UNIWERSYTET KALISKI
IM. PREZYDENTA STANISŁAWA WOJCIECHOWSKIEGO
WYDZIAŁ MEDYCZNY I NAUK O ZDROWIU

MGR ELŻBIETA KACZMAR

POZIOM WIEDZY I ZACHOWANIA ZDROWOTNE PIELĘGNIAREK AKTYWNYCH ZAWODOWO W ZAKRESIE ZAPOBIEGANIA I WCZESNEGO WYKRYWANIA RAKA PIERSI U KOBIET

Rozprawa na stopień doktora
w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu
w dyscyplinie nauki o zdrowiu

Promotor: prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Elżbieta Cipora
Promotor pomocniczy: dr n. o zdr. Izabela Gąska

Kalisz 2025

Składam serdeczne podziękowania Szanownej Pani Promotor prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Elżbiecie Cipora za nieocenione wsparcie, cenne wskazówki oraz życzliwość okazywaną na każdym etapie realizacji niniejszej rozprawy doktorskiej. Dziękuję za poświęcony czas, inspirujące rozmowy, merytoryczną opiekę, a także za cierpliwość i wyrozumiałość, które motywowały mnie do dalszego rozwoju naukowego

Serdeczne podziękowania składam również Pani Promotor Pomocniczej dr n. o zdr. Izabeli Gąska za poświęcony czas, zaangażowanie oraz życzliwość, okazywaną na każdym etapie realizacji niniejszej rozprawy doktorskiej

Autorka

Spis treści

1. WSTĘP 6
1.1. Rak piersi jako problem zdrowotny 7
1.1.1. Epidemiologia, etiologia i czynniki ryzyka 7
1.1.2. Objawy i diagnozowanie 10
1.1.3. Metody leczenia i rokowanie 12
1.2. Zdrowie i zachowania zdrowotne w literaturze przedmiotu 13
1.2.1. Pojęcie i determinanty zdrowia 13
1.2.2. Definicja i podział zachowań zdrowotnych 21
1.2.3. Czynniki kształtujące zachowania zdrowotne 25
1.3. Profilaktyka raka piersi 29
1.3.1. Pojęcie i podział profilaktyki 29
1.3.2. Działania w zakresie profilaktyki pierwotnej i wtórnej raka piersi 30
1.4. Specyfika zawodu pielęgniarki 35
2. ZAŁOŻENIA, CELE, PROBLEMY I HIPOTEZY BADAWCZE 37
2.1. Uzasadnienie wyboru tematu 37
2.2. Cele badań 38
2.3. Problemy badawcze 39
2.4. Hipotezy badawcze 39
3. MATERIAŁ I METODY BADAWCZE 41
3.1. Materiał badawczy 41
3.2. Metody, techniki i narzędzia badawcze 41
3.3. Charakterystyka miejsca prowadzenia badań 44
3.5. Metody analiz statystycznych 47
4. WYNIKI BADAŃ 49
4.1. Dane demograficzne, społeczne i medyczne 49
4.2. Wiedza na temat raka piersi i profilaktyki tego nowotworu 52
4.3. Zachowania zdrowotne w zakresie profilaktyki raka piersi 61
4.4. Zachowania zdrowotne na podstawie Inwentarza Zachowań Zdrowotnych 66
4.5. Umiejscowienie kontroli zdrowia 68
4.6. Poziom uogólnionej własnej skuteczności 69
4.7. Zależności statystyczne 70

4.7.1. Poziom wiedzy na temat raka piersi i profilaktyki tego nowotworu a zachowania zdrowotne ... 70
4.7.2. Poziom wiedzy i zachowania zdrowotne a umiejscowienie kontroli zdrowia ... 75
4.7.3. Poziom wiedzy i zachowania zdrowotne a poczucie własnej skuteczności ... 87
4.7.4. Czynniki demograficzne, społeczne i medyczne a poziom wiedzy i zachowania zdrowotne w zakresie profilaktyki raka piersi ... 91
5. DYSKUSJA ... 122
6. WNIOSKI ... 155
7. STRESZCZENIE ... 158
8. SUMMARY ... 162
9. PIŚMIENNICTWO ... 165
10. SPIS RYCIN ... 191
11. SPIS TABEL ... 192
12. ANEKS ... 195
12.1. Narzędzia badawcze ... 195
12.1.1. Autorski Kwestionariusz Ankiety – załącznik nr 1 ... 195
12.1.2. Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) – załącznik nr 2 ... 206
12.1.3. Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia (MHLC – wersja B) – załącznik nr 3 ... 208
12.1.4. Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności (GSES) – załącznik nr 4 ... 210
12.2. Zgoda dyrektora Szpitala Specjalistycznego Podkarpackiego Ośrodka Onkologicznego im. Ks. B. Markiewicza w Brzozowie na prowadzenie badań – załącznik nr 5 ... 211
12.3. Zgoda dyrektora Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Sanoku na prowadzenie badań – załącznik nr 6 ... 212
12.4. Zgoda dyrektora Samodzielnego Publicznego Miejskiego Zespołu Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Sanoku na prowadzenie badań – załącznik nr 7 ... 213
12.5. Zgoda dyrektora Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Lesku na prowadzenie badań – załącznik nr 8 ... 214
12.6. Zgoda Komisji Bioetycznej na realizację badań – załącznik nr 9 ... 215

WYKAZ SKRÓTÓW

Skróty zastosowane w tekście, tabelach i rycinach

Skrót	Nazwa
BAC	Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa
BAG	Biopsja aspiracyjna gruboigłowa
BC	Breast cancer – Rak piersi
BCU	Breast Cancer Unit – Centrum Diagnostyki i Leczenia Chorób Piersi
BMI	Body mass index – Indeks masy ciała
BRCA1	Breast cancer susceptibility gene 1 – Gen podatności na raka piersi 1
BRCA2	Breast cancer susceptibility gene 2 – Gen podatności na raka piersi 2
BRIP1	Gen kodujący helikazę RNA zależną od ATP
BSE	Breast self-examination – Samobadanie piersi
GSES	Generalized Self-Efficacy Scale – Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności
HTZ	Hormonalna terapia zastępcza
IZZ	Inwentarz Zachowań Zdrowotnych
KRN	Krajowy Rejestr Nowotworów
MHLC	Multidimensional Health Locus of Control Scale – Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia
MMG	Mammografia
MRI	Magnetic resonance imaging – Rezonans magnetyczny
NKT	Nasycone kwasy tłuszczowe
NPZ	Narodowy Program Zdrowia
PET	Positron emission tomography – Pozytonowa tomografia emisyjna
RTG	Badanie rentgenowskie
SD	Odchylenie standardowe
SPECT	Single photon emission comuted tomography – Komputerowa tomografia emisyjna pojedynczych fotonów
SPMZPOZ	Samodzielny Publiczny Miejski Zespół Podstawowej Opieki Zdrowotnej
SPZOZ	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej
SSPOO	Szpital Specjalistyczny Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny
TK	Tomografia komputerowa
TNM	Tumor Nodules Metastases – Stopień zaawansowania nowotworu
USG	Badanie ultrasonograficzne
WCRF	World Cancer Research Fund International – Międzynarodowy Fundusz Światowych Badań Nad Rakiem
WHO	World Health Organization – Światowa Organizacja Zdrowia

1. WSTĘP

Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym u kobiet na świecie, w tym w Polsce i stanowi poważny problem zdrowotny, społeczny i ekonomiczny. Może dotyczyć kobiet w każdym wieku, a prognozy wskazują na dalszy wzrost zachorowań. Rak piersi stanowi drugą, po raku płuca przyczynę zgonów z powodu chorób nowotworowych. Spowodowane jest to zbyt późnym rozpoznaniem choroby, co utrudnia skuteczne leczenie [5,140,235,265,266].

Najbardziej skuteczną strategią zapobiegania i wczesnego wykrywania raka piersi u kobiet jest pierwotna i wtórna profilaktyka. W profilaktyce raka piersi istotną rolę odgrywa wiedza kobiet, podejmowanie przez nie prozdrowotnych zachowań oraz systematyczne wykonywanie badań profilaktycznych. Wiedza o czynnikach ryzyka, metodach zapobiegania i wczesnego wykrywania może prowadzić do zmiany stylu życia na prozdrowotny oraz regularnego wykonywania badań profilaktycznych, co jest kluczowe w poprawie sytuacji epidemiologicznej w zakresie raka piersi u kobiet [120,229].

Pielęgniarki odgrywają wielowymiarową rolę w profilaktyce raka piersi u kobiet. Poprzez edukację zdrowotną, wsparcie emocjonalne, koordynację badań profilaktycznych oraz modelowanie nawyków, wpływają na kształtowanie zachowań prozdrowotnych u kobiet. Realizując zadania z zakresu edukacji zdrowotnej, oprócz wiedzy, powinny prezentować zachowania sprzyjające zdrowiu, co może nie tylko zmniejszyć ryzyko zachorowania na raka piersi w tej grupie zawodowej, ale również wśród innych kobiet. Od pielęgniarek, jako profesjonalistów, oczekuje się wysokiego poziomu wiedzy, postaw sprzyjających zdrowiu i wzorów godnych naśladowania w zakresie profilaktyki chorób [141,236,258]. W związku z tym zasadne jest przeprowadzenie badań dotyczących zapobiegania i wczesnego wykrywania raka piersi u kobiet w grupie zawodowej pielęgniarek.

Celem pracy było określenie poziomu wiedzy i zachowań zdrowotnych pielęgniarek aktywnych zawodowo w zakresie zapobiegania i wczesnego wykrywania raka piersi u kobiet. Badania przeprowadzono w okresie od 22 marca 2021 roku do 30 września 2022 roku. Objęto nimi 650 pielęgniarek pracujących w następujących podmiotach leczniczych: Szpitalu Specjalistycznym Podkarpackim Ośrodku Onkologicznym (SSPOO) im. Ks. Bronisława Markiewicza w Brzozowie, Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej (SPZOZ) w Sanoku, Samodzielnym Publicznym Miejskim

Zespole Podstawowej Opieki Zdrowotnej (SPMZPOZ) w Sanoku, Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej (SPZOZ) w Lesku.

We wstępie dysertacji przedstawiono epidemiologię, etiologię, czynniki ryzyka, objawy, diagnozowanie, rokowanie i metody leczenia raka piersi. Omówiono pojęcie oraz determinanty zdrowia i zachowań zdrowotnych. Wyjaśniono również pojęcie profilaktyki, jej podział i znaczenie w zapobieganiu i wczesnym wykrywaniu tego nowotworu. Zwrócono także uwagę na specyfikę pracy w zawodzie pielęgniarki.

W dalszej części zaprezentowano założenia, cele badań, materiał, metody badawcze oraz przedstawiono i omówiono wyniki badań własnych.

Na podstawie uzyskanych wyników badań i przedstawionych wniosków określono implikacje praktyczne, które mogą przyczynić się do zwiększenia poziomu wiedzy i świadomości kobiet na temat znaczenia profilaktyki pierwotnej i wtórnej raka piersi, jak również podejmowania zachowań prozdrowotnych. Ponadto wyniki badań mogą być pomocne w programowaniu działań edukacyjnych i profilaktycznych, jak również ustalaniu kierunków modyfikacji programów studiów przygotowujących do wykonywania zawodu pielęgniarki.

1.1. Rak piersi jako problem zdrowotny

Choroby nowotworowe stanowią ogromne zagrożenie dla zdrowia i życia kobiet zarówno w Polsce, jak i na świecie, stając się nie tylko poważnym problemem zdrowotnym, ale również społecznym i ekonomicznym [1,35,231,248].

1.1.1. Epidemiologia, etiologia i czynniki ryzyka

Rak piersi (*breast cancer* – BC) jest jednym z najczęściej występujących nowotworów złośliwych na świecie i stanowi znaczne obciążenie dla zdrowia publicznego. W 2022 roku stanowił drugi, po raku płuca najczęściej rozpoznawany nowotwór na świecie. Oszacowano, że jeden na sześć zgonów z przyczyn onkologicznych był spowodowany przez BC, stąd wczesne rozpoznanie oraz wdrożenie odpowiedniego leczenia jest ściśle powiązane z poprawą przeżycia pacjentek. Podejmowanie zachowań prozdrowotnych i zwiększenie świadomości kobiet w zakresie tej choroby mogą w sposób istotny przyczynić się do redukcji zachorowalności [140,265,266]. Według statystyk Globalnego Centrum Obserwacyjnego Nowotworów, rak piersi był najczęściej diagnozowanym nowotworem u kobiet w 2022 roku, stanowiąc

niemal 1/4 wszystkich przypadków (23,8%), a liczba zachorowań wyniosła 2 296 840, co odpowiadało 11,5% wszystkich rozpoznań nowotworowych na świecie [265,266]. W 2022 roku BC był przyczyną śmierci 666 103 osób (6,8%), zajmując czwarte miejsce wśród wszystkich zgonów nowotworowych, natomiast u kobiet był wiodącą nowotworową przyczyną śmierci (15,4%). Warto zaznaczyć, że zgodnie z globalnymi danymi z 2020 roku liczba zachorowań była niższa i wynosiła 2 261 419 przypadków (11,7%), co stawiało raka piersi na pierwszym miejscu pod względem najczęściej rozpoznawanych nowotworów, a liczba zgonów wynosiła 684 996 (6,9%) [240]. Najwyższą zachorowalność na raka piersi odnotowano w krajach Ameryki Północnej, Australii i Oceanii oraz Europy, najniższą – w Azji i Afryce [17]. Ponadto w 2022 roku, w odniesieniu do wszystkich państw na świecie, najwyższy standaryzowany względem wieku współczynnik zapadalności wykazano we Francji (105,4/100 tys.), podczas gdy Polska w tym zestawieniu zajęła 44. miejsce (66,0/100 tys.) [265,266]. Warto zauważyć, że rak piersi jest najczęściej występujacym nowotworem u kobiet w 158 ze 185 państw, jak również główną nowotworową przyczyną śmierci w ponad połowie krajów globu (111 krajów ze 185) [265,266].

Według danych najnowszego raportu Krajowego Rejestru Nowotworów (KRN), w Polsce, zarówno w 2022, jak i w 2021 roku, rak piersi był najczęściej rozpoznawanym nowotworem złośliwym u kobiet (21 554 vs 21 079 przypadków), stanowiąc 23,6% i 24,2% wszystkich zarejestrowanych nowotworów u płci żeńskiej oraz był przyczyną 6 611 (14,9%) i 6 406 (14,9%) zgonów z powodu chorób nowotworowych, co zakwalifikowało go jako drugą przyczynę umieralności z powodu nowotworów złośliwych, po raku płuca [74,147]. W porównaniu do wcześniejszych lat, w 2020 roku odnotowano 17 511 (23,8%) przypadków zachorowań na BC, zaś liczba zgonów wyniosła 6 956 (15,29%), natomiast w 2019 roku wartości te wynosiły odpowiednio 19 620 (22,9%) oraz 6 951 (15,13%) [71,147,268]. Należy zwrócić uwagę, że w 2020 roku prezentowane statystyki zostały w Polsce zakłócone przez pandemię COVID-19, w wyniku której doszło do zaburzeń organizacyjnych skutkujących opóźnieniem diagnoz oraz zmniejszeniem raportowania nowych zachorowań do KRN [74,147].

Pomimo ciągłego postępu w diagnostyce i leczeniu, rak piersi nadal pozostaje w czołówce pod względem liczby zachorowań na nowotwory złośliwe u kobiet. Według prognoz, do 2040 roku, zachorowalność na ten nowotwór zwiększy się dwukrotnie i częściej będzie dotyczyć młodszych kobiet. Obecnie częstość występowania raka piersi u kobiet wzrasta, natomiast obserwuje się spadek umieralności, głównie w młodszych

grupach wieku, co wynika m. in. z poprawy skuteczności leczenia i wczesnej wykrywalności choroby. Pomimo tego, rak piersi nadal pozostaje wiodącą przyczyną zgonów z powodu nowotworów złośliwych wśród kobiet [147,168].

Rak piersi powstaje z komórek gruczołu piersiowego, które przekształciły się w komórki nieprawidłowe, tworząc patologiczny miejscowy rozrost, mogący dawać przerzuty do węzłów chłonnych oraz narządów wewnętrznych, najczęściej do wątroby, mózgu, płuc i kości [62]. Najczęstszą postać nowotworu złośliwego piersi stanowi rak przewodowy, który rozwija się w przewodach mlecznych. Rzadziej diagnozowany jest rak zrazikowy, wywodzący się ze zrazików/płatów. Inne postacie nowotworów złośliwych piersi, np. mięsaki występują bardzo rzadko [89,281].

Przyczyny powstania raka piersi nie zostały jednoznacznie określone. Wyodrębniono wiele czynników zwiększających prawdopodobieństwo wystąpienia choroby. Należą do nich czynniki genetyczne, hormonalne, środowiskowe, związane z dietą, prokreacją, czy narażeniem na promieniowanie jonizujące [231]. Do poznanych czynników ryzyka należą:

- Płeć (najczęściej BC występuje u kobiet, 0,5-1% przypadków dotyczy mężczyzn) [18,65,118,231,268].
- Wiek (najwięcej zachorowań pomiędzy 50-70 rokiem życia) [89,117,231,280].
- Czynniki genetyczne – występowanie raka piersi w rodzinie, szczególnie u krewnych pierwszego stopnia (matka, siostra). Ryzyko wzrasta, gdy nowotwór ten występują zarówno u matki i siostry, przed 35 r.ż. Odpowiedzialnością za powstawanie genetycznie uwarunkowanego raka piersi obarcza się mutacje genów: BRCA1, BRCA2 [118,156,231,242,279].
- Łagodne choroby rozrostowe piersi (atypowa hiperplazja, neoplazja zrazikowa) [52,252].
- Czynniki hormonalne – wczesna pierwsza miesiączka (< 12 r.ż), późna menopauza (> 55 r.ż.), pierwszy poród po 30 r.ż, bezdzietność, brak karmienia piersią, długotrwałe stosowanie hormonalnej terapii zastępczej (HTZ) i antykoncepcji hormonalnej [69,101,113,116,221,231].
- Czynniki metaboliczne i środowiskowe: niewłaściwa dieta, brak aktywności fizycznej, nadwaga i otyłość, zwłaszcza po menopauzie, spożywanie alkoholu, palenie tytoniu, stres, ekspozycja na promieniowanie jonizujące przed 30. rokiem życia [7,17,68,89,129,147,].

Ryzyko występowania raka piersi mogą zwiększać również czynniki społeczno-ekonomiczne, tj. wykształcenie, miejsce pracy, wsparcie społeczne, dochody, warunki mieszkaniowe, bezpieczeństwo żywnościowe, dostęp do usług zdrowotnych [65,67].

Szacuje się, że tylko 5–10% wszystkich przypadków raka piersi jest spowodowana przez mutacje genetyczne, pozostałe zachorowania stanowią skutek oddziaływania stylu życia oraz czynników środowiskowych. Z uwagi na wysoką zachorowalność na BC oraz obecność zidentyfikowanych czynników ryzyka, istotne jest prowadzenie działań profilaktycznych, mogących przyczynić się do zmniejszenia zachorowalności i umieralności z powodu tego nowotworu [95,100,140,242].

1.1.2. Objawy i diagnozowanie

Rak piersi we wczesnym stadium przebiega bezobjawowo, dlatego tak ważne jest wykonywanie badań przesiewowych. Często rozpoznawany jest również przez kobiety przypadkowo w postaci wyczuwalnego palpacyjnie, niebolesnego guzka w okolicy piersi [118,265,266]. U większości chorych na raka piersi pierwszym objawem jest niebolesny guz zlokalizowany w górnym zewnętrznym kwadrancie (ok. 35% przypadków), najrzadziej w dolnym wewnętrznym (około 5% przypadków). Charakterystyczny jest również objaw „chwytania", zaciągania skóry, np. przy podnoszeniu rąk do góry. Do innych charakterystycznych objawów raka piersi należą: zmiana wyglądu i/lub kształtu, zabarwienia gruczołu piersiowego, wciągnięcie brodawki sutkowej, wciągnięcie skóry piersi i pojawienie się zmian w obrębie skóry piersi lub zmian w obrębie skóry brodawki (wgłębienia skóry, zaczerwienienia, usztywnienia), obrzęk kończyny górnej, wyciek z brodawki (krwisty/surowiczy), owrzodzenie skóry piersi, objaw „skórki pomarańczy", poszerzone żył skóry piersi [101,118,149,268].

W części przypadków rozwijającemu się rakowi towarzyszy powiększenie pachowych węzłów chłonnych po stronie zajętej piersi, a w dalszych etapach powiększenie węzłów szyjno-nadobojczykowych. Objawami tzw. raka zapalnego piersi jest szybko narastający obrzęk skóry, połączony z jej zaczerwienieniem, nadmiernym ociepleniem i jej bolesnością. U 5 do 10% chorych nowotwór rozpoznawany jest w stadium uogólnienia, najczęściej występują przerzuty do płuc, wątroby, kości i mózgu [101]. W przebiegu raka piersi mogą występować przerzuty do okolicznych tkanek i narządów, najczęściej do: węzłów chłonnych, wątroby, kości, mózgu i płuc. Objawy zależą wówczas od miejsc, w którym są ulokowane, zalicza się do nich m.in.: osłabienie, znaczną utratę apetytu

i masy ciała, gorączkę, kaszel, dreszcze, ból kości, objawy neurologiczne, żółtaczkę [42,118].

W diagnozowaniu raka piersi, kluczowe znaczenie ma określenie typu nowotworu, co warunkuje dobór optymalnego leczenia. Znane są różne kryteria podziału typów raka piersi:

- Ze względu na typ histologiczny: rak przewodowy naciekający, zrazikowy naciekający, rdzeniasty i śluzowy, cewkowy [118,181].
- Ze względu na typ kliniczny: przedinwazyjny rak piersi „in situ" (zrazikowy, przewodowy), inwazyjny rak piersi (naciekający rak zrazikowy, przewodowy rak inwazyjny, rak zapalny, guzy Phyllodes, choroba Pageta) [5,19,49,50,138,222,238, 263].

W ocenie stopnia zaawansowania raka piersi stosuje się klasyfikację TNM, opierającą się na następujących składowych: rozmiar guza „T" – tumor (guz), rozprzestrzenianie się raka do regionalnych węzłów chłonnych „N" – nodus (węzły chłonne), brak lub rozprzestrzenianie się raka w miejsca odległe „M" – metastasis (przerzuty) [49,50].

W diagnostyce raka piersi istotne znaczenie ma poznanie obciążeń rodzinnych, wieku wystąpienia pierwszej miesiączki, przebytych ciąż, okresu menopauzy, stosowania hormonalnej terapii zastępczej, stosowanie środków antykoncepcyjnych [5,101]. Do metod diagnostycznych raka piersi zalicza się:

- Badanie lekarskie – zbadanie piersi, okolic szyi, obojczyka, pach i węzłów chłonnych przez lekarza oraz zebraniu dokładnego wywiadu rodzinnego.
- Mammografię (MMG) – analogowa, cyfrową – złoty standard wczesnego rozpoznawania raka piersi u kobiet po 40. r.ż. To podstawowa metoda badania przesiewowego wykrywająca wczesną postać raka piersi. Mammografia ma wysoką czułość (80-90%) i swoistość (ok. 60%) [43,49,51,60,219].
- Ultrasonografię (USG) – zalecaną, jako badanie dodatkowe, oprócz mammografii, między innymi u kobiet w młodszym wieku, u których w piersiach występuje głównie tkanka gruczołowa, kobiet w ciąży oraz u tych, które z różnych przyczyn nie mogą mieć wykonanej mammografii. Badanie USG pozwala na różnicowanie litych i torbielowatych guzowatości w piersiach [60,178,251].
- Rezonans magnetyczny (MRI) – jest mniej specyficzny, ale bardziej czuły przy wykrywaniu guzów u pacjentek ze stwierdzonymi mutacjami genu BRCA, obciążonych w wywiadzie rakiem piersi, z implantami piersi, przy podejrzeniu mnogich ognisk nowotworu [5,43,116,149].

- Biopsję piersi – to jedna z najlepszych metod diagnostycznych raka piersi, pozwalająca na określenie rodzaju złośliwości zmiany. W celu zmniejszenia ilość wyników fałszywie ujemnych, należy jednocześnie wykonać biopsję, obrazowanie i badanie kliniczne piersi. Stosuje się: biopsję gruboigłową (BAG), cienkoigłową (BAC), płynną, otwartą chirurgiczną, węzłów chłonnych [5,118,138]
- Pozytonową tomografię emisyjną (PET) – często stosowaną w zaawansowanym raku piersi w celu sprawdzenia czy doszło do przerzutów lub nawrotu choroby. Polega na podaniu pacjentce izotopu o krótkim czasie rozpadu [5,138].
- Komputerową tomografię emisyjną pojedynczych fotonów (SPECT) – skuteczną i bezpieczną metodę rozpoznawania nowotworów pierwotnych i przerzutowych [5,144].
- RTG klatki piersiowej, tomografię komputerową (TK) klatki piersiowej, jamy brzusznej i mózgowia oraz scyntygrafię kości – w przypadku podejrzenia przerzutów odległych [101,138,144].

W skutecznym leczenia kobiet z rakiem piersi kluczowa jest trafna diagnoza, podobnie jak wczesne wykrycie choroby, które w dużym stopniu zależy od samej kobiety, jej wiedzy na temat profilaktyki raka piersi i podejmowania zachowań prozdrowotnych, głównie w zakresie redukcji modyfikalnych czynników ryzyka oraz udziału w badaniach profilaktycznych [242].

1.1.3. Metody leczenia i rokowanie

W leczeniu raka piersi rodzaj zastosowanej metody zależy od umiejscowienia guza, jego rozmiarów, stopnia zaawansowania, typu histologicznego oraz wyników badań laboratoryjnych [49]. Podczas leczenia pacjentka powinna pozostać pod opieką wielospecjalistycznego zespołu w ramach Breast Cancer Unit (BCU). Zespół tworzą następujący specjaliści: radiolog onkolog, onkolog kliniczny, chirurg onkolog psychoonkolog, chirurg plastyczny, patolog, pielęgniarka i fizjoterapeuta [104, 128].

Terapia w raku piersi może mieć charakter miejscowy i systemowy (ogólny). Leczenie miejscowe ma na celu usunięcie guza i obejmuje leczenie chirurgiczne oraz radioterapię, natomiast systemowe – chemioterapię i hormonoterapię. U pacjentki można zastosować jedną formę leczenia lub ich kombinację, w zależności od sytuacji zdrowotnej i planu leczenia. W leczeniu chirurgicznym wykonuje się operację oszczędzającą, polegającą na usunięciu zmiany z marginesem zdrowych tkanek lub radykalną, czyli

usunięcie całej piersi (mastektomia) [5,40,49,61,89]. Kobietom z mutacją genów BRCA1 lub BRCA2 proponuje się profilaktyczną obustronną mastektomię, z jednoczasową rekonstrukcją piersi oraz usunięcie jajników i jajowodów [5,27,48,99,118,254]. Radioterapia jest metodą leczenia wykorzystującą promieniowanie jonizujące, mającą zastosowanie we wszystkich stopniach zaawansowania choroby. Może mieć formę brachyterapii, polegającej na umieszczeniu źródła promieniowania w guzie lub jego bezpośrednim sąsiedztwie lub teleradioterapii, wykorzystującej promieniowanie jonizujące o wysokiej energii, generowane przez akcelerator liniowy [28,118,132,181,259]. Leczenie systemowe oddziaływuje na wszystkie komórki organizmu. Do tego rodzaju leczenia zalicza się: chemioterapię, hormonoterapię, terapię celowaną. W tej metodzie leczenia leki mogą być podane drogą doustną lub bezpośrednio do krwioobiegu [3,47,174].

Niezwykle istotnym elementem leczenia kobiet z rakiem piersi jest rehabilitacja psychofizyczna, mająca na celu zmniejszenie skutków leczenia, jak również niedostosowania fizycznego, psychicznego, społecznego i zawodowego, spowodowanego chorobą nowotworową oraz następstwami terapii [101].

Rokowanie w raku piersi zależy od zaawansowania choroby, co podkreśla znaczenie wczesnego wykrywania nowotworu oraz znajomości objawów choroby. Odsetek 10-letnich przeżyć kobiet z wczesnym rakiem piersi wynosi ponad 70%. U części pacjentek z rakiem piersi, pomimo wdrożonej terapii, dochodzi do wznowy choroby. Nawrót procesu nowotworowego może mieć charakter miejscowy lub odległy. Nawet przy założeniu, że całkowite wyleczenie w momencie wznowy jest niemożliwe, dzięki najnowszym terapiom realne jest uzyskanie wieloletnich okresów wolnych od objawów choroby [101,118].

1.2. Zdrowie i zachowania zdrowotne w literaturze przedmiotu

1.2.1. Pojęcie i determinanty zdrowia

Zdrowie od najdawniejszych czasów stanowiło przedmiot zainteresowań człowieka. Zajmuje jedną z najwyższych pozycji w hierarchii wartości, stanowiąc podstawę do realizacji zamierzeń i osiągania celów życiowych. Pojęcie zdrowia jest zagadnieniem złożonym i rozpatrywanym wieloaspektowo. Początkowo traktowano je jako brak choroby oraz kalectwa, rodzaj zasobu, umożliwiającego osiąganie celów życiowych. Pojęcie zdrowia ewoluowało na przestrzeni dziejów, przechodząc od wąskiego,

biomedycznego ujęcia, ku bardziej holistycznym koncepcjom, uwzględniającym aspekty społeczne, psychiczne oraz środowiskowe. W tym czasie powstało wiele definicji zdrowia [15,31,93,191].

W starożytności zdrowie było ściśle związane z filozofią i religią i określano je jako brak choroby. W średniowieczu zdrowie postrzegano głównie przez pryzmat religijny, a choroby uznawano za wynik grzechu i boskiej kary. Leczenie opierało się głównie na modlitwach i ziołolecznictwie. W kulturze europejskiej definiowanie pojęcia zdrowia rozpoczął Hipokrates, określany mianem ojca medycyny europejskiej, który uważał, że zdrowie należy definiować nierozłącznie z chorobą. W myśl jego poglądów dobre i złe samopoczucie, a więc zdrowie i choroba zależą przede wszystkim od równowagi między człowiekiem a jego otoczeniem. Zachowanie równowagi zewnętrznej skutkuje zachowaniem równowagi wewnętrznej, co w efekcie przynosi dobre zdrowie. [153,243,244, 273,274].

Szersze spojrzenie na pojęcie zdrowia przedstawiła w 1948 roku Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization – WHO) określając zdrowie jako stan zupełnejpomyślności bio-sycho-społecznej, a nie tylko brak choroby lub ułomności [29,153,244]. W myśl tej definicji dobrostan fizyczny postrzegany był jako sprawne funkcjonowanie wszystkich narządów oraz układów organizmu, dobrostan psychiczny – jako zdolność do logicznego myślenia, wyrażania własnych uczuć i emocji, jak również radzenia sobie ze stresem, zaś dobrostan społeczny – jako zdolność do pełnienia ról społecznych oraz utrzymywania prawidłowych relacji międzyludzkich. W przedstawionej przez WHO definicji zwrócono uwagę na postrzeganie zdrowia jako stanu pozytywnego (dobrostan), podkreślono również jego wielowymiarowość, jak również subiektywną ocenę zdrowia. Koncepcja zaprezentowana przez WHO pokazała inne spojrzenie na zdrowie człowieka. Określiła nowe wymiary zdrowia (fizyczny, psychiczny, społeczny), które są ze sobą powiązane i wzajemnie się przenikają, tworząc w ten sposób całość. Jest to tzw. holistyczne podejście do zdrowia [29,244,272,273,274].

Definicja zdrowia zaproponowana przez WHO doprowadziła do wzrostu zainteresowania zdrowiem wśród przedstawicieli nauk społecznych. W ujęciu socjologicznym, zaprezentowanym przez Parsons'a zdrowie określano jako stan, w którym jednostka wykazuje optymalną umiejętność pełnienia ról i zadań wyznaczonych jej przez proces socjalizacji. Z kolei polski teoretyk medycyny społecznej Kacprzak określał zdrowie jako nie tylko brak choroby, czy niedomagania ale i dobre samopoczucie oraz taki stopień przystosowania biologicznego, psychicznego i społecznego, jaki jest osiągalny dla danej jednostki w najkorzystniejszych warunkach [244,272].

Przedstawiciele różnych dyscyplin podkreślają, że niemożliwym jest sformułowanie jednej, uniwersalnej definicji zdrowia. Eksperci z zakresu zdrowia publicznego wskazują, aby podczas definiowania zdrowia uwzględniać cel, któremu ma ono służyć. Zdrowie można rozpatrywać jako stan obiektywny, dający się określić przy pomocy wskaźników, mierników zdrowia oraz jako stan subiektywny, wynikający z samopoczucia, który dla każdego człowieka może oznaczać coś innego. Odnosi się do tego, jak rozumieją ten stan ludzie w swoim potocznym myśleniu, na podstawie życiowych doświadczeń [29,98,272].

Wpływ na rozumienie pojęcia zdrowia mogą mieć różne czynniki, takie jak: wiek, płeć, poziom wykształcenia, status ekonomiczno-społeczny, rodzaj wykonywanej pracy, stan zdrowia oraz doświadczenia życiowe zdobywane w różnych warunkach kulturowych. To, co w jednej kulturze czy społeczności jest zdrowe, w innych może być przyczyną lub oznaką choroby. Ludzie młodzi kojarzą zdrowie przede wszystkim ze sprawnością fizyczną oraz siłą, częściej postrzegają je w wymiarach pozytywnych, niż negatywnych. Ludzie starsi natomiast w przeważającym stopniu patrzą na zdrowie przez pryzmat choroby, traktując zdrowie jako brak dolegliwości lub objawów chorobowych, stan niewymagający interwencji medycznej. W zależności od indywidualnej sytuacji człowieka, zdrowie może być pojmowane w różnorodny sposób, poprzez odwołanie się nie tylko do wymiaru fizycznego ale również psychicznego oraz dobrego funkcjonowania w życiu społecznym [29,56,244,245]

Współczesne podejście do zdrowia koncentruje się na wszystkich jego aspektach, tj. fizycznych, psychicznych, społecznych, środowiskowych i duchowych. Nowe technologie oraz rosnąca świadomość globalnych zagrożeń zdrowotnych sprawiają, że zdrowie powinno być rozumiane jako dynamiczny proces adaptacji do szybko zmieniającego się świata oraz warunków życia. Współczesna koncepcja postrzegania zdrowia rozszerza klasyczną definicję WHO, uwzględniając nowe aspekty, takie jak:

- Zdrowie cyfrowe – nowoczesne technologie, takie jak aplikacje zdrowotne, telemedycyna, czy sztuczna inteligencja w diagnostyce, zmieniają podejście do zdrowia i opieki medycznej.
- Zdrowie planetarne – nowa koncepcja zdrowia podkreślająca nierozerwalny związek między zdrowiem człowieka a stanem środowiska naturalnego. Zanieczyszczenie powietrza, zmiany klimatyczne i degradacja ekosystemów wpływają na wzrost chorób cywilizacyjnych.

- Zdrowie psychiczne w erze globalnych kryzysów – pandemia COVID-19 wywołała wzrost poziomu stresu, lęku, depresji, a izolacja społeczna i niepewność ekonomiczna pogorszyły kondycję psychiczną społeczeństwa [134,257,264,276].

Zdrowie stanowi niezwykle istotną wartość w życiu człowieka, nie jest jednak stanem trwałym, w związku z tym, na każdym etapie życia należy je chronić, wzmacniać, pomnażać oraz przywracać. Rozwój cywilizacji, oprócz wielu możliwości i udogodnień, spowodował również pojawienie się czynników zagrażających zdrowiu i osłabiających zasoby zdrowotne społeczeństwa. Istotne jest zatem w tej sytuacji podejmowanie badań nad postawami ludzi wobec własnego zdrowia [244].

Rozważania nad pojęciem zdrowia miały decydujący wpływ na wyznaczenie czynników kształtujących zdrowie. Istnieje wiele prób klasyfikacji czynników determinujących zdrowie człowieka. Ogólnie można je podzielić na zewnętrzne (środowiskowe) i wewnętrzne (genetyczne) oraz pośrednie i bezpośrednie. Czynniki ekonomiczne, socjalne, środowiskowe, które wywierają znaczący wpływ na zdrowie, zarówno całej populacji, jak i pojedynczego człowieka, określane są determinantami pośrednimi. Oddziałują one na zdrowie w długim okresie czasu. Z kolei czynniki takie, jak: sposób odżywiania, podejmowanie aktywności fizycznej, spożywanie alkoholu, palenie tytoniu, ekspozycja na zakażenia noszą nazwę determinantów bezpośrednich. Podlegają one modyfikacji, co może skutkować zmniejszeniem ich negatywnego wpływu na zdrowie [125,272,273,282].

W piśmiennictwie odnaleźć można szersze rozważania na temat zdrowia, nazywane modelami, koncepcjami, paradygmatami lub podejściami do zdrowia. Wyznaczenie modeli teoretycznych umożliwiło określenie i wyjaśnienie czynników wpływających na zdrowie, a tym samym obszarów wymagających interwencji [32,272]. Znane są następujące modele zdrowia: model biomedyczny (medyczny), model holistyczno-funkcjonalny (holistyczny), model salutogenetyczny oraz model społeczno-ekologiczny (socjoekologiczny) [272].

Model biomedyczny wywodzi się z filozofii kartezjańskiej, zakładającej dualizm, czyli rozdzielenie ciała i psychiki. Kartezjusz porównywał ciało człowieka do sprawnie działającej maszyny, złożonej z różnych części (układów). W myśl tej teorii, reakcja na chorego człowieka zawężona została do konieczności naprawy uszkodzonej części, bez spojrzenia na niego jako całości [153]. W modelu biomedycznym zdrowie oraz choroba są kategoriami oddzielnymi, można być zdrowym albo chorym, nie istnieją stany

pośrednie. Zdrowie człowieka zależy od budowy organizmu i wyposażenia genetycznego. Lekarz zajmuje się tylko ludźmi chorymi. Model ten uchodzi za podwaliny współczesnej medycyny naprawczej. Biomedyczne podejście do zdrowia przyczyniło się do rozwoju medycyny, genetyki, nowych, inwazyjnych metod leczenia chorych oraz rekonstruowania ciała [275].

Model holistyczny zakłada, że człowiek stanowi część większej całości, którą jest otaczające go środowisko i jako złożona, wyposażona w świadomość jednostka, jest w stanie dostosować się do wszelkich zmian, wykorzystując własne zasoby odpornościowe. Model ten traktuje zdrowie jako proces adaptacji, który zmierza do zachowania równowagi między potrzebami człowieka a wymaganiami otoczenia. Zdrowie i choroba traktowane są tutaj jednakowo. O ich poziomie decydują zasoby oraz deficyty człowieka, zarówno te wewnętrzne, jak i znajdujące się w otaczającym go środowisku, a także wymagania, określane często stresorami. Model holistyczny zakłada również, że człowiek ma wpływ na swoje zdrowie. Podejście to umożliwia prowadzenie edukacji zdrowotnej, uwzględniającej udział i odpowiedzialność człowieka za poziom zdrowia, zarówno indywidualnego, jak i publicznego [97,272].

Model salutogenetyczny opracowany został pod koniec lat siedemdziesiątych XX wieku przez socjologa Antonovsky'ego. Podejście do zdrowia i choroby z perspektywy salutogenezy nie koncentruje się na przyczynach złego stanu zdrowia, choroby lub czynnikach ryzyka. W salutogenezie zasadniczą kwestią jest pytanie o pochodzenie zdrowia i czynniki sprzyjające zdrowiu. Antonovsky wyszedł z założenia, że choroba i stres są wszechobecne w życiu człowieka, stąd stan zaburzonej homeostazy, która dokonuje się pod wpływem ciągłych zmian wewnętrznych i zewnętrznych, jest czymś normalnym. Przy naruszeniu homeostazy organizm uruchamia mechanizmy regulacyjne aby doprowadzić do przywrócenia równowagi. W momencie, gdy nie jest to możliwe, pojawia się choroba [97,271,272]. Antonovsky zakładał, że każdy człowiek w ciągu życia przemieszcza się na kontinuum rozciągającym się między idealnym zdrowiem a poważną chorobą. Pomiędzy nimi istnieją stany pośrednie: względnego zdrowia lub choroby. Poziom zdrowia człowieka uzależniony jest od miejsca na kontinuum w danym momencie. Antonovsky zdefiniował dwa nowe pojęcia: uogólnione zasoby odpornościowe oraz poczucie koherencji. Uogólnione zasoby odpornościowe to indywidualne właściwości biologiczne i psychologiczne jednostki, które umożliwiają jej uniknięcie stresorów oraz ich zwalczanie, co sprzyja ochronie zdrowia, a także procesom zdrowienia. Poczucie koherencji, określane jako „klucz do zdrowia" to wewnętrzny czynnik, który umożliwia

uruchomienie i wykorzystanie własnych zasobów odpornościowych w sytuacji stresowej [32]. Kształtuje się w ciągu całego życia człowieka i zawiera trzy główne komponenty: zaradność (umiejętność sprostania wymogom sytuacyjnym przy pomocy dostępnych środków), zrozumiałość (zdolność do trafnej oceny rzeczywistości) oraz sensowność działania i zaangażowanie człowieka w różne dziedziny życia. Model salutogenetyczny zakłada, że zdrowie człowieka zależy od współdziałania takich czynników, jak: uogólnione zasoby odpornościowe, poczucie koherencji, stresory oraz zachowania i styl życia [272,275].

Społeczno-ekologiczny model zdrowia, nazywany również mandalą zdrowia zakłada, że istnieją skomplikowane zależności między człowiekiem a otaczającym go środowiskiem. Zdrowie człowieka uzależnione jest od wielu czynników, a dostęp do zdrowia nierówny, wynikający z uwarunkowań socjodemograficznych (wiek, płeć, dochody, wykształcenie). Model socjoekologiczny opracowany został przez Departament Zdrowia Publicznego w Toronto we wczesnych latach osiemdziesiątych. Przedstawiany jest w formie mandali, figury w kształcie koła, będącej symbolem wszechświata. Centrum stanowi człowiek, jako jedność ciała, umysłu i ducha. Najbliższym dla człowieka kręgiem jest rodzina, mająca największy wpływ na zdrowie wszystkich jej członków, ich postawy wobec zdrowia, wartości, zachowania, jest również pośrednikiem między człowiekiem a instytucjami społecznymi. W kręgach pośrednich umieszczone są inne czynniki mające wpływ na zdrowie, jak: styl życia, praca, system opieki medycznej, środowisko fizyczne, psychospołeczne oraz ekonomiczne, biologia człowieka, społeczność. Najszerszy krąg stanowi biosfera i kultura, wzajemnie ze sobą powiązane. Mandala zdrowia traktuje człowieka całościowo [33,244,272].

Zdrowie jednostki i zbiorowości zależy od różnorodnych czynników. Rola i hierarchia ważności poszczególnych czynników może być różna i zmieniać się wraz ze zmianą modelu zdrowia. Poznanie czynników mających wpływ na zdrowie, pozwala człowiekowi na jeszcze lepsze i efektywniejsze podjęcie działań służących umacnianiu jego potencjału [190,191,192, 243].

Uważa się, że przełomowym momentem wpływającym na zmianę postrzegania determinantów zdrowia, był raport kanadyjskiego ministra zdrowia Marca Lalonde'a (1974 r.), który zaproponował koncepcję „pól zdrowia", wskazując na następujące grupy czynników warunkujących zdrowie człowieka:

- Styl życia – zbiór zachowań jednostki, które wpływają na jej zdrowie i które może w mniejszym lub większym stopniu kontrolować. Obejmuje wybory i nawyki człowieka,

takie jak: dieta, aktywność fizyczna, stosunek do używek (np. palenie tytoniu, spożywanie alkoholu) oraz umiejętność radzenia sobie ze stresem. Według Lalonde'a, zachowania podejmowane przez człowieka w sferze stylu życia mają największy wpływ na zdrowie (około 50-53%). Poprawa stylu życia może znacząco wpłynąć na obniżenie ryzyka wystąpienia chorób oraz poprawę jakości życia.

- Środowisko zewnętrzne – wszystkie jego elementy, na które jednostka nie ma wpływu lub jest on bardzo ograniczony. Dotyczy to jakości powietrza, wody, warunków panujących w miejscu pracy, a także warunków mieszkaniowych. Niekorzystne środowisko (np. zanieczyszczone powietrze, woda, hałas, nieodpowiednie warunki mieszkaniowe) może negatywnie wpływać na zdrowie, podczas gdy korzystne warunki sprzyjają zdrowiu (około 20-21% wpływu na zdrowie).
- Biologia człowieka – w tym czynniki genetyczne, wiek, płeć, funkcje poszczególnych układów. Ta grupa czynników obejmuje dziedziczne predyspozycje oraz inne cechy biologiczne, które wpływają na podatność na choroby. Pomimo braku bezpośredniej kontroli nad genetyką, świadomość tych uwarunkowań pozwala na wdrażanie działań profilaktycznych oraz personalizację interwencji zdrowotnych. Według Lalonde'a, czynniki te wpływają w około 16-20 % na zdrowie.
- Organizacja opieki zdrowotnej – dostępność, jakość, organizacja, rodzaj, zasoby systemu opieki zdrowotnej (około 10-15% wpływu na zdrowie). Efektywny system opieki zdrowotnej umożliwia wczesne wykrywanie chorób, skuteczne leczenie oraz rehabilitację, co ma istotne znaczenie dla poprawy stanu zdrowia populacji [29,169,196,244,272].

Koncepcja zaproponowana przez Lalonde'a zwraca uwagę na istotny wpływ stylu życia na zdrowie człowieka. Uświadamia ludziom, że modyfikacja stylu życia na prozdrowotny może doprowadzić do poprawy zdrowia. Styl życia stanowią postawy, zachowania, a także ogólna filozofia życia jednostki i społeczeństwa. Na zdrowy styl życia składa się wiele wzajemnie uzupełniających się elementów, takich jak: regularna aktywność fizyczna, właściwe odżywianie, kontrola masy ciała oraz stanu zdrowia, sposób spędzania wolnego czasu, unikanie szkodliwych używek, dostateczna ilość snu, dbanie o bezpieczeństwo własne i innych, umiejętność radzenia sobie ze stresem [32,272].

Dwadzieścia lat po wydaniu raportu Lalonde'a w strategii „Inwestycja dla zdrowia Kanadyjczyków" przedstawiono następujące czynniki warunkujące zdrowie człowieka:

- Zarobki i status społeczny – im wyższe, tym lepsze zdrowie.
- Edukację – wyższy poziom wiedzy zwiększa możliwość kontroli zdrowia.
- Zatrudnienie oraz warunki pracy – brak pracy wiąże się z wystąpieniem problemów zdrowotnych, jak: lęk, depresja, a tym samym ogranicza aktywność życiową. Niekorzystne warunki pracy stanowią przyczynę urazów i wielu chorób zawodowych.
- Sieci wsparcia społecznego – odpowiednie wsparcie ze strony członków rodziny, przyjaciół, jak również społeczności lokalnej, zmniejsza ryzyko wystąpienia wielu chorób i zachowań ryzykownych.
- Środowisko fizyczne – zarówno naturalne (stan wody, powietrza i gleby) oraz stworzone przez człowieka (bezpieczeństwo miejsca zamieszkania, pracy, ruchu drogowego).
- Zachowania zdrowotne oraz umiejętności radzenia sobie – mają bezpośredni wpływ na zdrowie, zależne są od czynników społecznych, a także poziomu wiedzy i zdolności dokonywania właściwych wyborów.
- Biologię i wyposażenie genetyczne – funkcjonowanie poszczególnych układów organizmu, wiek, płeć oraz potencjał genetyczny jednostki.
- Prawidłowy rozwój w dzieciństwie – okres płodowy i wczesne dzieciństwo ma kluczowe znaczenie dla zdrowia oraz samopoczucia w dalszych latach życia.
- Służbę zdrowia – w szczególności te działania, które ukierunkowane są na doskonalenie i utrzymanie zdrowia, a także zapobieganie chorobom [31,125,153,196,244]

Społeczny model czynników warunkujących zdrowie człowieka, zwany także „Tęczą polityki zdrowia" opracowany w 1991 r. w Szwecji przez Görana Dahlgrena i Margaret Whitehead, wskazuje następujące determinanty zdrowia:

- Czynniki biologiczne, niemodyfikowalne: wiek, płeć, czynniki genetyczne – umieszczone u podstawy, w centrum modelu.
- Czynniki potencjalnie modyfikowalne: styl życia oraz sieci wsparcia społecznego – stanowiące kolejne dwa łuki tęczy.
- Czynniki społeczno-ekonomiczne, kulturowe i środowiskowe: warunki życia i pracy – środowisko pracy, edukacja, rolnictwo i produkcja żywności, woda i warunki sanitarne, mieszkanie, bezrobocie, służby medyczne – tworzące ostatni łuk tęczy [119,244,272].

Profesor Kickbusch – ekspert w dziedzinie zdrowia globalnego, dyrektor genewskiego Global Health Centre w Graduate Institute of International and Development Studies

rozważając „determinanty zdrowia na XXI wiek” zwróciła uwagę na następujące czynniki:

- Niestabilny styl życia – wynikający z niestabilnej produkcji i konsumpcji, globalnego przepływu sposobów życia, idei i produktów (efektem tego jest m.in. epidemia otyłości).
- Przepływ ludzi – międzynarodowe migracje, turystyka, duża mobilność i przemieszczanie się ludzi (jest to wyzwanie dla zdrowia publicznego w związku z rozprzestrzenianiem się nowych chorób).
- Wirus pośpiechu – urbanizacja, nowoczesne media, nowe formy pracy, presja czasu, poczucie stałego pośpiechu, co powoduje nasilenie stresu, lęku i depresji, ma również wpływ na sposób odżywiania i aktywność fizyczną [134,272].

Obecnie zwraca się również uwagę na wpływ czynników kulturowo-społecznych, w tym płci kulturowej (gender) i socjalizacji na zdrowie, co może prowadzić do nierówności płci, a następnie do nierówności w stanie zdrowia i opiece medycznej [56,57,119]

Tematyka uwarunkowań zdrowia człowieka oraz społeczeństwa stanowi nadal przedmiot wielu badań naukowych. W celu skutecznego planowania oraz podejmowania działań kształtujących zdrowy styl życia społeczeństwa, należy stale aktualizować, pogłębiać oraz promować wiedzę na temat czynników kształtujących zdrowie [32, 272].

1.2.2. Definicja i podział zachowań zdrowotnych

Zachowania zdrowotne charakteryzuje różnorodne nazewnictwo. W piśmiennictwie, w odniesieniu do tego terminu używa się również następujących określeń: działania zdrowotne, praktyki zdrowotne, zachowania w zdrowiu, zachowania w chorobie, zachowania prozdrowotne, zachowania antyzdrowotne, zachowania związane ze zdrowiem, zachowania ryzykowne dla zdrowia [15,21]. Precyzyjne definiowanie zachowań zdrowotnych jest niezwykle trudne, ponieważ związek zachowań ze zdrowiem w toku rozwoju wiedzy na temat zdrowia i chorób, ulega zmianom, jest wieloznaczny i wymaga skonkretyzowania. Odnosi się to zarówno do prostych nawyków dotyczących codziennej higieny, jak również złożonych praktyk zdrowotnych. Obszar zachowań zdrowotnych stanowi przedmiot zainteresowań badaczy z różnych dziedzin nauki. Złożoność pojęcia

oraz odmienne dla każdej dyscypliny podejście do zagadnienia sprawiło, że powstało wiele definicji i klasyfikacji zachowań zdrowotnych [64,93,153,182,244,272].

Zachowania zdrowotne to takie zachowania, które w świetle współczesnej wiedzy medycznej zwykle wywołują określone (pozytywne lub negatywne) skutki zdrowotne u osób, które je realizują [182,229,230,244,247,258]. To podejmowane i realizowane (bardziej lub mniej świadomie) przez człowieka czynności, pozostające w ścisłym związku z jego zdrowiem. Mogą służyć wzmacnianiu i utrzymaniu zasobów zdrowotnych albo prowadzić do ich zmniejszenia lub wyczerpania. [200,247]. Inaczej są to działania polegające na stosowaniu w praktyce wiedzy dotyczącej zdrowia i choroby. Stanowią przedmiot indywidualnych wyborów i decyzji oraz są tą częścią czynników warunkujących zdrowie, na którą człowiek ma największy wpływ [31,36,93,271,282].

Wśród zachowań zdrowotnych wyróżnia się sprzyjające zdrowiu – zachowania prozdrowotne (m.in. racjonalne odżywianie, podejmowanie regularnej aktywności fizycznej, dbanie o dobrą jakość snu, radzenie sobie ze stresem, dbałość o ciało, zachowanie bezpieczeństwa) oraz antyzdrowotne – szkodliwe dla zdrowia zachowania (np. nadużywanie leków, alkoholu, substancji psychoaktywnych, palenie tytoniu) [15,31,93,200,229,243,271]. Niemal każde zachowanie może mieć związek ze zdrowiem, stąd zasadnym jest traktowanie zachowań zdrowotnych, jako integralnej części stylu życia jednostki, czy też grupy. Warto zauważyć, że nie wszystkie zachowania związane ze zdrowiem, są zachowaniami zdrowotnymi. Działania można określać tym mianem wówczas, gdy występuje element świadomego udziału jednostki w realizowaniu celów zdrowotnych [31]. Istnieje wiele kryteriów podziału zachowań zdrowotnych:

- Ze względu na stan zdrowia jednostki:
  - ✓ Zachowania w zdrowiu – obejmują działania człowieka zdrowego. Mogą być ukierunkowane na wzmacnianie zdrowia i zapobieganie chorobom (zachowania prozdrowotne) albo prowadzić do utraty zdrowia (zachowania antyzdrowotne).
  - ✓ Zachowania w doświadczaniu choroby – mogą towarzyszyć bezobjawowemu przebiegowi choroby, jak również obiektywnie stwierdzonym dolegliwościom. Są to: bierna postawa wobec choroby, samoleczenie albo aktywne poszukiwanie profesjonalnej pomocy.
  - ✓ Zachowania w roli chorego – działania podejmowane przez jednostkę doświadczającą wyraźnych objawów choroby, które są adekwatne do rodzaju choroby oraz stanu zdrowia [32,282].

- Ze względu na skutek dla organizmu (w sensie medycznym):
  - ✓ Zachowania pozytywne, prozdrowotne – ich podejmowanie służy zdrowiu, podtrzymuje je, umacnia, przywraca (np. racjonalne odżywianie, regularna aktywność fizyczna, unikanie używek, zdolności do radzenia sobie ze stresem, wykonywanie badań profilaktycznych).
  - ✓ Zachowania negatywne, antyzdrowotne – niekorzystnie wpływają na zdrowie, sprzyjając powstawaniu chorób, utrudniają również profilaktykę, wczesną diagnozę, opóźniają leczenie oraz rehabilitację (np. brak aktywności fizycznej, nieprawidłowe odżywanie, ryzykowne zachowania seksualne, stosowanie używek) [247,282].
- Ze względu na podmiot działania:
  - ✓ Zachowania jednostkowe – obejmują indywidualne, charakterystyczne dla danej osoby sposoby postępowania w sytuacjach zdrowotnie ważnych (np. palenie papierosów, uprawianie sportu).
  - ✓ Zachowania zbiorowe – typowe dla określonych grup czy społeczności, podejmowane nie zawsze świadomie lub z własnej inicjatywy, zwykle są wynikiem podporządkowania się grupie [169,244,250].
- Ze względu na źródło inspiracji do działań:
  - ✓ Zachowania promowane przez instytucje medyczne – np. szczepienia ochronne.
  - ✓ Zachowania inspirowane kulturowo – zachowania typowe dla danej społeczności, grupy [169,244,250].
- Ze względu na związek z przedmiotem działania:
  - ✓ Zachowania pośrednio skierowane na zdrowie – np. jodowanie soli kuchennej.
  - ✓ Zachowania bezpośrednio skierowane na jednostkę bądź grupę – np. szczepienia ochronne [169].
- Ze względu na poziom wiedzy medycznej:
  - ✓ Zachowania profesjonalistów – posiadanie fachowej wiedzy medycznej może różnicować zachowania związane ze zdrowiem, znajomość objawów bądź dolegliwości towarzyszących chorobom może powodować podejmowanie zachowań prozdrowotnych.
  - ✓ Zachowania laików – niedostateczna wiedza lub jej brak utrudnia podejmowanie zachowań prozdrowotnych [169,244,250].

- Ze względu na stan świadomości i celowość działania:
  - ✓ Zachowania zdrowotne (świadome działania prozdrowotne) – działania podejmowane celowo, mające na celu wzmocnienie lub zwiększenie potencjału zdrowotnego (np. regularna aktywność fizyczna).
  - ✓ Zachowania związane ze zdrowiem (nawyki i reakcje) – automatyczne, ugruntowane nawyki lub reakcje na określone sytuacje, które mogą mieć pozytywne lub negatywne konsekwencje dla zdrowia, lecz nie wynikają z wyraźnie uświadomionego celu [272,275].
- Ze względu na cel i funkcję:
  - ✓ Zachowania prewencyjne – aktywności mające na celu wczesne wykrycie i zapobieganie chorobom (np. regularne badania profilaktyczne, szczepienia ochronne).
  - ✓ Zachowania promocyjne – działania ukierunkowane na budowanie i utrzymywanie dobrego stanu zdrowia, wzmacnianie potencjału zdrowotnego, które są wynikiem świadomych wyborów dotyczących stylu życia.
  - ✓ Zachowania medyczne – obejmują korzystanie z opieki zdrowotnej, stosowanie się do zaleceń lekarza oraz przyjmowanie leków, co jest istotne zarówno w kontekście profilaktyki, jak i leczenia chorób [234,272].
- Ze względu na występowanie choroby:
  - ✓ Zachowania w chorobie – podyktowane reakcją na chorobę (wizyty u lekarza, korzystanie z różnorodnych form leczenia). Determinanty tych zachowań są zależne od posiadanej wiedzy, wieku, płci oraz chęci szukania pomocy).
  - ✓ Samoopieka – człowiek chory podejmuje działania samodzielnie, w celu poprawy stanu zdrowia, często z ograniczeniem pomocy osób z otoczenia oraz terapeuty [244,272].

Z zaprezentowanych definicji i klasyfikacji zachowań zdrowotnych wynika, że człowiek samodzielnie dokonuje wyboru spośród wielu alternatywnych zachowań, które mogą mieć korzystny lub negatywny wpływ na jego zdrowie. Każdy człowiek posiada własne doświadczenia dotyczące zdrowia i choroby, w zależności od tego, jaką wartość przypisuje zdrowiu, jego zachowania będą miały charakter intencjonalny lub nawykowy. Rozważania nad zachowaniami zdrowotnymi wymagają podejścia interdyscyplinarnego, połączenia różnych perspektyw badawczych: medycznej, psychologicznej i socjologicznej [15,21].

1.2.3. Czynniki kształtujące zachowania zdrowotne

Zachowania zdrowotne stanowią jedną z kategorii zachowań ludzkich, które budują styl życia. Zachowania zdrowotne człowieka ulegają zmianom w ciągu całego życia. Proces kształtowania się określonych zachowań zdrowotnych uwarunkowany jest wieloma czynnikami, zarówno ze strony jednostki, jak i otoczenia. Można założyć, że wszystkie czynniki określane determinantami zdrowia, wpływają bezpośrednio lub pośrednio na zachowania zdrowotne [250,193].

W procesie kształtowania zachowań zdrowotnych istotne znaczenie mają następujące czynniki:

- Predysponujące – wiedza, postawy, wartości, przekonania.
- Wzmacniające – normy obyczajowe – społeczna akceptacja albo jej brak względem określonego zachowania w rodzinie, szkole, grupie rówieśniczej, miejscu pracy.
- Umożliwiające – istotne dla zdrowia umiejętności, lokalna/krajowa polityka zdrowotna, przepisy prawne, dostępność oraz jakość opieki zdrowotnej [272].

Zachowania zdrowotne formują się w procesie socjalizacji już od wczesnego dzieciństwa i młodości, pod wpływem różnych uwarunkowań i wzorców osobowych, w rodzinie, szkole, przedszkolu, grupie rówieśniczej, również pod wpływem mediów. W okresie dzieciństwa duży wpływ na kształtowanie zachowań zdrowotnych dziecka mają rodzice, dzięki którym wykształcają się określone nawyki zdrowotne. W okresie dorastania istotną rolę odgrywają rówieśnicy, utrwaleniu lub modyfikacji ulegają wówczas nabyte wcześniej zachowania zdrowotne, mogą pojawić się również zachowania szkodliwe dla zdrowia. Skutki zachowań ryzykownych pojawiają się dopiero po wielu latach, zazwyczaj w starszym wieku, dlatego ludzie młodzi najczęściej nie dostrzegają bezpośredniego związku między swoimi zachowaniami a zdrowiem [21,125,241,247].

Istotną rolę w kształtowaniu zachowań sprzyjających zdrowiu przypisuje się edukacji zdrowotnej, która powinna towarzyszyć człowiekowi przez całe życie. Postawa wobec zdrowia ukształtowana w dzieciństwie i młodości, wpływa na styl życia oraz stan zdrowia człowieka dorosłego, stąd ważne jest aby edukacja zdrowotna w tym okresie koncentrowała się na kształtowaniu zachowań prozdrowotnych i zapobieganiu antyzdrowotnym. Edukacja zdrowotna jest procesem całożyciowym, powinna dotyczyć każdego człowieka i skupiać się na przekazywaniu wiedzy na temat determinantów zdrowia, czynników zagrażających zdrowiu, jak również profilaktyki chorób, co może

wpłynąć na zwiększenie świadomości zdrowotnej społeczeństwa i podejmowanie zachowań prozdrowotnych [125,272,273].

W kształtowaniu zachowań zdrowotnych istotną rolę przypisuje się również czynnikom kulturowym, które mają wpływ na sposób postrzegania zdrowia i choroby. Kultura zdrowotna reguluje wyobrażenia o zdrowiu i chorobie, sposób postrzegania objawów chorobowych, stan wiedzy na temat przyczynowości chorób, jak również postawy i zachowania wobec zdrowia i choroby [93,229,244].

Znaczący wpływ na zachowania zdrowotne człowieka może mieć jego najbliższe otoczenie, poprzez przekazywanie prozdrowotnych wzorców, mobilizowanie do wykonywania badań profilaktycznych, przestrzegania zaleceń dietetycznych oraz regularnej aktywności fizycznej [125,195,196].

Do czynników biorących udział w kształtowaniu zachowań zdrowotnych, zaliczyć można także: opinie, poglądy, przekonania, wsparcie społeczne, motywację, planowanie, samokontrolę, wolę oraz społeczne i materialne środowisko. Istotnymi czynnikami determinującymi zachowania zdrowotne mogą być także uwarunkowania demograficzno-społeczne. W toku wielu badań wykazano, że mają one wpływ na podejmowane zachowania zdrowotne. Wraz z wiekiem zwiększa się świadomość na temat zdrowia oraz podejmowanie zachowań prozdrowotnych. Wykazano również, że kobiety częściej niż mężczyźni poddają się badaniom kontrolnym. Postawy wobec zdrowia i choroby różnicowane są dodatkowo przez takie czynniki, jak: sytuacja rodzinna i materialna, wykształcenie, stan cywilny, wykonywany zawód, pełnione role społeczne. Osoby mające potomstwo oraz posiadające wyższe wykształcenie, częściej podejmują zachowania sprzyjające zdrowiu. Ponadto wyższy status ekonomiczny może ułatwiać dostęp do różnych form aktywności fizycznej, jak również zdrowych produktów spożywczych, wpływając tym samym na zachowania zdrowotne. [125,148,152,159,177,190].

Postęp technologiczny sprawił, że szczególną rolę w kształtowaniu zachowań zdrowotnych społeczeństwa przypisuje się mediom. Stanowią one istotne źródło informacji, również z zakresu zdrowia. Przekazywane informacje mogą sprzyjać zachowaniom prozdrowotnym społeczeństwa (kampanie społeczne promujące zdrowie, zachęcające do badań profilaktycznych), jak również negatywnie wpływać na zdrowie (kampanie antyszczepionkowe) [75,93,164,229].

Czynnikami determinującymi zachowania zdrowotne mogą być również cechy osobowości człowieka. Niska samoocena, słaba odporność na stres oraz niedojrzałość

emocjonalna mogą sprzyjać podejmowaniu zachowań antyzdrowotnych (np. zażywanie narkotyków) [56,58,191].

W kształtowaniu zachowań zdrowotnych istotne znaczenie mają również zasoby osobiste jednostki, określane jako potencjały zdrowia. Zasoby te obejmują biologiczne, psychologiczne, duchowe, społeczne właściwości jednostki, jak również posiadane wsparcie, którymi dysponuje lub może dysponować w celu wzmacniania i ochrony zdrowia [39]. Zasoby osobiste stanowią złożony układ czynników osobowościowych, poznawczych i dyspozycyjnych, dzięki którym człowiek radzi sobie w życiu i osiąga swoje cele. Rozpatrując zasoby osobiste w kontekście radzenia sobie z sytuacjami trudnymi zostały one określone, jako właściwości osoby, które pomagają jej w efektywnym funkcjonowaniu i radzeniu sobie ze stresem. Wśród zasobów osobistych, które są istotne dla zdrowia wymienia się przede wszystkim oczekiwania i przekonania jednostki, jak również cechy temperamentu oraz kompetencje życiowe [56-58,275].

Z zachowaniami zdrowotnymi korelują również następujące zasoby:

- Poczucie własnej skuteczności – dotyczy przekonania jednostki, że jest zdolna do podjęcia określonej czynności i wytrwałości w osiągnięciu zamierzonego celu. Im wyższe poczucie własnej skuteczności, tym większa motywacja do działania i lepsze osiągnięcia jednostki. Pojęcie własnej skuteczności wpływa na wiele aspektów ludzkiego zachowania i jest wyznacznikiem podejmowania oraz wprowadzania zmian w zachowaniach zdrowotnych. Dostępne dane wskazują, że osoby z wysokim poczuciem własnej skuteczności, w porównaniu z tymi, których charakteryzowała niska własna skuteczność, częściej podejmowały regularną aktywność fizyczną, kontrolowały masę ciała, brały udział w programach profilaktycznych raka piersi, dbały o prawidłowe odżywianie, unikały używek [14,121,123,154,189,225].
- Umiejscowienie kontroli zdrowia – to przekonania na temat źródeł kontroli zdrowia Juczyński przytacza trzy wymiary uogólnionych oczekiwań kontroli: wewnętrzny (kontrola nad własnym zdrowiem zależy ode mnie), zewnętrzny (własne zdrowie jest wynikiem oddziaływania innych osób) oraz przypadek (o stanie zdrowia decyduje los, przypadek). Wewnętrzne umiejscowienie kontroli wiąże się większą odpowiedzialnością za zdrowie i sprzyja podejmowaniu zachowań prozdrowotnych. Wykazano jego pozytywny wpływ na wykonywanie badań kontrolnych, profilaktycznych, rezygnację z palenia tytoniu, podejmowanie aktywności fizycznej oraz zdrowe odżywianie. Zewnętrzne poczucie kontroli, wyraża się natomiast postawą bardziej bierną, mniej

tolerancyjną wobec innych wyrażającą się bezradnością i zaburzeniami w funkcjonowaniu w sytuacjach trudnych [121,189,193,271].

- Poczucie koherencji – stanowi złożoną zmienną osobowościową, która decyduje o przekonaniach o własnej osobie, świecie i swoich relacjach ze światem. Wykazano pozytywną współzależność poczucia koherencji z różnymi wskaźnikami zdrowia fizycznego i psychicznego człowieka. Silne poczucie koherencji ułatwia wykorzystywanie zasobów odpornościowych w walce ze stresem, pozytywnie wpływa na satysfakcję z życia oraz częstsze podejmowanie zachowań prozdrowotnych [272,275].
- Optymizm życiowy – to skłonność człowieka do dokonywania oceny rzeczywistości w sposób pozytywny. Jest istotnym zasobem, sprzyjającym zdrowiu fizycznemu i psychicznemu człowieka. Ma działanie ochronne w sytuacji zagrożenia utraty zdrowia, czy wystąpienia choroby. Optymistyczne nastawienie sprzyja podejmowaniu zachowań prozdrowotnych, pozytywnie wpływa na ocenę stanu zdrowia, ogranicza problemy natury emocjonalnej oraz funkcjonowania społecznego. Chroni przed rozwojem wypalenia zawodowego, zmniejsza symptomy emocjonalnego wyczerpania oraz sprzyja pojawianiu się pozytywnych zmiana potraumatycznych [272].
- Poczucie własnej wartości – utożsamiane jest najczęściej z samooceną i jest rozumiane jako pozytywna lub negatywna postawa wobec własnego „Ja". Wysokie poczucie własnej wartości wzmacnia w jednostce przekonanie, że jest dobrym i wartościowym człowiekiem. Sprzyja pojawianiu się pozytywnych zmian psychologicznych po doświadczeniu różnego rodzaju sytuacji trudnych, np. zmaganie się z chorobą, syndrom wypalenia zawodowego. Niskie poczucie własnej wartości powoduje odrzucenie własnego „Ja" i poczucie niezadowolenia z własnej osoby. Osoby z niską samooceną wykazują skłonność do wycofywania się, silniej odczuwają lęk przed porażką [272].
- Prężność psychiczna – to umiejętność dostosowywania się do zmieniających się warunków, odporność na działanie szkodliwych czynników, adaptacja do otoczenia, zdolność do odzyskiwania utraconych lub osłabionych sił. Osoby prężne cechuje pewność siebie, produktywność, niezależność, wysoki poziom optymizmu, lepsze przystosowanie psychologiczne, potrafią pozyskać akceptację otoczenia, są otwarte na nowe doświadczenia. Prężność jest zasobem mającym istotne znaczenie dla zdrowia człowieka. Chroni przed podejmowaniem zachowań ryzykownych, pozwala na lepsze

radzenie sobie ze stresem, zapobiega negatywnym skutkom wypalenia zawodowego. Wpływa na poprawę jakości życia osób z chorobami przewlekłymi oraz ułatwia przystosowanie do choroby nowotworowej [272].

Zachowania zdrowotne, budujące styl życia każdego człowieka mają zarówno pośredni, jak i bezpośredni wpływ na jego zdrowie i samopoczucie oraz stanowią wyraz ukształtowanej postawy wobec zdrowia. Ogólne wytyczne dotyczące zachowań zdrowotnych są fundamentem społeczeństwa i kreują politykę prozdrowotną [31,90,91,232]. Znajomość czynników determinujących zachowania zdrowotne pomaga w programowaniu działań z zakresu edukacji zdrowotnej, mającej na celu wzmacnianie i kształtowanie zachowań prozdrowotnych i przeciwdziałanie podejmowaniu zachowań antyzdrowotnych. Do kluczowych zachowań zdrowotnych, w obszarze których powinna być przeprowadzona edukacja zdrowotna należą: aktywność fizyczna, racjonalne odżywianie, unikanie substancji psychoaktywnych oraz, jak również korzystanie z badań profilaktycznych [195,196].

1.3. Profilaktyka raka piersi

Rak piersi, jako jeden z najczęściej występujących nowotworów złośliwych u kobiet, stanowi obecnie istotny problem epidemiologiczny. Ze względu na dużą umieralność z powodu tego nowotworu, spowodowaną często zbyt późnym rozpoznaniem, szczególnego znaczenia nabiera wczesne wykrycie choroby. Rak piersi wymaga zatem wdrożenia skutecznych działań w zakresie profilaktyki oraz edukacji kobiet w zakresie czynników ryzyka, objawów oraz metod zapobiegania i wczesnego wykrywania [38].

1.3.1. Pojęcie i podział profilaktyki

Zagadnienia związane z zapobieganiem chorobom, współcześnie określane jako profilaktyka, znane były już w starożytnych cywilizacjach. Obecnie główne kierunki działań w tym zakresie wyznacza Światowa Organizacja Zdrowia, której zadaniem jest koordynowanie i kierowanie wszelkimi działaniami dotyczącymi zdrowia w skali międzynarodowej, w celu osiągnięcia przez wszystkich ludzi możliwie jak najwyższego poziomu zdrowia. Podejmowanie skutecznych działań w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób, służy realizacji tego celu. Jednym z istotniejszych elementów polityki zdrowotnej każdego państwa, w są działania w zakresie profilaktyki chorób istotnych społecznie, a takimi z pewnością są choroby nowotworowe [88].

Profilaktyka dotyczy wszelkich działań zmierzających do zapobiegania wystąpieniu różnych zagrożeń zdrowia [88,151]. Według WHO obejmuje wszelkie działania zapobiegające chorobom [112]. Zasadniczym celem profilaktyki jest osiągnięcie przez społeczeństwo poziomu zdrowia, pozwalającego na życie na zadowalającym poziomie [88,186].

W zależności od charakteru profilaktyki, można wyodrębnić następujące jej rodzaje:

- Profilaktyka pierwszej fazy – to ogół działań mających na celu zapobieganie chorobie i zmniejszenie ryzyka jej wystąpienia. W ramach profilaktyki pierwszej fazy wyodrębniono działania swoiste (np. szczepienia ochronne) i nieswoiste (kreowanie prawidłowych postaw prozdrowotnych poprzez edukację i wychowanie zdrowotne).
- Profilaktyka drugiej fazy – obejmuje działania zmierzające do wczesnego wykrycia choroby i podjęcia skutecznego leczenia (badania przesiewowe).
- Profilaktyka trzeciej fazy – dotyczy osób chorych i ma na celu zapobieganie utrwalaniu choroby i jej niepomyślnym konsekwencjom poprzez rehabilitację i resocjalizację [88,112,248].

Na każdym szczeblu profilaktyki nieodłącznym elementem jest właściwa edukacja zdrowotna. Warunkiem skuteczności podejmowanych działań jest aktywne uczestnictwo w tym procesie nie tylko osób prowadzących edukację, ale również jej odbiorców [38].

1.3.2. Działania w zakresie profilaktyki pierwotnej i wtórnej raka piersi

Wykrycie raka piersi we wczesnym stadium rozwoju znacznie zwiększa odsetek wyleczeń i wpływa na obniżenie wskaźnika umieralności. Rola profilaktyki raka piersi, jako jednego z kluczowych obszarów działania w systemowym podejściu do zapobiegania i leczenia chorób nowotworowych, została podkreślona w „Strategii Walki z Rakiem w Polsce 2015–2024". Zgodnie z przyjętymi założeniami, poprawa populacyjnych wskaźników zachorowalności i umieralności związanych z chorobami nowotworowymi w Polsce oraz jakości życia chorych na nowotwory, będzie realizowana między innymi przez podnoszenie poziomu wiedzy o czynnikach ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe w Polsce [237].

Profilaktyka pierwotna raka piersi ma na celu zapobieganie tym chorobie i polega na eliminacji czynników ryzyka. Aby działania w obrębie profilaktyki pierwotnej raka

piersi były najlepiej ukierunkowane, przygotowane oraz wdrożone w życie, konieczna jest wiedza kobiet dotycząca czynników ryzyka choroby. W jej ramach propagowana jest eliminacja modyfikowalnych czynników ryzyka, poprzez kształtowanie właściwych nawyków żywieniowych, aktywność fizyczną, wczesne macierzyństwo i karmienie piersią [38,60]. Istnieją przesłanki, że zdrowe odżywianie, z ograniczoną zawartością tłuszczów nasyconych, rafinowanych cukrów, soli, białek zwierzęcych oraz dieta śródziemnomorska obfita w produkty pochodzenia roślinnego, zdrowe tłuszcze pochodzące głównie z oliwy z oliwek i ryby mogą wykazywać ochronny wpływ na rozwój raka piersi [7,44,77,95]. Zgodnie z zaleceniami Międzynarodowego Funduszu Światowych Badań Nad Rakiem (World Cancer Research Fund International – WCRF) w profilaktyce chorób nowotworowych, w tym raka piersi, należy ograniczyć spożycie czerwonego mięsa do maksymalnie trzech porcji tygodniowo oraz całkowicie zrezygnować z jego przetworzonej formy [262].

Ważnym elementem profilaktyki pierwotnej raka piersi jest unikanie spożycia alkoholu, który powoduje wzrost ryzyka wystąpienia raka piersi. Zwiększenie spożycia o 10 g/dzień przyczynia się do wzrostu zachorowania o 5% u kobiet przed menopauzą oraz o 9% po menopauzie. Szacuje się, że spożywanie alkoholu jest przyczyną 144 000 nowych zachorowań i 38 000 zgonów rocznie z powodu raka piersi na świecie [68,231,233].

Ważnym działaniem w prewencji pierwotnej raka piersi jest także unikanie nadmiernej masy ciała, ponieważ otyłość sprzyja występowaniu i progresji tego nowotworu, zwłaszcza u kobiet po menopauzie [70]. Wyniki badań wykazały, że u kobiet otyłych, w momencie rozpoznania, istnieje zwiększone ryzyko zgonu, ponadto stwierdzono krótsze przeżycie całkowite w przypadku współwystępowania raka piersi i otyłości. W metaanalizie opartej na 82 badaniach, Chan i wsp. wykazali, że prawidłowa masa ciała zmniejsza ryzyka rozwoju raka piersi, a w przypadku wystąpienia choroby stanowi czynnik korzystny rokowniczo oraz zmniejsza możliwość wystąpienia powikłań leczenia onkologicznego [53,231].

Wśród metod profilaktyki pierwotnej raka piersi wyróżnia się również regularną aktywność fizyczną. Wykazano, że wykonywanie przez kobiety regularnych ćwiczeń o umiarkowanej i dużej intensywności zmniejszaja ryzyko zachorowania o 10-25%, w porównaniu z kobietami nieaktywnymi. WHO zaleca co najmniej 150 min umiarkowanej lub 75 min intensywnej aktywności fizycznej tygodniowo oraz ograniczenie siedzącego trybu życia [231,262].

W rekomendacjach Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej, jako jeden z elementów prewencji pierwotnej, wymienia się ograniczenie stosowania skojarzonej hormonalnej terapii zastępczej (HTZ) [116]. Przeprowadzone badania wykazały, że każdy rodzaj HTZ – z wyjątkiem estrogenów dopochwowych – predysponuje do rozwoju raka piersi, a ryzyko wzrasta w czasie stosowania terapii i jest większe w przypadku preparatów dwuskładnikowych względem zawierających wyłącznie estrogeny. Ponadto po zaprzestaniu terapii podwyższone ryzyko utrzymywało się jeszcze przez ponad 10 lat [63,231].

Związek palenia tytoniu z ryzykiem zachorowania na raka piersi był dotychczas kontrowersyjny i niejasny, jednak najnowsze badania sugerują, że palenie jest czynnikiem ryzyka rozwoju raka sutka. He i wsp. w metaanalizie z 2022 roku wykazali, że zarówno czynne, jak i bierne narażenie na dym tytoniowy, zwiększało prawdopodobieństwo wystąpienia raka piersi u kobiet przed menopauzą, przy braku wpływu na ryzyko po menopauzie. W związku z tym istotne jest uświadamianie kobiet o niekorzystnym wpływie palenia na ryzyko zachorowania na raka piersi [95]. Do czynników chroniących przed zachorowaniem na raka piersi zalicza się również donoszoną ciążę, karmienie piersią przez co najmniej 6 miesięcy [44,116,120].

Ze względu na ograniczone możliwości profilaktyki pierwotnej raka piersi, główną rolę we wczesnym wykrywaniu odgrywa profilaktyka wtórna, której celem jest rozpoznanie choroby w fazie przedinwazyjnej oraz zmniejszenie umieralności [226,227,231,255].

Zgodnie z Rekomendacjami American Cancer Society, najlepszą metodą wczesnego wykrywania raka piersi u kobiet bez objawów klinicznych jest przesiewowe badanie mammograficzne, wykonywane przy użyciu niewielkiej dawki promieniowania rentgenowskiego. Badanie składa się z dwóch etapów – podstawowego oraz pogłębionej diagnostyki. Obecnie w Polsce bezpłatna mammografia jest badaniem przesiewowym, dedykowanym kobietom w przedziale wieku 45-74 lata, wcześniej obejmowała kobiety w wieku 50-69 lat. Właściwe zaplanowanie i przeprowadzenie badań przesiewowych pozwala zmniejszyć umieralność z powodu nowotworu piersi. Zaleca się również wykonywanie mammografii w wyspecjalizowanych ośrodkach, przy współpracy lekarzy: onkologa, radiologa, chirurga oraz patomorfologa [11,194,227]. Badania skriningowe w kierunku raka piersi są skuteczną metodą identyfikacji choroby na wczesnym etapie rozwoju, co wpływa na poprawę rokowania i zwiększa szansę powodzenia terapii u pacjentek [37,38,60,255].

Profilaktyka wtórna raka piersi obejmuje także badanie lekarskie, zalecane kobietom między 20 a 39 rokiem życia nie rzadziej niż co 36 miesięcy, a powyżej 40. roku życia – co 12 miesięcy. Jeżeli lekarz w trakcie badania stwierdzi jakąkolwiek nieprawidłowość, wówczas pacjentka powinna zostać skierowana do dalszej diagnostyki onkologicznej. Badanie lekarskie powinno obejmować oglądanie i badanie palpacyjne zarówno obu piersi, jak i okolicznych węzłów chłonnych i być uzupełnione o zebranie informacji dotyczących zachorowań na raka piersi w rodzinie [38,143,226,227].

Badaniem uzupełniającym w diagnostyce chorób piersi jest USG piersi. Zalecane jest u kobiet w przedziale wieku 20-40 lat jak również u kobiet starszych i młodszych w przypadku indywidualnego zlecenia lekarskiego. Może stanowić uzupełnienie mammografii i badania klinicznego piersi. Badanie USG piersi zalecane jest kobietom, których piersi w swojej budowie mają przewagę tkanki gruczołowej oraz jest przydatne w różnicowaniu zmian, szczególnie torbielowatych i litych. Jednoczesne stosowanie ultrasonografii i mammografii pozwala na osiągnięcie czułości oceny zmian patologicznych w gruczole piersiowym na poziomie 96-98% [60,61,226,227,255].

Do badań, wykonywanych w ramach profilaktyki wtórnej raka piersi zaliczane jest także samobadanie piersi, opierające się na ocenie wzrokowej oraz palpacyjne, choć jego rola jest niejednoznaczna. Stanowi łatwą i nieinwazyjną metodę profilaktyczną, zalecaną kobietom po 20. roku życia. Samobadanie ma na celu poznanie budowy anatomicznej piersi, co może prowadzić do wczesnej identyfikacji niepokojących zmian oraz przyczyniać się do zwiększenia świadomości na temat raka piersi. Zalecane jest przeprowadzanie samobadania piersi przez kobiety miesiączkujące (2-3 dni po zakończeniu miesiączki) oraz po menopauzie raz w miesiącu. Samobadanie należy rozpoczynać od oglądania piersi, zwracając uwagę na symetrię, kształt oraz wygląd skóry. Obserwować należy także: barwę i ucieplenie skóry, ewentualne pofałdowania i uwypuklenia, kształt brodawki sutkowej oraz okolice jej otoczki. Czynność tę należy wykonywać, stojąc przed lustrem z opuszczonymi swobodnie kończynami górnymi, następnie unieść do góry, założyć za głowę i oprzeć na biodrach. Pozycje te umożliwiają dobrą obserwację piersi w zakresie zmian w ich kształcie symetrii i kształcie. Kolejnym etapem samobadania piersi jest badanie palpacyjne, które należy wykonywać w pozycji stojącej, najlepiej pod prysznicem oraz w pozycji leżącej na plecach. W badaniu tym należy, wykonując okrężne i półkoliste ruchy, zbadać piersi oraz okolice pach i fałdów podpiersiowych. Ważnym elementem w profilaktyce jest uświadamianie kobietom potrzeby niezwłocznego udania się do lekarza w sytuacji stwierdzenia w czasie samobadania jakiejkolwiek nieprawidłowości

w budowie piersi. Jeśli w samobadaniu nie stwierdza się niepokojących zmian w piersiach konieczne jest również, raz w roku poddanie się badaniu przez lekarza specjalistę: ginekologa, onkologa, lekarza pierwszego kontaktu lub chirurga. Choć dyskusyjna i niejasna jest efektywność samobadania piersi w zmniejszeniu liczby zgonów z powodu raka piersi, to w połączeniu z innymi metodami profilaktyki wtórnej może przynieść korzyści, jednak nie powinno zastępować żadnej z nich [30,38,60,101,120, 143,144,117].

Warunkiem skuteczności badań przesiewowych jest ich długoterminowość, masowość i wysoka jakość. Efekty zdrowotne badań profilaktycznych pojawiają się dopiero po wielu latach, a wpływ tych działań na wskaźniki umieralności może być widoczny pod warunkiem masowego uczestnictwa. Wyniki badań z udziałem bardzo wielu kobiet potwierdziły skuteczność regularnie powtarzanych przesiewowych badań mammograficznych w zmniejszeniu umieralności z powodu raka piersi. Doświadczenie wielu krajów wskazuje, że wczesne rozpoczęcie populacyjnej diagnostyki i leczenia raka piersi może obniżyć umieralność o 20-30%. Efekt taki można osiągnąć tylko przy masowym, powtarzalnym charakterze badań przesiewowych, prowadzonych w odpowiedniej wiekowo grupie populacyjnej. Zalecenia dotyczące badań przesiewowych w celu wykrywania raka piersi bardzo się różnią. Program przesiewowy powinien być indywidualnie dostosowany do potrzeb i możliwości każdego kraju [101,120,143,144].

Wśród grup wysokiego ryzyka raka piersi większość wytycznych zaleca wczesne wykonywanie corocznej MMG lub MRI, pojedyncze wytyczne pochodzące głównie z Chin, zalecają połączenie USG i MMG [215]. Czułość mammografii w wykrywaniu zmian rozrostowych wynosi około 85%, jednak jest ona mniejsza u młodszych kobiet, ze względu na większą gęstość gruczołu piersiowego, wynikającą ze znacznej ilości tkanki gruczołowej [116]. Kobiety z grupy najwyższego i wysokiego ryzyka zachorowania na raka piersi powinny przebywać pod kontrolą onkologicznej poradni genetycznej. Opieka nad rodzinami, u których występuje wysokie genetyczne ryzyko raka piersi, obejmuje profilaktykę farmakologiczną i chirurgiczną oraz wykonywanie badań przesiewowych. Farmakologiczna profilaktyka hormonalna w postaci stosowania tamoksyfenu przez 5 lat zmniejsza ryzyko raka piersi o połowę. Możliwość wykorzystania tamoksyfenu ogranicza jednak ryzyko wystąpienia niepożądanych działań. U nosicielek mutacji BRCA1/2 usunięcie jajników zmniejsza ryzyko zachorowania na raka jajnika i raka piersi odpowiednio o 80-95% i 50% (wykonane przed menopauzą). Wiek, w którym należy wykonać zabieg i rodzaj zabiegu ustala się indywidualnie. Operacja zmniejszająca ryzyko

powstania raka piersi (tzw. profilaktyczna mastektomia) z zachowaniem brodawki sutkowej dotyczy nosicielek mutacji genów BRCA1/2 i zwykle jest wykonywana u kobiet w wieku 40-50 lat [101].

1.4. Specyfika zawodu pielęgniarki

Pielęgniarstwo to zawód, nauka i sztuka. Ma solidne podstawy teoretyczne i praktyczne, określane jest mianem profesji i jest uregulowanym ustawowo [260]. Podstawą wykonywania zawodu jest posiadanie tytułu zawodowego pielęgniarki/ pielęgniarza oraz prawa wykonywania zawodu. Aktualnie obowiązującym aktem prawnym jest Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 roku oraz Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej z 2023 roku [139,260]. Pielęgniarstwo zaliczane jest do zawodów szczególnych, ponieważ powierza się osobom go wykonującym wartości najwyższe, zdrowie i życie ludzkie. Praca w zawodzie pielęgniarki należy do najtrudniejszych i najbardziej odpowiedzialnych. Pielęgniarka pełni istotną rolę w systemie opieki zdrowotnej. Ich praca ma duże znaczenie w kontekście leczenia, diagnostyki ale również profilaktyki chorób, w tym nowotworowych [50,197,258].

Wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności na rozpoznawaniu potrzeb zdrowotnych pacjenta oraz prowadzeniu działań w zakresie promocji zdrowia [228,230]. Pielegniarka, poprzez edukację pacjentek w zakresie czynników ryzyka, techniki wykonywania samobadania piersi, motywowania do wykonywania badań przesiewowych, odgrywa kluczową rolę w profilaktyce raka piersi. Pielęgniarstwo jest jednym z zawodów zaufania publicznego. Pielęgniarki mogą mieć duży wpływ na postawy kobiet i ich zachowania wobec własnego zdrowia, przy czym podstawą skutecznej realizacji oddziaływań edukacyjnych jest wiedza i postawa tej grupy zawodowej [50,130].

Pielęgniarki, ze względu na charakter wykonywanej pracy, są bardziej narażone na działanie czynników zwiększających ryzyko wystąpienia chorób, w tym raka piersi, poprzez: stresowe sytuacje, pracę zmianową, czy promieniowanie jonizujące. Praca pielęgniarek, zwłaszcza pracujących w lecznictwie zamkniętym, jest związana z obciążeniem pracą nocną i zmianową. Praca zmianowa, a zwłaszcza praca w porze nocnej zaburza naturalny rytm biologiczny, przyzwyczajenia, utrudnia życie rodzinne i towarzyskie. Nagłe zmiany pracy mogą być przyczyną występowania bezsenności,

stresu, zmęczenia, zaburzeń w trawieniu pokarmów, zmniejszonej odporności na choroby. Może to też powodować obniżenie jakości pracy [27,59,130,197].

Do zadań pielęgniarki należy promowanie zdrowia, edukacja zdrowotna społeczeństwa, również z zakresu profilaktyki chorób. Nabiera to szczególnego znaczenia z uwagi na dane epidemiologiczne dotyczące nowotworów złośliwych, a szczególnie raka piersi, będącego na pierwszym miejscu pod względem zachorowalności u kobiet. Pielęgniarki, jako profesjonalistki i edukatorki zdrowia powinny swoją postawą prozdrowotną dawać przykład pacjentkom [258]. Li i wsp. w swojej pracy wykazali, że zaangażowanie pielęgniarek podejmujących interwencje profilaktyczne w stosunku do samych siebie oraz innych, zwiększało wskaźnik przeprowadzanych badań profilaktycznych wśród kobiet [161].

Ważny jest systematyczny udział pielęgniarek w szkoleniach w celu aktualizacji i poszerzania wiedzy dotyczącej m.in. profilaktyki raka piersi, ponieważ lepsze przygotowanie do prowadzenia edukacji zdrowotnej uczyni ją bardziej skuteczną i ułatwi motywowanie kobiet do zachowań prozdrowotnych, w tym poddawania się regularnym badaniom profilaktycznym.

2. ZAŁOŻENIA, CELE, PROBLEMY I HIPOTEZY BADAWCZE

2.1. Uzasadnienie wyboru tematu

Rak piersi jest aktualnie najczęściej występującym nowotworem złośliwym u kobiet na świecie, co czyni go istotnym problemem. W 2022 roku rak stanowił niemal 1/4 wszystkich rozpoznań nowotworowych u płci żeńskiej (23,8%) i był drugim, po raku płuca najczęściej diagnozowanym nowotworem na świecie. Zgodnie z danymi raportu Krajowego Rejestru Nowotworów, w Polsce w 2021 roku rak piersi był najczęściej rozpoznawanym nowotworem u kobiet (21 079 przypadków) i stanowił 24,2% wszystkich zarejestrowanych nowotworów u płci żeńskiej, jak również był przyczyną 6 406 zgonów onkologicznych (14,9%), stanowiąc drugą, po raku płuca przyczynę umieralności z powodu nowotworów złośliwych w Polsce. Rak piersi może dotyczyć kobiet w każdym wieku, a prognozy wskazują na dalszy wzrost zachorowań [5,11,17,40,235,265,266]. Największy wzrost zachorowań szacowany jest w grupie kobiet w przedziale wieku od 50 do 69 lat. Zwiększa się także liczba kobiet z rakiem piersi w wieku 20–49 lat. W ciągu ostatnich 3 dekad liczba rozpoznań raka piersi w tym przedziale wieku zwiększyła się dwukrotnie [71-74,116,117,226,255].

Najbardziej skuteczną strategią zapobiegania i wczesnego wykrywania raka piersi u kobiet jest pierwotna i wtórna profilaktyka, która koncentruje się na zapobieganiu chorobie i regularnym wykonywaniu badań przesiewowych. Na profilaktykę raka piersi wpływa poziom wiedzy kobiet oraz podejmowanie przez nie prozdrowotnych zachowań. Zwiększenie świadomości i znaczenia profilaktyki oraz wczesne wykrycie choroby są kluczowe dla zmniejszenia liczby zachorowań i zgonów spowodowanych tym nowotworem. Profilaktyka raka piersi powinna obejmować edukację kobiet w każdym wieku na temat czynników ryzyka choroby, potrzeby regularnego samobadania piersi, korzystania z badań lekarskich, a przede wszystkim korzyści z udziału w programach przesiewowych. Wiedza o czynnikach ryzyka i metodach zapobiegania chorobie oraz metodach wczesnego wykrywania, jest kwestią kluczową w walce z nowotworami piersi u kobiet [120,229].

Pielęgniarki odgrywają wielowymiarową rolę w profilaktyce raka piersi u kobiet. Poprzez bezpośrednią edukację, wsparcie emocjonalne, koordynację badań profilaktycznych oraz modelowanie zdrowych nawyków, wpływają na kształtowanie zachowań prozdrowotnych u kobiet. Ich praca, z interdyscyplinarną współpracą oraz wykorzystaniem nowoczesnych strategii edukacyjnych, stanowi fundament skutecznego zapobiegania i wczesnego wykrywania raka piersi. Pielęgniarki, oprócz wysokiego

poziomu wiedzy, powinny prezentować zachowania prozdrowotne, co nie tylko pozwoli na właściwą realizację zadań z zakresu edukacji zdrowotnej kobiet, ale również może zredukować ryzyko zachorowania na raka piersi w tej grupie zawodowej. Od pielęgniarek, jako profesjonalistek oczekuje się nie tylko odpowiedniego poziomu wiedzy, ale również postaw sprzyjających zdrowiu i wzorców w zakresie profilaktyki chorób. W związku z tym zasadne jest prowadzenie badań dotyczących zapobiegania i wczesnego wykrywania raka piersi u kobiet w tej grupie zawodowej [182,212,258,278].

Z uwagi na poruszaną tematykę, dobór grupy badanej, zastosowane narzędzia oraz przyjęte metody, znaczenie badań może być istotne, zarówno ze względów teoretycznych, jak również praktycznych. Wyniki badań mogą być pomocne w programowaniu działań edukacyjnych i profilaktycznych, jak również ustalaniu kierunków modyfikacji programów studiów przygotowujących do wykonywania zawodu pielęgniarki. Rozprawa doktorska, będąca efektem końcowym realizowanego projektu badawczego, może wpisać się znacząco w problematykę profilaktyki nowotworów.

2.2. Cele badań

Cel główny

Określenie poziomu wiedzy i zachowań zdrowotnych pielęgniarek aktywnych zawodowo w zakresie zapobiegania i wczesnego wykrywania raka piersi u kobiet.

Cele szczegółowe

1. Określenie poziomu wiedzy pielęgniarek na temat raka piersi, z uwzględnieniem profilaktyki tego nowotworu.
2. Ocena zachowań zdrowotnych pielęgniarek w zakresie profilaktyki raka piersi oraz określenie poziomu nasilenia zachowań zdrowotnych respondentek.
3. Określenie umiejscowienia kontroli zdrowia i poczucia własnej skuteczności w badanej grupie.
4. Określenie związku pomiędzy wybranymi czynnikami demograficznymi, społecznymi i medycznymi a poziomem wiedzy i zachowaniami zdrowotnymi pielęgniarek w zakresie profilaktyki raka piersi.
5. Zbadanie korelacji pomiędzy poziomem wiedzy na temat raka piersi i profilaktyki tego nowotworu a zachowaniami zdrowotnymi respondentek.
6. Określenie, w jakim zakresie wiedza i zachowania zdrowotne warunkują umiejscowienie kontroli zdrowia i poczucie własnej skuteczności pielęgniarek.

2.3. Problemy badawcze

Problem główny

Jaki jest poziom wiedzy i zachowań zdrowotnych pielęgniarek aktywnych zawodowo w zakresie zapobiegania i wczesnego wykrywania raka piersi u kobiet?

Problemy szczegółowe

1. Jak przedstawia się poziom wiedzy pielęgniarek na temat raka piersi i profilaktyki tego nowotworu?
2. Jakie zachowania zdrowotne w zakresie profilaktyki raka piersi wykazują pielęgniarki i jaki jest poziom nasilenia zachowań zdrowotnych respondentek?
3. Jak przedstawia się umiejscowienie kontroli zdrowia i poczucie własnej skuteczności w badanej grupie?
4. Czy zachodzi związek pomiędzy wybranymi czynnikami demograficznymi, społecznymi i medycznymi a poziomem wiedzy i zachowaniami zdrowotnymi pielęgniarek w zakresie profilaktyki raka piersi?
5. Jakie korelacje występują pomiędzy poziomem wiedzy na temat raka piersi i profilaktyki tego nowotworu a zachowaniami zdrowotnymi respondentek?
6. W jakim zakresie wiedza i zachowania zdrowotne pielęgniarek warunkują umiejscowienie kontroli zdrowia i poczucie własnej skuteczności?

2.4. Hipotezy badawcze

Hipoteza główna

Wiedza i zachowania zdrowotne pielęgniarek aktywnych zawodowo w zakresie zapobiegania i wczesnego wykrywania raka piersi u kobiet kształtują się na wysokim poziomie.

Hipotezy szczegółowe

1. Pielęgniarki prezentują wysoki poziom wiedzy na temat raka piersi i profilaktyki tego nowotworu.
2. W zakresie profilaktyki raka piersi, większość pielęgniarek systematycznie wykonuje samobadanie piersi, korzysta z wizyt lekarskich, poddaje się badaniu USG i mammografii, a także prowadzi prozdrowotny styl życia. Ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych w badanej grupie kształtuje się na wysokim poziomie.

3. Najwyższe wartości ze wszystkich wymiarów umiejscowienia kontroli zdrowia pielęgniarki uzyskują w wymiarze kontroli wewnętrznej. Respondentki cechuje wysoki poziom własnej skuteczności.
4. Zachodzi związek pomiędzy wybranymi czynnikami demograficznymi, społecznymi i medycznymi (wiek, wykształcenie, miejsce pracy, staż pracy, wskaźnik BMI, występowanie raka piersi w rodzinie) a poziomem wiedzy i zachowaniami zdrowotnymi pielęgniarek w zakresie profilaktyki raka piersi.
5. Wysoki poziom wiedzy na temat raka piersi i profilaktyki tego nowotworu przyczynia się do wysokiego poziomu zachowań zdrowotnych w badanej grupie.
6. Wysoki poziom wiedzy i zachowań zdrowotnych determinuje występowanie wewnętrznego wymiaru umiejscowienia kontroli zdrowia i wysokiego poziomu własnej skuteczności u pielęgniarek.

3. MATERIAŁ I METODY BADAWCZE

3.1. Materiał badawczy

W badaniu wzięło udział 650 aktywnych zawodowo pielęgniarek. Do analizy przyjęto 640 kompletnie wypełnionych narzędzi badawczych. Wiek respondentek wynosił średnio 44,11 lat (SD = 11,96), najmłodsza osoba miała 25 lat, a najstarsza 70 lat. Największą grupę stanowiły kobiety mieszkające na wsi (65,78%), pozostałe ankietowane były mieszkami miast (34,22%,). W badanej grupie przeważały mężatki (60,47%), najmniej liczną grupę stanowiły wdowy (2,81%). Zdecydowana większość respondentek (85,94,%) posiadała wykształcenie wyższe (licencjat pielęgniarstwa – 57,50%, magister pielęgniarstwa – 28,44%). W badanej grupie, w ramach kształcenia podyplomowego, najwięcej respondentek ukończyło kursy specjalistyczne (58,28%) oraz kursy kwalifikacyjne (33,59%), najmniej liczną grupę (2,50%) stanowiły osoby deklarujące ukończenie dodatkowych studiów. Zdecydowana większość badanych kobiet (69,38%) pracowała w oddziałach zachowawczych, na oddziały zabiegowe, jako miejsce pracy wskazało 16,09% respondentek, a na oddziały onkologiczne – 14,53% ankietowanych. Formą zatrudnienia zdecydowanej większości pielęgniarek (98,12%) była umowa o pracę. W badanej grupie najwięcej było osób deklarujących 5 letni staż pracy w zawodzie (30,16%), w dalszej kolejności znalazły się pielęgniarki z 6-15 letnim stażem pracy (25,62%), najmniej liczne grupy stanowiły pielęgniarki pracujące w zawodzie 36-40 lat (6,56%) oraz ponad 40 lat (1,72%). Respondentki w większości (77,97%) nie posiadały dodatkowego miejsca pracy. W badanej grupie największy odsetek – 34,22% stanowiły osoby bezdzietne oraz będące rodzicami dwójki dzieci – 32,34%, najmniej liczną grupę (3,44%) stanowiły kobiety mające czworo lub więcej dzieci. Zdecydowana większość respondentek określiła swoją sytuację materialną jako dobrą (75,16%) lub bardzo dobrą (13,12%).

3.2. Metody, techniki i narzędzia badawcze

Wybór odpowiednich metod, technik i narzędzi badawczych umożliwia osiągnięcie zamierzonego celu i uzyskanie odpowiedzi na postawione pytania badawcze. Metodą badawczą określa się regularnie stosowany sposób postępowania, prowadzący do określonego wyniku. To zespół teoretycznie uzasadnionych zabiegów koncepcyjnych oraz instrumentalnych stosowanych przez badacza w celu rozwiązania określonego

problemu naukowego. Metoda, poprzez zbieranie, analizę i interpretację danych empirycznych dąży do uzyskania maksymalnie zasadnych odpowiedzi na pytania problematyki badawczej [157,158,167,204].

Badania własne przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego. Metoda ta pomaga w rozwiązywaniu problemów, których rozstrzygnięcie jest niemożliwe przy zastosowaniu innych metod badawczych, jak również umożliwia zebranie bogatego materiału badawczego na temat opinii, stanowisk i przekonań osób badanych oraz sprzyja formułowaniu problemów i hipotez badawczych [166,167].

Technika badawcza jest czynnością praktyczną, którą podejmuje badacz, w celu uzyskania optymalnie sprawdzonych opinii i faktów, to określony sposób postępowania w poznawaniu interesujących badacza zjawisk. Narzędzie badawcze służy do uskutecznienia danej techniki i gromadzenia danych [157]. W badaniach własnych wykorzystano technikę ankietowania oraz następujące narzędzia badawcze:

1. Autorski Kwestionariusz Ankiety, który zawierał 74 pytania podzielone na sześć części. Część pierwsza składała się z 12 pytań dotyczących danych demograficznych i społecznych respondentów, w tym: roku urodzenia, miejsca zamieszkania, stanu cywilnego, wykształcenia, ukończonego kształcenia podyplomowego, miejsca pracy, systemu organizacji pracy, stażu pracy w zawodzie, formy zatrudnienia, dodatkowego miejsca pracy, sytuacji materialnej, liczby dzieci. Część druga Kwestionariusza zawierała dane antropometryczne, tj. wzrost i masę ciała, niezbędne do określenia wskaźnika masy ciała Body Mass Index (BMI). Części: trzecia (9 pytań) i czwarta (21 pytań) dotyczyły wiedzy respondentów na temat raka piersi i profilaktyki tego nowotworu. Zamieszczono w nich pytania dotyczące m.in. czynników ryzyka choroby, objawów, metod wykrywania, działań wchodzących w zakres profilaktyki pierwotnej i wtórnej, wieku wykonania badania USG i badania mammograficznego, zasad wykonywania samobadania piersi oraz samooceny poziomu wiedzy. W części piątej Kwestionariusza, w 3 pytaniach zawarto informacje dotyczące występowania raka piersi w rodzinie respondentów, stopnia pokrewieństwa oraz wykonania badań w kierunku nosicielstwa mutacji genów BRCA1 i BRCA2. Część szósta dotyczyła zachowań zdrowotnych badanych w zakresie profilaktyki raka piersi i zawierała pytania dotyczące m.in. spożywania alkoholu, rodzaju stosowanej diety, podejmowania aktywności fizycznej, wieku urodzenia pierwszego dziecka, karmienia piersią, wykonywania samobadania piersi, poddawania się badaniom przesiewowym oraz samooceny podejmowanych zachowań zdrowotnych.

2. Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) autorstwa Zygfryda Juczyńskiego to test zawierający 24 stwierdzenia opisujące różne zachowania związane ze zdrowiem. Określa ogólne nasilenie zachowań zdrowotnych oraz stopień nasilenia czterech kategorii zachowań związanych ze zdrowiem: prawidłowe nawyki żywieniowe (rodzaj spożywanej żywności), zachowania profilaktyczne (przestrzeganie zaleceń zdrowotnych, zdobywanie informacji dotyczących zdrowia i choroby), praktyki zdrowotne (codzienne nawyki dotyczące aktywności fizycznej, snu i rekreacji) oraz pozytywne nastawienie psychiczne (unikanie sytuacji wpływających przygnębiająco oraz zbyt silnych emocji, napięć i stresu). IZZ został wykorzystany w badaniach osób dorosłych zdrowych. Inwentarz ten stosowany z innymi narzędziami może stać się pomocny w tworzeniu działań profilaktycznych, modyfikacji zachowań, a także monitorowaniu zmian dokonywanych w praktykach zdrowotnych. Do oceny każdego z wymienionych w inwentarzu zachowań stosowana jest pięciostopniowa skala: 1 – prawie nigdy, 2 – rzadko, 3 – od czasu do czasu, 4 – często, 5 – prawie zawsze. Aby uzyskać ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych, zlicza się wartości liczbowe zaznaczone przez badanego. Wartość wskaźnika nasilenia mieści się w przedziale od 24 do 120 punktów. Nasilenie deklarowanych zachowań zdrowotnych jest tym większe, im wyższy wynik [122].
3. Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia (The Multidimensional Health Locus of Control Scale – MHLC) – wersja B w adaptacji Zygfryda Juczyńskiego składa się z 18 stwierdzeń odnoszących się do przekonań dotyczących oczekiwań w trzech wymiarach umiejscowienia kontroli zdrowia: wewnętrzne (W) – kontrola nad własnym zdrowiem zależy ode mnie, wpływ innych (I) – własne zdrowie jest czynnikiem oddziaływania innych, zwłaszcza personelu medycznego, przypadek (P) – o stanie zdrowia decyduje przypadek oraz inne czynniki zewnętrzne. Respondent wyraża swój stosunek do przedstawionych stwierdzeń na sześciostopniowej skali: od zdecydowanie nie zgadzam się (1 punkt) do zdecydowanie zgadzam się (6 punktów). Wyniki oblicza się dla każdej z trzech skal oddzielnie, sumując punkty. Zakres wyników dla każdej ze skal mieści się w przedziale od 6 do 36 punktów, im wyższy wynik, tym silniejsze przekonanie, że dany czynnik ma wpływ na zdrowie [121].
4. Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności (Generalized Self-Efficacy Scale – GSES) Schwarzera i wsp. jest narzędziem zawierającym 10 stwierdzeń, które wchodzą w skład jednego czynnika. Mierzy siłę ogólnego przekonania jednostki co do skuteczności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami i przeszkodami. Poczucie własnej skuteczności

pozwala przewidywać działania i intencje w różnych obszarach ludzkiej aktywności, w tym również w zakresie zachowań zdrowotnych. Wynik ogólny skali GSES dla każdego z respondentów stanowi sumę wszystkich punktów uzyskanych z 10 twierdzeń. Respondent wyraża swój stosunek do przedstawionych stwierdzeń na czterostopniowej skali: 1 – nie, 2 – raczej nie, 3 – raczej tak, 4 – tak. Zakres punktacji uzyskanej przez badanego mieści się w granicach od 10 do 40 punktów. Po zsumowaniu punktów uzyskanych przez każdego respondenta określa się ogólny wskaźnik poczucia własnej skuteczności. Im wyższa liczba punktów, tym większe poczucie własnej skuteczności [121,123].

3.3. Charakterystyka miejsca prowadzenia badań

Badania przeprowadzono wśród pielęgniarek pracujących w następujących podmiotach leczniczych: SSPOO im. Ks. Bronisława Markiewicza w Brzozowie, SPZOZ w Sanoku, SPZOZ w Lesku oraz w SPMZPOZ w Sanoku.

Historia szpitala w Brzozowie sięga początku 1938 roku. Głównym inicjatorem i fundatorem jego budowy był ks. Józef Bielawski. Uroczystego otwarcia szpitala dokonano 29 czerwca 1950 roku. W 1968 roku dyrektorem placówki i ordynatorem oddziału chirurgicznego został lekarz Zbigniew Kubas, wielki pasjonat onkologii i od tego momentu zaczął się najbardziej dynamiczny rozwój szpitala. W 1978 roku Zbigniew Kubas powołany został na stanowisko specjalisty wojewódzkiego w dziedzinie onkologii, a trzy lata później został ordynatorem nowootwartego Oddziału Chirurgii Onkologicznej, pierwszego takiego oddziału w regionie południowo-wschodniej Polski. W tym czasie przeprowadzono napromienianie pierwszego pacjenta, podjęto również starania w kierunku utworzenia Podkarpackiego Ośrodka Onkologicznego w Brzozowie, którego uroczyste otwarcie nastąpiło 12 marca 1993 roku. Od tego momentu rozpoczęło się przekształcanie placówki w szpital o profilu onkologicznym. Prowadzono kompleksowe leczenie chorych onkologicznych. Duży nacisk kładziono na profilaktykę, diagnostykę i leczenie chorób nowotworowych. W 1995 roku przy ośrodku powstał Klub Kobiet po Mastektomii „Amazonki". Szpital w Brzozowie jako pierwszy w Polsce wprowadził autorską metodę leczenia niezaawansowanego raka prostaty za pomocą Irydu 192. Od 2004 roku rozpoczął się kolejny etap intensywnej rozbudowy szpitala. W 2019 roku powstało Centrum Diagnostyki i Leczenia Chorób Piersi (Breast Cancer Unit – BCU), gdzie każda pacjentka otrzymuje pomoc medyczną z możliwością przeprowadzenia zabiegów rekonstrukcyjnych piersi po mastektomii. We wrześniu 2022

roku powstała pierwsza w kraju poradnia prehabilitacji onkologicznej, mająca na celu przygotowanie pacjentów do operacji, chemioterapii bądź radioterapii. Obecnie w strukturze Szpitala Specjalistycznego funkcjonują następujące oddziały: Oddział Chirurgii Ogólnej, Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Oddział Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Reumatologii, Oddział Dziecięcy, Oddział Ginekologiczno-Położniczy, Oddział Neurologii z Pododdziałem Udarowym, Oddział Kardiologii, Oddział Noworodkowy, Oddział Kariologii, Szpitalny Oddział Ratunkowy, Blok Operacyjny. W ramach Ośrodka Onkologicznego funkcjonują następujące oddziały: Oddział Dzienny Chemioterapii i Hematologii, Oddział Chirurgii Onkologicznej, Oddział Onkologii Klinicznej, Oddział Hematologii Onkologicznej, Oddział Ortopedii Onkologicznej, Oddział Medycyny Paliatywnej, Oddział Radioterapii. W strukturze Ośrodka Onkologicznego funkcjonują także Poradnie Onkologiczne oraz BCU, które jest zespołem pracowni i poradni specjalistycznych, zajmujących się kompleksową diagnostyką chorób piersi oraz wielospecjalistycznym, skoordynowanym leczeniem nowotworów złośliwych piersi, a także profilaktyką i monitorowaniem pacjentek po przebytym leczeniu. Celem szpitala jest udzielanie świadczeń zdrowotnych, promocja zdrowia oraz realizacja zadań dydaktycznych i badawczych, w tym wdrażanie nowych technologii medycznych. Szpital zatrudnia 472 pielęgniarki, 322 z nich posiada tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa, 68 – tytuł zawodowy licencjata pielęgniarstwa, pozostałe pielęgniarki mają ukończone liceum medyczne lub medyczne studium zawodowe. Z zatrudnionych w szpitalu 472 pielęgniarek, 327 stanowią pielęgniarki ze specjalizacją w różnych dziedzinach, 235 – osoby, które ukończyły kursy kwalifikacyjne, a 314 – pielęgniarki, które odbyły kursy specjalistyczne [104,105].

Szpital w Lesku utworzony został w 1957 roku. Początkowo posiadał cztery podstawowe oddziały tj. Oddział Wewnętrzny, Oddział Chirurgiczny z Blokiem Operacyjnym, Oddział Ginekologiczno-Położniczy i Oddział Dziecięcy. Na początku lat 80-tych przystąpiono do kolejnej rozbudowy szpitala, w wyniku której oddano do użytku 3-piętrowy pawilon szpitalny. Aktualnie szpital dysponuje następującymi oddziałami: Oddział Wewnętrzny z Salą Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego, Oddział Dziecięcy z częścią obserwacyjno-zakaźną i Pododdziałem Alergologii Dziecięcej, Oddział Chirurgiczny prowadzący działalność urazowo-ortopedyczną, Oddział Rehabilitacyjny z Pododdziałem Neurologicznym, Oddział Ginekologiczno-Położniczy z Pododdziałem Noworodkowym, Oddział Anastezjologii i Intensywnej Terapii, Szpitalny Oddział Ratunkowy, Dzienny Oddział Psychiatryczny oraz Blok Operacyjny.

Do podstawowych zadań SPZOZ należy prowadzenie działań służących ratowaniu, zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz innych działań medycznych wynikających z procesu leczenia. Działalność leczniczą SPZOZ prowadzi w ramach: Szpitala Powiatowego i Przychodni Specjalistycznej w Lesku. Szpital zatrudnia 118 pielęgniarek, 28 z nich posiada tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa, 50 – tytuł zawodowy licencjata pielęgniarstwa, pozostałe posiadają mają ukończone medyczne studium zawodowe lub liceum medyczne. Z zatrudnionych w SPZOZ 118 pielęgniarek, 32 stanowią pielęgniarki ze specjalizacją w różnych dziedzinach, a 57 – osoby, które ukończyły kursy kwalifikacyjne. Wszystkie zatrudnione pielęgniarki odbyły przynajmniej jeden kurs specjalistyczny [103,106].

Historia SPZOZ w Sanoku sięga 1879 roku, kiedy przy ulicy Stanisława Konarskiego wzniesiony został główny budynek szpitalny posiadający cztery sale duże, salę operacyjną, sześć separatek, łazienkę, kuchnię, dwa pokoje biurowo-administracyjne i inne pomieszczenia sanitarno-techniczne. W okresie powojennym przeprowadzono przebudowę szpitala, w wyniku której dobudowano drugie piętro tworząc tym samym trzy kondygnacje. W 1955 roku podjęto inicjatywę budowy nowego szpitala w Sanoku, przy ulicy 800-lecia, który został uroczyście otwarty 7 listopada 1964 roku. Szpital dysponował 245 łóżkami oraz pięcioma oddziałami specjalistycznymi i doskonale wyposażonym zapleczem leczniczo-laboratoryjnym. W budynku obok powstał Oddział Zakaźny oraz Oddział Pulmonologiczny. W kolejnych latach następowała przebudowa szpitala. Istniejące w budynku przy ulicy Konarskiego trzy oddziały specjalistyczne (kardiologiczny, neurologiczny i laryngologiczny) zostały przeniesione do szpitala przy ulicy 800-lecia. Od 1 lipca 2017 w budynku na parterze przy ulicy Konarskiego uruchomiono stacjonarny Oddział Terapii Uzależnienia od Alkoholu. Aktualnie w SPZOZ w Sanoku funkcjonują następujące oddziały: Oddział Wewnętrzny, Oddział Dziecięcy, Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Oddział Pulmonologiczny, Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej z Pododdziałem Urologicznym, Oddział Kardiologiczny, Oddział Obserwacyjno-Zakaźny, Oddział Otolaryngologiczny, Oddział Neurologiczny z Pododdziałem Udarowym, Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej oraz Szpitalny Oddział Ratunkowy (SOR) z Izbą Przyjęć. Przy SOR znajduje się całodobowe lądowisko dla helikopterów. Szpital jest obecnie systematycznie remontowany i przebudowywany. Celem działania SPZOZ jest udzielanie świadczeń zdrowotnych służących ratowaniu, przywracaniu, zachowaniu, i poprawie zdrowia ludności oraz promocja zdrowia. Do podstawowych zadań realizowanych przez SPZOZ należą

świadczenia zdrowotne w zakresie opieki szpitalnej, stacjonarnej oraz ambulatoryjnej, udzielanie świadczeń diagnostycznych, w zakresie pomocy doraźnej, orzekanie o stanie zdrowia, udzielanie świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej, prowadzenie działalności w zakresie promocji zdrowia, organizowanie opieki medycznej w sytuacjach awaryjnych i klęsk żywiołowych, przygotowywanie osób do wykonywania zawodów medycznych i dokształcania osób wykonujących te zawody. SPZOZ w Sanoku zatrudnia 367 pielęgniarek, 65 stanowią pielęgniarki posiadające tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa, 159 – tytuł zawodowy licencjata pielęgniarstwa oraz ukończone liceum medyczne lub medyczne studium zawodowe, a 38 stanowią pielęgniarki ze specjalizacją w różnych dziedzinach. Z zatrudnionych pielęgniarek, 105 posiada jednocześnie tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa oraz ukończone szkolenie specjalizacyjne [107-109].

Samodzielny Publiczny Miejski Zespół Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Sanoku został powołany w celu wykonywania działalności leczniczej, polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności przez organizowanie i prowadzenie działalności leczniczej w rodzaju ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Do podstawowych zadań SPMZPOZ należy w szczególności: udzielanie świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, obejmującej świadczenia diagnostyczne, lecznicze, profilaktyczne, rehabilitacyjne i pielęgnacyjne oraz specjalistyczne z zakresu medycyny, orzekanie o stanie zdrowia, wykonywanie zadań podstawowej jednostki służby medycyny pracy, prowadzenie oświaty zdrowotnej i działalności z zakresu promocji zdrowia. W ramach SPMZPOZ działają następujące jednostki: Przychodnia Zdrowia Nr 1 przy ul. Błonie 5, Przychodnia Zdrowia Nr 2 przy ul. Jana Pawła II 38, Zespół Gabinetów Lekarskich przy ul. Jana III Sobieskiego 1. Laboratorium Analityczne przy ul. Błonie 5. SPMZPOZ w Sanoku zatrudnia 27 pielęgniarek, 13 z nich posiada tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa, 10 – tytuł zawodowy licencjata pielęgniarstwa, pozostałe pielęgniarki posiadają ukończone liceum medyczne lub medyczne studium zawodowe. Z zatrudnionych 27 pielęgniarek, wszystkie ukończyły kurs specjalistyczny, 15 pielęgniarek posiada specjalizację w różnych dziedzinach, a 5 pielęgniarek ukończyło kurs kwalifikacyjny [102].

3.5. Metody analiz statystycznych

Analizę zmiennych ilościowych wykonano wyliczając statystyki opisowe, takie jak: średnia, odchylenie standardowe, mediana, kwartyle oraz minimum i maksimum.

Analizę zmiennych jakościowych przeprowadzono wyliczając częstości bezwzględne i procentowe wystąpienia wszystkich wartości, jakie zmienne te mogły przyjmować. Porównanie wartości zmiennych jakościowych w grupach wykonano za pomocą testu chi-kwadrat lub dokładnego testu Fishera, gdy założenia testu chi-kwadrat dotyczące tzw. liczebności oczekiwanych nie były spełnione. Porównanie wartości zmiennych ilościowych w dwóch grupach wykonano za pomocą testu Manna-Whitney'a. Porównanie wartości zmiennych ilościowych w trzech lub więcej grupach wykonano za pomocą testu Kruskala-Wallisa, a w przypadku wystąpienia istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupami, testu post-hoc Dunna. W analizie przyjęto poziom istotności 0,05, wszystkie wartości p poniżej 0,05 interpretowano jako świadczące o istotnych zależnościach. Zebrane dane zostały zakodowane w arkuszu kalkulacyjnym Excel. Analizę wykonano w programie R, wersja 4.4.1 [210].

4. WYNIKI BADAŃ

4.1. Dane demograficzne, społeczne i medyczne

Średnia wieku badanych kobiet wyniosła 44,11 lat (SD = 11,96). Najmłodsza respondentka miała 25 lat, a najstarsza 70 lat. Największą grupę stanowiły mieszkanki wsi (65,78%, n = 421), pozostałe ankietowane mieszkały w mieście (34,22%, n = 219) (Tabela 1). Wśród respondentek przeważały mężatki (60,47%, n = 387), panny stanowiły 22,03% (n = 141) ogółu badanych, najmniej liczne grupy stanowiły: wdowy (2,81%, n = 18), osoby rozwiedzione (5,78%, n = 37) oraz w związku nieformalnym (8,91%, n = 57) (Tabela 1).

Zdecydowana większość badanych kobiet (85,94,%, n = 550) posiadała wykształcenie wyższe (licencjat pielęgniarstwa – 57,50%, magister pielęgniarstwa – 28,44%). W badanej grupie przeważały respondentki posiadające ukończone kursy specjalistyczne (58,28%, n = 373), kursy kwalifikacyjne (33,59%, n = 215) oraz szkolenia specjalizacyjne (31,84%, n = 204) (Tabela 1). Największy odsetek badanych – 34,22% (n = 219) stanowiły osoby bezdzietne, 32,34% (n = 207) respondentek posiadało dwoje dzieci, 16,25% (n = 104) kobiet zdeklarowało posiadanie jednego dziecka, a 13,75% (n = 88) badanych wskazywało na troje dzieci. Najmniej liczną grupę (3,44%, n = 22) stanowiły respondentki posiadające czworo lub więcej dzieci (Tabela 1).

Tabela 1. Sytuacja demograficzna badanych

Zmienna		**N** **640**	**%** **100**
Wiek [lata]	≤ 30	136	21,25%
	31 – 40	121	18,91%
	41 – 50	147	22,97%
	51 – 60	186	29,06%
	> 60	50	7,81%
Miejsce zamieszkania	Wieś	421	65,78%
	Miasto do 50 tys. mieszk.	182	28,44%
	Miasto 50-100 tys. mieszk.	36	5,62%
	Miasto powyżej 100 tys. mieszk.	1	0,16%
Stan cywilny	Panna	141	22,03%
	Mężatka	387	60,47%
	Rozwiedziona	37	5,78%
	Wdowa	18	2,81%
	W związku nieformalnym	57	8,91%

Zmienna		N 640	% 100
Wykształcenie	Pielęgniarka dyplomowana	90	14,06%
	Licencjat pielęgniarstwa	368	57,50%
	Magister pielęgniarstwa	182	28,44%
Ukończone kształcenie podyplomowe*	Kursy specjalistyczne	373	58,28%
	Kursy kwalifikacyjne	215	33,59%
	Kursy dokształcające	114	17,81%
	Szkolenia specjalizacyjne	204	31,87%
	Inne kursy, szkolenia	18	2,81%
	Dodatkowe studia	16	2,50%
Liczba dzieci	1 dziecko	104	16,25%
	2 dzieci	207	32,34%
	3 dzieci	88	13,75%
	4 lub więcej dzieci	22	3,44%
	Brak dzieci	219	34,22%

* Odsetki nie sumują się do 100, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru

Zdecydowana większość badanych kobiet pracowała w oddziale zachowawczym (69,38%, n = 444), na oddział zabiegowy, jako miejsce pracy wskazało 16,09% (n = 103) respondentek, a na oddział onkologiczny – 14,53% (n = 93) ankietowanych (Tabela 2).

W badanej grupie najwięcej pielęgniarek posiadało maksymalnie 5 letni staż pracy w zawodzie (30,16%, n = 193), kolejną grupę stanowiły osoby z 6-15 letnim stażem (25,62%, n = 164), następnie respondentki z 31-35 letnim stażem pracy (10,62%, n = 68) oraz 16-20 letnim stażem (9,38%, n = 60). Najmniej liczną grupę stanowiły pielęgniarki pracujące w zawodzie ponad 40 lat (1,72%, n = 11) oraz 36-40 lat (6,56%, n = 42) (Tabela 2). Formą zatrudnienia, która zdecydowanie przeważała wśród badanych była umowa o pracę (98,12%, n = 628). Respondentki w większości (77,97%, n = 499) nie posiadały dodatkowego miejsca pracy (Tabela 2).

Zdecydowana większość pielęgniarek określiła swoją sytuację materialną jako dobrą (75,16%, n = 481) lub bardzo dobrą (13,12%, n = 84). Na dostateczną i złą sytuację wskazało odpowiednio 11,41% (n = 73) oraz 0,31% (n = 2) badanych kobiet (Tabela 2).

Tabela 2. Sytuacja społeczna badanych

Zmienna		N 640	% 100
Miejsce pracy	Oddział zachowawczy	444	69,38%
	Oddział zabiegowy	103	16,09%
	Oddział onkologiczny	93	14,53%
Staż pracy w zawodzie pielęgniarki	Do 5 lat	193	30,16%
	6-10 lat	82	12,81%
	11-15 lat	82	12,81%
	16-20 lat	60	9,38%
	21-25 lat	55	8,59%
	26-30 lat	47	7,34%
	31-35 lat	68	10,62%
	36-40 lat	42	6,56%
	Ponad 40 lat	11	1,72%
Forma zatrudnienia w obecnym miejscu pracy	Umowa o pracę	628	98,12%
	Umowa kontraktowa	7	1,09%
	Umowa zlecenie	5	0,78%
Dodatkowe miejsce pracy	Tak	141	22,03%
	Nie	499	77,97%
Sytuacja materialna	Bardzo dobra	84	13,12%
	Dobra	481	75,16%
	Dostateczna	73	11,41%
	Zła	2	0,31%
	Bardzo zła	0	0,00%

W grupie czynników medycznych zwrócono uwagę na wskaźnik masy ciała (Body Mass Index – BMI), występowanie raka piersi wśród badanych oraz w ich rodzinie, jak również na wykonanie przez kobiety badań w kierunku nosicielstwa mutacji genów BRCA1 i BRCA2. Na podstawie danych dotyczących masy ciała i wzrostu badanych obliczono wskaźnik BMI. Niewiele ponad połowa respondentek (53,28%, n = 341) posiadała prawidłową masę ciała, nadwaga dotyczyła 32,34% (n = 207) kobiet, a otyłość występowała u 11,25% (n = 72) osób (Tabela 3).

Tabela 3. Wskaźnik masy ciała badanych

Wartość BMI	Klasyfikacja	n	%
< 17	Wychudzenie	1	0,16%
17-18,5	Niedowaga	19	2,97%
18,5-25	Masa ciała w normie	341	53,28%
25-30	Nadwaga	207	32,34%
30-35	Otyłość	65	10,16%
35-40	Otyłość II stopnia	7	1,09%

Rak piersi został zdiagnozowany u 2,3% (n = 13) respondentek. Zdecydowana większość badanych kobiet (97,97%, n = 627) nie chorowała na ten nowotwór.

Występowanie nowotworu piersi w rodzinie deklarowało 9,22% (n = 59) pielęgniarek, niewielki odsetek respondentek (2,97%, n = 19) nie posiadał wiedzy w tym zakresie, a wśród najbliższych zdecydowanej większości badanych (87,81%, n = 562) nie było takich doświadczeń chorobowych (Tabela 4). Rak piersi najczęściej występował u babci respondentek (44,07%, n = 26), następnie u matki (38,98%, n = 23), a najrzadziej u siostry (16,95%, n = 10).

Tabela 4. Występowanie raka piersi w rodzinie

Rak piersi w rodzinie	n	%
Tak	59	9,22%
Nie	562	87,81%
Nie wiem	19	2,97%

Zdecydowana większość kobiet (95,78%, n = 613) nie poddała się badaniom w kierunku nosicielstwa mutacji genów BRCA1 i BRCA2, wykonanie tego badania deklarowało 4,22% (n = 27) respondentek.

4.2. Wiedza na temat raka piersi i profilaktyki tego nowotworu

Wiedzę badanych na temat raka piersi i profilaktyki tego nowotworu określono na podstawie odpowiedzi na pytania zawarte w kwestionariuszu ankiety (15-22,24-38,41). Za każdą poprawną odpowiedź na pytanie jednokrotnego wyboru przyznawano 1 punkt, a za odpowiedź błędną 0 punktów. Z kolei w przypadku pytań wielokrotnego wyboru, gdzie prawidłowych mogło być kilka odpowiedzi, przyznawano punkty za prawidłowe

ustosunkowanie się do każdej z podanych w pytaniu propozycji odpowiedzi. Przykładowo w pytaniu wielokrotnego wyboru, w którym podano 5 możliwych odpowiedzi, a prawidłowe były odpowiedzi a i b, osoba która zaznaczyła odpowiedzi a, d i e otrzymała 2/5 punktu, ponieważ:

- oznaczyła odpowiedź a jako poprawną i rzeczywiście ta odpowiedź była poprawna,
- oznaczyła odpowiedź b jako błędną, podczas gdy ta odpowiedź była poprawna,
- oznaczyła odpowiedź c jako błędną i rzeczywiście ta odpowiedź była błędna,
- oznaczyła odpowiedź d jako poprawną, podczas gdy ta odpowiedź była błędna,
- oznaczyła odpowiedź e jako poprawną, podczas gdy ta odpowiedź była błędna.

W związku z powyższym, osoba taka oznaczyła prawidłowo dwie na pięć odpowiedzi, stąd otrzymała 2/5 punktu. W pytaniach dotyczących wiedzy maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania wynosiła 24. Do oceny poziomu wiedzy badanych wykorzystano trzystopniową skalę:

- 0-12 punktów (0-50% możliwych do uzyskania) – poziom wiedzy niski,
- 12,01-18 punktów (50-75% możliwych do uzyskania) – poziom wiedzy średni,
- 18,01-24 punkty (75-100% możliwych do uzyskania) – poziom wiedzy wysoki.

Wiedza badanych na temat raka piersi i profilaktyki tego nowotworu kształtowała się na średnim poziomie (61,25%, n = 392). Wysoki poziom wiedzy w tym zakresie dotyczył 27,19% (n = 174) respondentek, natomiast niskim poziomem wiedzy charakteryzowało się 11,56% (n = 74) badanych kobiet (Tabela 5).

Tabela 5. Poziom wiedzy na temat raka piersi i profilaktyki tego nowotworu

Poziom wiedzy	**n**	**%**
Niski	74	11,56%
Średni	392	61,25%
Wysoki	174	27,19%

W kwestionariuszu ankiety poproszono pielęgniarki o wskazanie nowotworu najczęściej występującego u kobiet. Zdecydowana większość respondentek (77,19%, n = 494) poprawnie wybrała raka piersi, jednak co piąta kobieta (20,62%, n = 132) uważała, iż jest to rak szyjki macicy (Tabela 6).

Tabela 6. Wiedza na temat nowotworu najczęściej występującego u kobiet

Nowotwór najczęściej występujący u kobiet	n	%
Rak płuca	12	1,88%
Rak piersi	494	77,19%
Rak szyjki macicy	132	20,62%
Rak jelita grubego	1	0,16%
Nie wiem	1	0,16%

Wśród czynników zwiększających ryzyko zachorowania na raka piersi respondentki najczęściej prawidłowo wskazywały na: rodzinne występowanie raka piersi (79,53%, n = 509), mutacje genów BRCA 1 i BRCA 2 (57,66%, n = 369), płeć żeńską (47,66%, n = 305), bezdzietność (45,94%, n = 294), wiek po 50 roku życia (40,00, n = 256), stosowanie hormonalnej terapii zastępczej (34,84%, n = 223) oraz antykoncepcji doustnej (30,94%, n = 198) (Tabela 7).

Tabela 7. Wiedza na temat czynników ryzyka zachorowania na raka piersi

Czynniki zwiększające ryzyko zachorowania na raka piersi	n	% *
Karmienie piersią	10	1,56%
Wczesne wystąpienie pierwszej miesiączki	101	15,78%
Późne wystąpienie pierwszej miesiączki	42	6,56%
Bezdzietność	294	45,94%
Wielodzietność	34	5,31%
Rodzinne występowanie raka piersi	509	79,53%
Wczesna menopauza	90	14,06%
Późna menopauza	55	8,59%
Płeć żeńska	305	47,66%
Otyłość	162	25,31%
Nadużywanie alkoholu	123	19,22%
Dieta bogata w tłuszcze zwierzęce	110	17,19%
Wiek po 50 r.ż.	256	40,00%
Stosowanie hormonalnej terapii zastępczej	223	34,84%
Wysoki poziom cholesterolu	27	4,22%
Brak aktywności fizycznej	81	12,66%
Mutacje genów BRCA 1 i BRCA 2	369	57,66%
Stosowanie antykoncepcji doustnej	198	30,94%
Ekspozycja na promieniowanie jonizujące	119	18,59%
Nadciśnienie tętnicze	8	1,25%
Dieta bogata w błonnik	2	0,31%
Dieta niskotłuszczowa	0	0,00%

*Odsetki nie sumują się do 100, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru

Badanych zapytano także o objawy raka piersi. Kobiety najczęściej wskazywały prawidłowe odpowiedzi, tj.: zmianę wyglądu brodawki sutkowej (75,62%, n = 484), nieregularny, twardy guzek w miąższu piersi, zwykle niebolesny (74,84%, n = 479), zmiany skórne (47,81%, n = 306), powiększenie węzłów chłonnych pachowych (46,88%, n = 300), jak również zmianę wielkości, kształtu piersi (39,69%, n = 254) (Tabela 8).

Tabela 8. Wiedza na temat objawów raka piersi

Objawy raka piersi	n	% *
Nieregularny, twardy guzek w miąższu piersi, zwykle niebolesny	479	74,84%
Wyczuwalny, miękki i bolesny guzek w miąższu piersi	105	16,41%
Zmiana wielkości, kształtu piersi	254	39,69%
Asymetria piersi	203	31,72%
Zmiana wyglądu brodawki sutkowej (owrzodzenie, wciągnięcie, wyciek)	484	75,62%
Powiększenie węzłów chłonnych pachowych	300	46,88%
Zmiany skórne (wciągnięcie, owrzodzenie, zmarszczenie)	306	47,81%
Zaczerwienienie, obrzęk, zwiększone ucieplenie piersi	85	13,28%
Ból piersi, nadwrażliwość na dotyk	93	14,53%
Gorączka	14	2,19%
Osłabienie	34	5,31%
Poszerzenie naczyń żylnych w obrębie piersi	50	7,81%

*Odsetki nie sumują się do 100, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru

Zdecydowana większość respondentek (90,47%, n = 579) była zdania, że nie wszystkie wykryte u kobiet zmiany w piersi są złośliwe, odmiennego zdania była niewielka grupa badanych (2,34%, n = 15), a 7,19% (n = 46) ankietowanych nie posiadało wiedzy w tym zakresie. Wśród badanych zdecydowanie przeważały osoby (92,97%, n = 595), które uważały, że wszystkie wykryte zmiany w obrębie piersi wymagają dalszej diagnostyki. Niektóre respondentki były zdania, iż należy diagnozować bolesne zmiany (3,75%, n = 24), tylko duże zmiany (0,47%, n = 3), bądź tylko zmiany w obrębie skóry i brodawki piersi (0,94%, n = 6). W badanej grupie były również osoby wykazujące się brakiem wiedzy na ten temat (1,88%, n = 12).

Respondentki w większości znały podstawowe metody wykrywania raka piersi, wskazując najczęściej na: USG piersi (93,28%, n = 597), mammografię (91,25%, n = 584) oraz samobadanie piersi (86,56%, n = 554). Wśród badanych znalazły się również osoby wskazujące błędne odpowiedzi i nie posiadające wiedzy w tym zakresie (Tabela 9).

Tabela 9. Wiedza na temat metod wykrywania raka piersi

Metody wykrywania raka piersi	n	% *
Samobadanie piersi	554	86,56%
Badanie przez lekarza	360	56,25%
USG piersi	597	93,28%
Mammografia	584	91,25%
Cytologia	39	6,09%
Cystoskopia	5	0,78%
Rezonans magnetyczny	59	9,22%
Tomografia komputerowa	63	9,84%
Nie wiem	3	0,47%

*Odsetki nie sumują się do 100, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru

Ponad połowa respondentek (59,06%, n = 378) prawidłowo uznała, że po 50. roku życia znacznie wzrasta ryzyko zachorowania na raka piersi. Badane kobiety wskazywały również na 40 rok życia (25,47%, n = 163), 30 rok życia (11,88%, n = 76) oraz 20 rok życia (3,59%, n = 23).

W badanej grupie przeważały osoby określające swój poziom wiedzy na temat raka piersi jako dostateczny (45,47%, n = 291) oraz dobry (41,88%, n = 268). Na niedostateczną wiedzę w tym zakresie wskazało 6,41% (n = 41) respondentek (Tabela 10).

Tabela 10. Samoocena poziomu wiedzy na temat raka piersi

Poziom wiedzy na temat raka piersi	n	%
Bardzo dobry	8	1,25%
Dobry	268	41,88%
Dostateczny	291	45,47%
Niedostateczny	41	6,41%
Nie mam zdania	32	5,00%

Zdecydowana większość badanych (64,53%, n = 413) prawidłowo definiowała pojęcie profilaktyki jako zapobieganie chorobom, jednakże dla niemal co trzeciej respondentki (29,84%, n = 191) termin ten oznaczał edukację zdrowotną, a 5,62% (n = 36) kobiet kojarzyło profilaktykę ze wzmacnianiem zdrowia.

Na pytanie dotyczące działań wchodzących w zakres profilaktyki pierwotnej raka piersi, prawidłowej odpowiedzi udzieliła niespełna co trzecia respondentka (27,66%, n = 177), natomiast obszar działań z zakresu profilaktyki wtórnej tego nowotworu był znany dla zdecydowanej większości badanych (76,72%, n = 491) (Tabela 11).

Tabela 11. Wiedza na temat zakresu profilaktyki pierwotnej i wtórnej raka piersi

Działania w zakresie profilaktyki pierwotnej raka piersi	**n**	**%**
Poddawanie się badaniom przesiewowym	418	65,31%
Eliminacja lub redukcja modyfikowalnych czynników ryzyka choroby	177	27,66%
Suplementacja witamin i minerałów	9	1,41%
Częste wizyty u lekarza	36	5,62%
Działania w zakresie profilaktyki wtórnej raka piersi	**n**	**%**
Eliminacja lub redukcja modyfikowalnych czynników ryzyka choroby	107	16,72%
Spożywanie warzyw i owoców	23	3,59%
Wykonywanie samobadania piersi, USG piersi, mammografii	491	76,72%
Regularna aktywność fizyczna	19	2,97%

W badanej grupie zdecydowanie przeważały respondentki, które uważały, iż można skutecznie zmniejszyć ryzyko zachorowania na raka piersi (71,25%, n = 456). Przeciwnego zdania było 9,38% (n = 60) kobiet, a niemal co piąta osoba (19,38%, n = 124) nie miała zdania na ten temat. Badani w większości znali czynniki zmniejszające ryzyko rozwoju raka piersi, wskazując najczęściej na poddawanie się regularnym badaniom profilaktycznym (86,72%, n = 555), zdrowe odżywianie (48,75%, n = 312), urodzenie pierwszego dziecka przed 30 rokiem życia (40,26%, n = 260), karmienie dziecka piersią co najmniej do 6 miesiąca życia (40,62%, n = 260), czy podejmowanie regularnej aktywności fizycznej (25,78%, n = 165) (Tabela 12).

Tabela 12. Wiedza na temat czynników zmniejszających ryzyko raka piersi

Czynniki zmniejszające ryzyko rozwoju raka piersi	**n**	**% ***
Utrzymanie prawidłowej masy ciała	163	25,47%
Zdrowe odżywianie	312	48,75%
Unikanie alkoholu	142	22,19%
Podejmowanie regularnej aktywności fizycznej	165	25,78%
Poddawanie się regularnym badaniom profilaktycznym	555	86,72%
Karmienie dziecka piersią co najmniej do 6 miesiąca życia	260	40,62%
Urodzenie pierwszego dziecka przed 30 rokiem życia	260	40,62%
Ryzyka rozwoju raka piersi nie można zmniejszyć	30	4,69%

*Odsetki nie sumują się do 100, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru

Nie wszystkie respondentki wiedziały, w jakim wieku kobieta powinna rozpocząć samobadanie piersi, 61,72%, (n = 395) z nich poprawnie wskazało na 20 rok życia, jednak 31,72% (n = 203) kobiet było zdania, że wiek nie ma tutaj znaczenia. Niektóre ankietowane uważały, że samobadanie piersi należy rozpocząć dopiero po urodzeniu

pierwszego dziecka (1,25%, n = 8) (Tabela 13). Zdecydowana większość kobiet (79,06%, n = 506) poprawnie wskazała, że samobadanie piersi należy wykonywać raz w miesiącu. W badanej grupie znalazły się również respondentki, które nie posiadały wiedzy w tym zakresie (Tabela 13). Pielęgniarki w większości wiedziały, że samobadanie piersi należy wykonywać 2-3 dni po zakończeniu miesiączki (77,19%, n = 494), jednak niemal co czwarta respondentka udzieliła błędnej odpowiedzi (Tabela 13). W badanej grupie przeważały osoby (66,72%, n = 427), które poprawnie wskazały, że po menopauzie samobadanie piersi należy wykonywać systematycznie, najlepiej tego samego dnia każdego miesiąca, jednak 13,28% (n = 85) pielęgniarek nie posiadało wiedzy w tym zakresie (Tabela 13).

Respondentki zapytano także, z jakich etapów powinno składać się samobadanie piersi. Mimo, iż zdecydowana większość kobiet (88,28%, n = 565) udzieliła poprawnej odpowiedzi, w badanej grupie 11,72% (n = 75) ankietowanych wykazało się brakiem wiedzy w tym temacie (Tabela 13). Na pytanie dotyczące pozycji ciała, w jakiej należy przeprowadzać samobadanie piersi, ponad połowa respondentek (51,41%, n = 329) błędnie wskazała na pozycję stojącą. Wiedzą w tym zakresie wykazało się 41,25% (n = 264) badanych, podając pozycję stojącą i leżącą (Tabela 13).

Tabela 13. Wiedza na temat zasad samobadania piersi

Wiek rozpoczęcia samobadania piersi	**n**	**%**
Od 20. roku życia	395	61,72%
Od 40. roku życia	24	3,75%
Od 50. roku życia	5	0,78%
Po urodzeniu pierwszego dziecka	8	1,25%
Wiek nie ma znaczenia	203	31,72%
Nie wiem	5	0,78%
Wykonywanie samobadania piersi	**n**	**%**
Codziennie	15	2,34%
Raz w tygodniu	101	15,78%
Raz w miesiącu	506	79,06%
Raz w roku	9	1,41%
Nie wiem	9	1,41%
Wykonywanie samobadania piersi przed menopauzą	**n**	**%**
W czasie trwania miesiączki	12	1,88%
Przed rozpoczęciem miesiączki	42	6,56%
2-3 dni po zakończeniu miesiączki	494	77,19%
W dowolnym dniu cyklu	64	10,00%

Nie wiem	28	4,38%
Wykonywanie samobadania piersi po menopauzie	**n**	**%**
Systematycznie w ten sam dzień każdego miesiąca	427	66,72%
Po menopauzie nie ma potrzeby wykonywania samobadania piesi	10	1,56%
Najlepiej w pierwszym tygodniu miesiąca	118	18,44%
Nie wiem	85	13,28%
Etapy samobadania piersi	**n**	**%**
Oglądanie	4	0,62%
Badanie palpacyjne	66	10,32%
Oglądanie i badania palpacyjne	565	88,28%
Nie wiem	5	0,78%
Pozycja, w jakiej należy wykonywać samobadanie piersi	**n**	**%**
Pozycja stojąca	329	51,41%
Pozycja leżąca	22	3,44%
Pozycja siedząca	6	0,94%
Pozycja stojąca i leżąca	264	41,25%
Pozycja ciała nie ma znaczenia	16	2,50%
Nie wiem	3	0,47%

Respondentki zapytano również o wiek, w jakim wskazane jest wykonanie badania USG piersi, w ramach wczesnego wykrywania raka piersi. W badanej grupie przeważały kobiety, które prawidłowo wskazały na 20-40 rok życia (64,69%, n = 414), jednak 35,31% (n = 226) ankietowanych wskazało błędną odpowiedź (Tabela 14).

Tabela 14. Wiedza na temat wieku wykonania USG piersi

Wiek wykonania u kobiet USG piersi	**n**	**%**
< 20 lat	90	14,06%
20 – 40 lat	414	64,69%
40 – 50 lat	107	16,72%
> 50 lat	29	4,53%

Kwestionariusz ankiety zawierał także pytanie dotyczące wieku, w jakim kobiety w Polsce mogą wykonać bezpłatną mammografię w ramach Populacyjnego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Piersi. W okresie wykonywania badań program ten był dedykowany kobietom w wieku 50-69 lat i taką odpowiedź przyjęto za prawidłową. W badanej grupie niewiele ponad połowa respondentek (59,69%, n = 382) wskazała poprawną odpowiedź, pozostałe pielęgniarki nie posiadały wiedzy w tym zakresie (Tabela 15).

Tabela 15. Wiedza na temat wieku wykonania bezpłatnej mammografii

Wiek wykonania bezpłatnej mammografii	n	%
30-45 lat	28	4,38%
40-50 lat	69	10,78%
50-69 lat	382	59,69%
50-60 lat	128	20,00%
Nie wiem	33	5,16%

Respondentki w większości uważały, że informacje na temat zapobiegania i wczesnego wykrywania nowotworów piersi są w Polsce łatwo dostępne (69,53%, n = 445), na brak dostępu do takich informacji wskazało 16,25% (n = 104) pielęgniarek, a 14,22% (n = 91) kobiet nie miało zdania na ten temat.

Pielęgniarki w większości podzielały opinię, iż badania przesiewowe w kierunku raka piersi są w Polsce łatwo dostępne (63,91%, n = 409). Co piąta respondentka (20,16%, n = 129) negatywnie oceniła dostęp do takich badań, pozostałe kobiety (15,94%, n = 102) nie miały zdania na ten temat. Zdecydowana większość ankietowanych (93,59%, n = 599) wyrażała przekonanie, że wczesne wykrycie raka piersi wpływa na efekt leczenia, przeciwnego zdania było 6,41% (n = 41) badanych.

Dla respondentek głównym źródłem wiedzy na temat profilaktyki raka piersi był Internet (63,44%, n = 406) oraz książki i czasopisma medyczne (62,50%, n = 400), znacznie rzadziej czerpały wiedzę od lekarza (20,31%, n = 130), czy pielęgniarki/ położnej (12,03%, n = 77) (Tabela 16).

Tabela 16. Źródła wiedzy na temat profilaktyki raka piersi

Źródła wiedzy na temat profilaktyki raka piersi	n	% *
Książki, czasopisma medyczne	400	62,50%
Internet	406	63,44%
Telewizja	99	15,47%
Ulotki	141	22,03%
Lekarz	130	20,31%
Pielęgniarka/ położna	77	12,03%
Rodzina	9	1,41%
Znajomi	28	4,38%
Inne źródła	0	0,00%

*Odsetki nie sumują się do 100, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru

W badanej grupie przeważały osoby określające swój poziom wiedzy na temat profilaktyki raka piersi jako dobry (47,50%, n = 304) i dostateczny (42,34%, n = 271), a tylko 12 pielęgniarek (1,88%) bardzo dobrze oceniło swoją wiedzę w tym zakresie. Na

niedostateczny poziom wiedzy wskazało 4,53% (n = 29) respondentek, a 3,75% (n = 24) badanych kobiet nie miało zdania na ten temat.

Respondentki w zdecydowanej większości (84,53%, n = 541) wyraziły chęć poszerzenia wiedzy na temat profilaktyki raka piersi, takiej potrzeby nie miało 15,47% (n = 99) badanych kobiet.

4.3. Zachowania zdrowotne w zakresie profilaktyki raka piersi

Respondentki poproszono o wskazanie określeń charakteryzujących zachowania prozdrowotne. Zdecydowanej większości badanych pojęcie to kojarzyło się głównie z prawidłowym odżywianiem (73,75%, n = 472) oraz aktywnością fizyczną (67,97%, n = 435). Niemal połowa pielęgniarek wskazała na unikanie sytuacji stresowych (49,38%, n = 316) oraz kontrolę stanu zdrowia (48,91%, n = 313) (Tabela 17).

Tabela 17. Określenia pojęcia zachowania prozdrowotne

Określenia charakteryzujące zachowania prozdrowotne	n	% *
Higiena osobista i otoczenia	198	30,94%
Prawidłowe odżywianie	472	73,75%
Aktywność fizyczna	435	67,97%
Udane życie rodzinne	51	7,97%
Unikanie sytuacji stresowych	316	49,38%
Odpowiednia ilość snu	190	29,69%
Kontrola stanu zdrowia	313	48,91%
Unikanie szkodliwych używek	295	46,09%
Satysfakcja z życia	32	5,00%
Brak chorób	28	4,38%

*Odsetki nie sumują się do 100, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru

Spożywanie alkoholu wskazywane jest jako jeden z modyfikowalnych czynników ryzyka raka piersi. Pielęgniarki najczęściej spożywały alkohol okazjonalnie (55,31%, n = 354), na sięganie po napoje alkoholowe kilka razy w miesiącu wskazało 15,00% (n = 96) respondentek, natomiast brak spożycia alkoholu zdeklarowała niemal co piąta kobieta (17,81%, n = 114) (Tabela 18).

Tabela 18. Spożywanie alkoholu

Spożywanie alkoholu	n	%
Codziennie	1	0,16%
Raz w tygodniu	42	6,56%
Kilka razy w miesiącu	96	15,00%
Raz w miesiącu	33	5,16%
Okazjonalnie	354	55,31%
Nie piję alkoholu	114	17,81%

Ponad połowa badanych kobiet (51,88%, n = 332) określiła swoją dietę jako zróżnicowaną, spożywanie lekkostrawnych posiłków zdeklarowało 16,41% (n = 105) respondentek, na dietę bogata w warzywa i owoce wskazało 11,09% (n = 71) ankietowanych, a niemal co dziesiąta osoba (9,38%, n = 60) stosowała dietę bogatą w tłuszcze, głównie pochodzenia zwierzęcego (Tabela 19).

Tabela 19. Rodzaj stosowanej diety

Rodzaj diety	n	%
Dieta bogata w węglowodany	36	5,62%
Dieta bogata w tłuszcze, głównie pochodzenia zwierzęcego	60	9,38%
Dieta bogata w tłuszcze, głównie pochodzenia roślinnego	16	2,50%
Dieta bogata w warzywa i owoce	71	11,09%
Dieta bogatobiałkowa	19	2,97%
Dieta lekkostrawna	105	16,41%
Dieta zróżnicowana	332	51,88%
Inna	1	0,16%

W badanej grupie, ponad połowa respondentek (54,37%, n = 348) zdeklarowała spożywanie mięsa białego najczęściej kilka razy w tygodniu, a co czwarta pielęgniarka (25,78%, n = 165) stosowała je w swojej diecie raz w tygodniu (Tabela 20). Badane kobiety najczęściej spożywały mięso czerwone raz w tygodniu (25,62%, n = 164), kilka razy w miesiącu (24,22%, n = 155) oraz kilka razy w tygodniu (22,97%, n = 147) (Tabela 20).

Tabela 20. Spożywanie mięsa

Mięso białe	n	%
Kilka razy dziennie	8	1,25%
Raz dziennie	20	3,12%
Kilka razy w tygodniu	348	54,37%
Raz w tygodniu	165	25,78%

Mięso białe	n	%
Kilka razy w miesiącu	77	12,03%
Raz w miesiącu	14	2,19%
Nie spożywam	8	1,25%
Mięso czerwone	**n**	**%**
Kilka razy dziennie	1	0,16%
Raz dziennie	19	2,97%
Kilka razy w tygodniu	147	22,97%
Raz w tygodniu	164	25,62%
Kilka razy w miesiącu	155	24,22%
Raz w miesiącu	97	15,16%
Nie spożywam	57	8,91%

Dla zdecydowanej większości badanych (76,25%, n = 488) głównym źródłem tłuszczu w diecie było masło, niemal połowa respondentek (49,06%, n = 314) wskazała również na oleje roślinne (Tabela 21).

Tabela 21. Źródła tłuszczu w diecie

Źródła tłuszczu w diecie	n	% *
Masło	488	76,25%
Smalec	41	6,41%
Margaryna	60	9,38%
Oleje roślinne	314	49,06%
Oliwa z oliwek	253	39,53%

*Odsetki nie sumują się do 100, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru

Respondentki najczęściej przeznaczały na aktywność fizyczną od 1 do 3 godzin (34,53%, n = 221) oraz mniej niż 1 godzinę (30,94%, n = 198) w ciągu tygodnia, a niemal co piąta pielęgniarka (17,66%, n = 113) nie podejmowała aktywności fizycznej (Tabela 22).

Tabela 22. Czas przeznaczany na aktywność fizyczną w ciągu tygodnia

Czas przeznaczany w ciągu tygodnia na aktywność fizyczną	n	%
< 1 godziny	198	30,94%
1 – 3 godziny	221	34,53%
4 – 6 godzin	74	11,56%
Powyżej 6 godzin	34	5,31%
Nie podejmuję aktywności fizycznej	113	17,66%

Ponad połowa badanych kobiet (58,91%, n = 377) urodziła pierwsze dziecko między 20. a 30. rokiem życia. Urodzenie pierwszego dziecka przed ukończeniem 20

roku życia zdeklarowało zaledwie 3,28% (n = 21) ankietowanych, po 30. roku – 3,91% (n = 25) badanych, a co trzecia respondentka (33,91%, n = 217) nie posiadała dzieci. Karmienie dziecka piersią co najmniej przez 6 miesięcy po urodzeniu zdeklarowało 41,56% (n = 266) kobiet (Tabela 23).

Tabela 23. Karmienie piersią przez co najmniej 6 miesięcy

Karmienie dziecka/ dzieci piersią przez co najmniej 6 miesięcy	n	%
Tak	266	41,56%
Nie	160	25,00%
Nie dotyczy	214	33,44%

W badanej grupie tylko niemal połowa respondentek (48,28%, n = 309) zdeklarowała wykonywanie samobadania piersi raz w miesiącu, a co piąta pielęgniarka (20,31%, n = 130) nie wykonywała tej czynności (Tabela 24).

Tabela 24. Wykonywanie samobadania piersi

Wykonywanie samobadania piersi	n	%
Raz w miesiącu	309	48,28%
Kilka razy w ciągu roku	181	28,28%
Raz na rok lub rzadziej	20	3,13%
Nie wykonuję	130	20,31%

Niemal wszystkie respondentki (96,87%, n = 620) uczęszczały na wizyty kontrolne u lekarza ginekologa, najczęściej raz na rok (49,69%, n = 318) oraz raz na dwa lata (29,84, n = 191) (Tabela 25).

Tabela 25. Korzystanie z wizyt kontrolnych u lekarza ginekologa

Wizyty u lekarza ginekologa	n	%
Raz na rok	318	49,69%
Raz na dwa lata	191	29,84%
Raz na kilka lat	111	17,34%
Nie korzystam z wizyt u ginekologa	20	3,13%

W badanej grupie, ponad połowa kobiet (56,09%, n = 359) miała wykonane badanie USG piersi, najczęściej raz na dwa lata (22,65%, n = 145), jednak 43,91% (n = 281) respondentek nigdy nie poddało się temu badaniu (43,91%, n = 281) (Tabela 26).

Tabela 26. Wykonanie badania USG piersi

Wykonywanie badania USG piersi	n	%
Raz na rok	107	16,72%
Raz na dwa lata	145	22,65%
Raz na kilka lat	107	16,72%
Nie miałam wykonanego tego badania	281	43,91%

Respondentki w zdecydowanej większości (72,50%, n = 464) nie miały wykonanego badania mammograficznego (Tabela 27).

Tabela 27. Wykonanie mammografii

Wykonanie mammografii	n	%
Tak	176	27,50%
Nie	464	72,50%

Jako główny powód udziału w badaniach profilaktycznych w kierunku raka piersi ankietowane najczęściej podawały dbałość o własne zdrowie (38,59%, n = 247) oraz przekonanie, że wczesne wykrycie choroby zwiększa szansę na wyleczenie (20,31%, n = 130), jednak 36,88% (n = 236) pielęgniarek nie wzięło w nich udziału (Tabela 28).

Respondentki najczęściej wskazywały na następujące przyczyny niewykonywania badań profilaktycznych: brak niepokojących objawów (20,47%, n = 131), młody wiek (11,88%, n = 76), brak czasu (4,84%, n = 31), obawa o zły wynik badania (4,22%, n = 27).

Tabela 28. Przyczyna udziału w badaniach profilaktycznych

Główny powód udziału w badaniach profilaktycznych w kierunku raka piersi	n	%
Dbałość o własne zdrowie	247	38,59%
Przekonanie, że wczesne wykrycie choroby zwiększa szansę na wyleczenie	130	20,31%
Namowa najbliższych	5	0,78%
Zalecenie lekarza	20	3,12%
Inny	2	0,31%
Nie dotyczy	236	36,88%

Zdecydowana większość badanych kobiet (89,22%, n = 571) wyraziła przekonanie, że zachowania zdrowotne mają wpływ na profilaktykę raka piersi, z opinią tą nie zgodziło się 2,50% (n = 16) ankietowanych, a 8,28% (n = 53) respondentek nie posiadało zdania na ten temat. W badanej grupie zdecydowanie przeważały osoby (86,25%, n = 552), które wyrażały pogląd, że poprzez zachowania prozdrowotne można zmniejszyć ryzyko

zachorowania na raka piersi, odmiennego zdania było 4,06% (n = 26) respondentek, natomiast niemal co dziesiąta kobieta (9,69%, n = 62) nie posiadała wiedzy w tym zakresie.

Respondentki najczęściej dobrze (45,62%, n = 292) i dostatecznie (40,78%, n = 261) oceniały swoje zachowania zdrowotne w zakresie profilaktyki raka piersi. Bardzo dobrze swoje zachowania oceniło 2,34% (n = 15) pielęgniarek, na niedostateczny poziom zachowań wskazało 7,19% (n = 46) badanych kobiet, natomiast 4,06% (n = 26) ankietowanych nie miało zdania na ten temat.

4.4. Zachowania zdrowotne na podstawie Inwentarza Zachowań Zdrowotnych

Kwestionariusz IZZ pozwala ocenić zachowania zdrowotne respondentów. Wynik ogólny IZZ został przeliczony na steny, zgodnie z normami (osobnymi dla kobiet i mężczyzn) podanymi w kluczu do tego kwestionariusza. Wyniki w stenach 1-4 (24-77 pkt) oznaczają niskie nasilenie zachowań zdrowotnych, wyniki w stenach 5-6 (78-91 pkt) średnie nasilenie, a wyniki w stenach 7-10 (92-120 pkt) wysokie nasilenie zachowań zdrowotnych.

W badanej grupie najwięcej osób (n = 273, 42,66%) wykazywało średnie nasilenie zachowań zdrowotnych, wysokie nasilenie zachowań związanych ze zdrowiem dotyczyło 36,25% (n = 232) respondentek, a 21,09% pielęgniarek prezentowało niskie nasilenie zachowań zdrowotnych (Tabela 29).

Tabela 29. Poziom zachowań zdrowotnych wg IZZ

IZZ – liczba punktów	Poziom zachowań zdrowotnych wg IZZ	n	%
24-77	Poziom niski	135	21,09%
78-91	Poziom średni	273	42,66%
92-120	Poziom wysoki	232	36,25%

Średnia wartość ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych wyniosła M = 81,32, przy odchyleniu standardowym SD = 13,55 (Tabela 30).

Tabela 30. Statystyki opisowe dla ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych

Wynik ogólny IZZ							
N	**M**	**SD**	**Mediana**	**Min**	**Max**	**Q1**	**Q3**
640	81,32	13,55	81	24	120	72	91

M – wartość średnia, SD – odchylenie standardowe, Q1 – kwartyl dolny, Q3 – kwartyl górny

Dla czterech podskal IZZ nie istnieją normy, które pozwoliłyby interpretować ich wyniki jako niskie, wysokie lub średnie. Jednakże wyniki każdej z podskal są średnimi z odpowiedzi na wchodzące w ich skład pytania. Mogą być więc interpretowane jak odpowiedzi na poszczególne pytania:

- średnia równa 1 oznacza „prawie nigdy”;
- średnia równa 2 oznacza „rzadko”;
- średnia równa 3 oznacza „od czasu do czasu”;
- średnia równa 4 oznacza „często”;
- średnia równa 5 oznacza „prawie zawsze”.

Średni wynik podskali „Prawidłowe nawyki żywieniowe” wynosił 3,47 punktu, co oznacza, że średnia częstość podejmowania przez respondentki zachowań z tego obszaru to „od czasu do czasu”. Średni wynik podskali „Zachowania profilaktyczne” wynosił 3,48 punktu, stąd średnia częstość podejmowania przez badanych zachowań z tej kategorii to „od czasu do czasu”. Średni wynik podskali „Pozytywne nastawienie psychiczne” wynosił 3,4 punktu, co oznacza, że średnia częstość podejmowania przez respondentki zachowań z tego obszaru to „od czasu do czasu”. Średni wynik podskali „Praktyki zdrowotne” wynosił 3,21 punktu, stąd średnia częstość podejmowania przez badane kobiety zachowań z tej kategorii to „od czasu do czasu” (Tabela 31).

Tabela 31. Statystyki opisowe dla kategorii zachowań zdrowotnych wg IZZ

IZZ	N	M	SD	Mediana	Min	Max	Q1	Q3
Prawidłowe nawyki żywieniowe	640	3,47	0,72	3,5	1	5	3	4
Zachowania profilaktyczne	640	3,48	0,7	3,5	1	5	3	4
Pozytywne nastawienie psychiczne	640	3,4	0,69	3,33	1	5	3	3,83
Praktyki zdrowotne	640	3,21	0,63	3,17	1	5	2,83	3,67

M – wartość średnia, SD – odchylenie standardowe, Q1 – kwartyl dolny, Q3 – kwartyl górny

W badanej grupie, średnie wartości dla poszczególnych kategorii zachowań zdrowotnych były zbliżone. Najwyższa średnia wartość – M = 3,48 (SD = 0,7) została uzyskana przez respondentki w kategorii „zachowania profilaktyczne", nieco mniejsza – M = 3,47 (SD = 0,72) w kategorii „prawidłowe nawyki żywieniowe", następnie wartość – M = 3,4 (SD = 0,69) uzyskana w kategorii „pozytywne nastawienie psychiczne". Najniższa średnia wartość – M = 3,21 (SD = o,63) została uzyskana przez badane kobiety w kategorii „praktyki zdrowotne" (Tabela 31).

4.5. Umiejscowienie kontroli zdrowia

Kwestionariusz MHLC pozwolił ocenić trzy obszary umiejscowienia kontroli zdrowia: umiejscowienie wewnętrzne, wpływ innych osób i wpływ przypadku. Wyniki na każdej z tych skal przyjmowały wartości od 6 do 36 punktów. Wyższe wyniki świadczyły o większym umiejscowieniu kontroli zdrowia w danym obszarze. Nie istnieją normy pozwalające powiedzieć czy dany wynik jest wysoki, średni czy niski. Można jednak, dla każdej z podskal, obliczyć średnią liczbę punktów przypadającą na pytanie i zinterpretować zgodnie z kluczem do pojedynczego pytania, w którym 1 oznacza „nie, zdecydowanie nie zgadzam się", 2 – „w pewnym stopniu nie zgadzam się", 3 – „w małym stopniu nie zgadzam się", 4 – „w małym stopniu zgadzam się", 5 – „w pewnym stopniu zgadzam się", a 6 – „tak, zdecydowanie zgadzam się".

Średni wynik dla podskali wewnętrznej badanej grupy wynosił 25,04 punktu, (4,17 pkt na pytanie), co oznaczało, że respondentki najczęściej umieszczały swoją kontrolę zdrowia w tym obszarze. Średni wynik dla podskali wpływu innych wynosił 20,74 punktu, (3,46 pkt na pytanie), stąd badane kobiety raczej nie umieszczały swojej kontroli zdrowia w tym obszarze (Tabela 32).

Tabela 32. Statystyki opisowe kategorii umiejscowienia kontroli zdrowia wg MHLC

MHLC	N	M	SD	Średnia na pytanie	Mediana	Min	Max	Q1	Q3
Wymiar wewnętrzny	640	25,04	4,93	4,17	25	6	36	22	28
Wpływ innych	640	20,74	5,60	3,46	21	6	36	17	24
Przypadek	640	21,07	5,38	3,51	21	6	36	17	25

M – wartość średnia, SD – odchylenie standardowe, Q1 – kwartyl dolny, Q3 – kwartyl górny

W badanej grupie średnie wartości wszystkich obszarów umiejscowienia kontroli zdrowia były do siebie zbliżone. Najwyższy wynik – M = 25,04 (SD = 4,93) respondentki uzyskały w zakresie wewnętrznego umiejscowienia kontroli zdrowia, w porównaniu do przypadku (M = 21,07, SD = 5,38) oraz wpływu innych (M = 20,74, SD = 5,60) (Tabela 32).

4.6. Poziom uogólnionej własnej skuteczności

Kwestionariusz GSES pozwolił ocenić poczucie własnej skuteczności respondentek. Wynik ogólny stanowił sumę wszystkich punktów uzyskanych z 10 twierdzeń. Zakres punktacji uzyskanej przez badaną osobę mieścił się w granicach od 10 do 40 punktów, im wyższa liczba punktów, tym większe poczucie własnej skuteczności. Wynik kwestionariusza został przeliczony na steny, zgodnie z normami podanymi w kluczu. Wyniki w stenach 1-4 (10-24 pkt) oznaczają niskie poczucie własnej skuteczności, wyniki w stenach 5-6 (25-29 pkt) – średnie poczucie własnej skuteczności, a wyniki w stenach 7-10 (30-40 pkt) wskazują na wysokie poczucie własnej skuteczności.

Ponad połowa respondentek (54,69%, n = 350) prezentowała wysokie poczucie własnej skuteczności, średnie poczucie własnej skuteczności dotyczyło niemal co trzeciej badanej kobiety (32,81%, n = 210), natomiast niskim poczuciem własnej skuteczności wykazało się 12,50% (n = 80) ankietowanych (Tabela 33).

Tabela 33. Poziom poczucia własnej skuteczności wg GSES

GSES – liczba punktów	Poziom poczucia własnej skuteczności	n	%
10-24	Niskie poczucie własnej skuteczności	80	12,50%
25-29	Średnie poczucie własnej skuteczności	210	32,81%
30-40	Wysokie poczucie własnej skuteczności	350	54,69%

Średnia wartość ogólnego poziomu poczucia własnej skuteczności badanych wyniosła M = 29,52, przy odchyleniu standardowym SD = 4,71 (Tabela 34).

Tabela 34. Statystyki opisowe dla poczucia własnej skuteczności wg GSES

GSES							
N	M	SD	Mediana	Min	Max	Q1	Q3
640	29,52	4,71	30	10	40	27	32

M – wartość średnia, SD – odchylenie standardowe, Q1 – kwartyl dolny, Q3 – kwartyl górny

4.7. Zależności statystyczne

4.7.1. Poziom wiedzy na temat raka piersi i profilaktyki tego nowotworu a zachowania zdrowotne

Poziom wiedzy a zachowania zdrowotne wg IZZ

Wykazano zależność istotną statystyczne pomiędzy poziomem wiedzy respondentek na temat raka piersi a ogólnym poziomem zachowań zdrowotnych ($p < 0,001$). W badanej grupie ogólny poziom zachowań zdrowotnych był istotnie bardziej nasilony wśród kobiet z wysokim poziomem wiedzy niż wśród respondentek charakteryzujących się średnim i niskim poziomem wiedzy (Tabela 35). Poziom wiedzy był czynnikiem istotnie różnicującym nawyki żywieniowe ($p < 0,001$), zachowania profilaktyczne ($p < 0,001$), pozytywne nastawienie psychiczne ($p < 0,001$) oraz praktyki zdrowotne ($p = 0,025$) badanych kobiet. Respondentki posiadające wysoki poziom wiedzy wykazywały istotnie większe nasilenie zachowań profilaktycznych, pozytywnego nastawienia psychicznego oraz praktyk zdrowotnych, w porównaniu do kobiet ze średnim, czy niskim poziomem wiedzy (Tabela 35).

Tabela 35. Poziom wiedzy a średnie wartości zachowań zdrowotnych wg IZZ

IZZ	Poziom wiedzy	N	M	SD	Mediana	Min	Max	Q1	Q3	p
Wynik ogólny IZZ	Poziom niski – A	74	72,59	13,13	71	24	102	67,25	77	p < 0,001 *
	Poziom średni – B	392	81,3	13,22	81	34	120	73	91	C>B>A
	Poziom wysoki – C	174	85,08	12,77	84,5	45	116	77	93	
Prawidłowe nawyki żywieniowe	Poziom niski – A	74	2,98	0,65	3	1	4,67	2,67	3,29	p < 0,001 *
	Poziom średni – B	392	3,47	0,7	3,5	1,17	5	3	4	C>B>A
	Poziom wysoki – C	174	3,68	0,71	3,67	2	5	3,17	4	
Zachowania profilaktyczne	Poziom niski – A	74	3,04	0,69	3	1	4,83	2,67	3,17	p < 0,001 *
	Poziom średni – B	392	3,47	0,69	3,5	1,33	5	3	4	C>B>A
	Poziom wysoki – C	174	3,68	0,64	3,83	1,83	5	3,17	4	
Pozytywne nastawienie psychiczne	Poziom niski – A	74	3,03	0,62	3	1	4,67	2,83	3,17	p < 0,001 *
	Poziom średni – B	392	3,4	0,68	3,42	1	5	3	3,83	C>B>A
	Poziom wysoki – C	174	3,54	0,68	3,5	1,33	5	3,17	4	
Praktyki zdrowotne	Poziom niski – A	74	3,04	0,57	3	1	4,33	2,83	3,33	p = 0,025 *
	Poziom średni – B	392	3,2	0,65	3,17	1,33	5	2,83	3,67	C>A
	Poziom wysoki – C	174	3,28	0,59	3,33	1,83	5	3	3,67	

p – test Kruskala-Wallisa + analiza post-hoc (test Dunna), M – wartość średnia, SD – odchylenie standardowe, Q1 – kwartyl dolny, Q3 – kwartyl górny
* zależność istotna statystycznie ($p < 0,05$)

Poziom wiedzy a spożywanie alkoholu

Wystąpiły istotne różnice pomiędzy pielęgniarkami z różnym poziomem wiedzy w zakresie spożywania alkoholu ($p < 0,001$). Respondentki prezentujące niski poziom wiedzy częściej sięgały po alkohol niż badane ze średnim poziomem wiedzy (Tabela 36).

Tabela 36. Poziom wiedzy a spożywanie alkoholu

Spożywanie alkoholu	Poziom wiedzy			p
	Poziom niski	Poziom średni	Poziom wysoki	
Codziennie	0 (0,00%)	1 (0,26%)	0 (0,00%)	p < 0,001
Raz w tygodniu	18 (24,32%)	17 (4,34%)	7 (4,02%)	
Kilka razy w miesiącu	18 (24,32%)	42 (10,71%)	36 (20,69%)	
Raz w miesiącu	3 (4,05%)	20 (5,10%)	10 (5,75%)	
Okazjonalnie	25 (33,78%)	237 (60,46%)	92 (52,87%)	
Nie piję alkoholu	10 (13,51%)	75 (19,13%)	29 (16,67%)	

p – dokładny test Fishera

Poziom wiedzy a rodzaj stosowanej diety

Poziom wiedzy respondentek istotnie determinował rodzaj stosowanej diety ($p < 0,001$). Na dietę bogatą w warzywa i owoce oraz lekkostrawną najczęściej wskazywały pielęgniarki posiadające wysoki poziom wiedzy, najrzadziej natomiast badane z niskim poziomem wiedzy. Zastosowanie diety bogatej w węglowodany było największe w grupie respondentek prezentujących niski poziom wiedzy, a najmniejsze wśród kobiet ze średnim poziomem wiedzy. Z kolei stosowanie diety bogatej w tłuszcze, głównie pochodzenia zwierzęcego, istotnie częściej zdeklarowały pielęgniarki wykazujące niski poziom wiedzy niż respondentki z wysokim poziomem wiedzy (Tabela 37).

Tabela 37. Poziom wiedzy a rodzaj stosowanej diety

Rodzaj stosowanej diety	Poziom wiedzy			p
	Poziom niski	Poziom średni	Poziom wysoki	
Dieta bogata w węglowodany	11 (14,86%)	16 (4,08%)	9 (5,17%)	p < 0,001
Dieta bogata w tłuszcze, głównie pochodzenia zwierzęcego	14 (18,92%)	36 (9,18%)	10 (5,75%)	
Dieta bogata w tłuszcze, głównie pochodzenia roślinnego	1 (1,35%)	9 (2,30%)	6 (3,45%)	
Dieta bogata w warzywa i owoce	5 (6,76%)	43 (10,97%)	23 (13,22%)	
Dieta bogatobiałkowa	6 (8,11%)	11 (2,81%)	2 (1,15%)	
Dieta lekkostrawna	9 (12,16%)	52 (13,27%)	44 (25,29%)	
Dieta zróżnicowana	28 (37,84%)	224 (57,14%)	80 (45,98%)	
Inna	0 (0,00%)	1 (0,26%)	0 (0,00%)	

p – dokładny test Fishera

Poziom wiedzy a aktywność fizyczna

Czas przeznaczany w ciągu tygodnia na aktywność fizyczną był istotnie związany z poziomem wiedzy respondentek. Pielęgniarki charakteryzujące się wysokim poziomem wiedzy poświęcały na aktywność fizyczną znacznie więcej czasu niż badane wykazujące niski poziom wiedzy (Tabela 38).

Tabela 38. Poziom wiedzy a czas przeznaczany na aktywność fizyczną

Czas przeznaczany w ciągu tygodnia na aktywność fizyczną	**Poziom wiedzy**			**p**
	Poziom niski	**Poziom średni**	**Poziom wysoki**	
< 1 godziny	19 (25,68%)	123 (31,38%)	56 (32,18%)	p < 0,001
1-3 godziny	10 (13,51%)	140 (35,71%)	71 (40,80%)	
4-6 godzin	4 (5,41%)	46 (11,73%)	24 (13,79%)	
Powyżej 6 godzin	3 (4,05%)	25 (6,38%)	6 (3,45%)	
Nie podejmuję aktywności fizycznej	38 (51,35%)	58 (14,80%)	17 (9,77%)	

p – dokładny test Fishera

Poziom wiedzy a wiek urodzenia pierwszego dziecka i karmienie piersią

Poziom wiedzy respondentek nie był czynnikiem warunkującym wiek urodzenia pierwszego dziecka (p = 0,246), różnicował natomiast karmienie piersią w badanej grupie (p < 0,001). Odsetek kobiet, które karmiły dziecko/dzieci piersią przez co najmniej 6 miesięcy po urodzeniu był największy wśród badanych ze średnim poziomem wiedzy, najmniejszy natomiast u kobiet z niskim poziomem wiedzy (Tabela 39).

Tabela 39. Poziom wiedzy a karmienie piersią przez co najmniej 6 miesięcy

Karmienie dziecka/ dzieci piersią	**Poziom wiedzy**			**p**
	Poziom niski	**Poziom średni**	**Poziom wysoki**	
Tak	16 (21,62%)	178 (45,41%)	72 (41,38%)	p < 0,001
Nie	31 (41,89%)	94 (23,98%)	35 (20,11%)	
Nie dotyczy	27 (36,49%)	120 (30,61%)	67 (38,51%)	

p – test chi-kwadrat

Poziom wiedzy a wykonywanie samobadania piersi

Wykonywanie przez kobiety samobadania piersi było istotnie związane z ich poziomem wiedzy (p < 0,001). W badanej zbiorowości, największą grupę wśród pielęgniarek, które zdeklarowały wykonywanie samobadania piersi, stanowiły respondentki z wysokim poziomem wiedzy (Tabela 40).

Tabela 40. Poziom wiedzy a wykonywanie samobadania piersi

Wykonywanie samobadania piersi	Poziom wiedzy			p
	Poziom niski	Poziom średni	Poziom wysoki	
Tak	35 (47,30%)	320 (81,63%)	150 (86,21%)	p < 0,001
Nie	39 (52,70%)	72 (18,37%)	24 (13,79%)	

p – test chi-kwadrat

Poziom wiedzy a wizyty u lekarza ginekologa

Wykazano istotne różnice pomiędzy pielęgniarkami z różnym poziomem wiedzy na temat raka piersi w zakresie korzystania z wizyt kontrolnych u lekarza ginekologa ($p < 0,001$). W badanej grupie, najczęściej do ginekologa zgłaszały się kobiety wykazujące wysoki poziom wiedzy, najrzadziej natomiast respondentki z niskim poziomem wiedzy (Tabela 41).

Tabela 41. Poziom wiedzy a wizyty kontrolne u lekarza ginekologa

Wizyty u lekarza ginekologa	Poziom wiedzy			p
	Poziom niski	Poziom średni	Poziom wysoki	
Raz na rok	13 (17,57%)	206 (52,55%)	99 (56,90%)	p < 0,001
Raz na 2 lata	21 (28,38%)	120 (30,61%)	50 (28,74%)	
Raz na kilka lat	37 (50,00%)	54 (13,78%)	20 (11,49%)	
Nie korzystam z wizyt u ginekologa	3 (4,05%)	12 (3,06%)	5 (2,87%)	

p – dokładny test Fishera

Poziom wiedzy a wykonywanie badania USG piersi

Poziom wiedzy respondentek był czynnikiem istotnie determinującym wykonywanie USG piersi ($p < 0,001$). Częstość wykonywania tego badania była największa wśród kobiet z wysokim poziomem wiedzy, najmniejsza natomiast wśród pielęgniarek z niskim poziomem wiedzy (Tabela 42).

Tabela 42. Poziom wiedzy a wykonanie badania USG piersi

Wykonanie badania USG piersi	Poziom wiedzy			p
	Poziom niski	Poziom średni	Poziom wysoki	
Raz na rok	5 (6,76%)	59 (15,05%)	43 (24,71%)	p < 0,001
Raz na 2 lata	8 (10,81%)	86 (21,94%)	51 (29,31%)	
Raz na kilka lat	9 (12,16%)	75 (19,13%)	23 (13,22%)	
Nie miałam wykonanego tego badania	52 (70,27%)	172 (43,88%)	57 (32,76%)	

p – test chi-kwadrat

Poziom wiedzy a wykonywanie mammografii

Wystąpiły istotne różnice pomiędzy pielęgniarkami z różnym poziomem wiedzy na temat raka piersi w zakresie wykonywania mammografii (p = 0,043). Najwięcej kobiet, które miały wykonane to badanie, charakteryzowało się średnim poziomem wiedzy, najmniej natomiast posiadało niski poziom wiedzy (Tabela 43).

Tabela 43. Poziom wiedzy a wykonanie mammografii

Wykonanie mammografii	Poziom wiedzy			p
	Poziom niski	Poziom średni	Poziom wysoki	
Tak	14 (18,92%)	121 (30,87%)	41 (23,56%)	p = 0,043
Nie	60 (81,08%)	271 (69,13%)	133 (76,44%)	

p – test chi-kwadrat

Poziom wiedzy a przyczyna niewykonywania badań profilaktycznych

Poziom wiedzy na temat raka piersi istotnie różnicował przyczyny niewykonywania badań profilaktycznych przez respondentki (p < 0,001). Odsetek odpowiedzi „brak niepokojących objawów" był największy wśród pielęgniarek z niskim poziomem wiedzy, a najmniejszy wśród kobiet z wysokim poziomem wiedzy. Na obawę o zły wynik badania wskazywały najczęściej osoby z niskim poziomem wiedzy, najrzadziej natomiast badane ze średnim poziomem wiedzy. Z kolei odpowiedź „brak czasu" wybierały najczęściej respondentki prezentujące niski poziom wiedzy (Tabela 44).

Tabela 44. Poziom wiedzy a przyczyna niewykonywania badań profilaktycznych

Przyczyna niewykonywania badań profilaktycznych w kierunku raka piersi	Poziom wiedzy			p
	Poziom niski	Poziom średni	Poziom wysoki	
Brak niepokojących objawów	21 (28,38%)	85 (21,68%)	25 (14,37%)	p < 0,001
Obawa o zły wynik badania	14 (18,92%)	9 (2,30%)	4 (2,30%)	
Brak skierowania od lekarza	1 (1,35%)	2 (0,51%)	0 (0,00%)	
Trudny dostęp do lekarza i badań specjalistycznych	0 (0,00%)	4 (1,02%)	0 (0,00%)	
Młody wiek	7 (9,46%)	50 (12,76%)	19 (10,92%)	
Brak czasu	7 (9,46%)	20 (5,10%)	4 (2,30%)	
Inna	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	
Nie dotyczy	24 (32,43%)	222 (56,63%)	122 (70,11%)	

p – dokładny test Fishera

Poziom wiedzy a samoocena zachowań zdrowotnych

Wykazano istotne różnice pomiędzy pielęgniarkami z różnym poziomem wiedzy w zakresie samooceny własnych zachowań zdrowotnych (p = 0,019). Najlepiej oceniały swoje zachowania respondentki charakteryzujące się wysokim poziomem wiedzy, najgorzej natomiast badane z niskim poziomem wiedzy (Tabela 45).

Tabela 45. Poziom wiedzy a samoocena zachowań zdrowotnych

Samoocena zachowań zdrowotnych w zakresie profilaktyki raka piersi	Poziom wiedzy			p
	Poziom niski	Poziom średni	Poziom wysoki	
Bardzo dobrze	1 (1,35%)	8 (2,04%)	6 (3,45%)	p = 0,019
Dobrze	23 (31,08%)	177 (45,15%)	92 (52,87%)	
Dostatecznie	37 (50,00%)	159 (40,56%)	65 (37,36%)	
Niedostatecznie	8 (10,81%)	28 (7,14%)	10 (5,75%)	
Nie mam zdania	5 (6,76%)	20 (5,10%)	1 (0,57%)	

p – dokładny test Fishera

4.7.2. Poziom wiedzy i zachowania zdrowotne a umiejscowienie kontroli zdrowia

Poziom wiedzy a umiejscowienie kontroli zdrowia

Poziom wiedzy respondentek na temat raka piersi w istotny sposób warunkował umiejscowienie kontroli zdrowia w wymiarze wewnętrznym (p < 0,001) oraz przypadku (p = 0,003).

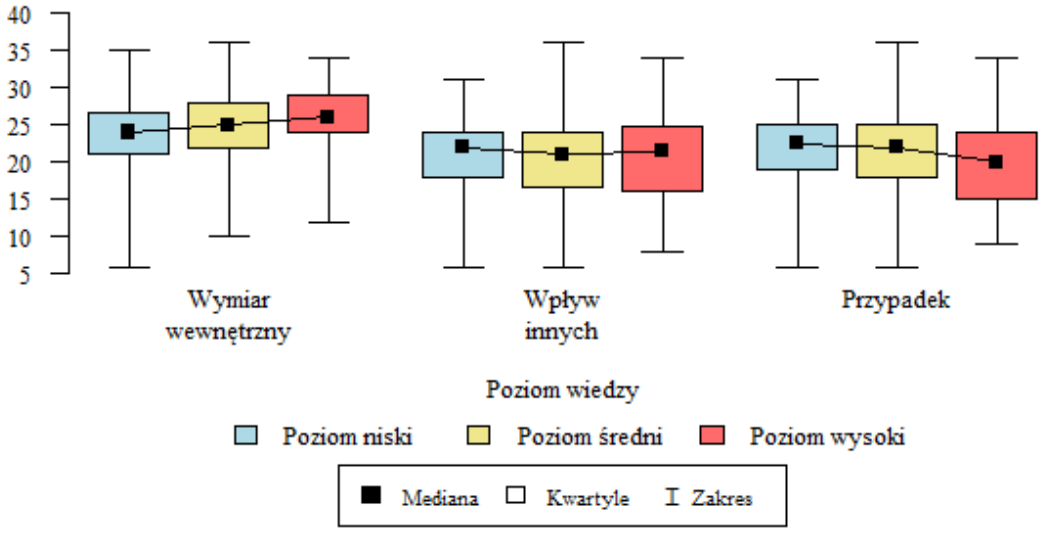
Umiejscowienie kontroli zdrowia w obszarze wewnętrznym było istotnie większe wśród pielęgniarek z wysokim poziomem wiedzy, niż u badanych ze średnim poziomem wiedzy. Z kolei respondentki wykazujące średni poziom wiedzy, istotnie częściej charakteryzowały się umiejscowieniem zdrowia w obszarze wewnętrznym niż pielęgniarki z niskim poziomem wiedzy. W badanej grupie umiejscowienie kontroli zdrowia w obszarze przypadku było istotnie większe wśród kobiet z niskim i średnim poziomem wiedzy, niż wśród respondentek z wysokim poziomem wiedzy (Tabela 46) (Rycina 1).

Tabela 46. Poziom wiedzy a umiejscowienie kontroli zdrowia

MHLC	Poziom wiedzy	N	M	SD	Mediana	Min	Max	Q1	Q3	p
Wymiar wewnętrzny	Poziom niski – A	74	23,38	5,35	24	6	35	21	26,75	p < 0,001 *
	Poziom średni – B	392	24,91	5,07	25	10	36	22	28	C>B>A

MHLC	Poziom wiedzy	N	M	SD	Mediana	Min	Max	Q1	Q3	p
	Poziom wysoki – C	174	26,06	4,14	26	12	34	24	29	
Wpływ innych	Poziom niski	74	21,27	5,17	22	6	31	18	24	p = 0,486
	Poziom średni	392	20,62	5,66	21	6	36	16,75	24	
	Poziom wysoki	174	20,78	5,64	21,5	8	34	16,25	24,75	
Przypadek	Poziom niski – A	74	21,93	5,07	22,5	6	31	19	25	p = 0,003 *
	Poziom średni – B	392	21,41	5,29	22	6	36	18	25	A,B>C
	Poziom wysoki – C	174	19,94	5,58	20	9	34	15	24	

p – test Kruskala-Wallisa + analiza post-hoc (test Dunna), M – wartość średnia, SD – odchylenie standardowe, Q1 – kwartyl dolny, Q3 – kwartyl górny
* zależność istotna statystycznie (p < 0,05)



Rycina 1. Poziom wiedzy a umiejscowienie kontroli zdrowia

Zachowania zdrowotne wg IZZ a umiejscowienie kontroli zdrowia

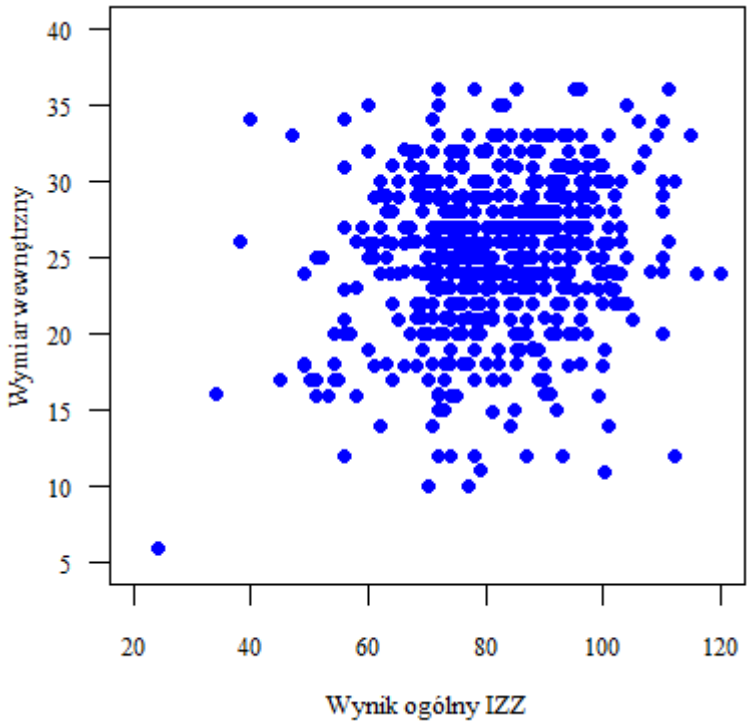
Wykazano, że ogólny poziom zachowań zdrowotnych wg IZZ korelował istotnie (p < 0,05) i dodatnio (r > 0) z umiejscowieniem kontroli zdrowia w obszarze wewnętrznym, stąd im wyższy poziom ogólnego nasilenia zachowań zdrowotnych, tym respondentki w większym stopniu umieszczały swoją kontrolę zdrowia w obszarze wewnętrznym. W badanej grupie ogólny poziom zachowań zdrowotnych korelował również istotnie (p < 0,05) i dodatnio (r > 0) z umiejscowieniem kontroli zdrowia w obszarze wpływu innych, co oznaczało, że im większe było nasilenie ogólnego poziomu zachowań zdrowotnych, tym pielęgniarki w większym stopniu umieszczały swoją kontrolę zdrowia w tym obszarze. Ogólny poziom zachowań zdrowotnych korelował ponadto istotnie (p < 0,05) i ujemnie (r < 0) z umiejscowieniem kontroli zdrowia w obszarze przypadku,

stąd im bardziej był nasilony ogólny poziom zachowań zdrowotnych, tym respondentki w mniejszym stopniu umieszczały swoją kontrolę zdrowia w obszarze przypadku (Tabela 47) (Ryciny 2-4).

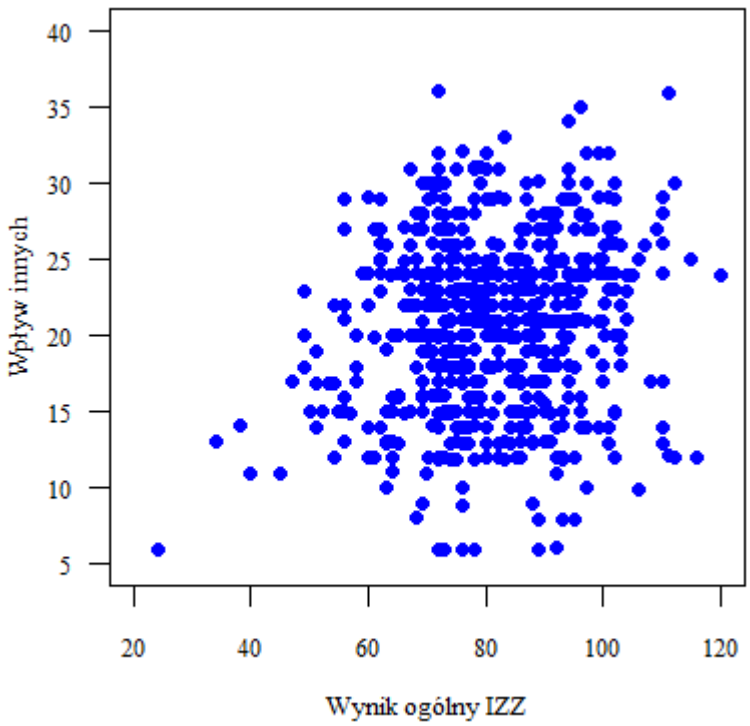
Tabela 47. Poziom zachowań zdrowotnych a umiejscowienie kontroli zdrowia

MHLC	**Wynik ogólny IZZ**
	Współczynnik korelacji Spearmana
Wymiar wewnętrzny	r = 0,143, p < 0,001 *
Wpływ innych	r = 0,144, p < 0,001 *
Przypadek	r = -0,115, p = 0,004 *

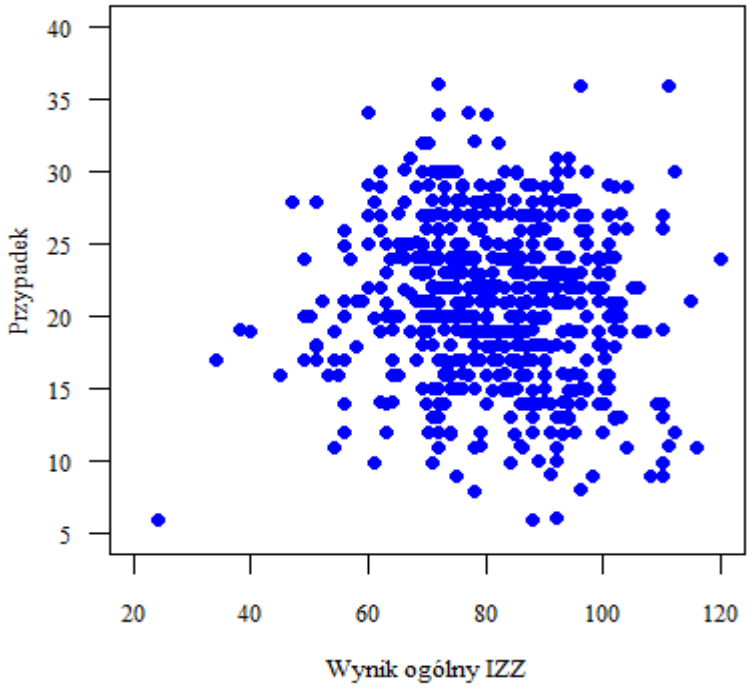
* zależność istotna statystycznie (p < 0,05)



Rycina 2. Poziom zachowań zdrowotnych a umiejscowienie kontroli zdrowia w obszarze wewnętrznym



Rycina 3. Poziom zachowań zdrowotnych a umiejscowienie kontroli zdrowia w obszarze wpływu innych



Rycina 4. Poziom zachowań zdrowotnych a umiejscowienie kontroli zdrowia w obszarze przypadku

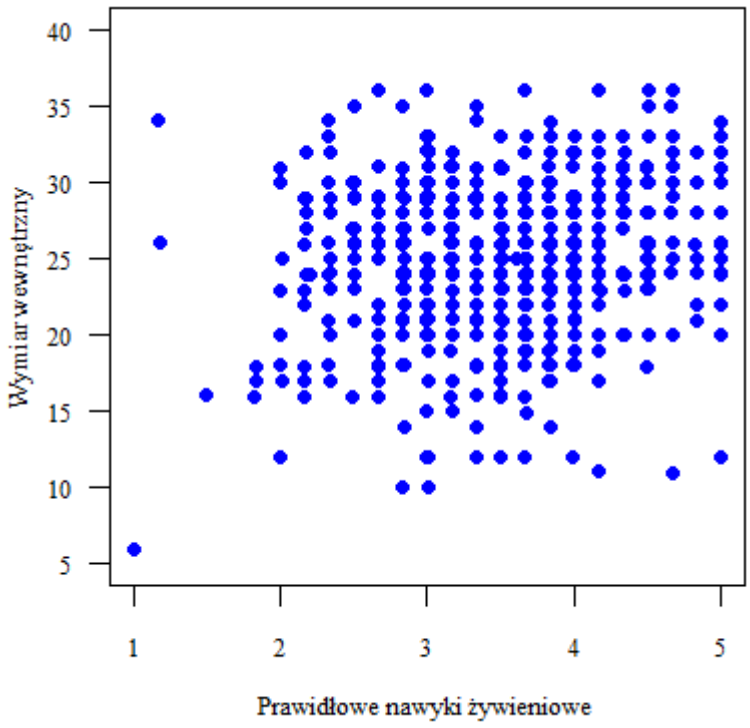
W badanej grupie nawyki żywieniowe korelowały istotnie ($p < 0,05$) i dodatnio ($r > 0$) z umiejscowieniem kontroli zdrowia w obszarze wewnętrznym, stąd im bardziej prawidłowe nawyki żywieniowe, tym respondentki w większym stopniu umieszczały

swoją kontrolę zdrowia w tym obszarze. Wykazano, że nawyki żywieniowe korelowały także istotnie ($p < 0,05$) i dodatnio ($r > 0$) z umiejscowieniem kontroli zdrowia w obszarze wpływu innych, co oznaczało, że im bardziej prawidłowe nawyki żywieniowe, tym pielęgniarki w większym stopniu umieszczały swoją kontrolę zdrowia w tym właśnie obszarze. Nawyki żywieniowe korelowały również istotnie ($p < 0,05$) i ujemnie ($r < 0$) z umiejscowieniem kontroli zdrowia w obszarze przypadku, stąd im bardziej prawidłowe były nawyki żywieniowe, tym badane w mniejszym stopniu umieszczały swoją kontrolę zdrowia w obszarze przypadku (Tabela 48) (Ryciny 5-7).

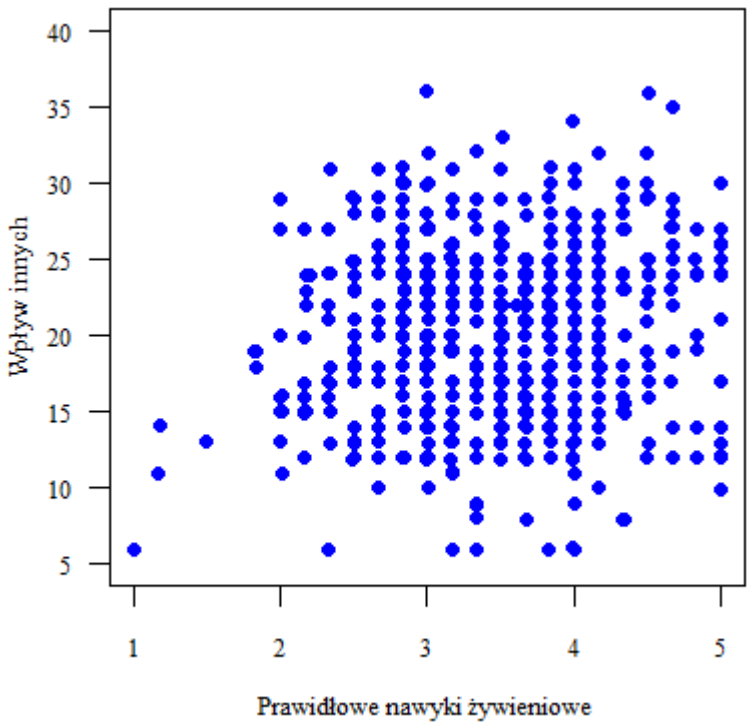
Tabela 48. Prawidłowe nawyki żywieniowe a umiejscowienie kontroli zdrowia

MHLC	**Prawidłowe nawyki żywieniowe**
	Współczynnik korelacji Spearmana
Wymiar wewnętrzny	r = 0,154, p < 0,001 *
Wpływ innych	r = 0,096, p = 0,015 *
Przypadek	r = -0,079, p = 0,045 *

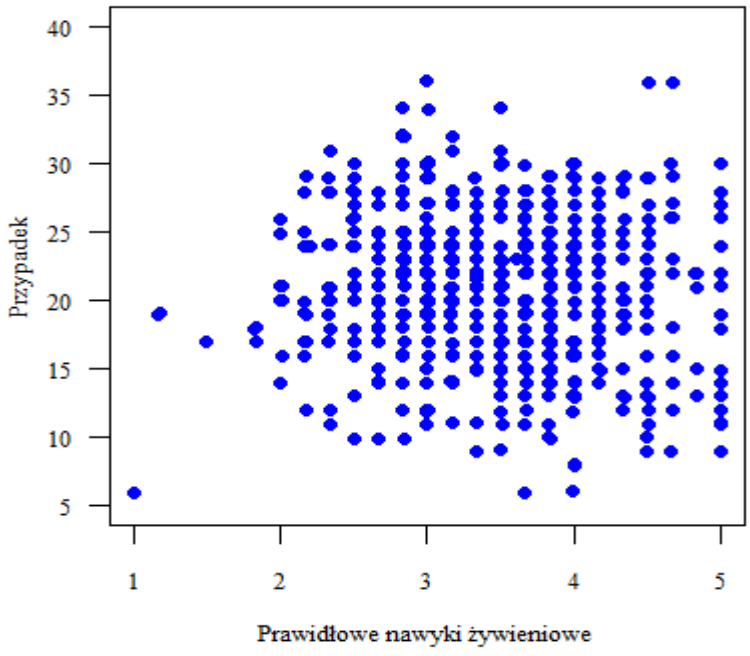
* zależność istotna statystycznie ($p < 0,05$)



Rycina 5. Prawidłowe nawyki żywieniowe a umiejscowienie kontroli zdrowia w obszarze wewnętrznym



Rycina 6. Prawidłowe nawyki żywieniowe a umiejscowienie kontroli zdrowia w obszarze wpływu innych



Rycina 7. Prawidłowe nawyki żywieniowe a umiejscowienie kontroli zdrowia w obszarze przypadku

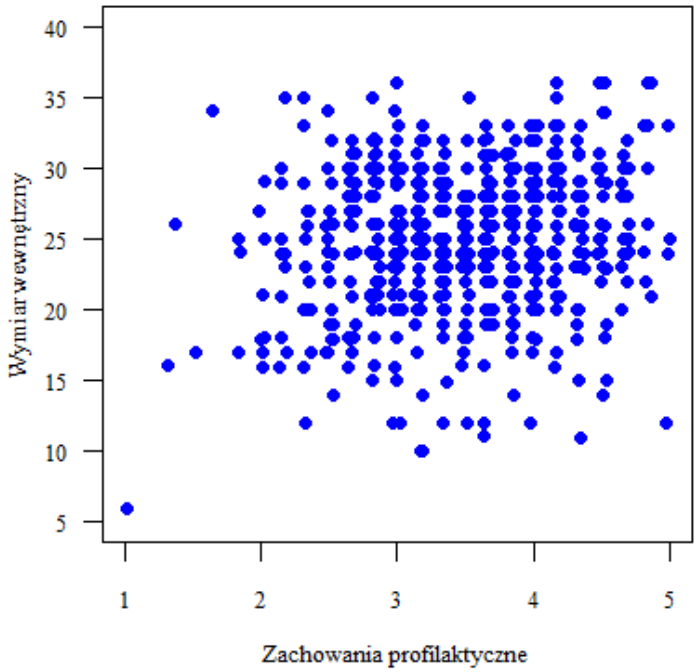
Wykazano, że zachowania profilaktyczne respondentek korelowały istotnie ($p < 0,05$) i dodatnio ($r > 0$) z umiejscowieniem kontroli zdrowia w obszarze wewnętrznym, stąd im bardziej były nasilone zachowania profilaktyczne, tym pielęgniarki w większym stopniu umieszczały swoją kontrolę zdrowia w tym obszarze. Ponadto zachowania

profilaktyczne pielęgniarek korelowały istotnie ($p < 0,05$) i dodatnio ($r > 0$) z umiejscowieniem kontroli zdrowia w obszarze wpływu innych, co oznaczało, że im bardziej były nasilone zachowania profilaktyczne, tym respondentki w większym stopniu umieszczały swoją kontrolę zdrowia w obszarze wpływu innych. W badanej grupie zachowania profilaktyczne korelowały również istotnie ($p < 0,05$) i ujemnie ($r < 0$) zumiejscowieniem kontroli zdrowia w obszarze przypadku, stąd im bardziej były nasilone zachowania profilaktyczne, tym pielęgniarki w mniejszym stopniu umieszczały swoją kontrolę zdrowia w obszarze przypadku (Tabela 49) (Ryciny 8-10).

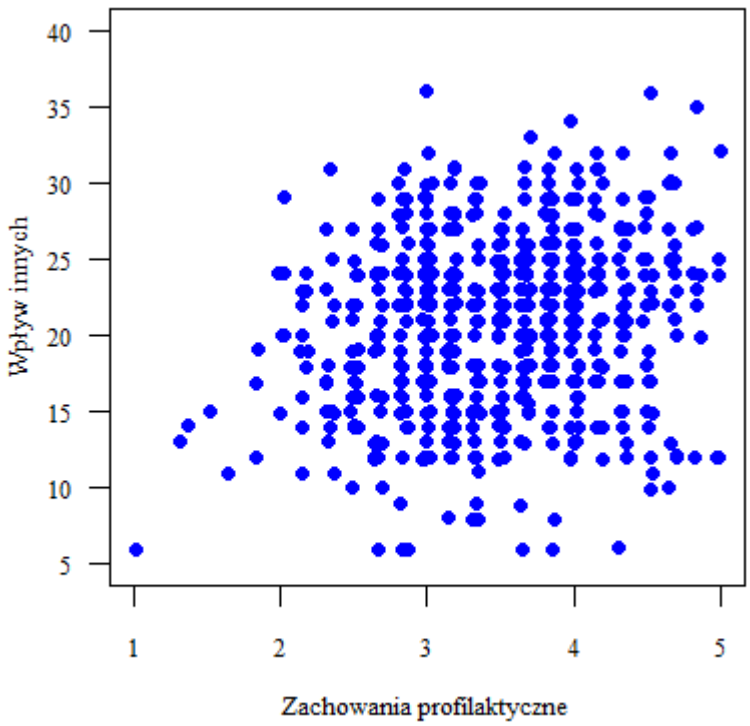
Tabela 49. Zachowania profilaktyczne a umiejscowienie kontroli zdrowia

MHLC	**Zachowania profilaktyczne**
	Współczynnik korelacji Spearmana
Wymiar wewnętrzny	r = 0,159, p < 0,001 *
Wpływ innych	r = 0,167, p < 0,001 *
Przypadek	r = -0,091, p = 0,021 *

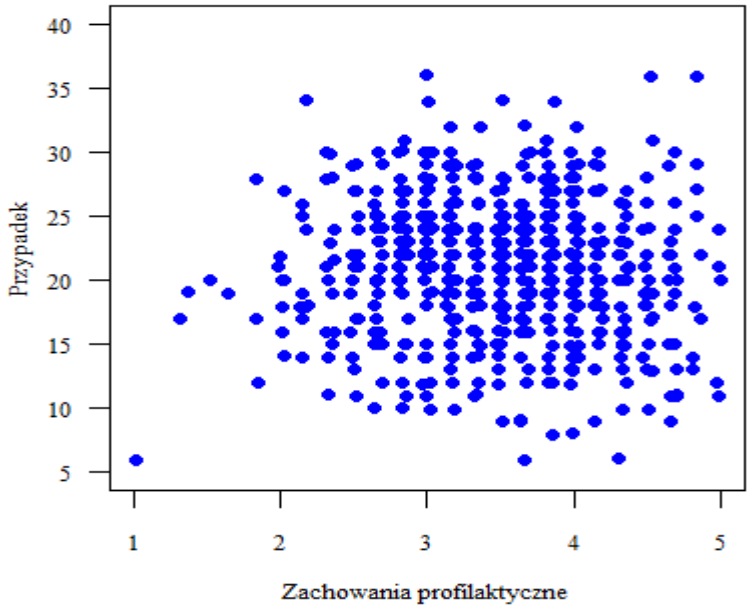
* zależność istotna statystycznie ($p < 0,05$)



Rycina 8. Zachowania profilaktyczne a umiejscowienie kontroli zdrowia w obszarze wewnętrznym



Rycina 9. Zachowania profilaktyczne a umiejscowienie kontroli zdrowia w obszarze wpływu innych



Rycina 10. Zachowania profilaktyczne a umiejscowienie kontroli zdrowia w obszarze przypadku

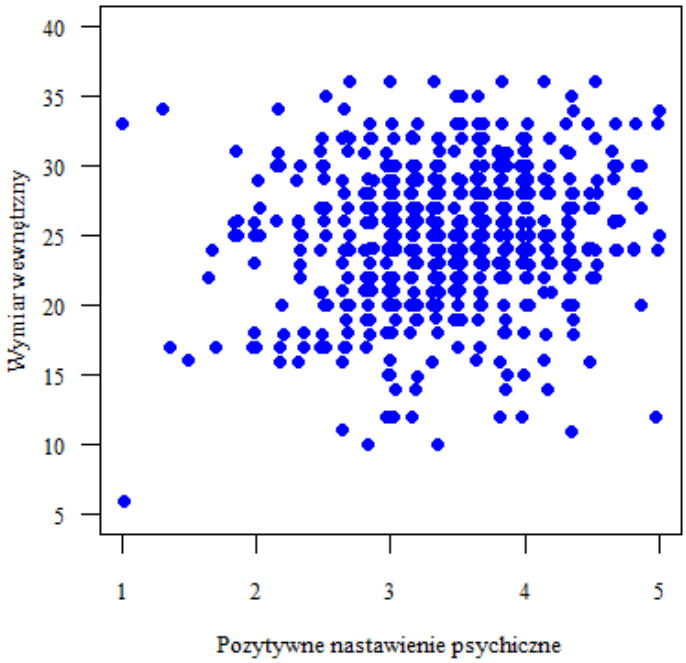
W badanej grupie pielęgniarek nastawienie psychiczne korelowało istotnie ($p < 0,05$) i dodatnio ($r > 0$) z umiejscowieniem kontroli zdrowia w obszarze wewnętrznym, stąd im bardziej nasilone było pozytywne nastawienie psychiczne, tym respondentki

w większym stopniu umieszczały swoją kontrolę zdrowia w tym obszarze. Wykazano także, że nastawienie psychiczne badanych korelowało istotnie ($p < 0,05$) i dodatnio ($r > 0$) z umiejscowieniem kontroli zdrowia w obszarze wpływu innych, co oznaczało, że im bardziej nasilone było pozytywne nastawienie psychiczne, tym pielęgniarki w większym stopniu umieszczały swoją kontrolę zdrowia w tym obszarze. Ponadto, nastawienie psychiczne badanych kobiet korelowało istotnie ($p < 0,05$) i ujemnie ($r < 0$) z umiejscowieniem kontroli zdrowia w obszarze przypadku, stąd im bardziej nasilone było pozytywne nastawienie psychiczne, tym respondentki w mniejszym stopniu umieszczały swoją kontrolę zdrowia w obszarze przypadku (Tabela 50) (Ryciny 11-13).

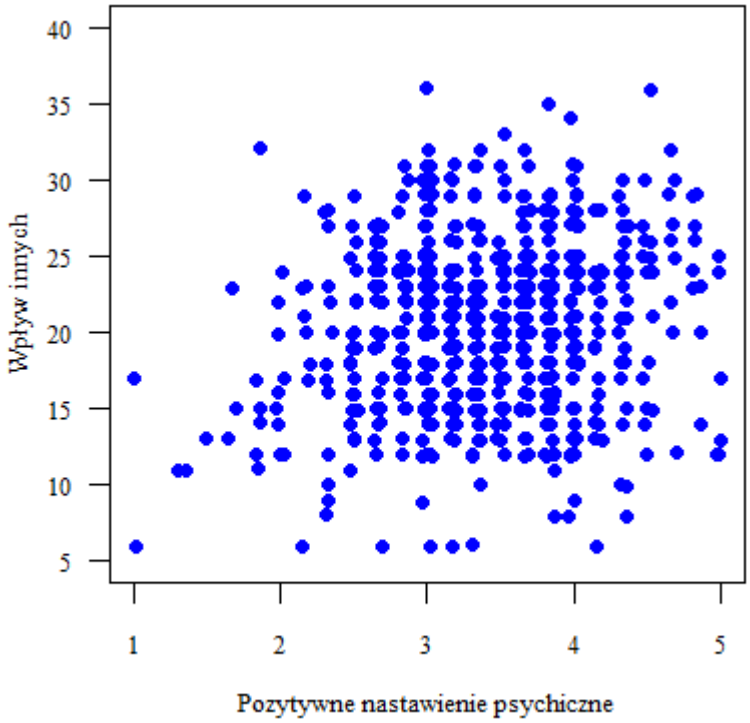
Tabela 50. Pozytywne nastawienie psychiczne a umiejscowienie kontroli zdrowia

MHLC	**Pozytywne nastawienie psychiczne**
	Współczynnik korelacji Spearmana
Wymiar wewnętrzny	r = 0,134, p = 0,001 *
Wpływ innych	r = 0,121, p = 0,002 *
Przypadek	r = -0,11, p = 0,005 *

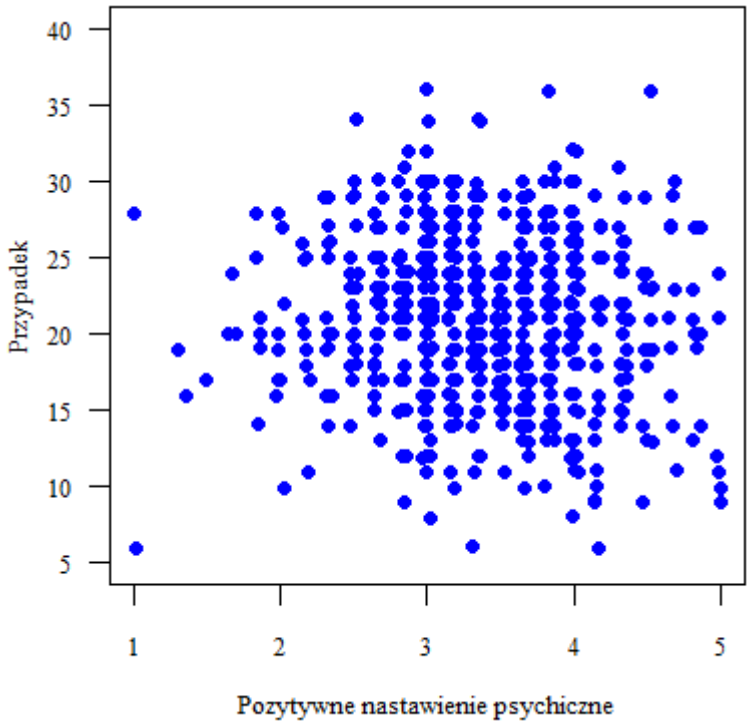
* zależność istotna statystycznie ($p < 0,05$)



Rycina 11. Pozytywne nastawienie psychiczne a umiejscowienie kontroli zdrowia w obszarze wewnętrznym



Rycina 12. Pozytywne nastawienie psychiczne a umiejscowienie kontroli zdrowia w obszarze wpływu innych



Rycina 13. Pozytywne nastawienie psychiczne a umiejscowienie kontroli zdrowia w obszarze przypadku

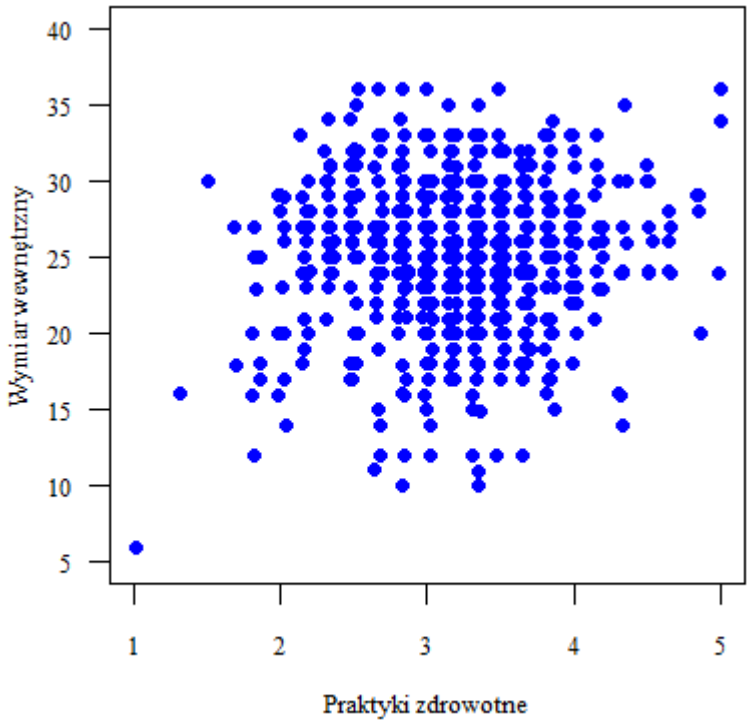
W badanej grupie, praktyki zdrowotne korelowały istotnie ($p < 0,05$) i dodatnio ($r > 0$) z umiejscowieniem kontroli zdrowia w obszarze wpływu innych, stąd im bardziej nasilone były praktyki zdrowotne, tym respondentki w większym stopniu umieszczały

swoją kontrolę zdrowia w obszarze wpływu innych. Wykazano, że praktyki zdrowotne pielęgniarek korelowały istotnie ($p < 0,05$) i ujemnie ($r < 0$) z umiejscowieniem kontroli zdrowia w obszarze przypadku, co oznaczało, że im większe było nasilenie praktyk zdrowotnych, tym badane w mniejszym stopniu umieszczały swoją kontrolę zdrowia w tym obszarze (Tabela 51) (Ryciny 14-16).

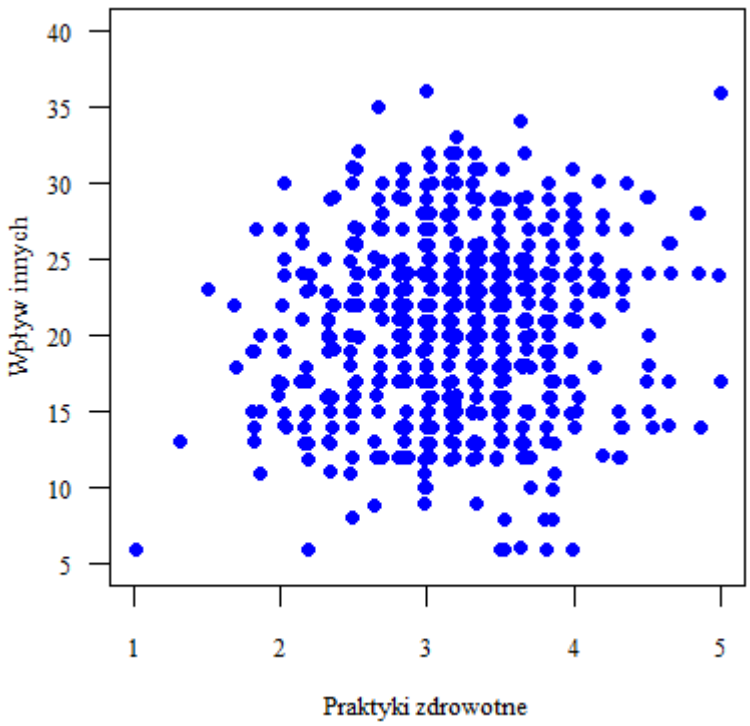
Tabela 51. Praktyki zdrowotne a umiejscowienie kontroli zdrowia

MHLC	**Praktyki zdrowotne**
	Współczynnik korelacji Spearmana
Wymiar wewnętrzny	r = 0,026, p = 0,514
Wpływ innych	r = 0,092, p = 0,02 *
Przypadek	r = -0,085, p = 0,032 *

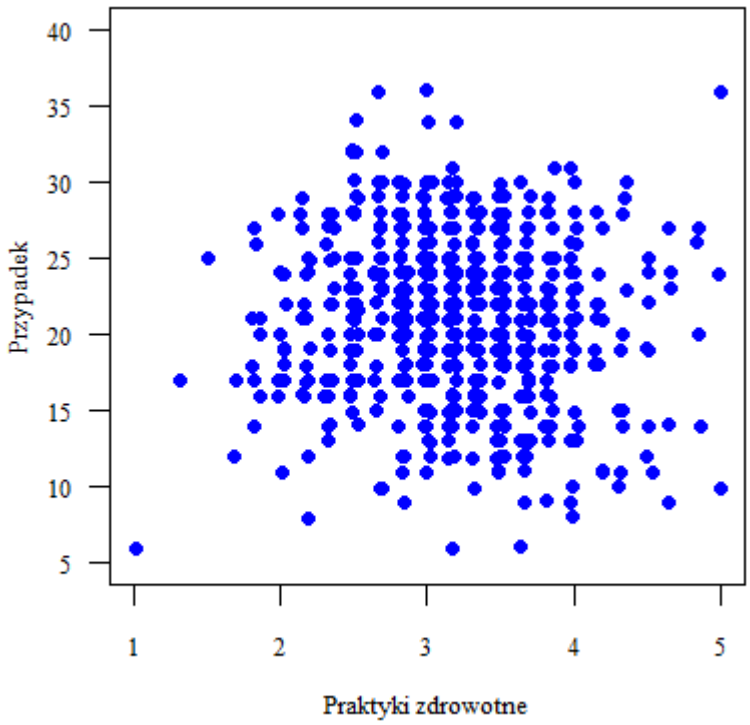
* zależność istotna statystycznie ($p < 0,05$)



Rycina 14. Praktyki zdrowotne a umiejscowienie kontroli zdrowia w obszarze wewnętrznym



Rycina 15. Praktyki zdrowotne a umiejscowienie kontroli zdrowia w obszarze wpływu innych



Rycina 16. Praktyki zdrowotne a umiejscowienie kontroli zdrowia w obszarze przypadku

4.7.3. Poziom wiedzy i zachowania zdrowotne a poczucie własnej skuteczności

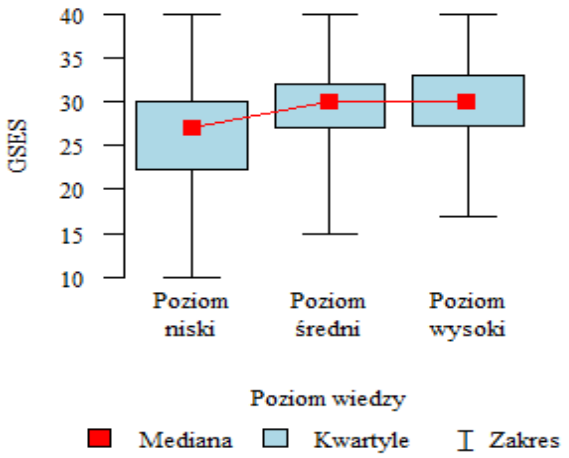
Poziom wiedzy na temat raka piersi a poczucie własnej skuteczności

Wykazano, że respondentki posiadające wysoki i średni poziom wiedzy na temat raka piersi, charakteryzowały się istotnie większym poczuciem własnej skuteczności niż badane z niskim poziomem wiedzy ($p < 0,001$) (Tabela 52) (Rycina 17).

Tabela 52. Poziom wiedzy a poczucie własnej skuteczności

Poziom wiedzy	N	GSES							p
		M	SD	Mediana	Min	Max	Q1	Q3	
Poziom niski – A	74	27,12	5,86	27	10	40	22,25	30	p < 0,001 *
Poziom średni – B	392	29,63	4,46	30	15	40	27,00	32	C,B>A
Poziom wysoki – C	174	30,31	4,40	30	17	40	27,25	33	

p – test Kruskala-Wallisa + analiza post-hoc (test Dunna), M – wartość średnia, SD – odchylenie standardowe, Q1 – kwartyl dolny, Q3 – kwartyl górny
* zależność istotna statystycznie ($p < 0,05$)



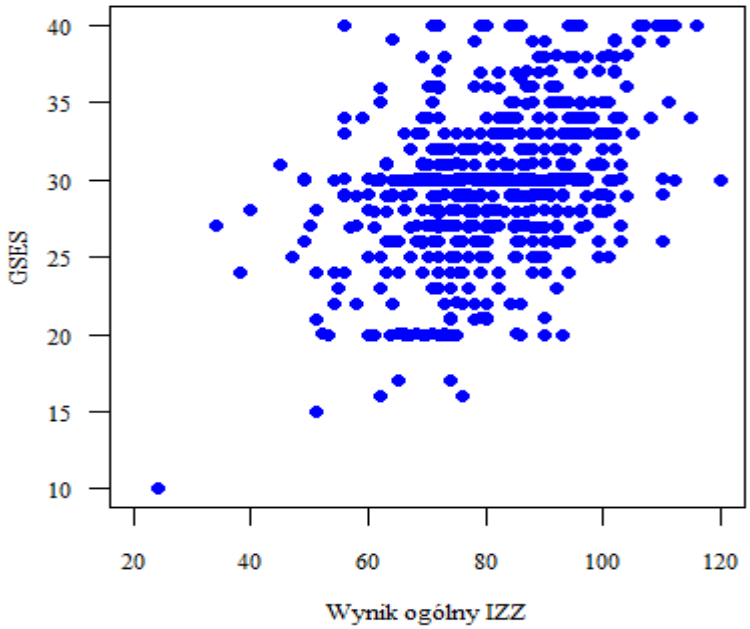
Rycina 17. Poziom wiedzy a poczucie własnej skuteczności

Zachowania zdrowotne wg IZZ a poczucie własnej skuteczności

Ogólny poziom zachowań zdrowotnych respondentek korelował istotnie ($p < 0,05$) i dodatnio ($r > 0$) z poczuciem własnej skuteczności, co oznaczało, że im bardziej nasilone zachowania zdrowotne wykazywały pielęgniarki, tym większe było poczucie własnej skuteczności w badanej grupie (Tabela 53) (Rycina 18).

Tabela 53. Poziom zachowań zdrowotnych a poczucie własnej skuteczności

Badane cechy	Współczynnik korelacji Spearmana	p
Wynik ogólny IZZ i GSES	0,351	p < 0,001

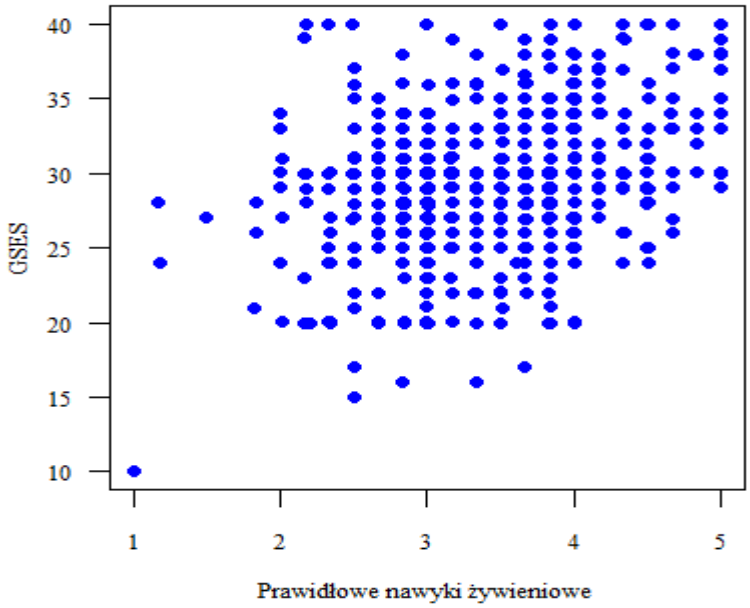


Rycina 18. Poziom zachowań zdrowotnych a poczucie własnej skuteczności

Prawidłowe nawyki żywieniowe badanych kobiet korelowały istotnie (p < 0,05) i dodatnio (r > 0) z poczuciem własnej skuteczności, stąd im bardziej prawidłowe nawyki żywieniowe prezentowały respondentki, tym większe było poczucie własnej skuteczności w badanej grupie (Tabela 54) (Rycina 19).

Tabela 54. Prawidłowe nawyki żywieniowe a poczucie własnej skuteczności

Badane cechy	Współczynnik korelacji Spearmana	p
Prawidłowe nawyki żywieniowe i GSES	0,32	p < 0,001

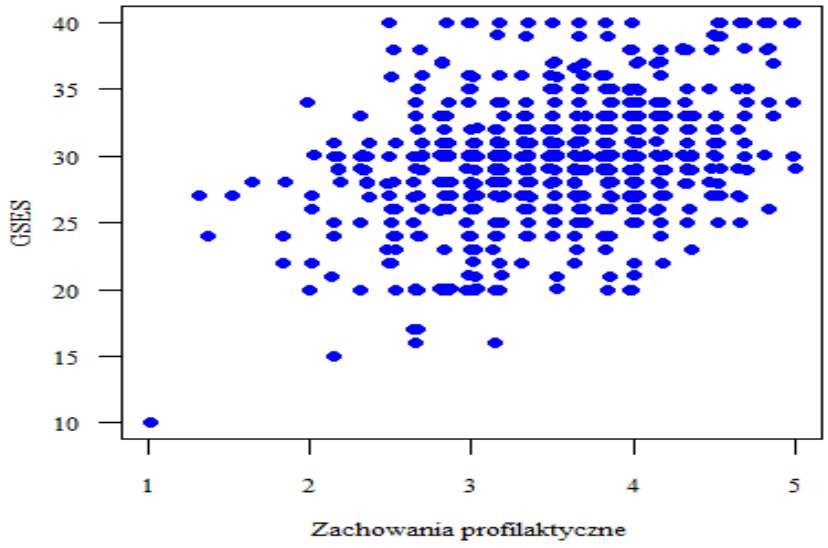


Rycina 19. Prawidłowe nawyki żywieniowe a poczucie własnej skuteczności

Zachowania profilaktyczne respondentek korelowały istotnie ($p < 0,05$) i dodatnio ($r > 0$) z poczuciem własnej skuteczności, co oznaczało, że im bardziej prawidłowe zachowania profilaktyczne wykazywały pielęgniarki, tym wyższe było poczucie własnej skuteczności w badanej grupie (Tabela 55) (Rycina 20).

Tabela 55. Zachowania profilaktyczne a poczucie własnej skuteczności

Badane cechy	Współczynnik korelacji Spearmana	p
Zachowania profilaktyczne i GSES	0,309	$p < 0,001$

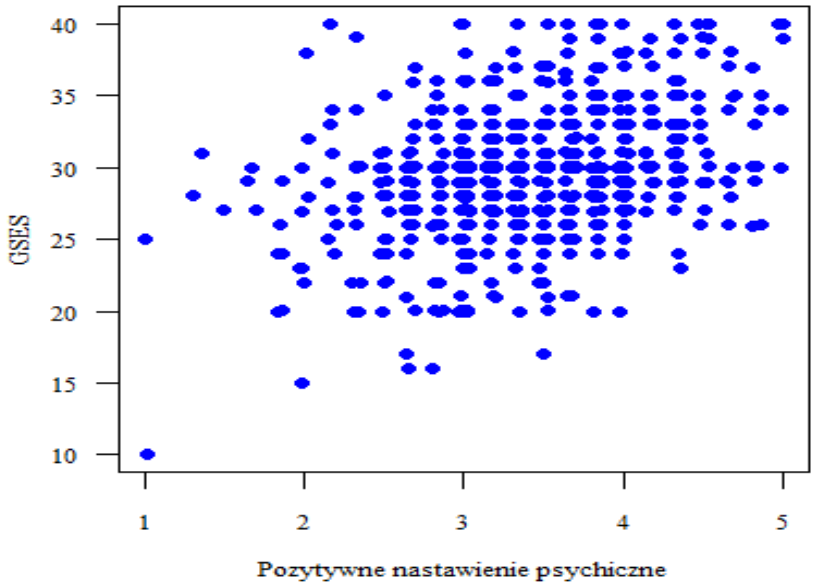


Rycina 20. Zachowania profilaktyczne a poczucie własnej skuteczności

Pozytywne nastawienie psychiczne respondentek korelowało istotnie ($p < 0,05$) i dodatnio ($r > 0$) z poczuciem własnej skuteczności, stąd im bardziej pozytywne nastawienie psychiczne prezentowały pielęgniarki, tym wyższe było poczucie własnej skuteczności w badanej grupie (Tabela 56) (Rycina 21).

Tabela 56. Pozytywne nastawienie psychiczne a poczucie własnej skuteczności

Badane cechy	Współczynnik korelacji Spearmana	p
Pozytywne nastawienie psychiczne i GSES	0,339	p < 0,001

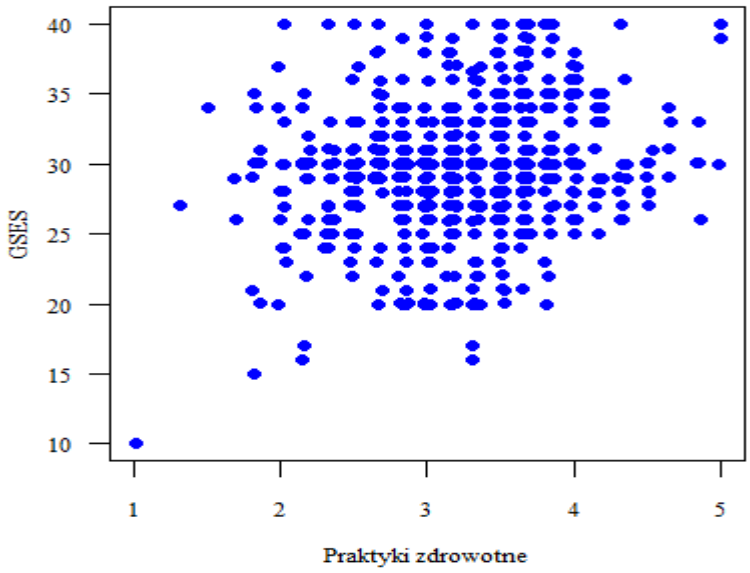


Rycina 21. Pozytywne nastawienie psychiczne a poczucie własnej skuteczności

Praktyki zdrowotne ankietowanych korelowały istotnie ($p < 0,05$) i dodatnio ($r > 0$) z poczuciem własnej skuteczności, stąd im bardziej nasilone praktyki zdrowotne prezentowały respondentki, tym wyższe było poczucie własnej skuteczności w badanej grupie (Tabela 57) (Rycina 22).

Tabela 57. Praktyki zdrowotne a poczucie własnej skuteczności

Badane cechy	Współczynnik korelacji Spearmana	p
Praktyki zdrowotne i GSES	0,193	p < 0,001



Rycina 22. Praktyki zdrowotne a poczucie własnej skuteczności

4.7.4. Czynniki demograficzne, społeczne i medyczne a poziom wiedzy i zachowania zdrowotne w zakresie profilaktyki raka piersi

Czynniki demograficzne a poziom wiedzy i zachowania zdrowotne w zakresie profilaktyki raka piersi u kobiet

Respondentki charakteryzowało zróżnicowanie pod względem czynników demograficznych oraz poziomu wiedzy i zachowań zdrowotnych w zakresie profilaktyki raka piersi u kobiet. W związku z tym dokonano analizy wpływu wybranych czynników demograficznych na badane zmienne.

Wiek a poziom wiedzy

Wykazano istotne statystycznie różnice pomiędzy wiekiem pielęgniarek a poziomem ich wiedzy w zakresie raka piersi i profilaktyki tego nowotworu ($p = 0{,}007$). W badanej grupie poziom wiedzy był istotnie wyższy wśród osób w przedziale wieku 36-45 lat niż wśród respondentek w wieku 46-55 lat i wśród kobiet w wieku powyżej 55 lat. Badane kobiety do 35 roku życia charakteryzował wyższy poziom wiedzy niż respondentki powyżej 55 roku życia (Tabela 58).

Tabela 58. Wiek a średnie wartości poziomu wiedzy

Wiek	N	Poziom wiedzy [punkty]							p
		M	SD	Mediana	Min	Max	Q1	Q3	
Do 35 lat – A	201	16,06	3,17	16,33	5,76	21,96	14,50	18,27	p = 0,007 *
36-45 lat – B	121	16,52	3,35	16,80	4,34	22,88	14,66	18,75	B>C,D A>D
46-55 lat – C	188	15,46	3,94	16,04	3,47	21,88	13,75	18,17	
Ponad 55 lat – D	130	15,00	3,79	15,65	3,71	22,90	13,23	17,45	

p – test Kruskala-Wallisa + analiza post-hoc (test Dunna), M – wartość średnia, SD – odchylenie standardowe, Q1 – kwartyl dolny, Q3 – kwartyl górny
* zależność istotna statystycznie (p < 0,05)

Wiek a zachowania zdrowotne wg IZZ

Wystąpiła zależność istotna statystycznie pomiędzy wiekiem respondentek a poziomem nasilenia zachowań zdrowotnych w obszarze pozytywnego nastawienia psychicznego (p = 0,049) oraz praktyk zdrowotnych (p = 0,03). Nastawienie psychiczne było istotnie bardziej nasilone wśród pielęgniarek w wieku do 35 lat, niż wśród badanych w wieku powyżej 55 lat i wśród respondentek w przedziale wieku 46-55 lat. Osoby w wieku do 35 lat wykazywały wyższe nasilenie praktyk zdrowotnych, niż badane w przedziale wieku 45-55 lat (Tabela 59).

Tabela 59. Wiek a średnie wartości poziomu zachowań zdrowotnych wg IZZ

IZZ	Wiek	N	M	SD	Mediana	Min	Max	Q1	Q3	p
Wynik ogólny IZZ	Do 35 lat	201	83,13	13,63	82	34	120	74	92	p = 0,075
	36-45 lat	121	82,24	12,52	82	49	112	73	90	
	46-55 lat	188	79,66	13,89	79	24	116	71	91	
	Ponad 55 lat	130	80,05	13,57	80,5	38	107	72	90	
Prawidłowe nawyki żywieniowe	Do 35 lat	201	3,5	0,69	3,5	1,5	5	3	3,83	p = 0,141
	36-45 lat	121	3,6	0,71	3,67	2	5	3	4	
	46-55 lat	188	3,42	0,75	3,33	1	5	2,83	4	
	Ponad 55 lat	130	3,39	0,73	3,5	1,17	5	2,83	3,96	
Zachowania profilaktyczne	Do 35 lat	201	3,54	0,69	3,67	1,33	5	3	4	p = 0,324
	36-45 lat	121	3,47	0,69	3,5	1,83	4,83	3	4	
	46-55 lat	188	3,43	0,7	3,5	1	5	3	3,83	
	Ponad 55 lat	130	3,47	0,71	3,5	1,33	4,67	3	4	
Pozytywne nastawienie psychiczne	Do 35 lat – A	201	3,49	0,73	3,5	1,5	5	3	4	p = 0,049 *
	36-45 lat – B	121	3,46	0,61	3,33	1,83	5	3	3,83	A>D,C
	46-55 lat – C	188	3,32	0,71	3,33	1	5	2,96	3,83	

IZZ	Wiek	N	M	SD	Mediana	Min	Max	Q1	Q3	p
	Ponad 55 lat – D	130	3,32	0,65	3,33	1,67	4,5	3	3,83	
Praktyki zdrowotne	Do 35 lat – A	201	3,33	0,67	3,33	1,33	5	2,83	3,67	p = 0,03 *
	36-45 lat – B	121	3,18	0,59	3,17	1,83	4,67	2,83	3,5	A>C
	46-55 lat – C	188	3,11	0,58	3,17	1	4,5	2,67	3,5	
	Ponad 55 lat – D	130	3,17	0,62	3,17	1,83	4,5	2,71	3,67	

p – test Kruskala-Wallisa + analiza post-hoc (test Dunna), M – wartość średnia, SD – odchylenie standardowe, Q1 – kwartyl dolny, Q3 – kwartyl górny
* zależność istotna statystycznie (p < 0,05)

Wiek a spożywanie alkoholu i rodzaj stosowanej diety

Wiek respondentek nie był czynnikiem determinującym spożywanie alkoholu (p = 0,075), różnicował natomiast rodzaj stosowanej diety (p = 0,004). Na dietę lekkostrawną oraz bogatą w warzywa i owoce najczęściej wskazywały osoby w przedziale wieku 36-45 lat, natomiast najrzadziej – respondentki powyżej 55 roku życia. Z kolei stosowanie diety bogatej w tłuszcze pochodzenia zwierzęcego częściej deklarowały pielęgniarki w przedziale wieku 46-55 lat, niż młodsze, w przedziale wieku 36-45 lat (Tabela 60).

Tabela 60. Wiek a rodzaj stosowanej diety

Rodzaj stosowanej diety	Wiek				p
	Do 35 lat	36-45 lat	46-55 lat	Ponad 55 lat	
Dieta bogata w węglowodany	11 (5,47%)	5 (4,13%)	13 (6,91%)	7 (5,38%)	p = 0,004
Dieta bogata w tłuszcze, głównie pochodzenia zwierzęcego	20 (9,95%)	7 (5,79%)	21 (11,17%)	12 (9,23%)	
Dieta bogata w tłuszcze, głównie pochodzenia roślinnego	13 (6,47%)	1 (0,83%)	1 (0,53%)	1 (0,77%)	
Dieta bogata w warzywa i owoce	24 (11,94%)	17 (14,05%)	20 (10,64%)	10 (7,69%)	
Dieta bogatobiałkowa	9 (4,48%)	2 (1,65%)	5 (2,66%)	3 (2,31%)	
Dieta lekkostrawna	30 (14,93%)	29 (23,97%)	32 (17,02%)	14 (10,77%)	
Dieta zróżnicowana	94 (46,77%)	60 (49,59%)	96 (51,06%)	82 (63,08%)	
Inna	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (0,77%)	

p – dokładny test Fishera

Wiek a aktywność fizyczna

Wiek respondentek był czynnikiem istotnie różnicującym podejmowanie aktywności fizycznej (p < 0,001). Najwięcej czasu na aktywność ruchową przeznaczały pielęgniarki w przedziale wieku 36-45 lat, natomiast najmniej – osoby powyżej 55 roku

życia. Wśród badanych niepodejmujących aktywności fizycznej przeważały respondentki w przedziale wieku 46-55 lat oraz powyżej 55 lat (Tabela 61).

Tabela 61. Wiek a aktywność fizyczna

Czas przeznaczony na aktywność fizyczną	Wiek				p
	Do 35 lat	36-45 lat	46-55 lat	Ponad 55 lat	
< 1 godziny	58 (28,86%)	32 (26,45%)	68 (36,17%)	40 (30,77%)	p < 0,001
1 – 3 godziny	88 (43,78%)	41 (33,88%)	56 (29,79%)	36 (27,69%)	
4 – 6 godzin	26 (12,94%)	21 (17,36%)	13 (6,91%)	14 (10,77%)	
Powyżej 6 godzin	9 (4,48%)	13 (10,74%)	8 (4,26%)	4 (3,08%)	
Nie podejmuję aktywności fizycznej	20 (9,95%)	14 (11,57%)	43 (22,87%)	36 (27,69%)	

p – test chi-kwadrat

Wiek a karmienie piersią

Wykazano istotne zróżnicowanie pomiędzy podejściem do karmienia dziecka/ dzieci piersią przez pielęgniarki w różnym wieku (p < 0,001). Odsetek kobiet, które karmiły piersią przez co najmniej 6 miesięcy po urodzeniu dziecka był największy wśród respondentek starszych, w przedziale wieku 46-55 lat, natomiast najmniejszy wśród pielęgniarek młodszych, w wieku do 35 lat (Tabela 62).

Tabela 62. Wiek a karmienie piersią przez co najmniej 6 miesięcy

Karmienie dziecka/ dzieci piersią	Wiek				p
	Do 35 lat	36-45 lat	46-55 lat	Ponad 55 lat	
Tak	33 (16,42%)	57 (47,11%)	114 (60,64%)	62 (47,69%)	p < 0,001
Nie	18 (8,96%)	30 (24,79%)	58 (30,85%)	54 (41,54%)	
Nie dotyczy	150 (74,63%)	34 (28,10%)	16 (8,51%)	14 (10,77%)	

p – test chi-kwadrat

Wiek a samobadanie piersi i wizyty u lekarza ginekologa

Wiek respondentek nie był czynnikiem determinującym wykonywanie samobadania piersi przez kobiety (p = 0,626), różnicował natomiast zgłaszanie się na wizyty kontrolne do lekarza ginekologa (p = 0,001). W badanej grupie korzystanie z wizyt u ginekologa częściej deklarowały respondentki w przedziale wieku 36-45 lat, niż starsze, powyżej 55 roku życia (Tabela 63).

Tabela 63. Wiek a z wizyty kontrolne u lekarza ginekologa

Wizyty u lekarza ginekologa	Wiek				p
	Do 35 lat	36-45 lat	46-55 lat	Ponad 55 lat	
Raz na rok	110 (54,73%)	62 (51,24%)	96 (51,06%)	50 (38,46%)	p = 0,001
Raz na 2 lata	49 (24,38%)	44 (36,36%)	55 (29,26%)	43 (33,08%)	
Raz na kilka lat	29 (14,43%)	13 (10,74%)	35 (18,62%)	34 (26,15%)	
Nie korzystam z wizyt u ginekologa	13 (6,47%)	2 (1,65%)	2 (1,06%)	3 (2,31%)	

p – dokładny test Fishera

Wiek a wykonywanie USG piersi

Wiek respondentek w istotny sposób determinował wykonywanie USG piersi (p < 0,001). Najczęściej na wykonywanie tego badania wskazywały kobiety w przedziale wieku 46-55 lat, natomiast najrzadziej – pielęgniarki do 35 roku życia. Wśród osób, które nie miały wykonanego USG piersi przeważały kobiety młode, do 35 lat (Tabela 64).

Tabela 64. Wiek a wykonanie USG piersi

Wykonanie badania USG piersi	Wiek				p
	Do 35 lat	36-45 lat	46-55 lat	Ponad 55 lat	
Raz na rok	30 (14,93%)	15 (12,40%)	43 (22,87%)	19 (14,62%)	p < 0,001
Raz na 2 lata	29 (14,43%)	33 (27,27%)	50 (26,60%)	33 (25,38%)	
Raz na kilka lat	15 (7,46%)	16 (13,22%)	36 (19,15%)	40 (30,77%)	
Nie miałam wykonanego tego badania	127 (63,18%)	57 (47,11%)	59 (31,38%)	38 (29,23%)	

p – test chi-kwadrat

Wiek a wykonanie mammografii

Wykazano istotne różnice pomiędzy pielęgniarkami w różnym wieku w zakresie poddawania się badaniu mammograficznemu (p < 0,001). Najwięcej kobiet, które miały wykonaną mammografię, było w wieku powyżej 55 lat, natomiast najmniej – do 35 roku życia. (Tabela 65).

Tabela 65. Wiek a wykonanie mammografii

Wykonanie mammografii	Wiek				p
	Do 35 lat	36-45 lat	46-55 lat	Ponad 55 lat	
Tak	1 (0,50%)	5 (4,13%)	72 (38,30%)	98 (75,38%)	p < 0,001
Nie	200 (99,50%)	116 (95,87%)	116 (61,70%)	32 (24,62%)	

p – test chi-kwadrat

Wiek a przyczyna niewykonywania badań profilaktycznych

Wiek respondentek w istotny sposób wpływał na przyczynę niepodejmowania badań profilaktycznych w kierunku raka piersi (p < 0,001). Na brak niepokojących

objawów najczęściej wskazywały kobiety w przedziale wieku 36-45 lat, natomiast najrzadziej – badane w wieku powyżej 55 lat. Z kolei odpowiedź „obawa o zły wynik badania" najczęściej wybierały kobiety najstarsze, w wieku powyżej 55 lat, najrzadziej natomiast osoby najmłodsze, do 35 roku życia. Na brak czasu, jako przyczynę niepodejmowania badań profilaktycznych wskazało najwięcej osób młodych, do 35 lat, najrzadziej odpowiedź ta pojawiała się wśród respondentek najstarszych, powyżej 55 roku życia (Tabela 66).

Tabela 66. Wiek a przyczyna niewykonywania badań profilaktycznych

Przyczyna niewykonywania badań profilaktycznych w kierunku raka piersi	**Wiek**				**p**
	Do 35 lat	**36-45 lat**	**46-55 lat**	**Ponad 55 lat**	
Brak niepokojących objawów	33 (16,42%)	43 (35,54%)	39 (20,74%)	16 (12,31%)	p < 0,001
Obawa o zły wynik badania	6 (2,99%)	6 (4,96%)	8 (4,26%)	7 (5,38%)	
Brak skierowania od lekarza	2 (1,00%)	0 (0,00%)	1 (0,53%)	0 (0,00%)	
Trudny dostęp do lekarza i badań specjalistycznych	0 (0,00%)	3 (2,48%)	1 (0,53%)	0 (0,00%)	
Młody wiek	70 (34,83%)	6 (4,96%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	
Brak czasu	14 (6,97%)	4 (3,31%)	11 (5,85%)	2 (1,54%)	
Inna	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	
Nie dotyczy	76 (37,81%)	59 (48,76%)	128 (68,09%)	105 (80,77%)	

p – dokładny test Fishera

Wiek a samoocena zachowań zdrowotnych

Wiek nie był czynnikiem różnicującym istotnie samoocenę zachowań zdrowotnych w zakresie profilaktyki raka piersi w badanej grupie (p = 0,345) (Tabela 67).

Tabela 67. Wiek a samoocena zachowań zdrowotnych

Samoocena zachowań zdrowotnych w zakresie profilaktyki raka piersi	**Wiek**				**p**
	Do 35 lat	**36-45 lat**	**46-55 lat**	**Ponad 55 lat**	
Bardzo dobrze	10 (4,98%)	1 (0,83%)	1 (0,53%)	3 (2,31%)	p = 0,345
Dobrze	83 (41,29%)	58 (47,93%)	90 (47,87%)	61 (46,92%)	
Dostatecznie	81 (40,30%)	50 (41,32%)	75 (39,89%)	55 (42,31%)	
Niedostatecznie	18 (8,96%)	7 (5,79%)	14 (7,45%)	7 (5,38%)	
Nie mam zdania	9 (4,48%)	5 (4,13%)	8 (4,26%)	4 (3,08%)	

p – dokładny test Fishera

Wykształcenie a poziom wiedzy

Wykształcenie badanych w istotny sposób determinowało poziom wiedzy w zakresie raka piersi ($p < 0,001$). Pielęgniarki z tytułem magistra wykazywały wyższy poziom wiedzy niż respondentki z tytułem licencjata i pielęgniarki dyplomowane (Tabela 68).

Tabela 68. Wykształcenie a średnie wartości poziomu wiedzy

Wykształcenie	N	Poziom wiedzy [punkty]							p
		M	SD	Mediana	Min	Max	Q1	Q3	
Pielęgniarka dyplomowana – A	90	14,88	3,13	15,71	5,17	19,67	13,21	17,30	p < 0,001 *
Licencjat pielęgniarstwa – B	368	15,40	3,39	15,93	3,47	21,55	13,94	17,65	C>B,A
Magister pielęgniarstwa – C	182	16,91	3,96	17,44	3,58	22,90	15,26	19,92	

p – test Kruskala-Wallisa + analiza post-hoc (test Dunna), M – wartość średnia SD – odchylenie standardowe, Q1 – kwartyl dolny, Q3 – kwartyl górny
* zależność istotna statystycznie (p < 0,05)

Wykształcenie a zachowania zdrowotne wg IZZ

Wykształcenie respondentek istotnie różnicowało ogólny poziom nasilenia zachowań zdrowotnych ($p = 0,006$), jak również poszczególne obszary tych zachowań, tj. prawidłowe nawyki żywieniowe ($p = 0,017$) oraz pozytywne nastawienie psychiczne ($p = 0,001$). W badanej grupie ogólny poziom zachowań zdrowotnych był istotnie bardziej nasilony wśród osób z tytułem magistra pielęgniarstwa niż wśród badanych z tytułem licencjata pielęgniarstwa i pielęgniarek dyplomowanych. Respondentki z tytułem magistra pielęgniarstwa prezentowały bardziej prawidłowe nawyki żywieniowe i pozytywne nastawienie psychiczne niż badane z tytułem licencjata pielęgniarstwa i pielęgniarki dyplomowane (Tabela 69).

Tabela 69. Wykształcenie a średnie wartości nasilenia zachowań zdrowotnych

IZZ	Wykształcenie	N	M	SD	Mediana	Min	Max	Q1	Q3	p
Wynik ogólny IZZ	Pielęgniarka dyplomowana – A	90	78,66	13,53	79,5	38	103	70,25	89	p = 0,006 *
	Licencjat pielęgniarstwa – B	368	80,58	13,41	80	24	120	72	90	C>B,A
	Magister pielęgniarstwa – C	182	84,13	13,45	85	45	116	74	94	
Prawidłowe nawyki żywieniowe	Pielęgniarka dyplomowana – A	90	3,32	0,74	3,5	1,17	5	2,83	3,83	p = 0,017 *
	Licencjat pielęgniarstwa – B	368	3,45	0,69	3,5	1	5	3	3,88	C>B,A
	Magister pielęgniarstwa – C	182	3,6	0,75	3,67	1,83	5	3	4	
Zachowania profilaktyczne	Pielęgniarka dyplomowana	90	3,43	0,72	3,5	1,33	4,83	3	4	p = 0,071
	Licencjat pielęgniarstwa	368	3,43	0,71	3,5	1	5	3	4	
	Magister pielęgniarstwa	182	3,59	0,67	3,67	2	5	3,17	4	

IZZ	Wykształcenie	N	M	SD	Mediana	Min	Max	Q1	Q3	p
Pozytywne nastawienie psychiczne	Pielęgniarka dyplomowana – A	90	3,27	0,63	3,33	1,83	4,67	2,83	3,79	p = 0,001 *
	Licencjat pielęgniarstwa – B	368	3,35	0,7	3,33	1	5	3	3,83	C>B,A
	Magister pielęgniarstwa – C	182	3,57	0,66	3,5	1,33	5	3,17	4	
Praktyki zdrowotne	Pielęgniarka dyplomowana	90	3,09	0,63	3,17	1,67	4,5	2,67	3,5	p = 0,096
	Licencjat pielęgniarstwa	368	3,2	0,63	3,17	1	5	2,83	3,5	
	Magister pielęgniarstwa	182	3,26	0,62	3,33	1,83	5	2,83	3,67	

p – test Kruskala-Wallisa + analiza post-hoc (test Dunna), M – wartość średnia, SD – odchylenie standardowe, Q1 – kwartyl dolny, Q3 – kwartyl górny
* zależność istotna statystycznie (p < 0,05)

Wykształcenie a spożywanie alkoholu

Wykazano istotne różnice pomiędzy pielęgniarkami z różnym poziomem wykształcenia w zakresie spożywania alkoholu (p < 0,001). Respondentki z tytułem magistra częściej niż pielęgniarki dyplomowane deklarowały spożywanie alkoholu (Tabela 70).

Tabela 70. Wykształcenie a spożywanie alkoholu

Spożywanie alkoholu	Wykształcenie			p
	Pielęgniarka dyplomowana	Licencjat pielęgniarstwa	Magister pielęgniarstwa	
Codziennie	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (0,55%)	p < 0,001
Raz w tygodniu	0 (0,00%)	29 (7,88%)	13 (7,14%)	
Kilka razy w miesiącu	5 (5,56%)	54 (14,67%)	37 (20,33%)	
Raz w miesiącu	1 (1,11%)	18 (4,89%)	14 (7,69%)	
Okazjonalnie	57 (63,33%)	209 (56,79%)	88 (48,35%)	
Nie piję alkoholu	27 (30,00%)	58 (15,76%)	29 (15,93%)	

p – dokładny test Fishera

Wykształcenie a rodzaj stosowanej diety

Wykształcenie respondentek było czynnikiem istotnie determinującym rodzaj stosowanej diety (p < 0,001). Na dietę lekkostrawną najczęściej wskazywały pielęgniarki z tytułem magistra, najrzadziej natomiast pielęgniarki dyplomowane. Z kolei dietę bogatą w tłuszcze, głównie pochodzenia zwierzęcego najczęściej stosowały osoby z tytułem licencjata pielęgniarstwa, najrzadziej natomiast badane z tytułem magistra pielęgniarstwa (Tabela 71).

Tabela 71. Wykształcenie a rodzaj stosowanej diety

Rodzaj stosowanej diety	Wykształcenie			p
	Pielęgniarka dyplomowana	Licencjat pielęgniarstwa	Magister pielęgniarstwa	
Dieta bogata w węglowodany	5 (5,56%)	15 (4,08%)	16 (8,79%)	p < 0,001
Dieta bogata w tłuszcze, głównie pochodzenia zwierzęcego	7 (7,78%)	47 (12,77%)	6 (3,30%)	
Dieta bogata w tłuszcze, głównie pochodzenia roślinnego	1 (1,11%)	10 (2,72%)	5 (2,75%)	
Dieta bogata w warzywa i owoce	4 (4,44%)	48 (13,04%)	19 (10,44%)	
Dieta bogatobiałkowa	1 (1,11%)	15 (4,08%)	3 (1,65%)	
Dieta lekkostrawna	9 (10,00%)	49 (13,32%)	47 (25,82%)	
Dieta zróżnicowana	63 (70,00%)	183 (49,73%)	86 (47,25%)	
Inna	0 (0,00%)	1 (0,27%)	0 (0,00%)	

p – dokładny test Fishera

Wykształcenie a aktywność fizyczna

W badanej grupie wystąpiły istotne różnice pomiędzy pielęgniarkami z różnym poziomem wykształcenia w zakresie podejmowania aktywności fizycznej (p = 0,018). Czas przeznaczany na aktywność fizyczną był najdłuższy wśród respondentek z tytułem licencjata pielęgniarstwa, a najkrótszy w grupie pielęgniarek dyplomowanych (Tabela 72*)*.

Tabela 72. Wykształcenie a aktywność fizyczna

Czas przeznaczony na aktywność fizyczną	Wykształcenie			p
	Pielęgniarka dyplomowana	Licencjat pielęgniarstwa	Magister pielęgniarstwa	
< 1 godziny	38 (42,22%)	107 (29,08%)	53 (29,12%)	p = 0,018
1-3 godziny	23 (25,56%)	135 (36,68%)	63 (34,62%)	
4-6 godzin	7 (7,78%)	48 (13,04%)	19 (10,44%)	
Powyżej 6 godzin	0 (0,00%)	22 (5,98%)	12 (6,59%)	
Nie podejmuję aktywności fizycznej	22 (24,44%)	56 (15,22%)	35 (19,23%)	

p – dokładny test Fishera

Wykształcenie a wiek urodzenia pierwszego dziecka

Wykształcenie respondentek było czynnikiem istotnie różnicującym wiek urodzenia pierwszego dziecka (p = 0,001). Pielęgniarki z tytułem magistra najczęściej deklarowały urodzenie pierwszego dziecka przed 20. rokiem życia, z kolei pielęgniarki dyplomowane najczęściej wskazywały na wiek między 20. a 30. rokiem życia oraz po ukończeniu 30 roku życia (Tabela 73).

Tabela 73. Wykształcenie a wiek urodzenia pierwszego dziecka

Wiek urodzenia pierwszego dziecka	Wykształcenie			p
	Pielęgniarka dyplomowana	Licencjat pielęgniarstwa	Magister pielęgniarstwa	
Przed 20. rokiem życia	3 (3,33%)	9 (2,45%)	9 (4,95%)	p = 0,001
Między 20. a 30. rokiem życia	70 (77,78%)	212 (57,61%)	95 (52,20%)	
Po 30. roku życia	4 (4,44%)	16 (4,35%)	5 (2,75%)	
Nie posiadam dzieci	13 (14,44%)	131 (35,60%)	73 (40,11%)	

p – dokładny test Fishera

Wykształcenie a karmienie piersią

Wykazano istotne różnice pomiędzy pielęgniarkami z różnym poziomem wykształcenia w zakresie podejścia do karmienia piersią (p < 0,001). Odsetek kobiet, które karmiły dziecko/dzieci piersią przez co najmniej 6 miesięcy po urodzeniu, był największy wśród pielęgniarek dyplomowanych, najmniejszy natomiast wśród osób z tytułem magistra pielęgniarstwa (Tabela 74).

Tabela 74. Wykształcenie a karmienie piersią przez co najmniej 6 miesięcy

Karmienie dziecka/ dzieci piersią	Wykształcenie			p
	Pielęgniarka dyplomowana	Licencjat pielęgniarstwa	Magister pielęgniarstwa	
Tak	51 (56,67%)	147 (39,95%)	68 (37,36%)	p < 0,001
Nie	28 (31,11%)	91 (24,73%)	41 (22,53%)	
Nie dotyczy	11 (12,22%)	130 (35,33%)	73 (40,11%)	

p – test chi-kwadrat

Wykształcenie a wykonywanie samobadania piersi, korzystanie z wizyt kontrolnych u lekarza ginekologa, wykonywanie USG piersi

Wykształcenie respondentek nie było czynnikiem determinującym wykonywanie samobadania piersi (p = 0,518) i korzystanie z wizyt kontrolnych u lekarza ginekologa (p = 0,365), warunkowało natomiast wykonywanie USG piersi (p = 0,004). Najczęściej badanie to wykonywały pielęgniarki dyplomowane, najrzadziej natomiast badane z tytułem licencjata pielęgniarstwa (Tabela 75).

Tabela 75. Wykształcenie a wykonanie USG piersi

Wykonanie USG piersi	Wykształcenie			p
	Pielęgniarka dyplomowana	Licencjat pielęgniarstwa	Magister pielęgniarstwa	
Raz na rok	17 (18,89%)	57 (15,49%)	33 (18,13%)	p = 0,004
Raz na 2 lata	16 (17,78%)	79 (21,47%)	50 (27,47%)	
Raz na kilka lat	27 (30,00%)	57 (15,49%)	23 (12,64%)	
Nie miałam wykonanego tego badania	30 (33,33%)	175 (47,55%)	76 (41,76%)	

p – test chi-kwadrat

Wykształcenie a wykonanie mammografii

W badanej grupie wystąpiły istotne różnice pomiędzy pielęgniarkami z różnym poziomem wykształcenia w zakresie udziału w badaniach mammograficznych (p < 0,001). Najczęściej wykonanie mammografii deklarowały pielęgniarki dyplomowane, najrzadziej natomiast – respondentki z tytułem licencjata pielęgniarstwa (Tabela 76).

Tabela 76. Wykształcenie a wykonanie mammografii

Wykonanie mammografii	Wykształcenie			p
	Pielęgniarka dyplomowana	Licencjat pielęgniarstwa	Magister pielęgniarstwa	
Tak	63 (70,00%)	72 (19,57%)	41 (22,53%)	p < 0,001
Nie	27 (30,00%)	296 (80,43%)	141 (77,47%)	

p – test chi-kwadrat

Wykształcenie a przyczyna niewykonywania badań profilaktycznych

Wykształcenie respondentek było czynnikiem istotnie wpływającym na przyczynę niewykonywania badań z zakresu profilaktyki raka piersi (p < 0,001). Pielęgniarki z tytułem magistra, jako przyczyny braku udziału w badaniach profilaktycznych, najczęściej wskazywały na brak niepokojących objawów i obawę o zły wynik badania. Z kolei respondentki z tytułem licencjata pielęgniarstwa najczęściej podawały młody wiek (Tabela 77).

Tabela 77. Wykształcenie a przyczyna niewykonywania badań profilaktycznych

Przyczyna niewykonywania badań profilaktycznych	Wykształcenie			p
	Pielęgniarka dyplomowana	Licencjat pielęgniarstwa	Magister pielęgniarstwa	
Brak niepokojących objawów	16 (17,78%)	72 (19,57%)	43 (23,63%)	p < 0,001
Obawa o zły wynik badania	3 (3,33%)	14 (3,80%)	10 (5,49%)	
Brak skierowania od lekarza	1 (1,11%)	2 (0,54%)	0 (0,00%)	

Przyczyna niewykonywania badań profilaktycznych	Wykształcenie			p
	Pielęgniarka dyplomowana	Licencjat pielęgniarstwa	Magister pielęgniarstwa	
Trudny dostęp do lekarza i badań specjalistycznych	0 (0,00%)	2 (0,54%)	2 (1,10%)	
Młody wiek	0 (0,00%)	64 (17,39%)	12 (6,59%)	
Brak czasu	4 (4,44%)	19 (5,16%)	8 (4,40%)	
Inna	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	
Nie dotyczy	66 (73,33%)	195 (52,99%)	107 (58,79%)	

p – dokładny test Fishera

Wykształcenie a samoocena zachowań zdrowotnych

Nie wykazano istotnych różnic pomiędzy wykształceniem pielęgniarek a samooceną zachowań zdrowotnych w zakresie profilaktyki raka piersi (p = 0,507).

Czynniki społeczne a wiedza i zachowania zdrowotne w zakresie profilaktyki raka piersi u kobiet

Respondentki cechowało zróżnicowanie pod względem czynników społecznych oraz poziomu wiedzy i zachowań zdrowotnych w zakresie profilaktyki raka piersi u kobiet. W związku z tym dokonano analizy wpływu wybranych czynników społecznych na badane zmienne.

Miejsce pracy a poziom wiedzy na temat raka piersi

Miejsce pracy było czynnikiem wpływającym na poziom wiedzy kobiet na temat raka piersi (p = 0,006). Pielęgniarki oddziałów onkologicznych wykazywały wyższy poziom wiedzy, niż pracujące w oddziałach zabiegowych i zachowawczych (Tabela 78).

Tabela 78. Miejsce pracy a średnie wartości poziomu wiedzy

Miejsce pracy	N	Poziom wiedzy [punkty]							p
		M	SD	Mediana	Min	Max	Q1	Q3	
Oddział zachowawczy – A	444	15,50	3,92	16,01	3,47	22,88	13,78	18,13	p = 0,006 *
Oddział zabiegowy – B	103	15,88	2,92	16,07	7,11	21,59	14,20	17,97	C>B,A
Oddział onkologiczny – C	93	16,86	2,26	17,00	7,39	22,90	15,49	18,41	

p – test Kruskala-Wallisa + analiza post-hoc (test Dunna), M – wartość średnia, SD – odchylenie standardowe, Q1 – kwartyl dolny, Q3 – kwartyl górny
* zależność istotna statystycznie (p < 0,05)

Miejsce pracy a ogólny poziom zachowań zdrowotnych wg IZZ

Nie wykazano różnic istotnych statystycznie między miejscem pracy a ogólnym poziomem zachowań zdrowotnych respondentek (p = 0,792).

Miejsce pracy a spożywanie alkoholu

Wystąpiły istotne różnice pomiędzy pielęgniarkami z różnych oddziałów w zakresie spożywania alkoholu (p = 0,001). W badanej grupie po alkohol najczęściej sięgały pielęgniarki oddziałów zachowawczych, najrzadziej natomiast respondentki pracujące w oddziałach zabiegowych (Tabela 79).

Tabela 79. Miejsce pracy a spożywanie alkoholu

Spożywanie alkoholu	Miejsce pracy			p
	Oddział zachowawczy	Oddział zabiegowy	Oddział onkologiczny	
Codziennie	1 (0,23%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p = 0,001
Raz w tygodniu	33 (7,43%)	6 (5,83%)	3 (3,23%)	
Kilka razy w miesiącu	81 (18,24%)	4 (3,88%)	11 (11,83%)	
Raz w miesiącu	30 (6,76%)	3 (2,91%)	0 (0,00%)	
Okazjonalnie	224 (50,45%)	71 (68,93%)	59 (63,44%)	
Nie piję alkoholu	75 (16,89%)	19 (18,45%)	20 (21,51%)	

p – dokładny test Fishera

Miejsce pracy a rodzaj stosowanej diety

Miejsce pracy badanych kobiet determinowało rodzaj stosowanej diety (p = 0,042). Pielęgniarki oddziałów zachowawczych częściej, niż pracujące w oddziałach zabiegowych stosowały dietę lekkostrawną oraz bogatą w węglowodany. Na dietę bogatą w tłuszcze, głównie pochodzenia zwierzęcego najczęściej wskazywały osoby pracujące w oddziałach o profilu zabiegowym, najrzadziej natomiast pielęgniarki oddziałów onkologicznych. Z kolei dieta bogata w tłuszcze, głównie pochodzenia roślinnego dominowała wśród badanych oddziałów o profilu onkologicznym, natomiast najrzadziej ten rodzaj diety stosowały pielęgniarki pracujące w oddziałach zabiegowych (Tabela 80).

Tabela 80. Miejsce pracy a rodzaj stosowanej diety

Rodzaj stosowanej diety	Miejsce pracy			p
	Oddział zachowawczy	Oddział zabiegowy	Oddział onkologiczny	
Dieta bogata w węglowodany	32 (7,21%)	1 (0,97%)	3 (3,23%)	p = 0,042
Dieta bogata w tłuszcze, głównie pochodzenia zwierzęcego	43 (9,68%)	13 (12,62%)	4 (4,30%)	

Rodzaj stosowanej diety	Miejsce pracy			p
	Oddział zachowawczy	Oddział zabiegowy	Oddział onkologiczny	
Dieta bogata w tłuszcze, głównie pochodzenia roślinnego	9 (2,03%)	2 (1,94%)	5 (5,38%)	
Dieta bogata w warzywa i owoce	47 (10,59%)	16 (15,53%)	8 (8,60%)	
Dieta bogatobiałkowa	13 (2,93%)	2 (1,94%)	4 (4,30%)	
Dieta lekkostrawna	80 (18,02%)	9 (8,74%)	16 (17,20%)	
Dieta zróżnicowana	219 (49,32%)	60 (58,25%)	53 (56,99%)	
Inna	1 (0,23%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	

p – dokładny test Fishera

Miejsce pracy a aktywność fizyczna, wiek urodzenia pierwszego dziecka, karmienie piersią,

Nie wykazano różnic istotnych statystycznie pomiędzy miejscem pracy respondentek a częstością podejmowania aktywności fizycznej (p = 0,174), wiekiem urodzenia pierwszego dziecka (p = 0,295) oraz karmieniem piersią (p = 0,26). Miejsce pracy badanych kobiet nie było także czynnikiem różnicującym istotnie wykonywanie samobadania piersi (p = 0,402), jak również korzystanie z wizyt kontrolnych u lekarza ginekologa (p = 0,142).

Miejsce pracy a wykonanie USG piersi

Wystąpiły istotne różnice pomiędzy pielęgniarkami pracującymi w różnych oddziałach w zakresie wykonywania USG piersi. Badanie to najczęściej wykonywały respondentki pracujące w oddziałach o profilu zachowawczym, najrzadziej natomiast pielęgniarki oddziałów onkologicznych (Tabela 81).

Tabela 81. Miejsce pracy a wykonywanie badania USG piersi

Wykonanie badania USG piersi	Miejsce pracy			p
	Oddział zachowawczy	Oddział zabiegowy	Oddział onkologiczny	
Raz na rok	71 (15,99%)	21 (20,39%)	15 (16,13%)	p = 0,012
Raz na 2 lata	114 (25,68%)	19 (18,45%)	12 (12,90%)	
Raz na kilka lat	82 (18,47%)	11 (10,68%)	14 (15,05%)	
Nie miałam wykonanego tego badania	177 (39,86%)	52 (50,49%)	52 (55,91%)	

p – test chi-kwadrat

Miejsce pracy a wykonanie mammografii i przyczyna niewykonywania badań profilaktycznych

Miejsce pracy nie było czynnikiem determinującym wykonywanie badania mammograficznego przez respondentki (p = 0,984), natomiast różnicowało istotnie przyczynę niepodejmowania badań profilaktycznych w zakresie raka piersi (p = 0,001). Odsetek odpowiedzi "brak niepokojących objawów" był największy wśród pielęgniarek oddziałów onkologicznych, a najmniejszy wśród respondentek oddziałów zachowawczych. Na obawę o zły wynik badania najczęściej wskazywały pielęgniarki pracujące w oddziałach o profilu onkologicznym, najrzadziej natomiast respondentki oddziałów zabiegowych. Z kolei osoby pracujące w oddziałach zachowawczych, częściej niż badane z oddziałów onkologicznych, jako przyczynę niewykonywania badań profilaktycznych, podawały brak czasu (Tabela 82).

Tabela 82. Miejsce pracy a przyczyna niewykonywania badań profilaktycznych

Przyczyna niewykonywania badań profilaktycznych w kierunku raka piersi	**Miejsce pracy**			**p**
	Oddział zachowawczy	**Oddział zabiegowy**	**Oddział onkologiczny**	
Brak niepokojących objawów	76 (17,12%)	23 (22,33%)	32 (34,41%)	p = 0,001
Obawa o zły wynik badania	16 (3,60%)	2 (1,94%)	9 (9,68%)	
Brak skierowania od lekarza	3 (0,68%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	
Trudny dostęp do lekarza i badań specjalistycznych	2 (0,45%)	1 (0,97%)	1 (1,08%)	
Młody wiek	47 (10,59%)	17 (16,50%)	12 (12,90%)	
Brak czasu	24 (5,41%)	5 (4,85%)	2 (2,15%)	
Inna	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	
Nie dotyczy	276 (62,16%)	55 (53,40%)	37 (39,78%)	

p – dokładny test Fishera

Miejsce pracy a samoocena zachowań zdrowotnych

Miejsce pracy respondentek nie było czynnikiem różnicującym istotnie samoocenę zachowań zdrowotnych w zakresie profilaktyki raka piersi (p = 0,86).

Staż pracy w zawodzie a poziom wiedzy

Wystąpiła zależność istotna statystycznie pomiędzy stażem pracy a poziomem wiedzy respondentek na temat raka piersi (p = 0,011). W badanej grupie poziom wiedzy był istotnie wyższy wśród pielęgniarek ze stażem pracy 6-10 lat, niż wśród respondentek

ze stażem 21-25 lat i powyżej 35 lat, jak również u osób ze stażem 11-15 lat niż wśród badanych ze stażem do 5 lat (Tabela 83).

Tabela 83. Staż pracy w zawodzie a średnie wartości poziomu wiedzy

Staż pracy w zawodzie pielęgniarki	N	Poziom wiedzy [punkty]							p
		M	SD	Mediana	Min	Max	Q1	Q3	
Do 5 lat – A	193	15,85	3,08	16,16	5,76	21,96	14,23	18,13	p = 0,011 *
6-10 lat – B	82	16,26	3,69	17,22	4,34	21,75	14,27	18,73	B>H,E C>A,G,H,D,E
11-15 lat – C	82	16,98	3,34	17,07	3,58	22,88	15,05	19,31	
16-20 lat – D	60	15,12	4,25	15,73	4,66	21,51	13,22	17,54	
21-25 lat – E	55	14,63	4,52	15,51	3,47	22,75	13,46	17,34	
26-30 lat – F	47	15,12	4,58	16,46	3,71	21,85	13,80	18,26	
31-35 lat – G	68	15,71	3,03	16,02	5,17	21,55	13,48	17,99	
Ponad 35 lat – H	53	15,28	2,93	15,80	7,90	22,90	13,91	17,29	

p – test Kruskala-Wallisa + analiza post-hoc (test Dunna), M – wartość średnia, SD – odchylenie standardowe, Q1 – kwartyl dolny, Q3 – kwartyl górny
* zależność istotna statystycznie (p < 0,05)

Staż pracy w zawodzie a poziom nasilenia zachowań zdrowotnych wg IZZ

Staż pracy w zawodzie różnicował ogólny poziom nasilenia zachowań zdrowotnych w badanej grupie (p = 0,014), jak również zachowania w zakresie prawidłowych nawyków żywieniowych (p = 0,023), pozytywnego nastawienia psychicznego (p = 0,007) oraz praktyk zdrowotnych (p = 0,009), nie wpływał natomiast istotnie na poziom zachowań profilaktycznych respondentek (p = 0,665). Ogólny poziom zachowań zdrowotnych był najbardziej nasilony wśród pielęgniarek pracujących w zawodzie 11-15 lat (M = 84,59), najmniejsze nasilenie poziomu zachowań zdrowotnych dotyczyło respondentek ze stażem pracy 26-30 lat (M = 74,81). W badanej grupie nastawienie psychiczne było najbardziej pozytywne wśród pielęgniarek pracujących w zawodzie 6-10 lat (M = 3,53) oraz 11-15 (M = 3,53), a najmniejsze nasilenie pozytywnego nastawienia psychicznego występowało u badanych ze stażem pracy 26-30 lat (M = 3,06). Pielęgniarki pracujące w zawodzie 11-15 lat (M = 3,7) prezentowały najbardziej prawidłowe nawyki żywieniowe, natomiast najmniej racjonalne odżywianie dotyczyło badanych ze stażem pracy 26-30 lat (M = 3,12) (Tabela 84).

Tabela 84. Staż pracy a średnie wartości nasilenia zachowań zdrowotnych

IZZ	Staż pracy w zawodzie pielęgniarki	N	M	SD	Mediana	Min	Max	Q1	Q3	p
Wynik ogólny IZZ	Do 5 lat – A	193	82,75	13,3	82	34	120	74	92	p = 0,014 *
	6-10 lat – B	82	81,52	12,99	80,5	49	112	72	90	H,B>F C,A>G,F
	11-15 lat – C	82	84,59	13,81	85	47	116	75,25	94	
	16-20 lat – D	60	80,53	12,97	79,5	40	115	72	91	
	21-25 lat – E	55	80,47	13,15	79	54	107	70,5	93	
	26-30 lat – F	47	74,81	15,05	76	24	104	69	81,5	
	31-35 lat – G	68	79,15	11,32	77,5	51	101	72	87,25	
	Ponad 35 lat – H	53	81,08	15,34	86	38	104	72	91	
Prawidłowe nawyki żywieniowe	Do 5 lat – A	193	3,5	0,66	3,5	1,5	5	3	3,83	p = 0,023 *
	6-10 lat – B	82	3,44	0,74	3,33	2	5	3	4	C>G,B,F H,A,E,D,B>F
	11-15 lat – C	82	3,7	0,74	3,75	2	5	3,17	4,12	
	16-20 lat – D	60	3,44	0,67	3,5	1,17	5	3	4	
	21-25 lat – E	55	3,49	0,77	3,5	2,17	5	2,83	4	
	26-30 lat – F	47	3,12	0,8	3	1	4,67	2,58	3,67	
	31-35 lat – G	68	3,4	0,67	3,42	2,17	4,67	2,96	3,88	
	Ponad 35 lat – H	53	3,47	0,74	3,67	1,17	4,5	3	4,17	
Zachowania profilaktyczne	Do 5 lat	193	3,51	0,7	3,5	1,33	5	3	4	p = 0,665
	6-10 lat	82	3,46	0,66	3,5	2	5	3	4	
	11-15 lat	82	3,58	0,7	3,67	1,83	5	3,04	4	
	16-20 lat	60	3,44	0,64	3,5	1,67	5	3	4	
	21-25 lat	55	3,43	0,77	3,33	2	4,83	2,83	4,08	
	26-30 lat	47	3,33	0,7	3,33	1	4,67	2,92	3,83	
	31-35 lat	68	3,44	0,63	3,5	2,17	4,83	3	3,83	
	Ponad 35 lat	53	3,49	0,81	3,67	1,33	4,67	3	4	
Pozytywne nastawienie psychiczne	Do 5 lat – A	193	3,44	0,73	3,5	1,5	5	3	4	p = 0,007 *
	6-10 lat – B	82	3,53	0,63	3,5	2	5	3	4	B,C>G,F A,D,H>F
	11-15 lat – C	82	3,53	0,64	3,42	1	5	3,17	4	
	16-20 lat – D	60	3,37	0,71	3,5	1,33	5	3	3,83	
	21-25 lat – E	55	3,36	0,58	3,33	2	4,5	2,83	3,83	
	26-30 lat – F	47	3,06	0,75	3	1	4,33	2,5	3,58	
	31-35 lat – G	68	3,28	0,58	3,17	2	4,67	3	3,67	
	Ponad 35 lat – H	53	3,35	0,75	3,5	1,67	4,5	3	3,83	

IZZ	Staż pracy w zawodzie pielęgniarki	N	M	SD	Mediana	Min	Max	Q1	Q3	p
Praktyki zdrowotne	Do 5 lat – A	193	3,34	0,67	3,33	1,33	5	3	3,67	p = 0,009 *
	6-10 lat – B	82	3,16	0,56	3,17	1,83	4,33	2,83	3,5	A>E,G,F C>G,F
	11-15 lat – C	82	3,29	0,6	3,33	1,83	4,67	3	3,67	
	16-20 lat – D	60	3,18	0,52	3,17	2	4,17	2,83	3,5	
	21-25 lat – E	55	3,13	0,54	3,17	2	4,5	2,83	3,5	
	26-30 lat – F	47	2,95	0,67	3	1	4,33	2,67	3,42	
	31-35 lat – G	68	3,06	0,58	3,17	1,5	4,5	2,67	3,38	
	Ponad 35 lat – H	53	3,2	0,71	3,33	1,83	4,5	2,5	3,67	

p – test Kruskala-Wallisa + analiza post-hoc (test Dunna), M – wartość średnia, SD – odchylenie standardowe, Q1 – kwartyl dolny, Q3 – kwartyl górny
* zależność istotna statystycznie (p < 0,05)

Staż pracy w zawodzie a spożywanie alkoholu

Wystąpiły różnice istotne statystycznie pomiędzy stażem pracy pielęgniarek a spożywaniem alkoholu (p < 0,001). Najczęściej spożywały alkohol respondentki pracujące w zawodzie 16-20 lat, najrzadziej natomiast pielęgniarki ze stażem pracy powyżej 35 lat (Tabela 85).

Tabela 85. Staż pracy w zawodzie a spożywanie alkoholu

Spożywanie alkoholu	Staż pracy w zawodzie pielęgniarki								p
	Do 5 lat	6-10 lat	11-15 lat	16-20 lat	21-25 lat	26-30 lat	31-35 lat	Ponad 35 lat	
Codziennie	0 (0,00%)	1 (1,22%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p < 0,001
Raz w tygodniu	15 (7,77%)	7 (8,54%)	3 (3,66%)	9 (15,00%)	1 (1,82%)	6 (12,77%)	1 (1,47%)	0 (0,00%)	
Kilka razy w miesiącu	37 (19,17%)	9 (10,98%)	16 (19,51%)	9 (15,00%)	14 (25,45%)	3 (6,38%)	5 (7,35%)	3 (5,66%)	
Raz w miesiącu	11 (5,70%)	8 (9,76%)	4 (4,88%)	5 (8,33%)	1 (1,82%)	2 (4,26%)	2 (2,94%)	0 (0,00%)	
Okazjonalnie	110 (56,99%)	41 (50,00%)	42 (51,22%)	31 (51,67%)	27 (49,09%)	22 (46,81%)	43 (63,24%)	38 (71,70%)	
Nie piję alkoholu	20 (10,36%)	16 (19,51%)	17 (20,73%)	6 (10,00%)	12 (21,82%)	14 (29,79%)	17 (25,00%)	12 (22,64%)	

p – dokładny test Fishera

Staż pracy w zawodzie a rodzaj stosowanej diety

Staż pracy w zawodzie był czynnikiem istotnie wpływającym na stosowaną przez respondentki dietę (p = 0,001). Dietę bogatą w warzywa i owoce najczęściej stosowały badane pracujące w zawodzie 21-25 lat, najrzadziej natomiast pielęgniarki ze stażem powyżej 35 lat. Z kolei na dieta bogata w tłuszcze, głównie pochodzenia zwierzęcego była najbardziej popularna wśród osób ze stażem 26-30 lat, a najmniejszym zainteresowaniem cieszyła się wśród pielęgniarek pracujących w zawodzie 31-35 lat. Stosowanie diety lekkostrawnej najczęściej zdeklarowały respondentki ze stażem pracy 11-15 lat, najrzadziej natomiast badane pracujące w zawodzie 21-25 lat (Tabela 86).

Tabela 86. Staż pracy w zawodzie a rodzaj stosowanej diety

Rodzaj stosowanej diety	**Staż pracy w zawodzie pielęgniarki**								**p**
	Do 5 lat	**6-10 lat**	**11-15 lat**	**16-20 lat**	**21-25 lat**	**26-30 lat**	**31-35 lat**	**Ponad 35 lat**	
Dieta bogata w węglowodany	6 (3,11%)	7 (8,54%)	3 (3,66%)	8 (13,33%)	3 (5,45%)	5 (10,64%)	0 (0,00%)	4 (7,55%)	p = 0,001
Dieta bogata w tłuszcze, głównie pochodzenia zwierzęcego	20 (10,36%)	8 (9,76%)	5 (6,10%)	4 (6,67%)	8 (14,55%)	8 (17,02%)	3 (4,41%)	4 (7,55%)	
Dieta bogata w tłuszcze, głównie pochodzenia roślinnego	9 (4,66%)	4 (4,88%)	2 (2,44%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (2,13%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	
Dieta bogata w warzywa i owoce	27 (13,99%)	6 (7,32%)	8 (9,76%)	8 (13,33%)	8 (14,55%)	4 (8,51%)	8 (11,76%)	2 (3,77%)	
Dieta bogatobiałkowa	9 (4,66%)	1 (1,22%)	1 (1,22%)	1 (1,67%)	1 (1,82%)	3 (6,38%)	3 (4,41%)	0 (0,00%)	
Dieta lekkostrawna	27 (13,99%)	18 (21,95%)	25 (30,49%)	11 (18,33%)	5 (9,09%)	6 (12,77%)	7 (10,29%)	6 (11,32%)	
Dieta zróżnicowana	95 (49,22%)	38 (46,34%)	37 (45,12%)	28 (46,67%)	30 (54,55%)	20 (42,55%)	47 (69,12%)	37 (69,81%)	
Inna	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (1,22%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	

p – dokładny test Fishera

Staż pracy w zawodzie a aktywność fizyczna

Wykazano istotne różnice pomiędzy stażem pracy pielęgniarek a podejmowaniem aktywności fizycznej (p < 0,001). Najwięcej czasu na aktywność fizyczną przeznaczały pielęgniarki pracujące zawodzie poniżej 5 lat, najmniej natomiast – respondentki ze stażem pracy 21-25 lat (Tabela 87).

Tabela 87. Staż pracy w zawodzie a aktywność fizyczna

Czas przeznaczony na aktywność fizyczną	Staż pracy w zawodzie pielęgniarki								p
	Do 5 lat	6-10 lat	11-15 lat	16-20 lat	21-25 lat	26-30 lat	31-35 lat	Ponad 35 lat	
< 1 godziny	66 (34,20%)	19 (23,17%)	20 (24,39%)	16 (26,67%)	20 (36,36%)	14 (29,79%)	24 (35,29%)	19 (35,85%)	p < 0,001
1 – 3 godziny	71 (36,79%)	37 (45,12%)	31 (37,80%)	23 (38,33%)	8 (14,55%)	14 (29,79%)	17 (25,00%)	20 (37,74%)	
4 – 6 godzin	30 (15,54%)	12 (14,63%)	8 (9,76%)	3 (5,00%)	2 (3,64%)	5 (10,64%)	8 (11,76%)	6 (11,32%)	
Powyżej 6 godzin	10 (5,18%)	2 (2,44%)	9 (10,98%)	5 (8,33%)	4 (7,27%)	1 (2,13%)	1 (1,47%)	2 (3,77%)	
Nie podejmuję aktywności fizycznej	16 (8,29%)	12 (14,63%)	14 (17,07%)	13 (21,67%)	21 (38,18%)	13 (27,66%)	18 (26,47%)	6 (11,32%)	

p – dokładny test Fishera

Staż pracy w zawodzie a wiek urodzenia pierwszego dziecka

Staż pracy w zawodzie był czynnikiem istotnie różnicującym wiek urodzenia pierwszego dziecka ($p < 0,001$). Wykazano, że w badanej grupie na urodzenie pierwszego dziecka przed 20. rokiem życia najczęściej wskazywały pielęgniarki pracujące w zawodzie 21-25 lat, a najrzadziej respondentki ze stażem pracy 31-35 lat. Z kolei wśród kobiet, które urodziły pierwsze dziecko po 30. roku życia, najwięcej było osób pracujących w zawodzie 21-25 lat, najmniej natomiast – ze stażem pracy do 5 lat (Tabela 88).

Tabela 88. Staż pracy w zawodzie a wiek urodzenia pierwszego dziecka

Wiek urodzenia pierwszego dziecka	Staż pracy w zawodzie pielęgniarki								p
	Do 5 lat	6-10 lat	11-15 lat	16-20 lat	21-25 lat	26-30 lat	31-35 lat	Ponad 35 lat	
Przed 20. rokiem życia	4 (2,07%)	2 (2,44%)	2 (2,44%)	3 (5,00%)	5 (9,09%)	3 (6,38%)	1 (1,47%)	1 (1,89%)	p < 0,001
Między 20. a 30. rokiem życia	43 (22,28%)	51 (62,20%)	59 (71,95%)	44 (73,33%)	40 (72,73%)	42 (89,36%)	59 (86,76%)	39 (73,58%)	
Po 30. roku życia	3 (1,55%)	3 (3,66%)	2 (2,44%)	4 (6,67%)	5 (9,09%)	1 (2,13%)	3 (4,41%)	4 (7,55%)	
Nie posiadam dzieci	143 (74,09%)	26 (31,71%)	19 (23,17%)	9 (15,00%)	5 (9,09%)	1 (2,13%)	5 (7,35%)	9 (16,98%)	

p – dokładny test Fishera

Staż pracy w zawodzie a karmienie piersią

Wystąpiły istotne różnice pomiędzy stażem pracy w zawodzie a karmieniem piersią ($p < 0,001$). Odsetek kobiet, które karmiły dziecko/dzieci piersią co najmniej przez

6 miesięcy po urodzeniu był największy wśród osób ze stażem 31-35 lat, a najmniejszy w grupie badanych ze stażem do 5 lat (Tabela 89).

Tabela 89. Staż pracy w zawodzie a karmienie piersią przez 6 miesięcy

Karmienie dziecka/ dzieci piersią	Staż pracy w zawodzie pielęgniarki								p
	Do 5 lat	6-10 lat	11-15 lat	16-20 lat	21-25 lat	26-30 lat	31-35 lat	Ponad 35 lat	
Tak	31 (16,06%)	35 (42,68%)	45 (54,88%)	29 (48,33%)	31 (56,36%)	27 (57,45%)	42 (61,76%)	26 (49,06%)	p < 0,001
Nie	20 (10,36%)	21 (25,61%)	18 (21,95%)	22 (36,67%)	19 (34,55%)	19 (40,43%)	22 (32,35%)	19 (35,85%)	
Nie dotyczy	142 (73,58%)	26 (31,71%)	19 (23,17%)	9 (15,00%)	5 (9,09%)	1 (2,13%)	4 (5,88%)	8 (15,09%)	

p – test chi-kwadrat

Staż pracy w zawodzie a samobadanie piersi

Staż pracy w zawodzie był czynnikiem istotnie determinującym wykonywanie samobadania piersi przez badane kobiety (p = 0,005). Najczęściej samobadanie piersi wykonywały pielęgniarki ze stażem powyżej 35 lat, najrzadziej natomiast respondentki pracujące w zawodzie 21-25 lat (Tabela 90).

Tabela 90. Staż pracy w zawodzie a wykonywanie samobadania piersi

Wykonywanie samobadania piersi	Staż pracy w zawodzie pielęgniarki								p
	Do 5 lat	6-10 lat	11-15 lat	16-20 lat	21-25 lat	26-30 lat	31-35 lat	Ponad 35 lat	
Tak	149 (77,20%)	59 (71,95%)	69 (84,15%)	46 (76,67%)	39 (70,91%)	34 (72,34%)	57 (83,82%)	52 (98,11%)	p = 0,005
Nie	44 (22,80%)	23 (28,05%)	13 (15,85%)	14 (23,33%)	16 (29,09%)	13 (27,66%)	11 (16,18%)	1 (1,89%)	

p – test chi-kwadrat

Staż pracy w zawodzie a wizyty kontrolne u lekarza ginekologa

W badanej grupie częstość wizyt u ginekologa była największa wśród osób ze stażem do 5 lat, a najmniejsza wśród badanych pracujących w zawodzie powyżej 35 lat (p = 0,003) (Tabela 91).

Tabela 91. Staż pracy w zawodzie a wizyty kontrolne u ginekologa

Korzystanie z wizyt kontrolnych u lekarza ginekologa	Staż pracy w zawodzie pielęgniarki								p
	Do 5 lat	6-10 lat	11-15 lat	16-20 lat	21-25 lat	26-30 lat	31-35 lat	Ponad 35 lat	
Raz na rok	114 (59,07%)	36 (43,90%)	37 (45,12%)	30 (50,00%)	28 (50,91%)	20 (42,55%)	36 (52,94%)	17 (32,08%)	p = 0,003
Raz na 2 lata	45 (23,32%)	29 (35,37%)	33 (40,24%)	15 (25,00%)	14 (25,45%)	14 (29,79%)	20 (29,41%)	21 (39,62%)	
Raz na kilka lat	21 (10,88%)	16 (19,51%)	12 (14,63%)	14 (23,33%)	12 (21,82%)	11 (23,40%)	10 (14,71%)	15 (28,30%)	
Nie korzystam z wizyt u ginekologa	13 (6,74%)	1 (1,22%)	0 (0,00%)	1 (1,67%)	1 (1,82%)	2 (4,26%)	2 (2,94%)	0 (0,00%)	

p – dokładny test Fishera

Staż pracy w zawodzie a wykonywanie badanie USG

Wystąpiły istotne różnice pomiędzy stażem pracy w zawodzie a wykonywaniem USG piersi ($p < 0,001$). Wykonywanie tego badania najczęściej deklarowały respondentki ze stażem pracy 31-35 lat, najrzadziej natomiast pielęgniarki pracujące w zawodzie do 5 lat (Tabela 92).

Tabela 92. Staż pracy w zawodzie a wykonanie badania USG piersi

Wykonanie badania USG piersi	Staż pracy w zawodzie pielęgniarki								p
	Do 5 lat	6-10 lat	11-15 lat	16-20 lat	21-25 lat	26-30 lat	31-35 lat	Ponad 35 lat	
Raz na rok	31 (16,06%)	9 (10,98%)	11 (13,41%)	10 (16,67%)	14 (25,45%)	9 (19,15%)	17 (25,00%)	6 (11,32%)	p < 0,001
Raz na 2 lata	28 (14,51%)	21 (25,61%)	28 (34,15%)	16 (26,67%)	12 (21,82%)	10 (21,28%)	20 (29,41%)	10 (18,87%)	
Raz na kilka lat	14 (7,25%)	12 (14,63%)	10 (12,20%)	15 (25,00%)	10 (18,18%)	6 (12,77%)	16 (23,53%)	24 (45,28%)	
Nie miałam wykonanego tego badania	120 (62,18%)	40 (48,78%)	33 (40,24%)	19 (31,67%)	19 (34,55%)	22 (46,81%)	15 (22,06%)	13 (24,53%)	

p – test chi-kwadrat

Staż pracy w zawodzie a wykonanie mammografii

Staż pracy w zawodzie był czynnikiem istotnie determinującym wykonywanie badania mammograficznego ($p < 0,001$). W grupie kobiet, które miały wykonaną mammografię, najwięcej było respondentek posiadających staż pracy powyżej 35 lat, najmniej natomiast – pracujących w zawodzie do 5 lat (Tabela 93).

Tabela 93. Staż pracy w zawodzie a wykonanie mammografii

Wykonywanie mammografii	Staż pracy w zawodzie pielęgniarki								p
	Do 5 lat	6-10 lat	11-15 lat	16-20 lat	21-25 lat	26-30 lat	31-35 lat	Ponad 35 lat	
Tak	4 (2,07%)	8 (9,76%)	11 (13,41%)	15 (25,00%)	22 (40,00%)	20 (42,55%)	51 (75,00%)	45 (84,91%)	p < 0,001
Nie	189 (97,93%)	74 (90,24%)	71 (86,59%)	45 (75,00%)	33 (60,00%)	27 (57,45%)	17 (25,00%)	8 (15,09%)	

p – test chi-kwadrat

Staż pracy w zawodzie a samoocena zachowań zdrowotnych

Nie wykazano istotnych różnic pomiędzy stażem pracy w zawodzie a samooceną zachowań zdrowotnych w badanej grupie (p = 0,052).

Czynniki medyczne a wiedza i zachowania zdrowotne w zakresie profilaktyki raka piersi u kobiet

Respondentki charakteryzowało zróżnicowanie pod względem czynników medycznych oraz poziomu wiedzy i zachowań zdrowotnych w zakresie profilaktyki raka piersi u kobiet. W związku z tym dokonano analizy wpływu wybranych czynników medycznych na badane zmienne.

Wskaźnik BMI a poziom wiedzy

Poziom wiedzy kobiet na temat raka piersi był istotnie związany ze wskaźnikiem BMI (p = 0,001). W badanej grupie najniższy poziom wiedzy osiągnęły pielęgniarki z otyłością (M = 13,75), natomiast najwyższy – respondentki z wychudzeniem lub niedowagą (M = 16,37), a także z prawidłową masą ciała (M = 16,11) (Tabela 94).

Tabela 94. BMI a średnie wartości poziomu wiedzy

BMI	N	Poziom wiedzy [punkty]							p
		M	SD	Mediana	Min	Max	Q1	Q3	
Wychudzenie, niedowaga – A	20	16,37	2,72	16,48	8,70	21,42	15,31	17,59	p = 0,001 *
Masa ciała w normie – B	341	16,11	3,11	16,33	6,18	21,96	14,27	18,42	A,B,C>D
Nadwaga – C	207	15,81	3,88	16,04	3,47	22,90	14,03	18,26	
Otyłość – D	72	13,75	4,49	14,95	3,50	21,11	12,19	17,05	

p – test Kruskala-Wallisa + analiza post-hoc (test Dunna), M – wartość średnia, SD – odchylenie standardowe, Q1 – kwartyl dolny, Q3 – kwartyl górny
* zależność istotna statystycznie (p < 0,05)

Wskaźnik BMI a poziom zachowań zdrowotnych wg IZZ

Wskaźnik BMI różnicował ogólny poziom nasilenia zachowań zdrowotnych respondentek (p = 0,002), jak również poszczególne kategorie tych zachowań, tj.: prawidłowe nawyki żywieniowe (p = 0,001), pozytywne nastawienie psychiczne (p = 0,041) oraz praktyki zdrowotne (p = 0,02), nie wpływał natomiast na poziom zachowań profilaktycznych w badanej grupie (p = 0,056). Ogólny poziom zachowań zdrowotnych był najbardziej nasilony wśród respondentek z masą ciała w normie (M = 82,7), a najmniejsze nasilenie zachowań zdrowotnych dotyczyło pielęgniarek z otyłością (M = 77,19). W badanej grupie najbardziej pozytywne nastawienie psychiczne charakteryzowało kobiety z prawidłową masą ciała (M = 3,44), natomiast najmniejsze nasilenie pozytywnego nastawienia psychicznego występowało u respondentek z otyłością (M = 3,23). Pielęgniarki z masą ciała w normie (M = 3,56) prezentowały najbardziej prawidłowe nawyki żywieniowe, z kolei najmniej racjonalne odżywianie dotyczyło osób z otyłością (M = 3,24) (Tabela 95).

Tabela 95. BMI a średnie wartości nasilenia zachowań zdrowotnych wg IZZ

IZZ	BMI	N	M	SD	Mediana	Min	Max	Q1	Q3	p
Wynik ogólny IZZ	Wychudzenie, niedowaga – A	20	81,95	13,52	81,5	50	110	71,75	92	p = 0,002 *
	Masa ciała w normie – B	341	82,7	13,76	83	24	120	74	92	B>C>D
	Nadwaga – C	207	80,43	13,3	81	47	115	72	89,5	
	Otyłość – D	72	77,19	12,41	74,5	49	111	69	86,25	
Prawidłowe nawyki żywieniowe	Wychudzenie, niedowaga – A	20	3,44	0,7	3,5	2,17	5	3,12	3,67	p = 0,001 *
	Masa ciała w normie – B	341	3,56	0,72	3,67	1	5	3	4	B>C,D
	Nadwaga – C	207	3,4	0,73	3,5	1,83	5	2,83	4	
	Otyłość – D	72	3,24	0,65	3,08	2	4,67	2,83	3,83	
Zachowania profilaktyczne	Wychudzenie, niedowaga	20	3,58	0,71	3,83	1,5	4,5	3,46	4	p = 0,056
	Masa ciała w normie	341	3,51	0,72	3,5	1	5	3	4	
	Nadwaga	207	3,47	0,68	3,5	2	5	3	4	
	Otyłość	72	3,32	0,65	3,17	1,83	4,83	2,83	3,71	
Pozytywne nastawienie psychiczne	Wychudzenie, niedowaga – A	20	3,27	0,91	3,25	1,67	4,83	2,67	4	p = 0,041 *
	Masa ciała w normie – B	341	3,44	0,7	3,5	1	5	3	4	B,C>D
	Nadwaga – C	207	3,4	0,66	3,33	1	5	3	3,83	
	Otyłość – D	72	3,23	0,6	3	1,67	4,5	2,83	3,83	
Praktyki zdrowotne	Wychudzenie, niedowaga – A	20	3,38	0,7	3,33	2	4,83	2,96	3,58	p = 0,02 *
	Masa ciała w normie – B	341	3,26	0,64	3,33	1	5	2,83	3,67	B>C,D

IZZ	BMI	N	M	SD	Mediana	Min	Max	Q1	Q3	p
	Nadwaga – C	207	3,14	0,6	3,17	1,5	5	2,83	3,5	
	Otyłość – D	72	3,07	0,59	3	1,67	5	2,67	3,5	

p – test Kruskala-Wallisa + analiza post-hoc (test Dunna), M – wartość średnia, SD – odchylenie standardowe, Q1 – kwartyl dolny, Q3 – kwartyl górny
* zależność istotna statystycznie (p < 0,05)

Wskaźnik BMI a spożywanie alkoholu

W badanej grupie spożywania alkoholu najczęściej dotyczyło respondentek z otyłością, najrzadziej natomiast po alkohol sięgały pielęgniarki z wychudzeniem lub niedowagą (p = 0,031) (Tabela 96).

Tabela 96. BMI a spożywanie alkoholu

Spożywanie alkoholu	BMI				p
	Wychudzenie, niedowaga	Masa ciała w normie	Nadwaga	Otyłość	
Codziennie	0 (0,00%)	1 (0,29%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p = 0,031
Raz w tygodniu	0 (0,00%)	17 (4,99%)	12 (5,80%)	13 (18,06%)	
Kilka razy w miesiącu	4 (20,00%)	46 (13,49%)	37 (17,87%)	9 (12,50%)	
Raz w miesiącu	0 (0,00%)	18 (5,28%)	13 (6,28%)	2 (2,78%)	
Okazjonalnie	12 (60,00%)	203 (59,53%)	103 (49,76%)	36 (50,00%)	
Nie piję alkoholu	4 (20,00%)	56 (16,42%)	42 (20,29%)	12 (16,67%)	

p – dokładny test Fishera

Wskaźnik BMI a rodzaj stosowanej diety

Wskaźnik BMI badanych był czynnikiem determinującym rodzaj stosowanej diety (p < 0,001). Diety lekkostrawnej używały najczęściej pielęgniarki z prawidłową masą ciała, najrzadziej natomiast respondentki z otyłością. Z kolei na dietę bogatą w warzywa i owoce najczęściej wskazywały osoby z wychudzeniem lub niedowagą, natomiast na dietę bogatą w tłuszcze, głównie pochodzenia zwierzęcego – osoby z otyłością, podobnie, jak na dietę bogatą w węglowodany (Tabela 97).

Tabela 97. BMI a rodzaj stosowanej diety

Rodzaj stosowanej diety	BMI				p
	Wychudzenie, niedowaga	Masa ciała w normie	Nadwaga	Otyłość	
Dieta bogata w węglowodany	0 (0,00%)	10 (2,93%)	15 (7,25%)	11 (15,28%)	p < 0,001
Dieta bogata w tłuszcze, głównie pochodzenia zwierzęcego	2 (10,00%)	21 (6,16%)	21 (10,14%)	16 (22,22%)	

Rodzaj stosowanej diety	BMI				p
	Wychudzenie, niedowaga	Masa ciała w normie	Nadwaga	Otyłość	
Dieta bogata w tłuszcze, głównie pochodzenia roślinnego	1 (5,00%)	10 (2,93%)	5 (2,42%)	0 (0,00%)	
Dieta bogata w warzywa i owoce	3 (15,00%)	46 (13,49%)	19 (9,18%)	3 (4,17%)	
Dieta bogatobiałkowa	2 (10,00%)	13 (3,81%)	3 (1,45%)	1 (1,39%)	
Dieta lekkostrawna	3 (15,00%)	67 (19,65%)	28 (13,53%)	7 (9,72%)	
Dieta zróżnicowana	9 (45,00%)	174 (51,03%)	115 (55,56%)	34 (47,22%)	
Inna	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (0,48%)	0 (0,00%)	

p – dokładny test Fishera

Wskaźnik BMI a aktywność fizyczna

Wykazano, że w badanej grupie czas przeznaczany na aktywność fizyczną był najdłuższy wśród respondentek z wychudzeniem lub niedowagą, najkrótszy natomiast u ankietowanych z otyłością (p = 0,009) (Tabela 98).

Tabela 98. BMI a czas przeznaczony na aktywność fizyczną

Czas przeznaczony W ciągu tygodnia na aktywność fizyczną	BMI				p
	Wychudzenie, niedowaga	Masa ciała w normie	Nadwaga	Otyłość	
< 1 godziny	6 (30,00%)	93 (27,27%)	74 (35,75%)	25 (34,72%)	p = 0,009
1 – 3 godziny	8 (40,00%)	129 (37,83%)	62 (29,95%)	22 (30,56%)	
4 – 6 godzin	5 (25,00%)	40 (11,73%)	24 (11,59%)	5 (6,94%)	
Powyżej 6 godzin	1 (5,00%)	25 (7,33%)	8 (3,86%)	0 (0,00%)	
Nie podejmuję aktywności fizycznej	0 (0,00%)	54 (15,84%)	39 (18,84%)	20 (27,78%)	

p – dokładny test Fishera

Wskaźnik BMI a wiek urodzenia pierwszego dziecka

Wystąpiły istotne różnice pomiędzy wskaźnikiem BMI respondentek a wiekiem urodzenia pierwszego dziecka (p < 0,001). Pielęgniarki z otyłością, najczęściej deklarowały urodzenie pierwszego dziecka przed 20. rokiem życia, z kolei na wiek urodzenia pierwszego dziecka po 30. roku życia wskazywało najwięcej kobiet z nadwagą (Tabela 99).

Tabela 99. BMI a wiek urodzenia pierwszego dziecka

Wiek urodzenia pierwszego dziecka	BMI				p
	Wychudzenie, niedowaga	Masa ciała w normie	Nadwaga	Otyłość	
Przed 20. rokiem życia	0 (0,00%)	11 (3,23%)	7 (3,38%)	3 (4,17%)	p < 0,001
Między 20. a 30. rokiem życia	2 (10,00%)	178 (52,20%)	149 (71,98%)	48 (66,67%)	
Po 30. roku życia	0 (0,00%)	12 (3,52%)	10 (4,83%)	3 (4,17%)	
Nie posiadam dzieci	18 (90,00%)	140 (41,06%)	41 (19,81%)	18 (25,00%)	

p – dokładny test Fishera

Wskaźnik BMI a karmienie piersią

W badanej grupie odsetek kobiet, które karmiły dziecko/dzieci piersią przez co najmniej 6 miesięcy po urodzeniu był największy wśród respondentek z nadwagą, najmniejszy natomiast – wśród badanych z wychudzeniem lub niedowagą (p < 0,001) (Tabela 100).

Tabela 100. BMI a karmienie piersią przez co najmniej 6 miesięcy

Karmienie dziecko/dzieci piersią przez co najmniej 6 miesięcy po urodzeniu	BMI				p
	Wychudzenie, niedowaga	Masa ciała w normie	Nadwaga	Otyłość	
Tak	1 (5,00%)	137 (40,18%)	102 (49,28%)	26 (36,11%)	p < 0,001
Nie	1 (5,00%)	65 (19,06%)	66 (31,88%)	28 (38,89%)	
Nie dotyczy	18 (90,00%)	139 (40,76%)	39 (18,84%)	18 (25,00%)	

p – test chi-kwadrat

Wskaźnik BMI a wykonywanie samobadania piersi

Wskaźnik BMI był czynnikiem determinującym wykonywanie samobadania piersi przez respondentki (p = 0,008). Wykonanie tego badania najczęściej deklarowały kobiety z nadwagą, najrzadziej natomiast pielęgniarki z wychudzeniem lub niedowagą (Tabela 101).

Tabela 101. BMI a wykonywanie samobadania piersi

Wykonywanie samobadania piersi	BMI				p
	Wychudzenie, niedowaga	Masa ciała w normie	Nadwaga	Otyłość	
Tak	11 (55,00%)	274 (80,35%)	170 (82,13%)	50 (69,44%)	p = 0,008
Nie	9 (45,00%)	67 (19,65%)	37 (17,87%)	22 (30,56%)	

p – dokładny test Fishera

Wskaźnik BMI a wizyty kontrolne u lekarza u ginekologa

W badanej grupie częstość wizyt u ginekologa była największa wśród respondentek z masą ciała w normie, najmniejsza natomiast – wśród badanych z otyłością ($p < 0,001$) (Tabela 102).

Tabela 102. BMI a wizyyty kontrolne u ginekologa

Korzystanie z wizyt kontrolnych u lekarza ginekologa	BMI				p
	Wychudzenie, niedowaga	Masa ciała w normie	Nadwaga	Otyłość	
Raz na rok	12 (60,00%)	179 (52,49%)	93 (44,93%)	34 (47,22%)	p < 0,001
Raz na 2 lata	3 (15,00%)	105 (30,79%)	70 (33,82%)	13 (18,06%)	
Raz na kilka lat	2 (10,00%)	46 (13,49%)	40 (19,32%)	23 (31,94%)	
Nie korzystam z wizyt u ginekologa	3 (15,00%)	11 (3,23%)	4 (1,93%)	2 (2,78%)	

p – dokładny test Fishera

Wskaźnik BMI a wykonanie badania USG piersi

Wykazano istotne różnice pomiędzy wskaźnikiem BMI a wykonywaniem przez pielęgniarki USG piersi ($p = 0,022$). Wykonanie tego badania najczęściej deklarowały respondentki z masą ciała w normie, najrzadziej natomiast – osoby z wychudzeniem lub niedowagą (Tabela 103).

Tabela 103. BMI a wykonanie badania USG piersi

Wykonanie badania USG piersi	BMI				p
	Wychudzenie, niedowaga	Masa ciała w normie	Nadwaga	Otyłość	
Raz na rok	4 (20,00%)	63 (18,48%)	32 (15,46%)	8 (11,11%)	p = 0,022
Raz na 2 lata	2 (10,00%)	82 (24,05%)	46 (22,22%)	15 (20,83%)	
Raz na kilka lat	0 (0,00%)	45 (13,20%)	47 (22,71%)	15 (20,83%)	
Nie miałam wykonanego tego badania	14 (70,00%)	151 (44,28%)	82 (39,61%)	34 (47,22%)	

p – dokładny test Fishera

Wskaźnik BMI a wykonanie mammografii

Wykonanie badania mammograficznego najczęściej dotyczyło pielęgniarek z nadwagą, najrzadziej natomiast – respondentek z wychudzeniem lub niedowagą ($p < 0,001$) (Tabela 104).

Tabela 104. BMI a wykonanie mammografii

Wykonanie mammografii	BMI				p
	Wychudzenie, niedowaga	Masa ciała w normie	Nadwaga	Otyłość	
Tak	0 (0,00%)	67 (19,65%)	83 (40,10%)	26 (36,11%)	p < 0,001
Nie	20 (100,00%)	274 (80,35%)	124 (59,90%)	46 (63,89%)	

p – test chi-kwadrat

Wskaźnik BMI a samoocena zachowań zdrowotnych

Wskaźnik BMI nie wpływał istotnie na samoocenę zachowań zdrowotnych respondentek (p = 0,561).

Występowanie raka piersi w rodzinie a poziom wiedzy

Występowanie raka piersi w rodzinie istotnie determinowało poziom wiedzy kobiet w zakresie tego nowotworu (p = 0,006). W badanej grupie poziom wiedzy był istotnie wyższy wśród respondentek, w których rodzinie występowały nowotwory złośliwe piersi (M = 15,74) i wśród pielęgniarek z brakiem takich doświadczeń chorobowych w rodzinie (M = 15,84) niż wśród badanych, które nie wiedziały, czy w ich rodzinie występowały nowotwory złośliwe piersi (M = 13,35) (Tabela 105).

Tabela 105. Występowanie raka piersi w rodzinie a poziom wiedzy

Występowanie raka piersi w rodzinie	N	Poziom wiedzy [punkty]							p
		M	SD	Mediana	Min	Max	Q1	Q3	
Tak – A	59	15,74	2,72	16,35	8,09	20,66	14,34	17,42	p = 0,006 *
Nie – B	562	15,84	3,67	16,19	3,47	22,90	14,09	18,34	A,B>C
Nie wiem – C	19	13,35	3,29	13,33	7,11	18,20	12,17	16,03	

p – test Kruskala-Wallisa + analiza post-hoc (test Dunna), M – wartość średnia, SD – odchylenie standardowe, Q1 – kwartyl dolny, Q3 – kwartyl górny
* zależność istotna statystycznie (p < 0,05)

Występowanie raka piersi w rodzinie a poziom zachowań zdrowotnych wg IZZ, spożywanie alkoholu, rodzaj diety, aktywność fizyczna, wiek urodzenia pierwszego dziecka,

Nie wykazano różnic istotnych statystycznie pomiędzy występowaniem raka piersi w rodzinie a poziomem nasilenia zachowań zdrowotnych respondentek (p = 0,556), spożywaniem alkoholu (p = 0,664), rodzajem diety (p = 0,844), podejmowaniem aktywności fizycznej (p = 0,173), wiekiem urodzenia pierwszego dziecka (p = 0,429) oraz karmieniem piersią (p = 0,378).

Występowanie raka piersi w rodzinie a samobadanie piersi

Występowanie raka piersi w rodzinie respondentek determinowało natomiast wykonywanie samobadania piersi (p = 0,001). Pielęgniarki, w których rodzinie występowały nowotwory złośliwe piersi, częściej niż kobiety, które nie miały wiedzy w tym zakresie, wykonywały samobadanie piersi (Tabela 106).

Tabela 106. Występowanie raka piersi w rodzinie a samobadanie piersi

Wykonywanie samobadania piersi	**Występowanie raka piersi w rodzinie**			**p**
	Tak	**Nie**	**Nie wiem**	
Tak	49 (83,05%)	448 (79,72%)	8 (42,11%)	p = 0,001
Nie	10 (16,95%)	114 (20,28%)	11 (57,89%)	

p – dokładny test Fishera

Występowanie raka piersi w rodzinie a wizyty u ginekologa

Wykazano istotne różnice pomiędzy występowaniem raka piersi w rodzinie a korzystaniem przez respondentki z wizyt kontrolnych u lekarza ginekologa (p = 0,031). Najczęściej do ginekologa zgłaszały się pielęgniarki, w rodzinie których odnotowano przypadki raka piersi (Tabela 107).

Tabela 107. Występowanie raka piersi w rodzinie a wizyty u ginekologa

Wizyty u lekarza ginekologa	**Występowanie raka piersi w rodzinie**			**p**
	Tak	**Nie**	**Nie wiem**	
Raz na rok	32 (54,24%)	277 (49,29%)	9 (47,37%)	p = 0,031
Raz na 2 lata	15 (25,42%)	171 (30,43%)	5 (26,32%)	
Raz na kilka lat	10 (16,95%)	100 (17,79%)	1 (5,26%)	
Nie korzystam z wizyt u ginekologa	2 (3,39%)	14 (2,49%)	4 (21,05%)	

p – dokładny test Fishera

Występowanie raka piersi w rodzinie a wykonywanie mammografii

Występowanie raka piersi w rodzinie determinowało wykonywanie mammografii przez respondentki (p = 0,018). Najczęściej badanie to wykonywały pielęgniarki, w których rodzinie występowały nowotwory złośliwe piersi, najrzadziej natomiast badane nie posiadające wiedzy na ten temat (Tabela 108).

Tabela 108. Występowanie raka piersi w rodzinie a wykonanie mammografii

Wykonywanie mammografii	Występowanie raka piersi w rodzinie			p
	Tak	Nie	Nie wiem	
Tak	24 (40,68%)	150 (26,69%)	2 (10,53%)	p = 0,018
Nie	35 (59,32%)	412 (73,31%)	17 (89,47%)	

p – test chi-kwadrat

Występowanie raka piersi w rodzinie a wykonywanie badania USG, przyczyna niewykonywania badań profilaktycznych, samoocena zachowań zdrowotnych

Występowanie raka piersi w rodzinie nie wpływało istotnie na wykonywanie badania USG (p = 0,099), przyczyny niewykonywania badań profilaktycznych (p = 0,183) oraz samoocenę respondentek w zakresie zachowań zdrowotnych (p = 0,669).

5. DYSKUSJA

Choroby nowotworowe stały się istotnym problemem medycznym, społecznym i ekonomicznym o zasięgu globalnym. W Polsce stanowią drugą, po chorobach układu krążenia przyczynę zgonów. Od wielu lat, najczęściej występującym nowotworem złośliwym u kobiet, zarówno w Polsce, jak i na świecie jest rak piersi [22,100,101,147, 267,268]. Dotyczy kobiet o różnym statusie zawodowym, społecznym i ekonomicznym i coraz częściej rozpoznawany jest u kobiet młodych [12,256]. Pomimo postępu w diagnostyce i leczeniu, śmiertelność z powodu raka piersi pozostaje wciąż wysoka, zwłaszcza wśród kobiet, u których choroba została wykryta w zaawansowanym stadium rozwoju. Przyczyną takiego stanu rzeczy jest zbyt późne rozpoznanie choroby, które zmniejsza szansę na wyleczenie i powrót do zdrowia, jak również brak systematycznego wykonywania badań profilaktycznych, co z kolei wiąże się z niską świadomością społeczną, a także lękiem przed diagnozą. Wśród czynników ryzyka raka piersi znajdują się takie, na które kobieta ma wpływ, pod warunkiem posiadania wiedzy na temat tych czynników, wykonywania badań przesiewowych i samobadania piersi. Istotnym elementem profilaktyki raka piersi powinno być nie tylko przekazywanie kobietom informacji na temat znaczenia badań profilaktycznych, ale także motywowanie ich do zachowań prozdrowotnych.

Personel medyczny, w tym pielęgniarki, powinien podejmować działania w kierunku podnoszenia poziomu świadomości zdrowotnej kobiet, wykorzystując swoją wiedzę oraz prezentując postawę sprzyjającą zdrowiu [85,256]. Rak piersi stanowi istotny problem zdrowotny i duże wyzwanie dla współczesnej medycyny. Kluczowe znaczenie w ograniczeniu zachorowalności i umieralności ma zapobieganie i wczesne wykrycie nowotworu, możliwe dzięki skutecznej profilaktyce pierwotnej i wtórnej oraz odpowiedniemu poziomowi wiedzy kobiet na temat czynników ryzyka, objawów choroby oraz badań przesiewowych [11,86,100,145,223].

Jednym z istotnych wyznaczników zachowań i przekonań zdrowotnych jest poziom wiedzy społeczeństwa, stąd dla wzmacniania potencjału zdrowotnego ludności, ważne jest propagowanie prawidłowych wzorców zachowań oraz prozdrowotnego stylu życia [199]. Edukacja zdrowotna w zakresie raka piersi odgrywa istotną rolę w kształtowaniu postaw i zachowań prozdrowotnych. Wiedza na temat choroby, znaczenia badań przesiewowych oraz regularnych wizyt u specjalistów, jak również zasad samobadania piersi, przyczynia się do wzrostu odsetka kobiet zgłaszających się na badania

profilaktyczne. Mimo dostępności programów profilaktycznych w Polsce, udział kobiet w badaniach przesiewowych pozostaje niewystarczający. Bariery takie jak lęk, brak wiedzy, błędne przekonania czy niska świadomość znaczenia badań profilaktycznych, wymagają wsparcia oraz systematycznych działań edukacyjnych ze strony personelu medycznego. Pielęgniarki, poprzez swoją wiedzę i postawy prozdrowotne oraz bliski kontakt z pacjentkami, odgrywają niezastąpioną rolę w edukacji zdrowotnej i wspieraniu kobiet w działaniach profilaktycznych. Powinny aktywnie uczestniczyć w promowaniu wiedzy o raku piersi i zachęcać kobiety do regularnych badań, jak również same poddawać się badaniom profilaktycznym. Zwiększenie świadomości społecznej, szczególnie wśród młodych kobiet, może realnie przyczynić się do zmniejszenia liczby zaawansowanych przypadków choroby oraz poprawy rokowania [127,201,208].

Celem badań własnych było określenie poziomu wiedzy i zachowań zdrowotnych pielęgniarek aktywnych zawodowo w zakresie zapobiegania i wczesnego wykrywania raka piersi u kobiet. W procesie badawczym określono poziom wiedzy respondentek, przeanalizowano zachowania zdrowotne oraz przedstawiono umiejscowienie kontroli zdrowia i poczucie własnej skuteczności pielęgniarek. Zdefiniowano także czynniki demograficzne, społeczne i medyczne, mające wpływ na poziom wiedzy i zachowania zdrowotne respondentek w zakresie zapobiegania i wczesnego wykrywania raka piersi. Określono również związki zachodzące pomiędzy poziomem wiedzy kobiet a zachowaniami zdrowotnymi, umiejscowieniem kontroli zdrowia i poczuciem własnej skuteczności w badanej grupie.

Badaniem objęto 640 pielęgniarek pracujących w następujących podmiotach leczniczych: SSPOO im. Ks. Bronisława Markiewicza w Brzozowie, SPZOZ w Sanoku, SPMZPOZ w Sanoku oraz SPZOZ w Lesku. Średnia wieku respondentek wyniosła 44,11 lat, przy czym najmłodsza kobieta miała 25 lat, a najstarsza 70 lat. Większość respondentek stanowiły mężatki (60,47%) oraz mieszkanki wsi (65,78%), określające swoją sytuację materialną jako dobrą (75,16%). W badanej grupie zdecydowanie przeważały kobiety posiadające wykształcenie wyższe (85,94%), pracujące w ramach umowy o pracę (98,12%), najczęściej w oddziale o profilu zachowawczym (69,38%). Respondentki w większości (77,97%) nie posiadały dodatkowego miejsca pracy, najczęściej pracowały w zawodzie 5 lat (30,16%) oraz 6 – 15 lat (25,62%). W badanej grupie największy odsetek – 34,22% stanowiły kobiety bezdzietne oraz posiadające 2 dzieci – 32,34%. Zdecydowana większość respondentek (97,97%) nie chorowała na

raka piersi. Występowanie tego nowotworu w rodzinie zdeklarowało 9,22% pielęgniarek, rak piersi najczęściej występował u babci (44,07%) i matki (38,98%) badanych kobiet.

Wiedza na temat raka piersi, jego objawów, czynników ryzyka i metod wykrywania stanowi podstawowy element skutecznej profilaktyki tego nowotworu. Kobiety, które posiadają wiedzę w tym zakresie, częściej podejmują działania prewencyjne, co przekłada się na większą szansę wczesnego wykrycia choroby. W Polsce nadal wiele kobiet nie zna zasad samobadania piersi i nie uczestniczy regularnie w badaniach przesiewowych. Do najważniejszych czynników sprzyjających niskiej zgłaszalności na badania należą: brak wiedzy, niska świadomość zagrożenia, lęk przed diagnozą, jak również błędne przekonania dotyczące badań. W związku z powyższym, kluczową rolę w przełamywaniu tych barier odgrywać może edukacja zdrowotna, prowadzona przez pielęgniarki.

Istotne znaczenie w zakresie zapobiegania i wczesnego wykrywania raka piersi ma wiedza personelu medycznego – zwłaszcza pielęgniarek. Wśród osób wykonujących zawody medyczne, to właśnie pielęgniarki w głównej mierze zajmują się edukacją pacjentek, wspierając je w podejmowaniu działań prozdrowotnych oraz szerzeniu postaw sprzyjających wczesnemu wykrywaniu nowotworów, w tym raka piersi. Mimo, iż od personelu pielęgniarskiego wymaga się szerokiej wiedzy w obszarze chorób nowotworowych i ciągłej jej aktualizacji, to istnieje niewiele badań dotyczących weryfikacji poziomu wiedzy pielęgniarek w tym zakresie. Wyniki badań wskazują, że wiedza pielęgniarek na temat profilaktyki raka piersi jest zróżnicowana i często niewystarczająca, co ogranicza ich potencjał jako edukatorów zdrowotnych [2,205,208,227,256].

W badaniach własnych wiedza respondentek na temat raka piersi i profilaktyki tego nowotworu kształtowała się na średnim poziomie (61,25%). Zbliżone wyniki uzyskali w swoich badaniach badaniach Ponczek i Kusińska, w których przeważały pielęgniarki (60%) wykazujące średni poziom wiedzy w zakresie raka piersi i szyjki macicy [207] i Jarzynkowski i wsp., którzy wykazali, że poziom pielęgniarek i położnych z zakresu profilaktyki raka piersi kształtował się na średnim poziomie [114]. Wysoki poziom wiedzy na temat raka piersi i profilaktyki tego nowotworu w badaniach własnych dotyczył jedynie 27,19% respondentek, natomiast niskim poziomem wiedzy charakteryzowało się 11,56% badanych kobiet. Lepsze wyniki uzyskali Nowicki i wsp. badając stan wiedzy pracowników medycznych i niemedycznych na temat czynników ryzyka i profilaktyki chorób cywilizacyjnych, którzy wykazali, że pielęgniarki posiadały

wysoki poziom wiedzy [188]. Oceny poziomu wiedzy pielęgniarek środowiskowych w zakresie profilaktyki chorób nowotworowych dokonał także Adamowicz, który wykazał że najwięcej pielęgniarek (43,3%) posiadało wysoki i dość wysoki poziom wiedzy, 31,3% respondentek wykazywało średni poziom wiedzy, a wiedza co czwartej pielęgniarki (25,4%) była na poziomie niskim [2]. Analizując badania Piotrowicz i Lesińskiej-Sawickiej można stwierdzić, że większość pielęgniarek (68,7%) posiadała dostateczny poziom wiedzy na temat profilaktyki raka piersi, dobry poziom wiedzy wykazywało 15,2% kobiet, a niedostateczny poziom – 16,2% respondentek. Zwraca uwagę fakt, że żadna z badanych pielęgniarek nie posiadała bardzo dobrego poziomu wiedzy na temat profilaktyki raka piersi [205]. Badania Pacian i wsp. wykazały niedostateczny poziom wiedzy młodych kobiet z zakresu profilaktyki raka piersi [199]. Arif i wsp. badając kobiety w Pakistanie, niemające wykształcenia medycznego, wykazali, że 58% respondentek nie posiadało wystarczającej wiedzy na temat raka piersi [16].

Istnieje wiele czynników ryzyka raka piersi, należą do nich m.in.: płeć, wiek, czynniki genetyczne, bezdzietność, późne macierzyństwo, otyłość, przebyta choroba nowotworowa, a także nieodpowiednia dieta, czy też nadmierne spożywanie alkoholu [228]. Znajomość czynników ryzyka raka piersi jest bardzo ważna, ze względu na początkowe bezobjawowe stadium rozwoju choroby. Dodatkowo, wiele poznanych czynników ryzyka raka piersi ma charakter modyfikowalny, a ich eliminacja wpływa na zmniejszenie zachorowalności i umieralności z powodu tego nowotworu [228,230,231] Znajomość czynników ryzyka raka piersi jest pierwszym krokiem do wprowadzenia właściwych zachowań zdrowotnych i rezygnacji z takich, które przyczyniają się do rozwoju choroby. Wiedza na temat czynników ryzyka raka piersi może zmotywować kobiety do dbania o własne zdrowie i podejmowania działań w zakresie profilaktyki tego nowotworu [187,246,269].

Badania własne wykazały, że większość pielęgniarek znała czynniki ryzyka raka piersi. Respondentki najczęściej wskazywały na: rodzinne występowanie raka piersi (79,53%), mutacje genów BRCA 1 i BRCA 2 (57,66%), płeć żeńską (47,66%), bezdzietność (45,94%), wiek po 50 roku życia (40,00), stosowanie hormonalnej terapii zastępczej (34,84%), antykoncepcji doustnej (30,94%). Niemniej jednak, wiedza dotycząca czynników modyfikowalnych, takich jak otyłość (25,31%) czy spożywanie alkoholu (19,22%) oraz brak aktywności fizycznej (12,66%) była ograniczona. Podobne wyniki w swoich badaniach uzyskali Wojciechowicz i wsp., w których kobiety najczęściej wymieniały następujące czynniki ryzyka raka piersi: dziedziczność (72,50%),

obciążenia genetyczne (64,17%), wiek (63,33%), mutację genu BRCA1 lub BRCA2 (51,67%), stosowanie koncepcji hormonalnej (49,17%), długotrwały stres (49,17%), stosowanie używek (30,00%), nadwagę/otyłość (28,33%), hormonoterapię zastępczą (23,33%), bezdzietność (21,67%) i małą aktywność fizyczną (19,17%) [269]. Smoleń i Dobrowolska, badając poziom wiedzy pielęgniarek województwa lubelskiego i podkarpackiego w zakresie czynników ryzyka nowotworów piersi wykazały, że dla respondentek najistotniejszymi czynnikami ryzyka choroby były: rodzinne występowanie nowotworów (91,3%), przyjmowanie leków hormonalnych (72,2%) oraz promieniowanie jonizujące (71,2%). Pielęgniarki wskazywały również na czynniki środowiskowe związane z pracą zawodową (56,5%), a blisko połowa respondentek wyraziła opinię, że czuje się narażona na czynniki ryzyka chorób nowotworowych. Ponad jedna trzecia kobiet uważała, że dieta bogatotłuszczowa i nadużywanie alkoholu to czynniki ryzyka rozwoju raka piersi [228].

W badaniach Szadowskiej-Szlachetka i wsp. najczęściej wskazywanymi przez badane kobiety czynnikami mającymi wpływ na rozwój raka piersi były: występowanie raka piersi w rodzinie (98,0%), mutacja w genie BRCA1 lub BRCA2 (95,2%), ekspozycja na promieniowanie jonizujące (91,8%) a także wiek powyżej 50 roku życia (91,2%). Z kolei czynnikami wskazywanymi przez badane najrzadziej były: niska aktywność fizyczna (55,1%) oraz spożywanie alkoholu powyżej 1 porcji tygodniowo (53,1%) [246]. W badaniach Mróz i wsp. mieszkańcy Lubelszczyzny, jako główny czynnik ryzyka raka piersi wskazywali uwarunkowania genetyczne (75,2%) [180], podobnie jak 64% kobiet w badaniach Lewandowskiej i wsp. [160] oraz 84,7% respondentek w badaniach Nowak i wsp. [187]. Z kolei w badaniach Mehiret i wsp.[175] aż 77,1% absolwentek Uniwersytetu Debre Tabor w północno-centralnej Etiopii wskazało obciążenie rodzinne, jako najistotniejszy czynnik ryzyka raka piersi, podobnie jak w badaniach Poehls i wsp. [206] oraz Rahman i wsp. [211].

Wołowski i Wróblewska, badając wiedzę gdańskich studentek na temat profilaktyki raka piersi wykazali, że ponad połowa respondentek (55,2%) potrafiła prawidłowo wymienić wszystkie czynniki ryzyka raka piersi [270]. Z kolei w badaniach przeprowadzonych przez Chao i wsp. w Tanzanii wykazano, że aż około 50% kobiet nie znało żadnych czynników ryzyka raka piersi [55.]. Analizując badania Piotrowicz i Lesińskiej-Sawickiej można stwierdzić, że 46,5% pielęgniarek posiadało dostateczny poziom wiedzy na temat profilaktyki raka piersi, niedostateczny poziom wiedzy wykazywało 45,5% badanych, dobry tylko 7,2% kobiet, a bardzo dobry poziom –

zaledwie 1% respondentek [205]. Z kolei wyniki badań Pruchniak i wsp. wykazały, że ponad połowa pielęgniarek (57,5%) charakteryzowała się niedostatecznym poziomem wiedzy na temat czynników ryzyka raka piersi [208]. Fotedar i wsp stwierdzili, średni poziom wiedzy w tym zakresie wykazało 49% respondentek [82].

Wiedza na temat objawów raka piersi pozwala na szybką identyfikację niepokojących zmian w piersiach i podjęcie dalszych działań w zakresie diagnostyki i leczenia [249,269]. W badaniach własnych respondentki najczęściej prawidłowo wskazywały objawy raka piersi tj.: zmianę wyglądu brodawki sutkowej (75,62%), nieregularny, twardy guzek w miąższu piersi, zwykle niebolesny (74,84%), zmiany skórne (47,81%), powiększenie węzłów chłonnych pachowych (46,88%), jak również zmianę wielkości, kształtu piersi (39,69%). Według kobiet w badaniach Wojciechowicz i wsp. wiodącym objawem nowotworu piersi był wyczuwalny guzek (87,50%), a w dalszej kolejności: zniekształcenie brodawki (70,00%), wydzielina z brodawki (63,33%), zmiana kształtu piersi (56,67%), zmiana wielkości piersi (55,00%), a także wciągnięcie brodawki (54,17%), zaczerwienienie i zgrubienie skóry na piersi, tzw. „skórka pomarańczy" (32,50%) oraz poszerzenie żył skóry piersi (19,17%) [269]. Lewandowska i wsp. wykazali, że najczęściej wskazywanymi przez kobiety objawami raka piersi były: guz w piersi lub pod pachą (96%), krwisty wyciek z brodawki sutkowej (76%), objaw skórki pomarańczowej (44%), zmiany wyglądu brodawek (30%), obrzęk piersi (28%) oraz ból w obrębie piersi (16%) [160].

Kobiety po 40. roku życia w badaniach Lorenc i wsp. wymieniały podobne objawy, mogące sugerować nowotwór piersi, tj.: guz w obrębie piersi (97%), powiększenie węzłów chłonnych w dole pachowym (72,5%), zmiana wielkości i kształtu piersi (51%) [163]. Pacjentki oddziału ginekologiczno-położniczego w badaniach Paździor i wsp. najczęściej wymieniały następujące objawy raka piersi; pojawienie się guzka w piersi, bez dolegliwości bólowych (73%), krwisty wyciek z brodawki (40%), powiększenie węzłów chłonnych w dole pachowym (35%), asymetrię i obrzęk (22%), ból (22%) oraz zaczerwienienie, zasinienie i wciągnięcie brodawki sutkowej (21%) [201]. Badania Piaszczyk i wsp. wykazały, że studenci Państwowej Szkoły Wyższej w Białej Podlaskiej potrafili wskazać wiele objawów raka piersi, najczęściej wymieniali: guz w piersi (35%), zmianę wielkości lub kształtu piersi (30%), wyciek z brodawki (28%), ból i nadwrażliwość piersi na dotyk (22%), powiększenie węzłów chłonnych (13%) [203].

Z kolei w badaniach Szadowskiej-Szlachetka i wsp. najczęściej wskazywanymi przez studentki pielęgniarstwa objawami raka piersi były: wciągniecie bądź zniekształcenie

brodawki sutkowej (89,8%), powiększenie rozmiaru węzłów chłonnych (88,4%), wysięk z brodawki sutkowej (87,1%), nieprzesuwalny guzek w piersi (82,3%) [246]. Wiedza kobiet na temat objawów raka piersi w badaniach Strojek i wsp. kształtowała się następująco: guzek lub stwardnienie piersi wskazało 28% badanych, powiększone węzły chłonne pachowe – 24% respondentek, wydzielinę lub krwawienie z brodawki – 23% kobiet, ból piersi – 10% badanych, asymetrię lub powiększenie piersi – 7% kobiet, zmiany w kształcie piersi – 6% respondentek [239].

Pielęgniarki w badaniach własnych znały podstawowe metody wykrywania raka piersi. USG piersi wskazało 93,28% ankietowanych, a na mammografię – 91,25% badanych kobiet. Większość pielęgniarek wymieniała również samobadanie piersi (86,56%) oraz badanie fizykalne piersi, wykonywane przez lekarza (56,25%). Piaszczyk i wsp. wykazali, że ponad połowa kobiet (65%), za najlepszą metodę diagnozowania zmian w piersiach uważała mammografię, co piąta respondentka (20%) – ultrasonografię, a co dziesiąta kobieta (12%) wskazała na samobadanie piersi [203]. Kobiety w badaniach Wojciechowicz i wsp. wśród metod diagnozowania raka piersi na pierwszym miejscu wskazały mammografię (91,67%), następnie samobadanie piersi (81,67%), USG piersi (65,00%), markery w badaniu krwi (39,17%), rezonans magnetyczny (37,50%), badania patomorfologiczne (23,33%), tomografię komputerową (22,50%) [269]. Z kolei większość gdańskich studentek wydziału lekarskiego w badaniach Wołowskiego i Wróblewskiej nie potrafiła wskazać metody diagnostyki zmian nowotworowych w piersiach u kobiet młodych do 25 roku życia, zaledwie 30% respondentek miało świadomość, iż metodą tą jest badanie ultrasonograficzne [270].

Analiza wyników badań Nowak i wsp. wykazała, że kobiety, wśród metod diagnostycznych raka piersi, najczęściej wskazywały na: mammografię (62,2%), samobadanie piersi (56,2%), USG piersi (37,8%) oraz kliniczne badanie piersi (5%) [187]. Tesfaw i wsp., prowadząc badania w Etiopii wśród kobiet – pracowników służby zdrowia wykazali, że większość respondentek (79,7%) prezentowała dobry poziom wiedzy na temat metod wczesnego wykrywania raka piersi [253]. Podobne wyniki uzyskali Fotedar i wsp., w badaniach przeprowadzonych wśród indyjskich pielęgniarek, w których zdecydowana większość respondentek (70,2%) wykazywała dobry i bardzo dobry poziom wiedzy w tym zakresie [82].

Zdecydowana większość respondentek (90,47%) w badaniach własnych, podobnie, jak u Wołowskiego i Wróblewskiej (96%) [270] oraz Michalik i wsp. (92%) była zdania, że nie wszystkie wykryte w piersi zmiany są złośliwe [176]. Prawie wszystkie kobiety

(97%) w badaniach Huniewicz i Klimaszewskiej [111] oraz Strojek i wsp. (98%) również wiedziały, że nie każda zmiana wykryta w piersiach jest rakiem [239].

W badaniach własnych większość pielęgniarek (64,53%) prawidłowo definiowała pojęcie profilaktyki, jako zapobieganie chorobom, jednakże dla niemal co trzeciej respondentki (29,84%) termin ten oznaczał edukację zdrowotną, a 5,62% kobiet kojarzyło profilaktykę ze wzmacnianiem zdrowia. Znacznie lepsze wyniki uzyskali w badaniach Ponczek i Kusińska, w których aż 90,0% pielęgniarek właściwie rozumiało profilaktykę [207]. Zdecydowanej większości kobiet (62%) w badaniach Pacian i wsp. profilaktyka kojarzyła się z zapobieganiem chorobom, z kolei dla 34% respondentek pojęcie to oznaczało wykonywanie badań w celu wykrycia choroby. Najmniejszy odsetek badanych (4%) zdefiniował profilaktykę jako działania polegające wyłącznie na zwalczaniu choroby [199]. W badaniach własnych zdecydowanie przeważały respondentki, które uważały, iż można skutecznie zmniejszyć ryzyko zachorowania na raka piersi (71,25%). Przeciwnego zdania była niemal co dziesiąta pielęgniarka (9,38%), a blisko co piąta kobieta (19,38%) nie miała zdania na ten temat. W badaniach Piaszczyk i wsp. 75% kobiet uważało, że chorobie nowotworowej piersi można zapobiec ale aż 25% respondentek było zdania, że nie ma takiej możliwości [203].

Michalik i wsp., badając wiedzę kobiet zamieszkujących tereny wiejskie i miejskie w zakresie nowotworów piersi wykazali, że zdecydowana większość respondentek (91%) uważała, że rak piersi wykryty we wczesnym stadium jest uleczalny [176]. Respondentki w badaniach własnych w większości znały czynniki zmniejszające ryzyko rozwoju raka piersi, wskazując najczęściej na poddawanie się regularnym badaniom profilaktycznym (86,72%), zdrowe odżywianie (48,75%), urodzenie pierwszego dziecka przed 30. rokiem życia (40,26%), karmienie dziecka piersią co najmniej do 6 miesiąca życia (40,62%), czy podejmowanie regularnej aktywności fizycznej (25,78%). Pacian i wsp. wykazali, że do działań pozytywnie wpływających na zapobieganie i wczesne wykrywanie raka piersi kobiety najczęściej zaliczały: samobadanie piersi od 20. roku życia (76%), badanie lekarskie raz w roku (61%), wykonywanie mammografii (71%), zdrowy styl życia (42%), unikanie używek (24%), aktywność fizyczną (16%), karmienie piersią (10%), zwiększenie spożycia warzyw i owoców (7%) oraz ograniczenie tłuszczów zwierzęcych w diecie (3%) [199].

Badania profilaktyczne należą do jednej z najlepszych metod wczesnego wykrywania nowotworów piersi. Każda kobieta po ukończeniu 20. roku życia powinna posiadać wiedzę oraz umiejętność wykonania samobadania piersi. Ważne jest poznanie

zasady jego przeprowadzania oraz objawów niepokojących [80,111,249]. W badaniach własnych ponad połowa respondentek (61,72%) wiedziała, w jakim wieku kobieta powinna rozpocząć samobadanie piersi, jednak 31,72% pielegniarek było zdania, że wiek nie ma znaczenia. Niektóre ankietowane uważały, że samobadanie piersi należy rozpocząć dopiero po urodzeniu pierwszego dziecka (1,25%). Lepsze wyniki badań uzyskały Huniewicz i Klimaszewska, które wykazały, że wiek rozpoczęcia samobadania piersi znało aż 93% respondentek [111].

Wykonywanie samobadania piersi stanowi przejaw troski o własne zdrowie i powinno być wykonywane co miesiąc [80,111,249]. W badaniach własnych zdecydowana większość pielęgniarek (79,06%) poprawnie wskazała, że samobadanie piersi należy wykonywać raz w miesiącu, podobnie jak w badaniach Pacian i wsp., gdzie takiej odpowiedzi udzieliło 75% respondentek [199] oraz w badaniach Huniewicz i Klimaszewskiej, w których 71% kobiet również wskazało prawidłowy termin wykonania samobadania piersi [111]. Największym poziomem wiedzy w tym zakresie wykazały się studentki pielęgniarstwa w badaniach Szadowskiej-Szlachetka i wsp., w których aż 93,9% respondentek udzieliło poprawnej odpowiedzi [246]. W innym badaniu, przeprowadzonym przez Bogusza i wsp. ponad połowa respondentek (58%) wiedziała kiedy należy przeprowadzić samobadanie piersi [34], podobnie jak w badaniu Ślusarskiej i wsp., gdzie prawidłową odpowiedź wskazało 62,5% kobiet [249]. Roemer-Ślimak i wsp. wykazali, że wiedzę na temat terminu wykonywania samobadania piersi posiadało tylko 38% kobiet zamieszkujących województwo małopolskie oraz zdecydowana większość (75%) mieszkanek województwa dolnośląskiego [216]. Z kolei w badaniach Ponczek i Kusińskiej większość pielęgniarek uważała, że piersi należy kontrolować raz w miesiącu, a co dziesiąta respondentka była zdania, że samobadanie piersi powinno być wykonywane rzadziej niż raz na rok [207].

Poza regularnością wykonywania samobadania piersi, istotne znaczenie ma jego przeprowadzenie w odpowiednim czasie cyklu miesiączkowego. Powinno być wykonywane kilka dni po zakończonej miesiączce, natomiast po zakończeniu okresu miesiączkowania badanie przeprowadza się w ten sam dzień każdego miesiąca [80,111,199,249]. W badaniach własnych, pielęgniarki w większości wiedziały (77,19%), że samobadanie piersi należy wykonywać 2-3 dni po zakończeniu miesiączki, jednak niemal co czwarta respondentka udzieliła błędnej odpowiedzi. Ponad połowa młodych kobiet (58%) w badaniach Pacian i wsp. wiedziała, że samobadanie piersi należy wykonywać po menstruacji ale niemal jedna trzecia respondentek (27%) była zdania, że termin wykonania badania nie ma

istotnego znaczenia [199]. W badaniach Piaszczyk i wsp. wykazano, że 64% kobiet była zdania, iż samobadanie piersi powinno być wykonywane tydzień po miesiączce, 17% respondentek wskazało na tydzień przed miesiączką, 11% kobiet uważało, że badanie to wykonuje się niezależnie od dnia cyklu menstruacyjnego, a niemal co dziesiąta kobieta (8%) nie wiedziała, kiedy należy je wykonać [203]. Ponczek i Kusińska wykazali, że brak umiejętności wykonania samobadania piersi zdeklarowało 10% pielęgniarek. Ponad połowa respondentek (62,5%) uważała, że piersi powinny być kontrolowane tydzień po menstruacji, a 12,5% badanych stwierdziło, że nie ma wiedzy w tym zakresie [207].

W badaniach własnych, respondentki w zdecydowanej większości (88,28%) wiedziały, z jakich etapów powinno składać się samobadanie piersi, a 11,72% ankietowanych wykazało się brakiem wiedzy na ten temat. Jeszcze lepsze wyniki uzyskali w badaniach Szadowska-Szlachetka i wsp., w których niemal wszystkie kobiety, studentki pielęgniarstwa (99,3%) wykazały się znajomością etapów samobadania piersi, wskazując na ich oglądanie i badanie palpacyjne, jedynie 0,7% respondentek wskazało na samo badanie palpacyjne, a żadna z osób nie wykazała się brakiem wiedzy w tym zakresie [246]. Z kolei Piaszczyk i wsp. wykazali, że ponad połowa kobiet (57%) uważała, iż samobadanie piersi polega na oglądaniu i badaniu palpacyjnym [203].

Samobadanie piersi należy przeprowadzać w pozycji stojącej oraz leżącej i taką odpowiedź w badaniach własnych wskazało tylko 41,25% pielęgniarek, a ponad połowa respondentek (51,41%) błędnie podała tylko pozycję stojącą. Zdecydowanie wyższym poziomem wiedzy w tym zakresie wykazały się studentki pielęgniarstwa w badaniach Szadowskiej-Szlachetka i wsp., które w zdecydowanej większości (72,8%) udzieliły poprawnej odpowiedzi [246]. W badaniach Piaszczyk i wsp. znacznie przeważały kobiety (70%), które uważały, że samobadanie piersi należy wykonywać tylko w pozycji stojącej przed lustrem, a 30% respondentek wskazało na pozycję leżącą, jako właściwą do przeprowadzenia badania piersi [203]. Badania przeprowadzone przez Bulut i Bulut wśród tureckich pielęgniarek i położnych podstawowej opieki zdrowotnej wykazały, że 30,2% pielęgniarek i położnych posiadało pełną wiedzę na temat samobadania piersi, 42,9% wykazywało niepełną wiedzę, a pozostałe respondentki nie znały zasad samobadania piersi [45]. W badaniach Mehiret i wsp. zdecydowana większość absolwentek uniwersytetu (76,67%) posiadała dobrą wiedzę na temat samobadania piersi[175]. Głównym źródłem wiedzy na ten temat były środki masowego przekazu, pracownicy służby zdrowia i przyjaciele (63,77%), jednak tylko 40,70% studentek wykonało samobadanie piersi, a reszta nie wykonała go z powodu braku wiedzy. Badania przeprowadzone w Erytrei

wśród pielęgniarek wykazały, że 75,8% respondentek posiadało wiedzę na temat rozpoczęcia samobadania piersi, a 80% kobiet znało zasady wykonania samobadania [13]. Znajomość zasad samobadania piersi zdeklarowało aż 97,3% pielęgniarek w badaniach Smoleń i Dobrowolskiej [227]. Wysokim poziomem wiedzy wykazały się również kobiety w badaniach Strojek i wsp., w których aż 90% respondentek znało zasady wykonywania samobadania piersi [239].

W badaniach własnych respondentki zapytano o wiek, w jakim wskazane jest wykonanie badania USG piersi, w ramach wczesnego wykrywania raka piersi. W badanej grupie przeważały kobiety, które prawidłowo wskazały na 20-40 rok życia (64,69%), jednak 35,31% ankietowanych wskazało błędną odpowiedź. W badaniach Piaszczyk i wsp. ponad połowa kobiet (55%) była zdania, że badanie USG należy wykonać poniżej 35. roku życia, a 5%, uznało, że badania nie zaleca się w celach profilaktycznych [203].

Kluczowym badaniem, mającym na celu wczesne wykrycie patologicznych zmian w obrębie piersi jest mammografia [199]. Obecnie w Polsce kobiety w wieku 45-74 lata mogą wykonać bezpłatną mammografię w ramach Populacyjnego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Piersi. W okresie przeprowadzania badań własnych program ten był dedykowany kobietom w wieku 50-69 lat i taką odpowiedź przyjęto za prawidłową. W badaniach własnych niewiele ponad połowa respondentek (59,69%) poprawnie wskazała wiek wykonania bezpłatnej mammografii, w ramach programu, pozostałe pielęgniarki nie posiadały wiedzy w tym zakresie. Wyniki badań Pacian i wsp**.** wykazały, że 69% kobiet wiedziało, iż bezpłatną mammografię przesiewową można wykonać od 50. roku życia, a niemal co dziesiąta respondentka (8%) uważała, że badanie to dedykowane jest kobietom od 20 lub 40 roku życia [199].

W badaniach Piaszczyk i wsp. większość respondentek (72%) odpowiedziała, że po 50. roku życia każda kobieta powinna wykonać mammografię raz w roku. Znacznie mniejszy odsetek badanych (15%) uważał, że mammografię należy wykonywać co 2 lata, a 5% kobiet wskazało na 3 lata [203]. W badaniach Szadowskiej-Szlachetka i wsp. kobietom, studentkom kierunku pielęgniarstwo, zadano pytanie, w jakim wieku kobieta ma prawo do bezpłatnej mammografii bez skierowania lekarskiego. Odpowiedzi były zróżnicowane, przy czym największa liczba badanych odpowiedziała poprawnie (59,2%). Pozostałe odpowiedzi respondentek wskazywały na wiek 20-69 lat (16,3%), 30-69 lat (11,6%) oraz 40-69 lat (12,9%) [246]. W Polsce, pomimo realizacji profilaktycznego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Piersi, obserwuje się niską zgłaszalność kobiet na badania. W związku z tym ważne jest poznanie uwarunkowań

uczestnictwa kobiet w badaniach przesiewowych, mających istotne znaczenie w profilaktyce wtórej raka piersi. Szczególną grupą kobiet stanowią pielęgniarki, które uczestnicząc w badaniach przesiewowych dbają o swoje zdrowie, a ich postawa może być przykładem dla innych kobiet, pozostających pod ich opieką z racji wykonywanego zawodu [226,228]. W badaniach własnych pielęgniarki w większości podzielały opinię, że badania przesiewowe w kierunku raka piersi są w Polsce łatwo dostępne (63,91%). Co piąta respondentka (20,16%) negatywnie oceniła dostęp do takich badań, pozostałe kobiety (15,94%) nie miały zdania na ten temat. W badaniach Ponczek i Kusińskiej większość pielęgniarek (75%) również dobrze oceniła dostępność badań profilaktycznych w miejscu zamieszkania [207].

Istotną rolę w edukacji zdrowotnej społeczeństwa powinien pełnić personel medyczny. Z badań własnych wynika, że dla pielęgniarek głównym źródłem wiedzy na temat profilaktyki raka piersi był Internet (63,44%) oraz książki i czasopisma medyczne (62,50%), znacznie rzadziej czerpały wiedzę od lekarza (20,31%), czy innej pielęgniarki/ położnej (12,03%). Podobne wyniki w swoich badaniach uzyskali Poczek i Kusińska [207] oraz Pacian i wsp. [199], którzy wykazali dominację źródeł internetowych nad bezpośrednim kontaktem z personelem medycznym w zakresie pozyskiwania wiedzy na temat profilaktyki raka piersi. W badaniach Wojciechowicz i wsp. ankietowane kobiety najczęściej swoją wiedzę na temat raka piersi również pozyskiwały z Internetu (71,67%), następnie literatury medycznej (39,17%), najrzadziej natomiast – od lekarza rodzinnego (6,67%) [269]. Z kolei Pruchniak i wsp. wykazali, że głównym źródłem wiedzy pielęgniarek na temat czynników ryzyka raka piersi była literatura medyczna (70,0%), Internet (65,0%) oraz lekarz (60,8%) [208].

Dla pielęgniarek w badaniach Smoleń i Dobrowolskiej [228] najważniejszym źródłem informacji z zakresu profilaktyki raka piersi był Internet (51,6%). W innych badaniach, Smoleń i Dobrowolska wykazały, że pielęgniarki informacje na temat samobadania piersi uzyskiwały głównie w szkole medycznej (29,3%) oraz w gabinecie ginekologicznym (16,8%). Niepokoi fakt, że aż 12,5% respondentek wskazało piśmiennictwo, głównie niefachowe, jako źródło informacji [227]. Piaszczyk i wsp. wykazali również, że najwięcej badanych kobiet (41%) wiedzy na temat profilaktyki raka piersi poszukiwało w Internecie [203]. Respondentki wskazywały również na telewizję i radio (26%), ulotki (25%), książki i prasę (20%). Tylko 11% kobiet wiedzę na temat profilaktyki raka piersi uzyskało od lekarza, a zaledwie 4% respondentek – od pielęgniarki [203]. W badaniach Pacian główne źródło informacji na temat profilaktyki

raka piersi dla respondentek stanowiła telewizja (63%) oraz Internet (58%), a dla niemal połowy badanych kobiet (47%) był to personel medyczny (lekarz, pielęgniarka) [199]. Podobne wyniki w swoich badaniach uzyskały Smoleń i Dobrowolska wykazując, że dla 51,6% pielęgniarek najważniejszym źródłem informacji na temat czynników ryzyka raka piersi był Internet, a co czwarta respondentka wskazała na literaturę fachową [228]. Z kolei głównym źródłem wiedzy w tym zakresie dla pielęgniarek w badaniach Ponczek i Kusińskiej była fachowa literatura (26,7%) i lekarz (22,2%) [207]. Dla kobiet w Arabii Saudyjskiej głównymi źródłami wiedzy na temat raka piersi były również media społecznościowe i telewizja, a tylko 8,8% respondentek pozyskiwało informację od pracowników medycznych [10].

W badaniach własnych pielęgniarki dokonały samooceny posiadanej wiedzy na temat profilaktyki raka piersi. W badanej grupie przeważały kobiety określające swój poziom wiedzy jako dobry (47,50%) i dostateczny (42,34%), a na niedostateczny poziom wiedzy wskazało tylko 4,53% respondentek. W badaniach Wojciechowicz i wsp. kobiety najczęściej oceniały swój poziom wiedzy na temat raka piersi jako przeciętny (40,00%), dość dobry (25,00%) oraz dobry (20,84%) [269]. W innym badaniu, przeprowadzonym przez Ponczek i Kusińską respondentki poziom swojej wiedzy w zakresie profilaktyki raka piersi określały najczęściej jako dobry (37,5%) lub przeciętny (26,3%) [207]. Z kolei wśród kobiet biorących udział w badaniu Bogusz i wsp największą grupę (74%) stanowiły respondentki oceniające swoją wiedzę na temat profilaktyki raka piersi na poziomie średnim [34].

Młode kobiety w wieku 21-28 lat, biorące udział w badaniach Piaszczyk i wsp. najczęściej oceniały swój poziom wiedzy jako przeciętny [203], podobnie jak respondentki w badaniach Najdyhor i wsp. [185] oraz Strojek i wsp [239]. Kalinowski i Bojakowska, badając poziom wiedzy studentek i kobiet pracujących w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi wykazali, że studentki najczęściej oceniały swoją wiedzę na poziomie dobrym, natomiast kobiety pracujące – na przeciętnym [126]. Również w badaniach innych autorów własną wiedzę na temat profilaktyki raka piersi, ankietowane oceniały najczęściej na poziomie średnim [34,126,185]. W badaniach Strojek i wsp. ponad połowa kobiet (58%) określiła swoją wiedzę na temat profilaktyki raka piersi jako przeciętną, a tylko 3% respondentek – jako bardzo dobrą [239]. Analiza badań Paździor i wsp. wskazała, że aż 75% respondentek przyznało, iż ma niewystarczającą wiedzę w tym zakresie [201].

W badaniach własnych wykazano zapotrzebowanie pielęgniarek na edukację w zakresie profilaktyki raka piersi, ponieważ aż 84,53% respondentek chciałoby poszerzyć swoją wiedzę w tym obszarze, podobnie, jak w badaniach Pruchniak i wsp., gdzie taką potrzebę zgłosiło 75% pielęgniarek [208]. Wyniki badań Bryan i wsp. oraz Yilmaz i wsp. pokazały, że realizacja programów edukacyjnych, dotyczących raka piersi i metod wczesnego wykrywania tego nowotworu podniosła poziom wiedzy i świadomości kobiet, jak również pozytywnie wpłynęła na ich stosunek do badań przesiewowych [41,277]. Celowe jest zatem opracowanie opartych na dowodach i ukierunkowanych programów edukacyjnych dla pracowników ochrony zdrowia, którzy z kolei mogą odegrać kluczową rolę w edukacji społeczeństwa na temat czynników ryzyka raka piersi i znaczenia wczesnego wykrywania tego nowotworu.

W profilaktyce raka piersi, oprócz posiadanej wiedzy, istotne znaczenie ma wykonywanie badań przesiewowych. Regularne samobadanie piersi umożliwia wykrycie zmian i nieprawidłowości w gruczole piersiowym. Jest to prosta metoda, dlatego istotne jest uświadamianie kobiet w tym zakresie oraz nauka prawidłowej techniki samodzielnego badania piersi. Znaczący udział w edukacji kobiet powinien mieć lekarz i pielęgniarka [239]. W badaniach własnych tylko niemal połowa respondentek (48,28%) zdeklarowała wykonywanie samobadania piersi raz w miesiącu, a co piąta pielęgniarka (20,31%) nie wykonywała tej czynności. W badaniach Piaszczyk wykazano, że więcej niż połowa badanych kobiet (55%) wykonywała samobadanie piersi [203]. Więcej niż ¼ badanych kobiet (37%) samodzielnie badała swoje piersi 1–2 miesiące temu, 25% kobiet wykonało takie badanie pół roku temu, 18% kobiet rok temu, a 13% kobiet ponad rok temu. Tylko 7 kobiet nie potrafiło odpowiedzieć, kiedy ostatnio wykonało samobadanie piersi [203]. W badaniach Bulut i Bulut wykazano, że zdecydowana większość (87,3%) tureckich pielęgniarek i położnych wykonywała samobadanie piersi ale tylko 39% respondentek wykonywało tę czynność regularnie [45]. Badania przeprowadzone w Erytrei wykazały, że 60% pielęgniarek wykonywało samobadanie piersi co miesiąc [13].

W badaniach przeprowadzonych w Etiopii przez Mehiret i wsp. tylko 40,70% absolwentek uniwersytetu wykonywało samobadanie piersi, pozostałe respondentki nie wykonywały tego badania, głównie z powodu braku wiedzy [175], podobnie jak w badaniach Tesfaw i wsp., gdzie 42,1% etiopskich kobiet – pracowników służby zdrowia regularnie praktykowało samobadanie piersi [253]. Z kolei w badaniach Dagne i wsp., przeprowadzanych w tym samym kraju, również wśród kobiet związanych z opieką zdrowotną, tylko 15,2% respondentek zdeklarowało comiesięczne wykonywanie

samobadania piersi [67]. Wyniki badań w Indiach i Tanzanii są jeszcze bardziej niepokojące, ponieważ wykazały, że tylko 10% kobiet w Indiach i około 5% Tanzanii miało kiedykolwiek wykonane badanie przesiewowe w kierunku raka piersi, a około 5% w Tanzanii [55,209]. W tych samych badaniach wykazano, że w Tanzanii tylko 26,1% kobiet słyszało o raku piersi, a około 10% otrzymało wcześniej edukację onkologiczną [55]. Z kolei w Mumbaju tylko 49% kobiet było świadomych problemu raka piersi [209]. W Królestwie Arabii Saudyjskiej odsetek kobiet wykonujących samobadanie piersi był wyższy tylko w u kobiet będących pracownikami służby zdrowia i wynosił około 75% [96]. W badaniach malezyjskich, oprócz barier takich jak ubóstwo, negatywne postrzeganie choroby oraz bariery religijne i kulturowe, powodem opóźnienia w wykrywaniu i leczeniu raka piersi był wpływ medycyny alternatywnej [133].

W badaniach Ponczek i Kusińskiej wykonywanie samobadania piersi zdeklarowało aż 80% pielęgniarek. Respondentki samobadanie piersi najczęściej wykonywały raz w miesiącu (42,5%) lub raz na pół roku (22,5%) [207]. Przeważająca większość studentek (76,5%) w badaniach Wołowskiego i Wróblewskiej nie badała swoich piersi systematycznie. Regularnie samobadanie piersi zdeklarowało zaledwie 23,5% respondentek, a ponad połowa studentek (54%) nie miała pewności, czy wykonuje je prawidłowo. Wyniki są niepokojące, zwłaszcza, że badania dotyczyły studentek wydziału lekarskiego [270]. Podobne wyniki uzyskali Malicka i Jelecka, przeprowadzając badania wśród studentek wrocławskich uczelni, które wykazały, że samobadanie piersi wykonywało 50% ogółu respondentek a tylko 30% studentek kierunków medycznych dokonywało samobadania piersi raz w miesiącu [171]. W badaniach Strojek i wsp. mimo, że aż 90% kobiet zdeklarowało znajomość metody samobadania piersi, tylko 35% respondentek wykonywało je regularnie a 73% sporadycznie [239]. Podobne wyniki uzyskali inni autorzy. W badaniach Paździor samobadanie piersi wykonywało 70% kobiet, ale regularnie tylko 36% respondentek [201]. Wykonywanie samobadania piersi co miesiąc zdeklarowało 30,1% pielęgniarek z województwa lubelskiego i podkarpackiego w badaniach Smoleń i Dobrowolskiej. Nieregularne badanie piersi dotyczyło 53,5% respondentek, natomiast 17,5% kobiet nie wykonywało samobadania [227].

W badaniach własnych niemal wszystkie respondentki (96,87%) uczęszczały na wizyty kontrolne u lekarza ginekologa, najczęściej raz na rok (49,69%) oraz raz na dwa lata (29,84%). Z kolei w badaniach Piaszczyk wykazano, że tylko 45% kobiet zdeklarowało regularną kontrolę u ginekologa [203], podobnie jak w badaniach Pruchniak i wsp., gdzie na wizyty raz w roku uczęszczało 44,2% respondentek [208]. W badaniach Ponczek

i Kusińskiej najliczniejszą grupę (37,5%) stanowiły pielęgniarki korzystające z porady lekarza ginekologa raz w roku, najmniej liczną (10%) – korzystające rzadziej - 3-5 lat [207].

Ważnym elementem profilaktyki raka piersi jest systematyczne wykonywanie USG piersi**,** zwłaszcza u młodszych kobiet, u których nie można wykonać mammografii z powodu zbyt gęstej tkanki gruczołu piersiowego [239]. W badaniach własnych, ponad połowa pielęgniarek (56,09%) zdeklarowała wykonanie USG piersi, najczęściej raz na dwa lata, jednak 43,91% respondentek nigdy nie poddało się temu badaniu. Podobne wyniki uzyskali Strojak i wsp., w których 58% kobiet miało wykonanego USG piersi. Z kolei Pruchniak i wsp., wykazali, że USG piersi miała wykonane niespełna co trzecia pielęgniarka (32,5%) [208]. W badaniach Pacian i wsp. tylko 27% kobiet w wieku 20–45 lat zdeklarowało wykonanie badania ultrasonograficznego piersi [199]. Analiza badań przeprowadzonych przez Ponczek i Kusińską wykazała, że 75% pielęgniarek miało wykonaną mammografię lub USG piersi, jednak w ostatnim roku – już tylko 36,3% respondentek [207].

Za złoty standard w wykrywaniu raka piersi we wczesnym stadium uznawana jest mammografia**.** Regularne wykonywanie badania mammograficznego wiąże się ze zmniejszeniem śmiertelności z powodu nowotworu piersi o 20% do 25%. [76]. Fancellu i wsp. wykazali, że średnia wielkość guza u kobiet regularnie wykonujących mammografię, była istotnie mniejsza (14 mm), w porównaniu do kobiet, które nie miały tego badania (18 mm) ($p < 0,01$), co zwiększało prawdopodobieństwo mniej rozległego zabiegu chirurgicznego i krótszego pobytu w szpitalu [76].

Program badań przesiewowych w kierunku raka piersi w Polsce obejmuje wykonywaną co dwa lata bezpłatną mammografię. Badanie to jest obecnie dostępne dla kobiet w wieku 45–74 lat, po rozszerzeniu w 2023 r. przedziału wiekowego wynoszącego wcześniej 50–69 lat. W 2023 roku udział w badaniach przesiewowych w kierunku raka piersi w Polsce był niski, na bezpłatną mammografię w ramach programu zgłosiło się 37% kobiet, co nie sprzyja zmniejszeniu umieralności z powodu raka piersi [126,194,227]. Jak wynika z badań Smoleń, Karczmarek-Borowskiej, Siwczyńskiej, programy profilaktyczne umożliwiają nie tylko na wczesne wykrycie zmian w piersi, ale także sprzyjają zachowaniom prozdrowotnym kobiet, mającym na celu systematyczne wykonywanie badań [129,224,227].

W badaniach własnych niespełna co trzecia respondentka (27,50%) miała wykonaną mammografię. Mogło to wynikać z faktu, iż średnia wieku badanej grupy wynosiła 44,11 lat. Niewiele lepsze wyniki uzyskali Pruchniak i wsp. badając pielęgniarki

w podobnym wieku, którzy wykazali, że badanie mammograficzne przynajmniej raz w życiu wykonało 40,8% respondentek [208]. Znacznie gorzej wypadły indyjskie pielęgniarki w badaniach Fotedar i wsp., w których tylko 7% respondentek miało wykonaną mammografię [82]. W badaniach Ponczek i Kusińskiej większość pielęgniarek (75%) miała kiedykolwiek wykonaną mammografię lub USG piersi, jednak w ostatnim roku miało te badania wykonywane już tylko 36,3% respondentek [207]. Z kolei w badaniach Smoleń i Dobrowolskiej tylko co piąta pielęgniarka (20,7%) zdeklarowała wykonanie badania mammograficznego piersi [227].

W badaniach Karczmarek-Borowskiej aż 97,0% kobiet z terenów wiejskich zdeklarowało wykonywanie badań przesiewowych [129]. W badaniach Al.-Mousa i wsp. wykazano, że tylko 17,2% kobiet jordańskich miało wykonaną mammografię [9]. Wyższe wskaźniki wykonywania tego badania odnotowano u respondentek z Turcji, gdzie wykonanie tego badania zdeklarowało 39,4% kobiet pracujących w służbie zdrowia [4], podobnie jak w badaniach Strojek i wsp., w których mammografię wykonało 30% respondentek [239]. Prawie połowa kobiet (45%) w badaniach Pacian i wsp**.** nie poddała się żadnym badaniom profilaktycznym, będąc w większości (76,0%) świadomymi, że jest to ważny element profilaktyki [199]. Ponad 40% pielęgniarek w badaniach Kilar i wsp. nie uczestniczyło w żadnych badaniach profilaktycznych. Wśród kobiet deklarujących udział w badaniach profilaktycznych, największa grupa (30,1%) miała wykonaną mammografię [135.]. Z kolei w badaniach Mrozowicza i Guty połowa kobiet (49%) brała udział w badaniach przesiewowych przynajmniej raz w roku [179]. Badania przeprowadzone w Indiach, Kuwejcie i Nepalu wykazały również, że kobiety nie miały tendencji do regularnego wykonywania mammografii [82,218, 219,220].

W badaniach własnych, głównym powodem udziału pielęgniarek w badaniach profilaktycznych w kierunku raka piersi była dbałość o swoje zdrowie (38,59%) oraz przekonanie, że wczesne wykrycie choroby zwiększa szansę na wyleczenie (20,31%), jednak 36,88% pielęgniarek nie wzięło w nich udziału. Kobiety w badaniach Strojek i wsp. jako motywację do wykonania badań profilaktycznych, wymieniały: zaproszenie do udziału w badaniu profilaktycznym (30%), sugestia lekarza (19%), namowa osoby bliskiej/znajomej (11%), niepokojące objawy (7%) [239]. W badaniach własnych respondentki najczęściej wskazywały na następujące przyczyny niewykonywania badań profilaktycznych: brak niepokojących objawów (20,47%), młody wiek (11,88%), brak czasu (4,84%) oraz obawę o zły wynik badania (4,22%). Z kolei w badaniach Strojek i wsp. kobiety za główną przeszkodę w działaniach profilaktycznych uważały brak

świadomości o możliwym zagrożeniu (38%) oraz ograniczony dostęp do specjalistów (35%) [239]. Analiza badań Piaszczyk i wsp. wykazała, że 40% kobiet za główną przyczynę niepodejmowania działań profilaktycznych uważały strach przed chorobą. Respondentki wskazywały również na brak czasu (17%), a niemal co czwarta kobieta (23%) uznała, że czynnikiem wpływającym na niepodejmowanie działań profilaktycznych jest brak wiedzy [203].

W badaniach Pacian i wsp. respondentki za główną blokadę działań profilaktycznych w kierunku raka piersi uważały brak wiedzy społeczeństwa (79%), wskazywały również na ograniczony dostęp do badań diagnostycznych (61%) oraz brak środków finansowych (55%). Aż 39% kobiet, jako jedną z przeszkód wskazało brak zaufania do lekarza, a 26% respondentek stwierdziło, że wstydliwy charakter choroby stanowi przyczynę niepodejmowania działań profilaktycznych [199]. W badaniach Ponczek i Kusińskiej najwięcej kobiet (31,5%), jako powód niezgłaszania się na badania profilaktyczne w zakresie raka piersi podawało strach/lęk przed diagnozą [207]. W dalszej kolejności respondentki wymieniały: brak dolegliwości (25,8%), brak czasu (22,5%), a co piąta kobieta wskazywała na brak wiedzy (20,2%). Badania Al-Mousa i wsp. wykazały, że jordańskie kobiety najczęściej wskazywały na następujące przyczyny niewykonywania mammografii: brak informacji na temat badania (31,3%), strach przed wynikami (24,6%), zażenowanie (21,5%) oraz wysoki koszt badania (13,9%) [9]. Wśród kobiet pracujących w służbie zdrowia, w badaniach Alenezi i wsp. barierami uniemożliwiającymi im korzystanie z badań mammograficznych najczęściej były: strach przed wykryciem raka (57,2%), obawa przed narażeniem na promieniowanie (57%) oraz zażenowanie związane z badaniami piersi (48,6%) [8].

Autorzy badań od lat wykazują, ze istotną przyczyną niewykonywania przez kobiety badań profilaktycznych jest zbyt niski poziom wiedzy na temat profilaktyki raka piersi, co potwierdza potrzebę edukacji kobiet w tym zakresie [163,185,216,249]. Wbadaniach własnych pielęgniarki, mimo iż miały świadomość znaczenia badań profilaktycznych, to jednak nie wykonywały ich regularnie. Jest to zjawisko niepokojące z powodu funkcji zawodowych i ról, jakie pełni ta grupa zawodowa, szczególnie w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej społeczeństwa.

W profilaktyce raka piersi istotne znaczenie, obok posiadanej wiedzy i wykonywania badań przesiewowych ma podejmowanie prozdrowotnych, modyfikowalnych zachowań zdrowotnych, zmniejszających ryzyko zachorowania, takich jak: regularna aktywność fizyczna, kontrola masy ciała, racjonalne odżywianie, unikanie używek. Zachowania

zdrowotne to podejmowane i realizowane przez człowieka czynności, mające pozytywny lub negatywny wpływ na zdrowie. Problematyka zachowań zdrowotnych jest bardzo często podejmowana w badaniach naukowych, w których podkreśla się znaczenie przyjętej postawy wobec zdrowia i wynikających z niej zachowań prozdrowotnych. [46,81,83,110,]. Ważnym miejscem, mającym wpływ na zachowania zdrowotne pacjentów i ich modyfikację są placówki medyczne i kadra świadcząca usługi. Główne zadania edukacyjne w zespole interdyscyplinarnym podejmują pielęgniarki, które oprócz posiadanej wiedzy, powinny prezentować prozdrowotne zachowania, stanowiąc wzór do naśladowania, co nie tylko zmniejszy ryzyko zachorowania w tej grupie zawodowej, ale i odbiorców świadczeń medycznych [150,212,213,230].

Spożywanie alkoholu wskazywane jest jako jeden z modyfikowalnych czynników ryzyka raka piersi. Jego długotrwałe stosowanie zwiększa prawdopodobieństwo zachorowania na ten nowotwór nawet o 30-40% [170,228,246]. W badaniach własnych pielęgniarki najczęściej spożywały alkohol okazjonalnie (55,31%), na sięganie po napoje alkoholowe kilka razy w miesiącu wskazało 15,00% respondentek, natomiast brak spożycia alkoholu zdeklarowała niemal co piąta kobieta (17,81%). Badania Paździor i wsp. wykazały, że co dziesiąta kobieta spożywała alkohol [201], z kolei w badaniach Strojek i wsp używki wyeliminowało 43% kobiet [239]. Malczyk i Kapera stwierdzili, że większość respondentów regularnie spożywała napoje alkoholowe [170]. Z kolei badania Remigrońskiej i Włoszczak-Szubzda wykazały, że 67% pielęgniarek siegało po alkohol okazjonalnie, a 22% nie piła alkoholu [214].

Nieprawidłowe nawyki żywieniowe stanowią istotny czynnik rozwoju wielu chorób nowotworowych, w tym także raka piersi. Do grupy czynników dietetycznych, którym przypisuje się istotne znaczenie w zwiększonym ryzyku rozwoju nowotworów piersi, zalicza się dietę bogatotłuszczową. Nadmierna podaż z pożywieniem tłuszczów zwierzęcych, będących źródłem nasyconych kwasów tłuszczowych (NKT) stymuluje rozrost komórek nowotworowych i zwiększa ryzyko zachorowania m.in. na raka piersi. W całodziennej diecie należy ograniczyć tłuszczów zawierających kwasy tłuszczowe nasycone, których źródłem jest przede wszystkim czerwone mięso [170,228]. W badaniach własnych ponad połowa pielęgniarek (51,88%,) określiła swoją dietę jako zróżnicowaną, spożywanie lekkostrawnych posiłków zdeklarowało 16,41% respondentek, na dietę bogatą w warzywa i owoce wskazało 11,09% kobiet, a niemal co dziesiąta badana (9,38%) stosowała dietę bogatą w tłuszcze, głównie pochodzenia zwierzęcego. W badaniach Strojek i wsp. Tylko 12% respondentek zdeklarowało stosowanie zdrowej diety [239].

W badaniach własnych pielęgniarki najczęściej spożywały mięso czerwone raz w tygodniu (25,62%), kilka razy w miesiącu (24,22%) oraz kilka razy w tygodniu (22,97%). Dla zdecydowanej większości kobiet (76,25%) głównym źródłem tłuszczu w diecie było masło, niemal połowa respondentek (49,06%) wskazała również na oleje roślinne. W badaniach Bartosiewicz i wsp. wykazano, że 21,21% pielęgniarek spożywało codziennie czerwone mięso, kiełbasy i podobne produkty, a 28,39% respondentek jadło je 2–4 razy w tygodniu [24]. W innych badaniach Bartosiewicz i wsp. codzienne spożywanie czerwonego mięsa i wędlin deklarowało19,2% pielęgniarek [26]. Malczyk i Kapera wykazały, że tylko co 7. Badana osoba deklarowała, że nie stosuje do pieczywa żadnego tłuszczu. Pozostałe wybierały masło (52,1%) lub margarynę (30%) [170].

Aktywność fizyczna jest ważnym elementem utrzymania prawidłowej masy ciała. Regularne podejmowanie aktywności ruchowej zmniejsza ryzyko rozwoju raka piersi, poprze przede wszystkim zmniejszenie produkcji estrogenów. To także modyfikowalny czynnik ryzyka raka piersi [170,230]. W badaniach własnych respondentki najczęściej przeznaczały na aktywność fizyczną od 1 do 3 godzin (34,53%) oraz mniej niż 1 godzinę (30,94%) w ciągu tygodnia, a niemal co piąta pielęgniarka (17,66%) nie podejmowała aktywności fizycznej. Konieczny i Rasińska wykazali, że druga badana pielęgniarka (50%) codziennie lub kilka razy w tygodniu korzystała z różnych form aktywności sportowo-rekreacyjnych, a tylko 3,0% pielęgniarek i położnych nie uczestniczyło w ww. formach aktywności [142]. W badaniach Strojek i wsp. 19% kobiet zdeklarowało podejmowanie regularnej aktywności fizycznej [239]. Lepsze wyniki badań uzyskały Smoleń i Dobrowolska, w których regularną aktywność fizyczną podejmowało 62% pielęgniarek [230].

Książek i wsp. wykazali, że w grupie pielęgniarek operacyjnych 60% respondentek oceniło swoją sprawność fizyczną jako dobrą [150]. Odmienne wyniki niż w badaniach własnych uzyskali Mynarski i wsp., gdzie brak podejmowania aktywności fizycznej wskazało aż 61,2% pielęgniarek, a umiarkowaną aktywność fizyczną podejmowało 39,8% respondentek [183]. W badaniach Kachaniuk i wsp. zbliżony odsetek zdrowych kobiet (43,2%) i pacjentek (40,1%) zdeklarował podejmowanie aktywności fizycznej [124], podobnie jak w badaniach Jasik, gdzie 44,0% pracowników systemu ochrony zdrowia, w tym pielęgniarek podejmowało regularną aktywność fizyczną [115]. Bartosiewicz i wsp. wykazali, że 39,81% pielęgniarek nie podejmowało wystarczającej aktywności fizycznej, a wysoki poziom aktywności fizycznej dotyczył niemal co trzeciej

respondentki (32,41%) [23,25]. Z kolei badania Remigrońskiej i Włoszczak-Szubzda wykazały, że 15% pielęgniarek nie podejmowało aktywności fizycznej [214].

Istotnym czynnikiem ryzyka wielu chorób przewlekłych, w tym raka piersi jest otyłość, która stała się ogromnym problemem epidemiologicznym w krajach wysokorozwiniętych. Związek między nadwagą/otyłością a rakiem piersi jest szczególnie silny u kobiet po menopauzie. W tym okresie organizm kobiety jest bardziej podatny na wpływ estrogenów związany z nadmierną masą ciała. Ryzyko zachorowania na raka piersi u otyłych kobiet po menopauzie jest 3-krotnie wyższe niż u kobiet szczupłych. Wiele badań wskazuje na dodatnią korelację między wysokim wskaźnikiem BMI a zwiększonym ryzykiem zachorowania na nowotwory złośliwe, w tym na raka piersi u kobiet [92,129,170, 246].

W badaniach własnych obliczono wskaźnik masy ciała respondentek. Niewiele ponad połowa kobiet (53,28%) miała prawidłową masę ciała, jednak nadwaga dotyczyła niemal co trzeciej pielęgniarki (32,34%), a otyłość występowała u 11,25% badanych. W badaniach Wojciechowicz i wsp. prawidłową masę ciała miało 56,66% kobiet, nadwaga występowała u 27,50% respondentek, otyłość dotyczyła 11,67% kobiet, a niedowaga – 4,17% badanych [269]. Analiza wyników badań Smoleń i Dobrowolskiej wykazała, że 60,7% pielęgniarek deklarowało posiadanie prawidłowe masy ciała, a niemal co trzecia respondentka (31,5%) uważała, że ma nadwagę [230]. Większy odsetek osób z nieprawidłową masą ciała wykazali w swoich badaniach Kachaniuk i wsp., gdzie w grupie zdrowych kobiet, prawidłową masę ciała miało 57,3% respondentek, natomiast w grupie kobiet leczonych szpitalnie z powodu chorób nowotworowych piersi zaledwie 34,4% deklarowała masę ciała w normie. W badanej grupie niemal połowa kobiet (46,2%) miała nadwagę, a blisko co piąta (19,4%) – otyłość [124].

Bardzo niepokojące wyniki badań uzyskali Bartosiewicz i wsp., w których 30,04% pielęgniarek miało nadwagę, a aż 28,7% kobiet było otyłych. W badanej grupie prawidłową masę ciała miało tylko 32,41%, respondentek [23]. Wyniki innych badań potwierdziły również, że nadwaga i otyłość częściej dotyczyła pielęgniarek niż populacji ogólnej, czy innych pracowników ochrony zdrowia. Kyle i wsp. wykazali, że 69,1% pielęgniarek w Szkocji miało nadwagę lub było otyłych, a częstość występowania nadwagi i otyłości była wyższa u pielęgniarek niż u innych pracowników służby zdrowia, niewykwalifikowanego personelu opiekuńczego i osób wykonujących zawody niezwiązane ze zdrowiem [155]. Kayaroganam i wsp. prowadząc badania wśród indyjskich pielęgniarek wykazali, że jedna piąta respondentek miała nadwagę, ponad jedna trzecia – otyłość

brzuszną, a ponad połowa była otyła [131]. Kobiety z nadwagą i otyłością powinny skorzystać z działań prewencyjnych, takich jak: zwiększenie aktywności fizycznej, zmiana nawyków żywieniowych i regularne wykonywanie badań profilaktycznych w celu zmniejszenia ryzyka zachorowania na raka piersi. Otyłość jest modyfikowalnym czynnikiem ryzyka raka piersi, a jej eliminacja może mieć istotny wpływ na zmniejszenie liczby zachorowań i zgonów z powodu raka piersi [129]. Stan zdrowia kobiet, obecnie, jak również w perspektywie dłuższego okresu czasu, w dużej mierze zależy od stylu życia. Regularna aktywność fizyczna, zdrowa dieta, utrzymanie prawidłowej masy ciała oraz ograniczenie spożycia alkoholu, odgrywają istotną rolę w pierwotnej profilaktyce raka piersi [170].

Istnieje zależność pomiędzy wystąpieniem raka piersi a wiekiem, w którym kobieta rodzi pierwsze dziecko**.** Wyższe ryzyko zachorowania na raka piersi stanowi pierwsza ciąża po 30 roku życia, w porównaniu do urodzenia pierwszego dziecka w młodym wieku, tzn. 7 lat od pierwszej miesiączki. Bardziej narażone na wystąpienie raka piersi są kobiety bezdzietne, niż wieloródki [129]. Do zmniejszenia ryzyka zachorowania na raka piersi może się przyczynić macierzyństwo i karmienie piersią. Karmienie piersią to najlepszy sposób żywienia dziecka w jego początkowych etapach rozwoju. Niesie ono liczne korzyści zarówno dla zdrowia dziecka, jak i matki. Standard żywienia dzieci zaleca naturalne karmienie niemowląt do 6 miesiąca życia [173,269]. Wyniki badań wskazują, że karmienie piersią ma pozytywny wpływ na zdrowie kobiety i zmniejsza ryzyko zachorowania na raka piersi. Dłuższy czas karmienia powoduje utrzymywanie się wysokiego poziomu prolaktyny we krwi. Pełna laktacja opóźnia czas powrotu miesiączki, a cały ten okres uważany jest za ochronę, gdyż skraca ekspozycję na estrogeny, które są powiązane z występowaniem raka piersi [78].

W badaniach własnych 66,09% pielęgniarek było matkami, a ponad połowa respondentek (58,91%) urodziła pierwsze dziecko między 20. a 30. rokiem życia ale karmienie piersią co najmniej przez 6 miesięcy zdeklarowało 41,56% kobiet. Wbadaniach Wojciechowicz 75% kobiet było matkami, a odsetek respondentek karmiących piersią był zdecydowanie wyższy (65,83%) niż w badaniach własnych [269]. Smoleń i Dobrowolska wykazały, że ponad połowa pielęgniarek (55,5%), posiadających własne potomstwo, pierwsze dziecko urodziła w przedziale wieku od 20 do 24 lat. Średnia wieku urodzenia pierwszego dziecka wynosiła 23,7 lat. W badanej grupie zdecydowana większość respondentek (72,8%) karmiła dzieci piersią, jednak przez zalecany okres sześciu miesięcy karmienie piersią deklarowała tylko co dziesiąta pielęgniarka (10,9%)

[230]. Karczmarek-Borowska i Waksmańska wykazały, że najwięcej badanych kobiet rodziło dwukrotnie (22 – 36,1%) lub trzykrotnie (17- 27,9%). Średni wiek zajścia w pierwszą ciążę wynosił 24,12 lat. Najmłodsza respondentka urodziła pierwsze dziecko w wieku 15 lat, najstarsza – w wieku 34 lat. Większość badanych kobiet karmiła piersią (54 – 93,1%)[129].

W badaniach własnych kwestionariusz IZZ pozwolił ocenić ogólny poziom nasilenia zachowań zdrowotnych respondentów, jak również poszczególnych kategorii tych zachowań, tj.: prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, pozytywnego nastawienia psychicznego oraz praktyk zdrowotnych [122]. W badaniach własnych pielęgniarki wykazywały średnie nasilenie zachowań zdrowotnych (M = 81,32, SD = 13,55), podobnie jak w badaniach Adamowicza (M = 81,3; SD = 13,95) [2]. W badaniach własnych, średnie wartości dla poszczególnych kategorii zachowań zdrowotnych były zbliżone. Najwyższą średnią wartość – M = 3,48 (SD = 0,7) pielęgniarki uzyskały w kategorii ”zachowania profilaktyczne”, natomiast najniższą – M = 3,21 (SD = o,63) w kategorii „praktyki zdrowotne”. Inne wyniki w badaniach zostały uzyskane przez Adamowicza, w których najwyższą średnią wartość – M = 3,51 pielęgniarki uzyskały w kategorii „pozytywne nastawienie psychiczne”, a najniższą – M = 3,09 w kategorii „prawidłowe nawyki żywieniowe” [2]. Podobne wyniki badań uzyskali Bartosiewicz i wsp., w których największa grupa pielęgniarek (44,44%) wykazywała średni poziom nasilenia zachowań zdrowotnych, wysoki poziom nasilenia zachowań dotyczył niemal co czwartej respondentki (23,15%), a niski poziom – blisko co trzeciej badanej (32,41%) [25].

Wyniki badań Bartosiewicz i Łuszczki wykazały, że 41,74% pielęgniarek charakteryzowało się przeciętnym poziomem nasilenia zachowań zdrowotnych, niemal co czwarta badana (24,87%) prezentowała niski poziom zachowań związanych ze zdrowiem, a wysoki poziom zachowań zdrowotnych dotyczył co trzeciej respondentki (33,39%) [25]. Z kolei Orszulak i wsp. wykazali, że tylko 19,87% pielęgniarek wykazywało wysoki poziom zachowań zdrowotnych, a niemal połowa respondentek (44,55%) charakteryzowała się niskim nasileniem zachowań zdrowotnych [198]. Nowicki i wsp. stwierdzili, że, że ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych osób wykonujących zawody medyczne wyniósł M = 80,20 (SD = 11,76). Najwyżej ocenionymi kategoriami zachowań zdrowotnych były: działania profilaktyczne (M = 21,08, SD = 4,04) [192]. Ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych pielęgniarek w badaniach Waksmańskiej i Gajewskiej kształtował się na średnim poziomie[261], podobnie jak

w badaniach Kilar i wsp. [135], Rasińskiej i Nowakowskiej [213]. Badania przeprowadzone przez Trojanowską i wsp. wykazały, że niemal co dziesiąta pielęgniarka (8,4%) prezentowała niski poziom zachowań zdrowotnych, a blisko połowa (46,6%) – przeciętny. Wysoki poziom zachowań zdrowotnych dotyczył tylko 15,0% kobiet. Pielęgniarki, najlepsze zachowania zdrowotne przejawiały w zakresie prawidłowych nawyków żywieniowych oraz pozytywnego nastawienia psychicznego, najgorsze natomiast – w zakresie praktyk zdrowotnych [258].

W badaniach własnych poziom wiedzy respondentek na temat raka piersi różnicował istotnie ogólny poziom zachowań zdrowotnych ($p < 0,001$). Poziom wiedzy był czynnikiem istotnie różnicującym nawyki żywieniowe ($p < 0,001$), zachowania profilaktyczne ($p < 0,001$), pozytywne nastawienie psychiczne ($p < 0,001$) oraz praktyki zdrowotne ($p = 0,025$) respondentek. Badania Adamowicza wykazały różnice istotne statystycznie pomiędzy wiedzą pielęgniarek z zakresu chorób nowotworowych, a poziomem ich zachowań zdrowotnych ($p < 0,01$) [2]. Lipińska i wsp., badając kobiety w wieku 20-60 lat stwierdzili wpływ posiadanej wiedzy na zachowania prozdrowotne [162]. Z kolei Pruchniak i wsp. wykazali brak związku między wysokim poziomem wiedzy a zachowaniami prozdrowotnymi badanych kobiet [208]. Wyniki badań Nowickiego pokazały również, że poziom wiedzy pracowników medycznych na temat czynników ryzyka i profilaktyki chorób cywilizacyjnych nie wpływał istotnie na ich zachowania prozdrowotne [188].

Przeprowadzone w wielu krajach badania potwierdzają, że pielęgniarki mimo posiadania wiedzy na temat zachowań zdrowotnych, nie stosują tej wiedzy w praktyce. Jest to szczególnie widoczne w obszarze diety [172,184,202,214,217] oraz aktywności fizycznej [136,137,184,214]. Badania własne wykazały, że wiedza pielęgniarek na temat raka piersi i profilaktyki tego nowotworu była czynnikiem istotnie różnicujacym wykonywanie samobadania piersi ($p < 0,001$). Wśród pielęgniarek, które zdeklarowały wykonywanie samobadania piersi największą grupę, stanowiły respondentki z wysokim poziomem wiedzy. Badania Tesfaw i wsp. również wykazały, że poziom wiedzy kobiet – pracowników służby zdrowia determinował samobadanie piersi w badanej grupie ($p < 0,05$). Niemal wszystkie respondentki (95%) wykazujące dobry poziom wiedzy na temat wczesnego wykrywania raka piersi wykonywały samobadanie piersi [253]. Z kolei badania Pruchniak i wsp. wykazały, że posiadanie wiedzy na temat czynników ryzyka raka piersi nie przełożyło się na wykonywanie przez pielęgniarki samobadania piersi ($p = 0,4467$) [208].

Poziom wiedzy pielęgniarek w badaniach własnych różnicował istotnie korzystanie z wizyt kontrolnych u lekarza ginekologa ($p < 0,001$). Najczęściej do ginekologa zgłaszały się kobiety wykazujące wysoki poziom wiedzy, najrzadziej natomiast respondentki z niskim poziomem wiedzy. Odmienne wyniki w swoich badaniach uzyskali Pruchniak i wsp., w których poziom wiedzy pielęgniarek nie wpływał na regularne korzystanie z wizyt kontrolnych u lekarza ginekologa ($p = 0,6562$) [208]. W badaniach własnych poziom wiedzy respondentek różnicował istotnie wykonywanie mammografii ($p = 0,043$). Zdecydowanie częściej badanie mammograficzne wykonywały pielegniarki wykazujące średni i wysoki poziom wiedzy niż badane posiadające niski poziom wiedzy. Odmienne wyniki w swoich badaniach uzyskali Pruchniak i wsp., w których poziom wiedzy pielęgniarek nie wpływał istotnie na wykonanie mammografii ($p = 0,1507$) [208].

Istotnym aspektem wpływającym na zachowania zdrowotne jest umiejscowienie kontroli zdrowia. Zewnętrzne umiejscowienie kontroli przypisuje to, co się dzieje czynnikom zewnętrznym, niepodlegającym kontroli człowieka. Osoby o zewnętrznym umiejscowieniu kontroli wyrażają przekonanie, ze ich zdrowie zależy od czynników od nich niezależnych. Charakteryzuje je tendencja do negowania objawów choroby i pomniejszania konieczności przestrzegania prawidłowych zachowań zdrowotnych. Przypisywanie głównego wpływu na zdrowie przypadkowi jest często przyczyną braku poczucia odpowiedzialności za własne zdrowie. Wewnętrzne umiejscowienie kontroli kładzie natomiast nacisk na własny wysiłek w działaniu, odpowiedzialność za to działanie i podejmowanie autonomicznych decyzji. Osoby z wewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia wyrażają przekonanie, że stan zdrowia uzależniony jest od nich samych. Przyjmuje się, że wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia jest zdecydowanie korzystniejsze dla zdrowia niż kontrola zewnętrzna, która bazuje przede wszystkim na wpływie innych osób i przypadku. Umiejscowienie kontroli zdrowia jest jednym z najczęściej używanych parametrów przekonań zdrowotnych w planowaniu programów edukacji zdrowotnej [20,79,189,197].

W badaniach własnych, w oparciu o kwestionariusz MHLC oceniono trzy obszary umiejscowienia kontroli zdrowia responnentek: umiejscowienie wewnętrzne, wpływ innych osób i wpływ przypadku. Najwyższy wynik – $M = 25,04$ ($SD = 4,93$) pielegniarki uzyskały w zakresie wewnętrznego umiejscowienia kontroli zdrowia, w porównaniu do przypadku ($M = 21,07$, $SD = 5,38$) oraz wpływu innych ($M = 20,74$, $SD = 5,60$) . Nowicki i wsp. wykazali, że osoby reprezentujące zawody medyczne charakteryzowały się

wyższym poziomem umiejscowienia kontroli zdrowia w wymiarze wewnętrznym, w porównaniu do respondentów wykonujących zawody pozamedyczne ($p = 0,035$), [193]. Badania Olszowy i wsp. wykazały, że pielęgniarki częściej charakteryzowały się wewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia, niż zewnętrzną kontrolą, czy wpływem innych. Nie zaobserwowano jednak istotnych statystycznie różnic między wewnętrznym a zewnętrznym umiejscowieniu kontroli zdrowia oraz w określanym jako wpływ innych ($p > 0,05$) [197].

Poziom wiedzy respondentek na temat raka piersi w badaniach własnych w istotny sposób warunkował umiejscowienie kontroli zdrowia w wymiarze wewnętrznym ($p < 0,001$) oraz przypadku ($p = 0,003$). Umiejscowienie kontroli zdrowia w obszarze wewnętrznym było istotnie większe wśród pielęgniarek z wysokim poziomem wiedzy, niż u badanych ze średnim poziomem wiedzy. Z kolei umiejscowienie kontroli zdrowia w obszarze przypadku było istotnie większe wśród kobiet z niskim i średnim poziomem wiedzy, niż wśród respondentek z wysokim poziomem wiedzy. Badania własne wykazały, że ogólny poziom zachowań zdrowotnych wg IZZ korelował istotnie ($p < 0,05$) i dodatnio ($r > 0$) z umiejscowieniem kontroli zdrowia w obszarze wewnętrznym, stąd im wyższy poziom ogólnego nasilenia zachowań zdrowotnych, tym respondentki w większym stopniu umieszczały swoją kontrolę zdrowia w obszarze wewnętrznym. W badanej grupie nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne i pozytywne nastawienie psychiczne korelowały istotnie ($p < 0,05$) z umiejscowieniem kontroli zdrowia w obszarze wewnętrznym, natomiast praktyki zdrowotne korelowały istotnie ($p < 0,05$) z umiejscowieniem kontroli zdrowia w obszarze wpływu innych. Badania Nowickiego i wsp. wykazały, że u osób wykonujących zawody medyczne, wraz ze wzrostem umiejscowienia kontroli zdrowia w kategorii wpływu innych, zwiększał się poziom zachowań zdrowotnych, natomiast umiejscowienie kontroli zdrowia w kategorii przypadku, wpływało na obniżenie poziomu zachowan zdrowotnych respondentów [193].

Poczucie własnej skuteczności, jako predyktor poznawczy, odgrywa istotną rolę w podejmowaniu zachowań prozdrowotnych [14,189]. W badaniach własnych ponad połowa respondentek (54,69%) prezentowała wysokie poczucie własnej skuteczności, średnie poczucie własnej skuteczności dotyczyło niemal co trzeciej badanej kobiety (32,81%), natomiast niskim poczuciem własnej skuteczności wykazało się 12,50% ankietowanych. Średnia wartość ogólnego poziomu poczucia własnej skuteczności badanych wyniosła $M = 29,52$, przy odchyleniu standardowym $SD = 4,71$. Skiba i wsp. wykazali, że wysokie poczucie własnej skuteczności wykazywało aż 72,3% pacjentów

z chorobami nowotworowymi (K 74,2%; M 69,1%), co piąty przeciętne (19,6%; K 16,1%; M 25,4%), a jedynie 8,1% niskie (K 9,7%; M 5,5%) [225]. Pacjenci onkologiczni w badaniach badaniu Kulpy i wsp., niezależnie od typu nowotworu na jaki chorowali, również wykazywali średnie lub wysokie przekonanie o własnej skuteczności. Wyniki takie mogą sugerować, że osoby z chorobą nowotworową postrzegają ją jako wyzwanie i są bardziej wytrwałe w radzeniu sobie z nią i dążeniu do poprawy jakości swojego życia [154].

Nowicki i wsp. wykazali, że respondentów wykonujących zawody pozamedyczne charakteryzował istotnie wyższy poziom poczucia własnej skuteczności w porównaniu do osób wykonujących zawody medyczne ($p = 0,002$) [192]. Badania Dadipoor i wsp. wykazały, że wysoki poziom własnej skuteczności dotyczył 54,4% pielęgniarek. Dadipoor i wsp. wykazali, ze pielęgniarki z niskim poczuciem własnej skuteczności nie są w stanie wykorzystać wszystkich swoich możliwości w miejscu pracy, co może prowadzić do negatywnego nastawienia do siebie i pracy, a tym samym zmniejszyć zadowolenie z pracy. Wysoki poziom własnej skuteczności może pomóc pielęgniarkom w adaptacji do warunków pracy i sprawić, że postrzegają wydarzenia w miejscu pracy jako mniej zagrażające [66]. Chang i wsp. w swoich badaniach stwierdzili, że wysoki poziom własnej skuteczności był czynnikiem ochronnym, zmniejszającym objawy depresji wśród pielęgniarek [54]. Ponadto Luthans i wsp. wykazali, że osoby z wyższym poziomem własnej skuteczności mają lepszą zdolność do osiągnięcia równowagi między pracą a potrzebami osobistymi i wykazują mniej problemów emocjonalnych [165].

W badaniach własnych wykazano, że respondentki posiadające wysoki i średni poziom wiedzy na temat raka piersi, charakteryzowały się istotnie większym poczuciem własnej skuteczności niż badane z niskim poziomem wiedzy ($p < 0,001$). Ogólny poziom zachowań zdrowotnych respondentek korelował istotnie ($p < 0,05$) i dodatnio ($r > 0$) z poczuciem własnej skuteczności, co oznaczało, że im bardziej nasilone zachowania zdrowotne wykazywały pielęgniarki, tym większe było poczucie własnej skuteczności w badanej grupie. W badanej grupie nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne, pozytywne nastawienie psychiczne i praktyki zdrowotne korelowały istotnie ($p < 0,05$) z poczuciem własnej skuteczności. Nowicki i wsp. wykazali, że u osób wykonujących zawody medyczne, wraz ze wzrostem poziomu własnej skuteczności, zwiększał się poziom zachowań zdrowotnych [189].

Wśród uwarunkowań wiedzy i zachowań zdrowotnych wyróżnić można wiele czynników. Na podejmowanie zachowań zdrowotnych wpływa wiek, płeć, poziom

wykształcenia, poglądy i przekonania, poziom społeczny, wykonywany zawód, sytuacja finansowa, czy poziom wiedzy [187,258]. W badaniach własnych wykazano, że istotnymi determinantami wiedzy i zachowań zdrowotnych pielęgniarek w zakresie zapobieganie i wczesnego wykrywania raka piersi były następujące czynniki społeczno-demograficzne i medyczne: wiek, wykształcenie, miejsce pracy, staż pracy i występowanie raka piersi w rodzinie.

W badaniach własnych wiek był czynnikiem istotnie różnicującym poziom wiedzy pielęgniarek w zakresie raka piersi i profilaktyki tego nowotworu ($p = 0,007$). Respondentki w przedziale wieku 36-45 lat prezentowały wyższy poziom wiedzy niż kobiety w wieku 46-55 lat i pielęgniarki w wieku powyżej 55 lat. Badania Adamowicza nie wykazały związku istotnego statystycznie między wiekiem pielęgniarek a wiedzą w zakresie profilaktyki chorób nowotworowych ($p = 0,83$) [2], podobnie, jak badania Ślusarskiej i wsp. [249]. Smoleń i Dobrowolska wykazały, że wiek pielęgniarek nie różnicował istotnie poziom wiedzy na temat czynników raka piersi [228]. Z kolei Paździor i wsp. stwierdzili zależność istotną statystycznie pomiędzy wiekiem respondentek, a samooceną poziomu wiedzy. Najczęściej swoją wiedzę jako niewystarczającą oceniały kobiety najmłodsze, poniżej 20. roku życia (93%), najrzadziej natomiast – najstarsze ankietowane, w wieku powyżej 50 lat (59%) [201]. W badaniach Jarzynkowskiego i wsp. wykazano również, że wiek badanych miał istotny wpływ na poziom wiedzy z zakresu profilaktyki nowotworów piersi ($p < 0,05$). Wraz ze wzrostem wieku badanych malał ich poziom wiedzy [114]. Analiza wyników badań prowadzonych przez Paździor i wsp. oraz Adamowicza wykazała, że poziom wiedzy kobiet zależał od wieku. Najniższy poziom wiedzy miały respondentki w przedziale wieku od 21 do 30 lat, co jest zjawiskiem bardzo niepokojącym [1,201]. Badania przeprowadzone w Mumbaju wykazały, że poziom wiedzy kobiet na temat raka piersi zależał od wieku, przy czym grupa respondentek w wieku 25-34 lat była najbardziej wykształcona w tym zakresie [209].

W badaniach własnych wykazano zależność istotną statystycznie pomiędzy wiekiem a pielęgniarek poziomem nasilenia zachowań zdrowotnych w obszarze pozytywnego nastawienia psychicznego ($p = 0,049$) oraz praktyk zdrowotnych ($p = 0,03$). Pozytywne nastawienie psychiczne oraz praktyki zdrowotne były istotnie bardziej nasilone wśród respondentek w wieku do 35 lat, niż wśród badanych w wieku powyżej 46 lat. Waksmańska i Gajewska wykazały istotne statystycznie różnice miedzy wiekiem pielęgniarek a ogólnym wskaźnikiem zachowań zdrowotnych ($p = 0,013$) oraz prawidłowymi nawykami żywieniowymi ($p = 0,037$). Różnice te dotyczyły osób do 40.

roku życia i w wieku powyżej 50 lat. Średnia dla prawidłowych nawyków żywieniowych wśród osób do 40. roku życia wynosiła M = 3,17, a dla osób w wieku powyżej 50 lat M = 3,58. W przypadku ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych były to wartości odpowiednio: dla osób w wieku do 40 lat M = 75,50, a dla osób w wieku powyżej 50 lat M = 80,6 [261]. Kilar i wsp. wykazali, że najwyższa wartość wskaźnika zachowań zdrowotnych charakteryzowała najmłodsze respondentki – do 30 roku życia, a najniższa – pielęgniarek w przedziale wieku 31-40 lat [135].

Wiek respondentek nie był w badaniach własnych czynnikiem determinującym wykonywanie samobadania piersi przez kobiety (p = 0,626), podobnie jak w badaniach Smoleń i Dobrowolskiej (p > 0,05) [227]. Badania własne wykazały istotne różnice pomiędzy wiekiem pielęgniarek a wykonywaniem badania mammograficznego (p < 0,001). Najczęściej badanie to wykonywały kobiety powyżej 55 lat, najrzadziej natomiast respondentki młode – do 35 roku życia. W badaniach Smoleń i Dobrowolskiej nie wykazano takiej zależności (p > 0,05) [227]. W badaniach własnych wykształcenie w istotny sposób determinowało poziom wiedzy pielęgniarek w zakresie raka piersi (p < 0,001). Respondentki z tytułem magistra wykazywały wyższy poziom wiedzy niż badane z tytułem licencjata i pielęgniarki dyplomowane. Badania Al-Mousa i wsp. również wykazały związek istotny statystycznie między poziomem wykształcenia jordańskich kobiet, a wiedzą na temat czynników ryzyka i objawów raka piersi (p = 0,000) [9], podobnie jak badania Sathian i wsp. dotyczących kobiet z Nepalu [220].

W badaniu Chao, w Tanzanii, wykształcenie istotnie determinowało poziom wiedzy, przy czym muzułmanki były bardziej wykształcone w zakresie raka piersi [55]. W badaniach Nowak i wsp. poziom wiedzy był istotnie wyższy wśród kobiet posiadających wyższe wykształcenie [187], podobnie jak w badaniach Bogusz i wsp. [34] oraz Krajewskiej-Kułak i wsp. [146]. Z kolei Pruchniak i wsp. wykazali, że wykształcenie nie było czynnikiem istotnie różnicującym poziom wiedzy pielęgniarek na temat czynników ryzyka raka piersi (p = 0,2235) [208], podobnie jak w badaniah Smoleń i Dobrowolskiej, gdzie wykształcenie nie determinowało wiedzy pielęgniarek w zakresie wykonywania samobadania piersi (p > 0,05) [227].

Badania własne wykazały, że wykształcenie respondentek istotnie różnicowało ogólny poziom nasilenia zachowań zdrowotnych (p = 0,006), jak również poszczególne obszary tych zachowań, tj. prawidłowe nawyki żywieniowe (p = 0,017) oraz pozytywne nastawienie psychiczne (p = 0,001). Wyższy poziom nasilenia zachowań zdrowotnych wykazywały respondentek z tytułem magistra pielęgniarstwa niż badane z tytułem

licencjata pielęgniarstwa i pielęgniarki dyplomowanych. Z kolei badania Adamowicza nie wykazały związku pomiędzy wykształceniem pielęgniarek a poziomem ich zachowań zdrowotnych (p = 0,23) [2]. Badania Bartosiewicz i wsp. wykazały, że istotnym predykatorem zachowań zdrowotnych wśród pielęgniarek był poziom wykształcenia ($p < 0,05$) [24]. Kilar i wsp. wykazali, że ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych był wyższy u pielęgniarek z wyższym wykształceniem, niż u pielęgniarek dyplomowanych [135.].

Wykształcenie pielegniarek w badaniach własnych nie było czynnikiem determinującym wykonywanie samobadania piersi (p = 0,518), podobnie jak badania Smoleń i Dobrowolskiej (p > 0,05) [227] oraz Pruchniak i wsp. (p = 0,4467) [208]. Badania Bień i wsp. wykazały, że wykształcenie miało wpływ na kształtowanie zachowań zdrowotnych kobiet w okresie prokreacji, im wyższe wykształcenie, tym większa dbałość kobiet o racjonalne odżywianie i regularną aktywność fizyczną [31].

Miejsce pracy było czynnikiem wpływającym na poziom wiedzy kobiet na temat raka piersi (p = 0,006). Pielęgniarki oddziałów onkologicznych wykazywały wyższy poziom wiedzy, niż pracujące w oddziałach zabiegowych i zachowawczych. Miejsce pracy nie różnicowało poziom zachowań zdrowotnych respondentek (p = 0,792). Odmienne wyniki badań uzyskały Waksmańska i Gajewska, które wykazały, że miejsce zatrudnienia było czynnikiem istotnie różnicującym ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych (p = 0,001), prawidłowych nawyków żywieniowych (p = 0,003) i praktyk zdrowotnych (p = 0,022), nie miało natomiast wpływu na zachowania profilaktyczne (p = 0,055) oraz pozytywne nastawienie psychiczne respondentek [261]. Analiza wykazała, że pielęgniarki pracujące na bloku operacyjnym (M = 3,74), charakteryzowały się wyższym nasileniem prawidłowych nawyków żywieniowych w porównaniu do pracujących na chirurgii (M = 3,00) i Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii /Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (M = 3,19). Pielęgniarki pracujące na bloku operacyjnym (M = 3,74) prezentowały wyższy poziom nasilenia praktyk zdrowotnych w porównaniu do respondentek z Oddziału Wewnętrznego/Oddziału Geriatrii (M = 3,72) [261].

W badaniach własnych miejsce pracy respondentek determinowało rodzaj stosowanej diety (p = 0,042). Pielęgniarki oddziałów zachowawczych częściej, niż pracujące woddziałach zabiegowych stosowały dietę lekkostrawną oraz bogatą w węglowodany, natomiast dieta bogata w tłuszcze, głównie pochodzenia zwierzęcego przeważała wśród pielęgniarek pracujących w oddziałach o profilu zabiegowym. Waksmańska i Gajewska wykazały również, że miejsce zatrudnienia było czynnikiem

różnicującym zachowania żywieniowe pielęgniarek. Respondentki pracujące na bloku operacyjnym istotnie częściej od pozostałych ograniczały spożywanie tłuszczów zwierzęcych i cukru oraz unikali spożywania żywności zawierającej konserwanty [261].

W badaniach własnych staż pracy w zawodzie był czynnikiem istotnie determinującym wykonywanie samobadania piersi przez badane kobiety ($p = 0,005$). Najczęściej samobadanie piersi wykonywały pielęgniarki ze stażem powyżej 35 lat, najrzadziej natomiast respondentki pracujące w zawodzie 21-25 lat. Badania Tesfaw i wsp. wykazały, że staż pracy kobiet – pracowników służby zdrowia determinował wykonywanie samobadania piersi w badanej grupie ($p < 0,05$). Niemal wszystkie respondentki (95%) pracujące w zawodzie ponad dwa lata wykonywały samobadanie piersi [253]. Garwacka-Czachor i wsp. wykazali, że wiek, wykształcenie oraz status zawodowy w istotny sposób wpływały na udział dolnośląskich kobiet w przesiewowych badaniach mammograficznych. Na badania przesiewowe istotnie częściej zgłaszały się kobiety w wieku 55–59, z wykształceniem co najmniej średnim, w większości będące rencistkami i emerytkami [87].

Występowanie raka piersi w rodzinie stanowi istotny czynnik ryzyka tego nowotworu. W badaniach własnych występowanie raka piersi w rodzinie zdeklarowała niemal co dziesiąta respondentka (9,22%), jednak wśród najbliższych zdecydowanej większości badanych (87,81%) nie było takich doświadczeń chorobowych, a niewielki odsetek respondentek (2,97%) nie posiadał wiedzy w tym zakresie. Rak piersi najczęściej występował u babci respondentek (44,07%), następnie u matki (38,98%), a najrzadziej u siostry (16,95%). Wojciechowicz i wsp. wykazali, że w rodzinie 41,67% respondentek występował rak piersi, u krewnych w pierwszej linii (16,67%), w drugiej linii (11,67%) oraz u samych badanych (5%) [269]. W badaniach Piaszczyk i wsp. 23% kobiet potwierdziło występowanie nowotworu piersi w swojej rodzinie [203]. Al-Mousa i wsp. wykazali, że 14,0% jordańskich kobiet zdeklarowało rodzinne obciążenie rakiem piersi [9]. W badaniach Ponczek i Kusińskiej aż 72,5% pielęgniarek zetknęło się z chorobą nowotworową w rodzinie a większość respondentek (63,8%) dobrze oceniła dostępność badań profilaktycznych w miejscu zamieszkania (pracownice – 52,5%, pielęgniarki – 75%) [207].

Badanie Fotedar i wsp. wykazało, że największą grupę pielęgniarek stanowiły osoby, w których rodzinach nie było rozpoznań raka piersi [82]. W badaniach własnych występowanie raka piersi w rodzinie istotnie determinowało poziom wiedzy kobiet w zakresie tego nowotworu ($p = 0,006$). W badanej grupie poziom wiedzy był istotnie

wyższy wśród respondentek, w których rodzinie występowały nowotwory złośliwe piersi (M = 15,74) i wśród pielęgniarek z brakiem takich doświadczeń chorobowych w rodzinie (M = 15,84), niż wśród badanych, które nie wiedziały, czy w ich rodzinie występowały nowotwory złośliwe piersi (M = 13,35).

Szajda i Lewicka stwierdziły, że respondenci, którzy mieli w rodzinie osobę chorującą na nowotwór piersi, posiadali wyższy poziom wiedzy na temat profilaktyki raka piersi (p = 0,002) [247]. Analiza wyników badań Nowaka i wsp. wykazała również istotną statystycznie korelację między rodzinnym obciążeniem rakiem piersi a wiedzą (p = 0,02195) [187], podobnie jak w badaniach Freitas i Weller, przeprowadzonych w Brazylii, w których rodzinna historia raka piersi zwiększała poziom wiedzy kobiet o czynnikach ryzyka choroby [84]. Guvenc i wsp., badając kobiety, które zgłosiły się do Uniwersyteckiego Szpitala w Ankarze na mammografię, wykazali, że rodzinne obciążenie rakiem piersi wpływało na wynik testu wiedzy na temat tego nowotworu [94]. W Zjednoczonych Emiratach Arabskich, występowanie raka piersi w rodzinie pacjentek podstawowej opieki zdrowotnej również wpływało na zwiększenie poziomu wiedzy badanych [10].

Występowanie raka piersi w rodzinie respondentek w badaniach własnych determinowało wykonywanie samobadania piersi (p = 0,001). Pielęgniarki, w których rodzinie występowały nowotwory złośliwe piersi, częściej niż kobiety, które nie miały rodzinnych obciążeń, wykonywały samobadanie piersi. Badania przeprowadzone przez Tesfaw i wsp. oraz Dagne i wsp. wśród etiopskich kobiet pracujących w służbie zdrowia wykazały, że występowanie raka piersi w rodzinie miało również statystycznie istotny związek z praktyką samobadania piersi (p < 0,05) [67,253]. W badaniach własnych występowanie raka piersi w rodzinie determinowało wykonywanie mammografii przez respondentki (p = 0,018). Badanie wykonywały najczęściej pielęgniarki, w rodzinie których występowały nowotwory złośliwe piersi. Paździor i wsp. wykazali również, że kobiety, u których rak piersi występował rodzinnie częściej wykonywały badania profilaktyczne od pozostałych respondentek [201].

Wyniki badań własnych wykazały, że wiedza pielęgniarek na temat raka piersi i profilaktyki tego nowotworu jest niewystarczająca i wymaga uzupełnienia. Respondentki miały świadomość znaczenia badań profilaktycznych, jednak wykonywały je niesystematycznie. Widoczne jest również zapotrzebowanie na edukację Polek w zakresie czynników ryzyka, objawów i profilaktyki nowotworów piersi. Istotną rolę w procesie edukacyjnym kobiet przypisać należy pielęgniarkom, które powinny

charakteryzować się wysokim poziomem wiedzy. Ponadto pielęgniarki, jako grupa profesjonalistów, zobowiązane są nie tylko dbać o zdrowie swoich pacjentów, ale również stanowić przykład dla całego społeczeństwa, wykazując zachowania prozdrowotne.

6. WNIOSKI

1. Wiedza pielęgniarek na temat raka piersi i profilaktyki tego nowotworu była na średnim poziomie. Respondentki w większości posiadały wiedzę na temat czynników ryzyka, objawów, podstawowych metod wykrywania raka piersi, samobadania piersi oraz działań w zakresie profilaktyki tego nowotworu. Jednak tylko ponad połowa pielęgniarek znała wiek, w jakim kobiety mogą wykonać bezpłatną mammografię.
2. Ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych w badanej grupie kształtował się na średnim poziomie. Większość pielęgniarek podejmowała aktywność fizyczną i stosowała różne rodzaje diet. Alkohol był spożywany przez respondentki najczęściej okazjonalnie. Niemal wszystkie pielęgniarki uczestniczyły w wizytach kontrolnych ulekarza ginekologa, głównie raz w roku, jednak badaniu USG poddała się niewiele ponad połowa respondentek, a zdecydowana większość badanych kobiet nie miała wykonanej mammografii. Systematyczne wykonywanie samobadania piersi zdeklarowała niespełna połowa respondentek.
3. Najwyższe wartości ze wszystkich wymiarów umiejscowienia kontroli zdrowia pielęgniarki uzyskały w wymiarze kontroli wewnętrznej, cechował je wysoki poziom własnej skuteczności.
4. Czynnikami istotnie determinującymi poziom wiedzy i zachowania zdrowotne respondentek w zakresie profilaktyki raka piersi były: wiek, wykształcenie, staż pracy, miejsce pracy, wskaźnik BMI oraz występowanie raka piersi w rodzinie.
5. Ogólny poziom zachowań zdrowotnych w badanej grupie był istotnie bardziej nasilony wśród kobiet z wysokim poziomem wiedzy na temat raka piersi, niż urespondentek charakteryzujących się średnim i niskim poziomem wiedzy w tym zakresie.
6. Wysoki poziom wiedzy na temat raka piersi i wysoki poziom nasilenia zachowań zdrowotnych determinowały umiejscowienie kontroli zdrowia i poczucie własnej skuteczności w badanej grupie kobiet. Umiejscowienie kontroli zdrowia w obszarze wpływu wewnętrznego oraz wysoki poziom własnej skuteczności istotnie częściej wykazywały kobiety z wysokim poziomem wiedzy oraz wysokim poziomem nasilenia zachowań zdrowotnych, w porównaniu do badanych ze średnim i niskim poziomem wiedzy.
7. Należy podejmować działania zmierzające do podniesienia poziomu wiedzy pielęgniarek w zakresie profilaktyki raka piersi, ponieważ w tej grupie zawodowej

zdecydowanie przeważają kobiety. Ponadto zasadne byłoby prowadzenie szkoleń wewnątrzzakładowych w tym zakresie. Wysoki poziom wiedzy na temat profilaktyki nowotworów stanowi podstawę podejmowania świadomych zachowań prozdrowotnych, co wiąże się z ograniczeniem lub eliminacją modyfikowalnych czynników ryzyka występowania nowotworów oraz wczesnym wykrywaniem tych chorób.

Implikacje praktyczne

1. Zachodzi potrzeba wdrażania kompleksowych szkoleń w zakresie profilaktyki raka piersi, które nie tylko podniosą poziom wiedzy pielęgniarek w tym obszarze, ale również będą wspierać ich własne zachowania profilaktyczne. Wysoki poziom zaangażowania osobistego w działania prozdrowotne ułatwi przekazywanie wiedzy pacjentkom i promowanie zachowań sprzyjających zapobieganiu i wczesnemu wykrywaniu nowotworów.
2. Zachowania prozdrowotne pielęgniarek przyczyniają się nie tylko do ochrony własnego zdrowia, ale również mają wpływ na motywację innych kobiet do podejmowania działań w obszarze profilaktyki raka piersi. Istotne jest zatem wspieranie i promowanie w środowisku zawodowym postaw, w których pielęgniarki, poprzez własny przykład inicjują pozytywne zmiany zdrowotne w społeczeństwie. Personalne zaangażowanie pielęgniarek w działania profilaktyczne wzmacnia ich autorytet i efektywność edukacji zdrowotnej.
3. Należy kontynuować badania dotyczące oceny poziomu wiedzy i zachowań zdrowotnych pielęgniarek w zakresie zapobiegania i wczesnego wykrywania raka piersi u kobiet.

7. STRESZCZENIE

Poziom wiedzy i zachowania zdrowotne pielęgniarek aktywnych zawodowo w zakresie zapobiegania i wczesnego wykrywania raka piersi u kobiet

Wstęp. Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym u kobiet i stanowi istotny problem medyczny, społeczny i ekonomiczny. Najczęściej dotyczy kobiet w przedziale wieku 50-69 lat, jednak coraz częściej rozpoznawany jest w młodszym wieku. Kluczowe znaczenie w ograniczeniu zachorowalności i umieralności ma zapobieganie i wczesne wykrycie nowotworu, możliwe dzięki skutecznej profilaktyce pierwotnej i wtórnej oraz odpowiedniemu poziomowi wiedzy kobiet na temat czynników ryzyka raka piersi, objawów choroby oraz badań przesiewowych. Pielęgniarki odgrywają wielowymiarową rolę w profilaktyce raka piersi u kobiet. Poprzez swoją wiedzę i postawy prozdrowotne oraz bliski kontakt z pacjentkami, edukują i wspierają kobiety w działaniach profilaktycznych. Realizując zadania z zakresu edukacji zdrowotnej, oprócz wiedzy, powinny prezentować zachowania sprzyjające zdrowiu, co nie tylko może zmniejszyć ryzyko zachorowania na raka piersi w tej grupie zawodowej, ale również wśród innych kobiet.

Celem badań było określenie poziomu wiedzy i zachowań zdrowotnych pielęgniarek aktywnych zawodowo w zakresie zapobiegania i wczesnego wykrywania raka piersi u kobiet.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono w okresie od 22 marca 2021 roku do 30 września 2022 roku w następujących podmiotach leczniczych: Szpitalu Specjalistycznym Podkarpackim Ośrodku Onkologicznym im. Ks. Bronisława Markiewicza w Brzozowie, Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Sanoku, Samodzielnym Publicznym Miejskim Zespole Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Sanoku, Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Lesku. W badaniach wzięło udział 650 pielęgniarek, zatrudnionych ww. wymienionych podmiotach leczniczych, przy czym analizie poddano 640 kompletnie wypełnionych narzędzi badawczych. Średnia wieku respondentek wyniosła 44,11 lat, przy czym najmłodsza kobieta miała 25 lat, a najstarsza 70 lat. Większość respondentek stanowiły mężatki (60,47%) oraz mieszkanki wsi (65,78%), określające swoją sytuację materialną jako dobrą (75,16%). W badanej grupie zdecydowanie przeważały kobiety posiadające wykształcenie wyższe (85,94%), pracujące w ramach umowy o pracę (98,12%), najczęściej w oddziale o profilu zachowawczym (69,38%). Respondentki w większości (77,97%) nie miały dodatkowego

miejsca pracy, najczęściej pracowały w zawodzie 5 lat (30,16%) lub 6 – 15 lat (25,62%). W badanej grupie największy odsetek – 34,22% stanowiły kobiety bezdzietne, a następnie posiadające dwoje dzieci – 32,34%. Zdecydowana większość respondentek (97,97%) nie chorowała na raka piersi, a występowanie tego nowotworu w rodzinie zdeklarowało 9,22% pielęgniarek. Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego, wykorzystując technikę ankiety. Jako narzędzia badawcze zastosowano Autorski Kwestionariusz Ankiety, Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ), Wielowymiarową Skalę Umiejscowienia Kontroli Zdrowia (MHLC) oraz Skalę Uogólnionej Własnej Skuteczności (GSES). Analizę statystyczną wykonano w programie R, wersja 4.4.1. Przyjęto poziom istotności p = 0,05, wszystkie wartości p poniżej 0,05 interpretowano jako świadczące o istotnych zależnościach.

Wyniki. Wiedza respondentek na temat raka piersi i profilaktyki tego nowotworu kształtowała się na średnim poziomie (61,25%). Pielęgniarki w większości znały czynniki ryzyka raka piersi. Najczęściej wskazywały na: rodzinne występowanie raka piersi (79,53%), mutacje genów BRCA 1 i BRCA 2 (57,66%), płeć żeńską (47,66%), bezdzietność (45,94%), wiek po 50. roku życia (40,00%), stosowanie hormonalnej terapii zastępczej (34,84%) i antykoncepcji doustnej (30,94%). Wśród objawów raka piersi badane najczęściej wymieniały: zmianę wyglądu brodawki sutkowej (75,62%), nieregularny, twardy guzek w miąższu piersi, zwykle niebolesny (74,84%), zmiany skórne (47,81%), powiększenie węzłów chłonnych pachowych (46,88%), jak również zmianę wielkości, kształtu piersi (39,69%). Respondentki znały podstawowe metody wykrywania raka piersi, wskazywały najczęściej na: USG piersi (93,28%), mammografię (91,25%) oraz samobadanie piersi (86,56%). W większości posiadały wiedzę na temat zasad samobadania piersi: częstotliwości (79,06%), terminu (77,19%) oraz etapów (88,28%). Znały również wiek, w jakim kobiety powinny wykonać badanie USG piersi (64,69%). Ponad połowa respondentek (59,69%) poprawnie określiła wiek wykonania bezpłatnej mammografii, w ramach Populacyjnego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Piersi. Głównym źródłem wiedzy respondentek na temat profilaktyki raka piersi był Internet (63,44%) oraz książki i czasopisma medyczne (62,50%). Zbliżone do siebie pod względem liczności grupy pielęgniarek oceniały swój poziom wiedzy na temat profilaktyki raka piersi jako dobry (47,50%) i dostateczny (42,34%) i w zdecydowanej większości (84,53%) wyraziły chęć poszerzenia wiedzy tej wiedzy. Respondentki najczęściej spożywały alkohol okazjonalnie Niemal co piąta (17,81%,) kobieta była abstynentką, a niewiele ponad połowa (55,31%) badanych alkohol spożywała

okazjonalnie. Respondentki stosowały różne rodzaje diet – spożywanie lekkostrawnych posiłków zdeklarowało 16,41% badanych. Pielęgniarki najczęściej przeznaczały na aktywność fizyczną od 1 do 3 godzin (34,53%) w ciągu tygodnia, a niemal co piąta pielęgniarka (17,66%) nie podejmowała aktywności fizycznej. Ponad połowa badanych kobiet (58,91%) urodziła pierwsze dziecko pomiędzy 20. a 30. rokiem życia, a karmienie piersią przez co najmniej przez 6 miesięcy zdeklarowało 41,56% pielęgniarek. Prawie połowa respondentek (48,28%) wykonywała samobadanie piersi raz w miesiącu, a co piąta (20,31%) nie wykonywała tej czynności. Niemal wszystkie respondentki (96,87%) uczęszczały na wizyty kontrolne do lekarza ginekologa, najczęściej raz na rok (49,69%). Respondentki w większości (72,50%) nie miały wykonanego badania mammograficznego. Pielęgniarki prezentowały średnie nasilenie zachowań zdrowotnych – M = 81,32 (SD = 13,55). Najwyższą średnią wartość – M = 3,48 (SD = 0,7) uzyskały w kategorii zachowania profilaktyczne, natomiast najniższą – M = 3,21 (SD = 0,63) w kategorii praktyki zdrowotne. Najwyższy wynik – M = 25,04 (SD = 4,93) pielęgniarki uzyskały w zakresie wewnętrznego umiejscowienia kontroli zdrowia, w porównaniu do przypadku – M = 21,07 (SD = 5,38) oraz wpływu innych – M = 20,74 (SD = 5,60). Średnia wartość ogólnego poziomu poczucia własnej skuteczności w badanej grupie wyniosła M = 29,52 (SD = 4,71). Poziom wiedzy respondentek na temat raka piersi różnicował istotnie ogólny poziom zachowań zdrowotnych ($p < 0,001$), umiejscowienie kontroli zdrowia w wymiarze wewnętrznym ($p < 0,001$) oraz wysokie poczucie własnej skuteczności ($p < 0,001$). Z kolei czynnikami istotnie determinującymi poziom wiedzy i zachowania zdrowotne respondentek w zakresie profilaktyki raka piersi były: wiek, wykształcenie, staż pracy, miejsce pracy oraz występowanie raka piersi w rodzinie badanych.

Wnioski. Wiedza pielęgniarek na temat profilaktyki raka piersi oraz podejmowane przez nie zachowania zdrowotne mają istotne znaczenie, zarówno dla ich zdrowia, jak i dla skuteczności działań edukacyjnych podejmowanych wobec pacjentek. Wysoki poziom świadomości zdrowotnej u pielęgniarek sprzyja kształtowaniu odpowiedzialnych postaw prozdrowotnych, co przekłada się na regularne wykonywanie badań przesiewowych oraz podejmowanie działań profilaktycznych w praktyce zawodowej. Tym samym pielęgniarki, jako istotne ogniwo systemu ochrony zdrowia, mogą efektywnie wspierać proces wczesnego wykrywania raka piersi i promować prozdrowotny styl życia wśród pacjentek, co ma kluczowe znaczenie w ograniczeniu zachorowalności i umiealności

z powodu tego nowotworu. Należy kontynuować badania dotyczące wiedzy i zachowań zdrowotnych pielęgniarek w zakresie profilaktyki raka piersi.
Słowa kluczowe: rak piersi, pielęgniarki, wiedza, profilaktyka, zachowania zdrowotne.

8. SUMMARY

Knowledge level and health behavior of active nurses on prevention and early detection of breast cancer in women

Introduction. Breast cancer is the most common malignancy in women and is a significant medical, social and economic problem. It most often affects women in the 50-69 age range, but is increasingly being diagnosed at younger ages. Of key importance in reducing morbidity and mortality is prevention and early detection of cancer, made possible by effective primary and secondary prevention and an adequate level of women's knowledge of breast cancer risk factors, disease symptoms and screening. Nurses play a multifaceted role in the prevention of breast cancer in women. Through their knowledge and health-promoting attitudes, as well as their close contact with patients, they educate and support women in preventive measures. In carrying out health education tasks, in addition to knowledge, they should present health-promoting behaviors, which can not only reduce the risk of breast cancer in this professional group, but also among other women.

The purpose of the study was to determine the level of knowledge and health behaviors of active nurses regarding the prevention and early detection of breast cancer in women.

Material and methods. The study was conducted between March 22, 2021 and September 30, 2022 in the following health care facilities: Podkarpacki Szpital Specjalistyczny Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny im. Ks. Bronisław Markiewicz in Brzozów, Samodzielny Publiczny Zespole Opieki Zdrowotnej in Sanok, Samodzielny Publiczny Miejski Zespole Podstawowej Opieki Zdrowotnej in Sanok, Samodzielny Publiczny Zespole Opieki Zdrowotnej in Lesko. The study involved 650 nurses, employed by the above-mentioned health care entities, with 640 completely completed survey instruments analyzed. The average age of the respondents was 44.11, with the youngest woman being 25 and the oldest 70. Most of the respondents were married women (60.47%) and rural residents (65.78%), describing their financial situation as good (75.16%). The study group was far outnumbered by women with a university education (85.94%), working under a contract of employment (98.12%), most often in a conservative department (69.38%). The majority of respondents (77.97%) did not have an additional job, and most often worked in the profession for 5 years (30.16%) or 6 – 15 years (25.62%). In the surveyed group, the largest percentage, 34.22%, were childless

women, followed by those with two children, 32.34%. The vast majority of respondents (97.97%) did not suffer from breast cancer, and the presence of this cancer in the family was declared by 9.22% of nurses. The study was conducted by a diagnostic survey method, using a questionnaire technique. The Author's Survey Questionnaire, the Health Behavior Inventory (HBI), the Multidimensional Health Locus of Control Scale (MHLC) and the Generalized Self-Efficacy Scale (GSES) were used as research tools. Statistical analysis was performed using R software, version 4.4.1. A significance level of $p = 0.05$ was adopted; all p-values below 0.05 were interpreted as indicating significant relationships.

Results. Respondents' knowledge of breast cancer and its prevention was at an average level (61.25%). The nurses were mostly familiar with the risk factors of breast cancer. They most often indicated: family history of breast cancer (79.53%), BRCA 1 and BRCA 2 gene mutations (57.66%), female gender (47.66%), childlessness (45.94%), age over 50 (40.00%), use of hormone replacement therapy (34.84%) and oral contraception (30.94%). Among the symptoms of breast cancer, the respondents most often mentioned: a change in the appearance of the nipple (75.62%), an irregular, hard lump in the breast parenchyma, usually not painful (74.84%), skin changes (47.81%), enlargement of the axillary lymph nodes (46.88%), as well as a change in the size, shape of the breast (39.69%). Respondents were familiar with the basic methods of detecting breast cancer, pointing most often to: breast ultrasound (93.28%), mammography (91.25%) and breast self-examination (86.56%). They were mostly knowledgeable about the principles of breast self-examination: frequency (79.06%), timing (77.19%) and stages (88.28%). They also knew the age at which women should perform a breast ultrasound (64.69%). More than half of the respondents (59.69%) correctly identified the age for free mammography, as part of the Population-Based Early Detection of Breast Cancer Program. The main sources of respondents' knowledge about breast cancer prevention were the Internet (63.44%) and medical books and magazines (62.50%). Similar in number, the groups of nurses rated their level of knowledge about breast cancer prevention as good (47.50%) and sufficient (42.34%), and the vast majority (84.53%) expressed a desire to expand their knowledge of this subject. Respondents mostly consumed alcohol occasionally Almost one in five (17.81%,) women were abstinent, and just over half (55.31%) of the respondents consumed alcohol occasionally. Respondents followed different types of diets – eating light meals was declared by 16.41% of respondents. The nurses most often spent 1 to 3 hours (34.53%) per week on physical activity, while almost one in five nurses

(17.66%) did not engage in physical activity. More than half of the women surveyed (58.91%) gave birth to their first child between the ages of 20 and 30, and 41.56% of the nurses declared breastfeeding for at least 6 months. Almost half of the respondents (48.28%) performed breast self-examination once a month, and one in five (20.31%) did not. Almost all respondents (96.87%) attended follow-up visits to a gynecologist, most often once a year (49.69%). Respondents mostly (72.50%) did not have a mammogram. Nurses presented medium intensity of health behaviors – M = 81.32 (SD = 13.55). The highest mean value – M = 3.48 (SD = 0.7) was obtained in the preventive behavior category, while the lowest – M = 3.21 (SD = 0.63) in the health practices category. The nurses obtained the highest score – M = 25.04 (SD = 4.93) in the area of internal location of health control, compared to the case – M = 21.07 (SD = 5.38) and the influence of others – M = 20.74 (SD = 5.60). The mean value of the overall level of self-efficacy in the study group was M = 29.52 (SD = 4.71). The respondents' level of knowledge about breast cancer significantly differentiated the overall level of health behavior ($p < 0.001$), the location of health control in the internal dimension ($p < 0.001$) and high self-efficacy ($p < 0.001$). On the other hand, the factors significantly determining the level of knowledge and health behavior of the respondents in the field of breast cancer prevention were age, education, length of service, place of work and the occurrence of breast cancer in the respondents' family.

Conclusions. Nurses' knowledge of breast cancer prevention and the health behaviors they undertake are important, both for their health and for the effectiveness of educational measures taken towards patients. A high level of health awareness in nurses promotes the formation of responsible health-promoting attitudes, which translates into regular screening and taking preventive measures in professional practice. Thus, nurses, as an important link in the health care system, can effectively support the process of early detection of breast cancer and promote pro-healthy lifestyles among patients, which is crucial in reducing morbidity and mortality from this cancer. Research on nurses' knowledge and health behaviors regarding breast cancer prevention should be continued.

Keywords: breast cancer, nurses, knowledge, prevention, health behavior.

9. PIŚMIENNICTWO

1. Adamowicz K, Zaucha JM, Majkowicz M. Ocena wiedzy pacjentek Poradni Profilaktyki Chorób Piersi w zakresie profilaktyki chorób nowotworowych. Journal of Oncology 2011; 61 (5): 449–456.
2. Adamowicz K.: Ocena wiedzy pielęgniarek środowiskowych dotyczącej profilaktyki chorób nowotworowych.; Pielęgniarstwo Polskie, 2017; 3: 390-395.
3. Agostinetto E, Gligorov J, Piccart M. Systemic therapy for early-stage breast cancer: learning from the past to build the future. Nat Rev Clin Oncol. 2022 Dec; 19(12): 763-774. doi: 10.1038/s41571-022-00687-1. Epub 2022 Oct 17. PMID: 36253451; PMCID: PMC9575647.
4. Akpınar YY, Baykan Z, Naçar M, Gün İ, Çetinkaya F. Knowledge, attitude about breast cancer and practice of breast cancer screening among female health care professionals: a study from Turkey. Asian Pac J Cancer Prev. 2011; 12(11): 3063–3068.
5. Akram M, Iqbal M, Daniyal M, Khan AU. Awareness and current knowledge of breast cancer. Biol Res. 2017 Oct 2; 50(1): 33. doi: 10.1186/s40659-017-0140-9. PMID: 28969709; PMCID: PMC5625777.
6. Al-Azri MH, Al-Awisi H, Al-Rasbi S, Al-Moundhri M. Coping with a diagnosis of breast cancer among Omani women. J Health Psychol. 2014 Jul;19(7):836-46.doi: 10.1177/1359105313479813. Epub 2013 Mar 21. PMID: 23520353.
7. Albuquerque RCR, Baltar VT, Marchioni DML. Breast cancer and dietary patterns: a systematic review. Nutr Rev. 2014; 72(1): 1–17, doi: 10.1111/nure.12083, indexed in Pubmed: 24330083.
8. Alenezi AM, Thirunavukkarasu A, Wani FA, Alenezi H, Alanazi MF, Alruwaili AS, Alashjaee RH, Alashjaee FH, Alrasheed AK, Alshrari BD. Female Healthcare Workers' Knowledge, Attitude towards Breast Cancer, and Perceived Barriers towards Mammogram Screening: A Multicenter Study in North Saudi Arabia. Curr Oncol. 2022 Jun 15; 29(6): 4300-4314. doi: 10.3390/curroncol29060344. PMID: 35735453; PMCID: PMC9222040.
9. Al-Mousa DS, Alakhras M, Hossain SZ, Al-Sa'di AG, Al Hasan M, Al-Hayek Y, Brennan PC. Knowledge, Attitude and Practice Around Breast Cancer and Mammography Screening Among Jordanian Women. Breast Cancer (Dove Med

Press). 2020 Nov 11; 12: 231-242. doi: 10.2147/BCTT.S275445. PMID: 33204150; PMCID: PMC7666976.

10. Alshahrani M, Alhammam SYM, Munyif HASA, et al. Knowledge, attitudes, and practices of breast cancer screening methods among female patients in primary healthcare centers in Najran, Saudi Arabia. J Cancer Educ 2019; 34: 1167-1172.
11. American Cancer Society. Breast Cancer Facts & Figures 2022-2024. Atlanta: American Cancer Society, Inc. 2022.
12. Anastasiadi Z, Lianos GD, Ignatiadou E, Harissis HV, Mitsis M. Breast cancer in young women: an overview. Updates Surg. 2017 Sep; 69(3): 313-317. doi: 10.1007/s13304-017-0424-1. Epub 2017 Mar 4. PMID: 28260181.
13. Andegiorgish AK, Kidane EA, Gebrezgi MT. Knowledge, attitude, and practice of breast Cancer among nurses in hospitals in Asmara, Eritrea. BMC Nurs. 2018 Jul 31; 17: 33. doi: 10.1186/s12912-018-0300-4. PMID: 30083079; PMCID: PMC6069844.
14. Andruszkiewicz A., Banaszkiewicz M., Felsmann M., Marzec A., Kiełbratowska B., Kocięcka A. Poczucie własnej skuteczności a wybrane zmienne związane z funkcjonowaniem zawodowym w grupie pielęgniarek. Problemy Pielęgniarstwa 2011; 19(2): 143-147.
15. Andruszkiewicz A., Nowik M. Zachowania zdrowotne kobiet czynnych zawodowo. Probl Piel. 2011; 19(2): 148–152.
16. Arif, S., Baloch, Q., Zaheer, F., Agheem, R., Ariff, M., & Ahmed, M. The adequate breast cancer knowledge assessment: A cross-sectional study done among nonmedical women of Karachi. Journal of Education and Health Promotion. 2018; 7(1): 169–169.
17. Arnold M, Morgan E, Rumgay H, et al. Current and future burden of breast cancer: Global statistics for 2020 and 2040. Breast. 2022; 66: 15–23, doi: 10.1016/j. breast.2022.08.010, indexed in Pubmed: 36084384.
18. Arthur RS, Wang T, Xue X, Kamensky V, Rohan TE. Genetic Factors, Adherence to Healthy Lifestyle Behavior, and Risk of Invasive Breast Cancer Among Women in the UK Biobank. J Natl Cancer Inst. 2020 Sep 1; 112(9): 893-901.
19. Asel M, LeBoeuf NR. Extramammary Paget's Disease. Hematol Oncol Clin North Am. 2019 Feb; 33(1): 73-85. doi: 10.1016/j.hoc.2018.09.003. PMID: 30497678.
20. Bajurna B., Zdanowska J., Mendyka L.: Źródła wiedzy pielęgniarek na temat mobbingu. Pielęgniarstwo Polskie, 2012, 1(43): 20-24.

21. Banaszkiewicz M., Andruszkiewicz A. Zachowania zdrowotne. W: Andruszkiewicz A., Banaszkiewicz M. (red.). Promocja zdrowia. Tom I. Teoretyczne podstawy promocji zdrowia. Wydawnictwo CZELEJ, Lublin 2008: 70-81.
22. Barrios CH, Reinert T, Werutsky G. Global Breast Cancer Research: Moving Forward. Am Soc Clin Oncol Educ Book. 2018 Maj 23; 38: 441-450. doi: 10.1200/EDBK_209183. PMID: 30231347.
23. Bartosiewicz A, Łuszczki E, Nagórska M, Oleksy Ł, Stolarczyk A, Dereń K. Risk Factors of Metabolic Syndrome among Polish Nurses. Metabolites. 2021 Apr 23; 11(5): 267. doi: 10.3390/metabo11050267. PMID: 33922860; PMCID: PMC8145067.
24. Bartosiewicz A, Łuszczki E, Pieczonka M, Nowak J, Oleksy Ł, Stolarczyk A, Lewandowska A, Dymek A. Blood Pressure Trends, Demographic Data, Workload, and Lifestyle Factors Among Nurses in the Subcarpathian Region of Poland: A Cross-Sectional Observational Study. Med Sci Monit. 2024 Jul 31; 30: e945148. doi: 10.12659/MSM.945148. PMID: 39083460; PMCID: PMC11302182.
25. Bartosiewicz A, Łuszczki E. Health and Sedentary Behaviors within Polish Nurses: A Cross-Sectional Study. Nutrients. 2023 Mar 7; 15(6): 1312. doi: 10.3390/nu15061312. PMID: 36986045; PMCID: PMC10058938.
26. Bartosiewicz A, Wyszyńska J, Łuszczki E, Lewandowska A, Zatorska-Zoła M, Sulikowski P, Matłosz P. Impact of Consumption of Specific Food Groups on Metabolic and Cardiovascular Disorders among Nurses: Framingham's Multifactorial Predictive Model. J Clin Med. 2024 Sep 19; 13(18): 5568. doi: 10.3390/jcm13185568. PMID: 39337053; PMCID: PMC11432469.
27. Battisti NML, Joshi K, Nasser MS, Ring A. Systemic therapy for older patients with early breast cancer. Cancer Treat Rev. 2021 Nov; 100: 102292. doi: 10.1016/j.ctrv.2021.102292. Epub 2021 Sep 11. PMID: 34536728.
28. Bauer A. Radiation Treatment for Breast Cancer. Surg Clin North Am. 2023 Feb; 103(1): 187-199. doi: 10.1016/j.suc.2022.08.015. Epub 2022 Oct 17. PMID: 36410350.
29. Bąk-Sosnowska M., Skrzypulec-Plinta V. Health behaviors, health definitions, sense of coherence, and general practitioners' attitudes towards obesity and diagnosing obesity in patients. Archives of Medical Science 2017; 13(6): 433–440.

30. Bednarczyk A., Lewicka S., Czeczelewska E. Nowotwór piersi u kobiet. Opieka onkologiczna 2015; 1(4): 13–18.
31. Bień A., Rzońca E., Krysa J., Iwanowicz-Palus G., Turkosz A. Socjodemograficzne uwarunkowania zachowań zdrowotnych kobiet w okresie prokreacji. Med Og Nauk Zdr. 2016; 22(3): 210-215. DOI: 10.5604/20834543.1220524.
32. Binkowska – Bury M. Długookresowa ocena wzorów zachowań związanych ze zdrowiem młodzieży akademickiej. Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2014.
33. Bociek A. Jak dbać o zdrowie w XXI wieku? Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne 2020; 10 (1): 57-63. DOI: 10.17219/pzp/110399.
34. Bogusz R, Charzyńska-Gula M, Majewska A, et al. Knowledge of breast cancer prevention among peri-menopausal women. Med Og Nauk Zdr 2013; 9: 523-529.
35. Bojakowska U., Kalinowski P., Kowalska M.E. Epidemiologia i profilaktyka raka piersi. Epidemiology and prophylaxis of breast cancer. Journal of Education, Health and Sport. 2016; 6(8): 701-710.
36. Bojakowska U., Kalinowski P., Kowalska M.E. Ocena wybranych zachowań zdrowotnych przez i po zdiagnozowaniu choroby wśród kobiet z nowotworem piersi w oparciu o Inwentarz Zachowań Zdrowotnych Juczyńskiego – badanie wstępne. Journal of Education, Health and Sport 2016; 6(5): 29-37. DOI http: //dx.doi.org/10.5281/zenodo.50958.
37. Bojakowska U., Kalinowski P., Kowalska M.E.: Ocena skuteczności populacyjnego programu wczesnego wykrywania raka piersi wśród kobiet w Polsce. Pielęgniarstwo Polskie 2013; 1(47): 18-22.
38. Bojakowska U, Kalinowski P, Kowalska ME. Epidemiologia i profilaktyka raka piersi = Epidemiology and prophylaxis of breast cancer. Journal of Education, Health and Sport. 2016; 6(8): 701-710. eISSN 2391-8306.
39. Borys B. Zasoby zdrowotne w psychice człowieka. Forum Medycyny Rodzinnej 2010; 4(1): 44-52.
40. Bradley JA, Mendenhall NP. Novel Radiotherapy Techniques for Breast Cancer. Annu Rev Med. 2018 Jan 29; 69: 277-288. doi: 10.1146/annurev-med-042716-103422. Epub 2017 Dec 1. PMID: 29195057.
41. Bryan TJ, Estrada CA, Castiglioni A, Snyder ED. Impact of an educational intervention on provider knowledge, attitudes, and comfort level regarding

counseling women ages 40–49 about breast cancer screening. J Multidiscip Healthc. 2015; 8: 209.

42. Brook N, Brook E, Dharmarajan A, Dass CR, Chan A. Breast cancer bone metastases: pathogenesis and therapeutic targets. Int J Biochem Cell Biol. 2018; 96: 63-78. doi: 10.1016/j.biocel.2018.01.003.
43. Budny A, Starosławska E, Budny B, et al. Epidemiologia oraz diagnostyka raka piersi [Epidemiology and diagnosis of breast cancer]. Pol Merkur Lekarski. 2019; 46(275): 195-204.
44. Buja A, Pierbon M, Lago L, Grotto G, Baldo V. Breast Cancer Primary Prevention and Diet: An Umbrella Review. Int J Environ Res Public Health. 2020; 17(13): 4731. Published 2020 Jul 1. doi: 10.3390/ijerph17134731.
45. Bulut A, Bulut A. Knowledge, attitudes and behaviors of primary health care nurses and midwives in breast cancer early diagnosis applications. Breast Cancer (Dove Med Press). 2017; 9: 163-169.
46. Caballero B. Humans against Obesity: Who Will Win? Adv Nutr. 2019 Jan 1; 10(suppl_1): S4-S9. doi: 10.1093/advances/nmy055. PMID: 30721956; PMCID: PMC6363526.
47. Camejo N, Castillo C, Tambasco C, Strazzarino N, Requena N, Peraza S, Boronat A, Herrera G, Esperon P, Cuello M, Krygier G. Assessing Adherence to Adjuvant Hormone Therapy in Breast Cancer Patients in Routine Clinical Practice. World J Oncol. 2023 Aug; 14(4): 300-308. doi: 10.14740/wjon1647. Epub 2023 Aug 4. PMID: 37560342; PMCID: PMC10409554.
48. Carbine NE, Lostumbo L, Wallace J, Ko H. Risk-reducing mastectomy for the prevention of primary breast cancer. Cochrane Database Syst Rev. 2018 Apr 5; 4(4): CD002748. doi: 10.1002/14651858.CD002748.pub4. PMID: 29620792; PMCID: PMC6494635.
49. Cardoso F, Kyriakides S, Ohno S, et. al. Early breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up†. Ann Oncol. 2019 Aug 1; 30(8): 1194-1220. doi: 10.1093/annonc/mdz173. Erratum in: Ann Oncol. 2019 Oct 1; 30(10): 1674. Erratum in: Ann Oncol. 2021 Feb; 32(2): 284. PMID: 31161190.
50. Cardoso MM, Baixinho CL, Silva GTR, Ferreira Ó. Nursing Interventions in the Perioperative Pathway of the Patient with Breast Cancer: A Scoping Review.

Healthcare (Basel). 2023 Jun 12;11(12):1717. doi: 10.3390/healthcare11121717. PMID: 37372835; PMCID: PMC10298246.

51. Carreira H, Williams R, Müller M, Harewood R, Stanway S, Bhaskaran K. Associations Between Breast Cancer Survivorship and Adverse Mental Health Outcomes: A Systematic Review [published correction appears in J Natl Cancer Inst. 2020 Jan 1; 112(1): 118]. J Natl Cancer Inst. 2018; 110(12): 1311-1327. doi: 10.1093/jnci/djy177.
52. Cathcart-Rake E.J., Ruddy K.J., Johnson R.H.: Modifiable risk factors for the development of breast cancer in young women. Cancer J., 2018; 24: 275-284).
53. Chan DSM, Vieira AR, Aune D, et al. Body mass index and survival in women with breast cancer-systematic literature review and meta-analysis of 82 follow-up studies. Ann Oncol. 2014; 25(10): 1901–1914, doi: 10.1093/ annonc/mdu042, indexed in Pubmed: 24769692.
54. Chang Y, WANG PC, LI HH, LIU YC. Relations among depression, self-efficacy and optimism in a sample of nurses in Taiwan. J Nurs Adm Manag. 2011; 19(6): 769–76. doi: 10.1111/j.1365-2834.2010.01180.x.
55. Chao AC, Huang L, Visvanathan K, et al. Understanding women's perspectives on breast cancer is essential for cancer control: knowledge, risk awareness, and care-seeking in Mwanza, Tanzania. BMC Public Health 2020; 20: 930.
56. Cianciara D. Promocja zdrowia, czyli wszystkie ręce na pokład do zmniejszania nierówności w zdrowiu [w:] Michalak J. (red.) Zagrożenia zdrowia publicznego. Naukowe podstawy promocji zdrowia. Część 3. Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa 2016, s. 189-212.
57. Cinciara D. Płeć kulturowa jako determinanta zdrowia mężczyzn. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie 2015; 13(4): 347-359.
58. Cinciara D. Zarys współczesnej promocji zdrowia. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010: 15-29.
59. Cincidda C, Pizzoli SFM, Ongaro G, Oliveri S, Pravettoni G. Caregiving and Shared Decision Making in Breast and Prostate Cancer Patients: A Systematic Review. Curr Oncol. 2023 Jan 6; 30(1): 803-823. doi: 10.3390/curroncol30010061. PMID: 36661710; PMCID: PMC9857468.
60. Cipora Elżbieta. Prevention of breast cancer – the importance of screening tests. Journal of Education, Health and Sport. 2017; 7(8): 1733-1749. eISNN 2391-8306. http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.1202415.

61. Cipora E, Konieczny M, Karwat ID, Roczniak W, Babuśka-Roczniak M. Surgical method of treatment and level of satisfaction with life among women diagnosed with breast cancer, according to time elapsed since performance of surgery. Ann Agric Environ Med. 2018 Sep 25; 25(3): 453-459. doi: 10.26444/aaem/91586. Epub 2018 Jun 11. PMID: 30260191.
62. Cisowski J, Windorbska W, Mierzwa T. Podstawy teoretyczne nowotworów. W: Koper A. (red). Pielęgniarstwo Onkologiczne. PZWL. Warszawa 2011: 49-63.
63. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Type and timing of menopausal hormone therapy and breast cancer risk: individual participant meta-analysis of the worldwide epidemiological evidence. Lancet. 2019; 394(10204): 1159–1168, doi: 10.1016/S0140-6736(19)31709-X, indexed in Pubmed: 31474332.
64. Colditz, G.A., Philpott, S.E., Hankinson, S.E. The Impact of the nurses' health: prevention, translation, and control. American Journal of Public Health 2016; 106 (9): 1540-1545.
65. Coughlin SS. Social determinants of breast cancer risk, stage, and survival. Breast Cancer Res Treat. 2019 Oct; 177(3): 537-548. doi: 10.1007/s10549-019-05340-7. Epub 2019 Jul 3. PMID: 31270761.
66. Dadipoor S, Alavi A, Ghaffari M, Safari-Moradabadi A. Association between self-efficacy and general health: a cross-sectional study of the nursing population. BMC Nurs. 2021 Mar 21; 20(1): 49. doi: 10.1186/s12912-021-00568-5. PMID: 33743692; PMCID: PMC7981816.
67. Dagne AH, Ayele AD, Assefa EM. Assessment of breast self- examination practice and associated factors among female workers in Debre Tabor Town public health facilities, North West Ethiopia, 2018: Cross- sectional study. PLoS One. 2019 Aug 22; 14(8): e0221356. doi: 10.1371/journal.pone.0221356. PMID: 31437209; PMCID: PMC6705765.
68. De Cicco P, Catani MV, Gasperi V, Sibilano M, Quaglietta M, Savini I. Nutrition and Breast Cancer: A Literature Review on Prevention, Treatment and Recurrence. Nutrients. 2019; 11(7): 1514. Published 2019 Jul 3. doi: 10.3390/nu11071514.
69. Deli T, Orosz M, Jakab A. Hormone Replacement Therapy in Cancer Survivors – Review of the Literature. Pathol Oncol Res. 2020 Jan; 26(1): 63-78. doi: 10.1007/s12253-018-00569-x. Epub 2019 Jan 8. PMID: 30617760; PMCID: PMC7109141.

70. Devericks EN, Carson MS, McCullough LE, et al. The obesity-breast cancer link: a multidisciplinary perspective. Cancer Metastasis Rev. 2022; 41(3): 607–625, doi: 10.1007/s10555-022-10043-5, indexed in Pubmed: 35752704.
71. Didkowska J, Wojciechowska U, Olasek P. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2019 r. Cancer in Poland in 2019. Krajowy Rejestr Nowotworów, Warszawa 2021.
72. Didkowska J. Epidemiologia. W: Jassem J., Kordek R. (red.). Onkologia. Podręcznik dla studentów i lekarzy. Wydawnictwo VIA MEDICA, Gdańsk 2019: 36-42.
73. Didkowska J. Przeżycia chorych na nowotwory złośliwe. W: Jassem J., Kordek R. (red.). Onkologia. Podręcznik dla studentów i lekarzy. Wydawnictwo VIA MEDICA, Gdańsk 2019: 43-46.
74. Didkowska JA, Wojciechowska U, Barańska K. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2021 r. Cancer in Poland in 2021. Krajowy Rejestr Nowotworów, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2023.
75. Dziukiewicz J. Mass media jako przestrzeń kreowania zachowań zdrowotnych społeczeństwa – dwie strony medalu. Media i Społeczeństwo 2018; 9: 127-142.
76. Fancellu A, Sanna V, Sedda ML, et al. Benefits of organized mammographic screening programs in women aged 50 to 69 years: a surgical perspective. Clin Breast Cancer. 2019; 19(5): e637–e642.
77. Farsinejad-Marj M, Talebi S, Ghiyasvand R, et al. Adherence to mediterranean diet and risk of breast cancer n premenopausal and postmenopausal women. Arch Iran Med. 2015; 18(11): 786–792, indexed in Pubmed: 26497377.
78. Faupel-Badger JM, Arcaro KF, Balkam JJ, Eliassen AH, Hassiotou F, Lebrilla CB, Michels KB, Palmer JR, Schedin P, Stuebe AM, Watson CJ, Sherman ME. Postpartum remodeling, lactation, and breast cancer risk: summary of a National Cancer Institute-sponsored workshop. J Natl Cancer Inst. 2013 Feb 6; 105(3): 166-74. doi: 10.1093/jnci/djs505. Epub 2012 Dec 21. PMID: 23264680; PMCID: PMC3611853.
79. Fejfer-Wirbał E., Gładczuk J., Marcinowicz L.: Relacje lekarz-pielęgniarka w polskiej literaturze medycznej. Medycyna Rodzinna, 2013, 1: 19-22.
80. Fiega E, Krajewska-Kułak E. Wybrane aspekty zagrożeń zachowań zdrowotnych kobiet. W: Holistyczny wymiar współczesnej medycyny T. 3 (red.) Krajewska-Kułak E, Łukaszuk C, Lewko J, Kułak W. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok 2017; 698- 720.

81. Fleary SA, Joseph P, Pappagianopoulos JE. Adolescent health literacy and health behaviors: A systematic review. J Adolesc. 2018 Jan; 62: 116-127. doi: 10.1016/j.adolescence.2017.11.010. Epub 2017 Nov 25. PMID: 29179126.
82. Fotedar V, Seam RK, Gupta MK, Gupta M, Vats S, Verma S. Knowledge of risk factors and early detection methods and practices towards breast cancer among nurses in Indira Gandhi Medical College, Shimla, Himachal Pradesh, India. Asian Pac J Cancer Prev. 2013; 14(1): 117-20. doi: 10.7314/apjcp.2013.14.1.117. PMID: 23534708.
83. Foth T, Holmes D. Governing through lifestyle-Lalonde and the biopolitical management of public health in Canada. Nurs Philos. 2018 Oct; 19(4): e12222. doi: 10.1111/nup.12222. Epub 2018 Sep 11. PMID: 30203921.
84. Freitas AGO, Weller M. Women's knowledge about risk factors of breast cancer in a Brazilian community. Women Health 2019; 59: 558-568.
85. Gałuszka A. Assessment of health behaviors among students of selected majors. Journal of Education, Health and Sport 2021; 11(12): 139-149. DOI: 10.12775/JEHS.2021.11.12.009.
86. Gałuszka G, Gałuszka R, Kolasa I, Borecki M, Legawiec W. Ocena wybranych wskaźników jakości życia kobiet po mastektomii. W: Turowski K. (red.) Zdrowie Publiczne Standardem Dobrostanu. Wydawnictwo Naukowe NeuroCentrum. Lublin 2018: 85-98.
87. Garwacka-Czachor E, Maciejczyk A, Bębenek M. Profil społeczno-demograficzny kobiet biorących udział w skriningu mammograficznym na Dolnym Śląsku.Biuletyn PTO NOWOTWORY 2017; 2, 2: 119–126.
88. Gładczuk J., Grajek Z., Fejfer-Wirbał E., Szpakow A. i wsp.: Wybrane aspekty profilaktyki chorób nowotworowych w Polsce. Część III. Wyniki zgłaszalności/ skuteczności prowadzonych badań profilaktycznych. Hygeia Public Health 2015; 50(2): 277-282.
89. Głuszek S. Choroby gruczołu piersiowego. W: Głuszek S. (red.). Chirurgia. Podstawy. PZWL, Warszawa 2019: 183-202.
90. Godala M., Pietrzak K., Gawron – Skarbek A., Łaszek M., Szatko F. Zachowania zdrowotne łódzkich kobiet w ciąży. Cz. II. Aktywność fizyczna i stosowanie używek. Probl Hig Epidemiol. 2012; 93(1): 43–47.

91. Godala M., Pietrzak K., Łaszek M., Gawron – Skarbek A., Szatko F. Zachowania zdrowotne łódzkich kobiet w ciąży. Cz. I. Sposób żywienia i suplementacja witaminowo – mineralna. Probl Hig Epidemiol. 2012; 93(1): 38–42.
92. Grodecka-Gazdecka S. Związki otyłości z rakiem piersi. Forum Zaburz Metabol 2011, 2(4): 231-238.
93. Gruszczyńska 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.
94. Guvenc I, Guvenc G, Tastan S. Identifying women's knowledge about risk factors of breast cancer and reasons for having mammography. Asian Pac J Cancer Prev 2012; 13: 4191-4197.
95. He Y, Si Y, Li X, et al. The relationship between tobacco and breast cancer incidence: A systematic review and meta-analysis of observational studies. Front Oncol. 2022; 12: 961970, doi: 10.3389/fonc.2022.961970, indexed in Pubmed: 36185316.
96. Heena H, Durrani S, Riaz M, et al. Knowledge, attitudes, and practices related to breast cancer screening among female health care professionals: a cross sectional study. BMC Womens Health 2019; 19: 122.
97. Heszen-Celińska I., Sęk H. Psychologia zdrowia. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2020.
98. Hildt – Ciupińska K. Skala pozytywnych zachowań zdrowotnych dla kobiet. Probl Hig Epidemiol. 2009; 90(2): 85–90.
99. Hodorowicz-Zaniewska D, Raczkowska-Muraszko M, Kibil W, Jankau J. Jednoczasowa i odroczona rekonstrukcja piersi. Medycyna Praktyczna. Onkologia 2013; 5: 77-85.
100. Houghton SC, Hankinson SE. Cancer Progress and Priorities: Breast Cancer. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2021 May; 30(5): 822-844. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-20-1193. PMID: 33947744; PMCID: PMC8104131.
101. https: //onkologia.org.pl/pl (dostęp z dnia 20.02.2023).
102. https: //przychodniasanok.pl/ (dostęp z dnia 21.02.2025).
103. https://spzozlesko.pl/strona-3375-historia_szpitala.html. (dostęp z dnia 21.02.2025).
104. https: //szpital-brzozow.pl/historia/ (dostęp z dnia 21.02.2025).
105. https: //szpital-brzozow.pl/statut/. (dostęp z dnia 21.02.2025)

106. https://www.spzozlesko.pl/strona-3375-historia_szpitala.html (dostęp z dnia 21.02.2025).
107. https://www.zozsanok.pl/wp/wp-content/uploads/docs/da782019zal1.pdf (dostęp z dnia 21.02.2025).
108. https: //zozsanok.bip.gov.pl/historia-szpitala.html. (dostęp z dnia 21.02.2025).
109. https: //zozsanok.bip.gov.pl/oddzialy/oddzialy.html (dostęp z dnia 21.02.2025).
110. Huang H, Yan Z, Chen Y, Liu F. A social contagious model of the obesity epidemic. Sci Rep. 2016 Nov 28; 6: 37961. doi: 10.1038/srep37961. PMID: 27892501; PMCID: PMC5124998.
111. Huniewicz E, Klimaszewska K. ocena poziomu wiedzy kobiet województwa podlaskiego na temat profilaktyki raka piersi. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku. Białystok 2023.
112. Jachimowicz-Wołoszynek D.: Profilaktyka jako element promocji zdrowia. W: Promocja zdrowia. T.1. Andruszkiewicz A., Banaszkiewicz M. (red.). Wydawnictwo Czelej, Lublin 2008.
113. Janssens J, Vandeloo M. Rak piersi: bezpośrednie i pośrednie czynniki ryzyka związane z wiekiem i stylem życia. Nowotwory Journal of Oncology. 2009; 59(3): 159-167.
114. Jarzynkowski P, Piotrkowska R, Siedlecka B. Knowledge of nurses and midwives of Koscierzyna hospital on the prevention of breast cancer. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne/Surgical and Vascular Nursing. 2021; 15(3): 116-122.
115. Jasik J. Aktywność fizyczna wybranych grup zawodowych. Podobieństwa i różnice w podejściu do problematyki aktywności fizycznej pracownika korporacji, pracownika służby zdrowia oraz nauczyciela. Med Og Nauk Zdr. 2015; (21)3: 254-259. doi: 10.5604/20834543.1165349.
116. Jassem J, Krzakowski M, Bobek-Billewicz B, et al. Breast cancer. Oncol Clin Pract. 2020; 16(5): 207–260, doi: 10.5603/OCP.2020.0038.
117. Jassem J, Krzakowski M. Brest cancer. Oncol Clin Pract 2018; 14(4): 171-215. doi: 10.5603/OCP.2018.0027.
118. Jeziorski A., Piekaski J., Czernek U. Rak piersi. W: Jassem J., Kordek R. (red.). Onkologia. Podręcznik dla studentów i lekarzy. Wydawnictwo VIA MEDICA, Gdańsk 2019: : 211-231.
119. Jędrzejczak A., Dyzmann-Sroka A., Kycler W., Krzyżaniak A., Stawińska-Witoszyńska B., Piotrowski T. Stan zdrowia i styl życia Polaków. W: Dyzmann-

Sroka A., Piotrowski T. (red.). Programy zdrowotne. Skuteczna profilaktyka zachorowań. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017: 35-55.

120. Jokiel M., Bielska-Lasota M. Czynniki ryzyka raka piersi: możliwości profilaktyki pierwotnej. Prz Epidemiol. 2010; 64(3): 435-438.
121. Juczyński Z, Ogińska-Bulik N. Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem. Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa 2012: 81-115.
122. Juczyński Z. Inwentarz Zachowań Zdrowotnych. W: Juczyński Z. (red.). Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2012: 110–116.
123. Juczyński Z. Poczucie własnej skuteczności – teoria i pomiar. Acta Universitatis Lodziensis. FOLIA PSYCHOLOGICA 2000; 4: 11-24.
124. Kachaniuk H, Stanisławek A., Bartoszek A., Kocka K., Szadowska-Szlachetka Z., Charzyńska-Gula M. Analiza wybranych zachowań zdrowotnych kobiet jako czynników ryzyka raka piersi. Prz Menopauz. 2013; 6: 453-458.
125. Kaczor-Szkodny P.M., Szkodny W. Wybrane elementy wpływające na powstawanie i kształtowanie postaw i zachowań zdrowotnych. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu 2021; 27(1): 45-49. DOI: 10.26444/monz/131778.
126. Kalinowski P, Bojakowska U. Analiza poziomu wiedzy i zachowań zdrowotnych w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi w grupie studentek i kobiet pracujących. Probl. Pielęg. 2015; 23(1): 20-26.
DOI: 10.5603/PP.2015.0004.
127. Kamińska K., Bielak K., Surdyka J.A. Zachowania zdrowotne kobiet w zakresie wczesnego wykrywania raka piersi. Women's health behaviours regarding early detection of breast cancer. Med Srod. 2024; 27(2): 77-79.
DOI: https://doi.org/10.26444/ms/188547.
128. Kamińska M, Ciszewski T, Łopacka-Szatan K, Miotła P, Starosławska E. Breast cancer risk factors. Prz Menopauzalny. 2015; 14(3): 196-202.
doi: 10.5114/pm.2015.54346. Epub 2015 Sep 30. PMID: 26528110; PMCID: PMC4612558.
129. Karczmarek-Borowska B, Stryjkowska A, Grądalska-Lampart M, Grybel M.: Poziom wiedzy kobiet z terenów wiejskich na temat raka piersi. Prz Med Uniw Rzesz Inst Leków. 2013; 3: 298-310.

130. Kawalec A, Pawlas K. Nocna praca zmianowa jako czynnik ryzyka kancerogenezy. Bezpieczeństwo Pracy: nauka i praktyka. 2013; 8: 13-17.
131. Kayaroganam R, Sarkar S, Satheesh S, Tamilmani S, Sivanantham P, Kar SS. Profile of non-communicable Disease Risk Factors Among Nurses in a Tertiary Care Hospital in South India. Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci). 2022 Oct; 16(4): 241-248. doi: 10.1016/j.anr.2022.07.001. Epub 2022 Aug 8. PMID: 35952959.
132. Keskin G, Gumus AB. Turkish hysterectomy and mastectomy patients – depression, body image, sexual problems and spouse relationships. Asian Pac J Cancer Prev. 2011; 12(2): 425-432. PMID: 21545207.
133. Khan TM, Leong JPY, Ming LC. Association of knowledge and cultural perceptions of Malaysian women with delay in diagnosis and treatment of breast cancer: a systematic review. Asian Pac J Cancer Prev 2015; 16: 5349-5357.
134. Kickbusch I, Allen L, Franz C. The commercial determinants of health. Lancet Glob Health. 2016; 4: e895–6.
135. Kilar R, Harpula K, Nagorska M. Health behaviors in professionally active nurses – preliminary research. Eur J Clin Exp Med.2019; 17(3): 214–220. doi: 10.15584/ejcem.2019.3.3.
136. Kim MJ, Son KH, Park HY, et al. Association between shift work and obesity among female nurses: Korean Nurses Survey. BMC public health. 2013; 13(1): 1204.
137. Kirag N, Ocaktan EM. Analysis of health promoting lifestyle behaviors and associated factors among nurses at a university hospital in Turkey. Saudi Med J. 2013 Oct; 34(10): 1062-7. PMID: 24145942.
138. Klimaszewska K, Grądzka K. Nowotwór piersi – diagnostyka i leczenie. W: Klimaszewska K., Krajewska-Kułak E. (red.) Rola zespołu interdyscyplinarnego wopiece nad pacjentami onkologicznymi. Tom 1. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku 2021: 121-137.
139. Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej, uchwalony Uchwałą nr 18 VIII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 17 maja 2023 roku.
140. Kolak A, Kamińska M, Sygit K, et al. Primary and secondary prevention of breast cancer. Ann Agric Environ Med. 2017; 24(4): 549–553, doi: 10.26444/ aaem/75943, indexed in Pubmed: 29284222.

141. Kołpa M., Jurkiewicz B., Nono J. Pielęgniarka – wiarygodny edukator? Analiza wybranych zachowań zdrowotnych pielęgniarek. Tarnowskie Colloquia Naukowe. Czasopismo Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Tarnowie 2016; 1: 61-74).
142. Konieczny G., Rasińska R. Dokonana w perspektywie teorii dystynkcji Pierre'a Bourdieu analiza empiryczna zachowań podejmowanych w wolnym czasie przez pielęgniarki i położne. Pielęgniarstwo Polskie 3(65) 2017, 495-500. DOI: https: //doi.org/10.20883/pielpol.2017.67.
143. Kordek R., Pawlęga J. Badania przesiewowe (skrining). W: Jassem J., Kordek R. (red.). Onkologia. Podręcznik dla studentów i lekarzy. Wydawnictwo VIA MEDICA, Gdańsk 2019: 53-61.
144. Kordek R., Piekarski J. Wczesne wykrywanie nowotworów. W: Jassem J., Kordek R. (red.). Onkologia. Podręcznik dla studentów i lekarzy. Wydawnictwo VIA MEDICA, Gdańsk 2019: 62-65.
145. Kowalski S, Moskal A, Dąbrowski M, Żak K. Wpływ choroby nowotworowej na status ekonomiczny, społeczny i relacje rodzinne. W: Maciąg K, Maciąg M. Zadania i wyzwania medycyny – charakterystyka problemów i postepowanie terapeutyczne. Wydawnictwo Tygiel, Lublin 2018: 167-178.
146. Krajewska-Kułak E, Najdyhor E, Krajewska-Ferishah K. Knowledge of women and men about breast cancer prevention. Ginek Pol 2013; 84: 116-125.
147. Krajowy Rejestr Nowotworów. Nowotwór piersi u kobiet. https: //onkologia org pl/pl/nowotwor-piersi-u-kobiet (13.04.2024).
148. Królikowska S. Nierówności w stanie zdrowia między kobietami a mężczyznami w kontekście płci biologicznej oraz społeczno-kulturowej. Acta Universitatis Lodziensis. Folia Sociologica 2011; 39(6): 33-52.
149. Krzakowski M., Potemski P., Wysocki P. Onkologia kliniczna. Tom 1. Wydanie II. Wydawnictwo VIA MEDICA, Gdańsk 2023.
150. Książek J, Jarzynkowski P, Piotrkowska R. Wybrane elementy stylu życia pielęgniarek. Borgis — Med. Rodz. 2015; 3: 103–109.
151. Ksykiewicz-Dorota A.: Polityka zdrowotna a profilaktyka w chorobach onkologicznych. W: Profilaktyka, epidemiologia i opieka w chorobach nowotworowych. Cipora E., Bednarek A. (red.). Wydawnictwo PWSZ im. Jana Grodka, Sanok 2010.

152. Kulik A., Grądziel J., Smotrycka A. Zachowania zdrowotne studentek – charakterystyka i znaczenie zmiennych socjodemograficznych. Problemy Higieny i Epidemiologii 2017; 98(4): 371-380.
153. Kulik T.B. Koncepcja zdrowia w medycynie. W: Kulik T.B., Pacian A. (red.). Zdrowie publiczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015: 3-17.
154. Kulpa M, Kosowicz M, Ziętalewicz U i wsp. Poczucie własnej skuteczności u pacjentów z chorobami onkologicznymi. Porównanie z danymi populacyjnymi. Med Paliat 2016, 8(2): 75-79.
155. Kyle RG, Neall RA, Atherton IM. Prevalence of overweight and obesity among nurses in Scotland: A cross-sectional study using the Scottish Health Survey. Int J Nurs Stud. 2016 Jan; 53: 126-33. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.10.015. Epub 2015 Oct 27. PMID: 26559483.
156. Lee A, Moon BI, Kim TH. BRCA1/BRCA2 Pathogenic Variant Breast Cancer: Treatment and Prevention Strategies. Ann Lab Med. 2020; 40(2): 114-121. doi: 10.3343/alm.2020.40.2.114.
157. Lenartowicz H., Kózka M. Metodologia badań w pielęgniarstwie. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011: 97-116.
158. Lesińska- Sawicka M.: Badania naukowe w pielęgniarstwie. Wybrane zagadnienia. Wydawnictwo PWSZ, Piła 2017: 33-42.
159. Letvak, S. We cannot ignore nurses' health anymore: a sythesis of the literature on evidence-based strategies to improve nurse health. Nursing Administration Quarterly 2013; 37(4): 295-308.
160. Lewandowska A., Mess E., Kruk W.: Wiedza kobiet na temat profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi. Onkologia Polska, 2012, 1, 5–8.
161. Li C, Liu Y, Xue D, Chan CWH. Effects of nurse-led interventions on early detection of cancer: A systematic review and meta-analysis. International Journal of Nursing Studies 2020; 110: 1-16.103684
https: //doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103684.
162. Lipińska A.M., Karnia A., Włoch A., Lipińska-Stańczak M.M., Opuchlik A.M. 2014. The level of knowledge about risk factors for cervical cancer and health-related behaviours of women from the area of the Świętokrzyskie Region. Studia Medyczne. vol. 30, nr 3: 196–202.
163. Lorenc A., Pop T., Boychuk T.: Wiedza kobiet po 40 r.ż. o czynnikach ryzyka i profilaktyce raka piersi. Young Sport Science of Ukraine. 2012; 4: 59-65.

164. Ludwisiak K., Polguj M., Majos A., Drygas W., Wpływ mediów na zachowania zdrowotne młodych osób dorosłych. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu 2016; 22 (2): 145-150.
165. Luthans F, Avolio BJ, Walumbwa FO, Li W. The psychological capital of Chinese workers: Exploring the relationship with performance. Management Organization Review. 2005; 1(2): 249–71. doi: 10.1111/j.1740-8784.2005.00011.x.
166. Łobocki M. Metody i techniki badań pedagogicznych. Wydawnictwo Impuls, Kraków 2011.
167. Łobocki M. Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych. Wydawnictwo Impuls, Kraków 2001.
168. Maddams J., Utley M., Møller H. Projections of cancer prevalence in the United Kingdom, 2010-2040. Br J Cancer. 2012; 107(7): 1195-1202. doi: 10.1038/bjc.2012.366. PMID: 22892390.
169. Majchrowska A. Zachowania zdrowotne – aspekty socjologiczne. W: Majchrowska A. (red.). Wybrane elementy socjologii. Wydawnictwo CZELEJ, Lublin 2003: 293-325.
170. Malczyk E, Kapera M. ocena wiedzy nawyków żywieniowych osób dorosłych waspekcie występowania chorób nowotworowych. Piel Zdr Publ.2019; 9(2): 97-106.
171. Malicka I, Jelecka M. Poziom wiedzy z zakresu czynników ryzyka i profilaktyki raka piersi wśród studentek wrocławskich uczelni. Pomeranian J Life Sci 2018; 64(3): 75-80.
172. Malik S, Blake H, Batt M. How healthy are our nurses? New and registered nurses compared. British Journal of Nursing. 2011; 20(8): 489-496.
173. Marczyńska-Kołacz B, Szepieniec W, Szymanowski P. Ocena poziomu wiedzy wśród kobiet rodzących pierwsze dziecko o zaletach karmienia naturalnego i deklarowanej długości karmienia piersią. Państwo i Społeczeństwo, 2019, (XIX)1: 43-64. DOI: 10.34697/2451-0858-pis-2019-1-004.
174. Masood S. Neoadjuvant chemotherapy in breast cancers. Womens Health (Lond) 2016; 12: 480-491. /Pieńkowski T. Rak piersi – wybrane aspekty leczenia systemowego. Pol J Pathol 2014; 65(4)(supl2): S1-S8.
175. Mehiret G, Molla A, Tesfaw A. Knowledge on risk factors and practice of early detection methods of breast cancer among graduating students of Debre Tabor

University, Northcentral Ethiopia. BMC Womens Health. 2022 May 18; 22(1): 183. doi: 10.1186/s12905-022-01768-0. PMID: 35585540; PMCID: PMC9118614.

176. Michalik J, Denis U, Wolski D, Stanisławek A, Węgorowski P. Analysis of knowledge on bridge cancer among women living in rural and urban areas. Journal of Education, Health and Sport 2017; 7(8): 325-335.
177. Mocan N., Altindag D.T. Education, cognition, health knowledge, and health behavior. The European Journal of Health Economics: HEPAC: health economics in prevention and care. 2013. European Journal of Health Economics 2014; 15(3): 265-279. DOI: 10.1007/s10198-013-0473-4.
178. Monticciolo DL, Newell MS, Moy L, Niell B, Monsees B, Sickles EA. Breast Cancer Screening in Women at Higher-Than-Average Risk: Recommendations From the ACR. J Am Coll Radiol. 2018; 15(3 Pt A): 408-414. doi: 10.1016/j.jacr.2017.11.034.
179. Mrozowicz A, Guty E. Styl życia, a zachowania zdrowotne: poglądy kobiet. Zdrowie i dobrostan. 2013; 1: 133-147.
180. Mróz M, Kaczor-Szkodny P.M, Kawiak-Jawor E. Wiedza mieszkańców Lubelszczyzny na temat profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu. 2018; 24, 3, 184-190.
181. Murawa D., Dyzman-Sroka A., Kycler W., Lamch K., Kubiak A., Jędrzejczak A., Trojanowski M., Szczepański Ł. ABC Raka Piersi. Wielkopolskie Centrum Onkologii; Poznań 2010.
182. Muszalik M., Kędziora-Kornatowska K., Marzec A., Klawe J. Analiza zachowań zdrowotnych, samooceny oraz zagrożeń zdrowia pielęgniarek studiujących zaocznie. Probl Hig Epidemiol. 2007; 88(3): 354-359.
183. Mynarski W, Grabara M., Nawrocka A., Niestrój-Jaworska M., Wołkowycka B., Cholewa J. Rekreacyjna aktywność fizyczna i dolegliwości mięśniowo-szkieletowe pielęgniarek. Med Pr. 2014; 65(2): 181-188. doi.org/10.13075/mp.5893.2014.018.
184. Nahm ES, Warren J, Zhu S, An M, Brown J. Nurses' self-care behaviors related to weight and stress. Nurs Outlook. 2012; 60(5): 23-31.
doi: 10.1016/j.outlook.2012.04.005. Epub 2012 Jul 6. PMID: 22770679.
185. Najdyhor E., Krajewska-Kułak E., Krajewska-Ferishah K. Wiedza kobiet i mężczyzn na temat profilaktyki raka piersi. Ginekol. Pol. 2013; 84: 116–125.
186. Nowacka A., Dmoch-Gajzlerska E.: Zastosowanie badań przesiewowych w profilaktyce nowotworów. Położna. Nauka i Praktyka 2012; 4(20): 12-15.

187. Nowak A, Brzuszkiewicz K, Ścisło L, Walewska E, Staszkiewicz M, Majewska A et al. Knowledge of primary and secondary prevention of breast cancer among Polish women. Nursing Problems /Problemy Pielęgniarstwa. 2022; 30(3): 59-65. doi: 10.5114/ppiel.2022.125539.
188. Nowicki G J, Ślusarska B, Kocka K, Piasecka H. Stan wiedzy na temat czynników ryzyka i profilaktyki chorób cywilizacyjnych a zachowania zdrowotne pracowników medycznych i niemedycznych. Med Srod. 2017; 20(1): 41-7.
189. Nowicki G, Ślusarska B, Zboina B, Deluga A. Poczucie własnej skuteczności i umiejscowienie kontroli jako zasoby determinujące podejmowanie zachowań związanych ze zdrowiem. Acta Scientifica Academiae Ostroviensis. Sectio A, Nauki Humanistyczne, Społeczne i Techniczne. Published online 2017: 18–37.
190. Nowicki G., Ślusarska B. Determinanty społeczno-demograficzne wartościowania zdrowia wśród pracujących osób dorosłych. Hygeia Public Health 2011; 46(2): 280-285.
191. Nowicki G.J., Ślusarska B., Zboina B., Kocka K., Bartoszek A., Wiśniewska A. Zakres rozumienia pojęcia „zachowania zdrowotne" oraz uwarunkowania aktywności zdrowotnej człowieka. Acta Scientifica Academiae Ostroviensis, Sectio A, Nauki Humanistyczne, Społeczne i Techniczne 2018; 11(1). DOI: 10.33674/acta_1720181.
192. Nowicki GJ, Ślusarska B, Rudnicka-Drożak E, Wiśniewska A, Jędrzejkiewicz B, Pielaszkiewicz K, Sekut A. Determinants of health behaviors in individuals of medical and non-medical professions. Pielegniarstwo XXI wieku. 2018; 17: 3(64): 13-21.DOI: 10.2478/pielxxiw-2018-0019.
193. Nowicki GJ., Ślusarska B., Młynarska M., Rudnicka – Drożak E., Chemperek E., Gawroński M. Umiejscowienie kontroli zdrowia a deklarowane zachowania zdrowotne w grupie osób wykonujących zawody medyczne i pozamedyczne. Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu 2017; 1(50): 38-48.
DOI: https: //doi.org/10.20883/ppnoz.2017.5.
194. OECD/European Commission (2025), Krajowe profile dotyczące nowotworów: Polska 2025, Krajowe profile dotyczące nowotworów, OECD Publishing, Paryż.
195. Ogińska-Bulik M. Czynniki sprzyjające rozwojowi zachowań kompulsywnych związanych z wykonywaniem czynności [w:] Ogińska-Bulik N. (red.) Zachowania ryzykowne i szkodliwe dla zdrowia. Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi Łódź 2010; s. 23-42.

196. Ogińska-Bulik N. Psychologiczne zasoby sprzyjające zdrowiu. W: Woynarowska B. (red.). Edukacja zdrowotna. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2017: 46-57.
197. Olszowy K, Snarska KK, Dembowski Sz, Chorąży M. Umiejscowienie kontroli zdrowia wśród personelu pielęgniarskiego. W: Wybrane problemy zdrowotne i zawodowe pracowników ochrny zdrowia. Kowalczuk K, Krajewska-Kułak E. (red.). Wyd. Duchno, Białystok 2019.
198. Orszulak N, Kubiak K, Kowal A, Czapla M, Uchmanowicz I. Nurses' Quality of Life and Healthy Behaviors. Int J Environ Res Public Health. 2022 Oct 9; 19(19): 12927. doi: 10.3390/ijerph191912927. PMID: 36232229; PMCID: PMC9564667.
199. Pacian A, Ferenc W, Jędrasik M. Young women's awareness of breast cancer prevention. Medycyna Paliatywna/Palliative Medicine. 2014; 6(3): 151-157.
200. Palacz J. Zachowania zdrowotne studentów w świetle wybranych uwarunkowań. Med. Og Nauk Zdr. 2014; 20(3): 301–306. DOI: 10.5604/20834543.1124662.
201. Paździor A., Stachowska M., Zielińska A.: Wiedza kobiet na temat profilaktyki raka piersi., Nowiny Lekarskie, 2011; 6: 419-422.
202. Phiri LP, Draper CE, Lambert EV, Kolbe-Alexander TL. Nurses' lifestyle behaviours, health priorities and barriers to living a healthy lifestyle: a qualitative descriptive study. BMC Nursing. 2014; 13(1): 38.
203. Piaszczyk DL, Ignaciuk S, Kosińska B, Karczewski J. Poziom wiedzy studentów Państwowej Szkoły Wyższej w Białej Podlaskiej na temat profilaktyki raka piersi. Med Og Nauk Zdr. 2015; 21(3): 260–265. doi: 10.5604/20834543.1165350.
204. Pilch T, Bauman T. Zasady badań pedagogicznych. Strategie ilościowe i jakościowe. Wydawnictwo Żak, Warszawa 2010: 71-75; 287.
205. Piotrowicz I., Lesińska-Sawicka M. Poziom wiedzy pielęgniarek na temat czynników ryzyka i profilaktyki raka piersi. W: Lesińska-Sawicka M., Musiał M. (red.). Poziom wiedzy zdrowotnej wybranych grup społecznych. Implikacje do edukacji zdrowotnej. Wydawnictwo Akademii Nauk Stosowanych im. Stanisława Staszica w Pile, Piła 2022: 117-135.
206. Poehls GU, Hack CC, Wunderle M, et al. Awareness of breast cancer incidence and risk factors among healthy women in Germany: an update after 10 years. Eur J Cancer Prev 2019; 28: 515-521.
207. Ponczek D, Kusińska L. The level of knowledge and health behaviours in the field of breast cancer and cervival cancer on the example of employees from PPH Emix

and nurses from SP ZOZ in Rypin. Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej/ Long-Term Care Nursing. 2019; 4(4): 33-44.
doi: https: //doi.org/10.19251/pwod/2019.4(4).

208. Pruchniak M,. Sobolewska-Samorek A., Trojanowska A., Hordyjewska A. Stan wiedzy na temat czynników ryzyka raka piersi a zachowania zdrowotne pielęgniarek. W: Klimaszewska K., Krajewska-Kułak E. (red.). Rola zespołu interdyscyplinarnego w opiece nad pacjentami onkologicznymi. Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, Białystok 2024: 275-282.
209. Prusty RK, Begum S, Patil A. Knowledge of symptoms and risk factors of breast cancer among women: a community based study in a low socio-economic area of Mumbai, India.BMC Womens Health 2020; 20: 106.
210. R Core Team (2024). R: A language and environment for statistical computing. RFoundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL https: //www.R-project.org/.
211. Rahman SA, Al-Marzouki A, Otim M, et al. Awareness about breast cancer and breast self-examination among female students at the University of Sharjah: a cross-sectional study.Asian Pac J Cancer Prev 2019; 20: 1901-1908.
212. Rasińska R, Nowakowska I. Postrzeganie zdrowia przez pielęgniarki po czterdziestym roku życia. Piel Pol. 2014; 2(52): 111–116.
213. Rasińska R., Nowakowska I., Głowacka-Rębała A. The analysis of factors influencing the nurses' state of health self-evaluation [w:] Cultural conditioning for wellness. Neuro Centrum in Lublin: Lublin; 2012: 241-251.
214. Remigrońska A, Włoszczak-Szubzda A. Zachowania zdrowotne pielęgniarek czynnych zawodowo, Aspekty zdrowia i choroby, 2016, T 1: 41-51.
215. Ren W, Chen M, Qiao Y, et al. Global guidelines for breast cancer screening: a systematic review. Breast. 2022; 64: 85–99, doi: 10.1016/j.breast.2022.04.003, indexed in Pubmed: 35636342.
216. Roemer-Ślimak R., Ślimak J., Mastalerz-Migas, Pokorna-Kałwak D.: Wiedza ipraktyka w zakresie samobadania piersi. Family Medicine & Primary Care Review. 2014; 16, 3: 285- 286.
217. Ross A, Bevans M, Brooks AT, Gibbons S, Wallen GR. Nurses and health-promoting behaviors: Knowledge may not translate into self-care. AORN Journal. 2017; 105(3): 267-275.

218. Saeed RS, Bakir YY, Ali LM. Are women in Kuwait aware of breast cancer and its diagnostic procedures. Asian Pac J Cancer Prev. 2014; 15(15): 6307–6313.
219. Sardanelli F., Fallenberg EM., Clauser P. et al. European Society of Breast Imaging (EUSOBI), with language review by Europa Donna – The European Breast Cancer Coalition. Mammography: an update of the EUSOBI recommendations on information for women. Insights Imaging 2017;8(1):11-18. doi: 10.1007/s13244-016-0531-4.
220. Sathian B, Nagaraja SB, Banerjee I, et al. Awareness of breast cancer warning signs and screening methods among female residents of Pokhara valley, Nepal. Asian Pac J Cancer Prev. 2014; 15 (11): 4723–4726.
221. Satish S, Moore JF, Littlefield JM, Bishop IJ, Rojas KE. Re-Evaluating the Association Between Hormonal Contraception and Breast Cancer Risk. Breast Cancer (Dove Med Press). 2023 Mar 22; 15: 227-235. doi: 10.2147/BCTT.S390664. PMID: 36987503; PMCID: PMC10040158.
222. Sera T, Kashiwagi S, Takashima T, Asano Y, Goto W, Iimori N, Noda S, Onoda N, Ohsawa M, Hirakawa K, Ohira M. Multiple metastatic malignant phyllodes tumor of the breast with tonsillar metastasis: a case report. BMC Res Notes. 2017 Jan 19; 10(1): 55-60. doi: 10.1186/s13104-017-2375-5. PMID: 28103951; PMCID: PMC5248444.
223. Siminiak N, Iżycki D, Czepczyński R. Potrójnie negatywny rak piersi – perspektywy rozwoju diagnostyki i terapii. Postępy Biologii Komórki 2020; 47; 1: 13-22.
224. Siwczyńska D., Barańska A., Mińko M., Pacian A., Religioni U., Bojakowska U.: Ocena skuteczności programów profilaktycznych dotyczących raka piersi elementem zarządzania w ochronie zdrowia w makroregionie lubelskim. Hygeia Public Health. 2012; 47(2): 211-214.
225. Skiba M, Duda S, Nowak D, et al. Zachowania zdrowotne a poczucie własnej skuteczności i kontrola emocji u pacjentów z chorobami nowotworowymi. Hygeia Public Health. 2018; 53: 363-370. http: //www.h-ph.pl/hyg.php?opc = AR&lng = pl&art = 727.
226. Smaga A., Mikułowska M., Komorowska M., Falkiewicz B.: Rak piersi w Polsce – leczenie to inwestycja. Wyd. Sequerence. Warszawa 2014: 11-28.

227. Smoleń E, Dobrowolska B. Praktyka samobadania piersi i wykonywanie mammografii w grupie pielęgniarek a zmienne socjodemograficzne. Medycyna Środowiskowa – Environmental Medicine 2017; 20 (1): 56-65. DOI: 10.19243/2017107.
228. Smoleń E, Dobrowolska B. Wiedza pielęgniarek województwa lubelskiego i podkarpackiego w zakresie czynników ryzyka nowotworów piersi. Med Og Nauk Zdr. 2014; 20(1): 6–11.
229. Smoleń E., Cipora E., Penar – Zadarko B., Gazdowicz L. Wybrane zachowania zdrowotne młodzieży akademickiej a umiejscowienie kontroli zdrowia. Prz Med. Uniw Rzesz Inst Leków. 2012; 4: 474–484.
230. Smoleń E., Dobrowolska B. Wybrane zachowania zdrowotne oraz czynniki ryzyka raka piersi w grupie pielęgniarek województwa lubelskiego i podkarpackiego. Journal of Education, Health and Sport. 2016; 6(7): 346-358.
231. Sowa M, Smuczyński W, Tarkowski M, Wójcik K, Kochanski B. Analiza wybranych czynników ryzyka raka piersi – przeglad piśmiennictwa. Journal of Education, Health and Sport 2015; 5(4): 245-250. doi: 10.5281/ZENODO.16868.
232. Spring, B., King, A.C., Pagoto, S.L. et al. Fostering multiple healthy lifestyle behaviors for primary prevention of cancer. American Psychologist 2015; 70(2): 75-90.
233. Starek-Świechowicz B, Budziszewska B, Starek A. Alcohol and breast cancer. Pharmacol Rep. 2023; 75(1): 69–84, doi: 10.1007/s43440-022-00426-4, indexed in Pubmed: 36310188.
234. Stawarz B., Sulima M., Lewicka M., Brukwicka I., Wiktor H. Health and determinants of health – a review of literature. Journal of Public Health, Nursing and Medical Rescue 2014; 3.(2): 4-10.
235. Stencel N.J., Szczot J., Skrzypczak K.O., Stuczyński S.K., Krala – Szkaradowska M. Rak piersi jako wyzwanie zdrowotne naszych czasów oczami literatury – aktualna epidemiologia, metody profilaktyki oraz przyszłe kierunki. Forum Medycyny Rodzinnej 2024; 18(4): 121–133.
236. 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. Journal of Education, Health and Sport 2023; 31(1): 94-113. DOI http: //dx.doi.org/10.12775/JEHS.2023.31.01.009.

237. Strategia walki z rakiem w Polsce 2015-2025. http: //walkazrakiem.pl/ dostęp z dn. 10.06.2025.
238. Strode M, Khoury T, Mangieri C, Takabe K. Update on the diagnosis and management of malignant phyllodes tumors of the breast. Breast. 2017 Jun; 33: 91-96. doi: 10.1016/j.breast.2017.03.001. Epub 2017 Mar 19. PMID: 28327352.
239. Strojek K., Maślanka M., Styczyńska H., Zukow W.: Health promoting behaviors and women knowledge about breast cancer prevention. Journal of Education, Health and Sport, 2017; 7(3): 166-176.
DOI http: //dx.doi.org/10.5281/zenodo.268299.
240. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2021; 71(3): 209–249, doi: 10.3322/ caac.21660, indexed in Pubmed: 33538338.
241. Surmach M. Indices of youth behaviour in the sphere of reproductive health. Hygeia Pub Health. 2012; 47(2): 169–173.
242. Swaminathan H, Saravanamurali K, Yadav SA. Extensive review on breast cancer its etiology, progression, prognostic markers, and treatment. Med Oncol. 2023 Jul 14; 40(8): 238. doi: 10.1007/s12032-023-02111-9. PMID: 37442848.
243. Sygit – Kowalkowska E. Radzenie sobie ze stresem jako zachowanie zdrowotne człowieka – perspektywa psychologiczna. Hygeia Pub Health. 2014; 49(2): 202–208.
244. Sygit M. Zdrowie publiczne. Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa 2023.
245. Syrkiewicz-Świtała M., Holecki T., Wojtynek E. Znaczenie mass mediów w promocji zdrowia. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu 2014; 20(2): 171-176.
246. Szadowska-Szlachetka Z, Baczewska B, Kulbaka Z, Muraczyńska B, Kropornicka B, Dzirba Alina, Łuczyk R. Wiedza kobiet, studentek pielęgniarstwa, na temat profilaktyki raka piersi = Knowledge of women, female students of nursing, on prevention of breast cancer. Journal of Education, Health and Sport. 2016; 6(12): 504-519.DOI http: //dx.doi.org/10.5281/zenodo.20952.
247. Szajda KH, Lewicka M. Ocena zachowań zdrowotnych i poziomu wiedzy dotyczącej profilaktyki nowotworów piersi przez młodych dorosłych. Med Og Nauk Zdr. 2024; 30(3): 232–239. doi: 10.26444/monz/190445.

248. Szkiela M., Worach-Kardas H., Marcinowski J.T. i wsp.: Nowotwór złośliwy piersi-epidemiologia, czynniki ryzyka, znaczenie profilaktyki pierwotnej i wtórnej. Problemy Higieny i Epidemiologii 2014; 95(2): 292-302.
249. Ślusarska B, Nowicki GJ, Łachowska E, Piasecka H, Marciniak A. Wiedza kobiet na temat profilaktyki raka piersi w wybranych uwarunkowaniach socjo-demograficznych. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu 2016; 22(1): 59- 65.
250. Ślusarska B., Nowicki G. Modele teoretyczne zachowań zdrowotnych w kształtowaniu aktywności sprzyjającej zdrowiu. W: Prystupa A., Nowicki G. (red.). Interdyscyplinarne problemy w praktyce medycznej. Wydawnictwo Chełmskie Stowarzyszenie Medyczne Zdrowie i Edukacja, Lublin 2015. 79–89.
251. Tagliafico AS, Piana M, Schenone D, Lai R, Massone AM, Houssami N. Overview of radiomics in breast cancer diagnosis and prognostication. Breast. 2020; 49: 74-80. doi: 10.1016/j.breast.2019.10.018.
252. Tamimi R.M., Spiegelman D., Smith-Warner S.A. i wsp.: Population attributable risk of modifiable and nonmodifiable breast cancer risk factors in postmenopausal breast cancer. Am. J. Epidemiol., 2016; 184: 884-893.
253. Tesfaw A, Berihun H, Molla E, Mihret G, Feleke DG, Chanie ES, Demissie B, Yosef T, Shita A, Tadele F, Fenta E. Level of knowledge and practice of female healthcare providers about early detection methods of breast cancer at Debre Tabor Comprehensive Specialised Hospital: a cross-sectional study. Ecancermedicalscience. 2021 Jul 19; 15: 1268. doi: 10.3332/ecancer.2021.1268. PMID: 34567253; PMCID: PMC8426027.
254. Thorat MA, Balasubramanian R. Breast cancer prevention in high-risk women. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2020 May; 65: 18-31.
255. Tkaczuk-Włach J., Sobstyl M., Jakiel G.: Rak piersi – znaczenie profilaktyki pierwotnej i wtórnej. Przegląd Menopauzalny. 2012; 44: 343-347; DOI: 10.5114/pm.2012.30251.
256. Tomaszek L, Dębska G, Kotyza M. Poziom wiedzy studentek kierunku pielęgniarstwo na temat czynników ryzyka i profilaktyki raka piersi. Państwo i Społeczeństwo. 2015; 15(3): 37–49.
257. Topol EJ. Deep Medicine: How Artificial Intelligence Can Make Healthcare Human Again. New York: Basic Books; 2019.

258. Trojanowska A, Trojanowska P, Piasecka K, Sobolewska-Samorek A. Zachowania zdrowotne pielęgniarek pediatrycznych. FIDES ET RATIO 3(43)2020: 177-194. https: //doi.org/10.34766/fetr.v43i3.314.
259. Upadhyay R, Bazan JG. Advances in Radiotherapy for Breast Cancer. Surg Oncol Clin N Am. 2023 Jul; 32(3): 515-536. doi: 10.1016/j.soc.2023.03.002. PMID: 37182990.
260. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej. Dz.U. 2011 nr 174 poz. 1039.
https: //nipip.pl/wp-content/uploads/2023/05/kodeks-etyki-zawodowej.pdf.
261. Waksmańska W, Gajewska K. Zachowania zdrowotne personelu pielęgniarskiego pracującego w systemie zmianowym w Szpitalu Powiatowym im. Jana Pawła II w Wadowicach. Med Srod. 2019; 22(3-4): 44-8.
https: //doi.org/10.26444/ms/133945.
262. WCRF International. Limit red and processed meat — WCRF International. https: //www.wcrf.org/diet-activity-and-cancer/cancer-prevention-recommendations/ limit-red-and-processed-meat/ (13.04.2025).
263. West A, Wullkopf L, Christen A, et al. Division induced dynamics in non-Invasive and invasive breast cancer. Biophys J. 2017; 112(3): 123-125.
264. Whitmee S, Haines A, Beyrer C, et al.; Rockefeller Foundation–Lancet Commission on Planetary Health. Safeguarding human health in the Anthropocene epoch: report of the Rockefeller Foundation–Lancet Commission on planetary health. Lancet. 2015; 386(10007): 1973–2028.
265. WHO. Global Cancer Observatory. Cancer Today.
https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/piemode = cancer&group_populations = 1. (13.03.2025).
266. WHO. Global Cancer Observatory. Cancer Today. https: //gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode = cancer&group_populations = 1&sexes = 2. (13.03.2025).
267. Winters S, Martin C, Murphy D, Shokar NK. Breast Cancer Epidemiology, Prevention, and Screening. Prog Mol Biol Transl Sci. 2017; 151: 1-32. doi: 10.1016/bs.pmbts.2017.07.002. Epub 2017 Oct 10. PMID: 29096890.
268. Wojciechowska U, Barańska K, Michałek I. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2020 r. Cancer in Poland in 2020. Krajowy Rejestr Nowotworów, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2022.

269. Wojciechowicz A, Kowalewska B, Szparkow A. Wiedza kobiet na temat raka piersi. Wydawnictwo Uniwersytet Medyczny w Białymstoku. Białystok 2024.
270. Wołowski T, Wróblewska P. Ocena wiedzy gdańskich studentek na temat profilaktyki raka piersi. Probl Hig Epidemiol 2012, 93(2): 347-349.
271. Woynarowska – Sołdan M., Węziak – Białowolska D. Analiza psychometryczna Skali Pozytywnych Zachowań Zdrowotnych dla dorosłych. Probl Hig Epidemiol. 2012; 93(2): 369–376.
272. Woynarowska B. (red.). Edukacja zdrowotna. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2017.
273. Woźniak M., Brukwicka I., Kopański Z., Kollár R., Kollárová M., Bajger B Zdrowie jednostki i zbiorowości. JCHC 2015; 4(1): 1-3.
274. Woźniak M., Brukwicka I., Kopański Z., Kollár R., Kollárová M., Bajger B. Zdrowie i kultura zdrowotna. Journal of Clinical Healthcare 2015; 2(4): 10-14.
275. Wrona-Polańska H. Zdrowie – psychologiczne wyznaczniki, sposoby jego promowania i wspomagania. Sztuka Leczenia 2006; 12(1-2): 19-31.
276. Vindegaard N, Benros ME. COVID-19 pandemic and mental health consequences: systematic review of the current evidence. Brain Behav Immun. 2020; 89: 531–42.
277. Yılmaz M, Sayın Y, Cengiz HÖ. The effects of training on knowledge and beliefs about breast cancer and early diagnosis methods among women. Eur J Breast Health. 2017; 13(4): 175.
278. Zagroba M., Kulikowska A., Marcysiak M., Wiśniewska E., Ostrowska B., Skotnicka-Klonowicz G. Aktywność fizyczna pielęgniarek. Probl. Pielęg. 2010; 18 (3): 329-336.
279. Zavala VA, Serrano-Gomez SJ, Dutil J, Fejerman L. Genetic Epidemiology of Breast Cancer in Latin America. Genes (Basel). 2019 Feb 18; 10(2): 153. doi: 10.3390/genes10020153. PMID: 30781715; PMCID: PMC6410045.
280. Zdończyk SA, Rynkiewicz M. Jakość życia kobiet po leczeniu operacyjnym raka gruczołu piersiowego. Pielęgniarstwo Polskie 2015; 2(56): 153-158.
281. Zehr KR. Diagnosis and Treatment of Breast Cancer in Men. Radiol Technol. 2019 Sep; 91(1): 51M-61M. PMID: 31471487.
282. Żołnierczuk – Kieliszek D. Zachowania zdrowotne i ich związek ze zdrowiem. W: Kulik T.B., Pacian A. (red.). Zdrowie publiczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015: 64-87.

10. SPIS RYCIN

Rycina 1. Poziom wiedzy a umiejscowienie kontroli zdrowia 76
Rycina 2. Poziom zachowań zdrowotnych a umiejscowienie kontroli zdrowia w obszarze wewnętrznym 77
Rycina 3. Poziom zachowań zdrowotnych a umiejscowienie kontroli zdrowia w obszarze wpływu innych 78
Rycina 4. Poziom zachowań zdrowotnych a umiejscowienie kontroli zdrowia w obszarze przypadku 78
Rycina 5. Prawidłowe nawyki żywieniowe a umiejscowienie kontroli zdrowia w obszarze wewnętrznym 79
Rycina 6. Prawidłowe nawyki żywieniowe a umiejscowienie kontroli zdrowia w obszarze wpływu innych 80
Rycina 7. Prawidłowe nawyki żywieniowe a umiejscowienie kontroli zdrowia w obszarze przypadku 80
Rycina 8. Zachowania profilaktyczne a umiejscowienie kontroli zdrowia w obszarze wewnętrznym 81
Rycina 9. Zachowania profilaktyczne a umiejscowienie kontroli zdrowia w obszarze wpływu innych 82
Rycina 10. Zachowania profilaktyczne a umiejscowienie kontroli zdrowia w obszarze przypadku 82
Rycina 11. Pozytywne nastawienie psychiczne a umiejscowienie kontroli zdrowia w obszarze wewnętrznym 83
Rycina 12. Pozytywne nastawienie psychiczne a umiejscowienie kontroli zdrowia w obszarze wpływu innych 84
Rycina 13. Pozytywne nastawienie psychiczne a umiejscowienie kontroli zdrowia w obszarze przypadku 84
Rycina 14. Praktyki zdrowotne a umiejscowienie kontroli zdrowia w obszarze wewnętrznym 85
Rycina 15. Praktyki zdrowotne a umiejscowienie kontroli zdrowia w obszarze wpływu innych 86
Rycina 16. Praktyki zdrowotne a umiejscowienie kontroli zdrowia w obszarze przypadku 86
Rycina 17. Poziom wiedzy a poczucie własnej skuteczności 87
Rycina 18. Poziom zachowań zdrowotnych a poczucie własnej skuteczności 88
Rycina 19. Prawidłowe nawyki żywieniowe a poczucie własnej skuteczności 89
Rycina 20. Zachowania profilaktyczne a poczucie własnej skuteczności 89
Rycina 21. Pozytywne nastawienie psychiczne a poczucie własnej skuteczności 90
Rycina 22. Praktyki zdrowotne a poczucie własnej skuteczności 91

11. SPIS TABEL

Tabela 1. Sytuacja demograficzna badanych 49
Tabela 2. Sytuacja społeczna badanych 51
Tabela 3. Wskaźnik masy ciała badanych 52
Tabela 4. Występowanie raka piersi w rodzinie respondentek 52
Tabela 5. Poziom wiedzy na temat raka piersi i profilaktyki tego nowotworu 53
Tabela 6. Wiedza na temat nowotworu najczęściej występującego u kobiet 54
Tabela 7. Wiedza na temat czynników ryzyka zachorowania na raka piersi 54
Tabela 8. Wiedza na temat objawów raka piersi 55
Tabela 9. Wiedza na temat metod wykrywania raka piersi 56
Tabela 10. Samoocena poziomu wiedzy na temat raka piersi 56
Tabela 11. Wiedza na temat zakresu profilaktyki pierwotnej i wtórnej raka piersi 57
Tabela 12. Wiedza na temat czynników zmniejszających ryzyko raka piersi 57
Tabela 13. Wiedza na temat zasad samobadania piersi 58
Tabela 14. Wiedza na temat wieku wykonywania USG piersi 59
Tabela 15. Wiedza na temat wieku wykonania bezpłatnej mammografii 60
Tabela 16. Źródła wiedzy na temat profilaktyki raka piersi 60
Tabela 17. Określenia pojęcia zachowania prozdrowotne 61
Tabela 18. Spożywania alkoholu 62
Tabela 19. Rodzaj stosowanej diety 62
Tabela 20. Spożywanie mięsa 62
Tabela 21. Źródła tłuszczu w diecie 63
Tabela 22. Czas przeznaczany na aktywność fizyczną w ciągu tygodnia 63
Tabela 23. Karmienie dziecka piersią przez co najmniej 6 miesięcy 64
Tabela 24. Wykonywanie samobadania piersi 64
Tabela 25. Korzystanie z wizyt kontrolnych u lekarza ginekologa 64
Tabela 26. Wykonywanie badania USG piersi 65
Tabela 27. Wykonanie mammografii 65
Tabela 28. Przyczyna udziału w badaniach profilaktycznych 65
Tabela 29. Poziom zachowań zdrowotnych wg IZZ 66
Tabela 30. Statystyki opisowe dla ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych 67
Tabela 31. Statystyki opisowe dla kategorii zachowań zdrowotnych wg IZZ 67
Tabela 32. Statystyki opisowe kategorii umiejscowienia kontroli zdrowia wg MHLC 68
Tabela 33. Poziom poczucia własnej skuteczności badanych wg GSES 69
Tabela 34. Statystyki opisowe dla poczucia własnej skuteczności wg GSES 69
Tabela 35. Poziom wiedzy a średnie wartości zachowań zdrowotnych wg IZZ 70
Tabela 36. Poziom wiedzy a spożywanie alkoholu 71

Tabela 37. Poziom wiedzy a rodzaj stosowanej diety 71
Tabela 38. Poziom wiedzy a czas przeznaczany na aktywność fizyczną 72
Tabela 39. Poziom wiedzy a karmienie dziecka piersią przez co najmniej 6 miesięcy.. 72
Tabela 40. Poziom wiedzy a wykonywanie samobadania piersi 73
Tabela 41. Poziom wiedzy a wizyty kontrolne u lekarza ginekologa 73
Tabela 42. Poziom wiedzy a wykonywanie badania USG piersi 73
Tabela 43. Poziom wiedzy a wykonanie mammografii 74
Tabela 44. Poziom wiedzy a przyczyna niewykonywania badań profilaktycznych 74
Tabela 45. Poziom wiedzy a samoocena zachowań zdrowotnych 75
Tabela 46. Poziom wiedzy a umiejscowienie kontroli zdrowia 75
Tabela 47. Poziom zachowań zdrowotnych a umiejscowienie kontroli zdrowia 77
Tabela 48. Prawidłowe nawyki żywieniowe a umiejscowienie kontroli zdrowia 79
Tabela 49. Zachowania profilaktyczne a umiejscowienie kontroli zdrowia 81
Tabela 50. Pozytywne nastawienie psychiczne a umiejscowienie kontroli zdrowia 83
Tabela 51. Praktyki zdrowotne a umiejscowienie kontroli zdrowia 85
Tabela 52. Poziom wiedzy a poczucie własnej skuteczności 87
Tabela 53. Poziom zachowań zdrowotnych a poczucie własnej skuteczności 88
Tabela 54. Prawidłowe nawyki żywieniowe a poczucie własnej skuteczności 88
Tabela 55. Zachowania profilaktyczne a poczucie własnej skuteczności 89
Tabela 56. Pozytywne nastawienie psychiczne a poczucie własnej skuteczności 90
Tabela 57. Praktyki zdrowotne a poczucie własnej skuteczności 90
Tabela 58. Wiek a średnie wartości poziomu wiedzy 92
Tabela 59. Wiek a średnie wartości poziomu zachowań zdrowotnych wg IZZ 92
Tabela 60. Wiek a rodzaj stosowanej diety 93
Tabela 61. Wiek a aktywność fizyczna 94
Tabela 62. Wiek a karmienie piersią przez co najmniej 6 miesięcy 94
Tabela 63. Wiek a z wizyty kontrolne u lekarza ginekologa 95
Tabela 64. Wiek a wykonywanie USG piersi 95
Tabela 65. Wiek a wykonanie mammografii 95
Tabela 66. Wiek a przyczyna niewykonywania badań profilaktycznych 96
Tabela 67. Wiek a samoocena zachowań zdrowotnych 96
Tabela 68. Wykształcenie a średnie wartości poziomu wiedzy 97
Tabela 69. Wykształcenie a średnie wartości nasilenia zachowań zdrowotnych 97
Tabela 70. Wykształcenie a spożywanie alkoholu 98
Tabela 71. Wykształcenie a rodzaj stosowanej diety 99
Tabela 72. Wykształcenie a aktywność fizyczna 99
Tabela 73. Wykształcenie a wiek urodzenia pierwszego dziecka 100
Tabela 74. Wykształcenie a karmienie piersią przez co najmniej 6 miesięcy 100
Tabela 75. Wykształcenie a wykonywanie USG piersi 101

Tabela 76. Wykształcenie a wykonanie mammografii 101
Tabela 77. Wykształcenie a przyczyna niewykonywania badań profilaktycznych 101
Tabela 78. Miejsce pracy a średnie wartości poziomu wiedzy 102
Tabela 79. Miejsce pracy a spożywanie alkoholu 103
Tabela 80. Miejsce pracy a rodzaj stosowanej diety 103
Tabela 81. Miejsce pracy a wykonywanie badania USG piersi 104
Tabela 82. Miejsce pracy a przyczyna niewykonywania badań profilaktycznych 105
Tabela 83. Staż pracy w zawodzie a średnie wartości poziomu wiedzy 106
Tabela 84. Staż pracy a średnie wartości nasilenia zachowań zdrowotnych 107
Tabela 85. Staż pracy w zawodzie a spożywanie alkoholu 108
Tabela 86. Staż pracy w zawodzie a rodzaj stosowanej diety 109
Tabela 87. Staż pracy w zawodzie a aktywność fizyczna 110
Tabela 88. Staż pracy w zawodzie a wiek urodzenia pierwszego dziecka 110
Tabela 89. Staż pracy w zawodzie a karmienie piersią przez 6 miesięcy 111
Tabela 90. Staż pracy w zawodzie a wykonywanie samobadania piersi 111
Tabela 91. Staż pracy w zawodzie a wizyty kontrolne u lekarza ginekologa 112
Tabela 92. Staż pracy w zawodzie a wykonywanie badania USG piersi 112
Tabela 93. Staż pracy w zawodzie a wykonywanie mammografii 113
Tabela 94. BMI a średnie wartości poziomu wiedzy 113
Tabela 95. BMI a średnie wartości nasilenia zachowań zdrowotnych wg IZZ 114
Tabela 96. BMI a spożywanie alkoholu 115
Tabela 97. BMI a rodzaj stosowanej diety 115
Tabela 98. BMI a czas przeznaczony w ciągu tygodnia na aktywność fizyczną 116
Tabela 99. BMI a wiek urodzenia pierwszego dziecka 117
Tabela 100. BMI a karmienie piersią przez co najmniej 6 miesięcy 117
Tabela 101. BMI a wykonywanie samobadania piersi 117
Tabela 102. BMI a wizyyty kontrolne u lekarza ginekologa 118
Tabela 103. BMI a wykonanie badania USG piersi 118
Tabela 104. BMI a wykonanie mammografii 119
Tabela 105. Występowanie raka piersi w rodzinie a poziom wiedzy 119
Tabela 106. Występowanie raka piersi w rodzinie a samobadanie piersi 120
Tabela 107. Występowanie raka piersi w rodzinie a wizyty kontrolne u ginekologa 120
Tabela 108. Występowanie raka piersi w rodzinie a wykonywanie mammografii 121

12. ANEKS

12.1. Narzędzia badawcze

12.1.1. Autorski Kwestionariusz Ankiety – załącznik nr 1

KWESTIONARIUSZ ANKIETY
dotyczący wiedzy i zachowań zdrowotnych pielęgniarek w zakresie zapobiegania i wczesnego wykrywania raka piersi u kobiet

Szanowna Pani,

zwracam się z prośbą o wypełnienie kwestionariusza ankiety, dotyczącego wiedzy i zachowań zdrowotnych pielęgniarek w zakresie zapobiegania i wczesnego wykrywania raka piersi u kobiet. Pragnę zapewnić, że udział w badaniach jest dobrowolny i anonimowy, a uzyskane wyniki posłużą wyłącznie do celów naukowych. Wybraną odpowiedź (lub odpowiedzi) należy zakreślić a wykropkowane miejsca uzupełnić.

Bardzo dziękuję za poświęcony czas

Elżbieta Trebenda,
mgr pielęgniarstwa, nauczyciel akademicki
Uczelnia Państwowa im. Jana Grodka w Sanoku

I. Dane demograficzne i społeczne

1. **Rok urodzenia**: ……
2. **Miejsce zamieszkania:**
   1. wieś
   2. miasto do 50 tys. mieszkańców
   3. miasto od 50 tys. do 100 tys. mieszkańców
   4. miasto powyżej 100 tys. mieszkańców
3. **Stan cywilny:**
   1. panna
   2. mężatka
   3. rozwiedziona
   4. wdowa
   5. w związku partnerskim (nieformalnym)
4. **Wykształcenie:**
   1. pielęgniarka dyplomowana
   2. licencjat pielęgniarstwa
   3. magister pielęgniarstwa
   4. inne,
      jakie?.....
5. **Ukończone kształcenie podyplomowe (proszę wymienić):**
   1. kursy specjalistyczne
      …….

2. kursy kwalifikacyjne
   …….
3. kursy dokształcające
   ……..
4. szkolenia specjalizacyjne (specjalizacje)
   ……..
5. inne kursy, szkolenia
   …….
6. dodatkowe studia
   ……...

6. Miejsce pracy:

1. Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii
2. Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej z Pododdziałem Urologicznym
3. Oddział Chirurgii Urazowo Ortopedycznej
4. Oddział Dziecięcy
5. Oddział Kardiologiczny
6. Oddział Neurologiczny
7. Oddział Obserwacyjno-Zakaźny
8. Oddział Otolaryngologiczny
9. Oddział Pulmonologiczny
10. Oddział Wewnętrzny
11. Oddział Terapii Uzależnień
12. Szpitalny Oddział Ratunkowy/ Izba Przyjęć
13. Blok Operacyjny
14. Oddział Ginekologiczno-Położniczy
15. Oddział Noworodkowy
16. Oddział Dzienny Psychiatryczny
17. Oddział Chemioterapii i Hematologii Onkologicznej
18. Oddział Chirurgii Onkologicznej
19. Oddział Medycyny Paliatywnej
20. Oddział Onkologii Klinicznej
21. Oddział Ortopedii Onkologicznej
22. Inne,
    jakie?.....

7. System organizacji pracy:

1. jednozmianowy (7,35 godz.)
2. dwuzmianowy (12 godz.)
3. inny,
   jaki?.....

8. Staż pracy w zawodzie pielęgniarki:

1. < 5 lat
2. 6-10 lat
3. 11-15 lat
4. 16-20 lat
5. 21-25 lat
6. 26-30 lat
7. 31-35 lat
8. 36-40 lat
9. > 40 lat

9. Forma zatrudnienia w obecnym miejscu pracy:

1. umowa o pracę
2. umowa kontraktowa
3. umowa zlecenie
4. inna,
   jaka?.....

10. Dodatkowe miejsce pracy:

1. tak
2. nie

11. Sytuacja materialna:

1. bardzo dobra
2. dobra
3. dostateczna
4. zła
5. bardzo zła

12. Liczba dzieci:

1. 1
2. 2
3. 3
4. 4 i więcej
5. nie posiadam dzieci

II. Dane antropometryczne

13. **Wzrost** (w cm)……..
14. **Masa ciała** (w kg)……

III– Wiedza na temat raka piersi

15. Który z wymienionych nowotworów występuje najczęściej u kobiet?

1. rak płuca
2. rak piersi
3. rak szyjki macicy
4. rak jelita grubego
5. nie wiem

16. Które z poniższych czynników zwiększają ryzyko zachorowania na raka piersi? (*można zaznaczyć więcej niż 1 odpowiedź*)

1. karmienie piersią
2. wczesne wystąpienie pierwszej miesiączki
3. późne wystąpienie pierwszej miesiączki
4. bezdzietność
5. wielodzietność
6. rodzinne występowanie raka piersi
7. wczesna menopauza
8. późna menopauza
9. płeć żeńska
10. otyłość
11. nadużywanie alkoholu
12. dieta bogata w tłuszcze zwierzęce
13. wiek po 50 r.ż
14. stosowanie hormonalnej terapii zastępczej
15. wysoki poziom cholesterolu
16. brak aktywności fizycznej
17. mutacje genów BRCA 1 i BRCA 2
18. stosowanie antykoncepcji doustnej
19. ekspozycja na promieniowanie jonizujące
20. nadciśnienie tętnicze
21. dieta bogata w błonnik
22. dieta niskotłuszczowa

17. **Jakie są najczęstsze objawy raka piersi? (*można zaznaczyć więcej niż 1 odpowiedź*)**
    1. nieregularny, twardy guzek w miąższu piersi, zwykle niebolesny
    2. wyczuwalny, miękki i bolesny guzek w miąższu piersi
    3. zmiana wielkości, kształtu piersi
    4. asymetria piersi
    5. zmiana wyglądu brodawki sutkowej (owrzodzenie, wciągnięcie, wyciek)
    6. powiększenie węzłów chłonnych pachowych
    7. zmiany skórne (wciągnięcie, owrzodzenie, zmarszczenie – "skórka pomarańczy")
    8. zaczerwienienie, obrzęk, zwiększone ucieplenie piersi
    9. ból piersi, nadwrażliwość na dotyk
    10. gorączka
    11. osłabienie
    12. poszerzenie naczyń żylnych w obrębie piersi

18. **Jakie cechy posiadają nowotwory złośliwe piersi? (*można zaznaczyć więcej niż 1 odpowiedź*)**
    1. miękkie
    2. o regularnych kształtach
    3. bolesne
    4. wtopione w gruczoł
    5. o nieregularnych kształtach
    6. twarde
    7. niebolesne
    8. nie wiem

19. **Czy wszystkie wykryte u kobiet zmiany w piersi są złośliwe?**
    1. tak
    2. nie
    3. nie wiem

20. **Jakie zmiany w obrębie piersi wymagają dalszej diagnostyki?**
    1. wszystkie zmiany
    2. bolesne zmiany
    3. tylko duże zmiany
    4. tylko zmiany w obrębie skóry i brodawki piersi
    5. nie wiem

21. **Jakie są podstawowe metody wykrywania raka piersi? (*można zaznaczyć więcej niż 1 odpowiedź*)**
    1. samobadanie piersi
    2. badanie przez lekarza
    3. USG piersi
    4. mammografia
    5. cytologia
    6. cystoskopia
    7. rezonans magnetyczny
    8. tomografia komputerowa
    9. nie wiem

22. **W jakim wieku znacznie wzrasta ryzyko zachorowania na raka piersi?**
    1. po 20 roku życia
    2. po 30 roku życia
    3. po 40 roku życia
    4. po 50 roku życia

23. **Jak ocenia Pani swój poziom wiedzy na temat raka piersi?**
    1. bardzo dobrze
    2. dobrze
    3. dostatecznie
    4. niedostatecznie
    5. nie mam zdani

IV. Wiedza na temat profilaktyki raka piersi

24. Z czym kojarzy się Pani określenie profilaktyka?

1. z edukacją zdrowotną
2. z zapobieganiem chorobom
3. ze wzmacnianiem zdrowia

25. Jakie działania wchodzą w zakres profilaktyki pierwotnej raka piersi?

1. poddawanie się badaniom przesiewowym
2. eliminacja lub redukcja modyfikowalnych czynników ryzyka choroby
3. suplemenacja witamin i minerałów
4. częste wizyty u lekarza

26. Jakie działania wchodzą w zakres profilaktyki wtórnej raka piersi?

1. eliminacja lub redukcja modyfikowalnych czynników ryzyka choroby
2. spożywanie warzyw i owoców
3. wykonywanie samobadania piersi, USG piersi, mammografii
4. regularna aktywność fizyczna

27. Czy uważa Pani, że można skutecznie zmniejszyć ryzyko zachorowania na raka piersi?

1. tak
2. nie
3. nie wiem

28. Które z poniższych czynników pozwalają w największym stopniu zmniejszyć ryzyko rozwoju raka piersi? (*można zaznaczyć więcej niż 1 odpowiedź*)

1. utrzymanie prawidłowej masy ciała
2. zdrowe odżywianie
3. unikanie alkoholu
4. podejmowanie regularnej aktywności fizycznej
5. poddawanie się regularnym badaniom profilaktycznym
6. karmienie dziecka piersią co najmniej do 6 miesiąca życia
7. urodzenie pierwszego dziecka przed 30 rokiem życia
8. ryzyka rozwoju raka piersi nie można zmniejszyć

29. W jakim wieku kobieta powinna rozpocząć samobadanie piersi?

1. od 20 roku życia
2. od 40 roku życia
3. od 50 roku życia
4. po urodzeniu pierwszego dziecka
5. wiek nie ma znaczenia
6. nie wiem

30. Jak często należy wykonywać samobadanie piersi?

1. codziennie
2. raz w tygodniu
3. raz w miesiącu
4. raz w roku
5. nie wiem

31. W jakim okresie cyklu miesiączkowego przed menopauzą należy wykonywać samobadanie piersi?

1. w czasie trwania miesiączki
2. przed rozpoczęciem miesiączki
3. 2,3 dni po zakończeniu miesiączki
4. w dowolnym dniu cyklu
5. nie wiem

32. **W jakim dniu miesiąca po menopauzie należy wykonywać samobadanie piersi?**
    1. systematycznie w ten sam dzień każdego miesiąca, np. w pierwszą sobotę
    2. po menopauzie nie ma potrzeby wykonywania samobadania piesi
    3. najlepiej w pierwszym tygodniu miesiąca
    4. nie wiem

33. **Z jakich etapów powinno składać się samobadanie piersi?**
    1. z oglądania
    2. z badania palpacyjnego
    3. z oglądania i badania palpacyjnego
    4. nie wiem

34. **W jakiej pozycji należy wykonywać samobadanie piersi?**
    1. w pozycji stojącej
    2. w pozycji leżącej
    3. w pozycji siedzącej
    4. w pozycji stojącej i leżącej
    5. pozycja ciała nie ma znaczenia
    6. nie wiem

35. **W jakim wieku, w ramach wczesnego wykrywania raka piersi, wskazane jest wykonywanie u kobiet USG piersi?**
    1. < 20 lat
    2. 20 – 40 lat
    3. 40 – 50 lat
    4. > 50 lat

36. **W jakim wieku wg Polskiego Towarzystwa Onkologicznego kobieta powinna wykonać pierwszą profilaktyczną mammografię?**
    1. po 30 roku życia
    2. po 40 roku życia
    3. po 50 roku życia
    4. po 60 roku życia
    5. nie wiem

37. **W jakim wieku i jak często, zgodnie z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Onkologicznego należy wykonywać mammografię?**
    1. od 40 do 50 r. ż. – raz na 2 lata, po 50 r. ż. – raz na rok
    2. od 35 do 45 r. ż. – raz na 2 lata, po 50 r. ż. – raz 2 lata
    3. od 50 do 60 r. ż. – raz na 2 lata, po 60 r. ż. – raz na rok
    4. nie wiem

38. **Do kobiet w jakim wieku adresowana jest bezpłatna mammografia w ramach Populacyjnego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Piersi?**
    1. 30-45 lat
    2. 40-50 lat
    3. 50-69 lat
    4. 50-60 lat
    5. nie wiem

39. **Czy według Pani informacje na temat zapobiegania i wczesnego wykrywania nowotworów piersi są w Polsce łatwo dostępne?**
    1. tak
    2. nie
    3. nie wiem

40. **Czy według Pani badania przesiewowe w kierunku raka piersisą w Polsce łatwo dostępne?**
    1. tak
    2. nie
    3. nie wiem

41. **Czy według Pani wczesne wykrycie raka piersi wpływa na efekt leczenia?**
    1. tak
    2. nie
    3. nie wiem

42. **Z jakich źródeł czerpie Pani wiedzę na temat profilaktyki raka piersi?**
    1. z książek, czasopism medycznych
    2. z Internetu
    3. z telewizji
    4. z ulotek
    5. od lekarza
    6. od pielęgniarki/położnej
    7. od rodziny
    8. od znajomych
    9. z innych,
       jakich?.....

43. **Jak ocenia Pani swój poziom wiedzy w zakresie profilaktyki raka piersi?**
    1. bardzo dobrze
    2. dobrze
    3. dostatecznie
    4. niedostatecznie
    5. nie mam zdania

44. **Czy chciałaby Pani poszerzyć swój zakres wiedzy na temat profilaktyki raka piersi?**
    1. tak
    2. nie

V. Występowanie raka piersi w najbliższej rodzinie

45. **Czy choruje lub chorowała Pani na raka piersi?**
    1. tak
    2. nie

46. **Czy w Pani najbliższej rodzinie (u babci, mamy, siostry, córki) występowały nowotwory złośliwe piersi?**
    1. tak
    2. nie
    3. nie wiem

Jeżeli występowały, to u kogo? (stopień pokrewieństwa)……

47. **Czy miała Pani wykonane badanie w kierunku nosicielstwa mutacji genów BRCA1 i BRCA2?**
    1. tak
    2. nie
    3. nie dotyczy

VI. Zachowania zdrowotne w zakresie profilaktyki raka piersi

48. **Z czym kojarzy się Pani określenie zachowania prozdrowotne? (*można zaznaczyć więcej niż 1 odpowiedź)***
    1. z higieną osobistą i otoczenia
    2. z prawidłowym odżywianiem
    3. z aktywnością fizyczną
    4. z udanym życiem rodzinnym
    5. z unikaniem sytuacji stresowych
    6. z odpowiednią ilością snu
    7. z kontrolą stanu zdrowia
    8. z unikaniem szkodliwych używek
    9. z satysfakcją z życia

10. z brakiem chorób
11. innym, jakim?.....

49. Jak często pije Pani alkohol?

1. codziennie
2. raz w tygodniu
3. kilka razy w miesiącu
4. raz w miesiącu
5. okazjonalnie
6. nie piję alkoholu

50. Jak określiłaby Pani swoją dietę?

1. dieta bogata w węglowodany
2. dieta bogata w tłuszcze, głównie pochodzenia zwierzęcego
3. dieta bogata w tłuszcze, głównie pochodzenia roślinnego
4. dieta bogata w warzywa i owoce
5. dieta bogatobiałkowa
6. dieta lekkostrawna
7. dieta zróżnicowana
8. inna, jaka?.....

51. Jak często spożywa Pani następujące produkty?*(w każdym wierszu proszę zaznaczyć X tylko 1 odpowiedź)*

	1. kilka razy dziennie	2. raz dziennie	3. kilka razy w tygodniu	4. raz w tygodniu	5. kilka razy w miesiącu	6. raz w miesiącu	7. nie spożywam
Warzywa krzyżowe (kapusta, kalafior, kalarepa, brokuł, jarmuż, brukselka)							
Owoce							
Ryby morskie (łosoś, tuńczyk, sardynki, makrela, skorupiaki)							
Mięso białe							
Mięso czerwone							
Pełnoziarniste produkty zbożowe (makaron, kasza, ryż)							
Pełnoziarniste pieczywo							
Olej lniany, rzepakowy							

Orzechy włoskie							
Zielona herbata							
Słodycze							
Fast foody							

52. Jakie produkty będące źródłem tłuszczu stosuje Pani w swojej diecie? (*można zaznaczyć więcej niż 1 odpowiedź*)

1. masło
2. smalec
3. margaryna
4. oleje roślinne
5. oliwa z oliwek
6. inne, jakie?.....

53. Ile czasu w ciągu tygodnia poświęca Pani na aktywność fizyczną?

1. < 1 godziny
2. 1 – 3 godziny
3. 4 – 6 godzin
4. powyżej 6 godzin
5. nie podejmuję aktywności fizycznej

54. Jakie formy aktywności fizycznej Pani preferuje?

1. spacer
2. jazdę na rowerze
3. pływanie
4. fitness
5. bieganie
6. nordicwalking
7. inne, jakie?.....
8. nie dotyczy

55. Jaka jest przyczyna niepodejmowania przez Panią aktywności fizycznej?

1. nie uważam tego za istotne
2. wolę poświęcić swój czas rodzinie
3. brak czasu
4. przyczyny zdrowotne
5. lenistwo
6. inna przyczyna, jaka?.....
7. nie dotyczy

56. W jakim wieku urodziła Pani pierwsze dziecko?

1. przed 20 rokiem życia
2. między 20 a 30 rokiem życia
3. po 30 roku życia
4. nie posiadam dzieci

57. Czy karmiła Pani dziecko/dzieci piersią co najmniej przez 6 miesięcy po urodzeniu?

1. tak
2. nie
3. nie dotyczy

58. Czy wykonuje Pani samobadanie piersi?

1. tak
2. nie

59. **Jak często wykonuje Pani samobadanie piersi?**
    1. raz w miesiącu
    2. kilka razy w ciągu roku
    3. raz na rok lub rzadziej
    4. nie dotyczy

60. **Kiedy wykonuje Pani samobadanie piersi?**
    1. w czasie trwania miesiączki
    2. przed rozpoczęciem miesiączki
    3. 2,3 dni po zakończeniu miesiączki
    4. w dowolnym dniu cyklu
    5. w jednym, stałym dniu miesiąca
    6. nie dotyczy

61. **W jakiej pozycji wykonuje Pani samobadanie piersi?**
    1. w pozycji stojącej
    2. w pozycji leżącej
    3. w pozycji siedzącej
    4. w pozycji stojącej i leżącej
    5. nie dotyczy

62. **Z jakich źródeł czerpie Pani wiedzę na temat zasad i techniki samobadania piersi?**
    1. z książek, czasopism medycznych
    2. z internetu
    3. z telewizji
    4. z ulotek
    5. od lekarza
    6. od pielęgniarki/położnej
    7. od rodziny
    8. od znajomych
    9. z innych źródeł, jakich?.....
    10. nie dotyczy

63. **Jak często korzysta Pani z kontrolnych wizyt u lekarza ginekologa?**
    1. raz na rok
    2. raz na 2 lata
    3. raz na kilka lat
    4. nie korzystam z wizyt u ginekologa

64. **Czy lekarz ginekolog przeprowadza u Pani badanie piersi podczas każdej wizyty?**
    1. tak
    2. nie
    3. nie dotyczy

65. **Jak często poddaje się Pani badaniu USG piersi?**
    1. raz na rok
    2. raz na 2 lata
    3. raz na kilka lat
    4. nie miałam wykonanego tego badania

66. **Czy kiedykolwiek miała Pani wykonaną mammografię?**
    1. tak
    2. nie

67. **Co było powodem wykonania przez Panią pierwszego badania mammograficznego?**
    1. imienne zaproszenie
    2. wykryta zmiana w piersi
    3. dbałość o zdrowie
    4. zalecenie lekarza ginekologa
    5. inna przyczyna, jaka?.....

6. nie dotyczy

68. Jak często wykonuje Pani kontrolną mammografię?

1. raz na rok
2. raz na 2 lata
3. raz na kilka lat
4. nie dotyczy

69. Jaki jest główny powód Pani udziału w badaniach profilaktycznych w kierunku raka piersi?

1. dbałość o własne zdrowie
2. przekonanie, że wczesne wykrycie choroby zwiększa szanse na wyleczenie
3. namowa najbliższych
4. zalecenie lekarza
5. inny, jaki?.....
6. nie dotyczy

70. Jaka jest główna przyczyna niewykonywania się przez Panią badań w kierunku profilaktyki raka piersi?

1. brak niepokojących objawów
2. obawa o zły wynik badania
3. brak skierowania od lekarza
4. trudny dostęp do lekarza i badań specjalistycznych
5. młody wiek
6. brak czasu
7. inna,
   jaka?.....
8. nie dotyczy

71. Z jakiego powodu według Pani kobiety najczęściej nie biorą udziału w badaniach profilaktycznych w kierunku raka piersi?

1. obawa przed zdiagnozowaniem choroby
2. brak czasu
3. brak niepokojących objawów
4. uważają, że są zbyt młode aby zachorować
5. brak zaufania do lekarzy
6. trudny dostęp do lekarza i badań specjalistycznych
7. niedostateczna wiedza na temat choroby i badań profilaktycznych
8. z innego powodu, jakiego?.....

72. Czy uważa Pani, że zachowania zdrowotne mają wpływ na profilaktykę raka piersi?

1. tak
2. nie
3. nie wiem

73. Czy uważa Pani, że poprzez zachowania prozdrowotne można zmniejszyć ryzyko zachorowania na raka piersi?

1. tak
2. nie
3. nie wiem

74. Jak ocenia Pani swoje zachowania zdrowotne w zakresie profilaktyki raka piersi?

1. bardzo dobrze
2. dobrze
3. dostatecznie
4. niedostatecznie
5. nie mam zdania

12.1.2. Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) – załącznik nr 2

Z. Juczyński

IZZ

..... płeć M K wiek..... data badania.....

Poniżej podano przykłady różnych zachowań związanych ze zdrowiem***. Jak często w ciągu roku przestrzega Pan/Pani wymienionych poniżej zachowań?*** Proszę odpowiedzieć szczerze wpisując do każdej kratki liczbę wyrażającą właściwą dla siebie odpowiedź:

1 – **prawie nigdy;**

2 – rzadko;

3 – od czasu do czasu;

4 – często;

5 – **prawie zawsze**

1.	☐	Jem dużo warzyw, owoców
2.	☐	Unikam przeziębień
3.	☐	Poważnie traktuję wskazówki osób wyrażających zaniepokojenie moim zdrowiem
4.	☐	Wystarczająco dużo odpoczywam
5.	☐	Ograniczam spożywanie takich produktów, jak tłuszcze zwierzęce, cukier
6.	☐	Mam zanotowane numery telefonów służb pogotowia
7.	☐	Unikam sytuacji, które wpływają na mnie przygnębiająco
8.	☐	Unikam przepracowania
9.	☐	Dbam o prawidłowe odżywianie
10.	☐	Przestrzegam zaleceń lekarskich wynikających z moich badań
11.	☐	Staram się unikać zbyt silnych emocji, stresów i napięć
12.	☐	Kontroluję swoją wagę ciała
13.	☐	Unikam spożywania żywności z konserwantami
14.	☐	Regularnie zgłaszam się na badania lekarskie
15.	☐	Mam przyjaciół i uregulowane życie rodzinne
16.	☐	Wystarczająco dużo śpię
17.	☐	Unikam soli i silnie solonej żywności
18.	☐	Staram się dowiedzieć, jak inni unikają chorób

Proszę odwrócić kartkę

Jak często w ciągu roku przestrzega Pan/Pani wymienionych poniżej zachowań?

1 – **prawie nigdy;**

2 – rzadko;

3 – od czasu do czasu;

4 – często;

5 – **prawie zawsze**

---

19. ☐ Unikam takich uczuć, jak gniew, lęk i depresja
20. ☐ Ograniczam palenie tytoniu
21. ☐ Jem pieczywo pełnoziarniste
22. ☐ Staram się uzyskać informacje medyczne i zrozumieć przyczyny zdrowia i choroby
23. ☐ Myślę pozytywnie
24. ☐ Unikam nadmiernego wysiłku fizycznego
25. ☐ Inne, jakie?.....

ZZ	sten	PN	ZP	PN	PZ

12.1.3. Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia (MHLC – wersja B) – załącznik nr 3

K. A. Wallston, B. S. Wallston i R. De Vellis
MHLC – wersja B
Adaptacja: Z. Juczyński

…….. wiek ……. płeć M K data badania…….....

Skala przedstawia poglądy różnych ludzi na pewne istotne zagadnienia związane ze zdrowiem. Każde stwierdzenie wyraża pogląd, z którym można się zgodzić lub nie. Chodzi tu o osobiste przekonanie i nie ma tu odpowiedzi ani dobrych ani złych. Ważne jest, aby odpowiadać zgodnie z własnymi przekonaniami, a nie z tym – co powinno się sądzić.

Obok znajdują się odpowiedzi od ***„zdecydowanie nie zgadzam się”*** **(1) –** do ***„zdecydowanie zgadzam się”*** **(6).** Przy każdym zdaniu należy otoczyć kółkiem liczbę, która wyraża właściwy stopień zgody. Należy podać jedną odpowiedź dla każdego stwierdzenia. Poszczególne liczby oznaczają.

NIE zdecydowanie nie zgadzam się **1**	w pewnym stopniu nie zgadzam się **2**	w małym stopniu nie zgadzam się **3**	w małym stopniu zgadzam się **4**	w pewnym stopniu zgadzam się **5**	**TAK** zdecydowanie zgadzam się **6**

1.	Jeżeli zachoruję, to do zdrowia powracam o własnych siłach.....	1 2 3 4 5 6
2.	Często czuję, że jeżeli mam zachorować, to zachoruję niezależnie od tego co zrobię.....	1 2 3 4 5 6
3.	Jeżeli regularnie będę się konsultował z dobrym lekarzem, to zmniejszę prawdopodobieństwo zachorowania.....	1 2 3 4 5 6
4.	Wydaje mi się, że na mój stan zdrowia duży wpływ mają przypadkowe zdarzenia.....	1 2 3 4 5 6
5.	Swoje zdrowie mogę zachować jedynie konsultując się z lekarzem.....	1 2 3 4 5 6
6.	Ponoszę pełną odpowiedzialność za swoje zdrowie.....	1 2 3 4 5 6
7.	To, czy pozostanę zdrowy czy też zachoruję, zależy w dużej mierze od innych ludzi (np. lekarzy, pielęgniarek, rodziny, przyjaciół).....	1 2 3 4 5 6
8.	Cokolwiek złego dzieje się z moim zdrowiem, to jest to moja wina.....	1 2 3 4 5 6
9.	Kiedy zachoruję, muszę po prostu poczekać aż mi przejdzie.....	1 2 3 4 5 6
10.	Lekarze utrzymują mnie w dobrym zdrowiu.....	1 2 3 4 5 6

Proszę odwrócić kartkę

NIE zdecydowanie nie zgadzam się **1**	w pewnym stopniu nie zgadzam się **2**	w małym stopniu nie zgadzam się **3**	w małym stopniu zgadzam się **4**	w pewnym stopniu zgadzam się **5**	**TAK** zdecydowanie zgadzam się **6**

11. Kiedy jestem zdrowy, mam po prostu szczęście..... 1 2 3 4 5 6
12. Moje samopoczucie fizyczne zależy od tego, jak dobrze dbam o siebie..... 1 2 3 4 5 6
13. Kiedy choruję, to wiem, że to dlatego, iż o siebie nie zadbałem..... 1 2 3 4 5 6
14. Opieka, którą otrzymuję od innych, decyduje o tym jak szybko powracam do zdrowia..... 1 2 3 4 5 6
15. Nawet jeśli dbam o siebie, łatwo mogę zachorować..... 1 2 3 4 5 6
16. Kiedy choruję, jest to sprawa losu..... 1 2 3 4 5 6
17. Pozostanę raczej zdrowy, jeżeli dobrze zadbam o siebie..... 1 2 3 4 5 6
18. Dokładne wypełnianie poleceń lekarza jest najlepszym sposobem zachowania dobrego zdrowia..... 1 2 3 4 5 6

W	I	P

12.1.4. Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności (GSES) – załącznik nr 4

R. Schwarzer, M. Jerusalem, Z. Juczyński
Wersja polska GSES
Wydanie drugie

…….. wiek ……. płeć M K data badania…….....

Poniżej przedstawiono kilka stwierdzeń odnoszących się do różnych cech osobistych. Po przeczytaniu każdego stwierdzenia należy zdecydować, czy w stosunku do ciebie są one prawdziwe czy fałszywe. Poszczególne punkty skali oznaczają:
1 – NIE 2 – raczej NIE 3 – raczej TAK 4 – TAK

1.	Zawsze jestem w stanie rozwiązać trudne problemy, jeśli tylko wystarczająco się postaram…….	1	2	3	4
2.	Nawet, gdy ktoś mi się sprzeciwia, jestem w stanie znaleźć sposób na osiągnięcie tego, czego chcę……	1	2	3	4
3.	Z łatwością potrafię trzymać się swoich celów i je osiągać……...	1	2	3	4
4.	Jestem przekonany, że skutecznie poradziłbym sobie z nieoczekiwanymi wydarzeniami…….	1	2	3	4
5.	Dzięki swojej pomysłowości i zaradności wiem, jak poradzić sobie z nieprzewidzianymi sytuacjami……..	1	2	3	4
6.	Jestem w stanie rozwiązać większość problemów, jeśli tylko włożę w to odpowiednio dużo wysiłku……	1	2	3	4
7.	Kiedy zmagam się z przeciwnościami, jestem w stanie zachować spokój, gdyż mogę polegać na swoich umiejętnościach radzenie sobie…….	1	2	3	4
8.	Kiedy zmagam się z jakimś problemem, to zazwyczaj jestem w stanie znaleźć kilka sposobów jego rozwiązania……	1	2	3	4
9.	Gdy mam kłopoty, to zazwyczaj jestem w stanie wymyślić sposób, jak z nich wyjść……	1	2	3	4
10.	Zazwyczaj jestem w stanie poradzić sobie z tym, co mnie spotyka……	1	2	3	4

PWS	sten

12.2. Zgoda dyrektora Szpitala Specjalistycznego Podkarpackiego Ośrodka Onkologicznego im. Ks. B. Markiewicza w Brzozowie na prowadzenie badań – załącznik nr 5

SZPITAL SPECJALISTYCZNY W BRZOZOWIE
PODKARPACKI OŚRODEK ONKOLOGICZNY
SEKRETARIAT SZPITALA
Wpłynęło dnia 01.02.2021
Nr 882 podpis

Mgr Elżbieta Trebenda
nauczyciel akademicki
Uczelnia Państwowa im. Jana Grodka w Sanoku
e-mail: e.trebenda@gmail.com
tel. kom. 698 684 736

Sanok, dn. 01.02.2021 r.

Szanowny Pan lek. Tomasz Kondraciuk, MBA
Dyrektor Szpitala Specjalistycznego
Podkarpackiego Ośrodka Onkologicznego
im. Ks. B. Markiewicza w Brzozowie

Szanowny Panie Dyrektorze,

zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na przeprowadzenie badań ankietowych wśród pielęgniarek zatrudnionych w Szpitalu Specjalistycznym Podkarpackim Ośrodku Onkologicznym im. Ks. B. Markiewicza w Brzozowie

Celem badań jest analiza poziomu wiedzy i zachowań zdrowotnych pielęgniarek aktywnych zawodowo w zakresie zapobiegania i wczesnego wykrywania raka piersi u kobiet. Wyniki badań zostaną przedstawione w rozprawie doktorskiej.

Opiekunem naukowym badań i promotorem pracy doktorskiej jest dr hab. n. med. i n. o zdr. Elżbieta Cipora, prof. ucz - Prorektor Uczelni Państwowej im. Jana Grodka w Sanoku, a promotorem pomocniczym dr n.o zdr. Izabela Gąska - Dyrektor Instytutu Medycznego UP im. Jana Grodka w Sanoku.

Oświadczam, że całokształt prac badawczych będzie zgodny z obowiązującymi przepisami prawa dotyczącymi ochrony danych osobowych, a uzyskane wyniki zostaną wykorzystane wyłącznie do celów naukowych. Wszystkie osoby, które wyrażą zgodę na udział w badaniach, zostaną poinformowane o ich celu i zachowaniu zasad anonimowości.

Do badań wykorzystane zostaną następujące narzędzia badawcze (w załączeniu):

- Autorski kwestionariusz ankiety
- Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) autorstwa Z. Juczyńskiego
- Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia MHLC – wersja B w adaptacji Z. Juczyńskiego
- Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności (GSES) współautorstwa Z. Juczyńskiego.

Proszę o pozytywne rozpatrzenie mojej prośby.

Z wyrazami szacunku
Elżbieta Trebenda

Popieram prośbę
Pani mgr Elżbiety Trebendy
01.02.2021.
PROREKTOR
dr hab. Elżbieta Cipora, prof. ucz.

Wyrażam zgodę
Z-CA DYREKTORA
DS. ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH
SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W BRZOZOWIE
PODKARPACKIEGO OŚRODKA ONKOLOGICZNEGO
im. KS. B. MARKIEWICZA
mgr Jarosław Marcin Bochniarz

12.3. Zgoda dyrektora Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Sanoku na prowadzenie badań – załącznik nr 6

UCZELNIA PAŃSTWOWA
im. Jana Grodka w Sanoku
38-500 SANOK
ul. Mickiewicza 21, tel. 13 46 55 950
(pieczęć jednostki)

Sanok, dnia 01.02.2021r.

Dyrektor
Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej
w Sanoku
ul. 800-lecia 26
38-500Sanok

Wniosek o wyrażenie zgody na przeprowadzenie badań naukowych

Dane studenta, doktoranta lub słuchacza*			
imię i nazwisko:	Elżbieta Trebenda		
numer telefonu:	698 684 736	adres e-mail:	e.trebenda@gmail.com
Wskazanie przeznaczenia udostępnionych danych:			
Rozprawa doktorska pt."*Analiza poziomu wiedzy i zachowań zdrowotnych pielęgniarek aktywnych zawodowo w zakresie zapobiegania i wczesnego wykrywania raka piersi u kobiet*"			
Zakres wnioskowanych informacji:			
Zebranie informacji dotyczących wiedzy i zachowań zdrowotnych pielęgniarek w zakresie zapobiegania i wczesnego wykrywania raka piersi u kobiet			
Metody badań naukowych (ankietowanie, wywiad)	Grupa badanych: (pacjenci, poszkodowani, pielęgniarki, ratownicy medyczni, inni)	Nazwa Oddziału lub miejsca prowadzenia badań:	
Metoda sondażu diagnostycznego, technika ankiety	Pielęgniarki	Wszystkie oddziały szpitalne	

Elżbieta Trebenda
(podpis studenta, doktoranta, słuchacza)

PROREKTOR
1.02.2021 dr hab. Elżbieta Czapka, prof. UO
(data, pieczęć, podpis przedstawiciela jednostki)

Decyzja Dyrektora SPZOZ w Sanoku lub osoby upoważnionej:
Wyrażam zgodę/ ~~nie wyrażam zgody~~ na przeprowadzenie badań naukowych.
Przyczyna odmowy: .....

p.o. Z-ca DYREKTORA
ds. Lecznictwa
SPZOZ Sanok
4.02.2021 lek. med. Jadwiga Wrotniak
(data, pieczęć, podpis Dyrektora lub osoby upoważnionej)

12.4. Zgoda dyrektora Samodzielnego Publicznego Miejskiego Zespołu Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Sanoku na prowadzenie badań – załącznik nr 7

Mgr Elżbieta Trebenda
nauczyciel akademicki
Uczelnia Państwowa im. Jana Grodka w Sanoku
e-mail: e.trebenda@gmail.com
tel. kom. 698 684 736

Sanok, dn. 20.01.2021 r.

Zgoda
DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego Miejskiego Zespołu Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Sanoku
lek. med. Aleksander Korobczenko

Szanowny Pan Aleksander Korobczenko
Dyrektor Samodzielnego Publicznego Miejskiego
Zespołu Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Sanoku

Szanowny Panie Dyrektorze,

zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na przeprowadzenie badań ankietowych wśród pielęgniarek zatrudnionych w Samodzielnym Publicznym Miejskim Zespole Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Sanoku.

Celem badań jest analiza poziomu wiedzy i zachowań zdrowotnych pielęgniarek aktywnych zawodowo w zakresie zapobiegania i wczesnego wykrywania raka piersi u kobiet. Wyniki badań zostaną przedstawione w rozprawie doktorskiej.

Opiekunem naukowym badań i promotorem pracy doktorskiej jest dr hab. n. med. i n. o zdr. Elżbieta Cipora, prof. ucz - Prorektor Uczelni Państwowej im. Jana Grodka w Sanoku, a promotorem pomocniczym dr n.o zdr. Izabela Gąska - Dyrektor Instytutu Medycznego Uczelni Państwowej im. Jana Grodka w Sanoku.

Oświadczam, że całokształt prac badawczych będzie zgodny z obowiązującymi przepisami prawa dotyczącymi ochrony danych osobowych a uzyskane wyniki zostaną wykorzystane wyłącznie do celów naukowych. Wszystkie osoby, które wyrażą zgodę na udział w badaniach, zostaną poinformowane o ich celu i zachowaniu zasad anonimowości.

Do badań wykorzystane zostaną następujące narzędzia badawcze (w załączeniu):

- Autorski kwestionariusz ankiety
- Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) autorstwa Z. Juczyńskiego
- Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia MHLC – wersja B w adaptacji Z. Juczyńskiego
- Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności (GSES) współautorstwa Z. Juczyńskiego.

Proszę o pozytywne rozpatrzenie mojej prośby.

Z wyrazami szacunku,
Elżbieta Trebenda

Popieram prośbę Pani Elżbiety Trebenda
20.01.2021.
PROREKTOR
dr hab. Elżbieta Cipora, prof. ucz

12.5. Zgoda dyrektora Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Lesku na prowadzenie badań – załącznik nr 8

Mgr Elżbieta Trebenda
nauczyciel akademicki
Uczelnia Państwowa im. Jana Grodka w Sanoku
e-mail: e.trebenda@gmail.com
tel. kom. 698 684 736

Sanok, dn.28.01.2021 r.

Szanowny Pan mgr inż. Robert Płaziak
Dyrektor Samodzielnego Publicznego
Zespołu Opieki Zdrowotnej w Lesku

Szanowny Panie Dyrektorze,

zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na przeprowadzenie badań ankietowych wśród pielęgniarek zatrudnionych w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Lesku.

Celem badań jest analiza poziomu wiedzy i zachowań zdrowotnych pielęgniarek aktywnych zawodowo w zakresie zapobiegania i wczesnego wykrywania raka piersi u kobiet. Wyniki badań zostaną przedstawione w rozprawie doktorskiej.

Opiekunem naukowym badań i promotorem pracy doktorskiej jest dr hab. n. med. i n. o zdr. Elżbieta Cipora, prof. ucz - Prorektor Uczelni Państwowej im. Jana Grodka w Sanoku, a promotorem pomocniczym dr n.o zdr. Izabela Gąska - Dyrektor Instytutu Medycznego UP im. Jana Grodka w Sanoku.

Oświadczam, że całokształt prac badawczych będzie zgodny z obowiązującymi przepisami prawa dotyczącymi ochrony danych osobowych, a uzyskane wyniki zostaną wykorzystane wyłącznie do celów naukowych. Wszystkie osoby, które wyrażą zgodę na udział w badaniach, zostaną poinformowane o ich celu i zachowaniu zasad anonimowości.

Do badań wykorzystane zostaną następujące narzędzia badawcze (w załączeniu):

- Autorski kwestionariusz ankiety
- Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) autorstwa Z. Juczyńskiego
- Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia MHLC – wersja B w adaptacji Z. Juczyńskiego
- Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności (GSES) współautorstwa Z. Juczyńskiego.

Proszę o pozytywne rozpatrzenie mojej prośby.

Z wyrazami szacunku,
Elżbieta Trebenda

Popieram prośbę Pani Elżbiety Trebenda
PROREKTOR
28.01.2021 dr hab. Elżbieta Cipora, prof. ucz

Wyrażam zgodę.
DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego
Zespołu Opieki Zdrowotnej
w Lesku
Robert Płaziak

12.6. Zgoda Komisji Bioetycznej na realizację badań – załącznik nr 9

Załącznik nr 2 do protokołu z obrad
Komisji Bioetycznej przy Uczelni Państwowej im. Jana Grodka w Sanoku
w dniu 12.03.2021 r.

Uchwała nr 2/2021

Komisji Bioetycznej

przy Uczelni Państwowej im. Jana Grodka w Sanoku

z dnia **12 marca 2021 r.**

w sprawie: **zaopiniowania dopuszczalności realizacji projektu badawczego mgr Elżbiety Trebendy pt. „Analiza poziomu wiedzy i zachowań zdrowotnych pielęgniarek aktywnych zawodowo w zakresie zapobiegania i wczesnego wykrywania raka piersi u kobiet"**

Na podstawie § 6 Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 11 maja 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad powoływania i finansowania oraz trybu działania komisji bioetycznych, § 2 ust. 1 oraz § 4 Regulaminu Komisji Bioetycznej przy Uczelni Państwowej im. Jana Grodka w Sanoku

uchwala się, co następuje:

§ 1

Komisja Bioetyczna przy Uczelni Państwowej im. Jana Grodka w Sanoku na posiedzeniu w dniu 12 marca 2021 r., na podstawie opinii nr 2/2021 z dnia 11 marca 2021 r. pozytywnie opiniuje i dopuszcza do realizacji projekt badawczy mgr Elżbiety Trebendy pt. „Analiza poziomu wiedzy i zachorowań zdrowotnych pielęgniarek aktywnych zawodowo w zakresie zapobiegania i wczesnego wykrywania raka piersi u kobiet".

§ 2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Podpisy członków Komisji:

1. .....
2. .....
3. .....
4. .....
5. .....
6. .....