

# Rola lekarza podstawowej opieki zdrowotnej i ginekologa w profilaktyce raka piersi

\*Katarzyna Spachowska

Wydział Opieki Zdrowotnej, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice

---

## THE ROLE OF A GENERAL PRACTITIONER AND A GYNECOLOGIST IN THE PREVENTION OF A BREAST CANCER

---

### S u m m a r y

---

**Introduction.** According to IARC (International Agency for Research on Cancer in Lyon) the biggest threat for women is breast cancer. For several years the increase in the morbidity on this type of cancer has been noticeable, what is more, those high rates are directly proportional to the high level of the civilization and economic development of societies. The rate of deaths connected with nipple cancer does not decrease – although it is lower than the European average.

**Aim.** The aim of the following thesis was to discuss the current situation of the role of a general practitioner and a gynecologist in the prevention of breast cancer in the system of health care. In order to reach the main aim the following detailed problems have been stated.

**Material and methods.** In the following thesis three original surveys have been used: the first one aimed at general practitioners, the second one to gynecologists and the third one to the group of women. Each one of the surveys consisted of an introduction, questions for the interviewees: closed and semi-open allowing to write people's own opinion and the explanation, being the last part of a questionnaire.

**Results.** Over half of the doctors taking part in the survey (51 interviewees – 64% of a group) admits that they do not inform their patients about the symptoms of a breast cancer. Quite a smaller group (29 interviewees – 36% of all the people asked) claims that they provide their patients with this kind of information.

**Conclusions.** General practitioners as well as gynecologists estimate their knowledge of the prevention of cancer as sufficient and they claim to educate themselves in this matter. However, they limit their role in the prevention activity to discussions about research for early detection. General practitioners do not feel the responsibility to inform their patients about the symptoms of breast cancer, whereas gynecologists give the women information about factors which can protect them from having cancer as well as information about the factors which increase the risk of the disease.

---

Key words: breast cancer, prevention, health care, general practitioner, detection

---

### WSTĘP

Nowotwory często określane bywają mianem choroby XXI wieku z racji tego, iż stanowią niezwykle duże zagrożenie dla zdrowia i życia ludzkiego. Powszechnie wywołują strach, nierzadko też utożsamiane są ze swego rodzaju wyrokiem. Niezaprzeczalnym pozostaje fakt ogromnej liczby zgonów spowodowanych właśnie przez nowotwory. Według prognoz liczba zachorowań i zgonów z powodu nowotworów złośliwych w populacji kobiecej w ciągu najbliższych kilku lat będzie wzrastała w sposób systematyczny. Rosła będzie zachorowalność na raka piersi, w efekcie czego nastąpić może zbliżenie współczynników zachorowalności podobne do tych obserwowanych w krajach Europy Zachodniej. Biorąc pod uwagę liczbę bezwzględnych nowych zachorowań i zgonów, o ile w 2010 roku odnotowano zachorowań 16 339, o tyle prognozy na rok 2015 zapowiadają 20 353 chorych. Zgonów odnotowanych w 2010 roku było 5492, natomiast na rok 2015 przewidywane są

5934 zgony. Natomiast standaryzowane współczynniki zachorowalności i umieralności przedstawiają się następująco: zachorowalność w roku 2010 – 51,6, prognoza na 2015 – 60. Umieralność w 2010 roku – 14,4, zaś prognozy na 2015 rok – 14,1 (1). Powodów owych zastraszających danych jest kilka. Otóż etiopatogeneza raka piersi jest zjawiskiem złożonym, bowiem wyróżnia się uwarunkowania genetyczne, środowiskowe oraz hormonalne. Dzięki badaniom epidemiologicznym możliwe jest rozpoznanie czynników kancerogennych. Z kolei badania doświadczalne wskazują niekorzystne wpływy oddziałujące na rozwój nowotworu gruczołu sutkowego (2). Na ryzyko raka piersi wpływają zatem czynniki genetyczne i środowiskowe z jednej, zaś działania medyczne (tak zwiększające, jak i zmniejszające owe ryzyko) z drugiej strony (3). Czynniki predysponującymi do wystąpienia raka piersi są m.in.: płeć żeńska, wiek średni, wczesna menarche, pierwsza ciąża w późnym wieku, krótki okres karmienia piersią, późna menopauza, stosowanie doustnej antykoncepcji, zbyt długie leczenie

hormonalne, niski poziom aktywności fizycznej, niewłaściwa dieta, palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, obciążenia rodzinne (BRCA1 i BRCA2). Według IARC (Międzynarodowa Agencja Badań nad Rakiem w Lyonie) dla kobiet największe zagrożenie stanowi rak piersi. Od kilkudziesięciu lat notowany jest wzrost zapadalności na ten typ nowotworu, przy czym wysokie notowania są wprost proporcjonalne do wysokiego poziomu rozwoju cywilizacyjnego oraz ekonomicznego społeczeństw. Nie zmniejsza się umieralność kobiet z powodu raka sutka – choć jest niższa od średniej europejskiej (4). Rozwój cywilizacji, generujący zmianę zagrożeń, wpłynął na ewolucję podejścia do zdrowia. Dopiero na przełomie XIX i XX w. zaczęto w sposób zorganizowany i świadomy podejmować działania wchodzące w zakres tzw. zdrowia publicznego (5). Nastąpiło przewartościowanie znaczenia działań w obrębie zdrowia, efektem czego było uznanie większej roli zapobiegania występowaniu chorób niż ich leczenia oraz promowanie warunków, które umożliwiają jak najdłuższe zachowanie zdrowia. Taki kierunek poczynań wpływa na poprawę stanu zdrowia społeczeństw, zapewnia lepszy dostęp do opieki medycznej oraz uzyskanie wyższej jakości świadczeń (4). Osiągnięcia współczesnej medycyny pozostają bezsporne. Zwiększyły się możliwości diagnozowania oraz leczenia wielu chorób. Niestety sytuacja ta nie jest pozbawiona wad, ponieważ nowe oblicze medycyny częstokroć postrzegane jest w aspektach technicyzacji, biurokracji, a nawet – dehumanizacji. Dlatego korzystanie z pomocy medycznej bądź porady lekarskiej coraz częściej stanowi dla pacjenta źródło stresu (6). Walka z nowotworem piersi opiera się więc na złożonych działaniach, na które składają się programy skriningowe, wczesne wykrywanie i diagnostyka z racji tego, że dopiero w połączeniu ze sobą warunkują pozytywne efekty (7). Wczesne zapobieganie i promocja zdrowia należą do komplementarnej strategii umacniania zdrowia. Aby zwiększyć efektywność zdrowotną często używa się jednocześnie obu strategii. Jeśli występują razem, określa się je skrótem HPDP (ang. *health promotion, disease prevention*), ale mogą być również stosowane rozłącznie, niezależnie od siebie (1). W ramach prowadzonej profilaktyki pacjentki mają możliwość skorzystania z bezpłatnych badań finansowanych przez NFZ lub przez Ministerstwo Zdrowia. Ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych udzielają poradnie specjalistyczne, a konkretnie – lekarz posiadający odpowiednie kwalifikacje (5). Nowotwór piersi jest jedną z najczęstszych chorób, co do których wytycza się zalecenia przesiewowe. Eksperti IARC zalecają, by skrining mammograficzny, będący elementem społecznej polityki zdrowotnej, skierowany był zwłaszcza do grupy kobiet w wieku 50-69 lat, zapewniając mammografię w odstępach dwuletnich. Podstawę metodologiczną zdrowia publicznego stanowi epidemiologia. Wyniki badań pozwalają na monitorowanie występowania chorób, zgonów oraz na dochodzenie ich przyczyn, jak też na identyfikację czynników ryzyka zagrażających zdrowiu. Dane statystyczne stanowią podstawę do zdobycia jak największego zasobu wiedzy odnośnie zapobiegania chorobie. Dlatego wciąż udoskonalana się walkę z rakiem przez zapewnienie nowoczesnej diagnostyki. Dzięki wczesnemu wykryciu zmian oraz

wdrożeniu leczenia przeciwnowotworowego w stadium przedklinicznym możliwe jest zmniejszenie umieralności. Badania przesiewowe stosuje się w przypadku nowotworów charakteryzujących się długą fazą przedklinikzną (bezbobjawową), dającym odległe przerzuty po stosunkowo długim czasie. Należy do nich rak piersi (4). Promocja zdrowia obejmująca profilaktykę I stopnia jest priorytetowym zadaniem lekarza rodzinnego oraz ginekologa. Nie wymaga nakładów finansowych, a efekty mogą dotyczyć niedopuszczenia do rozwoju raka piersi. Profilaktyka pierwszorzędowa (obejmująca całokształt postępowania m.in. higienicznego) polega na utrwalaniu prawidłowych wzorców zdrowego stylu życia, zapobieganiu szerzeniu się niekorzystnych wzorów zachowania – w odniesieniu do osób zdrowych. Prowadzić może do obniżenia częstości zachorowań poprzez zminimalizowanie ryzyka powstawania choroby (1). Metody tego działania mogą być nieswoiste (odnoszące się do osób zdrowych, a dotyczące właściwego odżywiania, aktywności fizycznej) oraz swoiste (odnoszące się do osób zagrożonych konkretną chorobą, a polegające na niszczeniu źródeł). Owe działania – z racji tego, iż są najbardziej skuteczne, a przy tym ekonomiczne – mają duże znaczenie. Istotne znaczenie mają również wykonywane przez lekarza POZ badania indywidualne, na które pacjentki zgłaszają się z różnych przyczyn, co jest okazją do poddawania się serii testów celowanych (pomiar ciśnienia, masy ciała, lipidogram) (3). Obowiązki lekarza POZ oraz ginekologa w zakresie opieki profilaktycznej odnośnie raka piersi są podobne. Kobietom w wieku 20-40 lat zaleca się comiesięczne samobadanie piersi i badanie lekarskie co 3 lata. Grupa kobiet w wieku 40-49 lat, oprócz samobadania piersi wykonywanego raz w miesiącu, winna udać się na badanie lekarskie raz w roku, a co 2 lata – wykonać mammografię. Natomiast kobiety, które ukończyły 49. rok życia, samobadanie piersi powinno wykonywać raz w miesiącu, co rok poddawać się badaniu lekarskiemu, a co 1,5 roku-2 lata wykonywać mammografię. Kobietom należącym do grupy bardzo wysokiego i wysokiego ryzyka odnośnie dziedzicznego raka piersi zaleca się następujące badania przesiewowe: od 20-25. roku życia – badania palpacyjne i USG, od 35. roku życia – mammografię i USG, od 50. roku życia – mammografię, USG i badanie ginekologiczne, jak również oznaczenie markerów nowotworowych w surowicy krwi (7).

#### CEL PRACY

Celem niniejszej pracy było zapoznanie się z aktualną sytuacją dotyczącą roli lekarza POZ oraz ginekologa w profilaktyce raka piersi w rodzinnym systemie opieki zdrowotnej. Dla tak pojętego głównego celu sformułowano poniższe problemy szczegółowe:

1. Jak lekarze POZ i ginekolodzy postrzegają swoje zadania względem profilaktyki raka piersi?
2. Na czym polegają działania profilaktyczne lekarzy POZ i lekarzy specjalistów ginekologów?
3. Jak ankietowani oceniają stopień współpracy pomiędzy poradnią rodzinną i poradnią ginekologiczną w zakresie opieki profilaktycznej?
4. Jakie są oczekiwania pacjentek wobec współpracy lekarza rodzinnego ze specjalistą ginekologiem?

## MATERIAŁ I METODY

W pracy niniejszej wykorzystano trzy kwestionariusze autorskie: pierwszy skierowany do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, drugi do ginekologów, a trzeci do grupy kobiet. Każdy składał się z wprowadzenia, pytań do respondentów: zamkniętych oraz półotwartych, umożliwiających jednocześnie dopisanie własnej odpowiedzi oraz metryczki, stanowiącej ostatnią część kwestionariusza.

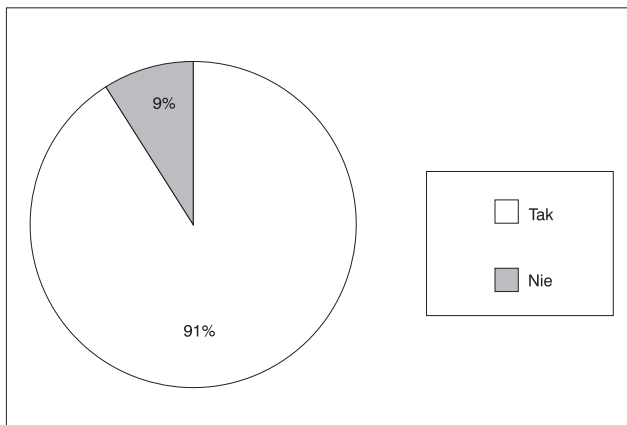
## WYNIKI I OMÓWIENIE

Większość ankietowanych lekarzy rodzinnych (46 osób – 57% badanego ogółu) zatrudnionych jest w przychodni publicznej. Pozostali respondenci (34 osoby, czyli 43% grupy) – w gabinetach prywatnych. Również znaczna część lekarzy ginekologów biorących udział w badaniu (50 osób – 62% grupy) deklaruje zatrudnienie w przychodni publicznej, natomiast 30 osób (co stanowi 38% grupy) w gabinetach prywatnych.

Wśród lekarzy rodzinnych największa grupa respondentów (38 osób – 47% ogółu badanych) jako sposób poszerzania swej wiedzy na temat raka piersi wskazuje literaturę fachową. 23 ankietowanych (29% grupy) deklaruje, iż sposobem tym są konferencje/szkolenia. Najmniejsza grupa ankietowanych (12 osób – 15% respondentów) twierdzi, że Internet. Z kolei w przypadku lekarzy ginekologów do najczęstszych sposobów poszerzania wiedzy na temat raka piersi należy literatura fachowa (takiej odpowiedzi udzieliło 34 respondentów – 42% grupy). Często wskazywano również konferencje/szkolenia (15 ankietowanych – 19% badanych). 10 osób (12% grupy) stwierdziło, iż wiedzę na temat raka piersi poszerzają dzięki Internetowi.

Lekarze rodzinni zapytani o to, czy dostarczają swym pacjentkom informacji odnośnie objawów raka piersi, w większości (64 osób – 80% ogółu badanych) dali odpowiedź twierdzącą. Jedynie 16 respondentów (20% grupy) przyznało, że nie informuje pacjentek o czynnikach zwiększających ryzyko zachorowania na raka piersi.

Niemal wszyscy lekarze ginekolodzy (73 osoby – 91% badanej grupy) deklarują, iż udzielają swym pacjentkom informacji o czynnikach, jakie zwiększają ryzyko



Ryc. 1. Informowanie pacjentek o czynnikach zwiększających ryzyko zachorowania na raka piersi – ginekolodzy.

zachorowania na raka piersi. Tylko 7 ankietowanych (9% badanych) przyznało, że nie informuje pacjentek o owych czynnikach (ryc. 1).

Działaniem profilaktycznym w zakresie przeciwdziałania wystąpienia raka piersi zalecanym przez lekarzy rodzinnych pacjentkom jest samobadanie piersi (tak odpowiedziało 45 lekarzy – 56% badanej grupy). Lekarze rodzinni zalecają również mammografię (40 ankietowanych – 65% grupy), USG (23 osoby – 29% grupy) oraz biopsję (1 osoba – 10% ogółu) (tab. 1).

Ponad połowa lekarzy ginekologów (44 badanych – 55% respondentów) w ramach badań profilaktycznych zaleca swym pacjentkom samokontrolę piersi. 29 badanych (36% ankietowanych) postuluje wykonywanie badań USG, 12 osób (15% grupy) – badania mammograficzne. 11 respondentów (14% badanych) zaleca badania piersi w gabinecie lekarskim, 9 osób (11% ankietowanych) – rejestrację w poradni chorób sutka (tab. 2).

Lekarze rodzinni na pytanie dotyczące zmian wskazanych w celu poprawy jakości ich pracy oraz pracy lekarzy ginekologów zaproponowali: wspólne szkolenia (34 respondentów – 42% badanej grupy) oraz konferencje (27 osób – 34% ankietowanych), lepsze kontakty z NFZ – 19 osób (24% grupy). 18 osób (22% respondentów) nie widzi potrzeby wprowadzania zmian. Lekarze ginekolodzy postulują następujące zmiany w celu poprawy jakości pracy lekarzy ginekologów i lekarzy rodzinnych: wspólne konferencje (24 osoby – 30% grupy) i szkolenia (20 osób – 25% grupy) dotyczące programów profilaktycznych, większą refundację badań

Tabela 1. Działania profilaktyczne zalecane pacjentkom przez lekarzy rodzinnych.

Lp.	Działania profilaktyczne zalecane przez lekarzy pacjentkom	Lekarze rodzinni	
		Liczba	Procent
1.	Samobadanie piersi	45	56
2.	Mammografia	40	50
3.	USG	23	29

Tabela 2. Działania profilaktyczne zalecane pacjentkom przez ginekologów.

Lp.	Działania profilaktyczne zalecane przez lekarzy pacjentkom	Ginekolodzy	
		Liczba	Procent
1.	Samokontrola piersi	44	55
2.	USG	29	36
3.	Mammografia	12	15
4.	Badania piersi w gabinecie lekarskim	11	14
5.	Rejestracja w poradni chorób sutka	9	11

Pytanie wielokrotnego wyboru: odpowiedzi nie sumują się do 100%.

(6 osób – 7% badanych), lepsze kontrakty z NFZ (7 osób – 9% respondentów). 24 osoby (30% ogółu badanych) stwierdziło, że nie widzi potrzeby wprowadzania zmian.

#### WNIOSKI

Analiza zebranego materiału badawczego pozwoliła odpowiedzieć na postawione cele w następujący sposób: zarówno lekarze rodzinni, jak i ginekolodzy oceniają swoją wiedzę z zakresu profilaktyki chorób nowotworowych jako wystarczającą oraz deklarują doksztalcenie się w tym zakresie. Jednak swoją rolę w działaniach profilaktycznych ograniczają do rozmów o badaniach wczesnego wykrywania. Lekarze rodzinni nie czują się w obowiązku informowania pacjentek o objawach raka piersi, ginekolodzy zaś przekazują kobietom informacje o czynnikach zabezpieczających przed nowotworem, jak i o tych zwiększających ryzyko zachorowania.

1. Działania profilaktyczne lekarzy polegają na informowaniu pacjentek o konieczności przeprowadzania samobadania piersi, na zalecaniu mammografii kobietom po 50. roku życia oraz na wykonywaniu badań palpacyjnych piersi. Różnica w działaniach winna polegać na prewencji opierającej się na wywiadzie lekarskim, identyfikacji czynników ryzyka i konsultacji ze specjalistą (lekarze rodzinni) oraz na wywiadzie, identyfikacji oraz skierowaniu na badania przesiewowe (ginekolodzy).

2. Choć ankietowani postulują konieczność współpracy lekarzy rodzinnych z ginekologami, przyznają brak kontaktu, wymiany informacji oraz jasnego wskazania osoby/instytucji koordynującej badania profilaktyczne z zakresu raka piersi.

3. Pacjentki oczekują inicjatywy własnej lekarzy rodzinnych i ginekologów w kontrolowaniu ich zdrowia, wykonywaniu badań palpacyjnych piersi, instruowania w zakresie wykonywania samobadania piersi oraz sprawnej komunikacji lekarzy z pacjentkami, które to czynniki

mogą wpłynąć pozytywnie na skuteczność działań profilaktycznych z zakresu raka piersi.

4. Do najważniejszych koniecznych przekształceń systemu nadzoru i wykonywania badań w celu poprawy sytuacji epidemiologicznej w Polsce należą: odpowiednia organizacja procesów diagnostycznych, wieloletnie oraz konsekwentne prowadzenie programów wczesnego wykrywania nowotworów oraz efektywna współpraca lekarzy rodzinnych z ginekologami, mająca na celu koordynowanie działań oraz podejmowanie właściwych decyzji na etapie profilaktyki pierwszo- i drugorzędowej. □

#### Piśmiennictwo

1. Opolski T (red.): *Zdrowie publiczne. Szkoła Zdrowia Publicznego CKMP*, Warszawa 2011: 146. 2. Mazur J, Tabak I, Małkowska-Szcutnik A et al.: *Czynniki chroniące młodzież 15-letnią przed podejmowaniem zachowań ryzykownych*. IMiD, Warszawa 2008. 3. Paździoch S, Ryś A (red.): *Zdrowie publiczne. UWM Vesalius, Kraków 1996*. 4. Wojtczak A: *Zdrowie publiczne – wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku*. PZWL, Warszawa 2009; 60: 122-124, 174-175. 5. Wesołowska E: *Badania przesiewowe w zakresie wczesnego wykrywania raka piersi*. [W:] Meder J (red.): *Podstawy onkologii klinicznej*. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa 2011: 18. 6. Czupryna A, Paździoch S, Ryś A, Włodarczyk WC (red.): *Zdrowie publiczne. Vesalius, t. 1*, Kraków 2000; 20: 128. 7. Kozierekiewicz A (red.): *Biała Księga. Zwalczenie raka jelita grubego i raka piersi w Polsce na tle wybranych krajów europejskich*. Analiza zasobów systemu opieki onkologicznej i czynników warunkujących sukces. Ośrodek Analiz Uniwersyteckich Sp. z o.o., Warszawa-Kraków 2011: 78. 8. Chmielarczyk W, Galicka M, Kamińska G, Szymańska W: „Minimum Onkologiczne” dla lekarzy specjalizujących się w medycynie rodzinnej. SPEO Centrum Onkologii-Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, wyd. 1, Warszawa 2009: 47. 9. Godycki-Ćwirko M, Tomiak E, Wrzeciono B, Lukas W: *Zakres profilaktyki w podstawowej opiece zdrowotnej*. *Problemy Medycyny Rodzinnej* 2009(XI); 1: 2. 10. Rusinek G, Kowal A, Derkacz M et al.: *Badania diagnostyczne – co leży w kompetencjach lekarza rodzinnego?* *Family Medicine & Primary Care Review* 2010; 3(12): 810-811.

nadesłano: 21.05.2013  
zaakceptowano do druku: 18.07.2013

Adres do korespondencji:  
\*Katarzyna Spachowska  
Wydział Opieki Zdrowotnej SUM  
ul. Stefana Batorego 72/8, 41-506 Chorzów  
tel.: +48 607-877-075  
e-mail: k\_spachowska@interia.pl