Dr n. o zdr. Emilia Harasim-Piszczatowska
Prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska-Kułak

ZACHOWANIA ZDROWOTNE KOBIET W CIĄŻY W KONTEKŚCIE PERCEPCJI CIAŁA

ZACHOWANIA ZDROWOTNE
KOBIET W CIĄŻY
W KONTEKŚCIE PERCEPCJI CIAŁA

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

ZACHOWANIA ZDROWOTNE KOBIET W CIĄŻY W KONTEKŚCIE PERCEPCJI CIAŁA

Dr n. o zdr. Emilia Harasim-Piszczatowska

Prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska-Kułak

Białystok 2021

Recenzenci monografii

Dr hab. n. o zdr. Grażyna Iwanowicz-Palus
Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
Zakład Podstaw Położnictwa Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Prof. zw. dr hab. med. Jerzy T. Marcinkowski
Katedra Higieny i Epidemiologii, Collegium Medicum, Uniwersytet Zielonogórski
Uczelnia Łazarskiego w Warszawie, Wydział Medyczny
Zakład Zdrowia Publicznego, Katedra Medycyny Społecznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

ISBN 978-83-959846-1-7
Wydanie I
Białystok 2021

Opracowanie graficzne: Tomasz Motulewski

Monografia powstała na bazie wyników rozprawy doktorskiej
dr n. o zdr. Emilii Harasim-Piszczatowskiej.
Zawarte w niej materiały mogą być wykorzystywane tylko na użytek własny, do celów naukowych, dydaktycznych lub edukacyjnych.
Zabroniona jest niezgodna z prawem autorskim reprodukcja, redystrybucja lub odsprzedaż.

Druk:
"Duchno" Teresa Duchnowska, 15-501 Białystok, ul. Baranowicka 115/307

Dedykuję monografię mężowi i rodzicom,
których wsparcie i nieustająca wiara we mnie
zawsze pomagały mi przezwyciężać wszelkie
trudności i dodawały sił
niezbędnych do realizacji życiowych planów.

Emilia Harasim-Piszczatowska

Ciało pozostaje zawsze dla człowieka tajemnicą.
Ono jest źródłem przyjemności i bólu, świadomość czekającej człowieka śmierci wiąże się z jego rozpadem. Ono sprawia, że człowiek czuje się z życia zadowolony lub jest złamany bólem i cierpieniem.
Od niego zależy w znacznej mierze obraz własnej osoby.

– Antoni Kępiński –

Dr n. o zdr. Emilia Harasim-Piszczatowska
Wydział Ochrony Zdrowia,
Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. prof. Edwarda F. Szczepanika w Suwałkach

Prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska-Kułak
Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

SPIS TREŚCI

Wykaz skrótów..... **Str. 12**

Wizerunek ciała, jako zjawisko wieloaspektowe..... **Str. 14**

Środki masowego przekazu i ich rola w kształtowaniu wizerunku ciała..... **Str. 24**

Zachowania zdrowotne kobiet, ze szczególnym uwzględnieniem okresu ciąży..... **Str. 31**

Założenia i cel pracy..... **Str. 43**

Materiał i metody..... **Str. 45**

Charakterystyka porównawcza wyodrębnionych grup kobiet pod kątem cech społeczno-demograficznych..... **Str. 56**

Charakterystyka porównawcza wyodrębnionych grup kobiet pod kątem cech antropometrycznych..... **Str. 59**

Dane dotyczące ciąży i porodu..... **Str. 62**

Ocena obecnego stanu zdrowia oraz korzystanie z opieki medycznej..... **Str. 64**

Zachowania profilaktyczne badanych kobiet..... **Str. 68**

Sposób żywienia..... **Str. 75**

Aktywność fizyczna..... **Str. 80**

Poziom zachowań zdrowotnych..... **Str. 81**

Ocena Prawidłowych Zachowań Zdrowotnych wg. Hildt-Ciupińskiej..... **Str. 83**

Wymiar poznawczy ciała badanych kobiet -Test Sylwetek (Contour Drawing Rating Scale – CDRS) ..... **Str. 85**

Wymiar emocjonalny ciała badanych kobiet - ocena lęku wobec własnego ciała z uwzględnieniem zmiennych niezależnych..... **Str. 88**

Zależności pomiędzy PASTAS a wiekiem, BMI oraz liczbą ciąż..... **Str. 90**

Miara samooceny własnej osoby wg Bielak z uwzględnieniem zmiennych niezależnych i innych miar psychometrycznych..... **Str. 92**

Test samooceny własnej osoby a inne miary psychometryczne..... **Str. 94**

Ocena wizerunku ciała - KWCO Głębockiej z uwzględnieniem zmiennych niezależnych i innych miar psychometrycznych..... **Str. 97**

Zachowania zdrowotne a percepcja ciała..... **Str. 100**

Ocena satysfakcji z życia badanych kobiet..... **Str. 106**

Dyskusja..... **Str. 110**

Podsumowanie wyników - aspekty poznawcze i praktyczne..... **Str. 133**

Wnioski i postulaty..... **Str. 136**

Piśmiennictwo..... **Str. 137**

WYKAZ SKRÓTÓW

ACSM	*American College of Sports Medicine*
BDD	*Body Dysmorphic Disorder*
	Dysmorfofobia
BED	*Binge Eating Disorder*
	Napadowe objadanie się
BMI	*Body Mass Index*
	Wskaźnik masy ciała
CBOS	Centrum Badania Opinii Społecznej
CDRS	*Contour Drawing Rating Scale*
	Test Sylwetek Ciała
FAS	*Familly Afluence Scale*
	Kwestionariusz Oceny Zamożności Rodziny
IZZ	Inwentarz Zachowań Zdrowotnych
KWCO	Kwestionariusz Wizerunku Ciała
PASTAS	*Physical Appearance State And Trait Anxiety Scale*
	Skala oceny poziomu lęku wobec ciała
PTG	Polskie Towarzystwo Ginekologiczne
PWF	*Perceived Family Wealth*
	Kwestionariusz Subiektywnej Oceny Zamożności Rodziny
SWLS	*The Satisfaction With Life Scale*
	Skala Satysfkacji z Życia

WIZERUNEK CIAŁA, JAKO ZJAWISKO WIELOASPEKTOWE

Pojęcie wizerunku ciała

Zainteresowanie problematyką cielesności sięga lat 20. ubiegłego wieku, gdy specjaliści neurologii i neuropsychologii rozpoczęli badania w dziedzinie zaburzeń schematów ciała, będących wynikiem dysfunkcji lub udarów mózgu [1]. Próbowano nadać sens różnorodnym formom postrzegania ciała oraz doświadczeniom zgłaszanym przez pacjentów. Przeprowadzono również badania, mające na celu pomoc w zrozumieniu "widma" kończyn, w którym to osoby po amputacji zgłaszały wrażenia zmysłowe związane z brakującą częścią ciała. Wczesne badania obrazu ciała były niestety zdominowane przez to, co Henry Head nazwał "*schematem ciała*", natomiast mało uwagi poświęcono psychologii oraz zmiennym w teorii na temat obrazu ciała [2].

Pierwszy raz termin *obraz ciała* użył Paul Schindler w roku 1935, rozpatrując go w kontekście psychologicznym oraz społecznym, jednocześnie wskazując na jego aspekt poznawczy [3]. W jego opinii, obraz ciała to indywidualny sposób postrzegania masy i jego kształtu. Jest on również odzwierciedleniem postaw wobec własnego ciała oraz interakcji z innymi ludźmi, przy czym podkreślił, iż niezadowolenie z niego stanowi rozbieżność między postrzeganiem, a idealnym wyglądem osoby [3]. Wizerunek ciała w opinii Grogana (1999) związany jest z różnymi zjawiskami dotyczącymi percepcji/oceny własnego wyglądu, atrakcyjności fizycznej oraz komponentów afektywnych dotyczących ciała [1]. Husser twierdził, że subiektywne doświadczanie ciała, jako trwałej własności, umożliwia wyodrębnienie z "Ja osoby", tzw. "Ja cielesnego", które stanowią wrażenia napływające z wnętrza ciała, wyobrażenia na jego temat oraz przeżycia związane z odczuwaniem wrażeń cielesnych [4]. Banfield i McCabe wskazali, że obraz ciała jest indywidualnym przekazem "przechowywanym w pamięci", składającym się z subiektywnej oceny własnej atrakcyjności oraz percepcji ciała, związanym z emocjami oraz zachowaniami podejmowanymi wobec własnego ciała [5]. Dodatkowo Slade (1994), zgodnie z definicją „*obraz, który mamy w swoim umyśle, dotyczy rozmiarów, kształtu i formy naszego ciała oraz naszych uczuć skierowanych do właściwości i składowych części naszego ciała*”, wskazał istotność postaw wobec własnego ciała, czyli rozmiaru, kształtu, ale także uczuć. Zatem ciało można nie tylko "widzieć", ale i "odczuwać" [6].

Pojęcie obrazu ciała (*body imagine*) szczególnie często pojawia się w badaniach dotyczących zaburzeń odżywiania się, a szerszą interpretację zjawiska przeprowadzają badacze z dziedzin psychologii, psychoterapii, psychiatrii oraz neurologii. W literaturze przedmiotu terminologia dotycząca odnoszenia się do własnego ciała jest różnorodna, pojawiają się bowiem takie terminy, jak: pojęcie ciała (*body concept*), Ja cielesne (*body self*), schemat ciała (*body – scheme*), obraz ciała (*body-image*) etc. [7]. Niestety wyodrębnienie granic oraz relacji w powyższych określeniach jest bardzo trudne, ponieważ badacze z różnych dziedzin naukowych skupiali się na odrębnych komponentach tego zjawiska [7]. Sformułowanie *"wizerunek ciała"*, Altabe i Thompsona (1997) poddali krytyce, wskazując, że jest ono związane z wieloma czynnikami odnoszącymi się do wyglądu fizycznego jednostki i stanowi jedynie użyteczny *"parasol pojęciowy"*. Ponadto Thomson stwierdził, że *"obraz ciała jest wszystkim"*, zatem jest zinternalizowanym spojrzeniem na własne ciało, przekonaniami, oceną, uczuciami oraz doświadczeniami związanymi z wizerunkiem [1,8]. Franzoi (1995) twierdził, że człowiek może przyjmować dwie różne postawy wobec własnego ciała, czyli traktować je jako rodzaj "obiektu" (*body-as-object*), złożonego z części składowych np.: twarz, kończyny, włosy lub postrzegać ciało w kategorii "procesu" (*body-as-process*), skupiając się na funkcjonowaniu ciała w ujęciu mniej lub bardziej sprawnie działającej całości [9]. Postrzeganie swojego ciała w powyższych kategoriach może mieć związek z kształtowaniem obrazu ciała, a także wpływać na poziom zadowolenia z posiadanej sylwetki. Wykazano, że koncepcja postrzegania ciała w kategorii "obiektu" bliższa jest kobietom, ponieważ częściej są one poddawane ocenie pod kątem atrakcyjności, natomiast mężczyźni z reguły poddają swoje ciało ocenie w kategorii "procesu" [10,11].

Subiektywne doświadczanie ciała, jako spójnej i trwałej własności, umożliwia wyodrębnienie z "Ja" osoby, tzw. Ja-cielesnego, dzięki któremu relacja "podmiot-ciało" uzupełniana jest o nową współzależność “Ja – moje doświadczenie mnie cielesnego” [12]. Koncepcja (**self schema**) rozumiejąca "Ja", jako poznawczą reprezentację wiedzy o swojej osobie, jest najczęściej stosowaną w nurcie badań psychologicznych. Zgodnie z nią pojęcie "Ja" jest strukturą ogólną, na którą składają się interpretacje własnych doświadczeń oraz informacje dotyczące własnej osoby, jakie są odbierane z otoczenia. "Ja cielesne", to percepcyjny wizerunek własnego ciała wraz ze świadomymi oraz nieświadomymi doświadczeniami cielesnymi jednostki [12,13]. System kształtowania własnego "Ja" odbywa się w ciągu całego życia, podczas którego człowiek zdobywa pozytywne i negatywne treści dotyczące własnych kompetencji, zdolności, wyglądu, uczuć oraz relacji interpersonalnych. *Self schema* składa się z trzech konstruktów: **Ja realnego**, czyli informacji dotyczących tego,

w jaki sposób aktualnie postrzegamy własną osobę, **Ja idealnego**, czyli naszych wyobrażeń o idealnym obrazie własnej osoby oraz **Ja powinnościowego -** wskazującego na to, jak powinien wyglądać nasz wizerunek [14]. Odczuwanie przez jednostkę rozbieżności pomiędzy Ja realnym a Ja idealnym, związane jest z obniżeniem zadowolenia z własnej osoby oraz przeżywaniem smutku, z kolei różnica w postrzeganiu Ja powinnościowego i Ja realnego, może wywoływać poczucie winy związane z niespełnieniem standardów kreowanych przez środowisko, bądź kryteriów wyznaczanych sobie przez jednostkę. Zatem ocena własnej osoby zależy od stopnia postrzegania rozbieżności pomiędzy powyższymi konstruktami koncepcji [15].

Koncepcja autorstwa Casha i Pruzinsky'ego wskazuje, iż wizerunek ciała związany jest z indywidualnymi doświadczeniami jednostki wobec własnego ciała w sferach: poznawczej, emocjonalnej oraz behawioralnej, a poznawczy oraz emocjonalny wymiar w obrazie ciała wpływa na podejmowanie wobec niego określonych zachowań [8,16]. Sfera poznawcza obrazu ciała odnosi się do percepcji własnego ciała, czyli przekonań oraz myśli danej jednostki wobec wyglądu zewnętrznego swojej osoby. To przede wszystkim przekonanie o własnej atrakcyjności oraz sprawności fizycznej, ale także percepcja własnego obrazu ciała, czyli ocena jego rozmiarów i poszczególnych części [16]. Wykazano, że kobiety niezależnie od wieku, częściej od mężczyzn cechuje niższy poziom satysfakcji z własnego ciała, niezadowolenie z wagi oraz przeżywanie negatywnych uczuć w związanych z doświadczaniem własnego ciała. Kobiety również mają skłonność do przeszacowywania swoich rozmiarów ciała [11]. Natomiast, w przypadku osób z nadwagą lub otyłością, sytuacja nie jest jednoznaczna. W tej grupie osób mówi się jednocześnie o przeszacowywaniu, nieoszacowywaniu lub prawidłowej ocenie rozmiarów całego ciała oraz jego poszczególnych części [17]. Wymiar emocjonalny wizerunku ciała związany jest z przeżywanymi uczuciami zadowolenia lub niezadowolenia z wyglądu części, bądź całego ciała oraz lękiem przed przytyciem. Negatywne opinie odnośnie swojego wyglądu mogą wzbudzać wstyd, poczucie winy, złość, a nawet niechęć wobec własnej osoby. W przypadku kobiet szczególnie niezadowolenie dotyczy ich dolnych partii ciała [16]. Zgodnie z badaniami *Karolczaka i wsp*., zadowolenie z własnego wyglądu, jest silnie powiązane z poziomem satysfakcji życiowej [18]. Komponent behawioralny obrazu ciała dotyczy zachowań podejmowanych przez osobę w celu modelowania sylwetki (dietę), stosowanie środków odchudzających, kosmetyki, aktywność fizyczną, a nawet poddawanie się zabiegom medycyny estetycznej [16].

Kreowanie obrazu ciała związane jest z subiektywnymi doświadczeniami jednostki, percepcją, myślami i uczuciami dotyczącymi ciała, w związku z tym jest to zjawisko

dynamiczne, mogące zmieniać się na przestrzeni całego życia [19]. Zgodnie z teorią poznawczo-behawioralną modelu rozwoju obrazu ciała, doświadczenia związane z percepcją wizerunku ciała mają charakter historyczny i rozwojowy. Do czynników historycznych zalicza się proces socjalizacji jednostki, jej indywidualne doświadczenia związane z ciałem (np. podejmowanie aktywności fizycznej, nawyki żywieniowe), charakterystykę fizyczną (cechy biologiczne, wartość wskaźnika *Body Mass Index*) oraz czynniki osobowościowe (poczucie własnej wartości) [16]. Ponadto podaje się, że na obraz ciała wpływają także czynniki interpersonalne, do których należą relacje rodzinne i z rówieśnikami oraz relacje kulturowe (wartości i normy społeczne, a także komunikaty medialne) [20]. Powyższe czynniki wpływają na kreowanie wizerunku ciała, a codzienne zdarzenia (społeczna obserwacja, moda) w interakcji z wewnętrznym odczuwaniem jednostki, myślami oraz emocjami, generują określone zachowania wobec własnego ciała [16]. Postrzeganie ciała nie ogranicza się jedynie do estetyki wyglądu zewnętrznego, ale również zależy od stanu zdrowia danej osoby, jej umiejętności społecznych oraz seksualności. Czynniki te wpływają na dynamikę zmian postrzegania obrazu ciała przez jednostki i mogą rzutować również na poziom zadowolenia z ciała. Decydujący jednak jest sposób, w jaki ciało jest doświadczane i oceniane przez samą jednostkę [21].

Obraz ciała, jak już wcześniej wspomniano, jest związany z samooceną jednostki oraz z jej zdrowiem, rozumianym jako dobrostan psychofizyczny, a także z jakością życia danej osoby [22]. W literaturze samoocena jest określana jako aktualny stan, cecha, czy też motyw, ale często zamiennie stosuje się stwierdzenie "poczucie własnej wartości", ponieważ jest to wartość emocjonalna lub poznawcza reakcja na samego siebie [21]. Dotyczy ona komponentów postrzegania własnej osoby, do których należą zdolności poznawcze jednostki, jej wygląd oraz kompetencje interpersonalne. Samoocena może również przybierać postać globalną, czyli być traktowana całościowo [13]. Na ogólną samoocenę silnie wpływa zadowolenie/niezadowolenie z wyglądu, co z kolei oddziałuje na funkcjonowanie psychiczne i społeczne jednostki [23]. Wykazano, że pozytywna globalna samoocena jest silnie skorelowana z zadowoleniem z wyglądu ciała, poczuciem szczęścia osobistego oraz większą pewnością siebie, a negatywne postrzeganie własnego ciała - z lękiem, depresją, obniżeniem ilości kontaktów społecznych, niskim poczuciu własnej wartości oraz zaburzeniami odżywiania [24]. Niska samoocena może prowadzić do autodestrukcyjnych zachowań kompensacyjnych, między innymi do restrykcyjnej diety, wykonywania wyczerpujących ćwiczeń fizycznych, stosowania używek, a nawet poddawania się procesom modyfikacji ciała, czy chirurgii plastycznej [23,25]. Podkreśla się jej ochronne znaczenie dla obrazu

siebie, a także w funkcjonowaniu społecznym oraz fakt, iż większość zdrowych osób posiada pozytywną samoocenę. Ludzie posiadają bowiem skłonność do autowaloryzacji, czyli dążenia do utrzymania samooceny na jak najwyższym, satysfakcjonującym poziomie [26]. Samoocena stała się dobrym wyznacznikiem poczucia szczęścia oraz wyznacznikiem zdrowia psychicznego [27]. Badanie *Stroke* wykazało, że obraz własnego ciała, ze szczególnym uwzględnieniem aspektu atrakcyjności seksualnej, kondycji fizycznej oraz akceptacji wagi, stał się u kobiet głównym wyznacznikiem ogólnie pojętego szczęścia w życiu [28].

Interpretacja cielesności pod względem zjawisk społeczno-kulturowych wskazuje na uprzedmiotowienie ciała we współczesnej cywilizacji, ponieważ wygląd stał się wyznacznikiem powodzenia wśród innych ludzi, a w epoce postnowoczesności (szczególnie w przypadku kobiet) tożsamość oceniana jest w aspekcie cielesności [11].

Wizerunek ciała a zdrowie kobiet w okresie prokreacyjnym

Problematyka zdrowia i zachowań z nim związanych od wielu lat stanowi przedmiot badań oraz rozważań teoretycznych znajdujących się w kompetencjach różnych dziedzin naukowych. W związku z tym, powstało wiele koncepcji definiowania oraz klasyfikowania zachowań zdrowotnych, specyficznych dla danej dyscypliny naukowej [29]. Gochman podkreśla znaczenie mechanizmów psychologicznych w kształtowaniu zachowań zdrowotnych. Wskazuje, że zachowania te warunkowane są poprzez przekonania, oczekiwania, myślenie i emocjonalny stosunek jednostki do swojej osoby, a także poprzez naśladowanie wzorców zachowań na rzecz utrzymania, umacniania oraz przywracania zdrowia [29]. Zachowania zdrowotne mogą wynikać z nawyków nabywanych w procesie socjalizacji, mogą również posiadać charakter reaktywny, czyli stanowić odpowiedź na modę oraz wymagania kreowane przez społeczeństwo, a także mogą być warunkowane poprzez czynności intencjonalne, które wynikają z wiedzy oraz świadomości zdrowotnej [30]. Biorąc pod uwagę czynniki osobowościowe istotnie wpływające na podejmowanie zachowań w zakresie zdrowia, niejednokrotnie autorzy koncentrują się na zachowaniach niekorzystnych/ryzykownych dla zdrowia, określanych jako antyzdrowotne, np. stosowanie używek, czy restrykcyjnych diet. Do cech osobowościowych sprzyjających rozwojowi zachowań antyzdrowotnych należą: niedojrzałość emocjonalna, nadmierna zależność od innych, niska odporność na stres, trudności w wyrażaniu uczuć, poczucie izolacji, wysoki poziom niepokoju oraz **niska samoocena** [29,31].

Panujące powszechnie standardy atrakcyjności, kreowane szczególnie przez massmedia, istotnie wpływają u młodych ludzi na poziom wymagań w stosunku do własnego ciała [32]. Kobiety, które postrzegają własne ciało, jako znacznie odbiegające od prezentowanego ideału, częściej odczuwają lęk/niepokój w związany z nim, a także wykazują skłonność do nieprawidłowych zachowań zdrowotnych. Sposób postrzegania własnej sylwetki odgrywa również istotną rolę w zachowaniu równowagi psychicznej [33]. Niska samoocena, która związana jest między innymi, z niezadowoleniem z własnego ciała, może doprowadzić do zachowań patologicznych, szczególnie w zakresie żywienia. Negatywne stany emocjonalne, związane z powyższym, skłaniają młodych ludzi do stosowania restrykcyjnych diet, kontroli ilości oraz rodzaju spożywanych pokarmów w celu utrzymania, jak najniższej masy ciała [32,34]. Osiągnięcie niższej masy ciała, które niejednokrotnie stanowi tylko częściowe osiągnięcie celu oraz często spotykany "efekt jojo" po nieprawidłowym odchudzaniu i ponowny wzrost wagi, mogą doprowadzić do obniżenia samooceny, a nawet depresji [34]. Wyniki badań prowadzonych w zakresie postrzegania ciała ukazują, że kobiety mają tendencję do przeszacowywania rozmiarów swojego ciała i szczególnie dotyczy to dolnych partii ciała, tj. talii, bioder oraz ud, ocenianych jako szersze, niż są w rzeczywistości [16]. Kobiety o niższej masie ciała, częściej w stosunku do kobiet o wyższej masie ciała, mają tendencję do przeszacowywania jego rozmiaru. Przy czym najsilniejsze deformacje w postrzeganiu własnego ciała wykazują osoby z zaburzeniami odżywiania [32].

Interesującym zaburzeniem psycho-somatycznym powiązanym ściśle z postrzeganiem własnego ciała, jest **dysmorfofobia** (*Body Dysmorphic Disorder,* BDD) [35]. BDD związane jest z zaburzeniem obrazu ciała w aspektach: percepcyjnym oraz afektywnym. Osoby z tym schorzeniem nie są w stanie prawidłowo ocenić wymiarów oraz kształtu ciała, a to z kolei stanowi źródło przeżywania przykrych uczuć. Są silnie skoncentrowane na wyolbrzymionym/wyimaginowanym defekcie ciała, przez co wycofują się z codziennych obszarów funkcjonowania społecznego [35,36]. Pacjenci z BDD poświęcają wiele czasu na zajmowanie się defektem ciała, a to z kolei ma na celu obniżenie poziomu odczuwania swojego lęku lub potwierdzenie istnienia mankamentu. Osoby z tym schorzeniem cechuje nadmierny perfekcjonizm oraz samokrytycyzm, skłonność do wycofania oraz niskie poczucie bezpieczeństwa [36]. Ponadto u pacjentów, w obrazie klinicznym, stwierdza się wyimaginowaną chorobę somatyczną, a także nadinterpretację, jako niepokojących, naturalnych sygnałów czynnościowych ciała [35]. U osób z BDD wskazuje się również na współwystępowanie innych zaburzeń psychicznych, do których należą depresja,

zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (obsessive-compulsive disorder, OCD) oraz zaburzenia odżywiania [37,38]. Analizując cechy kliniczne BDD pod kątem płci, wskazuje się, że kobiety są bardziej zaabsorbowane wagą (nadwaga), biustem, biodrami, nogami, nadmiernym owłosieniem ciała, włosami. Z kolei mężczyźni wydają się być bardziej skoncentrowani na budowie ciała, szczególnie masie mięśniowej oraz owłosieniu ciała. U kobiet częściej występują zaburzenia odżywiania, natomiast mężczyźni bardziej skłonni są do stosowania suplementów [35]. Wśród czynników etiologicznych dysmorfofobii, wymienia się: uwarunkowania genetyczne, neurofizjologiczne (np. nieprawidłowy poziom serotoniny), czynniki osobowościowe (np. niska samoocena), społeczno-kulturowe (silna internalizacja kreowanych ideałów wyglądu w społeczeństwie) [35]. Ponadto, wskazuje się, że wystąpienie tego rodzaju zaburzenia związane jest również z wydarzeniami życiowymi, do których należą: urazy fizyczne/seksualne oraz stres społeczny (szczególnie w okresie dojrzewania). Jednocześnie zwraca się uwagę na silny wpływ mediów, który podkreśla znaczenie urody, co z kolei może prowadzić do zaburzeń w obrazie ciała, podobnie jak do zaburzeń odżywiania [35,37]. BDD w przeciwieństwie do zaburzeń odżywiania, które częściej występują u kobiet, dotyka jednakowo kobiety i mężczyzn, jednakże mężczyźni rzadziej szukają pomocy z tytułu tego schorzenia [37].

Faktem jest, że nadmierna masa ciała niesie za sobą szereg negatywnych konsekwencji zdrowotnych, w związku z tym powinno popularyzować się zdrowy styl odżywiania oraz aktywności fizycznej. Jednakże, szczupła sylwetka nie powinna być traktowana, jako wyznacznik niezwiązanych ze zdrowiem cech świadczących o wartości człowieka. Oczekiwania społeczne odzwierciedlają lansowane ideały w kulturze massmediów, kobiety od najmłodszych lat są uczone, że powinny posiadać zgrabną sylwetkę ciała. W związku z tym otyłość jest traktowana, jako odbiegająca od przyjętego społecznie ideału, niewpisująca się w standardy piękna i zdrowia. Zbyt duża koncentracja na wyglądzie fizycznym, bezkrytyczna internalizacja lansowanego ideału bardzo szczupłej kobiety, powodują, że oprócz nadwagi i otyłości, co raz większym problemem w grupie młodych kobiet stają się zaburzenia odżywiania. Są one bezpośrednio związane z niezadowoleniem z własnego ciała oraz niską samooceną [7,39].

Najbardziej znanymi zaburzeniami odżywiania, u podłoża, których leżą niewłaściwa percepcja rozmiaru oraz kształtu ciała są **anoreksja i bulimia** [39]. Podstawowym przejawem anoreksji jest ograniczenie spożywania posiłków do minimum w celu zmniejszenia masy ciała. Wiele osób z anoreksją stosuje nadmierną aktywność fizyczną, wymioty, łącznie z niewłaściwym stosowaniem środków przeczyszczających, leków moczopędnych i "leków

odchudzających". Pacjenci przeprowadzają tzw. "bodychecking", tj. częste patrzenie w lustro i inne obsesyjne zachowania, które upewniają ich o szczupłości ciała [40]. Natomiast bulimia obejmuje nawracające epizody objadania się, a następnie działania mające na celu pozbycie się skonsumowanych kalorii, poprzez intensywne ćwiczenia fizyczne, a także samo indukowane wymioty i/lub stosowanie środków przeczyszczających [41]. W przypadku anoreksji niewłaściwa ocena wynika z percepcyjnej pomyłki, ponieważ chora przywołuje w pamięci obraz swojego ciała sprzed odchudzania oraz na nim opiera aktualną ocenę. Ponadto dochodzi do zniekształceń w obrazie "Ja" wynikających z myśli i emocji na temat swojego wyglądu. U chorych na bulimię, negatywna ocena ciała wywołuje zachowania kompensacyjne - osoby te, w wyższym stopniu zinternalizują ideał szczupłej sylwetki, przez co nadmiernie koncentrują się na wyglądzie, co również wpływa na przeszacowanie rozmiaru swojego ciała [7]. W rozwoju choroby podkreśla się niezadowolenie z wyglądu, lęk przed przyrostem masy ciała, tendencję do przeszacowywania jego rozmiarów oraz dążenie do uzyskania jak najszczuplejszej sylwetki ciała. Ponadto wykazano, że pacjentki z zaburzeniami odżywiania mają niskie poczucie własnej wartości, trudno radzą sobie z emocjami, mają problemy tożsamościowe, czują wysoką potrzebę akceptacji społecznej oraz stawiają sobie wysokie cele intelektualne [42]. Zarówno u kobiet z anoreksją, jak i bulimią występuje zależność pomiędzy nieprawidłową oceną własnego ciała, a rozbieżnością w ocenie realnej i idealnej (pożądanej społecznie) sylwetki ciała, a także Ja realnego (ocena aktualna ciała) oraz Ja powinnościowego (przekonanie o tym, jak powinno się wyglądać) [39]. Kobiety z anoreksją lub bulimią w porównaniu do kobiet zdrowych, w większym stopniu negatywnie oceniają wymiary oraz wygląd swojego ciała, a także wykazują z nim mniejszą zażyłość, a nawet odczuwają wobec niego pogardę [7].

Doniesienia w literaturze psychologicznej dotyczące zależności pomiędzy emocjami, a zachowaniami żywieniowymi wskazują, że stany emocjonalne mogą być zarówno przyczyną spożywania, jak i niespożywania pokarmów [43]. Negatywne uczucia, związane również z samooceną mogą nasilać apetyt, mamy tu do czynienia ze zjawiskiem "nakarmienia uczuć", lub tzw. "zajadania stresu". Badania *Macht* wskazały, że wzrost apetytu pod wpływem negatywnych emocji wystąpił średnio u 30% badanych, przy czym u prawie połowy osób zaobserwowano obniżenie zainteresowania jedzeniem [44].

Stosunkowo niedawno, naukowcy do zaburzeń odżywiania zaliczyli **napadowe objadanie się** (*Binge Eating Disorder* - BED) [45]. U osób z BED występują nawracające epizody objadania się podczas, których w określonym przedziale czasowym, konsumowane są duże ilości jedzenia. Jednocześnie osoba doświadcza utraty kontroli nad ilością i jakością

spożywanej żywności oraz zdolnością do zatrzymania objadania się [46]. W porównaniu do bulimii, osoby z tym zaburzeniem nie prowokują wymiotów, nie stosują środków przeczyszczających lub nadmiernych ćwiczeń fizycznych, aby zrekompensować spożycie kalorii. BED to również uczucie niepokoju związane z przyjmowaniem pokarmów [45]. Podobnie, jak w przypadku innych zaburzeń odżywiania, istnieją fizyczne i psychologiczne implikacje dla rozwoju BED [41]. W etiologii BED wymienia się zewnętrzne i wewnętrzne stresory, do których należą konflikty interpersonalne, impulsywność, niskie poczucie własnej wartości oraz nadmierne skupienie się na sylwetce ciała, a także ekspozycję na jedzenie. Negatywna samoocena oraz nieśmiałość również zwiększają ryzyko wystąpienia BED, jak również otyłość występująca w dzieciństwie, krytyczne komentarze rodziny dotyczące kształtu, wagi ciała [45,47]. Dostępne szacunki wskazują, że w grupie kobiet zjawisko napadowego objadania się występuje 1,5-krotnie częściej, w porównaniu do mężczyzn. W związku z tym nierównowaga płci dotycząca rozpowszechnienia BED jest mniej wyraźna niż w innych zaburzeniach odżywiania [47].

Na szczególną uwagę zasługuje zaburzenie odżywiania, co raz częściej występujące wśród kobiet ciężarnych, zwane **pregoreksją** [48]. Pojęcie to zostało po praz pierwszy użyte w roku 2008 w czasopismach *The Early Show* oraz *Fox News.* Definiuje ono zaburzenia żywieniowe występujące u kobiet ciężarnych, które nadmiernie zmniejszały spożywanie posiłków, liczbę kalorii w diecie oraz uprawiały intensywne ćwiczenia fizyczne. Pojęcie „pregoreksji" dotyczy kobiet w ciąży, które boją się, że przytyją w jej czasie i w związku z tym dbanie o idealną figurę przedkładają nad zdrowy rozwój dziecka, nie licząc się wcale z tragicznymi konsekwencjami powyższego. Pierwsze przypadki anoreksji w ciąży wystąpiły w Stanach Zjednoczonych oraz w Wielkiej Brytanii [48,49]. Pregoreksja może wystąpić u każdej kobiety, która zajdzie w ciążę, jednakże szczególnie narażone są na nią ciężarne, u których zaburzenia odżywiania wystąpiły już przed ciążą [50]. Zachowania typowe dla pregoreksji są identyczne, jak dla jadłowstrętu psychicznego, obejmując wprowadzenie restrykcyjnej diety oraz intensywnych ćwiczeń fizycznych, w celu utrzymania niskiej masy ciała [51]. Należy zwrócić uwagę na fakt, iż kobiety w wieku prokreacyjnym kształtują zarówno swoje zdrowie, jak również przyszłego pokolenia. Zaburzenia odżywiania występujące u kobiet przed ciążą oraz w trakcie jej trwania stanowią czynniki ryzyka pogorszenia stanu zdrowia matki i dziecka. Paradoksalnie stwierdzono, że niedożywienie człowieka w okresie płodowym zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia otyłości oraz zaburzeń metabolicznych w wieku dorosłym [39].

Wygląd zewnętrzny odgrywa istotną rolę w większości społeczeństw zachodnich, w związku z czym niezadowolenie z wyglądu ciała, postrzeganie go jako dalece odbiegającego od kreowanych ideałów, zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet, może doprowadzić do **depresji** [52]. Badanie wpływu samooceny na funkcjonowanie emocjonalne ludzi wykazało, że osoby z wysoką samooceną globalną częściej przeżywają pozytywne emocje oraz mają niższą tendencję do przeżywania negatywnych stanów emocjonalnych. Osoby te charakteryzuje wyższe subiektywne poczucie szczęścia oraz wyższa satysfakcja z życia [53]. Rosenberg w 1965 roku przeprowadził pierwsze w historii badania dotyczące związku samooceny z depresją i dowiódł, że osoby z niską samooceną miały większą skłonność do zachowań depresyjnych, częściej odczuwały smutek, nieszczęście oraz rozczarowanie [54]. Najważniejsze modele wyjaśniające relacje między niską samooceną, a depresją to *model podatności na zranienie* i *model blizny* [55].

Model podatności na zagrożenia, został stworzony przez Beck'a (1967) i stwierdza on, że niskie poczucie własnej wartości oraz negatywne przekonanie o sobie działają, jako czynnik ryzyka rozwoju depresji, a nie są tylko symptomem depresji. W modelu tym niska samoocena jest konceptualizowana, jako czynnik osobowościowy predysponujący do doświadczenia depresji [55,56].

Model blizn (Gallo, Klinkman, i Calarco, 1998), w przeciwieństwie do modelu podatności sugeruje, że niskie poczucie własnej wartości jest konsekwencją, a nie przyczyną depresji. W tym modelu, doświadczenia depresji mogą pozostawić "blizny" w indywidualnym pojęciu jednostki, które stopniowo obniżają poczucie własnej wartości [57]. Nie należy również wykluczać współzależności modelu podatności na zagrożenia oraz modelu blizn, ponieważ oba procesy mogą działać wzajemnie/jednocześnie [56].

Wizerunek ciała odgrywa istotną rolę na różnych stadiach rozwojowych u kobiet. Nadmierne zainteresowanie wyglądem ciała oraz podejmowanie działań redukujących masę ciała, czy też bardzo częste kontrolowanie jej poprzez dietę, stosowanie środków/diet przeczyszczających, zwiększają poczucie lęku przed otyłością, a to w konsekwencji może skutkować rozwojem negatywnych zachowań zdrowotnych [16]. Zniekształcony obraz ciała oraz niska samoocena w interakcji z czynnikami intrapsychicznymi, osobowościowymi oraz społeczno-kulturowymi może prowadzić do poważnych w skutkach chorób, szczególnie zaburzeń odżywiania i depresji [58].

ŚRODKI MASOWEGO PRZEKAZU I ICH ROLA w KSZTAŁTOWANIU WIZERUNKU CIAŁA

W XXI wieku mass media stanowią nieodzowny element życia codziennego człowieka, a ich rola ewidentnie wykroczyła poza ramy funkcji informacyjnej oraz rozrywkowej. Środki masowego przekazu mają ogromny wpływ na przekonania, zachowania, jak również styl życia odbiorców. Powszechność telewizji i Internetu w codziennym życiu ludzi, zwłaszcza osób młodych, przyczynia się, na rzecz obecności w świecie wirtualnym, do obniżenia aktywności oraz doświadczania świata realnego. Powoduje to, iż bezpośrednie relacje międzyludzkie ulegają zawężeniu, przez co siła przekazu medialnego oraz jego rola w kształtowaniu wzorców osobowościowych staje się co raz większa [59,60]. *Fatyga* i *wsp*., kształtowanie tożsamości za sprawą mass mediów, określają jednym zdaniem - "*istnieję, jeśli inni się o mnie dowiedzą (istnieję, jeśli upodobnię się do medialnego wzorca*)". W tej sytuacji niewątpliwie wzrasta stopień uzależnienia od mediów, a tradycyjne sposoby nabywania tożsamości przesuwają się na dalszy plan i ulegają destrukcji [60].

W obecnych czasach, tożsamość, poczucie własnej wartości oraz obraz samego siebie, podlega dynamicznym i nieprzewidywalnym zmianom. Dotyczy również nawyków konsumpcyjnych, wzorów interakcji społecznych, a także wyboru stylu życia. Stanowią one jakby imitację obrazów kreowanych przez media i popularną kulturę, pozbawioną stałych ram, pełnych sprzeczności i nieadekwatności [61]. Zgodnie z badaniami prowadzonymi w dziedzinie psychologii społecznej, na proces kształtowania obrazu ciała istotnie wpływają czynniki społeczno-kulturowe. Czynniki kulturowe prezentują normy będące wyznacznikiem standardów atrakcyjności, a także określające cenione społecznie cechy fizyczne, a także konsekwencje wiążące się z posiadaniem lub brakiem tych cech. Media rozpowszechniają te informacje oraz umacniają je w społeczeństwie [62].

Podstawę współczesnego "ja" człowieka stanowi jego ciało, które pokazuje kim jest dana osoba, czym się zajmuje i jakie wartości wyznaje. Autokreacja wykroczyła już poza strój, makijaż, dietę czy obieraną formę aktywności fizycznej [63]. Featherstone trafnie wskazał, że *„w kulturze konsumpcyjnej wymaga się od jednostek odgrywania określonych ról i świadomej kontroli nad własnym występem. Wygląd, gesty i cielesną postawę traktuje się jako ekspresję ja, toteż niedoskonałości ciała i brak dbałości o nie mają swoją przykrą cenę w relacjach codziennych*” [64].

Shilling uważa, że „*Zachód ma tendencję do tego, aby postrzegać ciało jako byt będący cały czas w procesie stawania się – projekt nad którym powinno się pracować i który powinno się zrealizować jako część jednostkowej tożsamości*" [65].

Postrzeganie szczupłej sylwetki, jako idealnej zostało wykreowane przez powojenne społeczeństwo Stanów Zjednoczonych [66]. U podłoża idei szczupłego ciała, leżało przekonanie o nadmiernej otyłości społeczeństwa amerykańskiego, jego nieprawidłowych nawykach żywieniowych oraz niezdrowym trybie życia, co negatywnie wpływało na ciało, a także osobowość danej osoby. Uznano, że sposoby redukowania nadwagi i otyłości są powszechnie dostępne, stąd walka o idealną sylwetkę była postrzegana, jako synonim silnej osobowości człowieka. Propagowanie przez media szczupłego wizerunku ciała miało za zadanie zmotywować Amerykanów do podjęcia walki z problemem nadmiernej masy ciała [62].

W krajach Europy Środkowej i Wschodniej ideał szczupłej sylwetki był popularyzowany dopiero po 1989 roku. [66]. Aktualnie media prezentują silną korelację pomiędzy wyglądem zewnętrznym a odnoszeniem sukcesów życiowych, wywierając nacisk poprzez częste prezentowanie szczupłych sylwetek kobiecego ciała na billboardach, w reklamach, gazetach, wyznaczając i decydując o standardach atrakcyjności kobiecego ciała. Kobiety, poprzez mechanizm internalizacji, przyswajają i podporządkowują się społeczno-kulturowym standardom. Telewizja, radio oraz prasa propagują twierdzenie, że sukces w pracy oraz szczęśliwe życie jest ściśle związane z posiadaniem szczupłej sylwetki ciała. Posiadanie zadbanego ciała jest również gwarancją lepszego samopoczucia, wzrostu atrakcyjności oraz akceptacji innych [62,66]. Postrzeganie ciała zadbanego, zgodnego z prezentowanym w mediach ideałem, jako źródła sukcesów w życiu, wywołuje niejednokrotnie u kobiet poczucie nieadekwatności ich wyglądu do lansowanego w mass mediach [63]. Nie można jednak zapominać, iż prezentowane sylwetki podlegają ulepszaniu za pomocą zaawansowanych technik, począwszy od profesjonalnych makijaży, skończywszy na cyfrowej obróbce obrazu. W związku z tym, osiągnięcie przez przeciętną kobietę takiego wizerunku jest praktycznie nierealne [67]. Kobiety oglądając taki medialny ideał piękności, często mu zaprzeczają, mając przekonanie o przesadnej szczupłości sylwetek modelek. W związku z tym można wnioskować, że posiadają świadomość nierealności piękna prezentowanych postaci, jednakże wbrew tej świadomości wiele z nich podejmuje desperackie próby zmiany własnej sylwetki i osiągnięcia lansowanego medialnie wyglądu [62].

W literaturze przedmiotu podkreśla się, iż reklama, w dobie kultury konsumpcyjnej, stała się symbolem społeczeństwa odzwierciedlającym potrzeby społeczne, ukazującym status ekonomiczny, prezentującym filozofie i aspiracje życiowe, wskazującym również cele, do których należy dążyć, a także dającym możliwość identyfikacji z grupami, czy rolami społecznymi [68].

Amerykańskie Stowarzyszenie Marketingu, które podaje, iż reklama to „*wszelka płatna forma nieosobowego przedstawiania i popierania dóbr i usług oraz idei przez określonego nadawcę"* [69].Obejmuje ona wszystkie istniejące formy przekazu, które są podawane do informacji publicznej i pełnią funkcję informacyjną, perswazyjną i przypominającą.

Reklama, będąc źródłem informacji rynkowej, określa związek pomiędzy jej funkcjami a etapami podejmowania decyzji i jej działanie składa się z wielu etapów (tzw. model hierarchii efektów)*"*[69].

Tabela 1. Teoria hierarchii efektów reklamy [70,71].

Główny cel reklamy	Dostarczanie informacji i faktów	Zmiana postaw i uczuć	Stymulowanie/kierowanie pragnieniami
Etapy oddziaływania reklamy	Poznawczy	Emocjonalny	Behawioralny
Szczegółowe etapy	Świadomość Wiedza	Preferowanie Upodobanie	Przekonanie Zakup
Proponowane środki przekazu	Oryginalność Slogany Muzyka	Tworzenie wizerunku Porównanie Odwołanie do stylu życia	Rekomendacje Reklamowanie w punkcie sprzedaży Odwołanie do ceny

Podstawowe funkcje reklamy	**Podstawowe etapy podejmowania decyzji**
Informowanie	Rozpoznanie potrzeby Poszukiwanie informacji
Perswazja	Ocena alternatyw Decyzja o skorzystaniu z oferty reklamy Rezygnacja
Przypominanie/Wspomaganie	Uczucia poreklamowe

***Źródło**: opracowanie własne na podstawie Kozłowska A. Reklama, Socjotechnika oddziaływania, Wyd. Szkoła Główna Handlowa, Warszawa, 2006 oraz Gajewski S. Zachowanie się konsumenta, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź, 2004.*

Uważa się, że techniki stosowane na co dzień w reklamach nie są uczciwe, a najczęściej stosuje się takie, które wpływają na system podświadomości człowieka [69].

Reklama musi bowiem trafiać do określonej grupy docelowej, przedstawiać łatwe do akceptacji i najbardziej zrozumiałe sposoby, dające możliwość identyfikowania określonych grup i ról społecznych, jakie funkcjonują w świadomości społecznej. Jednocześnie pokazują bohaterów reklam w określonym, specyficznym kontekście społecznym, a reklama w wyniku tego uczestniczy w procesie utrwalania pewnych schematów myślowych o konkretnych grupach [72].

CBOS objął badaniem reprezentatywną próbę losową 989 dorosłych mieszkańców Polski, w których wykazano, że 86% Polaków nie lubi reklam, 48% czuje się przymuszana do oglądania lub wysłuchiwania reklam, mimo że za nimi nie przepada. 80% twierdziło, że reklamy ich nudzą, a 73% odczuwa zniechęcenie podczas ich oglądania. Jedynie 5% dorosłych Polaków oglądając telewizję traktuje reklamy tak jak inne programy, a 9% często zwraca uwagę na reklamy w sieci [73].

W literaturze wyróżnia się dwa główne style reklam: klasyczny – odwołanie do tradycji i nowoczesny – odwołanie do mody, nowoczesności [74]. W opinii Korczyc reklamy z reguły kreują ”iluzję szczęśliwości” i stają się swoistym światem kłamstw, ponieważ różnią się diametralnie od rzeczywistości, opierając się na grze znaczeń. Powyższe ma mobilizować odbiorcę i jak najbardziej zainteresować go przedmiotem promocji. Najliczniejszą grupą docelową reklam są kobiety, dlatego celowo przedstawia się w nich bogate gwiazdy, które „*gdziekolwiek się nie pojawią, kuszą i zwracają uwagę, zachwycają*” [74].

Obraz kobiety w reklamie jest przedstawiany w formie tzw. *"podwójnie wiązanych komunikatów"* [62]. Z jednej strony prezentowane są komunikaty popierające oraz wzmacniające niezależność kobiet, ich aspiracje oraz ambicje zawodowe, kreując medialnie obraz kobiety sukcesu, wykształconej, niezależnej, a nawet pełniącej często role tradycyjnie przypisane mężczyznom. Z drugiej zaś strony w mediach ukazują się komunikaty o idealnej urodzie i sylwetce kobiecego ciała, narzucając pewien wzorzec zachowań - dietę, ćwiczenia fizyczne, używanie odpowiednich kosmetyków. Jednocześnie obserwuje się niezwykły wzrost seksualizacji obrazu kobiety w reklamach [62,75]. W opinii Wolf media prezentują *"mit piękności",* narzucając im konkretne wzory wyglądu, ubioru czy zachowań, przez co kobiety stają się konsumentkami "idealnych" wizerunków prezentowanych przez mass media [76].

Ciało oraz wygląd zewnętrzny pełnią kluczową rolę w reklamach będących głównym nośnikiem informacji w świecie mass mediów i zgodnie z tym każde działanie kobiety powinno być skoncentrowane na jak najdłuższym utrzymaniu młodego wyglądu,

nieskazitelnej cery oraz nienagannej sylwetki. To media uświadamiają kobiety o ich niedoskonałościach, których w świecie rzeczywistym być może same nie dostrzegają [67]. W efekcie, kobiety pozyskujące informacje z komunikatów medialnych, poddawane są tzw. *"terrorowi piękna"* [62]. Nie można także zapominać, iż komunikaty te są pełne sprzeczności, ponieważ w tym samym czasie prezentowane są zarówno diety odchudzające, środki przyspieszające efekty tych diet, jak i opatrzone kolorowymi zdjęciami przepisy kulinarne, oferty restauracji. W wyniku powyższego kobiety są bombardowane sprzecznymi komunikatami pomiędzy “nie jedz” (zalecenia o panowaniu nad głodem, kontrolą nad własnym ciałem) i "jedz" (zachęcanie są do nowych kulinarnych doświadczeń oraz nieograniczonej konsumpcji) [62]. Rola reklamy nie ogranicza się więc już tylko do zachęcania kobiet do zakupu określonego towaru, ale prezentuje również sposób życia. Pamiętać należy, że to nie wartość użytkowa produktów jest ważna, ale wykreowany świat fikcyjny wokół niego, który staje się obiektem pragnienia odbiorców reklam [59].

Media mogą u kobiet wywołać swoistą przepaść w postrzeganiu ideału ciała a ciała własnego, co może skutkować niskim poczuciem własnej wartości, niepokojem o wygląd oraz masę ciała. Kobieta z reklamy jest bowiem pod każdym względem perfekcyjna i świetnie radzi sobie w rozmaitych sytuacjach. Potwierdziły to powyższe badania *Romanowskiej-Tołłoczko i wsp.*, którymi objęła grupę 256 dziewcząt w wieku 16–18 lat. Okazało się, że w opinii badanych kreowanym często w reklamie wizerunkiem jest kobieta sukcesu (wyzwolona, nowoczesna). Ponad 3/4 dziewcząt uznało, że w reklamach przede wszystkim pokazywana jest twarz kobiety, następnie włosy i biust, zaś co dziesiąta nastolatka - że są to pośladki i nogi oraz brzuch. 58% dziewcząt uważało, że kreowany w reklamach wizerunek kobiety wywiera znaczący wpływ na wygląd współczesnych kobiet, a 77% przyznało, że silnie oddziałuje on na ich postrzeganie koleżanek i generalnie innych kobiet. Dla 2/3 osób modelki z reklam stanowiły czasami wzór współczesnego piękna, 65% porównywało się z kobietami prezentowanymi w mediach, dla 51% wizerunek medialny miał znaczenie dla ich samooceny, a 47% czasami, wzorując się na obserwowanych w reklamach kobietach, podejmowało decyzje związane ze zmianą swojego wyglądu [59].

Inne obserwacje poczynili *Ferguson i wsp*., którzy porównywali wpływ rówieśników i mediów na poziom niezadowolenia dziewcząt z ciała, satysfakcję z życia i pojawienie się objawów zaburzeń jedzenia. W badaniu wzięło udział 237 dziewcząt z Hiszpanii, w wieku od 10 do 17 lat. Okazało się, że ani promowanie w mediach szczupłych ideałów, ani częste używanie mediów społecznych nie powodowały tak dużego braku satysfakcji ze swojego

ciała, jak tzw. „konkurencja rówieśnicza” (konkurowanie ze sobą, porównywanie się przez młodzież). Autorzy sugerują, iż tylko ona, a nie wpływ telewizji i częstość używania mediów społecznych, pozwala przewidzieć negatywne skutki dla postrzegania wizerunku własnego ciała. Pamiętać jednak należy, że miejscem takiej konkurencji, jest nie tylko świat realny, ale także media i portale społecznościowe [77].

Według Müllera, ciało odbiegające od prezentowanego ideału może stać się obiektem niesmaku, a w skrajnych przypadkach nawet prowadzić do dysmorfofobii, czyli zaburzenia psychicznego charakteryzującego się występowaniem permanentnego lęku związanego z przekonaniem o nieestetycznym wyglądzie ciała [78]. Wyobrażenia, kształtowane przez media o tym, jaka sylwetka jest aktualnie pożądana, czy też w jaki sposób powinniśmy traktować ciało, mogą także prowadzić do obsesyjnego zainteresowania się tematyką ciała, w szczególności drogą do jego poprawy. Wprawdzie środki masowego przekazu nie mogą samoistnie wywołać zaburzeń w postrzeganiu ciała, jednakże interakcja przekazów medialnych w połączeniu z innymi czynnikami tj. wpływ otoczenia społecznego, rodzinnego, czy wskaźnika *Body Mass Index* mogą wywołać zniekształcenia obrazu własnej osoby, a w późniejszym czasie przyczynić się do zaburzeń odżywiania się [62,63]. Przykładami poważnych zaburzeń wywołanych dążeniem do osiągnięcia skrajnie wyidealizowanych obrazów samej siebie jest bulimia, ortoreksja, anoreksja (pregorejska - anoreksja kobiet ciężarnych) czy bigoreksja [66].

Mass media prezentując zdjęcia wysportowanych gwiazd, które często pomimo zaawansowanej ciąży mają ledwie widoczny brzuch powodują, iż co raz więcej kobiet odbierając takie komunikaty, ślepo w nie wierząc, pragnie naśladować sławne postaci, nie zważając na skutki zdrowotne. Najważniejsze bowiem staje się staje dla nich to, aby w nie przybrać za dużo masy ciała w ciąży, a po porodzie wrócić, jak najszybciej do figury sprzed ciąży [66,79]. Australijska badaczka *Nash*, prowadziła badania w ramach realizacji projektu dotyczącego "*Baby Bump*", sprawdzając, jak rosnąca fascynacja ciążą sławnych osób wpływa na „niesławne” kobiety w ciąży. Badaczka udowodniła, że osoby regularnie czytające tabloidy, częściej opisują siebie jako grubych, w porównaniu do osób niezainteresowanych światem celebrytów. Ponadto wykazała, że kobiety, które są zainteresowane sławnymi osobami, istotnie częściej odczuwały presję, aby stracić wagę po porodzie [80].

W ostatnim czasie w mediach można zauważyć prezentowanie bardziej realnego wizerunku kobiety, ponieważ działania organizacji feministycznych oraz sławnych kobiet doprowadziły do przełamania monopolu wyidealizowanych sylwetek na rzecz naturalnego

i rzeczywistego obrazu kobiety [67,78]. Światowe koncerny kosmetyczne oraz producenci bielizny stworzyli kampanie promocyjne, w których prezentowane są wizerunki kobiet odbiegające od dotychczas promowanych ideałów sylwetki. Powyższe sprawiało wrażenie, jakby występujące w nich osoby były dobierane przypadkowo, a motywem przewodnim były hasła promujące naturalne piękno. Niestety reklamy prezentujące perfekcyjne i nierealne wizerunki doprowadziły do tego, że konsumenci co raz częściej opierają się na poleceniach osób znajomych, czy bliskich [67].

ZACHOWANIA ZDROWOTNE KOBIET, ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM OKRESU CIĄŻY

Znaczenie żywienia w okresie prokreacyjnym

Odżywianie i stan odżywienia kobiet w okresie prokreacyjnym są bezspornie istotnymi czynnikami środowiska zewnętrznego mającymi wpływ na przebieg ciąży oraz porodu [81]. Ciąża oraz okres karmienia piersią wiążą się ze wzmożonym zapotrzebowaniem na różne składniki odżywcze, a odpowiednia proporcja w podaży składników energetycznych, budulcowych oraz witamin i mikroelementów warunkuje zachowanie prawidłowych funkcji organizmu kobiety i rozwijającego się dziecka. Brak równowagi w podaży poszczególnych składników odżywczych (zarówno nadmiar, jak i niedobór) może obniżać szanse na zajście w ciążę, jej prawidłowy dalszy rozwój, a także mogą niekorzystnie rzutować na rozwój karmionego piersią dziecka [82,83].

Pełne pokrycie zapotrzebowania na energię w ciąży jest jednym z czynników warunkujących prawidłowy rozwój wewnątrzmaciczny płodu. W okresie ciąży, ze względu na intensyfikację procesów syntetyzowania białek budujących nowe tkanki, zwiększeniu ulega podstawowa przemiana materii [83,85]. W I trymestrze ciąży dodatkowy wydatek energetycznych wynosi ok. 150 kcal/ dobę, a zgodnie z rekomendacjami Światowej Organizacji Zdrowia wydatek energetyczny w II i III trymestrze ciąży wzrasta ok. 300 kcal na dobę. Aktualne polskie normy opracowane przez Instytut Żywności i Żywienia wskazują, że dodatkowa wartość energetyczna diety kobiety ciężarnej w II trymestrze ciąży powinna wynosić 360 kcal/dobę, natomiast w III trymestrze 475 kcal/dobę [86]. Ogólne zapotrzebowanie energetyczne w czasie ciąży mieści się granicach 2.200-2.500 kcal. Pamiętać jednak należy, że przy określaniu potrzeb energetycznych powinno uwzględnić się wiek, przedciążową masę ciała, wysiłek fizyczny i rodzaj wykonywanej pracy kobiety ciężarnej [83,86].

W związku z dynamiką zmian zachodzących w organizmie kobiety ciężarnej, niezwykle istotne jest monitorowanie jej masy ciała przed zajęciem w ciążę oraz w trakcie jej trwania. W ocenie masy ciała stosuje się powszechnie znany wskaźnik *Body Mass Index* (BMI) [87].

Zgodnie z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego (PTG) kobiety z prawidłową masą ciała (BMI 18,5-24,9) powinny przytyć w granicach 11,5 do 16 kg [88].

Szczegółowe zalecenia dotyczące przyrostu masy ciała u kobiet w ciąży opracował *American Institute of Medicine Food and Nutrition Board* (Tabela 2). Instytut ten podał również wstępne rekomendacje dla przyrostów masy ciała kobiet w przypadku ciąży bliźniaczej. Według jego kryteriów, kobiety z prawidłową przedciążową masą ciała powinny przytyć w granicach 16,8-24,5 kg, u kobiet z nadwagą przyrost powinien wynosić 14,0-22,7 kg, a w przypadku kobiet otyłych 11,3-19,0 kg [89].

Tabela 2. Przyrost masy ciała kobiety w ciąży pojedynczej z uwzględnieniem przedciążowej masy ciała [89].

Wartość wskaźnika BMI przed ciążą w kg/m^2	**Ogólny przyrost masy ciała podczas ciąży w kg**	**Przyrost masy ciała w II i III trymestrze ciąży (kg/tydzień)**
< 18,5	12,5 - 18	0,5
18,5 - 24,9	11,5 - 16	0,4
25,0 - 29,9	7 - 11,5	0,3
> 30	5 - 9	0,2

***Źródło**: opracowanie na podstawie Institute of Medicine (IOM) Food and Nutrition Board. Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines. Washington: DC National Academy Press, 2009.[89]*

W tym miejscu warto podkreślić, że zarówno niedowaga, jak otyłość mogą powodować nieprawidłowości w procesie wzrastania i rozwoju płodu, a także zwiększać ryzyko wystąpienia komplikacji podczas porodu [87]. Niedowaga występująca przed ciążą oraz zbyt niski przyrost masy ciała w kolejnych trymestrach ciąży opóźnia wewnątrzmaciczny proces rozwoju dziecka i skutkuje jego niską masą urodzeniową [83,90].

Do zaburzeń rozwoju oraz przebiegu ciąży przyczynia się również otyłość [91]. U otyłej kobiety ciężarnej ryzyko zgonu wewnątrzmacicznego wzrasta ponad trzykrotnie w porównaniu do kobiet z prawidłową masą ciała [83,91]. U kobiet z wartością wskaźnika BMI powyżej 30 kg/m^2 częściej występuje nadciśnienie tętnicze indukowane ciążą, rozwija się stan przedrzucawkowy oraz częściej obserwuje się zaburzenia czynności serca, niedokrwistość, obrzęki, infekcje układu moczowego i przedwczesne odpłynięcia płynu owodniowego [91,92]. W przypadku otyłych ciężarnych także często dochodzi do makrosomii płodu, a to z kolei zwiększa ryzyko wystąpienia urazów poporodowych, dystocji barkowej (niewspółmierności barkowej) oraz rozległych pęknięć krocza [83].

W piśmiennictwie pojawia się co raz więcej dowodów na to, że zdarzenia metaboliczne podczas życia płodowego dziecka warunkują jego zdrowie w późniejszych latach życia [93]. W perspektywie długoterminowej, niedobory żywieniowe matki podczas ciąży zwiększają ryzyko wystąpienia miażdżycy u potomstwa, częściej rozwija się u nich nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca, a także nietolerancja glukozy [83]. Ponadto u dzieci matek otyłych częściej obserwuje się rozwój otyłości w ich życiu dorosłym [93].

Prawidłowa, zbilansowana, zawierająca naturalne witaminy i minerały dieta zmniejsza ryzyko niedoborów pokarmowych, które często występują u kobiet podczas ciąży oraz w okresie laktacji [83,94].

W okresie ciąży, przebiega ze wzmożoną intensywnością synteza białka, ponieważ jest ono niezbędne zarówno do odnowy białek tkankowych matki, jak również do budowy nowych tkanek płodowych i łożyska [95,96]. Zmiany metaboliczne zachodzące w organizmie matki wiążą się ze zwiększonym zapotrzebowaniem na białko, zatem konieczne jest dostarczanie go wraz z dietą w większych ilościach [96]. Polskie normy opracowane przez Instytut Żywności i Żywienia zalecają dostarczanie dodatkowych 7g białka/dobę do racji pokarmowej, którego spożycie dla kobiet niebędących w ciąży wynosi 0,8g/ kg masy ciała/dobę. Istotne jest przy tym, aby ponad połowę ogólnej ilości spożywanego białka, stanowiło białko pełnowartościowe pochodzenia zwierzęcego [86]. Badania *Ostachowskiej-Gąsior*, przeprowadzone w grupie kobiet ciężarnych, wykazały że spożycie białka poniżej norm dotyczyło w I trymestrze ciąży - 25% kobiet, w II trymestrze - 11,1%, a III trymestrze - 8,3% kobiet ciężarnych. Zwiększenie spożycia białka występowało u wszystkich kobiet, bez względu na stan odżywienia przed ciążą. Spożycie białka pochodzenia zwierzęcego wzrosło najbardziej w przypadku kobiet z nadwagą, natomiast kobiety z niedowagą zwiększały spożycia białka zwierzęcego kosztem białka roślinnego [95].

Podstawowym źródłem energii w diecie kobiety ciężarnej powinny być węglowodany złożone, których najlepszym źródłem są produkty zbożowe (kasze, pieczywo pełnoziarniste, płatki owsiane/żytnie), które zapewniają nie tylko podaż energii, ale dostarczają również witaminy z grupy B oraz błonnik pokarmowy. Spożywanie odpowiedniej ilości błonnika pokarmowego jest istotne w profilaktyce zaprać, które są często dolegliwością indukowaną ciążą. Kobiety ciężarne powinny spożywać 20-40g błonnika na dobę [83]. Spożycie cukrów prostych nie powinno przekraczać 10% dziennego zapotrzebowania kalorycznego [97]. Zmiany metaboliczne zachodzące w organizmie kobiety ciężarnej mogą predysponować do wystąpienia zaburzeń tolerancji węglowodanów, a także do cukrzycy ciążowej (GDM, *gestational diabetes mellitus*). Jest ona najczęstszym metabolicznym powikłaniem komplikującym przebieg ciąży i wywiera istotny wpływ na dalsze życie matki i dziecka, diagnozuje się ją u 3−5% ciężarnych [98].

Najmniejszy udział w diecie kobiety ciężarnej powinny stanowić nasycone kwasy tłuszczowe, ponieważ ich nadpodaż może doprowadzić do nadmiernego przyrostu masy ciała [83]. Podkreśla się jednak znaczenie kwasów tłuszczowych omega-3 (DHA - kwas dokozaheksaenowy) i omega-6, na które zapotrzebowanie w czasie ciąży wzrasta aż o 50%.

Naturalnym źródłem DHA są tłuste ryby morskie oraz owoce morza [99]. Kobiety ciężarne w przypadku niskiego spożycia ryb powinny przyjmować co najmniej 600mg DHA codziennie [100]. Zapewnienie podczas ciąży prawidłowej zawartości kwasów omega-3 w diecie wpływa na wydłużenie czasu jej trwania, warunkuje wzrost masy urodzeniowej noworodka, obniża ryzyko makrosomii płodu oraz przedwczesnego porodu [99]. Wielonienasycone kwasy tłuszczowe pełnią istotną rolę w rozwoju układu nerwowego oraz siatkówki oka dziecka, warunkują jego rozwój psychomotoryczny oraz ostrość widzenia, ponadto obniżają również ryzyko wystąpienia alergii pokarmowych, cukrzycy typu I oraz choroby nadciśnieniowej w okresie dorosłości. Zapewnienie prawidłowej zawartości DHA w diecie kobiety ciężarnej poprawia kondycję jej skóry oraz ułatwia gojenie ran krocza powstałych w wyniku porodu naturalnego lub ran po cięciu cesarskim [96].

Już od pierwszego trymestru ciąży wzrasta zapotrzebowanie na wodę, co wynika ze zwiększania się masy narządów, wzrostu tkanek płodu oraz zwiększenia ilości krążącej krwi w organizmie kobiety ciężarnej [101]. Woda w okresie ciąży jest niezbędna do produkcji płynu owodniowego oraz prawidłowego rozwoju płodu. Jej odpowiednia podaż pozwala na redukcję typowych dolegliwości związanych z ciążą, takich jak nudności, wymioty, suchość skóry oraz infekcje intymne [83]. Dobowe zapotrzebowanie na wodę wzrasta stopniowo i pod koniec ciąży jest wyższe o co najmniej 300 ml, w porównaniu do kobiet niebędących w ciąży, natomiast podczas laktacji wzrost ten wynosi nawet 800 ml [101].

Dieta kobiet ciężarnych powinna zawierać produkty spożywcze, które w sposób naturalny, w najwyższym stopniu pokryją zwiększone zapotrzebowanie na mikroelementy. W przypadku niedoborów witamin i składników mineralnych konieczne jest wdrożenie suplementacji [83,96]. Suplementacja witaminowo-mineralna powinna być ustalana indywidualnie oraz uwzględniać nawyki żywieniowe kobiety ciężarnej oraz jej przynależność do grup ryzyka stwierdzonych w wywiadzie ginekologicznym [83]. Niedobory witamin podczas ciąży najczęściej dotyczą młodych matek przed 16. r.ż., kobiet spożywających alkohol i stosujących inne używki. Pamiętać także należy, że niedowaga w okresie przedkoncepcyjnym, choroby przewlekłe, nadciśnienie tętnicze oraz cukrzyca zwiększają ryzyko niedoborów witamin, które wymagają zastosowania suplementacji witaminowej i mineralnej [102].

Mózg oraz rdzeń kręgowy dziecka zostają wykształcone w pierwszym miesiącu ciąży i ze względu na możliwość występowania wad otwartych ośrodkowego układu nerwowego na skutek niedoboru witaminy B9, wskazana jest stała suplementacja kwasem foliowym, wszystkim kobietom w wieku rozrodczym, minimum 3 miesiące przed planowaną ciążą

[100]. Zgodnie z zaleceniami Zespołu Ekspertów d/s Pierwotnej Profilaktyki Wad Cewy Nerwowej kobiety w okresie około koncepcyjnym powinny codzienne przyjmować preparat kwasu foliowego w ilości 0,4 mg/d. W przypadku ciąży suplementacja powinna być kontynuowana do 12 tygodnia ciąży [83].

Efektem niedoboru żelaza w diecie jest anemia, która powoduje obniżenie tolerancji na wysiłek fizyczny, uczucie zmęczenia w ciąży. Niedobór żelaza w tym okresie zwiększa ryzyko przedwczesnych porodów oraz hipotrofii wewnątrzmacicznej, natomiast w okresie karmienia piersią może rzutować na rozwój psychomotorycznym dziecka [100]. W związku z powyższym Center of Diseases Control zaleca kobietom powyżej 8 tygodnia ciąży, suplementację żelaza doustnymi preparatami w dawce 30 mg dziennie, natomiast w przypadku niedokrwistości dzienna dawka powinna wynosić 60–120 mg [83]

Odpowiednia podaż witamin i mikroelementów zapewnia prawidłowe wewnątrzmaciczne wzrastanie płodu oraz zachowanie zdrowia matki [83]. Polskie Towarzystwo Ginekologiczne zaleca kobietom ciężarnym suplementację magnezem, wapniem oraz jodem. Wskazuje również na konieczność suplementacji witaminowej, szczególnie wit. A, E oraz D. Poza zbilansowaną dietą, równowagę w zakresie witamin i mikroelementów zapewnia stosowanie preparatów witaminowo-mineralnych o stężeniach profilaktyczno-suplementacyjnych [100].

„Zdrowie matki, a także sposób odżywiania kobiety w okresie poprzedzającym ciążę i podczas jej trwania oraz sposób odżywiania niemowlęcia są ważne dla zapobiegania chorobom cywilizacyjnym w ciągu całego późniejszego życia człowieka." (Szostak-Węgierek)[103].

Rola aktywności fizycznej w ciąży

Problematyka aktywności fizycznej, co raz częściej jest podejmowana także w kontekście ciąży oraz zdrowia kobiety ciężarnej i aktualnie obserwowany jest wzrost odsetka takich kobiet [104].

Uprawianie sportu lub podejmowanie wysiłku fizycznego przeważnie kojarzą się z wykonywaniem ćwiczeń wymagających dużego nakładu sił. Natomiast aktywność fizyczna kobiet ciężarnych powinna być przede wszystkim ukierunkowana na poprawę wydolności organizmu [105]. Uważa się, że kontynuacja lub podjęcie aktywności fizycznej podczas ciąży stanowi istotny element wpływający zarówno na prawidłowy przebieg tego okresu, ale

również pomagający w przygotowaniu organizmu kobiety pod względem psychofizycznym do porodu i połogu [104].

Nawyk związany z podejmowaniem systematycznego wysiłku fizycznego, jeżeli jest wyuczony przed ciążą, jest uważany za jeden z głównych czynników warunkujących kontynuowanie aktywności fizycznej w ciąży [106].

Motywacja kobiet ciężarnych do podejmowania aktywności fizycznej często wynika z chęci utrzymania zgrabnej sylwetki, osiągania relatywnie małego przyrostu masy ciała w okresie ciąży i zachowania dobrej kondycji po porodzie. Może również wynikać z chęci utrzymania na określonym poziomie możliwości ruchowych oraz redukcji typowych dolegliwości wynikających ze zmian anatomicznych zachodzących w organizmie podczas ciąży[107].

College of Obstetricians and Gynecologists zaleca systematyczną aktywność fizyczną wszystkim kobietom ciężarnym, ponieważ niesie ona za sobą pozytywne efekty krążeniowe, biomechaniczne, metaboliczne oraz psychofizyczne [108]. Ćwiczenia fizyczne w czasie ciąży wpływają korzystnie nie tylko na poprawę sylwetki kobiet, spowalniając przyrost masy ciała, ale także wzmacniają mięśnie posturalne oraz uelastyczniają mięśnie dna miednicy [107].

W tym miejscu trzeba podkreślić, że ciąża, na skutek przyrostu masy ciała oraz zmiany punktu ciężkości wynikającego z powiększania macicy, pogłębia lordozę lędźwiową [109]. Zmiany te mogą prowadzić do zwiększonego obciążenia stawów i kręgosłupa. Szacuje się, że bólu krzyża doświadcza ponad 60% wszystkich kobiet ciężarnych. W związku z tym, odpowiednio dobrane ćwiczenia wzmacniające mięśnie przykręgosłupowe poprawiają postawę kobiet oraz zapobiegają dolegliwościom bólowym w okolicy lędźwiowo-krzyżowej [108,109].

Aktywność fizyczna stabilizuje również pracę układu krążeniowo-oddechowego oraz redukuje możliwość wystąpienia stanu przedrzucawkowego [110]. Trening aerobowy w ciąży zwiększa wydolność tlenową, obniża się ryzyko wystąpienia nadciśnienia tętniczego oraz obrzęków [107].

Feurst i Adamczewska zwracają uwagę, że w I trymestrze pojawia się od 70 do 80% zmian w obrębie naczyń krwionośnych, co jest to ściśle powiązane ze zmianami hormonalnymi (progesteronu i estrogenu), wpływającymi na włókna kolagenowe i odpowiadającymi za rozluźnienie mięśni gładkich. Zaobserwowano u 40% systematycznie aktywnych kobiet w ciąży brak przejawów niewydolności żylnej [106].

Kobiety regularnie wykonujące ćwiczenia fizyczne stwierdzają poprawę samopoczucia psychicznego, ponieważ trening pozwala im na rozładowanie stresu, napięć

fizycznych i psychicznych wynikających z ciąży, obniża uczucie zmęczenia i osłabienia organizmu [106,110].

Ćwiczenia stanowią doskonałą formę przygotowującą do porodu, ponieważ kobiety aktywne fizycznie wykazują lepszą tolerancję na ból w pierwszym okresie porodu [104]. Zaobserwowano również, że podejmowanie aktywności fizycznej w okresie ciąży zapobiega przedwczesnym porodom, skraca czas ich trwania, oraz redukuje ryzyko wystąpienia poważnych obrażeń krocza, a także pozytywnie wpływa na czas regeneracji po urodzeniu dziecka, co przedkłada się na późniejszą opiekę nad noworodkiem [111].

Kobiety, decydujące się na uprawianie aktywności fizycznej podczas ciąży, powinny skonsultować ją z lekarzem ginekologiem, ponieważ różne nieprawidłowości w przebiegu ciąży mogą stanowić przeciwwskazanie do wykonywania [105,111]. Wybór określonych ćwiczeń fizycznych powinien być dotkany indywidualne, uwzględniać stan zaawansowania ciąży, wartość wskaźnika BMI oraz wyjściową wydolność fizyczną kobiety [101]. W przypadku zdrowych kobiet ciężarnych i kobiet po porodzie wytyczne *American College of Sports Medicine* (ACSM) zalecają co najmniej 150 minut tygodniowo aktywności fizycznej o umiarkowanej intensywności (tj. równoważnej szybkiemu chodzeniu), którą należy rozłożyć na cały tydzień i skorygować zgodnie ze wskazaniami medycznymi [108].

Niestety badania *Worskiej i Szumilewicz* wykazały, że ciężarne do aktywności fizycznej zachęcało zaledwie 1% lekarzy, a aż 56% położnych nie poruszało tego tematu w ogóle [111].

Ćwiczenia związane z fizycznym przygotowaniem ciężarnej do porodu określane są kinezystymulacją. Pod tym pojęciem kryją się ćwiczenia ogólnokondycyjne, wzmacniające, ukierunkowane na pracę poszczególnych partii mięśniowych, oddechowe oraz relaksacyjne [104,105].

Bezpiecznymi formami aktywności fizycznej dla kobiet ciężarnych są [106,109]:

- spacery (około 30 min, w umiarkowanym tempie),
- korzystanie z roweru stacjonarnego (ułatwienie powrotu żylnego, minimalizowanie występowania skurczów łydek, redukcja obrzęków, nie obciążanie przy tym nadmiernie stawów kolanowych,
- pływanie, aerobik wodny (odciążenie kręgosłupa, a dzięki rozluźnieniu obręczy barkowej i biodrowej oraz mięśni i więzadeł przykręgosłupowych elongacja kręgosłupa, wzmocnienie osłabionych mięśni brzucha oraz pośladków, korzystny wpływ na poprawę krążenia krwi w kończynach dolnych, zwiększenie zakresu ruchu w stawach skokowych, stymulowanie mięśni wysklepienia stopy),

- joga (poprawa krążenia, eliminacja niepokoju, redukcja stresu, ułatwienie stabilizacji emocjonalnej i neurohormonalnej, dobre samopoczucie, minimalizacja zagrożenia wystąpienia depresji poporodowej),
- pilates (zwiększenie siły mięśni, uspokajanie, ułatwienie relaksacji, poprawa przepływu maciczno-łożyskowe).

Istotne jest, aby intensywność ćwiczeń zmniejszała się wraz ze stopniem zaawansowania ciąży [109]. Zaleca się spacerowanie codziennie przez około 30 min, w umiarkowanym tempie.

Współczesne postrzeganie ciąży ma na uwadze oprócz postępowania gwarantującego prawidłowy rozwój dziecka, przygotowanie kobiety do aktywnego udziału w porodzie, w którym kluczową rolę odgrywa regularna aktywność fizyczna [105].

Pamiętać jednak należy, że wydolność fizyczna kobiet ciężarnych ulega zwiększeniu w drugim trymestrze ciąży i mają one także w tym większą wytrzymałość na wysiłek niż kobiety niebędące w ciąży. Ciężarne, które przed ciążą prowadziły siedzący tryb życia powinny rozpocząć aktywność fizyczną od 15-minutowej, codziennej, gimnastyki kilka razy w tygodniu, a w miarę poprawy wydolności - wydłużyć te sesje do 30 minut aktywnego wysiłku fizycznego [112].

Zagrożenia zdrowotne związane ze stosowaniem używek

Zdrowie prokreacyjne kobiet oraz prawidłowy przebieg ciąży i rozwój dziecka w dużym stopniu zależą od postaw zdrowotnych kobiet nie tylko w okresie ciąży, ale również w okresie przedkoncepcyjnym. Macierzyństwo to okres w życiu kobiety wymagający zarówno psychicznego nastawienia do prokreacji oraz zaprzestania stosowania używek, z uwagi na szczególną wrażliwość płodu na działanie substancji chemicznych w nich zawartych [113].

W ostatnich latach coraz więcej badań dotyczy problematyki zaburzeń układu endokrynnego oraz płodności u palaczy, których wyniki jednoznacznie wskazują na częstsze występowanie powyższych problemów w grupie palących kobiet oraz mężczyzn [114].

Składniki dymu tytoniowego uszkadzają pęcherzyki jajników, przez co u palących kobiet stwierdza się podwyższony poziom folikulotropiny (FSH) oraz zaburzenia w gospodarce hormonalnej (progesteronu oraz estradiolu). Powyższe zaburzenia wpływając na cykl miesiączkowy powodują, że u palaczek bywa on zwykle krótszy, bardziej bolesny oraz mniej regularny. Mogą również występować cykle bezowulacyjne [115].

Ciąże kobiet palących należą do ciąż wysokiego ryzyka, ponieważ dwukrotnie wzrasta ryzyko samoistnych poronień oraz powikłań ciąży, a także zwiększa się zagrożenie wystąpienia ciąży pozamacicznej [115]. Wykazano, że palenie tytoniu w ciąży skraca czas jej trwania, co najmniej o 2–3 dni. Stwierdzono również, że ciężarne palące więcej niż 10. papierosów na dobę, mają większe ryzyko przedwczesnego porodu (poniżej 35. tygodnia życia płodowego dziecka) [116].

Skutki narażenia na dym tytoniowy dla wzrastającego płodu są wszechstronne, najczęściej wskazuje się na spowolnienie wzrostu w okresie płodowym, tzw. zespół nikotynowy płodu (FTS – *fetal tobacco syndrome*). Płody matek palących cechuje niższa waga oraz mniejsza długość ciała, a w 18. tygodniu ciąży obserwuje się zmieniony obwód główki oraz mniejszą średnicę ciemieniową (BPD – *biparietal diamter*) [117]. Dzieci narażone na dym tytoniowy w życiu płodowym mają wyższe ryzyko występowania wad wrodzonych oraz uzyskują gorszą punktację w skali Apgar [116]. Ponadto udowodniono, że u niemowląt matek palących podczas ciąży, wzrasta ryzyko wystąpienia zespołu nagłej śmierci noworodków, tzw. śmierci łóżeczkowej (SIDS - Sudden *Infant Death Syndrome*) [114,115].

Palenie papierosów wpływa na laktację, ponieważ składniki zawarte w dymie tytoniowym obniżają produkcję pokarmu oraz skracają okres karmienia piersią. Ponadto nikotyna przenika do pokarmu, jest przekazywana dziecku wraz z mlekiem matki i wywołuje wymioty, biegunkę, a także niefizjologiczne przyspieszenie pracy serca oraz zaburzenia krążenia u dziecka. U dzieci matek palących obserwuje się wyższą tolerancję nikotyny, co może skutkować łatwiejszym uzależnieniem od palenia w późniejszym okresie życia [118].

Alkohol również zaburza funkcjonowanie układu hormonalnego, rozregulowuje cykl miesiączkowy oraz prowadzi do zaburzeń owulacji. Spożywanie alkoholu przez młode kobiety przed okresem pokwitania może opóźnić ich dojrzewanie płciowe, natomiast w przypadku kobiet dojrzałych przyspiesza menopauzę [119].

W przypadku kobiet w ciąży nawet najmniejsza ilość alkoholu, z dużą łatwością przenika przez łożysko, dlatego też nie ma napoju alkoholowego, który wypity przez ciężarną byłby bezpieczny dla rozwijającego się dziecka [120]. Alkohol w pełni przenika do krwioobiegu dziecka, a po około 40-60 minutach jego poziom jest taki sam, jak we krwi matki. Rozwijające się wewnątrzmacicznie dziecko nie ma w pełni dojrzałej wątroby, dlatego wykazuje szczególną wrażliwość na jego działanie toksyczne [113].

Najpoważniejszymi w konsekwencjach są płodowe zespoły alkoholowe, tzw. *Fetal Alcohol Syndrome* (FAS) oraz jego lżejsza forma *Fetal Alkohol Efekt* (FAE) [121]. FAS jest najcięższą formą wad wrodzonych wywołanych działaniem wewnątrzmacicznym alkoholu na płód, który powoduje u dziecka zmiany w rysach twarzy (szeroko rozstawione krótkie szpary powiekowe, wygładzona rynienka nosowa, wąska górna warga często pozbawiona rąbka czerwieni, mała słabo rozwinięta żuchwa, zez), spowolniony rozwój zarówno wewnątrzmaciczny i po urodzeniu (np. niska waga urodzeniowa, niski wzrost, mała głowa, niska waga). Może dojść także do uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego, co będzie się przejawiać zaburzeniami motoryki (małej i dużej), problemami z utrzymaniem równowagi i koordynacji wzrokowo-ruchowej. Mogą pojawić się zaburzenia sensoryczne w odbieraniu bodźców takich jak np. głód, pragnienie, ból, a także trudności ze zrozumieniem kierunków, nieprawidłowymi odczuciami wzrokowymi, dotykowymi, słuchowymi, smakowymi, węchowymi. Występują również zaburzenia uwagi, osłabiona kontrola impulsów i zdolności adaptacyjne, problemy z pamięcią operacyjną, trudności z uczeniem się, gromadzeniem i wykorzystywaniem informacji, tworzeniem skojarzeń, czy przypominaniem informacji (zapominanie). U dzieci mogą wystąpić nieprawidłowa percepcja wzrokowa, zaburzenia funkcji integracji zdobytych wiadomości oraz funkcji pamięci bezpośredniej i w zrozumieniu pojęć abstrakcyjnych. Występuje także opóźniony rozwój mowy, dosłowne rozumienie pojęć, problemy komunikacyjne, brak zrozumienia żartów, a także problem ze zrozumieniem intonacji językowej oraz emocjonalnej (radość, smutek, złość, rozkaz, pytanie) [121,122].

Innymi następstwami spożywania alkoholu w okresie ciąży są defekty urodzeniowe - *Alkohol Related Birth Defects* (choroba serca, nerek, zaburzenia słuchu i wzroku) oraz zaburzenia neurorozwojowe - *Alkohol Related Neurodevelopmental Disorder* (uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego, zaburzenia psychiczne) [113]. Ponadto spożywanie alkoholu przez kobietę ciężarną zwiększa ryzyko wewnątrzmacicznego obumarcia płodu oraz porodu przedwczesnego, a także negatywnie wpływa na masę urodzeniową noworodka [116].

Powszechnie występującym składnikiem w diecie jest kofeina, którą zawierają kawa, herbata, kakao, czekolada, napoje energetyzujące, suplementy diety oraz niektóre leki.

Wierzejska i wsp. w badaniach własnych dowodzi, że głównym źródłem kofeiny, spożywanej przez kobiety ciężarne jest herbata [116]. Dokładny mechanizm niekorzystnego działania kofeiny na rozwój płodowy dziecka oraz przebieg ciąży nie jest wyjaśniony [123]. Przedostawanie się kofeiny przez łożysko rozpoczyna się już ok. 7-8 tygodnia ciąży i w tym

okresie, pomiędzy stężeniem kofeiny we krwi matki i płodu, występuje równowaga [116]. Przypuszcza się, że kofeina może zakłócać przepływ krwi w łożysku i utrudniać transport substancji odżywczych do płodu od matki, poprzez wzrost stężenia katecholamin [123]. U kobiet w ciąży, z uwagi na zmiany hormonalne zachodzące w organizmie, czas metabolizowania kofeiny jest 2–3-krotnie dłuższy i dlatego jej spożycie w okresie ciąży powinno być kontrolowane [123,124]. Doniesienia naukowe sugerują, że w okresie ciąży spożywanie kofeiny w niewielkich ilościach nie stanowi zagrożenia dla płodu, przy czym maksymalne dzienne spożycie kofeiny w przypadku kobiet ciężarnych nie powinno przekraczać 300mg [123].

Przypuszcza się, że wysokie spożycie kofeiny może zakłócać łożyskowy przepływ krwi, przez co ograniczeniu ulega transport substancji odżywczych do płodu, szczególnie żelaza, którego niedobór zwiększa ryzyko wystąpienia niedokrwistości. Kofeina zwiększa również częstość akcji serca płodu [113,125]. Wśród negatywnych konsekwencji dużego spożycia kofeiny podczas ciąży wymienia się przede wszystkim zwiększone ryzyko niskiej masy urodzeniowej dziecka, porodu przedwczesnego i poronienia [125].

Spożycie kofeiny powinno być również kontrolowane podczas okresu laktacji, ponieważ kofeina łatwo przechodzi do mleka kobiecego [123].

Udowodniono, że substancje psychoaktywne mogą wywoływać zaburzenia miesiączkowania i powodować wzrost ryzyka niepłodności u kobiet. Marihuana i kokaina, między innymi poprzez hamowanie pulsacyjnego wydzielania GnRH (gonadoliberyny) w podwzgórzu, wywołują zaburzenia owulacji. Kokaina zwiększa również ryzyko niepłodności pochodzenia jajowodowego [126]. Niestety w wielu krajach europejskich dane dotyczące używania narkotyków w okresie w ciąży nie są dostępne, a problem wydaje się być znaczący. W 2012 roku w jednym ze szpitali na Ibizie, przeprowadzono badania próbek włosów ciężarnych hospitalizowanych w tym szpitalu i okazało się, że 16% z nich spożywa narkotyki [127]. Z kolei raport dotyczący kwestii zdrowotnych oraz zażywania narkotyków wśród mieszkańców USA w wieku 12. i więcej lat (*Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Results from the 2010 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings*) wykazał, że 4,4% kobiet ciężarnych w wieku 15-44 lata było uzależnionych od narkotyków, w tym w grupie 15-17 lat aż 16,2% [127].

Narkotyki takie jak amfetamina, kokaina oraz heroina przyczyniają się do wzrostu ryzyka poronień, przedwczesnych porodów, przedwczesnego pęknięcia błon płodowych, wystąpienia krwotoków poporodowych, stanu przedrzucawkowego i rzucawki [127]. Amfetamina i kokaina mogą spowodować mniejszą masę urodzeniową (*Small Gestational*

Age - SGA) oraz ograniczenie wzrastania wewnątrzmacicznego (*Intrauterine Growth Restriction* - IUGR). Kokaina przyjmowana w ciąży powoduje zmiany w układzie oddechowym, udary mózgu, zawały jelit i malformacje kończyn, a dzieci mają mniejszą odporność na stres w okresie noworodkowym. Z kolei prenatalna ekspozycja na narkotyki, które są zawarte w konopiach indyjskich skutkuje wadami wrodzonymi ośrodkowego układu nerwowego (wodogłowie, przepuklina mózgowa, małogłowie, małoocze/wrodzony brak oczu), układu krążenia (ubytki w przegrodzie międzykomorowej, atrezje prawej i lewej komory) oraz przewodu pokarmowego (wytrzewienie, zwężenie odźwiernika) i kończyn (nadliczbowe, zrośnięcie palców). Amfetamina natomiast może przyczynić się do powstania rozszczepów kręgosłupa, nieprawidłowego rozwoju układu sercowo-naczyniowego oraz obumarcia płodu [127].

ZAŁOŻENIA I CEL PRACY

Zdrowie wymaga stanu równowagi między wpływami środowiska, sposobem życia oraz różnymi elementami ludzkiej natury.

Hipokrates

Funkcjonowanie pojęcia wizerunku ciała sięga początków XX w., a po raz pierwszy powyższego terminu użył Paul Schindler i rozpatrywał go w kontekście społecznym oraz psychologicznym [1].

Altabe i Thompson określają wizerunek ciała, jako „swoisty *parasol pojęciowy obejmujący wiele czynników, które odnoszą się do wyglądu fizycznego"* [1], Banfield i McCabe , jako *„ indywidualny przekaz przechowywany w pamięci, na który składa się ocena własnej atrakcyjności i jej wpływ na percepcję, emocje związane z ciałem oraz zachowanie związane z ciałem"* [5].

Ocenę własnego wyglądu warunkuje szereg czynników, w tym np. różne opinie wygłaszane pod adresem danej osoby, z którymi się ona utożsamia i na których zdaniu jej zależy (rówieśnicy, rodzice, współmałżonkowie, partnerzy), ideałem sylwetki rozpowszechnianym przez media, doświadczeniami związanymi z aktywnością fizyczną, obecnością chorób i/lub epizodów przemocy w życiu, przynależnością do określonej rasy, grupy etnicznej, religii oraz sytuacjami, które wymagają ciągłe zwracania uwagi na wygląd, a także ciągłego dokonywania porównań z innymi pod względem wyglądu [128].

Jedną z sytuacji, która w życiu kobiet wpływa na zmianę ich wizerunku jest ciąża, czas wyjątkowy i trudny, wiążący się ze znaczną zmianą zachowań zdrowotnych oraz dotychczasowego stylu życia. Wzrost masy ciała może być postrzegany jako akceleracja kobiecości lub przeciwnie – jako obniżenie poziomu atrakcyjności [49].

W piśmiennictwie nie ma zbyt wielu doniesień dotyczących percepcji ciała przez kobiety w ciąży i wskazujących im drogi ukształtowania adekwatnego obrazu siebie i wysokiej, ale realnej samooceny.

Cel główny

Celem głównym badania było dokonanie oceny preferowanych zachowań zdrowotnych młodych kobiet w wieku 20-35 lat, a postrzeganie przez nie własnego ciała.

Cele szczegółowe

Za cele szczegółowe postawiono :

- Ocenę percepcji obrazu własnego ciała przez kobiety wieku 20-35 lat niebędące w ciąży, będące w ciąży i po roku od czasu ciąży,
- Ocenę różnych wymiarów preferowanych zachowań zdrowotnych,
- Ocenę satysfakcji z życia,
- Samoocenę własnej osoby,
- Ocenę, jak lęk, napięcie, nerwowość wpływa na odczuwanie swojego ciała,
- Sprawdzenie zależności pomiędzy percepcją obrazu własnego ciała a okresem przed ciążą, w zależności od trymestru ciąży i okresu po ciąży, BMI, satysfakcją z życia, samooceną własnej osoby, oceną wpływu lęku, napięcia, nerwowości na odczuwanie swojego ciała oraz preferowanymi zachowaniami zdrowotnymi.

Hipotezy badawcze

1. Najwyższy poziom negatywnych emocji wobec własnego ciała dotyczy kobiet w ciąży i po porodzie.
2. Poziom przekonania wszystkich kobiet o wpływie zachowań zdrowotnych na przebieg ciąży oraz porodu jest wysoki.
3. Wyższy poziom zachowań zdrowotnych redukuje odczuwanie negatywnych emocji wobec ciała oraz wpływa pozytywnie na poczucie ogólnej satysfakcji z życia.

MATERIAŁ I METODA

Dane ogólne

Badanie przeprowadzono w okresie od lutego 2016 roku do maja 2018 roku, po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku (uchwała nr R-I-002/14/2016) oraz zgód dyrektorów/kierowników placówek z następujących województw:

- Podlaskiego:
  - Szpitala Wojewódzkiego w Suwałkach,
  - Samodzielnego Szpitala im. PCK w Białymstoku,
  - Niepublicznego Żłobka Kraina Dziecka Spółdzielni Socjalnej Jedynaczki w Suwałkach,
  - Żłobka Miejskiego nr 1 w Białymstoku,
  - NZOZ-u Vita-Med. w Suwałkach,
  - Praktyki Lekarza Rodzinnego Usarmed w Białymstoku,
  - Gabinetu Ginekologicznego Mirosława Sztejtera w Suwałkach.
- Mazowieckiego:
  - Szpitala Mazovia w Warszawie.
- Pomorskiego:
  - Niepublicznego Przedszkola Morskie Opowieści w Pruszczu Gdańskim,
  - Prywatnej Praktyki Logopedycznej „Logo-Medica" w Łęgowie.

Badaniem objęto pięć grup kobiet w wieku 20-35 lat:

- grupa I - 150 kobiet nigdy niebędących jeszcze w ciąży,
- grupa II - 150 kobiet będących aktualnie w I trymestrze ciąży,
- grupa III - 150 kobiet będących aktualnie w II trymestrze ciąży,
- grupa IV - 150 kobiet będących aktualnie w III trymestrze ciąży,
- grupa V - 150 kobiet po roku czasu od przebytej ciąży.

Zasadnicze badanie zostało poprzedzone badaniem pilotażowym, w każdej grupie po 20 osób, które pozwoliło na zweryfikowanie jasności stwierdzeń sformułowanych w kwestionariuszach i ostatecznego opracowania kwestionariusza autorskiego.

W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem:

- autorskiego kwestionariusza ankietowego,
- Kwestionariusza subiektywnej oceny zamożności rodziny *(PFW - Perceived Family Wealth),*
- Kwestionariusza oceny zamożności rodziny *(FAS - Familly Afluence Scale),*
- Kwestionariusza PASTAS (*Physical Appearance State And Trait Anxiety Scale)* - poziomu lęku wobec ciała, Testu Sylwetek (*Contour Drawing Rating Scale* – CDRS),
- Skali samopoznania - KWCO - Głębockiej,
- Test samooceny własnej osoby wg Bielak,
- Skali Satysfakcji z Życia - SWLS **-** *The Satisfaction With Life Scale*, *Dienera, Emmons, Larsena, Griffina, w polskiej Juczyńskiego,* wersja dla innych profesjonalistów, niebędących psychologami,
- Skali pozytywnych zachowań zdrowotnych dla kobiet Hildt-Ciupińskiej,
- Standaryzowanego Inwentarza Zachowań Zdrowotnych (IZZ) wg Juczyńskiego,
- Standaryzowanej listy kryteriów zdrowia – LKZ Juszczyńskiego.

Szczegółowy opis narzędzi badawczych

W badaniu wykorzystano następujące narzędzia badawcze:

- autorskie kwestionariusze ankietowe dla grup I-V dotyczących przeszłości ginekologicznej kobiet, wskaźników antropometrycznych, korzystania z opieki zdrowotnej, zachowań profilaktycznych, żywienia oraz aktywności fizycznej.
- kwestionariusz subiektywnej oceny zamożności rodziny *(PFW - Perceived Family Wealth),*
- kwestionariusz oceny zamożności rodziny *(FAS - Familly Afluence Scale),*
- kwestionariusz PASTAS (*Physical Appearance State And Trait Anxiety Scale)* - poziomu lęku wobec ciała,
- test Sylwetek (*Contour Drawing Rating Scale* – CDRS),
- skalę samopoznania - KWCO - Głębockiej,
- test samooceny własnej osoby wg Bielak,
- skalę satysfakcji z życia - SWLS **-** *The Satisfaction With Life Scale*, Dienera*, Emmons, Larsena, Griffina, w polskiej Juczyńskiego,* wersja dla innych profesjonalistów, niebędących psychologami,
- skalę pozytywnych zachowań zdrowotnych dla kobiet Hildt-Ciupińskiej,
- standaryzowany inwentarz zachowań zdrowotnych (IZZ) wg Juczyńskiego.

Kwestionariusz subiektywnej oceny zamożności rodziny

(PFW - Perceived Family Wealth)

Podstawą Kwestionariusza subiektywnej oceny zamożności rodziny jest jedno pytanie [129]: Jak Pani sądzi, czy Pani rodzina jest bogata, to znaczy czy dobrze się jej powodzi?

Odpowiedzi na powyższe pytanie ankietowany udziela w pięciostopniowej skali, wybierając jedną z odpowiedzi: bardzo bogata, raczej bogata, przeciętna, raczej biedna lub biedna [129].

Skala zasobów materialnych rodziny

(FAS - Familly Afluence Scale)

Skala rodzinnych wpływów zawiera pytania dotyczące posiadania następujących elementów: posiadania przez rodzinę komputera, samochodu osobowego, własnego pokoju do wyłącznego użytku przez dziecko oraz częstości wyjazdów na wypoczynek w ciągu ostatniego roku [130].

Łącznie można zgromadzić od 0 do 9 punktów w skali FAS:

- 0-4 pkt. oznacza niski poziom skali zasobów materialnych rodziny (FAS)
- 5-7 pkt. to średni poziom FAS
- 8-9 pkt. oznacza wysoki poziom FAS

Współczynniki rzetelności Cronbacha zwiększył się od 0,497 do 0,643[129].Skala rodzinnych wpływów jest dobrze skorelowana ze środkami makroekonomicznymi na poziomie krajowym oraz międzynarodowym [130].

Kwestionariusza PASTAS

(*Physical Appearance State And Trait Anxiety Scale)* - poziomu lęku wobec ciała

Kwestionariusz PASTAS (*Physical Appearance State and Trait Anxiety Scale*), opracowany w 1991 roku, diagnozuje lęk, jako cechę i stan wobec wyglądu fizycznego J.K. Thompsona [131,132].

Badani muszą ustosunkować się i określić stopień nasilenia lęku w odniesieniu do szesnastu części ciała [131,132]:

- pierwsze osiem - stwierdzeń dotyczy dolnych partii ciała, które kojarzone są z gromadzeniem się tkanki tłuszczowej (uda, pośladki, biodra, talia, brzuch, nogi i jędrność mięśni)

- osiem kolejnych - dotyczy części ciała, które najczęściej nie są spostrzegane jako otyłe (uszy, usta, dłonie, ręce, czoło, szyja, podbródek, stopy).

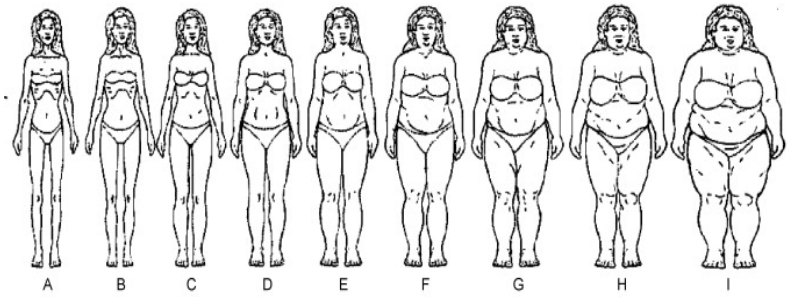
Badani odpowiadali przy pomocy pięciostopniowej skali Likerta [131,132].

Współczynnik alfa Cronbacha dla skali lęku-cechy osiągnął wartość 0,92, a dla skali lęku-stanu 0,90. Trafność testu została określona za pomocą statystyki test-retest w odstępie dwóch tygodni i osiągnęła wartość 0,87[29] [131,132].

Test Sylwetek

(*Contour Drawing Rating Scale* – CDRS)

Narzędzie to pozwala ocenić wymiar poznawczy obrazu ciała. Test przedstawia 9 sylwetek kobiecych i męskich, które uporządkowane są od bardzo szczupłych do bardzo otyłych. Zadaniem osób badanych jest wskazanie postaci, która odzwierciedla ich aktualną sylwetkę ciała, następnie postaci, która przedstawia idealną sylwetkę ciała oraz tą, która przedstawia sylwetkę ciała, jaką powinna posiadać kobieta. Badane kobiety były proszone o zapoznanie się z grafiką, gdzie A – to sylwetka bardzo szczupła, a I – sylwetka bardzo otyła [133].



Rycina 1. Test Sylwetek CDRS

Źródło: *Pulvers et al.'s (2004)*

Osoba badana odpowiada zakreślając wartość od 1 do 9 (każdej wartości jest przyporządkowana sylwetka ciała) przy każdym z trzech pytań:

- Która z postaci przypomina Pani aktualną sylwetkę?
- Która z postaci reprezentuje sylwetkę, którą Pani zdaniem powinna posiadać kobieta?
- Która postać przypomina sylwetkę idealną kobiety? [133].

Uzyskane wyniki pozwalają określić trzy wymiary Ja: Ja realne, Ja idealne i Ja powinnościowe oraz stopienie rozbieżności pomiędzy aktualną i idealną koncepcją siebie (rozbieżność Ja o charakterze życzeniowym), a także w zakresie Ja realnego i Ja powinnościowego (rozbieżność Ja o charakterze powinnościowym) [133].

Rzetelność testu CDRS została oceniona metodą powtarzania pomiaru (test-retest). Współczynnik rzetelności osiągnął wartość rtt=0.79 (odstęp czasowy wyniósł jeden tydzień) [133].

Kwestionariusz Wizerunku Ciało - KWCO Głębockiej

Kwestionariusz Wizerunku Ciała (KWCO) Głębockiej został skonstruowany z myślą o osobach zmagających się z problemami psychologicznymi oraz społecznymi, które są związane z z atrakcyjnością fizyczną.

Narzędzie składa się z 40. itemów, które tworzą cztery podskale [134]:

- *poznanie-emocje* - służy do pomiaru opinii na temat własnego wyglądu, budowanych także przez pryzmat otoczenia oraz komponentu afektywnego czyli uczuć (pozytywnych lub negatywnych) względem swojego ciała, stosunku do jego wyglądu, ogólnego nastroju, poczucia winy czy lęku (np. *Martwię się swoim wyglądem zewnętrznym*). W skład podskali poznanie-emocje wchodzą stwierdzenia pod numerami: 2, 3, 4, 6, 10, 17, 18, 19, 25, 27, 29, 31, 32, 34, 36, 37. Wyższy wynik w skali poznanie-emocje wskazuje na bardziej negatywne przekonania na temat własnego ciała [134].
- *zachowanie* - zawiera twierdzenia, które nawiązują do zdrowego trybu życia (np. *Lubię wypoczywać aktywnie*). W skład skali wchodzą itemy: 7, 8, 11, 20, 35. Im wyższy wynik uzyskany w tej skali, tym wyższy poziom aktywności fizycznej [134].
- *krytyka otoczenia* - pozwala określić subiektywny poziom akceptacji badanego przez otoczenie, czego wyrazem są uwagi krytyczne dotyczące jego wyglądu (np. *Czuję się akceptowany przez otoczenie*). W skład skali wchodzą stwierdzenia numer: 13, 14, 16, 23, 28, 30. Im wyższy wynik uzyskany w skali krytyka otoczenia, tym poziom krytyki wyglądu spostrzeganej ze strony otoczenia jest wyższy [134].
- *stereotyp ładny-brzydki* - mierzy stopień internalizacji współczesnych standardów urody (np. *Szczupłe ciało jest preferowane w naszej kulturze*), oraz świadomości negatywnych stereotypów otyłych (np. *Otyłym ludziom ciężko jest znaleźć partnera*). W skład tej podskali wchodzą stwierdzenia: 1, 5, 9, 12, 15, 21, 22, 24, 26, 33, 38, 39, 40. Im wynik w powyższej podskali jest wyższy, tym większa internalizacja współczesnych standardów urody osoby badanej [134].

Zadaniem badanych były ustosunkowanie się do podanych stwierdzeń i określenie, w jakim stopniu się z nimi zgadzają. Odpowiedzi udzielali na pięciostopniowej skali, na której 1 oznaczało „zdecydowanie nie zgadzam się", a 5 - „zdecydowanie zgadzam się" [134].

Im wyższe wyniki osiąga badany w skali bądź w powyższych podskalach, tym bardziej negatywny ogólny lub dotyczący danego aspektu - wizerunek ciała badanego. Narzędzie to cechuje zadowalająca rzetelność i trafność [134].

Test samooceny własnej osoby wg Bielak

Test składa się z trzydziestu dwóch pytań, a badany na każde z nich mógł wybrać jedną odpowiedź, za którą otrzymywał odpowiednią liczbę punktów [135]:

- bardzo często - 4 pkt.
- często - 3 pkt.
- czasami - 2 pkt.
- rzadko - 1 pkt.
- nigdy - 0 pkt.

Uzyskane oceny podlegały zsumowaniu, zaś ogólny wynik oznaczał stopień samooceny własnej osoby. Zakres wyników mieścił się w granicach od 0 do 128 punktów, przy czym im wyższy był wynik, tym niższa samoocena własnej osoby [135]:

- 0-25 punktów – zawyżona samoocena,
- 26-45 punktów – adekwatna,
- 46-128 punktów – zaniżona.

Skali Satysfakcji z Życia - SWLS - *The Satisfaction With Life Scale*, *Dienera, Emmons, Larsena, Griffina, w polskiej Juczyńskiego*, wersja dla innych profesjonalistów, niebędących psychologami

Skala zawiera pięć stwierdzeń, w których badany oceniał w jakim stopniu każde z nich odnosi się do jego dotychczasowego życia, gdzie [136]:

1 - oznaczało - *zupełnie nie zgadzam się,*

2 - nie zgadzam się,

3 - raczej nie zgadzam się,

4 - ani się zgadzam, ani nie zgadzam,

5 - raczej zgadzam się,

6 - zgadzam się,

7 - całkowicie zgadzam się.

Uzyskane oceny podlegały sumowaniu, zaś ogólny wynik oznaczał stopień satysfakcji z własnego życia. Zakres wyników mógł mieścić się w granicach od 5 do 35 punktów, przy czym im wyższy wynik, tym większe poczucie satysfakcji z życia [136]:

- 5 – 9 pkt. – osoba zdecydowanie niezadowolona ze swojego życia,
- 10 – 14 pkt. – osoba bardzo niezadowolona ze swojego życia,
- 15 – 19 pkt. – osoba raczej niezadowolona ze swojego życia,
- 20 pkt. – osoba ani zadowolona, ani niezadowolona ze swojego życia,
- 21 – 25 pkt. – osoba raczej zadowolona ze swojego życia,
- 26 – 30 pkt. – osoba bardzo zadowolona ze swojego życia,
- 31 – 35 pkt. – osoba zdecydowanie zadowolona ze swojego życia.

Wynik badania można było porównać z wynikami średnimi odpowiednich grup osób zdrowych lub chorych, co prezentuje Tabela 3 [136].

Tabela 3. Średnie wyniki odpowiednich grup zdrowych lub chorych wg skali SLWS, źródło [136].

Grupa	***N***	***M***	***SD***	**% wyników niskich (1-4 sten)**	**wysokich (7-10 sten)**
Badania polskie					
Dorośli	555	20,37	5,32	32,4	32,8
Mężczyźni	260	20,11	5,43	32,0	32,2
Kobiety	295	21,09	5,26	32,8	33,4
Studenci	114	21,13	5,62	27,2	34,2
Nauczycielki	70	19,34	5,03	31,4	24,3
Diabetycy	70	20,34	5,79	35,7	28,6
Pacjenci dializowani	31	19,51	4,65	41,9	19,4
Mężczyźni po zawale mięśnia serca	42	18,78	5,76	42,9	19,0
Kobiety w ciąży powikłanej	61	21,34	5,52	23,0	37,7
Kobiety w okresie menopauzy	50	18,42	5,28	36,0	18,0

W interpretacji wyniku stosowano się także do właściwości charakteryzujących skalę stenową (Tabela 4). Wyniki w granicach 1 - 4 stena przyjęto traktować, jako wyniki niskie, zaś w granicach 7-10 stena jako wysokie, co odpowiada obszarowi około 33% wyników najniższych i tyle samo najwyższych w skali. Wyniki w granicach 5 i 6 stena traktuje się jako przeciętne [136].

Wskaźnik rzetelności (*alfa* Cronbacha) *SWLS,* ustalony w badaniu 371 osób dorosłych wynosi 0,81. Wskaźnik stałości skali, ustalony w dwukrotnym badaniu grupy 30 osób w odstępie sześciu tygodni, wyniósł 0,86 [136].

Tabela 4. Charakterystyka skali stenowej w SLWS, źródło [136].

Punkty Wynik surowy	**Sten**
5-9	1
10-11	2
12-14	3
15-17	4
18-20	5
21-23	6
24-26	7
27-28	8
29-30	9
31-35	10

Skala pozytywnych zachowań zdrowotnych dla kobiet Hildt-Ciupińskiej

Skala składa się z 29 zachowań podzielonych na 5 obszarów (podskal) dbałości o zdrowie [137]:

- żywienie
- dbałość o ciało
- zachowanie bezpieczeństwa
- zdrowie psychospołeczne
- aktywność fizyczna

Przy każdym zachowaniu badana miała za zadanie określić, jak często je podejmuje:

- prawie zawsze (3 punkty),
- często (2 punkty),
- czasem (1 punkt),
- prawie nigdy (0 punktów).

Każda badana mogła uzyskać sześć wyników punktowych - jeden z pełnej skali i pięć z podskal, a generalnie kobiety mogły uzyskać od 0 do 84 punktów [137].

Wyniki każdej z podskal obliczono sumując wartości punktowe zaznaczone przez respondentki. Wyniki punktowe podzielono na trzy kategorie - wynik: niski, średni i wysoki (najbardziej pożądany z punktu widzenia dbałości o zdrowie) [137].

Podziału dokonano na podstawie średniej arytmetycznej i odchylenia standardowego ($x \pm 0{,}5$ SD) [137].

Skala Pozytywnych Zachowań Zdrowotnych dla kobiet okazała się rzetelna, współczynnik *alfa* Cronbacha wyniósł 0,81, a miara adekwatności dobom próby, mierzona wskaźnikiem KMO - 0,67 [137].

Standaryzowany Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) wg Juczyńskiego

IZZ jest przeznaczony do badania zdrowych i chorych osób dorosłych [136]. Zawiera 24 stwierdzenia opisujące różnego rodzaju zachowania związane ze zdrowiem. Pozwala na ustalenie ogólnego wskaźnika nasilenia zachowań zdrowotnych oraz stopnia nasilenia czterech kategorii tych zachowań [136]:

- prawidłowe nawyki żywieniowe uwzględniają przede wszystkim rodzaj spożywanej żywności (np. pieczywo pełnoziarniste, warzywa i owoce)
- zachowania profilaktyczne dotyczą przestrzegania zaleceń zdrowotnych, uzyskiwania informacji na temat zdrowia i choroby
- praktyki zdrowotne obejmują codzienne nawyki dotyczące snu i rekreacji czy aktywności fizycznej
- pozytywne nastawienia psychiczne włączają w zakres zachowań zdrowotnych takie czynniki psychologiczne, jak unikanie zbyt silnych emocji, stresów i napięć, czy sytuacji wpływających przygnębiająco.

Zgodność wewnętrzna IZZ, ustalona na podstawie *alfa* Cronbacha, wynosi 0,85 dla całego Inwentarza, zaś dla jego czterech podskal mieści się w granicach od 0,60 do 0,65 [136].

Badany zaznacza, jak często wykonuje podane czynności związane ze zdrowiem, oceniając każde z wymienionych w inwentarzu zachowań na skali pięciostopniowej: 1 – prawie nigdy, 2 – rzadko, 3 – od czasu do czasu, 4 – często, 5 – prawie zawsze [136].

Ze względu na możliwość okresowego preferowania pewnych rodzajów zachowań zdrowotnych przyjęto, że w ocenie należy brać pod uwagę ostatni rok [136].

Zaznaczone przez badanego wartości liczbowe zlicza się celem uzyskania w granicach od 24 do 120 punktów. Im wyższy wynik, tym większe nasilenie deklarowanych zachowań zdrowotnych [136].

Ogólny wskaźnik, po przekształceniu na jednostki standaryzowane w oparciu o tabelę 1 podlega interpretacji stosownie do właściwości charakteryzujących skalę stenową [136].

Wyniki w granicach 1 - 4 stena przyjęto traktować, jako wyniki niskie, zaś w granicach 7-10 stena, jako wysokie, co odpowiada obszarowi ok. 33% wyników

najniższych i tyle samo najwyższych w skali. Wyniki w granicach 5 i 6 stena traktuje się, jako przeciętne [136].

Tabela 5. Polskie normy Inwentarza Zachowań Zdrowotnych, źródło [136].

Mężczyźni (N=235)	**Sten**	**Kobiety (N=261)**
Wynik surowy		**Wynik surowy**
24-50	1	24-53
51-58	2	54-62
59-65	3	63-70
66-71	4	71-77
72-78	5	78-84
79-86	6	85-91
87-93	7	92-98
94-101	8	99-104
102-108	9	105-111
109-120	10	112-120

Ponadto oddzielnie oblicza się nasilenie czterech kategorii zachowań zdrowotnych - wskaźnikiem jest średnia liczba punktów w każdej kategorii, tzn. suma punktów podzielona przez 6.

Klucz diagnostyczny zamieszczono w kolejnej tabeli 6. Wyniki porównuje się ze średnimi z Tabeli 6.

Tabela 6. IZZ: klucz diagnostyczny, źródło [136].

Kategorie zachowań	**Numery pozycji**
Prawidłowe nawyki żywieniowe	1,5, 9, 13, 17, 21
Zachowania profilaktyczne	2, 6, 10, 14, 18, 22
Pozytywne nastawienia psychiczne	3, 7, 11, 15, 19, 23

Analiza statystyczna

Analiza statystyczna została przeprowadzona we współpracy z dr Markiem Sobolewskim z Zakładu Metod Ilościowych w Ekonomii Wydziału Zarządzania i Marketingu Politechniki Rzeszowskiej.

Analizę uzyskanych wyników przeprowadzono stosując wybrane metody opisu danych i wnioskowania statystycznego.

Analiza porównawcza danych dotyczących pięciu wyodrębnionych grup kobiet polegała na zestawieniu struktury procentowej odpowiedzi dla cech nominalnych.

W przypadku cech wyrażonych w postaci liczbowej wyznaczano podstawowe statystyki opisowe w porównywanych grupach (średnia, odchylenie standardowe, ewentualnie mediana).

Ocenę istotności różnic pomiędzy grupami przeprowadzono stosując test niezależności chi-kwadrat dla cech nominalnych i test Kruskala-Wallisa dla cech liczbowych. Wybór nieparametrycznego testu Kruskala-Wallisa był podyktowany odchyleniami od normalności rozkładu części miar psychometrycznych.

Przeanalizowano także korelacje pomiędzy miarami psychometrycznymi. Analizę tę przeprowadzono za pomocą współczynnika korelacji rang Spearmana. W tabelach podawano wartość współczynnika korelacji (R) i ocenę jego istotności statystycznej (p). Warto nadmienić, że analiza korelacji prowadzona była wielowariantowa, przy uwzględnieniu podziału na pięć grup respondentek wyodrębnionych w pracy. Przy interpretacji siły korelacji stosowano następującą pomocniczą skalę przymiotnikową:

- $|R| < 0{,}3$ – brak korelacji;
- $0{,}3 \leq |R| < 0{,}5$ – słaba korelacja;
- $0{,}5 \leq |R| < 0{,}7$ – przeciętna korelacja;
- $0{,}7 \leq |R| < 0{,}9$ – silna korelacja;
- $0{,}9 \leq |R| \leq 1$ – bardzo silna korelacja;

W analizie zastosowano zwyczajowe reguły interpretacji wyników testów statystycznych, które prezentowano w postaci prawdopodobieństwa testowego p. Jako znamienne statystycznie przyjmowano zależności, dla których $p < 0{,}05$ (dodatkowo wyróżniano też wyniki o wyższym stopniu istotności statystycznej: $p < 0{,}01$ oraz $p < 0{,}001$).

Wybrane wyniki ilustrowano za pomocą wykresów rozrzutu.

CHARAKTERYSTYKA PORÓWNAWCZA WYODRĘBNIONYCH GRUP KOBIET POD KĄTEM CECH SPOŁECZNO-DEMOGRAFICZNYCH

W tabelach zamieszczono wartość prawdopodobieństwa testowego *p* wyliczoną za pomocą stosownych testów pozwalających na ocenę istotności różnic pomiędzy porównywanymi grupami.

Kobiety, które tworzyły grupę kontrolną były młodsze od kobiet będących w ciąży, bądź po porodzie. Średnia wieku w tej kategorii wyniosła 23,1±23 lat. Wyniki obrazuje Tabela 7.

Tabela 7. Analiza porównawcza wieku badanych

Grupa	**Wiek [lata] (p = 0,0000***)**						
	$\bar{x}$	Me	s	c_{25}	c_{75}	min	max
kobiety niebędące w ciąży	23,1	23	3,0	21	25	20	35
I trymestr	28,1	28	4,6	25	32	20	35
II trymestr	28,2	28	4,3	25	31	20	35
III trymestr	28,4	29	3,8	26	31	20	35
rok po porodzie	27,8	28	4,2	24	31	20	35

Respondentki z grupy niebędącej w ciąży najczęściej jeszcze studiowały. Tymczasem przyszłe matki oraz respondentki po porodzie były często osobami z pełnym wyższym wykształceniem. Wyniki przedstawia Tabela 8.

Tabela 8. Analiza porównawcza wykształcenia badanych

Wykształcenie	**Grupa (p = 0,0000***)**					Razem
	kobiety niebędące w ciąży	**trymestr ciąży**			**rok po porodzie**	
		I	**II**	**III**		
podstawowe	0 (0,0%)	4 (2,7%)	3 (2,0%)	1 (0,7%)	0 (0,0%)	8
średnie	13 (8,7%)	50 (33,3%)	33 (22,0%)	31 (20,7%)	32 (21,3%)	159
zawodowe	1 (0,7%)	14 (9,3%)	8 (5,3%)	9 (6,0%)	7 (4,7%)	39
jeszcze studiuję	**67 (44,7%)**	5 (3,3%)	3 (2,0%)	4 (2,7%)	19 (12,7%)	98
licencjat	35 (23,3%)	15 (10,0%)	28 (18,7%)	11 (7,3%)	22 (14,7%)	111
magister	34 (22,7%)	**62(41,3%)**	**75(50,0%)**	**94(62,7%)**	**70(46,7%)**	335
Razem	150	150	150	150	150	750

Respondentki z grupy kobiet niebędących w ciąży były najczęściej osobami stanu wolnego (prawie $^2/_3$ tej kategorii), a z grupy kobiet w ciąży, bądź tych, które już urodziły - najczęściej były mężatkami. W każdej z wymienionych grup znaczny odsetek stanowiły kobiety tworzące związki nieformalne (najmniej liczne wśród respondentek po porodzie).

Ankietowane kobiety najczęściej były mieszkankami miast, chociaż w grupie kobiet po porodzie oraz w I trymestrze ciąży dość liczny odsetek stanowiły kobiety pochodzące ze wsi. Różnice wynikające z modelu mieszkania były oczywiste i wynikały ze struktury rodziny. Osoby z grupy kobiet niebędących w ciąży najczęściej mieszkały samotnie bądź z partnerem, natomiast kobiety, które już urodziły dziecko mieszkały wraz z całą rodziną (Tabela 9).

Tabela 9. Analiza porównawcza stanu cywilnego, miejsca zamieszkania i zamieszkania badanych

Stan cywilny	**Grupa**					Razem
	kobiety niebędące w ciąży	**trymestr ciąży**			**rok po porodzie**	
		I	**II**	**III**		
Stan cywilny (p = 0,0000*)**						
panna	**96 (64,0%)**	15 (10,0%)	5 (3,3%)	5 (3,3%)	10 (6,7%)	131
mężatka	28 (18,7%)	**104(69,3%)**	**110 (73,3%)**	**105 (70,0%)**	**125 (83,3%)**	472
rozwiedziona	0 (0,0%)	2 (1,3%)	2 (1,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	4
związek nieformalny	26 (17,3%)	29 (19,3%)	33 (22,0%)	40 (26,7%)	15 (10,0%)	143
Miejsce zamieszkania (p = 0,0000*)**						
wieś	29 (19,3%)	59 (39,3%)	36 (24,0%)	27 (18,0%)	49 (32,7%)	200
miasto	**121 (80,7%)**	**91 (60,7%)**	**114 (76,0%)**	**123 (82,0%)**	**101 (67,3%)**	550
Zamieszkanie (p = 0,0000*)**						
samotnie	37 (24,7%)	7 (4,7%)	3 (2,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	47
z mężem/partnerem	**48 (32,0%)**	44 (29,3%)	**73 (48,7%)**	**100 (66,7%)**	0 (0,0%)	265
z mężem i dziećmi	1 (0,7%)	**75 (50,0%)**	53 (35,3%)	31 (20,7%)	**120 (80,0%)**	280
tylko z dziećmi	0 (0,0%)	4 (2,7%)	2 (1,3%)	1 (0,7%)	8 (5,3%)	15
z rodzicami	43 (28,7%)	5 (3,3%)	1 (0,7%)	4 (2,7%)	0 (0,0%)	53
gospodarstwo wieloosobowe	21 (14,0%)	15 (10,0%)	18 (12,0%)	14 (9,3%)	22 (14,7%)	90
Razem	150	150	150	150	150	750

Nie wykazano statystycznie istotnej zależności pomiędzy badanymi grupami kobiet, a ich stopniem zamożności ocenianej skalą PWF (*Perceived Family Wealth*). W badanej grupie dominowały osoby, które swój status materialny określały jako przeciętny. Wyniki obrazuje Tabela 10.

Tabela 10. Analiza porównawcza stopnia zamożności badanych

Zamożność rodziny (PFW)	**Grupa (p = 0,1756)**					Razem
	kobiety niebędące w ciąży	**trymestr ciąży**			**rok po porodzie**	
		I	**II**	**III**		
raczej bogata	25 (16,7%)	15 (10,0%)	12 (8,0%)	17 (11,3%)	17 (11,3%)	86
przeciętna	**124(82,7%)**	**135(90,0%)**	**134(89,3%)**	**130(86,7%)**	**129(86,0%)**	652
raczej biedna	1 (0,7%)	0 (0,0%)	4 (2,7%)	3 (2,0%)	4 (2,7%)	12
Razem	150	150	150	150	150	750

Analiza wyników uzyskanych za pomocą Skali zasobów materialnych rodziny, pozwoliła na stwierdzenie, że w większości badane oceniały swój stan zamożności jako średni (Tabela 11).

Tabela 11. Analiza porównawcza poziomu FAS badanych

Poziom zasobów materialnych rodziny (FAS)	**Grupa (p = 0,0000***)**					Razem
	kobiety niebędące w ciąży	**trymestr ciąży**			**rok po porodzie**	
		I	**II**	**III**		
niski	26 (17,3%)	64 (42,7%)	65 (43,3%)	68 (45,3%)	68 (45,3%)	291
średni	**101 (67,3%)**	**76 (50,7%)**	**66 (44,0%)**	**70 (46,7%)**	**73 (48,7%)**	386
wysoki	23 (15,3%)	10 (6,7%)	19 (12,7%)	12 (8,0%)	9 (6,0%)	73
Razem	150	150	150	150	150	750

CHARAKTERYSTYKA PORÓWNAWCZA WYODRĘBNIONYCH GRUP KOBIET POD KĄTEM CECH ANTROPOMETRYCZNYCH

Charakterystyka porównawcza wyodrębnionych grup kobiet pod kątem cech antropometrycznych pozwoliła na stwierdzenie, iż średni wzrost badanych wahał się od 165,8±5,5 (kobiety w I trymestrze ciąży) do 166,9±6,0 (grupa po porodzie).

Masa ciała mieściła się w zakresie od 60,7±9,2kg (kobiety niebędące w ciąży) do 65,5±13kg (grupa w III trymestrze ciąży). Wyniki obrazuje Tabela 12.

Tabela 12. Cechy antropometryczne badanych grup

Cecha	**Grupa**										***p***
	kobiety niebędące w ciąży		**trymestr ciąży**						**rok po porodzie**		
			I		**II**		**III**				
	$\bar{x}$	*s*	$\bar{x}$	*s*	$\bar{x}$	*s*	$\bar{x}$	*s*	$\bar{x}$	*s*	
Wysokość ciała [cm]	166,8	5,7	165,8	5,5	166,8	5,5	166,2	5,1	166,9	6,0	0,4740
Masa ciała przed ciążą [kg]	**60,7**	**9,2**	**64,1**	**12,7**	**64,4**	**13,7**	**65,5**	**13,0**	**64,3**	**12,4**	**0,0241***
Masa ciała podczas ciąży [kg]	×	×	65,7	12,8	69,8	13,0	77,3	13,2	80,1	14,5	**0,0000*****
Masa ciała po ciąży [kg]	×	×	×	×	×	×	×	×	66,1	13,1	×

Dokonano analizy porównawczej BMI ankietowanych kobiet (w przypadku kobiet w ciąży chodzi o BMI zmierzone przed ciążą). Z uwagi na większe znaczenie merytoryczne tego wskaźnika, niż cech somatycznych, takich jak wzrost czy masa ciała, w Tabeli 13 pokazano wartości większej grupy statystyk opisowych. Jak widać z poniższych danych, kobiety niebędące w ciąży, w porównaniu z innymi grupami, miały niższe BMI - 21,8±21,3 vs 23,0±22,5 w grupie po porodzie, 23,1±21,9 w grupie w II trymestrze ciąży, 23,3±22,5 w grupie w I trymestrze ciąży i 23,7±22,5 w grupie w III trymestrze ciąży (p = 0,0040**).

Tabela 13. Wartości BMI badanych grup

Grupa	BMI (p = 0,0040**)						
	$\bar{x}$	Me	s	c_{25}	c_{75}	min	max
kobiety niebędące w ciąży	21,8	21,3	2,7	19,9	23,0	17,1	30,0
I trymestr	23,3	22,5	4,2	20,3	25,2	16,7	38,6
II trymestr	23,1	21,9	4,7	20,1	25,1	14,8	44,8
III trymestr	23,7	22,5	4,5	20,8	25,3	16,7	42,2
rok po porodzie	23,0	22,5	4,0	20,2	25,1	15,8	36,1

Na podstawie wartości BMI, stosując kryteria WHO, wyodrębniono grupy badanych z niedowagą, nadwagą i otyłością (p = 0,0186*). We wszystkich grupach największy odsetek stanowiły osoby z wagą w normie, w tym najwięcej wśród kobiet niebędących w ciąży (76%), a najmniej wśród kobiet po porodzie (62,7%). Kobiet z niedowagą i nadwagą najwięcej było w grupie kobiet po porodzie (odpowiednio - 11,3% i 20%). Nie wykazano otyłości w grupie kobiet niebędących w ciąży. Strukturę badanej grupy według tej klasyfikacji przedstawiono w Tabeli 14.

Tabela 14. Klasyfikacja wagi wg BMI badanych grup

Klasyfikacja wagi wg BMI	Grupa (p = 0,0186*)					Razem
	kobiety niebędące w ciąży	trymestr ciąży			rok po porodzie	
		I	II	III		
niedowaga	15 (10,0%)	9 (6,0%)	12(8,0%)	6 (4,0%)	17 (11,3%)	59
norma	**114(76,0%)**	**100(66,7%)**	**99 (66,0%)**	**105(70,0%)**	**94 (62,7%)**	512
nadwaga	21 (14,0%)	27 (18,0%)	26 (17,3%)	26 (17,3%)	30 (20,0%)	130
otyłość	0 (0,0%)	14 (9,3%)	13 (8,7%)	13 (8,7%)	9 (6,0%)	49
Razem	150	150	150	150	150	750

Wykazano, że istotnie częściej (p = 0,0000***) od pozostałych grup swoją wagę kontrolowały badane będące w II oraz III trymestrze ciąży. Wyniki obrazuje Tabela 15.

Tabela 15. Częstość kontroli wagi ciała badanych grup

Częstość kontroli wagi ciała	**Grupa (p = 0,0000***)**					Razem
	kobiety niebędące w ciąży	**trymestr ciąży**			**rok po porodzie**	
		I	**II**	**III**		
codziennie	5 (3,3%)	6 (4,0%)	12 (8,0%)	12 (8,0%)	5 (3,3%)	40
dwa i więcej w tygodniu	26 (17,3%)	25 (16,7%)	39 (26,0%)	39 (26,0%)	31 (20,7%)	160
sporadycznie	**94 (62,7%)**	**95 (63,3%)**	**73 (48,7%)**	**68 (45,3%)**	91 (60,7%)	421
nie kontroluję	17 (11,3%)	22 (14,7%)	12 (8,0%)	12 (8,0%)	22 (14,7%)	85
inne	8 (5,3%)	2(1,3%)	14 (9,3%)	19 (12,7%)	1(0,7%)	44
Razem	150	150	150	150	150	750

DANE DOTYCZĄCE CIĄŻY I PORODU

W grupie w I trymestrze ciąży dominowały kobiety w drugiej ciąży (41,3%) i porodu drugiego (49%), a w II i III trymestrze w pierwszej ciąży (odpowiednio 52,7% i 70,7%) i porodu pierwszego (odpowiednio 56% i 78,7%). U większości badanych ciąża była pojedyncza. Uzyskane wyniki były istotne statystycznie (p = 0,0001***) (Tabela 16).

Tabela 16. Dane dotyczące obecnej ciąży kobiet

Liczba	**Grupa/trymestr ciąży**			Razem
	I	**II**	**III**	
Która to ciąża (p = 0,0001*)**				
1	59 (39,3%)	**79 (52,7%)**	**106 (70,7%)**	244
2	**62 (41,3%)**	49 (32,7%)	35 (23,3%)	146
3	19 (12,7%)	16 (10,7%)	7 (4,7%)	42
4	7 (4,7%)	4 (2,7%)	2 (1,3%)	13
5	3 (2,0%)	2 (1,3%)	0 (0,0%)	5
Razem	150	150	150	450
Który to poród? (p = 0,0001*)**				
1	58 (38,9%)	**85 (56,0%)**	**122 (78,7%)**	265
2	**74 (49,0%)**	51 (34,0%)	25 (16,7%)	150
3	16 (10,7%)	11 (7,3%)	3 (2,0%)	30
4	1 (0,7%)	2 (1,3%)	0 (0,0%)	3
5	1 (0,7%)	1 (0,7%)	0 (0,0%)	2
Razem	150	150	150	150
Obecna ciąża (p = 0,0001*)**				
pojedyncza	**144 (96,0%)**	**147 (98,0%)**	**149 (99,3%)**	440
bliźniacza	6 (4,0%)	3 (2,0%)	1 (0,7%)	10
Razem	150	150	150	450

W grupie badanych po roku czasu od przebytej ciąży najwięcej było respondentek po ciąży pierwszej (60,7%), pojedynczej (66,0%) i pierwszym porodzie (72,7%), drogami silami natury (56,3%). Wyniki przedstawia Tabela 17.

Tabela 17. Dane dotyczące ciąży kobiet rok po porodzie

Liczba ciąż	Liczność	Procent
Liczba ciąż		
1	91	60,7
2	41	27,3
3	15	10,0
4	2	1,3
5	1	0,7
Liczba porodów		
1	109	72,7
2	30	20,0
3	9	6,0
4	1	0,7
5	1	0,7
Ciąża pojedyncza - liczba		
1	99	66,0
2	38	25,3
3	11	7,3
4	1	0,7
5	1	0,7
Typ porodu		
poród naturalny	85	56,3
cięcie cesarskie	66	43,7

W kolejnym etapie badań analizowano dolegliwości zdrowotne towarzyszące badanym w ciąży. Kobiety najczęściej odczuwały dolegliwości z zakresu układu pokarmowego (w I trymestrze - 76,7%, w II - 73,3%, w III - 69,3%). Wykazano istotne statystycznie różnice w odczuwaniu dolegliwości z zakresu narządu ruchu (0,0000***) i układu krążenia (0,0313*), a także w braku dolegliwości (0,0028**). Wyniki obrazuje Tabela 18.

Tabela18. Dolegliwości zdrowotne w czasie ciąży

Dolegliwości z zakresu	Grupa/trymestr ciąży						*p*
	I		II		III		
	N	%	*N*	%	*N*	%	
narządu ruchu	**19**	**12,7%**	**46**	**30,7%**	**81**	**54,0%**	**0,0000*** **
układu pokarmowego	115	76,7%	110	73,3%	104	69,3%	0,3575
układu moczowo-płciowego	30	20,0%	27	18,0%	41	27,3%	0,1193
układu krążenia	**4**	**2,7%**	**13**	**8,7%**	**15**	**10,0%**	**0,0313***
cukrzycy ciążowej	0	0,0%	3	2,0%	5	3,3%	0,0891
inne	62	41,3%	78	52,0%	61	40,7%	0,0859
brak	**24**	**16,0%**	**12**	**8,0%**	**7**	**4,7%**	**0,0028****

OCENA OBECNEGO STANU ZDROWIA ORAZ KORZYSTANIE Z OPIEKI MEDYCZNEJ

Nie wykazano statystycznie istotnych różnic w ocenie stanu zdrowia pomiędzy grupą kobiet w ciąży, a pozostałymi grupami. Średnia ocen we wszystkich grupach respondentek była na wysokim poziomie - od 7,7 do 7,9 pkt., przy czym najlepiej oceniały go badane w III trymestrze ciąży. Wyniki obrazuje Tabela 19.

Tabela 19. Ocena obecnego stanu zdrowia przez badanych

Grupa	Obecny stan zdrowia (pkt)				
	$\bar{x}$	Me	*s*	min	max
kobiety niebędące w ciąży	7,7	8,0	1,4	4	10
I trymestr ciąży	7,8	8,0	1,5	2	10
II trymestr ciąży	7,8	8,0	1,7	2	10
III trymestr ciąży	7,9	8,0	1,4	4	10
rok po porodzie	7,7	8,0	1,8	1	10
p	0,6555				

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu Kruskala-Wallisa

Kobiety będące w ciąży, szczególnie w II i III trymestrze, zdecydowanie najczęściej z opieki medycznej korzystały raz w miesiącu - odpowiednio 42% i 37,3%. Grupa kobiet w I trymestrze ciąży udawała się do lekarza tylko w razie potrzeby (44,7%), a niebędących w ciąży korzystała z pomocy lekarza głównie w razie potrzeby (41,3%), bądź badała się kilka razy w roku (24,9%). Kobiety po porodzie również najczęściej korzystały z usług medycznych, tylko wtedy gdy zachodziła taka potrzeba (%9,3%). Wyniki obrazuje Tabela 20.

Z usług medycznych podczas ostatniego roku najczęściej (więcej niż 3 razy) korzystały panie będące w II i III trymestrze ciąży - odpowiednio 54,7% i 57,3%. W takim zakresie z pomocy korzystało także 48% kobiet niebędących w ciąży oraz 50% kobiet w rok po porodzie (Tabela 21).

Wszystkie badane najczęściej deklarowały, że zawsze stosowały się do zaleceń lekarza, przy czym w grupie kobiet w I trymestrze ciąży (81,3%), III trymestrze (80,7%) i II trymestrze (76,7%) odsetek był większy, niż w grupie kobiet niebędących w ciąży, jak i wśród kobiet będących rok po porodzie (po 59,3%). Wyniki przedstawia Tabela 22.

Tabela 20. Deklaracja częstości korzystania z opieki lekarskiej

Częstość	**Grupa (p = 0,0000***)**					Razem
	kobiety niebędące w ciąży	**trymestr ciąży**			**rok po porodzie**	
		I	**II**	**III**		
kilka razy w tygodniu	0 (0,0%)	1 (0,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1
raz w tygodniu	0 (0,0%)	10 (6,7%)	4 (2,7%)	5 (3,3%)	1 (0,7%)	20
kilka razy w miesiącu	6 (4,0%)	11 (7,3%)	22 (14,7%)	19 (12,7%)	6 (4,0%)	64
raz w miesiącu	12 (8,0%)	33 (22,0%)	**63 (42,0%)**	**56 (37,3%)**	9 (6,0%)	173
kilka razy w roku	**44 (29,3%)**	19 (12,7%)	6 (4,0%)	12 (8,0%)	24 (16,0%)	105
raz na pół roku	26 (17,3%)	9 (6,0%)	7 (4,7%)	10 (6,7%)	21 (14,0%)	73
w razie potrzeby	**62 (41,3%)**	**67 (44,7%)**	48 (32,0%)	48 (32,0%)	**89 (59,3%)**	314
Razem	150	150	150	150	150	750

Tabela 21. Deklaracja korzystania z pomocy lekarskiej w ciągu ostatniego roku

Częstość podczas ostatniego roku	**Grupa (p = 0,0011**)**					Razem
	kobiety niebędące w ciąży	**trymestr ciąży**			**rok po porodzie**	
		I	**II**	**III**		
nie korzystałam	6 (4,0%)	11 (7,3%)	4 (2,7%)	5 (3,3%)	10 (6,7%)	36
raz	14 (9,3%)	8 (5,3%)	9 (6,0%)	9 (6,0%)	15 (10,0%)	55
2-3 razy	55 (36,7%)	43 (28,7%)	31 (20,7%)	32 (21,3%)	40 (26,7%)	201
więcej niż 3 razy	**72 (48,0%)**	71 (47,3%)	**82 (54,7%)**	**86 (57,3%)**	**75 (50,0%)**	386
nie pamiętam	3 (2,0%)	17 (11,3%)	24 (16,0%)	18 (12,0%)	10 (6,7%)	72
Razem	150	150	150	150	150	750

Tabela 22. Deklaracja stosowania się do zaleceń lekarskich

Stosowanie się do zaleceń lekarza	**Grupa (p = 0,0000***)**					Razem
	kobiety niebędące w ciąży	**trymestr ciąży**			**rok po porodzie**	
		I	**II**	**III**		
zawsze	**89 (59,3%)**	**122(81,3%)**	**115(76,7%)**	**121(80,7%)**	**89 (59,3%)**	536
czasami	53 (35,3%)	23 (15,3%)	29 (19,3%)	26 (17,3%)	49 (32,7%)	180
nie	7 (4,7%)	2 (1,3%)	1 (0,7%)	1 (0,7%)	9 (6,0%)	20
inne	1 (0,7%)	3 (2,0%)	5 (3,3%)	2 (1,3%)	3 (2,0%)	14
Razem	150	150	150	150	150	750

W razie choroby, bądź złego samopoczucia do lekarza udawały się przede wszystkim kobiety w I trymestrze ciąży, będąc świadome, że w tym czasie ciąża jest szczególnie zagrożona (34%). Z domowych środków leczniczych najczęściej korzystały badane będące w II trymestrze (47,3%), a kobiety po porodzie kupowały w takim przypadku leki, które można dostać bez recepty (42%). Pozostałe wyniki przedstawia Tabela 23.

Tabela 23. Deklaracja zachowań podczas choroby

Zachowania podczas choroby	**Grupa (p = 0,0001***)**					Razem
	kobiety niebędące w ciąży	**trymestr ciąży**			**rok po porodzie**	
		I	**II**	**III**		
domowe sposoby leczenia	58 (38,7%)	59 (39,3%)	**71 (47,3%)**	67 (44,7%)	55 (36,7%)	310
wizyta u lekarza	27 (18,0%)	**51 (34,0%)**	29 (19,3%)	39 (26,0%)	21 (14,0%)	167
leki dostępne bez recepty	56 (37,3%)	31 (20,7%)	37 (24,7%)	34 (22,7%)	**63 (42,0%)**	221
nic nie robię	5 (3,3%)	8 (5,3%)	9 (6,0%)	**10 (6,7%)**	7 (4,7%)	39
Medycyna niekonwencjonalna	4 (2,7%)	1 (0,7%)	4 (2,7%)	0 (0,0%)	**4 (2,7%)**	13
Razem	150	150	150	150	150	750

Kobiety w ciąży były bardziej ostrożne w przypadku zażywania leków w porównaniu z grupą niebędącą w ciąży. Kwas foliowy, co jest oczywiste, zażywały głównie respondentki w ciąży. Antybiotyki stosowały przede wszystkim kobiety niebędące w ciąży (44%), witaminy - kobiety w III trymestrze ciąży (92,7%), leki homeopatyczne w II i w III trymestrze ciąży (po 5,3%), suplementy diety - kobiety rok po porodzie (6%), leki przeciwbólowe - niebędącą w ciąży (14,7%), leki hormonalne - niebędącą w ciąży (11,3%), a leki przeciwalergiczne - kobiety rok po ciąży (3,3%). Pozostałe wyniki obrazuje Tabela 24.

Tabela 24. Deklaracja rodzaju leków stosowanych podczas ostatniego roku

Leki stosowane podczas ostatniego roku	**Grupa**										***p***
	kobiety niebędące w ciąży		**trymestr ciąży**						**rok po porodzie**		
			I		**II**		**III**				
	N	%	*N*	%	*N*	%	*N*	%	*N*	%	
antybiotyki	66	44,0	44	29,3	42	28,0	52	34,7	52	34,7	0,0317*
witaminy	123	82,0	121	80,7	131	87,3	139	92,7	119	79,3	0,0075**
leki homeopatyczne	2	1,3	4	2,7	3	2,0	8	5,3	8	5,3	0,1573
kwas foliowy	12	8,0	113	75,3	127	84,7	128	85,3	46	30,7	0,0000***
suplementy odchudzające	7	4,7	2	1,3	5	3,3	3	2,0	9	6,0	0,1627
przeciwbólowe	22	14,7	8	5,3	7	4,7	4	2,7	10	6,7	0,0004***
leki hormonalne	17	11,3	8	5,3	9	6,0	8	5,3	12	8,0	0,2093
przeciw alergii	2	1,3	0	0,0	3	2,0	3	2,0	5	3,3	0,2706
nie stosowałam	4	2,7	7	4,7	2	1,3	4	2,7	15	10,0	0,0018**
nie pamiętam	4	2,7	4	2,7	3	2,0	2	1,3	2	1,3	0,8510

ZACHOWANIA PROFILAKTYCZNE BADANYCH KOBIET

Kobiety będące w ciąży oraz po porodzie częściej korzystały z badań ginekologicznych, niż respondentki z grupy kontrolnej (p = 0,0000***). Co pół roku badanie ginekologiczne miało najwięcej (36,7%) kobiet w rok po porodzie, najmniej (18,7%) kobiet niebędących w ciąży. Raz na rok u ginekologa było najwięcej (52%) kobiet w rok po porodzie, najmniej (36,7%) kobiet niebędących w ciąży. Badaniom ginekologiczynym nie poddawały się najczęściej kobiety niebędące w ciąży (17,3%) (Tabela 25).

Tabela 25. Analiza porównawcza częstości badań ginekologicznych w badanych grupach

Częstość badań ginekologicznych	**Grupa (*p* = 0,0000***)**					Razem
	kobiety niebędące w ciąży	**trymestr ciąży**			**rok po porodzie**	
		I	**II**	**III**		
co pół roku	28 (18,7%)	49 (32,7%)	50 (33,3%)	49 (32,7%)	**55 (36,7%)**	231
raz na rok	55 (36,7%)	67 (44,7%)	75 (50,0%)	71 (47,3%)	**78 (52,0%)**	346
raz na kilka lat	25 (16,7%)	19 (12,7%)	19 (12,7%)	19 (12,7%)	15 (10,0%)	97
nie chodzę do ginekologa	26 (17,3%)	8 (5,3%)	3 (2,0%)	5 (3,3%)	0 (0,0%)	42
nie pamiętam	16 (10,7%)	7 (4,7%)	3 (2,0%)	6 (4,0%)	2 (1,3%)	34
Razem	150	150	150	150	150	750

Aktualne badania cytologiczne (sprzed miesiąca, dwóch), wykonywane przez lekarza ginekologa podczas wizyty kontrolnej, posiadały głównie respondentki w I (31,4%) oraz w II trymestrze ciąży (37,3%), najrzadziej niebędące w ciąży (9,3%). Wykazano istotną zależność statystyczną pomiędzy częstością badań cytologicznych w badanych grupach (*p* = 0,0000***) (Tabela 26).

Nie wykazano zależności statystycznej (*p* = 0,1538) pomiędzy grupami respondentek, a wynikami badań cytologicznych. Badane rok po porodzie miały najczęściej wynik z 1^{o} stopieniem cytologii (16%), w III trymestrze - z 2^{o} stopniem (41,6%), w II trymestrze - z 3^{o} stopniem (2%). Wyniki obrazuje Tabela 27.

Tabela 26. Analiza porównawcza częstości badań cytologicznych w badanych grupach

Ostatnie badanie cytologiczne	**Grupa (p = 0,0000***)**					Razem
	kobiety nie będące w ciąży	**trymestr ciąży**			**rok po porodzie**	
		I trymestr	**II trymestr**	**III trymestr**		
1-2 miesiące temu	14 (9,3%)	47 (31,3%)	**56 (37,3%)**	16 (10,7%)	25 (16,7%)	158
pół roku temu	27 (18,0%)	40 (26,7%)	50 (33,3%)	**77 (51,3%)**	46 (30,7%)	240
rok temu	31 (20,7%)	28 (18,7%)	21 (14,0%)	39 (26,0%)	**49 (32,7%)**	168
ponad rok	**49 (32,7%)**	28 (18,7%)	21 (14,0%)	17 (11,3%)	30 (20,0%)	145
w ogóle	**29 (19,3%)**	7 (4,7%)	2 (1,3%)	1 (0,7%)	0 (0,0%)	39
Razem	150	150	150	150	150	750

Tabela 27. Analiza porównawcza częstości badań ginekologicznych w badanych grupach

Wynik ostatniego badania cytologicznego	**Grupa (p = 0,1538)**					Razem
	kobiety niebędące w ciąży	**trymestr ciąży**			**rok po porodzie**	
		I	**II**	**III**		
I stopień	17 (14,0%)	18 (12,6%)	21 (14,2%)	22 (14,8%)	**24 (16,0%)**	102
II stopień	28 (23,1%)	48 (33,6%)	58 (39,2%)	**62 (41,6%)**	53 (35,3%)	249
III stopień	1 (0,8%)	2(1,4%)	**3 (2,0%)**	0 (0,0%)	**3 (2,0%)**	9
IV stopień	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1
nie pamiętam	**108(27,8%)**	**78 (20,1%)**	67 (17,2%)	66 (17%)	70 (17,9%)	389
Razem	150	150	150	150	150	750

Większość badanych respondentek twierdziła, że badanie cytologiczne powinno być wykonywane raz na rok. Wyniki przedstawia Tabela 28.

Okazało się, że najwyższy odsetek respondentek nie miał ostatnio badania piersi wykonywanego przez lekarza ginekologa podczas wizyty kontrolnej. Najczęściej miało to miejsce 1-2 miesiące głównie w grupie kobiet niebędących w ciąży (9,3%), pół roku temu - w grupie w II trymestrze ciąży (18,7%), pół roku temu - w grupie rok po porodzie (31,3%) lub ponad rok temu - w grupie w I trymestrze ciąży (32%) (Tabela 29).

Tabela 28. Analiza porównawcza opinii badanych na temat prawidłowej częstości wykonywania badańcytologicznych w badanych grupach

Prawidłowa częstość badań cytologicznych	Grupa (p = 0,0021**)					Razem
	kobiety niebędące w ciąży	trymestr ciąży			rok po porodzie	
		I	II	III		
raz na rok	**90 (60,0%)**	**101(67,3%)**	**96 (64,0%)**	**119(79,3%)**	**103(68,7%)**	509
raz na dwa lata	39 (26,0%)	21 (14,0%)	26 (17,3%)	12 (8,0%)	23 (15,3%)	121
dwa razy podczas ciąży	0 (0,0%)	9 (6,0%)	10 (6,7%)	6 (4,0%)	4 (2,7%)	29
inne	5(3,3%)	5 (3,3%)	5 (3,3%)	7 (4,7%)	7 (4,7%)	29
nie wiem	16 (10,7%)	14 (9,3%)	13 (8,7%)	6 (4,0%)	13 (8,7%)	62
Razem	150	150	150	150	150	750

Tabela 29. Analiza porównawcza czasu w którym respondentki miały ostatnio badane piersi

Ostatnio wykonywane badanie piersi	Grupa (p = 0,0092**)					Razem
	kobiety niebędące w ciąży	trymestr ciąży			rok po porodzie	
		I	II	III		
1-2 miesiące temu	**14 (9,3%)**	12 (8,0%)	13 (8,7%)	11 (7,3%)	12 (8,0%)	62
pół roku temu	21 (14,0%)	10 (6,7%)	**28 (18,7%)**	24 (16,0%)	18 (12,0%)	101
rok temu	34 (22,7%)	29 (19,3%)	35 (23,3%)	28 (18,7%)	**47 (31,3%)**	173
ponad rok	22 (14,7%)	**48 (32,0%)**	27 (18,0%)	29 (19,3%)	29 (19,3%)	155
w ogóle	**59 (39,3%)**	**51 (34,0%)**	**47 (31,3%)**	**58 (38,7%)**	**44 (29,3%)**	259
Razem	150	150	150	150	150	750

Najrzadziej samobadanie piersi wykonywały badane w II (57,3%) i III (565) trymestrze ciąży, a najczęściej wykonywały je kobiety w rok po porodzie (58%). Wyniki obrazuje Tabela 30.

Tabela 30. Analiza porównawcza deklaracji samobadania piersi w badanych grupach

Czy przeprowadza Pani samobadanie piersi?	Grupa (p = 0,0201*)					Razem
	kobiety niebędące w ciąży	trymestr ciąży			rok po porodzie	
		I	II	III		
tak	**82 (54,7%)**	**82 (54,7%)**	64 (42,7%)	66 (44,0%)	**87 (58,0%)**	381
nie	68 (45,3%)	68 (45,3%)	**86 (57,3%)**	**84 (56,0%)**	63 (42,0%)	369
Razem	150	150	150	150	150	750

Nie wykazano statystycznej zależności pomiędzy przekonaniem o częstości samobadania piersi wśród kobiet, które je wykonywały, a przynależnością do wyodrębnionych grup (p = 0,6602). Wyniki przedstawia Tabela 31.

Tabela 31. Analiza porównawcza częstości samobadania piersi w badanych grupach

Częstość samobadania piersi	Grupa (p = 0,6602)					Razem
	kobiety niebędące w ciąży	trymestr ciąży			rok po porodzie	
		I trymestr	II trymestr	III trymestr		
raz w miesiącu	**49 (59,8%)**	**51 (62,2%)**	**40 (62,5%)**	**35 (53,0%)**	**60 (69,0%)**	235
raz w roku	**6 (7,3%)**	5 (6,1%)	5 (7,8%)	3 (4,5%)	4 (4,6%)	23
raz na pół roku	27 (32,9%)	26 (31,7%)	19 (29,7%)	**28 (42,4%)**	23 (26,4%)	123
Razem	82	82	64	66	87	381

Również fakt bycia w ciąży oraz urodzenia dziecka nie wpływał w sposób statystycznie istotny (p = 0,8271) na znajomość okresu, w którym samobadanie piersi powinno być przeprowadzane (Tabela 32).

Kobiety z analizowanej grupy w większości nie wykonywały badań mammograficznych, co być może wynikało z ich młodego wieku. Wyniki obrazuje Tabela 33.

Badanie USG piersi również w analizowanej grupie kobiet było wykonywane rzadko, niezależnie od faktu bycia w ciąży, bądź urodzenia dziecka. Wyniki obrazuje Tabela 34.

Tabela 32. Analiza porównawcza wiedzy w badanych grupach na temat okresu w którym powinno sięprzeprowadzać samobadanie piersi

Kiedy powinno się przeprowadzać samobadanie piersi?	Grupa (p = 0,8271)					Razem
	kontrolna	trymestr ciąży			rok po porodzie	
		I	II	III		
tydzień po miesiączce	**41 (50,0%)**	**34(41,5%)**	**34(53,1%)**	**37 (56,1%)**	**37 (42,5%)**	183
tydzień przed miesiączką	5 (6,1%)	**6 (7,3%)**	3 (4,7%)	2 (3,0%)	5 (5,7%)	21
niezależnie od fazy cyklu	17 (20,7%)	19 (23,2%)	15 (23,4%)	16 (24,2%)	**24 (27,6%)**	91
nie wiem	19 (23,2%)	**23 (28,0%)**	12 (18,8%)	11 (16,7%)	21 (24,1%)	86
Razem	82	82	64	66	87	381

Tabela 33. Analiza porównawcza wykonania ostatniego badania mammograficznego w badanych grupach

Ostatnie badanie mammo-graficzne	Grupa (p = 0,0368*)					Razem
	kobiety niebędące w ciąży	trymestr ciąży			rok po porodzie	
		I	II	III		
pół roku temu	1 (0,7%)	0 (0,0%)	4(2,7%)	0(0,0%)	1 (0,7%)	6
rok temu	1 (0,7%)	0 (0,0%)	2 (1,3%)	0 (0,0%)	3 (2,0%)	6
kilka lat temu	1(0,7%)	1(0,7%)	3 (2,0%)	5 (3,3%)	5 (3,3%)	15
w ogóle	**141 (94,0%)**	**136 (90,7%)**	**136 (90,7%)**	**141 (94,0%)**	**134 (89,3%)**	688
nie pamiętam	6(4,0%)	13(8,7%)	5 (3,3%)	4 (2,7%)	7 (4,7%)	35
Razem	150	150	150	150	150	750

Tabela 34. Analiza porównawcza wykonania ostatniego badania USG piersi w badanych grupach

Ostatnie badanie USG piersi	Grupa (p = 0,1279)					Razem
	kobiety niebędące w ciąży	trymestr ciąży			po porodzie	
		I	II	III		
pół roku temu	6 (4,0%)	8 (5,3%)	13 (8,7%)	7 (4,7%)	10 (6,7%)	44
rok temu	7 (4,7%)	10 (6,7%)	13 (8,7%)	14 (9,3%)	13 (8,7%)	57
kilka lat temu	14 (9,3%)	24 (16,0%)	12 (8,0%)	24 (16,0%)	24 (16,0%)	98
w ogóle	**119 (79,3%)**	**97 (64,7%)**	**107(71,3%)**	**97 (64,7%)**	**98 (65,3%)**	518
nie pamiętam	4 (2,7%)	11 (7,3%)	5 (3,3%)	8 (5,3%)	5 (3,3%)	33
Razem	150	150	150	150	150	750

Ciąża, a także poród nie wpływały na częstość korzystania z usług stomatologa. Wyniki przedstawia Tabela 35.

Większość badanych kobiet nie miała wykonywanego badania RTG klatki piersiowej przed ciążą lub tego nie pamiętała (Tabela 36).

Tabela 35. Analiza porównawcza częstości wizyt u stomatologa w badanych grupach

Częstość wizyt u stomatologa	Grupa (p = 0,1637)					Razem
	kobiety niebędące w ciąży	trymestr ciąży			rok po porodzie	
		I	II	III		
raz na pół roku	43(28,7%)	51 (34,0%)	49 (32,7%)	44 (29,3%)	48 (32,0%)	235
raz na rok	**71 (47,3%)**	**62 (41,3%)**	**73 (48,7%)**	**76 (50,7%)**	**54 (36,0%)**	336
w razie bólu zęba	24 (16,0%)	27 (18,0%)	25 (16,7%)	23 (15,3%)	35 (23,3%)	134
nie pamiętam	12 (8,0%)	10 (6,7%)	3 (2,0%)	7 (4,7%)	13 (8,7%)	45
Razem	150	150	150	150	150	750

Tabela 36. Analiza porównawcza wykonania RTG przed ciążą w badanych grupach

RTG klatki piersiowej przed ciążą	Grupa (p = 0,0058**)					Razem
	kobiety niebędące w ciąży	trymestr ciąży			rok po porodzie	
		I	II	III		
tak	16 (10,7%)	13(8,7%)	18(12,0%)	10 (6,7%)	10 (6,7%)	67
nie	**95 (63,3%)**	**80 (53,3%)**	**99 (66,0%)**	**88 (58,7%)**	**109 (72,7%)**	471
nie pamiętam	39 (26,0%)	57(38,0%)	33 (22,0%)	52 (34,7%)	31 (20,7%)	212
Razem	150	150	150	150	150	750

O wpływie zachowań zdrowotnych na przebieg ciąży, przekonane najbardziej były kobiety niebędące w ciąży (84%) oraz panie będące w II trymestrze ciąży (83,3%). Co ciekawe, osoby najbardziej doświadczone w tym temacie, czyli kobiety po porodzie, potwierdzały tę tezę najmniej licznie (65,3%). Można jednak stwierdzić, że we wszystkich analizowanych grupach dominowało przekonanie, że zachowania zdrowotne wpływają na właściwy przebieg ciąży (Tabela 37).

Tabela 37. Przekonanie badanych o wpływie zachowań zdrowotnych na przebieg ciąży

Czy zachowania zdrowotne wpływają na ciążę?	**Grupa (p = 0,0001***)**					Razem
	kobiety niebędące w ciąży	**trymestr ciąży**			**rok po porodzie**	
		I	**II**	**III**		
tak	**126(84,0%)**	**106(70,7%)**	**125(83,3%)**	**116(77,3%)**	**98(65,3%)**	571
nie	3 (2,0%)	17 (11,3%)	15 (10,0%)	13 (8,7%)	27 (18,0%)	75
nie wiem	21 (14,0%)	27 (18,0%)	10 (6,7%)	21 (14,0%)	25 (16,7%)	104
Razem	150	150	150	150	150	750

Bardzo podobnie przedstawiały się odpowiedzi respondentek na pytanie dotyczące wpływu zachowań zdrowotnych na przebieg porodu. W tym przypadku najbardziej sceptyczne pozostawały ankietowane, które już rodziły (42%), gdy tymczasem w grupie kobiet nierodzących przekonanych o tym było aż 74%, wśród badanych będących w II trymestrze aż 76,7%, zaś w III trymestrze - 70% (Tabela 38).

Tabela 38. Przekonanie badanych o wpływie zachowań zdrowotnych na przebieg porodu

Czy zachowania zdrowotne wpływają na poród?	**Grupa (p = 0,0000***)**					Razem
	kobiety niebędące w ciąży	**trymestr ciąży**			**rok po porodzie**	
		I	**II**	**III**		
tak	**111(74,0%)**	**87(58,0%)**	**115(76,7%)**	**105(70,0%)**	**63(42,0%)**	481
nie	10 (6,7%)	24 (16,0%)	17 (11,3%)	23 (15,3%)	60 (40,0%)	134
nie wiem	29 (19,3%)	39 (26,0%)	18 (12,0%)	22 (14,7%)	27 (18,0%)	135
Razem	150	150	150	150	150	750

Zdecydowanie najwięcej kobiet z grupy nie będącej w ciąży (46%) przyznało, że było edukowanych w zakresie zachowań zdrowotnych (p = 0,0000***). Wyniki obrazuje Tabela 39.

Tabela 39. Deklaracja otrzymanej edukacji w zakresie zachowań zdrowotnych

Czy była Pani edukowana w zakresie zachowań zdrowotnych?	**Grupa (p = 0,0000***)**					Razem
	kobiety niebędące w ciąży	**trymestr ciąży**			**rok po porodzie**	
		I	**II**	**III**		
tak	**69 (46,0%)**	27 (18,0%)	20 (13,3%)	20 (13,3%)	33 (22,0%)	169
nie	34 (22,7%)	**90 (60,0%)**	**89 (59,3%)**	**94 (62,7%)**	**69 (46,0%)**	376
nie pamiętam	47 (31,3%)	33 (22,0%)	41 (27,3%)	36 (24,0%)	48 (32,0%)	205
Razem	150	150	150	150	150	750

SPOSÓB ŻYWIENIA

Przeanalizowano częstość spożywania określonych produktów spożywczych w zależności od grupy ankietowanych kobiet.

Zastosowano skalę liczbową, gdzie 1 oznacza „w ogóle nie spożywam", a 5 „więcej niż trzy razy dziennie".

W Tabeli 40 pokazano wyliczone w ten sposób średnie oceny częstości spożywania poszczególnych produktów.

Okazało się, że kobiety w ciąży i po porodzie nieco rzadziej sięgały po żywność typu fast-food, natomiast częściej spożywały owoce (szczególnie w I oraz II trymestrze ciąży).

Tabela 40. Deklaracja spożywania odpowiednich grup produktów

Częstość spożywania produktów	**Grupa**					***p***
	kobiety niebędące w ciąży	**trymestr ciąży**			**rok po porodzie**	
		I	**II**	**III**		
kasze, płatki, wypieki mączne	**3,35**	**3,01**	**3,29**	**3,25**	**3,27**	**0,0378***
produkty mleczne	3,44	3,36	3,54	3,49	3,32	0,2061
warzywa	**3,83**	**3,70**	**3,87**	**3,98**	**3,79**	**0,0228***
owoce	**3,73**	**3,84**	**4,01**	**4,04**	**3,74**	**0,0000*****
mięso czerwone	2,52	2,58	2,48	2,65	2,49	0,4827
ryby, drób, jaja	**2,85**	**2,79**	**2,64**	**2,67**	**2,87**	**0,0171***
orzechy, rośliny strączkowe	2,18	2,09	1,99	2,03	2,11	0,2086
biały ryż, makarony, ziemniaki	**2,91**	**3,18**	**3,27**	**3,16**	**3,07**	**0,0205***
słodycze	2,85	3,00	2,96	3,05	2,92	0,2808
fast food	**1,62**	**1,55**	**1,49**	**1,39**	**1,45**	**0,0156***
potrawy smażone	2,83	2,81	2,61	2,71	2,66	0,0509

Nie wykazano statystycznie istotnych różnic w ilości wypijanych płynów pomiędzy badanymi grupami, jednakże respondentki w III trymestrze (36%) oraz w rok po porodzie (33,3%) częściej spożywały nawet ponad 2 litry płynów dziennie (około co trzecia kobieta w obu tych kategoriach). Wyniki przedstawia Tabela 41.

Tabela 41. Deklaracja ilości płynów wypijanych dziennie w badanych grupach

Ilość płynów wypijanych dziennie [litry]	**Grupa (p = 0,0864)**					Razem
	kobiety niebędące w ciąży	**trymestr ciąży**			**rok po porodzie**	
		I	**II**	**III**		
<0,5	3 (2,0%)	3 (2,0%)	1 (0,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	7
0,5-1	32 (21,3%)	23 (15,3%)	22 (14,7%)	16 (10,7%)	24 (16,0%)	117
1-2	**80 (53,3%)**	**86 (57,3%)**	**86 (57,3%)**	**80 (53,3%)**	**76 (50,7%)**	408
>2	35 (23,3%)	38 (25,3%)	41 (27,3%)	54 (36,0%)	50 (33,3%)	218
Razem	150	150	150	150	150	750

Kobiety po porodzie częściej (6%), niż inne zapominały o codziennym spożyciu I śniadania. W tej grupie również najczęściej były osoby, które nie spożywały II śniadania (23,3%). Wyniki obrazuje Tabela 42.

Tabela 42. Analiza porównawcza spożywania I i II śniadania w badanych grupach

Częstość	**Grupa (p = 0,0001***)**					Razem
	kobiety niebędące w ciąży	**trymestr ciąży**			**rok po porodzie**	
		I	**II**	**III**		
I śniadanie						
codziennie	**132(88,0%)**	**138(92,0%)**	**142(94,7%)**	**145(96,7%)**	**120(80,0%)**	677
okazjonalnie	15(10,0%)	9 (6,0%)	7(4,7%)	5 (3,3%)	21 (14,0%)	57
w ogóle	3 (2,0%)	3 (2,0%)	1 (0,7%)	0 (0,0%)	9 (6,0%)	16
II śniadanie						
codziennie	**96 (64,0%)**	**73 (48,7%)**	**84 (56,0%)**	**88 (58,7%)**	**73 (48,7%)**	414
okazjonalnie	48 (32,0%)	53 (35,3%)	51 (34,0%)	47 (31,3%)	42 (28,0%)	241
w ogóle	6 (4,0%)	24 (16,0%)	15 (10,0%)	15 (10,0%)	35 (23,3%)	95
Razem	150	150	150	150	150	750

Obiad starały się spożywać wszystkie kobiety codziennie. Jednakże wśród badanych rok po porodzie (8%), a także w grupie niebędącej w ciąży (8,7%), najwięcej było przypadków kobiet, które ten posiłek spożywały okazjonalnie (Tabela 43).

Tabela 43. Analiza porównawcza spożywania obiadu w badanych grupach

Obiad	**Grupa (p = 0,0188*)**					Razem
	kobiety niebędące w ciąży	**trymestr ciąży**			**rok po porodzie**	
		I	**II**	**III**		
codziennie	**137(91,3%)**	**144(96,0%)**	**146(97,3%)**	**147(98,0%)**	**138(92,0%)**	712
okazjonalnie	13 (8,7%)	6 (4,0%)	4 (2,7%)	3 (2,0%)	12 (8,0%)	38
Razem	150	150	150	150	150	750

Respondentki ze wszystkich analizowanych grup spożywały podwieczorek codziennie lub okazjonalnie. Nie wykazano w tej kwestii statystycznie istotnych różnic (p = 0,3928). Wyniki przedstawia Tabela 44.

Tabela 44. Analiza porównawcza spożywania podwieczorku w badanych grupach

Podwieczorek	Grupa (p = 0,3928)					Razem
	kobiety niebędące w ciąży	trymestr ciąży			rok po porodzie	
		I	II	III		
codziennie	61 (40,7%)	60 (40,0%)	61 (40,7%)	**72 (48,3%)**	57 (38,0%)	311
okazjonalnie	**63 (42,0%)**	**62 (41,3%)**	**70 (46,7%)**	60 (40,3%)	**63 (42,0%)**	318
w ogóle	26 (17,3%)	28 (18,7%)	19 (12,7%)	18 (12%)	30 (20,0%)	121
Razem	150	150	150	150	150	750

Wykazano, że co piąta kobieta po porodzie spożywała kolację okazjonalnie (najwięcej w grupie kobiet rok po porodzie - 20%), a 7% badanych z tej grupy wyeliminowała ten posiłek z dziennego jadłospisu (najwięcej w grupie kobiet rok po porodzie - 7,3%). Wyniki przedstawia Tabela 45.

O zachowanie prawidłowego odstępu pomiędzy posiłkiem i snem dbały przede wszystkim kobiety niebędące w ciąży (59,3%). Badane w ciąży albo, które już urodziły dziecko, miały większą skłonność do spożywania kolacji zbyt późno (Tabela 46).

Tabela 45. Analiza porównawcza spożywania kolacji w badanych grupach

Kolacja	Grupa (p = 0,0003***)					Razem
	kobiety niebędące w ciąży	trymestr ciąży			rok po porodzie	
		I	II	III		
codziennie	**122 (81,3%)**	**135 (90,0%)**	**134 (89,3%)**	**134 (89,3%)**	**109 (72,7%)**	634
okazjonalnie	24 (16,0%)	13(8,7%)	12 (8,0%)	12 (8,0%)	30 (20,0%)	91
w ogóle	4 (2,7%)	2 (1,3%)	4 (2,7%)	4 (2,7%)	11 (7,3%)	25
Razem	150	150	150	150	150	750

Tabela 46. Analiza porównawcza pory spożywania ostatniego posiłku w badanych grupach

Spożywanie ostatniego posiłku	Grupa (p = 0,0032**)					Razem
	kobiety niebędące w ciąży	trymestr ciąży			rok po porodzie	
		I	II	III		
2-3 godziny przed snem	**99 (66,0%)**	**75 (50,0%)**	**85 (56,7%)**	**83 (55,3%)**	**89 (59,3%)**	431
godzinę przed snem	37 (24,7%)	54 (36,0%)	49 (32,7%)	52 (34,7%)	33 (22,0%)	225
chwilę przed zaśnięciem	1 (0,7%)	10 (6,7%)	2 (1,3%)	5 (3,3%)	5 (3,3%)	23
nie jadam kolacji	6 (4,0%)	4 (2,7%)	7 (4,7%)	4(2,7%)	16 (10,7%)	37
inne	7 (4,7%)	7 (4,7%)	7 (4,7%)	6 (4,0%)	7 (4,7%)	34
Razem	150	150	150	150	150	750

Do podjadania między posiłkami przyznały się głównie osoby będące w I i II trymestrze ciąży (po 84,7%) - p = 0,0002***. Kobiety w ciąży starały się wybierać zdrowsze przekąski, czyli owoce i warzywa (0,0001***). Respondentki z grupy niebędącej w ciąży rzadziej sięgały po zdrową żywność (Tabela 47).

Ponad połowa kobiet niebędących w ciąży (50,7%) piła kawę. W przypadku badanych będących w ciąży odsetek spożywających tę używkę był niższy i wyniósł około 20%. Wyniki obrazuje Tabela 48.

Tabela478. Analiza porównawcza deklaracji podjadania między posiłkami w badanych grupach

Podjadanie	**Grupa**								Razem
	kobiety niebędące w ciąży		**trymestr ciąży**				**rok po porodzie**		
			I		**II**		**III**		
deklaracja podjadania (p = 0,0002*)**									
nie	52 (34,7%)		23 (15,3%)		23 (15,3%)		39 (26,0%)	38 (25,3%)	175
czasami	98 (65,3%)		127(84,7%)		127(84,7%)		111(74,0%)	112(74,7%)	575
Razem	150		150		150		150	150	750
rodzaje przekąsek									
	N	%	*N*	%	*N*	%	*N*	%	*N*	%	
Przekąski słone	31	20,7	38	25,3	32	21,3	24	16,0	36	24,0	0,3287
przekąski słodkie	60	40,0	71	47,3	80	53,3	68	45,3	84	56,0	0,0439*
owoce i warzywa	79	52,7	111	74,0	114	76,0	97	64,7	92	61,3	0,0001***

Tabela 48. Analiza porównawcza deklaracji spożycia kawy w badanych grupach

Picie kawy	**Grupa (p = 0,0000***)**					Razem
	kobiety niebędące w ciąży	**trymestr ciąży**			**rok po porodzie**	
		I	**II**	**III**		
nie	27 (18,0%)	41 (27,3%)	35 (23,3%)	**40(26,7%)**	36 (24,0%)	179
obecnie nie	4 (2,7%)	**44 (29,3%)**	40 (26,7%)	37 (24,7%)	12 (8,0%)	137
sporadycznie	43 (28,7%)	31 (20,7%)	**44(29,3%)**	**40(26,7%)**	31 (20,7%)	189
tak	**76 (50,7%)**	34 (22,7%)	31 (20,7%)	33 (22,0%)	**71 (47,3%)**	245
Razem	150	150	150	150	150	750

Ankietowane kobiety w zdecydowanej większości nie paliły papierosów. Największe różnice uwidoczniły się w przypadku respondentek, które rzuciły ten nałóg. W tej kategorii dominowały badane będące w ciąży (w I trymestrze -20%, w II trymestrze - 22,7%, w III trymestrze - 18,7%). Wyniki przedstawia Tabela 49.

Tabela 49. Analiza porównawcza deklaracji palenia papierosów w badanych grupach

Palenie papierosów	**Grupa (p = 0,0000***)**					Razem
	kobiety niebędące w ciąży	**trymestr ciąży**			**rok po porodzie**	
		I	**II**	**III**		
nie	**107 (71,3%)**	**104(69,3%)**	**109(72,7%)**	**113(75,3%)**	**101(67,3%)**	534
obecnie nie	14 (9,3%)	30 (20,0%)	34 (22,7%)	28 (18,7%)	25 (16,7%)	131
sporadycznie	19 (12,7%)	5 (3,3%)	5 (3,3%)	5 (3,3%)	7 (4,7%)	41
tak	10 (6,7%)	11 (7,3%)	2 (1,3%)	4 (2,7%)	17 (11,3%)	44
Razem	150	150	150	150	150	750

Respondentki, które były w ciąży deklarowały zdecydowanie, że unikają alkoholu. Kobiety niebędące w ciąży (39,3%) i w rok po porodzie (42,7%) z reguły twierdziły, że po alkohol sięgają sporadycznie (Tabela 50).

Tabela 50. Analiza porównawcza deklaracji picia alkoholu w badanych grupach

Picie alkoholu	**Grupa (p = 0,0000***)**					Razem
	kobiety niebędące w ciąży	**trymestr ciąży**			**rok po porodzie**	
		I	**II**	**III**		
w ogóle	14 (9,3%)	**64(42,7%)**	56 (37,3%)	60 (40,3%)	37 (24,7%)	231
obecnie nie	3 (2,0%)	**65(43,3%)**	**81(54,0%)**	**74 (49,7%)**	19 (12,7%)	242
sporadycznie	**59 (39,3%)**	18 (12,0%)	11 (7,3%)	11 (7,4%)	**64 (42,7%)**	163
raz w miesiącu	40 (26,7%)	3 (2,0%)	2 (1,3%)	4 (2,7%)	14 (9,3%)	63
raz w tygodniu i częściej	34 (22,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1(0,7%)	16 (10,7%)	51
Razem	150	150	150	150	150	750

AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA

Respondentki z grupy nie będącej w ciąży deklarowały, że uprawiają aktywność fizyczną sporadycznie 951,3%), bądź kilka razy w tygodniu (33,3%), a kobiety w rok po porodzie przyznawały się, że w ogóle unikają aktywności fizycznej (40,7%). Wyniki obrazuje Tabela 51.

Tabela 51. Analiza porównawcza częstości wykonywania ćwiczeń fizycznych w badanych grupach

Częstość wykonywania ćwiczeń fizycznych	**Grupa (p = 0,0000***)**					Razem
	kobiety niebędące w ciąży	**trymestr ciąży**			**po porodzie**	
		I	**II**	**III**		
codziennie	**10 (6,7%)**	5 (3,3%)	3 (2,0%)	4 (2,7%)	7 (4,7%)	29
kilka razy w tygodniu	50 (33,3%)	20 (13,3%)	28 (18,7%)	**55(36,7%)**	25 (16,7%)	178
sporadycznie	**77 (51,3%)**	59 (39,3%)	62 (41,3%)	57 (38,0%)	57 (38,0%)	312
w ogóle	13 (8,7%)	**66(44,0%)**	57 (38,0%)	34 (22,7%)	61 (40,7%)	231
razem	150	150	150	150	150	750

Spacer był podstawowym rodzajem aktywności fizycznej ankietowanych kobiet, przede wszystkim w grupie kobiet w rok po porodzie (87,9%) oraz będących w II (86,7%) i III (82,7%) trymestrze ciąży. Kobiety z grupy niebędącej w ciąży częściej od pozostałych wybierały rower (42,7%) oraz siłownię/fitness (18%) (Tabela 52).

Tabela 52. Analiza porównawcza form aktywności fizycznej w badanych grupach

Formy aktywności fizycznej	**Grupa**										***p***
	kobiety niebędące w ciąży		**trymestr**						**rok po porodzie**		
			I		**II**		**III**				
	N	%	*N*	%	*N*	%	*N*	%	*N*	%	
spacer	84	56,4	117	79,1	130	86,7	124	82,7	131	87,9	0,0000***
rower	64	42,7	45	30,0	40	26,7	39	26,0	40	26,7	0,0072**
pływanie	28	18,7	23	15,3	31	20,7	32	21,3	25	16,7	0,6275
siłownia/ fitness	27	18,0	12	8,0	6	4,0	7	4,7	15	10,0	0,0001***

POZIOM ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH

W tej części analizy zestawiono informacje na temat rozkładu poziomu zachowań zdrowotnych w czterech sferach ocenianych za pomocą skali IZZ, czyli prawidłowe nawyki żywieniowe; zachowania profilaktyczne; pozytywne nastawienie psychiczne i praktyki zdrowotne oraz również w skali sumarycznej. Szczegółowe zasady interpretacji wyników opisano w rozdziale *Metodologia* badań.

W Tabeli 53 zestawiono wartości statystyk opisowych w porównywanych grupach. Analiza graficzna wykazała, że rozkład miar liczbowych IZZ charakteryzował się dość dużą symetrią, dlatego też ograniczono się do podania wartości średniej i odchylenia standardowego w porównywanych grupach. Oceny różnic pomiędzy grupami dokonano za pomocą testu jednoczynnikowej analizy wariancji.

Tabela 53. Analiza porównawcza zachowań zdrowotnych w badanych grupach

IZZ	**Grupa**										***p***
	kobiety niebędące w ciąży		**trymestr ciąży**						**rok po porodzie**		
			I		**II**		**III**				
	$\bar{x}$	*s*	$\bar{x}$	*s*	$\bar{x}$	*s*	$\bar{x}$	*s*	$\bar{x}$	*s*	
nawyki żywieniowe	20,9	4,0	20,4	4,0	20,9	3,9	21,0	3,7	20,2	4,3	0,2712
zachowania profilaktyczne	20,6	3,6	21,4	3,9	21,3	3,8	21,2	3,5	20,6	4,1	0,1588
nastawienie psychiczne	21,9	3,4	22,3	3,8	21,6	4,0	22,3	4,0	21,5	4,1	0,1933
praktyki zdrowotne	20,6	3,8	21,2	4,1	21,9	3,6	21,7	3,4	19,1	3,9	0,0000***
miara sumaryczna	84,0	10,9	85,3	13,5	85,7	12,3	86,3	11,5	81,5	13,3	0,0063**

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu jednoczynnikowej analizy wariancji

Znamienne statystycznie różnice w ocenie punktowej poziomu zachowań zdrowotnych występowały dla dziedziny „praktyki zdrowotne" - 0,0000***. Znamienne statystycznie były też różnice w całkowitej mierze zachowań zdrowotnych (0,0063**). Najniższą ocenę prezentowały kobiety w rok po porodzie - miara sumaryczna IZZ- średnio 81,5±13,3 pkt., a najwyższą w III - 86,3±11,5 pkt. oraz w II trymestrze ciąży - miara sumaryczna IZZ- średnio 85,7±12,3 pkt (Tabela 53).

W kolejnej tabeli przedstawiono klasyfikację poziomów zachowań zdrowotnych do trzystopniowej skali przymiotnikowej, różnice w powyższym pomiędzy grupami były istotne statystycznie (p = 0,0053**). Udział osób o niskim poziomie zachowań zdrowotnych był zdecydowanie najwyższy w grupie kobiet rok po porodzie (40,7%), a wysokim poziomie zachowań zdrowotnych w grupie w I trymestrze ciąży (34,7%). Przeciętny poziom zachowań zdrowotnych prezentowały w największym wymiarze kobiety niebędące w ciąży (48,7%) i będące w III trymestrze ciąży (46%). Wyniki przedstawia Tabela 54.

Tabela 54. Analiza poziomu zachowań zdrowotnych w badanych grupach

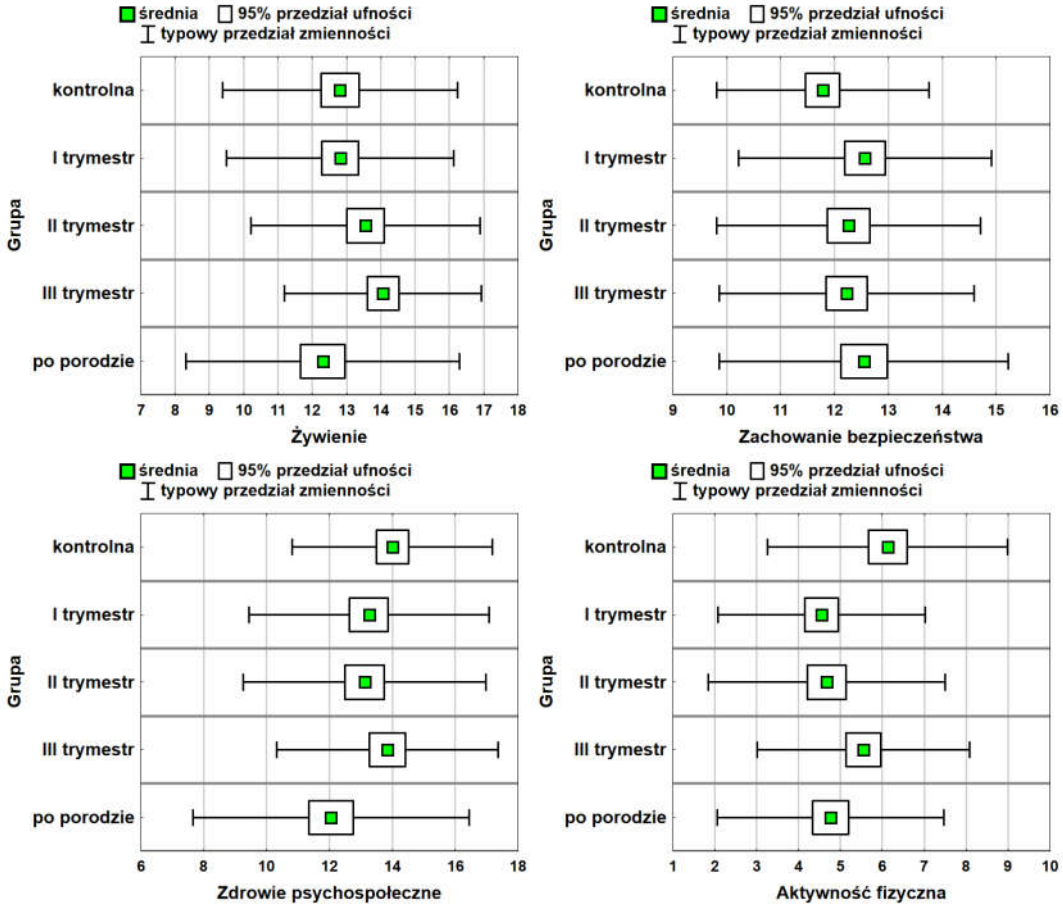
Poziom zachowań zdrowotnych	**Grupa (p = 0,0053**)**					Razem
	kobiety niebędące w ciąży	**trymestr ciąży**			**rok po porodzie**	
		I	**II**	**III**		
niski	44 (29,3%)	43 (28,7%)	36 (24,0%)	34 (22,7%)	**61 (40,7%)**	218
przeciętny	**73 (48,7%)**	55 (36,7%)	67 (44,7%)	**69 (46,0%)**	56 (37,3%)	320
wysoki	33 (22,0%)	**52 (34,7%)**	47 (31,3%)	47 (31,3%)	33 (22,0%)	212
razem	150	150	150	150	150	750

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu niezależności chi-kwadrat

OCENA PRAWIDŁOWYCH ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH WG. HILDT-CIUPIŃSKIEJ

Na tym etapie dokonano oceny prawidłowych zachowań zdrowotnych wg. Hildt-Ciupińskiej (PZZ).

Ocena poziomu zachowań zdrowotnych na podstawie, alternatywnego w stosunku do IZZ, kwestionariusza PZZ pozwoliła na stwierdzenie statystycznie istotnych różnic w tej kwestii pomiędzy analizowanymi grupami dla większości miar – wyjątkiem była tylko ocena dbałości o ciało. W zależności od dziedziny zachowań zdrowotnych, które opisuje dana miara, poziom zachowań zdrowotnych obniżał się po porodzie lub był niższy w grupie kobiet niebędących w ciąży. Wyniki obrazuje Rycina 2 i Tabela 55.



Rycina 2. Prawidłowe Zachowania Zdrowotne wg. Hildt-Ciupińskiej w poszczególnych grupach

Tabela 55. Prawidłowe Zachowania Zdrowotne wg. Hildt-Ciupińskiej w poszczególnych grupach

Prawidłowe Zachowania Zdrowotne (PZZ)	**Grupa**										***p***
	kobiety niebędące w ciąży		**trymestr ciąży**						**rok po porodzie**		
			I		**II**		**III**				
	$\bar{x}$	*s*	$\bar{x}$	*s*	$\bar{x}$	*s*	$\bar{x}$	*s*	$\bar{x}$	*s*	
żywienie	12,8	3,4	12,8	3,3	13,6	3,3	14,1	2,9	12,3	4,0	0,0002***
dbałość o ciało	11,8	2,9	12,5	3,1	12,1	3,3	12,1	3,0	**12,5**	**3,3**	0,2617
Zachowanie bezpieczeństwa	11,8	2,0	12,6	2,3	12,3	2,4	12,2	2,4	**12,5**	**2,7**	0,0116*
zdrowie psychospołeczne	**14,0**	**3,2**	**13,3**	**3,8**	**13,1**	**3,9**	**13,8**	**3,5**	12,0	4,4	0,0003***
aktywność fizyczna	6,1	2,9	4,5	2,5	4,7	2,8	5,5	2,5	4,8	2,7	0,0000***
miara sumaryczna	56,5	8,9	55,6	10,1	55,7	11,0	57,8	9,0	54,1	11,9	0,0456*

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu Kruskala-Wallisa

WYMIAR POZNAWCZY CIAŁA BADANYCH KOBIET – TEST SYLWETEK (*CONTOUR DRAWING RATING SCALE* – CDRS)

Ankietowane kobiety proszone były o określenie typów sylwetki idealnej i realnej. Sylwetki uporządkowane były począwszy od sylwetki skrajnie szczupłej (sylwetka A) do otyłej (sylwetka I).

W Tabeli 56 przedstawiono dokładny rozkład klasyfikacji typów sylwetek w każdej z porównywanych grup.

Jeśli chodzi o sylwetkę idealną, to zdecydowanie dominowały w wyborach badanych typy sylwetek C i D, przy czym u kobiet w ciąży i po porodzie widać dominację typu D, a u kobiet z grupy kontrolnej typu C. Typ E był wskazywany przez kilka do dziesięciu procent kobiet, a pozostałe raczej sporadycznie. Różnice w rozkładzie typów sylwetki idealnej były istotna statystycznie (p = 0,0137*).

Tabela 56. Analiza porównawcza preferowanej sylwetki idealnej w badanych grupach

Sylwetka idealna	**Grupa (p = 0,0137*)**					Razem
	kobiety niebędące w ciąży	**trymestr ciąży**			**rok po porodzie**	
		I trymestr	**II trymestr**	**III trymestr**		
A	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,7%)	1
B	4 (2,7%)	3 (2,0%)	5 (3,3%)	3 (2,0%)	10 (6,7%)	25
C	**76 (50,7%)**	46 (30,7%)	46 (30,7%)	38 (25,3%)	49 (32,7%)	255
D	63 (42,0%)	**80 (53,3%)**	**77 (51,3%)**	**89 (59,3%)**	**70 (46,7%)**	379
E	6 (4,0%)	14 (9,3%)	15 (10,0%)	14 (9,3%)	17 (11,3%)	66
F	1 (0,7%)	3 (2,0%)	3 (2,0%)	3 (2,0%)	2 (1,3%)	12
G	0 (0,0%)	3 (2,0%)	2 (1,3%)	1 (0,7%)	1 (0,7%)	7
H	0 (0,0%)	1 (0,7%)	2 (1,3%)	2 (1,3%)	0 (0,0%)	5
Razem	150	150	150	150	150	750

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu niezależności chi-kwadrat

Różnice w rozkładzie typów sylwetki oczekiwanej pomiędzy porównywanymi grupami były także znamienne statystycznie (p = 0,0000***). We wszystkich grupach wyraźnie dominował typ D, w grupie kobiet w III trymestrze relatywnie częściej pojawiał się typ E, natomiast wśród kobiet z grupy kontrolnej i po porodzie także typ C. Wyniki obrazuje Tabela 57.

Tabela 57. Analiza porównawcza preferowanej sylwetki oczekiwanej w badanych grupach

Sylwetka oczekiwana	**Grupa (p = 0,0000***)**					Razem
	kobiety niebędące w ciąży	**trymestr ciąży**			**rok po porodzie**	
		I	**II**	**III**		
A	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,7%)	1
B	1 (0,7%)	0 (0,0%)	3 (2,0%)	1 (0,7%)	4 (2,7%)	9
C	43 (28,7%)	18 (12,0%)	17 (11,3%)	14 (9,3%)	35 (23,3%)	127
D	**92 (61,3%)**	**99 (66,0%)**	**99 (66,0%)**	**88 (58,7%)**	**79 (52,7%)**	457
E	13 (8,7%)	22 (14,7%)	24 (16,0%)	43 (28,7%)	27 (18,0%)	129
F	1 (0,7%)	8 (5,3%)	6 (4,0%)	3 (2,0%)	4 (2,7%)	22
G	0 (0,0%)	2 (1,3%)	1 (0,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3
H	0 (0,0%)	1 (0,7%)	0 (0,0%)	1 (0,7%)	0 (0,0%)	2
Razem	150	150	150	150	150	750

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu niezależności chi-kwadrat

Analiza korelacji pomiędzy wskazywanymi przez ankietowane kobiety typami sylwetek, a wiekiem, BMI, liczbą ciąż (czy innymi czynnikami) była o tyle utrudniona, że rozkład wskazywanych sylwetek był w dużej mierze ograniczony do typów C, D i E, z wyraźną dominacją typu D. Wobec dość niewielkiego zróżnicowania odpowiedzi dotyczącej CDRS, badanie korelacji z innymi zmiennymi było częściowo niezasadne. Tym niemniej, poniżej zestawiono wartości współczynników korelacji rang Spearmana typów sylwetek z wiekiem, BMI i liczbą ciąż.

Wiek nie był powiązany z odpowiedziami dotyczącymi CDRS. Znamienna statystycznie korelacja dla całej grupy miała tak niewielką siłę (*R* około 0,10), że nie było podstaw jej interpretacji merytorycznej. Poza tym korelacja ta mogła wynikać z faktu, iż kobiety w ciąży były starsze od respondentek z grupy niebędącej w ciąży. Podobne różnice dotyczyły też typu sylwetki - kobiety w ciąży, jako idealne lub oczekiwane, wybierały tęższe sylwetki. Jest może to być zależność pozorna (Tabela 58).

Nieco ciekawsze korelacje uwidoczniły się pomiędzy wartościami BMI i CDRS. Szczególnie w grupie kobiet w I trymestrze ciąży, gdzie zależności były istotne statystycznie, choć o dość niewielkiej sile (*R* ok. 0,30). Dodatni znak współczynnika korelacji oznacza, że osoby o wyższym BMI wskazywały tęższe typy sylwetki. Co ciekawe, korelacje ta była tak wyrazista tylko w tej grupie kobiet (Tabela 58).

Liczba ciąż w zasadzie nie wpływała na wskazania typu sylwetki. Jedynie wśród kobiet po porodzie, kobiet mające za sobą więcej ciąż nieco częściej wskazywały tęższe typy sylwetek (ale ta korelacja, choć znamienna statystycznie była jednak bardzo słaba – $R = 0{,}18$). Wyniki przedstawia Tabela 58.

Tabela 58. Zależności pomiędzy CDRS a wiekiem, BMI oraz liczbą ciąż

CDRS	**Grupa**					Razem
	kobiety niebędące w ciąży	**trymestr ciąży**			**rok po porodzie**	
		I	**II**	**III**		
Wiek						
Sylwetka idealna	0,06 (0,4342)	0,02 (0,7630)	-0,04 (0,6612)	0,06 (0,4452)	0,13 (0,1258)	0,12 (0,0009***)
Sylwetka oczekiwana	-0,02 (0,7648)	0,03 (0,6716)	-0,03 (0,7507)	-0,06 (0,4305)	0,13 (0,1154)	0,10 (0,0067**)
BMI						
Sylwetka idealna	0,15 (0,0730)	0,30 (0,0002***)	0,15 (0,0664)	0,18 (0,0312*)	0,11 (0,1655)	0,20 (0,0000***)
Sylwetka oczekiwana	0,13 (0,1258)	0,26 (0,0011**)	0,09 (0,2962)	0,09 (0,2928)	0,12 (0,1605)	0,16 (0,0000***)
Liczba ciąż						
Sylwetka idealna		0,05 (0,5707)	0,06 (0,4994)	-0,01 (0,9287)	0,18 (0,0300*)	0,07 (0,0983)
Sylwetka oczekiwana		0,03 (0,6739)	0,09 (0,2647)	-0,03 (0,7252)	0,03 (0,6833)	0,03 (0,4926)

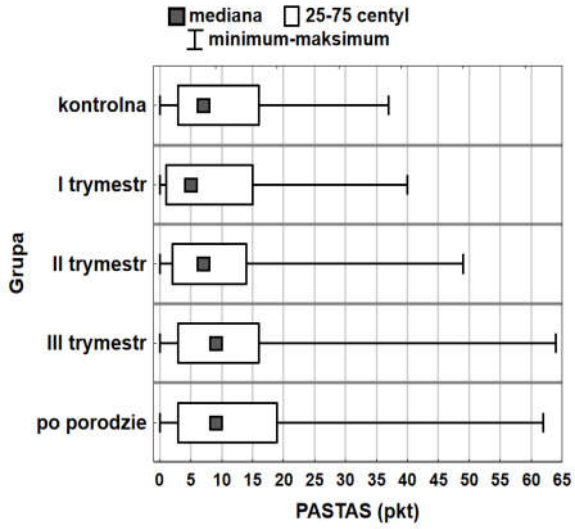
WYMIAR EMOCJONALNY CIAŁA BADANYCH KOBIET OCENA LĘKU WOBEC WŁASNEGO CIAŁA Z UWZGLĘDNIENIEM ZMIENNYCH NIEZALEŻNYCH

Oceny lęku wobec własnego ciała dokonano za pomocą standaryzowanego Kwestionariusza Oceny Lęku Wobec Własnego Ciała. W badanej zbiorowości rozkład oceny lęku wobec ciała charakteryzował się dość znaczną asymetrią – u większości osób wartości miary były raczej niskie, ale u pewnej nielicznej części, wysokie lub bardzo wysokie. W związku z tym, rozkład tej cechy opisano w nieco dokładniejszy sposób, niż poprzednich miar, podając nie tylko wartości statystyk klasycznych (średnia, odchylenie standardowego), ale także miar pozycyjnych (mediana i kwartyle), które są lepszymi miarami rozkładu w przypadku występowania asymetrii rozkładu (Tabela 59 i Rycina 3).

Tabela 59. Ocena poziomu lęku wobec własnego ciała

Grupa	PASTAS (pkt)				
	$\bar{x}$	Me	s	c_{25}	c_{75}
kobiety nie będące w ciąży	10,1	7	8,6	3	16
I trymestr w ciąży	**8,9**	**5**	9,7	1	15
II trymestr w ciąży	9,2	7	9,0	2	14
III trymestr w ciąży	10,7	9	9,2	3	16
po porodzie w ciąży	**11,9**	**9**	10,7	3	19
p	0,0091**				

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu Kruskala-Wallisa



Rycina 3. Ocena poziomu lęku wobec własnego ciała

Wykazano znamienną statystycznie różnicę (0,0091**) pomiędzy poziomem lęku wobec ciała w porównywanych grupach. Najwyższym poziomem lęku cechowały się kobiety po porodzie (11,9±9 pkt.), a najniższym w I trymestrze ciąży (8,9±5 pkt.).

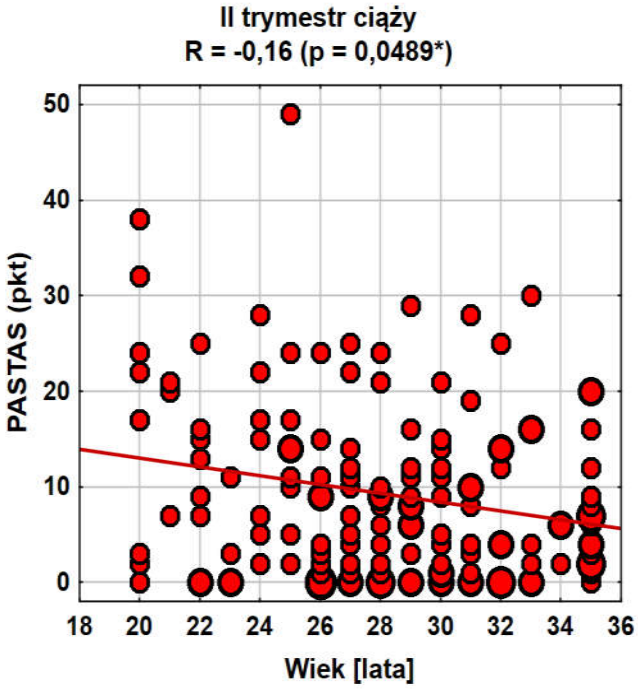
ZALEŻNOŚCI POMIĘDZY PASTAS A WIEKIEM, BMI ORAZ LICZBĄ CIĄŻ

Wiek nie był czynnikiem wpływającym w istotny statystycznie sposób na poziom lęku wobec własnego ciała. Jedyna znamienna statystycznie korelacja (p = 0,0489*), ale o bardzo słabej sile (R = -0,16), występowała pomiędzy wiekiem i miarą PASTAS w grupie kobiet będącej w II trymestrze ciąży. W grupie tej można mówić o bardzo delikatnej tendencji do polepszania się samooceny swojego ciała u kobiet liczących więcej lat – jest to jednak korelacja o bardzo nikłej sile i jej znaczenie merytoryczne jest niewielkie (widać to doskonale na ilustrującym analizę wykresie).

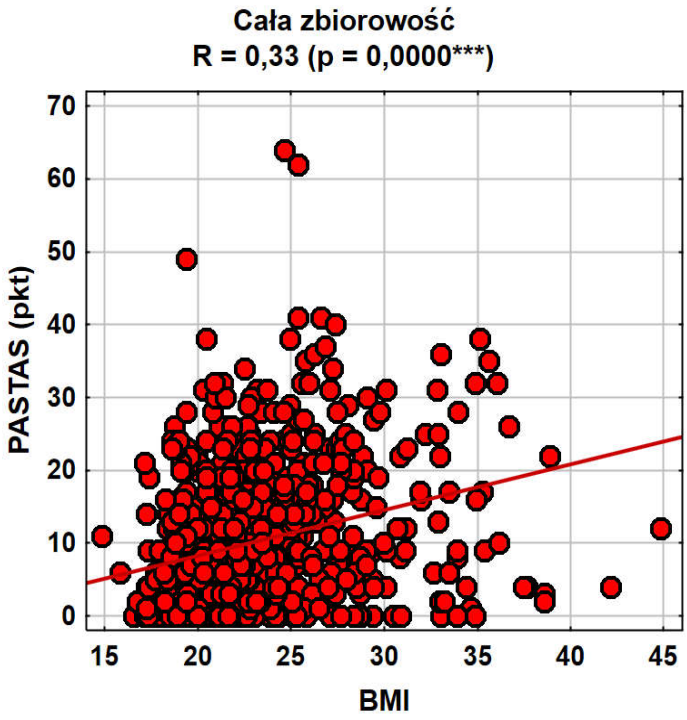
Okazało się, iż poziom lęku wobec własnego ciała wzrastał wraz z BMI. Korelacje takie występowały we wszystkich porównywanych grupach – jedynie wśród kobiet będących w III trymestrze zależność była nieco słabsza (R = 0,20).

Liczba ciąż nie wpływała na ocenę lęku wobec własnego ciała.

Wyniki przedstawia Rycina 4 i 5 oraz Tabela 60.



Rycina 4. Analiza zależności pomiędzy wynikami PASTAS a wiekiem



Rycina 5. Analiza zależności pomiędzy wynikami PASTAS a BMI

Tabela 60**.** Analiza zależności pomiędzy wynikami PASTAS a wiekiem, BMI i liczbą ciąż

	Grupa					Razem
	kobiety niebędące w ciąży	**trymestr ciąży**			**rok po porodzie**	
		I	**II**	**III**		
PASTAS	**Wiek**					
	-0,08 (0,3337)	-0,05 (0,5485)	-0,16 (0,0489*)	0,01 (0,9080)	-0,06 (0,4809)	-0,06 (0,0946)
	BMI					
	0,36 (0,0000***)	0,34 (0,0000***)	0,34 (0,0000***)	0,20 (0,0159*)	0,37 (0,0000***)	0,33 (0,0000***)
	Liczba ciąż					
		-0,11 (0,1781)	-0,02 (0,8269)	-0,05 (0,5382)	-0,06 (0,4709)	-0,09 (0,0339*)

MIARA SAMOOCENY WŁASNEJ OSOBY WG BIELAK Z UWZGLĘDNIENIEM ZMIENNYCH NIEZALEŻNYCH I INNYCH MIAR PSYCHOMETRYCZNYCH

Na tym etapie badań analizowano wyniki uzyskane za pomocą testu samooceny własnej osoby.

W Tabeli 61 zestawiono wartości średniej i odchylenia standardowego miary samooceny w porównywanych grupach, a następnie wyniki klasyfikacji dokonanej na ich podstawie. Różnica w przeciętnym poziomie miary samooceny pomiędzy grupami była zbliżona do poziomu istotności statystycznej (wartość prawdopodobieństwa testowego *p* jest nieco ponad 0,05). Najgorszą samooceną cechowała się grupa kobiet niebędących w ciąży (49,5±14,2 pkt.), a najlepszą kobiet w III trymestrze ciąży (44,3±17 pkt).

Tabela 61. Porównanie miary negatywnej samooceny pomiędzy badanymi grupami

Miara negatywnej samooceny	**Grupa**										***p***
	kobiety niebędące w ciąży		**trymestr ciąży**						**rok po porodzie**		
			I		**II**		**III**				
	$\bar{x}$	*s*	$\bar{x}$	*s*	$\bar{x}$	*s*	$\bar{x}$	*s*	$\bar{x}$	*s*	
Miara punktowa	49,5	14,2	46,1	17,0	47,6	18,9	44,3	17,0	47,9	20,0	0,0612

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu Kruskala-Wallisa

Różnice w rozkładzie występowania poszczególnych poziomów samooceny były znamienne statystycznie (p = 0,0088**). Zawyżona samoocena w najwyższym odsetku stwierdzona była w grupie kobiet w III trymestrze ciąży (13,3%), adekwatna - w grupie w I i III trymestrze ciąży (po 44,7%), a zaniżona - w grupie rok po ciąży (55,3%). Wyniki przedstawia Tabela 62.

Tabela 62. Porównanie wyników samooceny pomiędzy badanymi grupami

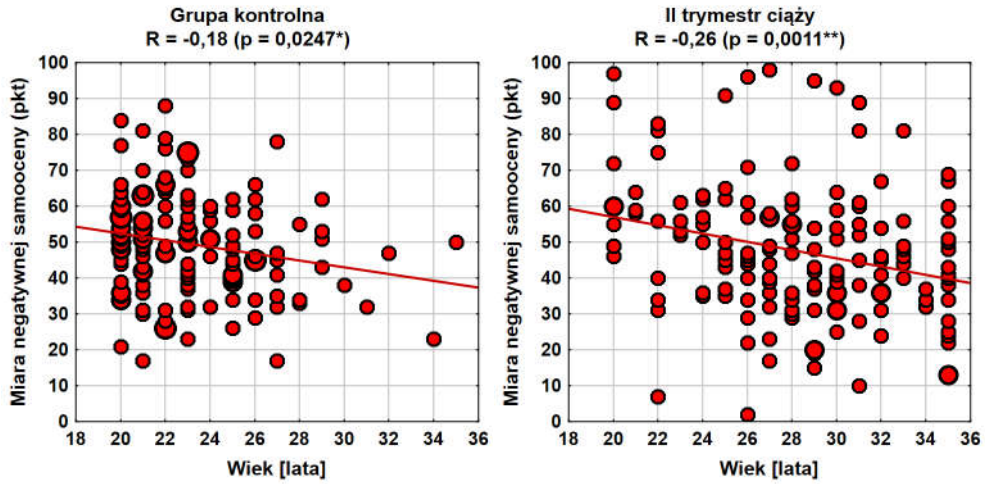
Poziom samooceny	**Grupa (*p* = 0,0088**)**					**Razem**
	kobiety niebędące w ciąży	**trymestr ciąży**			**rok po porodzie**	
		I	**II**	**III**		
zawyżona	5 (3,3%)	13 (8,7%)	17 (11,3%)	**20(13,3%)**	18 (12,0%)	73
adekwatna	54 (36,0%)	**67(44,7%)**	55 (36,7%)	**67(44,7%)**	49 (32,7%)	292
zaniżona	91 (60,7%)	70 (46,7%)	78 (52,0%)	63 (42,0%)	**83(55,3%)**	385
Razem	150	150	150	150	150	750

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu niezależności chi-kwadrat

Samoocena własnej osoby zależała w pewnym stopniu od wieku badanych. Taka zależność, ale o niewielkiej sile, występowała w grupie kobiet niebędących w ciąży oraz wśród kobiet w II trymestrze ciąży. Co ciekawe, kierunek tych zależności jest ujemny, co oznacza, że kobiety relatywnie starsze miały mniej negatywne podejście do własnej osoby. Natomiast BMI, ani liczba ciąż nie wpływały na samoocenę własnej osoby. Wyniki obrazuje Tabela 63 i Rycina 6.

Tabela 33. Miara negatywnej samooceny pomiędzy badanymi grupami w zależności od wieku, BMI i liczby ciąż

	Grupa					
	kobiety niebędące w ciąży	trymestr ciąży			rok po porodzie	Razem
		I	II	III		
Miara negatywnej samooceny	**Wiek**					
	-0,18 (0,0247*)	0,00 (0,9769)	-0,26 (0,0011**)	-0,07 (0,3793)	-0,07 (0,3842)	-0,15 (0,0000***)
	BMI					
	0,03 (0,6773)	0,10 (0,2318)	-0,14 (0,0980)	-0,02 (0,7969)	0,01 (0,8878)	-0,02 (0,6543)
	Liczba ciąż					
	-0,06 (0,4459)	0,15 (0,0736)	-0,06 (0,4687)	0,04 (0,6471)	0,02 (0,5822)	-0,06 (0,4459)



Rycina 6. Miara negatywnej samooceny pomiędzy badanymi grupami w zależności od wieku, BMI i liczby ciąż

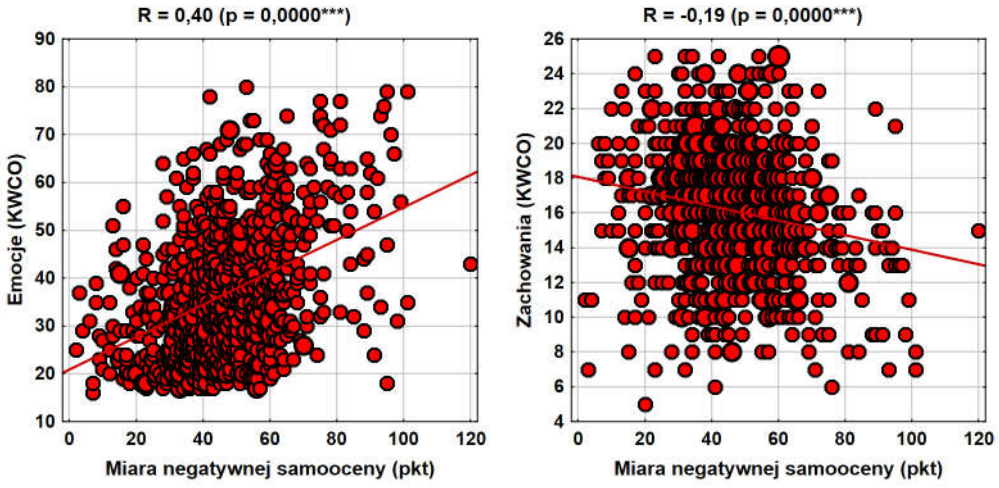
TEST SAMOOCENY WŁASNEJ OSOBY A INNE MIARY PSYCHOMETRYCZNE

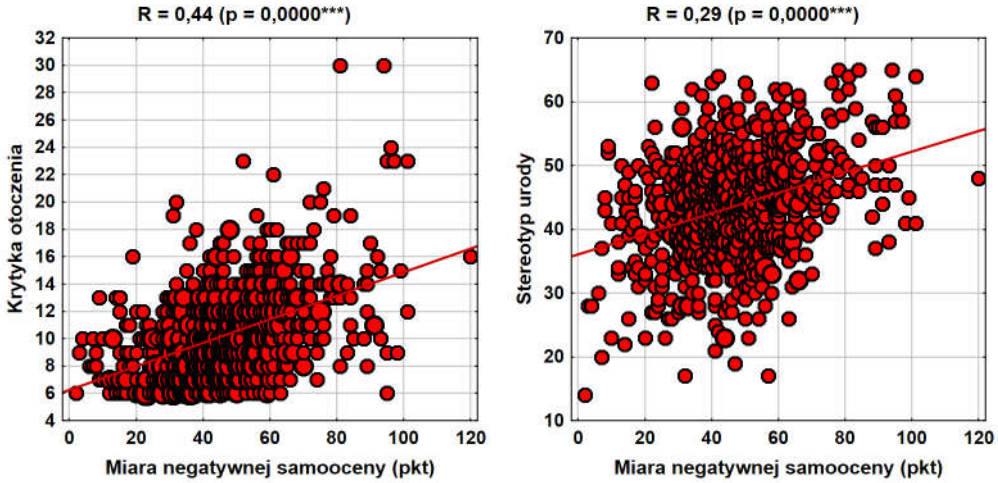
W tej części zbadano korelacje pomiędzy wynikami testu samooceny własnej osoby, a innymi miarami psychometrycznymi (KWCO, PASTAS i CDRS).

Miara negatywnej samooceny była w istotny statystycznie sposób skorelowana ze wszystkimi czterema miarami KWCO, przy czym korelacje te występowały we wszystkich porównywanych grupach. Najsilniej miara negatywnej samooceny była skorelowana z poziomem emocji i krytyki otoczenia, słabiej z oceną nasilenia stereotypów urody i aktywnością. Oczywiście ujemny znak korelacji pomiędzy miarą negatywnej samooceny i poziomem aktywności wynikał z odmiennego charakteru tych miar (jedna ma znaczenie pozytywne, a druga negatywne). Wyniki przedstawia Tabela 64.

Tabela 64. Korelacje pomiędzy KWCO a miarą negatywnej samooceny

KWCO	Grupa					Razem
	kobiety niebędące w ciąży	trymestr ciąży			rok po porodzie	
		I	II	III		
	Miara negatywnej samooceny (pkt)					
Emocje	0,47 (0,0000***)	0,47 (0,0000***)	0,26 (0,0011**)	0,37 (0,0000***)	0,43 (0,0000***)	0,40 (0,0000***)
Zachowania	-0,26 (0,0013**)	-0,17 (0,0339*)	-0,19 (0,0209*)	-0,21 (0,0104*)	-0,15 (0,0608)	-0,19 (0,0000***)
Krytyka otoczenia	0,43 (0,0000***)	0,36 (0,0000***)	0,46 (0,0000***)	0,43 (0,0000***)	0,52 (0,0000***)	0,44 (0,0000***)
Stereotyp urody	0,31 (0,0001***)	0,29 (0,0004***)	0,24 (0,0028**)	0,32 (0,0001***)	0,29 (0,0004***)	0,29 (0,0000***)





Rycina 7. Korelacje pomiędzy miarą negatywnej samooceny i miarami KWCO w całej badanej zbiorowości

Na Rycinie 7 przedstawiono korelacje pomiędzy miarą negatywnej samooceny i miarami KWCO w całej badanej zbiorowości.

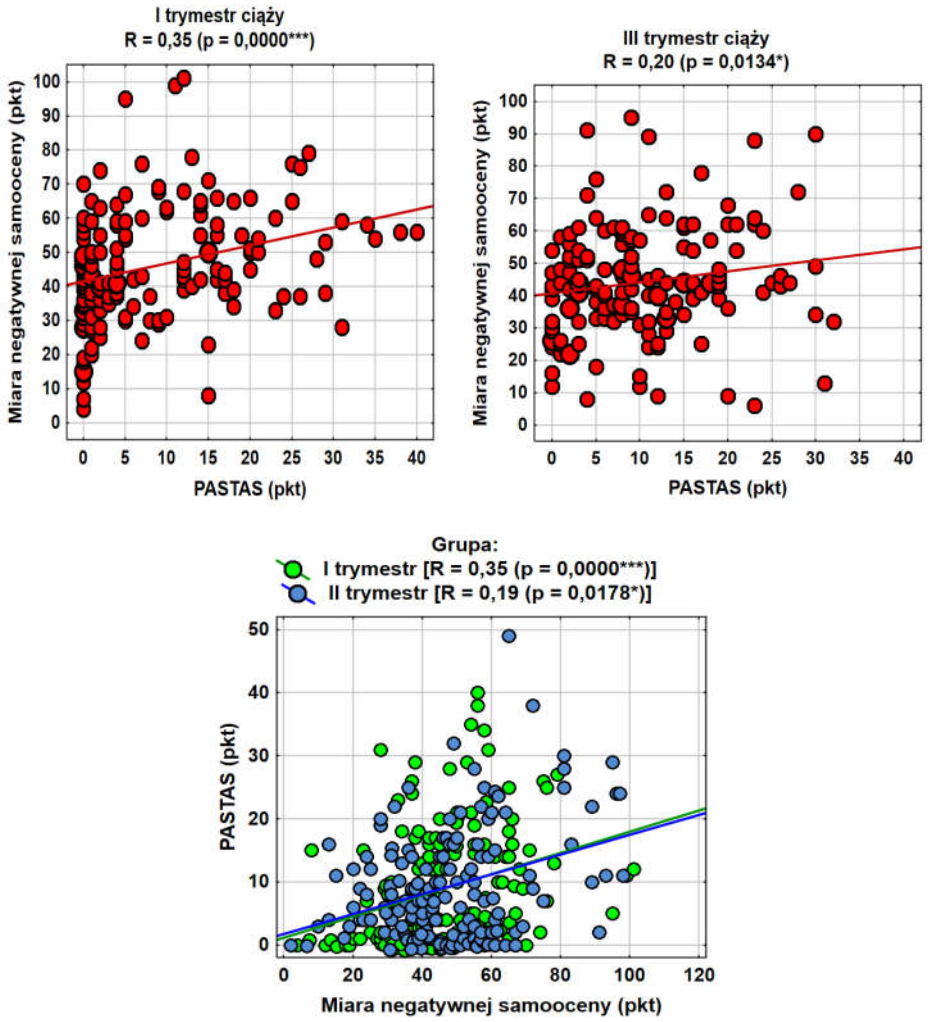
Samoocena ciała dokonana za pomocą kwestionariusza PASTAS była w istotny statystycznie sposób skorelowana z wynikami testu samooceny własnej osoby. Korelacje te nie są bardzo silne (*R* nie przekracza 0,40) i zdecydowanie niższe w grupie kobiet w II i III trymestrze ciąży.

Wygląda na to, że w tym okresie ocena własnego ciała (PASTAS) nie jest tak ważna dla ogólnej oceny własnej osoby, co jest zrozumiałe,ponieważ kobiety mają świadmość, że zmiany fizyczne w okresie ciąży są naturalne (Tabela 65).

Tabela 65. Korelacje pomiędzy PASTAS a miarą negatywnej samooceny

Miara negatywnej samooceny (pkt)	**Grupa**					**Razem**
	kobiety niebędące w ciąży	**trymestr ciąży**			**rok po porodzie**	
		I	**II**	**III**		
	PASTAS (pkt)					
	0,39 (0,0000***)	0,35 (0,0000***)	0,19 (0,0178*)	0,20 (0,0134*)	0,35 (0,0000***)	0,29 (0,0000***)

Na Rycinie 8 wyraźnie widać, że proste regresje pokazujące model zależności pomiędzy obiema skalami są podobne w grupie kobiet w I lub II trymestrze ciąży, ale rozrzut punktów wokół prostej jest większy dla tej drugiej grupy.



Rycina 8. Korelacje pomiędzy PASTAS a miarą negatywnej samooceny

Nie wykazano znamiennych statystycznie korelacji pomiędzy samooceną własnego ciała, a wskazywaną przez ankietowane kobiety sylwetką w kwestionariuszu CDRS. Wyniki obrazuje Tabela 66.

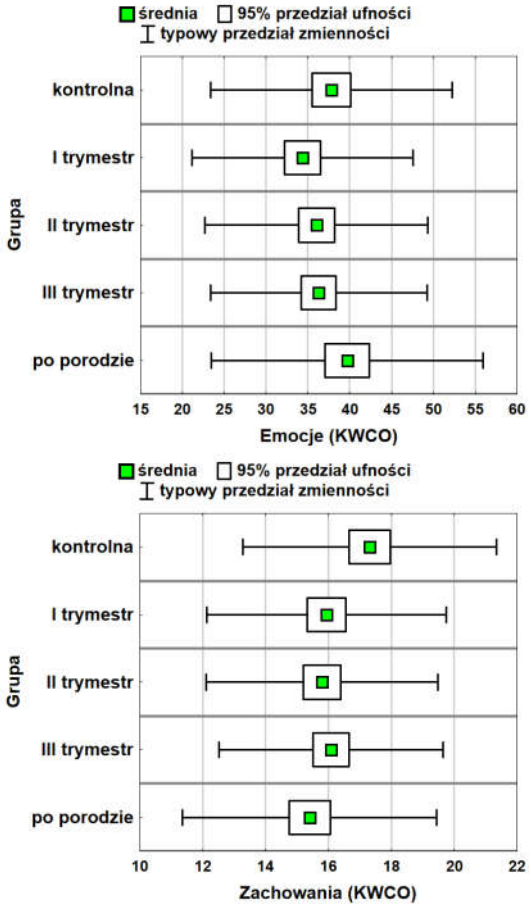
Tabela 66. Korelacje pomiędzy PASTAS a CDRS

CDRS	Grupa					Razem
	kobiety niebędące w ciąży	trymestr ciąży			po porodzie	
		I	II	III		
	PASTAS (pkt)					
Sylwetka idealna	0,02 (0,8407)	0,06 (0,4789)	-0,04 (0,6231)	-0,09 (0,2539)	-0,10 (0,2055)	-0,04 (0,2973)
Sylwetka oczekiwana	-0,06 (0,4684)	0,04 (0,6180)	-0,04 (0,5945)	-0,02 (0,8368)	-0,13 (0,1011)	-0,05 (0,1537)

OCENA WIZERUNKU CIAŁA - KWCO GŁĘBOCKIEJ Z UWZGLĘDNIENIEM ZMIENNYCH NIEZALEŻNYCH I INNYCH MIAR PSYCHOMETRYCZNYCH

W tej części analizowano preferencje badanych w czterech podskalach: poznania – emocji, skala zachowanie, skala stereotypu ładny – brzydki, skala krytyki otoczenia.

Wykazano znamienne statystycznie różnice (0,0005***) pomiędzy porównywanymi grupami dotyczące zdrowego trybu życia, najwyższe wartości w grupie kobiet niebędących w ciąży (17,3±4,0), a najniższe w grupie w grupie w rok po porodzie (15,4±4,0). Na progu istotności statystycznej wykazano różnice pomiędzy poziomem negatywnych emocji dotyczących własnego ciała, które były wyższe w grupie kobiet w rok po porodzie (39,7±16,2), a najniższe w I trymestrze ciąży (34,3±13,2) (Rycina 9 i Tabela 67) .



Rycina 9. Analiza porównawcza Kwestionariusza Wizerunku Ciała w badanych grupach

Tabela 67. Analiza porównawcza Kwestionariusza Wizerunku Ciała w badanych grupach

KWCO	Grupa										*p*
	kobiety niebędące w ciąży		trymestr ciąży						rok po porodzie		
			I		II		III				
	$\bar{x}$	*s*	$\bar{x}$	*s*	$\bar{x}$	*s*	$\bar{x}$	*s*	$\bar{x}$	*s*	
emocje	37,8	14,4	34,3	13,2	36,0	13,3	36,3	12,9	39,7	16,2	0,0612
zachowania	17,3	4,0	15,9	3,8	15,8	3,7	16,1	3,6	15,4	4,0	0,0005***
krytyka otoczenia	10,1	2,8	10,3	3,3	10,5	3,7	10,0	2,9	10,6	3,8	0,9176
stereotyp urody	44,6	7,5	42,7	8,6	44,0	8,1	43,5	8,6	43,4	9,4	0,2192

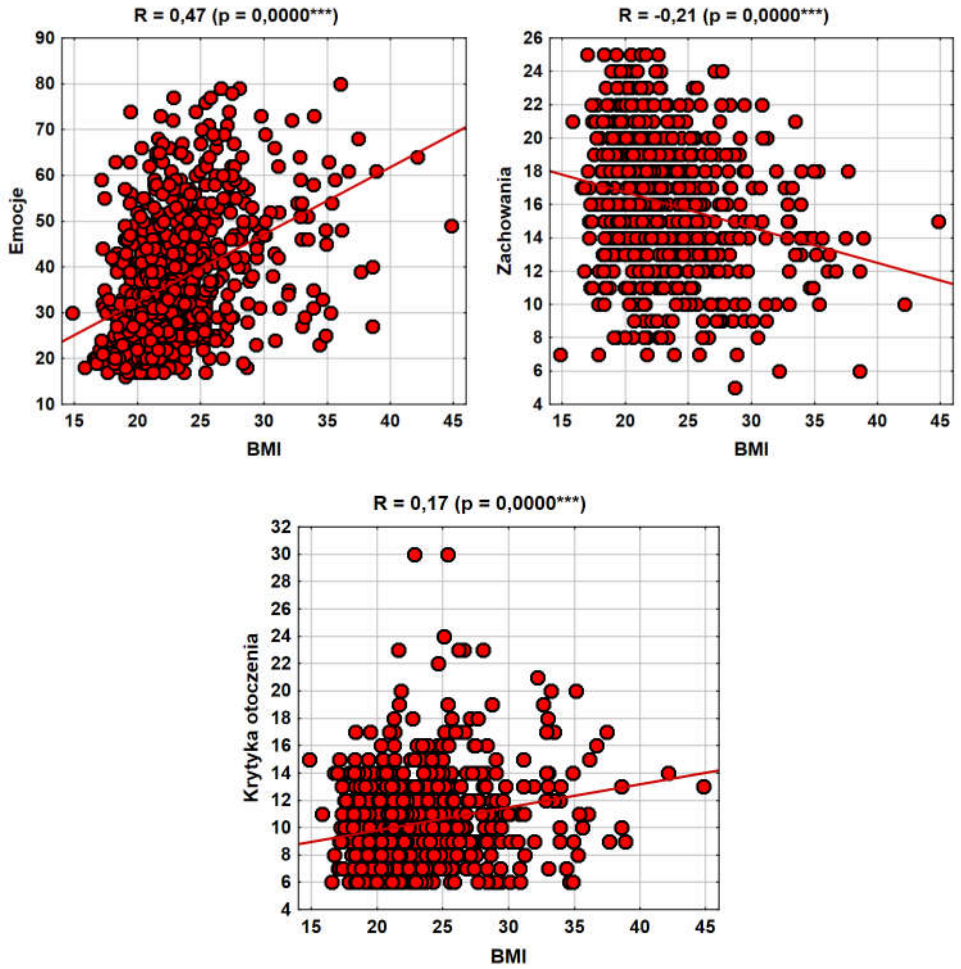
p – wartość prawdopodobieństwa testowego

Miary wyliczone za pomocą kwestionariusza KWCO nie były w wyraźny sposób powiązane z wiekiem ankietowanych kobiet. Wyniki przedstawia Tabela 68.

Tabela 68**.** Analiza porównawcza wyników KWCO w zależności od wieku, BMI oraz liczby ciąż

KWCO	Grupa					Razem
	kobiety nie będące w ciąży	trymestr ciąży			rok po porodzie	
		I	II	III		
	Wiek					
Emocje	-0,12 (0,1313)	0,09 (0,2528)	-0,09 (0,2607)	0,11 (0,1687)	-0,08 (0,3140)	-0,03 (0,3512)
Zachowania	-0,06 (0,4708)	-0,05 (0,5823)	0,17 (0,0400*)	0,03 (0,7590)	0,05 (0,5196)	-0,03 (0,3784)
Krytyka otoczenia	-0,22 (0,0073**)	-0,14 (0,0961)	-0,10 (0,2176)	-0,06 (0,4576)	-0,09 (0,2760)	-0,11 (0,0035**)
Stereotyp urody	-0,08 (0,3225)	0,22 (0,0074**)	0,12 (0,1397)	0,05 (0,5833)	0,00 (0,9620)	0,03 (0,4800)
Liczba ciąż						
Emocje		0,01 (0,9461)	0,08 (0,3309)	0,02 (0,8547)	-0,03 (0,7277)	-0,01 (0,8558)
Zachowania		-0,20 (0,0143*)	-0,13 (0,1185)	0,04 (0,6693)	-0,04 (0,6312)	-0,10 (0,0174*)
Krytyka otoczenia		0,06 (0,4698)	0,07 (0,3813)	-0,02 (0,8165)	-0,08 (0,3343)	0,01 (0,8922)
Stereotyp urody		-0,10 (0,2017)	-0,02 (0,8334)	0,11 (0,1935)	-0,12 (0,1548)	-0,05 (0,2105)
BMI						
Emocje	0,49 (0,0000***)	0,43 (0,0000***)	0,56 (0,0000***)	0,43 (0,0000***)	0,51 (0,0000***)	0,47 (0,0000***)
Zachowania	-0,11 (0,1679)	-0,24 (0,0026**)	-0,14 (0,0906)	-0,27 (0,0010***)	-0,20 (0,0137*)	-0,21 (0,0000***)
Krytyka otoczenia	0,15 (0,0622)	0,20 (0,0127*)	0,07 (0,3685)	0,27 (0,0007***)	0,17 (0,0356*)	0,17 (0,0000***)
Stereotyp urody	0,12 (0,1340)	0,02 (0,7986)	0,00 (0,9599)	-0,03 (0,6739)	0,08 (0,3407)	0,03 (0,4901)

Jedynie w grupie niebędącej w ciąży poczucie krytyki ze strony otoczenia malało wraz z wiekiem, natomiast kobiety w I trymestrze ciąży wraz z wiekiem silniej akcentowały stereotypy dotyczące urody. Jednakże zależności te miały bardzo niewielką siłę (*R* nie przekraczało nawet 0,30). Liczba przebytych ciąż nie wpływała na poziom miar wyliczonych na podstawie kwestionariusza KWCO. Miary KWCO wykazywały silniejsze korelacje z BMI. Wykazano, że w każdej grupie kobiet wraz ze wzrostem BMI rosły negatywne emocje na temat własnego ciała i były to korelacje o całkiem znaczącej sile (*R* przekracza w niektórych grupach 0,50). W części grup wyższe BMI korelowało z mniejszą aktywnością fizyczną i z większym odczuciem krytyki ze strony otoczenia. Były to jednak zależności znacznie słabsze. Wyniki obrazuje Tabela 68. Rycina 10 przedstawia zależności pomiędzy BMI a skalą emocji, krytyki otoczenia oraz zachowania na poziomie całej ankietowanej zbiorowości.



Rycina 10 . Zależności pomiędzy BMI, a skalą emocji, krytyki otoczenia oraz zachowania w całej grupie

ZACHOWANIA ZDROWOTNE A PERCEPCJA CIAŁA

Analizę pomiędzy skalami służącymi do pomiaru zachowań zdrowotnych IZZ oraz PZZ Hild-Ciupińskiej, a innymi wybranymi miarami psychometrycznymi dotyczącymi postrzegania ciała przedstawiono w inny sposób, niż w poprzednich podrozdziałach.

Zestawiono wszystkie korelacje pomiędzy dwiema skalami zachowań zdrowotnych (IZZ i PZZ), a pozostałymi rozważanymi miarami psychometrycznymi w zbiorczej tabeli – osobno dla każdej grupy.

Istotne statystycznie korelacje oznaczono symbolem * ($p < 0,05$).

Z uwagi na dużą złożoność prezentowanych tabel, nie pokazano w nich dokładnej wartości prawdopodobieństwa testowego p.

W grupie kobiet niebędących w ciąży wykazano znamienne statystycznie zależności pomiędzy IZZ i PZZ, a miarami PASTAS, KWCO i CDRS. Dotyczyło to przede wszystkim składowych związanych z poziomem zachowań zdrowotnych w sferze nastawienia psychicznego.

Dla przykładu, im wyższy był poziom negatywnych emocji, tym niższe, gorsze nastawienie psychiczne ($R = -0,36$).

Najsilniejsza korelacja występowała pomiędzy oceną zachowań (aktywności fizycznej) według KWCO, a analogiczną miarą z kwestionariusza (PZZ). Większość korelacji miała niewielką siłę (R nie przekracza lub wynosi około 0,30).

Wyniki obrazuje Tabela 69.

Nieco silniejsze korelacje uwidoczniły się w grupie kobiet będących w I trymestrze ciąży. Szczególnie dwie miary KWCO (poziom aktywności fizycznej oraz odczucie krytyki ze strony otoczenia) były powiązane z niemal wszystkimi składowymi IZZ i PZZ.

Podobnie jak w poprzednio rozważanej grupie miary CDRS nie były w ogóle skorelowane z poziomem zachowań zdrowotnych.

Wyniki obrazuje Tabela 70.

W przypadku kobiet w II trymestrze ciąży korelacje miały podobny charakter, jak w grupie kobiet w I trymestrze, chociaż są minimalnie słabsze.

Wyniki zawiera Tabela 71.

Tabela 69. Zależności pomiędzy IZZ i PZZ, a miarami PASTAS, CDRS i KWCO w grupie kobiet niebędących w ciąży

Kobiety niebędące w ciąży							
Miary zachowań zdrowotnych	**PASTAS**	**KWCO**				**CDRS**	
		Emocje	Zachowania	Krytyka otoczenia	Stereotyp urody	Sylwetka idealna	Sylwetka oczekiwana
IZZ							
Prawidłowe nawyki żywieniowe	-0,06	-0,11	**0,34***	-0,12	0,01	-0,07	**-0,17***
Zachowania profilaktyczne	-0,09	**-0,22***	0,08	**-0,19***	-0,08	0,00	0,00
Pozytywne nastawienie psychiczne	**-0,34***	**-0,36***	**0,34***	**-0,20***	**-0,20***	-0,04	-0,07
Praktyki zdrowotne	-0,13	**-0,17***	-0,07	-0,12	-0,07	0,10	0,07
Miara sumaryczna IZZ	**-0,21***	**-0,30***	**0,24***	**-0,21***	-0,11	-0,01	-0,06
PZZ							
Żywienie	-0,03	-0,06	**0,29***	**-0,16***	-0,05	-0,01	0,07
Dbałość o ciało	-0,07	**-0,19***	0,09	**-0,15**	**-0,15**	0,04	-0,02
Zachowanie bezpieczeństwa	**-0,16**	**-0,14**	-0,08	0,03	-0,08	-0,01	-0,01
Zdrowie psychospołeczne	**-0,34***	**-0,42***	**0,17***	**-0,32***	**-0,20***	-0,10	0,01
Aktywność fizyczna	-0,07	-0,11	**0,57***	-0,03	-0,01	**-0,17***	-0,09
Miara sumaryczna PZZ	**-0,20***	**-0,30***	**0,37***	**-0,23***	**-0,16**	-0,07	-0,02

Tabela 70. Zależności pomiędzy IZZ i PZZ, a miarami PASTAS, CDRS i KWCO w grupie kobiet w I trymestrze ciąży

Kobiety w I trymestrze ciąży							
Miary zachowań zdrowotnych	**PASTAS (pkt)**	**KWCO**				**CDRS**	
		Emocje	Zachowania	Krytyka otoczenia	Stereotyp urody	Sylwetka idealna	Sylwetka oczekiwana
IZZ							
Prawidłowe nawyki żywieniowe	-0,09	-0,11	**0,36***	**-0,33***	0,09	-0,04	-0,04
Zachowania profilaktyczne	-0,07	-0,08	**0,24***	**-0,24***	0,05	-0,03	-0,01
Pozytywne nastawienie psychiczne	**-0,18***	**-0,32***	**0,32***	**-0,41***	-0,10	-0,05	-0,07
Praktyki zdrowotne	**-0,18***	**-0,19***	**0,26***	**-0,30***	-0,04	-0,02	-0,09
Miara sumaryczna IZZ	**-0,16**	**-0,20***	**0,34***	**-0,37***	-0,01	-0,03	-0,06
PZZ							
Żywienie	-0,02	-0,01	**0,27***	**-0,27***	0,03	-0,03	-0,02
Dbałość o ciało	**-0,21***	**-0,18***	**0,23***	**-0,28***	0,04	0,06	0,06
Zachowanie bezpieczeństwa	-0,05	0,02	-0,03	**-0,15**	0,08	0,03	0,04
Zdrowie psychospołeczne	**-0,22***	**-0,24***	**0,36***	**-0,34***	**-0,18***	-0,06	-0,09
Aktywność fizyczna	**-0,15**	**-0,17***	**0,54***	**-0,20***	-0,08	0,07	0,00
Miara sumaryczna PZZ	**-0,18***	**-0,18***	**0,41***	**-0,38***	-0,04	0,02	0,00

Tabela 71. Zależności pomiędzy IZZ i PZZ, a miarami PASTAS, CDRS i KWCO w grupie kobiet w II trymestrze ciąży

Kobiety w II trymestrze ciąży							
Miary zachowań zdrowotnych	**PASTAS (pkt)**	**KWCO**				**CDRS**	
		Emocje	Zachowania	Krytyka otoczenia	Stereotyp urody	Sylwetka idealna	Sylwetka oczekiwana
IZZ							
Prawidłowe nawyki żywieniowe	-0,04	-0,03	**0,35***	-0,05	0,00	-0,02	0,05
Zachowania profilaktyczne	0,03	-0,09	**0,17***	-0,05	-0,04	-0,11	0,04
Pozytywne nastawienie psychiczne	-0,11	**-0,25***	**0,24***	**-0,32***	-0,13	0,02	0,09
Praktyki zdrowotne	**-0,22***	**-0,25***	0,12	**-0,34***	**-0,19***	-0,02	-0,04
Miara sumaryczna IZZ	-0,10	**-0,19***	**0,29***	**-0,26***	-0,10	-0,03	0,05
PZZ							
Żywienie	0,03	-0,04	**0,27***	-0,12	-0,03	0,03	0,05
Dbałość o ciało	**-0,22***	**-0,20***	**0,27***	**-0,25***	-0,12	0,03	0,02
Zachowanie bezpieczeństwa	**-0,16***	**-0,16***	0,02	-0,05	-0,06	0,03	-0,07
Zdrowie psychospołeczne	**-0,23***	**-0,30***	**0,29***	**-0,37***	-0,05	-0,01	0,03
Aktywność fizyczna	-0,01	-0,11	**0,53***	-0,13	-0,04	0,08	0,09
Miara sumaryczna PZZ	**-0,17***	**-0,24***	**0,38***	**-0,30***	-0,12	0,11	0,07

Wśród kobiet będących w III trymestrze ciąży nie wykazano niemal żadnych istotnych statystycznie korelacji pomiędzy PASTAS, a miarami zachowań zdrowotnych (jedyna znamienna korelacja miała bardzo niewielką siłę: R = -0,19). Natomiast nadal występowały korelacje aktywności fizycznej i odczucia krytyki ze strony otoczenia z miarami zachowań zdrowotnych, chociaż były one relacjami o niewielkiej sile (większość współczynników korelacji nie przekracza co do wartości bezwzględnej poziomu 0,30). Wyniki obrazuje Tabela 72.

Tabela 72. Zależności pomiędzy IZZ i PZZ, a miarami PASTAS, CDRS i KWCO w grupie kobiet w III trymestrze ciąży

Kobiety w III trymestrze ciąży							
Miary zachowań zdrowotnych	**PASTAS (pkt)**	**KWCO**				**CDRS**	
		Emocje	Zachowania	Krytyka otoczenia	Stereotyp urody	Sylwetka idealna	Sylwetka oczekiwana
IZZ							
Prawidłowe nawyki żywieniowe	-0,12	-0,11	**0,39***	**-0,17***	0,05	-0,03	0,04
Zachowania profilaktyczne	-0,03	-0,09	**0,26***	**-0,17***	-0,08	0,13	0,12
Pozytywne nastawienie psychiczne	**-0,19***	**-0,21***	**0,22***	**-0,31***	-0,10	-0,02	0,00
Praktyki zdrowotne	-0,01	-0,07	0,12	**-0,24***	0,04	0,01	0,11
Miara sumaryczna IZZ	-0,11	**-0,14**	**0,32***	**-0,26***	-0,03	0,03	0,09
PZZ							
Żywienie	-0,06	0,04	**0,19***	-0,03	0,01	0,00	0,04
Dbałość o ciało	**-0,15**	-0,13	**0,29***	**-0,15**	-0,06	0,07	0,04
Zachowanie bezpieczeństwa	-0,09	**-0,17***	-0,03	**-0,20***	-0,08	0,00	0,05
Zdrowie psychospołeczne	-0,09	-0,13	**0,18***	**-0,22***	0,00	-0,07	0,03
Aktywność fizyczna	-0,04	-0,03	**0,51***	-0,11	0,03	-0,06	-0,02
Miara sumaryczna PZZ	-0,12	-0,12	**0,36***	**-0,21***	-0,01	-0,03	0,04

Kobiety w rok po porodzie różniły się tym od kobiet w ciąży, że w uzyskanych wynikach pojawiały się liczniejsze korelacje pomiędzy poziomem negatywnych emocji i samooceną własnego ciała (PASTAS), a poziomem zachowań zdrowotnych. Korelacje te były „tłumione" przez pozytywne uczucia płynące z macierzyństwa, natomiast w rok po porodzie kobiety nie potrafią już ewidentnie „odizolować" negatywnej oceny własnego ciała (PASTAS) od codziennych zachowań – w szczególności nastawienia psychicznego, ale także zachowań społecznych czy zdrowotnych. Wyniki przedstawia Tabela 73.

Tabela 73. Zależności pomiędzy IZZ i PZZ, a miarami PASTAS, CDRS i KWCO w grupie kobiet w rok poporodzie

Kobiety rok po porodzie							
Miary zachowań zdrowotnych	**PASTAS (pkt)**	**KWCO**				**CDRS**	
		Emocje	Zachowania	Krytyka otoczenia	Stereotyp urody	Sylwetka idealna	Sylwetka oczekiwana
IZZ							
Prawidłowe nawyki żywieniowe	**-0,15**	**-0,14**	**0,35***	**-0,27***	0,11	-0,05	0,10
Zachowania profilaktyczne	-0,09	-0,07	**0,23***	-0,10	0,04	0,04	0,06
Pozytywne nastawienie psychiczne	**-0,26***	**-0,24***	**0,28***	**-0,42***	0,01	0,01	0,06
Praktyki zdrowotne	**-0,24***	**-0,19***	0,10	**-0,28***	-0,03	0,02	0,05
Miara sumaryczna IZZ	**-0,20***	**-0,17***	**0,27***	**-0,33***	0,05	0,01	0,08
PZZ							
Żywienie	-0,11	-0,06	**0,27***	**-0,24***	**0,14**	0,07	**0,19***
Dbałość o ciało	**-0,24***	**-0,20***	**0,27***	**-0,31***	-0,08	-0,04	-0,03
Zachowanie bezpieczeństwa	-0,13	-0,13	-0,04	-0,05	-0,08	0,02	0,00
Zdrowie psychospołeczne	**-0,38***	**-0,32***	**0,28***	**-0,36***	-0,09	0,05	0,06
Aktywność fizyczna	-0,12	-0,04	**0,43***	**-0,20***	-0,02	0,02	0,04
Miara sumaryczna PZZ	**-0,28***	**-0,23***	**0,36***	**-0,35***	-0,02	0,07	0,10

OCENA SATYSFAKCJI Z ŻYCIA BADANYCH KOBIET Z UWZGLĘDNIENIEM MIAR PSYCHOMETRYCZNYCH

Nie wykazano statystycznie istotnych różnic w satysfakcji z życia ocenianej skalą SWLS, pomiędzy porównywanymi grupami – zarówno jeśli chodzi o punktową ocenę tej kwestii, jak i klasyfikację według poziomów zadowolenia z życia (Tabela 74 i 75).

Tabela 74. Ocena ogólnej satysfakcji z życia w badanych grupach

Satysfakcja z życia	**Grupa**										***p***
	kobiety niebędące w ciąży		**trymestr ciąży**						**rok po porodzie**		
			I		**II**		**III**				
	$\bar{x}$	*s*	$\bar{x}$	*s*	$\bar{x}$	*s*	$\bar{x}$	*s*	$\bar{x}$	*s*	
SWLS (pkt)	24,3	4,8	24,2	4,6	23,3	5,2	23,9	5,2	23,9	5,2	0,4683

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu jednoczynnikowej analizy wariancji

Tabela 75. Ocena poziomu satysfakcji z życia w badanych grupach

Poziom satysfakcji z życia	**Grupa (*p* = 0,7468)**					**Razem**
	kobiety niebędące w ciąży	**trymestr ciąży**			**rok po porodzie**	
		I	**II**	**III**		
zdecydowanie nie	0 (0,0%)	2 (1,3%)	2 (1,3%)	2 (1,3%)	2 (1,3%)	8
nie	2 (1,3%)	1 (0,7%)	5 (3,3%)	5 (3,3%)	7 (4,7%)	20
raczej nie	26 (17,3%)	18 (12,0%)	24 (16,0%)	19 (12,7%)	18 (12,0%)	105
obojętna	5 (3,3%)	9 (6,0%)	8 (5,3%)	4 (2,7%)	7 (4,7%)	33
raczej tak	57 (38,0%)	61 (40,7%)	62 (41,3%)	64 (42,7%)	59 (39,3%)	303
tak	43 (28,7%)	49 (32,7%)	37 (24,7%)	45 (30,0%)	48 (32,0%)	222
zdecydowanie tak	17 (11,3%)	10 (6,7%)	12 (8,0%)	11 (7,3%)	9 (6,0%)	59
Razem	150	150	150	150	150	750

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu niezależności chi-kwadrat

Poziom satysfakcji z powiązany był z poznawczym wymiarem własnego (CDRS) jedynie w grupie w rok po porodzie. Wyniki przedstawia Tabela 76.

Tabela 76. Zależności pomiędzy CDRS a SWLS

CDRS	Grupa					Razem
	kobiety niebędące w ciąży	trymestr ciąży			rok po porodzie	
		I	II	III		
	SWLS					
Sylwetka idealna	0,04 (0,5921)	0,07 (0,3655)	0,12 (0,1306)	0,09 (0,2822)	0,22 (0,0062**)	0,11 (0,0028**)
Sylwetka oczekiwana	0,05 (0,5286)	0,04 (0,6076)	0,14 (0,0786)	0,00 (0,9831)	0,19 (0,0216*)	0,08 (0,0289*)

Poziom zadowolenia z życia był skorelowany z miarami KWCO, zwłaszcza ze składową mierzącą poziom krytyki ze strony otoczenia i negatywnych emocji. Niezależnie od grupy ankietowanych kobiet korelacje były na zbliżonym poziomie (Tabela 77).

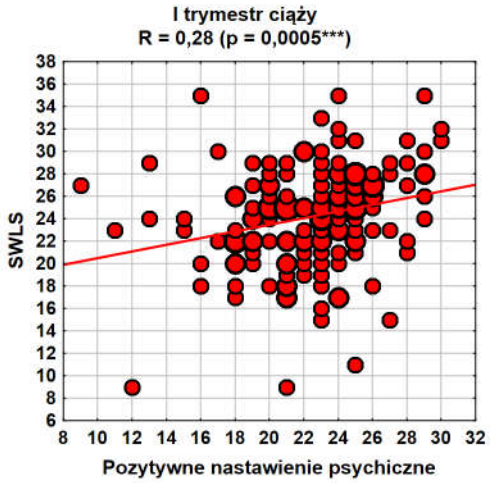
Tabela 77. Zależności pomiędzy KWCO a SWLS

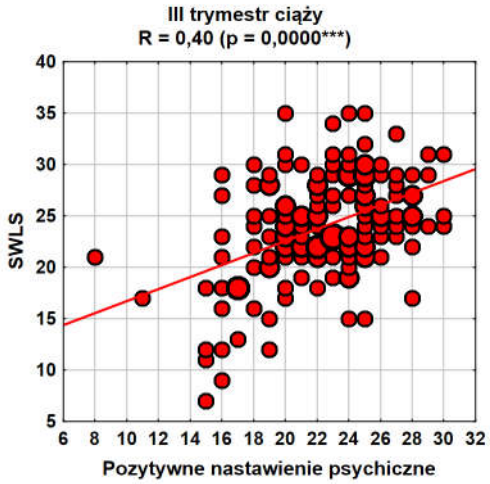
KWCO	Grupa					Razem
	kobiety niebędące w ciąży	trymestr ciąży			rok po porodzie	
		I	II	III		
	SWLS					
Emocje	-0,40 (0,0000***)	-0,25 (0,0020**)	-0,28 (0,0004***)	-0,23 (0,0053**)	-0,28 (0,0005***)	-0,29 (0,0000***)
Zachowania	0,24 (0,0029**)	0,18 (0,0292*)	0,19 (0,0203*)	0,14 (0,0912)	0,16 (0,0492*)	0,18 (0,0000***)
Krytyka otoczenia	-0,49 (0,0000***)	-0,28 (0,0005***)	-0,38 (0,0000***)	-0,29 (0,0003***)	-0,41 (0,0000***)	-0,37 (0,0000***)
Stereotyp urody	-0,22 (0,0064**)	-0,23 (0,0048**)	-0,21 (0,0115*)	-0,19 (0,0203*)	-0,14 (0,0909)	-0,19 (0,0000***)

Poziom zadowolenia z życia (SWLS) był związany poziomem zachowań zdrowotnych w większości grup i dla większości składowych IZZ. Najsilniej z SWLS skorelowane były pozytywne nastawienia psychiczne, a najsłabiej nawyki żywieniowe. Siła korelacji była najczęściej niewielka – najsłabsza wśród kobiet w I trymestrze ciąży. Wyniki obrazuje Tabela 78. Rycina 11 z kolei przedstawia zależności pomiędzy SWLS, a nastawieniem psychicznym w I oraz III trymestrze ciąży.

Tabela 78. Zależności pomiędzy IZZ a SWLS

	kobiety niebędące w ciąży	**Grupa**				**Razem**
		trymestr ciąży			**Rok po porodzie**	
		I	**II**	**III**		
SWLS						
Prawidłowe nawyki żywieniowe	0,11 (0,1705)	0,11 (0,1757)	0,23 (0,0045**)	0,26 (0,0016**)	0,28 (0,0005***)	0,19 (0,0000***)
Zachowania profilaktyczne	0,26 (0,0015**)	0,07 (0,3721)	0,18 (0,0290*)	0,25 (0,0020**)	0,18 (0,0311*)	0,18 (0,0000***)
Pozytywne nastawienie psychiczne	0,47 (0,0000***)	0,28 (0,0005***)	0,49 (0,0000***)	0,40 (0,0000***)	0,51 (0,0000***)	0,43 (0,0000***)
Praktyki zdrowotne	0,25 (0,0022**)	0,11 (0,1614)	0,41 (0,0000***)	0,21 (0,0091**)	0,29 (0,0003***)	0,24 (0,0000***)
IZZ	0,36 (0,0000***)	0,19 (0,0204*)	0,45 (0,0000***)	0,35 (0,0000***)	0,40 (0,0000***)	0,34 (0,0000***)





Rycina 11. Zależności pomiędzy SWLS a nastawieniem psychicznym w I oraz III trymestrze ciąży

Podobne korelacje, jak z IZZ, stwierdzono w porównaniu do wartości satysfakcji z życiaz miarami zdrowotności wyznaczonymi za pomocą kwestionariusza Hildt-Ciupińskiej (Tabela 79).

Tabela 6. Zależności miarami z kwestionariusza Hildt-Ciupińskiej a SWLS

Kwetsionariusz Hildt-Ciupińskiej	**Grupa**					**Razem**
	kobiety niebędące w ciąży	**trymestr ciąży**			**rok po porodzie**	
		I	**II**	**III**		
	SWLS					
Żywienie	0,23 (0,0050**)	0,17 (0,0372*)	0,23 (0,0042**)	0,21 (0,0103*)	0,18 (0,0259*)	0,20 (0,0000***)
Dbałość o ciało	0,18 (0,0261*)	0,12 (0,1436)	0,32 (0,0001***)	0,25 (0,0025**)	0,20 (0,0163*)	0,22 (0,0000***)
Zachowanie bezpieczeństwa	0,05 (0,5224)	0,11 (0,1946)	-0,06 (0,4501)	0,08 (0,3460)	0,08 (0,3136)	0,05 (0,1908)
Zdrowie psychospołeczne	0,39 (0,0000***)	0,39 (0,0000***)	0,47 (0,0000***)	0,28 (0,0006***)	0,45 (0,0000***)	0,39 (0,0000***)
Aktywność fizyczna	0,01 (0,9196)	0,18 (0,0311*)	0,22 (0,0074**)	-0,02 (0,7802)	0,08 (0,3110)	0,10 (0,0069**)
Miara sumaryczna PZZ	0,30 (0,0002***)	0,31 (0,0001***)	0,43 (0,0000***)	0,26 (0,0011**)	0,33 (0,0000***)	0,33 (0,0000***)

DYSKUSJA

PREFEROWANE ZACHOWANIA ZDROWOTNE KOBIET W CIĄŻY

Ciąża stanowi szczególny i zarazem trudny okres w życiu każdej kobiety, w którym przyszła matka staje się odpowiedzialna nie tylko za swoje zdrowie i życie, ale również za rozwijające się w jej ciele dziecko [138,139]. Styl życia, jako nawykowy wzorzec postępowania wobec własnego ciała, wyraża się w zachowaniach wywołujących pozytywne lub negatywne skutki zdrowotne, służące na utrzymaniu oraz umocnieniu zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego człowieka [140]. W odniesieniu do kobiety ciężarnej troska o zdrowie fizyczne związana jest nie tylko z odpowiednią dietą, prawidłowo dopasowaną aktywnością fizyczną oraz eliminacją używek, a także higieną osobistą i wykonywaniem badań profilaktycznych. Natomiast utrzymaniu zdrowia psychospołecznego służą efektywne metody radzenia sobie ze stresem, budowanie zaufania do siebie, wiary we własne siły, optymizmu, satysfakcji z życia oraz realnej, ale wysokiej samooceny. Podkreśla się zatem wielowymiarowy i subiektywny charakter zdrowia [139,140].

Zdrowie może być analizowane w perspektywie zarówno obiektywnej, jak i subiektywnej, a jego ocena uzależniona jest od wieku i doświadczeń danej osoby. Na samoocenę stanu zdrowia wpływa także styl życia oraz wiele czynników społeczno-demograficznych [141]. W badaniu własnym kobiety subiektywny stan zdrowia oceniły wysoko - na 8 pkt. w skali dziesięciostopniowej (1-najgorszy stan zdrowia, 10 - najlepszy stan zdrowia). Dane te znajdują potwierdzenie w literaturze [141,142]. Zgodnie z raportem Centrum Badania Opinii Publicznej (CBOS) Polacy są w większości raczej zadowoleni ze swojej kondycji zdrowotnej. Osoby młode (w wieku od 18 do 34 lat) w najwyższym odsetku (80% – 85%) deklarują zadowolenie w tym względzie, przy czym nie zdarza się im określać stanu swojego zdrowia, jako zły lub bardzo zły [143]. *Dziankowska-Zaborszczyk i wsp*. wykazali, że kobiety, w porównaniu do mężczyzn, lepiej oceniają swój stan zdrowia [142]. Z badań kobiet z województwa podkarpackiego wynika, że wyższa samoocena stanu zdrowia związana jest z podejmowaniem pozytywnych zachowań zdrowotnych. Autorzy wykazali również, że wysoka subiektywna ocena zdrowia korelowała istotnie z wyższym poziomem aktywności fizycznej [141]. Ponadto kobiety, które pozytywnie oceniły swój stan zdrowia przyjmowały lekarstwa jedynie w przypadku zachorowania lub występowania dolegliwości bólowych [141]. W badaniu własnym wykazano, że większość kobiet w razie złego

samopoczucia w pierwszej kolejności stosowała domowe środki lecznicze, przy czym w razie choroby, kobiety będące w I trymestrze ciąży, udawały się do lekarza, będąc świadome, że w okresie ciąży szczególnie należy konsultować przyjmowanie leków.

Wyniki dotyczące subiektywnej oceny stanu zdrowia, dokonywanej przez młode kobiety pokazują, że oceniają one swoje zdrowie jako bardzo dobre. Dyskusji można poddać, w jakim stopniu ocena ta odzwierciedla realną sytuację, a w jakim jest związana z posiadaną świadomością zdrowotną kobiet lub optymistycznym podejściem, które jest charakterystyczne dla młodego pokolenia [144].

Każda kobieta, od okresu pokwitania aż do późnej starości, powinna być otoczona opieką ginekologiczną adekwatną do jej wieku i potrzeb [145]. Kluczową rolę w profilaktyce chorób kobiecych odgrywa ich aktywna postawa, czyli samoobserwacja, regularne kontrole ginekologiczne, wykonywanie badań piersi oraz cytologii [145,146]. Analiza zachowań profilaktycznych, mierzonych za pomocą skali IZZ Juczyńskiego, wykazała, że kobiety w ciąży, w porównaniu do kobiet nie będących w ciąży oraz po porodzie, przykładały większą wagę do profilaktyki.

Kobiety w trosce o swoje zdrowie powinny dbać o regularność przeprowadzania kontroli ginekologicznej, stąd zaleca się wykonywanie badań ginekologicznych przynajmniej raz w roku [145]. Niestety wiele badań wskazuje na brak systematycznej kontroli zdrowia narządu rodnego Polek [147,148]. W badaniu własnym wykazano, że badania ginekologiczne raz w roku wykonywało niespełna 37% kobiet nie będących w ciąży, przy czym w grupie kobiet po ciąży odsetek wyniósł 52%. Należy zwrócić uwagę na fakt, że w grupie kobiet przed ciążą aż ponad 17% nie korzystało w ogóle z opieki ginekologa. Raport zrealizowany w ramach *Kampanii na rzecz dobrej opieki ginekologicznej* wykazał, że regularnie z porad ginekologa korzystało około 70% kobiet, natomiast prawie 10% kobiet nigdy nie zasięgało porady specjalistycznej [149]. Najczęściej wskazywaną przez kobiety przyczyną barku regularnych kontroli jest odczuwany wstyd i zakłopotanie podczas badania [147,149]. Problem ten może wynikać z deficytów w zakresie edukacji seksualnej w ramach nauczania szkolnego. Obniżenie wieku inicjacji seksualnej oraz liberalizacja kontaktów intymnych muszą stanowić podstawę intensyfikacji edukacji na temat higieny życia płciowego wśród młodych osób. Edukacja w tym zakresie powinna odbywać się, jak najwcześniej oraz zwrócić uwagę młodych kobiet na konieczność regularnych kontroli ginekologicznych oraz wykonywania ginekologicznych procedur medycznych (cytologia, USG piesi/narządów rodnych) [150].

Działania profilaktyczne, w tym samokontrola piersi, w znacznym stopniu obniżają ryzyko zachorowania i niepomyślnego rokowania w przypadku raka piersi [151]. Zdaniem *Pawlickiego* samobadanie piersi jest najtańszą, łatwą oraz skuteczną metodą wczesnego wykrywania zmian w obrębie piersi [152]. Natomiast niektórzy autorzy sugerują, że samobadanie piersi jest badaniem o niskiej czułości, ale posiada duże walory edukacyjne [153]. Samobadanie piersi powinna wykonywać każda kobieta w wieku powyżej 20 lat, najlepiej 2-3 dni po miesiączce [153,154]. Jest to istotne z uwagi na fakt, że ponad 90% zmian w piersi jest wykrywanych przez kobiety podczas wykonywania samobadania [155]. *Ślusarska i wsp*. wykazali, że ponad 80% kobiet wie, że wykonywanie samobadania piersi powinno się rozpocząć od 20 roku życia [156]. Podobne wyniki odnośnie czasu wykonywania samobadania uzyskali *Przysada i wsp*. Autorzy wskazali również, że samobadanie piersi wykonywało około 80% badanych kobiet [157]. W obecnym badaniu samobadanie piersi w grupie kobiet przed ciążą wykonywało 54,7% respondentek, a najrzadziej czyniły to kobiety w II i III trymestrze ciąży. W grupie młodych kobiet po porodzie samobadanie przeprowadzało niespełna 60% badanych. Prawidłowy czas wykonywania samobadania piersi znała niespełna połowa kobiet. Ponad 20% z nich twierdziło, że czas przeprowadzanie go jest niezależny od fazy cyklu. Podobne wyniki uzyskali *Najdyhor i wsp*. Dodatkowo autorzy wykazali, że prawidłowy czas przeprowadzenia samobadania piersi wskazało tylko 57% badanych kobiet. Pozostałe respondentki twierdziły, że należy to robić niezależnie od cyklu - 21%, w innych terminach - 3% lub deklarowały brak wiedzy na ten temat (19%) [155]. *Węgrowski i wsp*. dowiedli, że 42% kobiet nie orientuje się, w jakim dniu cyklu miesiączkowego należy przeprowadzić samobadanie piersi [158].

W literaturze przedmiotu podkreśla się, że mammografia jest najbardziej skutecznym badaniem w kierunku wykrycia raka piersi [157]. W badaniu własnym, w grupie kobiet przed 35. r.ż. mammografię wykonywało około 5% respondentek. Ze względu na gęstą gruczołową budowę piersi, kobietom poniżej 40. r.ż., zamiast wykonywania mammografii, zaleca się wykonywanie badania ultrasonograficznego (USG) piersi [153]. W grupach badanych kobiet w wieku 20-35 lat znaczna większość (min = 64,7%, max=79,3%) nie miała nigdy wykonywanego badania USG piersi niezależnie od faktu bycia w ciąży, czy urodzenia dziecka. Podobne wyniki uzyskali inni autorzy, wykazując że około $^1/_3$ kobiet miała nigdy wykonywanego badania USG piersi, przy czym aż 32,6% kobiet mylnie twierdziło, że badanie to powinno być przeprowadzane dopiero po 40. roku życia [156,158].

Polskie Towarzystwo Ginekologiczne wprowadziło rekomendacje mające na celu zminimalizowanie zachorowania na raka szyjki macicy, zgodnie z którymi kobiety po

ukończeniu 25. r.ż. powinny mieć wykonywaną corocznie cytologię [159]. W badaniu własnym kobiety będące aktualnie w ciąży posiadały najbardziej aktualne badania cytologiczne (sprzed miesiąca, dwóch). Kobiety przed ciążą najczęściej wskazały, że ostatnią cytologię miały ponad rok temu (32,7%), przy czym niepokojące wydaje się, iż prawie 20% kobiet z tej grupy nigdy nie miało wykonywanego tego badania. W badaniu *Nowickiego i wsp*. prawie $^1/_3$ absolwentek studiów wyższych nie miała nigdy wykonywanej cytologii [160]. W badaniu młodych kobiet z województwa małopolskiego i podkarpackiego 65% z nich wykonało badanie cytologiczne przynajmniej raz w życiu, z czego nieco ponad połowa zrobiła to w ciągu ostatniego roku [161]. Wiele doniesień naukowych zwraca uwagę, że działania podejmowane w zakresie zapobiegania i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy w Polsce są nadal niewystarczające. Głównym problemem w polskim społeczeństwie jest zmiana stosunku kobiet do ochrony i odpowiedzialności za własne zdrowie [155,162,163].

Prawidłowy przebieg ciąży, zdrowie kobiety ciężarnej oraz rozwijającego się płodu, w dużej mierze zależą od sposobu żywienia. Zbilansowanie diety oraz stan odżywienia organizmu przyszłej matki są równie ważne dla zdrowego rozwoju i wzrostu dziecka przed poczęciem oraz w trakcie trwania ciąży. Żywienie kobiet w okresie ciąży powinno być oparte na ogólnie przyjętych zasadach prawidłowego żywienia [94,139]. Zalecenia zgodne ze stanowiskiem ośrodka amerykańskiego *Food Standard Agency* odnośnie kobiet w okresie przedkoncepcyjnym obejmują: stosowanie zdrowej, zrównoważonej i urozmaiconej diety oraz suplementację diety kwasem foliowym [164]. Istotne jest również, aby kobieta osiągnęła i utrzymała prawidłową masę ciała przed zajściem w ciążę [139]. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie opieki przedporodowej w ciąży o prawidłowym przebiegu, zakładają, że zdrowie kształtuje się od wczesnego okresu życia, a prawidłowy przebieg ciąży oraz porodu odgrywają dużą rolę w rozwoju fizycznym i intelektualnym człowieka zarówno w dzieciństwie, jak i dorosłości [165]. Prawidłowe odżywianie w okresie ciąży jest pojęciem wielowymiarowym. Z jednej strony wymaga pokrycia zapotrzebowania energetycznego, które w poszczególnych trymestrach ciąży ulega zmianie, z drugiej zaś należy dostosować strukturę spożywanych produktów, czyli odpowiednią ilość i proporcję poszczególnych składników odżywczych. Racjonalne żywienie obejmuje również eliminację nieprawidłowych nawyków żywieniowych [166].

W związku z dynamicznie zachodzącymi zmianami w organizmie kobiety podczas ciąży, istotne jest monitorowanie przyrostu masy ciała, ponieważ warunkuje ona zarówno przebieg ciąży, jak i samego porodu [87,167]. W badaniach własnych stwierdzono, że 66% kobiet w I i II trymestrze ciąży miało wskaźnik BMI w normie, w III trymestrze odsetek

wyniósł 70%. Nadwaga lub otyłość dotyczyła ponad 20% kobiet w każdym z trymestrów ciąży, natomiast niedowagę odnotowano średnio u 6% kobiet w okresie ciąży. W grupie kobiet przed ciążą 10% kobiet miało niedowagę, natomiast 14% nadwagę. Powyższe wyniki potwierdzają badania innych autorów [168]. Ogólnopolskie badanie przeprowadzone w grupie kobiet ciężarnych wykazały, że BMI ponad 67,9% kobiet mieściło się w normie, natomiast u 9,5% występowała niedowaga, u 16,1% stwierdzono nadwagę, a u 6,5% otyłość. [169]. Przeprowadzona analiza wykazała, że zachowania zdrowotne w zakresie żywienia kobiet ciężarnych kształtują się na istotnie wyższym poziomie w porównaniu do kobiet niebędących w ciąży. Przykładowo kobiety w ciąży rzadziej sięgają po żywność typu fast-food, natomiast częściej spożywają owoce i warzywa. Wykazano również, że po okresie ciąży praktyki żywieniowe ulegają pogorszeniu. Stwierdzone różnice w badanych podgrupach były istotne statystycznie (skala Hildt-Ciupińskiej; p=0,0002). Inni autorzy również zaobserwowali poprawę nawyków żywieniowych w grupie kobiet ciężarnych, zwłaszcza jakości spożywanych dotychczas pokarmów. Kobiety częściej spożywały nabiał, owoce i warzywa oraz deklarowały zaprzestanie spożywania żywności typu fast food [166]. Podobną zależność zaobserwowała *Bień i wsp*., wskazując na niższy poziom zachowań żywieniowych kobiet niebędących w ciąży, w porównaniu do kobiet ciężarnych [170]. Inni autorzy również wykazali, że przeważająca część kobiet przykłada większą uwagę do sposobu odżywienia i próbuje poprawić swoją dotychczasową dietę [171-173]. *Gacek i wsp*. w badaniu kobiet ciężarnych wyróżnili dwie grupy: młodszą (18-30 lat) i starszą (31-47 lat). Badania autorów dowiodły, że wiek istotnie statystycznie warunkuje zachowania żywieniowe ciężarnych, a młodsze kobiety wykazywały skłonność do nieprawidłowych wyborów w zakresie odżywiania [84]. *Pieszko i wsp*. również potwierdzili, że kobiety po zajściu w ciążę zmieniają swój dotychczasowy sposób żywienia, w tym 84% ciężarnych w wieku 20-40 lat zwracało większą uwagę do sposobu żywienia, w porównaniu z okresem przed poczęciem, a 69% kobiet zwiększyło spożycie posiłków w trakcie ciąży [139].

Właściwe rozłożenie posiłków w ciągu doby ma duże znaczenie w utrzymaniu wydolności fizycznej, umysłowej oraz wpływa korzystnie metabolizm organizmu [94]. Na podstawie własnych obserwacji stwierdzono, że kobiety w ciąży przykładały większą uwagę do spożywania podstawowych posiłków w ciągu dnia. Śniadanie codziennie spożywało około 94% kobiet ciężarnych, przy czym odsetek w grupie kobiet po ciąży wyniósł 80%. Obiad codziennie spożywała większość kobiet w okresie ciąży oraz średnio 90% kobiet z pozostałych analizowanych grup. Prawie 90% kobiet ciężarnych codziennie spożywało kolację, natomiast w grupie kobiet po ciąży odsetek był najniższy i wyniósł niespełna 73%.

Podobne wyniki wykazano w Raporcie Państwowej Inspekcji Sanitarnej [169]. Dane uzyskane przez *Bachanek i Nakonieczną-Rudnicką* wskazują, że prawie 70% kobiet ciężarnych zwiększyło częstotliwość spożywania posiłków po zajściu w ciążę oraz żadna z nich nie ograniczyła spożywania posiłków w tym okresie [174].

Brak regularności spożywania podstawowych posiłków oraz ich zbyt mała liczba mogą prowadzić do nieprawidłowego zachowania żywieniowego, jakim jest dojadanie [86]. Ogólnopolskie badaniach, które zostały przeprowadzone przez Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS) wśród osób dorosłych wykazały, że co czwarta osoba codziennie pomiędzy posiłkami podjada słodycze [175]. Liczne badania dowodzą, że taki nawyk występuje powszechnie w grupie kobiet zarówno niebędących w ciąży, jak i ciężarnych. Równocześnie wskazuje się, że podjadanie jest jedną z przyczyn rozwoju nadwagi i otyłości [173,174]. Na podstawie analizy wyników własnych stwierdzono, że zwyczaj dojadania był preferowany przez zdecydowaną większość kobiet. Najniższy odsetek stwierdzono w grupie kobiet niebędących w ciąży (65%), zaś najwyższy wśród kobiet w I oraz II trymestrze ciąży (85%). Po porodzie podjadanie zwyczaj deklarowało 74% badanych kobiet. Wyniki te potwierdzają badania innych autorów, które wskazują na wyższą częstotliwość podjadania wśród kobiet w ciąży, w porównaniu do kobiet przed ciążą oraz po porodzie [165,173]. Najczęściej występującymi przekąskami w grupie kobiet ciężarnych były owoce, warzywa oraz słodycze. W prezentowanym badaniu słodycze spożywały przeważnie kobiety w III trymestrze ciąży oraz po okresie ciąży (ponad 50% kobiet w obu grupach), natomiast w grupie kobiet przed ciążą - 40% respondentek. *Pieszko i wsp*. wykazali, że ponad 40% kobiet po zajściu w ciążę deklarowało częstsze spożycie słodyczy, pozostałe kobiety nie zmieniły swoich preferencji sprzed okresu ciąży [139]. Zwiększenie apetytu jest cechą charakterystyczną okresu ciąży, co może wiązać się z sięganiem po dodatkowe przekąski. W badaniu *Wyciślik i wsp*. 47% kobiet ciężarnych deklarowało wyższe spożycie kiszonek, cytrusów, truskawek, wiśni oraz słodyczy, w porównaniu do okresu przed ciążą. Autorzy powyższą zależność tłumaczą występowaniem tzw. "zachcianek" na różne grupy produktów podczas ciąży [176]. W innych badaniach wykazano, że 82% kobiet ciężarnych przyznawało się do podjadania między posiłkami, najczęściej owoców (38%) lub słodyczy (23%) [102].

W okresie ciąży słodycze, pieczywo cukiernicze i słodkie przekąski powinny być kategorycznie wyeliminowane z diety, ponieważ stanowią źródło tzw. pustych kalorii, które przyczyniają się do nadmiernego przyrostu masy ciała oraz powstania otyłości, a także zwiększają ryzyko wystąpienia cukrzycy [176]. Jednocześnie nadmierna konsumpcja

słodyczy przez kobietę podczas ciąży może wpłynąć na wyższą skłonność jej dziecka do spożywania produktów z tej grupy w przyszłości [139].

Kobiety w czasie ciąży powinny dbać o prawidłowy poziom nawodniane organizmu. Dzienne zapotrzebowanie na wodę w czasie ciąży jest wyższe o 300 ml przed ciążą. Kobietom w okresie ciąży zaleca się spożycie od 2000 do 2500 ml wody w ciągu dnia [177]. Na podstawie badań własnych można stwierdzić, że połowa wszystkich badanych kobiet spożywała od 1000 ml do 2000 ml płynów na dobę. Powyżej 2000ml wody w trakcie ciąży spożywało 25,3% kobiet w pierwszym trymerze i 36,0% kobiet w trzecim trymestrze ciąży. Można zatem ocenić, że spożycie płynów w badanej grupie jest niewystarczające. *Dereń i wsp.* stwierdzili, że 50% badanych kobiet spożywało od 1,5 do 2 litrów płynów dziennie. Kobiety głównie preferowały wodę, następie herbaty owocowe i ziołowe [173]. Badania ogólnopolskie podobnie wykazały, że najczęściej spożywanymi napojami podczas ciąży były: woda butelkowa (83,2%), herbata (60,7%) oraz soki owocowe (40,2%) [169].

Prawidłowa, zróżnicowana, zawierająca witaminy i minerały naturalnego pochodzenia dieta może pokrywać zapotrzebowanie organizmu kobiety, ale ze względu na jego wzrost podczas ciąży oraz w okresie laktacji, może nie być on w dostateczny sposób pokrywany [83]. Ponadto, fizjologia ciąży wymaga innej podaży witamin i minerałów w różnych jej okresach. Już od pierwszego trymestru zapotrzebowanie na powyższe składniki wzrasta, a związane jest przede wszystkim ze wzrostem płodu oraz z ogólną kondycją kobiety ciężarnej. W związku z powyższym, często istnieje potrzeba włączenia suplementacji diety [178].

W prezentowanym badaniu kwas foliowy zażywały głównie respondentki będące w ciąży (80%), w stosunku do zaledwie 8% kobiet przed ciążą. Niski odsetek może wynikać z faktu, że kobiety w tej grupie głównie przyjmują preparaty multiwitaminowe (82%), które często zawierają również kwas foliowy (wit. B9). W grupie po ciąży, odsetek kobiet stosujących kwas foliowy wyniósł 30%. Suplementację preparatami witaminowymi stosowało ponad 80% kobiet w I trymestrze ciąży, natomiast w III trymestrze prawie 93% respondentek. Wyniki innych autorów wskazują na zróżnicowanie w zakresie stosowania suplementacji w grupie kobiet. Badanie kobiet ciężarnych z Łodzi wykazało, że zaledwie co piąta ankietowana przyjmowała kwas foliowy przed zajściem w ciążę (20,72%), natomiast w trakcie jej trwania suplementację tym składnikiem stosowało prawie 55% badanych kobiet. Preparaty witaminowo-mineralne przyjmowała prawie $^1/_3$ kobiet przed zajściem w ciążę, w czasie jej trwania 49,55% badanych deklarowało ich przyjmowanie [166]. Zbliżone wyniki uzyskano w ogólnopolskim badaniu kobiet ciężarnych, w którym wykazano, że więcej niż

2 miesiące przed ciążą kwas foliowy stosowało 30% kobiet, natomiast od pierwszego miesiąca ciąży taką suplementację stosowało 40% ciężarnych [169]. Badania innych autorów wskazały, że co trzecia Polka przyjmuje kwas foliowy w okresie okołokoncepcyjnym [179,180]. W badaniu *Hamułka i wsp*. 77% ciężarnych deklarowało stosowanie suplementów diety zawierających kwas foliowy [179]. Wyższy odsetek ciężarnych stosujących kwas foliowy uzyskali *Suliga i wsp*. oraz *Urbaniak i wsp*., którzy wykazali, że po zajściu w ciążę stosowało go około 90% kobiet [165, 181]. Są to wyniki najbardziej zbliżone do badań własnych. Według badań *Bojar i wsp*. suplementację witaminowo-mineralną przed ciążą stosowało ponad 36% kobiet, natomiast w grupie kobiet ciężarnych odsetek wyniósł 73% [180]. *Pieszko i wsp*. w badaniu kobiet ciężarnych wykazali, że najczęściej stosowanymi suplementami wśród ankietowanych były preparaty multiwitaminowe (74,4%)[139]. Stosowanie suplementacji w ciąży najczęściej wynikało z zaleceń ginekologów prowadzących ciążę, na drugim miejscu kobiety wskazały literaturę fachową [169,180].

Badania wielu autorów potwierdzają pozytywny wpływ suplementacji w czasie ciąży. Zaobserwowano istotne korelacje pomiędzy mniejszym ryzykiem występowania niskiej masy urodzeniowej u noworodków matek suplementujących dietę preparatami wielowitaminowymi oraz kwasem foliowym przed ciążą i w trakcie jej trwania, w porównaniu do dzieci matek, które nie stosowały takiej suplementacji [181,182]. Zaskakujące wyniki uzyskali *Henry i wsp.* badając aspekt psychologicznego rozwoju dziecka wynikający z suplemetnacji kwasu foliowego w ciąży. Autorzy dowiedli, że dzieci matek przyjmujących kwas foliowy przez cały okres ciąży, wykazywały się wyższą inteligencją oraz odpornością emocjonalną, w porównaniu do dzieci matek, które kwas foliowy przyjmowały jedynie w pierwszym trymestrze ciąży. Wniosek autorów jest taki, że suplementacja kwasem foliowym kontynuowana przez cały okres ciąży może poprawić rozwój psychiczny dzieci [183].

Literatura przedmiotu wskazuje liczne dowody negatywnego wpływu alkoholu, nikotyny oraz nadużywania kawy w okresie ciąży [113]. Z piśmiennictwa wynika, że kobiety posiadają świadomość konieczności zaprzestania spożywania alkoholu w okresie ciąży z powodu wynikających zagrożeń dla rozwijającego się dziecka [121]. Ponad 70% badanych przez *Żuralską i wsp*. kobiet zgodziło się z opinią, że spożywanie nawet niewielkiej ilości alkoholu podczas ciąży może mieć szkodliwy wpływ na zdrowie dziecka. Jednocześnie większość respondentek stwierdziła, że nie istnieje bezpieczna dzienna dawka ilości spożywanego alkoholu w okresie ciąży [120]. Po dokonaniu przeglądu piśmiennictwa dotyczącego szkodliwości alkoholu na ciążę oraz rozpowszechnienia zjawiska spożywania go w grupie kobiet ciężarnych wynika, że statystyki są zróżnicowane [184]. Polki, które

spożywają napoje alkoholowe podczas ciąży, niechętnie się do tego przyznają, stąd może wynikać rozbieżność danych, prezentowanych w piśmiennictwie. Jednocześnie podkreśla się niedoszacowanie powyższego problemu.[121] W badaniu własnym do sporadycznego picia alkoholu przyznało się 12% ciężarnych w I trymestrze oraz prawie 8% ciężarnych w II i III trymestrze. Różnica może wynikać z faktu, że kobiety w pierwszych tygodniach ciąży nie były jej świadome. Około 2% kobiet przyznało, że spożywa alkohol podczas ciąży raz w miesiącu. Po zajściu w ciążę prawie połowa kobiet zrezygnowała ze spożywania alkoholu. W badaniu *Małeckiej-Włoch i wsp*. odsetetk ten wyniósł 60% [185]. W prezentowanym badaniu średnio 11% wszystkich kobiet ciężarnych spożywało alkohol podczas ciąży. Wyniki prezentowane w niniejszej pracy potwierdzają dane przedstawione w piśmiennictwie. Raport Głównego Inspektora Sanitarnego z 2017 roku wykazał, że 4,8% ciężarnych piło napoje alkoholowe z częstotliwością raz w miesiącu lub rzadziej [169]. *Pieszko i wsp*. również wskazali na nieliczny odsetek ciężarnych deklarujących konsumpcję alkoholu (9%), przy czym badane kobiety podkreślały, że dochodzi do tego bardzo rzadko [139]. W badaniu *Kaiser i wsp.* alkohol okazjonalnie spożywało 13,84% kobiet ciężarnych, natomiast pozostałe kobiety deklarowały, że nie piły wcale napojów alkoholowych [138]. W badaniu o szerokim spektrum przeprowadzonym w Europie przez *Lesińską-Sawicką* wykazano, że 7% kobiet ciężarnych spożywało alkohol. Inni autorzy uzyskali wyższe odsetki odnośnie rozpowszechnienia zjawiska spożywania alkoholu przez kobiety w okresie ciąży. *Wierzejewska i wsp*. odnotowali, że do spożywania alkoholu podczas ciąży przyznało się prawie 40% kobiet, w tym 1,8% stwierdziło, że czyniło to regularnie, natomiast pozostałe badane sporadycznie [116]. Wysoki odsetek ciężarnych pijących alkohol uzyskali również *Godala i wsp*., którzy wykazali, że spośród ankietowanych kobiet 44,14% przyznała, że w czasie ciąży spożywało napoje alkoholowe, przy czym pozostałe kobiety deklarowały abstynencję alkoholową w tym okresie [186]. Z badania *Żuralskiej i wsp*. wynika, że 76% kobiet będących w ciąży nie spożywało alkoholu. Wszystkie ciężarne przyznające się do konsumpcji alkoholu wskazały na częstotliwość 2-3 razy podczas okresu całej ciąży [120]. Inni autorzy wykazali, że ponad 70% kobiet w ciąży przyznało się do spożycia napojów alkoholowych, natomiast sporadycznie spożywało je 12,3% kobiet ciężarnych [187].

Niepokojący jest fakt, że pomimo wielu akcji promujących zdrowie kobiet w okresie prokreacji, nadal istnieje grupa kobiet spożywających alkohol w czasie ciąży. Raport Głównego Inspektora Sanitarnego wykazał, że odsetek pijących ciężarnych obniżył się z około 10% w 2013 roku do 5% w 2017, mimo tego nadal stanowi to poważny problem zarówno zdrowotny, jak i społeczny. Sugeruje się, że częstość spożywania alkoholu przez

kobiety w okresie ciąży pozostaje nadal niedoszacowana [169]. Spożycie alkoholu w okresie ciąży wykazuje działanie teratogenne oraz toksyczne na rozwijające się dziecko [188]. Z przeprowadzonych badań w Polsce wynika, że świadomość kobiet dotycząca szkodliwości spożycia alkoholu w okresie ciąży jest wysoka, niemniej jednak nadal istnieje przeświadczenie, że niewielka ilość alkoholu nie stanowi zagrożenia dla przebiegu ciąży i rozwoju dziecka [189].

Według danych Światowej Organizacji Zdrowia w Polsce, każdego roku rodzi się około 100 000 dzieci, które były narażone w trakcie życia płodowego na substancje zawarte w dymie tytoniowym, zarówno z powodu biernego, jak i czynnego palenia przyszłych matek [190]. Bierna ekspozycja na dym tytoniowy w domu, pracy i miejscach publicznych odpowiada wypalaniu jednego papierosa dziennie [191]. Większość kobiet w ciąży martwią negatywne konsekwencje związane z używaniem tytoniu, jednak zaledwie połowa z nich próbuje rzucić nałóg po uzyskaniu świadomości ciąży [192].

Zgodnie z danymi Światowej Organizacji Zdrowia najwyższy odsetek kobiet palących podczas ciąży (ponad 50%) odnotowano w Irlandii i Grecji, natomiast najniższy w Czechach (około 5%). Średnia dla krajów europejskich wniosła 24% [116]. W Polsce skalę rozpowszechnienia palenia papierosów szacuje się od 10 do 30% [115]. Ponadto wskazuje się, że na bierną inhalację dymu tytoniowego, jest narażona ponad połowa kobiet ciężarnych [191].

Przeprowadzone badanie własne wykazało, że znaczna większość kobiet (około 70%) przed ciążą, w trakcie ciąży oraz po porodzie nigdy nie paliła tytoniu. Odsetek kobiet deklarujących palenie zarówno przed ciążą oraz w momencie jej rozpoznania w badanej grupie wyniósł około 7%. W grupie kobiet w II i III trymestrze był on prawie o połowę niższy. Decyzję o rzuceniu palenia przed lub w czasie ciąży podjęło około 20% ankietowanych kobiet. Wyniki te korespondują z danymi zawartymi w Raporcie "*Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży*", które również wykazały wysoki odsetek kobiet niepalących, natomiast wartość odsetka kobiet palących przed ciążą i kontynuujących palenie w ciąży była taka sama, jak w badaniach własnych. Stwierdzono także, że 11,9% kobiet rzuciło palenie przed ciążą oraz 16,1% w czasie ciąży [169]. Odsetek kobiet palących w czasie ciąży wynoszący do 15%, stwierdzili również inny autorzy [113,172], a wyższy odsetek uzyskali *Polańska i wsp*. oraz *Przybylski i wsp.*, którzy wykazali, że co trzecia przez nich badana kobieta przyznała się do palenia w okresie ciąży [193,194]. Autorzy przeprowadzili również badanie kotyniny w ślinie, które wskazało na wyższy odsetek palaczek w grupie kobiet

ciężarnych (mieścił się on w granicach 40%) [193]. W badaniu *Gacek i wsp*. również udowodniono, że ponad 30% młodych kobiet paliło w czasie ciąży [84].

Porównanie wyników raportu z 2009 roku do rezultatów z 2012 roku dotyczących palenia tytoniu przed, w okresie ciąży i po porodzie wykazało, że wzrasta odsetek kobiet palących, które zrezygnowały z palenia papierosów przed ciążą lub w jej czasie. Wynikać to może z rosnącej świadomości kobiet odnośnie ryzyka, związanego z paleniem czynnym oraz biernym podczas ciąży. Kobiety ciężarne obie formy narażenia na dym tytoniowy postrzegały jako wysoki czynnik ryzyka dla rozwijającego się dziecka i zdrowia matki [114].

Kofeina dostarczana do organizmu kobiety, głównie w postaci kawy, nie jest szkodliwa tak jak alkohol, czy nikotyna, mimo to należy ją ograniczyć w okresie ciąży. Stwierdzono, że kobieta ciężarna, która wypija więcej niż 3. filiżanki kawy dziennie, naraża swoje rozwijające się dziecko na negatywne działanie kofeiny.[123].

Szacuje się, że w niektórych krajach nawet 75-95% kobiet w okresie ciąży codziennie spożywa kofeinę [124]. *Jarosz i wsp*. określając ilość konsumowanej kofeiny przez ciężarne wykazali, że prawie 2% Polek spożywa ją nadmiernie, przekraczając tym samym zalecaną dawkę bezpieczną kofeiny [195]. Raport zrealizowany w ramach *„Profilaktycznego programu w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych*" z 2017 roku wykazał, że kawę z zawartością kofeiny piło w okresie ciąży (z różną częstotliwością) około 58% kobiet, w tym codziennie 15,3%. Całkowicie z picia kawy z kofeiną zrezygnowało 41,6% ciężarnych [169].

W prezentowanym badaniu wykazano, że około 50% kobiet w okresie ciąży spożywa kawę. Inni autorzy uzyskali podobne wyniki do badania własnego [116,172]. Uwzględniając częstotliwość spożywania tego napoju stwierdzono, że codzienne picie kawy deklarowało ponad 20% ciężarnych, pozostałe kobiety piły kawę w tym okresie sporadycznie. *Pieszko i wsp*. wskazali, że $^1/_3$ ciężarnych spożywała kawę przynamniej raz dziennie [139]. *Wierzejewska i wsp*. również stwierdzili, że około połowa kobiet podczas ciąży spożywa kawę, jednocześnie autorzy odnotowali, że 25% kobiet zaprzestała picia kawy po zajściu w ciążę [116]. Wyniki te korespondują z badaniami własnymi, zgodnie z którymi również prawie 30% kobiet ciężarnych deklarowało rezygnację ze spożycia kawy po koncepcji.

Zakres szkodliwego działania kofeiny w okresie ciąży zależy od jej dawki, częstości spożywania oraz stanu zdrowia ciężarnej [196]. Warto zauważyć, że wiele kobiet w okresie ciąży zmienia swoje nawyki i często całkowicie rezygnuje z picia kawy. Ciężarne najczęściej zastępowały ją wodą mineralną, herbatami owocowymi i/lub ziołowymi [197].

Badania naukowe potwierdziły pozytywny wpływ aktywności fizycznej na organizm kobiety podczas ciąży [104,105]. Regularne wykonywanie ćwiczeń w tym okresie, oprócz poprawy sprawności fizycznej oraz samopoczucia kobiety, ułatwiają także przebieg samego porodu. Rodzaj ćwiczeń powinien być jednak dostosowany do budowy ciała kobiety, jej trybu życia, poziomu aktywności sprzed ciąży oraz stopnia zaawansowania ciąży [186]. Aktywność fizyczna pomaga optymalnie przygotować kobiety do poszczególnych etapów ciąży oraz do wysiłku związanego z akcją porodową [104]. Badanie *Kowalskiej i wsp*. również potwierdza, że regularna aktywność fizyczna w okresie ciąży wpływa korzystnie na nastrój oraz obniża poziom postrzeganego stresu, szczególnie w okresie poporodowym. Autorzy dowiedli, że wraz ze wzrostem częstotliwości uprawiania aktywności fizycznej przez kobiety w trakcie ciąży, rosło pozytywne nastawienie badanych oraz obniżało się poczucie stresu w okresie połogu [198]. Powyższe badania wskazują na zasadność aktywności fizycznej w czasie ciąży, ponieważ systematyczny i dostosowany wysiłek fizyczny stanowi czynnik profilaktyczny zaburzeń emocjonalnych w okresie poporodowym.

Badanie *Danielle Downs* przeprowadzone w grupie kobiet ciężarnych wskazały na ich niską aktywność fizyczną na podstawie ilości kroków w ciągu dnia, mierzonych za pomocą krokomierza. Nieco ponad 30% kobiet w ciąży cechował wystarczający poziom aktywności fizycznej, w odniesieniu do zaleceń ACSM [199]. Analiza aktywności fizycznej za pomocą skali Hildt-Ciupińskiej wykazała, że poziom aktywności fizycznej w badanej grupie jest niski, czyli, że badane kobiety nie podejmują regularnie aktywności fizycznej, niechętnie uczęszczają na zorganizowane zajęcia ruchowe, a w czasie wolnym preferują bierne formy wypoczynku. Potwierdza to prowadzone wcześniej badanie *Ćwiek i wsp*., które także wykazało niską aktywność fizyczną kobiet, zwłaszcza w III trymestrze ciąży [200]. *Sass i wsp*. w analizie porównawczej kobiet z uwzględnieniem trymestrów ciąży wykazali istotną różnicę ograniczenia aktywności fizycznej wraz z wyższym wiekiem ciążowym. Autorzy zwrócili uwagę na fakt, że kobiety ciężarne rezygnowały ze spacerów na rzecz sedenteryjnego trybu życia [201].

W prezentowanym badaniu, we wszystkich grupach, codzienną aktywność wykazywał niewielki odsetek kobiet (średnio 4% respondentek). Wykonywanie ćwiczeń kilka razy w tygodniu przed ciążą deklarowało 33,3% kobiet, w pierwszym trymestrze odsetek wyniósł 13,3%, w II - 18,8%, natomiast w trzecim trymestrze prawie 37%. Wzrost odsetka kobiet aktywnych fizycznie w ostatnim trymestrze ciąży, może wynikać z faktu korzystania z zajęć w szkole rodzenia w tym okresie, podczas których prowadzone są grupowe ćwiczenia gimnastyczne. Niestety niepokój może budzić fakt, iż zaledwie 17% kobiet po ciąży

uprawiało aktywność fizyczną kilka razy w tygodniu. Całkowicie z aktywności fizycznej zrezygnowało 44% kobiet w I trymestrze ciąży, prawie 40% kobiet w II oraz po porodzie. *Gacek i wsp*. wykazali, że 40-50% kobiet ciężarnych w ogóle nie uprawia systematycznej aktywności fizycznej [84]. Podobnie w badaniu *Stadnickiej i wsp*. blisko połowa kobiet zrezygnowała z podejmowania aktywności fizycznej podczas ciąży, a jako powód tego podawała brak czasu oraz obawę o zdrowie dziecka [104]. Sporadyczne wykonywanie ćwiczeń fizycznych deklarowało około 40% kobiet ciężarnych. Podobne wyniki otrzymali inni autorzy jednocześnie wskazując, że prawie 10% kobiet w ogóle nie podejmowało dodatkowego wysiłku fizycznego w okresie ciąży [139.] Kolejne badania wykazały codzienną aktywność u około 9% kobiet ciężarnych i kilka razy w tygodniu u 15,0% kobiet [84]. W kolejnych badaniach w ocenie poziomu aktywności fizycznej uwzględniono wiek, jako zmienną istotnie statystycznie różnicującą częstotliwość uprawiania ćwiczeń fizycznych. Kobiety młodsze (do 35 r.ż.) były najbardziej aktywne fizycznie, natomiast grupa kobiet po 35. roku życia przedstawiała się jako najmniej aktywna fizycznie w okresie ciąży [104].

Inni autorzy, jako zmienną różnicującą poziom aktywności fizycznej kobiet ciężarnych, zastosowali kryterium uczęszczania na zajęcia do szkoły rodzenia [200]. Wykazano, że dwa razy w tygodniu aktywność fizyczną podejmowało 50% kobiet, natomiast kobiety nieuczestniczące w takiej formie edukacji, rzadziej wskazywały tę częstotliwość (22,4%). Systematyczne uprawianie aktywności fizycznej istotnie częściej podejmowały uczestniczki szkół rodzenia, których nieodłącznym elementem jest wykonywanie odpowiednich ćwiczeń fizycznych [200].

W piśmiennictwie za najkorzystniejsze formy aktywności fizycznej dla kobiet ciężarnych podaje się: gimnastykę, spacer, pływanie oraz jogę [202]. Analizując preferowane formy aktywnego spędzania czasu wykazano, że w badanych podgrupach kobiet spacer najczęściej wybierały kobiety w ciąży oraz po porodzie (ponad 80%), natomiast jazdę na rowerze oraz zajęcia fitness, czy też na siłowni, istotnie częściej kobiety przed ciążą. *Ćwiek i wsp*. wykazali, że najczęściej podejmowaną aktywnością fizyczną przez wszystkie ciężarne również był spacer, który częściej wybierały kobiety młodsze. Ćwiczenia fizyczne preferowały natomiast ciężarne z grupy starszej [200]. Ponadto uczestniczki szkół rodzenia istotnie częściej deklarowały uprawianie ćwiczeń gimnastycznych oraz jogi, niż kobiety, które nie korzystały z takich zajęć [200]. Inni autorzy podejmujący próbę oceny preferowanych form aktywności fizycznej przez kobiety ciężarne wykazali, że kobiety w okresie ciąży najczęściej i najchętniej wybierały spacer, gimnastykę, pilates oraz pływanie [104,203]. Uzyskane w badaniu własnym wyniki potwierdzają obserwacje innych autorów,

które również wskazują na obniżenie poziomu aktywności fizycznej kobiet w okresie ciąży [84,186]. Problem rezygnacji z podejmowania aktywności fizycznej podczas ciąży dotyczy zarówno Polek, jak i kobiet na świecie [204-206]. Badania wykazały, że do ponad połowa położnych niestety nie poruszała tematu aktywności fizycznej z pacjentkami i zaledwie 1% lekarzy zachęcało kobiety do wykonywania ćwiczeń podczas ciąży [111]. Konieczne zatem jest uświadomienie kobietom, zarówno ciężarnym, jak i planującym ciążę, korzyści wynikających z podejmowania regularnej aktywności fizycznej w czasie ciąży oraz braku jej negatywnego wpływu na przebieg ciąży. Szczególną rolą odgrywa tu personel medyczny.

W literaturze podkreśla się, że ciąża i okres połogu oznaczają dla badanych kobiet zmianę w ich dotychczasowym stylu życia, co przejawiało się w zachowaniach zdrowotnych [176].

Ocena poziomu zachowań zdrowotnych na podstawie Inwentarza Zachowań Zdrowotnych oraz alternatywnej skali Pozytywnych Zachowań Zdrowotnych dla kobiet, wykazała statystycznie istotne różnice w tej kwestii pomiędzy analizowanymi grupami. Zachowania zdrowotne kobiet ciężarnych, w porównaniu do kobiet niebędących w ciąży oraz kobiet po porodzie, kształtowały się na istotnie wyższym poziomie. Ponadto analiza wykazała, że poziom zachowań zdrowotnych obniżył się po porodzie. Podobne spostrzeżenia uzyskali Bień i wsp. w badaniu kobiet przed ciążą oraz kobiet ciężarnych, którzy również dowiedli, że czas ciąży wiąże się z wyższym poziomem pozytywnych zachowań zdrowotnych, szczególnie w zakresie żywienia ($p<0,000$), dbałości o ciało ($p<0,000$) oraz zachowania bezpieczeństwa ($p=0,000$) [170].

W tym miejscu wypada podkreślić, że zachowania prozdrowotne kobiet ciężarnych warunkują optymalny przebieg ciąży, rozwój dziecka oraz zdrowie matki [207]. W okresie ciąży szczególną rolę odgrywa prawidłowy sposób żywienia oraz odpowiednio dostosowana suplementacja witaminowa. Należy również zwrócić uwagę na pozytywny wpływ aktywności fizycznej na przebieg ciąży, porodu oraz połogu. Wczesne rozpoczęcie opieki przedporodowej pozwala na regularną kontrolę stanu zdrowia kobiety oraz efektywną eliminację potencjalnych powikłań [84].

POSTRZEGANIE CIAŁA PRZEZ KOBIETY W OKRESIE PROKREACYJNYM

Obraz ciała odgrywa duże znaczenie w rozwoju jednostki, a także jej interpersonalnym i intrapsychicznym funkcjonowaniu. Rozwój osobowy człowieka jest bowiem uwarunkowany doświadczaniem własnej cielesności, która wiąże się z samooceną, poczuciem atrakcyjności, doświadczaniem emocji, jakością życia i psychologicznym dobrostanem. Sposób postrzegania ciała jest również jednym z czynników etiologicznych chorób psychosomatycznych, zachowań autodestrukcyjnych, w tym zaburzeń odżywiana [11].

W piśmiennictwie podkreśla się, że standardy urody, akcentujące szczególną atrakcyjność szczupłego ciała, są z łatwością internalizowane przez młode kobiety. To one głównie są adresatkami przekazów medialnych, w których promuje się szczupłe ideały urody [30]. Poziom internalizacji współczesnych standardów urody - szczupłego ciała oraz stereotypów atrakcyjności fizycznej w badaniu własnym oceniono za pomocą podskali *stereotyp* wchodzącej w skład Kwestionariusza Wizerunku Ciała (KWCO). Wykazano, że najsilniej stereotypy urody przyswajały kobiety po okresie ciąży, natomiast uwzględniając wiek badanych - kobiety w I trymestrze ciąży. Świadczy to o tym, że kobiety z wiekiem silniej internalizują stereotypy dotyczące urody. Podobnie stwierdziła *Głębocka*, wykazując, że wyższy wiek kobiet, związany jest z większą akceptacją stereotypów urody. Autorka dodatkowo wykazała, że ważniejszym czynnikiem determinującym postawę wobec własnego ciała jest pożądana waga oraz oglądanie przekazów medialnych o treści dotyczącej ciała i zdrowia [208].

Badanie przeprowadzone przez CBOS wykazało, że prawie wszyscy dorośli (90%), zarówno kobiety, jak i mężczyźni, podkreślali duże znaczenie wyglądu zewnętrznego w życiu każdego człowieka. Polacy stwierdzili, że atrakcyjny wizerunek przesądza o sukcesie w życiu osobistym oraz zawodowym, a za idealne cechy ciała mężczyzny podali wysoki wzrost oraz muskularność, z kolei ciało kobiety powinno być szczupłe i zgrabne [209].

W okresie ciąży ciało kobiety podlega dynamicznym zmianom w związku z potrzebami rozwijającego się dziecka, stąd zachodzące zmiany mogą dla przyszłej matki stanowić obciążenie nie tylko pod względem fizycznym, ale także psychologicznym [210]. Adaptacja psychiczna oraz biologiczna do roli matki odbywa się w sposób osobniczy. Może ona również wpływać na zmianę percepcji oraz oceny atrakcyjności fizycznej ciała, zwłaszcza w okresie zaawansowanej ciąży [211]. Nieprawidłowa percepcja ciała, niezdolność do prawidłowego oszacowania jego rozmiarów oraz przeświadczenie o rozbieżności

pomiędzy własnym wyglądem, a społecznie lansowanym ideałem sylwetki, wiąże się z przeżywaniem negatywnych emocji oraz przykrych uczuć wstydu, czy lęku [16].

W literaturze przedmiotu dotyczącej postrzegania ciała w okresie ciąży prezentowane są niespójne ustalenia. Z jednej strony wyniki badań sugerują, że niezadowolenie z ciała pogłębia się w okresie ciąży, inne wykazują natomiast, że kobiety cechuje wyższe zadowolenie z ciała podczas ciąży, w stosunku do poziomu zadowolenia ze swojego wyglądu przed ciążą [112,113].

W związku powyższym, należy postawić pytanie, co kształtuje obraz ciała kobiet w okresie ciąży? W ustaleniu pomocne są teorie rozwoju Ja cielesnego, na które składa się również wizerunek ciała [112]. Teoria rozbieżności Ja E.T. Higginsa (*self-discrepancy theory*) zakłada, że człowiek dąży do redukowania różnic (rozbieżności) pomiędzy tym, jak siebie spostrzega (Ja aktualne), a tym, jaka powinna być (Ja powinnościowe) lub jaka chciałaby być (Ja idealne) [8].

W prezentowanym badaniu poproszono kobiety o określenie typów sylwetki idealnej i powinnościowej. W związku z tym, że kobiety ciężarne stanowiły najliczniejszą grupę badawczą, z analizy wyłączono "Ja realne", z uwagi na brak prezentacji sylwetek kobiet ciężarnych w skali CDRS. Jako sylwetkę idealną, kobiety najczęściej określały typy C i D, przy czym u kobiet w ciąży i po porodzie widać dominację typu D, a u kobiet z grupy nie będącej w ciąży - typu C. Różnice w rozkładzie typów sylwetki oczekiwanej pomiędzy porównywanymi grupami są znamienne statystycznie. Kobiety w ciąży wybierały tęższe sylwetki, jako idealne lub oczekiwane. Wykazano również, że respondentki o wyżej wartości wskaźnika BMI oraz kobiety mające za sobą więcej ciąż wybierały tęższe typy sylwetek. Inni autorzy, poddający ocenie poznawczy aspekt obrazu ciała, wykazali że kobiety regularnie uprawiające aktywność fizyczną częściej wybierały szczuplejsze sylwetki ciała, jakie chciały by posiadać (sylwetka C - 49% i B - 39%), przy czym również wskazano na występowanie rozbieżności pomiędzy Ja realnym oraz Ja powinnościowym. [214]

Przekonania i opinie wobec własnego ciała wpływają na odczuwanie określonych emocji, czasem zadowolenia i satysfakcji, innym razem wstydu, smutku, czy lęku. Źródła powyższych emocji upatruje się w rozbieżności pomiędzy obrazem własnego ciała a kreowanymi ideałami urody, które w obecnej kulturze sprowadzają do szczupłej sylwetki ciała [12]. Najczęściej wymienianymi negatywnymi emocjami, które kobiety odczuwają w związku z postrzeganiem własnego ciała są: zadowolenie bądź niezadowolenie z wyglądu oraz poczucie lęku przed przyrostem tkanki tłuszczowej [16].

Analiza wyników badania w zakresie wymiaru emocjonalnego (eksponowanych uczuć) wobec własnego ciała została przeprowadzona w oparciu o Kwestionariusz PASTAS (*Physical Appearance State and Trait Anxiety Scale*). W badanej zbiorowości istniała znamienna statystycznie różnica pomiędzy poziomem lęku wobec ciała w porównywanych grupach. Najwyższym poziomem lęku charakteryzowały się kobiety po porodzie i w III trymestrze ciąży, najniższym w I trymestrze ciąży. Wykazano również, że poziom lęku wobec własnego ciała wzrastał wraz z BMI niezależnie od okresu biologicznego kobiety. Wiek nie był czynnikiem wpływającym w istotny statystycznie sposób na poziom lęku wobec własnego ciała. Jedyna znamienna statystycznie korelacja stwierdzona była w grupie kobiet będących w II trymestrze ciąży, w której istniała tendencja do polepszania się samooceny swojego ciała u kobiet liczących więcej lat. *Rybicka-Klimczyk i wsp*. w badaniu kobiet w różnych fazach rozwojowych wykazali istotne różnice w percepcji i odczuwaniu wizerunku ciała. Kobiety w okresie wczesnej dorosłości silniej odczuwały lęk wobec uszu, rąk, czoła, szyi i podbródka, w porównaniu do kobiet w okresie późnej dorosłości Natomiast u kobiet w wieku 30-39 lat cechował silniejszy lęk, niż u kobiet w wieku 40-50 lat, związany z kształtem partii ciała, które kojarzone są z gromadzeniem się tkanki tłuszczowej [16]. *Izydorczyk i wsp.* dowiedli, że w strukturze poznawczej wizerunku ciała młode kobiety były bardziej świadome rzeczywistego wyglądu swojego ciała, w porównaniu do adolescentek [8]. *Sołtysiak* wykazała, że młode kobiety zaniżają ocenę swojego realnego wyglądu, przy czym każda z nich przyznała, że pragnie licznych korekt w swoim wyglądzie. Kobiety te były skłonne do podejmowania działań zmierzających do poprawy sylwetek, a czynnikami motywującymi je do podejmowania takich działań były przede wszystkim moda na szczupłe i zgrabne sylwetki oraz chęć poczucia atrakcyjności, a także porównywanie siebie z rówieśniczkami [215].

"Odczuwany brak satysfakcji z własnej sylwetki w tych grupach kobiet można tłumaczyć istnieniem rozbieżności w percepcji swojego ciała o charakterze powinnościowym i życzeniowym" (Izydorczyk) [8].

Zależność tę można rozważać w aspekcie *teorii samoobiektywizacji* Barbary Fredrickson i Tomi-Ann Roberts, zgodnie z którą kobiece ciało traktuje się jako obiekt społecznej obserwacji. Wizerunek kobiety jest stale poddawany ocenie pod kątem zgodności z obowiązującymi standardami piękna, przez co kobieta zaczyna stopniowo traktować swoje ciało w kategorii obiektu obserwacji oraz ewaluacji [216,217]

W ogólnopolskim badaniu wykazano, że kobiety prawie dwukrotnie częściej niż mężczyźni oceniały krytycznie o swój wygląd (34% wobec 18%). Ponad 70% osób deklarowało chęć zmiany w swoim ciele, głównie dotyczyło to poprawy swojej sylwetki,

kobiety chciały być szczuplejsze, natomiast mężczyźni muskularni. Motywację do dbania o wygląd zewnętrzny stanowiła poprawa samopoczucia oraz budowanie swojej atrakcyjności [209]. W innym badaniu zadowolenie ze swojego wyglądu deklarowało $^3/_4$ kobiet, natomiast brak poczucia satysfakcji z posiadanego wizerunku - 13% respondentek [214].

Zmiany zachodzące w ciele kobiety w czasie ciąży mogą prowadzić do uczucia grubości, niezgrabności i nieatrakcyjność. W wyniku tych zmian, pewność siebie, poczucie własnej wartości i satysfakcja z ciała kobiety mogą ulec pogorszeniu i mogą [218]. W badaniu *Chang i wsp.* stwierdzono, że samoocena obniżyła się w pierwszym trymestrze, a najniższy poziom został zanotowany u kobiet w trzecim trymestrze ciąży. Ze względu na przyrost masy ciała w czasie ciąży, kobiety wyrażają swoje obawy i opisują siebie jako mniej atrakcyjne w porównaniu ze stanem innym przed ciążą [219]. Negatywny sposób postrzegania ciała w okresie ciąży może wynikać, poza wagą, z innych zmian fizycznych. Wraz okresem z zaawansowania ciąży przyszłe matki oceniały swoje pośladki, brzuch i biodra jako większe, ponadto przybranie wagi w okolicach ramion, twarzy, czy rąk budziło również niezadowolenie. Jednocześnie jednak zwiększenie się rozmiaru ich idealnych części ciała wyobrażonych w umyśle (najczęściej piersi) przyszłe matki przyjmowały z zadowoleniem [212]. Kobiety uznały zmiany w swoim ciele za nieuniknioną część ciąży. Pomimo, że kobiety czują się świadome rozróżnienia między otyłością a ciążą, badania wykazały, że mają one ciągłą świadomość społecznie skonstruowanego ideału. Zwiększona wielkość biustu „przesunęła" kobiety w stronę ideału zbudowanego społecznie, zwiększając satysfakcję z obrazu ciała, podczas gdy zmiany takie, jak trądzik lub rozstępy „odsunęły" je od tego ideału [212].

Wyniki badania własnego wydają się być optymistycznie. W prezentowanym badaniu wykazano, że kobiety nie będące w ciąży oraz kobiety ciężarne oceniały swoją atrakcyjność fizyczną (skala Hild-Ciupińskiej) na podobnym poziomie, przy czym najniższe poczucie atrakcyjności odnotowano w grupie kobiet po porodzie. Z kolei analizując poziom negatywnych przekonań względem własnego ciała (KWCO) zaobserwowano, że najgorzej oceniały się również kobiety przed ciążą oraz po porodzie, natomiast negatywne uczucia względem ciała najrzadziej dotyczyły kobiet w okresie ciąży, szczególnie w I trymestrze. Analiza negatywnej samooceny (kwestionariusz Samooceny Bielak) wykazała, że najniżej oceniały siebie kobiety przed ciążą, natomiast w okresie ciąży kobiety cechowała lepsza samoocena, w tym przypadku szczególnie w grupie kobiet w trzecim trymestrze ciąży. Adekwatny poziom samooceny odnotowano w grupie 36,0% kobiet przed ciążą, wśród kobiet ciężarnych odsetek był wyższy, wyniósł ponad 40%, w grupie kobiet po ciąży - 32,7%.

Swoją samoocenę zaniżały głównie kobiety przed ciążą oraz po porodzie. *Kaźmierczak i wsp*. w badaniu Polek w trzecim trymestrze ciąży również wykazali, że posiadają one pozytywny obraz ciała [220]. Wśród kobiet będących w trzecim trymestrze pierwszej ciąży, na podstawie średnich wartości wskaźników zróżnicowania Ja, 42% z nich charakteryzowało przeciętnie zadowolone ze swojego ciała i jego funkcji, podobnie około 40% kobiet czuło się sprawne i atrakcyjne po okresie ciąży, natomiast pozostałe kobiety wskazywały na niezadowolone z własnego ciężarnego ciała [212]. Analiza własnych wyników wykazała, że poziom lęku wobec ciała (PATAS) był w istotny statystycznie sposób skorelowany z wynikami testu samooceny własnej osoby. Korelacje te były słabsze w grupie kobiet w II i III trymestrze ciąży, co może wynikać z faktu, że w tym okresie ocena własnego ciała nie tak istotna dla ogólnej oceny własnej osoby, co jest zrozumiałe, ponieważ kobiety są świadome naturalnych zmian fizycznych zachodzących w ich ciele w okresie ciąży. Wyniki Lotha i wsp. sugerują, że doświadczenie bycia w ciąży zwiększa zadowolenie kobiet z ich wyglądu fizycznego pomimo wzrostu wagi i zmian fizycznych jej towarzyszących [221]. Inni autorzy wzrost zadowolenia z ciała w grupie kobiet ciężarnych wiążą z przyjęciem przez nie nowej roli społecznej - roli przyszłej matki [222,223].

Analiza problemów związanych z obrazem ciała ciążowego oraz poporodowego przeprowadzona przez Brown i wsp. wykazała, że wyższe obawy względem ciała były związane z krótszym okresem karmienia piersią. Kobiety zaprzestały powyższego przed upływem sześciu miesięcy, cechowały się większym lękiem wobec ciała, zakłopotaniem oraz odczuwały wpływ karmienia na kształt piersi. Wyniki te są szczególnie ważne dla osób pracujących z kobietami podczas ciąży i połogu w zrozumieniu wpływu postrzegania ciała na intencję i zdolność do kontynuowania karmienia piersią [224]. Jordan i wsp. w badaniu młodych matek dowiedli, że po ciąży cechowała je niższa samoocena. Kobiety porównywały swoją sylwetkę po ciąży do sylwetki, jaką posiadały przed okresem ciąży, jednocześnie deklarując chęć powrotu do dawnej figury [225].

ZACHOWANIA ZDROWOTNE ORAZ SATYSFAKCJA Z ŻYCIA A PERCEPCJA CIAŁA KOBIET W CIĄŻY

Zadowolenie z ciała jest ważnym wyznacznikiem dobrostanu psychicznego i fizycznego kobiety w okresie ciąży. Chociaż ćwiczenia oraz zachowania żywieniowe są pozytywnie związane z percepcją ciała, nie ma wielu doniesień na temat roli zachowań zdrowotnych w kształtowaniu wizerunku ciała kobiet w okresie ciąży. Postawiono hipotezę, że wyższy poziom zachowań zdrowotnych czyli, prawidłowe nawyki żywieniowe oraz uprawianie aktywności fizycznej, a także właściwy poziom masy ciała (BMI) będą pozytywnie związane z samooceną własnego ciała oraz z innymi współzmiennymi psychologicznymi.

Wykazano, że wraz ze wzrostem lęku wobec własnego ciała odczuwanego podczas ciąży (PATAS) maleje poziom praktyk zdrowotnych (IZZ), szczególnie dotyczy to gorszego nastawienia psychicznego oraz mniejszego przestrzegania praktyk zdrowotnych. Podobne wyniki otrzymano w analizie korelacji wyników testu zachowań zdrowotnych Hildt-Ciupińskiej oraz kwestionariuszem PATAS. Korelacje dotyczą przede wszystkim oceny zdrowia psychospołecznego, dbałości o ciało oraz miary sumarycznej poziomu zachowań zdrowotnych. *Badanie Hayes i wsp*. wykazało, ze wyższe spożycie jedzenia powszechnie uznanego za niezdrowe istotnie obniża poczucie satysfakcji z własnego ciała [226]. Inni autorzy zwrócili uwagę na istnienie korelacji pomiędzy rozbieżnością Ja idealnego oraz Ja realnego, a spożywaniem warzyw i owoców - częstsza ich konsumpcja pozytywnie wpływała na poczucie satysfakcji z własnego ciała [227]. W badaniu własnym wykazano, że kobiety ciężarne wraz z niższym poziomem prawidłowych nawyków żywieniowych, odczuwały większy lęk, napięcie i nerwowość w wobec własnego ciała. Zależność ta była najsilniejsza w grupie kobiet w III trymestrze ciąży. Amerykańskie badanie kobiet w okresie ciąży dowiodło, że zdrowe nawyki żywieniowe, odnotowane na początku drugiego trymestru ciąży, istotnie wpływały na poziom satysfakcji z ciała kobiet pod koniec okresu ciąży [228]. Badania innych autorów potwierdziły z kolei, że poziom zadowolenia z ciała kobiet ciężarnych był istotnie powiązany ze sposobem żywienia w tym okresie [229,230].

W badaniu własnym wykazano, że kobiety ciężarne w porównaniu do kobiet przed ciążą oraz po porodzie cechował niższy poziom aktywności fizycznej ($p=0,000$). Zaobserwowano również zależność pomiędzy poziomem aktywności fizycznej, a wymiarem emocjonalnym oraz poznawczym ciała. Wraz z niższym poziomem aktywności fizycznej, badanych kobiet ze wszystkich grup (I-V), wzrastał poziom negatywnych uczuć wobec własnego ciała. W badaniu porównującym zadowolenie z obrazu ciała kobiet, które regularnie

uprawiały aktywność fizyczną z kobietami, które jej nie podejmowały (zarówno przed ciążą, jak i podczas ciąży) wykazały, że kobiety ćwiczące posiadały znacznie wyższą satysfakcję z obrazu własnego ciała (p = 0,005) [231]. Inni autorzy uzyskali wykazali podobne zależności [232]. *Goodwin i wsp*. wykazali, że kobiety decydujące się na ćwiczenia w czasie ciąży cechowały się pozytywnymi uczuciami względem własnego ciała oraz lepszym samopoczuciem psychicznym w porównaniu do kobiet ciężarnych, które były nieaktywne fizycznie [233]. *Boscaglia i wsp*. również podkreślają, że wyższy poziom aktywności fizycznej wiąże się z zadowoleniem z ciała kobiety ciężarnej. Autorzy wskazali, że kobiety, które biorą udział w ćwiczeniach podczas ciąży, reagują bardziej pozytywnie na zmiany zachodzące w ich ciele niż te, które prowadzą siedzący tryb życia [234].

Percepcja obrazu ciała jest subiektywna i opiera się na postrzeganiu jego rozmiarów. Ocena postrzegania obrazu ciała w powiązaniu z poziomem wskaźnika BMI jest ważna, ponieważ doniesienia naukowe wykazały, że jest on najsilniejszym predyktorem poziomu samooceny, zachowań żywieniowych oraz niezadowoleniem z własnego wyglądu [235]. Wskaźnik BMI w badaniu własnym był najbardziej znaczącą zmienną, która miała wpływ na percepcję ciała kobiet.

W prezentowanym badaniu wykazano, że poziom lęku wobec własnego ciała (PATAS), odczuwany zarówno przez kobiety w okresie ciąży, jak i w pozostałych analizowanych grupach, wzrastał wraz z BMI, przy czym liczba ciąż nie wpłynęła na ocenę lęku wobec własnego ciała. Ponadto zaobserwowano, że wraz ze wzrostem BMI nasilały się negatywne emocje na temat własnego ciała odczuwane przez kobiety w ciąży (KWCO). Analiza aspektu poznawczego wizerunku ciała wykazała, że kobiety o wyższym BMI wskazywały tęższe typy sylwetek w teście CDRS. Powyższe wyniki potwierdzają badania przeprowadzone zarówno w Polsce, jak i w innych krajach wykazując, że satysfakcja z własnego ciała była silnie związana ze wskaźnikiem BMI, niezależnie od okresu biologicznego w jakim znajdowała się kobieta [24,236,237]. *Sui i wsp.* w badaniu kobiet ciężarnych stwierdzili wysoki poziom niezadowolenia z ciała (45%), który był bardziej widoczny u kobiet, z wyższym wskaźnikiem BMI oraz większą wartością przyrostu masy ciała w okresie ciąży. Kobiety ciężarne z wyższą wagą cechowały się większym lękiem wobec własnego ciała oraz mniejszą pewnością siebie [230]. Podobnie w innym badaniu przeprowadzonym w grupie kobiet w ciąży zaobserwowano, że wyższy przyrost masy ciała w tym okresie, wpływał negatywnie na poczucie satysfakcji z własnego ciała [238].

Nie można zapominać, że poziom samooceny oraz zachowań zdrowotnych odgrywa istotną rolę w kształtowaniu oceny jakości i zadowolenia z życia. Brak satysfakcji z własnego

ciała wiąże się z pogorszeniem funkcjonowania w obszarach: emocjonalnym, zawodowym i społecznym, tym samym obniża odczuwaną jakość życia [239]. Ocena satysfakcji z życia jest osadzona w perspektywie subiektywistycznej, ponieważ wynika z porównania własnej sytuacji życiowej oraz indywidualnego wartościowania do ustalonych przez siebie standardów [240].

Satysfakcja z życia kobiet w okresie ciąży może kształtować się różnorodnie, ponieważ wiąże się nie tylko z osobowością, ale wynika również ze zmian zachodzących w organizmie w zależności od trymestru ciąży. Zmiany te, mają istotnie znaczenie w kształtowaniu sfery fizjologicznej oraz psychologicznej na organizmu kobiety [241]. Badania *Kanadys i wsp*. nad jakością życia w grupie kobiet ciężarnych wykazały, że około $^3/_4$ z nich odczuwało przeciętną satysfakcję z życia, natomiast niespełna 15% respondentek oceniało ją jako wysoką [241]. W badaniu własnym kobiety w okresie ciąży charakteryzowała dobra jakość życia. Około 40% kobiet w każdym z trymestrów ciąży w skali satysfakcji z życia określiło, że są raczej zadowolone, natomiast kobiet pewnie deklarujących zadowolenie ze swojego życia było najwięcej w I trymestrze ciąży (39,54%). Zaledwie 1,5% ciężarnych stwierdziło, że zdecydowanie nie są zadowolone ze swojego życia.

Badanie własne wykazało, że poziom zadowolenia z życia jest istotnie związany z poziomem zachowań zdrowotnych (IZZ). Szczególnie kobiety z wyższą odczuwaną satysfakcją z życia cechował wyższy poziom pozytywnego nastawienia psychicznego oraz praktyk zdrowotnych. Dodatkowo wykazano, że poziom zadowolenia z życia jest skorelowany z miarami KWCO – zwłaszcza ze składową mierzącą poziom krytyki ze strony otoczenia i poziome negatywnych emocji. Podobną zależność zaobserwowali *Gacek i wsp*., autorzy stwierdzili, że istnieje korelacja pomiędzy cechami psychologicznymi, tj. optymizmem oraz odczuwaniem satysfakcji z życia, a zachowaniami zdrowotnymi [242]. Inne badania wykazały, że regularna aktywność fizyczna istotnie zwiększa poziom zadowolenia w skali SWLS [243]. Stwierdzono również, że wyższy poziom aktywności fizycznej redukuje postrzegany stres, natomiast niższy poziom stresu jest relatywnie związany z wyższym zadowoleniem z życia [244]. Badanie *Schnettler i wsp*. z kolei, wykazało pozytywną relację pomiędzy zachowaniami żywieniowymi, a satysfakcją z życia. Wyższa jakość diety oraz regularne spożywanie posiłków wiązały się z wyższym poziomem zadowolenia z życia [245]. *Mond i wsp.* w badaniu kobiet dowiedli, że nieprawidłowe zachowania zdrowotne były związane z niższą satysfakcją z ciała oraz niższą subiektywną jakością życia. Najwięcej kobiet (86,9%) zgłaszało niezadowolenie z wagi lub kształt ciała [246].

PODSUMOWANIE

Obraz ciała jest wewnętrzną reprezentacją własnego wyglądu, która obejmuje postawę, percepcję oraz zachowania. Nieprawidłowości w postrzeganiu własnego ciała mogą objawiać się w kilku formach, np. skrajne niezadowolenie z wyglądu, postrzeganie swojej sylwetki, jako zbyt grubej lub kompulsywna kontrola swojego wizerunku [228]. Obraz ciała postrzeganego przez kobiety w okresie ciąży różni się od tego z okresu przed nią, przez co może powodować uczucie braku satysfakcji, lęku oraz niezadowolenia [231].

W ciąży kobiety doświadczają znacznych zmian w kształcie i masie ciała w relatywnie krótkim okresie czasu, dlatego niektórym z nich dostosowanie się do nowego wizerunku może sprawiać trudność [247]. Ponadto współczesne media zdefiniowały model idealnego kształtu ciała, publikując zdjęcia perfekcyjnie wyglądających celebrytek, co również rzutuje na dostosowanie psychologiczne kobiet do tego okresu [228]. Poczucie zadowolenia z ciała jest ważnym wyznacznikiem psychologicznym okresu ciąży i macierzyństwa [222]. Niski poziom satysfakcji z ciała przyczynia się do rozwoju depresji, stosowania używek w czasie ciąży, nadmiernego przyrostu masy ciążowej oraz nieprawidłowych nawyków w sposobie żywienia, a wszystko to negatywnie oddziałuje na rozwijające się dziecko i zdrowie przyszłej matki [247]. Zadowolenie z ciała odgrywa istotną rolę również przed zajściem w ciążę, ponieważ wiąże się ono z wyższym poziomem pozytywnych zachowań zdrowotnych, których kontynuowanie podczas ciąży chroni kobietę przed obniżeniem satysfakcji z wyglądu ciała [247]. Bardzo często kobiety po porodzie postrzegają swoje ciało (najczęściej brzuch, uda i pośladki) nieatrakcyjne. Jedne z kobiet zmotywuje to do większej dbałości o zdrowie (zwiększenie aktywności fizycznej, zdrowe odżywianie), natomiast u innych mogą rozwijać zachowania antyzdrowotne i niechęć do dbania o siebie. Badania wskazują, że prawidłowe nawyki zdrowotne u kobiet w wieku prokreacyjnym redukują ryzyko wystąpienia niskiego poziomu zadowolenia z ciała w czasie ciąży oraz braku satysfakcji z niego w okresie macierzyństwa [222]. Taki brak akceptacji własnego ciała po porodzie może być sytuacją przejściową, ale czasem i wykazywać cechy patologiczne. W związku z tym bardzo ważne wydaje się wspieranie kobiet przez ich najbliższych i budowanie poczucia własnej wartości, ale opartego nie tylko na wyglądzie. Trzeba mieć bowiem świadomość, że ciało każdego człowieka zmienia się wraz z wiekiem i jeżeli nie zaakceptuje się tych zmian, może się to stać źródłem „pretensji do ciała" i przyczynić się do rozwoju zaburzeń psychicznych oraz zaburzeń odżywiania [248].

PODSUMOWANIE WYNIKÓW – ASPEKTY POZNAWCZE I PRAKTYCZNE

ASPEKTY POZNAWCZE PRACY

1. Poziom zachowań profilaktycznych był wyższy wśród kobiet w ciąży oraz po porodzie. Kobiety te częściej poddawały się kontrolom ginekologicznym, częściej wykonywały cytologię oraz samobadanie piersi.
2. Wykazano wysoki poziom przekonania wszystkich kobiet o wpływie zachowań zdrowotnych na przebieg ciąży oraz porodu.
3. Kobiety ciężarne charakteryzowały się lepszym sposobem żywienia. Dbały o spożywanie podstawowych posiłków w ciągu dnia, częściej spożywały warzywa oraz owoce, rzadziej sięgały po żywność typu fast food. Sposób żywienia ulegał pogorszeniu w grupie kobiet po ciąży.
4. Wykazano, że kobiety ze wszystkich badanych grup cechowały się niskim poziomem aktywności fizycznej, szczególnie rzadko aktywność fizyczną uprawiały kobiety w ciąży.
5. Kobiety będące w ciąży były bardziej ostrożne w przypadku zażywania leków przeciwbólowych, a także antybiotyków w porównaniu do grupy kobiet niebędących w ciąży. Kwas foliowy, zażywały głównie respondentki będące w ciąży, zaledwie 8% kobiet przed ciążą stosowało taką suplementację. Podobne różnice można dostrzec w przypadku stosowania witamin.
6. Pomimo powszechnej świadomości niekorzystnych konsekwencji ze stosowania używek podczas ciąży odnotowano, że prawie połowa kobiet ciężarnych piła kawę w tym okresie, około 10% kobiet w I trymestrze ciąży przyznało się do palenia papierosów, w II i III trymestrze odsetek był mniejszy o połowę. Około 14% kobiet w I trymestrze spożywało alkohol, w II i III odsetek średnio wyniósł 9%.
7. Na podstawie wartości BMI, stosując kryteria WHO, wyodrębniono kobiety z niedowagą, nadwagą i otyłością. Prawidłowe wartości wskaźnika odnotowano w przypadku 76% kobiet przed ciążą, około 70% kobiet w ciąży, natomiast najniższy odsetek stwierdzono w grupie kobiet po ciąży.

8. Udział osób o niskim poziomie zachowań zdrowotnych był zdecydowanie najwyższy w grupie kobiet po porodzie, natomiast udział osób o wysokim poziomie zachowań zdrowotnych najwyższy w grupie kobiet ciężarnych niezależnie od trymestru ciąży.
9. Analiza poznawczego aspektu wizerunku ciała wykazała, że osoby o wyższym BMI wskazywały tęższe typy sylwetki, szczególnie w grupie kobiet w I trymestrze ciąży oraz po porodzie.
10. Najwyższym poziomem negatywnych emocji wobec własnego ciała charakteryzowały się kobiety po porodzie, a najniższym w I trymestrze ciąży. W każdej grupie kobiet wraz ze wzrostem BMI rosły negatywne emocje na temat własnego ciała.
11. Najgorszą samooceną cechowała się grupa kobiet niebędących w ciąży, a najlepszą kobiet w III trymestrze ciąży. Zawyżona samoocena w najwyższym odsetku stwierdzona była w grupie kobiet w III trymestrze ciąży (13,3%), adekwatna - w grupie w I i III trymestrze ciąży (po 44,7%), a zaniżona - w grupie rok po ciąży
    (55,3%). Natomiast BMI, ani liczba ciąż nie wpływa na samoocenę własnej osoby.
12. Nie wykazano statystycznie istotnych różnic w zadowoleniu z życia pomiędzy porównywanymi grupami. Większość badanych kobiet cechował wysoki poziom satysfakcji z życia.
13. Pozytywne zachowania zdrowotne redukowały odczuwanie negatywnych emocji wobec ciała. Wyższy poziom zachowań zdrowotnych pozytywnie wpływał na poczucie ogólnej satysfakcji z życia.

ASPEKTY PRAKTYCZNE PRACY

1. Istotnym rezultatem badania jest wskazanie, że grupą najbardziej narażoną na odczuwanie braku satysfakcji z własnego ciała, są młode matki, które najczęściej odczuwały lęk wobec ciała, prezentowały nieprawidłowy profil żywieniowy, miały najwyższe wskaźniki BMI. Powyższe sugeruje konieczność zwiększenia świadomości wpływu zachowań zdrowotnych w kształtowaniu wysokiej, ale realnej samooceny.
2. W programach edukacyjnych już istniejących, a także w programach szkół rodzenia należy włączyć problematykę wpływu sposobu żywienia oraz aktywności fizycznej na przebieg ciąży i stan zdrowia noworodka, a także wiadomości z zakresu seksualności kobiet, w tym z uwzględnieniem percepcji własnego ciała.
3. Większość wykazanych w badaniu nieprawidłowości w zachowaniach zdrowotnych, w których istotny wpływ na przebieg ciąży i stan noworodka, a dotyczący sposobu żywienia oraz aktywności fizycznej, dodatkowo utwierdza w przekonaniu o słuszności i konieczności podjęcia działań edukacyjnych w tym względzie.
4. Prezentowanie badanie wskazuje, że siła nawyków związanych ze zdrowiem może być kluczowa w interwencjach mających na celu zwiększenie zadowolenia z ciała u kobiet, szczególnie po okresie ciąży, a uwzględnienie tych kwestii w edukacji przyszłych matek, przez specjalistów pracujących bezpośrednio z grupami kobiety w ciąży (lekarze, pielęgniarki, fizjoterapeuci, dietetycy, psychologowie), może im pomóc lepiej zrozumieć zmiany związane z ciążą zachodzące w ich ciele oraz ukształtować prawidłowe nawyki zdrowotne, co będzie skutkowało pozytywnym wpływem na samopoczucie i zdrowie zarówno matki, jak i niemowlęcia.

POTWIERDZENIE HIPOTEZ BADAWCZYCH

Potwierdzono całkowicie drugą i trzecią hipotezę badawczą (wniosek 2 i 3), a pierwszą tylko częściowo (wniosek 1).

WNIOSKI I POSTULATY

WNIOSKI

1. Wykazano wysoki poziom przekonania wszystkich kobiet o wpływie zachowań zdrowotnych na przebieg ciąży oraz porodu, jednakże najwyższy wśród kobiet w ciąży oraz po porodzie.
2. Najwyższym poziomem negatywnych emocji wobec własnego ciała charakteryzowały się kobiety po porodzie, a najniższym badane w I trymestrze ciąży, emocje te wzrastały wraz ze wzrostem BMI.
3. Wyższy poziom zachowań zdrowotnych redukował odczuwanie negatywnych emocji wobec ciała oraz wpływał pozytywnie na poczucie ogólnej satysfakcji z życia.

POSTULATY

1. Wskazana jest konieczność zwiększenia świadomości wpływu zachowań zdrowotnych w kształtowaniu wysokiej, ale realnej samooceny własnego ciała.
2. Programy edukacyjne, zwłaszcza w szkołach rodzenia powinny uwzględnić problematykę właściwych zachowań zdrowotnych i ich wpływu na przebieg ciąży oraz stan zdrowia noworodka.
3. Prawidłowe nawyki zdrowotne powinny odgrywać kluczową rolę w interwencjach mających na celu zwiększenie zadowolenia z ciała u kobiet, szczególnie po okresie ciąży, co będzie miało pozytywny wpływ na samopoczucie i zdrowie zarówno matki, jak i niemowlęcia.

Piśmiennictwo

1. Głębocka A, Kulbat J. Czym jest wizerunek ciała? [w:] Wizerunek ciała. Portret Polek, Kulbat J, Głębocka A. (red).Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2005: 9-28.
2. Cash TF, Smolak L. Understanding Body Images Historical and Contemporary Perspectives [w:] Body Image: A Handbook of Science, Practice, and Prevention. Cash TF, Smolak L (eds.), New York 2011: 3-11.
3. Smolak L, Thompson JK. Body Image, Eating Disorders, and Obesity in Youth: Assessment, Prevention and Treatment. American Psychological Association, Washington 2009.
4. Preester H. From ego to alter ego: Husserl, Merleau-Ponty and a layered approach to intersubjectivity Phenomenology and the Cognitive Sciences 2008, 7(1):133-142.
5. Banfield SS, McCabe MP. An evaluation of the construct of body image. Adolescence 2002, 37(146): 373-393.
6. Slade PD, Brodie D. Awareness of body dimentions in anorexia nervosa: A reconceptualization based in the recent literature. Eating Disorders Review 1994, 2: 39-46.
7. Nitsch K, Prajs E, Kurpisz J, Tyburski E. Obraz ciała i jego zaburzenia. Aspekty teoretyczne w kontekście wybranych jednostek psychopatologicznych. Psychiatria polska i kliniczna 2012, 12(3): 176-182.
8. Izydorczyk B, Rybicka–Klimczyk A. Diagnoza psychologiczna poznawczych i emocjonalnych aspektów obrazu ciała u dziewcząt i młodych kobiet polskich. Problemy Medycyny Rodzinnej 2008, 10(4): 24-35.
9. Franzoi, SL, Shields, SA. The Body Esteem Scale: Multidimensional structure and sex differences in a college population. Journal of Personality Assessment 1984, 48: 173-178.
10. Mandal E. Ciało jako proces - ciało jako obiekt. Obraz ciała u studentów Akademii Wychowania Fizycznego i studentów kierunków uniwersyteckich. Czasopismo Psychologiczne 2004, 10(1): 35-47.
11. Kobierecka A. Emocjonalny aspekt obrazu ciała a ocena relacji z rodzicami u młodych kobiet, Przegląd psychologiczny 2012, 55(4): 383-395.
12. Brytek-Matera A. Postawy wobec ciała a obraz samych siebie u kobiet z zaburzeniami odżywiania się. Badania na gruncie teorii rozbieżności Ja - Edwarda Tory Higginsa. Psychiatria Polska 2011, 45(5): 671-682.

13. Kofta M, Doliński D, Strelau J. Poznawcze podejście do osobowości, Psychologia. Podręcznik akademicki Gdańskie Towarzystwo Psychologiczne 2003, 2: 561-600.
14. Higgins ET. The "self digest": self-knowledge serving self-regulatory Functions, Journal of Personality and Social Psychology 1996, 71(6): 1062-1083.
15. Sikorska I, Kubacka-Jasiecka D, Kuleta M. Ja cielesne w biegu życia, W kręgu psychologicznej problematyki tożsamości. [w]: W kręgu psychologicznej problematyki tożsamości. Kubacka-Jasiecka D, Kuleta M. (red). Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2008: 87-100.
16. Rybicka-Klimczyk A, Brytek-Matera A. Wizerunek ciała i jego wymiary a aspekty behawioralne zaburzeń odżywiania u zdrowych kobiet w różnych fazach rozwojowych Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii 2008, 4(4): 143-151.
17. Schwartz MB, Brownell KD. Obesity and body image. Body Image 2004, 1(1): 43-56.
18. Karolczak A, Kulbat J, Głębocka A. Zadowolenie z własnego ciała, a treść przekonań o sobie. Analiza współzależności. Psychologia Jakości Życia 2002, 1(2): 59-77.
19. Mirucka B. Ja-cielesne fundamentem osobowości. Polskie Forum Psychologiczne, 2005, 8(1-2): 30-40.
20. Neagu A. A theoretical framework. Proceedings of the Romanian Academy 2015, 17(1): 29-38.
21. Wojciszke B, Strużyńska-Kujałowicz A. Power influences self-esteem. Social Cognition 2007, 25: 472-494.
22. Trambacz S, Gołaska P. Bodiliness and disability. Body image and attractiveness of adults with severe intellectual disability. Studia Edukacyjne 2013, 25: 209-220.
23. Zarek A. Obraz ciała w ujęciu procesu lub obiektu a satysfakcja z własnego ciała. Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie 2009, 55(1): 100-106.
24. Buczak A, Smaujło M. Samoocena globalna i postrzeganie własnego ciała a zachowania żywieniowe studentów. Lubelski Rocznik Pedagogiczny 2013, 32: 232-242.
25. McCabe US, Ricciardelli LA. Sociocultural influences on body image and body changes among adolescent boys and girls. The Journal of Social Psychology 2003, 143(1): 5-26.
26. Tesser A, Felson RB, Suls JM. Ja i tożsamość. GWP, Gdańsk 2004.
27. Turowska A. Znaczenie samooceny w funkcjonowaniu społecznym - na przykładzie młodzieży maturalnej. Kultura i Edukacja 2008, 2: 151-162.
28. Stoke R, Recascino Ch. Women's Perceived Body Image: Relations with Personal Happiness. Journal of Woman and Aging 2003, 15(1):17-30.

29. 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.
30. Grabe S, Ward LM, Hyde JS. The role of the media in body image concerns among women: A meta-analysis of experimental and correlational studies. Psychological Bulletin 2008 134(3): 460-476.
31. Ogińska-Bulik N. Czynniki sprzyjające rozwojowi zachowań kompulsywnych związanych z wykonywaniem czynności. [w:] Zachowania ryzykowne i szkodliwe dla zdrowia. Ogińska-Bulik N (red). AH-E, Łódź 2010: 23-42.
32. Brechan I, Kvalem IL. Relationship between body dissatisfaction and disordered eating: mediating role of self-esteem and depression. Eating Behaviors Journal, 2015, 17: 49-58.
33. Rasińska R, Nowakowska I, Głowacka-Rębała A. Postrzeganie własnego ciała przez młodzież akademicką. Zdrowie dobrostan 2013, 3: 113-124.
34. Pilska M. Jeżewska-Zychowicz M. Psychologia żywienia. Wybrane zagadnienia. Wydawnictwo SGGW, Warszawa 2008.
35. Phillips KA. Focus Body Dysmorphic Disorder: Clinical Aspects and Relationship to Obsessive-Compulsive Disorder. The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry 2015: 162-174.
36. Hart AS, Phillips KA. Symmetry concen is a symptom of body dysmorphic disorder. Journal of Obsessive-Compulsive and Refoted Disorders 2013, 2: 292-298.
37. Ross J, Gowers S. Zaburzenie obrazu ciała. Advances n Psychiatric Treatment 2011,17: 142-149.
38. Dębska-Ratuszniak O, Kamińska-Winciorek G, Śpiewak R. Dysmorfofobia w oczach studenta kosmetologii Dermatologia Kliniczna 2012, 14 (4): 171-174.
39. Przybyłowicz KE, Jesiołowska D, Obara-Gołębiowska M, Antoniak L. Subiektywna ocena masy ciała a zachowania żywieniowe kobiet w wieku prokreacyjnym. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie 2013, 11(3): 284–291.
40. Phillipou A, Castle DJ, Rossell SL. Anorexia nervosa: Eating disorder or body image disorder? Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2017, 52(1): 13-14.
41. Kessler RC. The prevalence and correlates of Binge Eating Disorder in the world health organization world mental health surveys. Biological Psychiatry 2013, 73(9): 904-914.
42. Brytek-Matera A. Predyktory dążenia do szczupłości w anoreksji i bulimii psychicznej. Polskie Forum Psychologiczne 2008, 13(2): 157-165.

43. Babicz-Zielińska E. Role of psychological factors in food choice - a review. Polish Journal of Food and Nutrition Sciences 2006, 15(56): 379-384.
44. Macht M. How emotions affect eating: a five-way model. Appetite 2008, 50(1): 1-11.
45. Myers LL, Wiman AM. Binge eating disorder: A review of a new DSM diagnosis. Research on Social Work Practice 2014, 24(1): 86-95.
46. Lewer M, Bauer A, Hartmann AS, Vocks S. Different Facets of Body Image Disturbance in Binge Eating Disorder. Nutrients 2017, 9: 1294-1318.
47. Mitchell JE, Devlin MJ, Zwaan M, Crow SJ, Peterson CB. Binge-Eating Disorder: Clinical Foundations and Treatment,czasopismo 2008: 1-12.
48. Mathieu J. What is pregorexia? J Am Diet Assoc, 2009, 109: 976-979.
49. Harasim-Piszczatowska E, Krajewska-Kułak E. Pregoreksja - anoreksja kobiet ciężarnych Pediatr Med Rodz 2017, 13(3): 363-367.
50. Przybyłowicz KE, Jesiołowska D, Obara-Gołębiowska M. A subjective dissatisfaction with body weight in young women: Od eating behaviours play a role? Roczniki Państwowego Zakładu Higieny 2014, 65: 243-249.
51. Ward VB. Eating disorders in pregnancy. The BMJ: leading general medical journal. 2008, 336: 93-96.
52. Arcimowicz K. Współczesny ideał męskiego ciała - wybrane aspekty problematyki. Acta Universitatis Lodziensis. Folia Sociologica 2015, 55: 57-76.
53. Dzwonkowska I. Współczucie wobec samego siebie (self-compassion) jako moderator wpływu samooceny globalnej na afektywne funkcjonowanie ludzi. Psychologia Społeczna 2011, 61(16): 67-80.
54. Rosenberg M. Society and adolescent self-image. Princeton University Press. New York 1965.
55. Manna G, Falgares G, Ingoglia S, Como MR, Santis S. The Relationship between Self-Esteem, Depression and Anxiety: Comparing Vulnerability and Scar Model in the Italian Context. Mediterranean Journal of Clinical Psychology 2016, 4(3): 1-17.
56. Orth U, Robins RW. Understanding the Link Between Low Self-Esteem and Depression, Current Directions in Psychological Science 2013, 22(6): 455-460.
57. Gruenenfelder-Steiger A, Fend H, Allemand M. Testing the vulnerability and scar models of self-esteem and depressive symptoms from adolescence to middle adulthood and across generations. Developmental Psychology 2015, 51(2): 236-247.

58. Tachi T, Kusano-Schwarz M, Murakami K, Kobayashi Y, Miyake Y. Usefulness of the Eating Disorder Inventory-2 Japanese Version in Patients with Eating Disorders. The Tokai Journal of Experimental and Clinical Medicine 2007, 32(3): 78-82.
59. Romanowska-Tołłoczko A. Wizerunek kobiety w reklamie a percepcja i ocena własnego wyglądu przez dorastające dziewczęta. Rozprawy Naukowe Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu 2015, 49: 34-41.
60. Fatyga B, Tyszkiewicz A. Normalność i normalka. Próba zastosowania pojęcia normalności do badań młodzieży. Ośrodek Badań Młodzieży, Warszawa 2001.
61. Melosik Z, Gromkowska-Melosik A. (red.) Kultura popularna, walka o znaczenie i pedagogika, Kultura popularna i konstrukcje tożsamości, Wyższa Szkoła Humanistyczna w Lesznie, Poznań–Leszno 2007.
62. Izydorczyk B, Rybicka-Klimczyk A. Środki masowego przekazu i ich rola w kształtowaniu wizerunku ciała u zróżnicowanych wiekiem życia kobiet polskich (analiza badań własnych). Problemy Medycyny Rodzinnej 2009, 3(28): 20-32.
63. Brytek-Matera A. Obraz ciała - obraz siebie. Wizerunek własnego ciała w ujęciu psychospołecznym, Difin, Warszawa 2008.
64. Featherstone, Ciało w kulturze konsumpcyjnej, przeł. Kunz I, [w:] Szpakowska M, (red.), Antropologia ciała. Zagadnienia i wybór tekstów, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2008.
65. Shilling Ch. *Socjologia ciała.* Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 2010.
66. Możdżonek P, Antosik K. Kreowanie trendów dietetycznych przez media i ich wpływ na rozwój zaburzeń odżywiania się. Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne 2017, 7(2): 159-164.
67. Strzelecki W, Cybulski M, Strzelecka M, Dolczewska-Smela A. Zmiana wizerunku medialnego kobiety a zaburzenia odżywiania we współczesnym świecie. Nowiny Lekarskie 2007, 76(2): 173-181.
68. Webster J, Tiggemann M. The relationship between women's body satisfaction and self-image across the life span: the role of cognitive control. The Journal of Genetic Psychology 2003, 164(11): 241-252.
69. Żurek N. Problemy etyczne reklam w aspekcie relacji społecznych. Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego We Wrocławiu 2016, 458: 77-87.
70. Kozłowska A. Reklama, Socjotechnika oddziaływania, Wyd. Szkoła Główna Handlowa, Warszawa, 2006.

71. Gajewski S. Zachowanie się konsumenta, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź, 2004.
72. Kozłowska A. Wizerunek kobiety dojrzałej w reklamie prasowej kosmetyków, Kwartalnik Kolegium Ekonomiczno-Społecznego. Studia i Prace 2011, 2: 189-210.
73. Wądołowska K, Felisiak M. Nudzą, drażnią, denerwują - Polacy o reklamach. CBOS Warszawa 2011, 2: 1-15.
74. Korczyc A. Konkurencja wyobraźni. Kobiece tabu w reklamie. Kultura Popularna 2012, 4(34): 68-78.
75. Parul Nagi. Projection of Women in Advertisement: A Gender Perception Study. International Journal of Managerial Studies and Research 2014, 2(9): 75-88.
76. Wolf N. Mit piękności. [w:] Antropologia ciała. Szpakowska M. (red.) Wydawnictwo Warszawskiego Uniwersytetu, Warszawa 2008.
77. Ferguson CJ, Muñoz ME, Garza A, Galindo M. Concurrent and prospective analyses of peer, television and social media influences on body dissatisfaction, eating disorder symptoms and life satisfaction in adolescent girls. Journal of Youth and Adolescence 2014, 43(1): 1-14.
78. Müller EI. Disturbances of the body image: a cultural and historical comparison between the glass delusion and body dysmorphic disorder Tijdschrift voor Psychiatrie 2017, 59(12): 759-766.
79. Michałowska-Knol K, Goszczyńska E, Petrykowska A. Fora internetowe jako źródło wsparcia społecznego dla kobiet ciężarnych uzależnionych od nikotyny, Studia Edukacyjne 2012, 23: 141-162.
80. Nash M. Picturing mothers: A photovoice study of body image in pregnancy. Health Sociology Review 2014, 23(3): 242-253.
81. Hinneburg I. Healthy nutrition in pregnancy. Medizinische Monatsschrif Pharmazeuten, 2013, 36(2): 65-67.
82. Nyaradi A, Li J, Hickling S, Foster J, Oddy WH. The role of nutrition in children's neurocognitive development, from pregnancy through childhood. Frontiers of Human Neuroscience 2013, 7: 97.
83. Wendołowicz A, Stefańska E, Ostrowska L. Żywienie kobiet w okresie ciąży. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu 2014, 20(3): 341–345.
84. Gacek M. Niektóre zachowania zdrowotne oraz wybrane wskaźniki stanu zdrowia grupy kobiet ciężarnych. Problemy Higieny i Epidemiologii 2010, 91(1): 48-53.

85. ADA Reports. Position of the American Dietetic Association: Nutrition and lifestyle for a healthy pregnancy outcome. Journal of American Dietetic Association 2008, 108: 533-561.
86. Jarosz M, Bułhak-Jachymczyk B. Normy żywienia człowieka. Podstawy prewencji otyłości i chorób niezakaźnych. Warszawa: Wyd. Lek. PZWL. 2012.
87. Wdowiak A, Kanadys K, Lewicka M. Przyrost masy ciała w ciąży a wybrane elementy oceny stanu noworodka. Problemy Higieny i Epidemiologii 2011, 92: 281-285.
88. Rekomendacje Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie opieki przedporodowej w ciąży o prawidłowym przebiegu. Ginekologia po Dyplomie. Wydanie specjalne 2006, 59- 66.
89. Institute of Medicine (IOM) Food and Nutrition Board. Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines. Washington: DC National Academy Press, 2009.
90. Emczyńska EE, Bebelska K, Czerwonogrodzka-Senczyna A. Znaczenie poradnictwa dietetycznego w prewencji powikłań ciąży. Nowiny Lekarskie 2012, 81: 273-280.
91. Bebelska KP, Ehmke vel Emczyńska E, Gmoch-Gajzlerska E. Otyłość jako czynnik zaburzający procesy rozrodcze. Nowiny Lekarskie 2011, 80(6): 499-507.
92. Birdsall KM, Vyas S, Khazaezadeh N, O teng-Ntim E. Maternal obesity: a review of interventions. Clinical Practice 2009, 63: 494-507.
93. Heindela JJ, von Saalb FS. Role of nutrition and environmental endocrine disrupting chemicals during the perinatal period on the aetiology of obesity. Molecular and Cellular Endocrinology 2009, 304: 90-96.
94. Szostak-Węgierek D. Zasady prawidłowego żywienia. Ciąża. w: Jarosz M. (Red.) Praktyczny poradnik dietetyki. Instytut Żywności i Żywienia. Warszawa 2010.
95. Ostachowska-Gąsior A. Podaż białka w diecie kobiet ciężarnych o prawidłowym i nieprawidłowym stanie odżywienia przed ciążą a masa ciała noworodków. Problemy Higieny i Epidemiologii 2008, 89(4): 537-542.
96. Wąsowska J, Janus P, Wąsowski J, Ambroży T. Prawidłowe żywienie zdrowych kobiet w ciąży jako sposób realizacji potrzeby bezpieczeństwa osobistego i społecznego. Kultura Bezpieczeństwa Nauka-Praktyka-Refleksje 2015, 18: 227-245.
97. Pudło H, Respondek M. Nutritional programming - the impact of nutrition of pregnant women on the health of their children. Journal of Education, Health and Sport 2016, 6(7): 589-600.

98. Sadowska J, Krzemińska J. Porównanie sposobu żywienia zdrowych kobiet w ciąży i obciążonych cukrzycą ciążową typu G1. Forum Zaburzeń Metabolicznych 2015, 6(4): 161–169.
99. Kamiński K, Wietrak E, Popiel M. Rola kwasu dokozaheksaenowego (DHA) w ciąży. Jaką dawkę stosować? Ginekologia i Położnictwo Medical Project 2011, 3: 1-16.
100. Karowicz-Bilińska A, Nowak-Markwitz E, Opala T, Oszukowski P, Poręba R, Spaczyński M. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie stosowania witamin i mikroelementów u kobiet planujących ciążę, ciężarnych i karmiących. Ginekologia Polska 2014, 85: 395-399.
101. Karowicz-Bilińska A. Water and its importance for female body. Ginekologia Polska 2011, 82: 455-459.
102. Kamelska AM, Pietrzak-Fiećko R, Bryl K, Nowakowski J. Próba oceny zachowań żywieniowych oraz spożycia wybranych owoców grupy kobiet ciężarnych i karmiących. Bromatologia i Chemia Toksykologiczna 2011, 44(3): 1009-1014.
103. Szostak-Węgierek D, Cichocka A. Żywienie kobiet w ciąży, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2005.
104. Stadnicka G, Łepecka-Klusek C, Pawłowska-Muc AK, Pilewska-Kozak AB. Wpływ aktywności fizycznej w okresie ciąży na przebieg porodu. Journal of Education, Health and Sport 2015, 5(9): 505-514.
105. Torbé D, Torbé A, Ćwiek D. Aktywność fizyczna kobiet w ciąży o fizjologicznym przebiegu. Nowa Medycyna 2013, 20(4): 174-179.
106. Fuerst N, Adamczewska K. Znaczenie aktywności fizycznej i zalecane formy ćwiczeń ruchowych u kobiet w ciąży, Kultura Fizyczna 2017, 16(3): 139-151.
107. Nina F, Katarzyna A. Znaczenie aktywności fizycznej i zalecane formy ćwiczeń ruchowych u kobiet w ciąży. Prace naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie, Kultura Fizyczna 2017, 16(3): 139-151.
108. American College of O bstetricians and Gynecologists (ACOG) committee opinion, Exercise during pregnancy and the postpartum period. International Journal of Gynaecology & Obstetrics 2002, 77(267): 79-81.
109. Karowicz-Bilińska A, Sikora A, Estemberg D, Brzozowska M, Berner-Trąbska M, Kuś E, Kowalska-Koprek U. Fizjoterapia w położnictwie. Ginekologia Polska 2010, 81: 441-445.
110. Chitryniewicz-Rostek J, Kulis A, Kreska-Korus A. Wpływ aktywności fizycznej na stan psychofizyczny kobiet w ciąży. Rehabilitacja Medyczna 2015, 19(1): 9-14.

111. Worska A, Szumilewicz A. Physical activity of expecting mothers in the awareness of future exercise professionals, Journal of Education, Health and Sport 2015, 5(8): 91-102.
112. Jurewicz J, Hanke W, Makowiec-Dąbrowska T, Sobala W. Wpływ ciężkości pracy kobiet ciężarnych mierzony za pomocą wydatku energetycznego na masę urodzeniową noworodków. Ginekologia Polska 2006: 537-542.
113. Lesińska-Sawicka M. Planowanie ciąży, a stosowanie używek w czasie ciąży przez kobiety z wybranych krajów europejskich. Problemy Higieny i Epidemiologii 2011, 92(1): 127-131.
114. Korzeniowska K, Cieślewicz A, Pawlaczyk M, Pawlaczyk M, Jabłecka A. Postawy kobiet ciężarnych i ich otoczenia wobec nałogu palenia tytoniu. Farmacja współczesna 2013, 6: 163-167.
115. Sitarz AM, Wójtowicz AK. Wpływ dymu tytoniowego na płodność kobiety. Medycyna Środowiskowa 2015, 18(2): 11-16.
116. Wierzejewska R, Jarosz M, Sawicki W, Stelmachów J, Siura M. Antyzdrowotne zachowania kobiet ciężarnych. Tytoń, alkohol, kofeina. Żywienie Człowieka i Metabolizm 2011, 38(2): 84-98.
117. Wachulska M, Skoniecka A, Tymińska A, Cichorek M. Prenatalne zmiany w rozwoju płodu i łożyska indukowane paleniem tytoniu. Ginekologia i Położnictwo 2015, 35(1): 9-19.
118. Krzyścin M, Kulz M, Chuchracki M, Markwitz W, Bręborowicz G. Palenie papierosów w samoocenie kobiet ciężarnych. Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia 2013, 6(3): 152-160.
119. Homan GF, Davies M. The impact of lifestyle factors on reproductive performance in the general population and those undergoing infertility treatment: a review. Human Reproduction Update 2007, 13(3): 209-223.
120. Żuralska R, Kuzepska M, Mziray M, Postrożny D, Muczyn A, Studzińska B, Książek J. Alkohol i ciąża. Wstępne badanie opinii kobiet na temat spożywania alkoholu w okresie ciąży. Problemy Pielęgniarstwa 2011, 19(4): 533–537.
121. Pawłowska-Muc AK, Łepecka-Klusek C, Pilewska-Kozak AB, Stadnicka G. Stimulants in pregnancy - alcohol. Journal of Education, Health and Sport 2015, 5(8): 385-394.
122. Marek M. Spożywanie alkoholu przez kobiety w czasie ciąży - zagrożeniem dla rozwoju dziecka. Studia Socialia Cracoviensia 2013, 2(9): 145-153.
123. Wierzejska R. Kofeina - Powszechny Składnik Diety I Jej Wpływ Na Zdrowie. Roczniki Państwego Zakładu Higieny. 2012, 63(2): 141-147.

124. Grosso LM, Triche EW, Benowitz NL, Bracken MB. Prenatal caffeine assessment: fetal and maternal biomarkers or self-reported intake? Annals of Epidemiology 2008, 18: 172-178.
125. Bakker R, Steegers EAP, Obradov A. Maternal caffeine intake from coffee and tea, fetal growth, and the risks of adverse birth outcomes: the Generation R Study. The American Journal of Clinical Nutrition 2010, 91: 1691-1698.
126. Serdyńska M, Pawelczyk L, Jędrzejczak P. Epidemiologia niepłodności.[w] Ginekologia, Red. Słomko Z., Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2008, 465-470.
127. Jagielska A, Kazdepka-Ziemińska A, Korcyl M, Grabiec M. Kobieta i narkotyki. Farmacja Współczesna 2013, 6: 173-177.
128. Jośko-Ochojska J, Marcinkowska U, Lau K. Wygląd, Samoocena i Kształtowanie Własnego Ciała Jako Czynniki Ryzyka Anoreksji Psychicznej u Studentów. Annales Academiae Medicae Gedaensis. 2013, 43: 45-52.
129. Stalmach M, Jodkowska M, Tabak I, Oblacińska A. Optymizm życiowy 13-latków w Polsce w kontekście samooceny zdrowia oraz wybranych cech rodziny. Developmental Period Medicine 2013, 17(4): 324-333.
130. Von Rueden U, Gosch A, Rajmil L, Bisegger C, Ravens-Sieberer U. Socioeconomic determinants of health related quality of life in childhood and adolescence: results from a European study. Journal od Epidemiology and Community Health 2006, 60: 130-135.
131. Thompson JK. Assessing body image disturbance: Measure, methodology, and implementation [w:] Body image, eating disorders, and obesity. An integrative guide for assessment and treatment (ed. Thompson JK). American Psychological Association DC: Washington, 1996.
132. Thompson JK, Berg P. Measuring body image attitudes among adolescents and adults [w:] Body image. A handbook of theory, research, and clinical practice (ed. Cash TF, Pruzinsky T). The Guilford Press: New York, London, 2002.
133. Thompson MA, Gray JJ. Development and validation of a new body-image assessment scale J Pers Assess. 1995, 64(2): 258-69.
134. Głębocka A. Niezadowolenie z wyglądu a rozpaczliwa kontrola wagi ciała.IMPULS, Kraków 2009.
135. Bielak B. Jak pomóc uczniom w wyborze zawodu, WSIP, Warszawa, 2009.
136. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Wyd. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2009: 128-136.

137. Hild-Ciupińska K. Skala pozytywnych zachowań zdrowotnych dla kobiet, Problemy Higieny I Epidemiologii 2009, 90(2): 185-190.
138. Kaiser A, Sokołowski M, Kaiser A. Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży w kontekście zdrowia i rozwoju noworodka. Rocznik Lubuski 2014, 40(2): 275-287.
139. Pieszko M, Ciesielska-Piotrowicz J, Skotnicka M, Małgorzewicz S, Zachowania zdrowotne kobiet ciężarnych z wyższym i średnim wykształceniem – badania wstępne, Pediatria i Medycyna Rodzinna 2017, 13(1): 94–102.
140. 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.
141. Mrozowicz A, Guty E, Styl życia a zachowania zdrowotne; poglądy kobiet. Zdrowie i Dobrostan 2013, 1:132-147.
142. Dziankowska-Zaborszczyk E, Ciabiada B, Maniecka-Bryła I, Samoocena stanu zdrowia jako predyktor umieralności przedwczesnej. Problemy Higieny i Epidemiologii 2014, 95(4): 866-870.
143. CBOS Komunikat z badań-Zdrowie i prozdrowotne zachowania Polaków. Warszawa, 2016.
144. Gacek M, Subiektywna ocena zdrowia młodzieży akademickiej w zależności od niektórych cech osobowości, Annales Universitatis Mariae Curie Skłodowska Lublin-Polonia, 2003, 66:1-5.
145. Sulima M, Golnik E. Alternatywne metody łagodzenia bólu porodowego. Technologie w optymalizacji opieki medycznej. Electronic Journal of Mathematics and Technology 2013;1(1):41–47.
146. Łepecka-Klusek C. Opieka nad kobietą w różnych fazach jej życia. Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie i ginekologii. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.
147. Szymoniak K. Oczekiwania kobiet wobec badań ginekologicznych. Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie 2014, 60(1): 52–59.
148. Gruszka J, Wrześniewska M, Adamczyk-Gruszka O, Wizyta u ginekologa – aspekt psychologiczny, diagnostyczny i leczniczy. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu 2014, 20(2): 126–130.
149. Wonatowska P, Kot M. Kampania na rzecz dobrej opieki ginekologicznej. Raport, Grupa edukatorów Seksualnych Ponton przy Federacji na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny, Warszawa 2014.

150. Stefanek A, Durka P. Poziom świadomości kobiet na temat profilaktyki raka szyjki macicy. Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu 2014, 1(38): 29-38.
151. Siwczyńska D, Barańska A, Mińko M, Pacian A, Religioni U, Bojakowska U. Ocena skuteczności programów profilaktycznych dotyczących raka piersi elementem zarządzania w ochronie zdrowia w makroregionie lubelskim. Hygeia Public Health 2012, 47(2): 211-214.
152. Pawlicki M. Rak piersi - nowe nadzieje i możliwości leczenia. wyd. Alfa Medica Press, Bielsko Biała 2002.
153. Smoleń E, Dobrowolska B. Praktyka samobadania piersi i wykonywanie mammografii w grupie pielęgniarek a zmienne socjodemograficzne. Medycyna Środowiskowa 2017, 20(1): 56-65.
154. Suszyńska K, Nizioł E, Borzęcki A, Samobadanie piersi i jego znaczenie w profilaktyce raka piersi. Analiza piśmiennictwa. Higiena i środowisko a zdrowie człowieka. Lublin 2014.
155. Najdyhor E, Krajewska-Kułak E, Krajewska-Ferishah K. Wiedza kobiet i mężczyzn na temat profilaktyki raka piersi. Ginekologia Polska 2013, 84: 116-125.
156. Ślusarska B, Nowicki GJ, Łachowska E, Piasecka H, Marciniak A. Wiedza kobiet na temat profilaktyki raka piersi w wybranych uwarunkowaniach socjo-demograficznych. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu 2016, 22(1): 59–65.
157. Przysada G, Bojczuk T, Kuzniar A. Poziom wiedzy kobiet na temat profilaktyki wczesnego rozpoznawania raka piersi. Yung Sports Science 2009, 3: 129-136.
158. Węgorowski P, Michalik J, Gogułka E, Rząca M, Pietraszek A. Assessment of women's knowledge about breast cancer prevention. Journal of Education, Health and Sport 2017, 7(8): 593-606.
159. Polskie Towarzystwo Ginekologiczne. Rekomendacje PTG dotyczące diagnostyki, profilaktyki I wczesnego wykrywania raka szyjki macicy. Ginekologia Polska 2006, 77, 655-659.
160. Nowicki A, Farbicka P, Anczura K. Wiedza uczennic technikum i absolwentek studiów wyższych z zakresu profilaktyki i leczenia raka szyjki macicy. Pielęgniarstwo Polskie 2017, 2(64): 246-253.
161. Pasławska A, Mrożek-Budzyn D, Majewska R. Wiedza młodych kobiet na temat znaczenia badań cytologicznych w profilaktyce raka szyjki macicy. Problemy Higieny i Epidemiologii 2014, 95(1): 170-174.

162. Gładczuk J, Maksimowicz K, Kleszczewska E. Wybrane aspekty profilaktyki chorób nowotworowych w Polsce. Część I. Czynniki determinujące zachowania profilaktyczne. Hygeia Public Health 2015, 50(2): 266-271.
163. Wychowaniec M, Głuszek S, Pierzak M, Kozieł A. Women's health behaviours regarding cervical cancer prevention. Medical Studies 2016, 32(1): 29-36.
164. Bręborowicz GH, Ropacka-Lesiak M. Żywienie w czasie ciąży i połogu. Rozdz. 1. Ciąża o przebiegu prawidłowym. Położnictwo i ginekologia 2015, 1: 73-83.
165. Suliga E. Sposób żywienia i stan odżywienia kobiet ciężarnych, a przebieg ciąży i wskaźniki urodzeniowe noworodków. Studia medyczne 2015, 31(1): 60-65.
166. Godala M, Zachowania zdrowotne łódzkich kobiet w ciąży. Cz. I. Sposób żywienia i suplementacja witaminowo-mineralna. Problemy Higieny i Epidemiologii 2012, 93(1): 38-42.
167. Hora Soltani H, Lipoeto NI, Fair FJ, Kilner K, Yusrawati Y. Pre-pregnancy body mass index and gestational weight gain and their effects on pregnancy and birth outcomes: a cohort study in West Sumatra, Indonesia Soltani. BMC Women's Health 2017, 17:102.
168. Hyżyk AK, Sokalska N. Ocena zmiany masy ciała u kobiet w ciąży. Nowiny Lekarskie 2011, 80, 3:174-177.
169. Główny Inspektorat Sanitarny.Raport z badania Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży. Warszawa 2017.
170. Bień A, Rzońca E, Krysa J, Iwanowicz-Palus G, Turkosz A. Socjodemograficzne uwarunkowania zachowań zdrowotnych kobiet. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu 2016, 22(3).
171. Weker H, Więch M. Suplementacja w żywieniu kobiet w okresie ciąży i laktacji - aktualne spojrzenie. Standardy Medyczne. Pediatria 2010, 7: 569-578.
172. Śmigiel-Papińska D. Ocena sposobu żywienia kobiet ciężarnych z uwzględnieniem spożycia używek. Bromatologia i Chemia Toksykologiczna 2003, 36: 173-177.
173. Dereń K, Gaweł M, Łuszczki E, Jarmakiewicz S, Sokal A, Polak E, Wyszyńska J. Nutritional behavior of pregnant women from the Podkarpacie province. European Journal of Clinical and Experimental Medicine 2017, 15 (4): 322-329.
174. Bachanek T, Nakonieczna-Rudnicka M. Nawyki żywieniowe kobiet w ciąży. Czasopismo Stomatologiczne 2006, 62: 800-808.
175. Wądołowska K. Zachowania i nawyki żywieniowe Polaków. Komunikat z Badań. Centrum Badania Opinii Społecznej Warszawa 2010.

176. Wyciślik N, Janusz-Jenczeń M, Hornik B, Włodarczyk I. Styl życia kobiet ciężarnych. Dobrostan a stan, 16, 195-210.
177. Stanowisko Zespołu Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące: Znaczenia nawodnienia w prewencji chorób u kobiet w wieku prokreacyjnym. Ginekologia Polska 2011, 82: 943–945.
178. Maciąg D, Figuła A, Cichońska M, Kucharska K. Wiedza kobiet na temat zdrowego stylu życia w okresie ciąży. Acta Scientifica Academie Ostrovirnsis 2013, 1:69-94.
179. Hamułka J, Wawrzyniak A, Pawłowska R. Ocena spożycia witamin i składników mineralnych z suplementami diety przez kobiety w ciąży. Roczniki Panstwego Zakładu Higieny 2010, 61(3): 269–275.
180. Bojar I, Wdowiak L, Steć A, Włoch K, Warchoł-Sławińska E, Krakowiak J. Suplementacja witaminowo-mineralna diety kobiet ciężarnych w województwie lubelskim. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu 2007, 13: 272-285.
181. Urbaniak T, Klejewski A, Pisarska M, Kostecka E. Wpływ suplementacji diety na masę urodzeniową noworodka. Przegląd Lekarskim2012, 69, 10: 1015-1020.
182. Lachowska M, Paluszyńska D, Banasiewicz A, Grużewska A, Lachowski P, Czyżewska M. Ocena wybranych parametrów antropometrycznych u noworodków w aspekcie terapii preparatami wielowitaminowymi u matek w ciąży. Postępy Neonatologii 2009, 2: 37-39.
183. Henry L, McGarel C, Pentieva K, McNulty H, McLaughlin M, Cassidy T. Maternal Folic Acid supplementation during pregnancy and children's psychological wellbeing. European Health Psychologist 2015, 17: 738.
184. Szychta W, Skoczylas M, Laudański T. Spożywanie alkoholu i palenie tytoniu przez kobiety w ciąży - przegląd badań. Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia 2008, 1(4): 309-313.
185. Małecka-Włoch A. Świadomość zdrowotna kobiet w okresie przedkoncepcyjnym i w czasie ciąży. Przegląd Lekarski 2015, 72(2): 49-52.
186. Godala M. Zachowania zdrowotne łódzkich kobiet w ciąży. Cz. II. Aktywność fizyczna i stosowanie używek. Problemy Higieny i Epidemiologii 2012, 93(1): 43-47.
187. Verbeke W, Bourdeaudhuij I. Dietary behaviour of pregnant versus non- pregnant women. Appetite 2007 48: 78-86.
188. Dunlop AL, Jack B, Frey K, Board JA. National Recommendations for Preconception Care: The Essential Role of the Family. Physicians of Family Medicine 2007, 20: 81-84.
189. Zimnowoda A. Wiesza kobiet w wieku prokreacyjnym dotycząca Alkoholowego Zespołu Fas. Plus Uczelni 2012, 6: 4-10.

190. Brynczka O. Exposure to enviromental tobacco smoke in Euro: a review. Technical report World Health Organisation Regional Office for Europe. WHO. Bonn 2003.
191. Sochaczewska D, Czeszyńska MB, Konefał H, Garanty-Bogacka B. Palenie czynne lub bierne w okresie ciąży a wybrane parametry morfologiczne i powikłania okresu noworodkowego. Ginekologia Polska 2010, 81: 687-692.
192. Jansen K, Curra AR, Dias de Mattos Souza L, Pinheiro RT, Silva Moraes IG, Siqueira da Cunha M, Azevedo da Silva R. Tobacco smoking and depression during pregnancy. Revista de Psiquiatria Rio Grande do Sul. 2010, 32(2): 44-47.
193. Polańska K, Hanke W, Sobala W, Jurewicz J. Ekspozycja na dym tytoniowy kobiet w ciąży. Wyniki badania prospektywnego w regionie łódzkim. Przegląd Lekarski 2007, 64(10): 824-826.
194. Przybylski G, Pasińska M, Pyskir J, Gołda R, Kopiński P, Gadzińska A. Analiza rozpowszechnienia palenia tytoniu u ciężarnych kobiet pacjentek. Poradni Badań Prenatalnych w latach 2005-2006. Przegląd Lekarski 2007, 64(10): 827-830.
195. Jarosz M, Wierzejska R, Siuba M. Maternal caffeine intake and its effect on pregnancy outcomes. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 2012, 160: 156-160.
196. Wiśniewska - Łowigus M, Drobik P. Zagrożenia związane ze spożywaniem kofeiny w ciąży. Pielęgniarstwo Polskie 2013, 47(1): 28-33.
197. Pawłowska-Muc AK, Łepecka-Klusek C, Stadnicka G, Pilewska-Kozak AB. Stimulants in pregnancy - caffeine. Journal of Education, Health and Sport 2015, 5(6): 395-406.
198. Kowalska J, Olszowa D, Markowska D, Teplik M, Rymaszewska J. Aktywność fizyczna i szkoła rodzenia w czasie ciąży a poziom postrzeganego stresu i objawów depresyjnych u kobiet po porodzie. Psychiatria Polska 2014; 48(5): 889-900.
199. Downs DS. Baby steps: Pedometer-determined and Self-Reported Leisure-Time Exercise Behaviors of Pregnant Women. Journal of Physical Activity and Health 2009, 6: 63-72.
200. Ćwiek D, Szczęsna M, Malinowski W, Fryc D, Daszkiewicz A, Augustyniuk K. Analiza aktywności fizycznej podejmowanej przez kobiety w czasie ciąży. Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia 2012, 5(1): 51-54.
201. Sass A, Mączka M. Szkoła rodzenia - sposób na realizację aktywności fizycznej kobiet w ciąży? Hygeia Public Health 2013, 49(2): 359-364.
202. Borys B. Ćwiczenia gimnastyczne dla kobiet oczekujących dziecka. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.

203. Wójtowicz K, Krekora M, Krekora K. Wpływ aktywnosci fizycznej ciężarnych na przebieg porodu. Kwartalnik Ortopedyczny 2011, 2: 188-196.
204. Dumith SC, Domingues MR, Mendoza-Sassi RA, Cesar JA. Physical activity during pregnancy and its association with maternal and child health indicators. Revista de Saúde Pública. 2012, 46(2): 327-33.
205. Liu J, Blair SN, Teng Y, Ness AR, Lawlor DA, Riddoch C. Physical activity during pregnancy in a prospective cohort of British women: results from the AVON longitudinal study of parents and children. European Journal of Epidemiology 2011, 26(3): 237-247.
206. De Jersey SJ, Nicholson JM, Callaway LK, Daniels LA. An observational study of nutrition and physical activity behaviours, knowledge, and advice in pregnancy. BMC Pregnancy Childbirth, 2013, 13: 115.
207. Kaiser L, Allen LH. Position of the American Dietetic Association: nutrition and lifestyle for a healthy pregnancy outcome. Journal of American Dietetic Association 2008, 108(3): 553-561.
208. Głębocka A. Zdrowie czy uroda? Wizerunek ciała a postawy prozdrowotne kobiet w starszym wieku. Geriatria 2016, 10: 5-14.
209. Biały K. Badanie CBOS: Stosunek do własnego ciała - ideał pięknej kobiety i przystojnego mężczyzny. Warszawa 2003.
210. Lepiarz A. Zmiany psychiczne doświadczane przez kobiety oczekujące narodzin dziecka. Ginekologia Praktyczna 2010, 1: 54-7.
211. Łepecka - Klusek C, Syty K, Pilewska- Kozak AB. Sense of own attractiveness among women in advanced pregnancy. Progress in Health Sciences 2015, 5: 7-13.
212. Topór-Pamuła M. W jednym ciele - analiza obrazu ciała i jego związków z reprezentacjami partnera, rodzica i dziecka u kobiet w pierwszej ciąży. Psychologia Rozwojowa 2017, 22 (1): 59-75.
213. Watson B, Fuller-Tyszkiewicz M, Broadbent J, Skouteris H. The meaning of body image experiences during the perinatal period: A systematic review of the qualitative literature. Body Image 2015, 14: 102-113.
214. Kościuk U, Krajewska-Kułak E, Tołłoczko H, Paszko-Patej G. Percepcja obrazu własnego ciała i motywacja do ćwiczeń wśród uczestniczek Magic-Gym. Hygeia Public Health 2014, 49(4): 870-878.
215. Sołtysiak T. Młode kobiety w „szponach opętania" szczupłych i zgrabnych. Lubelski Rocznik Pedagogiczny 2013, 32: 80-99.

216. Gay RK, Castano E. My body or my mind: The impact of state and trait self objectification on women's cognitive performance. European Journal of Social Psychology 2010, 40: 695- 703.
217. Tiggemann M. Media exposure, body dissatisfaction and disordered eating: television and magazines are not the same. European Eating Disorders Review 2003, 11: 418-430.
218. Inanir S, Cakmak B, Nacar MC, Guler AE, Inanir A. Body Image Perception and Self-esteem During Pregnancy. International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences 2015, 3(4): 196-200.
219. Chang SR, Chao YM, Kenney NJ. I am a woman and I'm pregnant: body image of women in Taiwan during third trimester of pregnancy. Birth 2006, 33(2): 147- 153.
220. Kaźmierczak M, Goodwin R. Pregnancy and Body Image in Poland: Gender Roles and Self-EsteemDuring the Third Trimester. Journal of Reproductive and Infant Psychology 2011 29(4): 334-342.
221. Lotha KA, Bauera KW, Wallb M, Bergec J, Neumark-Sztainera D. Body satisfaction during pregnancy. Body Image 2011, 8: 297-300.
222. Skouteris H. Body image issues in obstetrics and gynecology. In T. F. Cash & T. Pruzinsky (ed.) Body image: A handbook of science, practice, and prevention. New York 2011, 2: 342-349.
223. Schmied V, Lupton D. The externality of the inside: body images of pregnancy. Nursing Inquiry 2001, 8: 32-40.
224. Brown A, Rancer J, Warren L. Body image concerns during pregnancy are associated with a shorter breast feeding duration. Midwifery 2015, 31(1): 80-89.
225. Jordan K, Johnson S. Baby or beauty: a Q study into post pregnancy body image. Journal of reproductive and infant psychology. 2005, 23: 19-31.
226. Hayes JF, D'Anci AJ, Wood VJ. Basic personality dispositions, self-esteem and personal goals: an approach-avoidance analisys. Journal of Personality 2011, 57(2): 384-387.
227. Anton SD, Perri MG, Riley JR. Discrepancy between actual and ideal images; Impact on eating and excersise behaviors. Eating Behaviors 2000, 1(2): 153-160.
228. Roomruangwong C, Kanchanatawan B, Sirivichayakul S, Maes M. High incidence of body image dissatisfaction in pregnancy and the postnatal period: Associations with depression, anxiety, body mass index and weight gain during pregnancy. Sexual & Reproductive Healthcare 2017, 13: 103-109.

229. Hauff LE, Demerath EW. Body image concerns and reduced breastfeeding duration in primiparous overweight and obese women. American Journal of Human Biology 2012, 24(3): 339- 349.
230. Sui Z, Turnbull D, Dodd J. Effect of body image on gestational weight gain in overweight and obese women. Women Birth 2013, 26(4): 267-272.
231. Hill B, Skouteris H, McCabe M, Fuller-Tyszkiewicz M, Midwifery J. Body Image and Gestational Weight Gain: A Prospective Study. Womens Health 2013, 58: 189-194.
232. Prather H, Spitznagle T, Hunt D. Benefits of exercise during pregnancy. Journal of the American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation 2012, 4: 845-850.
233. Goodwin A, Astbury J, McMeeken J. Body image and psychological well-being in pregnancy: a comparison of exercisers and non-exercisers. Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology 2000, 40(4): 442-447.
234. Boscaglia N, Skouteris H, Wertheim EH. Changes in body image satisfaction during pregnancy: a comparison of high exercising and low exercising women. Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology 2003, 43(1): 41-45.
235. Shloim N, Rudolf M, Feltbower R, Hetherington M. Adjusting to motherhood. The importance of BMI in predicting maternal well-being, eating behaviour and feeding practice within a cross cultural setting. Appetite 2014, 81: 261-268.
236. Paxton SJ, Eisenberg ME, Neumark-Sztainer D. Prospective predictors of body dissatisfaction in adolescent girls and boys: A five year longitudinal study. Developmental Psychology 2006, 42: 888-899.
237. Wilson JMB, Tripp DA, Boland FJ. The relative contributions of subjective and objective measures of body shape and size to body image and disordered eating in women. Body Image 2005, 2: 233-247.
238. Mehta U, Siega-Riz AM, Herring A. Effect of body image on pregnancy weight gain. Maternal and Child Health Journal 2011, 15(3): 1-9.
239. Bojar I, Humieniuk E, Wdowiak L, Minotła P. Zachowania żywieniowe kobiet ciężarnych. Problemy Higieny i Epidemiologii 2007, 88(1): 74-77.
240. Rasińska R, Nowakowska I. Zachowania zdrowotne położnych a poczucie satysfakcji z życia. Zdrowie Dobrostan 2013, 1: 179-191.
241. Kanadys K, Rogowska J, Lewicka M, Wiktor H. Satysfakcja z życia kobiet ciężarnych. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu 2015, 21(1): 45-48.

242. Gacek M. Selected individual determinants of cereal, fruit and vegetable consumption among menopausal women in view of potential health risks. Menopause Review 2013, 12(5): 385-391.
243. Elavsky S, McAuley E, Motl RW, Konopack JF. Physical activity enhances long-term quality of life in older adults : Efficacy, esteem and affective influences. Annals of Behavioral Medicine 2005, 2: 138-145.
244. Nguyen-Michel ST, Unger JB, Hamilton J, Spruijt-Metz D. Associations between physical activity and perceived stress/hassles in college students. Stress Health 2006, 22: 179-188.
245. Schnettler B, Lobos G, Miranda-Zapata E, Denegri M. Quality and Satisfaction with Life, Family Life, and Food-Related Life across Families: A Cross-Sectional Pilot Study with Mother-Father-Adolescent Triads. International Journal of Environmental Research and Public Health 2017, 14(11): 1313-1337.
246. Mond J, Mitchison D, Latner J, Hay P, Owen C, Rodgers B. Quality of life impairment associated with body dissatisfaction in a general population sample of women. BMC Public Health 2013, 13: 920.
247. Pullmer R, Zaitsoff S, Cobb R. Body Satisfaction During Pregnancy: The Role of Health-Related Habit Strength. Maternal and Child Health Journal 2018, 22: 391–400.
248. Vora RV, Gupta R, Mehta MJ, Chaudhari AH, Pilani AP, Patel N. Skin and pregnancy. Journal of Family Medicine and Primary Care 2014, 3(4): 318-324.

ISBN 978-83-959846-1-7