

Samobadanie piersi w grupie kobiet biorących udział w przesiewowych badaniach mammograficznych

Elżbieta Garwacka-Czachor, Adam Maciejczyk, Marek Bębenek

Wstęp. Kluczowym elementem walki z rakiem piersi jest profilaktyka wtórna, w której wykorzystuje się samodzielne badanie piersi, badanie kliniczne oraz mammografię. Celem badania była analiza wpływu wieku, wykształcenia i niektórych czynników ryzyka raka piersi na wykonywanie samobadania piersi przez kobiety uczestniczące w skryningu mammograficznym.

Materiał i metody. Grupę badaną stanowiło 32 626 kobiet w wieku 50–69 lat biorących udział w Populacyjnym Programie Wczesnego Wykrywania Raka Piersi na Dolnym Śląsku w okresie od stycznia 2007 r. do grudnia 2011 r. Badanie miało charakter sondażu diagnostycznego. Częstotliwość wykonywania samobadania piersi oceniano w kontekście wieku, wykształcenia i wpływu czynników ryzyka.

Wyniki. Regularne samobadanie piersi co miesiąc zadeklarowało 14% respondentek, głównie młodszych i lepiej wykształconych. Narażenie na czynniki ryzyka wywierało jedynie niewielki wpływ na częstość samokontroli piersi.

Wnioski. Samobadanie piersi istotnie częściej wykonywały kobiety młodsze i lepiej wykształcone. Obciążenie czynnikami ryzyka takimi jak występowanie raka piersi w rodzinie czy przyjmowanie preparatów hormonalnych nie wywierało istotnego wpływu na częstość regularnego samobadania piersi. Comiesięczne samobadanie piersi częściej deklarowały kobiety z dolegliwościami w obrębie tego narządu. Było to prawdopodobnie konsekwencją występowania bólu i dyskomfortu.

Biuletyn PTO NOWOTWORY 2016; 1, 3: 228–232

Słowa kluczowe: rak piersi, samobadanie piersi, przesiewowe badania mammograficzne, profilaktyka

Wstęp

Dane epidemiologiczne wskazują na ciągły wzrost zachorowalności na raka piersi. Polska jest krajem o średniej zachorowalności na ten nowotwór i umiarkowanej umieralności z jego powodu [1]. W 2013 r. rak piersi został rozpoznany u 17 142 kobiet i był przyczyną 21,9% wszystkich zachorowań na nowotwory złośliwe. Nowotwory piersi są drugą po raku płuca przyczyną umieralności wśród kobiet; w 2013 r. rak piersi doprowadził do 5 816 zgonów (13,9% wszystkich zgonów kobiet z powodu nowotworów złośliwych) [2]. Jako najczęściej występujący kobiece nowotwór złośliwy, rak piersi stanowi istotny problem zdrowia publicznego na całym świecie, w tym również w Polsce.

W przypadku raka piersi zasadnicze znaczenie ma profilaktyka, a jej elementem kluczowym jest prewencja wtórna, czyli wczesne wykrywanie zmian nowotworowych, mające na celu obniżenie spowodowanej przez nie umieralności [3, 4].

Działaniami profilaktycznym powinna towarzyszyć edukacja zdrowotna, mająca na celu kształtowanie świadomości zdrowotnej społeczeństwa. Świadomość zdrowotna to skomplikowana konstrukcja poznawcza, która wytycza i kształtuje zachowania prozdrowotne ludzi. Wpływ na nią mają: struktura umożliwiająca postrzeganie sygnałów o zagrożeniach dla zdrowia, wiedza o zdrowiu i chorobach, przyswajana z różnych źródeł, i miejsce zdrowia w hierarchii wartości [5]. Minimum wiedzy onkologicznej, w jaką należy

Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu

Artykuł w wersji pierwotnej:

Garwacka-Czachor E, Maciejczyk A, Bębenek M. Breast self-exams in a group of women participating in mammography screening. *NOWOTWORY J Oncol* 2016; 66: 445–449.

Należy cytować wersję pierwotną.

wyposażyc kobiety, to znajomość wczesnych objawów raka piersi. Jednak równie istotna jest „czujność onkologiczna” oraz świadome zachowania zdrowotne, w tym samokontrola piersi i poszukiwanie pomocy medycznej w przypadku wystąpienia jakichkolwiek niepokojących objawów [6].

Zachowania zdrowotne to wszelkie zachowania jednostki będące częścią jej codziennego życia i mające wpływ na stan jej zdrowia. Zachowania zdrowotne są wyrazem praktycznego wykorzystania posiadanej wiedzy o zdrowiu i chorobie; zależą od indywidualnej decyzji każdego człowieka. Wśród zachowań zdrowotnych można wyróżnić zachowania prozdrowotne i antyzdrowotne [7]. Do zachowań o korzystnym wpływie na zdrowie kobiet należy zaliczyć m.in. samobadanie piersi, kontrolne badania mammograficzne oraz uczestnictwo w badaniach przesiewowych [8]. Wbrew opinii United States Preventive Services Task Force (US PSTF) wskazującej na niewielką rolę samobadania w obniżaniu umieralności z powodu raka piersi, praktyka ta stanowi istotny element profilaktyki wtórnej tego nowotworu [9]. Nauka samobadania oraz regularna samokontrola piersi motywują bowiem pacjentki do troski o własne zdrowie, tym samym stanowiąc istotny czynnik zwiększający ich świadomość prozdrowotną [10, 11].

Celem badania była analiza wpływu wieku, wykształcenia i niektórych czynników ryzyka raka piersi na częstość wykonywania samobadania piersi przez kobiety uczestniczące w przesiewowych badaniach mammograficznych.

Materiał i metody

W badaniu wzięło udział 32 626 kobiet w wieku 50–69 lat, które zgłosiły się do Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu (DCO) na badania mammograficzne wykonywane w ramach Populacyjnego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Piersi (PPWWRP). Badanie przeprowadzono w okresie od stycznia 2007 r. do grudnia 2011 r. przy użyciu kwestionariusza ankiety sporządzonego na potrzeby PPWWRP [12].

Materiał badawczy został zebrany prospektywnie przez Dolnośląski Wojewódzki Ośrodek Koordynujący Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi przy Dolnośląskim Centrum Onkologii we Wrocławiu (DCO) i zgromadzony w Systemie Informatycznym Monitorowania Profilaktyki (SIMP).

Częstość samobadania piersi — „co miesiąc”, „czasami”, „nie bada” — opisano w zależności od wieku i wykształcenia kobiet biorących udział w PPWWRP. Kobiety w wieku od 50 do 69 lat grupowano w 5-letnich przedziałach wiekowych. Poziom wykształcenia klasyfikowano od niepełnego podstawowego po wyższe. Ponadto częstość samokontroli piersi analizowano w zależności od wpływu narażenia na niektóre czynniki ryzyka (rak piersi w rodzinie oraz przyjmowanie preparatów hormonalnych powyżej 5 lat) oraz występowania objawów niepokojących i zmian w piersiach (dolegliwości bólowe, zgrubienia, wyciek z brodawki, zmiany na skórze piersi).

Analiza statystyczna

Do oceny wpływu wieku, poziomu wykształcenia oraz wybranych czynników ryzyka na częstość samobadania piersi wykorzystano analizę regresji. Wszystkie obliczenia wykonano przy użyciu oprogramowania Microsoft Excel.

Wyniki

Częstotliwość samobadania piersi w zależności od wieku i poziomu wykształcenia

Wykonywanie samobadania piersi co miesiąc zadeklarowało 4 512 (14%) respondentek; 5 861 (18%) uczestniczek przyznało, że w ogóle nie wykonuje samobadania, a pozostałe 22 253 (68%) — że badają się tylko czasami.

Przyjmując za punkt odniesienia przedział wiekowy 50–54 lata, wykazano, że kolejne grupy wiekowe różniły się istotnie pod względem frakcji kobiet, które udzielały odpowiedzi: „co miesiąc”, „czasami” lub „nie” na pytanie dotyczące częstości samobadania piersi. Odsetek kobiet z kolejnych grup wiekowych (55–59, 60–64 i 65–69 lat) deklarujących samobadanie piersi co miesiąc był niższy o odpowiednio 0,8%, 1,2% i 1,6%. Największą różnicę w kategorii „czasami” (1,9%) stwierdzono w grupie kobiet w wieku od 65 do 69 lat. Wiek wpływał również istotnie na częstość całkowitego zaniechania samobadania piersi; wraz z wiekiem wzrastał istotnie odsetek kobiet, które zadeklarowały, że wcale nie wykonują samobadania piersi (tab. I, ryc. 1).

Odsetek kobiet regularnie wykonujących samobadanie piersi wzrastał liniowo, od 7,2% w przypadku respondentek z wykształceniem niepełnym podstawowym do 14,3% w grupie z wykształceniem wyższym. Z kolei odsetek kobiet wcale nieprzeprowadzających samokontroli piersi malał, od około 30% w przypadku respondentek z wykształceniem co najwyżej podstawowym do około 15% w przypadku ankietowanych legitymujących się co najmniej średnim wykształceniem (tab. II).

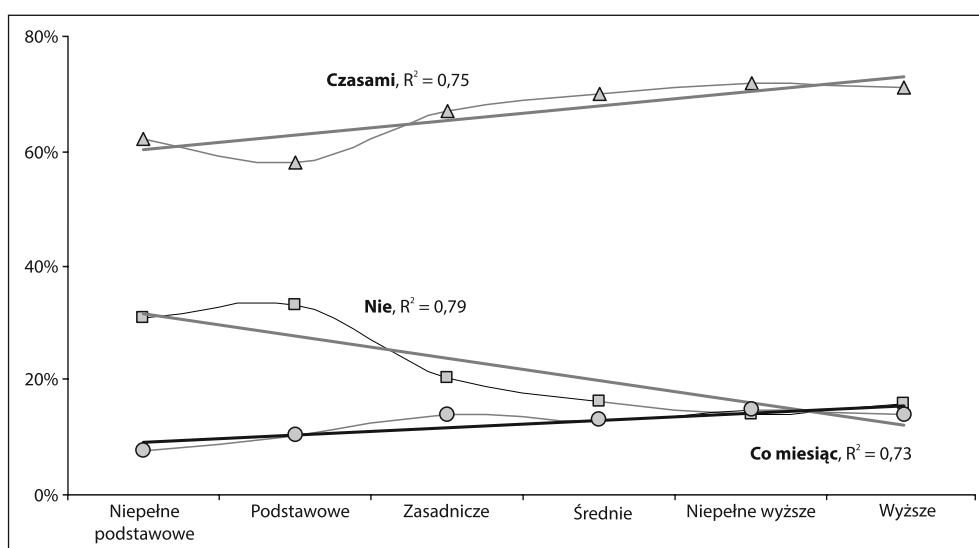
Wpływ wybranych czynników ryzyka na częstość samobadania piersi

W grupie 2 396 kobiet uczestniczek badania, u których rak piersi występował u członków najbliższej rodziny, zaledwie 15,4% kobiet zadeklarowały regularną, comiesięczną samokontrolę piersi. Dla porównania: comiesięczne wykonywanie samobadania piersi zadeklarowało 13,7% respondentek bez historii rodzinnej raka piersi.

Tylko 14,9% spośród kobiet, które w ostatnich pięciu latach zażywały preparaty hormonalne, zadeklarowało regularne samobadanie piersi; częstość regularnego badania piersi wśród kobiet nieprzyjmujących preparatów hormonalnych wyniosła 13,8%. Regularną samokontrolę piersi zadeklarowało 17,3% kobiet ze zmianami w obrębie gruczołu piersiowego oraz 12,9% respondentek bez tego typu zmian (tab. III).

Tabela I. Liczba i odsetek kobiet wykonujących samobadanie piersi w zależności od wieku

| Częstotliwość | | Wiek (lata) | | | |
|------------------------|------------|-------------|-------|-------|-------|
| | | 50–54 | 55–59 | 60–64 | 65–69 |
| Co miesiąc n = 4512 | Liczba | 1397 | 1367 | 1095 | 653 |
| | Odsetek, % | 14,6 | 13,8 | 13,4 | 13 |
| | Różnica, % | 0 | -0,8 | -1,2 | -1,6 |
| Czasami n = 22 253 | Liczba | 6538 | 6814 | 5553 | 3348 |
| | Odsetek, % | 68,5 | 68,9 | 68 | 66,6 |
| | Różnica, % | 0 | 0,4 | -0,5 | -1,9 |
| Nie n = 5861 | Liczba | 1611 | 1708 | 1519 | 1023 |
| | Odsetek, % | 16,9 | 17,3 | 18,6 | 20,4 |
| | Różnica, % | 0 | 0,4 | 1,7 | 3,5 |



Rycina 1. Zmiany w odsetku kobiet wykonujących samobadanie piersi w zależności od poziomu wykształcenia

Dyskusja

Do zachowań prozdrowotnych, które powinny stanowić niezbędny komponent profilaktyki wtórnej raka gruczołu piersiowego, zalicza się m.in. samobadanie piersi oraz

kontrolę mammograficzną. Regularne wykonywanie tych badań profilaktycznych może pomóc we wczesnym wykryciu zmian nowotworowych, a także jest wyrazem odpowiedzialności za własne zdrowie.

Tabela II. Częstość wykonywania samobadania piersi w zależności od poziomu wykształcenia uczestniczek badania

| Zmienna | Co miesiąc | | Czasami | | Nie | | Razem | |
|---------------------|------------|------|---------|------|------|------|--------|------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Niepełne podstawowe | 8 | 7,2 | 69 | 62,2 | 34 | 30,6 | 111 | 0,3 |
| Podstawowe | 244 | 10,1 | 1405 | 58,4 | 758 | 31,5 | 2407 | 7,4 |
| Zasadnicze zawodowe | 631 | 13,3 | 3124 | 65,9 | 989 | 20,8 | 4744 | 14,5 |
| Średnie | 2056 | 14,1 | 10 158 | 69,4 | 2409 | 16,5 | 14 623 | 44,8 |
| Niepełne wyższe | 292 | 14,9 | 1391 | 71,2 | 271 | 13,9 | 1954 | 6 |
| Wyższe | 1077 | 14,3 | 5300 | 70,4 | 1151 | 15,3 | 7528 | 23,1 |
| Brak danych | 204 | 16,2 | 806 | 64 | 249 | 19,8 | 1259 | 3,9 |
| Razem | 4512 | | 22 253 | | 5861 | | 32 626 | 100 |

Tabela III. Wpływ narażenia na czynniki ryzyka i występowania niepokojących objawów na częstotliwość comiesięcznego samobadania piersi

| Narażenie na czynnik ryzyka | Czynniki ryzyka i objawy niepokojące | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|--------------------------------------|------|-----------------|------|---|------|-----------------|------|--------------------|------|-----------------|------|
| | Rak piersi w rodzinie | | | | Przyjmowanie preparatów hormonalnych w ostatnich 5-ciu latach | | | | Zmiany w piersiach | | | |
| | L _K | % | L _{KS} | % | L _K | % | L _{KS} | % | L _K | % | L _{KS} | % |
| TAK | 2396 | 7,3 | 369 | 15,4 | 2042 | 6,3 | 304 | 14,9 | 6825 | 20,9 | 1178 | 17,3 |
| NIE | 30230 | 92,7 | 4143 | 13,7 | 30584 | 93,7 | 4208 | 13,8 | 25801 | 79,1 | 3334 | 12,9 |
| Różnica (TAK – NIE) | | | | 1,7 | | | | 1,1 | | | | 4,4 |
| Razem | 32626 | 100 | | | 32626 | 100 | | | 32626 | 100 | | |

L_K — liczba kobiet z czynnikiem ryzyka, L_{KS} — liczba kobiet wykonujących samobadanie piersi co miesiąc

W niniejszym badaniu wykazano, że systematyczną, comiesięczną samokontrolę piersi wykonuje zaledwie co siódma mieszkanka Dolnego Śląska (14%); co piąta ankietowana (18%) przyznała, że nie wykonuje samobadania wcale, a aż 68% stwierdziło, że bada swoje piersi tylko od czasu do czasu. W badaniu przeprowadzonym przez CBOS w 2002 roku (a więc przed wdrożeniem PPWWRP) regularne samobadanie piersi zadeklarowało dwa razy więcej respondentek (28%) niż w niniejszym opracowaniu; podobnie jak w badanej przez nas grupie, do braku samokontroli przyznawała się co piąta ankietowana (20%). Warto odnotować, że aż 80% uczestniczek cytowanego badania udzieliło odpowiedzi twierdzącej na pytanie: „Czy jest pani znany zalecany przez lekarzy sposób samodzielnego badania (samokontroli) piersi, który pozwala na wczesne wykrycie raka tego narządu?” [13]. Wynik ten mógłby sugerować, że większość kobiet posiada niezbędną wiedzę na temat profilaktyki raka piersi, ale tylko nieliczne wykorzystują ją w praktyce.

Comiesięczne samobadanie piersi zaleca się kobietom od 18 roku życia, szczególnie z rodzin wysokiego ryzyka wystąpienia raka piersi [14]. Skuteczność samobadania w zakresie wykrywania zmian w obrębie piersi jest ograniczona ze względu na jego niską czułość i swoistość [15], a także z powodu braku regularności w jego wykonywaniu [16]. Pomimo tych ograniczeń kobiety powinny być edukowane w zakresie samobadania piersi i motywowane do systematycznej samokontroli jako czynnika zwiększającego poczucie ich wartości i odpowiedzialności za własne zdrowie.

W niniejszym badaniu wykazano, że na częstotliwość samokontroli piersi wywierają istotny wpływ wiek respondentek i poziom ich wykształcenia. Samobadanie piersi istotnie częściej wykonywały kobiety młodsze, a odsetek ankietowanych nieprzeprowadzających samokontroli zwiększał się z wiekiem. Podobną prawidłowość stwierdzono w przypadku poziomu wykształcenia: wraz z jego wzrostem zwiększał się odsetek kobiet regularnie samobadających piersi; częstotliwość wykonywania samobadania okazała się być najniższa wśród respondentek z wykształceniem podstawowym i niepełnym podstawowym. Do niewykonywania samobadania piersi przyznawała się średnio co

trzecia kobieta z wykształceniem podstawowym, co piąta ankietowana z wykształceniem zasadniczym i zaledwie co szósta respondentka z wykształceniem co najmniej średnim. Obserwacje te są zgodne z wynikami przeprowadzonego w 2011 roku badania 1000 polskich pacjentek chorych na raka piersi [17]. Również w cytowanym badaniu regularne przeprowadzanie samokontroli piersi znamiennej części deklarowały kobiety młodsze i lepiej wykształcone.

Pomimo wysokiej zachorowalności i umieralności z powodu tego nowotworu etiologia raka piersi wciąż nie została do końca wyjaśniona. Tym niemniej zidentyfikowano szereg czynników ryzyka raka piersi, w tym jego występowanie wśród najbliższych krewnych oraz długotrwałe zażywanie preparatów hormonalnych. W niniejszym badaniu oceniono wpływ czynników ryzyka na częstotliwość regularnego samobadania piersi. W analizie uwzględniono również wpływ występowania niepokojących objawów i zmian w obrębie piersi na częstotliwość samokontroli. Do występowania raka piersi wśród najbliższych krewnych przyznało się 7,3% uczestniczek badania, jednak zaledwie co szósta lub siódma kobieta z tej grupy (15,4%) zadeklarowała comiesięczne wykonywanie samobadania piersi. Odsetek ten nie różnił się istotnie od częstotliwości przeprowadzania samokontroli piersi deklarowanej przez kobiety bez obciążenia rodzinnego nowotworem tego narządu (13,7%). Podobną prawidłowość stwierdzono w odniesieniu do kobiet, które przyjmowały preparaty hormonalne w okresie pięciu lat poprzedzających badanie. Regularne samobadanie piersi zadeklarowało zaledwie 14,9% respondentek z tej grupy; odsetek ten nie różnił się od częstotliwości samobadania piersi wśród kobiet nieprzyjmujących preparatów hormonalnych (13,8%). Występowanie dolegliwości lub zmian w piersiach zgłaszała co piąta (20,9%) ankietowana. Odsetek kobiet z tej grupy, które zadeklarowały regularne wykonywanie samobadania piersi (17,3%), był wyższy niż w grupie ankietowanych wolnych od tego typu dolegliwości (12,9%). Wydaje się więc, że występowanie dolegliwości lub zmian w piersiach wywiera istotny wpływ na regularność samobadania piersi. Niepokoi natomiast fakt, że rodzinne obciążenie rakiem piersi oraz przyjmowanie preparatów hormonalnych nie przekłada się na wzrost czuj-

ności onkologicznej ankietowanych i większą częstotliwość samokontroli piersi. Świadczy to o nieznanym czynnikach ryzyka raka piersi oraz roli samokontroli w profilaktyce wtórnej tego nowotworu. Można zatem przypuszczać, że większa powszechność regularnej samokontroli piersi przez kobiety ze zmianami w obrębie gruczołu piersiowego była głównie konsekwencją związanego z tym bólu i dyskomfortu, a nie wyższej świadomości onkologicznej.

Wnioski

1. Wiek kobiet oraz ich poziom wykształcenia wywiera zasadniczy wpływ na częstość samobadania piersi. Kobiety młodsze i lepiej wykształcone istotnie częściej przeprowadzają samokontrolę piersi.
2. Występowanie raka piersi w rodzinie oraz przyjmowanie preparatów hormonalnych nie wydaje się wywierać istotnego wpływu na częstość regularnego samobadania piersi. Może świadczyć to o nieznanym czynnikach ryzyka raka piersi oraz roli samokontroli w profilaktyce wtórnej tego nowotworu.
3. Występowanie dolegliwości lub zmian w piersiach wywiera istotny wpływ na częstość przeprowadzania comiesięcznego samobadania piersi; zależność ta wydaje się być jednak przede wszystkim następstwem współistniejącego bólu i dyskomfortu, a nie wyższej świadomości onkologicznej.

Konflikt interesów: nie zgłoszono

Dr n. med. Elżbieta Garwacka-Czachor

Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu
Pl. Hirszfelda 12
53-413 Wrocław
e-mail: garwacka.e@dco.com.pl

Otrzymano: 11 lipca 2016 r.

Przyjęto do druku: 24 października 2016 r.

Piśmiennictwo

1. Dyzmann-Sroka A, Marcinkowski JT, Kubiak A i wsp. Kto powinien zajmować się promocją skryningowego Populacyjnego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Piersi? *Probl Hig Epidemiol* 2009; 90: 621–626.
2. Didkowska J, Wojciechowska U. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2013 roku. Dokument dostępny pod adresem <http://onkologia.org.pl/wp-content/uploads/BIUL2013.pdf>. (dostęp 10.04.2016).
3. Boyle P, Autier P, Bartelink H i wsp. European Code Against Cancer and scientific justification: third version (2003). *Ann Oncol* 2003; 14: 973–1005.
4. Wronkowski Z. *Zapobieganie i wczesne wykrywanie nowotworów*. Warszawa: Polski Komitet Zwalczenia Raka, 2000.
5. Woynarowska B. *Edukacja zdrowotna: poradnik akademicki*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2012.
6. Kordek R, Piekarski J. Wczesna wykrywalność nowotworów. W: Kordek R (red.) *Onkologia: Podręcznik dla studentów i lekarzy*. Gdańsk: Via Medica, 2007: 67–70.
7. Żolnierczuk-Kieliszek D. Zachowania zdrowotne i ich związek ze zdrowiem. W: Kulik TB, Latański M (red.) *Zdrowie publiczne*. Lublin: Czeleż, 2002: 75–77.
8. Jokieli M. Społeczne aspekty wczesnego wykrywania raka piersi po wprowadzeniu w Polsce skryningów populacyjnych. *Przeł Epidemiol* 2009; 63: 443–447.
9. U.S. Preventive Services Task Force, Agency for Healthcare Research and Quality. Screening for breast cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2009; 151: 716–726.
10. Hackshaw AK, Paul EA. Breast self-examination and death from breast cancer: a meta-analysis. *Br J Cancer* 2003; 88: 1047–1053.
11. Knutson D, Steiner E. Screening for breast cancer: current recommendations and future directions. *Am Fam Physician* 2007; 75: 1660–1666.
12. NFZ. Załącznik nr 4 do Zarządzenia Nr 86/2005 z dnia 13 października 2005 r. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie zatwierdzenia do realizacji profilaktycznych programów zdrowotnych. Dokument dostępny pod adresem: <http://www.nfz.gov.pl/new/?katnr=3&dzialnr=12&artnr=1750> (dostęp 01.02.2016).
13. CBOS. *Kobiety o profilaktyce raka piersi i raka szyjki macicy. Komunikat z badań*. CBOS BS/57/2002. Dokument dostępny pod adresem: http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2002/K_057_02.PDF (dostęp 25.02.2016).
14. Jassem J, Krzakowski M, Bobek-Billewicz B i wsp. Rak piersi. W: Krzakowski M i wsp. (red.) *Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych*. Via Medica, Gdańsk 2013.
15. Thomas DB, Gao DL, Ray RM i wsp. Randomized trial of breast self-examination in Shanghai: final results. *J Natl Cancer Inst* 2002; 94: 1445–1457.
16. Łepecka-Klusek C, Jakieli G, Krasuska ME i wsp. Breast self-examination among Polish women of procreative age and the attached significance. *Cancer Nurs* 2007; 30: 64–68.
17. Grodecka-Gazdecka S, Zaborek P, Didkowska J i wsp. Uwarunkowania opóźnień w diagnostyce i terapii kobiet chorych na raka piersi w Polsce związane z postawami chorych. *Nowotwory* 2013; 63: 286–294.