

Wiedza kobiet w wieku okołomenopauzalnym na temat profilaktyki raka piersi

Renata Bogusz¹, Marianna Charzyńska-Gula², Anna Majewska³, Edyta Gałęziowska²

¹ Samodzielna Pracownia Socjologii Medycyny Katedry Nauk Humanistycznych WPiNoZ UM w Lublinie

² Zakład Onkologii WPiNoZ UM w Lublinie

³ Studenckie Koło Naukowe Samodzielnej Pracowni Socjologii Medycyny WPiNoZ UM w Lublinie

Bogusz R, Charzyńska-Gula M, Majewska A, Gałęziowska E. Wiedza kobiet w wieku okołomenopauzalnym na temat profilaktyki raka piersi. Med. Og Nauk Zdr. 2013; 19(4): 523–529.

Streszczenie

Wprowadzenie: Nowotwory piersi to istotny problem medyczny i społeczny wśród kobiet na całym świecie. Najczęściej występującym w naszym kraju nowotworem złośliwym u kobiet jest rak sutka. Dotyczy on głównie kobiet po 50 roku życia. Najnowsze wyniki badań naukowych dowodzą, że rak piersi w początkowym stadium może być całkowicie uleczalny. Dlatego tak ważna jest edukacja zdrowotna kobiet w zakresie wczesnego rozpoznawania choroby oraz kształtowanie nawyku samobadania piersi.

Cel pracy: Celem pracy było określenie poziomu wiedzy kobiet w okresie okołomenopauzalnym na temat profilaktyki raka piersi.

Materiał i metoda: Badania sondażowe przeprowadzono w 2012 roku wśród 100 kobiet w wieku 48–60 lat, mieszkających w Chełmie i okolicach. Uzyskany materiał poddano analizie statystycznej.

Wyniki: Na podstawie badań stwierdzono między innymi, że zdaniem 90% respondentek czynnikiem odpowiedzialnym za wystąpienie raka piersi jest predyspozycja rodzinna. W opinii 100% badanych wczesna diagnostyka zwiększa szanse wyleczenia. Do najważniejszych działań profilaktycznych badane zaliczyły mammografię (92%) i samobadanie piersi (82%). Wiedzę na temat profilaktyki raka piersi badane czerpały przede wszystkim z mediów (75%).

Wnioski: W większości badane prezentowały przeciętny poziom wiedzy na temat profilaktyki raka piersi. Zmienną niezależną, która w największej mierze różnicowała odpowiedzi respondentek, było wykształcenie.

Słowa kluczowe

profilaktyki raka piersi, kobiety, wiedza medyczna

WPROWADZENIE

W Polsce, jak i na całym świecie stale rośnie liczba zachorowań i zgonów spowodowanych chorobami nowotworowymi. Około 40% wszystkich nowotworów złośliwych u kobiet to nowotwory narządów płciowych. Wśród nich na pierwszej, niechlubnej pozycji plasują się nowotwory piersi (22%) [1, 2, 3, 4].

U młodych kobiet, przed 25 rokiem życia, rak piersi występuje rzadko, a ryzyko zachorowania rośnie wraz z wiekiem. Najbardziej narażone na jego występowanie są kobiety w wieku 50–69 lat. W 2008 roku odnotowano wśród nich 57% występowania wszystkich nowotworów piersi. Do tej właśnie grupy kobiet kierowane są populacyjne badania przesiewowe [2, 3, 4, 5].

Zmniejszenie częstości wystąpienia choroby nowotworowej, w tym także raka piersi, jest możliwe przede wszystkim poprzez identyfikację i unikanie czynników ryzyka. Pomimo wielu badań, wciąż nie do końca znana jest etiologia raka piersi. Natomiast wśród rozpoznanych uwarunkowań wyodrębniono przyczyny, na które nie mamy wpływu i takie które podlegają kontroli oraz modyfikacji [2, 6, 7]. Poznanymi czynnikami ryzyka omawianych zmian nowotworowych są: predyspozycja rodzinna, wiek powyżej 45 lat, pierwsza ciąża w późnym wieku (po 35 roku życia), późna menopauza, otyłość, palenie tytoniu, dieta bogata w tłuszcze nasycone

i cukier, cukrzyca, narażenie na działanie promieni jonizujących, obecność zmian niezłośliwych [2, 8, 9, 10, 11, 12, 13]. Ponadto, w ostatnich latach poszukuje się związku pomiędzy chorobami nowotworowymi a czynnikami o charakterze psychospołecznym, ze szczególnym uwzględnieniem przewlekłego stresu. Rak piersi jako nowotwór, którego rozwój jest związany z układem neurohormonalnym i immunologicznym, należy prawdopodobnie do najbardziej podatnych na stresujące wydarzenia życiowe. Stres także zwiększa szybkość rozprzestrzeniania się przerzutów raka gruczołu piersiowego [14].

Polski Komitet Zwalczania Raka oraz Polskie Towarzystwo Ginekologiczne, w ramach profilaktyki raka piersi, ustaliły wytyczne postępowania dla wszystkich kobiet. W ich zakres wchodzi: samobadanie przez kobiety gruczołu piersiowego, lekarskie badanie fizykalne sutków, skrining mammograficzny oraz badanie ultrasonograficzne gruczołów (sonomammografia) [15].

Ponad 90% nowotworów piersi jest wykrywanych przez kobiety w trakcie samobadania. Począwszy od 20 roku życia, systematyczne, comiesięczne samobadanie powinno stać się nawykiem, kontynuowanym przez całe życie w sytuacji każdej z pań. Badanie najlepiej przeprowadzać tydzień po zakończeniu miesiączki, kiedy piersi nie są obrzmiałe i tkliwe w dotyku. W okresie pomenopauzalnym, po ustaniu miesiączki, badanie należy wykonywać w wybranym dniu miesiąca. Z badań epidemiologicznych wynika, że wielkość zmiany w momencie przystąpienia do leczenia jest jednym z najważniejszych czynników prognostycznych, aktywna postawa kobiet może więc często decydować o szansach

Adres do korespondencji: Renata Bogusz, Samodzielna Pracownia Socjologii Medycyny Katedry Nauk Humanistycznych WPiNoZ UM w Lublinie.
e-mail: rebo1@op.pl

Nadesłano: 6 lutego 2013 roku; Zaakceptowano do druku: 28 lutego 2014 roku.



przeżycia. Nawet wtedy, gdy w samodzielnie przeprowadzonym badaniu kobieta nie stwierdza żadnych niepokojących objawów, powinna przynajmniej raz w roku badać piersi u lekarza, najlepiej ginekologa podczas corocznej, kontrolnej wizyty [2, 16, 17, 18, 19].

Kobiety z grupy o podwyższonym ryzyku wystąpienia raka piersi powinny, poza samobadaniem, poddawać się badaniom mammograficznym i USG. Zdaniem onkologów, mammografia pozwala wykryć raka piersi przynajmniej o rok wcześniej, zanim będzie on badany klinicznie. Badanie mammograficzne pozwala na ocenę rozległości zmian, ich lokalizację oraz wstępne określenie charakteru zmiany i obecności mikrozwapnień [20]. Podstawowym wskazaniem do stosowania tej metody jest możliwość wykrywania nieprawidłowości (guzów) niewyczuwalnych badaniem palpacyjnym. Ale stosuje się ją też w przypadku wyczuwalnych palpacyjnie zmian w piersi w celu potwierdzenia lub wykluczenia innych ognisk nowotworowych. Ograniczeniem badania mammograficznego jest jego stosunkowo mała swoistość, która nie pozwala na jednoznaczne rozpoznanie zmiany złośliwej. Z uwagi na gęstszy miąższ piersi u młodych kobiet, badania mammograficzne jako badanie skriningowe zaleca się u kobiet o niepodwyższonym ryzyku raka piersi dopiero powyżej 45 roku życia. W tym wieku, z powodu wzrostu ilości tkanki tłuszczowej w piersi, istnieje możliwość bardziej wiarygodnej oceny obrazu rentgenowskiego i wykrywanie bardzo małych zmian nowotworowych [21]. Zgodnie z rekomendacjami Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, wykonywanie badań mammograficznych zalecane jest co 2 lata kobietom między 35. a 50. rokiem życia, kobietom powyżej 50 lat – co rok [15, 20, 22].

Ultrasonografia jest badaniem uzupełniającym mammografię. Umożliwia ustalenie, czy zmiana wyczuwalna w badaniu lekarskim lub widoczna w mammografii ma charakter torbieli czy jest litym guzkiem. Wykonanie tego badania pozwala w wielu sytuacjach zaniechać dalszych, bardziej złożonych procedur diagnostycznych. Ultrasonografia jest stosowana do oceny piersi o gęstym utkaniu gruczołowym, gdy badanie mammograficzne ma ograniczoną wartość. Stanowi także pierwszoplanowe badanie w przypadku stwierdzenia guzka u kobiety poniżej 35. roku życia, w okresie ciąży i laktacji. Wskazaniem do zastosowania ultrasonografii są: sutki o „gęstej” radiologicznie strukturze, zmiany wyczuwalne w badaniu palpacyjnym, ale niewidoczne w obrazie radiologicznym, zmiany niewyczuwalne w badaniu palpacyjnym a widoczne, lecz trudne do interpretacji w badaniu mammograficznym. Obrazy ultrasonograficzne raka sutka mogą przyjmować różnorodne postacie, niejednokrotnie trudne do odróżnienia od zmian nienowotworowych, z tego powodu rozpoznanie uzyskane tą metodą zawsze wymaga potwierdzenia w biopsji aspiracyjnej [20, 21, 22].

Wyodrębnienie subpopulacji kobiet o zwiększonym ryzyku zachorowania na raka piersi powinno być podstawą właściwie planowanych i realizowanych działań profilaktycznych (w ramach profilaktyki pierwotnej i wtórnej). Wskazane jest, aby ich punktem wyjścia była profesjonalnie prowadzona edukacja zdrowotna, zwiększająca świadomość kobiet [23].

CEL PRACY

Celem pracy było określenie poziomu wiedzy kobiet w okresie okołomenopauzalnym na temat profilaktyki raka piersi.

MATERIAŁ I METODY

Badania sondażowe przeprowadzono w 2012 roku wśród 100 kobiet w wieku 48–60 lat, mieszkających w Chełmie i okolicach. Średnia wieku w badanej grupie wyniosła 50,9 lat. Wśród respondentek dominowały mieszkanki miasta, kobiety w wieku do 48 lat, osoby przeciętnie lub źle oceniające swoją sytuację materialną i stan zdrowia oraz panie z wyższym i średnim wykształceniem. Charakterystykę społeczno-demograficzną badanych przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Cechy społeczno-demograficzne respondentów

Czynniki społeczno-demograficzne		%
Wiek	do 48 lat	37%
	49–52 lata	29%
	powyżej 52 lat	34%
	RAZEM	100,0%
Wykształcenie	podst./zawod.	16%
	średnie	42%
	wyższe	42%
	RAZEM	100,0%
Miejsce zamieszkania	miasto	87%
	wieś	13%
	RAZEM	100,0%
Ocena sytuacji materialnej	bardzo dobra / dobra	43%
	przeciętna / zła	57%
	RAZEM	100,0%
Stan zdrowia	bardzo dobre / dobre	48%
	przeciętne / złe	52%
	RAZEM	100,0%

Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej z zastosowaniem testu niezależności χ^2 , poziom istotności określono na poziomie $p < 0,05$. Do opracowania wyników wykorzystano oprogramowanie komputerowe Statistica 9.1 (StatSoft, Polska).

WYNIKI

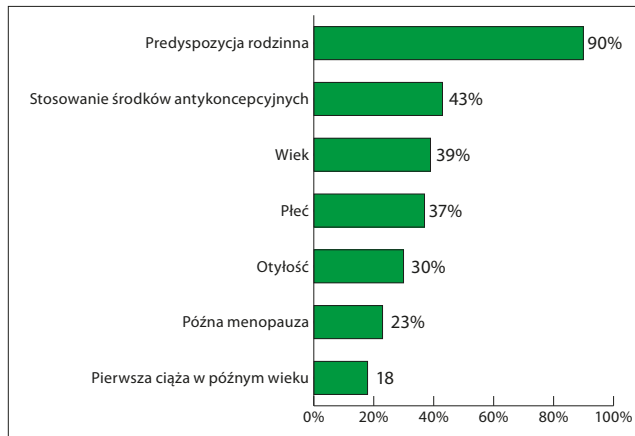
Zdaniem badanych, rak piersi jest najczęściej występującą chorobą wśród kobiet w Polsce (52%), na drugim miejscu uplasowano raka szyjki macicy (23%), na trzecim choroby układu krążenia (20%) i inne (5%).

Wśród czynników ryzyka raka piersi, respondentki przede wszystkim wskazywały na predyspozycje rodzinne (genetyczne) – 90% badanych (ryc. 1), a szanse wyleczenia uzależniały od rodzaju nowotworu (76%) (ryc. 2).

W opinii 100% badanych, wczesna diagnoza zwiększa szanse wyleczenia choroby i jest znacznie ważniejsza od odpowiedniego leczenia (69%), nastawienia osoby chorej (41%) czy wsparcia bliskich (25%) (ryc. 3).

Do najważniejszych działań, które powinny być realizowane w ramach profilaktyki raka piersi, badane kobiety zaliczyły mammografię (92%), samobadanie (82%) i USG piersi (73%) (ryc. 4).

Zdaniem ankietowanych, mammografię należy wykonywać raz na rok (54%) lub raz na dwa lata (40%), wśród innych odpowiedzi wskazano częstotliwość półroczną (5%)

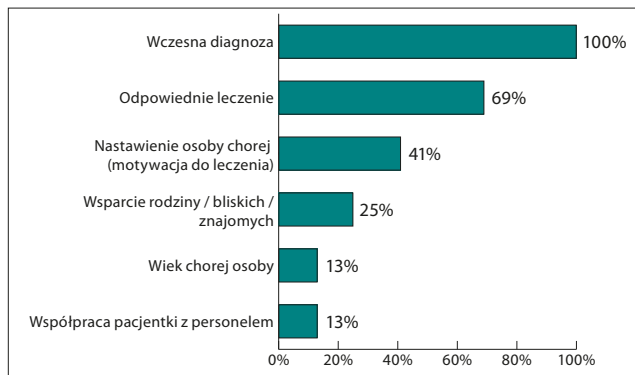


* Wartości nie sumują się do 100% ze względu na możliwość wyboru kilku odpowiedzi

Rycina 1. Czynniki ryzyka raka piersi – w opinii badanych

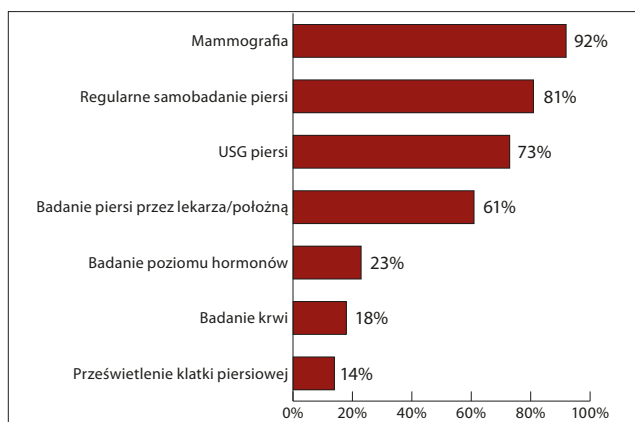


Rycina 2. Szanse wyleczenia raka piersi – w opinii badanych



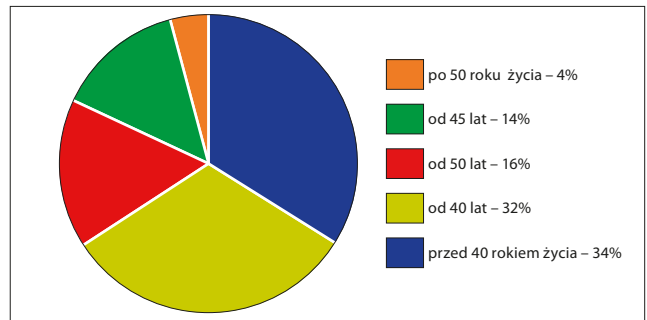
Wartości nie sumują się do 100% ze względu na możliwość wyboru kilku odpowiedzi

Rycina 3. Czynniki wpływające na wzrost szansy wyleczenia raka piersi – w opinii badanych



* Wartości nie sumują się do 100% ze względu na możliwość wyboru kilku odpowiedzi

Rycina 4. Działania, które powinny być realizowane w ramach profilaktyki raka piersi – w opinii badanych



Rycina 5. Czas rozpoczęcia realizacji badań mammograficznych – w opinii badanych

i pięcioletnią (1%). Rozpoczęcie wykonywania badań mammograficznych najczęściej badane kobiety łączyły z granicą ok. 40 lat (32%) (ryc. 5). Zmienne niezależne nie różnicowały wypowiedzi badanych w tym zakresie.

Niemalże 3/4 badanych kobiet (72%) potwierdziło umiejętność wykonywania samobadania piersi, pozostałe (28%) udzieliły odpowiedzi negatywnej. Podobnie kobiety określały zasady wykonywania tego badania. Zdaniem zdecydowanej większości ankietowanych należy je wykonywać raz w miesiącu (73%), po miesiączce (76%). Inną częstotliwość (kilka razy w miesiącu (20%); raz na trzy miesiące lub rzadziej (7%)) i czas samobadania respondentki wskazywały znacznie rzadziej. Zmienne niezależne nie różnicowały w sposób istotny statystycznie opinii badanych w odniesieniu do częstotliwości, różnice wystąpiły w określaniu czasu wykonywania badania (tabela 2).

W opinii większości ankietowanych, badanie piersi metodą USG należy wykonywać raz na rok (58%). Znacznie rzadziej wskazywano na inną częstotliwość – raz na 6 miesięcy (23%) oraz na raz na dwa lata (19%). Co druga wśród badanych kobiet (50%) stwierdziła, że systematyczne badanie piersi metodą USG należy rozpocząć od 25 roku życia. Zdaniem co czwartej (24%), kobiety z grupy ryzyka raka piersi powinny je wykonywać od 20 roku życia. Pozostałe respondentki początek wykonywania USG piersi łączyły z 35 rokiem życia (21%) oraz rozpoczęciem stosowania antykoncepcji hormonalnej (5%). Zmienne niezależne nie różnicowały w sposób istotny statystycznie opinii badanych w odniesieniu do częstotliwości i czasu wykonywania tego typu badania.

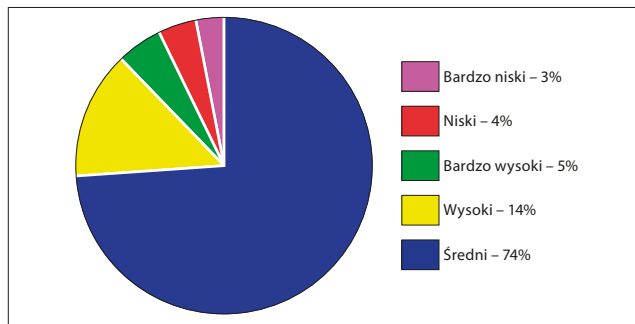
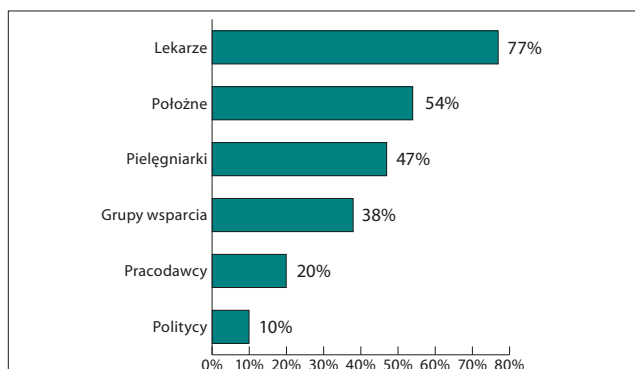
Własną wiedzę na temat profilaktyki raka piersi, ankietowane oceniały najczęściej na poziomie średnim (74%) (ryc. 6). W opinii badanych, tego typu informacje powinny być propagowane wśród kobiet przede wszystkim przez lekarzy (77%), położne (54%) i pielęgniarki (47%) (ryc. 7), jednocześnie jednak największa grupa respondentek jako własne źródło wiedzy o profilaktyce nowotworów piersi wskazała media (75%) oraz ulotki/broszury dostępne w przychodni zdrowia (63%) (ryc. 8).

Zdaniem ankietowanych, szczególnym czynnikiem, który skłania kobiety do wykonywania badań profilaktycznych ukierunkowanych na raka piersi, jest strach przed chorobą (73%) (ryc. 9). Niestety, niewielka część respondentek (12%), potwierdziła systematyczne wykonywanie takich badań; zmienne niezależne nie różnicowały w sposób istotny statystycznie ich zachowań (tabela 3). W sytuacji zauważenia niepokojących zmian w okolicach piersi, tylko w przypadku 65% badanych reakcją była natychmiastowa konsultacja z lekarzem lub położną (ryc. 10).

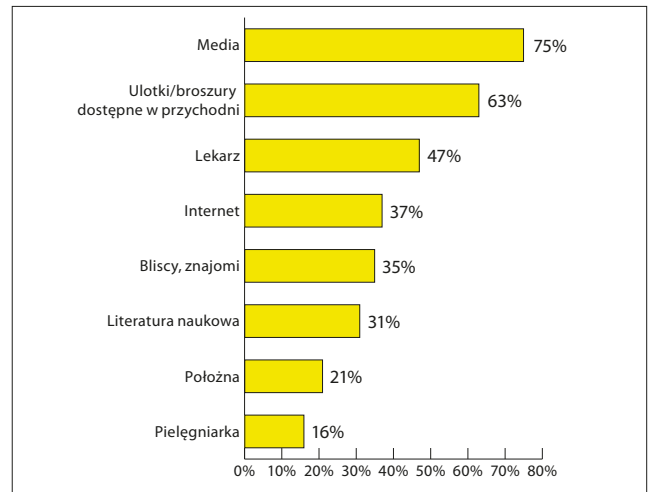


Tabela 2. Czas wykonywania samobadania piersi – w opinii badanych

		Odpowiedzi		χ^2
		po miesięczce	inna odpowiedź	
Wiek	do 48 lat	N 25 % 67,57%	N 12 % 32,43%	4,520777 p=0,10432
	49–52 lata	N 26 % 89,66%	N 3 % 10,34%	
	53 lata i więcej	N 25 % 73,53%	N 9 % 26,47%	
Miejsce zamieszkania	miasto	N 64 % 73,56%	N 23 % 26,44%	2,178634 p=0,13994
	wieś	N 12 % 92,31%	N 1 % 7,69%	
Wysztalcenie	podstawowe / zawodowe	N 16 % 100,00%	N 0 % 0,00%	10,19215 p=0,00612
	średnie	N 26 % 61,90%	N 16 % 38,10%	
	wyższe	N 34 % 80,95%	N 8 % 19,05%	
Ocena sytuacji materialnej	bardzo dobra / dobra	N 35 % 81,40%	N 8 % 18,60%	1,203948 p=0,27254
	przeciętna / zła	N 41 % 71,93%	N 16 % 28,07%	
Ocena stanu zdrowia	bardzo dobre / dobre	N 38 % 79,17%	N 10 % 20,83%	0,5074787 p=0,47623
	przeciętne / złe	N 38 % 73,08%	N 14 % 26,92%	
Ogółem		N 76 % 76,00%	N 24 % 24,00%	

**Rycina 6.** Ocena własnego poziomu wiedzy na temat diagnozowania raka piersi

* Wartości nie sumują się do 100% ze względu na możliwość wyboru kilku odpowiedzi

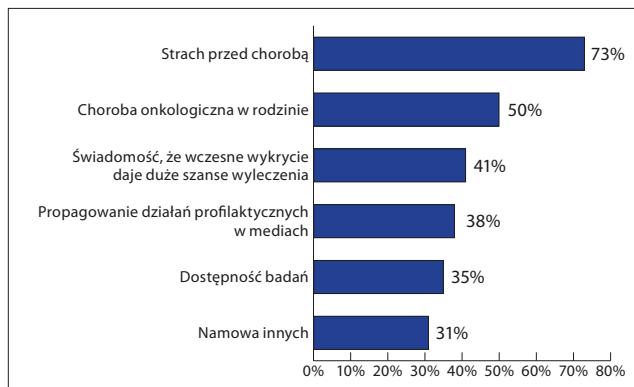
Rycina 7. Kto powinien propagować wśród kobiet wiedzę na temat profilaktyki raka piersi – w opinii badanych

* Wartości nie sumują się do 100% ze względu na możliwość wyboru kilku odpowiedzi

Rycina 8. Źródła informacji badanych na temat profilaktyki raka piersi**Tabela 3.** Częstość zgłaszania się respondentek na profilaktyczne badania raka piersi z uwzględnieniem wieku, miejsca zamieszkania, wykształcenia, oceny sytuacji materialnej oraz stanu zdrowia

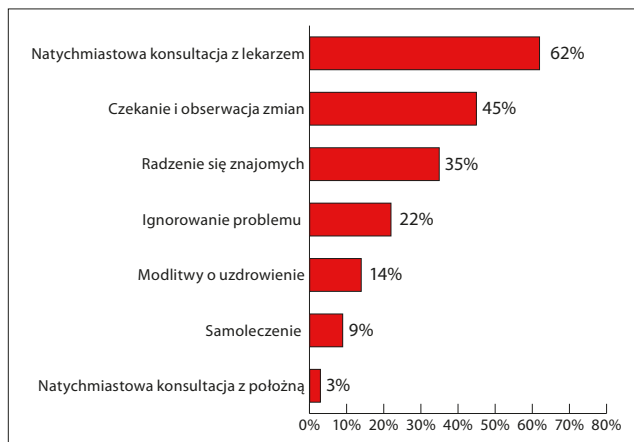
		Częstość				χ^2
		często	czasami	bardzo rzadko	trudno powiedzieć	
Wiek	do 48 lat	N 5 % 13,51%	N 20 % 54,05%	N 7 % 18,92%	N 5 % 13,51%	3,864456 p=0,69501
	49–52 lata	N 1 % 3,45%	N 17 % 58,62%	N 8 % 27,59%	N 3 % 10,34%	
	53 lata i więcej	N 6 % 17,65%	N 17 % 50,00%	N 8 % 23,53%	N 3 % 8,82%	
Miejsce zamieszkania	miasto	N 11 % 12,64%	N 47 % 54,02%	N 20 % 22,99%	N 9 % 10,34%	0,4923205 p=0,92058
	wieś	N 1 % 7,69%	N 7 % 53,85%	N 3 % 23,08%	N 2 % 15,38%	
Wysztalcenie	podstawowe / zawodowe	N 1 % 6,25%	N 7 % 43,75%	N 6 % 37,50%	N 2 % 12,50%	8,560099 p=0,19988
	średnie	N 5 % 11,90%	N 19 % 45,24%	N 11 % 26,19%	N 7 % 16,67%	
	wyższe	N 6 % 14,29%	N 28 % 66,67%	N 6 % 14,29%	N 2 % 4,76%	
Ocena sytuacji materialnej	bardzo dobra / dobra	N 2 % 4,65%	N 26 % 60,47%	N 10 % 23,26%	N 5 % 11,63%	4,008181 p=0,26059
	przeciętna / zła	N 10 % 17,54%	N 28 % 49,12%	N 13 % 22,81%	N 6 % 10,53%	
Ocena stanu zdrowia	bardzo dobre / dobre	N 3 % 6,25%	N 31 % 64,58%	N 10 % 20,83%	N 4 % 8,33%	5,243060 p=0,15485
	przeciętne / złe	N 9 % 17,31%	N 23 % 44,23%	N 13 % 25,00%	N 7 % 13,46%	
Ogółem		N 12 % 12,00%	N 54 % 54,00%	N 23 % 23,00%	N 11 % 11,00%	





* Wartości nie sumują się do 100% ze względu na możliwość wyboru kilku odpowiedzi

Rycina 9. Czynniki skłaniające kobiety do wykonywania badań profilaktycznych ukierunkowanych na raka piersi – w opinii badanych



* Wartości nie sumują się do 100% ze względu na możliwość wyboru kilku odpowiedzi

Rycina 10. Postępowanie badanych w przypadku zauważenia u siebie niepokojącej zmiany w okolicach piersi

DYSKUSJA

Wobec silnego związku zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe z wiekiem [13], należy przypuszczać, że wraz z wydłużaniem czasu trwania życia, w kolejnych latach liczba problemów zdrowotnych i społecznych wynikających z chorób onkologicznych będzie wzrastać. Szacuje się, że w roku 2020 zachorowalność na nowotwory złośliwe dotknie 20 mln osób, a połowa z nich umrze [11]. W kontekście niepomyślnych prognoz dotyczących chorobowości i pozytywnych doświadczeń wynikających z efektywnie prowadzonych działań profilaktycznych, konieczne jest dążenie do propagowania wszelkich działań zapobiegających występowaniu nowotworów [4]. Od kilku lat realizowane są w Polsce programy profilaktyczne, finansowane ze środków NFZ, wśród nich program wczesnego wykrywania raka piersi. Zgodnie z europejskimi wytycznymi, skierowany jest on do kobiet w wieku 50–69 lat i dotyczy możliwości przeprowadzania badań mammograficznych raz na dwa lata [4,24]. W badaniach własnych stwierdzono, że, zdaniem respondentek, wczesna diagnostyka w największej mierze decyduje o szansach wyleczenia raka piersi.

Badane kobiety w okresie okołomenopauzalnym, szczególnie zagrożenia zdrowotne w obrębie własnej płci łączyły z ryzykiem występowania nowotworów narządów płciowych, a raka piersi wymieniały jako najczęściej występującą

chorobę kobiecą w Polsce, podobne wyniki uzyskali Lorenc i wsp. [25].

W większości badane poprawnie identyfikowały czynniki ryzyka chorób nowotworowych gruczołu piersiowego, zwracając przede wszystkim uwagę na uwarunkowania rodzinne. Naukowo potwierdzono, że u jednej na dziesięć kobiet z rakiem piersi, ta sama choroba występuje u bliskich I i II stopnia pokrewieństwa [26]. W badaniach Lorenc i wsp. 83,5% ankietowanych wskazało, iż wystąpienie raka piersi w rodzinie zwiększa ryzyko zachorowania na ten nowotwór, a dodatkowo kobiety wśród czynników ryzyka najczęściej podawały „doustną antykoncepcję” (81%) oraz „palenie tytoniu i spożycie alkoholu” (50%). [25]. W badaniach Wołowskiego i wsp. 41% studentek także wskazało dziedziczenie rodzinne jako istotny czynnik raka piersi [27].

Mammografia, samobadanie i USG piersi to czołówka działań, które, w opinii respondentek, powinny być realizowane w ramach profilaktyki raka piersi. Jest to zbieżne z informacjami prezentowanymi w publikacji Siwczyńskiej i wsp. [28]. Zdaniem ankietowanych przez Cichońską i wsp., najskuteczniejszą metodą wykrywania nowotworów piersi (po 40% odpowiedzi) jest systematyczne badanie mammograficzne oraz samobadanie [29]. Natomiast w badaniach Lorenc i wsp. największe znaczenie przypisano realizacji USG (76%) [25].

W opiniach badanych kobiet na temat czasu rozpoczęcia i częstotliwości realizacji badań mammograficznych, samobadania piersi i USG stwierdzono znaczne rozbieżności, jednak podobne wyniki uzyskano w badaniach innych autorów. W badaniach Lorenc i wsp. 53% badanych wskazało 35 rok życia jako właściwy czas wykonania pierwszej mammografii [25]. W badaniach Lweandowskiej i wsp. połowa respondentek (50%) wskazała, że samobadanie piersi najlepiej wykonać tuż po zakończeniu miesiączki, 4% kobiet odpowiedziało, że należy robić to codziennie po kąpielach, natomiast 46% nie wiedziało, kiedy takie badanie powinno być realizowane. Jednocześnie, na pytanie o znajomość technik wykonywania samobadania piersi, ankietowane kobiety w 46% odpowiedziały, że nie znają żadnych [30]. W badaniach Zych i wsp. znajomość metod samobadania piersi deklarowało 93,6% ankietowanych [31, 32]. Wołowski w badaniach studentek stwierdził, że przeważająca większość respondentek nie badała swoich piersi regularnie. Regularnie czyniło to zaledwie 23,5% młodych kobiet, a połowa badanych (54%) nie była pewna, czy badanie wykonuje w sposób prawidłowy [27].

W badaniach własnych tylko niewielka grupa kobiet potwierdziła regularne wykonywanie badań profilaktycznych, jednocześnie 65% ankietowanych potwierdziło natychmiastowe konsultowanie się z lekarzem lub położną w sytuacji zaobserwowania niepokojących zmian w okolicach piersi. W badaniach Prażmowskiej wykazano, iż samobadania piersi dokonuje 70% ankietowanych kobiet [33]. Zdaniem Jokiela i wsp., w okresie pomiędzy 1998 a 2008 rokiem zaszły pozytywne zmiany w zachowaniach zdrowotnych kobiet w zakresie profilaktyki raka piersi [5].

Kobiety w wieku okołomenopauzalnym najczęściej stwierdzały, że wiedzę o profilaktyce raka piersi czerpią z mediów oraz broszur i ulotek. W badaniach Zych i wsp. dla 60% respondentek źródłem wiedzy była literatura medyczna, broszury i ulotki, dla 20% lekarz [31, 32]. Wołowski stwierdził, że najczęstszym źródłem, z którego badane czerpały wiedzę na temat profilaktyki raka piersi, były media: Internet (38%) oraz telewizja lub radio (33%) [27]. Cichońska i Borek

stwierdziły, że informacje o programach badane uzyskały najczęściej (w 22%) z ogłoszeń, z czasopism (20%) i TV (18%) [29]. W badaniach Przysady i wsp. zdecydowana większość respondentek, które słyszały o konieczności przeprowadzania badań profilaktycznych, dowiedziały się o tym z telewizji (77%). Kolejne wskazywane źródła informacji to prasa, ulotki, radio, rodzina i znajomi oraz – najrzadziej wymieniani przez ogół ankietowanych [24].

Informacji z zakresu profilaktyki raka piersi badane kobiety oczekiwały przede wszystkim od przedstawicieli zawodów medycznych, w badaniach Cichońskiej i wsp. uzyskano podobne wyniki, 60% respondentek chciało taką wiedzę uzyskać od lekarza [29].

Z badań własnych wynika, że 3/4 respondentek swoją wiedzę na temat profilaktyki raka piersi ocenia na poziomie średnim. Badania Przysady i wsp. wskazują na to, że świadomość kobiet w zakresie profilaktyki raka piersi jest ograniczona. U 41% respondentek poziom wiedzy został oceniony jako bardzo niski, pozostałe 59% posiadało bardzo fragmentaryczną wiedzę [24]. W populacji badanej przez Lorenc i wsp. 68% ankietowanych określiło swój poziom wiedzy na temat profilaktyki raka piersi jako średni, co czwarta respondentka uznała, że jest on niski [25].

WNIOSKI

1. Analiza uzyskanych wyników badań pozwala jednoznacznie stwierdzić, że poziom wiedzy kobiet w okresie okołomenopauzalnym na temat profilaktyki raka piersi jest niezadawalający.
2. Kobiety, które posiadają odpowiedni zasób wiedzy z zakresu profilaktyki chorób onkologicznych, często nie wykorzystują go w praktyce lub robią to dopiero w sytuacji dostrzegania niepokojących objawów.
3. Pomimo dużej dostępności do informacji i badań, troska kobiet o własne zdrowie w wielu sytuacjach jest zbyt mała.
4. Konieczne jest realizowanie w sposób profesjonalny działań profilaktycznych wśród wszystkich kobiet, a szczególnie znajdujących się w grupie szczególnego ryzyka raka piersi.

PIŚMIENICTWO

1. Parkin DM. International variation. *Oncogene* 2004; 23: 6329–6340.
2. Lissowska J. Wybrane nowotwory narządów płciowych u kobiet. W: Niemiec T (red.). Raport: Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15–49 lat. Warszawa: Wydawca: Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju; 2007: 132–143.
3. Wojciechowska U, Didkowska J, Zatoński W. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2008 roku. Warszawa: Centrum Onkologii Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie; 2010.
4. Zatoński W (red.). Europejski kodeks walki z rakiem. Warszawa: Centrum Onkologii – Instytut; 2007.
5. Jokiel M. Społeczne aspekty wczesnego wykrywania raka piersi po wprowadzeniu w Polsce skryningów populacyjnych. *Przeegl Epidemiol* 2009; 63: 445–449.
6. Muszyńska A. Czynniki zwiększające ryzyko wystąpienia raka piersi – czy możemy je modyfikować? *Family Medicine & Primary Care Review* 2006; 8 (3):711–714.
7. Dworniak T. Rak sutka – profilaktyka. *Nowa Klin.* 2003; 10(5/6): 535–537.
8. Romanowicz-Makowska H. Analiza apoptozy u chorych na raka piersi. *Przeegl Menopauzalny* 2000; 1: 23–28.
9. Mazurkiewicz M. Profilaktyka i metody wczesnego rozpoznawania raka gruczołu piersiowego. *Medycyna rodzinna* 2000; 3: 29–30.
10. Garcia-Closas M, Brinton LA, Lissowska J. Established breast cancer risk factors by clinically important tumour characteristics. *BJC* 2006; 95(1): 123–129.
11. Goworek P, Durka M, Borowiak E, Cieślak H. Wiedza na temat samobadania piersi wśród kobiet mieszkających w Polsce i Nowej Zelandii. *Problemy Pielęgniarstwa* 2008; 16: 144–150.
12. Cho E, Spiegelman D, Hunter DJ, Chen WY, Stampfer MJ, Colditz GA, Willett WC. Premenopausal fat intake and risk of breast cancer. *J Natl Cancer Inst.* 2003; 95:1079–1085.
13. Hoser K, Patrick J, Beral V. Do women know that the risk of breast cancer increases with age? *Br J Pract* 2007; 57: 404–406.
14. Sieja K. Związek stresujących wydarzeń życiowych z rozwojem raka gruczołu piersiowego. *Współczesna Onkologia* 2002; 6 (2): 121–123.
15. Sapczyński M. Rekomendacje Zarządu Głównego PTG w sprawie profilaktyki i wczesnej diagnostyki zmian w gruczole sutkowym (23.03.2005r.). *Przeegl Menopauzalny* 2005; 2: 8–9.
16. Bucholc M, Łepecka-Klusek C, Kanadys K. Znajomość techniki samobadania piersi i praktyczne jej wykorzystywanie przez personel medyczny. *Zdrowie Publiczne* 2002; 112: 55–57.
17. Łepecka-Klusek C. Zdrowie i płodność kobiety. *Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie i ginekologii.* Lublin: Czelej 2003.
18. Łuczak E, Lisowski J. Udział czynnika samokontroli piersi w wykrywalności nowotworów sutka. *Kwartalnik Ortopedyczny* 2007; 2: 84–88.
19. Krajewska K. Badanie gruczołu piersiowego. W: Krajewska-Kulak E, Szczepański M (red.). *Badanie fizykalne w praktyce pielęgniarek i położnych.* Lublin: Czelej; 2008.
20. Samulak D, Pięta B, Michalska M, Grzelak W, Sajdak S. Oszczędzające metody diagnostyczno-terapeutyczne guzów gruczołu sutkowego *Gin Prakt* 2008; 4: 6–9.
21. Pawlicki M. Rak piersi – nowe nadzieje i możliwości leczenia. Bielsko-Biala: Alfa Medica Press; 2002.
22. Studniarek M, Bianeck-Bodzak A. Rola technik obrazowych w wykrywaniu wczesnych postaci raka piersi. *Współczesna Onkologia* 2002; 6 (2): 68–79.
23. Bińkowska M, Dębski R. Przesiewowe badania mammograficzne w populacji kobiet polskich w wieku od 45 do 54 lat. *Ginekologia Polska* 2005; 76 (11): 871–878.
24. Przysada G, Bojczuk T, Kuźniar A. Poziom wiedzy kobiet na temat profilaktyki i wczesnego rozpoznawania raka. *Young Sports Science of Ukraine.* 2009; 3: 129–136.
25. Lorenc A, Pop T, Boychuk T. Wiedza kobiet po 40 roku życia o czynnikach ryzyka i profilaktyce raka piersi *Young Sport Science of Ukraine.* 2012; 4: 59–65.
26. King MC, Marks JH, Mdel JB. Breast and ovarian cancer risks due to inherited mutations in BRCA1 and BRCA2. *Science* 2003; 302: 643–646.
27. Wołowski T, Wróblewska P. Ocena wiedzy gdańskich studentek na temat profilaktyki raka piersi. *Probl Hig Epidemiol* 2012; 93(2): 347–349.
28. Siwczyńska D, Barańska A, Mińko M, Pacian A, Religioni U, Bojakowska U. Ocena skuteczności programów profilaktycznych dotyczących raka piersi elementem zarządzania w ochronie zdrowia w makroregionie lubelskim. *Hygeia Public Health* 2012; 47(2): 211–214.
29. Cichońska M, Borek M, Krawczyk W, Maciąg D. Wiedza kobiet w zakresie zapobiegania nowotworom piersi i raka szyjki macicy. *Acta Scientifica Academiae Ostroviensis* 2012; 1(Sectio B): 5022025.
30. Lewandowska A, Mess E, Laufer J. Profilaktyka raka piersi wśród kobiet. *Onkol. Pol.* 2011;14 (3): 131–134.
31. Zych B, Kusek E, Sztanke M, Pasternak K. Postawy kobiet wobec zagrożenia chorobą nowotworową piersi. *Probl Hig Epidemiol* 2006; 87 (3): 216–220.
32. Zych B, Marć M, Binkowska-Bury M. Stan wiedzy kobiet po 35 roku życia w zakresie profilaktyki raka piersi. *Przeegl Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego* 2006; 1: 27–33.
33. Prażmowska B, Puto G, Huras H. Czynniki wpływające na częstotliwość wykonywania badania mammograficznego. *Medycyna Ogólna* 2010; 16 (4): 474–484.



Knowledge of breast cancer prevention among peri-menopausal women

■ Abstract

Breast cancer is an important medical and social problem among women worldwide. The most common type of cancer affecting women in Poland is cancer of the breast nipple. It mainly occurs in women aged over 50. The results of the latest clinical studies confirm that breast cancer in its early stage can be completely curable. Therefore, women's health education in the area of early detection of the disease and development of habitual breast self-examination is very important.

The goal of this project was to determine the level of knowledge concerning breast cancer prevention among perimenopausal women.

The survey was conducted in 2012 among 100 women aged 48–60, living in Chełm and its vicinity.

Based on the results of the study it was found that according to 90% of the respondents, family predisposition is the factor responsible for the development of breast cancer. In the opinions of 100% of the women in the survey early screening increases the chances for recovery. As the most important forms of cancer prevention the respondents considered mammograms (92%) and breast self-examination (82%). The women examined obtained their knowledge concerning breast cancer prevention primarily from the media.

The majority of respondents showed an average level of knowledge of breast cancer prevention. The greatest differences in respondents' replies were observed according to education level.

■ Key words

breast cancer prevention, women, medical knowledge

