Ocena wybranych zachowań zdrowotnych kobiet po przebytej terapii nowotworu piersi

Assessment of selected health behaviors of women after breast cancer therapy

Katarzyna Prokopowicz¹, Grzegorz Prokopowicz², Bartosz Molik³, Ewa Kozdroń⁴

¹ Akademia Wychowania Fizycznego J. Piłsudskiego w Warszawie, Wydział Wychowania Fizycznego

² Olsztyńska Szkoła Wyższa im. J. Rusieckiego, Wydział Fizjoterapii

³ Akademia Wychowania Fizycznego J. Piłsudskiego w Warszawie, Wydział Rehabilitacji

⁴ Akademia Wychowania Fizycznego J. Piłsudskiego w Warszawie, Wydział Turystyki i Rekreacji

Streszczenie

Wstęp: Zdrowie znajduje się wysoko w hierarchii wartości zarówno jednostek jak i całych grup społecznych. Za czynniki, które w dużej mierze decydują o jego stanie uważa się styl życia i związane z nim zachowania zdrowotne. Polska jest krajem, w którym systematycznie wzrasta liczba zachorowań na nowotwory złośliwe. Wśród kobiet po 45 roku życia najczęściej występującym jest nowotwór piersi. Pomimo względnej stabilizacji współczynnika umieralności ciągle jest on na wysokim poziomie. Na taką sytuację ma wpływ wiele czynników, w tym między innymi świadomość wartości podejmowania zachowań zdrowotnych.

Materiał i metody: Badanie przeprowadzono wśród 70 kobiet w wieku 45–75 lat. Grupę badaną stanowiło 36 kobiet po przebytej terapii nowotworu piersi, natomiast grupę kontrolną – 34 kobiety bez historii nowotworowej w wywiadzie. W pracy wykorzystano kwestionariusz ankiety i Skalę Pozytywnych Zachowań Zdrowotnych dla Kobiet wg Hildt-Ciupińskiej. Do analizy statystycznej użyto IBM SPSS Statistics v. 21.0, nieparametryczny test U Manna-Whitneya.

Wyniki: Przeprowadzone badania pozwoliły określić poziom zachowań zdrowotnych kobiet. Na podstawie analizy uzyskanych wyników stwierdzono nieprawidłowości w zakresie podejmowania zachowań prozdrowotnych przez obie grupy badanych. Najniższe wartości punktowe odnotowano w podskali „Aktywność fizyczna”. Najwyższe wartości punktowe odnotowano w podskali „Zachowanie bezpieczeństwa” oraz „Dbałość o ciało”. Niepokojące są natomiast niezadowalające wyniki w stwierdzeniach związanych z profilaktyką nowotworową.

Wnioski: Wprowadzenie działań podnoszących świadomość prozdrowotną w grupie kobiet po 45 roku życia, może przyczynić się do wzrostu częstotliwości podejmowania zachowań sprzyjających zdrowiu.

Słowa kluczowe:

zdrowie, zachowania zdrowotne, styl życia, nowotwór piersi

e-mail: e-mail: kprokopowicz@onet.eu

Badania przeprowadzono w ramach projektu DM-39: Rekreacja fizyczna a jakość życia kobiet w województwie warmińsko-mazurskim po przebytej terapii nowotworu piersi, finansowanego z środków AWF Józefa Piłsudskiego w Warszawie.

Abstract

Introduction: Health is highly valued by individuals as well as whole social groups. Lifestyle, and related with this health behaviors are believed to be the main factors that largely determine its condition. Poland is a country, where the number of malignant cancer morbidity is systematically increasing. Breast cancer is the most common among women aged 45 years old. Despite the relative stability of the mortality outcomes the rate of it is still high. This situation is influenced by many factors, including the limited awareness of the value of health-related behaviors.

Material and methods: The study included 70 women aged 45-75 years old. The study and control group consisted of: 36 women with breast cancer and 34 women without cancer in history. The specifically developed questionnaire and the Positive Health Behaviors Scale for Women developed by Hildt-Ciupińska were used in this study. IBM SPSS v. 21.0 was used for statistical analysis and non-parametric U-Mann Whitney test.

Results: The study let determine the level of women's health behaviors. The analysis of the results showed that there are much anomalies in health-related behaviors in both studied groups. The lowest point scale values were reported in the "Physical activity" subscale. The highest values were reported in the "Safety behaviors" and "Caring body" subscale. The disappointing results in statements related with the prevention of cancer were the most alarming.

Conclusions: The introduction of health prevention awareness programs in the group of women over 45 years of age, may contribute to an increase in the frequency of health-promoting behaviors.

Key words:

health, health behaviors, lifestyle, breast cancer

Wstęp

Zdrowie znajduje się wysoko w hierarchii wartości zarówno jednostek jak i całych grup społecznych [1,2]. Oficjalnie uznana i powszechnie stosowana jest definicja zdrowia opublikowana przez WHO, która brzmi: „pojęcie zdrowia oznacza stan pełnego, dobrego samopoczucia fizycznego, umysłowego i społecznego (dobrostan), a nie wyłącznie brak choroby lub niedomagania” [3-5]. Zdrowie możemy rozpatrywać w trzech obszarach: fizycznym, psychicznym i społecznym. Autorzy jednak coraz częściej ujmują zdrowie znacznie szerzej, traktując je jako pewnego rodzaju potencjał - zasób. W tym kontekście zdrowie traktowane jest jako pozytywna kategoria, również w sytuacjach niekorzystnych z perspektywy jednowymiarowego podejścia do zdrowia. W przypadku osób z niepełnosprawnością mamy również do czynienia ze zdrowiem obiektywnym i subiektywnym, gdzie subiektywne poczucie zdrowia nie zawsze odzwierciedla stan zdrowia mierzony metodami obiektywnymi [6]. W tym przypadku możemy mówić o „paradoksie zadowolenia” [6,7], gdzie pomimo obiektywnie niekorzystnych warunków, subiektywne poczucie zdrowia określane jest jako pozytywne. Podobieństwa takich ocen znajdujemy też wśród prac dotyczących jakości życia związanej ze zdrowiem (ang. health related quality of life - HRQL) opisujących pacjentów onkologicznych. Warto w tym miejscu podkreślić, że dobry stan zdrowia

nie gwarantuje wysokiej jakości życia, a zły stan zdrowia nie zawsze powoduje subiektywnie negatywną ocenę jakości życia [8]. Dlatego specjaliści zdrowia publicznego podkreślają, aby w formułowaniu definicji zdrowia skupić się na celu, jakiemu ma ona służyć [9].

Coraz częściej podkreśla się odpowiedzialność podmiotu w kreowaniu własnego zdrowia poprzez styl życia i podejmowanie zachowań zdrowotnych [10]. Za styl życia uznajemy zespół zachowań i postaw. Składają się na niego reakcje i wzory zachowań, które mogą podlegać zmianom w wyniku określonych doświadczeń i nowych interpretacji [11]. Zainteresowanie związkiem między stylem życia a zdrowiem pojawiło się w latach 70-tych XX wieku poprzez „pola zdrowia” M. Lalonde’a, który określił styl życia jako główny czynnik determinujący zdrowie. Koncepcja ta w dalszym ciągu jest użyteczna z perspektywy zdrowia jednostki, natomiast w przypadku kreowania zdrowia populacji jest już zbyt uproszczona. Aktualny stan wiedzy pozwala nam stwierdzić, że istnieje zbyt wiele niezależnych od siebie czynników, w tym między innymi decyzji politycznych, warunków ekonomicznych, stanu środowiska przyrodniczego i rozwoju społecznego, które warunkują zdrowie zarówno jednostki jak i całej populacji [9,12]. Pomimo złożoności tego zagadnienia możemy uznać, że dzięki prowadzeniu prozdrowotnego stylu życia, rozumianego jako: „wzory świadomych zachowań związanych ze zdrowiem, będących efektem wyborów

dokonywanych przez ludzi na podstawie dostępnych, determinowanych ich sytuacją życiową alternatyw” (Cockerham, 1995), możemy bezpośrednio wpływać na stan swojego zdrowia [13]. Do grupy zachowań zdrowotnych możemy zaliczyć:

- zachowania związane ze zdrowiem fizycznym: dbałość o ciało, aktywność fizyczna, sposób odżywiania się, hartowanie się, odpowiednia ilość i jakość snu
- zachowania związane ze zdrowiem psychospołecznym: wsparcie psychospołeczne, unikanie nadmiaru stresów, radzenie sobie z problemami i w sytuacjach stresowych, tryb pracy i wypoczynku
- zachowania prewencyjne: samokontrola zdrowia i samobadanie, poddawanie się badaniom profilaktycznym, bezpieczne zachowania w życiu codziennym, bezpieczne zachowania w życiu seksualnym, dbałość o higienę osobistą
- niepodjęcie zachowań ryzykownych: niepalenie tytoniu, ograniczone używanie alkoholu, nienadużywanie leków nie zaleconych przez lekarza, nieużywanie innych substancji psychoaktywnych.

Należy jednak podkreślić, że podział ten ma charakter umowny i nie wyczerpuje wszystkich możliwości [9,14].

Każda kobieta świadomie i samodzielnie dokonuje wyborów zachowań wpływających pozytywnie lub negatywnie na zdrowie. Wyznacznikiem podejmowanych decyzji jest dotychczasowe doświadczenie życiowe oraz wiedza z zakresu zdrowia i choroby. Polska jest krajem, w którym systematycznie wzrasta ilość zachorowań na nowotwory złośliwe. Wśród kobiet po 45 roku życia najczęściej występującym jest nowotwór piersi. Pomimo postępu w diagnostyce i leczeniu, umieralność spowodowana tym nowotworem cały czas utrzymuje się na wysokim poziomie [15], natomiast czas przeżycia pacjentek uległ wydłużeniu i tym samym nowotwór piersi zaczął być traktowany jako schorzenie przewlekłe [16]. Według danych opublikowanych przez Krajowy Rejestr Nowotworów, nowotwory złośliwe w 2010 roku stanowiły pierwszą przyczynę zgonów w Polsce wśród kobiet. Choroba ta jest problemem nie tylko w starszych grupach wieku lecz także przyczyną przedwczesnej umieralności w grupie poniżej 65 roku życia. Od początku ubiegłej dekady zauważa się stabilizację poziomu umieralności spowodowanej rakiem piersi przy jednoczesnym stałym wzroście liczby zachorowań [17,18]. Do czynników ryzyka mających wpływ na zachorowalność na ten nowotwór możemy zaliczyć między innymi niską aktywność fizyczną, otyłość, alkohol, dietę bogatą w tłuszcze nasycone, dietę ubogą w błonnik, dietę, wczesną pierwszą miesiączkę i późną ostatnią [19-21]. Na podstawie aktualnej wiedzy na temat czynników zwiększających ryzyko zachorowania na raka piersi można modyfikować oraz eliminować pewne niekorzystne zachowania,

zwiększając prozdrowotną świadomość kobiet [20]. Z tego powodu zasadne staje się zatem podjęcie badań dotyczących podejmowania działań sprzyjających zdrowiu u tej grupy osób, gdyż podejmowanie zachowań zdrowotnych może mieć wpływ na prewencję pierwotną i wtórną choroby nowotworowej oraz poprawę jakości życia chorych.

Materiał i metody

Głównym celem prowadzonych badań była ocena wybranych zachowań zdrowotnych kobiet po przebytej terapii nowotworu piersi w zakresie prawidłowości odżywiania, dbałości o ciało, stosowania się do zasad bezpieczeństwa, zdrowia psychospołecznego i uczestnictwa w aktywności fizycznej. Badania dotyczyły częstości podejmowania zachowań sprzyjających zdrowiu. Problem niedostatecznej świadomości społeczeństwa w zakresie zachowań prozdrowotnych jest niezwykle ważny ze względu na ich istotny wpływ na występowanie i przebieg chorób cywilizacyjnych, w tym między innymi nowotworów złośliwych piersi. Realizacja zakładanego celu badań pozwoliła nam odpowiedzieć na następujące pytania badawcze:

1. Jaki poziom zachowań prozdrowotnych prezentują kobiety po przebytej terapii nowotworowej oraz te bez przeszłości onkologicznej?
2. Czy istnieje związek pomiędzy przeszłością onkologiczną badanych, a poziomem zachowań sprzyjających zdrowiu?
3. Jaki poziom zachowań zdrowotnych w zakresie prewencji nowotworowej prezentują kobiety po przebytej terapii nowotworowej w porównaniu z kobietami bez przeszłości onkologicznej?

Badanie przeprowadzono wśród 70 kobiet w wieku 45–75 lat zamieszkujących województwo warmińsko-mazurskie. Grupę badaną stanowiło 36 kobiet po przebytej terapii nowotworu piersi (członkinie Olsztyńskiego Towarzystwa „Amazonki”). Za kryterium włączenia uznano przebycie jednostronnej mastektomii bez jednoczasowej lub odroczonej operacji rekonstrukcyjnej piersi oraz brak przerzutów. Grupę kontrolną stanowiły 34 kobiety bez historii nowotworowej w wywiadzie (słuchaczki Warmińsko-Mazurskiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Olsztynie). Obie grupy nie różniły się między sobą pod względem wieku i miejsca zamieszkania.

W pracy wykorzystano następujące metody, techniki i narzędzia badawcze:

1. Kwestionariusz ankiety – charakterystyka grupy badanej pod względem właściwości społeczno-demograficznych: wieku, miejsca zamieszkania, poziomu wykształcenia oraz obecności przebytych i istniejących chorób.

2. Skala Pozytywnych Zachowań Zdrowotnych dla Kobiet według Hildt-Ciupińskiej [22] oceniająca zachowania sprzyjające zdrowiu w formie 28 stwierdzeń podzielonych na 5 podskal: żywienie, dbałość o ciało, zachowanie bezpieczeństwa, zdrowie psychospołeczne i aktywność fizyczna). Badane określały częstość podejmowania poszczególnych zachowań sprzyjających zdrowiu w 4 - punktowej skali: prawie zawsze - 3 punkty, często - 2 punkty, czasem - 1 punkt, prawie nigdy - 0 punktów.

Każda badana osoba mogła uzyskać sześć wyników punktowych – jeden z pełnej skali SPZZ dla kobiet i pięć z poszczególnych podskal, obliczonych z sumy wartości punktowych zaznaczonych przez respondentki. Ilość punktów pełnej skali wynosiła 0–84. Wyniki punktowe podzielono na 3 kategorie: niski, średni i wysoki – który był najbardziej pożądany z perspektywy dbałości o zdrowie. Anonimową ankietę przeprowadzono w lipcu i sierpniu 2013 roku w Olsztynie.

3. IBM SPSS Statistics v. 21.0, nieparametryczny test U- Manna Whitneya

Badania przeprowadzono w ramach projektu DM-39: Rekreacja fizyczna a jakość życia kobiet w województwie warmińsko-mazurskim po przebytej terapii nowotworu piersi, finansowanego z środków Akademii Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie.

Wyniki

Przeprowadzone badania pozwoliły określić poziom zachowań zdrowotnych w zakresie żywienia, dbałości o ciało, zachowania bezpieczeństwa, zdrowia psychospołecznego i aktywności fizycznej wśród kobiet po przebytej terapii nowotworowej w porównaniu z kobietami bez przeszłości nowotworowej.

W tabeli 1. przedstawiono częstość podejmowania zachowań zdrowotnych przez kobiety po przebytej terapii nowotworu piersi oraz kobiety bez historii nowotworowej w wywiadzie. W tabeli uwzględniono sumę punktów odpowiedzi ze wszystkich podskal łącznie oraz wartości przeliczone. Zarówno średnie wartości pełnej skali jak i wartości przeliczone w obydwu grupach kobiet wpisały się do kategorii „wysokiej”. Nie odnotowano znamiennych różnic w wynikach uzyskanych w obydwu grupach kobiet.

W tabeli 2. przedstawiono częstość podejmowania zachowań zdrowotnych w 5 podskalach przypisując uzyskane wyniki do jednej z 3 kategorii: wysokiej, średniej i niskiej, gdzie kategoria „wysoka” prezentowała największą częstość podejmowania zachowań

zdrowotnych, a kategoria „niska” – najmniejszą częstość tych zachowań. Podskale „Żywienie”, „Zdrowie psychospołeczne” i „Aktywność fizyczna” wpisały się w kategorię „średnią”. Wśród zachowań związanych z racjonalnym odżywianiem najniższe odpowiedzi uzyskano w pytaniach dotyczących spożywania nabiału oraz unikania podjadania między posiłkami. W zakresie aspektów psychospołecznych największy problem stanowiła chęć zwracania się o pomoc w trudnych sytuacjach życiowych, dotyczyło to w największym stopniu kobiet po mastektomii. Niezadowolająco została oceniona również aktywność fizyczna badanych. Najmniej punktów uzyskano w pytaniach dotyczących zwiększania ilości ruchu i wysiłków fizycznych w codziennym życiu oraz przeznaczania wolnego czasu na aktywność fizyczną. Podskale „Dbałość o ciało” oraz „Zachowanie bezpieczeństwa” wpisały się w kategorię „wysoką” prezentując największą częstość podejmowanych zachowań zdrowotnych w obydwu grupach kobiet.

W tabeli 3. przedstawiono częstość podejmowania zachowań zdrowotnych w 5 podskalach. W grupie kobiet po przebytej terapii nowotworu piersi najwyższe średnie wyniki surowe odnotowano w podskali „Zdrowie psychospołeczne”, natomiast w grupie kobiet bez choroby nowotworowej w wywiadzie w podskali „Żywienie”. Najniższe wartości odnotowano natomiast w podskali „Aktywność fizyczna” w obydwu grupach kobiet. Potwierdzenie niezadowolającej częstości podejmowania aktywności fizycznej przez kobiety widzimy również w wartościach przeliczonych. Analizując wszystkie poszczególne podskale zachowań zdrowotnych zano- towano znamienne różnice w podskali „Zachowanie bezpieczeństwa” – kobiety z przeszłością nowotworową prezentowały istotnie mniejszą częstość podejmowania zachowań zdrowotnych w tym obszarze. Po przeanalizowaniu rozkładu wyników dotyczących tej podskali wyłączono z dalszej analizy stwierdzenie: „Używam kasku podczas jazdy na rowerze”, ze względu na duże braki odpowiedzi. SPZZ dla Kobiet zakładała możliwość nie zaznaczenia żadnej z odpowiedzi w przypadku, gdy kobieta nie jeździ na rowerze.

W tabeli 4. przedstawiono zestawienie wartości przeliczonych 7. poszczególnych stwierdzeń zawartych w Skali Pozytywnych Zachowań Zdrowotnych dla Kobiet, w których odnotowano znamienne różnice w odpowiedziach badanych grup kobiet. Kobiety po przebytej terapii nowotworowej piersi znamienne różniły się od kobiet bez historii nowotworowej w aspekcie regularności wykonywania badań cytologicznych na korzyść tych pierwszych. W pozostałych stwierdzeniach dotyczących: przyzwyczajęń dietetycznych, higieny jamy ustnej, bezpieczeństwa oraz ilości i jakości snu, istotnie wyższe odpowiedzi odnotowano wśród kobiet bez historii nowotworowej w wywiadzie.

W tabeli 5. przedstawiono zestawienie stwierdzeń dotyczących aspektów prewencji pierwotnej i wtórnej chorób nowotworowych. Najniższe wartości przeliczone odnotowano w stwierdzeniach dotyczących samobadania piersi oraz podejmowania codziennej aktywności

fizycznej. Wyniki te dotyczyły obydwu grup kobiet i nie zanotowano różnic istotnych statystycznie między nimi. Znamienne różnice wykazano natomiast w częstotliwości wykonywania badań cytologicznych, jako profilaktyki nowotworu szyjki macicy, trzonu macicy oraz jajników.

Tab. 1. Wartości średnie i wartości przeliczone SPZZ dla Kobiet

Tab. 1. The average values and values calculated SPZZ for Women

Podskale zachowań zdrowotnych	Kobiety po przebytej terapii nowotworu piersi		Kobiety bez choroby nowotworowej w wywiadzie	
	Wartość średnia	Wartość przeliczona	Wartość średnia	Wartość przeliczona
Skala Pozytywnych Zachowań Zdrowotnych dla Kobiet	60,35	2,1	61,82	2,126
Suma punktów min/max: wynik niski: 0-28, wynik średni: 29-56, wynik wysoki: 57-84	0-84	0-3	0-84	0-3

Tab.2. Częstość podejmowania zachowań zdrowotnych w 5 podskalach. Średnie wyniki surowe, odchylenie standardowe, kategoria wyników i poziom istotności według podskal (*p<0,05)

Tab. 2. The frequency of making health behaviors in 5 subscales. The average results of strict, standard deviation, category performance and the level of significance of the subscales (*p <0,05)

Podskale zachowań zdrowotnych	Kobiety po przebytej terapii nowotworu piersi			Kobiety bez choroby nowotworowej w wywiadzie			p
	Wartość średnia	SD	Kategoria wyników	Wartość średnia	SD	Kategoria wyników	
Żywienie (0-21p)	13,3	4,04	średni	14,94	2,97	średni	0,068
Dbłość o ciało (0-18p)	13,97	2,86	wysoki	13,32	4	wysoki	0,685
Zachowanie bezpieczeństwa (0-15p)	11,46	1,78	wysoki	12,61	1,7	wysoki	0,008*
Zdrowie psychospołeczne (0-21p)	14,07	3,65	średni	14,52	3,44	średni	0,526
Aktywność fizyczna (0-12p)	7,53	3,04	średni	6,41	3,39	średni	0,126

Tab. 3. Częstość podejmowania zachowań zdrowotnych w 5 podskalach. Średnie wyniki surowe, odchylenie standardowe, wartości przeliczone i poziom istotności według podskal (*p<0,05)

Tab. 3. The frequency of making health behaviors in 5 subscales. The average results of strict, standard deviation, calculated values and the level of significance of the subscales (*p <0,05)

Podskale zachowań zdrowotnych	Kobiety po przebytej terapii nowotworu piersi			Kobiety bez choroby nowotworowej w wywiadzie			p
	Wartość średnia	SD	Wartość przeliczona	Wartość średnia	SD	Wartość przeliczona	
Żywienie	13,3	4,04	1,9	14,94	2,97	2,13	0,068
Dbłość o ciało	13,97	2,86	2,32	13,32	4	2,22	0,685
Zachowanie bezpieczeństwa	11,46	1,78	2,39	12,61	1,7	2,61	0,008*
Zdrowie psychospołeczne	14,07	3,65	2,01	14,52	3,44	2,07	0,526
Aktywność fizyczna	7,53	3,04	1,88	6,41	3,39	1,6	0,126

Tab. 4. Wartości przeliczone, odchylenie standardowe i poziom istotności różnic w odpowiedziach badanych grup kobiet (*p<0,05)

Tab. 4. Calculated values, standard deviation and the level of significance of differences in the responses of women surveyed groups (*p <0,05)

	Unikam podjadania między posiłkami	Myję zęby co najmniej 2 razy dziennie	Wykonuję badania cytologiczne co 2-3 lata	Przestrzegam przepisów ruchu drogowego	Przestrzegam zasad bezpieczeństwa	Śpię w nocy co najmniej 7-8 godz.	Kładę się spać o tej samej porze
Kobiety po terapii nowotworowej piersi	1,33 ±0,92	2,61 ±0,59	2,46 ±0,88	2,71 ±0,60	2,76 ±0,58	2,20 ±1,00	2,00 ±0,94
Kobiety bez choroby nowotworowej	1,79 ±0,97	2,82 ±0,57	1,91 ±1,16	2,88 ±0,53	2,97 ±0,17	2,67 ±0,68	2,44 ±0,78
p<0,05	0,039*	0,036*	0,032*	0,049*	0,041*	0,020*	0,028*

Tab. 5. Wartości przeliczone, odchylenie standardowe i poziom istotności odpowiedzi na pytania dotyczące aspektów prewencji pierwotnej i wtórnej chorób nowotworowych (*p<0,05)

Tab. 5. Calculated values, standard deviation, and the significance level questions about aspects of primary and secondary prevention of cancer (*p <0,05)

	Kobiety po terapii nowotworowej piersi	Kobiety bez choroby nowotworowej	p
Unikam nadmiernego opalania się	2,35±0,87	2,32±1,00	0,871
Wykonuję badania cytologiczne co 2-3 lata	2,46±0,88	1,91±1,16	0,032*
Wykonuję samobadanie piersi 1 raz w miesiącu	2,02±1,03	1,70±1,16	0,257
Przeznaczam codziennie co najmniej 30 minut na zajęcia z aktywności fizycznej	1,82±1,02	1,58±1,10	0,374

Dyskusja

Celem podjętych badań była ocena częstości podejmowania wybranych zachowań zdrowotnych kobiet po przebytej terapii nowotworu piersi i kobiet bez historii nowotworowej w wywiadzie. Rozpatrując wszystkie kategorie zachowań zdrowotnych nie wykryto istotnych zmian w poziomie zachowań kobiet zdrowych i tych z przeszłością onkologiczną. Poziom większości z kategorii oceniono jako „średni” lub „wysoki”. Na podstawie szczegółowej analizy uzyskanych wyników stwierdzono jednak pewne nieprawidłowości w zakresie podejmowania zachowań prozdrowotnych przez obie grupy badanych.

Najniższe wartości punktowe odnotowano w podskali „Aktywność fizyczna”. Świadczy to o braku nawyku potrzeby ruchu u tej grupy osób, a tym samym braku systematyczności w aktywności fizycznej i przewadze biernych form wypoczynku nad czynnymi. Sytuację tą potwierdzają również badania innych autorów, które wskazują na niską aktywność fizyczną środowiska pielęgniarek, nauczycielek, kobiet aktywnych zawodowo,

kobiet hospitalizowanych [14,23-26]. Brak aktywności fizycznej niekorzystnie wpływa na stan zdrowia oraz może przyczynić się do powstania wielu chorób, w tym otyłości, cukrzycy typu 2, nadciśnienia tętniczego, hiperlipidemii i miażdżycy [14]. Liczne badania ukazują natomiast korzystny wpływ uprawiania ćwiczeń fizycznych jako czynnika profilaktyki pierwotnej i wtórnej wielu chorób [17], w tym nowotworowych [27]. Podkreśla się również pozytywny związek aktywności fizycznej z jakością życia kobiet z nowotworem piersi [28-29].

Najwyższe wartości punktowe odnotowano w podskali „Zachowanie bezpieczeństwa” oraz „Dbałość o ciało”. Obie grupy badanych prezentowały wysoką częstotliwość podejmowania zachowań zdrowotnych w tych obszarach.

Niepokojące są natomiast niezadowolające wyniki w stwierdzeniach związanych z profilaktyką nowotworową. Jest to zjawisko bardzo niekorzystne, gdyż kobiety po 45 roku życia należą do osób, u których występuje najwyższe ryzyko zachorowania na raka piersi [18]. W obydwu grupach kobiet najniżej zostały ocenione stwierdze-

nia: „wykonuję samobadanie piersi 1 raz w miesiącu” i „przeznaczam codziennie co najmniej 30 minut na zajęcia z aktywności fizycznej” oraz w przypadku odpowiedzi udzielanych przez kobiety bez historii nowotworowej: „wykonuję badania cytologiczne co 2-3 lata”.

Wnioski

Analizując otrzymane wyniki badań możemy stwierdzić, że poziom świadomości prozdrowotnej kobiet po przebytej terapii nowotworu piersi jest na zadowalającym poziomie. Zachowania zdrowotne związane z profilaktyką nowotworową (zarówno pierwotną jak i wtórną) zostały ocenione wyżej u kobiet z przeszłością onkologiczną w stosunku do kobiet zdrowych. Przyczyną tego stanu może być zarówno strach przed nawrotem choroby jak również większa świadomość ważności stosowania zachowań sprzyjających zdrowiu. Kobiety leczone z powodu raka piersi są pod stałą kontrolą lekarza, dzięki czemu na bieżąco są informowane o konieczności wykonywania zarówno badań kontrolnych jak i zaleceń dotyczących zmiany stylu życia na bardziej prozdrowotny. Należy w tym miejscu zaznaczyć także rolę fizjoterapeutów i działań Klubów Amazonek, które wspierają, edukują i aktywizują kobiety po przebytej terapii nowotworowej. Badania profilaktyczne, w tym samobadanie piersi i regularne badania cytologiczne dają szansę na wczesne wykrycie rozwoju nowotworów sutka i raka szyjki macicy [9]. Diagnoza we wczesnym stadium raka piersi może gwarantować pełne wyleczenie (z wyjątkiem raka potrójnie negatywnego). Dlatego należy zwrócić szczególną uwagę na wyrobienie wśród kobiet, zwłaszcza z grup wysokiego ryzyka, nawyku samokontroli piersi i regularnego poddawania się mammograficznym badaniom przesiewowym [30]. Wprowadzenie działań podnoszących świadomość prozdrowotną w grupie kobiet po 45 roku życia, może przyczynić się do wzrostu częstotliwości podejmowania zachowań sprzyjających zdrowiu.

Piśmiennictwo

- Andruszkiewicz A, Banaszkiewicz M. Promocja Zdrowia. Teoretyczne podstawy promocji zdrowia. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2008.
- Walik M, Zarzycka D, Ilzecka J, Jarosz M. Wartość zdrowia jako czynnik motywacyjny do działań prozdrowotnych. *Zdrowie Publiczne* 2009; 1: 33-39.
- Gawel-Luty E. Miejsce aktywności fizycznej w kulturze czasu wolnego. Aspekt społeczno-pedagogiczny. In: Nowocien J, Zuchora K, editor. Sport w kulturze zdrowia, czasu wolnego i edukacji olimpijskiej. Warszawa: 2013; 48-59.
- Kirschner H. Pojęcie zdrowia i jego ocena. In: Jethon Z, Grzybowski A. Medycyna zapobiegawcza i środowisko. Warszawa: PZLW; 2000, p. 22-28.
- Kulik T, Latański M, editor. Koncepcja zdrowia w medycynie. Lublin: Wyd. Czelej; 2002.
- Pasikowski T. Co z tym zdrowiem? Pytania ważne i mniej ważne. In: Brzeziński J.M., Cierpiałkowska L, editor. Zdrowie i choroba. Problemy teorii, diagnozy i praktyki. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2008. p. 62-76.
- Sęk H. Jakość życia a zdrowie. *Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny*. 1993; 110-170.
- Prokopowicz K, Prokopowicz G, Kozdroń E. Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia kobiet po chorobie nowotworowej piersi. *Szkice Humanistyczne* 2013; tom XIII: 4 (33): 415-426.
- Wojnarowska B. Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2012.
- Bochniak A. Zachowania zdrowotne jako element zdrowego stylu życia. *Lekarz Wojskowy* 2010; 2: 187-194.
- Green L.W., Kreuter M.W. Health promotion planning: An educational and environmental approach, Mountain View, Mayfield Publishing Company 1991.
- Karski J.B. Praktyka i teoria promocji zdrowia. Warszawa: Wydawnictwa Fachowe; 2011.
- Ostrowska A. Styl życia a zdrowie. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN; 1999.
- Andruszkiewicz A, Nowik M. Zachowania zdrowotne kobiet czynnych zawodowo. *Problemy Pielęgniarstwa* 2011; 19 (2): 148-152.
- Pacian A, Kulik T. B, Chruściel P. Uwarunkowania psychospołeczne jakości życia kobiet w okresie klimakterium leczonych z powodu raka piersi. *Przegląd Menopauzalny* 2012; 5: 423-427.
- Mikołajewska E. Wpływ rehabilitacji i fizjoterapii na poprawę jakości życia. *Niepełnosprawność i rehabilitacja*. 1/2012: 5-12.
- Czerniak A, Demuth U. Wpływ aktywności fizycznej na poczucie jakości życia kobiet leczonych z powodu nowotworu piersi. In: Guszowska M, editor. Aktywność ruchowa kobiet. Formy, uwarunkowania, korzyści, zagrożenia. Warszawa: 2009. p. 309-316.
- Wojciechowska U, Didkowska J, Zatoński W. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2010 roku. Krajowy Rejestr Nowotworów. Warszawa 2012.
- Janssens J.P, Vandeloo M. Rak piersi: bezpośrednie i pośrednie czynniki ryzyka związane z wiekiem i stylem życia. *Nowotwory Journal of Oncology* 2009; 59 (3): 159-167.
- Tkaczuk-Włach J, Sobstyl M, Jakiel G. Rak piersi- znaczenie profilaktyki pierwotnej i wtórnej. *Przegląd Menopauzalny* 2012; (4): 343-347.
- Tuchowska P, Worach-Kardas H, Marcinkowski J.T. Najczęstsze nowotwory złośliwe w Polsce – główne czynniki ryzyka i możliwości optymalizacji działań profilaktycznych. *Probl Hig Epidemiol* 2013; 94(2): 166-171.
- Hildt-Ciupińska K. Skala pozytywnych zachowań zdrowotnych dla kobiet*. *Probl Hig Epidemiol* 2009; 90(2): 185-190.
- Kachaniuk H, Stanisławek A, Bartoszek A, Kocka K, Szadłowska-Szlachetka Z., Charzyńska-Gula M. An analysis of selected health behaviours of women as breast cancer risk factors. *Przegląd Menopauzalny* 2013; 6: 453-458.
- Kulik T, Modzelewska T. Zachowania prozdrowotne pielęgniarek a zespół wypalenia zawodowego. *Problemy Pielęgniarstwa* 2001; 1-2: 104-113.

25. Muszalik M, Kędziora-Kornatowska K, Marzec A, Klawe J. Analiza zachowań, samooceny oraz zagrożeń zdrowia pielęgniarek studiujących zaocznie. *Probl. Hig. Epidemiol.* 2007; 88 (3): 354-359.
26. Warchoł-Sławińska E, Włoch K. Zachowania zdrowotne pielęgniarek. *Zdrowie Publiczne* 2003; 113 (1-2): 156-159.
27. Chwałczyńska A, Woźniewski M, Rożek-Mróż K, Malicka I. Jakość życia kobiet po mastektomii. *Wiadomości Lekarskie* 2004; LVII (5-6): 312-316.
28. Demuth A, Czerniak U. Związek poczucia jakości życia z aktywnością fizyczną dojrzałych kobiet. *Fizjoterapia* 2011; 19 (1): 28-40.
29. Szczepańska-Gieracha J, Malicka I, Figuła M. Wpływ ośmiotygodniowego treningu nordic walking na jakość życia kobiet po mastektomii. *Onkologia Polska* 2010; 13(2): 90-95.
30. Mazurkiewicz A. Mam go! Rak piersi – strefa prywatna, strefa publiczna. Warszawa 2012.