

Zachowania zdrowotne pielęgniarek a poczucie satysfakcji z życia

Health behaviors of nurses and their sense of life satisfaction

Edyta Ostrowska ^{1/}, Małgorzata Marcysiak ^{2/}, Miłosz Marcysiak ^{2/}

^{1/} Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie

^{2/} Wydział Nauk o Zdrowiu i Nauk Społecznych Państwowej Akademii Nauk Stosowanych im. Ignacego Mościckiego w Ciechanowie

Wprowadzenie. Zachowania zdrowotne pozytywne służą, m. in. wspieraniu zdrowia i zapobieganiu chorobie, dlatego są preferowane w codziennym funkcjonowaniu osób, w tym pielęgniarek. Czynnikiem determinującym zachowania zdrowotne może być poczucie satysfakcji z życia.

Cel. Celem pracy było poznanie zachowań zdrowotnych i poczucia satysfakcji z życia pielęgniarek oraz związku między nimi.

Materiały i metody. Badania przeprowadzono w grupie 99 osób pielęgniarek i pielęgniarzy. Większość stanowiły kobiety (84), Średni wiek uczestników wynosił 38 lat ($SD = 9,2$). Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, technikę ankietowania. Wykorzystano narzędzia standaryzowane w adaptacji Juczyńskiego: Kwestionariusz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) oraz Skalę Satysfakcji z Życia (SWLS).

Wyniki. Średnia poczucia satysfakcji z życia pielęgniarek wynosiła 21,7 ($SD = 6,1$), co umiejscawia ją na poziomie przeciętnym, podobnie zachowania zdrowotne ($M = 38,4$; $SD = 8,0$). Poszczególne składowe zachowań zdrowotnych przyjmowały następujące wartości: nawyki żywieniowe ($M = 3,24$; $SD = 0,69$), zachowania profilaktyczne ($M = 3,19$; $SD = 0,61$); pozytywne nastawienie psychiczne ($M = 3,38$; $SD = 0,72$; praktyki zawodowe ($M = 3,06$; $SD = 0,61$). Kobiety bardziej dbały o swoje zdrowie niż mężczyźni. Osoby z wyższym wykształceniem wykazywały wyższe poczucie satysfakcji życiowej. Miejsce pracy pielęgniarek/pielęgniarzy nie miały istotnego związku z wybieranymi przez nich zachowaniami zdrowotnymi oraz poziomem poczucia satysfakcji z życia.

Wnioski. Istnieje potrzeba wzmacniania zachowań zdrowotnych pielęgniarek oraz motywowania do satysfakcji z życia.

Słowa kluczowe: zachowania zdrowotne, satysfakcja z życia, pielęgniarki

Introduction. Positive health behaviors serve, among other things, to promote health and prevent disease. Therefore it is preferred in the daily functioning of individuals, including nurses. A sense of life satisfaction may be a determining factor in health behaviors.

Aim. The aim of the study was to examine the health behaviors and life satisfaction of nurses and the relationship between them.

Materials and methods. The study was conducted in a group of 99 nurses. The majority were women (84), aged 30 to 39. The mean age of participants was 38 years ($SD = 9.2$). A diagnostic survey method and questionnaire technique were used. Standardized tools adapted by Juczyński were used: the Health Behaviour Questionnaire (IZZ) and the Satisfaction with Life Scale (SWLS).

Results. The average life satisfaction score for nurses was 21.7 ($SD = 6.1$), which places it at an average level, similar to health behavior ($M = 38.4$; $SD = 8.0$). The individual components of health behaviors had the following values: eating habits ($M = 3.24$; $SD = 0.69$); preventive behaviors ($M = 3.19$; $SD = 0.61$); positive mental attitude ($M = 3.38$; $SD = 0.72$; professional practices ($M = 3.06$; $SD = 0.61$). Women took better care of their health than men. People with a higher education demonstrated a higher sense of life satisfaction. The place of work of nurses had no significant relationship with their chosen health behaviors and level of life satisfaction.

Conclusions. There is a need to reinforce health behaviors among nurses and motivate them to achieve life satisfaction.

Key words: health behaviors, life satisfaction, nurses

© Hygeia Public Health 2025, 57(3): 72-78
www.h-ph.pth.pl

Nadesłano: 02.09.2025
Zakwalifikowano do druku: 17.09.2025

Adres do korespondencji / Address for correspondence

dr n. hum. Małgorzata Marcysiak
Wydział Nauk o Zdrowiu i Nauk Społecznych Państwowej Akademii Nauk Stosowanych im. Ignacego Mościckiego w Ciechanowie
ul. Wojska Polskiego 51, 06-400 Ciechanów
tel. 23 672 22 13, e-mail: malgorzata.marcysiak@pansim.edu.pl

Wprowadzenie

Zachowania zdrowotne dzielą się na pozytywne (prozdrowotne), które służą wspieraniu zdrowia, zapobieganiu chorobie i wspomagananiu powrotu do zdrowia oraz negatywne (antyzdrowotne), przyczyniające się do powstania zaburzeń stanu zdrowia, niekorzystnych oddziaływań w sferze fizycznej,

psychospołecznej i emocjonalnej [1, 2].

Do zachowań prozdrowotnych zalicza się: odpowiednie odżywianie, aktywność fizyczną, profilaktykę chorób, dbanie o higienę osobistą i otoczenia oraz unikanie ryzykownych zachowań, w tym ryzykownych zachowań seksualnych, bezpieczeństwo w ruchu drogowym, w szkole, pracy czy w domu [1, 3].

Prawidłowe odżywianie polega przede wszystkim na zbilansowanej diecie, w której dostarczane są do organizmu niezbędne składniki pokarmowe oraz prawidłowym nawodnieniu organizmu [4]. Aktywność fizyczna – rozumiana jako systematyczny ruch ciała angażujący mięśnie szkieletowe i wymagający energii, obejmuje aktywność życia codziennego i zawodowego oraz uprawianie sportu. Systematyczna aktywność poprawia wydolność układu odpornościowego, spowalnia procesy starzenia, przyspiesza przemianę materii, pozytywnie wpływa na stan emocjonalny oraz minimalizuje ryzyko rozwoju się tzw. chorób cywilizacyjnych [5, 6]. Profilaktyka chorób – szeroko rozumiane podejmowanie działań profilaktycznych mających na celu nie tylko zapobieganie rozwojowi choroby, ale przede wszystkim jej wczesne wykrycie, poprzez badania profilaktyczne, np.: mammografia, cytologia, kolonoskopia, itp. [7, 8].

Zachowania antyzdrowotne, to nieprawidłowe odżywianie, brak aktywności fizycznej, stosowanie używek, czy z tym związane zachowania ryzykowne [2]. Konsekwencją nieprawidłowych zachowań żywieniowych staje się otyłość, która zaburza funkcjonowanie organizmu w sferze biopsychospołecznej i prowadzi do rozwoju wielu chorób. Szacuje się, że co roku na świecie umiera około 2,8 miliona osób w wyniku nadwagi i otyłości i liczba ta z każdym rokiem rośnie [4]. Nadmierne spożywanie alkoholu, przyczynia się do rozwoju chorób cywilizacyjnych, w tym nowotworów, ale też powoduje uzależnienie [9]. Jak wynika z danych epidemiologicznych w Polsce dotyczy to ok. 4-5 milionów osób, z czego ok. 1 milion wymaga pomocy specjalistów [10]. Palenie tytoniu uznawane jest za główny czynnik ryzyka rozwoju większości nowotworów oraz chorób sercowo-naczyniowych, układu oddechowego, pokarmowego itd. Według szacunków WHO nikotynizm stanowi przyczynę co dziesiątego zgonu na świecie [11]. Zażywanie narkotyków, leków (nasennych, uspokajających) i substancji uzależniających oddziałuje niekorzystnie na ośrodkowy układ nerwowy, zaburzając jego funkcjonowanie [12]. Ze względu na skalę zjawiska o charakterze globalnym, do zachowań antyzdrowotnych, w niektórych publikacjach zaliczane są samobójstwa. Na świecie co roku dochodzi do około 800 tysięcy zgonów z powodu samobójstwa, a szacuje się 20 razy tyle prób samobójczych [13]. Biorąc pod uwagę szerszy kontekst, do zachowań zdrowotnych zalicza się również oczekiwania, myśli, motyw i przekonania człowieka, które wiążą się ze zdrowiem [1, 14, 15]. Zachowania zdrowotne przejawiają się w stylu życia, który jest najważniejszym determinantem zdrowia [16, 17, 18].

Zachowania zdrowotne pielęgniarek, mimo ich wiedzy i umiejętności w tym zakresie, nie zawsze bywają pozytywne. Przyczyną upatruje się, m. in. w czynnikach obciążających (stres, praca zmianowa), które mogą skłaniać je do zachowań antyzdrowotnych. Niepokoї również to, że mimo dostępności, wiele pielęgniarek nie poddaje się badaniom profilaktycznym, a często choroby są diagnozowane u nich za późno [8, 19, 20, 21]. Praca zmianowa zaburza nie tylko rytm dobowy, ale również metabolizm (nieregularne spożywanie posiłków, pośpiech, niezdrowe przekąski. Ponadto utrudnia systematyczną aktywność fizyczną [22, 23, 24].

Ciągłe narażenie na stres wynikający z powyższych obciążeń, ale też trudności w radzeniu sobie z cierpieniem i śmiercią pacjentów czy konfliktami w pracy powodującymi napięcie mogą skłaniać pielęgniarki do stosowania środków psychoaktywnych i wynikającymi z tego konsekwencjami [25]. Do czynników niekorzystnie wpływających na zachowania zdrowotne pielęgniarek można również zaliczyć nieprawidłową organizację pracy, niewystarczającą liczbę personelu, brak sprzętu odciążającego pielęgniarki podczas wykonywania czynności pielęgnacyjnych [26].

Satysfakcja rozumiana jako stan emocjonalny powstały w wyniku osiągnięcia jakiegoś celu, charakteryzujący się uczuciem przyjemności i zadowolenia, wynika z doświadczeń człowieka. Do jej podstawowych determinantów można zaliczyć stan zdrowia, poziom zdobytego wykształcenia, sytuację rodzinną oraz materialną i zawodową, ale również okres życia i wynikającą z niego perspektywę [27, 28]. Satysfakcja z pracy zawodowej jest jedną z ważniejszych składowych satysfakcji z życia. Praca bowiem znajduje się wśród ważniejszych wartości w życiu człowieka i obejmuje znaczną część jego życia, daje możliwość samorealizacji i samorozwoju. Satysfakcję z pracy warunkuje wiele czynników, m. in. związanych ze środowiskiem pracy (odpowiednie wyposażenie stanowiska pracy, organizacja pracy, wynagrodzenie, zakres i podział obowiązków, zasoby pracownicze), ale także wynikających z cech indywidualnych danej osoby (osobowość, charakter, wyznanie religijne, przyjęte wzorce kulturowe) [29, 30, 31, 32].

Zachowania zdrowotne mogą mieć związek z poczuciem satysfakcji z życia. Prozdrowotne, prowadzą do lepszego samopoczucia i poprawy jakości życia, co z kolei przekłada się na wyższy poziom satysfakcji. Z drugiej strony, zaniedbywanie zdrowia może prowadzić do obniżenia nastroju, problemów zdrowotnych i niższego poziomu satysfakcji z życia. Satysfakcja z życia natomiast stanowi jeden z mierników dobrego samopoczucia, co może zachęcać do dobrych praktyk związanych z zachowaniami zdrowotnymi [33, 34, 35].

Cel

Celem pracy było poznanie zachowań zdrowotnych i poczucia satysfakcji z życia pielęgniarek oraz związku między nimi, z uwzględnieniem zmiennych demograficznych.

Materiały i metody

Badania zostały przeprowadzone w okresie od 01.04.2022 r. do 10.05.2022 r. wśród 99 pielęgniarek i pielęgniarzy. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, technikę ankietowania. Narzędzia badawcze stanowiły dwa standaryzowane kwestionariusze ankiety w adaptacji Zygrydy Juczyńskiego: Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) i Skala Satysfakcji z Życia (SWLS).

IZZ składa się z 24 stwierdzeń opisujących zachowania związane ze zdrowiem, dzięki którym można uzyskać wiedzę na temat ogólnego wskaźnika nasilenia zachowań zdrowotnych oraz ich czterech składowych: nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne, pozytywne nastawienia psychiczne, praktyki zdrowotne. Zgodność wewnętrzna IZZ ustalona na podstawie alfa Cronbacha wynosi 0,85 dla całego Inwentarza, zaś dla jego czterech podskal mieści się w granicach od 0,60 do 0,65 [36].

SWLS składa się z pięciu stwierdzeń, za pomocą których poznaje się ogólny wskaźnik zadowolenia z życia. Wskaźnik rzetelności *alfa* Cronbacha SWLS ustalony w badaniu wynosił 0,81, a wskaźnik stałości skali wyniósł 0,86 [36]. Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej. Analizy statystyczne przeprowadzono w programie TIBCO Statistica 13.3. Do opisu danych wykorzystano statystyki opisowe (średnia, odchylenie standardowe, wartości minimalne i maksymalne) oraz analizę rozkładów kategorii SWLS. Do porównań między grupami zastosowano test t-Studenta dla prób niezależnych, z poprawką Welcha w przypadku braku homogeniczności wariancji. W celu uzupełnienia analiz raportowano wielkości efektu (*d* Cohena). Zależności między zmiennymi oceniano z wykorzystaniem regresji liniowej hierarchicznej, co umożliwiło sprawdzenie przyrostu wyjaśnionej wariancji na kolejnych etapach modelu. Do oceny czynników ryzyka niskiej satysfakcji z życia (SWLS ≤ 19 pkt) zastosowano regresję logistyczną, raportując ilorazy szans (OR) wraz z 95% przedziałami ufności (CI). Dodatkowo wykonano analizę profili zdrowotnych przy użyciu median split, aby zilustrować różnice w poziomie satysfakcji między grupami o wysokim i niskim poziomie IZZ.

Przyjęto poziom istotności statystycznej $p < 0,05$.

Wyniki

W badaniu wzięło udział 99 pielęgniarek i pielęgniarzy, w tym 84 kobiety i 15 mężczyzn. Średni wiek uczestników wynosił 38 lat (SD = 9,2; zakres: 25-59 lat). Najczęściej deklarowanym wykształceniem był licencjat pielęgniarstwa (52 osoby) oraz tytuł magistra pielęgniarstwa (42 osoby); pojedyncze osoby legitymowały się ukończonym studium medycznym (3) lub liceum medycznym (2). Większość ankietowanych (74 osoby) posiadało potomstwo. Biorąc pod uwagę staż pracy badana grupa była bardzo zróżnicowana. Dominowały osoby (43) pracujące do 10 lat, 25 osób do 20 lat, 19 osób do 30 lat, a 20 ponad 20 lat. Średni wynik satysfakcji z życia (SWLS) wynosił 21,7 pkt (SD = 6,1; zakres: 9–35). Ogólny wynik zachowań zdrowotnych (IZZ) kształtował się na poziomie $M = 38,4$ (SD = 8,0; zakres: 15–58). W podskalach najwyżej oceniono pozytywne nastawienie psychiczne ($M = 3,38$; SD = 0,72), a najniżej praktyki zdrowotne ($M = 3,06$; SD = 0,61). Prawidłowe nawyki żywieniowe osiągnęły średnio $M = 3,24$ (SD = 0,69), a zachowania profilaktyczne $M = 3,19$ (SD = 0,61) (Tabela I). Analizę kategorii satysfakcji z życia wśród badanych przedstawia Tabela II. Najliczniejszą kategorię stanowiły osoby o neutralnym poziomie satysfakcji (20–24 pkt).

Tabela I. Wiek i wyniki średnie (SWLS, IZZ)

Zmienna	M	SD	Min	Max
Wiek (lata)	38,00	9,21	25	59
SWLS	21,75	6,09	9	35
IZZ	38,36	8,03	15	58
Prawidłowe nawyki żywieniowe	3,24	0,69	1,50	4,67
Zachowania profilaktyczne	3,19	0,61	2,00	4,50
Pozytywne nastawienie psychiczne	3,38	0,72	1,50	4,83
Praktyki zdrowotne	3,06	0,61	1,33	4,50

M – średnia; SD – odchylenie standardowe; Min – minimum; Max – maksimum.

Źródło: Wyniki badań własnych

Tabela II. Kategorie satysfakcji z życia (SWLS) pielęgniarek

Kategoria SWLS	n	%
Bardzo niezadowolony (5–9)	1	1,0
Niezadowolony (10–14)	12	12,1
Raczej niezadowolony (15–19)	23	23,2
Neutralny (20–24)	31	31,3
Zadowolony (25–29)	21	21,2
Bardzo zadowolony (30–35)	11	11,1

n – liczebność; % – odsetek badanych

Źródło: Wyniki badań własnych

Kobiety uzyskały istotnie wyższe wyniki w zakresie prawidłowych nawyków żywieniowych ($M = 3,32$; SD = 0,69) niż mężczyźni ($M = 2,80$; SD = 0,51; $p = 0,002$; $d = 0,78$). Podobnie w zachowaniach profilaktycznych kobiety osiągały wyższe wyniki ($M = 3,24$; SD = 0,62) w porównaniu z mężczyznami ($M = 2,92$; SD = 0,47; $p = 0,030$; $d = 0,53$). Różnice wystąpiły także w pozytywnym nastawieniu psychicznym (K :

$M = 3,43$; SD = 0,74 vs. $M = 3,09$; SD = 0,50; $p = 0,033$; $d = 0,48$). Nie stwierdzono natomiast istotnych różnic płciowych w zakresie praktyk zdrowotnych ($p = 0,47$) ani satysfakcji z życia (SWLS; $p = 0,71$) (Tab. 3). Różnice ze względu na płeć i wykształcenie przedstawiono w Tabeli III. Należy jednak interpretować te wyniki ostrożnie z uwagi na niewielką liczebność grupy mężczyzn ($n = 15$).

Tabela III. Zachowania zdrowotne i satysfakcja z życia a płeć

Zmienna	Kobiety $M \pm SD$ ($n=84$)	Mężczyźni $M \pm SD$ ($n=15$)	$t(df)$	p	d
Prawidłowe nawyki żywieniowe	3.32 ± 0.69	2.80 ± 0.51	3.42 (23.96)	0.002	0.78
Zachowania profilaktyczne	3.24 ± 0.62	2.92 ± 0.47	2.31 (23.82)	0.030	0.53
Pozytywne nastawienie psychiczne	3.43 ± 0.74	3.09 ± 0.50	2.25 (26.41)	0.033	0.48
Praktyki zdrowotne	3.08 ± 0.64	2.98 ± 0.44	0.74 (25.70)	0.466	0.16
IZZ	38.58 ± 8.42	37.13 ± 5.36	0.87 (28.15)	0.390	0.18
SWLS	21.87 ± 5.78	21.07 ± 7.80	0.38 (16.86)	0.708	0.13

M – średnia; SD – odchylenie standardowe; n – liczebność; $t(df)$ – test t (Welch); p – poziom istotności; d – wielkość efektu Cohena.

Źródło: Wyniki badań własnych

Pielęgniarki z wykształceniem magisterskim osiągały istotnie korzystniejsze wyniki w zakresie nawyków żywieniowych ($M = 3,45$; $SD = 0,70$) niż osoby z wykształceniem licencjackim ($M = 3,07$; $SD = 0,64$; $p = 0,007$; $d = 0,58$). Różnice odnotowano także w satysfakcji z życia:

pielęgniarki posiadające tytuł zawodowy magistra uzyskały średnio 23,4 pkt ($SD = 6,7$) wobec 20,8 pkt ($SD = 5,2$) w grupie licencjackiej ($p = 0,047$; $d = 0,43$). W pozostałych podskalach różnice nie były istotne statystycznie (Tabela IV).

Tabela IV. Zachowania zdrowotne i satysfakcja z życia a wykształcenie

Zmienna	Licencjat $M \pm SD$ ($n=52$)	Magister $M \pm SD$ ($n=42$)	$t(df)$	p	d
Prawidłowe nawyki żywieniowe	3.07 ± 0.64	3.45 ± 0.70	-2.76 (84.36)	0.007	-0.58
Zachowania profilaktyczne	3.10 ± 0.57	3.31 ± 0.65	-1.62 (81.82)	0.109	-0.34
Pozytywne nastawienie psychiczne	3.37 ± 0.74	3.40 ± 0.70	-0.26 (89.46)	0.792	-0.05
Praktyki zdrowotne	3.08 ± 0.69	3.07 ± 0.53	0.09 (91.88)	0.925	0.02
IZZ	38.88 ± 8.43	37.98 ± 7.89	0.54 (89.99)	0.592	0.11
SWLS	20.81 ± 5.21	23.36 ± 6.73	-2.02 (76.00)	0.047	-0.43

M – średnia; SD – odchylenie standardowe; n – liczebność; $t(df)$ – test t (Welch); p – poziom istotności; d – wielkość efektu Cohena.

Źródło: Wyniki badań własnych

Posiadanie dzieci i staż pracy nie różnicowały istotnie poziomu zachowań zdrowotnych ani satysfakcji z życia; w obu przypadkach efekty wielkości były małe i nieistotne.

W celu określenia czynników związanych z satysfakcją z życia zastosowano analizę regresji hierarchicznej. W pierwszym kroku do modelu wprowadzono zmienne

demograficzne (wiek, staż pracy, płeć), które nie wyjaśniały wariacji satysfakcji z życia ($R^2 = 0,005$). Dodanie w drugim kroku wskaźników dotyczących prawidłowych nawyków żywieniowych i zachowań profilaktycznych zwiększyło wartość wyjaśnionej wariacji do 5,2% ($\Delta R^2 \approx 0,047$), jednak zmienne te nie stanowiły istotnych predyktorów (Tabela V).

Tabela V. Regresja hierarchiczna dla SWLS

Krok	Predyktory	R^2	ΔR^2	Istotne β
1	Demografia (wiek, staż, płeć)	0,005	–	brak
2	+ Nawyki, profilaktyka	0,052	0,047	brak
3	+ Nastawienie psychiczne	0,309	0,257	$\beta = 0,85^{***}$

R^2 – współczynnik determinacji; ΔR^2 – przyrost wyjaśnionej wariacji; β – standaryzowany współczynnik regresji; p – poziom istotności.

Źródło: Wyniki badań własnych

Dopiero włączenie w trzecim kroku pozytywnego nastawienia psychicznego spowodowało wyraźny wzrost dopasowania modelu ($R^2 = 0,309$; $\Delta R^2 = 0,257$). Jedynym istotnym predyktorem satysfakcji z życia w pełnym modelu okazało się pozytywne nastawienie psychiczne ($\beta = 0,85$; $p < 0,001$).

Satysfakcja z życia pielęgniarek nie była związana z cechami demograficznymi ani z fizycznymi zachowaniami zdrowotnymi, lecz w największym stopniu zależała od psychologicznego komponentu zachowań zdrowotnych –

pozytywnego nastawienia psychicznego.

W celu wyodrębnienia grup różniących się poziomem zachowań zdrowotnych dokonano podziału medianowego łącznego wyniku IZZ. Analiza porównawcza wykazała, że pielęgniarki o wysokim poziomie zachowań zdrowotnych osiągały istotnie wyższą satysfakcję z życia ($M = 24,1$; $SD = 5,8$) w porównaniu z osobami z niskim poziomem IZZ ($M = 19,4$; $SD = 5,7$; $p < 0,001$). Wielkość efektu była duża (Cohen's $d = 0,83$), co potwierdza praktyczne znaczenie tego rozróżnienia (Tabela VI).

Tabela VI. Satysfakcja z życia wg poziomu IZZ (median split)

Grupa	SWLS $M \pm SD$	p	d
Niskie IZZ	$19,4 \pm 5,7$	< 0,001	0,83
Wysokie IZZ	$24,1 \pm 5,8$		

M – średnia; SD – odchylenie standardowe; d – wielkość efektu Cohena.

Źródło: Wyniki badań własnych

Ponadto analiza klastrow pozwoliła wyróżnić trzy profile zdrowotne, określające pielęgniarzki:

- niski profil zdrowotny – niskie wyniki we wszystkich podskalach IZZ, najniższa satysfakcja z życia ($M = 17,9$);
- wysoki profil zdrowotny – wysokie wyniki IZZ, najwyższa satysfakcja ($M = 24,7$);
- profil mieszany – relatywnie wysokie nastawienie psychiczne przy umiarkowanych wskaźnikach fizycznych, satysfakcja na poziomie pośrednim ($M = 21,5$).

Zarówno proste rozróżnienie (wysokie vs. niskie IZZ), jak i bardziej złożona analiza klastrowa potwierdzają, że satysfakcja z życia pielęgniarek rośnie wraz z ogólnym poziomem zachowań zdrowotnych, a szczególnie gdy komponent psychiczny współwystępuje z fizycznymi.

W celu identyfikacji czynników ryzyka niskiej satysfakcji z życia ($SWLS \leq 19$) przeprowadzono analizę regresji logistycznej. Model okazał się istotny ($\chi^2 = 21,53$; $p < 0,001$) i charakteryzował się umiarkowanym dopasowaniem ($\text{pseudo-}R^2 = 0,18$). Najważniejszym predyktorem była podskala pozytywnego nastawienia psychicznego: każdy dodatkowy punkt obniżał ryzyko niskiej satysfakcji o około 21% ($OR = 0,79$; 95% CI: 0,70–0,88; $p < 0,001$). Drugim istotnym czynnikiem było wykształcenie – pielęgniarki z tytułem magistra miały blisko trzykrotnie mniejsze ryzyko niskiej satysfakcji niż osoby z licencjatem ($OR = 0,34$; 95% CI: 0,12–0,96; $p = 0,038$). Pozostałe zmienne (płeć, posiadanie dzieci) nie były istotnymi predyktorami ryzyka niskiej satysfakcji (Tabela VII).

Tabela VII. Regresja logistyczna: predyktory niskiej satysfakcji ($SWLS \leq 19$)

Predyktor	OR	95% CI	p
Pozytywne nastawienie psychiczne	0,79	0,70–0,88	< 0,001
Wykształcenie (magister vs licencjat)	0,34	0,12–0,96	0,038
Płeć	1,01	0,29–3,56	0,98
Posiadanie dzieci	1,12	0,46–2,73	0,79

OR – iloraz szans; CI – przedział ufności; p – poziom istotności.

Źródło: Wyniki badań własnych

Niski poziom pozytywnego nastawienia psychicznego oraz posiadanie wykształcenia niższego niż magisterskie stanowią główne czynniki zwiększające prawdopodobieństwo niskiej satysfakcji z życia w badanej grupie pielęgniarek.

Dyskusja

Uzyskane wyniki w badaniach własnych wskazują, że poziom satysfakcji z życia badanych pielęgniarek kształtował się na poziomie przeciętnym ($M = 21,7$; $SD = 6,1$). Ogólny poziom zachowań zdrowotnych również mieścił się w zakresie średnich wartości ($M = 38,4$; $SD = 8,0$). Z analizy poszczególnych podskal wynikało, że najwyżżej oceniane było pozytywne nastawienie psychiczne ($M = 3,38$; $SD = 0,72$), natomiast najniżej praktyki zdrowotne ($M = 3,06$; $SD = 0,61$). Pozytywne nastawienie psychiczne okazało się najsilniejszym predyktorem satysfakcji z życia ($\beta = 0,57$; $p < 0,001$).

Podobne obserwacje poczynili Kupcewicz i wsp. [32], wskazując na przeciętny poziom satysfakcji z życia w badanych grupach zawodowych, Tomczyszyn i wsp. badający satysfakcję z życia w czasie pandemii COVID – 19 [31] oraz Sternal i wsp., która akcentowała rolę prawidłowych nawyków i nastawienia psychicznego jako najważniejszych czynników dobrostanu [37]. Jednak niektóre badania (Siwiński i Rasińska) podkreślały większą rolę zachowań profilaktycznych czy aktywności fizycznej, co stanowi pewną rozbieżność względem własnych analiz, w których czynniki te odgrywały rolę drugorzędą [38].

W badanej grupie dominowały przeciętne zachowania zdrowotne, o czym wspominało. Podobne dane uzyskała Remigrońska A. i wsp., z których wynikało, że tylko 1/3 badanych pielęgniarek przestrzegała zdrowego stylu życia [19]. W badaniach Książek, Jarzynkowskiego i Piotrowskiej z użyciem IZZ, uzyskano także niezadowalające wyniki odnośnie zachowań zdrowotnych (49%). [39].

W zakresie czynników demograficznych stwierdzono, że kobiety deklarowały wyższe wyniki w obszarze prawidłowych nawyków żywieniowych i zachowań profilaktycznych niż mężczyźni, co jest zgodne z innymi badaniami, które konsekwentnie wskazują, że kobiety częściej podejmują działania prozdrowotne [40, 41]. Podobnie wykształcenie okazało się istotnym czynnikiem. Pielęgniarki z tytułem magistra uzyskały wyższe wyniki zarówno w SWLS, jak i w podskali prawidłowych nawyków żywieniowych. Podobny kierunek obserwowano w innych badaniach: poziom wyższego wykształcenia wiązał się z wyższą satysfakcją z życia oraz lepszymi wynikami w zakresie PNŻ. [32, 42]. W odniesieniu do posiadania dzieci i stażu pracy nie stwierdzono istotnych różnic, co stanowi rozbieżność wobec obserwacji Wysokińskiego i wsp., którzy wykazali, że najwyższy poziom satysfakcji z życia notowano u pielęgniarek z najdłuższym stażem zawodowym [43].

Analiza profili zachowań zdrowotnych wykazała, że osoby o wyższym poziomie IZZ cechowały się istotnie wyższą satysfakcją z życia, a wielkość efektu była duża ($d \approx 0,80$). Podobne zależności zaobserwowano w badaniach Bartosiewicz i Łuszczki [42], które wykazały, że wyższy poziom zachowań prozdrowotnych, zwłaszcza w zakresie prawidłowych nawyków żywieniowych, był istotnie powiązany z poziomem wykształcenia pielęgniarek oraz ogólną kondycją zdrowotną. Dalsze badania wykorzystujące metody klasteryzacji mogłyby pogłębić te obserwacje i wyodrębnić bardziej szczegółowe profile zdrowotne w populacji pielęgniarek.

Uzyskane wyniki podkreślają rolę pozytywnego nastawienia psychicznego w kształtowaniu satysfakcji z życia pielęgniarek. Wskazuje to na potrzebę uwzględniania w programach wsparcia i interwencji psychologicznych komponentów wzmacniających zasoby osobiste, takich jak optymizm, poczucie sensu i strategię radzenia sobie ze stresem. Edukacja zdrowotna prowadzona w środowisku pie-

lęgniarskim powinna obejmować nie tylko praktyki związane z dietą, profilaktyką czy aktywnością fizyczną, ale również elementy ukierunkowane na rozwój i utrzymanie dobrostanu psychicznego. Wyniki potwierdzają również znaczenie wykształcenia – pielęgniarki z tytułem magistra osiągały wyższą satysfakcję z życia i lepsze wyniki w zakresie zachowań zdrowotnych, co sugeruje, że wspieranie rozwoju zawodowego i dalszego kształcenia może pośrednio przyczyniać się do poprawy jakości życia i funkcjonowania zdrowotnego.

Należy podkreślić, że badanie miało charakter przekrojowy, co uniemożliwia wyciąganie wniosków przyczynowych dotyczących zależności między zachowaniami zdrowotnymi a satysfakcją z życia. Próba była stosunkowo niewielka ($N \approx 100$) i nierównomierna pod względem płci, co ogranicza możliwość generalizacji wyników, zwłaszcza w odniesieniu do mężczyzn ($n = 15$). Kolejnym ograniczeniem było zastosowanie narzędzi samoopisowych, które mogą być podatne na efekt społecznej aprobaty. W przyszłych badaniach warto rozważyć wykorzystanie metod podłużnych oraz pomiarów behawioralnych lub fizjologicznych, co pozwoliłoby na uzyskanie pełniejszego obrazu zależności między zachowaniami zdrowotnymi a satysfakcją życiową.

Wnioski

1. Satysfakcja z życia pielęgniarek kształtuje się na poziomie przeciętnym, co potwierdzają publikowane badania, dlatego istnieje potrzeba wsparcia psychologicznego, realizacji programów profilaktycznych i szkoleń

dla pielęgniarek, obejmujących komponenty wzmacniające pozytywne nastawienie psychiczne, np. treningi odporności psychicznej, radzenia sobie ze stresem i budowania optymizmu.

2. Ogólny poziom zachowań zdrowotnych mieści się w zakresie średnich wartości; najwyżej oceniane było pozytywne nastawienie psychiczne, a najniżej praktyki zdrowotne. W edukacji zdrowotnej tej grupy należy kłaść większy nacisk na praktyczne aspekty zdrowia (dieta, profilaktyka, aktywność), jednocześnie podkreślając ich związek z dobrostanem psychicznym.
3. Czynniki demograficzne miały niewielkie znaczenie: różnice płciowe dotyczyły wyłącznie nawyków zdrowotnych i profilaktyki, a posiadanie dzieci i staż pracy nie różnicowały badanych.
4. Wykształcenie różnicowało poziom satysfakcji – pielęgniarki z tytułem magistra osiągały wyższe wyniki w SWLS oraz lepsze nawyki zdrowotne, dlatego wymierne znaczenie może mieć rozwój zawodowy, poprzez wspieranie kształcenia podyplomowego i awansu zawodowego, co może sprzyjać wyższemu poziomowi satysfakcji życiowej, a pośrednio również jakości opieki nad pacjentami.
5. Wskazane są badania podłużne i o większej liczebności, w tym z udziałem mężczyzn, aby pełniej ocenić znaczenie czynników demograficznych i wyodrębnić profile ryzyka.

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła. Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Piśmiennictwo / References

1. Janowski M, Rasińska R. Wybrane zachowania zdrowotne pracowników ochrony zdrowia. *Pielęg Pol* 2015, 2: 164-169.
2. Nowicki G, Ślusarska B, Zboina B, Kocka K, Bartoszek A, Wiśniewska A. Zakres rozumienia pojęcia „zachowania zdrowotne” oraz uwarunkowania aktywności zdrowotnej człowieka. *Acta Sci Acad Ostroviensis. Sectio A Nauk Human Społ Tech* 2018, 11(1): 372-387.
3. Gruszczńska M, Bąk-Sosnowska M, Plinta R. Zachowania zdrowotne jako istotny element aktywności życiowej człowieka. *Stosunek Polaków do własnego zdrowia. Hygeia Public Health* 2015, 50(4): 558-565.
4. Brończyk-Puzoń A, Koszowska A, Nowak J i wsp. Epidemiologia otyłości na świecie i w Polsce. *Forum Zab Metabol* 2014, 5(1): 1-5.
5. Siwiński W, Rasińska R. Aktywność fizyczna jako zasadniczy cel stylu życia i zdrowia człowieka. *Piel Pol* 2015, 2(56): 181-188.
6. Konieczny G, Rasińska R. Partycypacja kobiet (w szczególności pielęgniarek) w ogólnorozwojowych formach aktywności fizycznej – analiza literaturowa. *Piel Pol* 2017, 2(64): 327-333.
7. GUS. Stan zdrowia ludności Polski w 2019 roku. GUS, Warszawa 2021. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/stan-zdrowia-ludnosci-polski-w-2019-r-26,1.html> (10.04.2025).
8. Mendrycka M, Nowak K, Janiszewska R i wsp. Umiejscowienie kontroli zdrowia a zachowania zdrowotne pielęgniarek. *Hygeia Public Health* 2019, 54(1): 30-40.
9. Frąckowiak M, Motyka M. Zespół zależności alkoholowej: charakterystyka, fazy rozwoju, metody diagnozowania. *Probl Hig Epidemiol* 2015, 96(2): 315-320.
10. Cierpiatkowska L, Chodkiewicz J. Uzależnienie od alkoholu: oblicza problemu. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2020.
11. Szczęch B, Dyzmann-Sroka A, Kubiak A i wsp. Analiza świadomości zdrowotnych skutków palenia tytoniu wśród wybranych grup społecznych. *Probl Hig Epidemiol* 2014, 95(4): 871-879.
12. Wierzbicka A. Determinanty zdrowia – analiza taksonomiczna determinant stanu zdrowia starszej subpopulacji krajów europejskich. *Fol Oeconom* 2013, 297: 195-210.
13. Wassermann D. Przegląd zachowań zdrowotnych i zachowań obciążonych ryzykiem, problemów ze zdrowiem psychicznym i zachowań samobójczych u młodych Europejczyków na podstawie wyników badania SEYLE finansowanego przez UE. *Psychiatr Pol* 2016, 50(6): 1093-1107.
14. Woźniak M, Brukwicka I, Kopański Z i wsp. Związki stylu życia ze zdrowiem. *J Clin Health* 2015, 4: 4-9.
15. Włodarczyk E. Psychologia zachowań zdrowotnych a promocja zdrowia – wybrane zagadnienia. *Med Docket* 2019, 12(4): 61-89.
16. Belcarz M, Borzuchowska M. Analiza wybranych zachowań prozdrowotnych w odniesieniu do struktury wieku pielęgniarek. W: Nowak W, Szalonka K (red). *Zdrowie i style życia: Determinanty długości życia*. Uniwersytet Wrocławski, Wrocław 2020.
17. Konieczny G, Rasińska R. Dokonana w perspektywie teorii dystynkcji Pierre’a Bourdieu analiza empiryczna zachowań podejmowanych w wolnym czasie przez pielęgniarek i położne. *Piel Pol* 2017, 3(65): 495-500.

18. Trojanowska A, Trojanowska P, Piasecka K, Sobolewska-Samorek A. Zachowania zdrowotne pielęgniarek pediatrycznych. *Fides Et Ratio* 2020, 3(43): 177-194.
19. Remigrońska A, Włoszczak-Szubzda A. Zachowania zdrowotne pielęgniarek czynnych zawodowo co najmniej jeden rok. *Apekt Zdr Chorob* 2016, 1(1): 41-53.
20. Adamowicz K. Ocena wiedzy pielęgniarek środowiskowych dotyczącej profilaktyki chorób nowotworowych. *Piel Pol* 2017, 3(65): 390-395.
21. Nowicki GJ, Ślusarska B, Kocka K, Piasecka H. Stan wiedzy na temat czynników ryzyka i profilaktyki chorób cywilizacyjnych, a zachowania zdrowotne pracowników medycznych i niemedyków. *Med Śr* 2017, 20(1): 41-47.
22. Szymańska-Czechór M, Kędra E. Ocena wpływu pracy zmianowej na stan zdrowia personelu pielęgniarskiego wybranego podmiotu leczniczego – dane ilościowe (część I). *Probl Piel* 2017, 25(3): 185-190.
23. Babiarczyk B, Bujok M. Występowanie zaburzeń snu wśród pielęgniarek pracujących w systemie zmianowym. *Probl Hig Epidemiol* 2019, 100(2): 89-94.
24. Sińska B, Kucharska A, Sienkiewicz Z, Dykowska G. Wpływ systemu zmianowego pracy pielęgniarek na ich sposób odżywiania i aktywność fizyczną. *Zdr Publ Zarządzanie* 2018, 16(2): 105-111.
25. Sygit-Kowalikowska E, Ziółkowski M. Stres w środowisku zawodowym, a używanie alkoholu. Stan badań i perspektywa ich dalszego rozwoju. *Alkohol Narkom* 2019, 32(2): 109-130.
26. Dąbek J, Piotrkowicz J, Korzeń D, Gąsior Z. Wiedza oraz zastosowanie zasad ergonomii przez lekarzy i pielęgniarki z dolegliwościami bólowymi kręgosłupa. *Health Probl Civiliz* 2019, 13(3): 217-224.
27. Błoński K, Burlita A. Satysfakcja z życia zawodowego i osobistego jako aspekty jakości życia – wyniki badań. [w:] *Paradygmaty badawcze jakości życia w ekonomii, zarządzaniu i psychologii*. Frątczak E, Panek T, Słaby T (red). Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego, Wrocław 2017: 174-188.
28. Wojcieszak A, Nawalana A, Majda A. Poczucie optymizmu oraz własnej skuteczności małopolskich pielęgniarek korzystających z kształcenia podyplomowego. *Piel Pol* 2019, 2(72): 141-147.
29. Sak-Skowron M, Skowron Ł. Determinanty satysfakcji z pracy – studium teoretyczne. *MiZ* 2017, 2(48): 243-253.
30. Leszczyńska M. Zanim pielęgniowanie stało się zawodem. *Mag Pielęg Położ* 2018, 6: 6-11.
31. Tomczyszyn D, Ławnik A, Szczypińska E. Satysfakcja z życia pielęgniarek w czasie pandemii COVID – 19. *Health Probl Civil* 2021, 15(4): 307-314.
32. Kupcewicz E, Szczypiński W, Kędzia A. Satysfakcja z życia w kontekście życia zawodowego pielęgniarek. *Piel Zdr Publ* 2018, 8(1): 27-32.
33. Swatowska A, Fidecki W, Wysokiński M. Wybrane aspekty oceny satysfakcji z życia pielęgniarek oddziałów neurologicznych. *Piel Neurol Neurochir* 2019, 8(4): 157-161.
34. Kupcewicz E. Jakość życia pielęgniarek a strategia radzenia sobie ze stresem doświadczanym w środowisku pracy. *Med Og Nauk Zdr* 2017, 23(1): 62-67.
35. Piotrkowska R, Jarzynkowski P, Książek J. Analiza poziomu satysfakcji z pracy wśród pielęgniarek onkologicznych – badania wstępne. *Pielęg Op Długoterm* 2020, 5(3): 229-237.
36. Juczyński Z. Narzędzia Pomiaru w Promocji i Psychologii Zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2012.
37. Sternal D, Studencka A, Bąk E. Health behaviors of nursing staff in the use of preventive programs, coping with stress and the impact of additional workload. *J Educ Health Sport Online* 2023, 31(1): 94-113.
38. Siwiński W, Rasińska R. Aktywność fizyczna jako zasadniczy cel stylu życia i zdrowia człowieka. *Piel Pol* 2015, 2(56): 181-188.
39. Książek J, Jarzynkowski P, Piotrowska R. Wybrane elementy stylu życia pielęgniarek operacyjnych. *Med Rodz* 2015, 3(18): 103-109.
40. World Health Organization. Gender and health. https://www.who.int/health-topics/gender#tab=tab_1 (14.08.2025).
41. Centrum Badania Opinii Społecznej. Zdrowie i zachowania prozdrowotne Polaków. Komunikat z badań nr 89/2024. CBOS, Warszawa 2024.
42. Bartosiewicz A, Łuszczki E. Health and sedentary behaviors within Polish nurses: a cross-sectional study. *Nutrients* 2023, 15(6): 1312.
43. Wysokiński M, Fidecki W, Walas W i wsp. Satysfakcja z życia polskich pielęgniarek. *Probl Piel* 2009, 17(3): 167-172.