

PAULINA E. FARBICKA<sup>1, B-D</sup>, ANDRZEJ NOWICKI<sup>2, A-F</sup>, ELŻBIETA KRZEMKOWSKA<sup>2, A-D</sup>

## Wiedza o zachowaniach prozdrowotnych i chorobie kobiet operowanych z powodu raka piersi

### Knowledge about the Health Behavior and Disease of Women Undergoing Treatment for Breast Cancer

<sup>1</sup> Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Koszalinie, Koszalin

<sup>2</sup> Zakład Pielęgniarstwa Onkologicznego Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Bydgoszcz

A – koncepcja i projekt badania; B – gromadzenie i/lub zestawianie danych; C – analiza i interpretacja danych; D – napisanie artykułu; E – krytyczne zrecenzowanie artykułu; F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

#### Streszczenie

**Wprowadzenie.** W Polsce i na świecie rak piersi jest najczęstszym nowotworem złośliwym u kobiet. Stan ich wiedzy z zakresu zachowań prozdrowotnych jest niewystarczający i wymaga kontynuowania akcji informacyjnych na szeroką skalę.

**Cel pracy.** Ocena stanu wiedzy kobiet po operacji raka piersi na temat zachowań prozdrowotnych i choroby.

**Materiał i metody.** Badaniem objęto 100 pacjentek w wieku 32–80 lat (mediana 56 lat) operowanych z powodu raka piersi w Centrum Onkologii w Bydgoszczy w 2014 r. Respondentki podzielono na dwie grupy: w pierwszej były kobiety po amputacji piersi – 68, a w drugiej pacjentki, u których dokonano operacji oszczędzającej – 32. Badania ankietowe dotyczące stanu wiedzy przeprowadzono we wczesnym okresie po zabiegu.

**Wyniki.** Nie stwierdzono różnic w grupach pod względem wieku, miejsca zamieszkania, stanu cywilnego, wykształcenia, aktualnego zajęcia i diety. W obu grupach kobiety wymieniały podobne czynniki decydujące o dobrym zdrowiu. Najczęściej odpowiadały, że takim czynnikiem jest odpowiednie odżywianie oraz aktywność fizyczna. W obu grupach podobna liczba kobiet wykonywała badanie profilaktyczne. Zbliżone były także odpowiedzi dotyczące edukacji na temat chorób nowotworowych – według ankietowanych należy ją rozpocząć już w gimnazjach i szkołach ponadgimnazjalnych. Najczęstszym źródłem czerpania wiedzy o raku piersi w obu grupach była telewizja, prasa i Internet. Czas, jaki upłynął od wykrycia zmiany w piersi do rozpoznania wynosił 4–8 tygodni. Niezależnie od rodzaju zabiegu najczęściej podejmowano leczenie chirurgiczne: w czasie 4–8 tygodni u 39% kobiet, a w okresie powyżej 24 tygodni u 15%.

**Wnioski.** Kobiety operowane różnymi metodami z powodu raka piersi mają podobną, ale nadal niedostateczną wiedzę na temat zachowań prozdrowotnych i choroby. Największe znaczenie w zachowaniach prozdrowotnych odgrywają media (telewizja, prasa, Internet), a edukacja prowadzona przez pracowników ochrony zdrowia jest niewystarczająca (Piel. Zdr. Publ. 2016, 6, 2, 119–126).

**Słowa kluczowe:** wiedza, rak piersi, zachowania prozdrowotne.

#### Abstract

**Background.** Breast cancer is the most common cancer in women in Poland and in the world. The state of knowledge of health behavior among women is inadequate and requires continuous awareness-raising campaigns on a large scale.

**Objectives.** Assessment of women's knowledge of health behavior and disease after breast cancer surgery.

**Material and Methods.** The study included 100 patients aged 32–80 years (median 56 years) who underwent breast cancer surgery at the Oncology Center in Bydgoszcz in 2014. The respondents were divided into two groups: 68 women had mastectomy while 32 patients underwent conservative surgery. Surveys related to the state of their knowledge have been carried out during the early period after surgery.

**Results.** There were no differences in the groups with respect to age, place of residence, marital status, education, current activities and fertility rates. In both groups, women named similar factors determining good health.

The most common response was that proper nutrition and physical activity were such factors. In both groups, a similar number of women participated in medical screenings. The answers regarding education on cancer were similar as well – according to the respondents, it should begin as early as junior high school or high school. In both groups, the most common sources to gain knowledge about breast cancer are television, newspapers and the Internet. The elapsed time from detection of changes in breast to diagnosis was 4–8 weeks. Regardless of the type of the procedure, the surgery was mostly performed between 4–8 weeks in 39% of women, and longer than 24 weeks in 15% of women.

**Conclusions.** Women who underwent different surgeries for breast cancer had a similar, but still insufficient knowledge of health behavior and disease. The media (television, newspapers, the Internet) play the most important role in promoting health behavior, and the education provided by medical workers is inadequate (Piel. Zdr. Publ. 2016, 6, 2, 119–126).

**Key words:** knowledge, breast cancer, health behavior.

W Polsce i na świecie rak piersi jest najczęstszym nowotworem złośliwym u kobiet. W naszym kraju rocznie stwierdza się około 16 tys. nowych zachorowań. Stan wiedzy kobiet z zakresu zachowań prozdrowotnych jest niewystarczający, dlatego należy kontynuować akcje informacyjne na szeroką skalę. Powinno się zatem upowszechniać wiedzę na temat czynników ryzyka, objawów klinicznych raka piersi, promować badania przesiewowe oraz samobadanie piersi [1]. Profilaktyka pierwotna, czyli utrzymanie odpowiedniej masy ciała, co najmniej 150 min umiarkowanie intensywnych treningów tygodniowo, ograniczenie spożycia alkoholu oraz dieta na bazie roślin, powoduje zmniejszenie ryzyka wystąpienia raka piersi przed i po menopauzie. Palenie tytoniu w okresie dojrzewania lub wczesnej dorosłości również zwiększa ryzyko wystąpienia raka piersi. Badania pokazują, że przestrzeganie zdrowego stylu życia może zapobiec 25–30% przypadków raka piersi. Zmniejszenie zachorowalności będzie możliwe przez realizację ukierunkowanych programów profilaktycznych dla kobiet z grupy wysokiego ryzyka oraz kobiet objętych programem badań przesiewowych piersi w dzieciństwie, w czasie dojrzewania i we wczesnej dorosłości [2]. Zmiana stylu życia nie dotyczy tylko kobiet, u których istnieje większe ryzyko zachorowania na raka piersi, ale także tych, u których rozpoznano już chorobę. Zachowania prozdrowotne pomagają w leczeniu oraz zapobiegają nawrotom choroby [3]. Edukacja zdrowotna to podstawowy element promocji zdrowia i jest rozumiana najczęściej jako proces, w którym człowiek uczy się dbania o zdrowie własne, rodziny i społeczności, w której żyje. Pokazuje celowość działań na rzecz umacniania zdrowia, jak zapobiegać chorobom, dostarcza wiedzy na temat czynników szkodliwych, dąży do zmiany postaw i zachowań oraz uczy dokonywania właściwych wyborów dla zachowania zdrowia [4].

Badania pokazują, że poziom wiedzy kobiet na temat profilaktyki pierwotnej i wtórnej raka piersi oraz samej choroby jest niewystarczający. Interesujące wydało się zbadanie wiedzy kobiet chorych

na raka piersi i ocena, czy choroba ma wpływ na jej poziom.

Celem pracy była ocena stanu wiedzy kobiet po operacji raka piersi na temat zachowań prozdrowotnych i choroby.

## Materiał i metody

Badania przeprowadzono wśród 100 kobiet w wieku 32–80 lat (mediana 56 lat) operowanych z powodu raka piersi w Centrum Onkologii w Bydgoszczy w 2014 r. Respondentki podzielono na dwie grupy: w pierwszej były kobiety po amputacji piersi – 68, a w drugiej pacjentki, u których dokonano operacji oszczędzającej – 32. Badania ankietowe dotyczące stanu wiedzy przeprowadzano we wczesnym okresie po zabiegu. Zgodę na badanie uzyskano od Komisji Bioetycznej działającej przy Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy.

Autorski kwestionariusz ankiety zawierał pytania zamknięte. Jego pierwsza część obejmowała dane demograficzne, takie jak: wiek, wykształcenie, obecne zajęcie, sytuacja materialna, stan cywilny i miejsce zamieszkania, a druga dotyczyła zachowań prozdrowotnych, edukacji i profilaktyki raka piersi. W niektórych pytaniach respondentki mogły wybrać więcej niż jedną odpowiedź.

W analizie opisowej zastosowano tabele, w których przedstawiono liczebność i procent odpowiedzi na poszczególne pytania kwestionariuszy. Zastosowano również średnią arytmetyczną i odchylenie standardowe.

W przypadku takich wybranych zmiennych, jak: grupy wiekowe, wykształcenie, liczba urodzonych dzieci, zastosowano test korelacji rang Spearmana. Przyjęto poziom istotności statystycznej dla  $p \leq 0,05$  oraz hipotezę zerową ( $H_0$ ) oznaczającą, że nie ma różnicy w wynikach badanych grup. Analizę statystyczną uzyskanych wyników przeprowadzono za pomocą programu STATISTICA 10.0, wszystkie obliczenia wykonano z użyciem arkusza kalkulacyjnego Microsoft Excel, wykorzystując standardowe funkcje tego programu.

## Wyniki

### Dane socjodemograficzne

Nie stwierdzono różnic w grupach pod względem wieku. Ponad połowa wszystkich kobiet (53%) miała 51–70 lat. Najmniej (17%) respondentek było w wieku powyżej 70 lat. Miejscem zamieszkania badanych osób były wieś i miasto. Kobiety mieszkające w mieście powyżej 10 tys. mieszkańców stanowiły 49%, a najmniej pacjentek – 25% zamieszkiwało wieś. Najliczniejszą grupę stanowiły mężatki: 67,6% kobiet po amputacji i 59,4% po operacji oszczędzającej. Najmniej (10%) było rozwódek. W obu badanych grupach kobiety miały podobne wykształcenie. Najliczniejszą grupę stanowiły badane z wykształceniem średnim: 39,7% osób po amputacji i 31,3% po operacji oszczędzającej. Najmniej respondentek (31%) miało wykształcenie podstawowe. Obie grupy pacjentek nie różniły się pod względem obecnego zajęcia. Najliczniejszą grupą były emerytki i rencistki: 45,6% po amputacji i 59,4% po operacji oszczędzającej. Najmniej było

kobiet pracujących fizycznie – 18%. Nie stwierdzono różnic w grupach kobiet pod względem sytuacji materialnej. Najwięcej było osób, które określiły swoją sytuację materialną jako wystarczającą: 47,1% po amputacji i 53,1% po operacji oszczędzającej. Najmniej respondentek (10%) stwierdziło, że ma złą sytuację materialną. W obu grupach chorych dieta była podobna. Najliczniejszą grupę stanowiły badane, które urodziły jedno lub dwoje dzieci: 67,6% kobiet po amputacji i 53,1% po operacji oszczędzającej. Najmniej ankietowanych nie rodziło wcale – 13% (tab. 1).

### Zachowania prozdrowotne kobiet

W obu grupach kobiety wymieniały podobne czynniki decydujące o dobrym zdrowiu. Badane zaznaczały po kilka stwierdzeń. Odnotowano 200 odpowiedzi. Najczęściej odpowiadano, że takim czynnikiem jest odpowiednie odżywianie – 74 osoby (37% wszystkich stwierdzeń), a następnie aktywność fizyczna – 64 osoby (32%). Tylko 7 osób

**Tabela 1.** Charakterystyka respondentek

**Table 1.** Patients characteristics

Zmienna	Wyszczególnienie	Metoda leczenia				Razem		p
		amputacja		operacja oszczędzająca				
		n	%	n	%	n	%	
Wiek	30–50 lat	23	33,8	7	21,9	30	30,0	0,453
	51–70 lat	33	48,5	20	62,5	53	53,0	
	> 70 lat	12	17,6	5	15,6	17	17,0	
Miejsce zamieszkania	wieś	15	22,1	10	31,3	25	25,0	0,131
	miasto do 10 tys.	16	23,5	10	31,3	26	26,0	
	miasto powyżej 10 tys.	37	54,4	12	37,5	49	49,0	
Stan cywilny	panna	6	8,8	5	15,6	11	11,0	0,592
	mężatka	46	67,6	19	59,4	65	65,0	
	rozwódka	5	7,4	5	15,6	10	10,0	
	wdowa	11	16,2	3	9,4	14	14,0	
Wykształcenie	podstawowe	18	26,5	13	40,6	31	31,0	0,249
	średnie	27	39,7	10	31,3	37	37,0	
	wyższe	23	33,8	9	28,1	32	32,0	
Aktywność zawodowa	pracownik fizyczny	12	17,6	6	18,8	18	18,0	0,347
	pracownik umysłowy	25	36,8	7	21,9	32	32,0	
	emerytka/rencistka	31	45,6	19	59,4	50	50,0	
Sytuacja materialna	dobra	29	42,6	12	37,5	41	41,0	0,718
	wystarczająca	32	47,1	17	53,1	49	49,0	
	zła	7	10,3	3	9,4	10	10,0	
Dzietność	nie rodziła	5	7,4	8	25,0	13	13,0	0,015
	rodziła	63	92,6	24	75,0	87	87,0	

**Tabela 2.** Odpowiedzi badanych kobiet na pytania dotyczące zachowań prozdrowotnych**Table 2.** The answers of surveyed women to question about women's health behavior

Pytanie	Odpowiedzi	Metoda leczenia				Razem		p
		amputacja		operacja oszczędzająca				
		n	%	n	%	n	%	
Czynniki decydujące o dobrym stanie zdrowia*	odpowiednie odżywianie	53	38,1	21	34,4	74	37,0	0,271
	stronienie od używek	22	15,8	13	21,3	35	17,5	
	aktywność fizyczna	43	30,9	21	34,4	64	32,0	
	brak bólu i dolegliwości	15	10,8	5	8,2	20	10,0	
	nie mam zdania	6	4,3	1	1,6	7	3,5	
Prowadzę zdrowy tryb życia	tak	30	44,1	19	59,4	49	49,0	0,417
	nie	13	19,1	1	3,1	14	14,0	
	trudno powiedzieć	25	36,8	12	37,5	37	37,0	
Wykonuję badania profilaktyczne piersi	tak	51	75,0	27	84,4	78	78,0	0,296
	nie	17	25,0	5	15,6	22	22,0	

\* Respondentki zaznaczały po kilka stwierdzeń, odnotowano 200 odpowiedzi.

(3,5%) nie miało zdania na ten temat. Kobiety prowadziły podobny tryb życia. Najczęściej twierdziły, że prowadzą zdrowy tryb życia: 44,1% osób po amputacji i 59,4% po operacji oszczędzającej. Aż 37% pacjentek nie potrafiło odpowiedzieć na to pytanie. W obu grupach podobna liczba kobiet wykonywała badanie profilaktyczne. Większość respondentek, tj. 75% po amputacji i 84,4% po operacji oszczędzającej poddawała się badaniom profilaktycznym piersi (tab. 2).

## Wiedza kobiet na temat edukacji i profilaktyki raka piersi

W obu grupach kobiety podobnie odpowiadały, że edukację na temat chorób nowotworowych należy rozpocząć już w gimnazjach i szkołach ponadgimnazjalnych. Najwięcej kobiet twierdziło, że edukację należy rozpocząć w gimnazjum: 55,9% po amputacji i 53,1% po operacji oszczędzającej, a najmniej, że na studiach – 3%. W obu grupach kobiet nie stwierdzono różnic pod względem pozyskiwania wiedzy na temat raka piersi. Zdecydowana większość respondentek – 98,5% po amputacji i 96,9% po operacji oszczędzającej wiedziała, gdzie szukać informacji na ten temat. Tylko 2% badanych kobiet nie miało takiej wiedzy. Pacjentki podobnie w obu grupach podały, skąd czerpały wiedzę na temat raka piersi. Badane zaznaczały po kilka stwierdzeń, odnotowano 140 odpowiedzi. Respondentki najczęściej wskazywały, że źródłem ich wiedzy jest TV, gazety i Internet – 52% po amputacji i 42,9% po operacji oszczędzającej. Najmniej osób – 23,6% wymieniło znajomych i rodzinę.

Na pytanie o znajomość instytucji i organizacji zajmujących się profilaktyką raka piersi kobiety z obu grup także odpowiadały podobnie. Badane zaznaczały po kilka stwierdzeń, łącznie odnotowano 156 odpowiedzi. Najwięcej kobiet (52,8% po amputacji i 52,1% po operacji oszczędzającej) odpowiedziało, że słyszały o klubach „Amazonki”. W dalszej kolejności wymieniały kampanię „AVON kontra rak piersi” – 28,7% osób po amputacji i 27,1% po operacji oszczędzającej. Najmniej kobiet odpowiedziało, że nie zna żadnej takiej instytucji lub organizacji – 9% (tab. 3).

Pacjentki w obu grupach podobnie odpowiadały na pytanie o czynniki zwiększające ryzyko zachorowania na raka piersi. Badane zaznaczały po kilka stwierdzeń, odnotowano 265 odpowiedzi. Według 30,9% kobiet po amputacji i 23,8% po operacji oszczędzającej głównym czynnikiem są geny. W dalszej kolejności 17,1% respondentek po amputacji i 11,9% po operacji oszczędzającej wskazało na niezdrowy tryb życia. Najmniej w obu grupach (po 2,6%) stwierdziło, że takim czynnikiem jest późna menopauza i noszenie ciasnych biustonoszy. W obu badanych grupach kobiety podobnie odpowiadały na pytanie, czy rak pozbawia je poczucia kobiecości. Najwięcej osób – 44,1% po amputacji i 53,1% po operacji oszczędzającej było zdania, że rak piersi nie pozbawia ich poczucia kobiecości. Tylko 17% nie miało zdania na ten temat.

Wystąpiła różnica między odpowiedziami na pytanie, czy uważa Pani, że takie badania, jak mammografia, USG piersi, samokontrola piersi pozwalają na wcześniejsze wykrycie raka piersi ( $p = 0,012$ ). Najwięcej kobiet, u których dokonano amputacji odpowiedziało „zdecydowanie tak”

**Tabela 3.** Odpowiedzi badanych kobiet na pytanie dotyczące edukacji i profilaktyki**Table 3.** The answers of surveyed women to the question on education and prevention

Pytanie	Odpowiedź	Metoda leczenia				Razem		p
		amputacja		operacja oszczędzająca				
		n	%	n	%	n	%	
Odpowiedni czas rozpoczęcia edukacji na temat chorób nowotworowych	w gimnazjum	38	55,9	17	53,1	55	55,0	0,481
	w szkołach ponadgimnazjalnych	23	33,8	8	25,0	31	31,0	
	na studiach	2	2,9	1	3,1	3	3,0	
	nie wiem	5	7,4	6	18,8	11	11,0	
Znajomość miejsc uzyskiwania wiedzy na temat raka piersi	tak	67	98,5	31	96,9	98	98,0	0,594
	nie	1	1,5	1	3,1	2	2,0	
Źródło uzyskiwania wiedzy na temat raka piersi	TV/gazety/Internet	51	52,0	18	42,9	69	49,3	0,974
	lekarz	24	24,5	14	33,3	38	27,1	
	znajomi/rodzina	23	23,5	10	23,8	33	23,6	
	razem	98	100,0	42	100,0	140	100,0	
Znajomość instytucji i organizacji zajmujących się profilaktyką raka piersi	„Amazonki”	57	52,8	25	52,1	82	52,6	0,492
	Polski Komitet Zwalczenia Raka	6	5,6	2	4,2	8	5,1	
	Polska Unia Onkologii	5	4,6	3	6,3	8	5,1	
	kampania „AVON kontra rak piersi”	31	28,7	13	27,1	44	28,2	
	nie znam	9	8,3	5	10,4	14	9,0	
	razem	108	100,0	48	100,0	156	100,0	
Czynniki zwiększające ryzyko zachorowania na raka piersi	wiek	13	7,2	12	14,3	25	9,4	0,216
	płeć	11	6,1	7	8,3	18	6,8	
	czynnik genetyczny	56	30,9	20	23,8	76	28,7	
	antykoncepcja	20	11,0	4	4,8	24	9,1	
	wczesna pierwsza miesiączka	10	5,5	6	7,1	16	6,0	
	późna menopauza	4	2,2	3	3,6	7	2,6	
	niezdrowy tryb życia	31	17,1	10	11,9	41	15,5	
	otyłość	14	7,7	5	6,0	19	7,2	
	późna pierwsza miesiączka	7	3,9	4	4,8	11	4,2	
	noszenie ciasnych biustonoszy	4	2,2	3	3,6	7	2,6	
	bezdzielnosc	4	2,2	4	4,8	8	3,0	
	nie mam zdania	7	3,9	6	7,1	13	4,9	
	razem	181	100,0	84	100,0	265	100,0	
Czy operacja pozbawia poczucia kobiecości	tak	28	41,2	8	25,0	36	36,0	0,116
	nie	30	44,1	17	53,1	47	47,0	
	nie mam zdania	10	14,7	7	21,9	17	17,0	
Czy jest możliwe wcześniejsze wykrycie raka piersi za pomocą mammografii, USG i samobadania	zdecydowanie tak	34	50,0	24	75,0	58	58,0	0,012
	raczej tak	28	41,2	8	25,0	36	36,0	
	raczej nie	2	2,9	0	0,0	2	2,0	
	zdecydowanie nie	3	4,4	0	0,0	3	3,0	
	nie mam zdania	1	1,5	0	0,0	1	1,0	
Metoda rozpoznania zmian podejrzanych o raka piersi	samobadanie	37	50,0	13	36,1	50	45,5	0,208
	USG piersi	20	27,0	11	30,6	31	28,2	
	mammografia	17	23,0	12	33,3	29	26,4	
	razem	74	100,0	36	100,0	110	100,0	



– 50% i „raczej tak” – 41,2%, a odpowiedzi respondentek, które przeszły operację oszczędzającą brzmiały: „zdecydowanie tak” – 75% i „raczej tak” – 25%. Znacznie mniej kobiet po amputacji odpowiedziało „raczej nie” – 2,9% i „zdecydowanie nie” – 4,4%. Nie było kobiet po operacji oszczędzającej, które odpowiadały „raczej nie” i „zdecydowanie nie”. Tylko 1% badanych nie miał zdania na ten temat.

Wiedza dotycząca rozpoznania zmian podejrzanych o raka piersi w obu grupach była podobna. Badane zaznaczały po kilka stwierdzeń, odnotowano 110 odpowiedzi. Najwięcej respondentek wskazało na samobadanie – 50 kobiet, co stanowiło 45,5% wszystkich odpowiedzi. Najmniej – 29 osób (26,4%) na badanie mammograficzne.

## Ogólny czas opóźnienia leczenia chorych

Czas od wykrycia zmiany do rozpoznania był podobny w obu grupach. Najwięcej kobiet – 67,6% po amputacji i 50% po operacji oszczędzającej odpowiedziało, że czas, jaki upłynął od wykrycia zmiany w piersi do rozpoznania wyniósł 4–8 tygodni. W przypadku 8% badanych w obu grupach był to rok. Nie było różnic dotyczących czasu od rozpoznania choroby do operacji chirurgicznej w obu grupach. Niezależnie od rodzaju zabiegu najczęściej podejmowano leczenie chirurgiczne w czasie 4–8 tygodni u 39% kobiet, a u 15% powyżej 24 tygodni. Całkowity średni czas dla wszystkich, jaki upłynął od wykrycia zmiany w piersi do operacji wyniósł 6 miesięcy (tab. 4).

## Omówienie

W niniejszych badaniach brały udział kobiety po amputacji i operacji oszczędzającej piersi. Ponad połowa z nich była po 50. r.ż. i nie pracowa-

ła zawodowo. W większości były mężatkami i rodziły dzieci. Prawie połowę stanowiły mieszkanki dużych miast, które oceniły swoją sytuację materialną jako wystarczającą. Najliczniejszą grupą były badane ze średnim wykształceniem. W badaniach innych autorów również najczęściej uczestniczą kobiety zamężne ze średnim wykształceniem, nieaktywne zawodowo, w wieku powyżej 51 lat [5–8].

W obu grupach kobiety wymieniały podobne czynniki, jakie decydują o dobrym zdrowiu. Najczęściej odpowiadały, że jest to odpowiednie odżywianie oraz aktywność fizyczna. Podobnie zauważają inni, obserwując zmiany w zachowaniach zdrowotnych u chorych na raka piersi rok po zabiegu. W stosunku do okresu przed zachorowaniem zwiększa się spożycie warzyw, owoców, obserwuje się wzmożoną aktywność fizyczną oraz zmniejszenie palenia tytoniu [9].

Wczesne rozpoznanie raka piersi pozwala zmniejszyć umieralność, dlatego tak ważną rolę odgrywa profilaktyka, która jest jedną z podstawowych elementów walki z rakiem. Wiedza o metodach wczesnego wykrywania, czynnikach ryzyka i sposobach zapobiegania jest najważniejszym zadaniem w walce z rakiem piersi. W badaniach własnych w obu grupach podobna liczba kobiet wykonywała badanie profilaktyczne. Najwięcej wskazało na samobadanie, najmniej natomiast na badanie mammograficzne. Inne badania pokazują, że kobiety wykonują badania profilaktyczne z własnej inicjatywy, korzystają z zaproszeń do wykonania mammografii, a tylko nieliczne decydują się na nie po rozmowie z lekarzem lub bliską osobą [10, 11]. Kobiety są świadome, jak ważne są badania profilaktyczne. Dzięki nim ryzyko śmierci z powodu raka jest mniejsze i są przekonane o konieczności prowadzenia badań profilaktycznych [12, 13].

Na podstawie analizy przeprowadzonych badań dotyczących zachowań prozdrowotnych kobiet oraz wiedzy na temat edukacji i profilaktyki

**Tabela 4.** Czas opóźnienia leczenia chorych

**Table 4.** Delay time of treatment

Pytanie	Odpowiedź	Metoda leczenia				Razem		p
		amputacja		operacja oszczędzająca				
		n	%	n	%	n	%	
Czas od wykrycia zmiany w piersi do rozpoznania choroby	4–8 tygodni	46	67,6	16	50,0	62	62,0	0,102
	9–24 tygodni	17	25,0	13	40,6	30	30,0	
	rok	5	7,4	3	9,4	8	8,0	
Czas od rozpoznania choroby do operacji	4–8 tygodni	29	42,6	10	31,3	39	39,0	0,763
	9–16 tygodni	9	13,2	13	40,6	22	22,0	
	17–24 tygodni	18	26,5	6	18,8	24	24,0	
	dłużej	12	17,6	3	9,4	15	15,0	

raka piersi wynika, że ankietowane znały czynniki zwiększające ryzyko zachorowania na nowotwór. Najczęściej odpowiadały, że jest to czynnik genetyczny, a w dalszej kolejności niezdrowy tryb życia. Najmniej w obu grupach odpowiedziało, że takim czynnikiem jest późna menopauza. Wysoki status społeczno-ekonomiczny jest związany ze zwiększonym ryzykiem raka piersi. Kobiety w tej grupie częściej chodzą do lekarza, poddają się badaniom w celu wczesnego rozpoznania nowotworu. Mniejsza liczba urodzonych dzieci zwiększa ponadto ryzyko wystąpienia choroby. Kobiety o niskim statusie społeczno-ekonomicznym rzadko zgłaszają się na badania przesiewowe, co opóźnia diagnozę i oznacza gorsze rokowanie. Mają ponadto mniejszy dostęp do opieki zdrowotnej w porównaniu z kobietami mającymi wysoki status społeczno-ekonomiczny [14, 15]. Wiedza na temat czynników ryzyka nowotworów piersi wśród kobiet jest za mała. Badania pokazują, że połowa ankietowanych nie jest w stanie wymienić 4 spośród najczęściej występujących czynników ryzyka [8, 16]. Są też autorzy, którzy otrzymali inne wyniki z przeprowadzonych badań: kobiety znały czynniki ryzyka raka piersi i najczęściej wskazywały na: geny, niezdrowy tryb życia i płęć [10, 17]. Ankietowane w badaniach autorów niniejszej pracy były już w trakcie leczenia i to mogło mieć wpływ na lepsze wyniki w związku z zainteresowaniem chorobą.

Zmiana nawyków żywieniowych, aktywność fizyczna, zaprzestanie palenia papierosów i spożywania alkoholu może zmniejszyć ryzyko wystąpienia raka piersi u kobiet, dlatego edukacja odgrywa ważną rolę w zapobieganiu tej chorobie. Niektóre badania pokazują natomiast, że daje tylko wiedzę z zakresu zachowań prozdrowotnych, ale nie zmienia stylu życia [18]. W niniejszych badaniach ponad połowa respondentek uważała, że edukację na temat chorób nowotworowych powinno rozpocząć się już w gimnazjum.

Według opinii większości ankietowanych dotyczącej źródła uzyskiwania wiedzy na temat raka piersi znaczącą rolę odgrywały media, szczególnie telewizja, prasa i Internet. Inni autorzy też uważają, że podstawowym źródłem wiedzy na temat profilaktyki i chorób piersi są ulotki oraz środki masowego przekazu. Większość kobiet oczekuje informacji od lekarzy i pielęgniarek o profilaktyce raka i prowadzeniu zdrowego stylu życia, a edukacja prowadzona przez pracowników służby zdrowia jest nadal niewystarczająca [8, 16].

Większość badanych przez autorów tej pracy kobiet twierdziła, że poddawała się badaniom profilaktycznym. W badaniach innych autorów natomiast za najważniejsze przeszkody w działaniach

profilaktycznych ankietowane podawały brak wiedzy, brak środków finansowych oraz lęk przed chorobą [10].

Badania własne wykazały, że najbardziej znanymi organizacjami zajmującymi się profilaktyką raka piersi były „Amazonki” oraz kampania „AVON kontra rak piersi”. Podobnego zdania są inni autorzy [10]. Większość kobiet, szczególnie po operacji oszczędzającej, wiedziała dokładnie, za pomocą jakich badań jest możliwe wcześniejsze rozpoznanie raka piersi. Według innych autorów wiedza kobiet przebywających na oddziale ginekologiczno-położniczym na temat mammografii, jako metody profilaktyki raka piersi jest niezadowalająca i należy podjąć wszelkie starania zmierzające do zwiększenia świadomości kobiet odnośnie do przeprowadzania samokontroli piersi i udziału w programach przesiewowych [10].

Dodatkowo zbadano ogólny czas opóźnienia leczenia chorych kobiet. Czas od wykrycia zmiany do rozpoznania był podobny w obu grupach. Najwięcej kobiet po amputacji i połowa po operacji oszczędzającej odpowiedziało, że czas, jaki upłynął od wykrycia zmiany w piersi do rozpoznania wyniósł 4–8 tygodni. U niewielkiej liczby badanych w obu grupach był to natomiast rok. Nie było różnic dotyczących czasu od rozpoznania choroby do operacji w obu grupach. Niezależnie od rodzaju operacji najczęściej podejmowano leczenie chirurgiczne w czasie 4–8 tygodni. Nie istnieją jednak wyraźne wytyczne, które definiują odpowiedni przedział czasu od postawienia diagnozy do leczenia chirurgicznego raka piersi [19].

Rak piersi jest związany z dużym ryzykiem zachorowalności i śmiertelności wśród kobiet. Ważne jest zatem, aby znaleźć sposób zmniejszenia ryzyka zachorowania. Prostą, ekonomiczną i skuteczną metodą są zmiany w stylu życia. Niektóre czynniki, takie jak zaprzestanie palenia lub zapobieganie zwiększeniu masy ciała, mogą zmniejszać ryzyko nawrotu choroby. W związku z tym badania na temat wiedzy o zachowaniach prozdrowotnych i zmian w stylu życia u kobiet na raka piersi powinny być dalej prowadzone.

## Wnioski

Kobiety operowane różnymi metodami z powodu raka piersi mają podobną, ale nadal niedostateczną wiedzę na temat zachowań prozdrowotnych i choroby.

Największe znaczenie w zachowaniach prozdrowotnych odgrywają media (telewizja, prasa, Internet), a edukacja prowadzona przez pracowników ochrony zdrowia jest niewystarczająca.

## Piśmiennictwo

- [1] **Kaczmarek-Borowska B.**: Czynniki prognostyczne i predykcyjne dla raka piersi. *Prz. Med. Uniw. Rzesz. Inst. Leków* 2009, 4, 350–355.
- [2] **Harvie M., Howell A., Evans D.G.**: Can diet and lifestyle prevent breast cancer: What is the evidence? *Am. Soc. Clin. Oncol. Educ. Book* 2015, 35, 66–73.
- [3] **Demark-Wahnefried W., Jones L.W., Snyder D.C., Sloane R.J., Kimmick G.G., Hughes D.C., Badr H.J., Miller P.E., Burke L.E., Lipkus I.M.**: Daughters and Mothers Against Breast Cancer (DAMES): Main outcomes of a randomized controlled trial of weight loss in overweight mothers with breast cancer and their overweight daughters. *Cancer* 2014, 120, 2522–2534.
- [4] **Najdyhor E., Krajewska-Kula E., Krajewska-Ferishah K.**: Wiedza kobiet i mężczyzn na temat profilaktyki raka piersi. *Ginek. Pol.* 2013, 84, 116–125.
- [5] **Nowicki A., Kwaśńska E., Rzepka K., Walentynowicz M., Grabiec M.**: Wpływ choroby na życie emocjonalne kobiet po operacji raka piersi zrzeczonych w klubach „Amazonka”. *Annales Academiae Medicae Stetinensis* 2009, 55, 81–85.
- [6] **Nowicki A., Ostrowska Ż.**: Akceptacja choroby przez chore po operacji raka piersi w trakcie leczenia uzupełniającego. *Pol. Merk. Lek.* 2008, 143, 403–407.
- [7] **Ślubowska M., Ślubowski T.**: Problemy psychosocjalne w raku piersi. *Psychoonkologia* 2008, 12, 14–25.
- [8] **Lorenc A., Pop T., Boychuk T.**: Wiedza kobiet po 40. roku życia o czynnikach i profilaktyce raka piersi. *Young Sport Science of Ukraine* 2012, 4, 59–65.
- [9] **Steinhalper L., Geyer S., Sperlich S.**: Health behavior change among breast cancer patients. *Int. J. Publ. Health* 2013, 58, 603–613.
- [10] **Najdyhor E., Krajewska-Kula E., Krajewska-Ferishah K.**: Wiedza kobiet i mężczyzn na temat profilaktyki raka piersi. *Ginek. Pol.* 2013, 84, 116–125.
- [11] **Lewandowska A., Mess E., Laufer J.**: Profilaktyka raka piersi wśród kobiet. *Onkol. Pol.* 2013, 3, 131–134.
- [12] **Przysada G., Bojczuk T., Kuźniar A., Depa A., Wolan A.**: Poziom wiedzy kobiet na temat profilaktyki i wczesnego rozpoznawania raka piersi. *Young Sports Science of Ukraine* 2009, 3, 129–136.
- [13] **Webster P., Lecturer S., Austoker J.**: Women’s knowledge about breast cancer risk, and their views of the purpose and implications of breast screening – a questionnaire survey. *J. Publ. Health* 2006, 28, 197–202.
- [14] **Pudrovska T., Anishkin A., Shen Y.**: Early-Life Socioeconomic Status and the Prevalence of Breast Cancer in Later Life. *Res. Aging* 2012, 34, 302–320.
- [15] **Wang Q., Li J., Zheng S., Li J.Y., Pang Y., Huang R., Zhang B.N., Zhang B., Yang H.J., Xie X.M., Tang Z.H., Li H., He J.J., Fan J.H., Qiao Y.L.**: Breast cancer stage at diagnosis and area-based socioeconomic status: A multicenter 10-year retrospective clinical epidemiological study in China. *BMC Cancer* 2012, 12, 122–131.
- [16] **Paździor A., Stachowska M., Zielinska A.**: Wiedza kobiet na temat profilaktyki raka piersi. *Now. Lek.* 2011, 80, 419–422.
- [17] **Berg A., Allan J., Frame P., Zalecenia U.S.**: Preventive Services Task Force. *Thum. Strzeszyński Ł. Badania przesiewowe w kierunku raka sutka. Med. Prakt.* 2002, 10, 160–166.
- [18] **Malak A.T., Yilmaz D., Tuna A., Gumus A.B., Turgay A.S.**: Relations between breast and cervical cancer prevention behaviour of female students at a school of health and their healthy life style. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP* 2010, 11, 53–56.
- [19] **Wright G.P., Wong J.H., Morgan J.W., Roy-Chowdhury S., Kazanjian K., Lum S.S.**: Time from diagnosis to surgical treatment of breast cancer: Factors influencing delays in initiating treatment. *Am. Surg.* 2010, 76, 1119–1122.

## Adres do korespondencji

Andrzej Nowicki

Zakład Pielęgniarstwa Onkologicznego Collegium Medicum w Bydgoszczy

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Bydgoszcz

e-mail: anow1\_xl@wp.pl

Konflikt interesów: nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 20.09.2015 r.

Po recenzji: 18.11.2015 r.

Zaakceptowano do druku: 7.02.2016 r.

Received: 20.09.2015

Revised: 18.11.2015

Accepted: 7.02.2016