

ZACHOWANIA ZDROWOTNE ORAZ ICH DETERMINANTY W GRUPIE AKTYWNYCH ZAWODOWO KOBIET

HEALTH BEHAVIORS AND THEIR DETERMINANTS
IN A GROUP OF PROFESSIONALLY ACTIVE WOMEN

Katarzyna Hildt-Ciupińska, Karolina Pawłowska-Cyprysiak

Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy / Central Institute for Labour Protection – National Research Institute,
Warsaw, Poland

INFORMACJE KLUCZOWE

- Troska kobiet o zdrowie jest przeciętna.
- Predyktorem dbałości o zdrowie kobiet jest wysokie poczucie własnej skuteczności.
- Należy zwiększać świadomość zdrowotną zwłaszcza wśród młodych kobiet.

HIGHLIGHTS

- Women's care for their health is average.
- A predictor of women's health care is a high sense of self-efficacy.
- Health awareness should be increased, especially among young women.

STRESZCZENIE

Wstęp: Styl życia jest uznawany za jeden z najważniejszych determinantów zdrowia, na który większość z nas ma wpływ i może go modyfikować. Konieczne jest jednak podnoszenie świadomości zdrowotnej wśród ludzi, aby wiedzieli, jak to robić skutecznie. Celem pracy była ocena zachowań zdrowotnych kobiet i określenie czynników je determinujących w grupie aktywnych zawodowo kobiet. **Materiał i metody:** Anonimowe badania kwestionariuszowe przeprowadzono wśród 927 kobiet w wieku 18–65 lat metodą wywiadu wspomaganego komputerowo – z wykorzystaniem opracowanej na potrzeby projektu książeczki ankietowej zawierającej wybrane narzędzia standardowe i ankietę osobową obejmującą dane metryczkowe oraz pytania dotyczące m.in. samooceny stanu zdrowia i dbałości o nie, rozumienia pojęć „zdrowie” i „dbałość o zdrowie”, źródeł informacji o zdrowiu. Do oceny zachowań zdrowotnych zastosowano *Skalę pozytywnych zachowań zdrowotnych* dla kobiet z pakietem pytań dotyczących zachowań antyzdrowotnych (m.in. palenie tytoniu, używanie alkoholu), obejmującą zestaw 34 stwierdzeń pogrupowanych w 5 podskalach: *Żywność, Dbłość o ciało, Zachowanie bezpieczeństwa, Sen, odpoczynek i zdrowie psychiczne i Aktywność fizyczna*. Skala służy do oceny indywidualnej dbałości o zdrowie, a jej wyniki podawane są w postaci punktów. **Wyniki:** Badania przeprowadzone wśród 927 kobiet wykazały, że dobrze oceniają one swoje zdrowie i deklarują, że o nie dbają. Wyniki dotyczące podejmowanych zachowań prozdrowotnych nie potwierdzają tego, o czym świadczy dość niski średni wynik uzyskany w *Skali pozytywnych zachowań zdrowotnych* (60,3 pkt na 102 możliwe do uzyskania). Poczucie własnej skuteczności okazało się najsilniejszym predyktorem pozytywnych zachowań zdrowotnych wśród kobiet, ich dbałość o zdrowie wzrastała wraz z wiekiem, a także była wyższa wśród tych wykonujących pracę umysłową w porównaniu z pracującymi fizycznie. **Wnioski:** Ze względu na rozbieżności pomiędzy samooceną opieki zdrowotnej kobiet a ich rzeczywistymi zachowaniami prozdrowotnymi istnieje potrzeba ciągłego zwiększania świadomości kobiet w każdym wieku na temat konieczności indywidualnej dbałości o swoje zdrowie, uwzględniając czynniki zarówno zawodowe, jak i pozazawodowe. Med Pr Work Health Saf. 2025;76(2):123–135

Słowa kluczowe: zachowania zdrowotne, dobrostan, kobiety, zdolność do pracy, psychospołeczne warunki pracy, rodzaj pracy

ABSTRACT

Background: Lifestyle is considered one of the most important determinants of health, which most of us have an influence on and can modify. However, it is necessary to raise health awareness among people so that they know how to do it effectively. The purpose of the study was to assess women's health behaviors and determine the factors that determine them in a group of professionally active women. **Material and methods:** Anonymous questionnaire surveys were conducted among 927 women aged 18–65 using the computer-assisted web interview method, using a survey developed for the project, containing selected standard tools and a personal questionnaire covering personal data and questions regarding, among others, self-assessment of health status and care for it, understanding the concepts of “health” and “care for health,” sources of information about health. The *Positive Health Behaviors Scale* for women was used to assess health behaviors, with a set of questions regarding anti-health behaviors (including smoking, alcohol use), including a set of 34 statements grouped into

5 subscales: *Nutrition, Body Care, Safety, Sleep, Rest and Mental Health*, and *Physical Activity*. The scale is used to assess individual health care, and its results are given in the form of points. **Results:** Studies conducted among 927 women showed that they assess their health well and declare that they take care of it. The results regarding the undertaken pro-health behaviors do not confirm this, as evidenced by the relatively low average score obtained in the *Positive Health Behaviors Scale* (60.3 pts out of 102 possible to obtain). Self-efficacy turned out to be the strongest predictor of positive health behaviors among women, women's care for their health increased with age, and was also higher among those women performing mental work compared to those performing physical work. **Conclusions:** Due to the discrepancies between women's self-assessment of health care and their actual health-related behaviours, there is a need to continuously increase the awareness of women of all ages about the need for individual care for their health, taking into account both professional and non-professional factors. *Med Pr Work Health Saf.* 2025;76(2):123–135

Key words: health behaviors, well-being, women, work ability, psychosocial work condition, type of work

Autorka do korespondencji / Corresponding author: Katarzyna Hildt-Ciupińska, Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy, ul. Czerniakowska 16, 00-701 Warszawa, e-mail: kahil@ciop.pl
Nadesłano: 17 grudnia 2024, zatwierdzono: 26 marca 2025

WSTĘP

Styl życia ma kluczowe znaczenie dla ogólnego stanu zdrowia i możliwości wystąpienia licznych schorzeń. Wiele chorób jest powodowanych lub też zwiększa się ryzyko ich wystąpienia przez niekorzystne dla zdrowia codzienne nawyki [1].

Pozytywne lub poprawiające zdrowie zachowania sprzyjają dobremu samopoczuciu, zmniejszają ryzyko chorób i podnoszą jakość życia. Zachowania przyczyniające się do poprawy zdrowia to: unikanie szkodliwych substancji (np. alkoholu i tytoniu), utrzymywanie odpowiedniego poziomu aktywności fizycznej, dobre odżywianie, odpowiednią ilość snu i radzenie sobie ze stresem. Zachowania negatywne lub zagrażające zdrowiu to natomiast takie, które zwiększają ryzyko zachorowania, obniżają dobrostan i pogarszają jakość życia. Zachowania zagrażające zdrowiu obejmują brak aktywności fizycznej, używanie substancji psychoaktywnych i nadmierne spożycie kalorii [2].

Zrozumienie czynników wpływających na zachowanie ma zasadnicze znaczenie dla opracowania skutecznych interwencji, w tym edukacji zdrowotnej, mających na celu prowadzenie 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 zachowania zagrażające zdrowiu lub zakłócać te prozdrowotne [3].

Celem niniejszej pracy jest ocena zachowań zdrowotnych kobiet i określenie czynników je determinujących w grupie aktywnych zawodowo kobiet w wieku 18–65 lat.

MATERIAŁ I METODY

W celu oceny zachowań zdrowotnych kobiet i określenia ich determinantów przeprowadzono przekrojowe bada-

nia kwestionariuszowe przy użyciu techniki *computer-assisted web interview*, czyli ankiety internetowej.

Badanie uzyskało zgodę Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycyny Wsi w Lublinie (uchwała nr 15/2023 20.06.2023 r.). Kobiety przystępowały do badania po wyrażeniu świadomej zgody na udział.

W ramach badania przeprowadzono 927 wywiadów kwestionariuszowych wśród kobiet z wykorzystaniem opracowanej w tym celu książeczki ankietowej, która zawierała:

- autorską ankietę opracowaną na potrzeby badania zawierającą metryczkę oraz pytania dotyczące m.in. samooceny zdrowia i dbałości o nie, rozumienia pojęć „zdrowie” i „dbałość o zdrowie”, źródeł informacji o zdrowiu oraz dobrostaniu;
- wskaźnik dobrego samopoczucia do oceny dobrostanu – *The World Health Organisation-Five Well-Being Index* (WHO-5) [4];
- *Skalę pozytywnych zachowań zdrowotnych* dla kobiet [5] wraz z pakietem pytań dotyczących zachowań antyzdrowotnych (m.in. palenia tytoniu, używania alkoholu) [6], obejmującą zestaw 34 stwierdzeń pogrupowanych w 5 podskalach: *Żywnienie, Dbalość o ciało, Zachowanie bezpieczeństwa, Sen, odpoczynek i zdrowie psychiczne, Aktywność fizyczna*. Skala służy do oceny indywidualnej dbałości o zdrowie, jej wynik mieści się w zakresie 0–102 pkt, a rzetelność wynosi 0,889. Dla podskal *Żywnienie, Aktywność fizyczna, Zachowanie bezpieczeństwa, Sen, odpoczynek i zdrowie psychiczne* i *Dbalość o ciało* a Cronbacha wynosi 0,645–0,952;
- *Indeks zdolności do pracy* (*Work Ability Index*) w polskiej adaptacji Pokorskiego [7] to kwestionariusz służący subiektywnej ocenie zdolności do pracy. Jest to narzędzie służące do oszacowania stopnia, w jakim pracownik jest zdolny do wykonywania swojej pracy (zdolności umysłowe i fizyczne). Indeks

obejmuje 7 cech, z których każda jest oceniana za pomocą ≥ 1 pytania;

- *Kopenhaski kwestionariusz psychospołeczny (Copenhagen Psychosocial Questionnaire – COPSOQ II)* [8] – wybrane skale: *Zdrowie i samopoczucie, Poczucie skuteczności, Wypalenie, Depresja, Stres: somatyczny, psychologiczny, poznawczy, Równowaga praca–życie, Możliwości rozwoju, Wsparcie współpracowników, Wsparcie przełożonego, Znaczenie pracy, Zadowolenie z pracy*.

Dobór próby

Do badań kwestionariuszowych kobiety dobrano w sposób celowy ze względu na wiek (zakres: 18–65 lat) i rodzaj wykonywanej pracy (umysłowa, fizyczna lub umysłowo-fizyczna).

Analiza statystyczna wyników

Do analiz statystycznych posłużył pakiet statystyczny SPSS Statistics 29 (IBM Armonk, Nowy Jork, Stany Zjednoczone). Obliczono podstawowe statystyki opisowe (częstości, średnie, odchylenie standardowe, wartości minimalne i maksymalne). Przyjęto poziom istotności na poziomie $\alpha = 0,05$, a wykonane testy były dwustronne.

Wykonano test niezależności χ^2 Pearsona w celu sprawdzenia, czy istnieje zależność między zmienną grupującą a mierzoną cechą. W celu oszacowania siły tej relacji obliczono V Cramera. Aby określić, w jaki sposób grupy różnią się, przeprowadzono test 2 proporcji Z dla grup niezależnych z poprawką Benjaminiego-Hochberga. W przypadku testowania różnic w zakresie zmiennych wykonano jednoczynnikową analizę wariancji (*analysis of variance* – ANOVA) dla grup niezależnych, a następnie testy *post hoc* Tukeya w celu porównań wielokrotnych parami.

W celu określenia istotności różnic poza wykonaniem testów korelacji r Pearsona przeprowadzono wielokrotną regresję hierarchiczną oraz model regresji z interakcją (moderację), a także analizę mediacji prostej oraz mediacji seryjnej. Użyto w tym celu dodatku do SPSS makra PROCESS.

W badaniu opracowano modele wielowymiarowej analizy kowariancji (*multivariate analysis of covariance* – MANCOVA) i analizy kowariancji jednej zmiennej (*analysis of covariance* – ANCOVA).

WYNIKI

Charakterystyka badanych

W badaniu wzięło udział 927 kobiet. W próbie wiek rozkładał się proporcjonalnie. Osoby w wieku 18–33 lat

stanowiły 35%, 34–48 lat – 33%, a 49–65 lat – 32% ogółu. Analizując pozostałe cechy demograficzne, wykazano, że 23% badanych kobiet mieszkało na wsiach, 14% – w małych miastach, 27% – w średnich, a 37% – w dużych. Wykształceniem wyższym legitymowało się 33% respondentek, średnim – 29%, zawodowym – 19%, policealnym – 13%, a niższym – 8%. Blisko 74% badanych było w związku, a 66% miało dzieci. Opiekę nad osobą zależną sprawowało 19% respondentek. Blisko 51% kobiet oceniło swoją sytuację materialną jako przeciętną, a 35% – jako dobrą.

W badanej próbie rodzaj pracy rozkładał się proporcjonalnie. Pracę umysłową wykonywało 34%, fizyczną – 33%, a umysłowo-fizyczną – 33% badanych. Tylko 17% badanych kobiet zajmowało stanowiska kierownicze.

Wielkość przedsiębiorstw, w których były zatrudnione badane, rozkładała się mniej więcej proporcjonalnie. Blisko 30% respondentek było zatrudnionych w dużych przedsiębiorstwach, po 24% – w średnich i małych, a 21% – w mikroprzedsiębiorstwach. Trzy czwarte badanych pracowało w sektorze prywatnym, pozostałe osoby w sektorze publicznym.

Samoocena zdrowia kobiet

Z badań wynika, że 6 na 10 kobiet oceniło swoje zdrowie jako dobre (agregat dla odpowiedzi „bardzo dobre” oraz „dobre”). Trzy respondenci na 10 udzieliły odpowiedzi „takie sobie”. Jedynie co 20 badana oceniała swoje zdrowie jako złe. Jednocześnie nie wykazano zależności między rodzajem pracy a ogólnym zdrowiem ($\chi^2_{(8)} = 10,91$, $p = 0,207$) (rycina 1a).

Samoocena dobrostanu kobiet

Respondenci oceniały także ogólny poziom dobrostanu, odpowiadając na pytanie: „Jak Pani ocenia swój dobrostan?”, w skali 0–10 pkt oraz wypełniając składającą się z 5 pytań skalę dobrostanu, w której mogły otrzymać 0–25 pkt (im wyższy wynik, tym większy dobrostan). Średni wynik uzyskany w samoocenie dobrostanu wyniósł 6,39 pkt, a w skali dobrostanu – 12,71 pkt. Nie stwierdzono istotnych różnic w deklarowanym poziomie dobrostanu w zależności od rodzaju wykonywanej pracy oraz wieku (tabela 1).

Samoocena dbałości o zdrowie

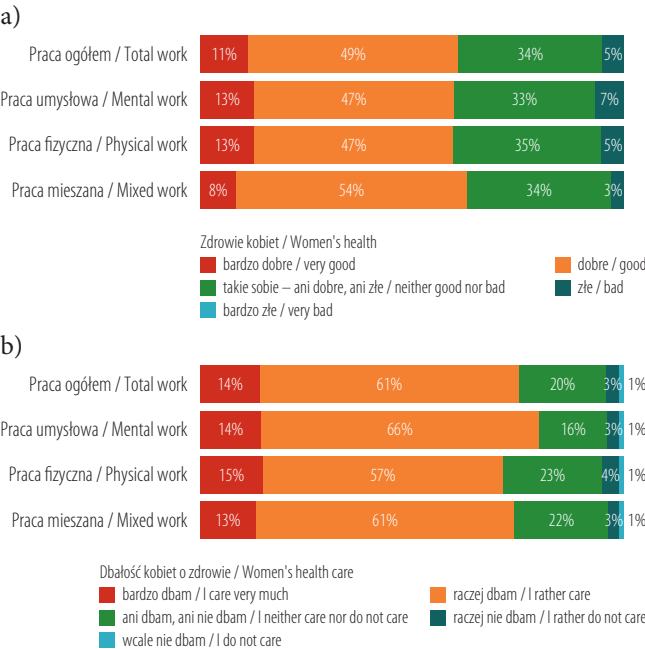
Badane zapytano o to, w jakim stopniu dbają o swoje zdrowie. Trzy czwarte z nich wskazało, że dba o nie (agregat dla odpowiedzi „bardzo dbam o swoje zdrowie” oraz „raczej dbam o swoje zdrowie”), co piąta kobieta odpowiedziała „ani dbam, ani nie dbam”, a odse-

Tabela 1. Dobrostan kobiet (N = 927) – badania ogólnopolskie przeprowadzone w grupie kobiet w lipcu 2024 r.
Table 1. Women's well-being (N = 927) – nationwide research conducted in a group of women in July 2024, Poland

Zmienna Variable	Dobrostan [pkt] Well-being [pts] (M±SD)	
	skala WHO ^a WHO scale ^a	samoocena ^b self-assessment ^b
Praca / Work		
ogółem / total	12,71±5,351	6,39±2,07
umysłowa / mental	12,66±5,37	6,59±2,03
fizyczna / physical	12,78±5,69	6,28±2,20
umysłowo-fizyczna / mixed	12,70±4,99	6,28±1,95
Wiek / Age		
18–33 lata / years	12,75±5,13	6,38±2,02
34–48 lat / years	13,10±5,38	6,44±2,11
49–65 lat / years	12,28±5,55	6,33±2,08

^a 0–25 pkt / pts.
^b 0–10 pkt / pts.

tek pozostałych odpowiedzi wyniósł 4%. Jednocześnie nie wykazano zależności między rodzajem pracy a oceną dbania o zdrowie ($\chi^2_{(8)} = 8,17, p = 0,418$) (rycina 1b).



Rycina 1. Samoocena a) zdrowia kobiet i b) dbałości kobiet o zdrowie – badania ogólnopolskie przeprowadzone w grupie kobiet w lipcu 2024 r.
Figure 1. Women's self-assessment of a) health and b) care for health – nationwide research conducted in a group of women in July 2024, Poland

Zdrowie psychiczne i czynniki psychospołeczne
Zdrowie psychiczne, poczucie skuteczności, zadowolenie z pracy i czynniki psychospołeczne w miejscu pracy oceniono za pomocą kwestionariusza COPSOQ II, w którym badane mogły uzyskać 0–100 pkt. Mierzone nim problemy zdrowia psychicznego (tj. trudności ze snem, napięcie psychiczne, stres, depresja i wypalenie) okazały się nie bardzo nasilone. Z badania wynika, że kobiety, biorąc pod uwagę rodzaj wykonywanej pracy, różniły się nieznacznie w ocenach dotyczących zdrowia psychicznego i psychospołecznych czynników obecnych w miejscu pracy. Istotne statystycznie zależności odnotowano w przypadku podskal: *Poczucie skuteczności*, *Możliwości rozwoju*, *Znaczenie pracy* i *Zadowolenie z pracy* (we wszystkich najwyższe wyniki osiągnęły badane wykonujące pracę umysłową) (tabela 2).

Zdolność do pracy
Średnia wartość wskaźnika mierzonego *Indeksem zdolności do pracy* wyniosła M±SD 37,48±6,84. Rodzaj pracy różnicował zdolność do pracy – kobiety wykonujące tę umysłową cechowały się wyższą zdolnością do pracy niż badane z 2 pozostałych grup. Blisko 1 na 10 kobiet charakteryzowała się mierną zdolnością do pracy, 3 na 10 cechowały się zdolnością umiarkowaną, 4 na 10 – dobrą, a 2 na 10 – doskonałą (tabela 2).

Zachowania zdrowotne
Z punktu widzenia dbałości o zdrowie oczekiwane są zachowania prozdrowotne, czyli świadome działania ukierunkowane na poprawę lub utrzymanie zdrowia w dobrym stanie. Do takich działań zalicza się odpowiednie żywienie, dbałość o ciało, sen, odpoczynek i zdrowie psychiczne, zachowanie bezpieczeństwa oraz aktywność fizyczną.

Zachowania prozdrowotne
Średni poziom zachowań prozdrowotnych mierzonych skalą *Skalą pozytywnych zachowań zdrowotnych* wśród badanych wyniósł 60,3 pkt (zakres: 0–102 pkt). Można więc stwierdzić, że pozytywne zachowania zdrowotne były na średnim poziomie. Dokonano porównania pozytywnych zachowań zdrowotnych między grupami wykonującymi różne rodzaje pracy i stwierdzono, że rodzaj wykonywanej pracy znacząco różnicował poziom pozytywnych zachowań zdrowotnych. Ogólnie rzecz biorąc, badane wykonujące pracę umysłową wykazywały istotnie statystycznie wyższy niż te wykonujące pracę fizyczną czy umysłowo-fizyczną poziom ogólnych pozytywnych zachowań zdrowotnych, a także tych doty-

Tabela 2. Psychospołeczne warunki pracy, zdrowie oraz zdolność do pracy kobiet ogółem i w podziale na rodzaj pracy (N = 927) – badania ogólnopolskie przeprowadzone w grupie kobiet w lipcu 2024 r.**Table 2.** Psychosocial work condition, health and work ability among women – total and by type of work (N = 927) – nationwide research conducted in a group of women in July 2024, Poland

Zmienna Variable	Wynik [pkt] Score [pts] (M±SD)				F(2; 924)
	praca ogółem total work	praca umysłowa mental work	praca fizyczna physical work	praca umysłowo-fizyczna mixed work	
Psychospołeczne warunki pracy / Psychosocial work condition					
poczucie skuteczności / self efficacy	51,22±23,08	53,02±23,02	48,58±24,17	52,2±21,84	3,158*
wypalenie / burnout	46,49±24,01	43,38±23,76	48,87±23,99	47,29±24,02	4,347**
depresja / depression	38,03±24,07	35,04±2389	39,13±24,12	40,02±23,99	3,814*
konflikt praca–rodzina / work–family conflict	43,52±25,24	41,33±24,96	44,35±24,90	44,96±25,78	1,86
konflikt rodzina–praca / family–work conflict	20,36±27,96	20,85±28,00	20,76±28,77	19,45±27,15	0,24
wsparcie współpracowników / coworkers support	48,17±24,66	47,75±24,16	46,95±25,32	49,81±24,50	1,10
wsparcie przełożonych / supervisor support	45,10±27,73	45,45±26,69	43,87±28,32	45,97±28,23	0,48
możliwości rozwoju / possibilities for development	51,90±25,15	57,54±22,96	43,19±26,15	54,79±24,00	30,08***
znaczenie pracy / meaning of work	59,92±25,49	63,39±24,62	55,94±25,40	60,35±25,98	6,78**
niepewność zatrudnienia / job insecurity	36,14±26,38	34,50±26,67	37,36±26,97	36,62±25,46	0,98
zadowolenie z pracy / job satisfaction	65,24±19,49	67,72±16,74	62,03±21,56	65,89±19,56	6,96**
Zdrowie / Health					
ogólne / total	66,67±18,73	66,27±19,93	66,83±19,06	66,91±17,12	0,108
problemy ze snem / sleep disturbances	37,20±23,93	35,93±23,04	38,96±24,55	36,74±24,18	1,332
napiecie psychiczne / mental tension	43,30±23,02	40,27±23,04	44,34±22,92	45,39±22,88	4,318**
stres somatyczny / somatic stress	27,32±20,96	24,39±20,72	29,51±21,48	28,16±20,40	5,027***
stres poznawczy / cognitive stress	30,60±23,12	27,97±23,19	31,81±23,54	32,10±22,45	3,117*
wypalenie / burnout	46,49±24,01	43,38±23,76	48,87±23,99	47,29±24,02	4,347**
depresja / depression	38,03±24,07	35,04±2389	39,13±24,12	40,02±23,99	3,814*
Zdolność do pracy / Work ability	37,48±6,84	38,14±6,94	36,75±7,04	37,53±6,47	3,22*

* p < 0,05, ** p < 0,01, *** p < 0,001.

czących żywienia, dbałości o ciało, snu, odpoczynku i zdrowia psychicznego oraz zachowania bezpieczeństwa. Rodzaj pracy nie różnicował natomiast zachowań zdrowotnych dotyczących aktywności fizycznej (tabela 3).

Predyktory pozytywnych zachowań zdrowotnych

W celu określenia, jakie czynniki istotnie przewidują pozytywne zachowania zdrowotne kobiet, opracowano model MANCOVA, gdzie zmiennymi zależnymi były jego składowe, tzn. żywienie, dbałość o ciało, sen, odpoczynek i zdrowie psychiczne, zachowanie bezpieczeństwa oraz aktywność fizyczna. Jako czynniki stałe wprowadzono stan cywilny, opiekę nad osobą zależną, rodzaj

pracy, stanowisko kierownicze, typ przedsiębiorstwa, korzystanie z prywatnych placówek medycznych i edukację zdrowotną w miejscu pracy. Zmiennymi współwystępującymi były: wiek, liczba dzieci, wielkość miejscowości w miejscu zamieszkania, sytuacja materialna, wykształcenie, wielkość przedsiębiorstwa, zdolność do pracy, wskaźnik masy ciała (*body mass index* – BMI), ogólne zdrowie, samopoczucie, psychospołeczne warunki pracy oraz czas od ostatniej wizyty u lekarza. W pierwszej kolejności wykonano test Boksa, który okazał się nieistotny statystycznie (M Boksa = 381,19, F(240; 6900,44) = 1,11, p = 0,118), co wskazuje, że spełniono założenie homogeniczności kowariancji.

Tabela 3. Pozytywne zachowania zdrowotne ogółem i w podziale na rodzaj pracy – badanie ogólnopolskie przeprowadzone w grupie kobiet w lipcu 2024 r.

Table 3. Positive health behaviors in general and by type of work – nationwide research conducted in a group of women in July 2024, Poland

Pozytywne zachowanie zdrowotne Positive health behavior	Wynik [pkt] Score [pts] (M±SD)				F(2; 924)
	praca ogółem work total (N = 927)	praca umysłowa mental work (N = 315)	praca fizyczna physical work (N = 306)	praca umysłowo-fizyczna mixed work (N = 306)	
Skala pozytywnych zachowań zdrowotnych (0–102 pkt) / Positive Health Behaviors Scale (0–102 pts)	60,30±16,52	63,74±15,26	57,29±17,48	59,75±16,17	12,38***
Żywnienie (0–27 pkt) / Nutrition (0–27 pts)	14,52±5,64	15,63±5,38	13,56±5,80	14,35±5,57	10,89***
Dbłość o ciało (0–27 pkt) / Body Care (0–27 pts)	16,95±5,59	18,05±5,23	16,10±5,76	16,66±5,61	10,26***
Sen, odpoczynek i zdrowie psychiczne (0–21 pkt) / / Sleep, Rest and Mental Health (0–21 pts)	11,22±4,52	11,93±4,39	10,89±4,68	10,82±4,41	5,93**
Zachowanie bezpieczeństwa (0–15 pkt) / / Safety (0–15 pts)	11,66±3,04	12,10±2,69	11,08±3,26	11,80±3,06	9,51***
Aktywność fizyczna (0–15 pkt) / Physical Activity (0–15 pts)	5,94±2,93	6,03±2,89	5,67±2,95	6,12±2,96	2,04

** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

Analiza MANCOVA wykazała, że zestaw zmiennych zależnych określających pozytywne zachowania zdrowotne umiarkowanie różnicuje poczucie skuteczności, a słabo – wiek, BMI, wypalenie, napięcie psychiczne, depresję, stres somatyczny, konflikt rodzina–praca, wsparcie współpracowników, zadowolenie z pracy, czas od ostatniej wizyty lekarskiej i korzystanie z prywatnych placówek medycznych (tabela 4).

Aby określić czynniki przewidujące składowe pozytywnych zachowań zdrowotnych, opracowano 5 modeli ANCOVA dla każdej zmiennej zależnej, czyli żywienia, dbałości o ciało, snu, odpoczynku i zdrowia psychicznego, zachowania bezpieczeństwa oraz aktywności fizycznej. Czynniki stałe i zmienne towarzyszące pozostały bez zmian. Przed wykonaniem właściwych analiz sprawdzono założenie na temat homogeniczności wariancji przy użyciu testu Levena. Testy okazały się nieistotne statystycznie, co oznacza, że wariancje we wszystkich grupach dla każdego z modeli były równe. Opracowane modele wyjaśniają od 19% (aktywność fizyczna) do 47% (sen, odpoczynek i zdrowie psychiczne) wariancji. Efekty dla aktywności fizycznej i żywienia należy interpretować jako umiarkowane, a pozostałe – jako silne. We wszystkich modelach najsilniejszym czynnikiem przewidującym pozytywne zachowania zdrowotne okazało się poczucie skuteczności.

Angażowanie się w zdrowe odżywianie się wzrastało wraz z wiekiem ($\beta = 0,12$, $p = 0,008$), poczuciem sku-

teczności ($\beta = 0,22$, $p < 0,001$), ze wsparciem współpracowników ($\beta = 0,10$, $p = 0,032$) i z zadowoleniem z pracy ($\beta = 0,12$, $p = 0,008$), a spadało wraz z czasem od ostatniej wizyty lekarskiej ($\beta = -0,10$, $p = 0,008$). Wszystkie te efekty były słabe.

Dbłość o ciało wzrastała wraz z wiekiem ($\beta = 0,19$, $p < 0,001$), poczuciem skuteczności ($\beta = 0,16$, $p < 0,001$), wsparciem współpracowników ($\beta = 0,16$, $p < 0,001$), zadowoleniem z pracy ($\beta = 0,12$, $p = 0,008$), wypaleniem ($\beta = 0,13$, $p = 0,015$), a malała wraz z depresją ($\beta = -0,15$, $p = 0,005$) i czasem od ostatniej wizyty lekarskiej ($\beta = -0,19$, $p < 0,001$). Cechę tę różnicował stan cywilny i korzystanie z prywatnych placówek medycznych. W pierwszym przypadku osoby niebędące w związkach w mniejszym stopniu dbały o swoje ciało niż te w związkach ($D = 1,07$, $p = 0,010$). Ludzie, którzy korzystali wyłącznie z prywatnych placówek medycznych, w większym stopniu dbali o ciało niż ci leczący się w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) ($D = -1,29$, $p = 0,003$) i korzystający z obu typów placówek ($D = -1,92$, $p = 0,003$). Wszystkie efekty należy interpretować jako słabe.

Poziom zachowań związanych z dbaniem o sen, odpoczynek i zdrowie psychiczne wzrastał wraz z lepszą sytuacją materialną ($\beta = 0,08$, $p = 0,015$), poczuciem skuteczności ($\beta = 0,27$, $p < 0,001$), wsparciem współpracowników ($\beta = 0,18$, $p < 0,001$) i stresem poznawczym ($\beta = 0,11$, $p = 0,030$), a spadał wraz z problemami

Tabela 4. Czynniki przewidujące pozytywne zachowania zdrowotne (N = 780) – badania ogólnopolskie przeprowadzone w grupie kobiet w lipcu 2024 r.**Table 4.** Factors predicting positive health behaviors (N = 780) – nationwide research conducted in a group of women in July 2024, Poland

Czynnik / Factor	λ	F	df _{hipotezy / hypotheses}	df _{błędu / error}	η_p^2
Wiek / Age	0,96	6,13***	5	734	0,04
Stan cywilny / Marital status	0,99	1,96	5	734	0,01
Liczba dzieci / Number of children	1	0,50	5	734	0
Opieka nad osobą zależną / Caring for a dependent person	0,99	1,83	5	734	0,01
Wielkość miejscowości zamieszkania / Size of the place of residence	0,99	1,23	5	734	0,01
Wykształcenie / Education	1	0,70	5	734	0
Rodzaj pracy / Type of work	0,98	1,71	10	1468	0,01
Wielkość przedsiębiorstwa / Size of the enterprise	0,99	1,92	5	734	0,01
Typ przedsiębiorstwa / Company typ	1	0,09	5	734	0
Stanowisko kierownicze / Management position	0,99	0,96	5	734	0,01
Sytuacja materialna / Financial situation	0,99	1,38	5	734	0,01
Zdolność do pracy / Work ability	0,99	1,27	5	734	0,01
BMI	0,95	7,47***	5	734	0,05
Ogólne zdrowie / General health	0,99	0,95	5	734	0,01
Poczucie skuteczności / Self-efficacy	0,90	15,92***	5	734	0,10
Problemy ze snem / Sleep problems	0,99	2,05	5	734	0,01
Wypalenie / Burnout	0,97	3,81**	5	734	0,03
Napięcie psychiczne / Mental tension	0,97	3,79**	5	734	0,03
Depresja / Depression	0,98	2,49*	5	734	0,02
Stres somatyczny / Somatic stress	0,98	3,35**	5	734	0,02
Stres poznawczy / Cognitive stress	0,99	1,99	5	734	0,01
Konflikt praca–rodzina / Work–family conflict	0,99	1,94	5	734	0,01
Konflikt rodzina–praca / Family–work conflict	0,98	2,71*	5	734	0,02
Wsparcie współpracowników / Support from colleagues	0,97	5,26***	5	734	0,03
Wsparcie przełożonych / Support from superiors	1	0,38	5	734	0
Możliwości rozwoju / Development opportunities	0,99	1,65	5	734	0,01
Znaczenie pracy / The importance of work	0,99	0,89	5	734	0,01
Niepewność zatrudnienia / Job insecurity	1	0,16	5	734	0
Zadowolenie z pracy / Job satisfaction	0,98	3,24**	5	734	0,02
Typ umiejscowienia kontroli zdrowia / Health locus of control	0,96	0,90	35	3090	0,01
Czas od ostatniej wizyty lekarskiej / Time since the last doctor's visit	0,95	7,72***	5	734	0,05
Korzystanie z prywatnych placówek medycznych / Use of private medical facilities	0,96	2,85**	10	1468	0,02
Edukacja zdrowotna w miejscu pracy / Health education at work	1	0,68	5	734	0

df – liczba stopni swobody / number of degrees of freedom, F – stosunek zmienności między grupami do zmienności wewnątrz grup / ratio of variability between groups to variability within groups, λ – siła związku między zmiennymi nominalnymi / strength of the relationship between nominal variables, η_p^2 – częściowy η^2 pokazuje, jak duży wpływ miał dany czynnik na zmienną zależną, po wyłączeniu wpływu innych zmiennych / partial η^2 is a measure of effect size used in ANOVA; it indicates the proportion of variance in the dependent variable explained by a specific factor, excluding the influence of other factors.

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

ze snem ($\beta = -0,09$, $p = 0,013$), napięciem psychicznym ($\beta = -0,20$, $p < 0,001$) i depresją ($\beta = -0,15$, $p = 0,004$). Efekt dla poczucia skuteczności okazał się umiarkowany, a dla pozostałych zmiennych był słaby.

Zachowanie bezpieczeństwa wzrastało wraz z wiekiem ($\beta = 0,19$, $p < 0,001$), poczuciem skuteczności ($\beta = 0,11$, $p = 0,002$) i wypaleniem ($\beta = 0,21$, $p < 0,001$), a spadało wraz ze stresem somatycznym ($\beta = -0,19$, $p < 0,001$)

Tabela 5. Czynniki przewidujące składowe pozytywne zachowania zdrowotnych (N = 780) – badania ogólnopolskie przeprowadzone w grupie kobiet w lipcu 2024 r.
Table 5. Factors predicting components of positive health behaviors (N = 780) – nationwide research conducted in a group of women in July 2024, Poland

Czynnik Factor	df	Pozytywne zachowanie zdrowotne Positive health behavior										aktywność fizyczna physical activity (R ² = 0,19***)
		sen, odpoczynek i zdrowie psychiczne sleep, rest and mental health (R ² = 0,47***)					zachowanie bezpieczeństwa safety behaviors (R ² = 0,26***)					
		F	η ² _p	F	η ² _p	F	η ² _p	F	η ² _p	F	η ² _p	
Wiek / Age	1	7,16**	0,01	19,81***	0,03	3,67	0,00	18,62***	0,02	0,85	0,00	0,00
Stan cywilny / Marital status	1	0,33	0,00	6,67*	0,01	0,03	0,00	2,98	0,00	0,00	0,00	0,00
Liczba dzieci / Number of children	1	1,24	0,00	1,06	0,00	1,96	0,00	0,45	0,00	0,38	0,00	0,00
Opieka nad osobą zależną / Caring for a dependent person	1	0,30	0,00	1,20	0,00	0,30	0,00	3,88*	0,01	1,99	0,00	0,00
Wielkość miejscowości zamieszkania / Size of the place of residence	1	0,08	0,00	0,10	0,00	1,57	0,00	1,90	0,00	1,26	0,00	0,00
Wykształcenie / Education	1	0,78	0,00	0,41	0,00	2,66	0,00	0,01	0,00	0,02	0,00	0,00
Rodzaj pracy / Type of work	2	1,86	0,01	1,64	0,00	1,21	0,00	1,91	0,01	0,60	0,00	0,00
Wielkość przedsiębiorstwa / Size of the enterprise	1	0,28	0,00	1,11	0,00	3,48	0,00	1,72	0,00	0,69	0,00	0,00
Typ przedsiębiorstwa / Company type	1	0,32	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,04	0,00	0,00
Stanowisko kierownicze / Management position	1	0,86	0,00	0,36	0,00	0,67	0,00	0,50	0,00	2,19	0,00	0,00
Sytuacja materialna / Financial situation	1	0,67	0,00	0,23	0,00	6,00*	0,01	0,15	0,00	1,83	0,00	0,00
Zdolność do pracy / Work ability	1	0,23	0,00	0,10	0,00	1,03	0,00	2,63	0,00	0,94	0,00	0,00
BMI	1	2,84	0,00	0,32	0,00	0,78	0,00	0,63	0,00	26,64***	0,03	0,00
Ogólne zdrowie / General health	1	0,00	0,00	2,24	0,00	1,90	0,00	0,00	0,00	0,10	0,00	0,00
Poczucie skuteczności / Self-efficacy	1	28,66***	0,04	20,20***	0,03	73,87***	0,09	9,57**	0,01	17,56***	0,02	0,00
Problemy ze snem / Sleep problems	1	0,00	0,00	0,52	0,00	6,23*	0,01	0,37	0,00	1,00	0,00	0,00
Wypalenie / Burnout	1	0,09	0,00	5,89*	0,01	1,47	0,00	15,09***	0,02	0,00	0,00	0,00
Napięcie psychiczne / Mental tension	1	0,68	0,00	0,49	0,00	12,91***	0,02	1,23	0,00	0,45	0,00	0,00
Depresja / Depression	1	0,76	0,00	5,97*	0,01	8,15**	0,01	0,03	0,00	0,42	0,00	0,00
Stres somatyczny / Somatic stress	1	3,66	0,00	3,79	0,01	0,00	0,00	13,41***	0,02	1,73	0,00	0,00
Stres poznawczy / Cognitive stress	1	2,42	0,00	0,10	0,00	4,73*	0,01	2,47	0,00	0,29	0,00	0,00
Konflikt praca–rodzina / Work–family conflict	1	0,02	0,00	2,38	0,00	1,84	0,00	0,06	0,00	3,10	0,00	0,00
Konflikt rodzina–praca / Family–work conflict	1	0,01	0,00	3,30	0,00	1,17	0,00	5,83*	0,01	0,87	0,00	0,00
Wsparcie współpracowników / Support from colleagues	1	4,60*	0,01	10,50**	0,01	22,62***	0,03	0,63	0,00	3,75	0,01	0,01

Wsparcie przełożonych / Support from superiors	1	1,07	0,00	0,99	0,00	0,03	0,00	0,21	0,00	0,00	0,00
Możliwości rozwoju / Development opportunities	1	1,11	0,00	0,08	0,00	3,00	0,00	3,68	0,00	0,95	0,00
Znaczenie pracy / The importance of work	1	0,57	0,00	0,72	0,00	2,17	0,00	1,84	0,00	0,10	0,00
Niepełność zatrudnienia / Job insecurity	1	0,46	0,00	0,17	0,00	0,36	0,00	0,04	0,00	0,01	0,00
Zadowolenie z pracy / Job satisfaction	1	6,73*	0,01	14,01***	0,02	0,27	0,00	1,78	0,00	1,95	0,00
Typ umiejscowienia kontroli zdrowia / Health locus of control	7	0,58	0,01	1,74	0,02	0,77	0,01	0,62	0,01	0,69	0,01
Czas od ostatniej wizyty lekarskiej / Time since the last doctor's visit	1	7,49**	0,01	36,85***	0,05	0,77	0,00	2,55	0,00	2,61	0,00
Korzystanie z prywatnych placówek medycznych / Use of private medical facilities	2	0,00	0,00	8,28***	0,02	2,09	0,01	3,79*	0,01	1,10	0,00
Edukacja zdrowotna w miejscu pracy / Health education at work	1	0,10	0,00	0,66	0,00	0,93	0,00	1,10	0,00	0,06	0,00

df – liczba stopni swobody / number of degrees of freedom, F – stosunek zmienności między grupami do zmienności wewnątrz grup / ratio of variability between groups to variability within groups, η^2 – częściowy η^2 pokazuje, jak duży wpływ miał dany czynnik na zmienną zależną, po wyłączeniu wpływu innych zmiennych / partial η^2 is a measure of effect size used in ANOVA; it indicates the proportion of variance in the dependent variable explained by a specific factor, excluding the influence of other factors.

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

i konfliktem rodzina–praca ($\beta = -0,10$, $p = 0,016$). Cechę tę różnicowała również opieka nad osobą zależną i korzystanie z prywatnych placówek medycznych. W pierwszym przypadku ci, którzy zajmowali się osobą zależną, rzadziej podejmowali aktywności w zakresie zachowania bezpieczeństwa ($D = 0,49$, $p = 0,049$). Osoby, które korzystały wyłącznie z prywatnych placówek medycznych, w większym stopniu dbały o ciało niż te leczące się w ramach NFZ ($D = -0,58$, $p = 0,021$). Wszystkie zaobserwowane efekty były słabe.

W przypadku aktywności fizycznej zaobserwowano wyłącznie 2 istotne korelaty. Zachowania te nasilały się wraz z poczuciem skuteczności ($\beta = 0,17$, $p < 0,001$), a osłabiały się wraz ze spadkiem BMI ($\beta = -0,20$, $p < 0,001$) (tabela 5).

OMÓWIENIE

Podjęty temat i badania nad dbałością kobiet o zdrowie wpisują się w cele zrównoważonego rozwoju, zawarte w rezolucji Organizacji Narodów Zjednoczonych [9]. W raporcie wskazano na dużą rolę kobiet na świecie oraz na to, że ich działalność i zdolności przywódcze są kluczem do rozwiązania globalnych problemów. Kobiety odgrywają wiele ważnych ról społecznych – są matkami, opiekunkami, a także pracują zawodowo. Jednym z 17 celów zrównoważonego rozwoju zawartych we wspomnianej rezolucji [9] jest dobre zdrowie i jakość życia; w tym celu uwzględniono m.in. rekomendacje dotyczące zdrowia kobiet. Zapewnienie im równego dostępu do edukacji, opieki zdrowotnej, zasobów gospodarczych i pracy jest podstawowym warunkiem wzmacniania roli kobiet w zrównoważonym rozwoju, bowiem tylko dzięki całościowemu podejściu można pokazać ich różnorodność i zadbać o ich zdrowie, nie tylko reprodukcyjne. Zintegrowane podejście do ról społecznych, biologicznych i zawodowych kobiet pozwoli na pełne wydobywanie ich potencjału, kluczowego dla zrównoważonego rozwoju [10,11].

Z niniejszych badań wynika, że kobiety dobrze oceniały swoje zdrowie; zadeklarowały, że raczej o nie dbają, ale zachowania prozdrowotne zmierzone *Skalą pozytywnych zachowań zdrowotnych* dały wynik przeciętny – najwyższe wyniki badane uzyskały w podskali *Dbłość o ciało* (w tym badania profilaktyczne), a najniższy w *Aktywności fizycznej*. Z danych dotyczących sytuacji zdrowotnej kobiet i mężczyzn w Polsce wynika, że kobiety w porównaniu z mężczyznami częściej się badają i nieco lepiej się odżywiają, ale rzadziej angażują się w aktywność fizyczną, co najczęściej tłumaczą bra-

kiem czasu [11]. Dbałość o zdrowie kobiet poprawia się, ale nadal jest wiele obszarów, które wymagają wsparcia, w tym ze strony systemu opieki zdrowotnej, ale także edukacji mającej na celu zwiększania świadomości kobiet na temat ich zdrowia i dbałości o nie w różnych okresach ich życia [10].

Z przeprowadzonych badań wynika, że poczucie własnej skuteczności jest najsilniejszym predyktorem pozytywnych zachowań zdrowotnych wśród kobiet. Podobne wnioski uzyskała Duda [12], której badania również potwierdziły istnienie powiązań między zachowaniami prozdrowotnymi a wysokim poczuciem skuteczności. Poczucie własnej skuteczności oznacza wiarę jednostki w swoje zdolności do realizacji celu, nawet w trudnych i stresujących sytuacjach. To przekonanie jest głównym czynnikiem kształtującym ludzkie zachowania, dlatego szczególną uwagę poświęca się badaniu jego korelacji z zachowaniami zdrowotnymi, wskazując na ich pozytywny związek.

Poczucie własnej skuteczności odgrywa ważną rolę w kształtowaniu zachowań zdrowotnych, ponieważ wpływa na inicjowanie, utrzymanie, kontrolowanie, a także rezygnowanie lub unikanie określonych działań, w tym również tych prozdrowotnych. Znaczenie uogólnionego poczucia skuteczności w podejmowaniu zdrowych nawyków zostało wykazane w badaniach dotyczących aktywności fizycznej i odżywiania się. Wyniki wskazują, że osoby o wysokim poczuciu skuteczności są skłonniejsze do przestrzegania zasad aktywności fizycznej, a nawet zwiększają jej intensywność. Jest to także istotny wskaźnik zarówno bieżących, jak i przyszłych zachowań związanych z aktywnością fizyczną. Badania osób z otyłością wykazały, że wysoki poziom poczucia własnej skuteczności wiązał się z lepszymi wynikami w programach leczenia otyłości i sprzyjał przestrzeganiu zaleceń lekarskich, co miało znaczący wpływ na poprawę zdrowia osób przewlekłe chorych [13].

Codziennie zachowania mają konsekwencje krótko- i długoterminowe [1]. Według WHO styl życia jest głównym czynnikiem w profilaktyce nowotworów. Unikanie czynników ryzyka może zapobiec nawet 30–50% przypadków raka [14]. Zachowania, które mają korzystny wpływ na zdrowie, poprawiają samopoczucie, redukują ryzyko chorób i podnoszą jakość życia. Do takich działań prozdrowotnych należy unikanie szkodliwych substancji, takich jak alkohol i tytoń, utrzymanie odpowiedniego poziomu aktywności fizycznej, zdrowa dieta, zapewnienie organizmowi odpowiedniej ilości snu oraz skuteczne radzenie sobie ze stresem. Z kolei negatyw-

ne zachowania zdrowotne to te, które zwiększają ryzyko wystąpienia chorób, pogarszają samopoczucie i obniżają jakość życia. Do zachowań szkodliwych dla zdrowia należą m.in. brak aktywności fizycznej, zażywanie substancji psychoaktywnych i nadmierne spożycie kalorii [15].

Z punktu widzenia kobiet w każdym wieku ważne są:

- właściwe odżywianie się – zapobiegające zarówno niedoborom niezbędnych składników odżywczych (głównie żelaza i błonnika), jak i nadmiarowi produktów wysoko przetworzonych w diecie. U kobiet częściej niż u mężczyzn obserwuje się niedowagę, ale coraz częstszym problemem jest także nadwaga i otyłość, zwłaszcza w grupie młodych kobiet [16–18];
- aktywność fizyczna – przynosi korzyści zdrowotne kobietom w każdym wieku, w tym przede wszystkim zmniejsza ryzyko osteoporozy oraz łagodzi objawy menopauzy, a ≥ 150 min umiarkowanej aktywności fizycznej tygodniowo zmniejsza ryzyko cukrzycy i rozwoju otyłości [19,20];
- sen – u kobiet odgrywa ważną rolę w metabolizmie, funkcjach sercowo-naczyniowych i obwodowym układzie nerwowym. Deprywacja snu powoduje wiele niekorzystnych skutków zdrowotnych, w tym zwiększa ryzyko otyłości, chorób układu krążenia, otyłości, nadciśnienia tętniczego i cukrzycy typu 2 [21];
- zażywanie substancji psychoaktywnych – wpływa m.in. na płodność kobiet i powoduje zaburzenia psychiczne (obniżenie nastroju, depresję) [22,23].

Diagnoza i analiza zachowań zdrowotnych i czynników je determinujących ma zasadnicze znaczenie dla opracowania skutecznej edukacji zdrowotnej mającej na celu uświadomienie ludziom wagi prowadzenia zdrowego trybu życia. Zachowanie człowieka jest złożonym zjawiskiem, które obejmuje zmiany lub działania związane z okolicznościami zewnętrznymi, dlatego też należy zwrócić uwagę na wiele czynników, które mogą sprzyjać zachowaniom zagrażającym zdrowiu lub zakłócać działania prozdrowotne [3]. Każdy człowiek troszczy się o własne zdrowie inaczej, co może wynikać z różnych definicji pojęcia troski o zdrowie, a także z różnych podejść do niego, czasami podyktowanych np. jego stanem. Wśród dorosłych Polaków (kobiet i mężczyzn) dominują 2 sposoby dbania o zdrowie określane jako „zachowania medyczne” i „zachowania prozdrowotne”.

Pierwszy typ to zachowania związane z korzystaniem z usług medycznych (np. wizyty u lekarzy, badania kontrolne lub profilaktyczne). Ten sposób preferują osoby starsze, o słabszym zdrowiu. Drugi typ to podejmowa-

nie różnego rodzaju zachowań prozdrowotnych (np. racjonalne odżywianie się, aktywność fizyczna, umiejętne radzenie sobie ze stresem), co jest bardziej charakterystyczne dla ludzi młodych, lepiej wykształconych i znajdujących się w dobrej sytuacji materialnej [24].

Polacy nie przejawiają jednego stylu dbałości o zdrowie, który łączyłby zachowania prozdrowotne z korzystaniem z usług medycznych. Wykonywanie wszystkich tych czynności łącznie jest optymalne z punktu widzenia utrzymania lub poprawy stanu zdrowia. Brak wystarczającej dbałości o nie może przyczynić się do rozwoju różnych dolegliwości i chorób, w tym związanych z pracą, co w efekcie może obniżyć zdolność do niej, a z czasem także uniemożliwić aktywność zawodową.

Kobiety stanowią swoistą grupę pracowników ze względu na liczne obciążenia, zarówno zawodowe, jak i opiekuńcze wobec osób niesamodzielnych (głównie dzieci). W odróżnieniu od mężczyzn są one bardziej obciążone tymi obowiązkami [25]. Dlatego może to powodować (lub nasilać) różne problemy zdrowotne i choroby związane z obciążeniami zarówno zawodowymi, jak i pozazawodowymi, co z kolei może skutkować stresem, zmęczeniem, wypaleniem zawodowym oraz pogorszeniem zdrowia zarówno fizycznego, jak i psychicznego.

Kobiety gorzej niż mężczyźni oceniają swój ogólny stan zdrowia, częściej deklarują występowanie chorób przewlekłych i problemów psychicznych [26–30]. Dlatego ze względu na liczne role społeczne, jakie pełnią, kobiety powinny być – jak piszą Broniecka i Wyka [31] – otoczone szczególną opieką: poczynawszy od lat nastoletnich, poprzez okres rozrodczy, aż do czasu okołomenopauzalnego. Należy tu także podkreślić, że kobiety są uważane za „edukatorki zdrowia” w rodzinie – to one często pierwsze zauważają objawy choroby wśród swoich bliskich. Dlatego tak ważne jest, po pierwsze, badanie świadomości zdrowotnej kobiet i ich podejścia do dbałości o zdrowie, a po drugie, dalsze pogłębianie wiedzy w tym zakresie poprzez odpowiednio dobraną edukację zdrowotną [32] uwzględniającą potrzeby kobiet wynikające m.in. z ich wieku i rodzaju wykonywanej przez nie pracy.

Styl życia i zachowania zdrowotne zmieniają się w ciągu cyklu życia [33]. Obecnie kobiety cechują się dłuższą przeciętną długością życia w porównaniu z mężczyznami, ale jednocześnie doświadczają większej liczby chorób, które ograniczają ich funkcjonowanie i jego jakość. Dlatego ważne jest zwrócenie uwagi na to, aby średnia długość życia kobiet pozostawała wprost proporcjonalna do jego jakości i dobrego samopoczucia. W tym celu konieczne jest prowadzenie edukacji zdrowotnej ko-

biet, której celem będzie zwiększenie ich świadomości zdrowotnej [32].

Z przeprowadzonych badań wynika, że dbałość o zdrowie poprawia się wraz z wiekiem. Istotne jest zatem zwiększanie świadomości poprzez edukację zdrowotną młodych kobiet, mając na uwadze okres rozrodczy. Dbałość o zdrowie młodych kobiet determinuje nie tylko ich zdrowie, dobrostan i płodność, ale także zdrowie ich dzieci. Zachowania zdrowotne nawet na długo przed planowaną ciążą mają znaczenie dla zdrowia przyszłej mamy i jej potomstwa [34,35].

Edukacja zdrowotna kobiet, szczególnie młodych, w wieku reprodukcyjnym, powinna opierać się na holistycznym podejściu do zdrowia i obejmować jednocześnie różne zachowania zdrowotne, gdyż tylko łączne podejmowanie działań prozdrowotnych, zwłaszcza związanych z dietą i aktywnością fizyczną, przynosi pożądane efekty [35]. Szczególnego wsparcia powinno się udzielać kobietom wykonującym pracę fizyczną; te, jak wynika z przeprowadzonych badań, uzyskały gorsze wyniki dotyczące pozytywnych zachowań zdrowotnych niż kobiety wykonujące pracę umysłową. Ogólnie rzecz biorąc, pracownicy fizyczni w porównaniu z umysłowymi gorzej dbają o swoje zdrowie, prezentując więcej zachowań niekorzystnych dla zdrowia [36].

W ciągu ostatnich kilku stuleci postęp gospodarczy umożliwił milionom kobiet przejście ze środowiska wiejskiego do miejskiego, co spowodowało zmiany w ich stylu życia. Tendencja ta będzie się utrzymywać, a nawet przyspieszać. Ze względu na zmiany w diecie, aktywności oraz – ogólnie – w stylu życia liczba chorób niezakaźnych, takich jak nowotwory i choroby serca, rośnie i będzie wzrastać wśród kobiet na całym świecie. Obecnie możliwe jest przewidzenie tego wpływu i umożliwienie kobietom w państwach zarówno rozwiniętych, jak i rozwijających się uczenia się, jak zdrowo żyć i minimalizować ryzyko wystąpienia wymienionych chorób. Edukacja zdrowotna obejmująca odżywianie, aktywność fizyczną, sen, radzenie sobie ze stresem i nieużywanie substancji psychoaktywnych może zoptymalizować zdrowie kobiet na całym świecie [37].

WNIOSKI

- Kobiety wysoko oceniły swoją dbałość o zdrowie.
- Dbałość kobiet o zdrowie mierzona *Skalą pozytywnych zachowań zdrowotnych* jest przeciętna.
- Kobiety wykonujące pracę umysłową uzyskały lepsze wyniki dotyczące dbałości o zdrowie niż badane wykonujące pracę fizyczną i umysłowo-fizyczną,

jednak rodzaj pracy nie okazał się predyktorem pozytywnych zachowań zdrowotnych.

- Dbałość kobiet o zdrowie jest zdeterminowana głównie wysokim poczuciem własnej skuteczności.
- Dbałość kobiet o zdrowie wzrasta wraz z ich wiekiem i jest wyższa wśród tych wykonujących pracę umysłową w porównaniu z pracującymi fizycznie.
- Istnieje konieczność ciągłego podnoszenia świadomości zdrowotnej kobiet dotyczącej roli ich indywidualnego wpływu na własne zdrowie, szczególnie w grupie kobiet wykonujących pracę fizyczną.

WKŁAD AUTORÓW

Koncepcja badań: Katarzyna Hildt-Ciupińska, Karolina Pawłowska-Cyprysiak

Metodyka badań: Katarzyna Hildt-Ciupińska, Karolina Pawłowska-Cyprysiak

Zbieranie materiału: Katarzyna Hildt-Ciupińska

Analiza statystyczna: Katarzyna Hildt-Ciupińska, Karolina Pawłowska-Cyprysiak

Interpretacja wyników: Katarzyna Hildt-Ciupińska

Piśmiennictwo: Katarzyna Hildt-Ciupińska

PIŚMIENNICTWO

1. Rippe JM. Lifestyle Medicine: The Health Promoting Power of Daily Habits and Practices. *Am J Lifestyle Med.* 2018;12(6):499–512. <https://doi.org/10.1177/1559827618785554>.
2. Tollosa DN, Tavener M, Hure A, James E. Adherence to multiple health behaviours in cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. *J Cancer Surviv.* 2019;13:327–343.
3. Espinosa-Salas S, Gonzalez-Arias M. Behavior Modification for Lifestyle Improvement [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [cited 2024 Nov 20]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK592418>.
4. World Health Organization [Internet]. Geneva: The Organization; 2016 [cited 2023 Nov 20]. *The World Health Organization-Five Well-Being Index (WHO-5)*. Available from: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/five-well-being-index-\(who-5\)/who-5_polish.pdf?sfvrsn=4df8e167_3](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/five-well-being-index-(who-5)/who-5_polish.pdf?sfvrsn=4df8e167_3).
5. Hildt-Ciupińska K. *Skala pozytywnych zachowań zdrowotnych* dla kobiet. *Probl Hig Epidemiol.* 2009;90(2):185–190.
6. Woynarowska-Sołdan M, Węziak-Białowolska D. Analiza psychometryczna *Skali pozytywnych zachowań* dla dorosłych. *Probl Hig Epidemiol.* 2012;93(2):369–376.
7. Pokorski J. *Work Ability Index. Indeks zdolności do pracy*. Kraków: Uniwersytet Jagielloński; 1998.
8. Baka Ł, Łuczak A, Najmiec A. *Kopenhaski kwestionariusz psychospołeczny* jako narzędzie do oceny psychospołecznych warunków pracy. Warszawa: CIOP-PIB; 2019.
9. Rezolucja przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne w dniu 25 września 2015 r. pn. *Przekształcamy nasz świat: Agenda na rzecz zrównoważonego rozwoju 2030* [Internet]. Organizacja Narodów Zjednoczonych; 2015 [cited 2024, Nov 20]. Available from: https://www.un.org/files/164/Agenda%202030_pl_2016_ostateczna.pdf.
10. Langer A, Horton R, Adeyi O, Bhutta ZA, Chawla M, Conrod D, et al. Women and Health: the key for sustainable development. *Lancet.* 2015;386:1165–1210. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60497-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60497-4).
11. Gorzelak I, editor. Raport SDG 2023: Kobiety na drodze zrównoważonego rozwoju [Internet]. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny; 2023 [cited 2024 Nov 20]. Available from: https://raportsdg.stat.gov.pl/Raport_SDG_2023.pdf.
12. Duda M. Czynniki podmiotowe jako predyktory zachowań zdrowotnych kobiet czynnych zawodowo. *Rozprawy Społeczne/Social Dissertations.* 2021;15(2):100–116. <https://doi.org/10.29316/rs/136361>.
13. Náfrádi L, Nakamoto K, Schulz PJ. Is patient empowerment the key to promote adherence? A systematic review of the relationship between self-efficacy, health locus of control, and medication adherence. *PLoS One.* 2017;12(10). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0186458>.
14. Stowarzyszenie Pomocy Chorym na Mięśniaki i Czerniaki Sarcoma. Raport. Dlaczego się nie badamy? Profilaktyka nowotworowa Polek i Polaków [Internet]. Warszawa: Sarcoma; 2022 [cited 2024 Nov 20]. Available from: <https://www.sarcoma.pl/media/raport-2022.pdf>.
15. Spring B, Moller AC, Coons MJ. Multiple health behaviours: overview and implications. *J Public Health (Oxf).* 2012;34(Suppl 1):3–10. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3284863/>.
16. Ransom E, Elder L, editors. Nutrition of women and adolescent girls: why it matters [Internet]. Washington: Population Reference Bureau; 2003 [cited 2024 Nov 20]. Available from: <https://www.prb.org/nutritionofwomenandadolescentgirlswhyitmatters/>.
17. Development Initiatives. Global Nutrition Report: Shining a Light to Spur Action on Nutrition [Internet]. Bristol: Development Initiatives; 2018 [cited 2025 Apr 29]. Available from: https://media.globalnutritionreport.org/documents/2018_Global_Nutrition_Report.pdf.
18. Imamura F, Micha R, Khatibzadeh S, Fahimi S. Dietary quality among men and women in 187 countries in 1990 and 2010: A systematic assessment. *Lancet Glob Health.* 2015;3(3):e132–e142. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(14\)70381-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70381-X).

19. World Health Organization [Internet]. Geneva: The Organization; 2021 [cited 2024 Nov 20]. WHO guidelines on physical activity and sedentary behavior. 2020. Available from: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789240014886>.
20. Shepherd E, Gomersall JC, Tieu J, Han S, Crowther CA, Middleton P. Combined diet and exercise interventions for preventing gestational diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;11:CD010443. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010443.pub3>.
21. Cappuccio FP, Miller MA. Sleep and cardio-metabolic disease. *Curr Cardiol Rep*. 2017;19(11):110. <https://doi.org/10.1007/s11886-017-0916-0>.
22. National Institute on Drug Abuse. Substance Use in Women: Drug Facts – Sex and Gender Differences in Substance Use [Internet]. Maryland: National Institute on Drug Abuse; 2020 [cited 2024 Nov 20]. Available from: <https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/substance-use-in-women>.
23. Kay A, Taylor TE, Barthwell AG, Wichelecki J, Leopold V. Substance use and women's health. *J Addict Dis*. 2010; 29(2):139–163. <https://doi.org/10.1080/10550881003684640>.
24. Ostrowska A. Styl życia a zdrowie. Warszawa: PAN; 1999.
25. Baszun R, Zamęcki A, Joniewicz T, editors. Praca zawodowa a pełnienie ról opiekuńczych przez kobiety i mężczyzn w Polsce [Internet]. Warszawa: Forum Odpowiedzialnego Biznesu; 2020 [cited 2024 Nov 20]. Available from: https://odpowiedzialnybiznes.pl/wp-content/uploads/2020/08/FOB_Praca-zawodowa-a-pe%C5%82nienie-r%C3%B3l-opieku%C5%84czych-przez-kobiety-i-m%C4%99%C5%BCzyn-w-Polsce.pdf.
26. Santos TAP, Guimarães RA, Pagotto V, Aredes NDA, Siqueira ISL, Rocha SD, et al. Negative Self-Assessment of Health in Women: Association with Sociodemographic Characteristics, Physical Inactivity and Multimorbidity. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(5):2666. <https://doi.org/10.3390/ijerph19052666>.
27. Wojtyniak B, Goryński P, editors. Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania. Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny; 2020.
28. Mauvais-Jarvis F, Bairey Merz N, Barnes PJ, Brinton RD, Carrero JJ, DeMeo DL, et al. Sex and gender: modifiers of health, diseases and medicine. *Lancet*. 2020;396(10250): 565–582. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31561-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31561-0).
29. Główny Urząd Statystyczny. Stan zdrowia ludności Polski. Warszawa: GUS; 2019.
30. Mudryj AN, Riediger ND, Bombak AE. The relationships between health-related behaviours in the Canadian adult population. *BMC Public Health*. 2019;19(1359). <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7674-4>.
31. Broniecka A, Wyka J. Styl życia i stan zdrowia kobiet. *Biomed Chem Toksykol*. 2013;46(3):367–371.
32. Dworak A, Dąbrowska-Wnuk M. Analiza zachowań zdrowotnych aktywnych zawodowo kobiet a potrzeba działań edukacyjnych. *Edukacja Dorosłych*. 2020;82(1):113–129. <https://doi.org/10.12775/ED.2020.008>.
33. Mollborn S, Lawrence EM, Hummer RA. A Gender Framework for Understanding Healthy Lifestyle. *Soc Sci Med*. 2020;265. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113182>.
34. Walker R, Quong S, Olivier P, Wu L, Xie J, Boyle J. Empowerment for behaviour change through social connections: a qualitative exploration of women's preferences in preconception health promotion in the state of Victoria, Australia. *BMC Public Health*. 2022;22(1):1642. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14028-5>.
35. Dunneram Y, Jeewon R. Healthy diet and nutrition education program among women of reproductive age: a necessity of multilevel strategies or community responsibility. *Health Promot Perspect*. 2015;5(2):116–127. <https://doi.org/10.15171/hpp.2015.014>.
36. Lee SY, Jung S, Lee W. Status of workers' health behavior and the association between occupational characteristics and health behavior. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(20):13021. <https://doi.org/10.3390/ijerph192013021>.
37. Dopke BA, Somers BA, McHugh MD. What the world needs now: lifestyle medicine for all women. *Am J Lifestyle Med*. 2021;17(1):97–107.