

Lekarz Ewa Mierzejewska

**Kompleksowa ocena zachowań prozdrowotnych
i ich uwarunkowań wśród kobiet ciężarnych
w kontekście
aktualnych krajowych i międzynarodowych rekomendacji
dotyczących postępowania
w ciąży o prawidłowym przebiegu**

Rozprawa na stopień doktora nauk medycznych



Promotor pracy: dr hab. n. o zdrowiu Katarzyna Szamotulska

Promotor pomocniczy: dr n. med. Tomasz Maciejewski

Instytut Matki i Dziecka

Warszawa 2022

STRESZCZENIE

Wiadomo powszechnie, że zdrowie człowieka, poza zapewnieniem opieki medycznej, zależy od wielu innych czynników. Obecnie przyjmuje się, że styl życia i opieka medyczna są determinantami zdrowia odpowiednio w 36% i 11%. Istotność zachowań prozdrowotnych kobiet ciężarnych, jak właściwe żywienie, suplementacja, aktywność fizyczna i inne, jest przedmiotem analiz naukowych od kilkudziesięciu lat. Brak takich zachowań jest przyczyną licznych powikłań zdrowia matki w trakcie ciąży, porodu, a także zdrowia noworodka, bezpośrednio po urodzeniu jak i w życiu dorosłym.

Od lat w krajach rozwiniętych i w Polsce opracowywane są rekomendacje na temat profilaktyki w opiece nad ciężarną, także w kontekście promowania właściwych zachowań zdrowotnych. Jednak ich przełożenie na właściwe zachowania zdrowotne jest możliwe tylko poprzez dostarczenie wiedzy na temat tych zachowań kobietom oczekującym dziecka, a po drugie umożliwienie im lub ułatwienie zastosowania tej wiedzy w praktyce, czyli przełożenie na właściwy styl życia. Ważne jest również uwzględnianie w prowadzonych działaniach czynników społeczno-demograficznych oraz poziomu stresu, które mogą mieć wpływ na stosowanie się do zaleceń. W Polsce badania, oceniające w sposób kompleksowy zachowania prozdrowotne ciężarnych pod kątem rekomendacji, jak również czynników je determinujących, w tym wiedzy kobiet, nie były dotychczas prowadzone.

W związku z tym celami pracy były:

- ocena zgodności zachowań prozdrowotnych kobiet ciężarnych (w zakresie żywienia, suplementacji witaminowo-mineralnej, przyrostu masy ciała w czasie ciąży, aktywności fizycznej i nałogów) pod kątem rekomendacji obowiązujących w Polsce i w innych krajach rozwiniętych,
- identyfikacja społeczno-demograficznych, ekonomicznych i psychologicznych czynników ryzyka nieprawidłowych zachowań prozdrowotnych kobiet ciężarnych i grup najbardziej narażonych na niestosowanie się do rekomendacji,
- ocena poziomu wiedzy przyszłych matek na temat prawidłowego żywienia, przyrostu masy ciała i zalecanej aktywności fizycznej w ciąży oraz wpływu wiedzy na konkretne zachowania prozdrowotne,
- porównanie aktualnie obowiązujących polskich rekomendacji dotyczących zachowań prozdrowotnych w ciąży z wytycznymi międzynarodowymi pod kątem różnic w ich szczegółowości jako bazy do modernizacji wytycznych w Polsce i zalecanych kierunków edukacji kobiet w ciąży.

Do badania o charakterze przekrojowym i obserwacyjnym włączano pacjentki w ciąży pojedynczej, w równych proporcjach w I, II i III trymestrze, zgłaszające się na wizytę lekarską w ciąży, z sześciu poradni ginekologiczno-położniczych działających w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia w województwie mazowieckim.

Dla potrzeb badania zebrano następujące informacje:

- wywiad ogólny i położniczy, w tym dane dotyczące dotychczasowego przebiegu ciąży, jej powikłań, przyjmowanych leków i suplementów, a na podstawie kart przebiegu ciąży wyniki badań laboratoryjnych i antropometrycznych oraz dane społeczno-demograficzne;
- dane kwestionariuszowe na temat zachowań prozdrowotnych w czasie ciąży, w tym żywienia (kwestionariusz częstotliwości spożycia żywności Food Frequency Questionnaire-6 (FFQ-6)), aktywności fizycznej (polska walidowana wersja kwestionariusza Pregnancy Physical Activity Questionnaire (PPAQ)), obecności nałogów, oraz wiedzy kobiet na temat aktywności fizycznej, prawidłowego żywienia oraz przyrostu masy ciała w czasie ciąży;
- dane kwestionariuszowe oceniające dobrostan psychiczny (WHO-5 i PSS-10);
- 3- dniowy wywiad żywieniowy za pomocą dzienniczka żywieniowego.

Ocenę żywienia prowadzono dwiema metodami: jakościową i ilościową. W metodzie jakościowej obliczono indeks jakości żywienia według FIGO. Ilościowa ocena żywienia prowadzona była na podstawie dzienniczka żywieniowego, po przeliczeniu racji pokarmowych na składniki odżywcze w programie DIETA 6. W analizie uwzględniono osoby z wiarygodnym raportowaniem spożycia, zgodnie z metodą Goldberga. W celu kompleksowego określenia stopnia realizacji normy żywieniowej na poszczególne składniki odżywcze, obliczono współczynniki adekwatności żywieniowej (NAR) i średni współczynnik wiarygodności żywieniowej (MAR), w odniesieniu do norm RI, AI, STD lub EAR w zależności od składnika zgodnie z *Normami żywienia dla populacji Polski 2020*. W celu oceny aktywności fizycznej obliczono czas przeznaczany na poszczególne rodzaje aktywności w podziale na stopnie intensywności wyrażone w kategoriach MET. Wiedzę na temat żywienia, aktywności fizycznej i przyrostu masy ciała w ciąży oceniano w podziale na domeny, dla których opracowano punktację zbiorczą.

W analizie statystycznej wykorzystano statystyki opisowe oraz przeprowadzono weryfikację hipotez statystycznych.

W badaniu uczestniczyły 142 pacjentki, odpowiednio 30%, 33% i 37% w I, II i III trymestrze ciąży. Badana grupa odzwierciedlała strukturę społeczno-demograficzną populacji polskiej kobiet rodzących w 2017 roku pod względem wszystkich czynników, poza

wykształceniem. W próbie nadreprezentowane były kobiety z wyższym wykształceniem, jednak jego rozkład nie odbiegał istotnie od rozkładu wykształcenia w województwie mazowieckim.

Stwierdzono, że zwyczajowa dieta w badanej populacji ciężarnych zawiera zbyt dużo nasyconych kwasów tłuszczowych i sodu (u wszystkich badanych) oraz cukru (25%), a zbyt mało błonnika (65%). U wszystkich kobiet niewystarczająca była podaż w diecie folianów, witaminy D i żelaza, a u większości – witaminy E (60%), jodu (65%), wapnia (55%) oraz wielonienasyconych kwasów omega-3 (80%). Niedostateczne spożycie tych mikrośladników wiązało się z gorszą jakością diety, w tym z niedostatecznym spożyciem owoców i warzyw, ryb, mięsa oraz nabiału. Zgodnie z obliczonym indeksem jakości żywienia według FIGO, 74% kobiet spożywało dwie lub więcej grup produktów żywnościowych z ocenianych sześciu (mięso, ryby, warzywa i owoce, pełnoziarniste produkty zbożowe, nabiał, słodczy) z częstością niższą (lub wyższą w przypadku słodczy), niż rekomendowana, co sygnalizuje potencjalne ryzyko niedoborów żywieniowych.

Przeważająca większość ciężarnych (88%) stosowała w okresie badania preparaty mono- lub wielowitaminowe czy mineralne, w tym 88% – kwas foliowy, około 60% – witaminę D i jod, około 50% – żelazo i DHA, natomiast rzadka była suplementacja, zwykle jako składników preparatów złożonych, witaminy E (16%) i wapnia (6%). Przyjmowanie kwasu foliowego, witaminy D i jodu oraz DHA w dawce wyższej niż 600 mg dziennie gwarantowało zaspokojenie zapotrzebowania na te mikroelementy, jednak sumaryczna podaż (po uwzględnieniu suplementacji) w dalszym ciągu była niewystarczająca u 20-65% kobiet w zależności od składnika. Pięćdziesiąt procent kobiet ciężarnych stosowało preparaty żelaza, z czego 17% – w dawce leczniczej, w związku z rozpoznaną anemią, a pozostałe – w dawce profilaktycznej, niezależnie od stężenia hemoglobiny w surowicy. Suplementacja jako dodatek do zwyczajowej diety zapewniała realizację zapotrzebowania, a u pozostałych 50% pacjentek, nie stosujących jej, sumaryczna podaż żelaza była niewystarczająca. Natomiast ograniczone stosowanie suplementacji wapnia i witaminy E było przyczyną braku adekwatności żywieniowej dla tych mikroelementów również w połowie analizowanej populacji.

Wykazano natomiast, że tylko 30% kobiet rozpoczynało przyjmowanie kwasu foliowego przed ciążą. Częstość suplementacji kwasem foliowym gwałtownie zwiększała się od 4 tygodnia ciąży i osiągała swoje maksimum – 96% – około 14 tygodnia ciąży.

Stwierdzono, że wiedza za temat prawidłowego żywienia w badanej grupie jest niepełna i fragmentaryczna. Chociaż około 90% kobiet wiedziało, że żywienie ma wpływ na zdrowie przyszłego dziecka, i że w ciąży nie należy „jeść za dwoje”, to świadomość na temat zalecanej częstości spożycia ryb, warzyw i owoców oraz nabiału posiadało odpowiednio 58%, 35% i 3% pacjentek. Podobnie zróżnicowaną częstość prawidłowych odpowiedzi uzyskano w pytaniach na

temat produktów niewskazanych w ciąży z różnych powodów oraz zalecanej suplementacji. W badanej grupie 8% ciężarnych uważało, że dozwolone jest okazjonalne picie wina, a 4% kobiet – że w ciąży można w niewielkich ilościach pić piwo.

Również pomimo faktu, że większość badanych uważała, że nieprawidłowa masa ciała przed ciążą lub nieprawidłowy jej przyrost w czasie ciąży ma negatywne skutki dla matki i dziecka, tylko 47% ciężarnych dysponowało wiedzą, ile powinny przybrać na wadze w trakcie ciąży zgodnie z rekomendacjami. Brak wiedzy na ten temat częściej był stwierdzany u pacjentek ze zbyt małą lub zbyt dużą masą ciała przed ciążą. Nieprawidłowy przyrost masy ciała w ciąży dotyczył ponad połowy populacji ciężarnych i był szczególnie częsty w grupie kobiet z nadwagą lub otyłością.

W analizie aktywności fizycznej ciężarnych stwierdzono, że mediana czasu poświęconego na jakąkolwiek aktywność fizyczną w ciągu dnia wynosiła ponad 7,4 godziny, i zmniejszała się istotnie od prawie 10 godzin na początku ciąży o ponad dwie godziny już w II trymestrze i kolejne pół godziny w III trymestrze ciąży. Najwięcej czasu przeciętnie zajmowały badanym kobietom prace domowe i opieka nad rodziną – około 4-5 godzin dziennie. Na tym tle mediana czasu spędzanego na aktywności rekreacyjnej i sportowej była minimalna – wynosiła około 10 minut dziennie i nie zmieniała się istotnie w kolejnych trymestrach ciąży. Tylko u 25-30% badanej populacji, w zależności od trymestru ciąży, była ona zgodna z rekomendacjami (150 min lub więcej aktywności rekreacyjnej o umiarkowanej lub wysokiej intensywności tygodniowo).

Wiedza kobiet ciężarnych na temat aktywności rekreacyjnej w okresie ciąży była niepełna i fragmentaryczna. Co prawda, odpowiednio 97% i 95% kobiet zgadzało się ze stwierdzeniem, że regularna aktywność fizyczna w czasie ciąży jest wskazana i ma korzystny wpływ na jej przebieg, ale tylko 55% uważało, że w tym okresie nie trzeba ograniczać aktywności z zasady, a 49% – że w ciąży można zacząć ćwiczyć. Z kolei 45% ciężarnych było zdania, że obowiązki domowe mogą zastąpić dodatkową rekreacyjną aktywność fizyczną.

Czynnikami sprzyjającymi dziecie gorszej jakości lub brakowi adekwatności żywieniowej po uwzględnieniu suplementacji były: niższe wykształcenie, młodszy wiek i pierwsza ciąża, natomiast niższa aktywność rekreacyjna i sportowa wiązała się z miejscem zamieszkania na wsi oraz podwyższonym poziomem stresu. Jednakże również u ciężarnych nienależących do grup ryzyka zachowania zdrowotne i wiedza na ten temat nie były w pełni prawidłowe. Z jakością stosowanej diety, przyjmowaniem zalecanych suplementów i podejmowaną aktywnością rekreacyjną wiązała się też posiadana wiedza w tym zakresie.

W czasie ciąży papierosy paliło 6% kobiet, natomiast 56% – było narażonych na palenie bierne w tym okresie.

W badanej populacji stwierdzono wysoki poziom stresu i częstsze ryzyko wystąpienia depresji, w porównaniu z wynikami prac międzynarodowych. Wykazano, że mają one związek z niewłaściwymi zachowaniami zdrowotnymi i nieprawidłowym przyrostem masy ciała w ciąży.

Niewłaściwe zachowania zdrowotne w czasie ciąży, korespondujące niedostateczną wiedzą na ten temat, mogą wpływać na przebieg ciąży, występowanie jej powikłań, oraz krótko- i długoterminowe konsekwencje dla rozwoju dziecka. W celu zmiany istniejącego stanu rzeczy wskazane jest redefiniowanie formuły edukacji w okresie ciąży, z większym naciskiem na promocję konkretnych zachowań prozdrowotnych, a także szerszy dostęp do konsultacji dietetycznych i psychologicznych.

W porównaniu polskich rekomendacji dotyczących zachowań prozdrowotnych w ciąży z dostępnymi wytycznymi z krajów europejskich stwierdzono, że polskie zalecenia w zakresie suplementacji kwasu foliowego, jodu, witaminy D i DHA oraz przyrostu masy ciała w ciąży są szczegółowe i zgodne z wytycznymi międzynarodowymi. Nie zawierają natomiast, w odróżnieniu od wytycznych europejskich, zaleceń dotyczących aktywności fizycznej w ciąży oraz prawidłowego żywienia.

Do rozwiązań dodatkowych proponowanych w krajach europejskich, innych niż w Polsce, należą:

- podkreślanie potrzeby planowania ciąży i przedkoncepcyjnej suplementacji kwasu foliowego z formalnym określeniem okresu przed ciążą, kiedy należy ją rozpocząć;
- zdefiniowanie grup ryzyka niedokrwistości z niedoboru żelaza, u których suplementacja jest wskazana mimo prawidłowego poziomu hemoglobiny lub stosowanie niskich profilaktycznych dawek żelaza w całej populacji;
- zalecanie suplementacji wapnia u kobiet z niewystarczającą podażą wapnia w diecie.

Słowa kluczowe: ciąża, żywienie, aktywność fizyczna, suplementacja mikroelementów, zachowania zdrowotne, adekwatność diety, indeks żywieniowy FIGO, dobrostan psychiczny, społeczno-ekonomiczne czynniki ryzyka