

OBSZARY PRAKTYKI ANDRAGOGICZNEJ

Alina Dworak

ORCID 0000-0002-5909-8896

Marianna Dąbrowska-Wnuk

ORCID 0000-0003-0242-5013

ANALIZA ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH AKTYWNYCH ZAWODOWO KOBIEC A POTRZEBA DZIAŁAŃ EDUKACYJNYCH

Słowa kluczowe: kobieta, zdrowie, profilaktyka, edukacja zdrowotna.

Streszczenie: W artykule zaprezentowano problematykę zdrowia kobiety w kontekście roli i znaczenia profilaktyki zdrowotnej, rozumianej jako podejmowanie indywidualnych działań służących utrzymaniu i pomnażaniu zdrowia. Przedstawiono wyniki badań własnych przeprowadzonych na grupie 208 aktywnych zawodowo kobiet, prezentując ich sytuację zdrowotną z perspektywy samooceny stanu zdrowia, przekonań na temat zdrowia oraz podejmowanych działań profilaktycznych i edukacyjnych w zakresie ochrony zdrowia.

Wprowadzenie

Kobieta XXI wieku to stereotypowo płeć piękna, osoba niezależna finansowo, silnie zmotywowana, potrafiąca walczyć o swoje prawa i przekonania. To kobieta wielozadaniowa, perfekcyjnie realizująca się zarówno na gruncie rodziny, jak i w pracy zawodowej. Rola kobiety w społeczeństwie od dawna była szczególna, a wyznacznikiem jej wyjątkowości były i nadal są pełnione przez nią role, zarówno te warunkowane biologicznie, jak i nabyte w procesie socjalizacji. Za interesowanie kobietą w ostatnich latach, z uwzględnieniem jej pozycji zawodowej, sytuacji na rynku pracy, trudności w godzeniu ról zawodowych i rodzinnych,

wynika z dokonanych w wyniku transformacji ustrojowej przemian społeczno-demograficznych. Ideałem kobiety perfekcyjnie łączącej role zawodowe, rodzinne i społeczne jest obudowana wokół tradycyjnego wzoru matki-Polki, współczesna *superwoman*, czyli kobieta doskonała (Mandal, 2007; Titkow, 2007). Zmiana oczekiwań społecznych, przy jednoczesnym wzroście indywidualnych aspiracji w odniesieniu do ról rodzinnych i zawodowych, wymaga wiele wysiłku i może skutkować nadmiernym obciążeniem fizycznym i psychicznym kobiety, stając się źródłem stresu, konfliktów rodzinnych, przeciążenia pracą i wypalenia zawodowego, a w konsekwencji problemów zdrowotnych (Mandal, 2007; Lachowska, 2012). Nie ulega tym samym wątpliwości, że to właśnie zdrowie i nieodłącznie związana z nim jakość życia stanowi podstawę samorealizacji w różnych obszarach życia, zarówno osobistego, jak i społecznego.

Wyjście poza reprodukcyjny wymiar zdrowia kobiety, będący przez wiele lat głównym przedmiotem troski środowisk medycznych, pozwoliło dostrzec także inne (obok opieki prenatalnej i okołoporodowej oraz chorób narządów rodnych) istotne aspekty warunkujące wzory kobiecych zachowań wobec zdrowia i choroby. Wyniki dostępnych badań wskazują, że to właśnie kobiety dysponują generalnie większą wiedzą dotyczącą zdrowia, szybciej dostrzegają i analizują nieprawidłowości funkcjonowania organizmu oraz reagują na pierwsze symptomy choroby, częściej też zgłaszają się do lekarza. Mają ponadto większą świadomość zdrowotną, potrzebę edukacji w zakresie zdrowia i realizują zdrowszy niż mężczyźni styl życia, a ich bliskie relacje z otoczeniem i umiejętność korzystania ze wsparcia pozwalają im lepiej uporać się ze stresem (Gulczyńska, Kasperek-Golimowska i Rąglewska, 2011; Ostrowska, 1999; Juczyński, 2009). Ze względu na rozległy zakres i systematyczność obowiązków pełnionych w rodzinie częściej wykazują bezpośrednie zaangażowanie w utrzymanie realnego potencjału zdrowia wszystkich jej członków (Titkow, Duch-Krzystoszek i Budrowska, 2004; Bytniewski i Danielewicz, 2005).

Te codzienne zachowania i umiejętności zdają się predysponować kobiety do zdrowszego i dłuższego życia, za wskaźnik czego powszechnie uważa się zjawisko nadumieralności mężczyzn i przeciętnie krótszy czas trwania ich życia (Borysiak i in., 2012). Zjawisko gorszego zdrowia kobiet, przy jednocześnie dłuższej przeżywalności, jest powszechne we wszystkich krajach uprzemysłowionych, w tym także w Polsce. W grupie kobiet (*vs* mężczyzn) częściej występują schorzenia charakteryzowane przez wysoką chorobowość, lecz niższą umieralność. Zatem wprawdzie kobiety żyją przeciętnie dłużej, lecz doświadczają równocześnie większej liczby ograniczających ich funkcjonowanie i obniżających jakość życia chorób i niepełnosprawności (Ostrowska, 2013). Rodzi to potrzebę zwrócenia większej uwagi na zagadnienia świadomości zdrowotnej po to, by długość życia pozostawała wprost proporcjonalna do jego obiektywnej jakości i poczucia dobrostanu. Poprawa sytuacji zdrowotnej, z podnoszeniem potencjału, jakim jest

zdrowie, to zadanie dla polityki zdrowotnej państwa, ze znaczącą rolą promocji i edukacji zdrowotnej.

Wdrożenie działań opartych na idei promującej zdrowie łączy się z przyjęciem w 1977 roku przez Światowe Zgromadzenie Zdrowia (ŚOZ) rezolucji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) „Zdrowie dla wszystkich do 2000 roku” (*Health for All by the Year 2000*). Przyjęta strategia działania, zmierzająca do osiągnięcia przez wszystkich obywateli wyższego poziomu zdrowia, postulowała promowanie prozdrowotnego stylu życia, redukcję czynników zagrażających zdrowiu, a także mobilizowanie zasobów (organizacyjnych i personalnych) do inicjowania działań na rzecz zdrowia (Mellibruda, 1998; Miller i Opolski, 2009).

Za akt instytucjonalizacji promocji zdrowia uznaje się Kartę Ottawską (*Ottawa Charter*) uchwaloną na Międzynarodowej Konferencji Promocji Zdrowia w 1986 roku. Zapisano w niej, że promocja zdrowia to „proces, umożliwiający każdemu człowiekowi zwiększenie oddziaływania na własne zdrowie w sensie jego poprawy i utrzymania” (Kulik, 2015, s. 7). Działania w zakresie promocji zdrowia deklaruje system ochrony zdrowia, który wśród priorytetowych celów wymienia m.in. zaspokojenie potrzeb zdrowotnych populacji, niwelowanie nierówności w zdrowiu i zagwarantowanie wszystkim obywatelom równego dostępu do ochrony zdrowia i rozwoju (Syrek, 2008).

Nieodłącznym elementem promocji zdrowia jest edukacja zdrowotna, która sprowadza się do świadomego i planowego tworzenia sposobności do uczenia się i osiągnięcia wcześniej określonej zmiany zachowania. Tak rozumiana edukacja poprzez stymulowanie procesu uczenia się dąży do poprawy i ochrony zdrowia. Traktowana jest nie tyle jako sposób do uzyskania zmiany jednostkowych zachowań postrzeganych jako czynniki ryzyka, ile jako środek możliwy do zaktywizowania dostępnych sił społecznych na rzecz zmiany służącej zdrowiu, w tym zmiany warunków środowiskowych (Słońska i Misiuna, 1993).

Edukacja zdrowotna jest procesem całościowym, stanowiąc element socjalizacji pierwotnej (obejmuje okres dzieciństwa i młodości) oraz wtórnej (w okresie dorosłości). Opiera się zasadniczo na osobistej aktywności, samodoskonaleniu, samokierowaniu własnym rozwojem, z wykorzystaniem dostępnych rozwiązań edukacyjnych, które mogą przybierać formę instytucjonalną (np. szkoły rodzenia, uniwersytetu trzeciego wieku). Jako proces całościowy wymaga aktywnego udziału osób w niej uczestniczących, jak i relacji między edukowanym a edukatorem. Wymagania te są uwarunkowane fazami rozwoju jednostki, z czym wiąże się posiadana przez nią wiedza, odmienne postrzeganie świata, zmieniające się priorytety i preferencje, wrażliwość na problemy zdrowia i podatność na argumentację (Szewczyk, 2000). Współczesna edukacja zdrowotna jest ukierunkowana na systemy społeczne z jednoczesnym zachęcaniem do podejmowania działań zmierzających do zmiany stylu życia w kierunku prozdrowotnym i tworzenia sprzyjającego zdrowiu środowiska, zarówno fizycznego, jak i społecznego (Woynarowska i Woynarowska-Soldan, 2016). Doskonalenie i utrzymanie zdrowia wymaga bowiem

opanowania umiejętności zarówno tych związanych ze zdrowiem fizycznym, jak i służących zdrowiu psychospołecznemu, zwanych umiejętnościami życiowymi (*life skills*) (Woynarowska, 2017).

Obecnie teoretyczną płaszczyzną refleksji o zdrowiu, podejmowaną w ramach różnych dyscyplin naukowych, pozostaje holistyczny model zdrowia będący alternatywą dla tradycyjnego modelu biomedycznego. W oparciu o klasyczną definicję WHO z 1948 roku rozumienie zdrowia wykracza znacznie poza biologiczny wymiar funkcjonowania człowieka. Zgodnie z obowiązującym aktualnie modelem biopsychospołecznym zdrowie to coś znacznie więcej niż tylko brak objawów chorobowych czy problemów medycznych, to zmierzanie do wieloaspektowego dobrostanu człowieka. Model ten, oparty na ogólnej teorii systemów, uwzględnia bowiem obok czynników biologicznych także te o charakterze psychospołecznym jako istotne z punktu widzenia indywidualnej odpowiedzialności za własne zdrowie (Sheridan i Radmacher, 1998; Dolińska-Zygmunt, 2001a). Konsekwencją przyjętego modelu jest akcentowanie podmiotowego wymiaru zdrowia, które wyraża się w aktywnym i świadomym udziale człowieka w projektowaniu i realizowaniu celów zdrowotnych. Zakłada się, że system medyczny określa jedynie 10% wariacji przyjętych wskaźników oceny zdrowia, a pozostałe 90% zależy od czynników znajdujących się poza kontrolą medycyny. Obok warunków społecznych i ekologicznych podstawą zdrowia jest indywidualny styl życia, stosowane sposoby radzenia sobie z trudnościami życiowymi, jak również preferowane przez jednostkę formy aktywności zdrowotnej (ukierunkowanej na ochronę i/ lub poprawę stanu zdrowia), wyznaczone układem przekonań zdrowotnych (Dolińska-Zygmunt, 2001a).

Zachowania zdrowotne człowieka, zwłaszcza celowe i intencjonalne, stanowią wypadkową społecznego uczenia się, lecz także pozostają w dużej zależności od procesów poznawczych odwołujących się do próby zrozumienia i wyjaśnienia przyczyn zachowań oraz stopnia postrzeganej kontroli nad daną sytuacją (Dolińska-Zygmunt, 2001b; Juczyński, 2009). Model Przekonań Zdrowotnych (*Health Belief Model – HBM*) Godfrey'a M. Hochbauma, będący teoretyczną propozycją ukazującą rolę podmiotowych struktur kognitywno-ewaluatywnych i procesów atrybucyjnych w podejmowaniu działań profilaktycznych ukierunkowanych na cele zdrowotne, wskazuje na znaczenie dwóch istotnych czynników. Są nimi: (1) obecność motywacji, w skład której wchodzi przekonania o podatności na chorobę, jej powadze i konsekwencjach oraz (2) dodatniej oceny użyteczności przynajmniej jednej z dostępnych form działania zabezpieczającego. Owa gotowość do zachowań zdrowotnych, by mogła zostać odzwierciedlona w działaniu, wymaga zaistnienia dodatkowych warunków, tzw. wyzwaczy (*cue*), którymi są zewnętrzne lub wewnętrzne stymulatory działania (Dolińska-Zygmunt, 2001b). Jednym z kluczowych czynników pełniących funkcje motywacyjne jest subiektywna wartość przypisywana zdrowiu; pozycja, jaką zajmuje ono w hierarchii celów życiowych jednostki (Heszen-Niejodek, 2000). Im większe znaczenie jednostka nadaje własnemu

zdrowiu w sensie obiektywnym (brak choroby) i subiektywnym (poczucie dobrostanu), tym zwiększa prawdopodobieństwo zaangażowania w jego utrzymanie (Rudawska, 2004; za: Olszewska i Spryszyńska, 2012). Decyzja podjęcia określonego działania jest zatem funkcją wartości celu oraz szans na jego realizację (Juczyński, 2009). Nie można również pomijać wpływu na zachowanie człowieka i jego zdrowie takich zmiennych społeczno-demograficznych, jak: płeć, wiek, wykształcenie, pochodzenie społeczne czy status społeczno-zawodowy. Różnicują one badanych m.in. w zakresie podejmowania zachowań ryzykownych dla zdrowia, liczby doświadczeń związanych z kontrolą swojego zdrowia i zakresu osobistego wpływu na decyzje dotyczące sposobu leczenia, korzystania z usług zdrowotnych czy dostępu do informacji (Rodin i Salovey, 1997; za: Juczyński, 2009).

W obliczu powyższych rozważań istotne stają się działania służące podniesieniu świadomości społeczeństwa, tak kobiet jak i mężczyzn, w kwestii fizycznych, jak również psychospołecznych kosztów ponoszonych przez kobiety obciążone wielością podejmowanych ról, wyzwań i obowiązków.

Metodologia badań

Cel badań

Celem przeprowadzonych badań było rozpoznanie sytuacji zdrowotnej aktywnych zawodowo kobiet i próba jej opisanie, zarówno z perspektywy poznawczej (co badane sądzą na temat wybranych aspektów dotyczących zdrowia), jak i behawioralnej (jakie podejmują działania w obszarze psychoprofilaktyki zdrowia). Podjęte badania miały charakter eksploracyjny. Założono w nich uzyskanie odpowiedzi na pytania badawcze odnoszące się do: (1) sytuacji zdrowotnej; (2) praktyk podejmowanych w obszarze zdrowia; (3) motywacji podejmowania działań profilaktycznych oraz (4) przekonań na temat wybranych aspektów zdrowia, aktywnych zawodowo kobiet, ze wskazaniem na konieczność działań kompensacyjnych i edukacyjnych w zakresie ochrony zdrowia. Badanie przeprowadzone zostało w okresie czerwiec–sierpień 2018 roku.

Dobór próby i osoby badane

Grupę docelową poddaną badaniu stanowiły aktywne zawodowo kobiety w okresie wczesnej i średniej dorosłości; mieszkanki aglomeracji śląskiej. W ramach zdefiniowanych kategorii wykorzystano dobór losowy, co umożliwiło wyłonienie wysoce reprezentatywnej próby, a tym samym zwiększenie trafności zewnętrznej. W badaniu wzięło udział 208 aktywnych zawodowo kobiet. Grupę tworzyły osoby w wieku 20–45 lat ($M = 31,7$; $SD = 30$), w większości wykonujące pracę umysłową ($N = 177$; 85,1%); z wykształceniem wyższym ($N = 117$; 56,2%) oraz średnim ($N = 85$; 40,9%); najmniej liczną grupę tworzyły osoby z wykształceniem zawodowym oraz podstawowym ($N = 6$; 2,9%). Badane były mieszkankami miast, najczęściej dużych, powyżej 100 tys. mieszkańców ($N = 105$; 50%); dużo

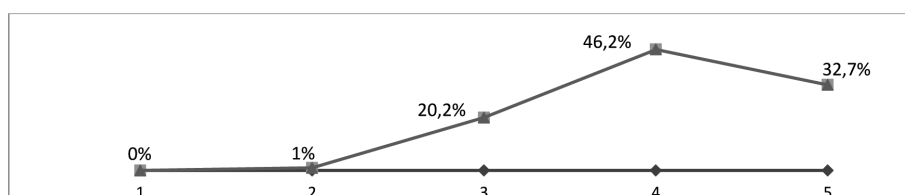
rzadziej wsi ($N = 27$; 13%). W większości ($N = 128$; 61,5%) oceniały sytuację materialną swojej rodziny jako mieszczącą się w granicach przeciętej; pozostałe jako ponadprzeciętną ($N = 70$; 33,6%) oraz poniżej przeciętnej ($N = 16$; 7,7%). Ankietowane pozostawały w związkach małżeńskich lub partnerskich ($N = 150$; 72,1), były matkami ($N = 138$; 66,3%) średnio dwojga dzieci.

Narzędzia badawcze

Informacje uzyskano na podstawie skonstruowanego na potrzeby badania kwestionariusza ankiety. W jego skład wchodziły dwie części. Pierwsza (ankieta personalna) pozwalała na scharakteryzowanie sytuacji społeczno-demograficznej ankietowanych w oparciu o takie dane, jak: wiek, wykształcenie, rodzaj wykonywanej pracy, miejsce zamieszkania, miesięczny dochód oraz sytuacja rodzinna (stan cywilny i dzietność). Druga część kwestionariusza zawierała pytania, które pozwoliły na uzyskanie informacji dotyczącej sytuacji zdrowotnej badanych, ich przekonań i wiedzy na temat wybranych aspektów zdrowia oraz charakteru, częstotliwości i motywacji do podejmowania praktyk w obszarze profilaktyki zdrowotnej.

Wyniki

Sytuacja zdrowotna badanych. Kobiety poproszone o podanie w skali rosnącej od 1 (bardzo zły) do 5 (bardzo dobry) wartości oznaczającej poziom zadowolenia ze stanu swojego zdrowia oceniły je jako wysoce zadowolający ($M = 4,1$). Większość badanych (78,9%) wskazywała, że jest on dobry ($N = 96$; 46,2%) lub bardzo dobry ($N = 68$; 32,7%). Co piąta ankietowana (21,5%) oceniła stan swojego zdrowia poniżej dobrego (wykres 1).



Wykres 1. Samoocena stanu zdrowia badanych

Źródło: opracowanie własne.

Bardziej szczegółowe odniesienie się do stanu własnego zdrowia pozwoliło na opisanie sytuacji zdrowotnej badanych w kontekście doświadczanych (obecnie lub w przeszłości) dolegliwości i chorób wymagających ciągłego lub czasowego przyjmowania leków i/lub suplementów. Co druga badana nie zaznaczyła żadnej z wymienionych w pytaniu chorób. Pozostałe dokonały 128 wskazań jednostek chorobowych. Ze wszystkich wymienionych schorzeń najwięcej razy, tj. 1/3 wszystkich wskazań ($N = 43$; 33,6%), odnosiła się do alergii oraz, w dalszej

kolejności, migrenowych bólów głowy (N = 28; 21,9%). Średnio co dziesiąte wskazanie to schorzenia kręgosłupa i nadciśnienie tętnicze oraz astma oskrzelowa. Najrzadziej (N = 9; 7%) wymieniane były: choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy, cukrzyca i choroba niedokrwienna serca oraz (w kategorii *Inne*) choroby tarczycy, endometrioza i choroby hematologiczne.

Praktyki zdrowotne w kontekście podejmowanych działań profilaktycznych.

Dbłość o własne zdrowie, w tym zdrowie prokreacyjne, znajduje potwierdzenie w podejmowanych przez kobiety zdrowych działaniach na rzecz jego utrzymania i zapobiegania chorobom. Miejscem, w którym kobiety mogą uzyskać w tym zakresie niezbędną pomoc i wsparcie, jest poradnia dla kobiet (K). Pierwsza wizyta badanych w poradni K miała miejsce w wieku niespełna 19 lat (średnia 18,8). Najmłodsza badana miała 14, najstarsza 25 lat. Przynajmniej 25% kobiet odwiedziło po raz pierwszy poradnię w wieku do 17 lat, przed 20 rokiem życia przynajmniej 75% respondentek (tabela 1).

Tabela 1. Wiek pierwszej wizyty w poradni K (statystyki opisowe)

N	Średnia	SD	Min	Q25	Me	Q75	Maks
208	18,79	0,63	14,00	17,00	18,00	20,00	25,00

Źródło: opracowanie własne.

Zdecydowana większość kobiet zgłaszając się do poradni K była zdrowa. Powodem pierwszej wizyty było poddanie się badaniom profilaktycznym (N = 91; 43,7%) oraz dobór antykoncepcji (N = 76; 36,5%); znacznie rzadziej ciąży (N = 25; 12%). W przypadku 1/4 respondentek powodem tym były doświadczane dolegliwości bólowe (wykres 3).

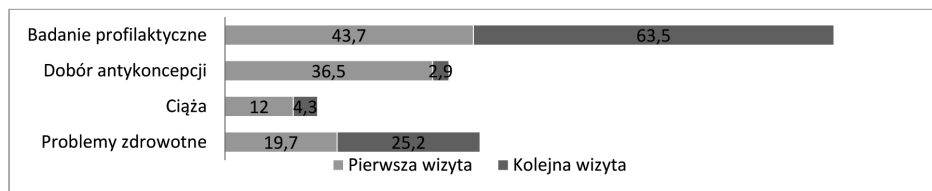
W ciągu minionego roku (od momentu badania ankietowego) pacjentkami poradni K było ponad 2/3 kobiet (N = 144, 69,2%). Pozostałe skorzystały z pomocy lekarza ginekologa w ciągu dwóch lat (N = 41, 19,7%) lub wcześniej (N = 23; 11,1%) (wykres 2).



Wykres 2. Czas, jaki upłynął od ostatniej wizyty w Poradni K (wynik w %)

Źródło: opracowanie własne.

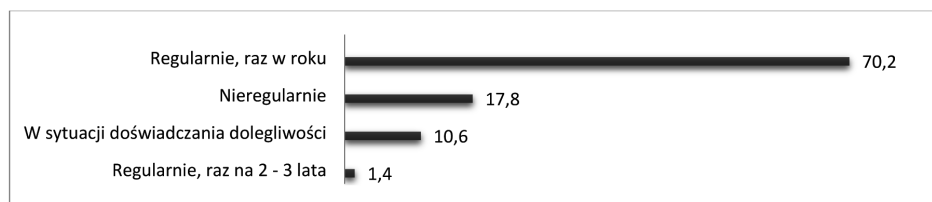
Najczęstszym powodem ostatniej wizyty w poradni K było poddanie się okresowym badaniom profilaktycznym (N = 132; 63,5%). W porównaniu z pierwszym kontaktem z ginekologiem, powodem kolejnego zdecydowanie rzadziej był dobór antykoncepcji (1:13) oraz ciąża (1:3). Z kolei kobiety częściej korzystały z pomocy z powodu problemów ze zdrowiem (np. dolegliwości bólowych i krwawień z dróg rodnych) oraz w kategorii *Inne* wskazały: kontrolę pooperacyjną, kontrolę po porodzie oraz klimakterium (wykres 3).



Wykres 3. Powody pierwszej i ostatniej wizyty w poradni K (wynik w %)

Źródło: opracowanie własne.

Zdecydowana większość kobiet (N = 146, 70,2%) deklaruje systematyczne poddawanie się profilaktycznym badaniom ginekologicznym *regularnie raz w roku* lub regularnie, niemniej rzadziej, *co 2–3 lata* (N = 3; 1,4%). Pozostałe ankietowane (prawie 1/3 ogółu) korzystają z pomocy ginekologa *nieregularnie* lub w sytuacji problemów zdrowotnych (w sumie N = 59; 28,4%) (wykres 4).



Wykres 4. Częstotliwość kontrolnych badań ginekologicznych (wynik w %)

Źródło: opracowanie własne.

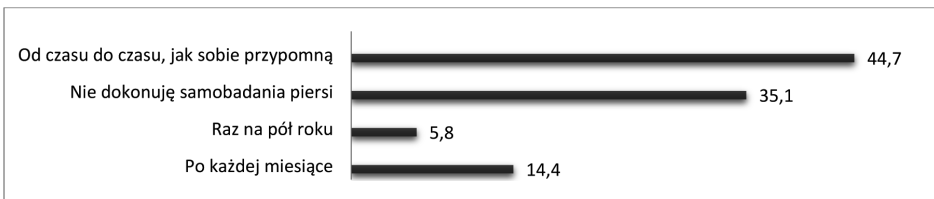
W ciągu ostatnich trzech lat badanie cytologiczne wykonało 2/3 kobiet (N = 141), natomiast badaniu mammograficznemu lub USG piersi poddało się o połowę ankietowanych mniej (N = 66, 31,7%) (wykres 5).

Ankietowane dokonują także samobadania piersi. Regularnie, po każdej miesiączce, badanie takie wykonuje tylko co siódma kobieta (N = 30, 14,4%). Pozostałe badają swoje piersi rzadko i nieregularnie (N = 105; 50,5%) lub nie robią tego w ogóle (N = 73, 35,1%) (wykres 6).



Wykres 5. Wykonywanie cytologii oraz mammografii/ USG piersi (wynik w %)

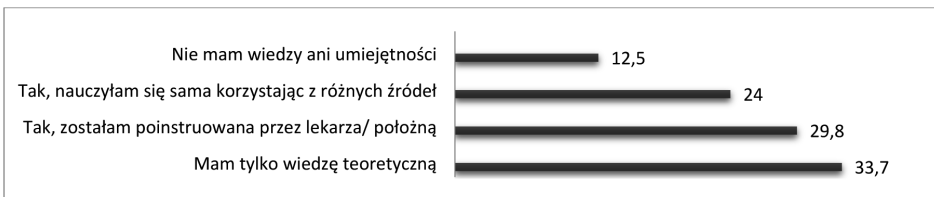
Źródło: opracowanie własne.



Wykres 6. Częstotliwość samobadania piersi (wynik w %)

Źródło: opracowanie własne.

Odpowiedzi ankietowanych wskazują, że wiedzę i praktyczne umiejętności z tego zakresu posiada nieco ponad połowa kobiet (N = 112; 53,8%). Pozostałe mają jedynie wiedzę teoretyczną (N = 70, 33,7%) lub przyznają się zarówno do braku wiedzy, jak i umiejętności (N = 26, 12,5%) (wykres 7).

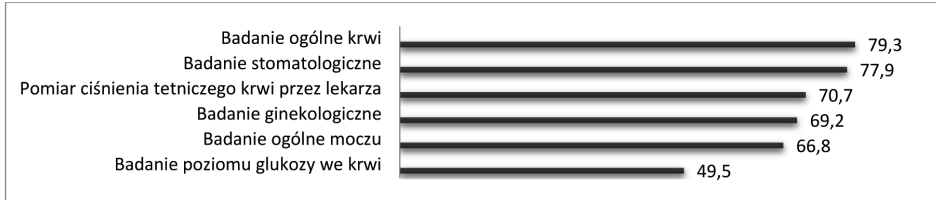


Wykres 7. Wiedza i umiejętności z zakresu samobadania piersi (wynik w %)

Źródło: opracowanie własne.

Troska kobiet o własne zdrowie wyraża się w podejmowaniu i systematyczności poddawania się profilaktycznym badaniom lekarskim. W ciągu ostatnich 12 miesięcy (przed badaniem ankietowym) badaniom profilaktycznym poddało się 205 kobiet, tj. 98,5%. Najczęściej były to: morfologia krwi oraz badanie stomatologiczne (średnio N = 163; 78,6%); nieco rzadziej badanie ginekologiczne (69,2%) a także badanie moczu oraz pomiar ciśnienia tętniczego (średnio N = 143; 68,7%). W pozostałych, nielicznych przypadkach: oznaczenie poziomu glukozy we krwi,

badanie poziomu żelaza, hormonów tarczycy, hormonów płciowych i cholesterolu (wykres 8). Z badań profilaktycznych (w ostatnim roku od badania ankietowego) nie korzystały trzy kobiety, argumentując to brakiem dolegliwości.

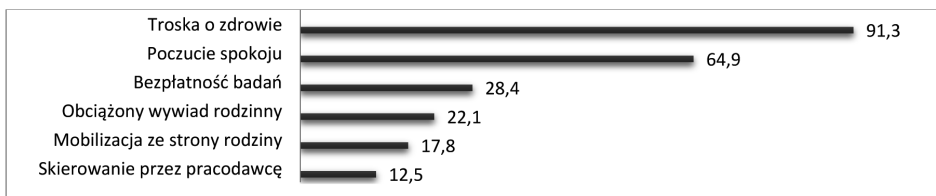


Wykres 8. Badania profilaktyczne wykonane w ciągu ostatniego roku (wynik w %)

Źródło: opracowanie własne.

Motywy podejmowania działań profilaktycznych

Mając możliwość zaznaczenia więcej niż jednej odpowiedzi, badane dokonały w sumie 499 wyborów. Motywem, na jaki wskazywały, najczęściej była troska o swoje zdrowie (N = 190; 91,3%), a następnie poczucie spokoju (N = 135; 64,9%). W opinii nieco ponad 1/4 ankietowanych (N = 59; 28,4%) istotne znaczenie miała także bezpłatność badań oraz obciążony wywiad rodzinny (N = 46; 22,1%). Czynniki, które okazały się relatywnie najmniej istotne, był nacisk ze strony rodziny (N = 37; 17,8%) oraz skierowanie przez pracodawcę (N = 26; 12,5%). W pojedynczych przypadkach: zaproszenie na badanie oraz zalecenie lekarza (wykres 9).

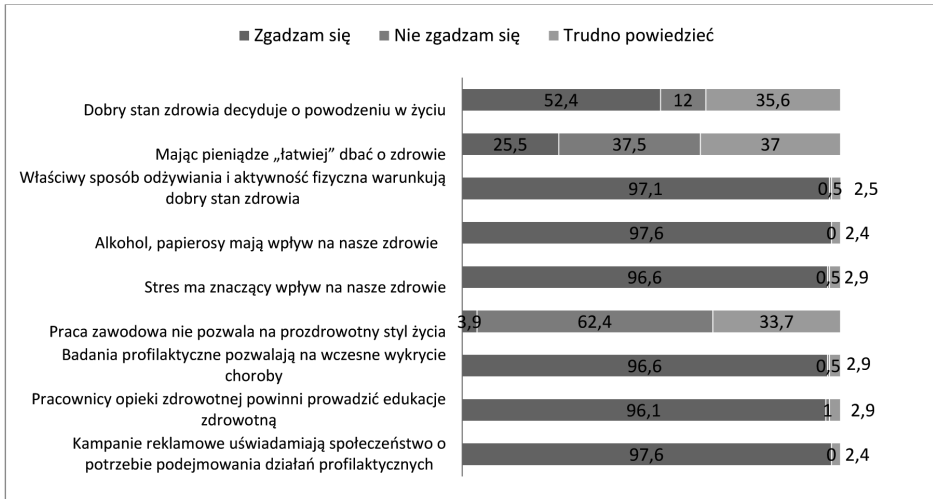


Wykres 9. Motywy podejmowania działań profilaktycznych (wynik w %)

Źródło: opracowanie własne.

Przekonania i wiedza na temat zdrowia. Dobry stan zdrowia jest wartością, które w opinii ponad połowy badanych (N = 109, 52,4%) decyduje o powodzeniu w życiu. Za to prawie wszystkie ankietowane (średnio N = 201; 96,8%) są przekonane o znaczeniu stylu życia dla zachowania zdrowia. Wskazują, że używki, stres, niewłaściwa dieta i brak aktywności fizycznej obniżają dobrostan człowieka. Zauważają także konieczność prowadzenia badań profilaktycznych jako istotnych

z punktu widzenia zapobiegania chorobom. Nieco ponad połowa kobiet (N = 109, 52,4%) uważa, że czynnikiem ułatwiającym dbałość o zachowanie zdrowia są pieniądze, zaś podejmowana aktywność zawodowa nie stanowi przeszkody w prowadzeniu prozdrowotnego stylu życia (N = 130, 62,4%). Prawie wszystkie badane (N = 201; 96,8%) wskazują także na znaczenie kampanii reklamowych oraz rolę pracowników opieki zdrowotnej w procesie podejmowania działań profilaktycznych (wykres 10).



Wykres 10. Przekonania i wiedza na temat zdrowia (wynik w %)

Źródło: opracowanie własne.

Wnioski

Zdrowie jako jedna z nadrzędnych i fundamentalnych wartości stanowi przedmiot troski nie tylko w aspekcie rozwiązań systemowych, lecz także działań podejmowanych na poziomie jednostki. Cechą charakterystyczną dokonujących się aktualnie przemian w dziedzinie zdrowia jest akcentowanie wagi indywidualnych zachowań jako czynnika, od którego zależy jego utrzymanie i umacnianie (Dołęńska-Zygmunt, 2001a). Oznacza to wyraźne odejście od obowiązującej w tradycyjnej medycynie zasady delegowania odpowiedzialności za własne zdrowie na lekarza i podjęcie działań o charakterze samoopieki (*seler-care*). Wpisują się one w nurt szeroko pojętej promocji zdrowia i dotyczą zachowań zdrowotnych podejmowanych przez samych ludzi, niezależne od obowiązującego systemu opieki zdrowotnej. Umiejętność samoopieki stanowi również element ich aktywnej współpracy z lekarzem, opartej na zasadach równopartnerstwa, co w praktyce oznacza nie tylko współodpowiedzialność pacjenta za decyzje dotyczące leczenia,

ale także unikanie negatywnych konsekwencji antyzdrowotnego stylu życia (por. Tobiasz-Adamczyk, 2003).

W następstwie wzrostu wiedzy na temat związku między zachowaniem człowieka a stanem jego zdrowia, współczesne kobiety podejmują szereg działań ukierunkowanych na poprawę swojego zdrowia i doskonalenie jego formy. Podejmując próbę zilustrowania tego zjawiska uzyskano wyniki, które pozwoliły na dokonanie ogólnej charakterystyki czynnej zawodowo grupy kobiet z perspektywy samooceny ich sytuacji zdrowotnej, przekonań na temat zdrowia i podejmowanych działań profilaktycznych.

W oparciu o wyniki średnie, przeciętną ankietowaną była kobieta w wieku 31,7 lat, wykonująca pracę umysłową, mająca wykształcenie wyższe (lub średnie), mieszkanka dużego miasta, oceniająca swoją sytuację ekonomiczną jako przeciętną; pozostająca w związku małżeńskim, matka dwojga dzieci.

Analiza danych dotyczących sytuacji zdrowotnej ankietowanych wskazuje, że jest ona wysoce zadowolająca. Badane oceniają stan swojego zdrowia (średnio) powyżej dobrego. Co druga kobieta nie wymieniła żadnej jednostki chorobowej, która wymagałaby podejmowania działań leczniczych. W pozostałej grupie najczęściej osób wskazało na typowe i coraz częste tzw. choroby cywilizacyjne, takie jak alergie i migrenowe bóle głowy, jako wymagające interwencji medycznej.

Zaangażowanie badanych w utrzymanie dobrego zdrowia i zapobieganie chorobom dowodzi ich dużej świadomości i gotowości do podejmowania działań prozdrowotnych. Wszystkie ankietowane na pewnym etapie swojego życia stały się pacjentkami poradni K; 3/4 kobiet przed ukończeniem 20. roku życia. Powodem ich pierwszej wizyty w zdecydowanej większości nie była choroba, lecz chęć poddania się badaniom profilaktycznym oraz dobór odpowiedniej metody antykoncepcyjnej. Tendencja ta nie zmieniła się także w odniesieniu do kobiet wielokrotnie korzystających z pomocy ginekologa. W grupie tej najwyższy pozostał odsetek kobiet poddających się okresowym badaniom profilaktycznym (63,5%). Zaobserwowana zmiana polegała na znacznym spadku liczby kobiet zgłaszających się w celu doboru metody antykoncepcyjnej, przy wzroście liczebności osób doświadczających dolegliwości somatycznych.

Czynna postawa kobiet wobec własnego zdrowia znajduje wyraz w odpowiedzialnym i systematycznym monitorowaniu stanu swojego organizmu. Obowiązkiem każdej kobiety jest poddawanie się badaniu ginekologicznemu, które powinno zostać uzupełnione badaniem cytologicznym. Pozwala ono na wykrycie wczesnych postaci nowotworu szyjki macicy i stanów, które nieleczone mogą doprowadzić do jego powstania¹. Badane, w ciągu ostatniego roku, w większości (69,2%) korzystały z pomocy lekarza ginekologa. Porównywalna grupa (70,2%) deklarowała regularne poddawanie się badaniom profilaktycznym raz do roku.

¹ Badanie to wykonywane jest w ramach *Populacyjnego programu profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy* i jest skierowane do kobiet w wieku 25–59 lat, najbardziej zagrożonych tą chorobą (<http://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/programy-profilaktyczne>) (15.10.2019).

2/3 kobiet w ciągu trzech ostatnich lat wykonało badanie cytologiczne, ale tylko mniej niż 1/3 mammografię vs USG piersi. W świetle statystyk dotyczących przypadków zachorowań na nowotwory wynika, że rak piersi stanowi największy problem onkologiczny w krajach rozwiniętych². Zdiagnozowanie raka piersi następuje w wyniku badania lekarskiego i innych badań specjalistycznych wykonywanych w ramach podstawowego programu profilaktycznego³. Relatywnie najłatwiejszym, a zarazem niezwykle ważnym elementem w procesie wykrywania raka piersi jest samobadanie piersi, traktowane powszechnie przez lekarzy jako podstawowe we wczesnej profilaktyce i diagnostyce raka piersi⁴. W grupie ankietowanych jedynie niewielki odsetek kobiet (14,4%) wykonuje je regularnie, po każdej miesiączce. Pozostałe badane w ogóle nie stosują tego rodzaju profilaktyki (1/3 ogółu) lub robią to nieregularnie i sporadycznie. Dysponowanie umiejętnościami i wiedzą w tym zakresie deklaruje tylko 53,8% kobiet; co ósma badana przyznaje się do braku wiedzy i umiejętności w zakresie samobadania piersi.

Prawie wszystkie ankietowane (98,5%) w ciągu minionych 12 miesięcy poddały się badaniom profilaktycznym, którymi oprócz badania ginekologicznego (69,2%) były najczęściej morfologia krwi oraz badanie stomatologiczne (średnio 78,6%), a także badanie moczu oraz pomiar ciśnienia tętniczego. Podejmując badania profilaktyczne kobiety motywowane były najczęściej wewnętrznie (78,1%), tzn. troską o swoje zdrowie i potrzebą uzyskania spokoju. Motywacja zewnętrzna (nacisk ze strony rodziny i polecenie pracodawcy) była także istotne, ale jej znaczenie okazało się relatywnie mniejsze. W odniesieniu do trzech kobiet niepodejmujących działań profilaktycznych motywem tych zaniechań był brak dolegliwości i zadowolająca samoocena stanu zdrowia.

Podejście do profilaktycznych badań zdrowotnych czy prozdrowotnego stylu życia wymaga wiedzy, która jest podstawowym elementem świadomości zdrowotnej. Bez wiedzy nie jest możliwa skuteczna profilaktyka, która wiąże się z preferowaniem konkretnych postaw, kształtowaniem umiejętności oraz motywacji do działań prozdrowotnych (Gil i Dziedziczko, 2004). Czynnikiem nie mniej istotnym jest znaczenie przypisywane zdrowiu. Ze stwierdzeniem, że *dobry stan zdrowia decyduje o powodzeniu w życiu*, nie zgadza się jedynie 12% respondentek.

² Według danych Krajowego Rejestru Nowotworów, od połowy lat 70. pierwszej dekady XX wieku rak piersi był najczęstszą nowotworową przyczyną zgonów w populacji kobiet. Od połowy lat 80. nastąpiła stabilizacja umieralności przy stale utrzymującym się wzroście zachorowań i od 2007 r. rak piersi (C50) jest drugą nowotworową przyczyną zgonów. W 2016 r. stanowił 22,8% wszystkich nowotworów u kobiet. Pobrano z: <http://onkologia.org.pl/rak-piersi-kobiet/> (15.10.2019).

³ W ramach podstawowego programu profilaktycznego *Populacyjny program wczesnego wykrywania raka piersi*, wykonywana jest mammografia, a w przypadku wystąpienia niepokojących zmian, pacjentka kierowana jest do etapu pogłębionej diagnostyki, ze wskazaniem wykonania mammografii, USG piersi lub biopsji. Pobrano z: http://www.nfz-katowice.pl/?a=newsy_pobierz&k0=dla-pacjenta&k1=programy-profilaktyczne&id_1=210 (15.10.2019).

⁴ Na czym polega profilaktyka raka piersi? Pobrano z: http://www.onkonet.pl/dp_prof_rpiersi.php (25.11.2019).

Posiadane przez ankietowane przekonania dotyczące prozdrowotnego stylu życia, w tym roli żywienia i aktywności fizycznej, a także szkodliwości stresu i używek dla zdrowia, w zdecydowanej większości (średnio 96,8%) okazały się zadowalające. Średnio co druga badana nie traktuje także jako przeszkody w dbałości o zachowanie zdrowia braku pieniędzy i podejmowanej aktywności zawodowej. Motywowane wewnętrznie zakładają, że prowadzenie prozdrowotnego stylu życia pozostaje niezależne od sytuacji finansowej oraz wymagającej i absorbującej pracy. Uzyskane wyniki wskazały także na wysoką świadomość badanych w zakresie konieczności poszukiwania informacji o zdrowiu, skuteczności działań profilaktycznych we wczesnym diagnozowaniu chorób, a także roli pracowników opieki zdrowotnej oraz zasadności kampanii reklamowych w promowaniu zdrowia.

Ochrona zdrowia powinna więc pozostawać obiektem projektowania szeroko rozumianych oddziaływań socjalizacyjnych i edukacyjnych, ze znaczącą rolą edukacji zdrowotnej. W realizacji tego procesu niezbędna staje się zarówno osobista aktywność jednostki, jak również udział środowiska rodzinnego i całego otoczenia społecznego, dzięki któremu dziecko, a później osoba dorosła, opanowuje cały zakres wiedzy o zdrowiu, przyswaja nawyki i umiejętności służące zdrowiu, kształtuje odpowiedzialność za zdrowie własne i innych oraz dokonuje właściwych wyborów służących zdrowiu (Charońska, 2008). Podejmowanie działań związanych z rozpoznaniem, prewencją i leczeniem problemów zdrowotnych lub modyfikacją warunków, które te problemy wywołują, wpisuje się, w bardzo szerokim ujęciu, w umiejętność samoopieki zdrowia. Podejmowane w jej ramach działania opierają się zwykle na wiedzy i umiejętnościach czerpanych zarówno ze źródeł profesjonalnych jak i nieprofesjonalnych; podejmowane są samodzielnie lub z inicjatywy samych zainteresowanych, jak również we współpracy z profesjonalistami medycznymi. Dowartościowanie koncepcji samoopieki znajduje swój wyraz w możliwościach rozwijania edukacji zdrowotnej zarówno osób chorych, jak i zdrowych (por. Tobiasz-Adamczyk, 2003). Jest to ważne także z tego względu, że edukacja zdrowotna człowieka dorosłego usytuowana jest poza formalnym systemem oświatowym, funkcjonując jako element szerszej aktywności społecznej (Charońska, 2008).

Edukacja zdrowotna, realizowana na odpowiednio wysokim poziomie, skutkuje nie tylko poprawą poziomu zdrowia społeczeństwa, ale również optymalizacją wydatków na jego ochronę. Jednym z miejsc w których może być prowadzona są placówki ochrony zdrowia. Obowiązek działań edukacyjnych wynika z ustawy o zawodzie lekarza, pielęgniarki i położnej; stanowi także element polityki zdrowotnej naszego kraju. W Narodowym Programie Zdrowia (NPZ) na lata 2016–2020, w ramach przyjętych Celów Operacyjnych (A, B i C) zakłada się odpowiednio (A) Poprawę sposobu żywienia i stanu odżywiania społeczeństwa; (B) Zwiększenie aktywności fizycznej społeczeństwa oraz (C) Ograniczenie rozpowszechnienia używania alkoholu, tytoniu i innych substancji psychoaktywnych oraz zapobieganie uzależnieniom behawioralnym. Realizacja programu ma

na celu spadek zapadalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów i zapobieganie problemom zdrowia psychicznego (<http://dziennikustaw.gov.pl/DU/2016/1492/1>).

Edukacja zdrowotna skutkuje zmianą sposobu życia, zachęca do dokonywania korzystnych dla zdrowia wyborów. Dlatego tak ważną rolę w działaniach promujących zdrowie przypisuje się podnoszeniu świadomości społeczeństwa dotyczącej zdrowia i czynników warunkujących jego utrzymanie, a także umożliwieniu człowiekowi kontroli nad własnym zdrowiem oraz umacnianiu zasobów zdrowotnych tkwiących w jednostce i środowisku (Czabała i Sęk, 2000; za: Juczyński, 2009). Indywidualna odpowiedzialność za zdrowie, rozumiana jako podejmowanie działań profilaktycznych, także w rozumieniu właściwego stylu życia i dbałości o strukturę psychiczną, stanowi czynnik w istotny sposób zwiększający skuteczność oddziaływań biomedycznych (Sheridan i Radmacher, 1998).

Funkcjonowanie kobiet w pełnionych przez nie rolach społecznych uwarunkowane jest stanem zdrowia, stanowiąc wartość gwarantującą realizację celów i życiowych zadań, a tym samym życiową satysfakcję. Podstawy sukcesów w życiu codziennym jak i zawodowym tkwią w zdrowiu, które jest jedną z najważniejszych wartości w życiu każdego człowieka. Dokonywanie świadomych wyborów zdrowotnych wymaga wiedzy, przekonań, działań i prozdrowotnych postaw. A zatem potrzebna jest *edukacja zdrowotna*, która jako całożyciowy proces wymaga aktywnego udziału osób w niej uczestniczących.

Bibliografia

- Bytniewski, M., Danielewicz, J. (2005). Promocja zdrowia w rodzinie poprzez wychowanie do rekreacji ruchowej. W: *Promocja zdrowia w hierarchii wartości*. Lublin: NeuroCentrum.
- Charońska, E. (2008). Podstawy teoretyczne edukacji zdrowotnej. W: A. Andruszkiewicz, M. Banaszkiewicz (red.), *Promocja zdrowia. Teoretyczne podstawy promocji zdrowia*, (s. 123–153), t. 1. Lublin: Wydawnictwo CZELEJ.
- Dolińska-Zygmunt, G. (2001a). Teoretyczne podstawy refleksji o zdrowiu. W: G. Dolińska-Zygmunt (red.), *Podstawy psychologii zdrowia* (s. 11–18). Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Dolińska-Zygmunt, G. (2001b). Behawioralne wyznaczniki zdrowia – zachowania zdrowotne. W: G. Dolińska-Zygmunt (red.), *Podstawy psychologii zdrowia* (s. 33–70). Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Gil, R., Dziedziczko, A. (2004). Pojęcie świadomości zdrowotnej, zdrowia i choroby. *Zdrowie Publiczne*, nr 114(2), s. 251–255.
- Gulczyńska, A., Kasperek-Golimowska, E., Rąglewska, P. (2011). Edukacja zdrowotna w kontekście różnic płciowych. *Nowiny Lekarskie*, 80, 5, s. 344–348.
- Heszen-Niejodek, I. (2000). Psychologia zdrowia. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki* (t. 3, s. 456–464). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

- Juczyński, Z. (2009). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.
- Kulik, T.B. (2015). Koncepcje zdrowia w medycynie. W: T.B. Kulik, A. Pacian (red.), *Zdrowie publiczne* (s. 3–17). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Lachowska, B. (2012). *Praca i rodzina. Konflikt czy synergia?* Lublin: Wydawnictwo KUL
- Mandal, E. (2007). Kobiety i mężczyźni a praca zawodowa. W: E. Mandal (red.), *W kręgu gender* (s. 79–91). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Mellibruda, J. (1998). Przedmowa. W: Sheridan, Ch.L., Radmacher, S.A. (1998). *Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.
- Miller, M., Opolski, J. (2009). Zdrowie Publiczne w Polsce a polityka zdrowotna w świetle dokumentów Światowej Organizacji Zdrowia. *Postępy Nauk Medycznych*, nr 4, tom 22, s. 282–289.
- Ostrowska, A. (1999). *Styl życia a zdrowie*. Warszawa: IFiS PAN.
- Ostrowska, A. (2013) (red.). *Zdrowie i jego zagrożenia*. Raport Polki 2013. Fundacja MSD dla Zdrowia Kobiet http://fzk.org.pl/pdf/RAPORT_LEKKI.pdf
- Olszewska, S., Spryszyńska, M. (2012). Zachowania zdrowotne a jakość życia małżonków. W: T. Rostowska, A. Lewandowska-Walter (red.). *Małżeństwo i rodzicielstwo a zdrowie*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Sheridan, Ch.L., Radmacher, S.A. (1998). *Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.
- Słońska, Z., Misiuna, M. (1993). Promocja zdrowia. *Słownik podstawowych terminów*. Warszawa: Agencja Promo- Lider.
- Syrek, E. (2008). *Zdrowie i wychowanie a jakość życia. Perspektywy i humanistyczne orientacje poznawcze*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Szewczyk, T. (2000). Specyficzne cechy edukacji zdrowotnej. W: M. D. Głogowska (red.), *Promocja zdrowia. Konteksty społeczno-kulturowe* (s. 178–201). Poznań: Wydawnictwo Wolumin s.c.
- Titkow, A. (2007). *Tożsamość polskich kobiet. Ciągłość, zmiana, konteksty*. Warszawa: IFiS PAN.
- Titkow, A., Duch-Krzystoszek, D., Budrowska, B. (2004). *Nieodpłatna praca kobiet. Mity, realia, perspektywy*. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Tobiasz-Adamczyk, B. (2003). *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Woynarowska, B., Woynarowska-Sołdan, M. (2016). Słowniczek podstawowych terminów. W: B. Woynarowska (red.), *Szkola Promująca Zdrowie. Poradnik dla szkół i osób wspierających ich działania w zakresie promocji zdrowia* (s. 97–102). Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji ORE.

Źródła internetowe:

- Borysiak K. i in., (2012). *Zdrowie kobiet w Polsce 2004–2009. Studia i analizy statystyczne*. Kraków: Urząd Statystyczny w Krakowie. Pobrano z: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-kobiet-w-polsce-w-latach-2004-2009,9,1.html?pdf=1>
- Narodowy Program Zdrowia na lata 2016–2020, s. 20–21. Pobrano z: <http://dziennikustaw.gov.pl/DU/2016/1492/1>, (24.04.2019).

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 grudnia 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Pobrane z: <http://www.dziennikustaw.gov.pl/du/2014/1914/1> (25.04.2019).
- Program profilaktyki raka szyjki macicy*. Pobrano z: <http://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/programy-profilaktyczne> (26.04.2019).
- Populacyjny program wczesnego wykrywania raka piersi*. Pobrane z: <http://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/programy-profilaktyczne> (26.04.2019).
- Krajowy Rejestr Nowotworów*. Pobrano z: <http://onkologia.org.pl/rak-piersi-kobiet/> (15.10.2019).
- Na czym polega profilaktyka raka piersi?* Pobrano z: http://www.onkonet.pl/dp_prof_rpier-si.php (25.11.2019).

ANALYSIS OF HEALTH BEHAVIORS PROFESSIONALLY ACTIVE WOMEN AND THE NEED FOR EDUCATIONAL ACTIVITIES

Keywords: woman, health, prevention, health education.

Summary: The article presents the problems of women's health in the context of the role and importance of health prevention, understood as undertaking individual actions to maintain and health multiplication. The results of own research carried out on a group of 208 professionally active women are presented, showing their health situation from the perspective of self-assessment of health status, beliefs about health and preventive measures taken.

Dane do korespondencji:

dr Alina Dworak

Uniwersytet Śląski, Wydział Nauk Społecznych, Instytut Pedagogiki

ul. Grażyńskiego 53

40-126 Katowice

e-mail: alina.dworak@us.edu.pl

dr Marianna Dąbrowska-Wnuk

Wyższa Szkoła Bankowa w Poznaniu, WZ w Chorzowie

ul. Sportowa 29

41-506 Chorzów

e-mail: marianna.dabrowska-wnuk@chorzow.wsb.pl