

Wiedza kobiet na temat profilaktyki raka piersi w wybranych uwarunkowaniach socjo-demograficznych

Barbara Ślusarska¹, Grzegorz Józef Nowicki¹, Ewa Łachowska², Honorata Piasecka³, Anna Marciniak²

¹ Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego, Katedra Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

² Koło Naukowe przy Katedrze Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

³ Studia Doktoranckie, Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego, Katedra Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Ślusarska B, Nowicki GJ, Łachowska E, Piasecka H, Marciniak A. Wiedza kobiet na temat profilaktyki raka piersi w wybranych uwarunkowaniach socjo-demograficznych. Med Og Nauk Zdr. 2016; 22(1): 59–65. doi: 10.5604/20834543.1198725

Streszczenie

Wstęp. Wśród kobiet rak piersi jest jednym ze schorzeń onkologicznych najczęściej występujących w Polsce i stanowi poważny problemem zarówno zdrowotny, jak i społeczny. Wiedza o metodach wczesnego wykrywania raka, czynnikach ryzyka i metodach zapobiegania jest kluczową kwestią w walce z nowotworami piersi u kobiet.

Cel pracy. Ocena poziomu wiedzy na temat czynników ryzyka i profilaktyki raka piersi wśród kobiet w zależności od wybranych cech socjo-demograficznych: wiek, wykształcenie, charakter wykonywanej pracy, rodzinne występowanie nowotworu piersi.

Materiał i metoda. Badania przeprowadzono w marcu i kwietniu 2014 roku. Materiał obejmował grupę 144 kobiet. Metodą badawczą wykorzystaną w pracy był sondaż diagnostyczny. Jako narzędzie badawcze posłużył autorski kwestionariusz ankiety składający się z testu wiedzy na temat czynników ryzyka i profilaktyki raka piersi oraz metryczka.

Wyniki. Najczęściej wskazywanym przez kobiety czynnikiem ryzyka raka piersi było: obciążenie genetyczne (88,9%; n=128), przebyty w rodzinie nowotwór piersi (66%; n=95), wiek (54,5%; n=78), długotrwałe stosowanie antykoncepcji doustnej (49,3%; n=71) i przebyty rak trzonu macicy lub jajnika (45,1%; n=65). Większość respondentek nie wie (65%; n=93), jakie składniki żywienia mogą zwiększać ryzyko raka piersi. Jakkolwiek aż 64,6% (n=93) respondentek słusznie uważa, że niektóre pokarmy mogą zwiększyć ryzyko zachorowania. Niemal wszystkie respondentki (93,1%; n=134) wiedzą, że spacer, pływanie i jogging to te formy aktywności fizycznej, które są najbardziej zalecane w prowadzeniu prozdrowotnego stylu życia. Zdecydowana większość badanych (82,6%; n=120) wie, że wykonywanie samobadania piersi powinno się rozpocząć od 20 roku życia, z częstotnością raz w miesiącu (72,2%; n=104) w 2–3 dniu po ustąpieniu krwawienia (62,5; n=90).

Wnioski. Ponad połowa badanych kobiet posiada dostateczną wiedzę na temat raka piersi i jego profilaktyki. Prawie 39% ankietowanych prezentuje niedostateczny stopień, a niespełna 11% badanych wyróżnia się dobrą znajomością tego tematu. Wiedza żadnej respondentki nie została oceniona na poziomie bardzo dobrym. Kobiety z wyższym poziomem wykształcenia ($p < 0,05$) i wykonujące pracę umysłową ($p < 0,001$) wykazują istotnie statystycznie wyższy poziom wiedzy na temat czynników ryzyka i profilaktyki raka piersi.

Słowa kluczowe

rak piersi, kobiety, wiedza, czynniki ryzyka, profilaktyka

WSTĘP

Wśród kobiet rak piersi jest jednym ze schorzeń onkologicznych najczęściej występujących w Polsce i stanowi poważny problem zarówno zdrowotny, społeczny, jak i ekonomiczny. Według danych Krajowego Rejestru Nowotworów [1] u kobiet w 2011 roku najczęściej rejestrowany był nowotwór złośliwy piersi (22,8%). Po 50 roku życia występuje 80% zachorowań na raka piersi, przy czym prawie 50% zachorowań diagnozuje się między 50 a 69 rokiem życia. Ryzyko zachorowania raka piersi wzrasta z wiekiem aż do połowy siódmej dekady życia,

po czym zmniejsza się. Etiologia raka piersi nie jest znana. Najważniejszymi czynnikami ryzyka zachorowań na raka piersi są czynniki żywieniowe (spożywanie nadmiernych ilości alkoholu, szczególnie wysokoprocentowego; dieta bogata w tłuszcze nasycone), otyłość, wczesnie występująca pierwsza miesiączka, menopauza w późnym wieku, późne macierzyństwo lub bezdzietność, długotrwała terapia hormonalna (HTZ), ekspozycja na promieniowanie jonizujące, starszy wiek, rodzinne występowanie raka piersi wśród krewnych w pierwszym stopniu pokrewieństwa, nosicielstwo mutacji niektórych genów (BRCA₁/BRCA₂) [2].

We współczesnej profilaktyce chorób nowotworowych działania zmierną do wykrycia choroby w jak najwcześniejszym stopniu jej zaawansowania lub do wykrycia stanu przedchorobowego. Analiza danych epidemiologicznych jednoznacznie wskazuje, iż choroby nowotworowe wykryte we wczesnym stadium rozwoju dają szansę 100% wyleczenia

Adres do korespondencji: Grzegorz Józef Nowicki, Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego, Katedra Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, ul. Staszica 4-6, 20-081 Lublin

E-mail: grzesiek_nowicki@interia.pl

Nadesłano: 7 grudnia 2015; zaakceptowano do druku: 14 marca 2016

w większości przypadków. Wczesnemu wykrywaniu chorób nowotworowych sprzyjają wzrost świadomości społeczeństwa, odpowiednie przygotowanie personelu medycznego oraz wprowadzenie programów profilaktycznych jako głównego narzędzia medycyny profilaktycznej. Przykładem działań mających na celu wczesne wykrycie choroby są badania przesiewowe, inaczej zwane skринingowymi, tzn. badania wykonywane wśród zdrowej części populacji w określonym wieku, wykrywające wczesne stadium choroby lub stan, który predysponuje do wystąpienia choroby. Powinny być powtarzane wobec docelowej populacji w określonym interwale czasowym [3, 4].

W opinii Krzakowskiego i wsp. prawdopodobnie zbyt mało kobiet wierzy, że wczesne wykrycie zmian chorobowych i rozpoznanie zmiany mogą uratować życie, pomóc uciec od bólu, cierpienia i tragedii rodzinnych. Jest to olbrzymi problem kliniczny, ekonomiczny i społeczny [5]. Wiedza o metodach wczesnego wykrywania raka, czynnikach ryzyka i metodach zapobiegania to kluczowa kwestia w walce z nowotworami piersi u kobiet [3].

CEL PRACY

Celem pracy jest ocena poziomu wiedzy na temat czynników ryzyka i profilaktyki raka piersi wśród kobiet w zależności od wybranych cech socjo-demograficznych: wiek, wykształcenie, charakter wykonywanej pracy, rodzinne występowanie nowotworu piersi.

MATERIAŁ I METODA

Materiał obejmował grupę 144 kobiet zamieszkujących miejscowość Przytyk położoną w powiecie radomskim w odległości 17 km od Radomia w południowej części województwa mazowieckiego. Badania zostały przeprowadzone w okresie marca i kwietnia 2014 roku.

Materiał zgromadzono, wykorzystując metodę sondażu diagnostycznego. Narzędziem badawczym wykorzystanym w ramach tej pracy był kwestionariusz ankiety składający się z testu wiedzy na temat czynników ryzyka i profilaktyki raka piersi oraz metryczka.

Test wiedzy na temat czynników ryzyka i profilaktyki raka piersi składał się z 18 pytań, były to pytania półotwarte, zamknięte, jednokrotnego lub wielokrotnego wyboru. Pytania od 1 do 5 dotyczyły wiedzy na temat czynników ryzyka raka piersi. Pytanie 6 odnosi się do znajomości objawów tej choroby, natomiast pytania od 7 do 13 obejmują obszar wiedzy na temat samobadania piersi. Pytania 14–18 traktowały o badaniach profilaktycznych, takich jak badanie przez lekarza, USG piersi i mammografia.

Ogólny poziom wiedzy respondentek na temat raka piersi i jego profilaktyki oceniono za pomocą autorskiego klucza odpowiedzi. W pytaniach jednokrotnego wyboru badane kobiety mogły uzyskać maksymalnie 1 punkt, natomiast w pytaniach zawierających kilka dobrych odpowiedzi, mogły one otrzymać następującą liczbę punktów: pytanie 1 – 2,75 punktów (za każdą poprawną odpowiedź 0,25 pkt), pytanie 2 – 1 pkt (za poprawną odpowiedź 0,5 pkt), pytanie 3 – 2 pkt (również za każdą poprawną odpowiedź 0,5 pkt), pytanie 6 – 1,75 pkt (0,25 pkt za każdą poprawną odpowiedź) oraz w pytaniu 12 – 1,5 pkt (0,5 pkt za każdą prawidłową odpowiedź).

Maksymalną liczbę punktów, jaką można było osiągnąć w teście wiedzy, było 22 pkt. Poziom wiedzy respondentek, które osiągnęły nie mniej niż 19,75 pkt, został oceniony na ocenę bardzo dobrą. Osoby, którym udało się zdobyć od 19,5 do 16,5 pkt, otrzymały ocenę dobrą. Za posiadające dostateczny poziom wiedzy na temat raka piersi uznano respondentki, które otrzymały od 16,25 do 11 pkt. Kobiety, których wiedzę oceniono poniżej 11 pkt cechują się niewystarczającą znajomością tematu profilaktyki nowotworu sutka.

Narzędzie zostało zakończone metryczką, w której oceniano dane socjo-demograficzne badanych kobiet, tj. wiek, wykształcenie, rodzaj wykonywanej pracy oraz rodzinne występowanie nowotworów piersi.

Otrzymane wyniki były kodowane w przygotowanej na potrzeby badania bazie Excel programu Microsoft Office 2007, a ich analizę statystyczną przeprowadzono z wykorzystaniem Statistica PL 10.0. Wartości analizowanych parametrów mierzalnych przedstawiono przy pomocy wartości średniej oraz odchylenia standardowego, a dla niemierzalnych – przy pomocy liczności i odsetka. Do zbadania różnic w parametrach mierzalnych pomiędzy dwiema grupami zastosowano test nieparametryczny U Manna-Whitneya, zaś dla więcej niż dwóch grup zastosowano test Kruskala-Wallisa. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$ wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic lub zależności.

WYNIKI

Charakterystyka badanej grupy

Wśród 144 kobiet najmłodsza spośród respondentek miała 18, a najstarsza 76 lat. Średnia wieku wyniosła 33,5 roku ($SD=12,04$). Największy odsetek stanowiły kobiety w wieku poniżej 31 lat (40,97%; $n=59$), a najmniejszy powyżej 40 lat (27,08%; $n=39$). 31,94% ($n=46$) było kobiet w wieku od 31 do 40 roku życia. Niemal połowa respondentek (47,2%; $n=68$) posiadała wykształcenie średnie. Z kolei co trzecia (34,7%; $n=50$) wykształcenie wyższe. Znacznie mniej liczne były osoby z wykształceniem zawodowym stanowiące 14,6% ($n=21$) badanej grupy oraz podstawowym – 3,5% ($n=5$). 30,6% ($n=44$) badanych pracowało umysłowo, studiowały lub uczyły się 29,9% ($n=43$), a pracę fizyczną wykonywało 26,4% ($n=38$) respondentek. Osoby bezrobotne były najmniej liczne i stanowiły 13% ($n=19$) badanej grupy. Nowotwór piersi występował w rodzinie u co czwartej respondentki (25%, $n=36$). U pozostałych 75% ($n=108$) nowotwór piersi w rodzinie nie występował. Spośród respondentek w rodzinach, których wystąpił nowotwór piersi u 25,7% ($n=9$) miał on miejsce u matek, a w 22,9% ($n=8$) u babek. Z kolei 51,4% ($n=19$) badanych wskazało na inną osobę, która w rodzinie chorowała na raka piersi.

Poziom wiedzy na temat czynników ryzyka i profilaktyki raka piersi w badanej grupie

Z przeprowadzonych badań wynika, że respondenci dość dobrze znają czynniki zwiększające prawdopodobieństwo wystąpienia raka piersi. Zdecydowanie najwięcej ankietowanych prawidłowo wskazało na czynniki genetyczne (88,9%; $n=128$). Ponad połowa badanych wymieniła również prawidłowo przebyty nowotwór piersi (66%; $n=95$) oraz wiek (54,2%; $n=78$), a niemal połowa – długotrwałe stosowanie antykoncepcji doustnej (49,3%; $n=71$) i przebyty rak trzonu macicy lub jajnika (45,1%; $n=65$). Niewiele respondentek wie, że prawdopodobieństwo nowotworu sutka zwiększają

również wczesny wiek pierwszej miesiączki, późna menopauza, brak ciąży lub późna ciąża, otyłość oraz spożywanie alkoholu. Z kolei aż 41% (n=59) badanych wskazało na palenie tytoniu jako czynnik predysponujący do wystąpienia raka piersi, podczas gdy nie zwiększa ono ryzyka tego nowotworu.

Większość respondentek nie wie (65%; n=93), jakie składniki spożywcze mogą zwiększać ryzyko raka piersi. Odpowiedzi prawidłowe wskazało zaledwie odpowiednio 25,9% (n=37) oraz 11,2% (n=16) badanych kobiet (kwasy tłuszczowe jednonienasycone omega-6 znajdujące się np. w olejach roślinnych, kukurydzianych czy słonecznikowych, oraz kwasy tłuszczowe wielonienasycone omega-9 znajdujące się np. w oliwie z oliwek). Niemal połowa respondentek (49,7%; n=71) wie, że kwasy tłuszczowe wielonienasycone omega-3 znajdujące się głównie w olejach rybnych mogą zmniejszać ryzyko raka piersi. Z kolei po 23,8% (n=34) badanych prawidłowo wskazało również na kwas foliowy oraz beta-karoten i witaminę C, a 14,7% (n=21) respondentek również prawidłowo podało błonnik. Jakkolwiek aż 64,6% (n=93) respondentek słusznie uważa, że niektóre pokarmy mogą zwiększyć prawdopodobieństwo raka piersi, a inne mogą je zmniejszyć, przeciwnego zdania jest 14,6% (n=21) ankietowanych. 20,8% (n=30) badanych nie ma zdania ten temat.

Niemal wszystkie respondentki (93,1%; n=134) wiedzą, że spacer, pływanie i jogging to te formy aktywności fizycznej, które są najbardziej zalecane w prowadzeniu prozdrowotnego stylu życia.

Respondentki dosyć dobrze znają objawy raka piersi. Niemal wszystkie prawidłowo wskazały na wyczuwalny guzek w obrębie piersi (95,8%; n=138), a zdecydowana większość również na krwisty wyciek z brodawki sutkowej (72,9%; n=105), powiększenie węzłów chłonnych w dole pachowym (70,1%; n=101) oraz zmianę kształtu piersi (61,8%; n=89). Około połowa respondentek wie, że do objawów należy wciągnięcie brodawki sutkowej niedające się odprowadzić (50,7%; n=73) oraz owrzodzenie brodawki sutkowej (49,3%; n=71). Najmniej badanych (37,5%; n=54) wie, że objawem nowotworu sutka jest również wciągnięcie bądź zmarszczenie skóry piersi.

Zdecydowana większość respondentek (82,6%; n=120) wie, że wykonywanie samobadania piersi powinno się rozpocząć od 20 roku życia, z częstotnością raz w miesiącu (72,2%; n=104) w 2–3 dniu po ustąpieniu krwawienia (62,5; n=90). Także nieco ponad połowa badanych (56,3%; n=81) wie, że kobiety po menopauzie powinny wykonywać samobadanie piersi zawsze tego samego dnia w każdym miesiącu. Tylko 41,7% (n=60) badanych wie, że samobadanie piersi powinno się wykonywać w pozycji leżącej i stojącej. Z kolei aż 45,1% (n=65) wskazało wyłącznie na pozycję stojącą. Technika badania piersi wskazywaną przez 81,3% (n=117) respondentek jest technika ruchów w kształcie koncentrycznych okręgów. Z kolei tylko nieliczne wiedzą, że odpowiednie są również techniki ruchów promienistych (30,6%; n=44) oraz technika „mammcare” (13%; n=19). Większość respondentek (59,7%; n=86) wie, że samobadanie piersi należy wykonywać opuszkami trzech palców: wskazującego, środkowego i serdecznego. Aż 25,7% (n=37) badanych uważa, że badanie to należy wykonać opuszkami wszystkich palców, a 12,5% (n=18), że powierzchnią całej dłoni.

Również większość badanych kobiet (61,1%; n=88) wie, że lekarz rodzinny lub ginekolog powinien przeprowadzać badanie piersi przy każdej wizycie lekarskiej. Ponad połowa respondentek (61,1%; n=88) jest świadomych, że

wykonywanie USG piersi zaleca się w grupie wiekowej od 20 do 40 roku życia. Niestety, aż 32,6% (n=45) ankietowanych mylnie uważa, że badanie to powinno się przeprowadzać u kobiet powyżej 40 roku życia. Aż 79,2% (n=114) badanych kobiet wie, że wykonywanie mammografii zaleca się u kobiet powyżej 40 roku życia. Z kolei 19,4% (n=28) badanych nieprawidłowo twierdzi, że jest to badanie przeznaczone dla kobiet w wieku 20–40 lat. Ponad połowa respondentek (62,5%; n=90) wie, że program wczesnego wykrywania raka piersi w ramach którego badanie mammograficzne wykonywane jest na koszt NFZ, obejmuje w Polsce kobiety mające od 50 do 69 lat. Natomiast 19,4% (n=28) badanych uważa, że program ten skierowany jest do kobiet w wieku 40–59 lat, 8,3% (n=12) ankietowanych twierdzi, że obejmuje on osoby 30–40-letnie, a 9,7% (n=14) jest przekonanych, iż nie ma on żadnych ograniczeń wiekowych. Jakkolwiek jedynie nieco ponad połowa respondentek (51,4%; n=74) wie, że badanie mammograficzne powinno się powtarzać co 2 lata. Niemal co trzecia kobieta (31,3%; n=45) błędnie sądzi, że powinno się to robić co rok. Szczegółowe dane oceniające poziom wiedzy badanych kobiet na temat czynników ryzyka i profilaktyki raka piersi przedstawia tabela 1.

Uzyskane odpowiedzi przeliczono na punkty według przyjętego kryterium. Przeciętnie respondentki zdobyły 12 pkt (54,92% poprawnych odpowiedzi) możliwych do zdobycia punktów w teście wiedzy. Najniższy odnotowany wynik to 4,25 pkt (19,32% poprawnych odpowiedzi), a najwyższy to 19,5 pkt (88,64% poprawnych odpowiedzi). Odchylenie standardowe wynosiło 15,18.

Wyniki dokonanej analizy wskazują, że 50,7% (n=73) badanych posiada dostateczną wiedzę na temat raka piersi i jego profilaktyki. Z kolei 38,9% (n=56) respondentek prezentuje wiedzę niedostateczną, a zaledwie 10,4% (n=15) wiedzę dobrą. Żadna z kobiet, według przyjętych kryteriów, nie ma bardzo dobrego poziomu wiedzy.

POZIOM WIEDZY A BADANE ZMIENNE

Przeprowadzona analiza statystyczna wykazała istotną zależność pomiędzy poziomem wykształcenia a poziomem wiedzy na temat czynników ryzyka i profilaktyki raka piersi ($p < 0,001$). Im wyższy poziom wykształcenia, tym wyższy poziom wiedzy badanych (tabela 2).

Analizując charakter wykonywanej pracy a poziom wiedzy, zaobserwowano ciekawą zależność istotną statystycznie ($p = 0,045$). W grupie badanych kobiet te respondentki, które wykonywały pracę umysłową charakteryzowały się wyższym poziomem wiedzy niż osoby wykonujące pracę fizyczną (tabela 2).

W wyniku przeprowadzonej analizy statystycznej nie zaobserwowano istotnie statystycznych różnic pomiędzy poziomem wiedzy badanych a wiekiem i deklarowanym rodzinnym występowaniem nowotworów piersi ($p > 0,05$).

DYSKUSJA

Pomimo dynamicznego rozwoju medycyny coraz bardziej zaawansowanych metod leczenia, szeregu badań przesiewowych pozwalających na wczesne wykrywanie nowotworów, liczba zachorowań na raka piersi ciągle rośnie. Potencjalnie można przyjąć, że u każdej kobiety po 35 roku życia występuje

Tabela 1. Wyniki oceny wiedzy na temat czynników ryzyka i profilaktyki raka piersi

Lp.	Pytanie	Kategorie	n	%	Lp.	Pytanie	Kategorie	n	%		
1.	Które czynniki zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia raka piersi:	Wiek	78	54,2	8.	Częstotliwość wykonywania samobadania piersi:	Raz w tygodniu	21	14,6		
		Wczesny wiek pierwszej miesiączki	27	18,8			Raz w miesiącu	104	72,2		
		Późny wiek pierwszej miesiączki	1,4	6,9			Raz na pół roku	11	7,6		
		Wczesna menopauza	1,4	6,9			Kilka razy w roku	8	5,6		
		Późna menopauza	27	18,8	9.	Dzień cyklu miesięczkowego, w którym należy wykonać samobadanie piersi	5 dni przed miesiączką	15	10,4		
		Czynniki genetyczne	128	88,9			W dowolnym dniu miesiąca	13	9,0		
		Brak ciąży lub późna ciąża	47	32,6			2-3 dni po ustąpieniu krwawienia	90	62,5		
		Posiadanie liczego potomstwa	11	7,6	10.	Kobiety po menopauzie samobadanie piersi wykonują:	Nie wiem	26	18,1		
		Otyłość	30	20,8			Zawsze tego samego dnia w każdym miesiącu	81	56,3		
		Spożycie alkoholu	28	19,4			W dowolnie wybranym dniu w miesiącu	42	29,2		
		Palenie tytoniu	59	41,0			Nie wiem	21	14,6		
2.	Składniki spożywcze zwiększające ryzyko zachorowania na raka piersi:	Długotrwałe stosowanie antykoncepcji doustnej	71	49,3	11.	Pozycja ciała w której wykonuje się samobadanie piersi:	Leżąca	6	4,2		
		Brak lub mała aktywność fizyczna	35	24,3			Siedząca	5	3,5		
		Przebyty rak trzonu macicy lub jajnika	65	45,1			Stojąca	65	45,1		
		Przebyty nowotwór piersi	95	66,0			Leżąca i stojąca	60	41,7		
		Kwasy tłuszczowe omega-6	37	25,9	12.	Techniki samobadania piersi:	Pozycja ciała nie ma znaczenia	8	5,6		
		Kwasy tłuszczowe omega-9	16	11,2			Technika ruchów w kształcie koncentrycznych okręgów	117	81,3		
		Kwasy tłuszczowe omega-3	5	3,5			Technika ruchów promienistych	44	30,6		
		Kwas foliowy	6	4,2			Technika „mammacare”	19	13,2		
		Beta-karoten i witamina C	2	1,4			Technika ruchów dowolnych	21	14,6		
		Blonnik	4	2,8			Technika ruchów naprzemiennych	17	11,8		
		Nie wiem	93	65,0			Całą powierzchnią dłoni	18	12,5		
3.	Składniki spożywcze zmniejszające ryzyko zachorowania na raka piersi:	Inne: tłuszcze spożywcze, konserwanty spożywcze	5	3,5	13.	Samobadanie piersi należy wykonywać:	Opuszkami wszystkich palców	37	25,7		
		Kwasy tłuszczowe omega-6	15	10,5			Opuszkami palca wskazującego, środkowego i serdecznego	86	59,7		
		Kwasy tłuszczowe omega-9	30	21,0			Opuszką kciuka	1	0,7		
		Kwasy tłuszczowe omega-3	71	49,7	14.	Lekarz rodzinny i ginekolog badanie piersi powinien przeprowadzać:	Nie wiem	2	1,4		
		Kwas foliowy	34	23,8			Przy każdej wizycie	88	61,1		
		Beta-karoten i witamina C	34	23,8			Tylko jak pacjentka zgłosi dolegliwości związane z piersiami	11	7,6		
4.	Czy rodzaj spożywanych pokarmów ma znaczenie dla rozwoju raka piersi:	Blonnik	21	14,7	15.	Wykonanie USG piersi zaleca się u osób:	Raz na rok	30	20,8		
		Nie wiem	52	36,4			Jeśli pacjentka jest z grupy osób z podwyższonym ryzykiem wystąpienia choroby	10	6,9		
		Tak	93	64,6			Nie wiem	5	3,5		
5.	Formy aktywności sprzyjające prozdrowotnemu stylowi życia:	Nie	21	14,6	16.	Wiek w którym zaleca się wykonanie mammografii:	Ponizżej 20 roku życia	5	3,5		
		Nie mam zdania	30	20,8			Od 20 do 40 roku życia	88	61,1		
		Spacer, pływanie, jogging	134	93,1			Powyżej 40 roku życia	47	32,6		
		Podnoszenie ciężarów	1	0,7			Jest to badanie niebezpieczne i nie jest zalecane	4	2,8		
		Skok na spadochronie, wyścigi rowerowe, nordic walking	3	2,1	17.	Bezplatnie badanie mammograficzne w ramach programu profilaktyki może wykonać kobieta w wieku:	Ponizżej 20 roku życia	2	1,4		
		Taniec, sporty wyczynowe	6	4,1			Od 20 do 40 roku życia	28	19,4		
		Wyczuwalny guzek w obrębie piersi	138	95,8			Powyżej 40 roku życia	114	79,2		
		6.	Objawy raka piersi to:	Zmniejszenie się wielkości obu piersi	9	6,3	18.	Co jaki czas należy powtarzać mammografie:	30-40 lat	12	8,3
				Wciągnięcie bądź zmarszczenie skóry obu piersi	54	37,5			40-59 lat	28	19,4
				Wciągnięcie brodawki sutkowej nie dające się odprowadzić	73	50,7			50-69 lat	90	62,5
				Łuszczenie się skóry na piersi	17	11,8			Nie ma ograniczeń wiekowych	14	9,7
Owrzodzenie brodawki sutkowej	71			49,3	19.	Co jaki czas należy powtarzać mammografie:	Co rok	45	31,3		
Powiększenie węzłów chłonnych w dole pachowym	101			70,1			Co 2 lata	74	51,4		
Świąd skóry piersi	11			7,6			Co 5 lat	16	11,1		
Zmiana kształtu piersi	89			61,8			Wykonuje się je ponownie, jeśli zaleci lekarz	9	6,3		
7.	Wiek, w którym należy rozpocząć samobadanie piersi:	Krwisty wyciek z brodawki sutkowej	105	72,9	20.	Czas rozpoczęcia samobadania nie ma znaczenia	od 20 roku życia	120	82,6		
		od 40 roku życia	9	6,9							
		od 50 roku życia	2	1,4							
		Czas rozpoczęcia samobadania nie ma znaczenia	13	9,0							

Tabela 2. Poziom wiedzy na temat czynników ryzyka i profilaktyki raka piersi a badane zmienne

Zmienna		Poziom wiedzy (%)		Analiza statystyczna
		M	SD	
Wiek	do 40 lat	56,52	14,66	Z=-1,812; p=0,07
	powyżej 40 lat	50,64	15,91	
Wykształcenie	Podstawowe i zawodowe	46,33	15,14	H=23,833; p<0,001*
	Średnie	52,36	12,64	
	Wyższe	62,89	14,95	
Rodzaj wykonywanej pracy	Umysłowa	59,01	16,80	H=8,048; p=0,045*
	Fizyczna	49,16	16,17	
	Student/uczeń	55,87	11,99	
	Bezrobotna	54,84	13,04	
Występowanie nowotworu piersi w rodzinie	Tak	53,69	15,29	Z=-1,435; p=0,151
	Nie	58,62	14,42	

ryzyko zachorowania na raka gruczołu piersiowego. Najistotniejszym elementem mającym wpływ na zmniejszenie zarówno zachorowalności, jak i umieralności na nowotwór sutka jest profilaktyka onkologiczna, zarówno o charakterze pierwotnym, jak i wtórnym. Edukacja onkologiczna wśród kobiet obecnie najważniejszym elementem kształtującym przekonania i zachowania zdrowotne w populacji ludzkiej. Aby zwiększyć udział kobiet w podejmowaniu działań na rzecz własnego zdrowia, należy odnieść się do ich wiedzy i kształtować w nich poczucie odpowiedzialności za siebie i swoich najbliższych [7].

Wyniki przeprowadzonych badań wskazują, że około połowa ankietowanych kobiet (50,7%) posiada dostateczną wiedzę na temat raka piersi i jego profilaktyki. Niestety, aż 38,9% badanych ma niewystarczającą wiedzę na ten temat, a tylko 10,4% respondentek dobrą. Wyjątkowo niepokojący jest fakt, że żadna osoba z grupy badanej nie wykazała się bardzo dobrą znajomością tego tematu. Podobne wyniki badań w swojej pracy uzyskali Przysada i wsp. [8]. W przeprowadzonych przez nich badaniach wiedza kobiet została oceniona na poziomie dostatecznym. 59% ankietowanych uzyskało ocenę pozytywną, a 41% ocenę niedostateczną. Żadna z respondentek nie uzyskała oceny bardzo dobrej.

W wyniku przeprowadzonej analizy wyników badań własnych stwierdzono, że występuje istotna zależność pomiędzy wiedzą respondentek, a ich wykształceniem ($p=0,000$) oraz rodzajem wykonywanej pracy zawodowej ($p=0,045$). Kobiety posiadające wykształcenie wyższe cechowały się znacznie wyższym poziomem wiedzy na temat profilaktyki nowotworu sutka niż osoby z legitymującą się wykształceniem średnim i zawodowym. Również ankietowane pracujące umysłowo wykazały się lepszą znajomością tematu badań, niż te które pracowały fizycznie. 25% badanych podało, że w ich najbliższej rodzinie występował nowotwór sutka. Kobiety te także posiadały wyższy poziom wiedzy na temat raka piersi i jego profilaktyki od osób, w rodzinach których schorzenie to nie występowało, jednak wynik ten nie był istotny pod względem statystycznym ($p=0,151$). Nie stwierdzono również zależności pomiędzy wiekiem respondentek a ich poziomem wiedzy ($p=0,070$). Również Przysada i wsp. [8] badając poziom wiedzy kobiet na temat profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi nie wykazali istotnej statystycznie zależności pomiędzy wiedzą a wiekiem badanych oraz nie

stwierdzili wpływu obciążeń genetycznych na poziom znajomości zagadnień związanych z nowotworem gruczołu sutkowego.

Najczęściej wymieniane czynniki ryzyka rozwoju raka piersi w badaniach własnych to czynniki genetyczne (88,9%), przebyty nowotwór piersi (66%), wiek (54,3%), długotrwałe stosowanie antykoncepcji doustnej (49,3%) i przebyty rak trzonu macicy i jajnika (45,1%). Niewiele respondentek jest świadomych, że prawdopodobieństwo zachorowania na nowotwór sutka zwiększa wczesny wiek pierwszej miesiączki (18,8%), późna menopauza (18,8%), otyłość (20,8%), spożywanie alkoholu (19,4%) czy mała aktywność fizyczna (24,3%). W badaniach Lewandowska i wsp. [9] do najczęściej wymienianych czynników ryzyka rozwoju nowotworu gruczołu piersiowego należą: obciążenia genetyczne (64%), stosowanie antykoncepcji hormonalnej (50%) oraz otyłość (30%). Natomiast w badaniach Nity i wsp. [10] najczęściej respondentek odpowiedziało, że wpływ na wzrost ryzyka zachorowania na raka sutka mają czynniki genetyczne (75,2%), występowanie łagodnych zmian w piersiach (72,5%) oraz rak piersi w rodzinie (65,1%).

Jednym z istotnych czynników wpływających na rozwój nowotworu piersi jest stosowana dieta. Istnieje zależność pomiędzy rodzajem i ilością przyjmowanych tłuszczów a stężeniem estrogenów. Zwiększone stężenie tych żeńskich hormonów płciowych predysponuje do wystąpienia nowotworu gruczołu piersiowego. Ograniczenie spożycia tłuszczów zmniejsza ich stężenie. Wyjątkiem są wielonienasycone kwasy tłuszczowe omega-3, w przypadku których zaobserwowano ujemną korelację pomiędzy ich stężeniem a ryzykiem rozwoju raka piersi [11].

W badaniach Paździor i wsp. [12] zaledwie 28% badanych uznało, że dieta ma znaczenie w profilaktyce raka sutka. Z przeprowadzonych badań własnych wynika, że odsetek ankietowanych kobiet świadomych wpływu przyjmowanych pokarmów na zwiększenie bądź zmniejszenie ryzyka wystąpienia zmian patologicznych w gruczołach piersiowych jest znacznie wyższy i wynosi 64,6%. Niestety, tylko 25,9% badanych wskazało, że czynnikiem predysponującym do rozwoju nowotworu sutka są kwasy tłuszczowe jednonienasycone omega-6, a 11,2% respondentek, że są to również kwasy wielonienasycone omega-9. Prawie połowa ankietowanych kobiet (49,7%) prawidłowo wskazała, że czynnikiem zmniejszającym ryzyko raka piersi są kwasy tłuszczowe wielonienasycone omega-3. Zaledwie 23,8% badanych do tej grupy zaliczyła również kwas foliowy, tyle samo osób wskazało na beta-karoten i witaminę C, najmniej osób (14,7%) podało, że ryzyko to zmniejsza także błonnik pokarmowy. Z badań przeprowadzonych przez Czeczewska i wsp. [9] wynika, że zaledwie 34,2% badanych wie, że kwasy tłuszczowe wielonienasycone z rodziny omega 6 i 9 wpływają na wzrost ryzyka wystąpienia raka piersi. Natomiast 41,4% respondentek wiedziało, że niedobór kwasu foliowego i witaminy B₁₂ również predysponuje do rozwoju tego nowotworu.

Znajomość objawów mogących sugerować rozwój raka piersi jest jednym z najważniejszych elementów wpływających na szybką identyfikację niepokojących zmian w piersiach. W badanej grupie do najczęściej wymienianych przez kobiety objawów raka gruczołu piersiowego wyczuwalny guz w obrębie piersi (95,8%), krwisty wyciek z brodawki sutkowej (72,9%), powiększenie węzłów chłonnych w dole pachowym (70,1%), zmiana kształtu piersi (61,8%), wciągnięcie brodawki sutkowej niedające się odprowadzić (50,7%)

oraz owrzodzenie brodawki sutkowej (49,3%). Również w badaniach Lewandowskiej i wsp. [9] najczęściej podawanymi objawami nowotworu piersi były guz w piersi lub pod pachą (96%) oraz krwisty wyciek z brodawki sutkowej (76%). Do innych symptomów wymienionych przez respondentki w cytowanym badaniu należą objaw skórki pomarańczowej (44%), zmiany wyglądu brodawek (30%), obrzęk piersi (28%) oraz ból w obrębie piersi (16%). Podobne wyniki w swoich badaniach uzyskała też Lorenc i wsp. [13] Najbardziej znanymi objawami mogącymi sugerować wystąpienie raka gruczołu sutkowego dla respondentek były guz w obrębie piersi (97%), powiększenie węzłów chłonnych w dole pachowym (72,5%) zmiana wielkości i kształtu piersi (51%) oraz zaciągnięcie skóry lub brodawki sutkowej, które nie daje się odprowadzić (50,5%).

Samobadanie piersi to najtańsza i jednocześnie bardzo ważna metoda umożliwiająca wczesne wykrycie niepokojących zmian w piersiach, o czym świadczy fakt, że 90% zmian złośliwych jest rozpoznawanych przez kobiety właśnie podczas samobadania [9]. Z przeprowadzonych badań wynika, że 82,6% badanych kobiet wie, że samobadanie piersi należy rozpocząć już od 20 roku życia. Zych i wsp. [4] wykazali, iż zaledwie 51% respondentek podało poprawną odpowiedź na to pytanie.

W badaniach własnych aż 72,2% ankietowanych uważa, że samodzielne badanie gruczołów piersiowych należy przeprowadzać raz w miesiącu, natomiast tylko 56,3% badanej grupy prawidłowo wskazało, że po menopauzie kobiety powinny badać swoje piersi zawsze tego samego dnia w każdym miesiącu. Ponad połowa pytanych (62,5%) była świadoma tego, że samobadanie należy wykonywać 2–3 dni po ustaniu krwawienia miesięczkowego. W badaniach Lewandowskiej i wsp. [9] połowa kobiet (50%) wiedziała, że samokontrolę piersi powinno się przeprowadzać po zakończeniu krwawienia miesięczkowego. Podobny wynik uzyskali Kurpas i wsp. [14], gdzie 49% ankietowanych zadeklarowało, że samobadanie gruczołów sutkowych wykonuje się po menstruacji.

Najbardziej znaną techniką palpacyjnego badania piersi dla badanych kobiet z gminy Przytyk jest technika w kształcie koncentrycznych okręgów (81,3%), mniej znane sposoby badania piersi to technika ruchów promienistych (30,6%) oraz technika „mammacare” (13,2%). W badaniach Lewandowskiej i wsp. [15] aż 46% kobiet nie potrafiło wymienić, żadnej techniki samobadania piersi. Wśród tych, które udzieliły odpowiedzi na to pytanie, najbardziej popularna była metoda ruchów w kształcie koncentrycznych okręgów (36%).

Z badań własnych wynika, że 61,1% respondentek jest świadomych, że ginekolog powinien przeprowadzać badanie gruczołów piersiowych przy każdej wizycie lekarskiej, jednak zaledwie 3,5% badanych kobiet przyznaje, że lekarz robił to za każdym razem. Aż 60,4% ankietowanych nigdy nie miało wykonanego badania palpacyjnego piersi przez specjalistę. Podobne wyniki uzyskały Lewandowska i wsp. [15], gdzie według 62% respondentek lekarz nigdy nie badał ich gruczołów sutkowych. Natomiast zupełnie odmienne stanowisko prezentują Przysada i wsp. [8], którzy podają, że zaledwie 8% ankietowanych kobiet nie miało nigdy przeprowadzonego badania piersi przez ginekologa, a 21% mało je wykonywane przy każdej wizycie lekarskiej.

USG piersi jest badaniem uzupełniającym w stosunku do mammografii. Pozwala ono na wykrycie nawet niewielkich zmian guzowatych w gruczołach sutkowych za pomocą fali ultradźwiękowej. Jest ono stosowane głównie u młodych

kobiet przed 40 rokiem życia, u których występuje gruczołowa budowa piersi [15, 16]. Z przeprowadzonych badań własnych wynika, że 61,1% badanych wie, że USG piersi wykonuje się u kobiet w przedziale wiekowym 20–40 lat. Odmienne wyniki przedstawiają Lorenc i wsp. [13], którzy wykazali, iż większość grupy badawczej (76%) uważa, że USG piersi ma największe znaczenie w diagnostyce raka sutka po 40 roku życia.

Mammografia jest badaniem radiologicznym, które pozwala wykryć nawet 2–3 mm zmiany, niewyczuwalne podczas badania palpacyjnego [17]. Według literatury, jest ona najlepszą nieinwazyjną metodą diagnostyczną stosowaną u kobiet po 35/40 roku życia, u których tkanka gruczołowa piersi zostaje zastąpiona przez tkankę tłuszczową [6]. Ważnym czynnikiem prewencji, wpływającym na frekwencję w badaniach mammograficznych, jest wiedza kobiet o tym, od kiedy i jak często należy je wykonywać. Najdyhor i wsp. [18] wykazali, iż tylko 36% respondentek poprawnie wskazało, że mammografię zaleca się u kobiet powyżej 40 roku życia. W badaniach własnych aż 4/5 badanych (79,2%) poprawnie udzieliło odpowiedzi na to pytanie. Jednak zaledwie połowa z nich (51,4%) była świadoma, że mammografię należy regularnie powtarzać co 2 lata. Porównywalny wynik (55%) uzyskała również Najdyhor i wsp. [18]. Natomiast nieco gorsze rezultaty osiągnęła Florek-Łuszczki [19], która podała, że zaledwie 37,8% ankietowanych poprawnie określiło częstotliwość, z jaką należy wykonywać mammografię.

Stosowanie antykoncepcji hormonalnej i hormonalnej terapii zastępczej zaliczamy do kontrowersyjnych czynników, które mogą zwiększać prawdopodobieństwo zachorowania na raka piersi. Antykoncepcja hormonalna powoduje wzrost tego ryzyka szczególnie u kobiet, które jeszcze nie posiadają potomstwa. Zaleca się, by nie stosowały one tego typu środków dłużej niż 5 lat [20]. Również hormonalnej terapii zastępczej nie powinno się przyjmować dłużej niż 5 lat, a wskazania do jej stosowania należy określać indywidualnie z uwzględnieniem prawdopodobnych powikłań [21].

W badaniach Najdyhor i wsp. [18] 65% badanych kobiet słusznie uznało, że na podejmowanie działań profilaktycznych z zakresu raka piersi ma wpływ wiedza, 43% odpowiedziało, iż największą przeszkodą w zgłaszaniu się kobiet na badania jest utrudniony dostęp do mammografii, 30% respondentek wskazało, że jest to brak środków finansowych, a 20% że brak zaufania do lekarzy.

Problematyka raka piersi i jego profilaktyki jest tematem wciąż obecnym zarówno w badaniach naukowych, licznych kampaniach profilaktycznych, jak i w ogólnym 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. Odkrywanie nowych obszarów niewiedzy zdrowotnej w zakresie edukacji onkologicznej jest podstawą do przygotowywania programów edukacji zdrowotnej dostosowanych do wielorakich uwarunkowań ich odbiorców.

WNIOSKI

1. W przypadku ponad połowy badanych kobiet poziom wiedzy na temat czynników ryzyka i profilaktyki raka piersi jest dostateczny, a tylko ponad 10% badanych miało dobry poziom wiedzy. Wiedza żadnej z badanych kobiet

nie została oceniona na poziomie bardzo dobrym.

2. Kobiety mają świadomość znaczenia przeprowadzania badań profilaktycznych piersi, jednak jest ona niska wśród osób z niższym wykształceniem i osób pracujących fizycznie.

PIŚMIENICTWO

1. Didkowska J, Wojciechowska U, Zatoński W. Nowotwory złośliwe w Polsce w roku 2011. Krajowy Rejestr Nowotworów. Warszawa: Zakład Epidemiologii i Prewencji Nowotworów. Ministerstwo Zdrowia; 2013.
2. Krzakowski M, Warzocha K (red.). Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych 2013 rok. Tom I. Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej. Gdańsk: Via-Medica; 2013.
3. Godlewski D, Michalak J, Schreiber T. Projektowanie badań przesiewowych w onkologii. *Probl Hig Epidemiol.* 2005; 86(1): 16–21.
4. Zych B, Marć M, Binkowska-Bury M. Stan wiedzy kobiet po 35. roku życia w zakresie profilaktyki raka piersi. *Prz Med Uniw Rzesz Inst Leków.* 2006; 1: 27–33.
5. Krzakowski M, Herman K, Jassen J, i wsp. Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych. Gdańsk: Via Media, 2012.
6. Wołowski T, Wróblewska P. Ocena wiedzy gdańskich studentek na temat profilaktyki raka piersi. *Probl Hig Epidemiol.* 2012; 93(2): 347–349.
7. Lewandowska A, Mess E, Laufer J. Profilaktyka raka piersi wśród kobiet. *Onkol Pol.* 2011; 14(3): 131–134.
8. Przasada G, Bojczuk T, Kuźniar A. Poziom wiedzy kobiet na temat profilaktyki i wczesnego rozpoznawania raka piersi. *Young Sports Science of Ukraine.* 2009; 3: 129–136.
9. Lewandowska A, Mess E, Kruk W. Wiedza kobiet na temat profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi. *Onkol Pol.* 2012; 1: 5–8.
10. Nita R, Leśniczak B. Wiedza i zachowania zdrowotne kobiet z województwa łódzkiego w zakresie profilaktyki raka piersi. *Pielęg XXI w.* 2010; 1–2: 5–8.
11. Czezelewska E, Kościańska B, Janczaruk M, Czezelewski J. Wiedza młodych kobiet na temat roli czynnika dietetycznego w zapobieganiu raka piersi. *Prz Med Uniw Rzesz Inst Leków.* 2011; 2: 212–223.
12. Paździor A, Stachowska M, Zielińska A. Wiedza kobiet na temat profilaktyki raka piersi. *Now Lek.* 2012; 6: 419–422.
13. Lorenc A, Pop T, Boychuk T. Wiedza kobiet po 40 roku życia o czynnikach ryzyka i profilaktyce raka piersi. *Young Sports Science of Ukraine.* 2012; 4: 59–65.
14. Kurpas D, Trusz A, Steciwko A. Wiedza pacjentek na temat profilaktyki raka piersi. *Fam Med Primary Care Rev.* 2006; 3: 670–673.
15. Lewandowska A, Mess E, Laufer J. Profilaktyka raka piersi wśród kobiet. *Onkol Pol.* 2011; 3: 131–134.
16. Garden OJ, Bradbury AW, Forsythe JLR, Parks RW. Chirurgia pod ręcznik dla studentów. Wyd. I polskie, red. Borówka A, Dziak J, Kołodziej J, Popiela T, Szmidt J, Zembala M, Ząbek M. Wrocław: Elsevier; 2009: 413–429.
17. Pazdur R, Wagman L, Camphausen K, Hoskins W. Leczenie systemowe, chirurgia, radioterapia. W: Krzakowski M, Kawecki A. (red. wyd. pol.) Nowotwory złośliwe – postępowanie wielodyscyplinarne. Tom 1. Lublin: Czelej; 2012: 97–115.
18. Najdyhor E, Krajewska-Kułał E, Krajewska-Ferishah K. Wiedza kobiet i mężczyzn na temat profilaktyki raka piersi. *Ginekol Pol.* 2013; 84: 116–125.
19. Florek-Łuszczki M. Poziom wiedzy mieszkanki wsi na temat czynników ryzyka zachorowania na nowotwór piersi oraz zasad profilaktyki. *Med Ogólna.* 2010; 3: 406–413.
20. Mazurkiewicz M. Profilaktyka i metody wczesnego rozpoznawania raka gruczołu piersiowego. *Med Rodz.* 2000; 10: 29–32.
21. Jokiel M, Bielska-Lasota M. Czynniki ryzyka raka piersi – możliwości profilaktyki pierwotnej. *Prz Epidemiol.* 2010; 64: 435–438.

Knowledge of women concerning breast cancer prevention in selected socio-demographic conditions

Abstract

Introduction. Breast cancer is one of the most common, among women, oncological diseases and constitutes a serious health and social problem in Poland. Knowledge of methods concerning its early detection, risk factors and prevention methods are key issues in the fight against breast cancer in women.

Aim. Evaluation of the level of knowledge regarding risk factors and prevention of breast cancer in women according to selected socio-demographic characteristics: age, education, nature of work, family history of breast cancer.

Material and methods. The study was conducted in March and April 2014. The material included a group of 144 women. The method of a diagnostic survey was used. The research tools used in the study were a questionnaire consisting of a test of knowledge concerning risk factors and prevention of breast cancer, and demographics questions.

Results. The risk factors for breast cancer most frequently mentioned by women were: genetic burden (88.9%; n = 128), history of breast cancer in the family (66%; n = 95) and age (54.5%; n = 78), long-term use of oral contraceptives (49.3%, n = 71), and a history of endometrial cancer or ovarian cancer (45.1%; n = 65). The majority of respondents were not aware (65%; n = 93) which nutrients may increase the risk of breast cancer. However, up to 64.6% (n = 93) of respondents correctly believed that some foods could increase the risk of illness. Nearly all respondents (93.1%; n = 134) knew that walking, swimming and jogging are forms of physical activity which are the most recommended for leading a healthy lifestyle. The vast majority of respondents (82.6%; n = 120) understood the need for performing breast self-examination, which should commence at 20 years of age, with a frequency of once a month (72.2%; n = 104) within 2–3 days after menstruation stops (62.5%; n = 90).

Conclusions. More than a half of the surveyed women presented sufficient knowledge about breast cancer and its prevention. Furthermore, almost 39% of respondents showed an insufficient degree of knowledge, and less than 11% of the respondents presented a good knowledge on the topic. None of the surveyed presented a very good level of knowledge regarding breast cancer and its prevention. Moreover, women with higher levels of education (p <0.05) and performing mental work (p <0.001) exhibited a statistically significant higher level of knowledge concerning risk factors and prevention of breast cancer.

Key words

breast cancer, women, knowledge, risk factors, prevention