

POZIOM WIEDZY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH SZPITALA KOŚCIERSKIEGO Z ZAKRESU PROFILAKTYKI NOWOTWORÓW PIERSI

Knowledge of nurses and midwives of Koscierzyna hospital on the prevention of breast cancer

Piotr Jarzynkowski¹, Renata Piotrkowska¹, Beata Siedlecka²

¹Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Płożnictwa, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk, Polska

²Szpital Specjalistyczny w Kościerzynie Sp. z o. o., Kościerzyna, Polska

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2021; 3: 116–122

Praca wpłynęła: 15.12.2020; przyjęto do druku: 23.01.2021

Adres do korespondencji:

Piotr Jarzynkowski, Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Płożnictwa, Gdański Uniwersytet Medyczny, ul. Dębinki 7, 80-211 Gdańsk, tel.: 58 349 12 47, e-mail: p.jarzynkowski@gumed.edu.pl

Streszczenie

Cel pracy: Określenie poziomu wiedzy pielęgniarek i położnych Szpitala Specjalistycznego w Kościerzynie z zakresu profilaktyki nowotworów piersi.

Materiał i metody: Od stycznia do marca 2020 r. objęto badaniem 111 pielęgniarek, pielęgniarzy i położnych na podstawie zgody Niezależnej Komisji Bioetycznej ds. Badań Naukowych przy Gdańskim Uniwersytecie Medycznym o numerze NKBBN/723/2019-2020.

Zastosowano metodę badawczą w formie sondażu diagnostycznego. Wykorzystano ankiety własnego autorstwa. Wszystkie obliczenia statystyczne zostały przeprowadzone przy użyciu pakietu statystycznego IBM SPSS 23 oraz arkusza kalkulacyjnego Excel 2016. Istotność różnic pomiędzy więcej niż dwoma grupami sprawdzono testem Kruskala-Wallisa i jednoczynnikową analizą wariancji ANOVA (w przypadku otrzymania istotnych różnic zastosowano testy *post hoc* Bonferroni, a pomiędzy dwoma grupami test U Manna-Whitneya i t-Student). W celu stwierdzenia powiązania siły oraz kierunku między zmiennymi zastosowano analizę korelacji, obliczając współczynniki korelacji Spearmana. We wszystkich obliczeniach za poziom istotności przyjęto $p \leq 0,05$.

Wyniki: Poziom wiedzy pielęgniarek i położnych na temat profilaktyki nowotworów piersi jest na poziomie średnim.

Wnioski: Wyższy poziom wiedzy na temat profilaktyki raka piersi mają pielęgniarki i położne z wykształceniem wyższym, pracujące na oddziałach zabiegowych oraz ze stażem pracy w zawodzie powyżej 5 lat. Należy podejmować kolejne badania pozwalające ocenić poziom wiedzy na temat profilaktyki nowotworów piersi wśród personelu pielęgniarско-łożniczego, co pozwoli na poprawę edukacji, profilaktyki i leczenia.

Słowa kluczowe: profilaktyka, nowotwór piersi, pielęgniarka, położna.

Summary

Aim of the study: Determining the level of knowledge of nurses and midwives of the Specialist Hospital in Kościerzyna on the prevention of breast cancer.

Material and methods: The research material consisted of 111 nurses and midwives. The research was conducted in the period from January to March 2020. The research was approved by the Independent Bioethics Committee for Scientific Research at the Medical University of Gdańsk, no. NKBBN/723/2019-2020.

A research method in the form of a diagnostic survey was used. A research technique was used in the form of a self-authored questionnaire. All statistical calculations were performed using the IBM SPSS 23 statistical package and the Excel 2016 spreadsheet. The significance of differences between more than 2 groups was checked by the Kruskal-Wallis test and by the one-way ANOVA (in the case of obtaining significant differences, Bonferroni's *post hoc* tests were used, and between the 2 groups by the Mann-Whitney and t Student's U test). Correlation analysis was performed by calculating Spearman's correlation coefficients. In all calculations, the level of significance was $p \leq 0.05$.

Results: The knowledge of nurses and midwives on the prevention of breast cancer was average.

Conclusions: A higher level of knowledge about breast cancer prevention is possessed by nurses and midwives with higher education, working in surgical wards, and with more than 5 years of work experience. Further research should be undertaken to assess the level of knowledge on the prevention of breast cancer among midwifery and nursing staff, which will improve education, prevention, and treatment.

Key words: prevention, breast cancer, nurse, midwife.

Wprowadzenie

Liczba zachorowań na nowotwory nieustannie wzrasta. W Polsce w przypadku kobiet na pierwszym miejscu jest rak piersi, to również jedna z najczęstszych przyczyn zgonów [1]. Każda kobieta po 50. roku życia jest narażona na chorobę, a w konsekwencji zgon z powodu tego nowotworu. Postęp diagnostyki niewiele zmienia, choć może zmniejszyć umieralność aż do 30% [2]. Szybkie wykrycie oraz włączenie odpowiedniego leczenia przyczynia się do ograniczenia śmiertelności nawet o 40%. Warunkiem jest jednak liczny udział kobiet w profesjonalnie wykonywanych badaniach przesiewowych [3].

Kluczowe znaczenie w zapobieganiu nowotworom piersi ma profilaktyka wtórna, która obejmuje wczesne wykrywanie zmian u osób, które nie mają objawów, czyli samobadanie piersi, wykonywanie badań mammograficznych oraz ultrasonograficznych [4]. Istotnymi elementami profilaktyki pierwotnej natomiast są zachowania prozdrowotne – prowadzenie zdrowego stylu życia, aktywność fizyczna, a w grupach wysokiego ryzyka należy brać pod uwagę poddanie się zabiegom profilaktycznej mastektomii czy adneksktomii [5].

Wiedza na temat czynników ryzyka, metod zapobiegania oraz wczesnego wykrywania jest jednym z głównych elementów walki z nowotworem piersi wśród kobiet [6].

Cel pracy

Ocena poziomu wiedzy pielęgniarek i położnych Szpitala Specjalistycznego w Kościerzynie w zakresie profilaktyki nowotworów piersi.

Materiał i metody

Badaniem objęto 111 pielęgniarek, pielęgniarzy i położnych pracujących w Szpitalu Specjalistycznym w Kościerzynie. Udział był dobrowolny i anonimowy i wszyscy wyrazili zgodę. Projekt otrzymał akceptację Niezależnej Komisji Bioetycznej ds. Badań Naukowych przy Gdańskim Uniwersytecie Medycznym o numerze NKBBN/723/2019-2020. W pracy wykorzystano metodę badawczą w formie sondażu diagnostycznego. Zastosowano technikę badawczą w postaci ankiety własnego autorstwa, dzięki której zebrano dane społeczno-demograficzne. Wszystkie obliczenia statystyczne zostały przeprowadzone przy użyciu pakietu statystycznego IBM SPSS 23 oraz arkusza kalkulacyjnego Excel 2016. Zmienne typu jakościowego zostały przedstawione za pomocą licznosci oraz wartości procentowych, a zmienna ilościowa została scharakteryzowana za pomocą średniej arytmetycznej i odchylenia standardowego. Istotność różnic pomiędzy więcej niż dwoma grupami sprawdzono testem Kruskala-Wallisa i jednoczynnikową analizą wariancji ANOVA (w przypadku otrzymania istotnych róż-

nic zastosowano testy *post hoc* Bonferroniego, a pomiędzy dwoma grupami testy U Manna-Whitneya i t-Student). W celu stwierdzenia powiązania siły oraz kierunku między zmiennymi zastosowano analizę korelacji, obliczając współczynniki korelacji Spearmana. We wszystkich obliczeniach za poziom istotności przyjęto $p \leq 0,05$.

Wyniki

W badaniu wzięło udział 68,5% ($n = 75$) pielęgniarek oraz 31,5% ($n = 36$) położnych. Zdecydowaną większość stanowiły kobiety – 97,3% ($n = 108$), mężczyźni – 2,7% ($n = 3$), wiek badanych mieścił się w przedziale 23–62 lata. Średnia wieku wynosiła 43,53 lat ($SD = 9,72$). Prawie 50% ($n = 55$) respondentów to mieszkańcy wsi, 33% ($n = 37$) stanowili mieszkańcy miast do 25 tysięcy mieszkańców. W miastach do 50 tysięcy mieszka 10,8% badanych ($n = 12$), natomiast w miastach powyżej 50 tysięcy 6,3% ($n = 7$). Większość badanych ukończyła liceum medyczne i licencjat – po 29,7% ($n = 33$), studia magisterskie ukończyło 20,7% ($n = 23$), a studium medyczne 19,8% ($n = 22$). Wśród ankietowanych 45,9% ($n = 51$) miało specjalizację, bez specjalizacji było 54,1% ($n = 60$). Najwięcej badanych – 28,8% ($n = 32$), w zawodzie pielęgniarka/położna pracuje od 20 do 30 lat, nieco mniej – 26,1% ($n = 29$), stanowią osoby pracujące powyżej 30 lat. Badani pracujący pomiędzy 10–20 lat stanowili 22,5% ($n = 25$), między 5–10 lat 9,9% ($n = 11$), nieco mniej, bo 9% ($n = 10$) to osoby wykonujące dany zawód 1–5 lat. Jedynie 3,6% ($n = 4$) stanowiły osoby, które pracują mniej niż rok w zawodzie. Większość badanych – 71,2% ($n = 79$), pracuje na oddziale zabiegowym, a 28,8% ($n = 32$) na oddziale zachowawczym. Aby określić, jaki jest poziom wiedzy badanych na temat nowotworów piersi i ich profilaktyki, poproszono ankietowanych o odpowiedzi na pytania zawarte w ankiecie, następnie zsumowano liczbę punktów za odpowiedzi na pytania, które określały poziom wiedzy oraz obliczono statystyki opisowe dla tak utworzonej nowej zmiennej. Dane szczegółowe przedstawia tabela 1. Wyniki, jakie można było uzyskać w kwestionariuszu mierzącym poziom wiedzy, mieściły się w przedziale od 0 do 30. Najniższym uzyskanym przez badanych wynikiem było min. = 7, a najwyższym maks. = 30. Średni wynik to $M = 21,92$ przy odchyleniu standardowym $SD = 4,95$. Wskazuje to na średni poziom wiedzy u badanych. Rozkład wyników nie jest zgodny z rozkładem normalnym, co potwierdza przeprowadzony test normalności rozkładu Kołmogorowa-Smirnowa ($K-S_{(111)} = 0,10; p < 0,05$) (tab. 2). W dalszej części badań wykazano, że wiek badanych ma wpływ na poziom wiedzy z zakresu profilaktyki nowotworów piersi. Analiza wykazała związek między zmiennymi $rHO = -0,20, p < 0,05$. Wraz ze wzrostem wieku badanych malała ich poziom wiedzy. Wykazano również, że wykształcenie badanych miało wpływ na poziom wiedzy na temat profilaktyki nowotworów piersi. Zastosowano

Tabela 1. Wiedza badanych na temat nowotworów piersi i profilaktyki

Pytania z kwestionariusza	n	%	Pytania z kwestionariusza	n	%
Skąd czerpie Pani/Pan wiedzę na temat nowotworów piersi?			Jak często powinno być wykonywane samobadanie piersi?		
Internet	98	20,1	Raz w miesiącu	97	87,4
Telewizja	58	11,9	Raz na 3 miesiące	7	6,3
Radio	23	4,7	Raz w roku	6	5,4
Prasa	48	9,9	Nie wiem	1	0,9
Książki naukowe	51	10,5	Kiedy powinno się wykonywać samobadanie piersi u kobiet miesięczkujących?		
Banery reklamowe	19	3,9	W połowie cyklu (ok.14 dnia cyklu)	19	17,1
Praca	60	12,3	W pierwszych dniach krwawienia miesięczkowego	14	12,6
Położna	28	5,7	Pierwszego dnia po miesiączce	71	64,0
Pielęgniarka	20	4,1	Przed miesiączką	5	4,5
Lekarz	47	9,7	Nie wiem	2	1,8
Znajomi/rodzina	27	5,5	Samobadanie piersi należy wykonywać:		
Inne	8	1,6	Kciukiem	1	0,9
Jakie są metody wykrywania nowotworów piersi?			Opuszkami palców	80	72,1
Mammografia	105	25,2	Całą powierzchnią palców	29	26,1
USG piersi	106	25,4	Nie wiem	1	0,9
Cytologia	2	0,5	Jakie czynniki zwiększają ryzyko zachorowania na nowotwory piersi?		
Samobadanie piersi	98	23,5	Wiek	76	10,5
Rezonans magnetyczny piersi	42	10,1	Płeć	72	9,9
Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa	64	15,3	Przeszłość onkologiczna	78	10,8
Mammografię jako badanie profilaktyczne u kobiet wykonuje się:			Nowotwory piersi w rodzinie	103	14,2
Raz w roku po 30. roku życia	5	4,5	Mutacja w genie BRCA 1, BRCA 2	80	11,0
Między 40.–59. rokiem życia co 2–3 lata	12	10,8	Późne wystąpienie pierwszej miesiączki	17	2,3
Między 50.–69. rokiem życia co 2–3 lata	76	68,5	Wczesne wystąpienie pierwszej miesiączki	38	5,2
Raz w roku między 50.–69. rokiem życia	18	16,2	Wczesna menopauza	17	2,3
Ultrasonografię piersi stosuje się najczęściej u kobiet:			Późna menopauza	28	3,9
Między 20.–40. rokiem życia	62	55,9	Przyjmowanie doustnych leków antykoncepcyjnych dłużej niż 5 lat	76	10,5
Przed 20. rokiem życia	6	5,4	Stosowanie HTZ	63	8,7
Przed 30. rokiem życia	9	8,1	Otyłość	45	6,2
Po 40. roku życia	23	20,7	Niewłaściwa dieta	31	4,3
Po 50. roku życia	7	6,3	Objawy mogące świadczyć o nowotworze piersi:		
Nie wiem	4	3,6	Wciąganie lub sterczenie brodawki	90	13,0
Samobadanie piersi to:			Powiększenie węzłów chłonnych w dole pachowym	93	13,4
Mammografia	1	0,9	Zmiana wielkości lub kształtu piersi	96	13,9
Badanie palpacyjne piersi	109	98,2	Obrzęk piersi	70	10,1
Badanie piersi przez położną/lekarza	1	0,9	Wyciek z brodawki krwisty lub ropny	109	15,8
Czy umie Pani/Pan wykonywać samobadanie piersi?			„Skórka pomarańczowa”	88	12,7
Tak	106	95,5	Guzki i zgrubienia wyczuwalne na piersi	102	14,7
Nie	5	4,5	Obrzęk ramienia	44	6,4
Czy wykonuje Pani/Pan samobadanie piersi?					
Tak	98	88,3			
Nie	13	11,7			

n – liczba badanych, HTZ – hormonalna terapia zastępcza

Tabela 2. Poziom wiedzy badanych

Statystyki opisowe	<i>n</i>	Min.	Maks.	M	SD	K-S	<i>p</i>
Poziom wiedzy	111	7	30	21,92	4,95	0,10	0,005

n – liczba badanych, *M* – średnia, *SD* – odchylenie standardowe, *K-S* – test Kolmogorowa-Smirnowa, *p* – poziom istotności, prawdopodobieństwo

Tabela 3. Poziom wiedzy a wykształcenie

Poziom wiedzy vs. wykształcenie	<i>n</i>	M	SD	F	df	<i>p</i>
Liceum medyczne	33	18,72	4,95	9,60	3,107	0,000
Studium medyczne	22	19,86	5,48			
Licencjat	33	24,45	3,63			
Magister	23	22,95	3,64			

n – liczba badanych, *M* – średnia, *SD* – odchylenie standardowe, *F* – rozkład, wynik analizy wariancji ANOVA, *df* – stopnie swobody, *p* – poziom istotności, prawdopodobieństwo

Tabela 4. Poziom wiedzy a staż pracy

Poziom wiedzy vs. staż pracy	<i>n</i>	M	SD	F	df	<i>p</i>
Mniej niż 1 rok	4	18,25	6,99	16,34	5	0,006
1–5 lat	10	19,98	7,61			
5–10 lat	11	24,90	2,66			
10–20 lat	25	23,28	4,21			
20–30 lat	32	22,68	4,43			
Powyżej 30 lat	29	19,86	4,46			

n – liczba badanych, *M* – średnia, *SD* – odchylenie standardowe, *F* – rozkład, wynik analizy wariancji ANOVA, *df* – stopnie swobody, *p* – poziom istotności, prawdopodobieństwo

Tabela 5. Poziom wiedzy a wykonywany zawód

Poziom wiedzy vs. zawód	<i>n</i>	M	SD	Z	<i>p</i>
Położna	35	23,14	5,11	1,89	0,050
Pielęgniarka	76	21,36	4,81		

n – liczba badanych, *M* – średnia, *SD* – odchylenie standardowe, *Z* – wynik testu U Manna-Whitneya, *p* – poziom istotności, prawdopodobieństwo

Tabela 6. Poziom wiedzy a miejsce pracy

Poziom wiedzy vs. miejsce pracy	<i>n</i>	M	SD	Z	<i>p</i>
Oddział zabiegowy	79	22,78	4,69	2,77	0,006
Oddział zachowawczy	32	19,81	5,01		

n – liczba badanych, *M* – średnia, *SD* – odchylenie standardowe, *Z* – wynik testu U Manna-Whitneya, *p* – poziom istotności, prawdopodobieństwo

jednoczynnikową analizę wariancji ANOVA. Analiza wykazała związek pomiędzy zmiennymi $F(3,107) = 9,60$; $p < 0,001$. Zastosowana metoda porównań wielokrotnych dowiodła, iż istotnie statystycznie najwyższy poziom wiedzy prezentowali badani z wykształceniem licencjackim i magisterskim, istotnie wyższy niż badani, którzy ukończyli liceum medyczne i studium medyczne. Pomiedzy pozostałymi grupami nie uzyskano istotnych statystycznie różnic $p > 0,05$ (tab. 3). Przeprowadzone badania wykazały, że staż pracy w zawodzie badanych osób wpływa na poziom wiedzy na temat profilaktyki nowotworów piersi. Zastosowano nieparametryczny test Kruskala-Wallisa. Analiza wykazała związek pomiędzy zmiennymi $H_{(3)} = 16,34$; $p < 0,05$.

Metoda porównań wielokrotnych pokazała, iż istotnie statystycznie najwyższy poziom wiedzy prezentowali badani, których staż pracy wynosił 5–10 lat, 10–20 lat i 20–30 lat, istotnie wyższy niż u badanych ze stażem pracy mniejszym niż rok, w przedziale 1–5 lat i powyżej 30 lat. Pomiedzy pozostałymi grupami nie uzyskano istotnych statystycznie różnic $p > 0,05$. (tab. 4). Z badań wynika również, że istotnie statystycznie wyższy poziom wiedzy prezentowały położne niż pielęgniarki (tab. 5). Miejsce pracy badanych i profil oddziału (zabiegowy/zachowawczy) miały wpływ na poziom wiedzy na temat profilaktyki nowotworów piersi. Zastosowano testy U Manna-Whitneya. Analiza dowiodła związku pomiędzy zmiennymi $Z = -2,77$; $p < 0,05$. Istotnie statystycznie wyż-

szy poziom wiedzy prezentowali badani, którzy pracowali na oddziale zabiegowym, niż badani pracujący na oddziale zachowawczym (tab. 6). Przeprowadzona analiza statystyczna nie wykazała istotnej zależności między miejscem zamieszkania ankietowanych, specjalizacją, a poziomem wiedzy.

Dyskusja

Świadomość, jak ważna jest profilaktyka nowotworów piersi, a także znajomość czynników ryzyka to podstawowe elementy w walce z chorobą. Pomimo rozpowszechniania informacji na temat profilaktyki, ulepszania metod leczenia, a także promowania badań przesiewowych, liczba chorujących kobiet stale jednak wzrasta, a wiedza na temat zapobiegania chorobie jest w dalszym ciągu na niskim poziomie [7]. Aby to zmienić, należy prowadzić edukację zdrowotną, by kobiety wiedziały, na co zwrócić uwagę, a przede wszystkim by kształtowały wzorce prozdrowotnych zachowań, by czuły odpowiedzialność za własne życie [7, 8]. Większość dostępnych badań wskazuje, że poziom wiedzy wśród kobiet w zakresie profilaktyki nowotworów piersi jest na poziomie niskim lub średnim. Wiedzę na temat nowotworów piersi kobiety czerpią z różnych źródeł. Pielęgniarki i położne szpitala kościerskiego korzystają z mediów: internetu (20,1%) oraz telewizji (11,9%). Kaczmarek-Borowska i wsp. w swoich badaniach wykazali, że aż 78,7% badanych wykorzystywało telewizję, radio i internet jako źródła informacji [9]. Podobne wyniki uzyskano w badaniach Bogusz i wsp. – tu badane kobiety wiedzę na temat profilaktyki raka piersi czerpały w większości z mediów (75%), i w badaniach Szadowskiej-Szlachetki i wsp. – 68% osób wskazywało jako źródło wiedzy internet [10, 11]. W badaniach Zych i wsp. dla 60% respondentek źródłem wiedzy była literatura medyczna, broszury i ulotki, dla 20% informacje uzyskane od lekarzy [12]. Z badań własnych wynika, że niespełna 10% badanych o wszelkich aspektach związanych z chorobą rozmawiało z lekarzem. Badania Tomaszek i wsp. wskazują, że było to 17% ankietowanych [13]. Kaczmarek-Borowska i wsp. w swoich badaniach pokazali, że 27,5% osób informacje na temat profilaktyki raka piersi uzyskało od lekarza rodzinnego [14].

Dzięki programom profilaktycznym coraz więcej kobiet wie, w jakim wieku i z jaką częstotliwością powinny się badać. Szadowska-Szlachetka i wsp. wykazali, że 59,2% badanych znało przedział wiekowy, w jakim powinna być wykonywana profilaktyczna mammografia [11]. Podobne wyniki uzyskała Ślusarska i wsp. – ponad połowa badanych kobiet (62,5%) znała przedział wiekowy, w jakim powinno się wykonywać profilaktyczną mammografię [15]. Zupełnie inne wyniki uzyskali Kaczmarek-Borowska i wsp. – właściwą odpowiedź odnośnie do wieku, w jakim należy przeprowadzać kontrolną mammografię, wskazało zaledwie 17,5% badanych

[14]. Przeprowadzone badania własne wskazują wynik zbliżony do badań Szadowskiej-Szlachetki i wsp. oraz Ślusarskiej i wsp. [10, 15]. Prawie 70% badanych położeń i pielęgniarek odpowiedziało poprawnie, że profilaktyczne badanie mammograficzne wykonuje się od 50. do 69. roku życia co 2–3 lata. Równie ważnym badaniem profilaktycznym jest ultrasonografia piersi stosowana u kobiet w przedziale wiekowym 20–40 lat (z uwagi na budowę piersi). Z analizy badań własnych wynika, że ponad połowa (55,9%) ankietowanych znała granicę wieku, kiedy należy wykonywać badanie USG, niemniej niepokojący jest fakt, że 20,7% osób uważało, iż takie badanie powinno być wykonywane dopiero po 40. roku życia. Ślusarska i wsp. w swoich badaniach zaprezentowali porównywalne wyniki – 61,1% przebadanych była świadoma wieku wykonywania badania, a 32,6% uważało, iż kobiety powyżej 40. roku życia powinny mieć wykonywane to badanie [15].

Pierwszym bodźcem w walce z nowotworami piersi powinno być samobadanie, tj. oglądanie i badanie palpacyjne. W wielu publikacjach znajomość technik samobadania kobiety oceniają wysoko. Pokazuje to między innymi Smoleń i wsp., którzy stwierdzili, że większość kobiet (97,3%) deklaruowała znajomość zasad samobadania piersi [16]. Nieco mniej respondentek potwierdziło znajomość zasad w badaniach Bogusz i wsp. (72%) oraz Suszyńskiej i wsp. (89%) [10, 17]. Wiedzę na temat samobadania piersi w badaniach własnych potwierdza 95,5% osób, niespełna 5% osób odpowiedziało, że nie potrafi wykonywać tego badania. Zdecydowana większość ankietowanych (88,3%) udzieliła odpowiedzi, że wykonuje samobadanie piersi. Takie same wyniki uzyskała Suszyńska i wsp. oraz Smoleń i wsp. – ponad 80% kobiet potwierdziło, że wykonuje samobadanie [16, 17]. Piaszczyk i wsp. wskazali, że tylko 55% kobiet potwierdziło, że wykonuje regularnie samobadanie piersi [18]. Ważnym elementem jest znajomość technik prawidłowego samobadania piersi, tak by przyniosło ono zamierzony skutek. W publikacjach naukowych odnotowuje się, że większość kobiet zna reguły dotyczące częstotliwości samobadania. W badaniach Bogusz i wsp. 73% respondentów zaznaczyło, że badanie wykonuje się raz w miesiącu, co jest poprawną odpowiedzią [10]. Wysoki poziom wiedzy na temat częstotliwości wykonywania samobadania piersi prezentowały również kobiety w badaniach Szadowskiej-Szlachetki i wsp. – ponad 90% kobiet wskazało właściwą odpowiedź [11]. Badany personel szpitala kościerskiego w 87,4% zaznaczył właściwą odpowiedź – raz w miesiącu, a 6,3% odpowiedziało, że raz na trzy miesiące, co porównać można ze wspomnianymi już badaniami Bogusz i wsp. – tu 7% respondentek zaznaczyło, że samobadanie powinno się wykonywać raz na trzy miesiące [10]. Na pytanie o dzień badania najwięcej respondentek (64%) udzieliło właściwej odpowiedzi – pierwszego dnia po miesiączce. W badaniach prze-

prowadzonych przez Ślusarską i wsp. dobrą odpowiedź wskazało 62,5%, a u Szadowskiej-Szlachetki i wsp. niecałe 90% [11, 15]. Odpowiedziom na pytanie o dzień przeprowadzania samobadania przyjrzeni się również Piaszczyk i wsp. Większość kobiet wskazywała, że wykonuje się je tydzień po miesiączce, 17% uważała, że przed miesiączką, a 11% niezależnie od dnia cyklu [18]. Badania własne wykazały, że większość kobiet (72,1%) stosuje dobrą technikę przy samobadaniu, wykonując je opuszkami palców. Wyniki innych autorów pokazały, że właściwą technikę zna 59,7% [15].

Znajomość czynników zwiększających ryzyko zachorowania na nowotwór piersi może wpływać na zmianę stylu życia, co w znacznym stopniu może zminimalizować zagrożenie. Ankietowani za najczęstszą przyczynę raka piersi uznawali w wielu badaniach czynniki genetyczne. Karczmarek-Borowska i wsp. wykazali, że uważa tak 93,75% ankietowanych, Bogusz i wsp. 90%, a Tomaszek i wsp. aż 99% [9, 10, 13]. Z badań własnych wynika, że ankietowane pielęgniarki i położne spośród najczęstszych przyczyn występowania raka piersi wymieniły występowanie nowotworów piersi w rodzinie (14,2%) oraz mutacje w genie BRCA 1 i BRCA 2 (11%). W przeprowadzonych badaniach zapytano respondentki o znajomość objawów mogących świadczyć o nowotworze piersi. Najwięcej odpowiedzi wskazywało na krwisty lub ropny wyciek z brodawki (15,8%) oraz obecność guzków i zgrubień (14,7%). Poproszono również o odpowiedź na pytanie, co najczęściej powoduje, że kobiety stosują profilaktykę. Większość badanych (94,6%) odpowiedziała, że dzięki temu można zapobiec chorobie. W badaniach Ślusarskiej i wsp. oraz Tomaszek i wsp. większość ankietowanych zdecydowanie wskazywała na obecność guzka jako objawie świadczącym o nowotworze piersi, odpowiednio 95,8% oraz 99% [13, 15]. Bogusz i wsp. udowodnili, że strach przed chorobą jest czynnikiem, który najczęściej motywuje kobiety do działań profilaktycznych [10].

Z przeprowadzonych badań wynika, że większość czynników społeczno-demograficznych oddziałuje na poziom wiedzy badanych na temat profilaktyki nowotworów piersi. Analiza wykazała, że wiek badanych, wykształcenie, wykonywany zawód (pielęgniarka, położna), staż i miejsce pracy (oddział), mają wpływ na poziom wiedzy w zakresie profilaktyki nowotworów piersi, natomiast miejsce zamieszkania i kształcenie podyplomowe nie różnicują poziomu wiedzy wśród respondentów. Badania Ślusarskiej i wsp. pokazały, że występuje istotna zależność pomiędzy wiedzą respondentek, a ich wykształceniem oraz rodzajem wykonywanej pracy zawodowej. Kobiety z wykształceniem wyższym więcej wiedziały na temat profilaktyki nowotworu sutka, niż osoby z wykształceniem średnim i zawodowym. Również osoby pracujące umysłowo wykazywały się lepszą znajomością tematu badań, niż te, które pracowały fi-

zycznie. W tych samych badaniach nie stwierdzono natomiast zależności pomiędzy wiekiem respondentek, a ich poziomem wiedzy [15]. Przysada i wsp. badając poziom wiedzy kobiet na temat profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi nie wykazali istotnej statystycznie zależności pomiędzy wiedzą, a wiekiem badanych [19]. Stanistawska i wsp. udowodnili, że poziom wiedzy na temat raka piersi zależy od miejsca zamieszkania kobiet. Respondentki zamieszkujące nowoczesne i rozwijające się wsie znajdujące się w okolicach dużych aglomeracji miejskich miały większą wiedzę na temat chorób nowotworowych piersi w porównaniu z kobietami mieszkającymi w mieście [20]. Wynik ten odbiega od większości opisywanych badań. Adamowicz i wsp. wykazali istotną zależność pomiędzy wiedzą dotyczącą chorób nowotworowych (piersi i szyjki macicy) i ich objawów, a miejscem zamieszkania. Wśród mieszkanek miast 42,7% badanych kobiet wykazywało zdecydowanie wysoki poziom wiedzy, natomiast mieszkanek wsi tylko 3,33% [21]. W badaniach Malickiej i wsp. przeprowadzonych wśród studentek wrocławskich uczelni nie wykazano zależności pomiędzy miejscem zamieszkania, a poziomem wiedzy w zakresie czynników ryzyka i profilaktyki raka piersi [22]. Badania Nowickiego i wsp. wykazały, że wiek miał związek z poziomem wiedzy na temat profilaktyki raka piersi, im starsza respondentka, tym wyższy poziom wiedzy. To samo dotyczyło kobiet znajdujących się w dobrej lub bardzo dobrej sytuacji finansowej, spośród których 94% prezentowało wyższy poziom wiedzy [23]. Badania przeprowadzone przez Goworek i wsp. w Polsce i Nowej Zelandii pokazały, że kobiety zamężne posiadały wyższy poziom wiedzy na temat profilaktyki raka piersi od kobiet stanu wolnego i wdów [24]. Problematyka raka piersi i jego profilaktyki jest tematem wciąż obecnym zarówno w badaniach naukowych, licznych kampaniach profilaktycznych, jak i w życiu społecznym. Wyniki badań zamieszczone w pracy w wielu obszarach są komplementarne z wynikami innych autorów opublikowanymi w licznych artykułach naukowych, lecz ukazują także nowe i ważne aspekty.

Wnioski

Wiedza badanych pielęgniarek i położnych na temat nowotworów piersi i profilaktyki jest na poziomie średnim. Odkrywanie nowych obszarów niewiedzy w zakresie edukacji onkologicznej jest podstawą do przygotowywania programów edukacji dostosowanych do uwarunkowań ich odbiorców, w tym w szczególności pielęgniarek i położnych, które z racji wykonywanych zawodów odgrywają ważną rolę edukacyjną.

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

1. Najdyhor E, Krajewska-Kułać E, Krajewska-Ferishah K. Wiedza kobiet i mężczyzn na temat profilaktyki raka piersi. *Ginekol Onkol* 2013; 84: 116-125.
2. Didkowski J. Epidemiologia, czynniki ryzyka i profilaktyka. W: Rak piersi praktyczny przewodnik dla lekarzy. J. Jassem, M. Krzakowski (red.). Via Medica, Gdańsk 2014, 1-19.
3. Hoffman B, Koper K. Profilaktyka chorób nowotworowych. W: Pielęgniarstwo onkologiczne. Koper A (red.). PZWL, Warszawa 2015, 64-70.
4. Lorenc A, Pop T, Boychuk T. Wiedza kobiet po 40. roku życia o czynnikach ryzyka i profilaktyce raka piersi. *Young Sport Sci Ukr* 2012; 4: 59-65.
5. Jassem J, Krzakowski M, Bobek-Billewicz B i wsp. Breast cancer. *Oncol Clin Pract* 2018; 14: 209-256.
6. Bojakowska U, Kalinowski P, Kowalska ME. Epidemiologia i profilaktyka raka piersi. *J Educ Health Sport* 2016; 6: 701-710.
7. Ślusarska B, Nowicki GJ, Łachowska E i wsp. Wiedza kobiet na temat profilaktyki raka piersi w wybranych uwarunkowaniach socjo-demograficznych. *Med Og Nauk Zdr* 2016; 22: 59-65.
8. Suszyńska K, Kulik TB, Pacian A. Ocena zachowań prozdrowotnych dotyczących profilaktyki raka piersi u kobiet w makroregionie lubelskim. *Med Og Nauk Zdr* 2013; 19: 370-374.
9. Karczmarek-Borowska B, Walowska A. Analiza czynników ryzyka zachorowania na raka piersi u kobiet po mastektomii – badania wstępne. *Probl Nauk Stosow* 2017; 6: 135-146.
10. Bogusz R, Charzyńska-Gula M, Majewska A, Gałęziowska E. Wiedza kobiet w wieku okołomenopauzalnym na temat profilaktyki raka piersi. *Med Og Nauk Zdr* 2013; 19: 523-529.
11. Szadowska-Szlachetka Z, Baczevska B, Kulbaka Z i wsp. Wiedza kobiet, studentek pielęgniarstwa, na temat profilaktyki raka piersi. *J Educ Health Sport* 2016; 6: 504-519.
12. Zych B, Kusek E, Sztanke M, Pasternak K. Postawy kobiet wobec zagrożenia chorobą nowotworową piersi. *Probl Hig Epidemiol* 2006; 87: 216-220.
13. Tomaszek L, Dębska G, Kotyza M. Poziom wiedzy studentek kierunku pielęgniarstwo na temat czynników ryzyka i profilaktyki raka piersi. *Państwo Społ* 2015; 15: 37-49.
14. Karczmarek-Borowska B, Strykowska A, Grądzka-Lampart M, Grybel M. Poziom wiedzy kobiet z terenów wiejskich na temat raka piersi. *Prz Med Uniw Rzesz Inst Leków* 2013; 3: 298-310.
15. Ślusarska B, Nowicki GJ, Łachowska E, i wsp. Wiedza kobiet na temat profilaktyki raka piersi w wybranych uwarunkowaniach socjo-demograficznych. *Med Og Nauk Zdr* 2016; 22: 59-65.
16. Smoleń E, Dobrowolska B. Praktyka samobadania piersi i wykonywanie mammografii w grupie pielęgniarek a zmienne socjo-demograficzne. *Med Środow* 2017; 20: 56-65.
17. Suszyńska K, Kulik TB, Pacian A. Ocena zachowań prozdrowotnych dotyczących profilaktyki raka piersi u kobiet w makroregionie lubelskim. *Med Og Nauk Zdr* 2013; 19: 370-374.
18. 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: 260-265.
19. Przsada G, Bojczuk T, Kuźniar A. Poziom wiedzy kobiet na temat profilaktyki i wczesnego rozpoznawania raka piersi. *Young Sports Sci Ukr* 2009; 3: 129-136.
20. Stanisławska J, Janikowska K, Stachowska M, i wsp. Ocena wiedzy kobiet w zakresie profilaktyki raka piersi i raka szyjki macicy. *Probl Hig Epidemiol* 2016; 97: 38-44.
21. Adamowicz K, Zaucha JM, Majkovicz M. Ocena wiedzy pacjentek Poradni Profilaktyki Chorób Piersi w zakresie profilaktyki chorób nowotworowych. *Nowotwory J Oncol* 2011; 61: 449-456.
22. Malicka I, Jelecka M. Poziom wiedzy z zakresu czynników ryzyka i profilaktyki raka piersi wśród studentek wrocławskich uczelni. *Pomernian J Life Sci* 2018; 64:75-80.
23. Nowicki A, Wiśniewska K, Rhone P. The influence of socio-demographic factors on making a decision related to the disease and treatment in women with breast cancer. *Onc Review* 2015; 5:125-132.
24. Goworek P, Durka M, Borowiak E, Cieślak H. Wiedza na temat samobadania piersi wśród kobiet mieszkających w Polsce i Nowej Zelandii. *Probl Pielęg* 2008; 16: 144-150.