

## Ocena wiedzy pacjentek Poradni Profilaktyki Chorób Piersi w zakresie profilaktyki chorób nowotworowych

Krzysztof Adamowicz<sup>1</sup>, Jan Maciej Zaucha<sup>2</sup>, Mikołaj Majkowicz<sup>3</sup>

*Wstęp.* Choroby nowotworowe w krajach rozwiniętych stanowią drugą w kolejności po chorobach układu sercowo-naczyniowego przyczynę zgonów. Podobnie jak na całym świecie, w Polsce wzrost liczby zachorowań na nowotwory złośliwe przypisywany jest starzeniu się społeczeństwa i zwiększającej się ekspozycji na czynniki rakotwórcze – tytoń, alkohol, nieodpowiednią dietę, ryzykowne zachowania seksualne i zanieczyszczenie środowiska. Narażenie na te czynniki można wyeliminować pod warunkiem posiadania niezbędnej wiedzy z zakresu prewencji nowotworów i woli do modyfikacji stylu życia. Celem pracy była ocena stanu wiedzy losowo dobranych pacjentek z Poradni Profilaktyki Chorób Piersi w Wejherowie (województwo pomorskie) w zakresie profilaktyki chorób nowotworowych.

*Materiał i metody.* Badania przeprowadzono u 237 kobiet o medianie wieku 49 lat (22-75 lat). Posłużono się anonimowym kwestionariuszem własnej konstrukcji, zawierającym 30 pytań, z czego 25 dotyczyło oceny wiedzy ankietowanych osób w zakresie profilaktyki przeciwnowotworowej.

*Wyniki.* Ogólny poziom wiedzy był niski, w szczególności u młodych kobiet. Był zależny od wykształcenia, wieku i miejsca zamieszkania ankietowanych. Za najbardziej szkodliwy czynnik ankietowane uznawały palenie tytoniu, promieniowanie ultrafioletowe oraz otyłość i brak aktywności fizycznej. W większości uznawały, że modyfikacja zachowań nie prowadzi do zmniejszenia ryzyka chorób nowotworowych, co przy niskiej wiedzy na temat programów profilaktyki chorób nowotworowych może tłumaczyć utrzymującą się wysoką umieralność z powodu nowotworów w Polsce.

*Podsumowanie.* Uzyskane wyniki wskazują na konieczność wdrożenia programu edukacyjnego dotyczącego profilaktyki chorób nowotworowych, szczególnie obejmującego osoby młode, co być może przełoży się w przyszłości na zmniejszenie umieralności z powodu nowotworów w Polsce.

### Assessment of the state of knowledge regarding cancer prevention among patients of the Breast Cancer Prevention Clinic

*Background.* Neoplastic diseases in developed countries are the second leading cause of death. In Poland the increased incidence of cancer is attributed to ageing and increasing exposure to carcinogens – smoking, poor dietary habits, alcohol, risky sexual behavior and environmental pollution. Exposure to these factors can be eliminated providing one has a basic knowledge of cancer prevention and the willingness to modify lifestyle. The study was designed to assess the basic knowledge regarding cancer prevention among women visiting the Breast Cancer Prevention Department in Wejherowo (Pomorskie Voivodeship).

*Material and methods.* The study included 237 women (median age 65; range: 44-102 years). An anonymous self-designed questionnaire was used. It contained 30 questions, including 25 aimed at assessing respondents' knowledge regarding cancer prevention.

*Results.* The overall state of knowledge regarding cancer prevention was low, particularly among younger women. It varied according to the education, age and place of residence of the respondents. Ultraviolet radiation, obesity and physical inactivity were recognized as the most detrimental factors for cancer development. The majority of respondents believed that modification of behavior would not reduce the risk of cancer development. The low level of knowledge on cancer prevention programs may in part explain the continued high death rate from cancer in Poland.

<sup>1</sup> Szpital Specjalistyczny im. F. Ceynowy w Wejherowie

<sup>2</sup> Zakład Propedeutyki Onkologii

<sup>3</sup> Zakład Badań nad Jakością Życia  
Gdański Uniwersytet Medyczny

*Summary. The results indicate the need to implement an educational program of cancer prevention, particularly among young people. This may lead to a future reduction of cancer-related mortality in Poland.*

**Słowa kluczowe:** rak, wiedza o chorobach nowotworowych

**Key words:** cancer, knowledge about cancer

## Wstęp

Choroby nowotworowe stanowią jedną z najczęstszych przyczyn zachorowalności oraz umieralności w krajach rozwiniętych. Istnieją dwie główne grupy czynników mających związek z rozwojem choroby nowotworowej: środowiskowe i genetyczne. Najważniejszą grupę stanowią czynniki środowiskowe, w tym przede wszystkim niewłaściwy styl życia. Szacuje się, że około 70% nowotworów złośliwych jest następstwem działania szkodliwych czynników związanych ze stylem życia i dietą lub innych czynników występujących w otaczającym środowisku [1]. Prozdrowotny styl życia (inaczej zachowania prozdrowotne) definiowany jest współcześnie jako te formy aktywności człowieka, które (zgodnie ze współczesną wiedzą) są przyczyną utrzymania, umacniania i przywracania zdrowia. Nie są działaniami człowieka skierowanymi tylko na stan jego zdrowia [2]. Podobnie pojęcie „styl życia” definiuje N. Milio, dla którego są to: „wzory wyborów zachowań spośród alternatywnych możliwości, jakie dostępne są ludziom w zależności od ich sytuacji społeczno-ekonomicznej i łatwości, z jaką są w stanie przełożyć określone zachowania na inne” [3]. Prawidłowa dieta, ruch oraz unikanie używek w znaczący sposób mogą się przyczynić do zachowania i umacniania zdrowia. W ostatnich kilkudziesięciu latach w Polsce zauważa się jednak wiele niepokojących tendencji w tym zakresie.

Po pierwsze, w naszym kraju utrzymuje się wysoki odsetek osób palących [4]. Już od lat 50. XX wieku uważa się, że ponad 90% przypadków raka płuca związanych jest z kancerogennym działaniem dymu tytoniowego [5, 6]. Palenie papierosów jest obecnie przyczyną jednej trzeciej wszystkich zgonów z powodu nowotworów w wielu krajach zachodnich [7]. Ryzyko zachorowania wiąże się też z paleniem biernym [8]. W dymie tytoniowym występuje ponad 3000 substancji, z których około 60 posiada udokumentowane działanie rakotwórcze [8]. Udowodniono wpływ palenia tytoniu i/lub wdychania dymu tytoniowego na rozwój wielu chorób. Do tej pory wiadomo o odtytoniowym pochodzeniu nowotworów takich, jak rak: płuca, wargi, języka, jamy ustnej, krtani, gardła, przełyku, nerki, pęcherza moczowego, trzustki, żołądka, wątroby i szyjki macicy [1, 7].

Po drugie, nadal utrzymuje się w Polsce wysokie spożycie alkoholu. Najsilniejsze powiązania między alkoholem a chorobą nowotworową zaobserwowano w odniesieniu do nowotworów górnego odcinka przewodu pokarmowego, w tym raka: przełyku, jamy ustnej, gardła i krtani [9, 10]. Mniej przekonujące są dane dotyczące związków między spożyciem alkoholu, a rakiem wątroby, sutka czy okrężnicy [11-13]. Jeśli osoby nadużywające

alkoholu dodatkowo palą papierosy, to ryzyko zachorowania na raka wzrasta jeszcze bardziej [10-12].

Trzecim istotnym czynnikiem środowiskowym jest nieodpowiednia dieta, zawierająca nadmiar tłuszczów, węglowodanów, smażonych, słonych potraw, mająca istotny wpływ w zwiększaniu zagrożenia powstania nie tylko nowotworów, ale i innych schorzeń. Nieprawidłowy sposób odżywiania w połączeniu z siedzącym trybem życia i słabą aktywnością fizyczną to zwiększone prawdopodobieństwo nadwagi, otyłości i cukrzycy, co także zwiększa ryzyko nowotworów [14, 15].

Czwartym najistotniejszym rakotwórczym czynnikiem środowiskowym, wywołującym wpływ na skórę człowieka jest promieniowanie ultrafioletowe, w szczególności w zakresie B (UV-B), czyli o długości 280-315 nm. Do głównych skutków ekspozycji skóry na promieniowanie ultrafioletowe należą poparzenia słoneczne, osłabienie odpowiedzi immunologicznej oraz mutacje genetyczne, prowadzące do rozwoju nowotworów [1, 16, 17]. Promieniowanie ultrafioletowe bierze udział zarówno w inicjacji, promocji jak i progresji nowotworów skóry [16, 17]. Długa ekspozycja na działanie UV-B może być przyczyną zwiększonej częstości występowania czerniaka, a także częstszych choć mniej agresywnych nowotworów skóry, takich jak rak płaskonabłonkowy i podstawnokomórkowy [18].

Piątym czynnikiem środowiskowym, mającym istotny wpływ na rozwój nowotworów, jest ekspozycja na zakażenia wirusowe. Przykładem jest wirus brodawczaka ludzkiego (HPV – *human papilloma virus*), przenoszony np. drogą płciową. Materiał genetyczny wirusa HPV jest obecny w 99,7% przypadków raka szyjki macicy, co sugeruje, że jest źródłem prawie każdego zachorowania na raka szyjki macicy [19]. Szacuje się, że na świecie liczba kobiet chorych na raka szyjki macicy sięga 1,4 miliona. W Europie jest on drugim najczęściej występującym nowotworem złośliwym u młodych kobiet (w wieku 15-44 lat). W skali Unii Europejskiej, Polska należy do krajów o największej liczbie zarówno zachorowań, jak i zgonów spowodowanych rakiem szyjki macicy [20-22]. Czynniki współdziałającymi w kancerogenezie mogą być inne wirusy (np. opryszczki), bakterie oraz inne czynniki związane ze środowiskiem [1, 23, 24].

Współczesna wiedza tłumaczy, że przyczyną około 70% zachorowań na nowotwory złośliwe są czynniki środowiskowe [1]. Podane wyżej argumenty, wraz z danymi mówiącymi o tym, że wielu nowotworom można by zapobiec poprzez modyfikację swojego stylu życia, przekonują o niezwykle wysokiej randze wiedzy o prewencji i przebiegu zachorowań na nowotwory. Te proporcje przekonują także o potencjalnej roli edukacji zdrowotnej w zakresie chorób nowotworowych. Punktem wyjścia zaś do wła-

ściwej edukacji jest ocena obecnej wiedzy onkologicznej społeczeństwa. Danych na ten temat w Polsce jest niewiele. Z tego względu podjęto próbę oceny stanu wiedzy losowo dobranych pacjentek z Poradni Profilaktyki Chorób Piersi w zakresie profilaktyki chorób nowotworowych.

## Material i metody

Badaniem objęto 237 zdrowych kobiet zgłaszających się od listopada 2008 r. do stycznia 2010 r. po raz pierwszy w życiu na badania profilaktyczne do Poradni Onkologicznej i Poradni Profilaktyki Chorób Piersi w Wejherowie. Do badania włączano je w sposób losowy, prosząc o wypełnienie ankiety co trze-

cią kobietę zgłaszającą się do poradni. Wykluczano pacjentki leczone w poradni z powodu choroby nowotworowej oraz kobiety zgłaszające się z powodu samodzielnego wykrycia guza lub guzów w piersi, zakładając, że przeszły one dodatkową edukację w związku z przebyciem lub bezpośrednio zagrażającą chorobą nowotworową. Badanie przeprowadzono przy użyciu anonimowego kwestionariusza, a warunkiem przeprowadzenia badania była dobrowolna i świadoma zgoda pacjentki. Ankieta własnej konstrukcji składała się z 30 pytań. Pierwsze pięć pytań dotyczyło danych osobowych: płci, wieku, wykształcenia, zamieszkania, wykształcenia rodziców. Pozostałe pytania dotyczyły badanej wiedzy z zakresu profilaktyki chorób nowotworowych. Dodatkowo posłużono się typową ankietą, wypełnianą przez każdą pacjentkę zgłaszającą się do poradni, dotyczącą badania piersi, pierwszej miesiączki, zachorowań w rodzinie, itd. (Tab. I).

Tab. I. Pytania zawarte w ankiecie

Np.	Pytanie
1	Czy uważasz, że picie alkoholu szkodzi?
2	Czy uważasz, że palenie papierosów szkodzi?
3	Czy uważasz, że otyłość prowadzi do chorób nowotworowych?
4	Czy uważasz, że nadmierne opalanie prowadzi do chorób nowotworowych?
5	Czy uważasz, że brak aktywności fizycznej prowadzi do chorób nowotworowych?
6	Jak myślisz, czy rakiem można się zarazić?
7	Jak myślisz, czy można się zaszczepić przeciwko nowotworom?
8	Jak myślisz, w jakim stopniu nowotwory się dziedziczy?
9	Jak myślisz, w jakim stopniu regularne wykonywanie badań zmniejsza umieralność na nowotwory?
10	Jak myślisz, w jakim stopniu można zapobiegać nowotworom poprzez modyfikację swoich zachowań (np.: uprawianie sportu, zaprzestanie palenia papierosów)?
11	Jak myślisz, w jakim stopniu nowotwór jest chorobą wyleczalną?
12	Jak myślisz, czy wszystkie nowotwory są złośliwe?
13	Czy według Ciebie zachorowania na nowotwory są częste w Polsce?
14	Jak myślisz, ile osób umiera z powodu nowotworu każdego dnia w Polsce?
15	Jak myślisz, w jakim stopniu według Ciebie można rozpoznać nowotwór, zanim wystąpią jego objawy?
16	Jak ocenisz swoją wiedzę na temat programu wczesnego wykrywania raka szyjki macicy?
17	Jak ocenisz swoją wiedzę na temat programu wczesnego wykrywania raka piersi?
18	Jak ocenisz swoją wiedzę na temat programu wczesnego wykrywania raka jelita grubego?
19	Jak myślisz, o ile procent byłoby mniej zachorowań na nowotwory, gdyby nie palono papierosów?
20	W jakim stopniu, według Ciebie, „palenie bierne” szkodzi?
21	Jak oceniasz swoją wiedzę na temat mammografii?
22	Jak myślisz, w jakim stopniu przed nowotworem można się uchronić?
23	Jak myślisz, czy jest potrzeba, by każda kobieta powinna wykonywać samokontrolę piersi?
24	Jak myślisz, jak często każda kobieta powinna wykonywać badanie ginekologiczne?
25	W każdym przypadku zgonu podaje się jego przyczynę. Jak myślisz, na którym miejscu na tej liście znajdują się zgony spowodowane nowotworem/rakiem?
26	Pierwsza miesiączka (wiek) ..... ostatnia miesiączka (wiek) ..... Czy miesiączki są regularne? TAK NIE ile dni trwa miesiączka? ..... Czy przyjmuje Pani preparaty hormonalne? NIE TAK ile lat?..... Ciąże: TAK NIE; JEŚLI TAK: ile razy była Pani w ciąży?..... Ile miała Pani lat podczas pierwszego porodu?..... Suma miesięcy karmienia piersią ..... Czy bada Pani sobie piersi sama? NIE CO MIESIĄC CZASAMI Czy w ostatnim roku badał Pani piersi lekarz? NIE TAK Czy kiedykolwiek u Pani stwierdzono guz piersi? NIE TAK w której piersi?..... Czy guz leczono chirurgicznie? NIE TAK w którym roku?..... Kiedy ostatni raz wykonano mammografię? rok ..... miesiąc..... nigdy Kiedy ostatnio wykonano USG piersi? rok..... miesiąc..... nigdy Kiedy była ostatnia wizyta w Poradni Onkologicznej? rok..... miesiąc..... nigdy Czy rozpoznano u Pani kiedykolwiek chorobę nowotworową? NIE TAK Palenie tytoniu: nie tak jeśli tak to ile sztuk dziennie ..... ile lat Pani pali? ..... Alkohol: nie tak sporadycznie; raz w tygodniu; codziennie Czy u Pani krewnych wystąpiła choroba nowotworowa? NIE TAK

Odpowiedzi na 25 pytań ankiety dały możliwość oceny wiedzy ankietowanych osób. Wyniki, będące w większości danymi jakościowymi, podzielono według skali porządkowej z określonym kierunkiem wzrostu od „0” do „4”, od najgorszego do najlepszego wyniku. Każdej odpowiedzi przyporządkowano wartość punktową od „0” do „4”, gdzie „0” oznaczało całkowicie błędną odpowiedź, a „4” optymalną odpowiedź. Każda ankietowana osoba mogła uzyskać od 0 do 100 punktów. Wszystkie osoby w zależności od liczby uzyskanych punktów arbitralnie podzielono na cztery grupy, według kwartyli:

- grupa 1: niski poziom wiedzy – osoby, które uzyskały wynik mieszczący się w pierwszym kwartylu (zakres punktowy od 40 do 52 pkt);
- grupa 2: mierny poziom wiedzy – osoby, które uzyskały wynik mieszczący się w drugim kwartylu (zakres punktowy od 53 do 57 pkt);
- grupa 3: dość wysoki poziom wiedzy – osoby, które uzyskały wynik mieszczący się w trzecim kwartylu (zakres punktowy od 58 do 62 pkt);
- grupa 4: wysoki poziom wiedzy – osoby, które uzyskały wynik mieszczący się w czwartym kwartylu (zakres punktowy od 63 do 89 pkt).

Do obliczeń statystycznych wykorzystano program Excel firmy Microsoft w wersji 2007 oraz program Statistica w wersji 7.1. Do zbadania zależności użyto testów: Chi kwadrat oraz t-Studenta. Za poziom istotności statystycznej przyjęto wartość  $p < 0,05$ .

## Wyniki

Dane socjoekonomiczne i dane z wywiadu lekarskiego

Spośród wręczonych 237 kwestionariuszy otrzymano zwrotnie 204 odpowiedzi, co dało wskaźnik odpowiedzi równy 86,07%. Z 204 odpowiedzi, 4 kwestionariusze nie były wypełnione prawidłowo. Ponad 90% błędów polegało na wpisaniu słowa: „nie wiem” lub nie zaznaczeniu żadnej odpowiedzi. Pozostałe błędy to zaznaczenie kilku odpowiedzi w jednym pytaniu. W związku z tym, że błędy były często wielokrotnie powielane w ankietach tych samych kobiet postanowiono wyłączyć te ankiety z badania.

Tab. II. Charakterystyka kobiet biorących udział w badaniu

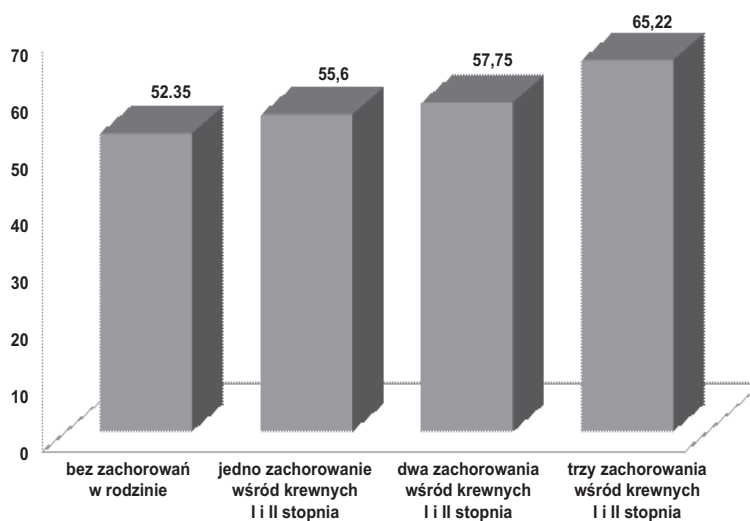
Charakterystyka ankietowanych	Liczba (%)
Wysztalcenie:	
– wyższe	44 (22%)
– średnie	86 (43%)
– niższe niż średnie	70 (35%)
Miejsce zamieszkania:	
– miasto	110 (55%)
– wieś	90 (45%)
Wysztalcenie rodziców:	
Ojcowie:	
– niższe niż średnie	72 (36%)
– średnie	77 (38,5%)
– wyższe	51 (25,5%)
Matki:	
– niższe niż średnie	68 (34%)
– średnie	80 (40%)
– wyższe	50 (25%)

Charakterystykę badanych kobiet przedstawiono w Tabeli II.

Najliczniejszą grupę stanowiły kobiety, które zaczęły miesiączkować w wieku 14-15 lat, było ich 86 (43%). Wśród badanych: 91 kobiet (45,5%) zgłosiło 2 przebyte porody. Badane najczęściej zgłaszały przebyte pierwsze porody w wieku 20-24 lat – informację taką podało 54% kobiet rodzących.

Samobadanie piersi wykonywały 182 kobiety (91%). Na pytanie o częstość badania piersi odpowiedzi „czasami” udzieliło 68%, „co miesiąc” – 26%, natomiast „rzadziej” – 6% ankietowanych kobiet. Ponad połowa zgłaszających się kobiet miała już wykonywane w życiu badanie obrazowe piersi, z tym, że w większości przypadków (64%) była to ultrasonografia piersi.

U 18% badanych kobiet występował rak piersi w rodzinie. U 46% występował jakikolwiek nowotwór u krewnych w I lub II stopniu pokrewieństwa. Poziom wiedzy pacjentek z obciążeniem rodzinnym był wyższy



Ryc. 1. Ilość uzyskanych punktów w zależności od obciążenia rodzinnego badanych (w zakresie od 40 do 89). Kobiety z najwyższym obciążeniem rodzinnym miały wyższą wiedzę z zakresu chorób nowotworowych ( $p < 0,05$ )

aniżeli pacjentek bez przypadków zachorowań na nowotwory w rodzinie (Ryc. 1). Różnica pomiędzy grupą z trzema zachorowaniami w rodzinie wśród krewnych pierwszego i drugiego stopnia, a grupą bez obciążenia rodzinnego była na poziomie istotności statystycznej ( $p=0,04$ ).

W badanej grupie do palenia papierosów obecnie przyznało się 33%, zaś do palenia w ogóle w życiu (co najmniej 1 rok) – 52% ankietowanych kobiet.

#### Dane dotyczące wiedzy onkologicznej pacjentek

##### Dane opisowe

Wyniki ankiety w części dotyczącej wiedzy onkologicznej przedstawiono w Tabeli III i Tabeli IV. Średnia wartość uzyskana w ankiecie to 57,8 (zakres: 40-89) pkt. Najwyższy wynik (89 pkt) uzyskany został przez kobietę z wyższym wykształceniem medycznym, mieszkankę Wejherowa, której rodzice posiadali wykształcenie średnie. Najniższy wynik to 40 pkt, odnotowany u mieszkanki wsi, której rodzice, jak i ona sama, mieli wykształcenie podstawowe. Mediana wyników wyniosła 57 pkt. Dolny kwar-

**Tab. III. Wyniki ankiety dotyczącej wiedzy onkologicznej**

Poziom wiedzy (wartości punktowe)	Liczebność grupy
niski (<53 pkt)	49
mierny (53-57 pkt)	48
dość wysoki (58-62 pkt)	53
wysoki (>62 pkt)	50

tyl wyniósł 52 pkt, górny kwartył 62,5 pkt. Odchylenie standardowe było równe 8,58 pkt.

Najwyższą średnią wartość punktów (3,34 pkt) pacjentki uzyskały w odpowiedzi na pytanie: „Czy uważasz, że palenie papierosów szkodzi?”. Z kolei najniższą średnią wartość punktów (0,61 pkt) pacjentki uzyskały w odpowiedzi na pytanie: „Jaką posiadasz wiedzę na temat programu wczesnego wykrywania raka jelita grubego?”.

Zależność pomiędzy wykształceniem, a wiedzą w zakresie chorób nowotworowych

Pacjentki z wykształceniem niższym, niż średnie uzyskały średnią wartość punktową równą 51,4 pkt. Pacjentki z wy-

**Tab. IV. Średnie wartości punktowe uzyskane w odpowiedziach na poszczególne pytania dotyczące wiedzy onkologicznej ankietowanych kobiet (w zakresie od „0” do „4”)**

Np.	Pytanie	Średnia wartość punktowa
1	Czy uważasz, że picie alkoholu szkodzi?	2,53
2	Czy uważasz, że palenie papierosów szkodzi?	3,33
3	Czy uważasz, że otyłość prowadzi do chorób nowotworowych?	3,26
4	Czy uważasz, że nadmierne opalanie prowadzi do chorób nowotworowych?	3,10
5	Czy uważasz, że brak aktywności fizycznej prowadzi do chorób nowotworowych?	3,33
6	Jak myślisz, czy rakiem można się zarazić?	2,78
7	Jak myślisz, czy można się zaszczepić przeciwko nowotworom?	2,61
8	Jak myślisz, w jakim stopniu nowotwory się dziedziczy?	1,75
9	Jak myślisz, w jakim stopniu regularne wykonywanie badań zmniejsza umieralność na nowotwory?	3,00
10	Jak myślisz, w jakim stopniu można zapobiegać nowotworom poprzez modyfikację swoich zachowań (np.: uprawianie sportu, zaprzestanie palenia papierosów)?	1,59
11	Jak myślisz, w jakim stopniu nowotwór jest chorobą wyleczalną?	2,02
12	Jak myślisz, czy wszystkie nowotwory są złośliwe?	1,82
13	Czy według Ciebie zachorowania na nowotwory są częste w Polsce?	1,72
14	Jak myślisz, ile osób umiera z powodu nowotworu każdego dnia w Polsce?	3,28
15	Jak myślisz, w jakim stopniu według Ciebie można rozpoznać nowotwór, zanim wystąpią jego objawy?	2,99
16	Jak ocenisz swoją wiedzę na temat programu wczesnego wykrywania raka szyjki macicy?	1,07
17	Jak ocenisz swoją wiedzę na temat programu wczesnego wykrywania raka piersi?	0,91
18	Jak ocenisz swoją wiedzę na temat programu wczesnego wykrywania raka jelita grubego?	0,61
19	Jak myślisz, o ile procent byłoby mniej zachorowań na nowotwory, gdyby nie palono papierosów?	3,25
20	W jakim stopniu, według Ciebie „palenie bierne” szkodzi?	3,17
21	Jak oceniasz swoją wiedzę na temat mammografii?	1,12
22	Jak myślisz, w jakim stopniu przed nowotworem można się uchronić?	0,98
23	Jak myślisz, czy jest potrzeba, by każda kobieta wykonywała samokontrolę piersi?	3,17
24	Jak myślisz, jak często każda kobieta powinna wykonywać badanie ginekologiczne?	2,21
25	W każdym przypadku zgonu podaje się jego przyczynę. Jak myślisz, na którym miejscu na tej liście znajdują się zgonu spowodowane nowotworem/rakiem?	2,00

**Tab. V. Rozkład wiedzy respondentów z zakresu chorób nowotworowych w zależności od wykształcenia. Pacjentki z wyższym wykształceniem miały wyższą wiedzę z zakresu chorób nowotworowych ( $p < 0,01$ )**

	Niski poziom wiedzy	Mierny poziom wiedzy	Dość wysoki poziom wiedzy	Wysoki poziom wiedzy
Wykształcenie wyższe	1 (2,27%)	4 (9,09%)	6 (13,64%)	33 (75,0%)
Wykształcenie średnie	14 (16,28%)	20 (23,26%)	36 (41,86%)	16 (18,60%)
Wykształcenie niższe niż średnie	34 (48,57%)	24 (34,29%)	11 (15,71%)	1 (1,43%)

**Tab. VI. Rozkład wiedzy z zakresu chorób nowotworowych w zależności od miejsca zamieszkania. Mieszkaniki miast miały wyższą wiedzę w zakresie chorób nowotworowych ( $p < 0,01$ )**

	Niski poziom wiedzy	Mierny poziom wiedzy	Dość wysoki poziom wiedzy	Wysoki poziom wiedzy
Mieszkaniki miast	15 (13,64%)	23 (20,91%)	25 (22,73%)	47 (42,73%)
Mieszkaniki wsi	34 (37,78%)	25 (27,78%)	28 (31,11%)	3 (3,33%)

kształceniem średnim i wyższym – odpowiednio 57,8 pkt i 67,8 pkt. (Tab. V). Testem Chi-kwadrat wykazano znaczącą statystycznie zależność pomiędzy wiedzą onkologiczną, a wykształceniem ( $p < 0,01$ ).

**Zależność pomiędzy miejscem zamieszkania ankietowanej pacjentki, a wiedzą z zakresu chorób nowotworowych**

Pacjentki mieszkające w miastach uzyskały średnią wartość punktową równą 61 pkt. Pacjentki mieszkające poza miastami – 54 pkt. Dane zostały przedstawione w Tabeli VI. Wykazano statystycznie istotną zależność pomiędzy wiedzą onkologiczną, a miejscem zamieszkania ( $p < 0,01$ ).

**Zależność pomiędzy wiekiem ankietowanej pacjentki, a wiedzą z zakresu chorób nowotworowych**

Średni wiek ankietowanej pacjentki wyniósł 48 lat (mediana 49 lat). Najmłodsza ankietowana miała 22 lata, najstarsza 75 lat. Średnie wartości punktowe w zależności od wieku zamieszczono w Tabeli VII. Stwierdzono staty-

**Tab. VII. Rozkład wiedzy z zakresu chorób nowotworowych w zależności od wieku. Kobiety młodsze miały niższą wiedzę z zakresu chorób nowotworowych ( $p < 0,01$ )**

Grupa wiekowa	Średnia wartość punktowa	Liczebność grupy
od 21 do 30 roku życia	49,5	18
od 31 do 40 roku życia	60,4	35
od 41 do 50 roku życia	59,5	56
od 51 do 60 roku życia	56,6	58
od 61 do 70 roku życia	60,7	27
od 71 do 80 roku życia	50,3	6
ogółem	57,8	200

stycznie istotną zależność pomiędzy wiedzą onkologiczną, a wiekiem ankietowanych ( $p < 0,01$ ). Kobiety starsze miały wyższy poziom wiedzy niż kobiety młodsze.

### Omówienie wyników i dyskusja

Podstawą podjętych badań było założenie, że posiadanie odpowiedniej wiedzy na temat chorób nowotworowych powinno warunkować gotowość do zmiany stylu życia na bardziej prozdrowotny. Nie da się bowiem dokonywać jakiegokolwiek zmiany w swoim zachowaniu, a tym bardziej w zachowaniach zbiorowych, jeżeli nie posiada się wiedzy o tym, że dotychczasowy model zachowań jest błędny. Inaczej, nie ma możliwości zmiany stylu życia na bardziej prozdrowotny bez wiedzy o tym, co w nim jest dobre, a co złe dla zdrowia. Powszechnie uważa się, że można zmniejszyć ryzyko zachorowania na nowotwory poprzez przyjęcie odpowiedniego stylu życia, unikającego narażenia na czynniki kancerogenne i połączonego z odpowiednim trybem życia (np. właściwe żywienie, ruch fizyczny). Działania takie okazują się niezwykle skuteczne czego dowodzi spadek zachorowalności na raka płuca w krajach Unii Europejskiej czy w Stanach Zjednoczonych, dzięki zmniejszeniu liczby osób palących papierosy. Wszystkie wyżej opisane poglądy stoją w zgodzie z definicją zdrowia Światowej Organizacji Zdrowia, która bardzo mocno podkreśla połączenie kwestii zdrowia człowieka z jego samopoczuciem psychicznym i społecznym oraz jego osobistą troską o kondycję fizyczną [25]. Z kolei odpowiednie zachowania człowieka najlepiej motywuje jego własna wiedza. Z tego właśnie względu podjęto badania oceniające poziom wiedzy w zakresie profilaktyki chorób nowotworowych.

Większość badanych kobiet wykazała się niską i mierną wiedzą dotyczącą profilaktyki chorób nowotworowych. Należy przy tym pamiętać, że badanie przeprowadzono u kobiet w pewien sposób wyselekcjonowanych poprzez fakt samodzielnego zgłoszenia się na badania profilaktyczne. To może wskazywać na ich większe zainte-

resowanie swoim zdrowiem niż przeciętnych Polek, które rzadko zgłaszają się do udziału w badaniach przesiewowych. Stąd też uzyskane wyniki mogą być nawet zawyżone w stosunku do ogółu populacji. Wpływ na odpowiedzi na niektóre pytania w kwestionariuszu mogła mieć również pewna podświadoma presja na ankietowane, wynikająca z miejsca przeprowadzania badania. Sama obecność w Poradni Onkologicznej wpływa dość często na pacjentów tak, że wstydzą się oni swoich nałogów, próbując je ukryć lub umniejszyć (doświadczenie własne). Pomimo tych ograniczeń przeprowadzone badanie pozwoliło na dokonanie szeregu interesujących obserwacji.

Po pierwsze, ogólna wiedza dotycząca etiologii chorób nowotworowych niestety okazała się niewysoka. Przykładowo, ankietowane kobiety rzadko uznawały skłonność do zachorowań na nowotwory za obciążenie dziedziczne, co dziwi ze względu na to, że większość ankiet zatwierdzonych do rejestracji pacjentów onkologicznych zawiera pytania z zakresu rodzinnego obciążenia nowotworami. Ponadto, średnia wartość punktów uzyskana w odpowiedziach na pytanie: „*Jak myślisz, czy rakiem można się zarazić?*” wyniosła 2,77 punktów, ale zwraca uwagę dominacja odpowiedzi: „*zdecydowanie nie*” i „*zdecydowanie tak*”, z niską ilością odpowiedzi pośrednich. Warto także zauważyć, że wśród kobiet udzielających odpowiedzi „*zdecydowanie tak*” przeważają kobiety o wykształceniu niższym niż średnie, a wśród udzielających odpowiedzi „*zdecydowanie nie*” – o wykształceniu wyższym. Wpisuje się to w pewien zauważalny trend traktowania chorób nowotworowych, jako potencjalnie zakaźnych wśród pacjentów o niższym wykształceniu (doświadczenie własne). Całości obrazu wiedzy ankietowanych kobiet dopełnia niewielka ich wiedza o częstotliwości zachorowań i zgonów z powodu nowotworów. Nowotwory uznawane były najczęściej za choroby „*rzadkie*” lub „*bardzo rzadkie*”, a na należnym im drugim miejscu wśród przyczyn zgonów umieściło je zaledwie 12% ankietowanych.

Po drugie, wyniki badania pozwalają na lepszy wgląd w ocenę wiedzy dotyczącej wpływu czynników zewnętrznych na rozwój nowotworów. Ankietowane kobiety dość jednoznacznie uznawały palenie papierosów za szkodliwe (najwyższa średnia wartość punktowa = 3,33 pkt), jednak już palenie bierne uznawały za szkodliwe rzadziej, chociaż świadomość w tym zakresie wydaje się być duża (średnia wartość punktowa to 3,16 pkt). Należy zwrócić także uwagę, że wyniki różniły się w zależności od tego, czy ankietowana sama paliła papierosy. Kobiety niepalące częściej uznawały palenie za szkodliwe. Interesujące jest, że ankietowane kobiety rzadziej, w porównaniu do palenia papierosów, za szkodliwe uznawały nadmierne spożywanie alkoholu (odpowiednio 3,33 i 2,53 pkt). Dominowały odpowiedzi o umiarkowanej szkodliwości alkoholu, a odpowiedź o dużej szkodliwości padła zaledwie w 25 ankietach, co stanowiło 12,5% odpowiedzi. Dodatkowo, żadna pacjentka nie podała w ankiecie spożywania alkoholu codziennie. Odpowiedzi te wpisują się w panujące w Polsce społeczne przyzwolenie na spoży-

wanie alkoholu i uznanie jego za mniej szkodliwy nałóg niż nikotynizm.

Kolejną interesującą i pozytywną obserwacją jest świadomość ankietowanych kobiet, że nadmierna otyłość i brak aktywności fizycznej prowadzą do zwiększonego ryzyka zachorowania na nowotwory. Stwierdzały to prawie równie często, jak w przypadku palenia papierosów, a częściej niż w przypadku nadmiernego spożywania alkoholu. Nie przekłada to się jednak na wzrost aktywności fizycznej Polek. Może to sugerować brak wiedzy o destrukcyjnych konsekwencjach tych czynników dla zdrowia człowieka. Cieszy wynik, że większość ankietowanych uznała nadmierne opalanie się za „*zwiększające*” lub „*bardzo zwiększające*” ryzyko zachorowania na nowotwory, co prawdopodobnie wynika z upowszechniania wiedzy na temat zasad ochrony przed promieniowaniem słonecznym i właściwego stosowania preparatów kosmetycznych o działaniu promienioochronnym. Wiedza ta w ostatnich latach była promowana w środkach masowego przekazu przez firmy produkujące kosmetyki promienioochronne.

Według większości autorów modyfikacja zachowań mogłaby zmniejszyć zachorowalność na nowotwory. Niestety, ankietowane pacjentki w większości uznawały, że modyfikacja zachowań nie doprowadzi do zmniejszenia ryzyka chorób nowotworowych. Świadczyć to może o tym, że często są one przekonane o szkodliwości danego czynnika związanego z trybem życia, ale nie są gotowe do przekładania tych informacji na własne zdrowie i zagrożenie nowotworami. Taka sytuacja wskazuje na rolę innych, głównie społecznych, czynników modelujących styl życia.

Całość niewłaściwego stylu życia zamyka brak kompleksowych, profilaktycznych i regularnie wykonywanych badań lekarskich i badań dodatkowych, szybko wykrywających ewentualne schorzenia nowotworowe. Celem każdego programu profilaktyki jest obniżenie umieralności z powodu danej choroby. Kobiety w Polsce niestety nie zgłaszają się na badania w zakładanym odsetku. W 2009 r. zgłaszalność na badania profilaktyczne raka piersi, realizowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, wyniosła 33,5% [26]. W Polsce zgłaszalność na badania cytologiczne jest jedną z najniższych w Europie i nie przekracza 15% [27].

Programem profilaktyki raka piersi objęte są w Polsce kobiety w wieku 50-69 lat. Środki przeznaczone przez NFZ na profilaktyczne badania mammograficzne rosną z roku na rok. Rośnie także liczba wykonywanych badań, choć zainteresowanie kobiet badaniami profilaktycznymi ciągle jest niskie w porównaniu z krajami Zachodniej Europy. Największa zgłaszalność w Polsce osiągnęła 39% w 2007 r., kiedy zorganizowano kampanię medialną, wysyłano zaproszenia, a darmowe mammografie były zapewniane nawet w mammobusach, które docierały bezpośrednio do małych miejscowości [26]. Z danych przekazanych przez Wojewódzkie Centrum Onkologii w Gdańsku wynika, że w 2010 r. na wysłane 11 960 zaproszeń zgłosiło się zaledwie 2701 kobiet.

Centrum Badania Opinii Publicznej w 2007 r. przeanalizowało przyczyny niepoddawania się badaniom profilaktycznym. We wnioskach napisano, że ludzie w Polsce nie poddają się badaniom profilaktycznym przede wszystkim dlatego, że uważają się za zdrowych i nie mają na to czasu. Ważną przyczyną okazały się także: lęk i obawa o wynik [28]. Nasze badanie wskazuje jednak, że przyczyną może być również brak dostatecznej wiedzy na temat prowadzonych programów profilaktyki nowotworów w Polsce. Ponad jedna trzecia (35%) pacjentek uważało, że nie posiada żadnej wiedzy na temat programu profilaktyki raka szyjki macicy, a tylko 5% oceniło, że posiada pełną wiedzę na ten temat. Bardzo podobnie wygląda wiedza na temat programu wczesnego wykrywania raka piersi (tu odpowiednio 38% i 3%). Uwzględniając stosunkowo długi okres prowadzenia w Polsce ww. programów w stosunku do programu wczesnego wykrywania raka jelita grubego (wdrożony 3 lata temu) nie dziwi fakt, że tylko jedna ankietowana uznała, że posiada pełną wiedzę o tym programie (miała 3 zachorowania na raka jelita grubego w rodzinie), zaś łącznie 89,5% uznało, że nie posiada żadnej wiedzy na ten temat, lub posiada bardzo małą wiedzę (odpowiednio 52,5% i 37%).

Wiedza o chorobach nowotworowych wyraźnie zwiększała się wraz z wykształceniem oraz wiekiem ankietowanych kobiet. Najbardziej niepokojący niski poziom wiedzy stwierdzono u młodych kobiet. Może to wynikać z faktu, że poziom kształcenia szkolnego w ramach edukacji zdrowotnej jest niski, a ponadto, dochodzi do tworzenia się społecznie akceptowanych pewnych niewłaściwych wzorców zachowań. Kobiety nabywają więc właściwą wiedzę dopiero z upływem lat życia i tzw. doświadczenia życiowego. Wydaje się więc, że tylko właściwie przeprowadzony program edukacji w zakresie chorób nowotworowych, obejmujący przede wszystkim osoby młode, jeszcze przed wyborem zakresu edukacji średniej i wyższej, mógłby naprawić obecną sytuację.

Takie wychowanie zdrowotne nie tylko powinno obejmować przekazywanie wiedzy o tym, co jest korzystne lub szkodliwe dla zdrowia, lecz przede wszystkim rozwijać umiejętności, które pomagają człowiekowi skutecznie wykorzystać nabytą wiedzę. Właściwie prowadzona edukacja może bowiem wykształcić silne mechanizmy motywacyjne do działań profilaktycznych, mających na celu zapobieganie chorobom nowotworowym, uświadomić potrzebę samokontroli swojego stanu zdrowia i stworzyć model przewidywania indywidualizowanego ryzyka zachorowania na choroby nowotworowe.

**Dr Krzysztof Adamowicz**  
Poradnia Onkologiczna  
Szpital Specjalistyczny w Wejherowie  
ul. Jagalskiego 10, 84-200 Wejherowo  
e-mail: krzys.adamowicz@gmail.com

## Piśmiennictwo

1. Pasz-Walczyk G. Zapobieganie. W: Kordek R (red). *Onkologia*. Podręcznik dla studentów i lekarzy. Gdańsk: Via Medica 2007; 52-7.
2. Gniazdowski A (red.). *Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego*. Łódź 1990.
3. Milio N. Health through public policy. Ottawa 1986, cyt. za: A. Ostrowska: Styl życia a zdrowie. Z zagadnień promocji zdrowia. Warszawa 1999.
4. Kaleta D, Kozielec A, Miśkiewicz P. Global Adult Tobacco Survey (GATS) – implementation process in Poland. *Przeł Lek* 2009; 66: 888-9.
5. Berkson J. The statistical study of association between smoking and lung cancer. *Proc Staff Meet Mayo Clin* 1955; 30: 319-48.
6. Sadowsky DA, Gilliam AG, Cornfield J. The statistical association between smoking and carcinoma of the lung. *J Natl Cancer Inst* 1953; 13: 1237-58.
7. Sasco AJ, Secretan MB, Straif K. Tobacco smoking and cancer: a brief review of recent epidemiological evidence. *Lung Cancer* 2004; 45 Suppl 2: S3-9.
8. Bos RP, Henderson PT. Genotoxic risk of passive smoking. *Rev Environ Health* 1984; 4: 161-78.
9. Talamini R, Franceschi S, Barra S i wsp. The role of alcohol in oral and pharyngeal cancer in non-smokers, and of tobacco in non-drinkers. *Int J Cancer* 1990; 46: 391-93.
10. Franceschi S, La Vecchia C. *Ethanol and risk of cancer of the oral cavity, pharynx, and esophagus*. W: Watson RR (red.). Alcohol and Cancer. Boca Raton, FL: CRC Press 1992; 119-34.
11. International Agency for Research on Cancer. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Tom 44. United Kingdom: World Health Organization, 1988.
12. Wawrzynowicz-Syczewska M. Marskość wątroby. W: Szczeklik A (red.). *Choroby wewnętrzne. Stan wiedzy na rok 2010*. Med Prak, Kraków 2010; 1008.
13. Garro AJ, Lieber CS. Alcohol and cancer. *Ann Rev Pharmacol Toxicol* 1990; 30: 219-49.
14. Wild SH. Diabetes, treatments for diabetes and their effect on cancer incidence and mortality: attempts to disentangle the web of associations. *Diabetologia* 2011 [w druku].
15. Ross SA. Evidence for the relationship between diet and cancer. *Exp Oncol* 2010 Sep; 32.
16. Rochette PJ, Brash DE. Human telomeres are hypersensitive to UV-induced DNA damage and refractory to repair. *PLoS Genet* 2010; 29; 6(4): e1000926. (3): 137-42.
17. von Thaler AK, Kamenisch Y, Berneburg M. The role of ultraviolet radiation in melanomagenesis. *Exp Dermatol* 2010; 19: 81-8. Epub 2010 Jan 7.
18. Simić D, Prohić A, Situm M i wsp. Risk factors associated with the occurrence of basal cell carcinoma. *Coll Antropol* 2010; 34 Suppl 1: 147-50.
19. Steben M, Duarte-Franco E. Human papillomavirus infection: epidemiology and pathophysiology. *Gynecol Oncol* 2007; 107 (2 Suppl 1): S2-5.
20. Ferlay J, Bray P, Pisani P i wsp. *GLOBOCAN 2002: Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide*. IARC CancerBase No. 5, version 2.0. IARC Press Lyon, 2004.
21. Didkowska J. Wskaźniki zdrowotne chorób nowotworowych w Polsce na tle Europy. *Onkol Prak Klin*. Wydział specjalne 2010.
22. Rosso S, Bielska-Lasota M, Coebergh JW i wsp. EURO CARE Working group. Survival for eight major cancers and all cancers combined for European adults diagnosed in 1995-99: results of the EURO CARE-4 study. *Lancet Oncol* 2007; 8: 773-83.
23. Vasudevan DM, Vijayakumar T. Viruses in human oral cancers. *J Exp Clin Cancer Res* 1998; 17: 27-31. Review.
24. Cavaleiro-Pinto M, Peleteiro B, Lunet N i wsp. Helicobacter pylori infection and gastric cardia cancer: systematic review and meta-analysis. *Cancer Causes Control* 2011; 22: 375-87. Epub 2010 Dec 24.
25. Callahan D. The WHO definition of 'health'. *Stud Hastings Cent* 1973; 1: 77-88.
26. Profilaktyka raka piersi. [www.profilaktykaraka.coi.waw.pl/cokpiersi/mammo/11.05.2011](http://www.profilaktykaraka.coi.waw.pl/cokpiersi/mammo/11.05.2011)
27. Profilaktyka raka szyjki macicy. [ftp://ftp.nfz-lodz.pl/Inne/Profilaktyka/9-zglasz\\_rszm\\_OW.pdf](http://ftp.nfz-lodz.pl/Inne/Profilaktyka/9-zglasz_rszm_OW.pdf) 11.05.2011
28. Centrum Badania Opinii Publicznej. *Postawy i opinie młodzieży na temat chorób nowotworowych*. Warszawa 2007.

Otrzymano: 8 listopada 2010 r.  
Przyjęto do druku: 23 maja 2011 r.