

Bień Agnieszka, Krysa Justyna, Rzońca Ewa, Iwanowicz-Palus Grażyna, Mękal-Kisiel Joanna. Health-related behaviors among pregnant women with hypertension. *Journal of Education, Health and Sport*. 2017;7(1):247-258. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.258255>
<http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/4190>
<https://pbn.nauka.gov.pl/sedno-webapp/works/785142>

The journal has had 7 points in Ministry of Science and Higher Education parametric evaluation. Part B item 754 (09.12.2016).
754 Journal of Education, Health and Sport eISSN 2391-8306 7

© The Author (s) 2017;

This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, Poland
Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium,

provided the original author(s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits

unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.
The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.
Received: 02.01.2017. Revised 16.01.2017. Accepted: 23.01.2017.

Zachowania zdrowotne kobiet ciężarnych z nadciśnieniem tętniczym

Health-related behaviors among pregnant women with hypertension

Agnieszka Bień¹, Justyna Krysa¹, Ewa Rzońca¹, Grażyna Iwanowicz-Palus¹,
Joanna Mękal-Kisiel²

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

Department of the Basics of Midwifery, Faculty of Health Sciences, Medical University of Lublin

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

Student Research Group of the Department of the Basics of Midwifery, Faculty of Health Sciences, Medical University of Lublin, Poland

Słowa kluczowe: zachowania zdrowotne, ciąża, nadciśnienie tętnicze

Key words: health behavior, pregnancy, hypertension

STRESZCZENIE

Wprowadzenie. Podejmowanie przez kobietę ciężarną zachowań prozdrowotnych, jak i antyzdrowotnych ma wpływ zarówno na jej stan zdrowia, jak i jej nienarodzonego dziecka, a w konsekwencji wpływa na jego rozwój w przyszłości. Celem badań była ocena zachowań zdrowotnych kobiet ciężarnych z nadciśnieniem tętniczym.

Material i metoda. Badania zostały przeprowadzone w okresie od listopada 2011 roku do lutego 2012 roku wśród 80 kobiet ciężarnych z nadciśnieniem tętniczym hospitalizowanych

w oddziale patologii ciąży. W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem techniki kwestionariuszowej.

Wyniki. Przeprowadzona analiza statystyczna wykazała związek pomiędzy zachowaniami zdrowotnymi respondentek, a danymi socjalno-demograficznymi: aktywnością fizyczną a wiekiem ($p=0,01$), wypoczynkiem w ciągu dnia a pomocą przy codziennych obowiązkach ($p<0,00001$), pomocą przy codziennych obowiązkach a warunkami socjalno-ekonomicznymi ($p=0,03$). Stwierdzono również związek pomiędzy stosowaniem zasad zdrowego żywienia, a miejscem zamieszkania ($p=0,006$), wykształceniem ($p=0,05$) i spożyciem sodu ($p=0,03$) przez badane, jak również pomiędzy wykształceniem, a liczbą stosowanych przez respondentki używek ($p=0,0003$).

Wnioski. Na zachowania zdrowotne ciężarnych z nadciśnieniem tętniczym ma wpływ wykształcenie, okazywana pomoc przy codziennych obowiązkach oraz warunki socjalno-ekonomiczne. Rozpoznanie nadciśnienia tętniczego u kobiet ciężarnych nie wpływa na całkowite wyeliminowanie przez nie zachowań antyzdrowotnych.

ABSTRACT

Introduction. The healthy and unhealthy behaviors of a pregnant woman influence both her own health and that of her unborn child, affecting its future development. The purpose of the study was to evaluate the health-related behaviors of pregnant women with hypertension.

Material i method. The study was performed between November 2011 and February 2012 and included 80 hypertensive pregnant women hospitalized in a high risk pregnancy ward. The study used a diagnostic survey with questionnaires.

Results. Statistical analyses showed a correlation between the respondents' health-related behaviors and their socio-demographic characteristics: exercise was correlated with age ($p=0.01$), and rest during the day was correlated with support in everyday responsibilities ($p<0.00001$), and with the respondents' socio-economic standing ($p=0.03$). Correlations were also found between healthy eating habits and residence (0.006), education ($p=0.05$), and sodium intake ($p=0.0003$), as well as between education and substance use ($p=0.0003$).

Conclusion. Health-related behaviors of pregnant women with hypertension are influenced by their education, support they receive in daily responsibilities, and their socio-economic standing. The diagnosis of hypertension in pregnant women does not necessarily prompt them to discontinue all unhealthy behaviors.

WPROWADZENIE

Ciąża to wyjątkowy czas w życiu kobiety, który niesie za sobą konieczność zmian w życiu codziennym, często modyfikacji celów życiowych czy hierarchii wartości, jak również wymusza weryfikację dotychczasowych zachowań [1, 2]. Szczególną sytuację dla kobiety ciężarnej stanowi występowanie w tym okresie nadciśnienia tętniczego, które jest jedną z najczęściej występujących patologii okresu ciąży. Jest to ogromne wyzwanie dla kobiety, któremu towarzyszą silne emocje, jak lęk, smutek czy obawy [3, 4]. Zachowania zdrowotne człowieka to formy zachowań zarówno prozdrowotnych, jak i antyzdrowotnych, które wywołują określone skutki zdrowotne, natomiast styl życia stanowi czynnik, który w największym stopniu wpływa na stan zdrowia ludzi [5-7]. Podejmowanie przez kobietę zachowań prozdrowotnych czy antyzdrowotnych znajduje swoje odzwierciedlenie zarówno w ciąży o przebiegu prawidłowym, jak i powikłanym, mającym wpływ na stan zdrowia kobiety, jak i jej nienarodzonego dziecka, a w konsekwencji wpływa na jego rozwój

w przyszłości [2, 5, 6]. Istotne miejsce szczególnie w przypadku opieki nad kobietami ciężarnymi z rozpoznaniem nadciśnieniem tętniczym stanowi leczenie nefarmakologiczne obejmujące między innymi odpowiednie odżywianie, w tym suplementacja kwasem foliowym, podejmowanie aktywności fizycznej, ograniczenie czy też całkowite zaprzestanie stosowania używek (alkohol, papierosy, kawa), jak i wczesne rozpoczęcie opieki w okresie ciąży, w tym regularne wizyty kontrolne [2, 5, 6, 8]. Zachowania te są determinowane wieloma czynnikami. Istotne znaczenie w ich kształtowaniu mają między innymi takie czynniki, jak: uwarunkowania socjodemograficzne, kulturowe, sytuacja społeczna, czynniki osobowościowe czy mass media [9, 10].

CEL PRACY

Celem badań była ocena zachowań zdrowotnych kobiet ciężarnych z nadciśnieniem tętniczym.

MATERIAŁ I METODY

Badania zostały przeprowadzone w okresie od listopada 2011 roku do lutego 2012 roku wśród 80 kobiet ciężarnych z nadciśnieniem tętniczym hospitalizowanych w oddziale patologii ciąży w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Wojewódzkim im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu. 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. Narzędzie badawcze stanowił autorski kwestionariusz ankiety obejmujący pytania dotyczące charakterystyki badanej grupy oraz przedmiotu badań w oparciu o literaturę.

Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej. Bazę danych i badania statystyczne przeprowadzono w oparciu o oprogramowanie komputerowe STATISTICA 10.0 (StatSoft, Polska). Wartości analizowanych parametrów mierzalnych przedstawiono przy pomocy wartości średniej i odchylenia standardowego, a dla niemierzalnych przy pomocy liczności i odsetka. Do zbadania istnienia zależności między badanymi cechami użyto testu niezależności χ^2 . Do porównania więcej niż dwóch grup niezależnych zastosowano analizę wariancji. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$.

WYNIKI

Wśród kobiet uczestniczących w badaniu większość stanowiły ciężarne poniżej 30 roku życia (51,25%), deklarujące wykształcenie zawodowe (37,50%), zamieszkujące tereny wiejskie (52,50%), mężatki (62,50%), oceniające swoje warunki socjalno-ekonomiczne jako bardzo dobre/ dobre (75,00%), miały rozpoznane nadciśnienie tętnicze w czasie ciąży (83,75%) oraz były hospitalizowane z tego powodu 2 razy lub więcej (60,00%) – tabela 1.

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy

Dane socjodemograficzne	n	%
Wiek		
< 30	41	51,25
> 31	39	48,75
Wykształcenie		
zawodowe	30	37,50
średnie	26	32,50
wyższe	24	30,00
Miejsce zamieszkania		
miasto wojewódzkie	4	5,00
inne miasto	34	42,50

wieś	42	52,50
Stan cywilny		
zamężna	50	62,50
stanu wolnego	30	37,50
Socjalno-ekonomiczne		
bardzo dobre / dobre	60	75,00
przeciętne / złe	20	25,00
Rozpoznanie nadciśnienia tętniczego		
przed ciążą	13	16,25
w ciąży	67	83,75
Hospitalizacja z powodu nadciśnienia tętniczego		
1 raz	32	40,00
2 razy i więcej	48	60,00

Najczęściej badane kobiety dostosowywały swoją aktywność fizyczną do czasu trwania ciąży (43,75%), preferowaną formą aktywności był spacer (77,78%), czas trwania wypoczynku w tym okresie oceniły jako wystarczający (47,50%), a osoby bliskie pomagały ankietowanym kobietom w wykonywaniu codziennych obowiązków (45,00%). Respondentki zazwyczaj starały się przestrzegać zasad zdrowego odżywiania (50,00%) oraz ograniczały zawartość sodu w codziennej diecie (52,50%) (tabela 2).

Tabela 2. Zachowania zdrowotne ciężarnych z nadciśnieniem tętniczym

Zachowania zdrowotne	n	%
Aktywność fizyczna w ciąży		
bez ograniczeń	14	17,50
stosownie do czasu trwania ciąży	35	43,75
ograniczona / unika	31	38,75
Formy aktywności fizycznej w ciąży		
spacer	56	77,78
uprawianie sportu lub innej aktywności od czasu do czasu	9	12,50
inna forma aktywności (zajęcia domowe, taniec, pływanie, szkoła rodzenia)	5	6,94
uprawianie sportu lub innej aktywności regularnie	2	2,78
Odpoczynek		
wystarczający	38	47,50
dostateczny	25	31,25
niewystarczający / za mało	17	21,25
Wykonywanie codziennych obowiązków a wsparcie bliskich		
bliscy wyręczają	28	35,00
bliscy pomagają	36	45,00
brak pomocy, radzi sobie sama	16	20,00
Przestrzeganie zasad zdrowego odżywiania		
zawsze	13	16,25
często	40	50,00
czasami/ nigdy	27	33,75
Sód w diecie		
wyeliminowanie	11	13,75
ograniczenie	42	52,50
brak zmian	27	33,75

Ankietowane ciężarne najczęściej stosowały jedną używkę (28,75%), nie piły kawy w czasie ciąży (55,00%), okazjonalnie paliły papierosy (22,50%), a alkohol spożywały rzadziej, niż raz w tygodniu (15,00%) (tabela 3).

Tabela 3. Zachowania antyzdrowotne ciężarnych z nadciśnieniem tętniczym

Stosowanie używek		
brak	17	21,25
jedna	23	28,75
dwie	20	25,00
trzy / cztery	20	25,00
Picie kawy		
tak	36	45,00
nie	44	55,00
Palenie papierosów		
10 i więcej sztuk dziennie	3	3,75
poniżej 10 dziennie	5	6,25
okazjonalnie	18	22,50
nie pali	54	67,50
Alkohol		
kilka razy w tygodniu	3	3,75
raz w tygodniu	5	6,25
rzadziej niż raz w tygodniu	12	15,00
nie pije	60	75,00

W wyniku przeprowadzonej analizy stwierdzono, iż ankietowane z wykształceniem średnim (53,85%) i wyższym (50,00%) były bardziej aktywne fizycznie stosownie do wieku ciąży w porównaniu z ankietowanymi z wykształceniem podstawowym lub zawodowym (30,00%) ($p=0,01$). Badania wykazały, iż badane kobiety, które były wyręczane przy codziennych obowiązkach istotnie częściej miały zapewnioną odpowiednią ilość wypoczynku (67,86%) w porównaniu z ankietowanymi, które przyznały, że czasami bliscy im pomagają (52,78%) ($p<0,00001$). Respondentki które swoje warunki socjalno-ekonomiczne oceniły jako przeciętne lub złe częściej musiały radzić sobie same z obowiązkami (40,00%) w porównaniu z badanymi, które miały bardzo dobre lub dobre warunki (13,33%). Stwierdzone różnice były istotne statystycznie ($p=0,03$) (tabela 4).

Tabela 4. Zachowania zdrowotne respondentek a dane socjodemograficzne

Wykształcenie	Aktywność fizyczna		
	bez ograniczeń	stosownie do czasu trwania ciąży	ograniczenie do niezbędnej aktywności
	%	%	%
zawodowe	36,67	30,00	33,33
średnie	3,85	53,85	42,31
wyższe	8,33	50,00	41,67
<i>Analiza statystyczna: $Chi^2=12,70$; $p=0,01$</i>			
Pomoc przy codziennych obowiązkach	Wypoczynek w ciągu dnia		
	odpoczywam wystarczająco	odpoczywam dostatecznie	odpoczywam za mało
	%	%	%
bliscy mnie wyręczają	67,86	28,57	3,57

bliscy mi pomagają	52,78	36,11	11,11
muszę sobie radzić sama	0,00	25,00	75,00
<i>Analiza statystyczna: $Chi^2=38,40$; $p<0,00001$</i>			
Warunki socjalno-ekonomiczne	Pomoc przy codziennych obowiązkach		
	bliscy wyręczają mnie	bliscy pomagają mi	muszę sobie radzić sama
	%	%	%
bardzo dobre/dobre	36,67	50,00	13,33
przeciętne/złe	30,00	30,00	40,00
<i>Analiza statystyczna: $Chi^2=6,86$; $p=0,03$</i>			

Analiza statystyczna wykazała istotny związek pomiędzy stosowaniem zasad zdrowego żywienia, a miejscem zamieszkania ($p=0,006$). Ankietowane z miasta wojewódzkiego najczęściej zawsze stosowały zasady zdrowego żywienia (33,33%) w porównaniu z badanymi mieszkającymi na wsi (9,52%). Respondentki posiadające wykształcenie wyższe (62,50%) lub średnie (61,54%) częściej stosowały zasady zdrowego odżywiania w porównaniu z ankietowanymi z wykształceniem zawodowym (30,00%); ($p=0,05$). Badane ciężarne które zawsze stosowały zasady zdrowego żywienia istotnie częściej wyeliminowały spożycie sodu ze swojej diety (30,77%) w porównaniu z ankietowanymi, które często stosowały zasady zdrowego odżywiania (10,00%) lub czasami, bądź nigdy (11,11%). Stwierdzone różnice były istotne statystycznie ($p=0,03$) (tabela 5).

Tabela 5. Stosowanie zasad zdrowego żywienia

Miejsce zamieszkania	Stosowanie zasad zdrowego żywienia		
	tak, zawsze	tak, często	czasami/ nigdy
	%	%	%
miasto wojewódzkie	33,33	55,56	11,11
inne miasto	0,00	54,55	45,45
wieś	9,52	45,24	45,24
<i>Analiza statystyczna: $Chi^2=14,40$; $p=0,006$</i>			
Wykształcenie	Stosowanie zasad zdrowego żywienia		
	tak, zawsze	tak, często	czasami/ nigdy
	%	%	%
zawodowe	16,67	30,00	53,33
średnie	15,38	61,54	23,08
wyższe	16,67	62,50	20,83
<i>Analiza statystyczna: $Chi^2=9,33$; $p=0,05$</i>			
Spożycie sodu	Stosowanie zasad zdrowego żywienia		
	tak, zawsze	tak, często	czasami/ nigdy
	%	%	%

wyeliminowałam	30,77	10,00	11,11
ograniczyłam spożycie	61,54	60,00	37,04
nie zmieniałam ilości	7,69	30,00	51,85

Analiza statystyczna: $\chi^2=10,55$; $p=0,03$

Analiza statystyczna wykazała związek pomiędzy wykształceniem respondentek, a liczbą stosowanych przez nie używek ($p=0,0003$). Respondentki z wykształceniem wyższym częściej nie stosowały używek (41,67%) w porównaniu z ankietowanymi z wykształceniem średnim (26,92%), natomiast 50,00% ankietowanych posiadających wykształcenie zawodowe stosowało trzy lub cztery używki (tabela 6).

Tabela 6. Liczba stosowanych używek z uwzględnieniem wykształcenia badanych

Wykształcenie	Liczba stosowanych używek			
	brak %	jedna %	dwie %	trzy/cztery %
zawodowe	0,00	20,00	30,00	50,00
średnie	26,92	38,46	23,08	11,54
wyższe	41,67	29,17	20,83	8,33

Analiza statystyczna: $\chi^2=25,69$; $p=0,0003$

DYSKUSJA

Nadciśnienie tętnicze u kobiet w ciąży pozostaje jedną z częściej występujących patologii w opiece położniczej. Stanowi jedną z głównych przyczyn powikłań i zgonów ciężarnych oraz ich dzieci w okresie okołoporodowym. Ciężarne z nadciśnieniem tętniczym narażone są na takie powikłania jak: odklejenie łożyska, incydenty mózgowo-naczyniowe, niewydolność narządowa oraz rozsiane wykrzepianie śródnaczyniowe. Nadciśnienie tętnicze matki zagraża dziecku i może być przyczyną opóźnienia rozwoju wewnątrzmacicznego, wcześniactwa czy zgonu wewnątrzmacicznego [3, 11-13]. W każdym przypadku celem postępowania terapeutycznego powinno być utrzymanie w dobrym stanie matki i dziecka, aż do bezpiecznego terminu ukończenia ciąży, redukcja ciśnienia tętniczego krwi do wartości bezpiecznych, zapobieganie pogłębianiu się choroby oraz ograniczenie liczby hospitalizacji pacjentek. Leczenie nadciśnienia tętniczego ciężarnych należy poprzedzić postępowaniem niefarmakologicznym, a w razie braku efektów takiego postępowania wdraża się leczenie lekami hipotensyjnymi. Głównymi metodami leczenia niefarmakologicznego są: zmiana stylu życia, dieta i odpoczynek. Na położnej spoczywa obowiązek zmotywowania ciężarnej do współpracy i wyjaśnienie jej celowości takiego postępowania [14-16].

Jednym z istotnych czynników niefarmakologicznej terapii kobiet w ciąży z nadciśnieniem tętniczym jest ograniczenie, lub w przypadku ciężkich postaci nadciśnienia – eliminacja aktywności fizycznej. Należy przekonać ciężarną, aby przy współpracy bliskich dokonała przede wszystkim zmian w organizacji obowiązków domowych np. w opiece nad dziećmi, robieniu porządków, przygotowywaniu posiłków, czy w zajęciach w gospodarstwie domowym lub w pracach polowych. Konieczna jest do tego współpraca z pozostałymi domownikami, w szczególności mężem/partnerem, dziećmi czy rodzicami [15, 17]. Badania własne wykazały, że 43,75% ankietowanych było aktywnych fizycznie w ciąży, stosownie do czasu jej trwania, natomiast 28,75% respondentek ograniczało się do niezbędnej

aktywności fizycznej i 10,00% unikało aktywności fizycznej całkowicie. Niepokojącym jest fakt, że mimo rozpoznania nadciśnienia tętniczego 17,50% ankietowanych kobiet podejmowało aktywność fizyczną bez ograniczeń. W badaniach Maciąg i wsp. (2013), największa grupa ciężarnych (40%) prowadziła małą aktywność fizyczną i dużo odpoczywała, zaś 38% ankietowanych prowadziło średnią aktywność fizyczną i również dużo odpoczywało [18]. Jak podaje Cifkova i wsp. (2005), postępowanie w przypadku nadciśnienia tętniczego, w zależności od stopnia ciężkości schorzenia, wieku ciążowego oraz współistnienia matczynych i płodowych czynników ryzyka, obejmuje ścisły nadzór nad ciężarną, ograniczenie aktywności fizycznej oraz częsty odpoczynek w pozycji leżącej, głównie na lewym boku [13]. W wytyczne te wpisują się również zalecenia dotyczące pracy zawodowej, wskazujące, iż wyłączenie z pracy zawodowej (częściowe lub całkowite), uzależnione jest od stanu kobiety ciężarnej. Jeśli stan zdrowia kobiety nie wymaga hospitalizacji, to zwolnienie z obowiązków służbowych stanowi jeden z głównych czynników nefarmakologicznych terapii nadciśnienia w ciąży [19]. Jednak, jak przedstawia praca Szczepaniak-Chicheł (2006), nie udowodniono wpływu ograniczenia aktywności fizycznej, ani ciągłego wypoczynku ciężarnej w łóżku na częstość powikłań nadciśnienia tętniczego u matki i dziecka [16]. Badania własne wykazały, że na aktywność fizyczną ankietowanych kobiet ma wpływ ich wykształcenie. Wyniki badań pokrywają się z wynikami badań innych autorów prowadzonych wśród kobiet w ciąży o przebiegu fizjologicznym [20, 21].

Z badań własnych wynika, że ankietowane, które były aktywne fizycznie w ciąży, najczęściej spacerowały (77,78%), natomiast 2,78% badanych uprawiało sport regularnie. Poza tym, ankietowane uprawiały sport od czasu do czasu lub zaliczyły do aktywności fizycznej zajęcia domowe, taniec, pływanie, czy uczestniczenie w zajęciach szkoły rodzenia. O ile wykonywanie zwyczajowych czynności można uznać za bezpieczne dla kobiety ciężarnej z łagodnym nadciśnieniem tętniczym, tak jak udział w szkole rodzenia, gdy ogranicza się on do zajęć teoretycznych, o tyle regularne uprawianie sportu, udział w zajęciach pływania, taniec należy uznać za zachowanie wielce ryzykowne i zdecydowanie antyzdrowotne w przypadku nadciśnienia [15, 19].

W ciąży, szczególnie w sytuacji pojawienia się komplikacji, bardzo ważne jest wsparcie osób bliskich [22]. Z badań własnych wynika, że osoby bliskie pomagają lub nawet wyręczają respondentki w codziennych obowiązkach. Uzyskane wyniki badań są potwierdzeniem dla rozważań Banaszak-Żak i Dobrzyń (2004), które w swoich badaniach wykazują, że 64% badanych przez nie ciężarnych zauważyło pozytywne zmiany u osób z najbliższego otoczenia w postaci wyręczania z obowiązków domowych, 28% kobiet nie zauważyło zmian, natomiast 7% odczuło wrogość i niechęć najbliższych [23].

Pilewska-Kozak i Kanadys (2009) podkreślają, że korzystnymi zachowaniami prozdrowotnymi dla tego okresu są odpowiednia ilość snu i wypoczynku, a do osób najbliższych należy stworzenie właśnie takich warunków w domu [24]. W badaniach własnych, niespełna połowa badanych miała zapewnioną odpowiednią ilość wypoczynku, a aż 21,25% kobiet odpoczywało za mało. Analiza statystyczna wykazała, że ankietowane, które były wyręczane z codziennych obowiązków przez bliskie im osoby, istotnie częściej miały zapewnioną odpowiednią ilość wypoczynku w porównaniu z ankietowanymi, które przyznały, że czasami bliscy im pomagają oraz z ankietowanymi, które nie miały pomocy lub nie radziły sobie z obowiązkami ($p < 0,05$). Na pomoc bliskich znacznie częściej mogły liczyć respondentki, które przedstawiły swoje warunki socjalno-ekonomiczne jako dobre. Takie wyniki korelują z wynikami badań Nowakowskiej-Głąb i Manieckiej-Bryły (2014), które zauważyły, że istnieje związek pomiędzy relacją z bliskimi, a warunkami socjalno-ekonomicznymi – lepsza sytuacja materialna ma wpływ na zwiększenie się liczby osób, które pomagają ciężarnej, co przekłada się na ich lepszy stan zdrowia psychicznego

i samopoczucie. Jest to bardzo ważne, szczególnie w sytuacji ciąży powikłanej, np. nadciśnieniem w ciąży [22].

Właściwa dieta jest jednym z głównych czynników profilaktycznych i leczniczych stosowanych u pacjentek z nadciśnieniem w ciąży. W okresie tym zaleca się ograniczenie spożycia sodu, nie wolno jednak zapominać, że zbyt mała jego ilość może zakłócić fizjologiczny wzrost pojemności minutowej serca i zwiększenie objętości osocza. Pacjentka musi wiedzieć, że nie ma potrzeby ograniczania ilości przyjmowanych płynów [3, 8, 18, 23]. Analiza uzyskanych wyników wykazała, że połowa respondentek zasady prawidłowego odżywiania stosuje często, ale tylko 16,25% ankietowanych stosuje je codziennie. Z badań Maciąg i wsp. (2013) wynika, że tylko 15% kobiet stosuje zalecenia dotyczące zdrowego odżywiania zawsze (w ciąży i poza nią), natomiast 46% przestrzega zaleceń tylko w ciąży, zaś 2% nigdy się do nich nie stosuje [18]. Wyniki badań własnych wykazały, że respondentki pochodzące z miasta wojewódzkiego, z wykształceniem wyższym i średnim częściej zgłaszały stosowanie zasad zdrowego żywienia. Bojar i wsp. (2007) w swoich badaniach wykazali, że na nawyki żywieniowe ma wpływ wiek, wykształcenie, rodzaj wykonywanej pracy oraz status materialny. Najniższy wskaźnik prawidłowych nawyków żywieniowych odnotowano w grupie pacjentek ciężarnych najmłodszych, a najwyższy u będących w ciąży powyżej 35 roku życia. Niższe wartości wskaźnika otrzymano w grupie badanych z wykształceniem średnim lub zawodowym, z kolei niższy status materialny sprzyjał niestosowaniu się do zasad zdrowego żywienia [25].

Analiza wyników własnych badań wykazała, że rozpoznanie nadciśnienia tętniczego najczęściej było przyczyną jedynie ograniczenia przez ankietowane ilości spożywanego w diecie sodu (52,50%), natomiast 13,75% ankietowanych wyeliminowało całkowicie z diety sód, a 33,75% badanych przyznało, że ilość spożywanego sodu nie zmieniła się. Wyniki badań własnych były paralelne z doniesieniami Gacek (2010), z których wynika, że wśród badanych kobiet ciężarnych, około 50% z nich ograniczyło spożywanie soli w diecie, po zajściu w ciążę [8].

Literatura przedmiotu wskazuje na negatywny wpływ palenia tytoniu i spożywania alkoholu przez kobiety w ciąży. Spożywanie alkoholu w ciąży jest czynnikiem ryzyka wystąpienia takich powikłań u płodu jak: alkoholowy zespół płodowy (FAS/ FAE), wady wrodzone spowodowane używaniem alkoholu (ARBD), zaburzenia neurorozwojowe spowodowane używaniem alkoholu (ARND). Palenie tytoniu może prowadzić do IUGR, SIDS, zwiększa wskaźnik zachorowalności i śmiertelności płodów. W ciąży wzrasta ryzyko wystąpienia łożyska przoduującego, przedwczesnego oddzielenia się łożyska, ciąży ektopowej, krwawienia podczas ciąży, przedwczesnego pęknięcia błon płodowych, a także porodu przedwczesnego [26-29].

Jak wynika z badań własnych, aż 78,75% respondentek w czasie ciąży stosowało używki – najczęściej jedną. Ankietowane okazjonalnie paliły papierosy (22,50%), a alkohol spożywały rzadziej, niż raz w tygodniu (15,00%). Niepokojącym jest fakt, że 50,00% ankietowanych posiadających wykształcenie zawodowe stosowało aż trzy lub cztery używki. Szychta i wsp. (2008) wskazują, że w Polsce 20,8% ciężarnych aktywnie pali tytoń, we Francji – 22%, w Danii – 30%, a w Rosji – 36% [28]. Inni autorzy szacują to zjawisko na 11-40% [29-31]. Z kolei Banaszak-Żak i Dobrzyń (2004) w swoich badaniach wykazali, że 35% polskich kobiet w okresie ciąży paliło papierosy, 6% przestało palić w czasie trwania ciąży, a 59% nie paliło tytoniu w ogóle [23]. Nieco bardziej optymistyczne wyniki badań przeprowadzonych wśród ciężarnych przedstawia Maciąg i wsp. (2013). Wynika z nich, że 12% ankietowanych pali papierosy, a 46% nie pali ze względu na stan ciąży. Prawie połowa badanych nie paliła papierosów wcale [18]. Natomiast z badań Kaiser i wsp. (2014) wynika, że 4,61% kobiet w ciąży pali papierosy, przed ciążą paliło papierosy 30,76% badanych kobiet, a 64,61% deklaruje, że w ogóle nie paliło papierosów [32].

Według Wierzejskiej (2012) jest zbyt mało danych, żeby jednoznacznie stwierdzić, jaka ilość spożywanej kofeiny stanowi czynnik ryzyka dla matki i dziecka [33]. Wydaje się, że większość kobiet ciężarnych czuje potrzebę ograniczenia w diecie produktów z kofeiną. Jednak zarówno w Polsce, jak i w Wielkiej Brytanii większość spożywanej przez ciężarne teiny, która ma takie samo działanie jak kofeina pochodzi z herbaty. Za duże jej spożycie uważa się dawkę powyżej 300 mg dziennie. Może zwiększać ona ryzyko poronienia, porodu przedwczesnego i obniżać masę ciała noworodka. Mniejsze ilości wydają się być nieszkodliwe dla ciężarnych [28, 34]. Badania własne wykazały, że ponad połowa ankietowanych z nadciśnieniem tętniczym nie piło kawy w czasie ciąży. Badania Papaioannou i wsp. (2005) wykazały, że kofeina w dawce 250 mg dziennie znacznie zwiększa sztywność ściany tętnic. Następstwem tego jest wzrost ciśnienia skurczowego o 5–15 mm Hg, a rozkurczowego o 5–10 mm Hg [35]. Zmiany te potwierdziły także badania Hartley i wsp. (2004), którzy obserwowali wzrost ciśnienia zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn przy dawce kofeiny równej 3,3 mg/kg (231 mg w ciągu dnia) [36].

Spostrzeżenia własne dowodzą, że kobiety ciężarne, u których rozpoznano nadciśnienie tętnicze, spożywały alkohol rzadziej niż raz w tygodniu (15,00%) lub wcale (75%). Jednak dane z badań innych autorów dotyczące spożywania alkoholu i zaprzestania go po rozpoznaniu ciąży wśród kobiet ciężarnych są różne. Temat picia alkoholu jest niechętnie podejmowany przez ciężarne, które nie przyznają się do takich zachowań. Dlatego dane z badań na ten temat są zróżnicowane i mogą być niedoszacowane [30, 37].

WNIOSKI

1. Na zachowania zdrowotne ciężarnych z nadciśnieniem tętniczym ma wpływ wykształcenie, okazywana pomoc przy codziennych obowiązkach oraz warunki socjalno-ekonomiczne.
2. Na stosowanie zasad zdrowego żywienia ma wpływ miejsce zamieszkania oraz wykształcenie.
3. Rozpoznanie nadciśnienia tętniczego u kobiet ciężarnych nie wpływa na całkowite wyeliminowanie przez nie zachowań antyzdrowotnych.
4. Istnieje związek pomiędzy wykształceniem ciężarnych z nadciśnieniem tętniczym, a stosowaniem przez nie używek w czasie ciąży.

PIŚMIENNICTWO

1. Bączyk G, Cebulska V, Koźlak V, Michalak M, Bajek A, Marcinkowski JT. Poziom lęku przedporodowego u kobiet w ciąży. *Probl Hig Epidemiol.* 2011; 92(4): 774-777.
2. Jędrzejczyk T, Zarzeczna-Baran M, Balwicki Ł. Palenie wśród kobiet ciężarnych w Gdańsku - społeczne uwarunkowania zjawiska. *Probl Hig Epidemiol.* 2006; 87(4): 265-269.
3. Mężyk I, Kotlarz B, Naworska B, Gogola C, Gałązka I, Podsiadło B. Edukacja, opieka i leczenie kobiet w ciąży z różnymi postaciami nadciśnienia tętniczego. *Problemy Piel.* 2010; 18(4): 512-517.
4. Tałaj A, Fischer B, Kupcewicz E. Potrzeby i oczekiwania hospitalizowanych ciężarnych z patologią ciąży. *Problemy Piel.* 2012; 20(2): 228-232.
5. Charkiewicz AE, Omeljaniuk WJ, Piotrowska K. Determinanty zdrowia kobiet w ciąży w Białymstoku. *Bromat Chem Toksykol.* 2016; 1: 42-51.
6. Godala M, Pietrzak K, Gawron-Skarbek A, Łaszek M, Szatko F. Zachowania zdrowotne łódzkich kobiet w ciąży. Cz. II. Aktywność fizyczna i stosowanie używek. *Probl Hig Epidemiol.* 2012; 93(1): 43-47.
7. Sęk H. Behawioralne uwarunkowania zdrowia i choroby. W: Heszen I, Sęk H. *Psychologia zdrowia.* Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007: 91-103.

8. Gacek M.: Niektóre zachowania zdrowotne oraz wybrane wskaźniki stanu zdrowia grupy kobiet ciężarnych. *Probl Hig Epidemiol.* 2010; 91(1): 48-53.
9. 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.
10. 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.
11. Maksym M, Madej P, Lemm MA. Etiopatogeneza nadciśnienia tętniczego u kobiet ciężarnych. *Ann. Acad. Med. Siles.* (online) 2015; 69: 69-75.
12. Magee LA, Pels A, Helewa M, Rey E, von Dadelszen P. Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy: executive summary. *J Obstet Gynaecol Can.* 2014; 36(5): 416-438.
13. Cifkova R, Czarnecka D, Kawecka-Jaszcz K. Nadciśnienie tętnicze a ciąża. *Choroby serca i naczyń* 2005; 2(2): 65-71.
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej, sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych (Dz.U. 2015 poz. 2007).
15. Oleszczuk J, Kanadys K, Pilewska-Kozak AB: Nadciśnienie w okresie ciąży. W: Bień AM. (red.). *Opieka nad kobietą ciężarną.* Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009, 257-270.
16. Szczepaniak-Chicheł L, Bręborowicz G, Tykarski A. Leczenie nadciśnienia tętniczego u kobiet w ciąży. *Nadciśnienie tętnicze* 2006; 10(2): 83-98.
17. Estemberg D, Kowalska-Koprek U, Kuś E. Ocena stężenia leptyny u ciężarnych z nadciśnieniem tętniczym w zależności od masy ciała. *Przegląd Lekarski* 2005; 62: 157-160.
18. Maciąg D, Styczeń M, Cichońska M, Kucharska K. Wiedza kobiet ciężarnych na temat nadciśnienia tętniczego ciężarnych. *Acta Scientifica Academiae Ostroviensis, Sectio B,* 2013; 1: 97-119.
19. Łepecka-Klusek C, (red.): *Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie i ginekologii. Podręcznik dla studiów medycznych.* Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2016.
20. Ćwiek D, Grochans E, Sowinska-Gługiewicz I, Wysiecki P. Analysis of some pro-health behaviors of pregnant women after a childbirth education class. *Wiad. Lek.* 2004; 1(57): 48-51.
21. Fabian HM, Radestad IJ, Waldenström U. Childbirth and parenthood education classes in Sweden. Women's opinion and possible outcomes. *Acta Obstet. Gynecol. Scand* 2005; 84(5): 436-443.
22. Nowakowska-Głąb A, Maniecka-Bryłą I. Relacje interpersonalne z bliskimi a jakość życia związana ze zdrowiem kobiet ciężarnych. W: Szukalski P. (red.). *Relacje międzypokoleniowe we współczesnych polskich rodzinach,* Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2014, 137-148.
23. Banaszak-Żak B, Dobrzyń D. Czynniki warunkujące zdrowie kobiety ciężarnej. *Ann Univ Mariae Curie Sklodowska Med.* 2004; suppl. 14, 59(1): 56-60.
24. Pilewska-Kozak AB, Kanadys K. Promocja zachowań prozdrowotnych w okresie przedkoncepcyjnym i w czasie ciąży. W: Stadnicka G. (red.). *Opieka przedkoncepcyjna.* Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009, 167-171.
25. Bojar I, Humeniuk E, Wdowiak L, Miotła P, Warchoń-Sławińska E, Włoch

- K. Zachowania żywieniowe kobiet ciężarnych. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2007; 88(1): 74-77.
26. Salmon J. Fetal alcohol spectrum disorder: New Zealand birth mothers' experiences. *Can J Clin Pharmacol* 2008; 15(2): 191-213.
 27. Aros S, Mills JL, Torres C, Henriquez C, Fuentes A, Capurro T. et al. Prospective identification of pregnant women drinking four or more standard drinks (> or = 48 g) of alcohol per day. *Subst Use Misuse* 2006; 41(2): 183-197;
 28. Szychta W, Skoczylas M, Laudański T. Spożywanie alkoholu i palenie tytoniu przez kobiety w ciąży – przegląd badań. *Perinatologia, Neonatologia, Ginekologia* 2008; 1(4): 309-313.
 29. Klejewski A, Urbaniak K, Pisarska-Krawczyk M, Sobczyk K. Wpływ palenia tytoniu na przebieg i rozwój ciąży. *Prz Lek* 2012; 69(10): 929-933.
 30. Wierzejska R, Jarosz M, Sawicki W, Stelmachów J, Siuba M. Antyzdrowotne zachowania kobiet ciężarnych. Tytoń, alkohol, kofeina. *Żyw Człow* 2011; 38(2): 84-98.
 31. Popken-Haładus B, Żurawicka D, Zimnowoda M. Palenie tytoniu w ciąży – badania własne. W: Wojtal M, Żurawicka D. (red.). *Wybrane aspekty opieki pielęgniarstwa i położniczej w różnych specjalnościach medycyny*. T.1. Wydawnictwo Instytut Śląski Sp. z o.o., Opole 2013, 29-40.
 32. Kaiser A, Sokołowski M, Kaiser A. Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży w kontekście zdrowia i rozwoju noworodka. *Rocznik Lubuski* 2014; 40(2): 275-287.
 33. Wierzejska R. Wpływ spożycia kofeiny na przebieg ciąży i rozwój płodu. *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia* 2012; 5(2): 110-113.
 34. Morgan S, Koren G, Bozzo P. Is caffeine consumption safe during pregnancy? *Canadian Family Physician* 2013; 59(4): 361-362.
 35. Papaioannou TG, Karatzi K, Karatzis E, Papamichael C, Lekakis JP. Acute effects of caffeine on arterial stiffness, wave reflections, and central aortic pressures. *Am J Hypertens* 2005; 18(1): 129-136.
 36. Hartley TR, Lovallo WR, Whitsett TL. Cardiovascular effects of caffeine in men and women. *Am J Cardiol* 2004; 93(8): 1022-1026.
 37. Pawłowska-Muc AK, Łepecka-Klusek C, Pilewska-Kozak AB, Stadnicka G. Użytki w ciąży – alkohol. *Journal of Education, Health and Sport* 2015; 5(8): 385-394.