

Elżbieta Cipora

OPÓŹNIENIA W LECZENIU KOBIET Z ROZPOZNANIEM RAKA PIERSI A WYBRANE CZYNNIKI DEMOGRAFICZNE I SPOŁECZNE

THERAPY DELAYS AMONG WOMEN WITH DIAGNOSED BREAST CANCER
AND CHOSEN SOCIODEMOGRAPHIC FACTORS

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Jana Grodka w Sanoku / Jan Grodek State Vocational Academy in Sanok, Sanok, Poland
Instytut Medyczny, Zakład Pielęgniarstwa / Medical Institute, Department of Nursing

STRESZCZENIE

Wstęp: W Polsce przeprowadzono dotychczas niewiele badań dotyczących opóźnień w terapii raka piersi. Celem niniejszej pracy było określenie przyczyn i skali problemów tego rodzaju oraz wskazanie roli czynników demograficznych i społecznych w występowaniu opóźnień w leczeniu. **Materiał i metody:** Badania zostały przeprowadzone w latach 2015–2016 w Podkarpackim Ośrodku Onkologicznym w Brzozowie na grupie 231 kobiet. Jako kryterium czasowe opóźnienia w leczeniu kobiet chorych na raka piersi przyjęto okres co najmniej 1 miesiąca od pierwszej konsultacji onkologicznej do podjęcia leczenia. W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego i analizę dokumentacji medycznej. Narzędziami badawczymi były kwestionariusz ankiety i protokół naukowo-badawczy. Zebrany materiał poddano analizie statystycznej z użyciem testu Chi². Za istotne statystycznie przyjęto $p < 0,05$. **Wyniki:** Opóźnienia w leczeniu dotyczyły 62,8% kobiet z badanej grupy, a średni czas zwłoki wyniósł 12,6 tygodni. Przyczynami opóźnień były najczęściej: lęk przed potwierdzeniem rozpoznania nowotworu, długi czas oczekiwania na badania specjalistyczne i ich wyniki, ponadto wiek, stan cywilny i aktywność zawodowa pacjentek. Nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności między wykonywanym zawodem, poziomem wykształcenia i miejscem zamieszkania badanych a występowaniem opóźnień w leczeniu. **Wnioski:** Opóźnienia w leczeniu kobiet chorych na raka piersi dotyczyły większości badanych. Stwierdzono związek opóźnień z wybranymi czynnikami demograficznymi i społecznymi. Med. Pr. 2019;70(1)

Słowa kluczowe: opóźnione leczenie, kobiety, rak piersi, czynniki demograficzne, czynniki społeczne, opóźnienia

ABSTRACT

Background: Up to now, there have been very few studies concerning delay issues in the treatment of breast cancer in Poland. The aim of the study was to determine the time and causes of delay in the treatment of women diagnosed with breast cancer and the importance of demographic and social factors on the occurrence of delays in the implementation of therapy. **Material and Methods:** The study was conducted in 2015–2016 in the Podkarpackie Oncology Centre in Brzozow for a group of 231 women. The time criterion of the delays in the treatment of women suffering from breast cancer was more than 1 month from the first oncological consultation to therapy initiation. The diagnostic poll method and medical documentation analysis were used. Research tools included a survey questionnaire and research protocol. The collected material was subjected to the statistical analysis using the Chi² test. The values of $p < 0.05$ were considered statistically significant. **Results:** Delays were noted in 62.8% of the study participants and the mean delay time took 12.6 weeks. The main causes of the delays were: fear that the diagnosis would be confirmed, long waiting time for specialist investigations and their results, age, marital status and professional activity. No statistically significant correlation was found between profession, education level and the place of residence with therapy delays. **Conclusions:** Delays in the treatment of breast cancer patients were noted in the majority of study participants. A correlation was observed between the delays and chosen sociodemographic factors. Med Pr 2019;70(1)

Key words: treatment delays, women, breast cancer, demographic factors, social factors, delays

Autorka do korespondencji / Corresponding author: Elżbieta Cipora, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Jana Grodka w Sanoku, Instytut Medyczny, Zakład Pielęgniarstwa, ul. Mickiewicza 21, 38-500 Sanok, e-mail: elacipora@interia.pl
Nadesłano: 21 sierpnia 2018, zatwierdzono: 2 listopada 2018

WSTĘP

W Polsce rocznie diagnozuje się u kobiet ponad 17 tys. nowych zachorowań na raka piersi. Liczba zgonów z po-

wodu tego nowotworu stale utrzymuje się na wysokim poziomie [1]. Skuteczność leczenia kobiet w znacznym stopniu jest uwarunkowana czasem, jaki upłynął od rozpoznania choroby do chwili rozpoczęcia terapii. W piś-

miennictwie specjalistycznym za kryterium czasowe opóźnienia w leczeniu raka piersi uznaje się podjęcie terapii po upływie miesiąca od pierwszej konsultacji lekarskiej [2,3].

Opóźnienia w leczeniu raka piersi zachodzą z winy samych chorych, w wyniku niewłaściwych postaw pracowników ochrony zdrowia, z powodów organizacyjnych oraz przyczyn będących następstwem biologii nowotworów [4]. Wyniki dotychczasowych badań wskazują, że opóźnienia z winy pacjentek są związane z poziomem wykształcenia chorych i niedostatkami wiedzy o raku piersi. U kobiet z wykształceniem podstawowym opóźnienia wynikają najczęściej z niezajomości objawów raka piersi i możliwości jego wczesnej diagnostyki. Natomiast u pacjentek z wykształceniem wyższym zwłoka jest następstwem lęku przed zdiagnozowaniem nowotworu [5].

Wśród przyczyn opóźnień leczenia z winy profesjonalistów wymienia się niedostatek wiedzy na temat epidemiologii nowotworów wśród pracowników ochrony zdrowia. Programy kształcenia lekarzy zawierają zbyt mało treści z zakresu onkologii. Ponadto część lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej wykazuje niską czujność onkologiczną co do wczesnego wykrywania nowotworów. Poziom finansowania i system organizacji ochrony zdrowia w Polsce również mogą wpływać na występowanie opóźnień w podjęciu leczenia [5].

Badania dotyczące przyczyn opóźnień w rozpoznaniu i leczeniu nowotworów złośliwych, w tym raka piersi u kobiet, były w Polsce prowadzone m.in. przez: Pawlickiego i Michalczyka [5], Maślacha i wsp. [6] oraz Grodecką-Gazdecką i wsp. [7]. Dotychczas ukazało się niewiele publikacji z tego zakresu, dlatego potrzebne jest dalsze diagnozowanie czasu rozpoznania choroby, przyczyn opóźnień oraz ich wczesnych i późnych następstw, efektów leczenia i rehabilitacji.

Celem badań autorki niniejszego artykułu była identyfikacja przyczyn i czasu opóźnień w leczeniu kobiet z rozpoznaniem raka piersi oraz określenie znaczenia czynników demograficznych i społecznych w występowaniu opóźnień.

MATERIAŁ I METODY

Badania przeprowadzono w Podkarpackim Ośrodku Onkologicznym w Brzozowie, po uzyskaniu zgody dyrektora tej placówki 23 sierpnia 2013 r. Objęto nimi 250 kobiet, z których każda została poinformowana o celu badań i zapewniona o ich anonimowości. Ponadto respondentki otrzymały informację, że wyniki

będą wykorzystane w celach naukowych i do poprawy jakości opieki medycznej. Analizą statystyczną objęto wyłącznie dane z tych kwestionariuszy, w których udzielono odpowiedzi na wszystkie pytania (tj. ankiety wypełnione przez 231 osób).

Do realizacji zadań badawczych wykorzystano kwestionariusz ankiety i protokół naukowo-badawczy. Kwestionariusz, skierowany do kobiet leczonych na raka piersi, zawierał pytania dotyczące danych demograficznych i społecznych oraz przyczyn opóźnień w leczeniu. Za pomocą protokołu naukowo-badawczego z dokumentacji medycznej zebrano dane pacjentek dotyczące zastosowanego leczenia specjalistycznego oraz obliczono czas, jaki upłynął od pierwszej konsultacji lekarskiej do chwili rozpoczęcia leczenia.

Za kryterium opóźnienia w leczeniu raka piersi przyjęto upływ co najmniej miesiąca (30 dni) od momentu pierwszej konsultacji onkologicznej do podjęcia terapii. Zebrany materiał badawczy poddano szczegółowej kontroli technicznej i uporządkowano. Zmienne o niskich wartościach liczbowych połączono w szersze kategorie. Uzyskane dane przedstawiono w formie tabel. W analizie statystycznej zastosowano program SPSS v.21.0.0.1. W celu wykazania zależności między zmiennymi porządkowymi lub nominalnymi zastosowano test χ^2 . Za istotne statystycznie przyjęto $p < 0,05$.

WYNIKI

W grupie 231 badanych kobiet najmłodsza miała 30 lat, a najstarsza – 88 lat. Grupa wiekowa 50–59 lat stanowiła 32% badanych, a grupa 60–69 lat – 29,9% badanych kobiet. Kolejną pod względem liczebnym i odsetkowym grupę (19,9%) tworzyły respondentki w wieku 40–49 lat. Kobiety liczące 70 lat i więcej stanowiły 10,8% ogółu badanych, a najmłodsza grupa wiekowa, tj. 30–39 lat – 7,4%. Ponad połowa badanych (50,2%) mieszkała na wsi. Pozostałe kobiety były mieszkankami miast. Respondentki najczęściej pozostawały w związku małżeńskim lub w konkubinacie (72,7%). Mniejszy odsetek stanowiły panny, wdowy lub osoby rozwiedzione (27,3%). Najwięcej kobiet deklaroowało wykształcenie średnie (44,6%). Zdecydowanie mniej respondentek miało wykształcenie wyższe (23,8%). Piątą część badanych uzyskała wykształcenie zasadnicze zawodowe (20,3%). Najmniej kobiet zadeklarowało wykształcenie podstawowe (11,3%).

Informacje dotyczące zawodu badanych skategoryzowano zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie klasyfikacji zawodów i specjal-

ności na potrzeby rynku pracy oraz jej stosowania [8]. Największą grupę stanowiły kobiety zaliczone do grona specjalistów (26% ogółu badanych). Niewiele mniej respondentek zakwalifikowano do grupy techników i innego personelu średniego (23,8%). Znacznie mniejszy odsetek kobiet to pracownicy usług i sprzedawcy (12,4%),

następnie robotnicy przemysłowi i rzemieślnicy (11,3%). Brak zawodu zadeklarowało 27 respondentek (11,7%).

W badanej grupie było 45,5% kobiet aktywnych zawodowo, natomiast 54,5% nie wykonywało pracy zawodowej. Charakterystykę socjodemograficzną przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Charakterystyka socjodemograficzna kobiet (N = 231) poddanych badaniom dotyczącym opóźnień w rozpoznawaniu i leczeniu raka piersi u kobiet przeprowadzonym w Podkarpackim Ośrodku Onkologicznym w Brzozowie w latach 2015–2016
Table 1. Sociodemographic characteristics of the women participated (N = 231) in a study of delays in the treatment of breast cancer conducted in the Podkarpackie Oncology Centre in Brzozow in 2015–2016

Zmienna Variable	Badane kobiety Studied women (N = 231)	
	n	%
Grupa wiekowa [w latach] / Age group [in years]		
30–39	17	7,4
40–49	46	19,9
50–59	74	32
60–69	69	29,9
≥ 70	25	10,8
Miejsce zamieszkania / Place of living		
wieś / village	116	50,2
miasto / town		
≤ 20 000 mieszkańców / inhabitants	55	23,8
> 20 000–50 000 mieszkańców / inhabitants	43	18,6
> 50 000 mieszkańców / inhabitants	17	7,4
Stan cywilny / Marital status		
mężatka / w konkubinacie / married/in common-law marriage	168	72,7
panna/wdowa/rozwidziona / single/widowed/divorced	63	27,3
Wykształcenie / Education		
podstawowe / primary	26	11,3
zasadnicze zawodowe / basic vocational	47	20,3
średnie / secondary	103	44,6
wyższe / higher	55	23,8
Wyzuczony zawód / Profession		
specjaliści / specialist	60	26
technicy i inny średni personel / technicians and middle-level personnel	55	23,8
pracownicy biurów / office clerks	11	4,8
pracownicy usług i sprzedawcy / service workers and salesmen	29	12,4
rolnicy, ogrodnicy, leśnicy i rybacy / farmers, gardeners, foresters and fishermen	9	3,9
robotnicy przemysłowi i rzemieślnicy / industry workers and craftsmen	26	11,3
pracownicy wykonujący prace proste / workers performing simple labors	14	6,1
bez zawodu / no education	27	11,7
Aktualna aktywność zawodowa / Current professional activity		
nie pracuje / does not work	126	54,5
pracuje / works	105	45,5

Metody leczenia pacjentek były zróżnicowane. U niektórych łączono kilka metod. Najczęściej stosowana była chemioterapia (75,8% badanych kobiet). Postępowanie chirurgiczne wdrożono u mniejszej grupy (71% kobiet). Radioterapię zastosowano u 42,4% chorych, natomiast 19% patientek poddano hormonoterapii (tabela 2).

Postępowanie lecznicze było wdrażane w różnym czasie. Grupa 86 kobiet (37,2% ogółu) została poddana terapii przeciwnowotworowej w ciągu miesiąca od konsultacji specjalistycznej u lekarza onkologa. U pozostających 145 kobiet (62,8%) wystąpiły opóźnienia w

leczeniu. Średni czas oczekiwania na rozpoczęcie terapii w grupie kobiet leczonych bez opóźnień wyniósł 2,3 tygodnia, natomiast kobiety leczone z opóźnieniem czekały średnio 12,6 tygodnia na rozpoczęcie terapii. Dla wszystkich badanych średni czas oczekiwania od pierwszej konsultacji u specjalisty-onkologa do rozpoczęcia terapii wyniósł 7,5 tygodnia (tabela 3).

Według badanych przyczyną opóźnień w postępowaniu leczniczym były najczęściej: lęk przed rozpozna-

Tabela 2. Zastosowane leczenie specjalistyczne u kobiet poddanych badaniom dotyczącym opóźnień w rozpoznawaniu i leczeniu raka piersi u kobiet przeprowadzonym w Podkarpackim Ośrodku Onkologicznym w Brzozowie w latach 2015–2016

Table 2. Specialist treatment applied to women participated in a study of delays in the treatment of breast cancer conducted in the Podkarpackie Oncology Centre in Brzozow in 2015–2016

Rodzaj leczenia Type of treatment	Przypadki Cases	
	n	%
Postępowanie chirurgiczne / Surgical procedure	164	71
Radioterapia / Radiotherapy	98	42,4
Chemioterapia / Chemotherapy	175	75,8
Hormonoterapia / Hormonal therapy	44	19

Wartości w kolumnach tabeli nie sumują się ze względu na możliwość wyboru więcej niż 1 odpowiedzi / The values in table columns do not sum up, as more than 1 answer was possible.

Tabela 3. Czas od momentu pierwszej konsultacji lekarskiej u specjalisty-onkologa do podjęcia leczenia zgodnie z odpowiedziami kobiet poddanych badaniom dotyczącym opóźnień w rozpoznawaniu i leczeniu raka piersi u kobiet przeprowadzonym w Podkarpackim Ośrodku Onkologicznym w Brzozowie w latach 2015–2016

Table 3. Time between the first oncological consultation and therapy initiation according to answers of women participated in a study of delays in the treatment of breast cancer conducted in the Podkarpackie Oncology Centre in Brzozow in 2015–2016

Czas oczekiwania [dni] Waiting time [days]	Przypadki Cases (N = 231)	
	n	%
Brak opóźnień / Lack of delays (M = 16,1)		
≤ 7	10	4,3
8–14	10	4,3
15–21	21	9,1
22–30	45	19,5
ogółem / total	86	37,2
Opóźnienia / Delays (M = 88,2)		
31–60	52	22,5
61–90	40	17,3
91–120	30	13
≥ 121	23	10
ogółem / total	145	62,8

Średni czas od konsultacji specjalistycznej do rozpoczęcia leczenia w badanej grupie – 52,5 dni (7,5 tygodnia) / Average time between specialist consultation and therapy initiation in the study group – 52,5 days (7,5 weeks).

Tabela 4. Przyczyny opóźnień w leczeniu zgodnie z odpowiedziami kobiet poddanych badaniom dotyczącym opóźnień w rozpoznawaniu i leczeniu raka piersi u kobiet przeprowadzonym w Podkarpackim Ośrodku Onkologicznym w Brzozowie w latach 2015–2016

Table 4. Causes of therapy delays according to answers of women participated in a study of delays in the treatment of breast cancer conducted in the Podkarpackie Oncology Centre in Brzozow in 2015–2016

Przyczyna opóźnienia Causes of delays	Przypadki Cases	
	n*	%
Lęk przed rozpoznaniem nowotworu / Fear of cancer diagnosis	84	36,4
Długi czas oczekiwania na badania specjalistyczne / Long waiting time for specialist investigations	23	10,0
Długie oczekiwanie na wizytę u specjalisty / Long waiting time for seeing a specialist	17	7,4
Długie oczekiwanie na wyniki badań / Long waiting time for test results	23	10,0
Długie oczekiwanie na podjęcie decyzji o sposobie leczenia / Long waiting time for making decision about the mode of treatment	5	2,2
Brak zgody na proponowane metody leczenia / Lack of consent to the suggested methods of treatment	8	3,5
Błędna diagnoza / Wrong diagnosis	3	1,3
Nie dotyczy / Not applicable	86	37,2

* Wartości w kolumnach tabeli nie sumują się ze względu na możliwość wyboru więcej niż 1 odpowiedzi / The values in table columns do not sum up, as more than 1 answer was possible.

niem nowotworu (36,4%), długie oczekiwanie na wyniki badań (10%), długi czas oczekiwania na badania specjalistyczne (10%), długie oczekiwanie na wizytę u specjalisty (7,4%), brak zgody na proponowaną metodę leczenia (3,5%). W 3 przypadkach powodem opóźnienia postępowania leczniczego była błędnie postawiona diagnoza (tabela 4).

Najczęściej opóźnienia w leczeniu dotyczyły kobiet najstarszych, tj. w wieku 70 lat i więcej (80%). Mniej opóźnień zdarzyło się u pacjentek w przedziałach wiekowych 40–49 lat (69,6%) i 50–59 lat (68,9%). U kobiet najmłodszych, tj. w wieku 30–39 lat, leczenie było opóźnione u nieco ponad połowy tej subpopulacji (52,9%). Najmniej opóźnień w terapii dotyczyło kobiet w wieku 60–69 lat (47,8%). Stwierdzono istotną statycznie zależność między wiekiem chorych kobiet a występowaniem opóźnień w leczeniu ($p = 0,014$) (tabela 5).

W grupie kobiet zamieszkałych na wsi opóźnienia dotyczyły 65,5% respondentek, u pozostałych 34,5% kobiet żyjących w środowiskach wiejskich nie stwierdzono opóźnień w leczeniu. W wypadku kobiet z małych miast (≤ 20 tys. mieszkańców) leczenie przebiegało z opóźnieniem u 65,5% chorych. Opóźnienia w terapii dotyczyły 55,8% mieszkanki średnich miast (> 20 –50 tys. mieszkańców). Najmniej opóźnień w przebiegu leczenia (52,9%) stwierdzono u kobiet z dużych miast (powyżej 50 tys. mieszkańców). Tym samym wykazano, że problem opóźnień w leczeniu raka piersi częściej dotyczył pacjentek zamieszkałych na wsiach i w mniejszych

miastach. Odsetek kobiet, których problem opóźnień w leczeniu raka piersi nie dotyczył, był najwyższy w dużych miastach. Nie były to jednak różnice istotne statystycznie ($p = 0,544$) (tabela 5).

Wykazano także, że wpływ na opóźnienia w leczeniu miał stan cywilny badanych kobiet. W grupie kobiet pozostających w związkach małżeńskich lub konkubinacie opóźnienia dotyczyły 58,9% respondentek, u pozostałych 41,1% kobiet leczenie było podjęte w czasie optymalnym. Natomiast w subpopulacji panien, wdów i kobiet rozwiedzionych opóźnienia dotyczyły aż 73% pacjentek. W badanej grupie związek małżeński lub partnerski był czynnikiem zmniejszającym ryzyko występowania opóźnień w leczeniu raka piersi ($p = 0,049$) (tabela 5).

W grupie pacjentek, których leczenie rozpoczęło się z opóźnieniem, mniej było kobiet z wykształceniem średnim i wyższym, więcej zaś z wykształceniem zasadniczym zawodowym i podstawowym. Jednak poziom wykształcenia nie różnicował w sposób istotny statystycznie częstości występowania opóźnień w terapii raka piersi ($p = 0,192$) (tabela 5).

Problem opóźnienia leczenia w najmniejszym stopniu dotyczył grupy pracownic biurowych (36,4%). W każdej kolejnej kategorii wyuczonego zawodu odsetek kobiet leczonych z opóźnieniem był wyższy i kształtował się w zakresie 53,3–78,6%. Wśród badanych pacjentek bez wyuczonego zawodu odsetek leczonych z opóźnieniem również był wysoki (74,1%). Wykazano jednak, że wy-

Tabela 5. Opóźnienia w leczeniu raka piersi a czynniki społeczno-demograficzne i środowiskowe kobiet biorących udział w badaniu dotyczącym opóźnień w rozpoznawaniu i leczeniu raka piersi u kobiet przeprowadzonym w Podkarpackim Ośrodku Onkologicznym w Brzozowie w latach 2015–2016

Table 5. Delays in breast cancer therapy and age of women participated in a study of delays in the treatment of breast cancer conducted in the Podkarpackie Oncology Centre in Brzozow in 2015–2016

Zmienna Variable	Opóźnienia w leczeniu Delays in therapy [n (%)]		
	wystąpiły occurred	nie wystąpiły not applicable	ogółem total
Grupa wiekowa [w latach] / Age group [years]	p = 0,014, Chi ² = 12,579, df = 4		
30–39	9 (52,9)	8 (47,1)	17 (100)
40–49	32 (69,6)	14 (30,4)	46 (100)
50–59	51 (68,9)	23 (31,1)	74 (100)
60–69	33 (47,8)	36 (52,2)	69 (100)
≥ 70	20 (80,0)	5 (20,0)	25 (100)
ogółem / total	145 (62,8)	86 (37,2)	231 (100)
Miejsce zamieszkania / Place of living	p = 0,544, Chi ² = 2,137, df = 3		
wieś / village	76 (65,5)	40 (34,5)	116 (100)
miasto / town			
≤ 20 000 mieszkańców / inhabitants	36 (65,5)	19 (34,5)	55 (100)
> 20 000–50 000 mieszkańców / inhabitants	24 (55,8)	19 (44,2)	43 (100)
> 50 000 mieszkańców / inhabitants	9 (52,9)	8 (47,1)	17 (100)
ogółem / total	145 (62,8)	86 (37,2)	231 (100)
Stan cywilny / Marital status	p = 0,049, Chi ² = 3,891, df = 1		
mężatka/w konkubinacie / married/ in common-law marriage	99 (58,9)	69 (41,1)	168 (100)
panna/wdowa/rozwidziona / single/widowed/divorced	46 (73,0)	17 (27,0)	63 (100)
ogółem / total	145 (62,8)	86 (37,2)	231 (100)
Wykształcenie / Education	p = 0,192, Chi ² = 4,737, df = 3		
podstawowe / primary	18 (69,2)	8 (30,8)	26 (100)
zasadnicze zawodowe / basic vocational	35 (74,5)	12 (25,5)	47 (100)
średnie ponadgimnazjalne / secondary	61 (59,2)	42 (40,8)	103 (100)
wyższe / higher	31 (56,4)	24 (43,6)	55 (100)
ogółem /total	145 (62,8)	86 (37,2)	231 (100)
Wyuczony zawód / Profession	p = 0,187, Chi ² = 10,034, df = 7		
specjaliści / specialists	32 (53,3)	28 (46,7)	60 (100)
technicy i inny średni personel / technical and other middle-level personnel	35 (63,6)	20 (36,4)	55 (100)
pracownicy biurowi / office clerks	4 (36,4)	7 (63,6)	11 (100)
pracownicy usług i sprzedawcy / service workers and salesmen	19 (65,5)	10 (34,5)	29 (100)
rolnicy, ogrodnicy, leśnicy i rybacy / farmers, gardeners, foresters and fishermen	5 (55,6)	4 (44,4)	9 (100)
robotnicy przemysłowi i rzemieślnicy / industry workers and craftsmen	19 (73,1)	7 (26,9)	26 (100)
pracownicy wykonujący prace proste / workers performing simple labours	11 (78,6)	3 (21,4)	14 (100)
bez zawodu / with no profession	20 (74,1)	7 (25,9)	27 (100)
ogółem / total	145 (62,8)	86 (37,2)	231 (100)

Tabela 5. Opóźnienia w leczeniu raka piersi a czynniki społeczno-demograficzne i środowiskowe kobiet biorących udział w badaniu dotyczącym opóźnień w rozpoznawaniu i leczeniu raka piersi u kobiet przeprowadzonym w Podkarpackim Ośrodku Onkologicznym w Brzozowie w latach 2015–2016 – cd.

Table 5. Delays in breast cancer therapy and age of women participated in a study of delays in the treatment of breast cancer conducted in the Podkarpackie Oncology Centre in Brzozow in 2015–2016 – cont.

Zmienna Variable	Opóźnienia w leczeniu Delays in therapy [n (%)]		
	wystąpiły occurred	nie wystąpiły not applicable	ogółem total
Aktualna aktywność zawodowa / Current professional activity	p = 0,002, Chi ² = 9,191, df = 1		
nie pracuje / do not work	68 (54,0)	58 (46,0)	126 (100)
pracuje / work	77 (73,3)	28 (26,7)	105 (100)
ogółem / total	145 (62,8)	86 (37,2)	231 (100)

uczony zawód nie miał istotnego znaczenia dla występowania opóźnień w leczeniu raka piersi ($p = 0,187$) (tabela 5).

Wykazano natomiast, że czynnikiem istotnie wpływającym na opóźnienia w leczeniu raka piersi była aktywność zawodowa (tabela 5). U kobiet pracujących zawodowo (73,3%) w porównaniu z niepracującymi (54%) opóźnienia w leczeniu występowały znacznie częściej ($p = 0,002$) (tabela 5).

OMÓWIENIE

Problemem polskiej onkologii wciąż jest zbyt długi czas oczekiwania na terapię od momentu rozpoznania raka piersi. Opóźnienia w leczeniu nowotworów określa się na podstawie czasu, jaki upłynął od pierwszej konsultacji u lekarza specjalisty do rozpoczęcia leczenia [2,3]. U respondentek badanych przez autorkę średni czas oczekiwania na wdrożenie leczenia wyniósł 7,5 tygodnia. Opóźnienia dotyczyły 62,8% respondentek. U pozostałych 37,2% kobiet postępowanie terapeutyczne zostało wdrożone w przeciągu miesiąca od konsultacji onkologicznej (średnio w ciągu 2,3 tygodnia). W grupie badanych, u których stwierdzono opóźnienia, średni czas oczekiwania na terapię wyniósł 12,6 tygodnia.

Według danych z 2011 r. czas oczekiwania na leczenie raka piersi w Polsce wynosi 3,61–11,5 tygodnia [9]. W badaniach Grodeckiej-Gazdeckiej i wsp. [10] średni czas opóźnień w rozpoznawaniu i leczeniu raka piersi (wynikający z postaw pacjentek) wyniósł 3,6 tygodnia.

Harirchi i wsp. [11] stwierdzili, że opóźnienia w rozpoznaniu raka piersi wystąpiły u 17,9% ich respondentek, a opóźnienia w leczeniu – u 28,3% badanych kobiet. Wykazano, że opóźnienia częściej dotyczyły ko-

biet o niższym statusie społeczno-ekonomicznym, leczonych w szpitalach publicznych. Unger-Saldaña i wsp. [12] w badaniu przekrojowym z udziałem 886 pacjentów szpitali publicznych w Meksyku ustalili, że średni czas opóźnień w leczeniu chorych wyniósł 7 miesięcy. Zaledwie 15% kobiet zostało zdiagnozowanych w I i II stadium choroby, a u 48% badanych rak piersi został rozpoznany w III i IV stadium. Opóźnienia w rozpoznaniu korelowały ze stopniem zaawansowania choroby. W badaniach Ukwenyi i wsp. [13] przeprowadzonych wśród kobiet afrykańskich tylko u 10,8% chorych leczenie rozpoczęto w ciągu miesiąca od wystąpienia objawów. Według badań własnych autorki niniejszego artykułu u 37,2% jej respondentek leczenie rozpoczęto w przeciągu 1 miesiąca (30 dni) od konsultacji u specjalisty-onkologa.

Harirchi i wsp. [11], badając kobiety irańskie, wykazali, że opóźnienia w rozpoznaniu i leczeniu raka piersi zachodzące z winy pacjentek dotyczyły 31,7% badanej przez nich grupy. Według analiz własnych autorki niniejszego artykułu opóźnienia z winy pacjentek dotyczyły 39,9% chorych. Na zwłokę złożyły się 2 przyczyny – lęk przed rozpoznaniem nowotworu (36,4%) i brak zgody na proponowane metody leczenia (3,5%).

W piśmiennictwie specjalistycznym wśród czynników przyczyniających się do powstania opóźnień w leczeniu raka piersi wymienia się: młody wiek pacjentek powodujący nieobjęcie ich programami przesiewowymi, czynniki rasowe, socjalne i demograficzne [14–17].

Z badań własnych autorki wynika, że opóźnienia w terapii najczęściej zdarzały się u respondentek najstarszych, mających 70 lat lub więcej (leczenie było opóźnione u 80% pacjentek z tej grupy), następnie w grupach wie-

kowych 40–49 lat (opóźnienie u 69,6%) oraz 50–59 lat (opóźnienie u 68,9%). Opóźnienia w grupie wiekowej 30–39 lat dotyczyły aż 52,9% kobiet. Stwierdzono istotną statystycznie zależność między wiekiem badanych a opóźnieniami w leczeniu ($p = 0,014$). Inne wyniki w swoich badaniach uzyskali Partridge i wsp. [15], stwierdzając, że z młodym wiekiem kobiet (poniżej 40 lat) nie korelowało występowanie opóźnień w diagnostyce raka piersi, lecz wyższy stopień zaawansowania nowotworu.

Wyniki badań przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych przez Sheppard i wsp. [18], dotyczących opóźnień w leczeniu z uwzględnieniem rasy badanych kobiet, wykazały, że większe opóźnienia w chirurgicznym leczeniu raka piersi wystąpiły u kobiet rasy czarnej. Średni czas od rozpoznania do operacji raka u Afroamerykanek wynosił 47 dni, a u kobiet białych – 33 dni. Pacjentki, u których leczenie rozpoczęło się z mniejszym opóźnieniem, były osobami korzystającymi z internetu, przechodziły też najczęściej operację oszczędzającą piersi. Opóźnienia większe niż 6 tygodni od momentu postawienia diagnozy były w poszczególnych grupach etnicznych i rasowych zróżnicowane ilościowo i dotyczyły: 15,3% kobiet pochodzenia latynoskiego, takiego samego odsetka Afroamerykanek oraz 8,1% kobiet białych. Opóźnienia częściej zdarzały się wśród respondentek korzystających z ubezpieczenia publicznego lub nieubezpieczonych w ogóle (17,8% badanych), w mniejszym stopniu wśród kobiet korzystających z ubezpieczenia prywatnego (9,5%). Ponadto zwłoka w leczeniu częściej wiązała się z niskim statusem społeczno-ekonomicznym pacjentek (17,5%), a najrzadziej dotyczyła kobiet o wysokim statusie społecznym i majątkowym (7,7%). W grupie badanych, u których leczenie wdrożono z opóźnieniem większym niż 6 tygodni, wskaźnik 5-letniego przeżycia wynosił 80%. Gdy opóźnienie nie przekraczało 2 tygodni, wskaźnik przeżycia wynosił 90%. Niekorzystny wpływ opóźnień na czas przeżycia był wyraźniejszy u kobiet afroamerykańskich nieposiadających ubezpieczenia lub ubezpieczonych w sektorze publicznym i mających niski status socjoekonomiczny [16].

W badaniach własnych autorki niniejszego artykułu u kobiet mieszkających na wsi lub w małym mieście (≤ 20 tys. mieszkańców) stwierdzono częstsze opóźnienia w leczeniu raka piersi niż u kobiet z dużych miast. Odmienne wyniki w swoich badaniach uzyskali Jassem i wsp. [9], którzy dowiedli, że opóźnienia w leczeniu raka piersi częściej dotyczyły kobiet zamieszkałych w większych miastach.

Opóźnienia w terapii raka piersi według badań własnych autorki częściej występowały u kobiet deklarujących wykształcenie podstawowe i zasadnicze zawodowe, rzadziej zaś u kobiet z wykształceniem średnim i wyższym. Wykazano, że w grupie pracownic biurowych opóźnienia dotyczyły 36,4% pacjentek, podczas gdy w innych grupach zawodowych odsetek ten był znacznie wyższy. Mimo to nie stwierdzono istotnego statystycznie wpływu wyuczonego zawodu pacjentek na opóźnienia w leczeniu raka piersi. Mogło to wynikać z faktu, że grupa pracownic biurowych liczyła tylko 11 osób i w związku z tym nie osiągnięto znamienności statystycznej.

Występowanie opóźnień w leczeniu miało związek z aktywnością zawodową badanych kobiet. Opóźnienia występowały częściej u respondentek pracujących niż u kobiet niepracujących. W badaniach prowadzonych przez Jassem i wsp. [9] dowiedziono, że opóźnienia w leczeniu raka piersi z winy pacjentek częściej dotyczyły kobiet z wykształceniem wyższym i pracujących zawodowo.

W badaniach własnych autorki stwierdzono korelację pomiędzy opóźnieniami w leczeniu nowotworów i stanem cywilnym respondentek. Największy odsetek opóźnień odnotowano w grupie panien, wdów i kobiet rozwiedzionych (73%), mniejszy natomiast w grupie kobiet pozostających w związku małżeńskim lub konkubinacie (58,9%).

Według badań Iskandarsyaha i wsp. [19] przyczyny opóźnień w leczeniu raka piersi wśród indonezyjskich kobiet to m.in. brak profilaktyki i wiedzy o istocie choroby, problemy finansowe, emocjonalne, obawa o skutki uboczne leczenia, problem w komunikowaniu się i niedostatek informacji o własnej chorobie. W badaniach Ukwenyi i wsp. [13] opóźnione leczenie było związane z brakiem wiedzy na temat objawów raka piersi, jakością opieki medycznej, ale również z lokalnymi wierzeniami oraz brakiem akceptacji inwazyjnego leczenia.

Według badań własnych autorki artykułu najczęstsze przyczyny opóźnień w leczeniu raka piersi u Polek to: lęk przed rozpoznaniem nowotworu (36,4% odpowiedzi), długi czas oczekiwania na badania specjalistyczne (10%) oraz długi czas oczekiwania na wyniki badań (10%). Na kolejnym miejscu (7,4%) wymieniano długie oczekiwanie na wizytę u lekarza specjalisty. W mniejszym stopniu przyczynami opóźnień były: brak zgody na proponowane metody leczenia (3,5%), długie oczekiwanie na podjęcie decyzji co do sposobu leczenia (2,2%) oraz błędna diagnoza lekarska (1,3%).

W badaniach Rastad i wsp. [20] jako przyczyny opóźnień w leczeniu irańskich kobiet chorych na raka piersi wskazano: brak wiedzy na temat choroby, lęk przed rozpoznaniem nowotworu złośliwego, niedostrzeżenie u siebie czynników ryzyka i błędną diagnozę lekarską. Według badań własnych autorki błędnie postawiona diagnoza lekarska była przyczyną opóźnień w leczeniu u 3 kobiet (1,3%).

Kolejnym czynnikiem wpływającym na opóźnienia w terapii może być konieczność pogłębionej diagnostyki, np. wykonanie rezonansu magnetycznego piersi wydłużającego czas oczekiwania na rozpoczęcia leczenia o 25 dni [21,22].

Opóźnienia w rozpoznawaniu i leczeniu raka piersi były według Unger-Saldaña i wsp. [23] wynikiem zaburzonych interakcji społeczno-kulturowych między pacjentką a służbą zdrowia. O opóźnieniu w leczeniu raka piersi mogą decydować indywidualne cechy pacjentki utrudniające chorej i lekarzom interpretację występujących objawów i podejmowanie decyzji. Według badań własnych autorki u 8 kobiet (3,5%) przyczyną opóźnień w terapii był brak ich zgody na proponowaną metodę leczenia.

Unger-Saldaña i wsp. [12] na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzili, że istotnymi czynnikami ograniczającymi niepotrzebną zwłokę w rozpoczęciu leczenia były: wzrost świadomości społeczeństwa, poprawa jakości usług zdrowotnych oraz zwiększenie skuteczności badań przesiewowych. Podobnie Rastad i wsp. [20] wskazali na konieczność edukowania kobiet i lekarzy oraz zwiększenia świadomości kobiet w zakresie profilaktyki raka piersi w celu zapobiegania opóźnieniom.

WNIOSKI

Problem opóźnień w leczeniu kobiet chorych na raka piersi dotyczył większości badanych.

Przyczynami opóźnień w leczeniu były najczęściej: lęk przed diagnozą, długi czas oczekiwania na badania specjalistyczne i wyniki badań.

Wiek, stan cywilny i aktywność zawodowa znacząco wpływały na wystąpienie opóźnienia w leczeniu kobiet chorych na raka piersi. Natomiast miejsce zamieszkania, poziom wykształcenia i wyuczony zawód nie miały wpływu na opóźnienia w terapii.

Konieczne jest prowadzenie badań, głównie epidemiologicznych, w celu rozpoznania rodzajów opóźnień i ich przyczyn oraz poprawy skuteczności leczenia kobiet chorych na raka piersi.

PIŚMIENNICTWO

1. Wojciechowska U., Didkowska J., Zatoński W.: Nowotwory złośliwe w Polsce w 2012 roku. Krajowy Rejestr Nowotworów, Zakład Epidemiologii i Prewencji Nowotworów, Warszawa 2014
2. Burgess C.C., Potts H.W., Hamed H., Bish A.M., Hunter M.S., Richards M.A., Ramirez A.J.: Why do older women delay presentation with breast cancer symptoms? *Psychooncology* 2006;15:962–968, <https://doi.org/10.1002/pon.1030>
3. Unger-Saldaña K., Infante-Castañeda C.: Delay of medical care for symptomatic breast cancer: A literature review. *Salud Publica Mex.* 2009;51:270–285, <https://doi.org/10.1590/S0036-36342009000800018>
4. Ullrich A., Waxman A., Luiza da Costa e Silva V., Bettcher D., Vestal G., Sepúlveda C. i wsp.: Cancer prevention in the political arena: The WHO perspective. *Ann. Oncol.* 2004;15:249–256, <https://doi.org/10.1093/annonc/mdh935>
5. Pawlicki M., Michalczyk A.: Badania przyczyn opóźnień leczenia chorych na nowotwory złośliwe. *Współcz. Onkol.* 2005;9:191–195
6. Maślach D., Krzyżak M., Szpak A., Owoc A., Bielska-Lasota M.: Waiting time for treatment of women with breast cancer in Podlaskie Voivodeship (Poland) in view of place of residence. A population study. *Ann. Agric. Environ. Med.* 2013;20:161–166
7. Grodecka-Gazdecka S., Zaborek P., Didkowska J., de Walden-Gałuszko K., Handschuh P., Pieńkowski T. i wsp.: Systemowe uwarunkowania opóźnień w diagnostyce i leczeniu kobiet chorych na raka piersi w Polsce. *Nowotwory. J. Oncol.* 2014;64:483–490
8. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakres jej stosowania. *DzU z 2014 r., poz. 1145*
9. Jassem J., Ozmen V., Bacanu F., Drobnieni M., Eglitis J., Lakshmaiah K.C. i wsp.: Delays in diagnosis and treatment of breast cancer: A multinational analysis. *Eur. J. Public Health* 2014;24:761–767, <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckt131>
10. Grodecka-Gazdecka S., Zaborek P., Didkowska J., de Walden-Gałuszko K., Handschuh P., Jassem J. i wsp.: Uwarunkowania opóźnień w diagnostyce i terapii kobiet chorych na raka piersi w Polsce związane z postawami chorych. *Nowotwory. J. Oncol.* 2013;63:286–294
11. Harirchi I., Karbakhsh M., Hadi F., Madani S.S., Sirati F., Kolahdoozan S.: Patient delay, diagnosis delay and treatment delay for breast cancer: comparison of the pattern between patients in public and private health sectors. *Arch. Breast Cancer* 2015;2:52–57

12. Unger-Saldaña K., Miranda A., Zarco-Espinosa G., Mainero-Ratchelous F., Bargalló-Rocha E., Miguel Lázaro-León J.: Health system delay and its effect on clinical stage of breast cancer: Multicenter study. *Cancer* 2015;121:2198–2206, <https://doi.org/10.1002/cncr.29331>
13. Ukwenya A.Y., Yusufu L.M., Nmadu P.T., Garba E.S., Ahmed A.: Delayed treatment of symptomatic breast cancer: The experience from Kaduna, Nigeria. *S. Afr. J. Surg.* 2008;46: 106–110
14. Pruitt S.L., Shim M.J., Mullen P.D., Vernon S.W., Amick B.C.: Association of area socioeconomic, status and breast, cervical and colorectal cancer screening: A systemic review. *Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev.* 2009;18:2579–2599, <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-09-0135>
15. Partridge A.H., Hughes M.E., Ottesen R.A., Wong Y.N., Edge S.B., Theriault R.L. i wsp.: The effect of age on delay in diagnosis and stage of breast cancer. *Oncologist* 2012;17: 775–782, <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2011-0469>
16. Smith E.C., Ziogas A., Anton-Culver H.: Delay in surgical treatment and survival after breast cancer diagnosis in young women by race/ethnicity. *JAMA Surg.* 2013;148:516–523, <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2013.1680>
17. Ruddy K.J., Gelber S., Tamimi R.M., Schapira L., Come S.E., Meyer M.E. i wsp.: Breast cancer presentation and diagnostic delays in young women. *Cancer* 2014;120:20–25, <https://doi.org/10.1002/cncr.28287>
18. Sheppard V.B., Oppong B.A., Hampton R., Snead F., Horton S., Hirpa F. i wsp.: Disparities in breast cancer surgery delay: The lingering effect of race. *Ann. Surg. Oncol.* 2015;22: 2902–2911, <https://doi.org/10.1245/s10434-015-4397-3>
19. Iskandarsyah A., de Klerk C., Suardi D.R., Soemitro M.P., Sadarjoen S.S., Passchier J.: Psychosocial and cultural reasons for delay in seeking help and nonadherence to treatment in Indonesian women with breast cancer: A qualitative study. *Health Psychol.* 2014;33:214–221, <https://doi.org/10.1037/a0031060>
20. Rastad H., Khanjani N., Khandani B.K.: Causes of delay in seeking treatment in patients with breast cancer in Iran: A qualitative content analysis study. *Asian Pac. J. Cancer Prev.* 2012;13:4511–4515, <https://doi.org/10.7314/APJCP.2012.13.9.4511>
21. Hulvat M., Sandalow N., Rademaker A., Helenowski I., Hansen N.M.: Time for diagnosis to definitive operative treatment of operable breast cancer in the era of multimodal imaging. *Surgery* 2010;148:746–750, <https://doi.org/10.1016/j.surg.2010.07.012>
22. Bleicher R.J., Ruth K., Sigurdson E.R., Ross E., Wong Y.N., Patel S.A. i wsp.: Preoperative delays in the US Medicare population with breast cancer. *J. Clin. Oncol.* 2012;30: 4485–4492, <https://doi.org/10.1200/JCO.2012.41.7972>
23. Unger-Saldaña K., Infante-Castañeda C.B.: Breast cancer delay: A grounded model of help-seeking behaviour. *Soc. Sci. Med.* 2011;72:1096–1104, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.01.022>