

# Ocena wybranych zachowań zdrowotnych kobiet leczonych technologiami rozrodu wspomaganego z powodu niepłodności

## *The analysis of health behaviors of women treated for infertility with regard to the use of substances and diet*

Anita Wdowiak<sup>1</sup>, Weronika Pucek<sup>1</sup>,  
dr hab. n. med. Marta Makara-Studzińska<sup>2</sup>,  
mgr Małgorzata Gogacz<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Pracownia Technik Diagnostycznych,  
Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu,  
Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Polska

<sup>2</sup> Samodzielna Pracownia Zdrowia Psychicznego,  
Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Polska

**European Journal  
of Medical Technologies**  
2014; 3(4): 7-16

Copyright © 2014 by ISASDMT  
All rights reserved  
www.medical-technologies.eu  
Published online 12.11.2014

### Streszczenie

**Wprowadzenie.** Problem niemożności posiadania potomstwa dotyczy coraz większej liczby par. Droga do posiadania potomstwa w przypadku małżeństw niepłodnych bywa długa i trudna. Nierzadko mimo zabiegów kobieta nie zachodzi w ciążę [1].

Światowi specjaliści zajmujący się zagadnieniem niepłodności coraz częściej zwracają uwagę na czynniki negatywnie wpływające na płodność i możliwości ich usunięcia lub zminimalizowania dzięki zaangażowaniu człowieka.

Zachowania zdrowotne, od których uzależnione jest utrzymanie zdrowia na odpowiednim poziomie, są dzisiaj coraz bardziej cenione w medycynie. Zdrowie

### Adres do korespondencji:

Dr hab. n. med. Marta  
Makara-Studzińska  
Samodzielna Pracownia  
Zdrowia Psychicznego  
Uniwersytet Medyczny  
w Lublinie  
ul. Chodźki 15  
20-093 Lublin  
mmakara@go2.pl

w obecnych czasach jest bowiem sprawą wyboru, świadomego podejmowania decyzji, zarówno na co dzień, jak i w skali całego życia. Obserwując człowieka, jesteśmy w stanie stwierdzić, jak traktuje on zdrowie i chorobę (jej przyczyny i leczenie) [2].

**Cel.** Celem niniejszej pracy była próba dokonania analizy wybranych zachowań zdrowotnych kobiet leczonych z powodu niepłodności.

**Materiał i metoda.** Badania przeprowadzono w okresie od czerwca 2007 do grudnia 2008 roku w prywatnym gabinecie leczenia niepłodności oraz w NZOZ OVUM Rozrodczość i Andrologia w Lublinie.

Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety, który opracowano dla celów niniejszej pracy. Pytania zawarte w ankiecie miały na celu zebranie informacji na temat danych osobowych respondentek i przedmiotu badań.

**Wyniki.** Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, że 75,00% (n=78) respondentek przyznało, iż styl życia ma wpływ na występowanie niepłodności u kobiet.

W trakcie leczenia niepłodności ankietowane zmniejszyły spożycie używek, tj. alkoholu, narkotyków, kawy i mocnej herbaty.

Przeprowadzone badania wykazały, że w trakcie leczenia niepłodności większość ankietowanych nie zmieniała sposobu odżywiania. Jednak zachowanie właściwej masy ciała przez badane kobiety wpływa na ich stan emocjonalny.

**Wnioski.** W trakcie leczenia niepłodności kobiety ograniczają stosowanie używek (alkoholu, mocnej herbaty, kawy).

Badane respondentki cechuje niska świadomość dietetyczna, co rodzi potrzebę propagowania zasad racjonalnego żywienia i eliminowania błędów żywieniowych.

## Słowa kluczowe:

niepłodność, używki, zachowania zdrowotne

## Summary

**Introduction.** There is a growing number of couples facing the problem of inability to have children. In case of infertile couples having a child is a long way and sometimes full of failures. Frequently, despite the efforts, a woman doesn't get pregnant [1].

World specialists dealing with the problem of infertility more and more frequently draw attention to the factors negatively influencing fertility and the possibilities of their elimination or minimization due to individual engagement. Health behaviors which ensure maintaining proper health level are at present more and more valued in medicine. Nowadays health is a matter of choice, taking a conscious decision, both daily and during the whole life. While observing a man we are able to state his attitude towards health and disease (its sources and treatment) [2].

**Aim of the study.** The aim of the following study was an attempt to analyze selected health behaviors of women treated for infertility.

**Material and method.** The study was conducted in the period of time between June 2007 and December 2008 in a private surgery of infertility treatment as well as in NZOZ OVUM Reproductiveness and Andrology in Lublin.

Survey questionnaire was the scientific tool elaborated for the purpose of the above study. Questions included in the questionnaire aimed at collecting information on personal data of the respondents and the subject of the study.

**Results.** On the basis of the conducted studies it was stated that 75,00% (n=78) respondents admitted that lifestyle had influence on infertility in women.

In the course of infertility treatment the surveyed limited the use of substances i.e. alcohol, narcotics, coffee and strong tea.

The conducted studies revealed that in the course of infertility treatment the majority of the surveyed did not change their diet. However, maintaining proper body weight by the investigated women influences their emotional state.

**Conclusions.** In the course of infertility treatment women limit the use of substances (alcohol, strong tea, coffee).

The investigated respondents are characterized by poor dietary awareness which poses a need to propagate the rules of a well-balanced diet and to eliminate dietary errors.

### Key words:

infertility, substances, health behaviors

Zachowania zdrowotne są najważniejszym czynnikiem warunkującym utrzymanie i umacnianie zdrowia na odpowiednim poziomie u poszczególnych osób, jak i w całej populacji. [2, 3, 4].

Termin zachowania zdrowotne to wg E. Mazurkiewicz „wszelkie zachowania (nawyki, zwyczaje, postawy, uznawane wartości przez jednostki ludzkie i przez grupy społeczne) w dziedzinie zdrowia (...) to, jaki jest człowiek pod względem zdrowotnym wyraża się w jego zachowaniu zdrowotnym: jak pojmuje zdrowie, jak je ocenia, w jaki sposób nim dysponuje, jak reaguje na zdrowie innych” [2].

Ze względu na znaczenie dla organizmu zachowania zdrowotne dzielą się na:

- Biopozytywne, prozdrowotne – podejmowanie ich służy zdrowiu, umacnia je lub pomaga. Należą do nich: aktywność fizyczna, racjonalne żywienie, utrzymanie właściwych relacji między ludźmi, radzenie sobie ze stresem.
- Bionegatywne, antyzdrowotne – niekorzystnie wpływają na zdrowie, wywołują jego zagrożenie, chorobę lub utratę sprawności. Zaliczamy do nich: palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu i innych środków uzależniających, agresję [2, 3, 4].

Sposób odżywiania się jest jednym z podstawowych czynników warunkujących zdrowie. Na sposób

odżywiania wpływa rozwój społeczno-gospodarczy danego kraju, istniejące tradycje (nawyki żywieniowe narodowe, religijne, rodzinne), stopień zamożności i poziom wykształcenia ludzi, lokalna dostępność i aktualne ceny produktów spożywczych, obowiązujące mody na style odżywiania oraz reklamy w środkach masowego przekazu [4].

Z pojęciem prawidłowego żywienia związana jest liczba posiłków i regularność ich spożywania, jakość oraz wartość odżywcza, jak również struktura posiłków, tj. właściwe zestawienie produktów w posiłkach. Bardzo ważne jest codzienne spożywanie śniadania i co najmniej trzech posiłków w ciągu dnia oraz spożywanie owoców [4,5].

Zdrowe żywienie powinno dostarczyć organizmowi odpowiednią dawkę energii potrzebną do zapewnienia prawidłowego wzrostu dzieci, potrzeb ciąży i karmienia, pracy i aktywności fizycznej. Średni wskaźnik masy ciała (BMI) dorosłej osoby powinien utrzymać się na poziomie 18,5-24,9 [4].

Wśród zasad zdrowego stylu życia wymienia się umiarkowane picie alkoholu. Niewielkie dawki alkoholu mogą być korzystne dla zdrowia, np. picie czerwonego wina. Wyniki opracowane przez innych autorów wskazują że spożycie alkoholu bardzo często przekracza dopuszczalne normy i stanowi poważny problem społeczny [2,5]. Często spożywanie napojów

alkoholowych ma negatywny wpływ na zdrowie. Obciążanie organizmu pewną dawką alkoholu przez dłuższy okres prowadzi do rozwoju choroby alkoholowej, inaczej alkoholizmu. Alkohol jest ponadto substancją toksyczną dla większości narządów i układów organizmu ludzkiego. Nadmierne spożywanie alkoholu jest przyczyną chorób układu krążenia, układu pokarmowego i nerwowego, powstawania nowotworów, zaburzeń hematologicznych i innych [4].

Narkomania jest zachowaniem zdrowotnym mającym negatywny wpływ na zdrowie jednostki. Polega na przyjmowaniu bez wskazań medycznych środków odurzających lub psychotropowych albo środków zastępczych, powodujących powstanie uzależnienia. Zjawisko narkomanii ma również szereg skutków społecznych, np. wzrost przestępczości, prostytucji, szerzenie się chorób przenoszonych drogą płciową [2].

Celem pracy było dokonanie analizy wybranych zachowań zdrowotnych kobiet leczonych z powodu niepłodności. W niniejszej pracy postawiono następujące pytania problemowe:

- Czy w trakcie leczenia niepłodności kobiety ograniczają stosowanie używek?
- Czy respondentki posiadają wystarczającą wiedzę dietetyczną?

Szukając odpowiedzi na postawione problemy, sformułowano następujące hipotezy:

- Kobiety leczone z powodu niepłodności ograniczają stosowanie używek.
- Badane respondentki stosują zasady racjonalnego żywienia i eliminują błędy żywieniowe.

## Materiał

Badania przeprowadzono w okresie od czerwca 2007 do grudnia 2008 roku w prywatnym gabinecie leczenia niepłodności oraz w NZOZ OVUM Rozrodczość i Andrologia w Lublinie. Badaniami objęto 104 kobiety.

## Metoda

Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety, który opracowano dla celów tej pracy. Zawierał on 83

pytań, w tym 35 pytań zamkniętych i 48 otwartych. Pytania zamknięte mają ustalone z góry możliwe odpowiedzi, zaś pytania otwarte pozostawiają całkowitą swobodę wypowiedzi [6, 7]. Pytania zawarte w ankiecie miały na celu zebranie informacji na temat danych osobowych respondentek i przedmiotu badań.

Udział kobiet w badaniach był anonimowy i dobrowolny, a dobór losowy. Zgodę na przeprowadzenie badań wyrazili współwłaściciele gabinetu oraz prezes NZOZ OVUM Rozrodczość i Andrologia.

Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej. Wartości analizowanych parametrów mierzalnych przedstawiono za pomocą wartości średniej i odchylenia standardowego, a dla niemierzalnych za pomocą licznosci i odsetka. Dla cech mierzalnych normalność rozkładu analizowanych parametrów oceniano za pomocą testu W Shapiro-Wilka.

Do porównania dwóch grup niezależnych zastosowano test U Manna-Whitneya.

Dla więcej niż dwóch grup zastosowano test Kruskala-Wallisa. Do zbadania istnienia zależności między dwiema cechami ilościowymi zastosowano test istotności współczynnika korelacji R. Spearmana.

Przyjęto poziom istotności  $p < 0,05$  wskazujący na istnienie różnic statystycznie istotnych bądź zależności. Bazę danych i badania statystyczne przeprowadzono w oparciu o oprogramowanie komputerowe STATISTICA 8.0 (StatSoft, Polska).

## Wyniki

Badaniami objęto 104 kobiety leczone z powodu niepłodności z uwzględnieniem miejsca zamieszkania.

Respondentki w większości pochodziły z miasta wojewódzkiego, 42,3% (n=44), natomiast 35,6% (n=37) kobiet pochodziło z innego miasta i 22,1% (n=23) ze wsi.

Ankietowane w większości pracowały w firmach państwowych, 44,2% (n=46) oraz prywatnych 26% (n=27), natomiast 16,3% (n=17) prowadziło własną działalność gospodarczą, 2,9% (n=3) stanowiły kobiety posiadające gospodarstwo rolne, 2,9% (n=3) przebywało na zasiłku dla bezrobotnych, 1,99% (n=2) kobiet było na rencie i 6,7% (n=7) miało inne źródło utrzymania niż wymienione w tabeli 1.

Respondentki w większości swoje dochody oceniają jako podobne w porównaniu z innymi osobami z ich otoczenia 61,5% (n=64), natomiast tylko 15,4% (n=16) ocenia swoje dochody jako niższe, zaś 23,1% (n=24) jako wyższe.

Respondentki w większości stwierdziły, że dochód w ich rodzinie jest stały 72,1% (n=75), natomiast 27,9% (n=29) stwierdziło, że zmienny.

Najczęściej dochód w rodzinie respondentek jest dostarczony przez męża 35,6% (n=37), małżonków w podobnym stopniu 31,7% (n=33), natomiast 24,0% (n=25) kobiet przyznało, że przez nie same, a 8,6% (n=9), że przez inne osoby.

Otrzymywany dochód w rodzinie respondentek w ich ocenie wystarcza najczęściej na zabezpieczenie podstawowych potrzeb (na życie) 66,3% (n=69), natomiast 26% (n=25) kobiet przyznało, że wystarcza na dostatnie życie, a tylko 7,7% (n=8), że nie wystarcza na życie.

## Analiza spożywanego używku przez kobiety w okresie leczenia z powodu niepłodności

Badania wykazały, że wśród respondentek 65,4% (n=68) chętnie piło kawę i 51,9% (n=54) mocną herbatę. Prawie połowa kobiet 49,0% (n=51) przyznała, że piła alkohol. Zdecydowana większość badanych 97,1% (n=101) stwierdziła, że nie zażywała narkotyków.

W wyniku przeprowadzonych badań wykazano, że w trakcie leczenia niepłodności mniej respondentek sięga po używki. W czasie leczenia niepłodności kawę pije 55,8% (n=58), mocną herbatę 38,5% (n=40), a alkohol spożywa tylko 21,1% (n=22) kobiet. W trakcie leczenia niepłodności narkotyków nie zażywa 98,1% (n=102) respondentek. Otrzymane wyniki przedstawiono w tabeli 2.

**Tabela 1.**

Główne źródło utrzymania ankietowanych kobiet (n – liczba kobiet)

Lp.	Kategorie	n	%
1	Firma państwowa – pracownik	46	44,2
2	Firma prywatna – pracownik	27	25,7
3	Własna działalność gospodarcza	17	16,3
4	Zasiłek dla bezrobotnych	3	2,9
5	Rolnictwo	3	2,9
6	Renta	2	1,9
7	Inne	7	6,7

**Tabela 2.**

Liczba kobiet spożywających używki przed i w trakcie leczenia niepłodności (n – liczba kobiet)

Używki	Przed leczeniem				W trakcie leczenia			
	Tak		Nie		Tak		Nie	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Alkohol	51	49,0	53	51	22	21,1	82	78,85
Narkotyki	3	2,9	101	97,1	2	1,9	102	98,1
Kawa	68	65,4	36	34,6	58	55,8	46	44,2
Mocna herbata	54	51,9	50	48,1	40	38,5	64	61,5
Inne	2	1,9	102	98,1	1	1,0	103	99,0



Stwierdzono wysoce istotnie statystyczną zależność pomiędzy częstością spożywanymi używek przed i w trakcie leczenia niepłodności.

Badania wykazały, że w okresie leczenia niepłodności znacznie mniejsza liczba respondentek spożywa alkohol ( $Z=4,87$ ;  $p=0,000001$ ), pije mocną herbatę ( $Z=2,77$ ;  $p=0,006$ ) oraz kawę ( $Z=2,12$ ;  $p=0,03$ ).

Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, że wśród kobiet leczonych z powodu niepłodności duża grupa respondentek 30,8% ( $n=32$ ) zaprzestała spożywania alkoholu, ograniczyła spożycie kawy [28,8% ( $n=30$ )] i mocnej herbaty 23,1% ( $n=24$ ).

Badania wykazały, że leczenie niepłodności wpływa na zmniejszenie spożycia alkoholu, mocnej herbaty i kawy. Oznacza to, że kobiety mają wystarczającą wiedzę na temat negatywnego wpływu używek na stan zdrowia jednostki. Otrzymane wyniki przedstawiono w tabeli 3.

## Analiza sposobu żywienia się kobiet leczonych z powodu niepłodności

Ankietowane najczęściej spożywały 3 posiłki dziennie (średnia  $3,85 \pm 1,07$ ), najmniej 2 posiłki, zaś najwięcej 6.

Respondentki w większości przyznały, że nie jadają regularnie [57,7% ( $n=60$ )], natomiast 42,3% badanych spożywało posiłki regularnie.

W wyniku przeprowadzonej analizy statystycznej stwierdzono istotne różnice w ilości spożywanymi posiłków w ciągu dnia pomiędzy ankietowanymi, które jadły regularnie, a tymi, które spożywały posiłki nieregularnie, ( $Z=-2,62$ ;  $p=0,009$ ). Respondentki, które jadły regularnie, najczęściej spożywały 4 posiłki w ciągu dnia ( $4,14 \pm 0,80$ ), zaś spożywające posiłki nieregularnie – 3 ( $3,63 \pm 1,19$ ) posiłki.

Badania wykazały, że dla 59,6% ( $n=62$ ) ankietowanych głównym posiłkiem był obiad, natomiast dla 19,2% ( $n=20$ ) śniadanie, dla 12,5% ( $n=13$ ) kolacja, dla 5,8% ( $n=6$ ) II śniadanie, zaś dla 2,9% podwieczerek.

Na podstawie uzyskanych wyników stwierdzono, że dla najliczniejszej grupy badanych głównym posiłkiem był obiad.

Ponad połowa ankietowanych przyznała, że jada pomiędzy posiłkami 54,8% ( $n=57$ ), natomiast 45,2% ( $n=47$ ) stwierdziło, że nie pojada pomiędzy posiłkami.

Z badań wynika, że przed rozpoczęciem leczenia niepłodności 13,5% ( $n=14$ ) ankietowanych prawie nigdy nie jadło ryb, natomiast w ciągu tygodnia 62,5% ( $n=65$ ) kobiet czasami spożywało potrawy mączne, 73,0% ( $n=76$ ) często jadło pieczywo. Badane

**Tabela 3.**

Ocena wpływu leczenia na spożywanie używek ( $n$  – liczba kobiet)

Używki	Zaprzestałam		Rzadziej spoży-wam		Częściej spoży-wam		Bez zmian	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Alkohol	32	30,8	23	22,1	1	1,0	48	46,1
Narkotyki	12	11,5	0	0,00	0	0,00	92	88,5
Kawa	9	8,6	30	28,8	1	1,0	64	61,50
Mocna herbata	14	13,5	24	23,1	1	1	65	62,50
Inne	2	1,9	0	0,00	0	0,00	102	98,1

kobiety trzy razy dziennie spożywały owoce 68,3% (n=71), warzywa 64,4% (n=67), mięso 60,6% (n=63) i nabiał 53,8% (n=56).

Przeprowadzone badania wykazały, że przed leczeniem niepłodności kobiety najczęściej spożywały pieczywo, owoce i warzywa, mięso i nabiał, czasami jadły potrawy mączne i prawie nigdy nie jadły ryb.

Większość ankietowanych kobiet przyznało, że leczenie niepłodności nie wpłynęło na sposób odżywiania się, 68,3% (n=71), natomiast 31,7% (n=33) stwierdziło, że miało wpływ. Przeprowadzone badania wykazały, że większość ankietowanych nie zmieniła sposobu odżywiania się w trakcie leczenia niepłodności.

Wśród badanych, u których nastąpiła zmiana w sposobie odżywiania się, stwierdzono istotne różnice w spożywaniu poszczególnych produktów spożywczych w trakcie leczenia niepłodności, z wyjątkiem potraw mącznych. Ankietowane, które zmieniły swoje odżywianie na skutek leczenia, miały niższą średnią częstość spożywania poszczególnych produktów w porównaniu z ankietowanymi, które nie zmieniły swojego sposobu odżywiania. Otrzymane wyniki przedstawiono w tabeli 4.

Stwierdzono wysoce istotnie statystyczną zależność w spożywaniu poszczególnych produktów spożywczych w trakcie leczenia niepłodności. Kobiety znacznie zwiększyły spożycie ryb ( $p=0,00008$ ), warzyw ( $p=0,00004$ ), nabiału ( $p=0,0006$ ), owoców ( $p=0,0003$ ) oraz pieczywa ( $p=0,02$ ) i mięsa ( $p=0,02$ ).

**Tabela 4.**

Średnia liczba spożywanych posiłków uwzględniających wybrane produkty z uwzględnieniem wpływu leczenia na zmiany w odżywianiu się ( $p$  – istotność statystyczna;  $Z$  – wynik testu Manna-Whitneya)

Produkty	Zmiany w odżywianiu się na skutek leczenia		Nie		Analiza statystyczna	
	Średnia	Odch. std.	Średnia	Odch. std.	Z	p
Potrawy mączne	2,09	1,07	2,48	0,84	-1,53	0,13
Pieczywo	1,88	1,05	2,45	0,84	-2,40	0,02*
Mięso	2,21	0,78	2,59	0,73	-2,32	0,02*
Ryby	2,09	0,38	2,58	0,73	-3,94	0,00008*
Nabiał	2,03	0,64	2,52	0,79	-3,45	0,0006*
Warzywa	2,06	0,43	2,58	0,69	-4,09	0,00004*
Owoce	2,18	0,46	2,63	0,62	-3,65	0,0003*

Badania wykazały, że ankietowane, które zmieniły swoje odżywianie w trakcie leczenia, odżywiały się właściwiej w porównaniu z ankietowanymi, które nie zmieniły swojego odżywiania.

Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, że 75,00% (n=78) respondentek przyznało, iż styl życia ma wpływ na występowanie niepłodności u kobiet, natomiast 11,5% (n=12) uważało, że nie, a 13,5% (n=14) nie wiedziało.

Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, że zdecydowana większość kobiet uważa, iż prowadzony styl życia wpływa na częstość występowania niepłodności.

## Dyskusja

Światowa Organizacja zdrowia (WHO) uznała niepłodność za chorobę społeczną ze względu na jej rozpowszechnienie i następstwa [8, 9].

Najlepszym sposobem ograniczenia występowania chorób nie jest ich leczenie, ale zapobieganie. Powinno to być zapobieganie aktywne, a nie pasywne. W nowoczesnej filozofii ochrony zdrowia znajduje się postulat zwiększenia roli promocji zdrowia [3].

Zmiana podejścia do ochrony zdrowia, czyli przechodzenie od „ery medycznej” do „postmedycznej”, postawiła w centrum zainteresowań badaczy kategorię zachowań zdrowotnych.

Celem badania była analiza wybranych zachowań zdrowotnych kobiet leczonych z powodu niepłodności. Analiza dotyczyła spożywania alkoholu i innych używek oraz sposobu odżywiania się z uwzględnieniem liczby posiłków i spożywanych produktów.

M. Banaszkiewicz i A. Andruszkiewicz podają, że człowiek samodzielnie dokonuje świadomych wyborów zachowań spośród wielu alternatywnych, które mają korzystny lub negatywny wpływ na jego zdrowie. Każdy człowiek ma więc własne doświadczenia dotyczące zdrowia i choroby, każdy posiada jakąś wiedzę o zdrowiu [10]. Jest oczywiste, że wiedza na temat zdrowia i jego uwarunkowań jest wstępnym, ale niezbędnym warunkiem podejmowania przez ludzi zachowań zdrowotnych i rezygnowania z działań szkodliwych dla zdrowia [11].

Szkodliwość alkoholu i innych używek stanowi poważny problem zdrowotny. Picie alkoholu jest zachowaniem akceptowanym społecznie i zgodnym ze społecznymi normami. Polska należy do krajów o wysokim spożyciu alkoholu. Dominującym wzorem picia jest spożywanie napojów alkoholowych wysokoprocentowych, w dużych dawkach jednorazowych. I. Taranowicz opisuje, że ostatnie analizy i badania wskazują na zmianę wzorców spożycia alkoholu w Polsce. Pije się więcej piwa, a jednorazowe dawki alkoholu są mniejsze [5].

W artykule przeglądowym I. Wrońska, A. Filipczuk podają, że alkohol pije aż 64% kobiet badanych [3].

Badania własne wykazały, że przed rozpoczęciem leczenia połowa kobiet piła alkohol 49,0% (n=51), natomiast w trakcie leczenia liczba ta zmalała do 21,1% (n=22).

Z analizy przeprowadzonych badań wynika, że 30,8% kobiet zrezygnowało z picia alkoholu w trakcie leczenia niepłodności. Zmniejszyła się również ilość wypijanego alkoholu, co koresponduje z wynikami I. Taranowicz.

Nadużywanie środków odurzających jest problemem o mniejszym zasięgu niż alkoholizm czy nikotynizm, ale ma duże skutki zdrowotne i społeczne oraz ma tendencje wzrostowe, jak podaje A. Pacian [12]. Do narastania tego zjawiska przyczynia się także łatwa dostępność substancji o działaniu uzależniającym, a także niekorzystny wpływ grupy środowiskowej [12].

Na podstawie analizy przeprowadzonych badań stwierdzono, że niewielka grupa kobiet zażywała narkotyki 2,9% (n=3), a w trakcie leczenia niepłodności liczba ta zmniejszyła się do 1,9% (n=2).

Badania własne wykazały również, że spożycie kawy i herbaty zmalało w związku z rozpoczęciem leczenia niepłodności.

Jedną z metod podnoszenia świadomości zdrowotnej jest informowanie o szkodliwych następstwach stosowania używek. Opiera się to na założeniu, że człowiek jest istotą racjonalną, i gdy dowie się o niebezpiecznych skutkach, to obroni się przed nałogami [12].

Stan zdrowia ludności podlega licznym uwarunkowaniom. Sposób odżywiania stał się jednym z podstawowych czynników warunkujących zdrowie. Medycyna zna wiele chorób związanych z wadliwym żywieniem. Nieprawidłowości w żywieniu wyrażają się zarówno nadmiarem pewnych składników odżywczych, jak i niedoborami. Zagrożeniem dla zdrowia są również zanieczyszczenia mikrobiologiczne i chemiczne żywności. Niewłaściwe jest również spożywanie posiłków w pośpiechu i w stanach dyskomfortu emocjonalnego [3, 4].

W prawidłowym żywieniu ważna jest liczba posiłków i regularność ich spożywania oraz wartość odżywcza. Najważniejsze jest codzienne spożycie śniadania i co najmniej trzech posiłków w ciągu dnia [5].

Z badań CBOS wynika, że 80% Polaków jada codziennie śniadania, 79% zjada co najmniej trzy posiłki, 19% przyznaje się do podjadania między posiłkami szkodliwych chipsów, a 45% Polaków deklaruje spożywanie owoców. Spożycie mięsa jest dość duże, co nie jest optymistyczne, zaś spożycie ryb jest niewystarczające; nabiał spożywa 74,3% Polaków [5].

Elementy charakterystyczne dla polskiej diety opisuje również S. Rywik. Autor uważa, że w diecie zwyczajowej jest niedostateczna liczba spożywanych posiłków, jak i niewłaściwy rozkład w ciągu dnia. Aż 10% dorosłej populacji spożywa tylko 2 posiłki dziennie i około 55% tylko 3 posiłki, co powoduje, że przerwy między posiłkami są nadmierne [13].

Badania własne wykazały, że ankietowane najczęściej spożywały 3 posiłki, większość kobiet jadła posiłki nieregularnie 57,7% (n=60), głównym posiłkiem



był obiad 59,6% (n=62) i większość kobiet pojadała między posiłkami 54,8% (n=57).

Racjonalne odżywianie dostarcza do ustroju pożywienia zawierającego wszelkie niezbędne składniki w ilościach i proporcjach zgodnych z zaleceniami nauki o żywieniu [3].

Z analizy przeprowadzonych badań wynika, że przed leczeniem niepłodności kobiety najczęściej spożywały pieczywo, owoce i warzywa, mięso i nabiał, czasami jadły potrawy mączne i najmniej jadły ryb. Większość ankietowanych nie zmieniła sposobu odżywiania się w trakcie leczenia 68,7% (n=71). Respondentki, które podjęły próbę zmiany sposobu żywienia, zwiększyły spożycie ryb, warzyw i owoców, nabiału oraz mięsa. Pokrywa się to z zaleceniami L. Szponar i W. Respondek [14].

Od czasu raportu Lalonda, w którym wśród czynników determinujących zdrowie pierwsze miejsce zajęły indywidualne zachowania człowieka realizowane w obrębie stylu życia, zmienił się radykalnie sposób myślenia o zdrowiu i odpowiedzialności za nie. Przeniesione została one z instytucji medycznych na jednostkę i otaczające je środowisko [15].

Badania polskie wskazują, że zdrowie jest cenioną wartością, jednak deklaracje te nie zawsze pociągają za sobą zachowania mające na celu utrzymanie zdrowia. Uzależnione jest to od miejsca, jakie zajmuje zdrowie w hierarchii wartości. Wyniki badań potwierdzają fakt, że zdrowie często przegrywa z innymi wartościami [5, 16].

Problematyka zachowań w zdrowiu i chorobie staje się obecnie szczególnie ważna. Ma to związek z uznaniem stylu życia za podstawowy czynnik kształtujący zdrowie [5].

## Wnioski

- W trakcie leczenia niepłodności kobiety ograniczają stosowanie używek (alkoholu, mocnej herbaty, kawy).
- Badane respondentki cechuje niska świadomość dietetyczna, co rodzi potrzebę propagowania zasad racjonalnego żywienia i eliminowania błędów żywieniowych.

## Piśmiennictwo

1. Grochowski D, Szamatowicz J, Szamatowicz M. Diagnostyka niepłodności kobiecej, [w:] Pisarski T., Szamatowicz M (red.) Niepłodność. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1997; 180-185.
2. Majchrowska A. Społeczny wymiar zdrowia, [w:] Andruszkiewicz A, Banaszkiwicz M (red.) Promocja zdrowia. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2008, 50-69.
3. Wrońska I, Filipczuk A. Zachowania zdrowotne pacjentów. Pielęgniarka i Położna 2003; 6; 4-7.
4. Żołnierczuk-Kieliszek D. Zachowania zdrowotne i ich związek ze zdrowiem, [w:] Kulik T, Latański M (red.) Zdrowie publiczne. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2002; 75-114.
5. Taranowicz I. Zachowania w zdrowiu i chorobie, [w:] Barański J, Piątkowski W (red.) Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny. Oficyna wydawnicza ATUT. Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe, Wrocław 2002; 63-74.
6. Łobocki M. Metody i techniki badań pedagogicznych. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2000.
7. Pilch T. Zasady badań pedagogicznych. Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 1998.
8. Bączkowski T, Ciepela P, Głąbowski W, Kurzawa R. Rola lekarza rodzinnego w diagnostyce i leczeniu niepłodności. Family Medicine & Primary Care Review 2006; 8(2): 357-361.
9. Pawłowska B, Olajossy-Hilkesberger L, Tkaczuk-Włach J, Studzińska-Niedoborek A, Jakiel G. Poziom samoakceptacji a obraz siebie u kobiet z bezpłodnością. Annales Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej. Akademia Medyczna 2004. Vol. LIX, SUPPL. XIV, 339-342.
10. Banaszkiwicz M, Andruszkiewicz A. Zachowania zdrowotne, [w:] Andruszkiewicz A., Banaszkiwicz M. (red.): Promocja zdrowia. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2008; 70-81.
11. Basińska M. Wybrane zagadnienia z psychologii zdrowia, [w:] Andruszkiewicz A, Banaszkiwicz M (red.) Promocja zdrowia. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2008; 15-44.
12. Pacian A. Opieka medyczna w szkole w ramach zdrowia publicznego, [w:] Kulik T, Latański M. (red.): Zdrowie publiczne. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2002; 221-268.

13. Rywik S. Promocja zdrowia w zagrożeniach zdrowotnych układu krążenia, [w:] Karski J. (red.): Promocja zdrowia. Wydawnictwo IGNIS, Warszawa 1999; 94-107.
14. Szponar L, Respondek W. Zmniejszenie ryzyka chorób na tle wadliwego żywienia w promocji zdrowia, [w:] Karski J (red.) Promocja zdrowia. Wydawnictwo IGNIS, Warszawa 1999; 217-237.
15. Majchrowska A. Zachowania zdrowotne – aspekty socjologiczne, [w:] Taranowicz I, Majchrowska A, Krawczyńska-Butrym Z: Elementy socjologii dla pielęgniarek. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2000; 181-214.
16. Sokalska A, Pawelczyk L. Ocena płodności kobiety, [w:] Radwan J (red.) Niepłodność i rozród wspomagany. Wydawnictwo Medyczne Termedia, Poznań 2003; 27-33.