

Smoleń Ewa, Cipora Elżbieta, Hombek Karolina, Jarema Magdalena. Chosen health behaviors about cancer prevention among sanok district residents and sociodemographic variables – preliminary study. *Journal of Education, Health and Sport*. 2017;7(4):392-409. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.495513>
<http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/4385>

The journal has had 7 points in Ministry of Science and Higher Education parametric evaluation. Part B item 1223 (26.01.2017).
1223 *Journal of Education, Health and Sport* eISSN 2391-8306 7

© The Author (s) 2017;

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: 25.03.2017. Revised 27.03.2017. Accepted: 07.04.2017.

WYBRANE ZACHOWANIA ZDROWOTNE MIESZKAŃCÓW POWIATU SANOCKIEGO W ZAKRESIE PROFILAKTYKI CHOROÓB NOWOTWOROWYCH A ZMIENNE SOCJODEMOGRAFICZNE – BADANIA WSTĘPNE

CHOSEN HEALTH BEHAVIORS ABOUT CANCER PREVENTION AMONG
SANOK DISTRICT RESIDENTS AND SOCIODEMOGRAPHIC VARIABLES –
PRELIMINARY STUDY

Smoleń Ewa ¹, Cipora Elżbieta ¹, Hombek Karolina ², Jarema Magdalena ²

¹ Zakład Pielęgniarstwa, Instytut Medyczny, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im.
J. Grodka w Sanoku;

² Studenckie Koło Naukowe Pielęgniarek, Zakład Pielęgniarstwa, Instytut Medyczny,
Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. J. Grodka w Sanoku;

¹ Jan Grodek State Higher Vocational School in Sanok, Medical Institute, Department of
Nursing, Sanok;

² Nursing Student Scientific Association Jan Grodek State Higher Vocational School in
Sanok, Medical Institute, Department of Nursing, Sanok.

Słowa kluczowe: Inwentarz Zachowań Zdrowotnych, skryning, nowotwór, Sanok.

Key words: Health Behavior Inventory, screening, cancer, Sanok.

Streszczenie

Wstęp. Eliminowanie czynników ryzyka i podejmowanie zachowań prozdrowotnych to elementy istotne dla poprawy zdrowia ludności, a tym samym zmniejszające zachorowalność i umieralność z powodu chorób nowotworowych.

Cel pracy. Określenie wybranych zachowań zdrowotnych w profilaktyce nowotworów z uwzględnieniem zmiennych socjodemograficznych mieszkańców powiatu sanockiego.

Material i metody. Badania zostały przeprowadzone wśród 157 mieszkańców powiatu sanockiego w 2015 roku. Posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, techniką ankiety, a jako narzędzia badawcze zastosowano: autorski kwestionariusz ankiety oraz Inwentarz Zachowań Zdrowotnych w adaptacji Z. Juczyńskiego.

Wyniki. Większość respondentów uzyskała niski stopień zachowań zdrowotnych. U niemal połowy badanych w rodzinie zdiagnozowano przynajmniej jeden rodzaj nowotworu. Najczęściej były to nowotwory: piersi, płuc i trzustki. Niemal jedna trzecia badanych wykonywała badania przesiewowe. Głównym powodem wykonywania tych badań była chęć wczesnego zdiagnozowania choroby nowotworowej w stadium umożliwiającym skuteczne leczenie. Jako główne motywy unikania udziału w badaniach profilaktycznych respondenci wymieniali dobre samopoczucie i brak czasu. Ponad trzy czwarte ankietowanych nie zaobserwowało niepokojących zmian na skórze, u pozostałych osób najczęściej zaobserwowaną zmianą był pieprzyk. Zaledwie co dziesiąty badany skorzystał z wizyty u onkologa, w celu prewencji i najczęściej były to osoby powyżej 70 r.ż.

Wnioski. Wiek, płeć, wykształcenie, miejsce zamieszkania w różnym stopniu różnicowały zachowania zdrowotne w badanej grupie. Jednym z niemodyfikowalnych czynników ryzyka chorób nowotworowych zaobserwowanych u osób badanych było występowanie nowotworów w rodzinie, a zachowaniem niepożądanym mogącym stanowić czynnik ryzyka nowotworów było unikanie badań przesiewowych.

Abstract

Introduction. Eliminating risk factors and creating health habits are essential elements for improving the health of the population, thereby reducing morbidity and mortality caused by cancer.

Aim. Defining some health habits in relation to risk factors for cancer among the inhabitants of Sanok district

Material and methods. The study was conducted among 157 residents of Sanok district in 2015. The method used was a diagnostic survey, and as research tools were used an author questionnaire and Health Behavior Inventory adapted by Z. Juczyński.

Results. Most of the respondents received a low level of health behavior. Almost half of the respondents were diagnosed with at least one type of cancer in the family. Most of them were breast, lung and pancreas cancer. Almost one third of respondents performed screening. The main reason for doing this study was to diagnose early stage of cancer so that to enable effective treatment. As the main reasons for avoiding participation in preventive tests, the respondents pointed to their well-being and lack of time. More than three-quarters of respondents did not observe any disturbing changes on the skin, whereas among the rest of the respondents the most frequent change was a mole. Only every tenth respondent took advantage of a visit to the oncologist for a prevention test and most were people above 70 years of age.

Conclusions. Age, gender, education and place of residence to a different degree diversified health behaviors in the study group. One of the non-modifiable risk factors for cancer observed among the respondents was the occurrence of cancer in the family, and unwanted behavior that posed a potential risk factor was avoiding screening.

Wstęp.

Zdrowie, promocja zdrowia, profilaktyka to zagadnienia coraz bardziej popularne nie tylko w socjologii i psychologii, ale również w medycynie. Zdrowy styl życia ma istotne znaczenie, wpływając nie tylko na wydłużenie średniego okresu trwania życia, ale także zmniejsza liczbę zachorowań i zgonów z powodu nowotworów [1, 2]. Te przesłanki stały się powodem poszukiwania rozwiązań, celem poprawy stanu zdrowia populacji [3].

W Europie i w Polsce nowotwory stanowią najczęstszą przyczynę przedwczesnych zgonów [3, 4]. Uwarunkowania zewnętrzne modyfikowalne, zwłaszcza styl życia oraz warunki środowiskowe stanowią czynniki ryzyka nawet 90% nowotworów. Dotąd poznano czynniki ryzyka niemal połowy nowotworów i oczywistym jest, że w zmniejszaniu zachorowalności i umieralności z powodu nowotworów priorytetowe znaczenie ma profilaktyka [3, 4]. Na podstawie dotychczasowych doświadczeń i analizy wyników badań naukowych zaobserwowano w krajach zachodnich i skandynawskich stosowanie profilaktyki zmniejszyło zachorowalność i umieralność z powodu tych chorób nawet o 80% [3].

Styl życia odpowiada za rozwój niemal jednej trzeciej nowotworów. W wielu krajach, w tym również w Polsce prowadzone są kampanie promocyjno-edukacyjne, których celem jest zmiana świadomości społeczeństwa dotyczące niwelowania czynników ryzyka poprzez zmianę szkodliwych nawyków, przyzwyczajzeń oraz postaw. Nieodłącznym elementem zmniejszającym działanie czynników ryzyka jest poczucie odpowiedzialności za własne zdrowie. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) jedną trzecią nowotworów można wyeliminować poprzez zmianę zachowań zdrowotnych i stylu życia, natomiast tyle samo można wyleczyć pod warunkiem wczesnego ich rozpoznania [4]. W profilaktyce istotne znaczenie mają nie tylko wiedza o czynnikach szkodliwych, ale również udział w badaniach skryningowych [4, 5]. Zgodnie z Europejskim Kodeksem Walki z Rakiem udział zarówno kobiet jak i mężczyzn w badaniach przesiewowych stanowi ważny element w profilaktyce nowotworów [3]. Opracowanie programów promujących zdrowie powinno wynikać z potrzeb społeczeństwa, ponieważ pozwala to na trafny dobór treści adekwatnych do zapotrzebowania [3]. W Polsce w walce z nowotworami istotne znaczenie ma Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych (NPZChN), gdyż obecnie w naszym kraju 70-80% pacjentów zgłasza się do onkologa dopiero w zaawansowanej fazie choroby nowotworowej [5, 6].

Stan zdrowia ludności ocenić można w wymiarze fizycznym za pomocą badań medycznych. Dodatkowo można wyrazić zdrowie także w wymiarze psychologicznym tzn. w odczuciu komfortu psychicznego oraz dobrego samopoczucia. W celu badania stanu zdrowia skonstruowano wiele narzędzi badawczych. W ubiegłym wieku zwiększyła się świadomość

społeczeństwa w zakresie znaczenia zachowań zdrowotnych istotnych dla utrzymania i umacniania zdrowia. Przyczyną takiego stanu był wzrost zainteresowania czynnikami ryzyka związanymi z indywidualnymi zachowaniami, zwiększającymi zachorowalność na choroby. Zachowania zdrowotne to rozległy i dość mało usystematyzowany obszar dotyczący zdrowia, a dodatkowo trudny w pomiarze. Jednym z narzędzi pomiaru zachowań zdrowotnych jest Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ), który pozwala na pomiar czterech aspektów zachowań zdrowotnych [7].

Wyniki badań własnych stanowią istotny element w ocenie zachowań zdrowotnych w profilaktyce chorób nowotworowych w badanej grupie i być pomocne w zaplanowaniu działań na rzecz umacniania prozdrowotnych zachowań i eliminowaniu antyzdrowotnych.

Cel pracy.

Określenie wybranych zachowań zdrowotnych w odniesieniu do czynników ryzyka nowotworów u wybranej grupy mieszkańców powiatu sanockiego.

Material i metody.

Badania przeprowadzono u 157 osób w 2015 roku w powiecie sanockim. Kryterium udziału w badaniach była dobrowolna zgoda na udział w nich. Do badań nie kwalifikowano osób leczonych w przeszłości lub obecnie z powodu chorób nowotworowych. W postępowaniu badawczym zastosowano metodę sondażu diagnostycznego oraz technikę ankiety. Posłużono się dwoma narzędziami badawczymi. Pierwsze z nich to autorski kwestionariusz ankiety składający się z 41 pytań otwartych i zamkniętych, opracowane na podstawie Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem. Drugie to IZZ w adaptacji Z. Juczyńskiego – standaryzowane narzędzie badawcze złożone z 24 stwierdzeń pogrupowanych w czterech kategoriach zachowań zdrowotnych: 1) prawidłowe nawyki żywieniowe, 2) zachowania profilaktyczne, 3) praktyki zdrowotne, 4) pozytywne nastawienie psychiczne. Badani odpowiadali na pytania w pięcio-stopniowej skali Likerta, określając jak często podejmowali każde z 24 zachowań zdrowotnych. Suma uzyskanych punktów to ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych, oddzielnie obliczany do każdej kategorii zachowań zdrowotnych. Analizę statystyczną wykonano za pomocą programu SPSS, przyjmując poziom istotności $p < 0,05$. Zastosowano test chi-kwadrat. Badania przeprowadzono zgodnie z założeniami Deklaracji Helsińskiej. Każdy respondent zaproszony do udziału w badaniu został poinformowany o jego celu i anonimowości. Ankietowani mieli możliwość wycofać się z udziału w badaniu na każdym etapie jego trwania. Kobiety stanowiły 68,2% badanych, a

ponad połowa respondentów to mieszkańcy wsi (56,1%). Największy odsetek stanowiły osoby poniżej 30 r.ż. (63,7%), natomiast najmniejszy respondenci powyżej 71 r.ż (6,4%). Blisko jedna trzecia (29,9%) badanych była w wieku 31-50 lat (12,7%). Większość badanych stanowiły osoby z wykształceniem średnim (64,3%), a najmniejszą grupą byli ankietowani z wykształceniem podstawowym (8,3%). Wykształcenie zawodowe deklarowało 15,3% osób, a wyższe 12,1% respondentów.

Wyniki. W badanej grupie większy odsetek respondentów (41,0%) charakteryzował niski stopień zachowań zdrowotnych. Wysokie wyniki uzyskano u 21,2% badanych, natomiast 37,8% respondentów uzyskało średnie wyniki zachowań zdrowotnych – $p=0,33$. Najwyższe wyniki dotyczące zachowań zdrowotnych w badanej grupie wykazano w kategorii praktyk zdrowotnych (3,32) oraz zachowań profilaktycznych (3,31), natomiast najniżej pozytywne nastawienie psychiczne (tab. 1). Miejsce zamieszkania – $p=0,14$, płeć – $p=0,1$ i wiek – $p=0,4$ oraz wykształcenie – $p=0,38$ nie korelowały z poziomem zachowań zdrowotnych w badanej grupie.

Tabela 1. Zachowania zdrowotne badanych (Inwentarz Zachowań Zdrowotnych)

Lp.	Respondenci	IZZ – Inwentarz Zachowań Zdrowotnych			
		Prawidłowe nawyki żywieniowe	Zachowania profilaktyczne	Pozytywne nastawienie psychiczne	Praktyki zdrowotne
	\bar{x}	3,22	3,31	3,26	3,32
	N	157	157	157	156
	SD	0,79	1,06	0,76	0,73

\bar{x} - średnia, N – liczba badanych, SD – Standard Deviation – odchylenie standardowe.

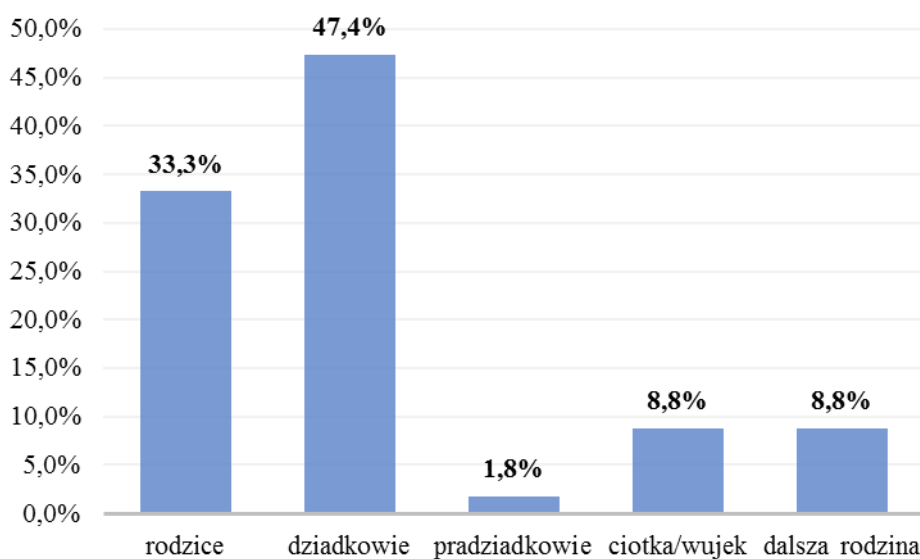
Ponad połowa respondentów (54,1%) deklarowała, że w ich rodzinach nigdy nie rozpoznano choroby nowotworowej. Grupa 42,0% badanych potwierdziła zdiagnozowanie przynajmniej jednego przypadku nowotworu. Tylko nieznaczny odsetek osób (3,8%) nie miał wiedzy w tym zakresie (tab. 2). Mieszkańcy wsi (51,1%) częściej niż miasta (30,4%) deklarowali występowanie w rodzinie choroby nowotworowej – $p=0,01$. Większy odsetek osób zamieszkujących wieś w porównaniu do mieszkańców miast nie miał wiedzy w tym zakresie (tabela 2). Zmienne takie jak: wiek respondentów – $p=0,6$ oraz ich wykształcenie – $p=0,34$ nie różnicowały rozpoznania choroby nowotworowej w rodzinach badanych.

Tabela 2. Występowanie chorób nowotworowych w rodzinach badanych osób z uwzględnieniem miejsca zamieszkania

Lp.	Choroba nowotworowa w rodzinie	Miejsce zamieszkania		Ogółem	
		Wieś	Miasto		
1.	Tak	N	45	21	66
		%	51,1	30,4	42,0
2.	Nie	N	42	43	85
		%	47,7	62,3	54,1
3.	Nie wiem	N	1	5	6
		%	1,1	7,2	3,8
Ogółem		N	88	69	157
		%	100,0	100,0	100,0

p=0,01, V Kramera=0,24, Chi-kwadrat=9,24 (df=2)

Najczęściej występowanie nowotworów respondenci deklarowali u dziadków (47,4%) oraz u rodziców (33,3%). Wyniki przedstawiono na ryc. 1. Zmienne takie jak: wiek, płeć, wykształcenie i miejsce zamieszkania nie różnicowały stopnia pokrewieństwa w występowaniu nowotworów w badanej grupie – $p>0,05$.



Rycina 1. Występowanie chorób nowotworowych w rodzinach badanych osób.

W opinii respondentów najczęstszym nowotworem występującym w rodzinie był rak piersi (31,2 %). Identyczne odsetki – 22,0% deklarowały występowanie w rodzinie raka płuc oraz raka trzustki. Rak żołądka wystąpił w rodzinach 12,2% respondentów, rak wątroby u 7,3% członków rodziny badanych, a rak jajnika u 4,9% osób w rodzinie. Opinie dotyczące występowania poszczególnych rodzajów nowotworów w rodzinie nie były zróżnicowane ze względu na wiek, płeć, wykształcenie i miejsce zamieszkania badanych – $p>0,05$.

W profilaktyce chorób nowotworowych istotne znaczenie zajmują badania przesiewowe. Do tych badań zalicza się u kobiet mammografię i cytologię a u mężczyzn badanie per rectum. Tylko 29,9% respondentów wykonywało badania przesiewowe w kierunku rozpoznawania chorób nowotworowych. Grupa 66,3% osób nie poddawała się tego typu badaniom, natomiast 3,8% respondentów nie wiedziała czego one dotyczą. Płeć nie różnicowała wykonywania badań przesiewowych przez badanych – $p=0,14$. Główną przyczyną uczestnictwa w badaniach przesiewowych była obawa wśród respondentów przed rozpoznaniem choroby w stadium zaawansowanym. Wraz z wiekiem zmniejszał się odsetek osób kierujących się tym czynnikiem udziału w badaniach. Niemal co dziesiąta osoba (9,4%) poniżej 30 r.ż. oraz co trzecia (33,3%) powyżej 71 r.ż. deklarowała, że powodem wykonywania badań przesiewowych było nakłonienie przez bliskich – $p=0,004$ (tab. 3). Większy odsetek kobiet (34,1%) niż mężczyzn (13,3%) wskazywał jako powód udziału w badaniach przesiewowych, obawę przed wykryciem choroby nowotworowej w późnym stadium. Mężczyźni częściej (26,7%) niż kobiety (20,5%) jako przyczynę wykonywania badań przesiewowych wskazywali na występowanie nowotworu w rodzinie. Tylko kobiety (11,0%) deklarowały nakłonienie przez najbliższych, jako przyczynę udziału w badaniach – $p=0,04$ (tab. 3). Miejsce zamieszkania nie różnicowało istotnie statystycznie przyczyn wykonywania badań przesiewowych – $p=0,25$.

Powodem nie poddawania się badaniom przesiewowym najczęściej deklarowanym przez badanych było dobre samopoczucie i brak objawów choroby (43,8%). Wraz z wiekiem respondentów zwiększał się odsetek osób wskazujących, że badania przesiewowe ich nie dotyczą (tab. 4). Brak czasu na wykonanie badań najczęściej deklarowali najmłodsi respondenci (31,6%) a zdecydowanie rzadziej starsi (16,7%) – $p=0,001$. Nikt z respondentów powyżej 51 r.ż. nie wskazał na brak czasu jako powód niewykonywania badań przesiewowych. Dokładne wyniki przedstawiono w tab. 4. Miejsce zamieszkania – $p=0,39$, wykształcenie – $p=0,1$ oraz płeć – $p=0,42$ nie różnicowały przyczyn nie zgłaszania się na badania przesiewowe.

Samoobserwacja organizmu w tym stanu skóry to ważny element profilaktyki chorób nowotworowych i utrzymania zdrowia. Grupa 89,2% respondentów nie zauważyła żadnych znamion na swojej skórze. Nieznaczny odsetek (7,0%) rozpoznał u siebie znamię na skórze, natomiast 3,8% osób nigdy nie zwracało na to uwagi (tab. 5). Zdecydowana większość badanych (89,2%) nie zaobserwowała u siebie na skórze żadnych niepokojących zmian. Występowanie zmian na skórze deklarowało 7,0% respondentów, natomiast 3,8% nie miało wiedzy w tym zakresie (tab. 5). Wraz z wiekiem badanych wzrastała odsetek respondentów

deklarujących występowanie zmian na skórze z 1,0% poniżej 30 r.ż. do 30,0% powyżej 70 r.ż. co dziesiąta osoba nie miała wiedzy w tym zakresie – $p < 0,001$ (tab. 5). Najczęściej występowanie zmian na skórze deklarowały osoby z wykształceniem podstawowym (15,4%), a najrzadziej z zawodowym (4,2%). Brak wiedzy w tym zakresie stwierdzono najczęściej respondenci z wykształceniem podstawowym (30,8%). Żadna z osób (0,0%) z wykształceniem wyższym nie wskazała na brak wiedzy dotyczący występowania zmian na skórze – $p < 0,001$ (tab. 5). Dwukrotnie częściej występowanie zmian na skórze deklarowały kobiety (8,4%) niż mężczyźni (4,0%), natomiast mężczyźni (10,0%) zdecydowanie częściej w porównaniu do kobiet (0,9%) nie mieli wiedzy na ten temat – $p = 0,02$ (tab. 5). Większy odsetek mieszkańców miasta (11,6%) niż wsi (8,0%) obserwował na skórze niepokojące zmiany, natomiast co piąta osoba mieszkająca w mieście (20,3%) i 6,8% na wsi nie miała wiedzy w tym zakresie – $p = 0,02$ (tab. 5). Najczęstszą zmianą zaobserwowaną przez badanych był pieprzyk (43,3%). Zmiany o charakterze brodawki rozpoznało 3,2% respondentów, a gruczolaka 1,9% badanych. Niewielki odsetek osób zaobserwował u siebie nie gojące się rany, naczyniaki oraz zmiany grzybicze. Nie wykazano różnic istotnych statystycznie w zakresie zauważanych zmian w zależności od wieku badanych – $p = 0,09$, wykształcenia – $p = 0,23$ oraz ze względu na płeć – $p = 0,77$.

Zapytano respondentów o korzystanie z konsultacji lekarza onkologa. Zdecydowana większość (89,2%) badanych nie była nigdy u onkologa (tab. 6). Powodem wizyty w opinii badanych były najczęściej: zdiagnozowane przypadki choroby nowotworowej w rodzinie (40,0%) oraz prewencja nowotworowa (60,0%). Wraz z wiekiem wzrastał odsetek osób korzystających z wizyt u lekarza onkologa. Najczęściej z konsultacji onkologicznych korzystali respondenci w wieku powyżej 70 r.ż. (30,0%). Najmniejszy odsetek stanowiły osoby poniżej 30 r.ż. (1,0%) – $p < 0,001$ (tab. 6). Im wyższe wykształcenie tym rzadziej osoby deklarowały korzystanie z wizyt u onkologa. Wszyscy respondenci z wykształceniem wyższym posiadali wiedzę dotyczącą możliwości konsultacji onkologicznej, natomiast niemal jedna trzecia osób z wykształceniem podstawowym nie miała wiedzy w tym zakresie – $p < 0,001$ (tab. 6). Kobiety częściej (8,4%) niż mężczyźni (4,0%) deklarowały korzystanie z wizyt u onkologa – $p < 0,02$ (tab. 6). Żadna ze zmiennych: wiek – $p = 0,64$, miejsce zamieszkania – $p = 0,6$ oraz wykształcenie – $p = 0,41$ i płeć – $p = 0,13$ nie różnicowały przyczyn korzystania respondentów z badań u onkologa.

Tabela 3. Przyczyny wykonywania badań przesiewowych z uwzględnieniem zmiennych socjodemograficznych

Lp.	Zmienna		Przyczyna										Ogółem		p
			Choroba w rodzinie		Wiek		Obawa przed wykryciem w późnym stadium		Nakłonienie przez najbliższych		Inne				
			N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
1.	Przedział wieku (w latach)	Poniżej 30	6	18,8	6	18,8	15	46,9	3	9,4	2	6,3	32	100,0	p=0,004, V Kramera=0,40
		31-50	3	33,3	1	11,1	2	22,0	1	11,1	2	22,2	9	100,0	
		51-70	2	13,3	7	46,7	0	0,0	0	0,0	6	40,0	15	100,0	
		71 i powyżej	2	66,7	0	0,0	0	0,0	1	33,3	0	0,0	3	100,0	
		Ogółem	13	22,0	14	23,7	17	28,8	5	8,5	10	16,9	59	100,0	
2.	Wykształcenie	Podstawowe	2	20,0	1	10,0	1	10,0	0	0,0	6	60,0	10	100,0	p=0,03, V Kramera=0,36
		Zawodowe	2	22,2	4	44,4	2	22,2	1	11,1	0	0,0	9	100,0	
		Średnie	8	22,2	9	25,0	11	30,6	4	11,1	4	11,1	36	100,0	
		Wyższe	1	25,0	0	0,0	3	75,0	0	0,0	0	0,0	4	100,0	
		Ogółem	13	22,0	14	23,7	17	28,8	5	8,5	10	16,9	59	100,0	
3.	Płeć	Kobiety	9	20,5	11	25,0	15	34,1	5	11,4	4	9,1	44	100,0	p=0,04, V Kramera=0,41
		Mężczyźni	4	26,7	3	20,0	2	13,3	0	0,0	6	40,0	15	100,0	
		Ogółem	13	22,0	14	23,7	17	28,8	5	8,5	10	16,9	59	100,0	

Tabela 4. Przyczyny rezygnacji z udziału w badaniach przesiewowych z uwzględnieniem wieku badanych

Lp.	Przedział wieku (w latach)	Przyczyna										Ogółem		p
		Dobre samopoczucie		Brak czasu		Brak wiedzy na temat badań		Mnie nie dotyczą		Planuję wykonać w przyszłości				
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
1.	30 i poniżej	37	48,7	24	31,6	2	2,6	11	14,5	2	2,6	76	100,0	p<0,001, V Kramera=0,33
	31-50	4	33,3	2	16,7	0	0,0	2	16,7	4	33,3	12	100,0	
	51-70	7	41,2	0	0,0	0	0,0	7	41,2	3	17,6	17	100,0	
	71 i powyżej	1	14,3	0	0,0	1	14,3	4	57,1	1	14,3	7	100,0	
	Ogółem	49	43,8	26	23,2	3	2,7	24	21,4	10	8,9	112	100,0	

Tabela 5. Występowanie zmian na skórze w badanej grupie z uwzględnieniem zmiennych socjodemograficznych

Lp.	Zmienna		Zmiany na skórze								p
			Tak		Nie		Nie wiem		Ogółem		
			N	%	N	%	N	%	N	%	
1.	Przedział wieku (w latach)	30 i poniżej	1	1,0	98	98,0	1	1,0	100	100,0	p<0,001, V Kramera=0,30
		31-50	3	15,0	15	75,0	2	10,0	20	100,0	
		51-70	4	14,8	20	74,1	3	11,1	27	100,0	
		71 i powyżej	3	30,0	7	70,0	0	0,0	10	100,0	
		Ogółem	11	7,0	140	89,2	6	3,8	157	100,0	
2.	Wykształcenie	Podstawowe	2	15,4	7	53,8	4	30,8	13	100,0	p<0,001, V Kramera=0,32
		Zawodowe	1	4,2	22	91,7	1	4,2	24	100,0	
		Średnie	7	6,9	93	92,1	1	1,0	101	100,0	
		Wyższe	1	5,3	18	94,7	0	0,0	19	100,0	
		Ogółem	11	7,0	140	89,7	6	3,8	157	100,0	
3.	Płeć	Kobiety	9	8,4	97	90,7	1	0,9	107	100,0	p=0,02, V Kramera=0,23
		Mężczyźni	2	4,0	43	86,0	5	10,0	50	100,0	
		Ogółem	11	7,0	140	89,2	6	3,8	157	100,0	
4.	Miejsce zamieszkania	Wieś	7	8,0	75	85,2	6	6,8	88	100,0	p=0,02, V Kramera=0,22, Chi-kwadrat=7,50
		Miasto	8	11,6	47	68,1	14	20,3	69	100,0	
		Ogółem	15	9,6	122	77,7	20	12,7	157	100,0	

Tabela 6. Korzystanie z wizyt u onkologa z uwzględnieniem zmiennych socjodemograficznych

Lp.	Zmienna		Wizyta u onkologa								p
			Tak		Nie		Nie wiem		Ogółem		
			N	%	N	%	N	%	N	%	
1.	Przedział wiekowy (w latach)	Poniżej 30	1	1,0	98	98,0	1	1,0	100	100,0	p<0,001, V Kramera=0,30
		31-50	3	15,0	15	75,0	2	10,0	20	100,0	
		51-70	4	14,8	20	74,1	3	11,1	27	100,0	
		Powyżej 71	3	30,0	7	70,0	0	0,0	10	100,0	
		Ogółem	11	7,0	140	89,2	6	3,8	157	100,0	
2.	Wykształcenie	Podstawowe	2	15,4	7	53,8	4	30,8	13	100,0	p<0,001, V Kramera=0,32
		Zawodowe	1	4,2	22	91,7	1	4,2	24	100,0	
		Średnie	7	6,9	93	92,1	1	1,0	101	100,0	
		Wyższe	1	5,3	18	94,7	0	0,0	19	100,0	
		Ogółem	11	7,0	140	89,7	6	3,8	157	100,0	
3.	Płeć	Kobiety	9	8,4	97	90,7	1	0,9	107	100,0	p=0,02, V Kramera=0,23
		Mężczyźni	2	4,0	43	86,0	5	10,0	50	100,0	
		Ogółem	11	7,0	140	89,2	6	3,8	157	100,0	

W opinii 74,5% badanych płeć nie jest czynnikiem ryzyka predysponującym do występowania chorób nowotworowych. Zdaniem 20,4% respondentów kobiety są zdecydowanie częściej narażone na zachorowanie na nowotwory, niż mężczyźni. Zaledwie 5,1% osób wyraziło opinię, że ryzyko zachorowania na nowotwory u mężczyzn jest wyższe niż u kobiet (tab. 7). Miejsce zamieszkania – $p=0,94$ oraz wykształcenie – $p=0,32$ i płeć – $p=0,38$ nie różnicowały opinii badanych dotyczącej narażenia na występowanie chorób nowotworowych ze względu na płeć. Wraz z wiekiem wzrastał odsetek respondentów deklarujących, że płeć nie stanowi czynnika ryzyka chorób nowotworowych – $p=0,003$ (tab. 7).

Tabela 7. Płeć jako czynnik ryzyka chorób nowotworowych w opinii badanych z uwzględnieniem zmiennych socjodemograficznych

Lp.	Rodzaj czynnika		Przedział wiekowy (w latach)				Ogółem
			Poniżej 30	31-50	51-70	Powyżej 71	
1.	Kobiety	N	27	1	4	0	32
		%	27,0	5,0	14,8	0,0	20,4
2.	Mężczyźni	N	4	4	0	0	8
		%	4,0	20,0	0,0	0,0	5,1
3.	Płeć nie ma znaczenia	N	69	15	23	10	117
		%	69,0	75,0	85,2	100,0	74,5
Ogółem	N		100	20	27	10	157
	%		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
$p=0,003$, V Kramera=0,25							

Dyskusja.

Z badań Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS) wynika, że zdrowie stanowi jedną z podstawowych wartości dla Polaków. W 2010 roku 74,0% Polaków uznało zdrowie za wartość najważniejszą w codziennym życiu. Zdecydowana większość Polaków (81%) deklaruje dbałość o własne zdrowie. Jak wynika z badań w zachowaniu Polaków zauważalne są jednak symptomy antyzdrowotne, ale jednocześnie zwiększa się liczba respondentów wskazujących na popularność zdrowego stylu życia [8]. W badaniach własnych u 41,0% respondentów wykazało niski stopień zachowań zdrowotnych. Tylko co piąty badany (21,2%) uzyskał wysoki wskaźnik zachowań zdrowotnych, natomiast grupa 37,8% osób uzyskała średnie wyniki. W badaniach Nowak i Barcickiej [9] przeciętne wskaźniki zachowań zdrowotnych deklarowało 44,6%, a wysokie zaledwie 16,2% badanych. W badaniach Łapińskiego i Leśniak-Jareckiej [10] oraz Nowak i Barcickiej [9] u 16,0% respondentów

wykazano niski a u 48,1% przeciętny 48,1% wskaźnik zachowań zdrowotnych. W grupie słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Sanoku uzyskano odmienne wyniki tj. niski wskaźnik zachowań zdrowotnych uzyskało 17,1% badanych, przeciętny 39,7% osób, natomiast wysoki wskaźnik deklarowało aż 43,2% respondentów [11]. Pacjenci Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w badaniach Kurowskiej i Białasik [12] charakteryzowali się niskim oraz średnim wskaźnikiem zachowań zdrowotnych. W badaniach własnych nie wykazano różnic w zachowaniach profilaktycznych, prawidłowych nawykach żywieniowych oraz pozytywnym nastawieniu psychicznym ze względu na: płeć, wiek, wykształcenie i miejsce zamieszkania badanych osób. W badaniach Zadwornej-Cieślak i Ogińskiej-Bulik [13] osoby chore w porównaniu ze zdrowymi ujawniały bardziej prozdrowotne zachowania, przejawiające się w postaci pozytywnych nastawień psychicznych oraz stosowanych praktyk zdrowotnych. W badaniach własnych także stan zdrowia nie różnicował nawyków żywieniowych oraz zachowań profilaktycznych. Podobne wyniki badań uzyskali: Kurowska i Figiel [14], Kurowska i Białasik [12], Basińska i wsp. [15] oraz Sygit-Kowalkowska [16]. W badaniach własnych respondenci najwyżej ocenili praktyki zdrowotne oraz zachowania profilaktyczne. Powyższe kategorie zachowań zdrowotnych zostały także wysoko ocenione w badaniach Muszalik i wsp. [17], Kózka i wsp. [18], Kurowskiej i Figiel [14] oraz Nowak i Barcickiej [9], Kropornickiej i wsp. [19], Andruszkiewicz i Basińskiej [20], Walentukiewicz i wsp. [21]. Odmienne wyniki uzyskano w badaniach: Basińskiej i wsp. [12] i Zadwornej-Cieślak i Ogińskiej-Bulik [13] oraz Łapińskiego i Leśniak-Jareckiej [10], w których osoby badane bardzo nisko oceniły praktyki zdrowotne. Najniżej w badaniach własnych respondenci ocenili pozytywne nastawienie psychiczne oraz prawidłowe nawyki żywieniowe. Podobne wyniki uzyskali także inni autorzy [9, 10, 14, 15, 18, 19, 20, 21]. W badaniach Kozieł i wsp. [22] oraz Walentukiewicz i wsp. [21] respondenci deklarowali lepsze wskaźniki dotyczące nawyków żywieniowych. Pozytywne nastawienie psychiczne najwyżej ocenione zostało u osób w badaniach Zadwornej-Cieślak i Ogińskiej-Bulik [13], a także Muszalik i wsp. [17], Łapińskiego [10].

Grupa 42,0% respondentów w badaniach własnych deklarowała występowanie przynajmniej jednej choroby nowotworowej w rodzinie. Tylko 3,8% badanych nie posiadało wiedzy w tym zakresie. Najwięcej przypadków występowania nowotworów było u dziadków (47,4%) oraz rodziców (33,3%), a najczęściej występującym nowotworem był rak piersi oraz płuca i trzustki. Dość często diagnozowane były nowotwory: żołądka, wątroby i jajnika. W badaniach Cebulskiej i wsp. [23] rodzinne obciążenie chorobami nowotworowymi wskazało 28,0% respondentów. Brak wiedzy w tym zakresie deklarowało 13,0% kobiet. U badanych

stwierdzono dodatkowo bardzo małą świadomość w zakresie rozpoznawania pierwszych objawów choroby nowotworowej [23].

Badania przesiewowe to ważny element profilaktyki chorób nowotworowych. Zdecydowana większość (66,2%) respondentów w badaniach własnych nigdy nie uczestniczyła w badaniach przesiewowych, natomiast 3,8% osób deklarowało brak informacji o tych badaniach. Powód jaki skłaniał respondentów (28,8%) do udziału w badaniach przesiewowych to przede wszystkim obawa przed zdiagnozowaniem choroby w późnym stadium. W najmniejszym stopniu decydowało przekonanie respondentów o potrzebie udziału w badaniach przesiewowych przez osoby najbliższe. Powodem rezygnacji z udziału w badaniach przesiewowych było w opinii respondentów dobre samopoczucie (43,8%), brak czasu (23,2%) oraz przekonanie, że nie dotyczą ich one obecnie (21,4%). W badaniach Cebulskiej i wsp. [23] zaledwie jedna trzecia kobiet regularnie uczestniczyła w badaniach przesiewowych, a blisko połowa sporadycznie. Główną przyczyną nie poddawania się badaniom były: brak czasu i niepełna informacja na ten temat oraz brak przekonania o zasadności ich wykonywania.

W opinii co trzeciej osoby w Polsce do działań profilaktycznych zalicza się systematyczne wizyty u lekarza. W ostatnich latach zwiększyła się liczba Polaków, którzy nie wykonują profilaktycznych badań lekarskich (z 13,0% do 17,0%) [8]. W badaniach własnych z wizyt u lekarza onkologa dotąd skorzystało 10,8% respondentów. Przyczynami wizyty u onkologa były w głównej mierze zachorowania w rodzinie na choroby nowotworowe oraz potrzeba kontroli stanu zdrowia.

Wnioski.

Wiek, płeć, wykształcenie, miejsce zamieszkania w różnym stopniu różnicowały zachowania zdrowotne w badanej grupie. Jednym z niemodyfikowalnych czynników ryzyka chorób nowotworowych zaobserwowanych u osób badanych było występowanie nowotworów w rodzinie, a zachowaniem niepożądanym mogącym stanowić czynnik ryzyka było unikanie badań przesiewowych.

Piśmiennictwo:

1. Tobiasz-Adamczyk B.: Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby. Wyd. Uniw. Jagiell. Kraków; 2000.
2. Hill RD.: Positive aging: A guide for mental health professionals and consumers. Norton & Company. New York; 2005.
3. Zatoński W.: Europejski Kodeks Walki z Rakiem. Wyd. Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie. Warszawa; 2010.
4. Meder J.: Rak głównym zabójcą ludzi w XXI wieku. Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych. W: Zachorowalność i umieralność na nowotwory a sytuacja demograficzna Polski. Potrykowska A., Strzelecki Z., Szymborski J., Witkowski J. (red.). Wyd. Rządowa Rada Ludnościowa. Warszawa 2014: 50-85.
5. Wojciechowska U., Didkowska J., Zatoński W.: Nowotwory złośliwe w Polsce w 2010 r. Wyd. Centrum Onkologii Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie. Warszawa; 2012.
6. Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych”. NPZChN 2015.
7. Juczyński Z.: Narzędzia pomiaru w psychologii zdrowia. Prz Psychol 1999; 42(4): 43-56.
8. Polacy o swoim zdrowiu. Wyd. Centrum Badania Opinii Społecznej. Warszawa; 2012.
9. Nowak P.F., Barcicka P.: Poziom zachowań zdrowotnych kieleckich licealistów. Probl Hig Epidemiol 2015; 96(1): 157-161.
10. Łapiński P., Leśniak-Jarecka A.: Zachowania zdrowotne kandydatów na oficerów więziennictwa ze szczególnym uwzględnieniem społecznego wymiaru zdrowia. Acta Univ Wratislaviensis. Sociologia 2008; 3079: 85-93.
11. Smoleń E., Gazdowicz L., Żyłka-Reut A.: Zachowania zdrowotne osób starszych. Pielęg XXI wieku 2011; 3(36): 5-9.
12. Kurowska K., Białasik B.: Zachowania zdrowotne a radzenie sobie w chorobie u pacjentów szpitalnego oddziału ratunkowego. Now Lek 2009; 78(2): 113-122.
13. Zadworna-Cieślak M., Ogińska-Bulik N.: Zachowania zdrowotne osób w wieku senioralnym – rola optymizmu. Psychogeriatrya Polska 2013; 10(4): 145-156.
14. Kurowska K., Figiel O.: Poczucie koherencji a zachowania zdrowotne u osób z rozpoznaną cukrzycą typu 2. Now Lek 2009; 78(3-4): 197-205.
15. Basińska M.A., Maćkowska P., Listwan A.: Przekonania o umiejscowieniu kontroli zdrowia chorych na cukrzycę typu 1 a zachowania zdrowotne. Diabetol Prakt 2011; 12(4): 151-159.

16. Sygit-Kowalkowska E.: Zachowania zdrowotne osób w okresie późnej dorosłości – socjodemograficzne korelaty i różnice między środowiskami społecznymi. *Ann Acad Med Stetin* 2013; 59(1): 103-113.
17. Muszalik M., Zielińska-Więczkowska H., Kędziora-Kornatowska K., Kornatowski T.: Ocena wybranych zachowań sprzyjających zdrowiu wśród osób starszych w oparciu o Inwentarz Zachowań Zdrowotnych Juczyńskiego w aspekcie czynników socjodemograficznych. *Probl Hig Epidemiol* 2013; 94(3): 509-513.
18. Kózka M., Majda A., Kula A.: Ocena jakości życia i zachowań zdrowotnych pacjentów ze stabilną chorobą wieńcową w wieku geriatrycznym. *Probl Pielęg* 2013; 21(4): 433-442.
19. Kropornicka B., Baczevska B., Czerwonka E., Nowicka E., Daniluk J.: Zachowania zdrowotne pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. Organizacja i zarządzanie wyzwaniem dla pielęgniarek i położnych w nowoczesnej Europie część II. *Przeds Zarz* 2014; 15(12): 99-112.
20. Andruszkiewicz A., Basińska M.: Zachowania zdrowotne osób uzależnionych od nikotyny. *Prz Lek* 2009; 66(1): 783-785.
21. Walentukiewicz A., Łysak A., Wilk B.: Zachowania zdrowotne studentek pielęgniarstwa. *Probl Pielęg* 2013; 21(4): 484-488.
22. Kozieł D., Kaczmarczyk M., Naszydlowska E., Gałuszka R.: Wpływ kształcenia w Uniwersytecie Trzeciego Wieku na zachowania zdrowotne ludzi starszych. *Stud Med* 2008; 12: 23-28.
23. Cebulska V., Koźlak V., Rzempowska J., Jerzyk-Rajbiś M.: Poziom wiedzy i umiejętności kobiet w wieku średnim w zakresie dokonywania samooceny zdrowia. *Hygeia Public Health* 2011; 46(3): 372-375.