

Alicja Kaiser*
Marek Sokołowski**
Anna Kaiser***

ZACHOWANIA ZDROWOTNE KOBIEŃ W CIĄŻY W KONTEKŚCIE ZDROWIA I ROZWOJU NOWORODKA

Wprowadzenie

Zdrowie rodziny stanowi przedmiot badań i analiz różnych dyscyplin naukowych. Problemem, który wymaga szczególnej współpracy środowisk medycznych, socjologicznych i pedagogicznych są zachowania zdrowotne kobiet w ciąży. W świetle badań medycznych dostrzega się związki pomiędzy stylem życia kobiet ciężarnych a stanem zdrowia noworodka (Hankin 2002, Chazan 2003, Russell i wsp. 2004, Kaiser i Allen 2008, Jackson i wsp. 2011, Andersen i wsp. 2012, Wilkinson i McIntyre 2012). Natomiast z socjologicznego i pedagogicznego punktu widzenia styl życia kobiet w ciąży wiąże się przede wszystkim z pełnieniem roli matki oraz procesem rodzinnej socjalizacji zdrowotnej. Istotne znaczenie ma w tym zakresie osobisty przykład rodzica, bowiem międzypokoleniowa transmisja zachowań i poglądów dotyczących zdrowia zachodzi dzięki takim mechanizmom, jak: naśladownictwo, modelowanie i identyfikacja. Podstaw zdrowia uczymy się w rodzinie, która jest pierwszym środowiskiem nauczania i wychowania, a tym samym środowiskiem niezmiernie istotnym dla rozwoju każdego człowieka (Tishchenko i wsp. 2012).

W niniejszej pracy problem zdrowego stylu życia kobiet w ciąży analizowano w kontekście rozwoju noworodków przedwcześnie urodzonych. Zasadniczo wyróżnia się cztery grupy czynników mogących zwiększać ryzyko występowania porodu przedwczesnego: medyczne, socjalne, środowiskowe i psychologiczne (Helwich 2002). Zauważa się, że zachowania zdrowotne kobiet w czasie trwania ciąży mogą mieć wpływ na występowanie porodów przedwczesnych, a tym samym rozwój noworodka (Callaway i wsp. 2006).

* **Alicja Kaiser** – dr nauk o kulturze fizycznej, mgr socjologii, adiunkt w Zakładzie Dydaktycznym Turystyki i Rekreacji Wyższej Szkoły Bankowej w Poznaniu.

** **Marek Sokołowski** – dr nauk o kulturze fizycznej, adiunkt w Zakładzie Metodyki Wychowania Fizycznego Akademii Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego w Poznaniu.

*** **Anna Kaiser** – mgr położnictwa, Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu.

W związku z powyższym, celem prezentowanej pracy jest ocena wybranych zachowań zdrowotnych kobiet w ciąży, w kontekście stanu zdrowia i rozwoju noworodka przedwcześnie urodzonego oraz rodzinnej socjalizacji w zakresie zdrowia.

Materiał i metoda

Badania przeprowadzono w Ginekologiczno-Położniczym Szpitalu Klinicznym Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Grupę badawczą stanowiło 65 położnic oraz 65 noworodków urodzonych przedwcześnie. Podstawowe informacje dotyczące cech społecznych badanych matek zostały przedstawione w tabeli 1.

W badanej populacji przeważały kobiety w wieku 26-30 lat, będące mężatkami, pochodzące z miast od 100-500 tys. mieszkańców. Najwięcej położnic legitymowało się wykształceniem wyższym, u których dochód na osobę brutto wynosił więcej niż 2000 zł.

Zachowania zdrowotne badanych kobiet analizowano na podstawie badań sondażowych, z wykorzystaniem techniki ankiety. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz, zweryfikowany w badaniach pilotażowych. Formularz ankiety służący retrospektywnej ocenie zachowań zdrowotnych wypełniały pacjentki. Natomiast na podstawie dokumentacji medycznej uzyskano następujące informacje: płeć noworodków, masa urodzeniowa, ilość punktów w skali Apgar, czas i sposób zakończenia ciąży. Zebrany materiał empiryczny poddano podstawowej analizie statystycznej, za pomocą programu *STATISTIC*.

Tabela 1

Cechy społeczno-środowiskowe badanych kobiet

Zmienne	N	%
WIEK		
18-20 lat	2	3,06
21-25 lat	15	23,07
26-30 lat	30	46,15
31-35 lat	14	21,53
36-40 lat	4	6,15
WYKSZTAŁCENIE		
Podstawowe	1	1,53
Zawodowe	8	12,30
Średnie	18	27,69
Pomaturalne	4	6,15
Licencjat	7	10,76
Wyższe	27	41,53
MIEJSCE ZAMIESZKANIA		
Miasto do 50 tys.	25	38,46
Miasto od 50-100 tys.	4	6,15
Miasto 100-500 tys.	30	46,15
Miasto powyżej 500 tys.	3	4,61
Wieś	3	4,61
STAN CYWILNY		
Mężatka	50	76,92
Panna	14	21,53
Rozwódka	1	1,53
DOCHÓD BRUTTO		
Mniej niż 1000 zł	9	13,84
1000-1500 zł	6	9,23
1500-2000 zł	12	18,46
Powyżej 2000 zł	37	56,92
Brak odpowiedzi	1	1,53
RODZAJ PRACY ZAWODOWEJ		
Praca umysłowa	16	24,61
Praca fizyczna	6	9,23
Nie pracuję	43	66,15

Źródło: badania własne.

Wyniki

• Charakterystyka dzieci przedwcześnie urodzonych

W pierwszej kolejności analizowano stan fizyczny noworodków urodzonych pomiędzy 23. a 37. tygodniem ciąży. Noworodki z porodu siłami natury stanowiły 43,07%, a urodzone poprzez cięcie cesarskie 56,92%. Wśród badanych wcześniaków 33,84% stanowiły noworodki płci męskiej (n=22) i aż 66,15% płci żeńskiej (n=43). Badanie w skali Apgar w 1. minucie życia wykazało, że najwięcej noworodków – 38,46% otrzymało 4-7 pkt., natomiast w 5. minucie życia prawie połowa dzieci przedwcześnie urodzonych, bo aż 46,15% otrzymało 8-10 pkt. (tab. 2).

Tabela 2

Analiza skali Apgar badanych noworodków w 1. i 5. minucie życia

Liczba punktów w skali Apgar	1. minuta		5. minuta	
	N	%	N	%
0-3	17	26,15	11	16,92
4-7	25	38,46	16	24,61
8-10	23	35,38	30	46,15
Brak punktacji	0	0	8	12,30

U ośmiorga noworodków w dokumentacji medycznej brak danych o liczbie punktów w skali Apgar w 5. minucie życia

Źródło: badania własne.

Następną ocenianą kwestią była masa ciała noworodków, która wahała się od 650 g do 3500 g – średnia masa ciała noworodków wyniosła 2162 g +/- 960, mediana 2350. Najliczniejszą grupę stanowiły noworodki z masą ciała powyżej 2501 g – 29,23% (tab. 3).

Tabela 3

Analiza urodzeniowej masy ciała noworodków

Urodzeniowa masa ciała noworodków	N	%
500-1000 g	10	15,38
1001-1500 g	11	16,92
1501-2000 g	11	16,92
2001-2500 g	14	21,53
powyżej 2501 g	19	29,23

Źródło: badania własne.

• *Charakterystyka zachowań zdrowotnych kobiet w ciąży*

Używki są poważnym zagrożeniem dla ciężarnych i płodu. W świetle badań własnych okazuje się, że papierosy pali 4,61% badanych, w tym 1 kobieta do 5 sztuk dziennie, 2 kobiety od 6 do 10 sztuk dziennie. Przed ciążą paliło 30,76% badanych kobiet, a 64,61% deklaruje, że w ogóle nie paliło papierosów (tab. 4). Jednocześnie biernie palenie dotyczy aż 63% respondentek. Wśród nich ponad połowa wdychała dym tytoniowy codziennie (tab. 4). Z kolei alkohol okazjonalnie spożywało w ciąży 9 kobiet (13,84%), a 56 (86,15%) nie piło wcale napojów alkoholowych. Cztery kobiety wskazały rodzaj spożytych napojów alkoholowych: 1 kobieta wymieniła butelkę piwa, a 3 kobiety lampkę wina.

Tabela 4

Stosunek do używek wśród badanych kobiet

Używki	N	%
Palenie papierosów:		
Palę papierosy	3	4,61
Palłam papierosy przed ciążą	20	30,76
Nigdy nie paliłam papierosów	42	64,61
Bierne palenie:		
Nie	24	36,92
Tak	41	63,07
- Codziennie	22	53,65
- 3-4 x w tyg.	8	19,51
- 1-2 x w tyg.	6	14,63
- Rzadziej	5	12,19
Spożycie alkoholu:		
Nie	56	86,15
Tak, okazjonalnie	9	13,84
Tak, regularnie	0	0

Źródło: badania własne.

Kolejną analizowaną kwestią była aktywność fizyczna i odżywianie się kobiet w ciąży. Niecałe 17% badanych kobiet deklaruje, że regularnie były aktywne fizycznie. Najchętniej wybieraną formą ruchu wśród tych kobiet były spacer – 45,45% i jazda rowerem – 27,27%. Natomiast w zakresie żywienia okazuje się, że tylko 3,07% badanych kobiet stosowało specjalną

dietę w okresie ciąży, z czego 1,53% dietę wysokobiałkową i 1,53% wysokobłonnikową (tab. 5).

Tabela 5

Aktywność fizyczna i odżywianie się w badanej grupie

Zmienne	N	%
Aktywność fizyczna:		
Nie	44	67,69
Tak, nieregularnie:	10	15,38
spacer	10	15,38
Tak, regularnie:	11	16,92
spacer	5	45,45
jazda rowerem	3	27,27
pływanie	1	9,09
aerobik	1	9,09
inne	1	9,09
Odżywianie się:		
Dieta wysokobiałkowa	1	1,53
Dieta wysokobłonnikowa	1	1,53
Brak specjalistycznej diety	63	96,92

Źródło: badania własne.

Następnym badanym problemem było narażenie kobiet ciężarnych na czynniki stresowe (tab. 6). Aż 60% badanych kobiet podało chociaż jeden czynnik stresowy, jaki wystąpił w ich życiu podczas ciąży. Najwięcej pacjentek odczuwało lęk z powodu aktualnych objawów klinicznych zagrażających porodem przedwczesnym – 20% oraz sytuacji stresowych związanych z niekorzystnymi warunkami mieszkaniowymi – 13,84%, jak również sytuacji konfliktowych wynikających ze stanu wolnego 12,30%. Nieco mniej respondentek podało za czynnik stresowy obciążony wywiad położniczy – 9,23%.

Tabela 6

Analiza wybranych czynników stresowych

Czynniki stresowe	N	%
Choroby własne i w rodzinie	5	7,69
Śmierć w rodzinie	1	1,53
Sytuacje konfliktowe wynikające ze stanu wolnego	8	12,30
Sytuacje konfliktowe w małżeństwie	3	4,61
Sytuacje konfliktowe z rodzicami	5	7,69
Sytuacje stresowe wynikające z nadmiernego obciążenie pracą zawodową i domową	1	1,53
Sytuacje stresowe wynikające z niekorzystnych warunków mieszkaniowych	9	13,84
Obciążony wywiad położniczy, w którym stwierdza się lęk przed utratą ciąży	6	9,23
Lęk o losy ciąży z powodu aktualnie wynikających objawów klinicznych zagrażającego porodu przedwczesnego	13	20,00
Sytuacje stresowe wynikające z niedostatecznej opieki nad Panią	4	6,15

14 respondentek z grupy badanej podało więcej niż 1 czynnik stresowy

Źródło: badania własne.

Kolejną analizowaną kwestią było narażenie na promieniowanie radioaktywne, promieniowanie termiczne, promieniowanie jonizujące, pole elektromagnetyczne, wibracje, hałas. Aż 64,61% badanych kobiet odpowiedziało, że przebywało w hałasie. Natomiast 35,38% położnic stwierdziło, że nie były narażone na żadne szkodliwe czynniki środowiskowe.

Na zakończenie zapytano respondentki o uczęszczanie na zajęcia w szkole rodzenia. Okazuje się, że z tego rodzaju zajęć korzystało zaledwie 18,46% badanych kobiet w ciąży.

Dyskusja

Podjmując problem zachowań zdrowotnych kobiet w ciąży zwrócono uwagę zarówno na proces medykalizacji, jak i na działania współczesnej promocji zdrowia. Problematyka medykalizacji życia społecznego podejmowana jest na gruncie socjologii od lat 70. XX w. (Słońska 2008, Domańska 2005). Analizuje się m.in. wpływ rozwoju medycyny na zmianę obrazu macierzyństwa, które zostało nasycone medycznymi symbolami, normami i wartościami. Postępująca medykalizacja w coraz większym stopniu wpływa na proces przeżywania ciąży oraz na tworzenie się nowych wzorców postrzegania kobiet ciężarnych w społeczeństwie. W wyniku tego, ciąża często nie jest już

traktowana jako naturalny, choć odmienny stan, ale jak choroba. Zauważa się, że kobiety oczekujące dziecka korzystają ze zwolnienia lekarskiego przez cały okres ciąży, a rezygnując z roli pracownika przyjmują rolę pacjenta, która przewyższa wszystkie inne pełnione przez nie role społeczne (Rothman 2000). Medykalizacja zmniejsza podmiotowość kobiety ciężarnej i jej poczucie kompetencji w tym ważnym okresie życia. Rodzice przyjmując medyczną interpretację macierzyństwa czują się niekompetentni i przekazują odpowiedzialność za ciążę w ręce lekarza. W efekcie przyszłe matki nie zawsze w dostatecznym stopniu uwzględniają rolę swojego stylu życia, który w istotny sposób wpływa na przebieg ciąży i stan zdrowia noworodka.

Z drugiej jednak strony, obecnie dostrzega się trend zwiększania indywidualnej odpowiedzialności za zdrowie. Wiąże się to z rozwojem procesu promocji zdrowia, który jest zadaniem ogólnospołecznym, a nie tylko działalnością służb medycznych. Zgodnie z założeniami promocji zdrowia podkreśla się znacznie stylu życia jednostki w kształtowaniu swojego stanu zdrowia. Ciąża stanowi szczególny okres w życiu każdej kobiety. Wraz z poczęciem się dziecka, przyszła matka staje się odpowiedzialna nie tylko za swoje zdrowie i życie, ale także za to nowe, rozwijające się w jej ciele. Bardzo często to właśnie w okresie ciąży kobiety dokonują oceny swojego postępowania. Nierzadko bilans ten wypada niepomyślnie i przyczynia się do modyfikacji dotychczasowego trybu życia.

Wyniki badań prezentowanych w niniejszej pracy wskazują zarówno na korzystne, jak i niekorzystne elementy stylu życia kobiet w ciąży. Mimo iż niecałe 5% kobiet deklaruje, iż pali papierosy czynnie, to jednak biernymi palaczkami jest ponad 63%, z czego 53,7% codziennie. Podobne wyniki uzyskali Adamek i wsp. (2004), natomiast badania Dymczyk i wsp. (2002) wskazują, że aż 21% kobiet paliło papierosy regularnie, a sporadycznie 4% przyszłych matek. Na podstawie doniesień z piśmiennictwa stwierdza się, że palenie papierosów w czasie ciąży jest jednym z czynników zwiększających odsetek powikłań, jak np. niska masa urodzeniowa, przedwczesny poród i poważne komplikacje zdrowotne dla matki i dziecka (Lumley i wsp. 2004)

W badaniach własnych żadna z kobiet nie stwierdziła, iż pije alkohol regularnie, jednak okazjonalne spożywanie alkoholu zadeklarowało 13,84%. Podobne wyniki uzyskali Dymczyk i wsp. (2002) – 91% kobiet wykazało całkowitą abstynencję. Andersen i wsp. (2012) zwracają uwagę, że płód jest wrażliwy na działanie alkoholu szczególnie we wczesnej ciąży, gdyż nawet niewielkie jego dawki mogą prowadzić do spontanicznego poronienia, a niska dawka alkoholu od 1,66 do 2,41 zażywana podczas ciąży, między 13. a 16. tygodniem powoduje wyraźne ryzyko poronień.

Z prezentowanych badań wynika, że udział w zajęciach w szkole rodze-

nia oraz aktywność fizyczna są mało rozpowszechnione wśród kobiet w ciąży. Potwierdzają to także analizy Gacek (2010) oraz Banaszak-Żak i Dobrzyń (2004). Regularna aktywność fizyczna jako podstawowe zachowanie zdrowotne na każdym etapie ontogenezy człowieka ma istotne znaczenie zarówno dla zdrowia kobiet w ciąży, jak i z punktu widzenia międzypokoleniowej transmisji poglądów i wzorów zachowań zdrowotnych. Wychowanie do aktywnego trybu życia, za które odpowiedzialni są przede wszystkim rodzice, oznacza „system działań pedagogicznych mających na celu wyrobienie pozytywnej otwartej postawy wobec kultury fizycznej, wyposażenie człowieka w odpowiednie wiadomości i umiejętności pozwalające na udział w sporcie, rekreacji ruchowej, turystyce, niezależnie od wieku i w różnych sytuacjach” (Kubica 2004, s. 61). Aby wszystkie dobroczynne wpływy aktywności fizycznej mogły urzeczywistnić się w rodzinie, nie mogą mieć charakteru okazjonalnego. Powinny stanowić nieodłączną część życia rodzinnego i zostać dostosowane przez organizatorów czasu wolnego do wieku, stanu zdrowia czy sprawności fizycznej wszystkich członków rodziny (Kaiser, Sokołowski 2010).

Warto również podkreślić, iż zajęcia w szkole rodzenia mają nie tylko przygotować kobietę do porodu i opieki nad noworodkiem, ale są ważne w budowaniu właściwych relacji rodzinnych. Sprzyjają one zacieśnianiu się więzi emocjonalnych w rodzinie, przygotowują do przeżycia porodu rodzinnego, a także wpływają na poprawę jakości małżeńskiej. Jak pisze Ogryzko-Wiewiórowska: „zarówno dla rozwoju mężczyzny, jak i dziecka jest korzystne, by mogli się jak najwcześniej spotkać, poznać i pokochać. Podobnie jak uczestniczenie w rozwoju dziecka w okresie prenatalnym, tak i towarzyszenie mu w późniejszym okresie życia, jest dla mężczyzny źródłem doznań wzmacniających więź z żoną” (2004, s. 229).

W świetle badań własnych niepokojące jest także to, że aż 60% badanych kobiet podało chociaż jeden czynnik stresowy, na jaki były narażone w trakcie trwania ciąży. Podobne wyniki uzyskali Biernacka i Hanke (2006) oraz Walczak i wsp. (1991). Biernacka i Hanke opierając się na badaniach Hedegaard i wsp. na grupie 8719 kobiet stwierdzają, że jedno lub więcej wydarzeń życiowych oceniane jako stresujące w odczuciu subiektywnym, przed 30 tygodniem ciąży, wiązało się ze zwiększeniem ryzyka względnego porodu przedwczesnego (2006). Walczak i wsp. (1991) w badanej populacji stwierdzili istotną statystycznie korelację między narażeniem ciężarnej na stresy a czasem trwania ciąży.

Podsumowując znaczenie zachowań zdrowotnych kobiet w ciąży należy zwrócić uwagę na proces rodzinnej transmisji międzypokoleniowej. Jest to podstawowy mechanizm socjalizacji prozdrowotnej. Zachowania realizowane

przez rodziców stanowią przykład dla ich dzieci. W pierwszej kolejności dorośli powinni wykazywać się zdrowym stylem życia, by dzięki temu stanowić wzór dla potomstwa. Jak zauważa Łazowski: „promocję zdrowia należy zaczynać w kołysce dziecka, a właściwie od jego rodziców [...]” (2004, s. 152). Warto zatem podjąć działania, aby ustalić specjalny system edukowania kobiet w zakresie zdrowia prokreacyjnego i kształtowania odpowiedzialności za zdrowie nie tylko własne, ale także innych (Wilson 1997, Wilkinson i Tolcher 2010).

Wnioski

Powyższe rozważania pozwalają na wysunięcie następujących wniosków:

1. W stylu życia badanych kobiet dostrzega się zarówno korzystne, jak i niekorzystne zachowania związane ze zdrowiem. Większość badanych kobiet w ciąży unikania używek, natomiast zdecydowanie niepokojąca jest bardzo niska aktywność fizyczna wśród respondentek oraz duże narażenie na czynniki stresowe.
2. Należy w dalszym ciągu rozszerzać działania na rzecz eliminacji czynników ryzyka porodów przedwczesnych oraz uświadamiać przyszłe matki w zakresie planowania rodziny i właściwego podejścia do ciąży. Działania te w szerszym niż dotąd zakresie powinny dotyczyć kształtowania odpowiedzialności kobiet za zdrowie własne i potomstwa oraz przyjmowania aktywnej postawy w tym ważnym okresie życia.
3. Promocja zdrowia prokreacyjnego nie może ograniczać się tylko do aspektów medycznych. Należy również dostrzegać kwestie związane socjalizacją kobiet do roli matki i podjęcia obowiązków rodzicielskich. Styl życia matki wpływa nie tylko dla stan zdrowia i rozwój noworodka ale także na kształtowanie u potomstwa poglądów i zachowań w zakresie zdrowia.

Literatura

- ADAMEK R., FLOREK E., BRĘBOROWICZ G. (2004), Świadomość zdrowotna konsekwencji ekspozycji na dym tytoniowy oraz dostęp do informacji dotyczących szkodliwości dymu tytoniowego wśród kobiet ciężarnych, „Przegląd Lekarski”, 61(10), s. 1012-1015.
- ANDERSEN A. M., ANDERSEN P. K., OLSEN J., GRØNBÆK M., STRANDBERG-LARSEN K. (2012), Moderate alcohol intake during pregnancy and risk of fetal death, *Int. J Epidemiol*, 41(2), s. 405-13.

- BANASZAK-ŻAK B., DOBRZYŃ D. (2004), Czynniki warunkujące zdrowie kobiety ciężarnej, *AnnUMCS*, 59(suppl.14), s. 56-60.
- BIERNACKA J., HANKE W. (2006), Wpływ stresu psychospołecznego w pracy zawodowej i pozazawodowej na przebieg i wynik ciąży, *Med. Pr.*, 57(3), s. 281-290.
- CALLAWAY L. K., PRINS J. B., CHANG A. M., MCINTYRE H. D. (2006), The prevalence and impact of overweight and obesity in an Australian obstetric population, *Medical Journal of Australia*, 184(2), s. 56-59.
- CHAZAN B. (2003), Zwiększająca się częstość urodzeń dzieci z małą urodzeniową masą ciała – nowy problem polskiej perinatologii, *PerinatolGinekol*, 2, s. 7-12.
- DOMAŃSKA U. (2005), Medykalizacja i demedykalizacja macierzyństwa, [w:] *Zdrowie i choroba. Perspektywa socjologiczna*, red. W. Piątkowski, W. A. Brodniak, Wyższa Szkoła Społeczno-Gospodarcza w Tyczynie, Tyczyn, s. 311-322.
- DYMCZYK K., CAUS I., LESZCZYŃSKA K., ŚMIEJKOWSKA-JASIŃSKA A. (2002), Przebieg ciąży a stan dzieci po porodzie, *Wiad.Lek*, 55, s. 655-661.
- GACEK M. (2010), Niektóre zachowania zdrowotne oraz wybrane wskaźniki stanu zdrowia grupy kobiet ciężarnych, *Probl Hig Epidemiol*, 91(1), s. 48-53.
- HANKIN J. R. (2002), Fetal alcohol syndrome prevention research, *Alcohol Res. Health*, 26, s. 58-65.
- HELWICH E. (2002), Przyczyny porodów przedwczesnych i podstawowe czynniki ryzyka wynikające z wcześniactwa, [w:] *Wcześniak*, red. E. Helwich, PZWL, Warszawa, s. 11-17.
- JACKSON R., STOTLAND N., CAUGHEY A., GERBERT B. (2011), Improving diet and exercise in pregnancy with Video Doctor counseling: A randomized trial, *Patient Educ Couns*, 83, s. 203-209.
- KAISER A., SOKOŁOWSKI M. (2010), Elementy promocji zdrowia rodziny w turystyce i rekreacji – podstawy teoretyczne, *WWSTiZ*, Poznań.
- KAISER L., ALLEN L. H. (2008), Position of the American Dietetic Association: nutrition and life style for a healthy pregnancy outcome, *JAmDietAssoc*, 108(3), s. 553-561.
- KUBICA J. F. (2004), *Wychowanie zdrowotne i promocja zdrowia: wybrane zagadnienia*, WSE, Warszawa.
- ŁAZOWSKI J. (2004), *Psychologiczne aspekty zdrowia*, [w:] *Promocja zdrowia*, red. F. Lwow, A. Milewicz, Urban & Partner, Wrocław, s. 152.

- LUMLEY J., OLIVER S. S., CHAMBERLAIN C., OAKLEY L. (2004), Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy, *Cochrane Database Syst Rev*, 4(4), s. 1-70.
- OGRYZKO-WIEWIÓROWSKA M. (2004), „My” – o zdrowiu w relacjach rodzinnych, [w:] *Zdrowie, choroba, społeczeństwo. Studia z socjologii medycyny*, red. W. Piątkowski, UMCS, Lublin, s. 229.
- ROTHMAN B. (2000), *Prenatal Diagnosis in Context*, [w:] *Perspectives in Medical Sociology*, red. P. Brown, Waveland Press, Illinois, s. 428.
- RUSSELL T., CRAWFORD M., WOODBY L. (2004), Measurements for active cigarette smoke exposure in prevalence and cessation studies: why simply asking pregnant women isn't enough, *Nicotine Tob. Res Suppl 2*, s. 141-51.
- SŁOŃSKA Z. (2008), Nowe oblicze medykalizacji: redefinicja i marginalizacja promocji zdrowia, [w:] *Socjologia i antropologia medycyny w działaniu*, red. W. Piątkowski, B. Płonka-Syroka, Oficyna Wydawnicza Arboretum, Wrocław, s. 83-94.
- TISHCHENKO E., PANKO S., KOCHETKOVA D., TODRIK V., SYTKO I. (2012), Reproduktywne zdrowie kobiet z dziećmi poniżej pierwszego roku życia, *Człowiek i Zdrowie*, 2(VI), s. 5-10.
- WALCZAK M., WITT C., POLACZEK K. (1991), Społeczno-ekonomiczne uwarunkowania wcześniactwa i hipotrofii wewnątrzmacicznej, *Zdr. Publ*, 102(2), s. 45-50.
- WILKINSON S., MCINTYRE D. (2012), Evaluation of the 'healthy start to pregnancy' early antenatal health promotion workshop: a randomized controlled trial, *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12, s. 131.
- WILKINSON S., TOLCHER D. (2010), Nutrition and maternal health: What women want and can we provide it? *Nutr Diet*, 67(1), s. 18-25.
- WILSON S. (1997), Individual versus group education: Is one better? *Patient Education and Counselling*, 32, s.67-75.

Alicja Kaiser
Marek Sokołowski
Anna Kaiser

Pro-health behaviours of pregnant women in the context of newborns' health and development

Keywords: family health, pregnant woman, premature birth, pro-health behaviour, health promotion, ontogenesis.

Introduction. Progressing medicalization of social life more and more influences maternity. As a result, pregnant women are not enough aware of the role of their health-related behaviour which influences the course of pregnancy and the infant's health condition. Mothers' lifestyle is particularly essential in the process of shaping health opinions and behaviour in the offspring.

Objective. The objective of the research was to evaluate selected health-related behaviour in pregnant women in relation to the prematurely born infant's health condition as well as to family upbringing concerning health care.

Material and method. Test group consisted of 65 women in confinement and 65 prematurely born infants. The authors used a questionnaire which concerned retrospective evaluation of health-related behaviour in pregnant women as well as an analysis of medical documentation related to infants' health condition.

Results. In the lifestyle of tested women both advantageous and disadvantageous health-related behaviour was observed. The majority of tested women avoided harmful substances during pregnancy, however, it is highly alarming that they engaged in a very little amount of physical exercise and were exposed to a number of stressful situations. Participation in antenatal classes was not very popular among tested women.

Conclusions. The promotion of procreation health care should be directed at shaping responsibility in future mothers concerning their own and their offspring's health as well as at preparing women to the social role of mothers. Actions should still be taken concerning elimination of risk factors that are responsible for premature birth as well as actions focused on educating future mothers about family planning and proper approach to pregnancy and motherhood.