich (41,5%), deklarujące wykształcenie średnie (38,5%), będące pannami (52,0%), oceniające swoje warunki socjalno-ekonomiczne jako dobre (55,0%), połowa respondentek (50,0%) aktualnie była w ciąży – (tabela 1).

Analizując związek pomiędzy zmiennymi socjodemograficznymi a zachowaniami zdrowotnymi ankietowanych kobiet, stwierdzono, iż badane kobiety z wiekiem w większym stopniu dbają o własne zdrowie w zakresie żywienia ($p < 0,000$), dbałości o ciało ($p < 0,000$) oraz zachowania bezpieczeństwa ($p = 0,001$). Przeprowadzone badania wykazały, iż miejsce zamieszkania różnicuje zachowania zdrowotne badanych kobiet w okresie prokreacji w zakresie zachowania bezpieczeństwa ($p = 0,011$) i zdrowia psychospołecznego ($p = 0,028$). Nie stwierdzono takich zależności w podskalach: żywienie, dbałość o ciało oraz aktywność fizyczna ($p > 0,05$). Kobiety będące w małżeństwie wykazują większą dbałość

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy

Dane socjodemograficzne	n	%
Wiek	Średnia wieku M = 24,7 lat, SD = 4,4 lata	
Miejsce zamieszkania	Miasto wojewódzkie	83 41,5
	Miasto powiatowe	42 21,0
	Inne miasto	10 5,0
	Wieś	65 32,5
Wykształcenie	Zawodowe	19 9,5
	Średnie	77 38,5
	Wyższe licencjackie	49 24,5
Stan cywilny	Wyższe magisterskie	55 27,5
	Panna	104 52,0
	Mężatka	94 47,0
Warunki socjalno-ekonomiczne	Konkubinat	2 1,0
	Bardzo dobre	56 28,0
	Dobre	110 55,0
Cięża	Przećiętne/ zle	34 17,0
	Tak	100 50,0
	Nie	100 50,0

w kwestii żywienia ($p < 0,000$), dbałości o ciało ($p < 0,000$), zachowania bezpieczeństwa ($p < 0,000$) oraz w zakresie zdrowia psychospołecznego ($p = 0,003$) niż kobiety będące pannami. Analizując związek pomiędzy wykształceniem a zachowaniami zdrowotnymi, stwierdzono, iż istotnie różnicuje ono poziom wszystkich wskaźników zachowań zdrowotnych badanych kobiet w zakresie: żywienia ($p < 0,000$), dbałości o zdrowie ($p = 0,007$), zachowania bezpieczeństwa ($p = 0,002$), zdrowia psychospołecznego ($p = 0,002$) oraz w zakresie aktywności fizycznej ($p = 0,010$). Dane przedstawione w tabeli 2 wykazały istnienie różnic w zakresie zachowań zdrowotnych respondentek w podskali zdrowia psychospołecznego w zależności od warunków socjalno-ekonomicznych badanych kobiet ($p = 0,015$) – tabela 2.

Wyniki porównań wielokrotnych wskazały, iż osoby mieszkające w miastach innych niż wojewódzkie/powiatowe, wykazują istotnie niższy poziom zachowania bezpieczeństwa w stosunku do osób pochodzących z miast powiatowych ($p = 0,039$) bądź wojewódzkich ($p = 0,009$). Ponadto, osoby z miast wojewódzkich w istotnie wyższym stopniu niż osoby z miast powiatowych ($p = 0,046$) przejawiają zachowania mające na celu utrzymania odpowiedniego poziomu zdrowia psychospołecznego (tabela 3).

W celu identyfikacji różnic pomiędzy poszczególnymi grupami badanych wyodrębnionymi ze względu na wykształcenie, dla każdego wskaźnika zachowań zdrowotnych przeprowadzono testy post hoc z poprawką Bonferroniego. Wyniki porównań pozwalają stwierdzić, iż osoby z wykształceniem zawodowym w mniejszym stopniu niż osoby z wykształceniem wyższym licencjackim ($p = 0,002$) oraz z wyższym magisterskim ($p = 0,007$) dbają o sposób odżywiania. Osoby posiadające wykształcenie wyższe licencjackie bardziej dbają o własne ciało niż ankietowane kobiety z wykształceniem średnim ($p = 0,018$). Kobiety legitymujące się wykształceniem wyższym magisterskim wykazują istotnie większą dbałość o zachowanie bezpieczeństwa w odniesieniu do kobiet z wykształceniem zawodowym ($p = 0,019$) bądź średnim ($p = 0,010$). Respondentki deklarujące posiadanie wykształcenia zasadniczego zawodowego przejawiają najniższy poziom aktywności

Tabela 2. Dane socjodemograficzne a zachowania zdrowotne badanych kobiet

Skala SPZZ	Wiek		Miejsce zamieszkania	M	p	Stan cywilny	M	p	Wykształcenie	M	p	Warunki socjalno-ekonomiczne	M	p
	r	p												
Żywność	0,252	0,000	Miasto wojewódzkie	3,57	0,413	Mężatka	3,78	0,000	Zawodowe	3,05	0,000	Bardzo dobre	3,57	0,489
			Miasto powiatowe	3,46					Średnie	3,36		Dobre	3,47	
			Inne miasto	3,23		Panna	3,28		Wyższe licencjackie	3,73		Przeciętne	3,6	
			Wieś	3,54					Wyższe magisterskie	3,65				
Dbałość o ciało	0,302	0,000	Miasto wojewódzkie	3,73	0,291	Mężatka	3,97	0,000	Zawodowe	3,5	0,007	Bardzo dobre	3,75	0,937
			Miasto powiatowe	3,88					Średnie	3,55		Dobre	3,74	
			Inne miasto	3,67		Panna	3,49		Wyższe licencjackie	3,91		Przeciętne	3,71	
			Wieś	3,62					Wyższe magisterskie	3,65				
Zachowanie bezpieczeństwa	0,227	0,001	Miasto wojewódzkie	4,23	0,011	Mężatka	4,32	0,000	Zawodowe	3,81	0,002	Bardzo dobre	4,17	0,755
			Miasto powiatowe	4,16					Średnie	4,0		Dobre	4,12	
			Inne miasto	3,58		Panna	3,95		Wyższe licencjackie	4,21		Przeciętne	4,08	
			Wieś	4,07					Wyższe magisterskie	4,33				
Zdrowie psychospołeczne	0,093	0,191	Miasto wojewódzkie	3,63	0,028	Mężatka	3,68	0,003	Zawodowe	3,05	0,002	Bardzo dobre	3,69	0,015
			Miasto powiatowe	3,34					Średnie	3,51		Dobre	3,55	
			Inne miasto	3,80		Panna	3,44		Wyższe licencjackie	3,66		Przeciętne	3,33	
			Wieś	3,55					Wyższe magisterskie	3,59				
Aktywność fizyczna	0,032	0,654	Miasto wojewódzkie	2,98	0,085	Mężatka	2,86	0,446	Zawodowe	2,28	0,010	Bardzo dobre	2,92	0,078
			Miasto powiatowe	2,65					Średnie	2,96		Dobre	2,97	
			Inne miasto	3,10		Panna	2,94		Wyższe licencjackie	2,97		Przeciętne	2,64	
			Wieś	2,92					Wyższe magisterskie	2,91				

Tabela 3. Miejsce zamieszkania a zachowania zdrowotne kobiet – porównania wielokrotne – test post hoc Bonferroniego

Skala SPZZ	Miejsce zamieszkania	p	
Zachowanie bezpieczeństwa	Miasto powiatowe	1,000	
	Miasto wojewódzkie	Inne miasto	0,009
	Wieś		0,645
	Inne miasto		0,039
Zdrowie psychospołeczne	Miasto powiatowe	1,000	
	Miasto wojewódzkie	Inne miasto	0,046
	Wieś		1,000
	Inne miasto	Wieś	0,109
Zdrowie psychospołeczne	Miasto powiatowe	1,000	
	Miasto wojewódzkie	Inne miasto	0,140
	Wieś		0,428
	Inne miasto	Wieś	1,000

fizycznej w stosunku do pozostałej grupy badanych ($p < 0,05$) – tabela 4.

W celu identyfikacji różnic między poszczególnymi grupami badanych wyodrębnionymi ze względu na warunki socjalno-ekonomiczne, przeprowadzono test post hoc z poprawką Bonferroniego. Wyniki porównań wykazały, że osoby oceniające swoje warunki socjalno-ekonomiczne jako bardzo dobre wykazują istotnie wyższy poziom dbałości o zdrowie psychospołeczne w porównaniu do badanych, którzy swoje warunki socjalno-ekonomiczne określili jako przeciętne ($p = 0,011$) – tabela 5.

Przeprowadzona analiza wykazała, iż zachowania zdrowotne kobiet ciężarnych kształtują się na istotnie wyższym poziomie w porównaniu do kobiet niebędących w ciąży w zakresie żywienia ($p < 0,000$), dbałości o ciało ($p < 0,000$) i zachowania bezpieczeństwa ($p = 0,001$) – tabela 6.

Tabela 4. Wykształcenie a zachowania zdrowotne kobiet – porównania wielokrotne – test post hoc Bonferroniego

Skala SPZZ	Wykształcenie	p	
Żywność	Średnie	0,473	
	Zawodowe	Wyższe Licencjackie	0,002
		Wyższe magisterskie	0,007
	Średnie	Wyższe Licencjackie	0,012
Dbałość o ciało		Wyższe magisterskie	0,063
	Wyższe Licencjackie	Wyższe magisterskie	1,000
		Średnie	1,000
	Zawodowe	Wyższe Licencjackie	0,229
Zachowanie bezpieczeństwa		Wyższe magisterskie	0,511
	Średnie	Wyższe Licencjackie	0,018
		Wyższe magisterskie	0,086
	Wyższe Licencjackie	Wyższe magisterskie	1,000
Zdrowie psychospołeczne		Średnie	1,000
	Zawodowe	Wyższe Licencjackie	0,153
		Wyższe magisterskie	0,019
	Średnie	Wyższe Licencjackie	0,327
Aktywność fizyczna		Wyższe magisterskie	0,010
	Wyższe Licencjackie	Wyższe magisterskie	1,000
		Średnie	0,020
	Zawodowe	Wyższe Licencjackie	0,001
Aktywność fizyczna		Wyższe magisterskie	0,005
	Średnie	Wyższe Licencjackie	0,800
		Wyższe magisterskie	1,000
	Wyższe Licencjackie	Wyższe magisterskie	1,000
Aktywność fizyczna		Średnie	0,015
	Zawodowe	Wyższe Licencjackie	0,009
		Wyższe magisterskie	0,010
	Średnie	Wyższe Licencjackie	1,000
Aktywność fizyczna		Wyższe magisterskie	1,000
	Wyższe Licencjackie	Wyższe magisterskie	1,000

Tabela 5. Warunki socjalno-ekonomiczne a zachowania zdrowotne – porównania wielokrotne – test post hoc Bonferroniego

Warunki socjalno-ekonomiczne		p
Bardzo dobre	Dobre	0,441
	Przeciętne	0,011
Dobre	Przeciętne	0,132

Tabela 6. Doświadczenia prokreacyjne a zachowania zdrowotne badanych kobiet

Skala SPZZ	Grupa	M	SD	t	p
Żywnienie	Kobiety ciężarne	3,70	0,632	3,861	0,000
	Kobiety nieciężarne	3,35	0,647		
Dbałość o ciało	Kobiety ciężarne	3,91	0,717	3,888	0,000
	Kobiety nieciężarne	3,54	0,612		
Zachowanie bezpieczeństwa	Kobiety ciężarne	4,27	0,634	3,350	0,001
	Kobiety nieciężarne	3,99	0,561		
Zdrowie psychospołeczne	Kobiety ciężarne	3,60	0,594	1,193	0,234
	Kobiety nieciężarne	3,50	0,557		
Aktywność fizyczna	Kobiety ciężarne	2,75	0,694	-2,838	0,005
	Kobiety nieciężarne	3,04	0,761		

DYSKUSJA

Niewątpliwie okres prokreacji to bardzo ważny etap w życiu każdej rodziny. Liczne badania prowadzone w ostatnich latach pokazują, że właściwe przygotowanie do ciąży i zachowania prozdrowotne zwiększają szanse na jej prawidłowy przebieg, a prawidłowy rozwój dzieci to istotny czynnik, od którego zależy właściwy rozwój społeczeństwa. Ogólne wytyczne dotyczące zachowań zdrowotnych są fundamentem społeczeństwa i kreują politykę prozdrowotną [9, 12, 13, 14].

Na kształtowanie się zachowań zdrowotnych wpływają czynniki socjodemograficzne, takie jak miejsce zamieszkania, stan cywilny, wykształcenie, sytuacja finansowa oraz doświadczenia prokreacyjne.

Badania własne wykazały, że miejsce zamieszkania nie różnicuje zachowań zdrowotnych w zakresie żywienia ($p > 0,05$). Natomiast z badań Bachanek i Nakoniecznej-Rudnickiej [15] wynika, iż miejsce zamieszkania tylko nieznacznie różnicuje zachowania żywieniowe kobiet w ciąży, z uwzględnieniem spożycia słodczy oraz zwiększenia liczby posiłków. Nieprawidłowości w zakresie żywienia w okresie przedkonceptyjnym, jak i w ciąży mogą mieć negatywny wpływ na rozwój dziecka i przebieg ciąży. Spośród wielu wytycznych dotyczących diety w tym czasie zwracają uwagę zalecenia dotyczące wykluczenia słodczy jako czynnika przyczyniającego się do nadmiernego wzrostu masy ciała i sprzyjającego rozwojowi próchnicy, na co ciężarne są i tak bardziej narażone. We wspomnianych badaniach największe różnice widoczne są w spożywaniu słodczy w porze nocnej. Taki nawyk w okresie ciąży zgłosiło 15,73% kobiet zamieszkałych w mieście oraz 25,0% mieszkających na wsi. Pozostałe nawyki żywieniowe, takie jak spożywanie słodczy pomiędzy posiłkami, częstsze spożywanie słodczy i częstsze spożywanie posiłków nie wykazują istotnych różnic statystycznych w zależności od miejsca zamieszkania [15]. W okresie ciąży wzrasta zapotrzebowanie na podstawowe składniki odżywcze oraz witaminy

i składniki mineralne. Z badań przeprowadzonych przez Bojar i wsp. [16] oraz Hamułka i wsp. [17] wynika, że kobiety mieszkające w miastach częściej przyjmowały suplementy diety witaminowo-mineralne w okresie przedkonceptyjnym. Badania przedstawiają również wyższe spożycie witamin przez kobiety w ciąży mieszkające w miastach, zwłaszcza w tych powyżej 100 tys. mieszkańców, w stosunku do kobiet zamieszkałych na wsi. Istotnie statystycznie różnice w spożyciu witamin w zależności od miejsca zamieszkania stwierdzono jedynie w przypadku witaminy A i E. Kobiety mieszkające w dużych miastach spożywają o 93% więcej witaminy A i o 71% więcej witaminy E niż mieszkanki wsi. Podobne tendencje zaznaczyły się w przypadku spożycia preparatów farmaceutycznych zawierających składniki mineralne. Najwyższe różnice zaobserwowano w przypadku jodu. Jego spożycie z suplementami diety wśród kobiet mieszkających w mieście było ponad 6-krotnie wyższe niż wśród mieszanek wsi. Różnice istotne statystycznie odnotowano w przypadku takich pierwiastków jak jod, magnez, mangan i miedź [16, 17]. Przeprowadzona analiza własna zachowań zdrowotnych wykazała, iż miejsce zamieszkania różnicuje zachowania badanych kobiet w okresie prokreacji w zakresie działań bezpiecznych w życiu codziennym oraz w zakresie umiejętności wypoczynku i radzenia sobie w sytuacjach trudnych rozumianej jako zdrowie psychospołeczne. Wyniki badań wskazują, że osoby mieszkające w miastach innych niż wojewódzkie/powiatowe, wykazują istotnie niższy poziom zachowania bezpieczeństwa w stosunku do osób pochodzących z miast powiatowych ($p=0,039$) czy wojewódzkich ($p=0,009$). Ponadto, osoby z miast wojewódzkich w znacząco wyższym stopniu niż osoby z miast powiatowych ($p=0,046$) przejawiają zachowania mające na celu utrzymanie zdrowia psychospołecznego na odpowiednim poziomie. Badania przeprowadzone przez Evenson i wsp. [18] dotyczące sposobów spędzania czasu wolnego przez ciężarne ukazują, że 69,1% wszystkich ankietowanych jest aktywnych fizycznie w tym okresie, a 73,1% niebędących w ciąży nie podejmuje żadnego wysiłku fizycznego.

Badania własne dotyczące miejsca zamieszkania ankietowanych nie wykazały istotnej zależności tej zmiennej w podskalach „dbałość o ciało” oraz „aktywność fizyczna” ($p > 0,05$). Jak wykazują badania Stadnickiej i wsp. [19], czynniki socjodemograficzne istotnie statystycznie różnicują aktywność fizyczną w okresie ciąży. Zgodnie z nimi kobiety młodsze, mieszkające w mieście, z wykształceniem wyższym i aktywne zawodowo/uczące się, dominują wśród ciężarnych aktywnych fizycznie w czasie ciąży. Z kolei badania Mosiejczuk [20] przeczą tym doniesieniom. Wynika z nich, że miejsce zamieszkania, wykształcenie, wiek czy liczba przebytych ciąż nie korelują z podejmowaną aktywnością fizyczną. W tych samych badaniach widoczna jest niewielka różnica w aktywności fizycznej wśród mieszanek dużych miast i wsi. Odsetek kobiet podejmujących aktywność fizyczną w ciąży w grupie zamieszkującej wieś osiągnął wartość niższą o 12,7% w porównaniu z grupą kobiet z miasta [20].

Ciekawe badania dotyczące niektórych zachowań zdrowotnych, biorąc pod uwagę wiek ankietowanych, zaprezentowała Gacek [21]. Badane kobiety podzielono na dwie grupy: młodszą (18–30 lat) i starszą (31–47 lat). Badania dowiodły, że wiek istotnie statystycznie wpływa na zachowania żywieniowe ciężarnych. Jak wynika z badań, kobiety młodsze dokonują mniej racjonalnych wyborów w zakresie odżywiania. Rzadziej sięgają po ryby i owoce w diecie. Częściej wybierają

produkty typu fast food. Słodycze i wyroby cukiernicze częściej ograniczają kobiety starsze (48,3% vs 28,2%). Profilaktyka wad cewy nerwowej również wypadła na niekorzyść kobiet z grupy młodszej, które częściej niż pozostałe badane nie przyjmowały kwasu foliowego przed ciążą (81,2%) [21].

Stadnicka i wsp. [19] ocenili w swoich badaniach wiek jako zmienną istotnie statystycznie różnicującą grupę badaną pod kątem aktywności fizycznej w ciąży. Badania te przedstawiają grupę kobiet poniżej 25. roku w ciąży jako osoby najbardziej aktywne fizycznie (59,26%), natomiast grupa kobiet po 35. roku życia przedstawia się jako najmniej aktywna fizycznie w okresie ciąży (16,67%) [19]. Gacek [21] w swoich badaniach opisuje, że znaczący odsetek kobiet młodszych (48,4%), jak i starszych (39,3%) nie uprawia systematycznej aktywności fizycznej w okresie ciąży. Analiza podejmowanych form aktywności fizycznej wykazała, że spaceruje częściej wybierały kobiety młodsze, a ćwiczenia w szkole rodzenia ciężarne z grupy starszej. Badania dowiodły, że 42,2% kobiet młodszych i 13,5% starszych paliło przed zajściem w ciążę. Znacząco większy odsetek kobiet palących czynnie w ciąży to ankietowane poniżej 30. roku życia (34,4% wobec 9,9% z grupy starszej). Jak wynika z badań, leki przeciwbólowe częściej przyjmują kobiety młodsze (18,7%) [21]. Przeprowadzone badania własne udowodniły, że wraz z wiekiem ankietowane bardziej dbają o zdrowie w zakresie żywienia, troski o własne ciało oraz zachowania bezpieczeństwa.

Kolejną zmienną analizowaną w badaniach własnych był stan cywilny. Jak pokazały badania, kobiety będące w małżeństwie wykazują większą dbałość w kwestii żywienia ($p < 0,000$), pielęgnacji ciała ($p < 0,000$), zachowania bezpieczeństwa ($p < 0,000$) oraz w zakresie zdrowia psychospołecznego ($p = 0,003$) niż kobiety pozostające pannami. Wpływ stanu cywilnego na aktywność fizyczną badała również Ćwiek i wsp. [22]. Z pracy wynika, iż bardziej aktywne fizycznie były kobiety stanu wolnego niż kobiety zamężne. Wysiłek w formie ćwiczeń gimnastycznych i jogi częściej podejmowały mężatki (odpowiednio 31,7% i 18,3%) w porównaniu z pannami (odpowiednio 18,8% i 9,4%). Odwrotnie – pływanie częściej wybierały badane niezamężne (21,9%) niż mężatki (15,0%). Aktywność fizyczną podejmowaną więcej niż 3 razy w tygodniu deklarowały częściej badane niezamężne niż zamężne (odpowiednio 12,5% i 3,3%). Badania nie wykazały jednak istotności statystycznej analizowanych zmiennych [22].

W badaniach własnych przeanalizowano również związek pomiędzy wykształceniem a zachowaniami zdrowotnymi ankietowanych. Zaobserwowano, że zmienna ta istotnie różnicuje poziom wszystkich wskaźników zachowań zdrowotnych badanych kobiet w zakresie: żywienia ($p < 0,000$), dbałości o zdrowie ($p = 0,007$), zachowania bezpieczeństwa ($p = 0,002$), zdrowia psychospołecznego ($p = 0,002$) oraz w zakresie aktywności fizycznej ($p = 0,010$). Wyniki badań pozwalają na stwierdzenie, że kobiety w okresie prokreacji, posiadające wykształcenie zawodowe w mniejszym stopniu niż kobiety w okresie prokreacji z wykształceniem wyższym licencjackim ($p = 0,002$) oraz z wyższym magisterskim ($p = 0,007$) dbają o sposób odżywiania. Ankietowane pytano o regularność posiłków, częstość spożywania warzyw i owoców, produktów białkowych, ale również słodczy. Badania, w których wykształcenie jest istotną zmienną wpływającą na zachowania zdrowotne w zakresie suplementacji w diecie podjęła Hamułka i wsp. [17]. Oszacowano w nich, że preparaty witaminowo-mineralne przed zajściem w ciążę przyjmuje

55% badanych kobiet, przy czym częściej były to kobiety z wyższym wykształceniem. Spośród preparatów, najczęściej przyjmowano kwas foliowy lub preparaty, które miały kwas foliowy w swoim składzie. Z przeprowadzonych badań wynika, iż suplementy witaminowo-mineralne w okresie okołokoncepcyjnym częściej stosowały kobiety lepiej wykształcone [17]. Badania podjęte przez Jarosza i Wierzejską [23] oraz Bojar i wsp. [16] wykazują, iż kobiety w ciąży częściej spożywają preparaty z kwasem foliowym, jednak na tę zależność nie mają wpływu zmienne socjodemograficzne. Natomiast związek pomiędzy wyższym wykształceniem i częstszym stosowaniem preparatów zawierających kwas foliowy przez kobiety w ciąży przedstawiła w swoich badaniach Kaim i wsp. [24]. Wyniki badań Suligi [25] pokazują, że największe błędów w odżywianiu popełniają kobiety w ciąży z wykształceniem podstawowym i zasadniczym zawodowym. Badania własne wykazały również, że osoby, które posiadają wykształcenie wyższe licencjackie bardziej dbają o własne ciało w porównaniu z ankietowanymi z wykształceniem średnim ($p = 0,018$). Kobiety posiadające wykształcenie wyższe magisterskie wykazują istotnie większą troskę o zachowanie bezpieczeństwa w odniesieniu do kobiet z wykształceniem zawodowym ($p = 0,019$) czy średnim ($p = 0,010$). Respondentki deklarujące posiadanie wykształcenia zasadniczego zawodowego przejawiają najmniejszy poziom aktywności fizycznej w stosunku do pozostałej grupy badanych ($p < 0,05$).

Doniesienia na temat związku aktywności fizycznej w okresie prokreacji i wykształcenia można odnaleźć w badaniach również innych autorów [20, 22]. Badania Ćwiek i wsp. [22] wskazują, że aktywność fizyczną najrzadziej podejmują kobiety z wykształceniem zawodowym i podstawowym, natomiast najczęściej – kobiety z wykształceniem średnim. Ankietowane z wykształceniem wyższym częściej od kobiet z wykształceniem średnim uprawiają gimnastykę (39,2% vs 15,6%), jogę (23,5% vs 12,5%) i pływanie (23,5% vs 12,5%), nie są to jednak różnice istotne statystycznie [22]. Związku pomiędzy parametrami demograficznymi, w tym wykształceniem, a aktywnością fizyczną w czasie ciąży nie stwierdziła również w swoich badaniach Mosiejczuk i wsp. [20].

Wśród kobiet w wieku rozrodczym należy popularyzować zasady prawidłowego sposobu odżywiania z uwzględnieniem ograniczania spożywania słodczy. Bachanek i Nakonieczna-Rudnicka przedstawiły badania, w których opisują zależność pomiędzy sytuacją finansową a nawykami żywieniowymi w zakresie spożywania słodczy. Badania te wykazały, że im gorszą sytuację finansową zgłaszają ankietowane, tym częściej spożywają słodycze [15].

WNIOSKI

1. Osoby mieszkające w miastach innych niż wojewódzkie/powiatowe, wykazują niższy poziom zachowania bezpieczeństwa niż osoby pochodzące z miast powiatowych lub wojewódzkich. Kobiety mieszkające w miastach wojewódzkich w wyższym stopniu niż osoby z miast powiatowych przejawiają zachowania mające na celu utrzymanie odpowiedniego poziomu zdrowia psychospołecznego.
2. Wraz z wiekiem kobiety w większym stopniu dbają o własne zdrowie w zakresie żywienia, dbałości o ciało oraz zachowaniem bezpieczeństwa.
3. Mężatki wykazują większą dbałość w kwestiach żywienia, dbałości o ciało, zachowania bezpieczeństwa oraz

- w zakresie zdrowia psychospołecznego niż kobiety będące pannami.
4. Im wyższe wykształcenie kobiet, tym bardziej dbają one o kwestie związane z odżywianiem, dbałością o ciało, zachowaniem bezpieczeństwa, zdrowie psychospołeczne oraz aktywność fizyczną.
 5. Wyższa ocena warunków socjalno-ekonomicznych kobiet wpływa na ich lepszą dbałość o swoje zdrowie psychospołeczne.
 6. Zachowania zdrowotne kobiet ciężarnych kształtują się na wyższym poziomie w porównaniu do kobiet niebędących w ciąży w zakresie żywienia, dbałości o ciało i zachowania bezpieczeństwa.

PIŚMIENNICTWO

1. Andruszkiewicz A, Nowik M. Zachowania zdrowotne kobiet czynnych zawodowo. *Probl Piel.* 2011; 19(2): 148–152.
2. Gruszczynska 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.
3. Woynarowska-Soldan M, Węziak-Białowolska D. Analiza psychometryczna Skali Pozytywnych Zachowań Zdrowotnych dla dorosłych. *Probl Hig Epidemiol.* 2012; 93(2): 369–376.
4. Palacz J. Zachowania zdrowotne studentów w świetle wybranych uwarunkowań. *Med. Og Nauk Zdr.* 2014; 20(3): 301–306. doi: 10.5604/20834543.1124662.
5. Kaleta K, Mróz J. Percepcja relacji interpersonalnych a pozytywne zachowania zdrowotne dorosłych. *Probl Hig Epidemiol.* 2012; 93(4): 779–784.
6. Smoleń E, Cipora E, Penar-Zadarko B, Gazdowicz L. Wybrane zachowania zdrowotne młodzieży akademickiej a umiejscowienie kontroli zdrowia. *Prz Med. Uniw Rzesz Inst Leków.* 2012; 4: 474–484.
7. Sygit-Kowalkowska E. Radzenie sobie ze stresem jako zachowanie zdrowotne człowieka – perspektywa psychologiczna. *Hygeia Pub Health.* 2014; 49(2): 202–208.
8. Surmach M. Indices of youth behaviour in the sphere of reproductive health. *Hygeia Pub Health.* 2012; 47(2): 169–173.
9. Banaszak-Zak B. Styl życia kobiet w ciąży. *Zdr Publ.* 2005; 115(2): 179–183.
10. Posłuszna M. Zachowania prozdrowotne i ryzykowne dla zdrowia w społeczeństwie polskim. *Pielęg Pol.* 2011; 2(40): 91–94.
11. Hildt-Ciupińska K. Skala pozytywnych zachowań zdrowotnych dla kobiet. *Probl Hig Epidemiol.* 2009; 90(2): 85–90.
12. Pilewska-Kozak AB, Kanadys K. Organizacja poradnictwa przedkonceptyjnego w Polsce i na świecie. W: Stadnicka G (red.). *Opieka przedkonceptyjna.* Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2009, s. 30–33.
13. Godała M, Pietrzak K, Łaszek M, Gawron-Skarbek A, Szatko F. Zachowania zdrowotne łódzkich kobiet w ciąży. Cz. I. Sposób żywienia i suplementacja witaminowo-mineralna. *Probl Hig Epidemiol.* 2012; 93(1): 38–42.
14. Godała M, Pietrzak K, Gawron-Skarbek A, Łaszek M, Szatko F. Zachowania zdrowotne łódzkich kobiet w ciąży. Cz. II. Aktywność fizyczna i stosowanie używek. *Probl Hig Epidemiol.* 2012; 93(1): 43–47.
15. Bachanek T, Nakonieczna-Rudnicka M. Nawyki żywieniowe kobiet w ciąży. *Czas. Stomatol.* 2009; 62(10): 800–808.
16. Bojar I, Wdowiak L, Steć A, Włoch K, Warchoł-Sławińska E, Krakowiak J. Suplementacja witaminowo-mineralna diety kobiet ciężarnych w województwie lubelskim. *Med Ogólna.* 2007; 13: 272–285.
17. Hamułka J, Wawrzyniak A, Pawłowska R. Ocena spożycia witamin i składników mineralnych z suplementami diety przez kobiety w ciąży. *Rocz Panstw Zakł Hig.* 2010; 61(3): 269–275.
18. Evenson KR, Savitz DA, Huston SL. Leisure – time physical activity among pregnant women in the US. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2004; 18(6): 400–407.
19. Stadnicka G, Łepecka-Klusek C, Pawłowska-Muc AK, Pilewska-Kozak AB. Wpływ aktywności fizycznej w okresie ciąży na przebieg porodu. *J Educ Health Sport.* 2015; 5(9): 505–514.
20. Mosiejczuk H, Szreta G, Ptak M, Tomska N, Szylińska A, Turoń A, Rotter E. Aktywność fizyczna kobiet w I, II i III trymestrze ciąży. *Med Health Sci Rev.* 2015; 2(1): 45–51.
21. Gacek M. Niektóre zachowania zdrowotne oraz wybrane wskaźniki stanu zdrowia grupy kobiet ciężarnych. *Probl Hig Epidemiol.* 2010; 91(1): 48–53.
22. Ćwiek D, Szczęsna M, Malinowski W, Fryc D, Daszkiewicz A, Augustyniuk K. Analiza aktywności fizycznej podejmowanej przez kobiety w czasie ciąży. *Perinatol Neonatol Ginekol.* 2012; 5(1): 51–54.
23. Jarosz M, Wierzejska R. Suplementacja kwasem foliowym diet kobiet ciężarnych. *Żyw Człow Metab.* 2007; 34: 1499–1508.
24. Kaim I, Penar A, Sochacka-Tatara E, Galaś A, Jędrzychowski W. Farmakologiczna suplementacja witaminami i składnikami mineralnymi w okresie ciąży. *Badania epidemiologiczne w Krakowie. Przegl Lek.* 2004; 61: 776–779.
25. Suliga E. Zachowania żywieniowe kobiet w ciąży. *Pediatr Endocrinol Diabetes Matab.* 2011; 17(2): 76–81.

Socio-demographic determinants of health-related behaviours of women during the reproduction period

Abstract

Health behaviours create the life style of every individual, refer to all activities that have both indirect and direct impact on health and well-being, and are an expression of shaped attitude towards health. These behaviours play an important role in life, particularly during puberty and the reproduction period, because future parents, through taking care of their health and well-being, increase the chances for the future and proper development of their offspring.

Aim. The aim of the study was to assess the socio-demographic determinants of health-related behaviours of women in the reproductive period, aged 18–35.

Material and methods. The study was conducted in 2014, by the method of a diagnostic survey using a questionnaire technique, among 200 women aged between 18–35. The research instrument was a questionnaire designed by the author describing the socio-demographic data of the women, and the positive health behaviours scale for women (SPZZ) by Katarzyna Hildt-Ciupińska.

Results and conclusions. Socio-demographic factors, i.e. the place of residence, age, marital status, education and socio-economic conditions, exert an effect on health-related behaviours of women in the reproduction period.

Women who live in cities which are the capitals of a region exhibit a higher level of the behaviours that maintain an adequate level of psychosocial health, in comparison to the respondents from provincial towns. Together with age, women increasingly take care of their own health in terms of nutrition, care of the body and security behaviours. The higher the education level of women, the more they care about issues related to nutrition, care of the body, safety behaviours, health, psychosocial and physical activity. A higher evaluation of women's socio-economic conditions is related with better care of own psychosocial health.

Key words

health behaviours, women, reproduction period