

Praktyka samobadania piersi i wykonywanie mammografii w grupie pielęgniarek a zmienne socjodemograficzne

The practice of breast self-examination and mammography in a group of nurses and sociodemographic variables

Ewa Smoleń¹ (a, c, e, f), Beata Dobrowolska² (a, c, e, f)

¹ Zakład Pielęgniarstwa, Instytut Medyczny, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. J. Grodka w Sanoku
Dyrektor: dr n. o zdr. K. Jakubowski. Kierownik: mgr E. Poźniak

² Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
Kierownik: prof. dr hab. I. Wrońska

(a) koncepcja

(b) opracowanie wniosku grantowego – nie dotyczy

(c) zebranie materiału do badań

(d) badania laboratoryjne – nie dotyczy

(e) statystyka

(f) opracowanie tekstu i piśmiennictwa

STRESZCZENIE

Wstęp. Rak piersi nadal stanowi najczęstszy nowotwór złośliwy kobiet w Polsce. Rozpoznanie zmian w piersi podczas regularnego samodzielnego badania piersi oraz badanie mammograficzne to istotne elementy profilaktyki wtórnej nowotworów piersi.

Cel pracy. Określenie realizacji profilaktyki wtórnej raka piersi przez pielęgniarki z uwzględnieniem charakteryzujących je czynników socjodemograficznych.

Materiał i metody. Badania ankietowe przeprowadzono wśród 184 pielęgniarek województwa lubelskiego i podkarpackiego. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety. Uzyskane dane poddano analizie statystycznej z zastosowaniem testu χ^2 Pearsona. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$.

Wyniki. Pielęgniarki deklarowały najczęściej, iż informacje z zakresu zasad oraz techniki samobadania piersi uzyskały w okresie kształcenia w szkole medycznej, a w mniejszym stopniu z fachowego piśmiennictwa. Jedna trzecia respondentek regularnie wykonywała samobadanie piersi, natomiast połowa badanych wykonywała je niesystematycznie. Nie stwierdzono związku między czynnikami socjodemograficznymi charakteryzującymi respondenci a znajomością zasad samobadania piersi i regularnością jego wykonywania. Co piąta ankietowana pielęgniarka przynajmniej raz miała wykonane badanie mammograficzne.

Wnioski. Wiedza i zachowania pielęgniarek w zakresie samobadania piersi i wykonywania mammografii nie odbiegają od prezentowanych przez inne kobiety. Czynniki

socjodemograficzne charakteryzujące badane pielęgniarki nie miały wpływu zarówno na wykonywanie samobadania piersi i mammografii jak i na systematyczność badań. Pielęgniarki mają świadomość znaczenia badań profilaktycznych raka piersi, jednak w dużej części nie wykonują ich w ogóle lub robią to niezgodnie z zasadami. Jest to zjawisko niepokojące z powodu funkcji zawodowych, jakie pełnią pielęgniarki, szczególnie w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej.

Słowa kluczowe: rak piersi, samobadanie piersi, badanie mammograficzne, pielęgniarki.

ABSTRACT

Introduction. Breast cancer is still the most common cancer amongst women in Poland. The diagnosis of breast lesions through regular breast self-examination and mammography are important elements of the secondary prevention of breast cancer.

Aim. To describe and analyse the implementation of secondary prevention of breast cancer by nurses, taking into account sociodemographic characteristics.

Material and methods. A survey was conducted among 184 nurses from the Lublin and Subcarpathian Provinces. The research tool was created by the authors. The data collected were statistically analyzed using Pearson χ^2 test. The level of significance accepted: $p < 0.05$.

Results. Nurses frequently declared that they obtained information concerning the rules and techniques of breast

self-examination during training in medical schools, and to a lesser extent from the professional literature. One third of the respondents regularly performed breast self-examination, while half of the respondents performed it unsystematically. There was no association between sociodemographic factors characterizing the respondents and the knowledge on the rules of breast self-examination and the regularity of its execution. Every fifth nurse had had a mammography at least once.

Conclusions. Knowledge and behaviour of nurses with regard to breast self-examination and mammography do not differ from those presented by other women. So-

ciodemographic factors characterizing the nurses surveyed had no effect on either the performance of breast self-examination and mammography or on its regularity. Nurses are aware of the importance of preventive nature of these examinations, but the majority do not perform them at all or do it incorrectly. This phenomenon is worrying because of the professional functions that nurses perform, especially in the field of health promotion and health education.

Key words. Breast cancer, breast self-examination, mammography, nurses.

WSTĘP

Na początku obecnego dziesięciolecia w Polsce najczęstszymi nowotworami u kobiet były nowotwory złośliwe piersi. Zachorowalność wynosiła 51,8/100 tys. ludności. W roku 2011 na raka piersi zachorowało 16 534 kobiet. Według trendów zachorowalności obserwuje się wzrost zachorowalności z 20/100 tys. ludności (w 1980 roku) do 52/100 tys. ludności w 2011 roku. Zarówno zachorowalność jak i umieralność z powodu tego nowotworu zwiększa się wraz z wiekiem. W 2008 roku zanotowano 14 576 nowych zachorowań i 5326 zgonów [1]. W roku 2011 na nowotwory złośliwe piersi zmarło 5437 kobiet [2, 3]. Rak piersi to druga przyczyna zgonów kobiet z powodu nowotworów w Polsce [2, 4, 5]. Prognozy wskazują, że w roku 2025 liczba kobiet z rakiem piersi wzrośnie niemal dwukrotnie. Największy wzrost szacowany jest w grupie kobiet w przedziale wieku od 50 do 69 lat [1, 2, 4, 6, 7]. Zwiększa się także liczba kobiet z rakiem piersi w wieku 20–49 lat. W ciągu ostatnich 3 dekad liczba rozpoznań raka piersi w tym przedziale wieku zwiększyła się dwukrotnie [2].

Celem głównym wtórnej profilaktyki raka piersi jest rozpoznanie choroby w fazie przedinwazyjnej oraz zmniejszenie umieralności [2, 7]. Według Rekomendacji *American Cancer Society* i *Polskiej Unii Onkologii* najlepszą metodą wczesnego wykrywania raka piersi u kobiet bez objawów klinicznych jest badanie przesiewowe – mammograficzne (MMG). Właściwie zaplanowane i przeprowadzone badania przesiewowe pozwalają zmniejszyć umieralność z powodu raka piersi. Zaleca się by mammografia była wykonywana wyspecjalizowanych ośrodkach przy współpracy lekarzy: radiologa, chirurga, onkologa oraz patomorfologa. Kobiety w wieku 50–59 lat powinny ją wykonywać co 24 miesiące, natomiast powyżej 70 r.ż. wskazania do wykonania mammografii podejmowane są indywidualnie. Dla

kobiet od 40 do 49 r.ż. wskazane jest zebranie dokładnego wywiadu rodzinnego dotyczącego objawów oraz czynników ryzyka i ustalenie wykonywania MMG co 12–18 miesięcy w zależności od istniejących potrzeb i potencjalnych korzyści oraz ryzyka dla zainteresowanej.

U kobiet od 20 do 39 r.ż. zaleca się wykonywanie co 36 m-cy badania lekarskiego tj. badania palpacyjnego piersi, natomiast powyżej 40 r.ż. takie badania powinno się wykonywać co 12 m-cy. Do badań przesiewowych w profilaktyce wtórnej raka piersi zalicza się także samokontrolę piersi, która powinna być realizowana od 18 r.ż. i wykonywana raz w miesiącu po miesiączce [1, 2, 4, 5, 7]. To najprostsze kliniczne badanie piersi pozwala na wczesne rozpoznanie zmian niedostrzegalnych nawet w badaniach obrazowych [1]. WHO (*World Health Organization*) nie zaleca samobadania piersi oraz badania klinicznego piersi przez lekarza jako metodę skryningową [7]. Zdania specjalistów odnośnie tego badania są więc podzielone. Jak dowodzą wyniki badań, systematycznie prowadzone samobadanie piersi to metoda umożliwiająca wczesne wykrycie raka piersi a przez to przyczynia się do zmniejszenia umieralności z tego powodu. W badaniach Nowickiego i wsp. [8] wykazano, że 67% kobiet podczas samobadania wykryło guzek w piersi, ale 90% z nich nie zgłosiła się natychmiast do lekarza. Grupa 35,8% kobiet wykryła zmianę o wielkości mniejszej niż 2 cm [8]. Inne badania randomizowane potwierdziły skuteczność działań łączących badanie kliniczne piersi oraz mammografię w zmniejszeniu umieralności kobiet (50–59 lat) na raka piersi o 30%. Skuteczność mammografii u kobiet w wieku 40–49 lat jest jednak niejednoznaczna [1, 2]. Dla kobiet w grupie wysokiego ryzyka zachorowania na raka piersi zakres wykonywanych badań profilaktycznych i procedur jest odmienny, ustalany indywidualnie a przede wszystkim wykonywany z większą częstością [4]. USG (badanie ultrasonograficzne) to bada-

nie uzupełniające w diagnostyce chorób piersi, pozwalające m.in. na potwierdzenie zmian wykrytych innymi metodami [9]. Jest to samodzielna metoda diagnostyczna dla kobiet przed 40 r.ż., u których mammografia jest przeciwwskazana, ale jest to metoda nieskuteczna ze względu na gęstą gruczołową budowę piersi [1, 2].

Nie poznano dotąd w pełni czynników ryzyka raka piersi [1, 5]. Ryzyko indywidualne zachorowania na raka piersi można ocenić za pomocą skali ryzyka według Gaila, która uwzględnia takie czynniki ryzyka jak: wiek pierwszej miesiączki, liczba wykonanych biopsji piersi, atypowa hiperplazja w materiale biopsyjnym, wiek żywego porodu, zachorowania na nowotwory piersi u krewnych I stopnia oraz wiek kobiety [5]. Wprawdzie coraz lepsze zrozumienie znaczenia czynników genetycznych koreluje istotnie z podjęciem optymalnego i skutecznego leczenia, nadal jednak rak piersi występuje u coraz młodszych kobiet, które są w okresie pełnej aktywności rodzinnej i zawodowej. Wciąż diagnozowany jest w okresie znacznego zaawansowania, a wynika to z niskiej świadomości zdrowotnej. Większa liczba kobiet z nowotworem, rozpoznawanie choroby w coraz młodszych wieku powodują, że rak piersi uznany został za problem ekonomiczny i społeczny. Wpływa to nie tylko na funkcjonowanie jednostek, ale rodzin, społeczności oraz koreluje z systemem ekonomicznym ochrony zdrowia, a nawet zjawiskami gospodarczymi w szerszym ujęciu [2]. Znajomość czynników ryzyka raka piersi jest bardzo ważna, ze względu na początkowe bezobjawowe stadium choroby. Rak piersi rozpoznany we wczesnym stadium zaawansowania jest całkowicie wyleczalny [2, 10]. Dodatkowo większość poznanych czynników ryzyka raka piersi ma charakter modyfikowalny, a ich wyeliminowanie zmniejszy zachorowalność oraz umieralność z powodu raka piersi [10].

W Polsce realizowany jest profilaktyczny *Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi*. W odstępnie dwuletnim zaprasza się kobiety w przedziale wieku od 50 do 69 lat do udziału w badaniu bilansowym, edukuje na temat samobadania piersi a u kobiet z dodatnim wynikiem kieruje na dalszą diagnostykę i monitoruje ich losy. Pomimo dwukrotnego wzrostu liczby kobiet uczestniczących w tych badaniach w 2006 roku – 23,3%, zgłaszalność jest nadal (2013 r.) poniżej 50% [2].

Dlatego tak ważnym jest poznanie uwarunkowań uczestnictwa Polek w badaniach przesiewowych mających istotne znaczenie w profilaktyce wtórej raka piersi. Szczególną grupą kobiet są pielęgniarki, które uczestnicząc w badaniach przesiewowych dbają

o swoje zdrowie, a ich postawa staje się doskonałym przykładem dla innych kobiet, które pozostają pod ich opieką z racji wykonywanego zawodu. W związku z tym, celem pracy było określenie realizacji profilaktyki wtórej raka piersi przez pielęgniarki z uwzględnieniem charakteryzujących je czynników socjodemograficznych.

MATERIAŁ I METODY

Badania przeprowadzono wśród 184 pielęgniarek województwa lubelskiego (39; 21,2%) i podkarpackiego (145; 78,8%). Kryteriami doboru do badań były: wykonywanie zawodu pielęgniarki, wykluczenie leczenia obecnie i w przeszłości z powodu choroby nowotworowej, wyrażenie zgody na udział w badaniu. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, technikę ankiety, a narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety. Uzyskane dane poddano analizie statystycznej w programie Statistica firmy StatSoft posługując się testem χ^2 Pearsona w celu sprawdzenia, czy pomiędzy zmiennymi nominalnymi lub pomiędzy zmienną nominalną (zależną) i porządkową (niezależną) zachodzi istotny statystycznie związek. Za poziom istotny statystycznie przyjęto $p < 0,05$. Wartości, w których $p > 0,05$ uznano za nieistotne statystycznie.

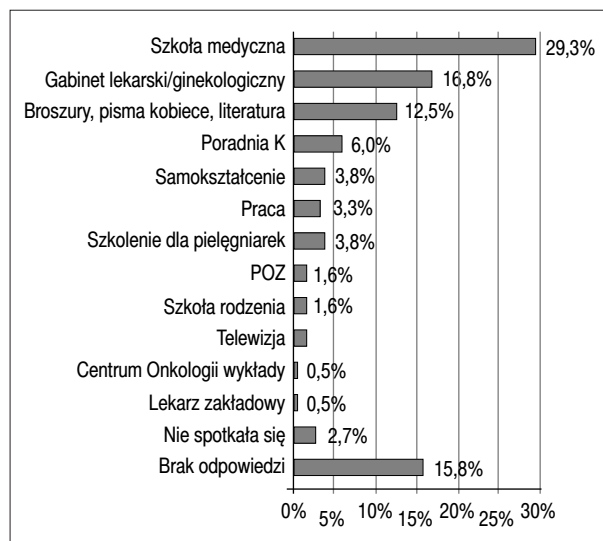
Badania przeprowadzono zgodnie z zasadami Deklaracji Helsińskiej. Każdy respondent zaproszony do udziału w badaniu został poinformowany o celu badań oraz zapewniony o całkowitej anonimowości przebiegu procesu badawczego i zgromadzonych danych, jak również o możliwości wycofania się z udziału w badaniach.

WYNIKI BADAŃ

Średnia wieku badanych pielęgniarek wyniosła $37,2 \pm 7,8$ lat. Najmłodsza pielęgniarka miała 21 lat a najstarsza 56 lat. Największy odsetek stanowiły osoby w przedziale wieku 36–40 (24,5%) oraz 31–35 lat (21,2%). W przedziale wieku od 41 do 45 lat było 17,9% respondentek, a od 26 do 30 lat 13,6%. Najmniejszy odsetek badanych stanowiły kobiety w przedziale wieku od 46 do 50 lat (10,9%) oraz poniżej 25 lat (7,6%) i powyżej 50 lat (4,3%). Większość pielęgniarek mieszkała w mieście (54,9%). Mieszkanki wsi stanowiły 44,6% badanych, natomiast nieznaczny odsetek (0,5%) nie udzielił odpowiedzi na to pytanie. Wykształcenie średnie zawodowe posiadało 70,7% pielęgniarek, co piąta (20,7%) ukończyła studia

na poziomie licencjackim, natomiast 7,6% wskazało na studia magisterskie a 1,1% na podyplomowe. Ponad trzy czwarte pielęgniarek to były mężatki (76,6%), pozostałe osoby stanowiły osoby stanu wolnego (16,3%), rozwiedzione (3,8%) oraz wdowy (1,6%). Nieznaczny odsetek badanych (1,6%) nie udzielił odpowiedzi na to pytanie. Zdecydowana większość pielęgniarek (81,0%) deklarowała posiadanie własnego potomstwa. Niemal co piąta pielęgniarka nie miała dzieci (18,5%), natomiast 0,5% nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie. Najczęściej pielęgniarki miały dwójkę dzieci (46,7%). Posiadanie jednego dziecka deklarowało 19,0%, a troje 11,4% badanych kobiet. Czwórkę i większą liczbę dzieci wskazało 3,2% pielęgniarek. Nie udzieliło odpowiedzi 1,1% respondentek. Sytuację bytowo-ekonomiczną większość pielęgniarek (77,7%) oceniła na poziomie dobrym, natomiast powyżej przeciętnej wskazało 10,3.

Pielęgniarki deklarowały, że informacje na temat samobadania piersi uzyskały głównie w szkole medycznej (29,3%). Wiedzę w tym zakresie otrzymały także w gabinecie ginekologicznym (16,8%) oraz z piśmiennictwa (12,5%), głównie niefachowego. Pozostałe odpowiedzi pielęgniarek przedstawiono na ryc. 1.



Ryc. 1. Źródła wiedzy na temat samobadania piersi

Fig. 1. Sources of knowledge on breast self-examination

Znajomość zasad samobadania piersi deklarowało 97,3% badanych pielęgniarek. Wiedzy w zakresie wykonywania samobadania piersi nie różnicowały: wykształcenie $p > 0,05$, stan cywilny $p > 0,05$ oraz miejsce zamieszkania $p > 0,05$ pielęgniarek (tab. I).

Tabela I. Znajomość zasad samobadania piersi w opinii pielęgniarek a miejsce zamieszkania

Table I. Knowledge of the rules of breast self-examination reported by the nurses and the place of residence

Lp.	Znajomość zasad	Miejsce zamieszkania				Ogółem	
		Miasto		Wieś		N	%
		N	%	N	%		
1	Tak i przestrzegam ich, kiedy wykonuję samobadanie	53	53,5	34	43,0	87	48,9
2	Tak, ale ich nie przestrzegam, kiedy wykonuję samobadanie	11	11,1	11	13,9	22	12,4
3	Tak, ale niedokładnie	28	28,3	19	24,1	47	26,4
4	Tak, ale nie wykonuję samobadania	7	7,1	15	19,0	22	12,4
Ogółem		99	100,0	79	100,0	178	100,0
Pearson Chi-Square		Value 6,618(a)				$p > 0,05$	

Większość pielęgniarek deklarowała przestrzeganie zasad samobadania piersi podczas jego wykonywania. Niemal połowa badanych (47,8%) respektowała zalecenia w trakcie samobadania, natomiast 12,0% pielęgniarek pomimo znajomości zasad nie stosowała ich w praktyce. Ponad jedna czwarta pielęgniarek (25,5%) deklarowała niepełną znajomość zasad samobadania piersi. Grupa 12,0% pomimo znajomości zasad nie wykonywała badania, natomiast 2,7% nie знаła zasad, a powodem było brak przekonania, co do jego skuteczności. Zmienne takie jak: wykształcenie, miejsce zamieszkania nie róż-

nicowały znajomości zasad samobadania piersi $p > 0,05$.

Systematycznie co miesiąc wykonywanie samobadania piersi deklarowało 30,1% badanych pielęgniarek. Nieregularnie badała piersi 53,5%, natomiast 17,5% wskazało, że nie wykonywało nigdy tego badania. Zbliżone odsetki pielęgniarek województwa lubelskiego (30,8%) oraz podkarpackiego (29,9%) wykonywały regularnie samobadanie piersi. Nieregularnie samobadanie piersi częściej deklarowały pielęgniarki mieszkające w województwie lubelskim (59,0%) w porównaniu do podkarpac-

kiego (50,7%). Niemal dwukrotnie więcej kobiet w regionie podkarpackim (19,4%) niż lubelskim (10,3%) wyraziło opinię, że nie zna zasad samobadania piersi. Zależności nie były jednak istotne statystycznie ($p > 0,05$). Nie wykazano różnic istotnych statystycznie w odniesieniu do wykonywania samobadania piersi i wykształcenia pielęgniarek $p > 0,05$. Podobnie stan cywilny $p > 0,05$ oraz miejsce za-

mieszkania pielęgniarek $p > 0,05$ nie korelowało z wykonywaniem samobadania piersi w badanej grupie. Także sytuacja ekonomiczna nie różnicowała istotnie statystycznie wykonywania samobadania piersi $p > 0,05$. Zmienna jaką było wykształcenie badanych również nie korelowało z regularnością wykonywania samobadania piersi. Dokładne wyniki przedstawiono w tab. II.

Tabela II. Systematyczność wykonywania samobadania piersi a wykształcenie pielęgniarek

Table II. Regularity of breast self-examination among the nurses and the level of education

Lp.	Systematyczność	Wykształcenie						Ogółem	
		Średnie zawodowe		Licencjat		Magisterskie			
		N	%	N	%	N	%	N	%
1	Tak, regularnie	43	33,1	8	21,6	4	25,0	55	30,1
2	Tak, nieregularnie	69	53,1	19	51,4	8	50,0	96	52,5
3	Nie	18	13,8	10	27,0	4	25,0	32	17,5
Ogółem		130	100,0	37	100,0	16	100,0	183	100,0
Pearson Chi-Square		Value 4,871(a)						p > 0,05	

Wykonywanie samobadania piersi nie było zróżnicowane w grupie pielęgniarek województwa lubelskiego i podkarpackiego $p > 0,05$. Wiek był także zmienną nie korelującą z wykonywaniem samobadania przez pielęgniarki (tab. III).

Pozostawanie pod stałą kontrolą ginekologiczną kobiet nie korelowało z wykonywaniem przez pielęgniarki samobadania piersi (tab. IV).

Wraz z częstością wizyt respondentek u ginekologa, te kobiety, które były częściej badane deklarowały wykonywanie samobadania piersi. Jednak nie była to zależność istotna statystycznie $p > 0,05$ (tab. V).

W badanej grupie 83,2% pielęgniarek uznało samobadanie piersi za skuteczną metodę wtórej profilaktyki raka piersi. Odsetek 9,2% kobiet deklarował jej nieskuteczność, a 7,6% nie miało zdania

w tej kwestii. Chociaż odsetek pielęgniarek wyrażających opinię o braku skuteczności samobadania piersi zmniejszał się z wiekiem, to nie była to zależność istotna statystycznie (tab. VI).

Co piąta (20,7%) pielęgniarka deklarowała wykonanie badania mammograficznego piersi. Większy odsetek kobiet po 50 r.ż. miał wykonaną mammografię w porównaniu do kobiet przed 50 r.ż., nie były to jednak zależności istotne statystycznie (tab. VII).

Negatywnie skuteczność badania mammograficznego w profilaktyce nowotworów piersi oceniło 8,2% pielęgniarek. Większość (91,8%) oceniła wysoko efektywność tej metody obrazowej w profilaktyce wtórej raka piersi (tab. VIII). Wykształcenie było zmienną, która nie różnicowała opinii na temat skuteczności profilaktycznej mammografii $p > 0,05$.

Tabela III. Wiek a wykonywanie samobadania piersi

Table III. Age and breast self-examination

Lp.	Wykonywanie samobadania	Wiek (w latach)										Ogółem	
		Do 30		31–35		36–40		41–45		Pow. 45			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	Tak, regularnie	15	39,5	10	25,6	9	20,0	12	36,4	9	32,1	55	30,1
2	Tak, nieregularnie	13	34,2	20	51,3	32	71,1	16	48,5	15	53,6	96	52,5
3	Nie	10	26,3	9	23,1	4	8,9	5	15,2	4	14,3	32	17,5
Ogółem		38	100,0	39	100,0	45	100,0	33	100,0	28	100,0	183	100,0
Pearson Chi-Square		Value 13,439(a) / df=8										p > 0,05	

Tabela IV. Typ opieki ginekologicznej a wykonywanie samobadania piersi

Table IV. Gynaecological care and breast self-examination

Lp.	Wykonywanie samobadania piersi	Stać kontrola ginekologiczna						Ogółem	
		Tak, w publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej		Tak, w prywatnym gabinecie		Nie mam			
		N	%	N	%	N	%	N	%
1	Tak, regularnie	29	40,3	20	24,7	6	20,0	55	30,1
2	Tak, nieregularnie	30	41,7	48	59,3	18	60,0	96	52,5
3	Nie	13	18,1	13	16,0	6	20,0	32	17,5
Ogółem		72	100,0	81	100,0	30	100,0	183	100,0
Pearson Chi-Square		Value 7,143(a) / df = 4						p > 0,05	

Tabela V. Częstość wizyt u ginekologa a wykonywanie samobadania piersi

Table V. Frequency of gynaecological control and breast self-examination

Lp.	Wykonywanie samobadania piersi	Częstość wizyt u ginekologa								Ogółem	
		W ogóle		Rzadziej niż raz w roku		Raz w roku		Częściej niż raz w roku			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	Tak, regularnie	11	20,8	7	31,8	17	27,4	18	45,0	53	29,9
2	Tak, nieregularnie	27	50,9	12	54,5	37	59,7	17	42,5	93	52,5
3	Nie	15	28,3	3	13,6	8	12,9	5	12,5	31	17,5
Ogółem		53	100,0	22	100,0	62	100,0	40	100,0	177	100,0
Pearson Chi-Square		Value 11,129(a) / df = 6								p > 0,05	

Tabela VI. Wykonywanie samobadania piersi w opinii pielęgniarek jako skuteczny sposób profilaktyki nowotworów z uwzględnieniem wieku respondentek

Table VI. Nurses' views on the effectiveness of breast self-examination in prevention of breast cancer according to the age of the respondents

Lp.	Skuteczność samobadania piersi	Wiek (w latach)										Ogółem	
		Do 30		31–35		36–40		41–45		Powyżej 45			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	Tak	36	92,3	33	84,6	36	80,0	26	78,8	22	78,6	153	83,2
2	Nie	1	2,6	3	7,7	6	13,3	4	12,1	3	10,7	17	9,2
3	Nie mam zdania	2	5,1	3	7,7	3	6,7	3	9,1	3	10,7	14	7,6
Ogółem		39	100,0	39	100,0	45	100,0	33	100,0	28	100,0	184	100,0
Pearson Chi-Square		Value 4,582(a) / df = 8										p > 0,05	

Skuteczność mammografii w profilaktyce raka piersi została oceniona najwyżej przez kobiety poniżej 30 r.ż. Nie była to jednak zależność istotna statystycznie (tab. IX).

Na opinię o skuteczności mammografii w profilaktyce raka piersi nie wpływało istotnie jej wykonywanie przez pielęgniarki tab. X.

Tabela VII. Wykonanie badania mammograficznego z uwzględnieniem wieku badanych

Table VII. Mammography examination according to the age of the respondents

Lp.	Badanie mammograficzne	Wiek (w latach)				Ogółem	
		Do 50		Powyżej 50		N	%
		N	%	N	%		
1	Tak	31	17,6	7	87,5	38	20,7
2	Nie	145	82,4	1	12,5	146	79,3
Ogółem		176	100,0	8	100,0	184	100,0
$p > 0,05$							

Tabela VIII. Skuteczność mammografii w profilaktyce wtórnej raka piersi w opinii pielęgniarek w uwzględnieniu wykształcenia

Table VIII. Nurses' views on the effectiveness of mammography in secondary prevention of breast cancer according to the level of education

Lp.	Systematyczność	Wykształcenie						Ogółem	
		Średnie zawodowe		Licencjat		Magisterskie		N	%
		N	%	N	%	N	%		
1	Tak	117	90,0	36	94,7	16	100,0	169	91,8
2	Nie	13	10,0	2	5,3	0	0,0	15	8,2
Ogółem		130	100,0	37	100,0	16	100,0	183	100,0
Pearson Chi-Square		Value 2,437(a) / df = 2						$p = 0,296$	

Tabela IX. Skuteczność mammografii w profilaktyce wtórnej raka piersi w opinii pielęgniarek w uwzględnieniu wieku

Table IX. Nurses' views on the effectiveness of mammography in secondary prevention of breast cancer according to the age of the respondents

Lp.	Skuteczność mammografii	Wiek (w latach)										Ogółem	
		Do 30		31–35		36–40		41–45		Pow. 45		N	%
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
1	Tak	38	97,4	36	92,3	42	93,3	29	87,9	24	85,7	169	91,8
2	Nie	1	2,6	3	7,7	3	6,7	4	12,1	4	14,3	15	8,2
Ogółem		39	100,0	39	100,0	45	100,0	33	100,0	28	100,0	184	100,0
$p > 0,05$													

Tabela X. Wykonywanie badania mammograficznego a opinia o jej skuteczności

Table X. Mammography examination and the views on its effectiveness

Lp.	Mammografia	Skuteczność badania				Ogółem	
		Tak		Nie		N	%
		N	%	N	%		
1	Tak	34	20,1	4	26,7	38	20,7
2	Nie	135	79,9	11	73,3	146	79,3
Ogółem		169	100,0	15	100,0	184	100,0
Pearson Chi-Square		Value 4,582(a) / df = 8				$p > 0,548$	

DYSKUSJA

Od kilku lat wzrasta zainteresowanie kobiet udziałem w programach profilaktycznych w kierunku wczesnego wykrywania raka piersi [11]. Jednym z takich programów jest *Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi*. Nadal jednak w Polsce w skryningu uczestniczy niespełna połowa kobiet zakwalifikowanych do udziału [11, 12]. Nie sprzyja to zmniejszeniu umieralności z powodu raka piersi [11]. Jak wynika z badań, programy profilaktyczne pozwalają nie tylko na wczesne wykrycie zmian w piersi, ale również sprzyjają zmianom w zachowaniach prozdrowotnych kobiet, mających na celu podkreślenie znaczenia systematycznego wykonywania badań [13]. W regionie lubelskim w latach 2007, 2008 i 2010 w programie profilaktycznym uczestniczyły najczęściej kobiety w przedziale wieku od 40 do 49 lat. Podczas ich prowadzenia wykazano duże zapotrzebowanie na edukację prozdrowotną w zakresie profilaktyki raka piersi [13]. W badaniach Pacian i wsp. [14] niemal połowa (45,0%) respondentek w przedziale wieku 20–45 lat nie poddała się żadnym badaniom profilaktycznym, będąc w większości (76,0%) świadomymi, że jest to ważny element profilaktyki. W jednym z badań 97,0% kobiet wskazało nawet na obowiązkowe wykonywanie badań przesiewowych [12]. Z doniesień naukowych wynika, że zainteresowanie informacjami na temat chorób nowotworowych kobiet w Polsce zwiększa się [15]. Autorzy badań od lat wykazują zbyt małą wiedzę kobiet na temat profilaktyki raka piersi [16–18]. Stanowi to główną przyczynę nieuczestniczenia w badaniach profilaktycznych [14, 17, 19].

Na podstawie badań własnych stwierdzono, że wiedzę na temat samobadania deklarowały niemal wszystkie pielęgniarki (97,3%). W badaniach innych autorów odsetek kobiet posiadających wiedzę dotyczącą samobadania piersi był nieznacznie niższy, np. w badaniu Przysady i wsp. [20] 78,8%, Pacian i wsp. [14] trzy czwarte. Suszyńska i wsp. [21] w swoich badaniach wykazali, że 89,0% kobiet posiadało wiedzę w zakresie sposobów samobadania piersi, a znacznie mniej, bo 63,0% posiadało wiedzę na temat okresu przeprowadzenia badania. W badaniach Goworek i wsp. [22] tylko 61,0% kobiet wskazało na znajomość samobadania piersi, natomiast w badaniach Roemer-Ślimak [19], kobiety chociaż dobrze znały zasady samobadania piersi to jednak nie miało to odniesienia w praktyce. Poziom wiedzy pielęgniarek w badaniach własnych nie korelował z wykształceniem, stanem cywilnym oraz miejscem zamieszkania a także województwem, w którym pracowały pielęgniarki. Po-

dobnie w badaniach Ślusarskiej i wsp. [18], wiek nie różnicował poziomu wiedzy w tym zakresie. W badaniach Karczmarek-Borkowskiej i wsp. [12] oraz Ślusarskiej [18] kobiety z wyższym wykształceniem miały większą wiedzę na temat samobadania piersi. Brak zależności między wiedzą dotyczącą znajomości zasad samobadania i jego wykonywania, a miejscem zamieszkania, wykształceniem, częstością wizyt u ginekologa nie wykazali u kobiet Lorenc i wsp. [16].

W badaniach własnych pielęgniarki deklarowały, że informacje z zakresu samobadania piersi najczęściej uzyskiwały w okresie kształcenia w szkole medycznej, w trakcie wizyt u lekarza ginekologa oraz piśmiennictwa. W badaniach Stanisławskiej i wsp. [15] głównym źródłem wiedzy był ginekolog i położna, a w następnej kolejności były to: czasopisma nieprofesjonalne oraz fachowe piśmiennictwo. W badaniach Karczmarskiej-Borowskiej i wsp. [12], Pacian i wsp. [14], Najdyhor i wsp. [17] najważniejszym źródłem wiedzy dla kobiet były telewizja, Internet i czasopisma oraz podręczniki. Kobiety w badaniach Roemer-Ślimak i wsp. [19] informacje o profilaktyce raka piersi oraz o samobadaniu piersi głównym źródłem uzyskiwały z ulotek (67,0%), prasy (57,0%) oraz od ginekologa. W badaniach własnych zmienne takie jak wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania nie korelowały ze źródłami informacji o profilaktyce raka piersi. Podobnie u innych autorów, wiek i wykształcenie respondentek nie miały wpływu na tą zmienną [12, 14, 17, 19].

Większość pielęgniarek w badaniach własnych przestrzegła zasad samobadania piersi podczas jego wykonywania, zaś co dziesiąta pielęgniarka pomimo znajomości zasad nie stosowała się do nich podczas badania, co czwarta wyraziła opinię o niepełnej wiedzy, co dziesiąta nie wykonywała badania. Mimo, iż znikomy odsetek ankietowanych wyraził opinię, że jest to nieskuteczny sposób badania profilaktycznego, to w grupie zawodowej pielęgniarek wydaje się to być niepokojące. Systematyczność samobadania piersi wyraziła w badaniach własnych niespełna jedna trzecia pielęgniarek, nieregularność ponad połowa, a niemal co piąta w ogóle nie wykonywała badania. W badaniach Suszyńskiej i wsp. [21] zdecydowane mniej pielęgniarek niż w badaniach własnych 33,0% badało swoje piersi raz w miesiącu, 43,0% wykonywało to badanie nieregularnie, a 12,0% w ogóle. Zbliżone wyniki w swoich badaniach uzyskała Roemer-Ślimak i wsp. [19]. Ze względu na przygotowanie zawodowe oraz pełnione funkcje zawodowe wykonywanie samobadania przez pielęgniarki budzi zastrzeżenia. Pielęgniarki same powinny być źródłem wiedzy oraz przykładem

dla innych kobiet. W badaniach Stanisławskiej i wsp. [15] 86,2% kobiet wykonywało samobadanie piersi. W badaniach Lewandowskiej i wsp. [23] i Krajewskiej-Kułak i wsp. [24] 64% kobiet oraz Najdyhor i wsp. [17] wykonywało samobadanie piersi. W badaniach Roemer-Ślimak i wsp. [19] kobiety wykonując samobadanie piersi robiły to nieregularnie (49,0%). Regularnie co miesiąc samobadanie wykonywało 24,0%, a 22,0% kobiet w ogóle nie badało swoich piersi [19]. W regionie lubelskim w 2007 roku systematyczne wykonywanie samobadania piersi deklarowało 52% kobiet, w 2008 61%, a w 2010 zaledwie 45% [13]. Miejsce zamieszkania, wykształcenie, stan cywilny, sytuacja ekonomiczna, stała kontrola ginekologiczna nie korelowały istotnie z regularnością wykonywania samobadania piersi oraz przestrzeganiem zasad przez pielęgniarki w badaniach własnych. Również w badaniach Roemer-Ślimak i wsp. [19] wiek i wykształcenie nie korelowały z wiedzą kobiet na temat samobadania piersi, natomiast w badaniach Stanisławskiej i wsp. [15] częściej to badanie wykonywały mieszkanki miast niż wsi.

Zdaniem Pawlickiego [25] samobadanie piersi jest tanią, łatwą oraz skuteczną metodą wczesnej diagnostyki zmian w piersi. Działania profilaktyczne w znacznym stopniu zmniejszają ryzyko zachorowania i niepomyślnego rokowania. Jednym z takich działań jest regularna samokontrola piersi. [13]. Niektórzy autorzy wskazują natomiast, że samobadanie piersi jest mało czułym badaniem jednak ma duże walory edukacyjne [19]. Większość pielęgniarek w badaniach własnych uznała samobadanie za efektywną metodę we wtórnej profilaktyce raka piersi. Pozostała grupa kobiet deklarowała jej nieskuteczność lub nie miała zadania w tej kwestii.

Badanie mammograficzne to najbardziej czułe i specyficzne badanie w wykrywaniu raka piersi. W badaniach własnych jedna piąta pielęgniarek deklarowała wykonanie badania mammograficznego, które uznano za wysoce skuteczne w profilaktyce nowotworów piersi. Zdecydowanie więcej kobiet po 50 r.ż. deklarowało wykonanie tego badania. W województwie lubelskim w roku 2007 52% wykonało mammografię, w 2008 44% a w 2010 43% [13]. W badaniach Najdyhor i wsp. [17] 52,0% respondentek miało wykonaną mammografię. Na zaproszenie odpowiedziała zaledwie, co trzecia kobieta, natomiast wiedza kobiet na temat mammografii była niezadowolająca. Podobnie w badaniach Roemer-Ślimak i wsp. [19]. Wyniki badań Najdyhor i wsp. [17] wskazują, że główną przyczyną niezgłaszania się na badanie mammografii jest lęk przed rozpoznaniem choroby oraz poczucie braku

choroby. W badaniach Stanisławskiej i wsp. [15] podobnie jak w badaniach własnych miejsce zamieszkania nie różnicowało wykonywania mammografii. W badaniach Banach i wsp. [26] mieszkanki miasta częściej niż wsi wykonywały mammografię.

WNIOSKI

Wiedza i zachowania pielęgniarek w zakresie samobadania piersi i wykonywania mammografii nie odbiegają od prezentowanych przez inne kobiety. Czynniki socjodemograficzne charakteryzujące badane pielęgniarki nie miały wpływu zarówno na wykonywanie samobadania piersi i mammografii jak i na systematyczność badań. Pielęgniarki mają świadomość znaczenia badań profilaktycznych raka piersi, jednak w dużej części nie wykonują ich w ogóle lub robią to niezgodnie z zasadami. Jest to zjawisko niepokojące z powodu funkcji zawodowych, jakie pełnią pielęgniarki, szczególnie w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej.

Źródło finansowania: środki własne

PIŚMIENNICTWO

- [1] Szewczyk K.: Epidemiologia raka piersi na świecie. W: Kornafel J (red.). Wyd. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego. Warszawa 2011: 5-13.
- [2] Smaga A., Mikułowska M., Komorowska M., Falkiewicz B.: Rak piersi w Polsce – leczenie to inwestycja. Wyd. Sequence. Warszawa 2014: 11-28.
- [3] Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2012-2013. Rządowa Rada Ludnościowa. Wyd. Zakład Wydawnictw Statystycznych. Warszawa 2013: 261-280.
- [4] Jassem J., Krzakowski M. (red.): Rak piersi. Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych – 2013. Wyd. Via Medica, Gdańsk 2013: 211-264.
- [5] Jassem J., Krzakowski M., Bodek-Bilewicz B., Duchnowska R., Jeziorski A., Olszewski W., Senkus-Konefka E., Tchórzewska-Korba H.: Rak piersi. Onkologia w praktyce klinicznej. 2015; tom 11, supl. B: 24-52.
- [6] Didkowska J.: Prognozy rozwoju chorób nowotworowych w Polsce. W: Zachorowalność i umieralność na nowotwory a sytuacja demograficzna Polski. Rządowa Rada Ludnościowa. Potrykowska A., Strzelecki Z., Szyborski J., Witkowski J. (red.). Wyd. Zakład Wydawnictw Statystycznych. Warszawa 2014:147-163.
- [7] Tkaczuk-Włach J., Sobstyl M., Jakiel G.: Rak piersi – znaczenie profilaktyki pierwotnej i wtórnej. Przegląd Menopauzalny. 2012; 44: 343-347; DOI: 10.5114/pm.2012.30251 (dostęp z dnia 19. 07. 2016).
- [8] Nowicki A., Olszwska A., Mumańska M.: Wykrywanie raka piersi poprzez samobadania. Badanie retrospektywne u kobiet po operacji. Ginekol Pol. 2007; 78: 293-298.

- [9] Nienatrowicz E.: Diagnostyka obrazowa raka piersi. W: Kornafel J (red.). Wyd. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego. Warszawa 2011: 28-34.
- [10] Sowa M., Smuczyński W., Tarkowski M., Wójcik K., Kocchański B.: Analiza wybranych czynników ryzyka raka piersi – przegląd piśmiennictwa. *Journal of Education, Health and Sport*. 2015; 5(4): 245-250. ISSN 2391-8306. DOI: 10.5281/zenodo.16868 (dostęp z dnia 19. 07. 2016).
- [11] Kalinowski P., Bojakowska U.: Epidemiologiczna ocena zachorowalności i umieralności na raka piersi w województwie lubelskim w latach 2000-2011, z uwzględnieniem uczestnictwa w skriningu. *Med Og Nauk Zdr*. 2015; 21(3): 235-239.
- [12] Karczmarek-Borowska B, Strykowska A, Grądalska-Lampart M, Grybel M.: Poziom wiedzy kobiet z terenów wiejskich na temat raka piersi. *Prz Med Uniw Rzesz Inst Leków*. 2013; 3: 298-310.
- [13] 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.
- [14] Pacian A., Ferenc W., Jędrasik M.: Wiedza młodych kobiet na temat profilaktyki raka piersi. *Medycyna Paliatywna*. 2014; 6(3): 151-157.
- [15] Stanisławska J., Janikowska K., Stachowska M., Talarska D., Drozd-Gajdus E., Szewczyczak M.: Ocena wiedzy kobiet w zakresie profilaktyki raka piersi i raka szyjki macicy. *Probl Hig Epidemiol*. 2016; 97(1): 38-44.
- [16] Lorenc A., Pop T., Boychuk T.: Wiedza kobiet po 40 r.ż. o czynnikach ryzyka i profilaktyce raka piersi. *Young Sport Science of Ukraine*. 2012; 4: 59-65.
- [17] Najdyhor E., Krajewska-Kułak E., Krajewska-Ferishah K.: Wiedza kobiet i mężczyzn na temat profilaktyki raka piersi. *Ginekol Pol*. 2013; 84: 116-125.
- [18] Ślusarska B, Nowicki G.J., Łachowska E, Marciniak A.: Wiedza kobiet na temat profilaktyki raka piersi w wybranych uwarunkowaniach socio-demograficznych. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*. 2016; 22(1): 59-65.
- [19] Roemer-Ślimak R., Ślimak J., Mastalerz-Migas, Pokorna-Kafwak D.: Wiedza i praktyka w zakresie samobadania piersi. *Family Medicine & Primary Care Review*. 2014; 16, 3: 285-286.
- [20] Przysada G, Bojczuk T, Kuźniar A i wsp.: Poziom wiedzy kobiet na temat profilaktyki i wczesnego rozpoznawania raka piersi. *Young Sports Sci Ukr*. 2009; 3: 129-136.
- [21] Suszyńska K., Kulik T.B., Pacian A.: Ocena zachowań prozdrowotnych dotyczących profilaktyki raka piersi u kobiet w makroregionie lubelskim. *Med Og Nauk Zdr*. 2013; 19(3): 370-374.
- [22] Goworek P, Durka M, Borowiak E, Cieślak H.: Wiedza na temat samobadania piersi wśród kobiet mieszkających w Polsce i Nowej Zelandii. *Nursing Topics* 2008; 16: 144-150.
- [23] Lewandowska A, Mess E, Laufer J.: Profilaktyka raka piersi u kobiet. *Onkol Pol* 2011; 14(3): 131-134.
- [24] Krajewska-Kułak E, Najdyhor E, Krajewska-Ferishah K.: Wiedza kobiet i mężczyzn na temat profilaktyki raka piersi. *Ginekol Pol*. 2013; 2(84): 116-125.
- [25] Pawlicki M. Rak piersi – nowe nadzieje i możliwości leczenia. Gdańsk: Wyd. Alfa Medica Press, 2002: 81-92.
- [26] Banach M, Grabiec M, Rybka M.: Profilaktyka w walce z rakiem piersi i rakiem szyjki macicy. *Pielęg XXI wieku*. 2005; 3: 125-130.

Adres do korespondencji:

*Zakład Pielęgniarstwa, Instytut Medyczny,
PWSZ im. J. Grodka
ul. Mickiewicza 21
38-500 Sanok
tel. +48 730 930 902
ewasmolen@op.pl*