

Ocena zachowań zdrowotnych i satysfakcji z życia kobiet po przebytej ciąży

Evaluation of health behaviour and satisfaction with life among women after pregnancy

EMILIA HARASIM-PISZCZATOWSKA^{1/}, AGNIESZKA KUŁAK-BEJDA^{2/}, ELŻBIETA KRAJEWSKA-KUŁAK^{1/}, MAREK SOBOLEWSKI^{3/}

^{1/} Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

^{2/} Klinika Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

^{3/} Katedra Metod Ilościowych, Politechnika Rzeszowska

Wprowadzenie. Ciąża w życiu kobiety wiąże się ze znaczną zmianą zachowań zdrowotnych oraz stylu życia. Jednym z elementów zdrowia człowieka rozumianego w wymiarze psychospołecznym jest poczucie satysfakcji z życia.

Cel. Ocena zależności pomiędzy poziomem satysfakcji z życia a zachowaniami zdrowotnymi kobiet po przebytej ciąży.

Materiały i metody. Badanie przeprowadzono w grupie 151 kobiet po roku czasu od przebytej ciąży. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankiety oraz skal standaryzowanych: Skala Satysfakcji z Życia (The Satisfaction with Life Scale – SWLS), Dienera i wsp. (w polskiej wersji Juczyńskiego, dla innych profesjonalistów, nie będących psychologami) oraz Standaryzowany Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) wg Juczyńskiego.

Wyniki. Średnia masa ciała kobiet po ciąży wynosiła 66,2 kg. Większość badanych kobiet miała w normie wskaźnik BMI (60,3%). 'Niski' poziom zachowań zdrowotnych w badanej grupie odnotowano w przypadku 40,4% ankietowanych kobiet, natomiast 'wysoki' poziom wykazało niespełna 21,9% kobiet. Średnia wartość zadowolenia z życia wg skali SWLS dla badanej grupy wynosiła 23,8 (dość wysoka). Wszystkie aspekty zachowań zdrowotnych były skorelowane pozytywnie z zadowoleniem z życia – najsilniej z nastawieniem psychicznym ($R=0,51$) i ogólną miarą IZZ ($R=0,40$).

Wnioski. Wszystkie aspekty zachowań zdrowotnych były skorelowane pozytywnie z zadowoleniem z życia w grupie kobiet po przebytej ciąży. Wykazano istotny statystycznie negatywny wpływ wyższego BMI na ocenę praktyk zdrowotnych. Wiek, BMI oraz procentowa zmiana masy ciała nie wpływały na poziom satysfakcji z życia.

Słowa kluczowe: zachowania zdrowotne, satysfakcja z życia, ciąża

Introduction. In a woman's life, pregnancy involves significant changes in health behaviour and lifestyle. One of the elements constituting human health, as understood in the psychosocial dimension, is a sense of satisfaction with life.

Aim. The purpose of the study was to assess the relationship between the level of satisfaction with life and the health behaviour of women following pregnancy.

Materials & methods. The study conducted involved a group of 151 women one year after their pregnancy, and the method used was a diagnostic survey based on a specially developed questionnaire and standardized scales: Satisfaction with Life Scale (SWLS) Diener et al. (in this case Juczyński's Polish version for other professionals, not psychologists) and the Standardized Inventory of Health Behaviour (IZZ) according to Juczyński.

Results. The average body weight of women after pregnancy was 66.2 kilograms. The BMI (Body Mass Index) of most of the women surveyed (60.3%) was within the norm. A 'low' level of health behaviour in the studied group was noted in 40.4% of the women surveyed, while a 'high' level was found in 21.9% of those studied. In the studied group the (quite high) average value on the SWLS scale for satisfaction with life was 23.8. All aspects of health behaviour were positively correlated with satisfaction with life – most strongly with mental attitude ($R=0.51$) and the general IZZ rating ($R=0.40$).

Conclusion. All aspects of health behaviour were positively correlated with satisfaction with life in this group of women following pregnancy. The study demonstrated a statistically significant negative effect of a higher BMI on the assessment of health related practices. Age, BMI and percent change in body weight as a result of pregnancy did not affect the level of satisfaction with life.

Key words: health behaviour, satisfaction with life, pregnancy

© Hygeia Public Health 2018, 53(3): 269-274

www.h-ph.pl

Nadano: 07.06.2018

Zakwalifikowano do druku: 20.07.2018

Adres do korespondencji / Address for correspondence

mgr Emilia Harasim-Piszczatowska
Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
ul. Marii Skłodowskiej-Curie 7A, 15-096 Białystok
tel. 504 87 85 60, e-mail: emilia.harasim@gmail.com

Wprowadzenie

Holistyczne podejście do zdrowia wskazuje, że jego kluczową determinantą jest styl życia, rozumiany jako dynamiczny proces dążenia do utrzymania równowagi psychofizycznej [1]. Stan zdrowia natomiast jest odzwierciedleniem subiektywnego dobrostanu, na który składają się elementy emocjonalno-uczuciowe oraz poznawcze [2]. Miernikiem elementów poznawczych jest ogólne zadowolenie z życia/dobre samopoczucie, czyli satysfakcja z życia. Definiuje się ją jako ogólną ocenę jakości życia w odniesieniu do wybranych jego kryteriów. Ocena satysfakcji z życia osadzona jest w perspektywie subiektywistycznej, ponieważ jest wynikiem porównania własnej sytuacji życiowej oraz jej indywidualnego wartościowania z ustalonymi przez siebie standardami [3]. Jest to wypadkowa dotycząca oczekiwań oraz uzyskiwanych efektów, a jej poziom będzie niższy u osób, u których występuje duża rozbieżność pomiędzy powyższymi cechami [4]. Traktowanie poczucia satysfakcji z życia, jako miary jego jakości, jest jednym z elementów zdrowia człowieka rozumianego w wymiarze psychospołecznym [5]. Badania CBOS wykazały, że 76% Polaków było generalnie zadowolonych z życia i że źródłem największej satysfakcji dla Polaków były dzieci [6].

W ciągu ostatnich dziesięcioleci w krajach OECD (Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju – *Organisation for Economic Co-operation and Development*) nastąpił wzrost dzietności [7]. Zmiany demograficzne zapoczątkowane w latach 90. ubiegłego wieku spowodowały przesunięcie wieku najwyższej płodności kobiet oraz posiadania pierwszego dziecka z grupy wieku 20-24 lata do grupy 25-29 lat. Znacząco wzrosła płodność kobiet w przedziale wiekowym 30-34 lata [8]. W okresie tym wzrosła również mediana wieku urodzenia pierwszego dziecka, która w 2000 r. wynosiła niespełna 24 lata, natomiast obecnie wynosi 27 lat [9].

Ciąża w życiu kobiety to zarazem czas wyjątkowy, jak i trudny, ponieważ wiąże się ze znaczną zmianą zachowań zdrowotnych oraz dotychczasowego stylu życia [10]. Juczyński podkreśla znaczenie odpowiedniego nastawienia psychicznego, czynności profilaktycznych oraz praktyk zdrowotnych, w tym prawidłowego sposobu odżywiania [11]. Cechami psychologicznymi determinującymi zachowania zdrowotne są m.in.: satysfakcja z życia oraz optymizm, który wyraża się w oczekiwaniu pozytywnych zdarzeń, wpływa on regulując na zachowania zdrowotne [12, 13]. Satysfakcja z życia kobiet podczas ciąży może być różna, co jest związane z ich osobowością oraz zmianami zachodzącymi w organizmie w zależności od trymestru ciąży. Zmiany, które zachodzą w organizmie kobiet przez dziewięć miesięcy oraz po rozwiązaniu ciąży, istotnie wpływają pod względem fizjologicznym, jak i psycho-

logicznym, na organizm kobiety. Badania jakości życia w grupie kobiet ciężarnych wykazały, że ponad 70% odczuwało przeciętną satysfakcję z życia, przy czym niespełna 15% badanych oceniało ją jako wysoką [4].

Istnienie zależności pomiędzy cechami psychologicznymi, tj. optymizmem oraz odczuwaniem satysfakcji z życia, a zachowaniami zdrowotnymi wykazały wyniki badań realizowanych w grupie kobiet rekreacyjnie uprawiających fitness oraz wśród kobiet w okresie menopauzalnym [14, 15]. W związku z powyższym w badaniu podjęto próbę oceny zachowań zdrowotnych kobiet w aspekcie odczuwania satysfakcji z życia po porodzie.

Cel

Ocena zależności pomiędzy poziomem satysfakcji z życia a zachowaniami zdrowotnymi kobiet po przebytej ciąży.

Materiały i metody

Badanie przeprowadzono po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej R-I-002/14/2016 Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku oraz Dyrekcji Niepublicznego Żłobka Kraina Dziecka, Spółdzielni Socjalnej Jędynaczki w Suwałkach, Żłobka Miejskiego nr 1 w Białymstoku, NZOZ Vita-Med w Suwałkach, Niepublicznego Przedszkola Morskie Opowieści w Pruszczu Gdańskim, Prywatnej Praktyki Logopedycznej „Logo-Medica” w Łęgowie.

W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem skali Satysfakcji z Życia (*Satisfaction with Life Scale* – SWLS) Dienera, Emmons, Larsena, Griffina (w polskiej wersji Juczyńskiego, dla innych profesjonalistów, nie będących psychologami) oraz standaryzowanego inwentarza zachowań zdrowotnych (IZZ) wg Juczyńskiego [2].

W analizie statystycznej wykorzystano współczynnik korelacji rang Spearmana. O sile korelacji świadczy wartość bezwzględna współczynnika a znak o jego kierunku. Współczynniki korelacji 0,9 czy -0,9 świadczą o tej samej (bardzo wysokiej sile korelacji), choć wnioski wyciągane na ich podstawie będą przeciwstawne – w pierwszym przypadku wraz ze wzrostem wartości jednej cechy wartości drugiej też rosną, a w drugim przypadku spadają. W niektórych źródłach przyjmuje się następującą skalę przymiotnikową, dotyczącą siły korelacji: $|R| < 0,3$ – 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; $0,9 \leq |R| < 1$ – bardzo silna korelacja; $|R| = 1$ – idealna korelacja.

Badaniem objęto 151 kobiet po roku czasu od przebytej ciąży. W grupie tej dominowały osoby w wieku 25-29 lat (38,4%). Co czwarta badana była w wieku poniżej 24 lat (25,9%) lub w wieku 30-34 lata (25,8%). Najmniejszą grupę stanowiły kobiety w wie-

ku +35 lat (9,9%). W grupie badanych najwięcej było mężatek (81,5%), najmniej panien (5,9%); 11,9% kobiet było w związku nieformalnym, a jedna podała, że jest w separacji (0,7%). Respondentki w większości były mieszkankami miasta (67,5%), pozostałe mieszkały na wsi (32,5%). Mieszkały najczęściej z mężem i dziećmi (73,5%), a 5,9% kobiet wskazało, że mieszka tylko z dziećmi. Co piąta ankietowana wskazała na inny model zamieszkania (20,6%). Co druga badana wskazała, że posiada wykształcenie wyższe pełne (47,7%), a co piąta na średnie (20,5%). Pozostałe kobiety wskazały, że ukończyły licencjat (14,6%) lub są jeszcze w trakcie studiów (12,6%). Zaledwie 4,6% zadeklarowało ukończenie szkoły zawodowej.

W subiektywnej ocenie ocena zamożności rodziny (*Perceived Family Wealth* – PFW) najwięcej kobiet stwierdziło, że jest ona przeciętna (86,1%). Pozostałe ankietowane uznały, że ich rodziny są raczej bogate (11,3%) lub raczej biedne (2,6%). Ocena za pomocą skali zasobów materialnych rodziny FAS (*Family Affluence Scale*) wykazała, że zasoby materialne 6,0% badanych rodzin były na poziomie wysokim, u 48,7% na poziomie przeciętnym, a u 45,3% wykazano wysoki poziom zasobów materialnych. Analiza aspektów wchodzących w skład skali FAS wykazała, że 4,6% kobiet nie posiadało samochodu w swoim gospodarstwie domowym, 41,1% posiadało jeden samochód, dwa lub więcej 20,5% kobiet. Samochód do własnego użytku posiadało 29,8% kobiet, natomiast 36,4% go nie posiadało. W ostatnim roku najczęściej badane wyjeżdżały raz na wakacje (22,5%), dwa razy wyjeżdżało 11,9% kobiet, więcej niż dwa razy 15,2% kobiet, natomiast wcale na wakacje nie wyjeżdżało 16,6% ankietowanych. W najwyższym odsetku kobiety posiadały jeden komputer (29,8%), dwa komputery posiadało 25,2% kobiet, więcej niż dwa 9,9%, natomiast 0,7% (jedna ankietowana) nie posiadała komputera do własnego użytku. Co trzecia badana nie udzieliła odpowiedzi na powyższe analizowane kwestie.

Wyniki

W pierwszym etapie badań zasadniczych oceniano wysokość ciała badanych; średnia wynosiła $166,9 \pm 6,0$ cm, przy najwyższym – 180 cm i najniższym – 152 cm.

Średnia masa ciała przed ciążą wynosiła $64,3 \pm 12,3$ kg, w tym najwyższa 110 kg, a najniższa 42 kg. Średnia najwyższa masa ciała podczas ciąży wyniosła $80,1 \pm 14,5$ kg, w tym najwyższa 137 kg, a najniższa 51 kg. Średnia masa ciała po ciąży wynosiła $66,2 \pm 13,1$ kg, w tym najwyższa 110 kg, a najniższa 41 kg.

Średnia wartość wskaźnika BMI w badanej grupie wynosiła $23,7 \pm 4,2$ kg/m². Najwięcej badanych (60,3%) miało wyniki w normie, u 6,6% kobiet stwierdzono niedowagę, z kolei u 26,5% nadwagę, natomiast otyłość u 6,6% kobiet.

W kolejnym etapie badań zasadniczych sprawdzono rozkład BMI kobiet po ciąży. Z jednej strony obserwowano średni przyrost masy ciała o 3,2% i w co czwartym przypadku o co najmniej 9,6%, a z drugiej strony występowały też spadki masy ciała – u co czwartej o co najmniej 2,9% w odniesieniu do okresu przed zajściem w ciążę.

W dalszym etapie analizowano rozkład poziomu zachowań zdrowotnych w czterech sferach ocenianych za pomocą skali IZZ, jak również dla skali sumarycznej. Ocenę składowych zachowań zdrowotnych i miarę sumaryczną IZZ wyznaczono jako sumę odpowiedzi na odpowiednie pytania składowe. Ocena prawidłowości nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, pozytywnego nastawienia psychicznego oraz praktyk zdrowotnych mogła przyjmować wartości z zakresu od 6 pkt. (najgorszy wynik) do 30 pkt. (najlepszy wynik), natomiast dla skali sumarycznej od 24 do 120 pkt.

Na podstawie klasyfikacji sumarycznej skali IZZ do poszczególnych stenów przypisywano ankietowanym osobom trzy poziomy zachowań zdrowotnych – niski (40,4%), przeciętny (37,7%) i wysoki (21,9%). Najwyższą średnią zachowań zdrowotnych stwierdzono w kategorii pozytywne nastawienie psychiczne ($21,5 \pm 4,1$; max-min: 8-30), a najniższą w kategorii praktyki zdrowotne ($19,1 \pm 3,9$; min-max: 10-30). Średnia w kategorii prawidłowe nawyki żywieniowe wyniosła $20,2 \pm 4,3$ (min-max: 8-30), natomiast w przypadku zachowań profilaktycznych $20,6 \pm 4,1$ (min-max: 10-30). Średnia miara sumaryczna IZZ wszystkich badanych wynosiła $81,5 \pm 13,2$ (min-max: 48-120).

Oceniano także poziom zadowolenia z życia za pomocą skali SWLS, której możliwy zakres wartości to 5-35 pkt, przy czym wyższe wartości odpowiadają większemu zadowoleniu z życia. Średnia wartości SWLS dla badanej grupy była dość wysoka i wynosiła $23,8 \pm 5,2$ (min-max: 5-35).

Wartości punktowe skali SWLS przekształca się także do 7-stopniowej skali przymiotnikowej. Również po dokonaniu przekształcenia do skali przymiotnikowej, widać dominację zadowolonych kobiet ze swojej jakości życia, gdzie co trzecia ankietowana wskazała, że jest 'raczej zadowolona' (39,8%) lub 'bardzo zadowolona' (31,8%), a 'zdecydowanie zadowolonych' było kolejne 6,0% ankietowanych. Niezadowolone z życia (zdecydowanie/bardzo/raczej niezadowolona) odnotowano w przypadku 17,8% kobiet (1,3 vs. 4,6 vs. 11,9%), przy czym 4,6% badanych kobietom kwestia ta była obojętna.

W kolejnym etapie zbadano korelacje pomiędzy wybranymi czynnikami niezależnymi takimi, jak wiek, BMI oraz procentową zmianą masy ciała w wyniku ciąży, a miarami zachowań zdrowotnych i jakości

życia (tab. I). Czynnikiem, który istotnie statystycznie wpływał na prawidłowość nawyków żywieniowych był wiek – bardziej o sposób odżywiania dbały kobiety mające więcej lat ($p=0,0001$), jednakże była to korelacja o raczej słabej sile. Im większy był przyrost masy ciała w trakcie ciąży, tym była gorsza ocena nawyków żywieniowych ($p=0,0096$). Ta korelacja była już bardzo słaba. Istotny statystycznie okazał się jeszcze negatywny wpływ wyższego BMI na ocenę praktyk zdrowotnych ($p=0,0411$).

Wiek, BMI oraz procentowa zmiana masy ciała nie wpływały w istotny statystycznie sposób na poziom zadowolenia z życia (SWLS) – tab. I.

Analizując powiązanie zachowań zdrowotnych z zadowoleniem z życia wykazano istotnie statystycznie korelacje ze wszystkimi kategoriami zachowań zdrowotnych miary IZZ: prawidłowe nawyki żywieniowe ($p=0,0005$; $R=0,28$), zachowania profilaktyczne ($p=0,0289$; $R=0,18$), praktyki zdrowotne ($p=0,0003$; $R=0,29$), przy czym najsilniejsze korelacje odnotowano w przypadku nastawienia psychicznego ($p=0,0000$; $R=0,51$) oraz ogólnej miary IZZ ($p=0,0000$; $R=0,40$). Wynika stąd, że dobre nastawienie do życia (SWLS) sprzyjało przykładaniu większej wagi do zachowań zdrowotnych.

Dyskusja

W związku z dynamicznie zachodzącymi zmianami w organizmie kobiety ciężarnej, ważne jest monitorowanie jej przyrostu masy ciała, ponieważ wpływa ona istotnie zarówno na przebieg ciąży, jak i samego porodu [16, 17]. Zgodnie z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego kobiety z prawidłową przedciążową masą ciała ($BMI\ 19,8-26\ kg/m^2$) powinny przytyć od 11,5 do 16 kg w ciągu trwania ciąży. W przypadku kobiet z niedowagą występującą przed ciążą przyrost masy ciała powinien wynosić 12,5-18 kg, natomiast u kobiet z nadwagą od 7 do 11,5 kg, przy czym w przypadku otyłości, przyrost

masy ciała nie powinien być większy niż 7 kg [18]. Badania własne wykazały, że podczas ciąży masa ciała kobiet wzrastała średnio o ok. 3%, przy czym co czwarta ciężarna miała wagę o prawie 10% wyższą w stosunku do masy ciała przed ciążą. Wdowiak i wsp. wykazali, że w przypadku ponad 25% kobiet ciężarnych przyrost masy ciała nie przekraczał 12 kg. Przyrost masy ciała w przedziale 12-18 kg osiągnęło ponad 45% kobiet, natomiast masa ciała u prawie co trzeciej badanej wzrosła o ponad 18 kg [16]. W badaniu Ulman-Włodarz i wsp. również u co trzeciej kobiet (30%) wykazało nadmierny przyrost masy ciała podczas ciąży, natomiast u kobiet z niedowagą wyniósł on ok. 15 kg, a średni przyrost masy ciała w całej grupie ok. 17 kg [19]. Prawie połowa pacjentek warszawskiej Kliniki Położnictwa Chorób Kobięcych i Ginekologii Onkologicznej osiągała przyrost masy ciała w ciąży powyżej wartości rekomendowanych. Wykazano również zależność pomiędzy przedciążowym BMI, a przyrostem masy ciała w trakcie jej trwania. Nadmierne przyrosty masy ciała dotyczyły przeważnie kobiet z nadwagą i otyłością przed ciążą [20]. Prawidłową wartość BMI stwierdzono u prawie 2/3 (60%) kobiet po ciąży, przy czym u co trzeciej (30%) wykazano występowanie nadwagi lub otyłości. Co raz częściej zwraca się uwagę na rolę nieprawidłowej masy ciała matki w kształtowaniu zdrowia jej potomstwa. Otyłość matki lub zbyt wysoki przyrost masy ciała podczas ciąży zwiększa ryzyko wystąpienia otyłości lub chorób metabolicznych u jej dziecka, powodując tzw. międzypokoleniowy cykl otyłości [21, 22].

Prawidłowa dieta oraz dostosowana do możliwości aktywność fizyczna są niezbędnymi elementami zdrowego stylu życia kobiet. W ostatnich latach wzrósł poziom świadomości społeczeństwa dotyczący istoty zdrowego żywienia oraz wysiłku fizycznego. Świadomość ta przedkłada się na większą dbałość o ciało przez kobiety zarówno przed oraz w trakcie trwania ciąży [23, 24]. Z naszych badań nad zachowaniami

Tabela I. Zależności pomiędzy poziomem zachowań zdrowotnych a wybranymi czynnikami
Table I. Relations between the level of health behaviors and selected factors

Kategorie zachowań zdrowotnych /Categories of health behaviour	Wybrane czynniki /Selected factors		
	Wiek (w latach) /Age (in years)	BMI po ciąży /After pregnancy	Procentowa zmiana masy ciała /Percentage change in body weight
prawidłowe nawyki żywieniowe /proper eating habits	0,31 $p=0,0001$	-0,09 $p=0,2760$	-0,21 $p=0,0096$
zachowania profilaktyczne /preventive health behaviour	0,04 $p=0,6550$	-0,06 $p=0,4865$	-0,03 $p=0,6899$
pozytywne nastawienie psychiczne /positive mental attitude	0,02 $p=0,7820$	-0,08 $p=0,3055$	-0,07 $p=0,4140$
praktyki zdrowotne /healthy practices	0,12 $p=0,1276$	-0,17 $p=0,0411$	-0,10 $p=0,2206$
IZZ	0,16 $p=0,0554$	-0,09 $p=0,2601$	-0,12 $p=0,1396$
SWLS	0,03 $p=0,7113$	0,10 $p=0,2037$	0,09 $p=0,2757$

zdrowotnymi wśród kobiet po ciąży, w oparciu o IZZ wynika, że ich poziom był niezadowolający, ponieważ znaczna większość badanych charakteryzowała się niskim poziomem wskaźnika ogólnego IZZ, a tylko nieco ponad 20% badanych zostało zakwalifikowanych do kategorii 'wysoki'. Wykazano, że wyższe wykształcenie pozytywnie wpływało na poziom zachowań zdrowotnych, szczególnie w przypadku prawidłowych nawyków żywieniowych ($p=0,001$). W badaniu Pieniżek i wsp. nad zachowaniami zdrowotnymi kobiet w ciąży wykazano, że znaczna większość z nich cechowała się wysokim poziomem zachowań zdrowotnych. Autorzy wykazali również, że wyższy wiek oraz stan zameżny ciężarnych wiązał się z lepszym poziomem nawyków żywieniowych. Wyższy poziom praktyk zdrowotnych oraz lepsze nastawienie psychiczne częściej występowało u kobiet z wyższym wykształceniem [25]. Bojar i wsp. również wykazali, że wyższy wiek oraz wyższe wykształcenie wiąże się z lepszą wartością wskaźnika IZZ. Ponadto kobiety objęte badaniem deklarowały, że ciąża wpłynęła pozytywnie na zmianę ich dotychczasowych nawyków zdrowotnych [26]. Można zatem stwierdzić, że okres ciąży w życiu kobiety wiąże się z przykładaniem większej wagi do prawidłowości zachowań w zakresie zdrowia. Niestety wyniki badań własnych wykazały, że w grupie kobiet po ciąży zachowania zdrowotne ulegają pogorszeniu.

Ciąża i poród w życiu kobiety istotnie wpływają na jakość oraz satysfakcję. Narodziny dziecka w życiu każdej pary są okresem przełomowym, powodującym zmianę wartości, priorytetów oraz tworzącym nowy rodzaj więzi i odpowiedzialności. Szczególne jest to w przypadku pierwszej ciąży, kiedy dochodzi do zmian w rolach życiowych obojga partnerów oraz pojawiają się nowe zadania związane z macierzyństwem [27]. W badaniu własnym kobiety po urodzeniu dziecka charakteryzowała dobra jakość życia, prawie 40% z nich w skali satysfakcji z życia określiło, że są raczej zadowolone, a prawie 32% badanych, że są bardzo zadowolone z dotychczasowego życia. W badaniu w grupie kobiet ciężarnych wykazano, że ponad 70% kobiet odczuwało przeciętną satysfakcję z życia, prawie 15% wysoką, a pozostałe kobiety niską. Ponadto autorzy stwierdzili, że wiek determinuje poziom zadowolenia z życia. Kobiety ciężarne w wieku poniżej 18 r.ż. odczuwały znacznie mniejszą satysfakcję z życia w porównaniu do kobiet w wieku 19-34 lat. Wykształcenie również korelowało dodatnio z poziomem satysfakcji z życia [4]. Głębocka i Szarzyńska w badaniach nad związkiem stanu cywilnego z zadowoleniem z życia wykazały, że wyższym poziomem zadowolenia cechowały się osoby żyjące w stałych związkach, szczególnie w małżeńskich [28]. Według Nystrom i Ohrling osoby będące rodzicem w 1 r.ż. dziecka cechuje pogorszenie wzajemnego funkcjonowania partnerów oraz satysfak-

cji ze związku [29]. Specyficznych przyczyn obniżenia satysfakcji ze związku upatruje się w tradycyjnym podziale obowiązków domowych młodych rodziców, postrzeganym jako niesprawiedliwe [30]. Podział obowiązków domowych jest utrwalony przez tradycję i kulturę społeczeństwa, a rolą kobiet w wielu krajach jest dbałość o dom i zapewnianie opieki nad dzieckiem. Należy zwrócić uwagę na fakt, że poziom satysfakcji kobiet z życia jest wyższy w małżeństwach, w których obowiązki dzieli się równomiernie. Wsparcie partnera w obowiązkach domowych oraz jego aktywne uczestnictwo w życiu rodzinnym istotnie wpływa na wyższą satysfakcję z życia kobiet, zarówno w trakcie trwania ciąży, jak i po porodzie [31].

Badanie własne wykazało zależności pomiędzy poziomem satysfakcji z życia, a zachowaniami w zakresie zdrowia kobiet po ciąży. Wraz ze wzrostem zadowolenia z życia, kobiety cechowały się wyższym poziomem prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, praktyk zdrowotnych oraz pozytywnym nastawieniem psychicznym. Inne badania również potwierdziły zależność zachowań zdrowotnych i odczuwania satysfakcji z życia. Wykazano w nich, że aktywność fizyczna znacznie zwiększa poziom zadowolenia w skali SWLS [32, 33]. Stwierdzono również, że wyższy poziom fizyczności doprowadza do obniżenia postrzeganego stresu i kłopotów, a niższy poziom stresu jest ewidentnie związany z wyższym zadowoleniem z życia [34]. Badanie Schnettler przeprowadzone w rodzinach pełnych, wykazało pozytywną relację pomiędzy zachowaniami żywieniowymi oraz satysfakcją z życia. Lepsza jakość diety i częstsze posiłki rodzinne wiązały się z wyższym poziomem zadowolenia z życia i życia rodzinnego [35].

Wyniki obecnego badania pozwalają na sugestie dotyczące metod interwencji w celu poprawy ogólnej jakości diety młodych matek, a także w celu poprawy jakości diety członków rodziny. Ponadto sugerują, że interwencje mające na celu poprawę zachowań zdrowotnych wpływają pozytywnie na jakość życia oraz poziom satysfakcji z życia młodych matek.

Wnioski

1. Wszystkie aspekty zachowań zdrowotnych były skorelowane pozytywnie z zadowoleniem z życia w grupie kobiet po przebytej ciąży.
2. Wykazano istotny statystycznie negatywny wpływ wyższego BMI na ocenę praktyk zdrowotnych.
3. Wiek, BMI oraz procentowa zmiana masy ciała nie wpływały na poziom satysfakcji z życia.

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.

Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Piśmiennictwo / References

- Sarbinowska J, Jędrzejek M, Synowiec-Piłat M. Idea upodmiotowienia na rzecz zdrowia na przykładzie wybranych europejskich kampanii społecznych. *Hygeia Public Health* 2013, 48(4): 424-431.
- Sygit K, Sygit M, Pieliowska E, Sygit-Kowalkowska E. Constitutive importance of lifestyle in health protection and promotion. *Hygeia Public Health* 2014, 49(4): 665-671.
- Wnuk M, Zielonka D, Purandare B i wsp. Przegląd koncepcji jakości życia w naukach społecznych. *Hygeia Public Health* 2013, 48(1): 10-16.
- Kanadys K, Rogowska J, Lewicka M, Wiktor H. Satysfakcja z życia kobiet ciężarnych. *Med Og Nauk Zdr* 2015, 21(1): 45-48.
- Trzebiatowski J. Jakość życia w perspektywie nauk społecznych i medycznych – systematyzacja ujęć definicyjnych. *Hygeia Public Health* 2011, 46(1): 25-31.
- Zadowolenie z życia. Komunikat z badań nr 3/2017. CBOS, Warszawa 2017. https://cbos.pl/SPISKOM.POL/2017/K_003_17.PDF (20.05.2018).
- Martinez-Fernandez C, Weyman T, Perek-Białas J, et al. Demographic Transition and an Ageing Society: Implications for local labour markets in Poland. OECD Local Economic and Employment Development (LEED) Working Papers, No. 2013/08. OECD Publishing, Paris 2013. http://adapt.it/adapt-indice-a-z/wp-content/uploads/2014/08/oced_wp08_2013.pdf (18.05.2018).
- Małżeństwa oraz dzietność w Polsce. GUS, Warszawa 2016. https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5468/23/1/1/malzenstwa_i_dzietnosc_w_polsce.pdf (18.05.2017).
- Rocznik demograficzny 2017. GUS, Warszawa 2017. https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5515/3/1/1/rocznik_demograficzny_2017.pdf (20.05.2018).
- Pieszko M, Ciesielska-Piotrowicz J, Skotnicka M, Małgorzewicz S. Zachowania zdrowotne kobiet ciężarnych z wyższym i średnim wykształceniem – badania wstępne. *Pediatr Med Rodz* 2017, 13(1): 94-102.
- Kaczyńska-Witkowska A, Kopeć D, Nowak Z. Zachowania zdrowotne oraz postawa wobec zdrowia kobiet aktywnych fizycznie. *Rozprawy Naukowe AWF we Wrocławiu* 2013, 43: 22-28.
- Remick AK, Polivy J, Pliner P. Internal and external moderators of the effect of variety on food intake. *Psychol Bull* 2009, 135(3): 434-451.
- Potempa K. Optymizm a zdrowie. *Med Og Nauk Zdr* 2013, 19(2): 130-134.
- Gacek M. Poczucie własnej uogólnionej skuteczności a wybory żywieniowe młodych kobiet rekreacyjnie uprawiających fitness. *Med Og Nauk Zdr* 2016, 22(3): 227-231.
- Gacek M. Selected individual determinants of cereal, fruit and vegetable consumption among menopausal women in view of potential health risks. *Menopause Rev* 2013, 12(5): 385-391.
- Wdowiak A, Kanadys K, Lewicka M i wsp. Przyrost masy ciała w ciąży a wybrane elementy oceny stanu noworodka. *Probl Hig Epidemiol* 2011, 92(2): 281-285.
- Fraś M, Gniadek A, Poznańska-Skrzypiec J, Kadłubowska M. Styl życia kobiet w ciąży. *Hygeia Public Health* 2012, 47(4): 412-417.
- Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie opieki przedporodowej w ciąży o prawidłowym przebiegu. <http://www.femmed.com.pl/wp-content/uploads/2013/02/rekomendacjaopiekapredporodowa.pdf> (18.05.2018).
- Ulman-Włodarz I, Nowosielski K, Romanik M i wsp. Przebieg ciąży i porodu u ciężarnych z nadmierną masą ciała. *Ginekol Pol* 2009, 80(10): 744-751.
- Wierzejska R, Jarosz M, Stelmachów J, et al. Gestational weight gain by pre-pregnancy BMI. *Post Nauk Med* 2011, 24(9): 718-723.
- Bajurna B, Gałęba A, Podhajna P, Marcinkowski JT. Health issues related to overweight and obesity problem among children and adolescents. *Hygeia Public Health* 2014, 49(2): 239-243.
- Reynolds RM, Osmond C, Phillips DIW, Godfrey KM. Maternal BMI, Parity, and Pregnancy Weight Gain: Influences on Offspring Adiposity in Young Adulthood. *J Clin Endocrinol Metab* 2010, 95(12): 5365-5369.
- Wyciślik N, Janusz-Jenczeń M, Hornik B, Włodarczyk I. Styl życia kobiet ciężarnych. [w:] *Dobrostan a stan zdrowia*. Turowski K (red). NeuroCentrum, Lublin 2016: 195-210.
- Broniecka A, Wyka J. Styl życia i stan zdrowia kobiet. *Bromat Chem Toksykol* 2013, 46(3): 363-371.
- Pieniążek A, Gałda D, Błajda J i wsp. Wybrane zachowania zdrowotne kobiet ciężarnych z Podkarpacia. *Pol Prz Nauk Zdr* 2017, 1(50): 49-57.
- Bojar I, Humeniuk E, Wdowiak L i wsp. Zachowania żywieniowe kobiet ciężarnych. *Probl Hig Epidemiol* 2007, 88(1): 74-77.
- Matusiak-Kita M, Zdrojewicz Z. Seksualność kobiet w ciąży, w okresie poporodowym i karmienia piersią. *Prz Seksuol* 2010, 6(1(21)): 12-16.
- Głębocka A, Szarzyńska M. Wsparcie społeczne a jakość życia ludzi starszych. *Gerontol Pol* 2013, 13(4): 255-259.
- Nyström, K, Ohrling K. Parenthood experiences during the child's first year: literature review. *J Adv Nurs* 2004, 46(3): 319-330.
- Dew J, Wilcox WB. If momma ain't happy: Explaining declines in marital satisfaction among new mothers. *J Marriage Family* 2011, 73(1): 1-12.
- Gebuzza G, Kaźmierczak M, Mieczkowska E, et al. Adequacy of social support and satisfaction with life during childbirth. *Pol Ann Med* 2016, 23(2): 135-140.
- Elavsky S, McAuley E, Motl RW, et al. Physical activity enhances long-term quality of life in older adults: Efficacy, esteem and affective influences. *Ann Behav Med* 2005, 30(2): 138-145.
- Schnohr P, Kristensen TS, Prescott E, Scharling H. Stress and life dissatisfaction are inversely associated with jogging and other types of physical activity in leisure time – The Copenhagen City Heart Study. *Scand J Med Sci Sports* 2005, 15(2): 107-112.
- 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(3): 179-188.
- Schnettler B, Lobos G, Miranda-Zapata E, et al. Diet Quality and Satisfaction with Life, Family Life, and Food-Related Life across Families: A Cross-Sectional Pilot Study with Mother-Father-Adolescent Triads. *Int J Environ Res Public Health* 2017, 14(11): E1313.