

Katarzyna Hildt-Ciupińska

ORCID: 0000-0002-1219-1671

Centralny Instytut Ochrony pracy – Państwowy Instytut Badawczy

Karolina Pawłowska-Cypriasiak

ORCID: 0000-0002-1349-6709

Centralny Instytut Ochrony pracy – Państwowy Instytut Badawczy

Rola zachowań prozdrowotnych w utrzymaniu zdrowia kobiet. Wyniki badań pilotażowych

Abstract

Katarzyna Hildt-Ciupińska, Karolina Pawłowska-Cypriasiak, *Rola zachowań prozdrowotnych w utrzymaniu zdrowia kobiet. Wyniki badań pilotażowych* [The role of health-promoting behaviors in maintaining women's health. Results of a pilot study]. *Kultura – Społeczeństwo – Edukacja* nr 1(25) 2024, Poznań 2024, pp. 23–37, Adam Mickiewicz University Press. ISSN (Online) 2719-2717, ISSN (Print) 2300-0422. <https://doi.org/10.14746/kse.2024.25.1.2>

Lifestyle is considered one of the most important determinants of health, which most of us can influence and consciously modify it. However, it is essential to raise health awareness among people so that they know how to do it effectively. The workplace is one of the settings for health promotion, which fosters the spread of health knowledge and care among different groups of people – both men and women, with different levels of education, of different ages, doing different types of work.

Women, given their life cycle, from puberty to procreation to menopause, are a specific group from the point of view of health and taking care of it. They are also a special group, given the many burdens of their social roles. All this contributes to the diverse health needs of women of different ages, but also numerous risk factors, including the risk of certain diseases. It is therefore necessary to carry out health education for women, taking into account their age, the type of work they do and their non-work burdens.

The purpose of this article is to present the results of a preliminary-pilot study on the health care of active women.

Keywords

women; health care; health behavior

Wprowadzenie

Zdrowie człowieka uwarunkowane jest wieloma czynnikami, wśród których, zgodnie z aktualnymi do dziś „polami zdrowia” Lalonde’a, najważniejszy jest styl życia, który aż w 50% wpływa na zdrowie, następnie kolejno determinują je: geny – 20%, środowisko – 20%, opieka medyczna – 10% (Tulchinsky, 2018).

Styl życia ma kluczowe znaczenie dla ogólnego stanu zdrowia danej osoby oraz ryzyka wystąpienia wielu chorób. Wiele elementów zdrowia, takich jak: sposób odżywiania, palenie tytoniu, picie alkoholu czy brak aktywności fizycznej, stanowi potencjalne czynniki ryzyka zdrowotnego, które mogą w istotny sposób wpływać na częstość zachorowań i przebieg chorób, a w efekcie również na długość życia i liczbę lat przeżytych w zdrowiu (Wojtyński i in., 2020). Codzienne zachowania mają konsekwencje zarówno dla krótko-, jak i długoterminowych efektów zdrowotnych (Rippe, 2018). Według Światowej Organizacji Zdrowia styl życia w największym stopniu decyduje o możliwości zapobiegania chorobom nowotworowym. Unikając czynników ryzyka, można zapobiec nawet 30–50% zachorowań na raka (Sarcoma, 2022).

Pozytywne lub poprawiające zdrowie zachowania sprzyjają dobremu samopoczuciu, zmniejszają ryzyko chorób i polepszają jakość życia. Zachowania pozytywne obejmują unikanie szkodliwych substancji (np. alkoholu i tytoniu), utrzymywanie odpowiedniego poziomu aktywności fizycznej, dobre odżywianie, odpowiednią ilość snu i radzenie sobie ze stresem. Natomiast zachowania negatywne lub zagrażające zdrowiu to takie, które zwiększają ryzyko zachorowania, obniżają dobrostan i pogarszają jakość życia. Zachowania zagrażające zdrowiu obejmują brak aktywności fizycznej, nadużywanie substancji psychoaktywnych i nadmierne spożycie kalorii (Spring i in., 2012).

Diagnoza i analiza zachowań zdrowotnych oraz czynników je warunkujących ma kluczowe znaczenie dla opracowania skutecznej edukacji zdrowotnej, mającej na celu uświadomienie ludziom zasadności przestrzegania zdrowego stylu życia. Zachowanie człowieka jest zjawiskiem złożonym, które obejmuje zmiany lub działania związane z okolicznościami zewnętrznymi. Analizując zachowania zdrowotne, należy zwrócić uwagę na wiele czynników, które mogą ułatwiać podejmowanie zachowań zagrażających zdrowiu lub zakłócać zachowania prozdrowotne (Espinoza-Salas i Gonzales-Arias, 2023).

Każdy człowiek inaczej troszczy się o własne zdrowie, czego przyczyną może być odmienne definiowanie pojęcia troski/dbałości o zdrowie, a także inne podejście do niej, podyktowane niekiedy np. stanem zdrowia. Wśród dorosłych Polaków (kobiet i mężczyzn) dominują dwa sposoby dbania o zdrowie, które określa się jako *zacho-*

wania medyczne oraz zachowania prozdrowotne. Pierwszy typ to zachowania związane z korzystaniem z usług medycznych (np. wizyty u lekarzy, badania kontrolne, profilaktyczne). Taką formę troski o zdrowie preferują osoby starsze, z gorszym stanem zdrowia. Drugi typ związany jest z podejmowaniem różnego rodzaju prozdrowotnych zachowań (np. racjonalne odżywianie, aktywność fizyczna, umiejętne radzenie sobie ze stresem); jest on bardziej charakterystyczny dla ludzi młodych, lepiej wykształconych i z dobrą sytuacją materialną (Ostrowska, 1999). Nie ma wśród Polaków jednego stylu dbania o zdrowie, który łączyłby zachowania prozdrowotne z korzystaniem z usług medycznych. Realizacja tych wszystkich działań łącznie jest optymalna z punktu widzenia utrzymania bądź poprawy zdrowia.

Brak dostatecznej dbałości o zdrowie może przyczyniać się do powstawania różnorodnych dolegliwości i chorób, także tych związanych z wykonywaną pracą, co w efekcie może obniżać zdolność do pracy, a z czasem również uniemożliwiać aktywność zawodową.

Kobiety stanowią specyficzną grupę pracowników ze względu na liczne obciążenia – zarówno pracą zawodową, jak i obowiązkami opiekuńczymi wobec osób zależnych (głównie dzieci); w przeciwieństwie do mężczyzn kobiety są bardziej obciążone tymi obowiązkami (Baszun i in., 2020). W związku z tym może to powodować (lub nasilać) różne problemy zdrowotne i dolegliwości – związane zarówno z wykonywaną pracą, jak i obowiązkami pozazawodowymi, co z kolei może skutkować stresem, przemęczeniem, wypaleniem zawodowym oraz problemami ze zdrowiem fizycznym i psychicznym.

Kobiety gorzej niż mężczyźni oceniają swoje zdrowie ogólne, częściej deklarują występowanie chorób przewlekłych oraz problemów z zakresu zdrowia psychicznego (GUS, 2019; Maudry i in., 2019; Mauvais-Jarvis i in., 2020; Wojtyniak i Goryński, 2020). Kobiety zatem, ze względu na pełnione liczne role społeczne, powinny być, jak piszą Broniecka i Wyka (2013) otoczone szczególną opieką, počawszy od lat młodości, poprzez okres prokreacyjny, kończąc na – trudnym dla nich – okresie okołomenopauzalnym.

W tym miejscu należy także podkreślić, że kobiety uznaje się za „edukatorki zdrowia” w rodzinie; to one też jako pierwsze zauważają symptomy choroby wśród swoich bliskich. Dlatego tak ważna jest po pierwsze diagnoza świadomości zdrowotnej kobiet oraz ich podejścia do dbałości o zdrowie oraz po drugie – dalsze podnoszenie wiedzy w tym zakresie poprzez odpowiednio dobraną edukację zdrowotną (Dworak i Dąbrowska-Wnuk, 2020), uwzględniającą potrzeby kobiet wynikające m.in. z ich wieku oraz rodzaju wykonywanej pracy.

Styl życia i zachowania zdrowotne zmieniają się w cyklu życia (Mollborn i in., 2020). Obecnie mamy do czynienia z co prawda dłuższym przeciętnym trwaniem

życia kobiet w porównaniu z mężczyznami, ale jednocześnie kobiety doświadczają więcej chorób ograniczających ich funkcjonowanie i jakość życia. Istotne jest więc zwrócenie uwagi na to, aby długość życia kobiet pozostawała wprost proporcjonalna do jego jakości i poczucia dobrostanu. W tym celu niezbędne jest prowadzenie edukacji zdrowotnej kobiet ukierunkowanej na podnoszenie ich świadomości zdrowotnej (Dworak i Dąbrowska-Wnuk, 2020).

Miejsce pracy może być źródłem nieformalnej edukacji pracowników (Myjak, 2022), w tym także edukacji zdrowotnej. Miejsce pracy uznaje się za jedno z siedlisk¹ do realizacji edukacji zdrowotnej (Woynarowska, 2017); miejsce pracy skupia osoby o różnym poziomie wiedzy nt. zdrowia, różnej świadomości zdrowotnej, a także w różnym wieku i w związku z tym z odmiennymi potrzebami. Dlatego też zasadne jest opracowanie programu edukacji zdrowotnej dla kobiet do realizacji w miejscu pracy.

Celem artykułu jest prezentacja wstępnych wyników badań (pilotażowych) dotyczących samooceny zdrowia, dbałości o zdrowie oraz zachowań zdrowotnych kobiet w wieku aktywności zawodowej.

Materiał i metoda

W badaniu wzięły udział 42 aktywne zawodowo kobiety². Wykorzystano kwestionariusz anonimowej ankiety, który zawierał:

- a) ankietę osobową opracowaną na potrzeby badania – z metryczką oraz pytaniami dotyczącymi m.in.: samooceny zdrowia i dbałości o nie, dolegliwości, rozumienia pojęć *zdrowie* i *dbałość o zdrowie*, źródeł informacji o zdrowiu, dobrostanu;
- b) *Skalę Pozytywnych Zachowań Zdrowotnych dla kobiet* (SPZZ) (Hildt-Ciupińska, 2009) wraz z pakietem pytań dotyczących zachowań antyzdrowotnych (m.in. palenie tytoniu, spożycie alkoholu) (Woynarowska-Sołdan i Węziak-Białowolska, 2012) – zestaw 34 stwierdzeń pogrupowanych w pięciu podskalach: *żywienie; dbałość o ciało; sen, odpoczynek i zdrowie psychiczne; zachowanie bezpieczeństwa; aktywność fizyczna*. Skala służy do oceny indywidualnej dbałości o zdrowie; wyniki podaje się w postaci punktów.

¹ W promocji zdrowia siedlisko jest systemem społecznym (całością), które poza realizacją działań związanych z promocją zdrowia zmienia się, aby poprawiać i doskonalić zdrowie.

² Na 2024 rok zaplanowano badania właściwe wśród ok. 500 kobiet.

Wyniki

Charakterystyka badanych

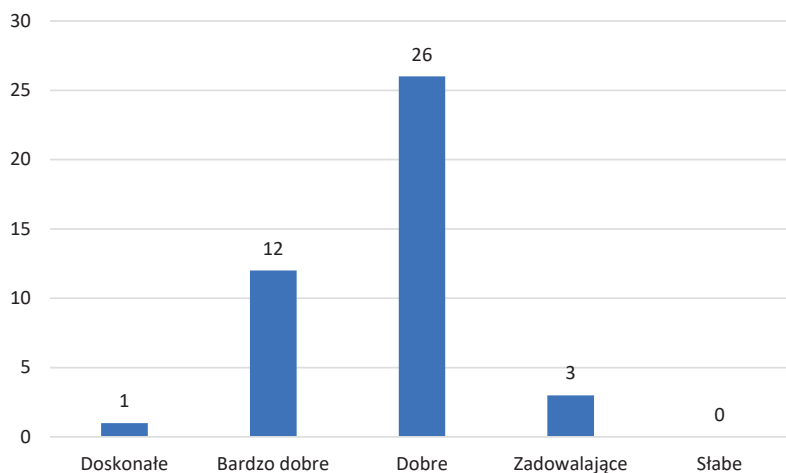
Średnia wieku badanych kobiet wyniosła 40,88 lat ($SD = 8,62$). 34 z nich były w związku, 27 mieszkało w miastach, 12 kobiet było bezdzietnych, 27 miało dzieci w wieku powyżej 6 lat, a 8 poniżej tego wieku. Najwięcej, bo 23 kobiety, miały wykształcenie wyższe magisterskie, średnie zawodowe – 8 kobiet, wyższe licencjackie lub inżynierskie – 6 kobiet, średnie ogólnokształcące – 3 kobiety. 28 kobiet wykonywało pracę umysłową, 3 – fizyczną i 10 – umysłowo-fizyczną. 19 kobiet oceniło swoją sytuację materialną jako dobrą, 16 – jako przeciętną, 6 – jako bardzo dobrą, a tylko jedna jako złą. Średnia masa ciała badanych kobiet to 72,2 kg, średnie BMI – 25,5.

Samoocena stanu zdrowia

Kobiety w większości oceniły swoje zdrowie jako dobre ($n = 26$) lub bardzo dobre ($n = 12$). Tylko trzy badane uznały stan swojego zdrowia za zadowalający (wykres 1).

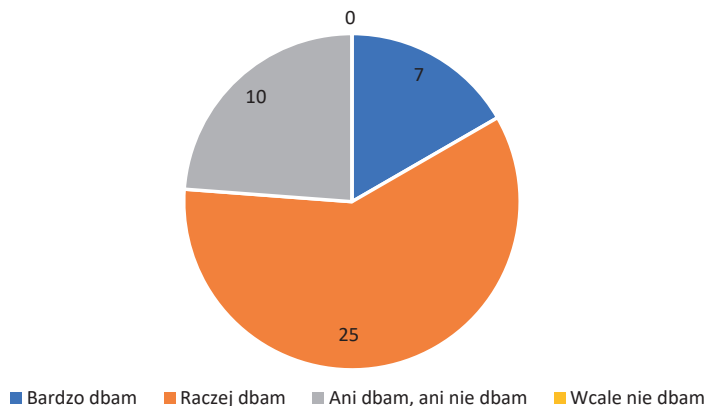
Wykres 1

Samoocena zdrowia kobiet ($N = 42$)



Samoocena dbałości o zdrowie

Kobiety w większości zadeklarowały, że raczej dbają o swoje zdrowie ($n = 25$). Siedem z nich odpowiedziało, że bardzo dba, a 10 było niezdecydowanych – *ani dbam, ani nie dbam* (wykres 2).

Wykres 2*Samooocena dbałości o zdrowie kobiet (N = 42)****Samooocena dobrostanu***

Badane poproszono o ocenę własnego dobrostanu (tzn. zadowolenia ze swojego zdrowia fizycznego i psychicznego, z kontaktów społecznych, z równowagi między pracą i życiem, z pracy, rodziny itp.) na skali od 0 – *bardzo niezadowolona* do 10 – *bardzo zadowolona*. Kobiety średnio oceniły swój dobrostan na 6,76 pkt.

Definiowanie zdrowia i dbałości o zdrowie

Badanym zadano dwa pytania otwarte: o to, czym jest zdrowie oraz dbałość o zdrowie. Do zdefiniowania zdrowia panie najczęściej używały określeń: dobre samopoczucie, dobra kondycja psychiczna i fizyczna ($n = 15$), najważniejsza rzecz/wartość ($n = 10$); brak chorób, dolegliwości, bólu wymieniło tylko 6 kobiet.

Dbałość o zdrowie dla badanych oznacza głównie: dietę i ruch ($n = 34$), wykonywanie badań kontrolnych ($n = 13$). Wśród innych odpowiedzi pojawiła się: „Dbam o zdrowie, bo lepiej się z tym czuję, mam znacznie lepsze samopoczucie”.

Powody dbałości o zdrowie bądź jej braku

Najwięcej kobiet ($n = 24$) w dużym stopniu dba o zdrowie, bo wie, że może dzięki temu uniknąć wielu chorób, a także długo cieszyć się dobrym samopoczuciem, kondycją i jakością życia. Na drugim miejscu znalazła się odpowiedź: „Zawsze dbam o zdrowie, bo jest to najważniejsza wartość w życiu” ($n = 21$). Na trzecim miejscu była odpowiedź: „Dbam o zdrowie, ponieważ pracuję zawodowo, mam rodzinę i wiem, że muszę być zdrowa, by sprostać wszystkim wymaganiom codziennego życia” ($n = 19$) (tab. 1).

Tabela 1
Stwierdzenia dotyczące dbałości o zdrowie lub jej braku (N = 42)

Stwierdzenia	W bardzo dużym stopniu	W dużym stopniu	Nie potrafię określić	W małym stopniu	W bardzo małym stopniu
1 Zawsze dbam o zdrowie, bo jest to najważniejsza wartość w życiu	6	21	10	4	0
2 Dbam o zdrowie, bo wiem, że mogę dzięki temu uniknąć wielu chorób, a także długo cieszyć się dobrym samopoczuciem, kondycją i jakością życia	8	24	7	2	0
3 Dbam o zdrowie, bo panuje na to moda	0	5	11	11	14
4 Dbam o zdrowie, bo kiedyś poważnie chorowałam	1	2	11	13	13
5 Dbam o zdrowie, bo choruję na chorobę przewlekłą (np. cukrzycę, nadciśnienie)	0	7	6	6	20
6 Dbam o zdrowie, ponieważ zmotywowała mnie do tego choroba kogoś bliskiego	1	7	8	9	16
7 Dbam o zdrowie tylko wtedy, gdy choruję	0	5	8	8	19
8 Dbam o zdrowie tylko wtedy, kiedy zaleci mi to lekarz	0	2	12	10	17
9 Dbam o zdrowie, ponieważ zachęca mnie do tego mój mąż/partner/dzieci	0	10	5	9	18
10 Dbam o zdrowie, ponieważ zachęcają mnie do tego znajomi/przyjaciele	0	7	4	11	18

cd. tab. 1

11	Dbam o zdrowie np. po przeczytaniu informacji w Internecie/mediach społecznościowych, ale jest to krótkotrwałe działanie	0	4	10	13	13
12	Dbam o zdrowie, ponieważ pracuję zawodowo, mam rodzinę i wiem, że muszę być zdrowa, by sprostać wszystkim wymaganiom codziennego życia	7	19	4	8	9
13	Nie dbam o zdrowie, bo nie mam na to czasu	1	5	3	12	18
14	Nie dbam o zdrowie, bo „nie chce mi się”	1	8	3	6	23
15	Nie dbam o zdrowie, bo nikt i nic mnie do tego nie motywuje	0	3	7	7	24
16	Nie dbam o zdrowie, bo moja sytuacja materialna mi na to nie pozwala	0	3	6	8	24
17	Nie dbam o zdrowie, bo nie widzę takiej potrzeby/nie choruję	0	2	10	3	26

Źródła wiedzy o zdrowiu

Źródłem, do którego badane kobiety najczęściej sięgały po informacje nt. zdrowia, były media społecznościowe ($n = 34$), na drugim miejscu znalazły się książki, czasopisma naukowe i popularnonaukowe ($n = 20$). Rodzina, przyjaciele i znajomi byli ważni dla 15 kobiet, a miejsce pracy dla 14 (tab. 2). Wśród innych odpowiedzi jedna kobieta wskazała, że jest lekarzem, a druga, że ma wykształcenie medyczne, stały kontakt z „przypadkami niedbania o zdrowie” i to ją motywuje.

Tabela 2

Źródła wiedzy o zdrowiu ($N = 42$)

Źródło	<i>N</i>
Internet, media społecznościowe (Facebook, Instagram)	34
Media (radio, TV)	13
Książki, czasopisma naukowe i popularnonaukowe	20
Prasa kobieca	3
Miejsce pracy	14
Koleżanki/koledzy z pracy	11
Mąż/partner/dzieci	6
Rodzina, przyjacielem, znajomi	15
Inne	2

Skala Pozytywnych Zachowań Zdrowotnych

Skala obejmuje 34 zachowania zdrowotne podzielone na pięć podskal: *żywienie; dbałość o ciało; sen, odpoczynek i zdrowie psychiczne; zachowanie bezpieczeństwa; aktywność fizyczna*. Z całej skali można uzyskać od 0 do 102 punktów. Średnia liczba punktów uzyskana przez kobiety to 66,4; wynik minimalny to 21, a maksymalny – 92 pkt.

W podskali *żywienie* na 27 możliwych do uzyskania punktów badane średnio otrzymały 15,2. W podskali *dbałości o ciało* (0–27 pkt) średnio uzyskały 20,3. W podskali *sen, odpoczynek i zdrowie psychiczne* (0–21 pkt) średni wynik to 12,8. W podskali *zachowanie bezpieczeństwa* (0–15 pkt) średni wynik otrzymany przez kobiety wyniósł 11,6. W podskali *aktywność fizyczna* (0–12 pkt) średni wynik to 6,5.

Jeśli chodzi o żywienie, prawie połowa kobiet odżywia się regularnie, tj. spożywa minimum trzy posiłki dziennie o podobnych porach, jada rano w domu śniadanie, a także dba o spożycie warzyw i owoców przynajmniej raz dziennie. Najmniej kobiet pilnuje dostarczania wapnia do organizmu, bo tylko trzy spośród badanych pije codziennie dwie szklanki mleka lub kefiru czy jogurtu.

W obszarze dbałości o ciało tylko połowa kobiet zadeklarowała wykonywanie niezbędnych badań profilaktycznych w postaci cytologii czy pomiaru ciśnienia krwi.

Niespełna jedna trzecia kobiet zadeklarowała, że kładzie się spać prawie zawsze o tej samej porze. Tylko dziewięć kobiet poświęcało czas na relaks, a połowa tylko czasami dobrze radzi sobie z nadmiernym stresem.

Większość kobiet zachowuje zasady bezpieczeństwa, jeżdżąc samochodem, nad wodą czy posługując się urządzeniami elektrycznymi bądź substancjami chemicznymi.

Połowa badanych zadeklarowała, że prawie zawsze lub często przeznaczają co najmniej 30 minut dziennie na umiarkowaną aktywność fizyczną. Większość prawie zawsze lub często ogranicza spędzanie czasu przed telewizorem do 2–3 godzin dziennie. Tylko jedna trzecia prawie zawsze zwiększa ilość ruchu i wysiłku fizycznego w codziennym życiu (np. wybiera schody zamiast windy).

Tabela 3

Pozytywne zachowania zdrowotne kobiet (N = 42)

Zachowania	Prawie zawsze	Często	Czasem	Prawie nigdy
I. Żywienie				
1. Jem co najmniej trzy posiłki dziennie o podobnych porach dnia	20	9	9	4
2. Jem śniadanie w domu codziennie rano (tzn. coś więcej niż szklankę mleka, herbaty lub innego napoju)	20	4	10	8
3. Jem codziennie owoce, co najmniej jeden raz lub częściej	18	10	9	5
4. Jem codziennie warzywa, co najmniej jeden raz lub częściej	22	12	6	2
5. Piję codziennie co najmniej dwie szklanki mleka, kefiru lub jogurtu	3	5	17	16
6. Ograniczam spożycie tłuszczów zwierzęcych	8	15	16	3
7. Unikam nadmiaru soli	9	14	12	7
8. Ograniczam jedzenie słodczy	7	13	16	6
9. Unikam pojadania między posiłkami	3	16	17	6
II. Dbłość o ciało				
10. Ubieram się odpowiednio do pogody (tzn. nie narażam się na zmarznięcie, nie przegrzewam się)	25	15	2	0
11. Unikam nadmiernego opalania się (np. używam kremów ochronnych, nakrywam głowę, unikam opalania się między godz. 10 a 14)	16	14	10	2
12. Czyszczę zęby co najmniej dwa razy dziennie	34	6	1	1
13. Chodzę do dentysty na badania kontrolne co 6 miesięcy	15	13	11	3
14. Wykonuję pomiar ciśnienia krwi jeden raz w roku	20	12	3	7

15. Wykonuję samobadanie piersi jeden raz w miesiącu	16	9	6	11
16. Wykonuję badanie cytologiczne jeden raz w roku	23	10	4	5
17. Wykonuję badania profilaktyczne zgodnie z zaleceniami lekarza	25	12	3	2
18. W przypadku zachorowania i wizyty u lekarza z tego powodu przestrzegam lekarskich zaleceń	28	12	2	0
III. Sen, odpoczynek i zdrowie psychiczne				
19. Kładę się spać o tej samej porze	15	16	8	3
20. Śpię w nocy około 6–7 godzin	24	13	4	1
21. Poświęcam co najmniej 20–30 minut dziennie na relaks/odpoczynek (np. „wyluzowuję się”, wykonuję ćwiczenia relaksacyjne, robię to, co lubię)	9	16	11	6
22. Dobrze radzę sobie z nadmiernym stresem (napięciami)	5	12	23	2
23. Pozytywnie myślę o sobie i świecie	6	23	11	2
24. Zwracam się do innych osób o pomoc w trudnych dla mnie sytuacjach (np. do rodziny, przyjaciół)	5	21	14	2
25. Spędzam czas ze znajomymi/przyjaciółmi co najmniej jeden raz w miesiącu	8	16	15	2
IV. Zachowanie bezpieczeństwa				
26. Zapinam pasy bezpieczeństwa w czasie jazdy samochodem osobowym	34	6	2	0
27. Używam kasku w czasie jazdy na rowerze (jeśli nie jeździsz na rowerze, pomiń to stwierdzenie)	9	3	3	18
28. Przestrzegam przepisów ruchu drogowego, gdy poruszam się pieszo, gdy jadę rowerem lub prowadzę samochód	31	7	2	1
29. Zachowuję się bezpiecznie nad wodą (np. kąpię się tylko w miejscach strzeżonych, nie skaczę „na główkę”, zakładam kapok, gdy pływam łódką, kajakiem)	32	5	2	3
30. Przestrzegam zasad bezpieczeństwa, posługując się urządzeniami elektrycznymi, maszynami oraz używając substancji chemicznych	35	6	1	0
V. Aktywność fizyczna				
31. Przeznaczam codziennie co najmniej 30 minut na zajęcia związane z umiarkowanym lub dużym wysiłkiem fizycznym (np. jogging, szybki marsz, uprawianie sportu, praca w ogrodzie lub gospodarstwie)	12	12	14	4
32. Uczęszczam na zorganizowane zajęcia ruchowe lub treningi co najmniej jeden raz w tygodniu	6	6	6	24
33. Zwiększam ilość ruchu i wysiłku fizycznego w codziennym życiu (np. gdy jest to możliwe, chodzę pieszo zamiast jeździć samochodem, autobusem czy tramwajem; chodzę po schodach zamiast jeździć windą)	15	10	12	5
34. Oglądam telewizję nie dłużej niż 2–3 godziny dziennie	17	14	8	3

Unikanie zachowań antyzdrowotnych

Badanym zaprezentowano pięć zachowań antyzdrowotnych i poproszono o deklarację, czy ich unikają. Większość kobiet unika zachowań szkodliwych dla zdrowia, o które pytano (tab. 4).

Kobiety zapytano także, w jakich sytuacjach najczęściej sięgają po papierosa, alkohol czy inne używki. 12 z nich wybrało odpowiedź „w towarzystwie”, 5 – „gdy jestem zdenerwowana”, 3 – „z przyzwyczajenia, to nałóg”, 4 – „bo lubię”. Jedna kobieta wybrała odpowiedź „inne” i dopisała, że pije wino do posiłku.

Tabela 4

Unikanie przez kobiety wybranych zachowań ryzykownych dla zdrowia (N = 42)

Zachowania ryzykowne dla zdrowia	TAK się zachowuję
Alkohol spożywam sporadycznie (okazjonalnie)	34
Ograniczam spożywanie dużej ilości alkoholu	31
Unikam przebywania wśród osób palących papierosy	28
Nie palę papierosów	34
Nie nadużywam leków bez zaleceń lekarza	35
Nie używam innych substancji psychoaktywnych	33

Plany kobiet dotyczące dbałości o zdrowie. Motywatory i utrudnienia

Ostatnia część kwestionariusza SPZZ dotyczyła planów na przyszłość odnośnie do podjęcia większej dbałości o zdrowie, rodzajów tej dbałości, a także motywatorów do jej podjęcia i tego, co ewentualnie może ją utrudniać.

Badane chciałyby przede wszystkim zwiększyć swoją aktywność fizyczną, poprawić dietę – jeść więcej warzyw i owoców oraz spożywać śniadania, lepiej radzić sobie ze stresem oraz robić badania kontrolne. Na pytanie, co by im w tym pomogło, najczęściej odpowiadały m.in.: więcej czasu, wsparcie innych osób (motywacja rodziny, znajomych), motywacja żeby schudnąć, przerwy w pracy, lepsza organizacja dnia.

Co kobietom utrudnia zwiększenie dbałości o zdrowie? Najczęściej pojawiały się odpowiedzi: brak czasu, lenistwo, obowiązki domowe, brak motywacji, brak towarzystwa.

Wnioski

Z przeprowadzonych badań pilotażowych wśród 42 kobiet wynika, że dobrze oceniają one swoje zdrowie oraz deklarują dbałość o nie. Wyniki dotyczące podejmowanych zachowań prozdrowotnych nie do końca to potwierdzają, o czym

świadczy dosyć niska średnia punktów uzyskana w *Skali Pozytywnych Zachowań Zdrowotnych* (66,4 pkt na 102 możliwe do uzyskania).

Poniżej zamieszczono główne wnioski:

1. Zdecydowana większość kobiet oceniała swoje zdrowie jako dobre lub bardzo dobre.
2. Kobiety wysoko oceniły swój dobrostan; na skali 0–10 średnio uzyskały 6,8 pkt.
3. Badane kobiety do zdefiniowania pojęcia *zdrowie* najczęściej używały określeń: dobre samopoczucie, dobra kondycja psychiczna i fizyczna ($n = 15$), najważniejsza rzecz/wartość ($n = 10$), brak chorób, dolegliwości, bólu ($n = 5$). Dbałość o zdrowie rozumiana jest przede wszystkim jako: dieta i ruch ($n = 34$), wykonywanie badań kontrolnych ($n = 13$).
4. Najwięcej kobiet ($n = 24$) w dużym stopniu dba o zdrowie, bo wie, że może dzięki temu uniknąć wielu chorób, a także długo cieszyć się dobrym samopoczuciem, kondycją i jakością życia. Na drugim miejscu znalazła się odpowiedź: „Zawsze dbam o zdrowie, bo jest to najważniejsza wartość w życiu” ($n = 21$).
5. Głównym źródłem wiedzy o zdrowiu dla badanych jest Internet, media społecznościowe.
6. W *Skali Pozytywnych Zachowań Zdrowotnych* (0–02 pkt) badane uzyskały średnio 66,4 pkt.
7. Badane kobiety chciałyby w najbliższym czasie zwiększyć swoją aktywność fizyczną, poprawić dietę, lepiej radzić sobie ze stresem oraz wykonywać regularnie badania kontrolne.

Styl życia i zachowania zdrowotne zmieniają się w cyklu życia i są zależne od płci. Promowanie zachowań prozdrowotnych poprzez odpowiednie działania (w tym edukację zdrowotną także w miejscu pracy – uzup. autorek) – może pomóc w zmniejszeniu istniejących dysproporcji zdrowotnych ze względu na płeć (Mollborn i in., 2020|). Istnieje więc potrzeba ciągłego zwiększania świadomości kobiet w różnym wieku na temat konieczności podejmowania indywidualnego wysiłku w kwestii dbania o zdrowie, zarówno w miejscu pracy, jak i poza nim, zwłaszcza w aspekcie starzenia się siły roboczej.

Planowany do opracowania na podstawie wyników badań właściwych program edukacji zdrowotnej dla kobiet może okazać się dobrym narzędziem do realizacji edukacji zdrowotnej w miejscu pracy. Podobny program dla mężczyzn pn. *Postaw na zdrowie* opracowano na podstawie wyników projektu realizowanego w latach 2017–2019 w Centralnym Instytucie Ochrony Pracy – Państwowym Instytucie Badawczym. Wówczas na podstawie wyników badań stwierdzono, że istnieją rozbieżności w deklaracjach mężczyzn dotyczących dbałości o zdrowie

oraz rzeczywistych podejmowanych zachowaniach zdrowotnych (Hildt-Ciupińska i Pawłowska-Cypriasiak, 2020). Potwierdziło to potrzebę edukowania mężczyzn i zwiększania ich świadomości zdrowotnej, zwłaszcza w grupie z niskim wykształceniem i wykonujących pracę fizyczną (Hildt-Ciupińska i Pawłowska-Cypriasiak, 2021).

Bibliografia

- Baszun, R., Zamęcki, A., Joniewicz, T. (2020). *Praca zawodowa a pełnienie ról opiekuńczych przez kobiety i mężczyzn w Polsce*. Forum Odpowiedzialnego Biznesu. <https://tinyurl.com/3z55ppp7>
- Broniecka, A., Wyka, J. (2013). Styl życia i stan zdrowia kobiet. *Bromatologia i Chemia Toksykologiczna*, 46(3), 363–371.
- Dworak, A., Dąbrowska-Wnuk, M. (2020). Analiza zachowań zdrowotnych aktywnych zawodowo kobiet a potrzeba działań edukacyjnych. *Edukacja Dorosłych*, 82(1), 113–129.
- Espinosa-Salas, S., Gonzales-Arias, A. (2023). *Behavior modification for lifestyle improvement*. National Library of Medicine. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK592418/>
- GUS. (2019). *Stan zdrowia ludności Polski w 2019 r.* Główny Urząd Statystyczny. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/stan-zdrowia-ludnosci-polski-w-2019-r-,26,1.html>
- Hildt-Ciupińska, K. (2009). Skala pozytywnych zachowań zdrowotnych dla kobiet. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 90(2), 185–190.
- Hildt-Ciupińska, K., Pawłowska-Cypriasiak, K. (2020). Positive health behaviors and their determinants among men active on the labor market in Poland. *American Journal of Men's Health*, 14(1). <https://doi.org/10.1177/1557988319899236>
- Hildt-Ciupińska, K., Pawłowska-Cypriasiak, K. (2021). Care for health among Polish men, taking into account social and economic factors, as well as the type of work. *Medycyna Pracy*, 72(4), 351–362. <https://doi.org/10.13075/mp.5893.01056>
- Maudryj, A.N., Riediger, N.D., Bombak, A.E. (2019). The relationships between health-related behaviours in the Canadian adult population. *BMC Public Health*, 19(1), 1359. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7674-4>
- Mauvais-Jarvis, F., Bairey Merz, N., Barnes, P.J., Brinton, R.D., Carrero, J.-J., DeMeo, D.L., De Vries, G.J., Epperson, C.N., Govindan, R., Klein, S.L., Lonardo, A., Maki, P.M., McCullough, L.D., Regitz-Zagrosek, V., Regensteiner, J.G., Rubin, J.B., Sandberg, K., Suzuki, A. (2020). Sex and gender: Modifiers of health, diseases and medicine. *The Lancet*, 396(10250), 565–582. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673620315610>
- Mollborn, S., Lawrence, E.M., Hummer, R.A. (2020). A gender framework for understanding helthy lifestyle. *Social Science & Medicine* (1982), 265, 113182. <https://doi.org/10.1016/j.socsci-med.2020.113182>
- Myjak, T. (2022). Praca zawodowa źródłem nieformalnej edukacji pracowników. *Kultura – Społeczeństwo – Edukacja*, 22(2), 165–175.
- Ostrowska, A. (1999). *Styl życia a zdrowie*. Wydawnictwo IFiS PAN.

- Rippe, J.M. (2018). Lifestyle medicine: The health promoting power of daily habits and practices. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 12(6), 499–512, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6367881/>
- Sarcoma. (2022). *Dlaczego się nie badamy? Profilaktyka nowotworowa Polek i Polaków. Raport*. Sarcoma. <https://www.sarcoma.pl/media/raport-2022.pdf>
- Spring, B., Moller, A.C., Coons, M.J. (2012). Multiple health behaviours: Overview and implications. *Journal of Public Health*, 34 Suppl 1(Suppl 1), i3–i10, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3284863/>
- Tulchinsky, T.H. (2018). Marc Lalonde, the health field concept and health promotion. *Case Studies in Public Health*, 523–541, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7150308/>
- Wojtyniak, B., Goryński, P. (red.). (2020). *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny.
- Woynarowska, B. (2017). *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Woynarowska-Soldan, M., Węziak-Białowska, D. (2012). Analiza psychometryczna Skali Pozytywnych Zachowań dla dorosłych. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 93(2), 369–376.

