

Women's health behaviors and selected determinants in breast cancer prevention

Zachowania zdrowotne kobiet i wybrane ich determinanty w profilaktyce raka piersi

Barbara Ślusarska¹, Ewa Łochowska², Honorata Piasecka³, Katarzyna Szczekała⁴,
Grzegorz Józef Nowicki¹

¹Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego Katedra Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej
Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

²Koło Naukowe przy Katedrze Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

³Studia Doktoranckie, Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego, Katedra Onkologii i Środowiskowej
Opieki Zdrowotnej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

⁴Studium Praktycznej Nauki Języków Obcych, I Wydział Lekarski z Oddziałem Stomatologicznym
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

CORRESPONDING AUTHOR/AUTOR DO KORESPONDENCJI:

Grzegorz Józef Nowicki

Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego
Katedra Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej, Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny w Lublinie
ul. Staszica 4/6, 20-081 Lublin
tel. (81) 448 68 10
e-mail: grzesiek.nowicki@interia.pl

STRESZCZENIE

ZACHOWANIA ZDROWOTNE KOBIECI I WYBRANE ICH DETERMINANTY W PROFILAKTYCE RAKA PIERSI

Wprowadzenie. Rak piersi należy do najczęściej rozpoznawanych nowotworów złośliwych u kobiet w Polsce. Istotnym elementem wczesnej profilaktyki są zachowania zdrowotne związane ze stylem życia oraz z samokontrolą stanu zdrowia.

Cel. Określenie poziomu zachowań zdrowotnych kobiet i ich wybranych uwarunkowań w profilaktyce raka piersi.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono w okresie od marca do kwietnia 2014 r. wśród 144 mieszkanek powiatu radomskiego. W pracy wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego z zastosowaniem kwestionariusza ankiety własnej konstrukcji.

Wyniki. Kobiety w 64,6% prezentowały średni poziom zachowań zdrowotnych, a w 32,6% poziom niski. W ocenie wiedzy na temat czynników ryzyka i profilaktyki raka piersi respondentki uzyskały 54,9% maksymalnej liczby punktów. Najniższy wynik w grupie to 19,3% a najwyższy, 88,6%. Kobiety w 53,5% deklarowały odczucia wstydu lub zakłopotania w czasie badań kontrolnych piersi.

Wnioski. Wyższy poziom zachowań zdrowotnych występuje u kobiet z wykształceniem wyższym i większą wiedzą na temat czynników ryzyka raka piersi. Respondentki odczuwające większe poczucie wstydu w trakcie badania piersi prezentują niższy poziom zachowań zdrowotnych.

Słowa kluczowe:

profilaktyka, rak piersi, kobiety, zachowania zdrowotne, determinanty

ABSTRACT

WOMEN'S HEALTH BEHAVIORS AND SELECTED DETERMINANTS IN BREAST CANCER PREVENTION

Introduction. Breast cancer is the most common malignant cancer in women in Poland. Health behaviors concerning lifestyle and breast self-examination (BSE) constitute a significant element of early prevention.

Aim. To determine the level of the women's health behaviors and selected determinants in breast cancer prevention.

Material and methods. The study was carried out among 144 female residents of Radom County from March to April, 2014. The diagnostic survey method was applied with an author's questionnaire compiled for this purpose.

Results. The average level of health behavior was presented by 64.6 % of the women while the low level by 32.6 %. The evaluation of awareness of risk factors and breast cancer prevention revealed that 54.9% of the respondents obtained the maximum score. The lowest result equals 19.3 % whereas the highest one is 88.6%. The total of 53.5 % of the females declared embarrassment on clinical breast examination (CBE).

Conclusions. A higher level of health behaviors is found in the women with higher education and greater knowledge of breast cancer risk factors. The respondents who experience greater embarrassment during clinical breast examination present a lower level of health behaviors.

Key words:

prevention, breast cancer, women, health behaviors, determinants

INTRODUCTION

Breast cancer is the most common cancer and the second cause of death in women in Poland [1]. Detection of cancer in the earliest stage of the disease significantly increases the percentage of the cured cases and affects the decrease in mortality rate by approximately 25%. Raising pro-health awareness regarding the proven risk factors for breast cancer constitutes an element of primary prevention. Secondary prevention is mainly based on detection of the early clinical stage of the disease which is possible due to mammography, the physical examination (on consultations) and breast self-examination (BSE) [2].

AIM

To determine the level of the women's health behaviors and selected determinants to prevent breast cancer.

MATERIAL AND METHODS

The study included 144 women living in Radom County and was carried out in March and April in 2014. The material was collected by means of the diagnostic survey method with a questionnaire and knowledge test. The questionnaire contained questions concerning the evaluation of some health behaviors and their determinants important in breast cancer prevention as well as background information questions. The test questions were designed to check the respondents' awareness of breast cancer risk factors and prevention.

The questions which referred to the assessment of health-promoting behaviors were in the form of a self-description questionnaire. It included 15 statements and the respondents were asked to mark only one answer which best depicted their behavior. The statements concerned behaviors related to lifestyle (5) and breast self-examination (10). The general level of health behaviors was measured with the use of an author's answer key. The surveyed could score 0 – 3 points for each question (except for the 6th, 9th and 10th statement for which they could score 2 points). A greater amount of points was given for those statements which referred to more desired behaviors in breast cancer prevention. The respondents who were over 40 years of age could score maximum 43 points and the ones under 40 years of age could score maximum 40 points. The behaviors of the respondents who scored more than 76% of the maximum number of points were assessed as a high level. Those who presented the average and low levels of health behaviors scored 75 – 51% and 50 – 26%, respectively. Health behaviors in the women who scored less than 26% of the total amount of points were assessed as very low.

The survey on the knowledge of breast cancer risk factors and prevention consisted of 18 questions of the following types: partially open-ended, closed-ended, single choice or multiple choice. The overall knowledge of breast cancer and prevention was assessed with the author's answer key. The total number of points was 22. The level

of the respondents' knowledge who scored not less than 19.75 points was determined as very good. Those who scored 19.5 – 16.5 points were rated to have good knowledge. A satisfactory level of knowledge ranged from 16.25 to 11 points. The women's knowledge of breast cancer prevention assessed at less than 11 points was considered unsatisfactory.

The last part of the tool included some background information questions on socio-demographic data of the surveyed women, i.e. age, education, occupation or family history of breast cancer. Furthermore, the females were enquired if they experienced anxiety about developing cancer and embarrassment while having their breasts examined. They were also asked if they thought that breast cancer would not concern them. Moreover, they were requested to give their opinions whether mammography was painful and uncomfortable.

The results were analyzed statistically. The values of the measurable parameters were presented by the mean value and standard deviation (SD), and for the immeasurable parameters by sample size and percentage. The Mann-Whitney *U* test was used to check differences of the measurable parameters between two groups whereas for more than two groups the Kruskal-Wallis test was applied. The Spearman's rank correlation coefficient test was used to measure the existence of dependence between two features. The significance level $p < 0.05$ was assumed to indicate the presence of statistically significant differences or dependences. The database and statistical studies were conducted with the use of software package Statistica 9.1 (StatSoft, Poland).

Ethical requirements

Participation in the study was voluntary and anonymous. Each woman was informed about the objective of the survey and the way of completing the questionnaires. Then, informed consent for participation in the study was signed by each woman. The survey procedure was in accordance with the Declaration of Helsinki. The research was performed as a part of our the author's own research studies.

RESULTS

The characteristics of the respondents

Among 144 women, the youngest respondent was 18 years old and the oldest one was 76. The mean age was 33.5 years (SD =12.04). The highest percentage was constituted by women below the age of 31 years (40.97%; $n=59$) and the lowest by the ones above 40 years (27.08%, $n=39$). A total of 31.94% ($n=46$) comprised women between 31 and 40 years of age. Approximately a half of the surveyed (47.2%, $n=68$) had secondary education. Every third woman (34.7%, $n=50$) had higher education. A substantially smaller group included women with vocational education (14.6%, $n=21$) and primary education (3.5%, $n=5$). Among the women, 30.6% ($n=44$) had white-collar jobs, were at university or still at school 29.9% ($n=43$) while 26.4% ($n=38$) had blue-collar jobs. The unemployed

females constituted the smallest group (13%, n=19). Breast cancer concerned every fourth family of the respondents (25% n=36). The others (75%, n=108) did not have family history of breast cancer.

The level of selected health behaviors essential in breast cancer prevention

The study results indicate that on average the respondents scored 55.74% (SD=9.56) of all the possible points on the scale assessing the level of health behavior. The lowest obtained score was 35% and the highest one 80% of the maximum number of points. The evaluation of behaviors concerning health self-assessment proved breast self-examination to be the lowest (16% of the interviewed carried out BSE regularly once a month) and 42.9% of the respondents aged above the age of 40 did not have mammography performed. The evaluation of behaviors regarding lifestyle confirmed the lowest rates referred to regular physical activity (solely 11.1% of the questioned did physical exercises minimum 3-4 times a week) and fewer than half of the respondents had fruit and vegetables each day, and fish and fish products at least once a week.

According to the assumed assessment categories, 64.6% (n=93) of the surveyed presented the average level of health behaviors whereas 32.6% (n=47) had a low level. Nobody showed a very low level and 2.8% (n=4) of the women demonstrated to have a very high level of health-promoting activities. The females at the age between 31 and 40 years and above 41 more frequently demonstrated the average level of pro-health behavior (Tab. 1).

■ Tab. 1. The general level of the respondents' health behaviours in relation to age

Level of health behaviour	Age range								
	≤ 30 years old			31-40 years old			≥ 41 years old		
	N	%	% of N=144	n	%	% of N=144	n	%	% of N=144
High	2	3.39%	1.39%	1	2.17%	0.69%	1	2.56%	0.69%
Average	36	61.06%	25.00%	31	67.39%	21.53%	26	66.67%	18.06%
Low	21	35.59%	14.58%	14	30.43%	9.72%	12	30.77%	8.33%
Very low	0	0.00%	0.00%	0	0.00%	0.00%	0	0.00%	0.00%
Total	59	100%	40.97%	46	100%	31.94%	39	100%	27.08%

The statistical analysis confirmed a significant correlation between education and health behavior in the respondents (p=0.002). A higher level of health behaviour is identified with higher education (M=59.43) in comparison to secondary education (M=53.78), primary or vocational one (M=53.78). No statistically significant differences were found between the level of respondents' health behavior and their age, job and family history of breast cancer (p>0.05). In-depth data is shown in Tab. 2.

Some factors affecting health behaviors of the surveyed women in breast cancer prevention

On evaluation of the knowledge of breast cancer risk factors and prevention, the respondents obtained on average 54.92% (12 points) of the maximum points. The lowest

score was 19.32% (4.25 p.) and the highest one was 88.64% (19.5 points). The results of the level of knowledge for different age categories are given in Tab. 3.

■ Tab. 2. The level of women's health behaviours related to breast cancer prevention and selected socio-demographic determinants.

Variable M		Health behaviour level (%)		Statistical analysis
		SD		
Age	Up to 40 years old	55.40	9.09	Z=-0.812; p=0.632
	Above 40 years old	56.64	10.79	
Education	Primary and vocational	53.78	9.84	H=12.415; p=0.002*
	Secondary	53.78	9.08	
	Higher	59.43	9.12	
Job	White-collar	57.61	9.73	H=3.029; p=0.387
	Blue-collar	55.18	10.22	
	Student/pupil	54.36	9.16	
	Unemployed	55.66	8.64	
Family history of breast cancer	Yes	58.44	10.88	Z=-1.740; p=0.082
	No	54.84	8.95	

■ Tab. 3. The general level of the respondents' knowledge of breast cancer and prevention in relation to age

Level of knowledge	Age range								
	≤ 30 years old			31-40 years old			≥ 41 years old		
	N	%	% of N=144	n	%	% of N=144	N	%	% of N=144
Very good	0	0%	0%	0	0%	0%	0	0%	0%
Good	6	10.2%	4.17%	7	15.22%	4.86%	2	5.13%	1.39%
Satisfactory	32	54.2%	22.22%	22	47.83%	15.28%	18	46.15%	12.5%
Unsatisfactory	21	35.6%	14.58%	17	36.96%	11.81%	19	48.72%	13.19%
Total	59	100%	40.97%	46	100%	31.94%	39	100%	27.08%

The selected factors which determine women's health behaviors encompassed knowledge of breast cancer risk factors and prevention, anxiety related to developing breast cancer, experiencing embarrassment before breast examination, conviction that breast cancer does not concern the respondent as well as an opinion that mammography is painful and uncomfortable. Tab. 4 presents the results.

The statistical analysis proved the correlation between the level of health behaviors and the level of knowledge (p<0.001) as well as being embarrassed about clinical breast examination (CBE) (p=0.014). The greater the embarrassment on a CBE, the lower the level of health behavior was shown. Furthermore, the analysis demonstrated that there was a significant correlation between the level of health behaviors and anxiety about the disease (p=0.984), the perception of mammogram as a painful examination (p=0.185) and the belief that breast cancer would not concern the respondent (p=0.912) (Tab. 5).

■ Tab. 4. Selected factors linked to the women's health behaviour in breast cancer prevention

No.	Factor	Categories	N	%
1.	The level of knowledge/awareness	Very good	0	0
		Good	15	10.4
		Satisfactory	73	50.7
		Unsatisfactory	56	38.9
2.	Anxiety over developing breast cancer	Yes	55	38.2
		Rather yes	39	27.1
		Rather no	39	27.1
		No	11	7.6
3.	Embarrassment on breast clinical examination	Yes	28	19.4
		Rather yes	49	34.0
		Rather no	45	31.3
		No	22	15.3
4.	Conviction that developing breast cancer does not concern me	Yes	11	7.6
		Rather yes	34	23.6
		Rather no	40	27.8
		No	59	41.0
5.	Mammography is painful and uncomfortable	Yes	7	4.9
		Rather yes	25	17.4
		Rather no	50	34.7
		No	62	43.1

■ Tab. 5. The correlation between the level of the women's health behaviour and selected factors for breast cancer prevention

	The level of health behaviours (%)		
	Spearman's Rho	p	N
The level of knowledge (%)	0.425	0.000*	144
Anxiety about developing breast cancer	-0.002	0.984	144
Embarrassment of having breast cancer examination done	-0.204	0.014*	144
Conviction that developing breast cancer does not concern me	-0.009	0.912	144
Mammography is painful and uncomfortable.	0.111	0.185	144

DISCUSSION

On the basis of research and observations carried out so far, a range of factors has been distinguished. They can contribute to an increase in the risk of having breast cancer. Some of the factors cannot be modified; however, others can be influenced by women if they take some actions. The results of screening tests disclosing a low rate of BSE in Poland are a vital element of health prevention

and education. The majority of breast cancer cases, namely 9 out of 10 are detected provisionally by women while performing breast self-examination. Therefore, popularization of knowledge about self-examination should be a top priority on each level of women's health education [3,4]. The results of our own study indicated that solely 16% of the surveyed carried out BSE regularly once a month.

In our own study the general health behavior level was assessed as average in 64.6% of the respondents. Every third woman (32.6%) presented a low level of pro-health behaviors which are crucial to breast cancer prevention. Merely 2.8% of the surveyed showed a high level of health behaviors. A statistically significant dependence was noted between the women's health behavior and their knowledge ($p=0.000$) and education ($p=0.002$). Florek [5] indicated a statistically significant dependence between regular breast self-examination and the level of education and the place of residence of the surveyed women. According to Najdyhor et al. [6], 65% of the women appropriately noticed that awareness influenced taking up activities to prevent breast cancer, 43% admitted that difficult access to mammography was the major hindrance to their attendance at checkups, 30% of the respondents reported a lack of funds and 20% mentioned a lack of confidence in physicians.

The results of the survey show that roughly a half of the surveyed women (50.7%) have sufficient knowledge of breast cancer and prevention. Similar survey findings were provided by Przysada et al. [7], who assessed women's awareness as primarily satisfactory. A high level of BSE knowledge constitutes a substantial and positive factor in cancer prevention in women and was identified by many researchers: Donnely et al. [8], Parsa et al. [9], Lairson et al. [10].

Moreover, our study proved that 34% ($n=49$) of the women were rather embarrassed about having their breasts examined. Similarly, the respondents interviewed by Kołtataj et al. [11] were of the same opinion, though to a lesser extent.

CONCLUSIONS

1. More than 64% of the respondents present an average, general level of health behaviors and only 16% of the surveyed perform breast self-examination regularly once a month.
2. The respondents with both higher education and higher level of knowledge about risk factors show a higher level of health behaviors in breast cancer prevention.
3. The females who are more embarrassed on breast examination demonstrate a lower level of health behaviors.

Zachowania zdrowotne kobiet i wybrane ich determinanty w profilaktyce raka piersi

WPROWADZENIE

Rak piersi jest w Polsce najczęściej diagnozowaną chorobą nowotworową oraz stanowi drugą przyczynę śmierci wśród kobiet z powodu nowotworu [1]. Wykrycie raka piersi w jak najwcześniejszym stadium rozwoju znacznie zwiększa odsetek wyleczeń i wpływa na obniżenie o około 25% wskaźnika umieralności. Podnoszenie świadomości prozdrowotnej odnośnie udowodnionych czynników ryzyka zachorowania na raka piersi stanowi element pierwotnej profilaktyki raka piersi. Profilaktyka wtórna oparta jest przede wszystkim na wykrywaniu choroby we wczesnej fazie klinicznej. Możliwe jest to dzięki badaniu mammograficznemu, fizykalnemu (w trakcie wizyt lekarskich) oraz poprzez samobadanie piersi [2].

CEL PRACY

Określenie poziomu zachowań zdrowotnych kobiet i ich wybranych uwarunkowań w profilaktyce raka piersi.

MATERIAŁ I METODA

Badaną grupę stanowiło 144 kobiet zamieszkujących w powiecie radomskim. Badania zostały przeprowadzone w okresie marca i kwietnia 2014 r. Materiał zgromadzono wykorzystując metodę sondażu diagnostycznego z zastosowaniem kwestionariusza ankiety i testu wiedzy. Kwestionariusz ankiety zawierał pytania dotyczące oceny wybranych zachowań zdrowotnych i ich uwarunkowań istotnych w profilaktyce raka piersi oraz pytania metryczkowe. Pytania testowe sprawdzały wiedzę badanych na temat czynników ryzyka i profilaktyki raka piersi.

Pytania dotyczące oceny zachowań zdrowotnych miały charakter samoopisu. Kwestionariusz samoopisu zawierał 15 stwierdzeń, do których respondent musiał się ustosunkować poprzez zaznaczenie tylko jednej odpowiedzi zgodnej z jego zachowaniem.

Zakres stwierdzeń obejmował: zachowania związane ze stylem życia (5 stwierdzeń) oraz zachowania związane z samokontrolą stanu zdrowia (10 stwierdzeń). Ogólny poziom zachowań zdrowotnych został oceniony za pomocą autorskiego klucza odpowiedzi. Ankietowane w każdym pytaniu mogły uzyskać od 0 do 3 pkt. (wyjątek stanowiły stwierdzenia 6, 9 i 10, gdzie badane mogły maksymalnie uzyskać 2 pkt.). Wyższą liczbę punktów przyznawano za stwierdzenia zawierające zachowania, bardziej pożądanego w profilaktyce nowotworu piersi. Maksymalnie respondentki mogły uzyskać 43 pkt. (dotyczy osób po 40 roku życia) lub 40 pkt. (kobiety mające mniej niż 40 lat). Zachowania badanych, które uzyskały powyżej 76% maksymalnej liczby punktów zostały ocenione na poziomie wysokim. Ankietowane prezentujące średni i niski poziom zachowań zdrowotnych zdobyły odpowiednio

75-51% i 50-26% maksymalnej liczby punktów. Zachowania prozdrowotne kobiet z wynikiem mniejszym niż 26% ogólnej liczby punktów zostały ocenione na poziomie bardzo niski.

Test wiedzy na temat czynników ryzyka i profilaktyki raka piersi składał się z 18 pytań, były to pytania półotwarte, zamknięte, jednokrotnego lub wielokrotnego wyboru. Ogólny poziom wiedzy respondentek na temat raka piersi i jego profilaktyki oceniono, za pomocą autorskiego klucza odpowiedzi. Maksymalną liczbę punktów jaką można było osiągnąć w teście wiedzy było 22 pkt. Poziom wiedzy respondentek, które osiągnęły nie mniej niż 19,75 pkt. został oceniony na ocenę bardzo dobrą. Osoby, które osiągnęły od 19,5 do 16,5 pkt. otrzymały ocenę dobrą. Dostateczny poziom wiedzy uzyskały respondentki, które otrzymały od 16,25 do 11 pkt. Kobiety, których wiedzę oceniono poniżej 11 pkt. cechują się niewystarczającą znajomością tematu profilaktyki nowotworu sutka.

Narzędzie zakończone było metryczką w której zbierano dane socjo-demograficzne badanych kobiet, tj. wiek, wykształcenie, rodzaj wykonywanej pracy oraz rodzinne występowanie nowotworów piersi. Ponadto, badane pytano czy odczuwają lęk przed zachorowaniem na raka, czy mają poczucie wstydu i zakłopotania jak ktoś bada ich pierś, czy uważają, że zachorowanie na raka piersi nie będzie ich dotyczyło oraz poproszono o wyrażenie opinii, czy mammografia jest badaniem bolesnym i nieprzyjemnym.

Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej. Wartości analizowanych parametrów mierzalnych przedstawiono za pomocą wartości średniej i odchylenia standardowego, a dla parametrów niemierzalnych – za pomocą liczności i odsetka. Do zbadania różnic w parametrach mierzalnych pomiędzy dwiema grupami zastosowano test nieparametryczny U Manna-Whitneya lub, zaś dla więcej niż dwóch grup zastosowano test Kruskala-Wallisa. Do zbadania istnienia zależności między dwiema cechami zastosowano test istotności współczynnika korelacji R Spearmana. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$ wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic lub zależności. Bazę danych i badania statystyczne prowadzono w oparciu o oprogramowanie komputerowe Statistica 9.1 (StatSoft, Polska).

Wymagania etyczne

Badania były dobrowolne i anonimowe. Każda kobieta była informowana o celu badania oraz sposobie wypełniania kwestionariuszy, następnie pozyskiwano zgodę na udział w badaniu. Realizowana procedura badawcza była zgodna z Deklaracją Helsińską. Badania zrealizowano w ramach badań własnych.

WYNIKI

Charakterystyka badanych

Wśród 144 kobiet najmłodsza spośród respondentek miała 18, a najstarsza 76 lat. Średnia wieku wyniosła 33,5 roku (SD=12,04). Największy odsetek stanowiły kobiety w wieku poniżej 31 lat (40,97%; n=59), a najmniejszy powyżej 40 lat (27,08%; n=39). 31,94% (n=46) było kobiet w wieku od 31. do 40. roku życia. Niemal połowa respondentek, 47,2% (n=68), posiadała wykształcenie średnie. Z kolei co trzecia (34,7%; n=50) wykształcenie wyższe. Znacznie mniej liczne były osoby z wykształceniem zawodowym stanowiące 14,6% (n=21) badanej grupy oraz podstawowym – 3,5% (n=5). 30,6% (n=44) badanych pracowało umysłowo, studiowały lub uczyły się 29,9% (n=43), a pracę fizyczną wykonywało 26,4% (n=38) respondentek. Osoby bezrobotne były najmniej liczne i stanowiły 13% (n=19) badanej grupy. Nowotwór piersi występował rodzinie u co czwartej respondentki (25%, n=36). U pozostałych 75% (n=108) nie stwierdzono rodzinnego występowania nowotworu piersi.

Poziom wybranych zachowań zdrowotnych istotnych w profilaktyce raka piersi

Wyniki badań wskazują, że respondentki uzyskiwały średnio 55,74% (SD=9,56) możliwych do zdobycia punktów w skali oceny poziomu zachowań zdrowotnych. Najniższy uzyskany wynik, to 35%, a najwyższy 80% maksymalnej liczby punktów. W ocenie zachowań dotyczących samokontroli stanu zdrowia najniżej wypadło samobadanie piersi (16% badanych osób wykonywało regularnie raz w miesiącu) oraz 42,9% respondentek powyżej 40 roku życia nie uczestniczyło nigdy w mammografii. W ocenie zachowań związanych ze stylem życia najniższe oceny dotyczyły regularnej aktywności fizycznej (tylko 11,1% ankietowanych wykonywało ćwiczenia fizyczne minimum 3-4 razy w tygodniu) oraz mniej niż połowa ankietowanych spożywała owoce i warzywa codziennie, a ryby i produkty rybne co najmniej raz w tygodniu.

Według przyjętych kategorii oceny, 64,6% (n=93) badanych charakteryzowało się średnim poziomem zachowań zdrowotnych, natomiast 32,6% (n=47) poziomem niskim. U żadnej kobiety nie stwierdzono poziomu bardzo niskiego, a 2,8% (n=4) kobiet wykazywała wysoki poziom zachowań prozdrowotnych. Kobiety w przedziałach wiekowych 31-40 lat oraz powyżej 41 lat częściej reprezentowały średni poziom zachowań zdrowotnych (Tab. 1).

■ Tab. 1. Ogólny poziom zachowań zdrowotnych respondentek z uwzględnieniem wieku

Poziom zachowań zdrowotnych	Przedziały wiekowe								
	≤ 30 lat			31-40 lat			≥ 41 lat		
	n	%	% z N=144	n	%	% z N=144	n	%	% z N=144
wysoki	2	3,39%	1,39%	1	2,17%	0,69%	1	2,56%	0,69%
średni	36	61,06%	25,00%	31	67,39%	21,53%	26	66,67%	18,06%
niski	21	35,59%	14,58%	14	30,43%	9,72%	12	30,77%	8,33%
bardzo niski	0	0,00%	0,00%	0	0,00%	0,00%	0	0,00%	0,00%
suma	59	100%	40,97%	46	100%	31,94%	39	100%	27,08%

Przeprowadzona analiza statystyczna wykazała istotną zależność pomiędzy poziomem wykształcenia, a poziomem zachowań zdrowotnych respondentek ($p=0,002$). Wyższym poziomem zachowań zdrowotnych charakteryzowały się osoby z wykształceniem wyższym ($M=59,43$), w porównaniu do osób z wykształceniem średnim ($M=53,78$), podstawowym oraz zawodowym ($M=53,78$). W wyniku przeprowadzonej analizy statystycznej nie zaobserwowano istotnie statystycznych różnic pomiędzy poziomem zachowań zdrowotnych badanych, a wiekiem, rodzajem wykonywanej pracy oraz rodzinnym występowaniem nowotworów piersi ($p>0,05$). Szczegółowe dane przedstawia tabela 2.

■ Tab. 2. Poziom zachowań zdrowotnych kobiet w profilaktyce raka piersi w wybranych uwarunkowaniach socjo-demograficznych

Zmienna M		Poziom zachowań zdrowotnych (%)		Analiza statystyczna
		SD		
Wiek	do 40 lat	55,40	9,09	$Z=-0,812$; $p=0,632$
	powyżej 40 lat	56,64	10,79	
Wykształcenie	Podstawowe i zawodowe	53,78	9,84	$H=12,415$; $p=0,002^*$
	Średnie	53,78	9,08	
	Wyższe	59,43	9,12	
Rodzaj wykonywanej pracy	Umysłowa	57,61	9,73	$H=3,029$; $p=0,387$
	Fizyczna	55,18	10,22	
	Student/uczeń	54,36	9,16	
	Bezrobotna	55,66	8,64	
Występowanie nowotworu piersi w rodzinie	Tak	58,44	10,88	$Z=-1,740$; $p=0,082$
	Nie	54,84	8,95	

Wybrane czynniki determinujące zachowania zdrowotne badanych kobiet w profilaktyce raka piersi

W ocenie wiedzy na temat czynników ryzyka i profilaktyki raka piersi respondentki zdobyły przeciętnie 54,92% (12 pkt.) maksymalnej liczby punktów w teście wiedzy. Najniższy odnotowany wynik to 19,32% (4,25 pkt.), a najwyższy, to 88,64% (19,5 pkt.). Wyniki oceny poziomu wiedzy w poszczególnych kategoriach wiekowych przedstawia tabela 3.

■ Tab. 3. Ogólny poziom wiedzy respondentek na temat raka piersi i jego profilaktyki z uwzględnieniem wieku

Poziom wiedzy	Przedziały wiekowe								
	≤ 30 lat			31-40 lat			≥ 41 lat		
	n	%	% z N=144	n	%	% z N=144	n	%	% z N=144
bardzo dobry	0	0%	0%	0	0%	0%	0	0%	0%
dobry	6	10,2%	4,17%	7	15,22%	4,86%	2	5,13%	1,39%
dostateczny	32	54,2%	22,22%	22	47,83%	15,28%	18	46,15%	12,5%
niedostateczny	21	35,6%	14,58%	17	36,96%	11,81%	19	48,72%	13,19%
suma	59	100%	40,97%	46	100%	31,94%	39	100%	27,08%

Do analizy wybranych czynników determinujących zachowania zdrowotne kobiet zostały włączone: wiedza na

temat czynników ryzyka i profilaktyki, odczuwanie lęku przed zachorowaniem na raka piersi, odczuwanie wstydu lub zakłopotania przed badaniem piersi, przeświadczenie, że zachorowanie na raka piersi nie dotyczy respondenta oraz opinia, że mammografia jest badaniem bolesnym i nieprzyjemnym. Wyniki badań przedstawia tabela 4.

W analizie statystycznej stwierdzono występowanie korelacji pomiędzy poziomem zachowań zdrowotnych, a poziomem wiedzy kobiet ($p < 0,001$) oraz odczuwaniem wstydu lub zakłopotania, z powodu badania piersi respondentek ($p = 0,014$). Im większy wstyd odczuwały badane, tym niższy poziom zachowań zdrowotnych prezentowały. Przeprowadzona analiza wykazała ponadto, że nie występuje istotna korelacja pomiędzy poziomem zachowań zdrowotnych, a odczuwanym przez respondentki lękiem przed chorobą ($p = 0,984$), postrzeganiem mammografii jako bolesne badanie ($p = 0,185$) oraz postrzeganiem raka piersi jako brak osobistego problemu ($p = 0,912$). (Tab. 5).

■ Tab. 4. Wybrane czynniki związane z zachowaniami zdrowotnymi badanych kobiet w profilaktyce raka piersi

Lp.	Czynnik	Kategorie	n	%
1.	Poziom wiedzy	Bardzo dobry	0	0
		Dobry	15	10,4
		Dostateczny	73	50,7
		Niedostateczna	56	38,9
2.	Odczuwanie lęku przed zachorowaniem na raka piersi	Tak	55	38,2
		Raczej tak	39	27,1
		Raczej nie	39	27,1
		Nie	11	7,6
3.	Odczuwam wstyd lub zakłopotanie gdy ktoś bada moje piersi	Tak	28	19,4
		Raczej tak	49	34,0
		Raczej nie	45	31,3
		Nie	22	15,3
4.	Uważam, że zachorowanie na raka piersi mnie nie dotyczy	Tak	11	7,6
		Raczej tak	34	23,6
		Raczej nie	40	27,8
		Nie	59	41,0
5.	Mammografia jest badaniem bolesnym i nieprzyjemnym	Tak	7	4,9
		Raczej tak	25	17,4
		Raczej nie	50	34,7
		Nie	62	43,1

■ Tab. 5. Korelacja pomiędzy poziomem zachowań zdrowotnych kobiet a wybranymi czynnikami profilaktyki raka piersi

	Poziom zachowań zdrowotnych w %		
	Rho Spearmana	p	N
Poziom wiedzy (%)	0,425	0,000*	144
Odczuwanie lęku przed zachorowaniem na raka piersi	-0,002	0,984	144
Odczuwam wstyd lub zakłopotanie gdy ktoś bada moje piersi	-0,204	0,014*	144
Uważam, że zachorowanie na raka piersi mnie nie dotyczy	-0,009	0,912	144
Mammografia jest badaniem bolesnym i nieprzyjemnym	0,111	0,185	144

DYSKUSJA

W oparciu o dotychczasowe badania oraz obserwacje, wyodrębniono szereg czynników, które mogą stanowić przyczynę zwiększenia ryzyka zachorowania na raka piersi. Część czynników nie podlega modyfikacji, jednakże na część z nich kobiety mają wpływ poprzez podejmowane działania. Wyniki badań przesiewowych mówiące o niskim wskaźniku samobadania piersi u kobiet w Polsce są ważnym elementem profilaktyki i edukacji zdrowotnej. Większość, bo aż 9 na 10 przypadków raka piersi jest wstępnie wykrywanych przez same kobiety w trakcie samobadania piersi, w związku z czym rozpowszechnienie wiedzy na temat samokontroli powinno stanowić priorytet na każdym etapie edukacji zdrowotnej kobiet [3,4]. W wynikach badań własnych tylko 16% badanych osób wykonywało regularnie raz w miesiącu.

W badaniach własnych ogólny poziom zachowań zdrowotnych u 64,6% respondentek został oceniony jako średni. Co trzecia badana (32,6%) prezentowała niski stopień zachowań prozdrowotnych istotnych w profilaktyce raka piersi, a zaledwie 2,8% poziom wysoki. Stwierdzono istotną pod względem statystycznym zależność pomiędzy zachowaniami zdrowotnymi respondentek, a ich wiedzą ($p = 0,000$) i wykształceniem ($p = 0,002$). Florek [5] wykazała istotną statystycznie zależność pomiędzy systematycznym samobadaniem piersi, a poziomem wykształcenia i miejscem zamieszkania ankietowanych kobiet. W badaniach Najdyhor i wsp. [6] 65% badanych kobiet słusznie uznało, że na podejmowanie działań profilaktycznych z zakresu raka piersi ma wpływ wiedza, 43% odpowiedziało, iż największą przeszkodą w zgłaszaniu się kobiet na badania jest utrudniony dostęp do mammografii, 30% respondentek wskazało, że jest to brak środków finansowych, a 20% że brak zaufania do lekarzy.

Wyniki przeprowadzonych badań wskazują, że około połowa ankietowanych kobiet (50,7%) posiada dostateczną wiedzę na temat raka piersi i jego profilaktyki. Podobne wyniki badań, w swojej pracy, uzyskali Przysada i wsp. [7]. W przeprowadzonych przez nich badaniach wiedza kobiet została oceniona w większości na poziomie dostatecznym. Wysoki poziom wiedzy na temat samobadania piersi jest ważnym pozytywnym czynnikiem w profilaktyce nowotworów u kobiet identyfikowanym przez wielu innych badaczy Donnelly i wsp. [8], Parsa i wsp. [9], Lairson i wsp. [10].

W badaniach własnych ponadto stwierdzono, że u 34% ($n = 49$) ankietowanych kobiet występuje zakłopotanie, podczas badania ich piersi. Podobnego zdania, aczkolwiek w mniejszym stopniu były respondentki badane przez zespół Kołtąj i wsp. [11].

WNIOSKI

1. Ponad 64% badanych kobiet charakteryzuje się średnim ogólnym poziomem zachowań zdrowotnych, w tym tylko 16% badanych kobiet wykonuje samobadanie piersi regularnie raz w miesiącu.
2. Kobiety z wyższym wykształceniem i wyższym poziomem wiedzy na temat czynników ryzyka prezentują

wyższy poziom zachowań zdrowotnych w profilaktyce nowotworów piersi.

3. Osoby odczuwające większe poczucie wstydu w trakcie badania piersi prezentują niższy poziom zachowań zdrowotnych.

PIŚMIENICTWO/REFERENCES

1. Wojciechowska U, Didkowska J, Zatoński W. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2012 roku. Warszawa: Wyd. Centrum Onkologii Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie; 2014.
2. Smaga A, Mikułowska M, Komorowska A, i wsp. Rak piersi w Polsce – leczenie to inwestycja. Warszawa: Wyd. Sequence HC Partners Sp. z o.o.; 2014.
3. Karczmarek-Borowska B, Strykowska A, Grądalska-Lampart M, i wsp. Poziom wiedzy kobiet z terenów wiejskich na temat raka piersi. Prz Med Uniw Rzesz Inst Leków. 2013; 3: 298-310.
4. Lewandowska A, Mess E, Laufer J. Profilaktyka raka piersi wśród kobiet. Onkol Pol. 2011; 14(3): 131-134.
5. Florek M. Samobadanie piersi przez mieszkanki wsi i ich udział w badaniach mammograficznych i USG. Med Ogólna. 2008; 3: 246-255.
6. Najdyhor E, Krajewska-Kułak E, Krajewska-Ferishah K. Wiedza kobiet i mężczyzn na temat profilaktyki raka piersi. Ginek Pol. 2013; 84: 116-125.
7. Przysada G, Bojczuk T, Kuźniar A, i wsp. Poziom wiedzy kobiet na temat profilaktyki i wczesnego rozpoznawania raka piersi. Young Sports Science of Ukraine. 2009; 3: 129-136.
8. Donnelly T, Khater A, Kuwari MG, Al-Bader SB, et al. Do socioeconomic factors influence breast cancer screening practices among arab women in Qatar? BMJ Open. 2015; 5: 1-9.
9. Parsa P, Kandiah M, Zulkefli NA, Rahman HA. Knowledge and behavior regarding breast cancer screening among female teachers in Selangor, Malaysia. Asian Pac J Cancer Prev. 2008; 9(2): 221-228.
10. Lairson DR, Chan W, Newmark GR. Determinants of the demand for breast cancer screening among women veterans in the United States. Soc Sci Med. 2005; 61(7): 1608-1617.
11. Kołtąj B, Kołtąj W, Sowa M, i wsp. Ocena wiedzy kobiet, uczestniczek profilaktycznego badania mammograficznego, na temat raka gruczołu piersiowego i znaczenia programu profilaktyki tej choroby. J Health Sci. 2013; 3(12):349-364.

Praca przyjęta do druku/Manuscript received:
02.05.2016

Praca zaakceptowana do druku/Manuscript accepted:
23.05.2016

Tłumaczenie/Translation: Katarzyna Szczekala