

OCENA DOSTĘPNOŚCI KOBIEC DO NOWOCZESNYCH METOD DIAGNOSTYCZNYCH CHOROÓB SUTKA

THE ACCESSIBILITY OF MODERN WOMEN OF DIAGNOSTIC TOOLS FOR MAMMARY PATHOLOGIES

Maria Połocka-Molińska¹, Katarzyna Plagens-Rotman¹, Beata Bogalska²

¹Katedra Zdrowia Matki i Dziecka, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

²absolwentka Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

DOI: <https://doi.org/10.20883/ppnoz.2018.29>

STRESZCZENIE

Wstęp. Rak piersi stanowi 23% spośród wszystkich zachorowań na nowotwory złośliwe i jest w Polsce nadal nowotworem o największej zachorowalności u kobiet. Praca ta podejmuje problem wczesnego wykrywania i diagnozowania chorób sutka. W 2010 r. rak piersi został rozpoznany w Wielkopolsce u 1586 kobiet i z każdym kolejnym rokiem liczba ta wzrasta. Zauważalny jest też wzrost zachorowań u młodych kobiet. Znaczna grupa kobiet wciąż nie odpowiada na przesyłane z Narodowego Funduszu Zdrowia czy Wojewódzkich Ośrodków Koordynujących „Populacyjny program wczesnego wykrywania raka piersi” zaproszenia na badania profilaktyczne. Pożądanym jest 70% udziału kobiet w tych badaniach. Współczesna medycyna potrafi skutecznie walczyć z nowotworem piersi, ale choroba musi być wykryta we wczesnym stadium rozwoju.

Cel pracy. Celem części badawczej była ocena dostępności kobiet do nowoczesnych metod diagnostycznych chorób sutka.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono na terenie województwa wielkopolskiego. Do badań wykorzystano autorską ankietę, zawierającą 28 pytań. Udział kobiet w badaniach był dobrowolny i anonimowy. Kobiety oceniały dostępność do takich badań diagnostycznych, jak: mammografia, USG, RM, TK, PET, PCI, biopsja mamentomiczna.

Wyniki. Badaniu poddano 340 kobiet, najwięcej z nich było w wieku 40–50 lat. Najlichnieszą grupę stanowiły mieszkanki miasta. Głównym źródłem wiedzy na temat profilaktyki raka sutka oraz samobadania piersi jest lekarz ginekolog.

Wnioski. Osoby powyżej 50. roku życia, czyli te, do których jest skierowany program badań profilaktycznych, lepiej niż kobiety w innym wieku oceniały dostępność do badań mammograficznych i USG piersi. Kobiety, które miały wyższe wykształcenie, gorzej oceniały dostępność do takich badań, jak: RM, TK, PET, PCI. Natomiast wyższy status społeczno-ekonomiczny badanych kobiet wpływał na lepszą ocenę dostępności do badania USG gruczołu piersiowego.

Słowa kluczowe: rak sutka, badania przesiewowe, profilaktyka.

ABSTRACT

Introduction. The mammary cancer is the most common neoplastic disease in the population of woman in Poland, and it's morbidity reaches 23% of all cancer diagnosis for that group of patients. In the Greatpoland region the incidence of mammary cancer in 2010 was 1586 and the year-over-year tendency is rising, especially among younger patients. The compliance with the screening invitations, sent by National Health Fund or regional centres dedicated to screening coordination to every woman of the age groups included in the screening program, is far above desired threshold of 70%. This results in increased number of cancer diagnosis in later stages of disease, which are connected poorer prognosis.

Aim of the study. The aim of the study was the accessibility of the modern diagnostic tools for mammary pathologies to woman in the Greatpoland region.

Material and methods. The questionnaire of 28 questions assessing accessibility of mammography, ultrasonography, MRI, CT, PET, FNAB or mamentome was prepared and distributed. Participation in the study was voluntary and anonymous.

Results. The research includes 340 women, most of them at age 40–50 years. City residents represent the biggest group of women. The main source of information about breast cancer prevention and breast self-examination is gynecologist.

Conclusions. The respondents over 50 years old graded better the accessibility of mammography and ultrasonography. The higher educational level of the respondents was connected with lower grades of accessibility of MRI, CT, PET, FNAB. The higher economic status of the respondents was connected better accessibility of ultrasonography.

Keywords: mammary cancer, screening, prevention.

Wstęp

Rak piersi jest w Polsce nadal nowotworem o największej zachorowalności u kobiet. W 2010 roku został rozpoznany w Wielkopolsce u 1586 kobiet, w porównaniu z rokiem 2009 liczba ta wzrosła o 6%. Rak piersi stanowi 23% spośród wszystkich zachorowań na nowotwory złośliwe. Na dzień 1.10.2012 roku 49% mieszkanek z wielkopolski było objętych profilaktycznymi badaniami mammograficznymi, skierowanymi do kobiet od 50. do 69. roku życia, powtarzanymi co 24 miesiące. Oczekiwane jest jednak 70% uczestnictwo kobiet w badaniach profilaktycznych. W rejestrze prowadzonym przez Wielkopolskie Centrum Onkologii zaobserwowano w ciągu ostatnich 11 lat wzrost zachorowań na nowotwory gruczołu piersiowego u młodych kobiet: w wieku od 20 do 29 lat z 2 do 9 przypadków nowych zachorowań, a u kobiet wieku od 30 do 39 lat z 47 do 85 zachorowań [1]. Rak piersi od połowy lat 70 jest też najczęstszą przyczyną zgonów z powodu zachorowania na nowotwór [2]. Wskaźnik umieralności co roku spada, ale jest to procentowo spadek niewielki. Naukowcy ciągle poszukują nowych metod leczenia raka, aby skrócić czas leczenia i aby leczenie było dla chorych jak najmniej obciążające a wysoce skuteczne. Poziom współczesnej onkologii jest na tyle wysoki, że z nowotworem piersi potrafi skutecznie walczyć, ale choroba musi być rozpoznana we wczesnym stadium rozwoju. Duży procent kobiet wciąż nie odpowiada na zaproszenie z Narodowego Funduszu Zdrowia czy Wojewódzkich Ośrodków Koordynujących Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi w celu wykonania profilaktycznej mammografii. Programy profilaktyki wtórnej są skierowane do kobiet, które nie miały wcześniej zdiagnozowanego nowotworu gruczołu piersiowego. Powodem zbyt niskiej frekwencji kobiet w badaniach jest wciąż niedostateczna profilaktyka oraz brak świadomości samych kobiet. Znaczna grupa kobiet uważa, że choroby dotyczą innych, ale nie ich samych. Wczesne wykrycie choroby wiąże się ze znacznym skróceniem czasu leczenia i szansą na stu procentowe wyleczenie. Pielęgniarki i położne są to dwie grupy zawodowe, które wykonując swoją pracę są zawsze blisko ludzi. Pracując z nimi powinny mieć znaczący udział w zachęcaniu i zwracaniu kobietom uwagi na konieczność wykonywania badań profilaktycznych np. poprzez wskazanie właściwych adresów ośrodków wykonujących badania, pytanie swoich podopiecznych, czy otrzymały zaproszenie z NFZ i mobilizowanie ich do korzystania z tych zaproszeń. Badania powinny być wykonane w przyjaznych kobietom pracowniach i gabinetach lekarskich, gdzie będą traktowane z troską i życzliwością. W miejscach gdzie kobiety

będą pewne, że dobrze zrobiły korzystając z zaproszenia, a nie będą straszone tylko nowotworem piersi. Wykonywana raz w miesiącu regularna samokontrola piersi jest badaniem bardzo istotnym, umożliwia ona wykrycie zmian budzących niepokój, co skłania kobiety do korzystania z konsultacji lekarskiej i dalszej diagnostyki. Ważna jest też edukacja kobiet, jak prawidłowo wykonać samobadanie piersi, w którym dniu cyklu powinno badanie być przeprowadzone. Tą wiedzę kobiety także powinny uzyskać od pielęgniarek i położnych pracujących w różnego rodzaju poradniach (lekarza rodzinnego, lekarza zakładowego, lekarza ginekologa), oddziałach szpitalnych, czy od tych pracujących w środowisku.

Choroba nowotworowa związana jest ze znaczącym dla organizmu zagrożeniem biologicznym, społecznym i psychologicznym. Zdiagnozowanie raka sutka i przejście kompleksowego leczenia ma znaczący wpływ na dalsze życie chorej i jej rodziny. Dla kobiet oznacza to życie w ciągłym stresie, niepokój i lęk o każdy kolejny dzień. Często występuje u nich złość, nerwica, poczucie bezradności a nawet depresja. Pierś jest dla kobiety symbolem jej kobiecości, seksualności oraz macierzyństwa. Tylko wcześniej wykryta choroba pozwala lekarzom specjalistom na jak najmniejszą ingerencję, aby symbol piękna został dla kobiety zachowany. Obecnie możliwe są zabiegi amputacji piersi z równoczesną rekonstrukcją lub odtworzenie piersi w późniejszym okresie, ale efekt tych operacji bywa różny. Kobiety nie zawsze okazują zadowolenie z wykonanego zabiegu pomimo wykonanych korekt, do tego dochodzi utrata włosów, stan zapalny jamy ustnej, wymioty, brak apetytu jako efekt leczenia cytostatykami. Stosowana radioterapia też nie jest dla ich organizmu obojętna, możliwe jest wystąpienie odczynów popromiennych, w różnym stopniu nasilonych i dokuczliwych. Jednym z możliwych powikłań po operacjach radykalnych jest uszkodzenie nerwów przebiegających w rejonie operowanym. Dochodzi wtedy do zniesienia czucia bólu, dotyku oraz temperatury. Często też, pomimo stosowanej rehabilitacji utrzymuje się jednostronny obrzęk kończyny górnej, co ogranicza kobiety w czynnościach dnia codziennego i pogłębia zaburzony obraz własnej osoby. W interesie samych kobiet jest korzystanie z badań profilaktycznych w celu ograniczenia do minimum czasu leczenia wszelkich chorób sutka, aby móc cieszyć się doskonałym obrazem własnego ja i w pełni korzystać z życia.

Cel pracy

Celem pracy była ocena dostępności kobiet do nowoczesnych metod diagnostycznych chorób sutka oraz poznanie

ich postaw wobec badań profilaktycznych, na podstawie losowo wybranej grupy kobiet. Głównym założeniem było uzyskanie odpowiedzi na następujące pytania:

Czy miejsce zamieszkania wpływa na ocenę dostępności kobiet do nowoczesnych metod diagnostycznych chorób sutka?

Czy wiek ma wpływ na ocenę dostępności kobiet do nowoczesnych metod diagnostycznych chorób sutka?

Czy wykształcenie ma wpływ na ocenę dostępności kobiet do nowoczesnych metod diagnostycznych chorób sutka?

Czy status społeczno-ekonomiczny wpływa na ocenę dostępności kobiet do nowoczesnych metod diagnostycznych chorób sutka?

Czy stan cywilny wpływa na ocenę dostępności kobiet do nowoczesnych metod diagnostycznych chorób sutka?

Czy wcześniejsze doświadczenia z chorobami sutka wpływają na ocenę dostępności kobiet do nowoczesnych metod diagnostycznych chorób sutka?

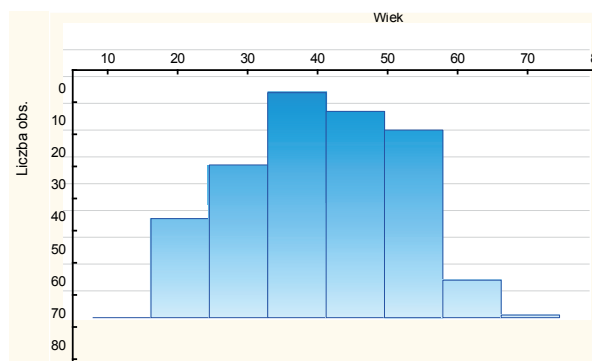
Materiał i metody

W okresie od 29 listopada 2012 roku do 20 czerwca 2013 roku przeprowadzono na terenie województwa wielkopolskiego badania metodą ankietową w grupie 340 kobiet, w wieku 21-81 lat. W celu uzyskania materiału badawczego wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety zawierający 28 pytań zamkniętych, w tym 22 pytania były jednokrotnego wyboru, a 6 pytań wielokrotnego wyboru. Udział respondentek był dobrowolny i anonimowy.

Dla badania wpływu miejsca zamieszkania oraz wcześniejszych doświadczeń w chorobach sutka na ocenę dostępności kobiet do badań, wykorzystano test chi kwadrat, przyjmując poziom istotności = 0,05. Dla badania wpływu wieku, wykształcenia, statusu społeczno – ekonomicznego oraz stanu cywilnego, na ocenę dostępności kobiet do badań, zastosowano test chi kwadrat.

Wyniki

Średni wiek badanych kobiet wynosił 49,1 lat, przy odchyleniu standardowym wynoszącym 13,97 lat. Wartość 28,46% współczynnika zmienności wskazuje na umiarkowane rozproszenie wieku badanych kobiet względem wartości średniej. Najmłodsza ankietowana kobieta miała 21 lat, a najstarsza 81 lat (Rycina 1).



Rycina 1. Rozkład wieku badanych kobiet

W grupie badanych kobiet większość stanowiły mężatki – 239 (70,3%). Wdów było 38 (11,2%), niewiele większą grupę stanowiły panny – 44 (12,9%). Dziewiętnaście (5,6%) pań było po rozwodzie.

Prawie połowa kobiet z badanej grupy pochodziła z miasta powiatowego – 159 (46,8%). Miasto wojewódzkie jako miejsce zamieszkania wskazało 95 (27,9%), a wieś 86 (25,3%) kobiet.

Z grupy 340 kobiet, 151 (44,4%) deklarowało wykształcenie średnie. Z wykształceniem wyższym były 123 (36,2%) panie, z wykształceniem zawodowym 44 (12,9%), a 22 (6,5%) panie z wykształceniem podstawowym.

Zdecydowana większość kobiet – 184 (54,1%) była aktywna zawodowo, pracując na pełnym etacie, 19 (5,6%) kobiet pracowało w niepełnym wymiarze godzin. Grupę 89 (26,2%) kobiet stanowiły emerytki, ze świadczenia rentowego korzystały 22 (6,5%) kobiety. Wśród badanych było 26 (7,6%) pań niepracujących.

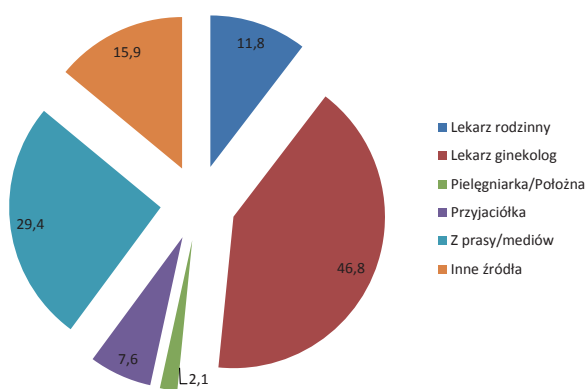
Znaczna liczba, aż 212 (62,4%) kobiet, uważała swoje warunki socjalno – bytowe za dobre, za bardzo dobre – 41 (12,1%). Grupa 83 (24,4%) kobiet oceniała swój status ekonomiczny na poziomie dostatecznym. W warunkach niedostatecznych mieszkały 4 (1,2%) kobiety.

Znacząca liczba badanych kobiet – 265 (77,9%) mieszkała wśród otoczenia bliskich im osób, takich jak mąż i dzieci. Z rodzicami mieszkało 28 (8,2%) kobiet, a z konkubentem 9 (2,6%). Wśród badanych było 36 (10,6%) kobiet mieszkających samotnie i 2 (0,6%) kobiety mieszkające w domu opieki.

W badanej grupie 106 (31,2%) kobiet miało już rozpoznaną w przeszłości chorobę gruczolu piersiowego. Można sądzić, że grupa ta miała bezpośredni kontakt z diagnostyką chorób sutka. Znaczna ilość kobiet- 234 (68,8%), nigdy nie chorowała na choroby gruczolu piersiowego, ale dla tych kobiet ważne jest wykluczenie jakichkolwiek nieprawidłowości w gruczole piersiowym, poprzez wykonanie właściwych badań w zależności od wieku i wykrytych zmian.

Do głównych czynników, które predysponują do rozwoju choroby, należy występowanie raka piersi wśród najbliższych krewnych, występowanie w rodzinie raka jajnika oraz mutacja genu BRCA1 i BRCA2. Analiza wykazała że w grupie 74 (21,8%) kobiet występowały zachorowania na nowotwory gruczołu piersiowego w najbliższej rodzinie. Dużą grupę stanowiły kobiety, 266 (78,2%), u których w rodzinach nie było zachorowań na nowotwory gruczołu piersiowego.

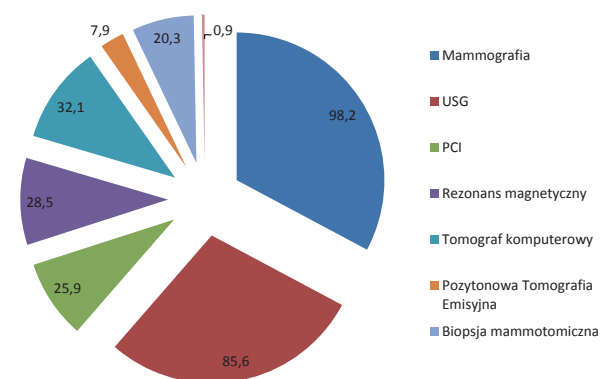
W przeprowadzonej ankiecie 159 (46,8%) kobiet wskazało lekarza ginekologa, a 40 (11,8%) kobiet lekarza rodzinnego jako główne źródło informacji o konieczności okresowego badania gruczołu piersiowego. Przykre jest, że na udział pielęgniarek i położnych w profilaktyce badań piersi wskazało tylko 7 (2,1%) respondentek. Pozostałe dane przedstawiono na rycinie 2.



Rycina 2. Źródła informacji o konieczności wykonywania badań profilaktycznych

Analiza wykazała, że tylko 89 (26,2%) kobiet miało badane gruczoły piersiowe przez lekarza ginekologa, przed zapisaniem leków antykoncepcyjnych i hormonalnej terapii zastępczej. Znaczący odsetek, 107 (31,5%) kobiet, nie miało badanych piersi. Długotrwała hormonalna terapia zastępcza i leki antykoncepcyjne należą do czynników, które wpływają na występowanie chorób gruczołu piersiowego. Grupa 144 (42,4%) kobiet nigdy w swoim życiu takich leków nie stosowała.

Analizując znajomość kobiet nowoczesnych technik badania piersi, do najbardziej znanego badania należała mammografia, którą wskazały 334 (98,2%) panie, na drugim miejscu znalazło się USG piersi – 291 (85,6%). Znajomość tomografu komputerowego wskazało 109 (32,1%) pań (Rycina 3).



Rycina 3. Znajomość nowoczesnych technik badania piersi

Badana grupa 340 kobiet wykazała, że to MMR było badaniem najczęściej wykonywanym, wykonało ją 220 (64,7%) kobiet. Na drugim miejscu znalazło się USG piersi, które wykonało 214 (62,9%) kobiet. PCI, które jest badaniem potwierdzającym klinicznie rozpoznanego raka piersi w badaniu palpacyjnym i obrazowym, wykonało 39 (11,5%) kobiet. TK wykonało 25 (7,4%) kobiet, RM 16 (4,7%), PET 4 (1,2%). Z pośród respondentek biopsję mammatomiczną miało wykonanych 20 (5,9%) kobiet. Żadnych badań nie miała wykonanych grupa 57 (16,8%) kobiet.

Najczęstszym bezpłatnie wykonanym badaniem w grupie badanych kobiet była MMR, którą wykonało 199 (58,5%) kobiet, na drugim miejscu znalazło się USG, które wykonało 177 (52,1%) kobiet. PCI miało wykonane 40 (11%) kobiet. RM wykonało 15 (4,4%) kobiet. Stosunkowo duża liczba kobiet, bo aż 95 (27,9%) nie miała wykonane żadnego badania.

Pytając respondentki o stres podczas wykonywanych badań, dla 117 (34,4%) kobiet wszystkie wymienione badania były stresujące. Grupa 63 (18,5%) kobiet zaliczyła MMR do badania najmniej stresującego, większa liczba kobiet 127 (37,4%) uznała za takie badanie USG. Tylko dla 1 (0,3%) kobiety takim badaniem był RM, także dla 1 (0,3%) kobiety tym badaniem było PCI. Ankietowana grupa kobiet nie zaznaczyła takich badań jak: TK, PET, biopsję mammatomiczną. Pięćdziesiąt (14,7%) respondentek zaliczyło inne badania diagnostyczne za znacznie mniej stresujące niż diagnostyka gruczołu piersiowego.

Oceny ankietowanych kobiet do dostępu do badań onkologicznych przedstawiono w tabelach 1, 2, 3, 4, 5, 6.

Tabela 1. Wpływ wieku na ocenę dostępności kobiet do badań z uwzględnieniem następujących rodzajów badań

Wiek	Rodzaj badania	Bardzo dobry		Dobry		Mierny		Zły		Nie mam zdania		P = 0,005
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
<=50	<i>Mammografia</i>	18	5,29	78	22,94	35	10,29	15	4,41	32	9,41	0,00000
>50		49	14,41	92	27,05	17	5	3	0,88	1	0,29	
>50	<i>USG</i>	16	4,70	74	21,76	35	10,29	11	3,23	42	12,35	0,00332
<=50		28	8,23	80	23,52	32	9,41	4	1,17	18	5,29	
<=50	<i>Rezonans magnetyczny</i>	2	0,58	18	5,29	33	9,70	47	13,82	78	22,94	0,06751
>50		0	0	25	7,35	23	6,76	29	8,52	85	25	
>50	<i>Tomografia komputerowa</i>	0	0	21	6,17	38	11,17	36	10,58	83	24,41	0,36898
<=50		2	0,58	22	6,47	26	7,64	29	8,52	83	35,29	
<=50	<i>PET</i>	0	0	6	1,76	17	5	35	10,29	120	35,29	0,10287
>50		1	0,29	8	2,35	12	3,52	17	5	124	36,47	
>50	<i>PCI</i>	1	0,29	23	6,76	19	5,58	16	4,7	119	35	0,04421
<=50		5	1,47	26	7,64	18	5,29	4	1,17	109	32,05	
<=50	<i>Mammotom</i>	2	0,58	21	6,17	17	5	14	4,11	124	36,47	0,05925
>50		6	1,76	28	8,23	13	3,82	4	1,17	111	32,64	

Tabela 2. Wpływ miejsca zamieszkania na ocenę dostępności kobiet do badań z uwzględnieniem następujących rodzajów badań

Miejsce zamieszkania	Rodzaj badania	Bardzo dobry		Dobry		Mierny		Zły		Nie mam zdania		P = 0,005
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
<i>Małe miasto</i>	<i>Mammografia</i>	28	8,23	81	23,82	24	7,05	10	2,94	16	4,70	0,38037
<i>Wieś</i>		13	3,82	42	12,35	18	5,29	5	1,47	8	2,35	
<i>Duże miasto</i>		26	7,64	47	13,82	10	2,94	3	0,88	9	2,64	
<i>Małe miasto</i>	<i>USG</i>	16	4,70	70	20,58	37	10,88	9	2,64	27	7,94	0,05190
<i>Wieś</i>		7	2,05	47	13,82	16	4,70	2	0,58	14	4,11	
<i>Duże miasto</i>		21	6,17	37	10,88	14	4,11	4	1,17	19	5,58	
<i>Małe miasto</i>	<i>Rezonans magnetyczny</i>	1	0,29	15	4,41	27	7,94	40	11,76	76	22,35	0,15834
<i>Wieś</i>		1	0,29	11	3,23	8	2,35	19	5,58	47	13,82	
<i>Duże miasto</i>		0	0	17	5	21	6,17	17	5	40	11,76	
<i>Małe miasto</i>	<i>Tomografia komputerowa</i>	1	0,29	18	5,29	29	8,52	36	10,58	75	22,05	0,76972
<i>Wieś</i>		1	0,29	11	3,23	14	4,11	15	4,41	45	13,23	
<i>Duże miasto</i>		0	0	14	4,11	21	6,17	14	4,11	46	13,52	
<i>Małe miasto</i>	<i>PET</i>	0	0	6	1,76	14	4,11	26	7,64	113	33,23	0,61534
<i>Wieś</i>		1	0,29	2	0,58	8	2,35	10	2,94	65	19,11	
<i>Duże miasto</i>		0	0	6	1,76	7	2,05	16	4,7	66	19,41	
<i>Małe miasto</i>	<i>PCI</i>	3	0,88	29	8,52	17	5	12	3,52	98	28,82	0,26740
<i>Wieś</i>		3	0,88	11	3,23	8	2,35	3	0,88	61	17,94	
<i>Duże miasto</i>		0	0	9	2,64	12	3,52	5	1,47	69	20,29	
<i>Małe miasto</i>	<i>Mammotom</i>	3	0,88	27	7,94	14	4,11	7	2,05	108	31,76	0,64945
<i>Wieś</i>		4	1,17	11	3,23	9	2,64	4	1,17	58	17,05	
<i>Duże miasto</i>		1	0,29	11	3,23	7	2,05	7	2,05	69	20,29	

197

Tabela 3. Wpływ wykształcenia na ocenę dostępności kobiet do badań z uwzględnieniem następujących rodzajów badań

Wykształcenie	Rodzaj badania	Bardzo dobry		Dobry		Mierny		Zły		Nie mam zdania		P = 0,005
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
<i>Podstawowe</i>	<i>Mammografia</i>	5	1,47	11	3,23	4	1,17	1	0,29	1	0,29	0,19686
<i>Zasadnicze</i>		9	2,64	27	7,94	3	0,88	0	0	5	1,47	
<i>zawodowe</i>		32	0,41	79	23,23	21	6,17	10	2,94	9	2,64	
<i>Średnie</i>		21	6,17	53	15,58	24	7,05	7	2,05	18	5,29	
<i>Wyższe</i>	<i>USG</i>	3	1,76	11	6,47	4	1,47	1	0,59	3	2,65	0,99301
<i>Podstawowe</i>		6	5,29	22	20,29	5	9,41	2	2,06	9	7,35	
<i>Zasadnicze</i>		18	5,00	69	15,29	32	7,65	7	1,47	25	6,76	
<i>zawodowe</i>		17	0,00	52	2,06	26	0,88	5	0,88	23	2,65	
<i>Średnie</i>	<i>Rezonans magnetyczny</i>	0	0,00	7	3,53	3	1,18	3	1,18	9	7,06	0,00327
<i>Wyższe</i>		0	0,29	12	3,53	4	7,06	4	10,00	24	23,53	
<i>Podstawowe</i>		1	0,29	12	3,53	24	7,35	34	10,29	80	14,71	
<i>Zasadnicze</i>		1	0,29	12	1,47	25	0,88	35	0,88	50	2,94	

Podstawowe	Tomografia komputerowa	1	0,29	5	3,24	3	1,47	3	0,59	10	7,35	0,00302
Zasadnicze		1	0,00	11	4,71	5	8,53	2	8,53	25	22,65	
zawodowe		0	0,00	16	3,24	29	7,94	29	9,12	77	15,88	
Średnie		0	0,29	11	0,59	27	0,88	31	1,18	54	3,53	
Wyższe	PET	1	0,00	2	1,18	3	2,06	4	0,59	12	9,12	0,00064
Podstawowe		0	0,00	4	1,76	7	2,06	2	6,18	31	34,41	
Zasadnicze		0	0,00	6	0,59	7	3,53	21	7,35	117	24,71	
zawodowe		0	0,59	2	1,47	12	0,88	25	0,29	84	3,24	
Średnie	PCI	2	0,59	5	2,06	3	2,65	1	0,00	11	7,65	0,01192
Wyższe		2	0,29	7	6,76	9	2,65	0	2,65	26	32,06	
Podstawowe		1	0,59	23	1,47	9	0,29	9	0,29	109	3,82	
Zasadnicze		2	0,29	5	1,47	1	0,88	1	0,88	13	9,41	
zawodowe	Mammotom	1	1,47	5	6,47	3	3,24	3	1,76	32	31,47	0,34629
Średnie		5	0,00	22	5,00	11	4,41	6	2,35	107	24,41	
Wyższe		0	0,00	17	5,00	15	4,41	8	2,35	83	24,41	
Podstawowe		0	1,76	17	6,47	15	1,47	8	0,59	83	2,65	

Tabela 4. Wpływ statusu socjo-ekonomicznego na ocenę dostępności kobiet do badań z uwzględnieniem następujących rodzajów badań

Status socjo-ekonomiczny	Rodzaj badania	Bardzo dobry		Dobry		Mierny		Zły		Nie mam zdania		P = 0,005
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Bardzo dobry	Mammografia	12	1,47	23	3,24	4	1,18	1	0,29	1	0,29	0,21658
Dobry		45	2,65	104	7,94	31	0,88	9	0,00	23	1,47	
Dostateczny		10	9,41	41	23,24	16	6,18	8	2,94	8	2,65	
Niedostateczny		0	6,18	2	15,59	1	7,06	0	2,06	1	5,29	
Bardzo dobry	USG	12	0,88	16	3,24	7	1,18	2	0,29	4	0,88	0,01298
Dobry		27	1,76	105	6,47	36	1,47	7	0,59	37	2,65	
Dostateczny		5	5,29	32	20,29	23	9,41	5	2,06	18	7,35	
Niedostateczny		0	5,00	1	15,29	1	7,65	1	1,47	1	6,76	
Bardzo dobry	Rezonans magnetyczny	0	0,00	10	2,06	10	0,88	9	0,88	12	2,65	0,10323
Dobry		2	0,00	21	3,53	37	1,18	41	1,18	111	7,06	
Dostateczny		0	0,29	11	3,53	9	7,06	25	10,00	38	23,53	
Niedostateczny		0	0,29	1	3,53	0	7,35	1	10,29	2	14,71	
Bardzo dobry	Tomografia komputerowa	0	0,29	9	1,47	10	0,88	7	0,88	15	2,94	0,16274
Dobry		1	0,29	23	3,24	46	1,47	34	0,59	108	7,35	
Dostateczny		1	0,00	10	4,71	8	8,53	23	8,53	41	22,65	
Niedostateczny		0	0,00	1	3,24	0	7,94	1	9,12	2	15,88	
Bardzo dobry	PET	0	0,29	2	0,59	4	0,88	10	1,18	25	3,53	0,66284
Dobry		0	0,00	9	1,18	19	2,06	27	0,59	157	9,12	
Dostateczny		1	0,00	3	1,76	6	2,06	15	6,18	58	34,41	
Niedostateczny		0	0,00	0	0,59	0	3,53	0	7,35	4	24,71	
Bardzo dobry	PCI	1	0,59	4	1,47	7	0,88	2	0,29	27	3,24	0,63687
Dobry		4	0,59	36	2,06	19	2,65	10	0,00	143	7,65	
Dostateczny		1	0,29	9	6,76	11	2,65	8	2,65	54	32,06	
Niedostateczny		0	0,59	0	1,47	0	0,29	0	0,29	4	3,82	
Bardzo dobry	Mammotom	0	0,29	9	1,47	5	0,88	4	0,88	23	9,41	0,21658
Dobry		6	1,47	30	6,47	17	3,24	9	1,76	150	31,47	
Dostateczny		2	0,00	10	5,00	8	4,41	5	2,35	58	24,41	
Niedostateczny		0	0,00	0	5,00	0	4,41	0	2,35	4	24,41	

Tabela 5. Wpływ stanu cywilnego na ocenę dostępności kobiet do badań z uwzględnieniem następujących rodzajów badań

Stan cywilny	Rodzaj badania	Bardzo dobry		Dobry		Mierny		Zły		Nie mam zdania		P = 0,005
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Panna	Mammografia	6	1,47	13	3,24	10	1,18	3	0,29	12	0,29	0,00332
Mężatka		47	2,65	127	7,94	32	0,88	13	0,00	20	1,47	
Rozwiedziona		3	9,41	12	23,24	4	6,18	0	2,94	0	2,65	
Wdowa		11	6,18	18	15,59	6	7,06	2	2,06	1	5,29	
Panna	USG	5	0,88	9	3,24	12	1,18	3	0,29	15	0,88	0,06972
Mężatka		31	1,76	119	6,47	44	1,47	8	0,59	37	2,65	
Rozwiedziona		2	5,29	8	20,29	5	9,41	1	2,06	3	7,35	
Wdowa		6	5,00	18	15,29	6	7,65	3	1,47	5	6,76	
Panna	Rezonans magnetyczny	1	0,00	2	2,06	10	0,88	10	0,88	21	2,65	0,74319
Mężatka		1	0,00	32	3,53	38	1,18	53	1,18	115	7,06	
Rozwiedziona		0	0,29	2	3,53	4	7,06	5	10,00	8	23,53	
Wdowa		0	0,29	7	3,53	4	7,35	8	10,29	19	14,71	
Panna	Tomografia komputerowa	0	0,29	1	1,47	12	0,88	7	0,88	24	2,94	0,32361
Mężatka		2	0,29	34	3,24	46	1,47	43	0,59	114	7,35	
Rozwiedziona		0	0,00	3	4,71	1	8,53	7	8,53	8	22,65	
Wdowa		0	0,00	5	3,24	5	7,94	8	9,12	20	15,88	
Panna	PET	0	0,29	1	0,59	3	0,88	10	1,18	30	3,53	0,68561
Mężatka		1	0,00	12	1,18	23	2,06	33	0,59	170	9,12	
Rozwiedziona		0	0,00	1	1,76	1	2,06	5	6,18	12	34,41	
Wdowa		0	0,00	0	0,59	2	3,53	4	7,35	32	24,71	
Panna	PCI	0	0,59	3	1,47	5	0,88	5	0,29	31	3,24	0,23063
Mężatka		5	0,59	39	2,06	28	2,65	11	0,00	156	7,65	
Rozwiedziona		0	0,29	4	6,76	0	2,65	3	2,65	12	32,06	
Wdowa		1	0,59	3	1,47	4	0,29	1	0,29	29	3,82	
Panna	Mammotom	1	0,29	2	1,47	5	0,88	2	0,88	34	9,41	0,82431
Mężatka		5	1,47	38	6,47	21	3,24	14	1,76	161	31,47	
Rozwiedziona		0	0,00	3	5,00	2	4,41	1	2,35	13	24,41	
Wdowa		2	0,00	6	5,00	2	4,41	1	2,35	27	24,41	

Tabela 6. Wpływ wcześniejszych doświadczeń w chorobach sutka a ocenę dostępności kobiet do badań z uwzględnieniem następujących rodzajów badań

Zachorowania w rodzinie	Rodzaj badania	Bardzo dobry		Dobry		Mierny		Zły		Nie mam zdania		P = 0,005
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Tak	Mammografia	55	16,18	131	38,53	45	13,24	12	3,53	23	6,76	0,22638
Nie		12	3,53	39	11,47	7	2,06	6	1,76	10	2,94	
Tak	USG	35	10,29	112	32,94	58	17,06	13	3,82	48	14,12	0,18085
Nie		9	2,65	42	12,35	9	2,65	2	0,59	12	3,53	
Tak	Rezonans magnetyczny	1	0,29	34	10,00	46	13,53	54	15,88	131	38,53	0,38036
Nie		1	0,29	9	2,65	10	2,94	22	6,47	32	9,41	
Tak	Tomografia komputerowa	2	0,59	33	9,71	54	15,88	49	14,41	128	37,65	0,65121
Nie		0	0,00	10	2,94	10	2,94	16	4,71	38	11,18	
Tak	PET	0	0,00	12	3,53	21	6,18	41	12,06	192	56,47	0,32258
Nie		1	0,29	2	0,59	8	2,35	11	3,24	52	15,29	
Tak	PCI	5	1,47	36	10,59	28	8,24	18	5,29	179	52,65	0,64047
Nie		1	0,29	13	3,82	9	2,65	2	0,59	49	14,41	
Tak	Mammotom	6	1,76	39	11,47	23	6,76	14	4,12	184	54,12	0,99739
Nie		2	0,59	10	2,94	7	2,06	4	1,18	51	15,00	

Dyskusja

Od 1990 roku w krajach wysoko rozwiniętych, takich jak USA, Szwecja czy Francja, zmniejsza się umieralność z powodu raka piersi o około 2,2% rocznie. Przyczyną tego jest stosowanie nowoczesnego leczenia adiuwantowego i wykonywanie mammografii przesiewowej. Mammografia jest jedynym skutecznym badaniem przesiewowym, które znacząco wpływa na zmniejszanie umieralności z powodu

nowotworu piersi. Pozostałe badania mają znaczenie w diagnostyce uzupełniającej. Rezonans magnetyczny jest wykonywany u kobiet z grupy wysokiego ryzyka zachorowania na nowotwór, zwiększa on ponad dwukrotnie czułość oceny diagnostycznej. Jednak z powodów ekonomicznych i znacznej ilości wyników fałszywie dodatnich, nie jest zalecany jako badanie przesiewowe w całej populacji [3].

Pięta i wsp. [4] podają, że największe ryzyko zachorowania na raka piersi mają kobiety po 55. roku życia, otyłe, z wskaźnikiem BMI >30, kobiety, które miały ponad pięć porodów, u których w najbliższej rodzinie występowały zachorowania na nowotwory oraz mają zdiagnozowaną depresję.

Według Woźniak [5] 56% kobiet nie potrafi wymienić żadnych objawów świadczących o raku sutka i 46% kobiet nie zna przyczyn powstania raka piersi. Najczęstszym wymienianym objawem świadczącym o raku piersi jest wyczuwalny guz. Znaczna grupa 48% kobiet nie wykonuje samokontroli piersi, szczególnie dotyczy to młodych kobiet. Lewandowska, Mess i Laufer [6] podają, że tylko 22% kobiet wykonuje regularnie samobadanie piersi. Badania wykazały, że grupa 46% kobiet nie zna techniki samobadania piersi. Według Zych i wsp. [7] 50% kobiet wie o konieczności wykonywania systematycznego samobadania piersi już od 20. roku życia. Także Grodzka i wsp. [8] stwierdzili, że ponad 50% respondentek wykazało znajomość zaleceń co do samokontroli gruczołów piersiowych, jednak 33% kobiet tego nie wykonuje. Odmiennego zdania jest Witak-Grzybowska i wsp. [9] twierdząc, że kobiety mają dużą świadomość zdrowotną, ponieważ 77% badanych kobiet przeprowadzało samobadanie piersi.

Lorenc, Pop i Boychuk [10] badając wiedzę kobiet na temat czynników ryzyka i profilaktyki raka piersi, wskazały doustną antykoncepcję oraz palenie tytoniu i spożycie alkoholu, jako główne czynniki ryzyka. Wiedza ta nadal jest na niskim poziomie. Kobiety są świadome, że jest to choroba o podłożu genetycznym, a występowanie raka piersi w rodzinie zwiększa ryzyko zachorowania. Wśród respondentek 70,5% badało swoje piersi, a 63,5% kobiet wypełniało zalecenia lekarza ginekologa, który zalecał regularne samobadanie piersi. Częściej badają sobie piersi mieszkanki miast, kobiety z wyższym wykształceniem oraz te, u których nie było zachorowań w rodzinie. Jednak poziom wiedzy kobiet nie jest zależny od miejsca zamieszkania, wykształcenia czy występowania choroby w najbliższej rodzinie. Kobiety pytane o znane objawy raka piersi, także najczęściej wskazywały guza piersi. W badaniach, jakie zostały przeprowadzone przez Zych i wsp. [7] wykazano, że większość kobiet podawała uwarunkowania genetyczne, stres oraz okres pokwitania, jako główne przyczyny zachorowalności na raka piersi. Posiadana przez kobiety wiedza również nie była zależna od poziomu wykształcenia.

Według zaleceń Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, to lekarz ginekolog ma obowiązek podczas rutynowego badania ginekologicznego badać piersi oraz uczyć kobiety poprawnej techniki samobadania piersi. Badania

własne dowodzą, że tylko 26,2% kobiet miało badane gruczoły piersiowe przez lekarza ginekologa przed zapisaniem leków antykoncepcyjnych i hormonalnej terapii zastępczej. Znaczący odsetek, 31,5% kobiet, nie miało badanych piersi przez lekarza. Jak podaje Nowicki i Miłtecka [11], w 2005 roku tylko 25% kobiet miało wykonane palpacyjne badanie piersi przez lekarza. Witak – Grzybowska i wsp. [9] podają, że tylko połowa lekarzy ginekologów (49,3%) w Warszawie przestrzega tego obowiązku. Analiza wyników własnych wykazała, że to lekarz ginekolog (46,8%) i lekarz rodzinny (11,8%) są dla kobiet najważniejszym źródłem wiedzy z zakresu profilaktyki przeciwnowotworowej. Natomiast Lewandowska i wsp. [12] wykazali, że kobiety wiedzę na temat profilaktyki głównie czerpią z internetu, telewizji i radia (58%), a od lekarza tę wiedzę uzyskuje tylko 18% kobiet. Badania własne oraz badania Lewandowskiej, Mess i Laufer [12] wykazały 2% udział pielęgniarek w szerzeniu profilaktyki chorób nowotworowych wśród kobiet.

Wyniki badań dowodzą, że znacznie lepiej dostępność do mammografii i USG piersi oceniają kobiety, do których są skierowane programy profilaktyczne, czyli powyżej 50. roku życia i kobiety zamężne. Analizując odpowiedzi badanych kobiet wykazano, że wyższy status społeczno – ekonomiczny sprzyjał lepszej ocenie dostępności do badania USG. Na poziomie bardzo dobrym i dobrym 69,7% kobiet oceniło dostępność do MMR oraz 58,2% do USG. Brak trudności w wykonaniu badań deklarowało 81,8% kobiet, 62,9% kobiet było zadowolonych z wyznaczonego terminu badania. Jednak uczestnictwo kobiet w programach profilaktycznych jest bardzo niezadawalające. Kozimala i wsp. [13] podają, że z zaproszeń na bezpłatną mammografię skorzystało 37,7% kobiet. Dyzmann – Sroka i wsp. [14] podjęli próbę odpowiedzi na pytanie, dlaczego tylko 50% kobiet zgłasza się na bezpłatne badania. Część z badań korzystały kobiety między 55. a 59. rokiem życia, z wykształceniem wyższym, mające wysoki status społeczno – ekonomiczny oraz mieszkające w Poznaniu i innych miastach. Powody, które same kobiety podawały, dlaczego nie robią badań, to strach przed diagnozą „rak”, strach przed samym badaniem, brak jakichkolwiek dolegliwości w piersiach, brak w miejscu zamieszkania ośrodka wykonującego badanie. Była też grupa 3% kobiet, które nie wiedziały o istniejących możliwościach badania piersi. Kobiety same wypowiedziały się, co mogłoby wpłynąć zachęcająco na możliwość skorzystania z badania. W przeprowadzonej ankiecie wymieniły imienne zaproszenie otrzymane listownie, nałożenie obowiązku uczestnictwa w programie, otrzymanie skierowania od lekarza z POZ, przyjazd mammobusu, zwiększenie dostępności do

badania oraz zwiększanie poziomu świadomości zdrowotnej. Według kobiet pożądane jest większe zaangażowanie lekarzy w programy profilaktyczne. Dla 47% kobiet źródłem informacji o możliwości wykonania badań w ramach programu był lekarz POZ. Ankietowane kobiety posiadały wiedzę na temat zagrożenia i następstw związanych z nowotworem piersi, ale strach przed zdiagnozowaniem raka i brak wiary w skuteczne możliwości leczenia był powodem nie korzystania z zaproszeń.

W badaniach własnych dla 34,4% kobiet wszystkie badania diagnostyczne były bardzo stresujące. Dla 37,4% kobiet badaniem najmniej stresującym było USG piersi. Poziom lęku kobiet korzystających z badań profilaktycznych badań Stencel i wsp. [15]. W badaniach własnych wykazali, że tylko u kobiet z niskim poziomem wykształcenia występował podwyższony poziom lęku podczas MMR, u pozostałych kobiet poziom lęku był w granicach normy.

Autorzy badania twierdzą, że lęk nie ma wpływu na małe uczestnictwo kobiet w badaniach skriningowych. Według Nagadowskiej, [16] stres, który jest związany z oczekiwaniem na wyniki badań, nie może być usprawiedliwieniem dla kobiet, które rezygnują z wykonania badania. Wykonanie badania jest dla nich w skutkach bardziej korzystne, niż rezygnacja czy odroczenie terminu badania na lata późniejsze. Litwiniuk i wsp. [17] twierdzą, że dyskomfort emocjonalny kobiet, który spowodowany jest pozytywnym wynikiem badania genetycznego, wynika z braku właściwych i rzetelnych informacji na temat celowości wykonanych badań i możliwości profilaktyki. Według Śluzar – Lewińskiej i wsp. [18], akceptacja programów wczesnej profilaktyki raka piersi zależy od wykształcenia kobiet i występowania raka piersi w rodzinie. Wykazali oni brak zależności pomiędzy wiekiem badanych kobiet, a akceptacją programów profilaktycznych. Witak – Grzybowska i wsp. [9] wykazali niewystarczającą ilość badań obrazowych gruczołu piersiowego w grupach kobiet o podwyższonym ryzyku. Dostępność do rezonansu magnetycznego w badaniach własnych na poziomie złym oceniło 22,4% kobiet, a 47,9% kobiet nie potrafiło ocenić dostępności do badania. Natomiast kobiety z wykształceniem wyższym gorzej oceniały dostępność do tego badania.

W badaniach przeprowadzonych przez Nalewczyńską i wsp. [19] wykazano, że najczęstszą przyczyną korzystania kobiet z poradni była już obecność guzka w piersi, wykrytego podczas samokontroli. W procesie diagnozowania kobiety najczęściej miały wykonane USG piersi. Badanie to wykonało 78,4% pacjentów. Wyniki badań Lewandowskiej i wsp. [6] dowiodły, że zdecydowana większość kobiet (72%) nie miała wykonanej mammografii, natomiast USG miało wykonanych 48% respondentek.

Woźniak [20] uważa, że potrzebna jest ciągła edukacja społeczeństwa w zakresie profilaktyki nowotworowej, ze szczególnym ukierunkowaniem na ludzi młodych, ponieważ młode kobiety nie wykonują samobadania piersi. Natomiast badania Spławskiego i wsp. [21] dowodzą, że studenci (w tym również studentki) lepiej dbają o swoje zdrowie i mają większy poziom wiedzy na temat profilaktyki, niż lekarze oraz osoby ze średnim wykształceniem z terenu wielkopolskiego. Nowicki i wsp. [22] również twierdzą, że to młode, aktywne zawodowo kobiety są bardziej świadome zagrożenia chorobami nowotworowymi i dlatego częściej korzystają z bezpłatnych badań profilaktycznych

Jakie wymagania mają kobiety zgłaszające się na badania diagnostyczne badała Ciekawa i Dyzmann – Sroka [23]. Są to: krótkie terminy badania, możliwość rejestracji telefonicznej na konkretny dzień i godzinę, przestrzeganie godzin umówionego badania, miła obsługa, profesjonalizm osób wykonujących badania, nowoczesny i niezawodny sprzęt. Autorzy badania uważają, że powodem niskiej frekwencji kobiet w badaniach są istniejące stereotypy na temat MMR i raka piersi oraz ciągły brak edukacji zdrowotnej na wysokim poziomie. Zorganizowane działania promocyjne muszą być prowadzone nadal i ukierunkowane na grupy kobiet, które nie miały wykonanego pierwszego, najbardziej stresującego badania mammograficznego. Kobiety chętniej korzystają z zaproszeń w celu wykonania już kolejnej, kontrolnej MMR. Respondentki uważają, że do zaproszenia powinna być dołączona również lista ośrodków z mapą dojazdu, w których można wykonać badanie. Ulotki i afisze z adresami ośrodków diagnostycznych powinny znajdować się także w poczekalni lekarza rodzinnego i ginekologa. W przeprowadzonych badaniach 20% kobiet chciało wykonać badanie, ale nie znało żadnego adresu ośrodka wykonującego badanie.

Wnioski

Osoby należące do grupy >50 roku życia lepiej oceniały dostępność do badań mammograficznych i USG.

Dostępność do mammografii najlepiej została oceniona przez mężatki, a najgorzej dostęp oceniły panny.

Im wyższy status społeczno-ekonomiczny badanych kobiet, tym lepsza ocena dostępności do badań USG.

Kobiety mające wykształcenie wyższe gorzej oceniały dostępność do Rezonansu Magnetycznego, Tomografii Komputerowej, PET-u oraz PCI.

Miejsce zamieszkania i wcześniejsze doświadczenia z chorobami sutka nie wpływają w sposób statystycznie istotny na ocenę dostępności kobiet do nowoczesnych metod diagnostycznych chorób sutka.

Piśmiennictwo

1. Dyzmann-Sroka A., Myślińska W., Olenderczyk W., i wsp.: Nowotwory złośliwe w Wielkopolsce w 2010 roku. Wielkopolskie Centrum Onkologii, Wielkopolski Rejestr Nowotworów Poznań 2012; 9: 65 – 72
2. Meder J.: Podstawy onkologii klinicznej. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego Warszawa 2011
3. Warner E.: Badania przesiewowe w kierunku raka piersi. The new England JURNAL Of Medicine 2011; 365: 1025 – 1032
4. Pięta B., Grodecka-Gazdecka S., Chmaj-Wierzchowska K., Kramer L., Opala T.: Analiza ilorazu szans zachorowania na nowotwory złośliwe gruczołu piersiowego. Ginekologia Polska 2011; 82: 755 – 760
5. Woźniak I.: Wiedza o schorzeniach nowotworowych narządów kobiecych i postawy kobiet wobec badań profilaktycznych. Problemy Pielęgniarstwa 2008; 20: 136 – 143
6. Lewandowska A., Mess E., Laufer J.: Profilaktyka raka piersi wśród kobiet. Onkologia Polska 2011; 3: 131 – 34
7. Zych B., Marć M., Binkowska – Bury M.: Stan wiedzy kobiet po 35 roku życia w zakresie profilaktyki raka piersi. Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego Rzeszów 2006; 1: 27 – 33
8. Grodzka E., Owłasiuk A., Litwiejko A.: Ocena wiedzy i zachowań zdrowotnych mieszkanek łap odnośnie do profilaktyki raka piersi. Problemy Medycyny Rodzinnej 2011; 2: 25 – 34
9. Witak-Grzybowska A., Szopiński K., Jakubowski W.: Przesiewowe badania ultrasonograficzne sutka – zachowania zdrowotne kobiet i stan opieki lekarskiej w świetle ankiety obejmującej 300 kobiet. Ultrasonografia 2008; 33: 39 – 42
10. Lorenc A., Pop T., Boychuk T.: Wiedza kobiet po 40. roku życia o czynnikach ryzyka i profilaktyce raka piersi. Young Sport Science Of Ukraine 2012; 4: 59 – 65
11. Nowicki A., Miłeczka A.: Wyniki badań profilaktycznych w kierunku raka piersi realizowanych w latach 2004 – 2005 w powiecie sierpeckim. Współczesna Onkologia 2007; 9: 437 – 443
12. Lewandowska A., Mess E., Kruk W.: Wiedza kobiet na temat profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi. Onkologia Polska 2012; 1: 5 – 8
13. Kozimala M., Mrozowicz A., Ciechaniewicz W.: Program badań profilaktycznych ukierunkowanych na zdrowie kobiety – ocena realizacji w powiecie lubaczowskim. Zdrowie Publiczne 2007; 4: 462 – 465
14. Dyzmann-Sroka A., Bagniewska K., Chyła K., Dec K., i wsp.: Dlaczego wielkopolanki nie robią badań mammograficznych? Raport. Zeszyty Naukowe WCO 2012; 4: 169 – 181
15. Stencel A., Błazek M., Majkowicz M., Jaśkiewicz J.: Wpływ informacji zdrowotnej zagrażającej ja na poziom lęku wśród kobiet biorących udział w populacyjnych programach mammografii przesiewowej w Polsce. Nowotwory Journal of Oncology 2011; 5: 433 – 438
16. Nagadowska M.: Skryning mammograficzny – fakty i kontrowersje. Medycyna Praktyczna 2011; 5: 56 – 60
17. Litwiniuk M., Karolczak G., Bręborowicz E.: Informacje prasowe a rzeczywiste możliwości poradnictwa genetycznego w aspekcie psychoonkologicznym. Współczesna Onkologia 2006; 7: 313 – 315
18. Ślusar-Lewinska M., Pietka-Rzycka A., Romanowski W., Zubelewicz-Szkodzińska B.: Czy Polki akceptują badania genetyczne w kierunku predyspozycji do raka piersi? Annales Academiae Medicae Silesiensis, 2007; 3: 204 – 213
19. Nalewczyńska A., Lewicka A., Wypych K.: Ocena przyczyn zgłaszania się pacjentów do poradni chorób gruczołu piersiowego przy Katedrze i Klinice Położnictwa, Chorób Kobiecych i Ginekologii Onkologicznej i Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Ginekologia Praktyczna 2008; 4: 12 – 14
20. Spławski B.P., Adamska Z.J., Dpierała E., Miechowicz I., Dyzmann – Sroka A.: Europejski kodeks walki z rakiem – stan wiedzy i postawy studentów Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu; Zeszyty Naukowe WCO 2012; 3: 127 – 134
21. Nowicki A., Stogowska I.: Wczesne wyniki badania profilaktycznego wykrywania raka piersi. Ginekologia Polska 2007; 78: 464 – 470
22. Ciekawa M., Dyzmann-Sroka A.: motywacje kobiet zgłaszających się do centrum medycznego Św. Jerzego na badania mammograficzne. Zeszyty naukowe WCO 2012; 3: 121 – 126

Zaakceptowano do edycji:
Zaakceptowano do publikacji:

Adres do korespondencji:

Katarzyna Plagens-Rotman
Katedra Zdrowia Matki i Dziecka
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
ul. Polna 33
60-535 Poznań
e-mail: plagens.rotman@gmail.com