

Maria Jokiel, Magdalena Bielska-Lasota*, Ewa Kraszewska***

POINFORMOWANIE I ZACHOWANIA ZDROWOTNE KOBIET
DOTYCZĄCE PROFILAKTYKI RAKA PIERSI W LATACH 1998-2002

* Zakład Organizacji Badań Masowych Centrum Onkologii –
Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie
Kierownik: Zbigniew Wronkowski
** Pracownia Biostatystyki Centrum Onkologii –
Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie
Kierownik p. o.: Ewa Kraszewska

W 1998 i 2002 r. w wyniku badań ankietowych obejmujących dobrane losowo próby populacyjne kobiet w wieku 18 i więcej lat określono odsetki osób deklarujących znajomość samokontroli piersi i jej wykonywanie, zgłaszanie się do lekarza w celu zbadania piersi i na mammografię oraz powody tego badania. W 2002 r. określono także odsetki deklarujących przyczyny nie wykonania mammografii. Pozwoliło to ocenić na ile same kobiety uczestniczyły w profilaktyce raka piersi oraz, pośrednio, działania służby zdrowia w tym zakresie. Porównanie wyników badań wykazało pewne pozytywne zmiany, zwłaszcza dotyczące zgłaszania się na mammografię.

Słowa kluczowe: profilaktyka raka piersi

Key words: breast cancer prevention

WSTĘP

Rak piersi jest ważnym problemem zdrowotnym i społecznym. Zachorowania na ten nowotwór gwałtownie wzrastają około 50-tego roku życia, a wysokie wskaźniki zachorowalności utrzymują się do późnego wieku. Choroba występuje jednak i u kobiet młodszych (1).

W 1999 roku z powodu raka piersi zmarło w Polsce około 5 000 kobiet – najwięcej w porównaniu ze zgonami z powodu innych nowotworów u tej płci. Współczynniki umieralności wynosiły: 22,9³ i 14,7/100 000^{4, 5}. Polska należy do krajów o najwyższym współczynniku

¹ praca dofinansowana przez Polski Komitet Zwalczenia Raka

² praca dofinansowana przez Bank Światowy

³ współczynnik surowy

⁴ współczynnik standaryzowany

⁵ Istnieje możliwość niedorejestrowania danych, wynikająca ze strajków lekarzy, którzy nie zawsze podawali przyczynę zgonu w aktach zgonów

umieralności w Europie (1), a także o najniższym 5-letnim wskaźniku przeżyć pacjentek, który w Polsce wynosi 59%⁶, przy średniej europejskiej ok. 73% (2).

Główną przyczynę takiego stanu rzeczy upatruje się w niewielkiej liczbie badań przesiewowych, dotyczących raka piersi (1, 3).

Oprócz niedostatecznej liczby badań przesiewowych (skryningowych), na niekorzystną sytuację w Polsce w zakresie raka piersi wpływa wiele czynników. Istotne znaczenie mają uświadomienie i zachowania zdrowotne kobiet w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów piersi (profilaktyka wtórna). Na podstawie badań innych autorów (4) można szacować, że regularna samokontrola mogłaby uchronić od przedwczesnej śmierci kilkaset kobiet w naszym kraju, a systematyczne poddawanie się badaniom mammograficznym zmniejszyłoby umieralność z powodu tego nowotworu od 19% do 30% (3, 5, 6).

Dużą rolę we wczesnym wykrywaniu raka piersi odgrywają działania służby zdrowia, a zwłaszcza lekarzy pierwszego kontaktu, takie jak regularne badanie piersi oraz kierowanie na mammografię w celach profilaktycznych. Pielęgniarki natomiast mogą się znacznie przyczynić do nauki samokontroli piersi.

Głównym celem pracy było określenie zmian w proporcjach kobiet deklarujących poinformowanie o samokontroli piersi i jej wykonywanie, zgłaszanie się na badanie piersi do lekarza i na mammografię⁷ oraz deklarujących powody tego zgłoszenia. W 2002 r. określono także odsetki kobiet podających przyczyny nie zgłaszania się na badanie mammograficzne. Dodatkowym celem pracy było określenie grup kobiet szczególnie wymagających działań edukacyjnych i profilaktycznych w zakresie raka piersi.

MATERIAŁ I METODY

Porównano wyniki dwóch badań ankietowych⁸ przeprowadzonych w reprezentacyjnych (wybranych losowo) grupach populacji polskich kobiet w wieku 18 i więcej lat. Liczebność badanych wynosiła odpowiednio: 524 i 509 kobiet. Zastosowano metodę wywiadu przez przeszkolonych ankierów wg oryginalnego kwestionariusza, który zawierał wiele pytań związanych z profilaktyką nowotworów. W obecnym opracowaniu wykorzystano tylko pytania dotyczące profilaktyki wtórnej raka piersi⁹. Brzmiały one następująco: „Czy jest Pani znany, zalecany przez lekarzy sposób samodzielnego badania (samokontroli) piersi, który pozwala na wczesne wykrycie raka tego narządu?”, „Kto Panią zapoznał z metodą samokontroli piersi?”, „Czy wykonuje Pani samokontrolę piersi? Jeżeli tak, to jak często?”

⁶ wskaźnik względny określający prawdopodobieństwo przeżycia 5 lat; dane dotyczą lat 1985–1989

⁷ Wg zaleceń Centrum Onkologii i Polskiego Komitetu Zwalczenia Raka, opartych o wytyczne międzynarodowych instytucji i organizacji zajmujących się problematyką onologiczną, kobiety powinny wykonywać samokontrolę piersi regularnie raz w miesiącu począwszy od 20. rż., oraz zgłaszać się raz w roku na badanie piersi przez lekarza począwszy od 30. rż. Częstość wykonywania mammografii zależy od wieku kobiet – między 35. a 39. rż. należy wykonać przynajmniej jedno badanie, między 40. a 49. rż. mammografię trzeba wykonywać nie rzadziej niż co 2 lata, między 50. i 60. rż. – co roku. Powyżej 60. rż. mammografię wykonuje się w terminach wyznaczonych przez lekarza – na ogół co rok lub co półtora roku. W obecnym badaniu, w celu uproszczenia, jako prawidłową częstość wykonywania mammografii przyjęto 2 lata.

⁸ Badania wykonano we współpracy z CBOS w 1998 i 2002 r. W celu zminimalizowania błędów statystycznych posłużono się współczynnikami ważonymi.

⁹ Pytania były zamknięte lub sformułowane jako test wyboru. Możliwa była tylko jedna odpowiedź.

„Kiedy ostatni raz miała Pani badane piersi przez lekarza?”, „Kiedy miała Pani wykonaną ostatnią mammografię?”, „Z jakich powodów miała Pani wykonaną mammografię?”. W 2002 r. dodatkowo wstawiono pytanie: „Dlaczego nie miała Pani wykonanej mammografii?”. Uzyskane wyniki skorelowano z cechami demograficzno-społecznymi respondentek (wiek, wykształcenie oraz rodzaj i wielkość miejsca zamieszkania). Do określenia różnic między analizowanymi danymi z roku 1998 i 2002 posłużono się testem χ^2 przyjmując poziom istotności 0,05 dla wszystkich zmiennych binarynych.

WYNIKI

W 1998 r. 82%, a 2002 r. 80% badanych kobiet zadeklarowało, iż słyszało o metodzie samokontroli piersi. Częstość odpowiadających o różnych cechach demograficzno-społecznych przedstawiono w tabeli I. Jak wynika z niej, duży spadek deklarujących poinformowanie w zakresie samokontroli wystąpił wśród kobiet w grupie wieku 18–24 lata – 17%, jednak wszystkie zmiany zarówno korzystne jak i niekorzystne były niewielkie. W 2002 r. najrzadziej poinformowanie o samokontroli piersi deklarowały kobiety w grupach wieku 18 – 24 oraz 60 i więcej lat, osoby z wykształceniem podstawowym, a także mieszkanki wsi.

Tabela I. Odsetki kobiet, które deklarowały poinformowanie o samokontroli piersi, wg cech demograficzno-społecznych. Polska, 1998 i 2002 r.

Table I. Percentages of women who declared knowledge about breast self-examination by demographic and social factors. Poland, 1998 and 2002

Cecha demograficzno-społeczna	Rok			
	1998		2002	
	liczebność próby	%	liczebność próby	%
Grupa wieku (lata)				
18 – 24	69	84	74	67
25 – 39	137	93	129	94
40 – 59	174	88	177	89
60 +	142	64	129	61
Wykształcenie				
podstawowe	199	69	255	72
średnie	275	89	208	87
wyższe	48	100	45	95
Miejsce zamieszkania				
wieś	188	72	181	75
miasto o liczbie mieszkańców				
do 20 000	64	84	67	81
od 20 000 do 100 000	104	87	104	80
powyżej 100 000	166	90	156	86

Również niewielkie były zmiany w odsetkach kobiet wymieniających źródła informacji o samokontroli. Największy procent respondentek wymieniał służbę zdrowia, środki masowego przekazu i materiały oświatowe, a najmniejszy – ośrodki prowadzące mammograficzne badania przesiewowe (tabl. II).

Tabela II. Liczebność i odsetki kobiet, które deklarowały źródło informacji o samokontroli piersi. Polska, 1998 i 2002 r.

Table II. Numbers and percentages of women who declared a source of information about breast self-examination. Poland, 1998 and 2002

Źródło informacji	Rok	
	1998	2002
	N = 429	N = 408
	%	%
Lekarz, pielęgniarka, położna	43	45
Profilaktyczne badania mammograficzne	1	2
Matka, siostra, krewna	3	2
Znajoma lub inne osoby	3	2
Radio, telewizja, prasa	31	31
Broszurki, ulotki i inne materiały oświatowe	16	17
Trudno powiedzieć	3	1

Regularne wykonywanie samokontroli piersi, w 1998 r. zadeklarowało 29% respondentek, a w 2002 r. – 27%. Zależność tak deklarujących od cech demograficzno-społecznych przedstawiono w tabeli III. Niewielkie korzystne zmiany wystąpiły jedynie wśród kobiet w grupie wieku 25–39 lat – przyrost o 9% oraz wśród mieszkanek średnich miast – o 6%.

Tabela III. Odsetki kobiet, które deklarowały wykonywanie samokontroli piersi regularnie raz w miesiącu, wg cech demograficzno-społecznych. Polska, 1998 i 2002 r.

Table III. Percentages of women who declared that they performed breast self-examination regularly, every month by demographic and social factors. Poland, 1998 and 2002

Cecha demograficzno-społeczna	Rok			
	1998		2002	
	liczebność próby	%	liczebność próby	%
Grupa wieku (lata)				
18 – 24	58	31	48	20
25 – 39	127	30	121	39
40 – 59	153	36	158	27
60 +	91	17	79	16
Wykształcenie				
podstawowe	137	33	185	23
średnie	244	52	180	33
wyższe	48	56	43	23
Miejsce zamieszkania				
wieś	136	24	136	24
miasto o liczbie mieszkańców				
do 20 000	65	41	54	33
od 20 000 do 100 000	90	29	83	35
powyżej 100 000	149	30	134	24

Różnice te nie były statystycznie istotne. Częstość deklarujących kobiet o innych cechach demograficzno-społecznych pozostała niezmienna lub zmalała. Istotny spadek wystąpił wśród kobiet w grupie wieku 40–59 lat – o 11% ($p=0,04$) oraz kobiet ze średnim i z wyższym wykształceniem – odpowiednio: o 19% i o 33% (w obu przypadkach $p=0,001$). W porównywanych latach najrzadziej wykonywanie samokontroli deklarowały respondentki w grupach wieku 18–24 oraz 60 i więcej lat, kobiety z podstawowym i wyższym wykształceniem oraz mieszkanki wsi i dużych miast.

W 1998 r. 31% kobiet zadeklarowało, iż w ciągu ostatniego roku miało badane piersi przez lekarza, w 2002 r. – 32%. Częstość deklarujących w zależności od cech demograficzno-społecznych przedstawiono w tabeli IV. Zmiany zarówno korzystne, jak i niekorzystne były statystycznie nieistotne. Najrzadziej badanie piersi przez lekarza deklarowały kobiety w grupach wieku 18–24¹⁰ oraz 60 i więcej lat, osoby z wykształceniem podstawowym, a także mieszkanki wsi. Warto podkreślić, że w 1998 r. 31%, a w 2002 r. 30% respondentek podało, iż nigdy nie miało badanych piersi przez lekarza.

W 1998 r. 15% kobiet zadeklarowało wykonanie mammografii, w 2002 r. – 25%, a że badanie to wykonało w ciągu ostatnich 2 lat odpowiednio – 10% i 20%. W obu przypadkach nastąpił istotny wzrost częstości deklarujących – o 10% (odpowiednio: $p=0,0019$

Tabela IV. Odsetki kobiet, które deklarowały badanie piersi przez lekarza w ciągu ostatniego roku, wg cech demograficzno-społecznych. Polska, 1998 i 2002 r.

Table IV. Percentages of women who declared examination of their breast by doctor during last year by demographic and social factors. Poland, 1998 and 2002

Cecha demograficzno-społeczna	Rok			
	1998		2002	
	liczebność próby	%	liczebność próby	%
Grupa wieku (lata)				
18 – 24	69	38	74	23
25 – 39	137	39	129	43
40 – 59	174	35	177	39
60 +	143	17	129	16
Wykształcenie				
podstawowe	200	20	255	23
średnie	275	37	208	38
wyższe	48	48	45	52
Miejsce zamieszkania				
wieś	189	27	181	29
miasto o liczbie mieszkańców				
do 20 000	64	22	67	31
od 20 000 do 100 000	104	39	104	32
powyżej 100 000	166	36	156	36

¹⁰ Można to uznać za prawidłowe, gdyż wg zaleceń wymienionych w przypisie 7. na badanie piersi przez lekarza w celach profilaktyki wtórnej powinny się zgłaszać kobiety powyżej 30. rż.

i $p=0,0001$), a więc prawdopodobnie i ich korzystnych zachowań zdrowotnych. Zależność od cech demograficzno-społecznych ilustruje tabela V. Istotne zwiększenie częstości deklarujących w porównaniu z 1998 r. wystąpiło w grupach wieku 40–59 oraz 60 i więcej lat, odpowiednio: o 19% ($p=0,0001$) i 10% ($p=0,0024$). Zwiększenie częstości tak deklarujących zaobserwowano we wszystkich grupach wykształcenia z tym, że w przypadku podstawowego i średniego było istotne statystycznie – odpowiednio: o 9% ($p=0,0052$) i 13% ($p=0,0318$). Zwiększenie częstości respondentek deklarujących poddanie się temu badaniu było także zależne od każdego rodzaju miejsca zamieszkania z wyjątkiem średnich miast (spadek o 3%). Należy podkreślić istotny wzrost deklarujących – o 10% ($p=0,0030$) na wsi oraz w wielkich miastach – o 19% ($p=0,0001$). Nadal jednak najrzadziej wykonanie mammografii deklarowały kobiety w grupach wieku 18–24¹¹ i 25–39 oraz 60 i więcej lat, osoby z wykształceniem podstawowym, a także mieszkanki wsi oraz małych i średnich miast.

Główne powody wykonania mammografii kiedykolwiek prezentuje tabela VI. W 2002 r. najwyższy odsetek respondentek podawał, że na badanie zgłosiły się same – 53%. W porównaniu z 1998 r. nastąpił wzrost tak deklarujących o 13% (statystycznie nieistotny). Istotnie zwiększył się odsetek kobiet deklarujących zgłoszenie się na mammografię w wy-

Tabela V. Odsetki kobiet, które deklarowały, że miały wykonaną mammografię w ciągu ostatnich 2 lat, wg cech demograficzno-społecznych. Polska, 1998 i 2002 r.

Table V. Percentages of women who declared that they performed mammography during the last 2 years by demographic and social factors. Poland 1998 and 2002

Cecha demograficzno-społeczna	Rok			
	1998		2002	
	liczebność próby	%	liczebność próby	%
Grupa wieku (lata)				
18 – 24	69	1	74	6
25 – 39	137	6	129	6
40 – 59	174	20	177	39
60 +	143	7	120	16
Wykształcenie				
podstawowe	200	8	255	17
średnie	275	10	208	23
wyższe	48	19	45	23
Miejsce zamieszkania				
wieś	189	6	181	16
miasto o liczbie mieszkańców				
do 20 000	64	6	67	17
od 20 000 do 100 000	104	18	104	15
powyżej 100 000	166	11	156	28

¹¹ Można to uznać za prawidłowe, gdyż nie wykonuje się mammografii u kobiet poniżej 30. rż. w celach profilaktyki wtórnej, m. in. ze względu na małą swoistość i czułość tej metody u młodych kobiet wynikającą z występującego u nich tzw. gęstego utkania gruczołu piersiowego.

Tabela VI. Liczebność i odsetki kobiet, które deklarowały powód wykonania mammografii. Polska 1998 i 2002 r.

Table VI. Numbers and percentages of women who declared reasons of performing mammography. Poland 1998 and 2002

Powód wykonania mammografii	Rok	
	1998	2002
	N = 80	N = 125
	%	%
Zgłosiła się z własnej inicjatywy w celach profilaktycznych	40	53
Została skierowana przez lekarza	51	24
Została zaproszona w ramach badań skryningowych	5	19
Nie pamięta	4	4

niku zaproszenia na badania przesiewowe – o 14% ($p=0,0120$), natomiast istotnie zmniejszył się – o 27% ($p=0,001$) odsetek respondentek deklarujących, iż na badanie zostały skierowane przez lekarza.

W 2002 r. zapytano kobiety (383 osoby) o powody nie wykonania mammografii. Najwyższy odsetek respondentek podawał następujące przyczyny: „Nie zauważyłam w piersiach nic podejrzanego” – 48%, „Brak skierowania od lekarza” – 25%, „Nie wiedziałam, że to takie ważne” – 6%. Inne powody, takie jak, np. „Badanie jest kosztowne, a w ramach służby zdrowia trudno dostępne”, „Brak czasu”, „Nie wiedziałam, gdzie się zgłosić” deklarowało ok. 3% kobiet.

Odpowiedź: „Nie zauważyłam w piersiach nic podejrzanego”, jako powód nie wykonania mammografii występowała najczęściej wśród kobiet w wieku 18–24 lat – 60%¹², ale także z dużą częstością wśród kobiet w grupach wieku 25–39 i 45–59 lat (odpowiednio: 48% i 50%). Również często tak deklarowały kobiety z wykształceniem podstawowym i średnim (odpowiednio: 49% i 51%) oraz mieszkanki wsi i małych miast (odpowiednio: 56% i 55%). Rzadziej takie uzasadnienie podawały kobiety powyżej 60. rż. – 39%, z wyższym wykształceniem – 30% oraz mieszkanki średnich i dużych miast (odpowiednio: 38% i 41%).

DYSKUSJA

W dostępnym piśmiennictwie nie znaleziono podobnych badań wykonanych w ostatnim czasie. W większości krajów Zachodniej Europy i w Ameryce Płn. skryningi dotyczące raka piersi istnieją już od wielu lat i są prowadzone na szeroką skalę. Obecnie ocenia się głównie efektywność stosowanych w nich metod wczesnego wykrywania. Niektóre z tych badań, już zasygnalizowane we wstępie, zostaną przytoczone przy omawianiu sytuacji w Polsce w zakresie profilaktyki wtórnej raka piersi.

Na podstawie wyników badania można zaobserwować tendencje pozytywne i negatywne. Do pierwszych należy istotny wzrost odsetka kobiet deklarujących wykonanie mammografii w ciągu ostatnich 2 lat, zwłaszcza w grupach wieku 40–59 oraz 60 i więcej lat (a więc

¹² *item*

kobiet najbardziej zagrożonych rakiem piersi), a także wśród kobiet z wykształceniem podstawowym i średnim oraz wśród mieszkanki wsi, czyli kobiet dotychczas rzadko deklarujących wykonanie takiego badania. Istotny wzrost deklaracji wystąpił także wśród kobiet w dużych miastach. Zmiany te można przypisać zarówno większemu uświadomieniu kobiet (ponad połowa ankietowanych podała, że zgłosiła się na badanie z własnej inicjatywy), jak i zwiększeniu możliwości wykonania mammografii w ramach służby zdrowia¹³. Zorganizowano skryningi (jeszcze w ograniczonym zakresie) oraz różnego rodzaju akcje przy użyciu tzw. mammobusów. Akcje te szczególnie były skierowane na tereny wiejskie. Przyczyniły się prawdopodobnie do istotnego wzrostu odsetka mieszkanki wsi deklarujących wykonanie mammografii. Mimo pozytywnych tendencji, ciągle jeszcze zbyt mały odsetek kobiet jest objęty profilaktycznymi badaniami mammograficznymi w porównaniu z zachodnimi krajami europejskimi (np. w Szwecji, Holandii, Finlandii i w Wielkiej Brytanii są zorganizowane narodowe mammograficzne badania skryningowe. W Polsce istnieje kilka lokalnych skryningów w następujących miastach: Białymstoku, Bydgoszczy, Mielcu, Stalowej Woli i w Warszawie dla mieszkanki Ursynowa). Również negatywnie można ocenić ogólny poziom uświadomienia o konieczności wykonania tego badania. Prawie 50% respondentek, które nigdy nie wykonały mammografii, jako główny powód podały: „Nie zauważyłam w piersiach nic podejrzanego”. Tym bardziej jest to niepokojące, że tak deklarował duży odsetek kobiet w grupie wieku 45–59 lat (50%), czyli osób najbardziej zagrożonych rakiem piersi. Zmniejszył się także udział lekarzy w kierowaniu kobiet na mammografię, co mogło wynikać zarówno z niedoceniań przez nich badań profilaktycznych, jak i z ograniczeń finansowych narzucanych przez kasy chorych. Warto podkreślić, że mammografia jest jak dotąd najczulszym badaniem ponieważ pozwala wykryć raka piersi przed ujawnieniem się objawów klinicznych, a więc w okresie gdy pacjentka ma duże szanse na wyleczenie. Możliwe jest też wtedy zastosowanie oszczędzających metod terapii.

Negatywne tendencje występują w zakresie samokontroli piersi. W 2002 r. poinformowanie o tej metodzie deklarował taki sam odsetek respondentek jak w 1998 r. z tym, że w grupie wieku 18–24 lat znacznie się obniżył. Jeśli chodzi o regularne wykonywanie samobadania to szczególnie niepokojący jest statystycznie istotny spadek deklaracji o takich działaniach wśród respondentek w grupie wieku 40–59 lat oraz ze średnim i wyższym wykształceniem, a więc kobiet o takich samych cechach jak te, które deklarowały najczęściej poddanie się mammografii. Można przypuszczać, że kobiety uważały, iż badanie mammograficzne jest wystarczającą metodą w zakresie wczesnego wykrywania raka piersi. Tymczasem badanie Foster i in. (4) wykazało, że przeżycia 5-letnie pacjentek z rakiem piersi były o 18% wyższe u kobiet wykonujących samokontrolę w porównaniu do nie wykonujących tego badania¹⁴.

¹³ W 1997 r. Ministerstwo Zdrowia zakupiło 170 mammografów i ich liczba ciągle ulega zwiększeniu. W 2002 r. było czynnych 350 mammografów, czyli na 57 000 kobiet przypada 1 mammograf o odpowiednich parametrach technicznych. Jest to ciągle zbyt mało w porównaniu, np. z Finlandią, gdzie 1 mammograf przypada na 10 000 kobiet. Trzeba jeszcze dodać, że wykorzystanie mammografów oceniono na ok. 20% (3).

¹⁴ Samokontrola umożliwia wykrycie nowotworu w okresie między zalecanymi terminami mammografii. Rak piersi ma dużą dynamikę rozwoju. Oszacowano, że podwaja objętość w ciągu 100 dni oraz podwaja średnicę przeciętnie w ciągu 300 dni (4).

Za niekorzystną można także uznać sytuację w zakresie deklaracji o corocznym badaniu piersi przez lekarza, gdyż w ciągu 4 lat nie wystąpiły żadne istotne zmiany w tym zakresie. Może to być wynikiem braku uświadomienia kobiet, ale także niedostatecznej aktywności lekarzy. Tymczasem badanie palpacyjne wg ostatnich doniesień odrywa rolę zarówno w wykryciu raka piersi, jak i ma wpływ na umieralność z powodu tego nowotwory. I tak, np. wskaźnik wykrywalności stwierdzony u kobiet badanych przedmiotowo i z zastosowaniem mammografii był wyższy niż wskaźnik uzyskany tylko za pomocą jednej z tych metod (7)¹⁵. Natomiast wskaźnik umieralności po 13 latach obserwacji kobiet, w jedynym, jak dotąd randomizowanym badaniu, dla pacjentek badanych tylko palpacyjnie prawie dorównywał wskaźnikowi dla pacjentek, u których były stosowane inne metody w skryningu (8)¹⁶. Doniesienia te potwierdzają dużą rolę badania przedmiotowego w zwalczaniu raka piersi.

UWAGI KOŃCOWE

Na podstawie badania można stwierdzić, iż w ciągu czterech lat (1998–2002 r.), pomimo istotnego wzrostu deklaracji o wykonaniu mammografii ciągle zbyt mały odsetek kobiet zgłasza poddanie się temu badaniu. Inne zachowania zdrowotne, mające na celu wczesne wykrycie raka piersi, takie jak samokontrola czy badanie piersi przez lekarza wg deklaracji kobiet nie uległy poprawie, a nawet wykazują tendencję spadkową. Świadczy to zarówno o niedostatecznym uświadomieniu i mało korzystnych zachowaniach zdrowotnych kobiet jak i o niewystarczającej aktywności służby zdrowia w zakresie wczesnego wykrywania raka piersi.

Niekorzystne deklaracje, z punktu widzenia profilaktyki wtórnej raka piersi, najczęściej występują wśród kobiet w grupie wieku 60 i więcej lat, osób z wykształceniem podstawowym oraz wśród mieszkanek wsi.

Powyzsza sytuacja wymaga nasilenia edukacji społeczeństwa oraz szkolenia lekarzy w zakresie profilaktyki wtórnej raka piersi, a także wprowadzenia w większej skali niż dotychczas aktywnych skryningów populacyjnych¹⁷.

M Jokieli, M Bielska-Lasota, E Kraszewska

BREAST CANCER PREVENTION – AWARENESS AND HEALTH BEHAVIOUR CHANGES OF WOMEN IN 1998 – 2002

SUMMARY

Aim. To find changes in the proportion of women who declared they were aware of breast self examination (BSE) and performed it regularly in 1998 and in 2002, as well as in the proportion of those who declared health behaviour connected with secondary prevention of breast cancer. Also to define the groups of women who especially need health education and prophylactic intervention.

¹⁵ Cytuję za: Brewster A, Helzlsouer K. *Epidemiologia, profilaktyka i wczesne wykrywanie raka piersi*. Current Opinion in Oncology. Wyd. polskie 2002;1:8–13.

¹⁶ *item*

¹⁷ Model takiego skryningu dostosowany do warunków polskich został opracowany w Centrum Onkologii – Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie w ramach współpracy z Bankiem Światowym (3).

Methods. The results of two breast cancer prevention surveys on representative samples of Polish women aged over 18 + years were compared. The data were analysed in groups of women categorised according to selected demographic and social factors.

Results. The substantial increase in the proportion of women who declared that they performed mammography in 2002 in relation to 1998. The percent of women who declared other prophylactic behaviours in 2002 did not change or was even lower in some groups.

The decrease of doctors' activity in the field of secondary prevention of cancer was also observed.

Conclusions. 1. It is important to continue educational work and intervention measures concerning breast cancer prevention, with special attention to the most neglected groups of women. 2. It would be important to continue educating doctors in prophylactic breast examination and establish some obligatory rules in this area. 3. It would be beneficial to introduce breast cancer screening in Poland on the national scale. A model of such screening has already been implemented.

PIŚMIENNICTWO

1. Nowotwory złośliwe w Polsce w 1999 roku. Cancer in Poland in 1999. Didkowska J i in., red. Warszawa: Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie; 2002.
2. Quinn MJ, Martinez-Garcia C, Berrino F and the EURO CARE Working Group. Variations in survival from breast cancer in Europe by age and country, 1978–1989. *Eur J Cancer* 1998;38: 2204–11.
3. Wronkowski Z, Zwierko M. Zasady i wyniki „Programu modelowego skryningu raka piersi i raka szyjki macicy w Polsce, 1999–2000”. *Nowotwory J Oncol* 2002;52:suppl 2:7–150.
4. Foster RS, Constanza C. Breast self-examination practices and breast cancer survival. *Cancer* 1984;53:999–1005.
5. Tabar L, Fagerberg G, Chen H, Duffy SW, i in. Efficacy of breast cancer screening by age. *Cancer* 1995;75:2507–17.
6. Hermon C, Beral V. Breast cancer mortality rates are leveling off or beginning to decline in many western countries: analysis of time trends, age – cohort and age – period models of breast cancer mortality in 20 countries. *Br J Cancer* 1996;73:955–60.
7. Bobo JK, Lee NC, Thames SF: Findings from 752,081 clinical breast examination reported to a national screening program from 1995 through 1998. *J Natl Cancer Inst* 2000;92:971–6.
8. Miller AB, To T, Baines CJ, i in. Canadian National Breast Screening Study-2: 13-year results of a randomized trial in women aged 50–59 years. *J Natl Cancer Inst* 2000;92:1490–9.

Adres autorek:

Maria Jokiel
Zakład Organizacji Badań Masowych
Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie
Ul. W. K. Roentgena 5, 02-781 Warszawa
tel. (0-prefiks-22) 54628-89, e-mail: jokiel@coi.waw.pl