



Uwarunkowania profilaktyki raka piersi w grupie kobiet z podejrzeniem nowotworu

Determinants of breast cancer prevention in a group of women with cancer suspicion

Edyta Kwilosz , Joanna Grzesik-Gąsior , Patrycja Dobrowolska 

Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Krośnie / State University of Applied Sciences in Krosno, Poland

STRESZCZENIE

WSTĘP: W związku ze stałym wzrostem zachorowalności na raka sutka na świecie coraz ważniejsze stają się monitorowanie działań profilaktycznych oraz zwiększanie prozdrowotnej świadomości społeczeństw w zakresie nowotworów piersi, szczególnie w grupie osób, u których prawdopodobieństwo wystąpienia problemu onkologicznego jest duże. Celem badania była analiza wybranych czynników determinujących podejmowanie przez kobiety działań w zakresie profilaktyki raka piersi.

MATERIAŁ I METODY: Badanie prowadzono metodą sondażu diagnostycznego wśród 121 kobiet, pacjentek poradni onkologicznej Podkarpackiego Ośrodka Onkologicznego w Brzozowie. Ocenie poddano wiedzę kobiet, wskaźniki socjodemograficzne oraz dodatni wywiad rodzinny w kierunku raka piersi. Narzędzie stanowił autorski kwestionariusz ankiety. Do weryfikacji hipotez wykorzystano test chi-kwadrat (χ^2). Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$.

WYNIKI: Najczęstszym źródłem wiedzy na temat profilaktyki raka piersi był Internet (52,89%), a głównym powodem rezygnacji z badań profilaktycznych brak świadomości o zagrożeniu, jakie niesie ze sobą choroba (38,84%). U ponad 30% badanych stwierdzono niski poziom wiedzy, który był zróżnicowany statystycznie w zależności od wykształcenia ($p < 0,001$) oraz wieku badanych ($p = 0,01$). Kobiety młodsze oraz lepiej wykształcone wykazywały wyższy poziom wiedzy, który był związany z regularnością podejmowanych działań profilaktycznych ($p = 0,048$) oraz wykonywaniem samobadania piersi ($p < 0,001$). Wystąpienie raka piersi w rodzinie miało wpływ na regularność samobadania oraz wykonywanie badań diagnostycznych w kierunku raka piersi ($p < 0,001$).

WNIOSKI: Poziom wiedzy na temat profilaktyki raka piersi w badanej grupie nie był w pełni zadowalający i wymaga uzupełnienia. Wskazanie przez kobiety Internetu jako głównego źródła wiedzy wskazuje na konieczność zwiększenia udziału specjalistów medycznych w edukacji onkologicznej. Najważniejszymi predyktorami regularnie podejmowanych działań profilaktycznych są młody wiek, wyższy poziom wiedzy, wyższe wykształcenie oraz dodatni wywiad rodzinny (nowotwór piersi).

SŁOWA KLUCZOWE

rak piersi, profilaktyka, samobadanie piersi, zdrowie kobiet

Received: 14.09.2023

Revised: 08.11.2023

Accepted: 13.12.2023

Published online: 20.03.2024

Adres do korespondencji: dr n. o zdr. Joanna Grzesik-Gąsior, Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Krośnie, ul. Kazimierza Wielkiego 6, 38-400 Krosno, tel. +48 13 437 55 00, e-mail: joanna.grzesik-gasior@pans.krosno.pl



Artykuł opublikowany w modelu Open Access i udostępniony na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa-Na tych samych warunkach 4.0 Międzynarodowe (CC BY-SA 4.0), określającej zasady jego wykorzystania. Dozwolone jest kopiowanie, zmienianie, rozprowadzanie i przedstawianie utworu w dowolnym celu, także komercyjnym, pod warunkiem oznaczenia autorstwa i wykonanych modyfikacji utworu, jeśli takie zostały wykonane, a przetwarzając lub tworząc na podstawie utworu, należy udostępnić swoje dzieło na tej samej licencji co oryginal. Pełny tekst licencji dostępny na stronie <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/legalcode.pl>.

Wydawca: Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

**ABSTRACT**

INTRODUCTION: Due to constant increase incidence of breast cancer in the world, the most important aspect is monitoring of preventive actions and increasing the health awareness of breast cancer in societies, especially in the group of people with high probability of oncological problems. The aim of the study was to analyze selected factors determining women's uptake of breast cancer prevention activities.

MATERIAL AND METHODS: The study was conducted by diagnostic survey among 121 women, patients of the oncology clinic in Brzozów. Women's knowledge, sociodemographic indicators and positive family history of breast cancer were assessed. Research tool was the proprietary questionnaire. The chi-square (χ^2) test was used to verify the hypotheses. A significance level of $p < 0.05$ was assumed.

RESULTS: The most common source of knowledge about breast cancer prevention was the Internet (52.89%), and the main reason for forgoing preventive examinations was lack of awareness of the disease's risks (38.84%). Over 30% of the respondents had a low level of knowledge which was statistically diverse in terms of education ($p < 0.001$) and respondents age ($p = 0.01$). Younger and better educated women have a higher level of knowledge, which was related to the regularity of preventive actions ($p = 0.048$) and breast self-examination ($p < 0.001$). The occurrence of breast cancer in the family was impact to regulary self-examination and diagnostic tests ($p < 0.001$).

CONCLUSIONS: The level of knowledge in the term of breast cancer prevention wasn't satisfactory and need supplementing. The most frequently indicated source of information was Internet what show need to increase the participation of medical specialists in oncology education. The most important predictors of taking regularly preventive actions were young age, higher level of knowledge, higher education and a positive family history (breast cancer).

KEYWORDS

breast cancer, prevention, breast self-examination, women's health

WSTĘP

Rak piersi (sutka) jest nowotworem najczęściej występującym u kobiet i stanowi 25% wszystkich nowo rozpoznanych nowotworów w Polsce (dane z 2020 r.). Tylko w 5–10% wszystkich przypadków tego nowotworu przyczyn upatruje się w czynnikach genetycznych, podczas gdy pozostałe 90–95% jest ściśle związane ze środowiskiem oraz stylem życia. Światowa Organizacja Zdrowia wydała oświadczenie dotyczące raka piersi jako nowotworu, który jest obecnie jednym z najczęściej diagnozowanych. Na świecie choroba ta dotyka około 12% żeńskiej populacji [1]. W Polsce zachorowalność na raka piersi sięga 140 tys., a umieralność zwiększa się każdego roku. Przyczyną takiego stanu rzeczy są rażące zaniedbania profilaktyki onkologicznej (Europejski System Informacji o Raku) [2].

Multidyscyplinarna profilaktyka zdrowotna jako fundament współczesnej medycyny powinna być skoncentrowana na profilaktyce pierwotnej, modyfikacji potencjalnych czynników ryzyka, wykonywaniu badań umożliwiających wczesne wykrycie choroby oraz możliwie szybkim rozpoczęciu leczenia. Do modyfikowalnych czynników ryzyka zaliczamy uwarunkowania środowiskowe i elementy stylu życia, takie jak: ekspozycja na promieniowanie jonizujące, terapia hormonalna, preferencje rozrodcze kobiet, w tym późny wiek urodzenia pierwszego dziecka, dieta, otyłość, brak aktywności fizycznej, a także spożywanie alkoholu. Wśród innych opisanych w literaturze czynników wymienia się obciążenie nowotworami w wywiadzie

rodzinnym oraz wiek. Znaczna większość, bo aż 80% rozpoznanych nowotworów piersi dotyczy kobiet w wieku 50 lat i więcej, zatem nowotwór ten występuje najczęściej u kobiet w okresie okołomenopauzalnym. Bardzo ważnym czynnikiem ryzyka zachorowania na raka piersi jest predyspozycja genetyczna. Duża część przypadków dziedzicznych zachorowań na raka piersi jest spowodowanych mutacją genów podatności na raka piersi: *BRCA1* i *BRCA2* [3,4].

Zwiększanie świadomości społeczeństwa wydaje się najważniejszym elementem profilaktyki pierwotnej nowotworów piersi. W tym celu powstają kampanie społeczne, których ideą jest zwrócenie uwagi całej populacji na istotę szeroko zakrojonych działań prewencyjnych. Najpopularniejszym międzynarodowym symbolem walki z rakiem piersi jest różowa wstążka. W ramach profilaktyki pierwotnej dostępne są również rozwiązania uważane za drastyczne, takie jak usunięcie przydatków, które może być połączone z histerektomią lub obustronną mastektomią. Pierwszy sposób zmniejsza ryzyko wystąpienia raka piersi o ponad 60%, a ponadto ogranicza rozwój nowotworu jajnika [5]. Z kolei obustronna mastektomia zmniejsza ryzyko zachorowania o ponad 90%. Rozwiązania te są jednak na tyle radykalne, że większość kobiet ich nie akceptuje i nie wyraża zgody na wykonanie zabiegu mimo kwalifikacji [5,6].

Samobadanie piersi jest jedną z metod znajdujących się w obrębie profilaktyki wtórnej, której głównym celem jest wczesne wykrycie szeroko rozumianych nieprawidłowości oraz jak najszybsze wdrożenie leczenia. Zaleca się rozpoczęcie procedury od 20 roku życia (r.ż.),



a podstawowym warunkiem jej skuteczności jest regularność. Najdogodniejszym terminem na przeprowadzenie samobadania piersi jest czas pomiędzy 5 a 10 dniem cyklu miesięczkowego. Kobiety, które mają za sobą przekwitanie, powinny je wykonywać w wybranym przez siebie dniu każdego miesiąca [4,7]. Powodem do niepokoju powinny być wszystkie zmiany skóry piersi (przebarwienia, pieprzyki, cellulit), a także wyciek z brodawki lub tzw. nadżerki brodawki. Podczas badania należy także zwracać uwagę na kształt piersi, powiększającą się asymetrię, kształt otoczek, obrzęki pod pachami i kondycję węzłów chłonnych. Duże znaczenie w profilaktyce wtórnej mają także badania obrazowe, takie jak ultrasonografia (USG) piersi i mammografia [8,9].

Celem badania była analiza wybranych czynników determinujących podejmowanie przez kobiety działań w zakresie profilaktyki raka piersi. Ocenie poddano wskaźniki socjodemograficzne: wiek, płeć, miejsce zamieszkania, poziom wykształcenia oraz dodatni wywiad rodzinny w kierunku raka piersi, a także wiedzę kobiet na temat choroby i jej profilaktyki.

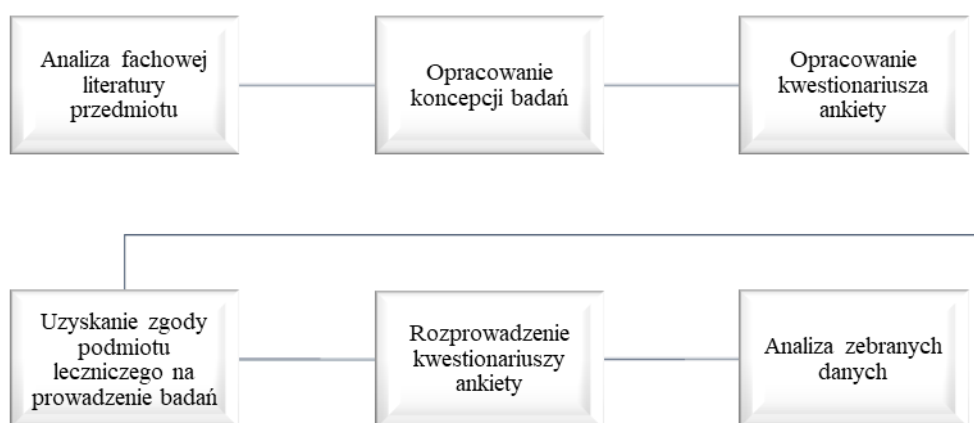
MATERIAŁ I METODY

W pracy wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, a dobór grupy badanej był nieprobabilistyczny. Kwestionariusze ankiety rozpowszechniono wśród kobiet, pacjentek zgłaszających się po raz pierwszy do poradni onkologicznej Podkarpackiego Ośrodka Onkologicznego w Brzozowie. Wybór miejsca prowadzonych badań uzasadnia chęć poznania poziomu działań profilaktycznych i ich determinant wśród kobiet, u których prawdopodobieństwo wystąpienia problemu onkologicznego jest duże. Badanie zostało przeprowadzone w okresie wrzesień–listopad 2022 r., a największa

część badania odbyła się w październiku, który od wielu lat na całym świecie uznawany jest za miesiąc świadomości raka piersi. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety, który składał się z trzech części: testu wiedzy na temat profilaktyki raka piersi, dodatkowych pytań odnoszących się do działań profilaktycznych w tym zakresie oraz pytań odnoszących się do danych socjodemograficznych. Test wiedzy składał się z 11 pytań jednokrotnego wyboru, a za każdą poprawną odpowiedź przydzielano 1 punkt. W zależności od uzyskanego wyniku opracowano następujący podział poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki raka piersi:

- niski poziom wiedzy (poniżej 55% prawidłowych odpowiedzi),
- średni poziom wiedzy (56–80% prawidłowych odpowiedzi),
- wysoki poziom wiedzy (powyżej 80% prawidłowych odpowiedzi).

Kryteriami włączenia do badania były: płeć żeńska, wiek powyżej 18 r.ż., kompletnie uzupełniony kwestionariusz ankiety oraz świadoma zgoda badanej. Badaniem objęto 121 pacjentek zgłaszających się po raz pierwszy na wizytę do poradni onkologicznej. Z badań zostały wyłączone osoby płci męskiej, niepełnoletnie, składające niekompletnie uzupełniony kwestionariusz ankiety oraz osoby będące w poradni na kolejnej wizycie. Badania przeprowadzono zgodnie z zasadami etycznymi oraz wytycznymi Dobrej Praktyki Klinicznej (DPK). Każda z ankietowanych kobiet została zapewniona o anonimowości oraz wykorzystaniu uzyskanych danych wyłącznie w celach naukowych. Kwestionariusze wręczano pacjentkom osobiście. W treści pytań umieszczono informację, jak należy udzielać odpowiedzi, nie narzucono też ograniczenia czasowego. Szczegółowy przebieg badania został przedstawiony na rycinie 1.



Ryc. 1. Przebieg organizacji procesu badawczego.

Fig. 1. Course and organization of research process.

Do analizy statystycznej danych wykorzystano program SPSS Statistic. Charakterystykę badanej grupy przedstawiono za pomocą liczności (n) i odsetka (%).

Do weryfikacji hipotez wykorzystano test niezależności Pearsona (chi-kwadrat, χ^2). Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$. Dodatkowo, w sytuacji gdy potwier-



dzono związek między badanymi zmiennymi, określano siłę zależności za pomocą współczynnika V Craméra. Założono, że: $V 0,1-0,3$ – słaba zależność, $V 0,3-0,5$ – przeciętna zależność oraz $V > 0,5$ – silna zależność [11].

WYNIKI

Największą reprezentację wśród badanych stanowiły kobiety w wieku 26–35 lat (23,97%) oraz zamieszkujące miasto (55,37%). Ponad 1/3 badanych deklaruje wykształcenie średnie oraz występowanie raka piersi

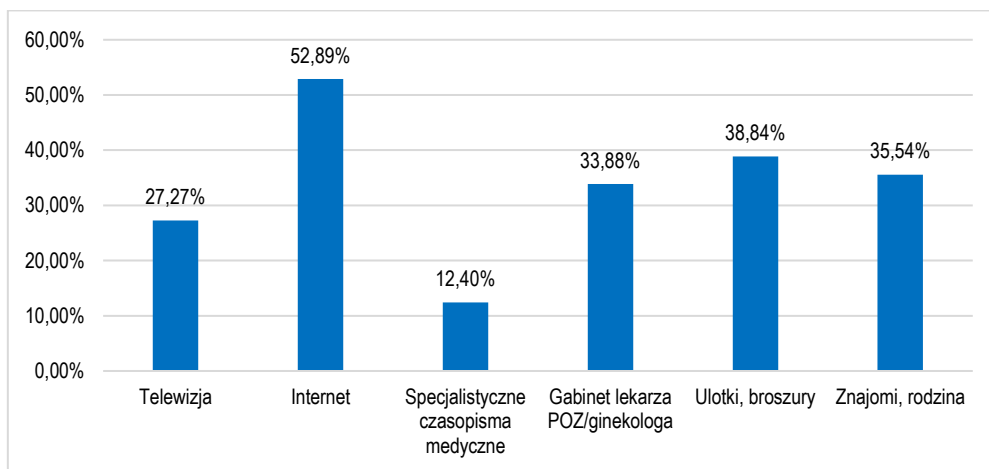
w rodzinie (36,36%), a nieco mniej niż 1/4 (23,14%), że wykonuje samobadanie piersi regularnie. Szczegółowa charakterystyka grupy badanej została przedstawiona w tabeli I.

Najczęściej wskazywanym przez badane źródłem wiedzy na temat profilaktyki raka piersi był Internet (52,89%; ryc. 2).

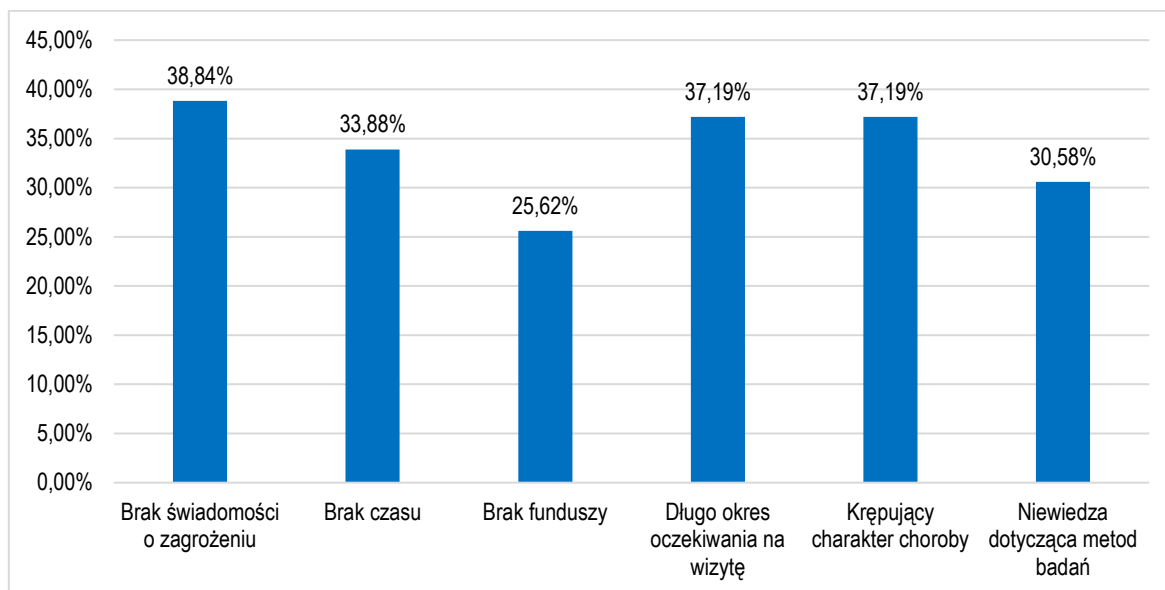
Najczęstszym powodem rezygnacji z badań profilaktycznych w grupie badanych był brak świadomości o zagrożeniu, jakie niesie ze sobą rak piersi, kolejnym zaś długi okres oczekiwania na wizytę u specjalisty oraz krępujący charakter choroby (ryc. 3).

Tabela I. Charakterystyka grupy badanej
Table I. Characteristics of studied group

Zmienne	n	(%)	
Wiek (lata)	18–25	23	(19,01)
	26–35	29	(23,97)
	36–45	25	(20,66)
	46–55	22	(18,18)
	56–65	10	(8,26)
	powyżej 65	12	(9,92)
Miejsce zamieszkania	wieś	54	(44,63)
	miasto do 50 tys. mieszkańców	44	(36,36)
	miasto powyżej 50 tys. mieszkańców	23	(19,01)
Wykształcenie	podstawowe	19	(15,70)
	zawodowe	37	(30,58)
	średnie	44	(36,36)
	wyższe	21	(17,36)
Dodatni wywiad rodzinny (rak piersi)	tak	44	(36,36)
	nie	77	(63,64)
Samobadanie piersi	tak, regularnie raz w miesiącu	28	(23,14)
	tak, nieregularnie	52	(42,98)
	nie	41	(33,88)
Regularne badania: USG piersi lub mammografia	tak	57	(47,11)
	nie	64	(52,89)



Ryc. 2. Deklarowane źródła wiedzy ankietowanych na temat raka piersi (pytanie z możliwością wielokrotnego wyboru).
Fig. 2. Declared sources of respondents' knowledge about breast cancer (multiple-choice question).



Ryc. 3. Przyczyny rezygnacji z badań profilaktycznych w badanej grupie.

Fig. 3. Reasons for resignation from preventive examinations in studied group.

Pytania zawarte w teście wiedzy dotyczyły czynników predysponujących do wystąpienia raka piersi, objawów choroby, samobadania piersi, a także wiedzy na temat częstości występowania i umieralności kobiet oraz metod leczenia nowotworów piersi. Na podstawie testu określono poziom wiedzy badanych: niski cechował 30,58% grupy, średni – 45,45%, wysoki – 23,97%.

Poziom wiedzy był istotnie statystycznie związany z poziomem wykształcenia ankietowanych ($\chi^2 = 23,411$, $p < 0,001$, $V = 0,311$). Zaobserwowano, że im wyższe wykształcenie kobiet, tym lepszy poziom wiedzy. Podobne wyniki uzyskano, biorąc pod uwagę wiek ($\chi^2 = 22,96$, $p = 0,01$, $V = 0,308$). Kobiety przed ukończeniem 36 r.ż. zdecydowanie częściej miały wysoki poziom wiedzy w porównaniu z pozostałymi grupami wiekowymi. Siła związku w obydwu przypadkach charakteryzowała się zbliżonymi wartościami współczynnika V Craméra i była na poziomie przeciętnym. Poziom wiedzy warunkował także regularność samobadania piersi ($\chi^2 = 16,15$, $p < 0,001$) oraz badań profilaktycznych (USG, mammografia; $\chi^2 = 6,077$, $p = 0,048$). Kobiety odznaczające się wyższym poziomem wiedzy

częściej wykonywały regularne samobadanie piersi oraz częściej decydowały się na profilaktyczne badania obrazowe (tab. II).

Regularność samobadania piersi była istotnie statystycznie związana z miejscem zamieszkania ($\chi^2 = 15,10$, $p < 0,001$). Kobiety mieszkające w miastach powyżej 50 tys. mieszkańców częściej dokonywały regularnego samobadania. Podobnie wykonywanie profilaktycznych badań obrazowych (USG piersi lub mammografia) było istotnie związane z miejscem zamieszkania. Kobiety mieszkające we wsiach zdecydowanie rzadziej decydowały się na badania profilaktyczne w porównaniu z mieszkankami miast (tab. III).

W tabeli IV zaprezentowano wyniki analizy statystycznej wskazujące na związek między wykonywaniem badań profilaktycznych a występowaniem raka piersi w rodzinie. Kobiety, które wskazały na występowanie raka piersi w rodzinie, częściej dokonywały regularnego samobadania piersi oraz częściej decydowały się na badania obrazowe w kierunku wczesnego wykrycia raka piersi w porównaniu z kobietami nieobciążonymi nowotworem sutka w wywiadzie rodzinnym.



Tabela II. Zależność wybranych zmiennych od poziomu wiedzy ankietowanych
Table II. Association between selected variables and level of respondents' knowledge

Zmienne	Poziom wiedzy						Miary statystyczne	
	niski		średni		wysoki			
	n	(%)	n	(%)	n	(%)		
Wykształcenie	podstawowe	9	(47,4)	7	(36,8)	3	(15,8)	<p>p < 0,001 V = 0,311 $\chi^2 = 23,411$ (df = 6)</p>
	zawodowe	15	(40,5)	15	(40,5)	7	(18,9)	
	średnie	10	(22,7)	28	(63,6)	6	(13,6)	
	wyższe	4	(19,0)	5	(23,8)	12	(57,1)	
Wiek (lata)	18–25	3	(13,0)	10	(43,5)	10	(43,5)	<p>p = 0,01 V = 0,308 $\chi^2 = 22,96$ (df = 10)</p>
	26–35	5	(17,2)	15	(51,7)	9	(31,0)	
	36–45	9	(36,0)	12	(48,0)	4	(16,0)	
	46–55	10	(45,5)	9	(40,9)	3	(13,6)	
	56–65	4	(40,0)	5	(50,0)	1	(10,0)	
	powyżej 65 r.ż.	7	(58,3)	4	(33,3)	1	(8,3)	
Samobadanie piersi	tak, regularnie	5	(17,9)	10	(35,7)	13	(46,4)	<p>p < 0,001 V = 0,258 $\chi^2 = 16,15$ (df = 4)</p>
	tak, ale nieregularnie	13	(25,0)	29	(55,8)	10	(19,2)	
	nie	20	(48,8)	16	(39,0)	5	(12,2)	
USG piersi lub mammografia	tak	12	(21,0)	28	(41,1)	17	(28,8)	<p>p = 0,048 V = 0,158 $\chi^2 = 6,077$ (df = 2)</p>
	nie	26	(40,6)	27	(42,2)	11	(17,2)	

p – poziom istotności; V – współczynnik V Craméra; χ^2 – współczynnik chi-kwadrat; df – stopnie swobody

Tabela III. Zależność pomiędzy miejscem zamieszkania a wykonywaniem samobadania piersi oraz badań profilaktycznych USG i mammografii w grupie badanej

Table III. Relationship between place of residence and performance breast self-examination, preventive ultrasound and mammography tests in studied group

Rodzaj badania	Miejsce zamieszkania						Miary statystyczne	
	wieś		miasto do 50 tys.		miasto powyżej 50 tys.			
	n	(%)	n	(%)	n	(%)		
Samobadanie piersi	tak, regularnie	8	(14,8)	9	(20,5)	11	(47,8)	<p>p < 0,001 V = 0,249 $\chi^2 = 15,10$ (df = 4)</p>
	tak, ale nieregularnie	27	(50,0)	21	(47,7)	4	(17,4)	
	nie	19	(35,2)	14	(31,8)	8	(34,8)	
USG lub mammografia	tak	19	(35,2)	24	(54,5)	14	(60,9)	<p>p = 0,05 V = 0,159 $\chi^2 = 6,18$ (df = 2)</p>
	nie	35	(64,8)	20	(45,5)	9	(39,1)	

p – poziom istotności; V – współczynnik V Craméra; χ^2 – współczynnik chi-kwadrat; df – stopnie swobody

Tabela IV. Związek pomiędzy wystąpieniem raka piersi w rodzinie a wykonywaniem badań profilaktycznych w grupie badanej

Table IV. Association between breast cancer in the family and performing preventive tests in studied group

Rodzaj badania	Rak piersi w rodzinie				Miary statystyczne	
	tak		nie			
	n	(%)	n	(%)		
Samobadanie piersi	tak, regularnie	19	(43,2)	9	(11,7)	<p>p < 0,001 V = 0,267 $\chi^2 = 17,35$ (df = 2)</p>
	tak, ale nieregularnie	15	(34,1)	37	(48,1)	
	nie	10	(22,7)	31	(40,3)	
USG lub mammografia	tak	28	(63,6)	29	(37,7)	<p>p < 0,001 V = 0,183 $\chi^2 = 8,12$ (df = 1)</p>
	nie	16	(36,4)	48	(62,3)	

p – poziom istotności; V – współczynnik V Craméra; χ^2 – współczynnik chi-kwadrat; df – stopnie swobody



DYSKUSJA

Rak piersi dotyka zarówno kobiety, jak i mężczyzn, u których jednak występuje zdecydowanie rzadziej. Potwierdzono naukowo wpływ wielu modyfikowalnych czynników na wzrost ryzyka rozwoju choroby, dlatego głównym elementem zmniejszenia skali zachorowań na raka piersi są działania prewencyjne [4,11].

Przedmiotem niniejszej pracy była próba ustalenia uwarunkowań profilaktyki nowotworu piersi i ich determinant wśród pacjentek poradni onkologicznej. Bardzo niepokojący jest fakt, iż prawie 1/3 kobiet nie wykonywała samobadania piersi, a ponad połowa nie wykonywała profilaktycznych badań obrazowych. Test oceniający poziom wiedzy respondentek wykazał, iż niespełna 1/3 kobiet w badanej grupie odznaczała się niskim poziomem wiedzy.

Abo Al-Shiekh i wsp. [12] wykazali niski poziom ogólnej wiedzy na temat raka piersi oraz metod diagnostyki w grupie palestyńskich studentów studiów medycznych. Najwyższy wynik respondenci uzyskiwali w zakresie znajomości objawów oraz czynników ryzyka raka piersi. Koc i wsp. [13], badając grupę tureckich studentów, stwierdzili, że pomimo świadomości znaczenia i celu samobadania piersi umiejętność przeprowadzenia tej procedury jest na niskim poziomie, dlatego oprócz kontrolowania samej wiedzy warto monitorować prawidłowość samobadania. W analizie prowadzonej wśród kobiet będących pracownikami ochrony zdrowia w Arabii Saudyjskiej Heena i wsp. [14] wykazali niski poziom wiedzy na temat czynników ryzyka, objawów oraz diagnostyki nowotworu piersi. Uczestniczki badania wykazały się niechętną postawą wobec badań przesiewowych i profilaktyki, co mogło wynikać z braku wiedzy na temat istotności badań przesiewowych w prewencji chorób nowotworowych. Podobne wyniki (niewystarczający poziom wiedzy na temat raka piersi, szczególnie w zakresie metod jego profilaktyki) zaprezentowali badacze prowadzący sondaż wśród kobiet mieszkających na Węgrzech [15] oraz wśród Afroamerykanek [16]. Badania dotyczące wiedzy kobiet na temat raka piersi prowadzone były także w Polsce. Nagórska i wsp. [17] wykazali, że pomimo iż wiedza badanych była przeciętna, nie przekładała się na postawę wobec profilaktyki nowotworu piersi. Większość kobiet deklarowała, że nie wykonuje samobadania piersi ani nie korzysta z bezpłatnych programów profilaktycznych. W badaniach własnych ustalono natomiast, że poziom wiedzy był ważnym predyktorem, mającym wpływ na regularną praktykę samobadania piersi. Kobiety odznaczające się niskim poziomem wiedzy najczęściej nie wykonywały samobadania, natomiast kobiety z wysokim poziomem wiedzy częściej deklarowały, że wykonują samobadanie regularnie.

Najczęstszym powodem rezygnacji z badań profilaktycznych w grupie badanej (prawie 40% kobiet) był

brak świadomości o zagrożeniu, jakie niesie ze sobą rak piersi, a ponad 30% wskazała brak wiedzy na temat metod profilaktyki. Uzasadnia to potrzebę uświadamiania kobietom znaczenia samobadania piersi oraz regularnego wykonywania badań obrazowych (USG piersi i mammografii). Co czwarta uczestniczka badania wskazywała, że powodem rezygnacji z badań profilaktycznych był brak funduszy. Może to być kolejny dowód na brak wiedzy w tym zakresie, bowiem w Polsce w ramach Programu Profilaktyki Raka Piersi wszystkie kobiety pomiędzy 45 a 74 r.ż. mogą wykonać bezpłatną mammografię raz na 2 lata, a skierowanie na badanie nie jest potrzebne. Badanie mammograficzne można wykonać w poradniach stacjonarnych lub w mammo-busie, który dojeżdża do najbliższych zakątków kraju [18]. USG piersi jest badaniem obrazowym rekomendowanym kobietom młodym, jednak nie można go wykonać w ramach programu przesiewowego. Skierowanie na USG piersi można uzyskać jedynie od lekarza ginekologa (lekarz POZ nie posiada takich kompetencji), a dzięki temu wykonać badanie bezpłatnie [19]. Samobadanie piersi to bezkosztowa, nieinwazyjna metoda, która nie pochłania wiele czasu i może być wykonywana przez kobiety samodzielnie. To powszechnie dostępny sposób szybkiego wykrywania wczesnych stadiów raka piersi, jednak wymaga wiedzy i umiejętności, a także właściwej identyfikacji ewentualnych zmian w piersi [20]. Wydaje się zatem, że wskazywanie braku funduszy jako przyczyny rezygnacji z profilaktyki raka piersi jest mało zasadne. Warto jednak poruszyć kwestię kosztów terapii zdiagnozowanego nowotworu piersi. Wydatki są zależne przede wszystkim od stadium klinicznego nowotworu w chwili rozpoznania oraz sposobu leczenia – miejscowego lub systemowego. Celem leczenia miejscowego (metody chirurgiczne i radioterapia) jest usunięcie guza bez oddziaływania na resztę organizmu, natomiast celem leczenia systemowego (chemioterapia, hormonoterapia i terapia celowana) jest oddziaływanie na wszystkie komórki organizmu. Nowoczesne metody leczenia raka piersi nie zawsze są refundowane, a koszt terapii może przekroczyć nawet 300 tys. złotych. Dla wielu pacjentek jest to nieosiągalny budżet, dlatego aby móc walczyć z chorobą, często decydują się na założenie tzw. zbiórek na leczenie [21].

W badaniach własnych potwierdzono, że występowanie nowotworu piersi w rodzinie warunkuje wykonywanie badań profilaktycznych. Kobiety, u których w bliskiej rodzinie zdiagnozowano raka piersi, częściej od pozostałych ankietowanych deklarowały samobadanie piersi oraz korzystanie z profilaktycznych badań obrazowych. Tę zależność potwierdziły Paździor i wsp. [22] w badaniach prowadzonych w zachodniej Polsce. Jako podstawowe źródło informacji na temat raka piersi ankietowane wskazały Internet. Podobnie w badaniach Nagórskiej i wsp. [17] przeprowadzonych wśród kobiet w Jarosławiu Internet stanowił główne



źródło wiedzy na temat nowotworu piersi. Z kolei w badaniu Paździor i wsp. [22] najczęściej wskazywanym źródłem wiedzy na temat profilaktyki nowotworów piersi były ulotki; bardzo często wskazywano także środki masowego przekazu (telewizję i prasę). Wyniki badania własnego oraz innych przytoczonych prac polskich autorów dają dowód na konieczność zwiększenia udziału personelu medycznego w edukacji zdrowotnej kobiet, szczególnie w zakresie profilaktyki onkologicznej.

Niniejsza praca nie jest pozbawiona ograniczeń. Najważniejszymi z nich są mała liczebność grupy badanej oraz brak kontroli rzetelności narzędzia badawczego. Podjęty temat nie może być rozpatrywany w kategorii innowacyjnych, jednak analiza ujawniła kolejny dowód na niedostateczny poziom wiedzy w zakresie profilaktyki raka piersi – wiodącego nowotworu wśród kobiet niezależnie od ich statusu socjoekonomicznego. Niepokojący jest fakt, że w grupie badanych kobiet, które zgłaszały się po raz pierwszy do poradni onkologicznej, a więc ze zwiększonym prawdopodobieństwem wystąpienia nowotworu, poziom wiedzy na temat profilaktyki nowotworu piersi był niezadowolający. Uzyskane wyniki były w większości spójne z wynikami badań innych autorów zarówno w Polsce, jak i na świecie [12,14,15,16,22].

Profilaktyka onkologiczna w polskim systemie ochrony zdrowia jest niedoskonała. Należy zintensyfikować działania mające na celu wzrost społecznej świadomości w zakresie nowotworu piersi, który dotyka wiele kobiet w Polsce i na świecie. Szczególnie ważne wydaje się zapoznanie społeczeństwa z czynnikami ryzyka oraz objawami sugerującymi chorobę. Odpowiednio wczesne wykrycie zmian nowotworowych pozwala zapobiec przerzutom oraz nawrotom choroby, a także daje możliwość uniknięcia kosztownego leczenia. Edukacja kobiet jest priorytetem w ochronie zdrowia i szeroko rozumianych działaniach prewencyjnych. Poprawa poziomu wiedzy na temat nowotworu piersi powinna być zadaniem personelu medycznego oraz środków masowego przekazu, aby dotrzeć do grup kobiet w każdym wieku, niezależnie od ich statusu socjoekonomicznego.

WNIOSKI

1. Poziom wiedzy w zakresie profilaktyki raka piersi wśród badanych kobiet nie jest w pełni zadowolający i wymaga uzupełnienia.
2. Wykształcenie oraz wiek były czynnikami różnicującymi poziom wiedzy. Kobiety z wykształceniem wyższym i kobiety młodsze (poniżej 36 r.ż.) odznaczały się wyższym poziomem wiedzy.
3. Ważnym predyktorem, który miał wpływ na regularną praktykę samobadania piersi, była wiedza na temat raka piersi. Kobiety odznaczające się wysokim poziomem wiedzy częściej deklarowały, że praktykują samobadanie piersi regularnie.
4. Kobiety, które wskazały na występowanie raka piersi w bliskiej rodzinie, częściej wykonywały samobadanie oraz badania obrazowe piersi.
5. Podstawowym źródłem wiedzy na temat profilaktyki raka piersi był Internet, co wskazuje na konieczność zwiększenia udziału specjalistów medycznych w edukacji onkologicznej kobiet.

Institutional Review Board Statement

The study was conducted according to the guidelines of the Declaration of Helsinki.

Informed Consent Statement

Written informed consent has been obtained from the patients to publish this paper.

Funding

No financial support was received.

Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest.

Author's contribution

Study design – E. Kwilosz, P. Dobrowolska

Data collection – P. Dobrowolska

Data interpretation – E. Kwilosz, P. Dobrowolska, J. Grzesik-Gąsior

Statistical analysis – P. Dobrowolska, J. Grzesik-Gąsior

Manuscript preparation – E. Kwilosz, J. Grzesik-Gąsior

Literature research – E. Kwilosz, P. Dobrowolska, J. Grzesik-Gąsior



PIŚMIENNICTWO

1. Global breast cancer initiative implementation framework: assessing, strengthening and scaling up of services for the early detection and management of breast cancer. Executive summary [pdf]. World Health Organization. Geneva 2023. Licencja: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Dostępny w internecie: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/365784/9789240067134-eng.pdf?sequence=1> [dostęp: 08.03.2024].
2. Europejski System Informacji o Raku – ECIS [online] <https://ecis.jrc.ec.europa.eu> [dostęp: 08.03.2024].
3. Britt K.L., Cuzick J., Phillips K.A. Key steps for effective breast cancer prevention. *Nat. Rev. Cancer* 2020; 20(8): 417–436, doi: 10.1038/s41568-020-0266-x.
4. Kolak A., Kamińska M., Sygit K., Budny A., Surdyka D., Kukielka-Budny B. i wsp. Primary and secondary prevention of breast cancer. *Ann. Agric. Environ. Med.* 2017; 24(4): 549–553, doi: 10.26444/aaem/75943.
5. Hunt K.K., Euhus D.M., Boughey J.C., Chagpar A.B., Feldman S.M., Hansen N.M. i wsp. Society of Surgical Oncology Breast Disease Working Group statement on prophylactic (risk-reducing) mastectomy. *Ann. Surg. Oncol.* 2017; 24(2): 375–397, doi: 10.1245/s10434-016-5688-z.
6. Thorat M.A., Balasubramanian R. Breast cancer prevention in high-risk women. *Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol.* 2020; 65: 18–31, doi: 10.1016/j.bpobgyn.2019.11.006.
7. Kashyap D., Pal D., Sharma R., Garg V.K., Goel N., Koundal D. i wsp. Global increase in breast cancer incidence: risk factors and preventive measures. *Biomed. Res. Int.* 2022; 2022: 9605439, doi: 10.1155/2022/9605439.
8. Harkness E.F., Astley S.M., Evans D.G. Risk-based breast cancer screening strategies in women. *Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol.* 2020; 65: 3–17, doi: 10.1016/j.bpobgyn.2019.11.005.
9. Jafari S.H., Saadatpour Z., Salmaninejad A., Momeni F., Mokhtari M., Nahand J.S. i wsp. Breast cancer diagnosis: Imaging techniques and biochemical markers. *J. Cell. Physiol.* 2018; 233(7): 5200–5213, doi: 10.1002/jcp.26379.
10. Harris M., Taylor G. *Statystyka medyczna: jasno i zrozumiale*. Makmed. Lublin 2021.
11. Dydjow-Bendek D., Zagożdżon P. Selected dietary factors and breast cancer risk. *Przegl. Epidemiol.* 2019; 73(3): 361–368, doi: 10.32394/pe.73.29.
12. Abo Al-Shiekh S.S., Ibrahim M.A., Alajerami Y.S. Breast cancer knowledge and practice of breast self-examination among female university students, Gaza. *ScientificWorldJournal* 2021; 2021: 6640324, doi: 10.1155/2021/6640324.
13. Koc G., Gulen-Savas H., Ergol S., Yildirim-Cetinkaya M., Aydin N. Female university students' knowledge and practice of breast self-examination in Turkey. *Niger J. Clin. Pract.* 2019; 22(3): 410–415, doi: 10.4103/njcp.njcp_341_18.
14. Heena H., Durrani S., Riaz M., AlFayyad I., Tabasim R., Parvez G. i wsp. Knowledge, attitudes, and practices related to breast cancer screening among female health care professionals: a cross sectional study. *BMC Womens Health* 2019; 19(1): 122, doi: 10.1186/s12905-019-0819-x.
15. Reményi Kissné D., Gede N., Szakács Z., Kiss I. Breast cancer screening knowledge among Hungarian women: a cross-sectional study. *BMC Womens Health* 2021; 21(1): 69, doi: 10.1186/s12905-021-01204-9.
16. Huq M.R., Woodard N., Okwara L., McCarthy S., Knott C.L. Breast cancer knowledge & information seeking among African American women below screening age. *Patient Educ. Couns.* 2023; 106: 194–200, doi: 10.1016/j.pec.2022.10.002.
17. Nagórska M., Aksamit M., Krygowska K., Bassara-Nowak D. Determinants of women's behavior in breast cancer prevention. *Eur. J. Clin. Exp. Med.* 2019; 17(2): 123–130, doi: 10.15584/ejcem.2019.2.3.
18. Program profilaktyki raka piersi (mammografia). Ministerstwo Zdrowia – Portal Gov.pl [online] <https://www.gov.pl/web/zdrowie/program-profilaktyki-raka-piersi-mammografia> [dostęp: 08.03.2024].
19. Programy profilaktyczne. Narodowy Fundusz Zdrowia – NFZ [online] <https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/programy-profilaktyczne/> [dostęp: 08.03.2024].
20. NBCF Team. Breast Self-Exam. National Breast Cancer Foundation [online], last updated on Jan 17, 2024, <https://www.nationalbreastcancer.org/breast-self-exam/> [dostęp: 08.03.2024].
21. Kozierekiewicz A., Topór-Mądry R., Śliwczyński A., Pakulski M., Jassem J. Skuteczność i koszty leczenia raka piersi w Polsce; podejście regionalne. *NOWOTWORY J. Oncol.* 2014; 64(1): 24–32, doi: 10.5603/NJO.2014.0004.
22. Paździor A., Stachowska M., Zielińska A. Wiedza kobiet na temat profilaktyki raka piersi. *Nowiny Lek.* 2011; 80(6): 419–422.