

Smoleń Ewa, Dobrowolska Beata. Wybrane zachowania zdrowotne oraz czynniki ryzyka raka piersi w grupie pielęgniarek województwa lubelskiego i podkarpackiego = Selected health behaviours and risk factors of breast cancer in nurses group from Lublin and Subcarpathian provinces. Journal of Education, Health and Sport. 2016;6(7):346-358. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.57969>
<http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/3697>
<https://pbn.nauka.gov.pl/sedno-webapp/works/737227>

The journal has had 7 points in Ministry of Science and Higher Education parametric evaluation. Part B item 755 (23.12.2015).
755 Journal of Education, Health and Sport eISSN 2391-8306 7

© The Author (s) 2016;

This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, Poland

Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.

Received: 15.06.2016. Revised 09.07.2016. Accepted: 09.07.2016.

Wybrane zachowania zdrowotne oraz czynniki ryzyka raka piersi w grupie pielęgniarek województwa lubelskiego i podkarpackiego

Selected health behaviours and risk factors of breast cancer in nurses group from
Lublin and Subcarpathian provinces

Ewa Smoleń¹, Beata Dobrowolska²

¹Zakład Pielęgniarstwa, Instytut Medyczny, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. J. Grodka w Sanoku
Jan Grodek State Higher Vocational School in Sanok, Medical Institute, Department of Nursing, Sanok

²Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
Department of Development in Nursing, Faculty of Health Sciences, Medical University, Lublin

Słowa kluczowe: rak piersi, zapobieganie, ryzyko zachorowania, pielęgniarki.

Key words: breast cancer, prevention, risk, nurses.

Streszczenie

Wstęp. Do najważniejszych czynników ryzyka zachorowania na raka piersi zalicza się: płeć żeńską, wiek powyżej 64 r.ż., mutacje genowe, rozpoznanie nowotworu piersi u dwóch lub więcej krewnych I stopnia, przebyty rak piersi oraz zmiany w piersi. W profilaktyce raka piersi ważne znaczenie obok badań przesiewowych ma podejmowanie prozdrowotnych zachowań zdrowotnych, zmniejszających ryzyko zachorowania.

Cel pracy. Ocena zachowań zdrowotnych pielęgniarek w zakresie profilaktyki raka piersi oraz ryzyka rozwoju chorób nowotworowych w badanej grupie kobiet.

Material i metody. Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego w grupie 184 pielęgniarek województwa lubelskiego i podkarpackiego. Zastosowano kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji. W analizie statystycznej posłużono się testem χ^2 Pearsona.

Wyniki. U ponad połowy respondentek w rodzinie notowano wystąpienie nowotworu, a u co dziesiątej był to nowotwór piersi. Jedna dziesiąta pielęgniarek deklarowała rozpoczęcie miesiączkowania w 12 r.ż. Większość pielęgniarek deklarowała karmienie naturalne w okresie macierzyństwa. Średnia wieku pierwszej wizyty u ginekologa to 20 lat. Ponad połowa badanych pielęgniarek deklarowała prawidłową masę ciała oraz podejmowanie aktywności fizycznej. Wykazano niewielkie różnice istotne statystycznie w poszczególnych zachowaniach w obu badanych grupach pielęgniarek.

Wnioski. Zagrożenie wystąpieniem nowotworów piersi u badanych pielęgniarek związane było w głównej mierze z rodzinnym obciążeniem nowotworowym oraz wczesnym rozpoczęciem menstruacji, co zalicza się do czynników niepodlegających modyfikacji. Brak aktywności fizycznej oraz występowanie otyłości to czynniki ryzyka modyfikowalne, których intensyfikację można zmniejszyć poprzez zmianę stylu życia na prozdrowotny.

Abstract

Introduction. The most important risk factors of breast cancer include: female gender, age over 64 years, gene mutations, the diagnosis of breast cancer in two or more first degree relatives, previous breast cancer and changes in the breast. Besides screening, health behaviours reducing the risk of breast cancer are significant in its prevention.

Aim. Assessment of health behaviours of nurses in the scope of prevention of breast cancer and risk factors of cancer development in women surveyed.

Material and methods. The diagnostic survey with the use of self-constructed questionnaire was applied in the study. The survey was carried out in the group of 184 nurses from Lublin and Subcarpathian provinces. Test χ^2 was utilized in the statistical analysis.

Results. Over half of surveyed group reported occurrence of cancer in their family, and in every tenth cases it was breast cancer. The one tenth of nurses declared that they started their menstruation in 12 years of age. Most of nurses declared breastfeeding in their maternity period. The average age of respondents of their first visit in gynaecologist was 20. More than half of nurses surveyed declared correct body weight and physical activity. Slight statistical differences were shown in individual behaviours of nurses from two provinces.

Conclusions. The threat of the occurrence of breast cancer in the group of examined nurses was associated primarily with the cancer recorded in the family and the early start of menstruation, which is one of the unmodifiable factors. Physical inactivity and obesity are modifiable risk factors which intensity can be reduced by changing lifestyle.

Wstęp

U kobiet przed 65 r.ż. nowotwory stanowią główną przyczynę zgonów. W 2009 roku w Polsce zarejestrowano 156 tyś nowych zachorowań na chorobę nowotworową, a 320 tyś. żyło z diagnozą nowotworu, zmarło natomiast 93 tyś. osób. Z tego blisko 23% stanowiły nowotwory piersi [1]. Rak piersi to najczęściej występujący nowotwór złośliwy w populacji kobiet w Polsce i na świecie [1, 2]. W roku 2009 wg Krajowego Rejestru Nowotworów na raka piersi (C50) zachorowało 15752 kobiet (odsetek 22,8% wszystkich nowotworów u kobiet), a zmarło z tego powodu 5242 osoby. W stosunku do roku 2008 roku liczba rozpoznań była większa (14576), ale liczba zgonów nieznacznie się zmniejszyła (5362) [2]. W tymże roku w województwie podkarpackim rak piersi zdiagnozowano u 772 kobiet, a w województwie lubelskim u 627, zmarło natomiast z tego powodu 246 kobiet w regionie lubelskim i 233 w podkarpackim [1]. Ryzyko zachorowania na nowotwory piersi wzrasta wraz z wiekiem. Największy odsetek kobiet ze zdiagnozowanym tego typu nowotworem jest w przedziale wieku 50-69 lat [2]. W średnim wieku u kobiet nowotwory są przyczyną niemal połowy zgonów (47%) i ta tendencja utrzymuje się od kilku dekad. W 2009 roku nowotwory piersi stanowiły 29% zachorowań na nowotwory u kobiet oraz 16% zgonów. Podobnie w najstarszej grupie wiekowej kobiet nowotwory piersi stanowiły 16% zachorowań oraz 11% zgonów. Jak wynika z doniesień epidemiologicznych od lat 70-tych rak piersi to najczęstsza nowotworowa przyczyna śmierci Polek [1, 2]. Niepokojące są także prognozy, wskazujące, że w przedziale czasu 2010-2025 nastąpi dalszy wzrost zachorowań na nowotwory piersi [3].

Do najważniejszych czynników ryzyka raka piersi zalicza się: płeć żeńską, wiek, mutacje genowe (BRCA1, BRCA2), rozpoznanie nowotworu piersi u dwóch lub więcej krewnych pierwszego stopnia, przebyty rak piersi, zmiany w piersi („wysoka gęstość piersi”, atypowa hiperplazja). Do czynników o mniejszym znaczeniu zalicza się: występowanie

nowotworu u jednej krewnej, promieniowanie jonizujące, okres pomenopauzalny. Mniejsze znaczenie odnosi się do takich czynników jak: ciąża po 30 r.ż., wczesna menarche przed 12 r.ż., późna menopauza, poronienia, brak karmienia naturalnego, długotrwała antykoncepcja oraz hormonalna terapia zastępcza. Inne czynniki ryzyka raka piersi to: otyłość, przebyty rak jajnika, endometrium, jelita grubego, a także nadużywanie alkoholu, wysoki status społeczny, wysoki wzrost [2].

W profilaktyce raka piersi ważne znaczenie obok badań przesiewowych ma podejmowanie prozdrowotnych, modyfikowalnych zachowań zdrowotnych, zmniejszających ryzyko zachorowania [2, 4]. Zachowania zdrowotne to czynności podejmowane i realizowane przez człowieka, mające bezpośredni, doraźny albo pośredni wpływ pozytywny lub negatywny na zdrowie. Heszen-Klemens [5] wyróżnia zachowania zdrowotne: prozdrowotne (poprawa i ochrona, zdrowia unikanie choroby) i antyzdrowotne (zachowania szkodzące zdrowiu, nie podejmowanie praktyk zdrowotnych) [6]. Pomiar zachowań zdrowotnych to trudne i złożone zagadnienie [7]. Zachowania zdrowotne nabywane i kształtowane są w procesie wychowania. Ważnym miejscem, w którym w procesie edukacji zdrowotnej ocenia się zachowania zdrowotne i poddaje zmianom jest szpital i kadra medyczna świadcząca usługi. Główne zadania edukacyjne w zespole interdyscyplinarnym podejmują pielęgniarki [8].

Jak podkreślają autorzy badań [9] pielęgniarki powinny dodatkowo oprócz posiadanej wiedzy odnośnie zachowań zdrowotnych, prezentować odpowiednią postawę oraz styl życia mogący stanowić wzór do naśladowania, co nie tylko zmniejszy ryzyko zachorowania w tej grupie zawodowej, ale i odbiorców, dla których udzielają świadczeń medycznych. Jak wynika z dotychczasowych badań odbiorcy usług od kadry pielęgniarskiej oczekują wzorów godnych do naśladowania [9, 10, 11, 12].

Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (INC - *International Concil of Nurses*) wskazuje, że pielęgniarki zajmują kluczowe zadania w aspekcie wpływu na zdrowie ludzi i prewencji chorób nowotworowych. Obywa się to poprzez prowadzenie pierwotnej profilaktyki oraz udział we wczesnej profilaktyce [13], a nade wszystko dzięki ich własnej postawie i przykładowi.

Cel pracy

Ocena zachowań zdrowotnych pielęgniarek w zakresie profilaktyki raka piersi oraz ryzyka rozwoju chorób nowotworowych.

Material i metody

Badania przeprowadzono w latach 2009 i 2010 wśród pielęgniarek województwa lubelskiego 39 (21,2%) i podkarpackiego 145 (78,8%). Badania przeprowadzono zgodnie z zasadami Deklaracji Helsińskiej. Każda pielęgniarka zaproszona do udziału w badaniu została poinformowana o celu badań oraz zapewniona o całkowitej anonimowości przebiegu procesu badawczego i zgromadzonych danych, jak również o możliwości wycofania się z udziału w badaniach.

Zastosowano autorski kwestionariusz ankiety przygotowany specjalnie do celów pracy. Średnia wieku badanych pielęgniarek wyniosła $37,2 \pm 7,8$ lat. Najmłodsza pielęgniarka miała 21 lat a najstarsza 56 lat. Uzyskane dane, wprowadzone do arkusza Excel poddano analizie statystycznej. Zależności były testowane przy pomocy analizy wariancji (ANOVA) – w przypadku średnich oraz testu chi kwadrat – w przypadku analizy zmiennych nominalnych. Bardzo wysoka zależność statystyczna występowała przy $p < 0,001$. W przypadku analizy wariancji wartość na poziomie istotności $p < 0,05$ oznaczała wysoką zależność statystyczną. Poziom istotności $p < 0,1$ oznaczał słabą zależność statystyczną. Brak zależności istotnej statystycznie występował przy $p > 0,5$.

Wyniki

Występowanie nowotworów z uwzględnieniem województwa, w którym zamieszkują badane pielęgniarki przybliżono w tab. 1 ($p > 0,5$). Ponad połowa pielęgniarek z województwa podkarpackiego (56,6%) zgłosiła wystąpienie przynajmniej jednego nowotworu w rodzinie. Najczęściej były to: nowotwory płuc (15,2%), jelita grubego (8,3%), gruczołu krokowego (7,6%) oraz u 6,9% nowotwór piersi i żołądka. W województwie lubelskim najczęściej notowano nowotwory piersi (17,9%) oraz płuc (12,8%) i jelita grubego (7,7%).

Tabela 1. Występowanie nowotworów u najbliższych krewnych w opinii pielęgniarek

Lp.	Rodzaj nowotworu	Region			
		Podkarpackie		Lubelskie	
		N	%	N	%
1.	Piersi	10	6,9	7	17,9
2.	Trzonu macicy	2	1,4	3	7,7
3.	Szyjki macicy	6	4,1	1	2,6
4.	Płuc	22	15,2	5	12,8
5.	Pęcherza moczowego	8	5,5	1	2,6
6.	Białaczka	5	3,4	0	0,0
7.	Nerki	6	4,1	1	2,6
8.	Żołądka	10	6,9	1	2,6
9.	Jelita grubego	12	8,3	3	7,7
10.	Jajnika	2	1,4	0	0,0
11.	Gruzołu krokowego	11	7,6	2	5,1
12.	Inne	22	15,2	4	10,3
13.	Nie wystąpił	63	43,4	21	53,8
p>0,5					

Grupa 69,7% pielęgniarek deklarowała rozpoczęcie krwawienia miesięczkowego między 13 a 15 r.ż. U co dziesiątej kobiety – 11,4% pierwsza miesiączka wystąpiła w 12 r.ż. W przedziale wiekowym od 16 do 19 lat krwawienie miesięczkowe pojawiło się u 14,1% badanych. Daty rozpoczęcia menstruacji nie pamiętało 4,3% kobiet. Średnia wieku pierwszej miesiączki uzyskana w badanej grupie to 14,0 lat. Była ona wyższa wśród mieszkanek województwa podkarpackiego niż lubelskiego ($p=0,006$). Dokładne wyniki przedstawiono w tab. 2. Ponad $\frac{3}{4}$ badanych kobiet (79,3%) miesiączkowało regularnie. Nieregularne krwawienia zgłosiło 17,4% pielęgniarek, natomiast 3,3% kobiet była już w okresie menopauzy. Większość badanych kobiet – 83,2% nie zgłosiła wystąpienia poronień. Odsetek 16,8% pielęgniarek w wywiadzie podało wystąpienie minimum jednego poronienia. Warto podkreślić, że większość kobiet (81,0%) posiadała dzieci. Ponad połowa badanych posiadających własne potomstwo (55,5%) pierwsze dziecko urodziła w przedziale wieku od 20 do 24 lat. Natomiast w przedziale wiekowym od 25 do 30 lat pierwsze dziecko urodziło 17,9% kobiet, a powyżej 30 lat 3,7% pielęgniarek. Średnia wieku urodzenia pierwszego dziecka to 23,7 lat. SD 3,4. Największy odsetek kobiet (46,7%) deklarował posiadanie dwójki dzieci. Tylko jedno dziecko miało 19,0% respondentek. Trójkę dzieci posiadało 11,4% pielęgniarek, czworo 2,7% a pięcioro zaledwie 0,5% kobiet. Grupa 18,5% pielęgniarek nie

posiadała dzieci. Nieznaczny odsetek badanych (1,1%) respondentek nie udzielił odpowiedzi na to pytanie.

Tabela 2. Miejsce zamieszkania a wiek pierwszej miesiączki

Lp.	Region	Wiek <i>menarche</i>		
		Średnia	SD	N
1.	Podkarpackie	14,2	1,4	137
2.	Lubelskie	13,5	1,2	39
Ogółem		14,0	1,4	176
Sum of Squares = 14,7		df = 1		p = 0,006

SD – Standard Deviation (odchylenie standardowe).

Blisko $\frac{3}{4}$ pielęgniarek (72,8%) posiadających potomstwo deklarowało karmienie naturalnie. Zaledwie 3,8% kobiet nie karmiło w ogóle dzieci piersią. Odpowiedzi w tej kwestii nie udzieliło 1,1% badanych. Przez zalecany okres sześciu miesięcy karmienie piersią deklarowało 10,9% pielęgniarek. Od 1 do 3 miesięcy piersią dzieci karmiło 21,2% kobiet, od 4 do 6 miesięcy 17,4% pielęgniarek, a od 7 do 12 miesięcy 17,9% ogółu badanych. Zaledwie 4,3% kobiet okres karmienia dziecka piersią wydłużał od 13 do 18 miesięcy, natomiast dwa lata i więcej piersią karmiło 3,3% pielęgniarek. Odpowiedzi na to pytanie nie udzieliło 6,0% kobiet. Grupa 22,3% nie karmiła naturalnie swoich dzieci.

Wiek pierwszej wizyty u ginekologa był nieznacznie niższy wśród pielęgniarek województwa lubelskiego (19,5) niż podkarpackiego ($p < 0,019$) – tab. 3.

Tabela 3. Średnia wieku pierwszej wizyty badanych u ginekologa

Lp.	Region	Wiek wizyty (w latach)		
		Średnia	SD	N
1.	Podkarpackie	20,6	2,5	143
2.	Lubelskie	19,5	3,1	39
Ogółem		20,3	2,7	182
Sum of Squares 38,4		df = 1		$p < 0,019$

Prawidłową masę ciała deklarowały częściej pielęgniarki w województwie lubelskim (69,4%) w porównaniu do podkarpackiego (58,5%). Nadwagę częściej stwierdzano u kobiet na Podkarpaciu (33,1%) niż na Lubelszczyźnie (25,0%) – $p > 0,5$ (tab.4).

Tabela 4. Wartości BMI deklarowane przez pielęgniarki

Lp.	BMI (<i>Body Mass Index</i>)	Region				Ogółem	
		Podkarpackie		Lubelskie		N	%
		N	%	N	%		
1.	Niedowaga	12	8,5%	2	5,6%	14	7,9%
2.	Prawidłowa	83	58,5%	25	69,4%	108	60,7%
3.	Nadwaga	47	33,1%	9	25,0%	56	31,5%
Ogółem		142	100,0%	36	100,0%	178	100,0%
chi-kwadrat 1,477				df= 2		p>0,5	

Aktywność fizyczną, jako regularną część życia deklarowało 62,0% pielęgniarek. Nieznaczny odsetek osób (0,5%) nie udzielił odpowiedzi na to pytanie. Natomiast 37,5% pielęgniarek wskazało na nie podejmowanie aktywności fizycznej.

Dyskusja

W badaniach własnych ponad połowa kobiet deklarowała występowanie nowotworów w rodzinie. W badaniach w Paździor i wsp. [14] diagnozę nowotworu u krewnych zgłosiło 34,0% kobiet, a u Pisarczyk i wsp. [15] 23,0% badanych.

W Polsce w 2009 roku u kobiet dominowały nowotwory: piersi, płuca oraz jelita grubego. Umieralność na raka piersi zmniejszała się, jednak wzrastała zachorowalność, a 66% nowych zachorowań zdiagnozowano u kobiet w przedziale wieku 50-64 lata. W Polsce wysokie ryzyko zachorowania na nowotwory związane jest z dwoma czynnikami: paleniem tytoniu oraz opóźnionej diagnostyki i leczenia nowotworów. Czynniki te w znaczący sposób wpływają na ryzyko zagrożenia populacji rozwojem nowotworów [1]. Pielęgniarki w badaniach własnych zgłaszały, że najczęściej diagnozowane u najbliższych krewnych były: w województwie lubelskim – nowotwory piersi, a w podkarpackim – nowotwory płuc. Na kolejnych miejscach zanotowano w regionie lubelskim nowotwory płuc i jelita grubego, natomiast w podkarpackim nowotwory, jelita grubego gruczołu krokowego oraz piersi i żołądka. Współwystępowanie nowotworów piersi z innymi nowotworami (trzon macicy, jajników, jelita grubego) zwiększa trzykrotnie ryzyko zachorowania. Rodzinne występowanie raka piersi zwiększa ryzyko od półtora do dwóch razy. Dwie diagnozy nowotworów piersi u krewnych ryzyko dziesięcio-krotnie. Dwie lub więcej krewnie I-stopnia z rakiem piersi rozpoznanym w młodym wieku zwiększa względne ryzyko raka piersi czterokrotnie, natomiast jedna krewna I –stopnia z rakiem piersi w wywiadzie od dwóch do czterech razy [2].

W badaniach własnych kobiety deklarowały wystąpienie „menarche” w 14 r.ż. zdecydowana większość miesiączkowanie rozpoczęła w przedziale wieku 13-15 lat. Natomiast, co dziesiąta pielęgniarka podała wiek rozpoczęcia miesiączkowania przed 12 r.ż. lub od 16 do 19 r.ż. Wczesne miesiączkowanie np. w 12 r.ż. oraz późne zakończenie zwiększa dwu-krotnie ryzyko zachorowania na ten typ nowotworu [2].

W badanej grupie pielęgniarek, co szósta zgłosiła w swojej przeszłości ginekologicznej przynajmniej jedno poronienie. Poronienia ze względu na brak ochronnego działania progesteronu również zwiększają ryzyko rozwoju raka piersi [2].

Większość pielęgniarek w badanej grupie posiadało własne potomstwo. Tylko jedna piąta nie miała dzieci. Ponad połowa z nich swoje pierwsze dziecko urodziła od 20 do 24 lat. Po 30 r. ż. pierwsze macierzyństwo deklarowało niewiele badanych tj. 3,7%. Średnia wieku pierwszego porodu w badanej grupie wyniosła blisko 24 lata. Kobiety, które nie rodziły oraz z pierwszą donoszoną ciążą dopiero po 30 r.ż. mają także zwiększone ryzyko zachorowania na raka piersi od dwóch do pięciu razy [2].

Standard żywienia dzieci zaleca karmienie naturalne niemowląt do 6 miesiąca życia. Ma to nie tylko korzystny wpływ na rozwój dziecka, a dodatkowo u kobiet zmniejsza ryzyko chorób nowotworowych piersi [16]. Niemal $\frac{3}{4}$ pielęgniarek w badaniach własnych deklarowało karmienie naturalne. Tylko w niewielkim odsetku kobiety nie karmiły naturalnie swoich dzieci. Największa grupa kobiet w badaniach własnych karmiła piersią przez okres 4-6 oraz 7-12 miesięcy. Przez zalecany czas 6 miesięcy piersią karmiła co dziesiąta pielęgniarka, a od 1 do 3 miesięcy, co piąta pielęgniarka. Powyżej roku karmienie piersią dzieci deklarowało 7,7% badanych. W Raporcie GUS (Głównego Urzędu Statystycznego) w 2009 roku przez 6 miesięcy dzieci karmiło nieznacznie więcej kobiet niż w badaniach własnych (14,3%). Przez 3 miesiące karmienie naturalne deklarowało 11,0%, natomiast 9,0% kobiet karmiło piersią do 12 m-ca życia dziecka [17].

W badaniach własnych średnia wieku pierwszej wizyty u ginekologa wyniosła ok. 20 lat. W młodszym wieku z wizyty u ginekologa korzystały pielęgniarki w województwie lubelskim. W Polsce pierwsza wizyta u ginekologa w okresie pokwitania odbywa się z powodu pojawienia się konkretnych dolegliwości ginekologicznych [18]. Polki korzystają z porad ginekologa najczęściej w przypadku zaburzeń miesiączkowania, stosowania antykoncepcji oraz pojawienia stanów zapalne sromu i pochwy [19]. Korzystanie z ginekologicznych badań profilaktycznych uwarunkowane jest stopniem uświadomienia potrzeby poddaniu się takiemu postępowaniu celem wczesnego diagnozowania zmian narządu rodnoego oraz profilaktyki chorób [20].

Otyłość i nadwaga to czynniki modyfikowalne raka piersi [21, 22]. W badaniach własnych większość pielęgniarek deklarowała prawidłową masę ciała. Co czwarta pielęgniarka w regionie lubelskim i co trzecia w podkarpackim miała nadwagę. Z danych ogólnopolskich badań stanu zdrowia Polaków w 2009 roku 51,0% kobiet miało prawidłową masę ciała, 29,4% nadwagę, 15,2% otyłość a niedowagę 4,3%. Wyniki tych badań korespondują z wynikami badań własnych. Niestety w Polsce liczba kobiet otyłych zwiększyła się w ciągu 5 lat o 5 punktów [17]. Podobne wyniki w badaniach uzyskała Kaleta i wsp. w województwie łódzkim i lubelskim [23], w których prawidłową masę ciała stwierdzono u 55,0% kobiet, nadwagę u 28,9% a otyłość u 16,1% osób. W grupie pielęgniarek przebadanych przez Muszaliak i wsp. [10] prawidłową masę ciała miał znacznie większy odsetek niż w badaniach własnych tj. 74,2%. Podobnie mniej kobiet deklarowało nadwagę 20,0% a otyłość 2,2%. Większy odsetek osób z nieprawidłową masą ciała wykazała w swoich badaniach Kachaniuk i wsp. [24]. W grupie zdrowych kobiet prawidłową masę ciała miało 57,3% osób, natomiast w grupie kobiet leczonych szpitalnie z powodu chorób nowotworowych piersi zaledwie 34,4% deklarowała masę ciała w normie. Nadwagę (46,2%) i otyłość (19,4%) zdecydowanie częściej obserwowano u pacjentek niż osób zdrowych (34,2% vs. 8,5%).

Aktywność fizyczna to ważny element utrzymania prawidłowej masy ciała. Regularna aktywność fizyczna zmniejsza ryzyko rozwoju nowotworów piersi, poprzez przede wszystkim zmniejszenie produkcji estrogenów [2]. To także modyfikowalny czynnik ryzyka raka piersi [22]. Ponad połowa pielęgniarek w badaniach własnych deklarowała podejmowanie aktywności fizycznej. Jednakże ponad jedna trzecia kobiet nie była aktywna fizycznie. Z badań ogólnopolskich wynika, że w 2009 roku 2/3 Polaków podejmowało aktywność fizyczną na poziomie umiarkowanym [17]. W grupie pielęgniarek operacyjnych 60% kobiet oceniło swoją sprawność fizyczną jako dobrą [25]. Odmienne wyniki niż w badaniach własnych uzyskała Kaleta i wsp. [23], gdzie aktywność fizyczną na poziomie zadawalającym podejmowało 36,5% kobiet, nieznacznie mniejszy odsetek (30,3%) swoją aktywność określił jako niezadowalającą, natomiast 33,2% badanych nie podejmowało żadnej aktywności fizycznej. W badaniach Mynarskiego i wsp. [26] umiarkowaną aktywność fizyczną podejmowało 39,8% pielęgniarek, a brak aktywności wskazało 61,2% badanych. Podobnie w badaniach Kachaniuk i wsp. [24] zbliżony odsetek zdrowych kobiet (43,2%) i pacjentek 40,1% deklarował podejmowanie aktywności fizycznej. Porównywalnie w badaniach Jasik [27] 44,0% pracowników systemu ochrony zdrowia w tym pielęgniarki podejmowało aktywność fizyczną służącą zdrowiu.

Wnioski

Zagrozenie wystapieniem nowotworow piersi u badanych pielęgniarek związane bylo w glownej mierze z rodzinnym obciazeniem nowotworowym oraz wczesnym rozpoczeciem menstruacji, co zalicza sie do czynnikow niepodlegajacych modyfikacji. Brak aktywnosci fizycznej oraz wystepowanie otylosci to czynniki ryzyka modyfikowalne, ktorzych nasilenie mozna zmniejszyc poprzez zmianę stylu życia na prozdrowotny. Zmiana negatywnych zachowan zdrowotnych pozwoli na zmniejszenie ryzyka rozwoju raka piersi.

Piśmiennictwo:

1. Didkowska J., Wojciechowska U., Zatoński W. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2009 roku. Centrum Onkologii Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie: Warszawa; 2011.
2. Szewczyk K. Epidemiologia i profilaktyka raka piersi. w: Kornafel J. (red.). Rak piersi. Wyd. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego: Warszawa; 2011: 5-15.
3. Didkowska J., Wojciechowska U., Zatoński W. Prognozy zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe w Polsce do 2025 roku. Centrum Onkologii Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie: Warszawa; 2009.
4. Jokieli M., Bielska-Lasota M. Czynniki ryzyka raka piersi: możliwości profilaktyki pierwotnej. *Prz Epidemiol.* 2010; 64(3): 435-438.
5. Strelau J. (red.): *Psychologia – Podręcznik akademicki. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej. T. 3.* Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne: Gdańsk; 2005: 533-553.
6. 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.
7. Juczyński Z. *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia.* Pracownia testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego: Warszawa; 2001.
8. Czupryna A., Poździoch S., Ryś A., Włodarczyk C. *Zdrowie publiczne – wybrane zagadnienia.* Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius: Kraków; 2001.
9. Zagroba M., Kulikowska A., Marcysiak M., Wiśniewska E., Ostrowska B., Skotnicka-Klonowicz G. Aktywność fizyczna pielęgniarek. *Probl. Pielęg.* 2010; 18 (3): 329-336.
10. Muszaliński 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.

11. Rasińska R., Nowakowska I. Postrzeganie zdrowia przez pielęgniarki po czterdziestym roku życia. *Pielęg Pol.* 2014; 2(52): 111-116.
12. Andruszkiewicz A., Nowik A. Zachowania zdrowotne kobiet. *Probl Pielęg* 2011; 19(2): 148-152.
13. Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie. za: Międzynarodowa Rada Pielęgniarek. Rola pielęgniarek w profilaktyce raka. Warszawa; 2010.
14. Paździor A, Stachowska A, Zielińska A. Wiedza kobiet na temat profilaktyki raka piersi. *Now Lek.* 2011; 80(6): 419-422.
15. Piaszczyk D.L., 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.
16. Karmienie piersią w Polsce. Raport 2015. Kampania Mleko Mamy Rządu. Patronat merytoryczny Centrum Nauki o Laktacji. Warszawa; 2015.
17. <http://www.stat.gov.pl> Główny Urząd Statystyczny. Stan zdrowia ludności Polski w 2009 roku. Warszawa 2011, z dnia 20. 11. 2015 r.
18. Łepecka-Klusek C. Opieka nad kobietą w różnych fazach jej życia. W: *Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie i ginekologii. Podręcznik dla studiów medycznych.* Łepecka-Klusek C. (red.). Wyd. PZWL: Warszawa; 2010: 18-24.
19. Wdowiak A., Bąk M., Lewicka M., Kanadys K., Bakalczuk G. Opinie kobiet odnośnie przyczyn korzystania z porad lekarza ginekologa. *Med Og Nauk Zdr.* 2011; (17) 2: 71-74.
20. Łepecka-Klusek C, Bucholc M, Pilewska A, Kanadys K. Kobiety w wieku rozrodczym wobec profilaktycznych badań ginekologicznych. *Ginekol Pol.* 2001; 72(12a): 1473-1477.
21. Grodecka-Gazdecka S. Związki otyłości z rakiem piersi. *Forum Zaburzeń Metabolicznych.* 2011; 2(4): 231-238.
22. Malczyk E., Majkrzak Ż. Wybrane elementy stylu życia a ryzyko rozwoju raka piersi. *Probl Hig Epidemiol.* 2014; 95(4): 827-830.
23. Kaleta D., Makowiec-Dąbrowska T., Polańska K., Dziańska-Zaborczyk E., Drygas W. Palenie tytoniu i inne negatywne zachowania zdrowotne wśród osób czynnych zawodowo. *Med Pr.* 2009; 60(1): 7-14.
24. 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.
25. Książek J., Jarzynkowski P., Piotrkowska R.: Wybrane elementy stylu życia pielęgniarek operacyjnych. *Medycyna Rodzinna.* 2015; 3: 103-109.

26. 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.
27. 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.