

ZAŁĄCZNIK NR 2

AUTOREFERAT W JĘZYKU POLSKIM

AUTOREFERAT

dr n. med. Elżbieta Cipora

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Jana Grodka w Sanoku

Instytut Medyczny

Warszawa 2019

SPIS TREŚCI

1. Dane osobowe	4
2. Posiadane dyplomy, stopnie naukowe.....	4
2.1. Stopień naukowy doktora	4
2.2. Tytuł zawodowy magistra.....	4
2.3. Kształcenie podyplomowe	4
3. Informacje o dotychczasowym zatrudnieniu	5
4. Wskazanie osiągnięcia naukowego wynikającego z art. 16 ust. 2 ustawy z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz.U. 2016r. poz. 882 ze zm. w Dz.U. z 2016r. poz. 1311).....	5
4.1. Wykaz publikacji wchodzących w skład osiągnięcia naukowego.....	5
4.2. Omówienie celu naukowego cyklu publikacji powiązanych tematycznie i osiągniętych wyników wraz z omówieniem ich ewentualnego wykorzystania	7
4.2.1. Wprowadzenie i cel naukowy.....	7
4.2.2. Metody przeprowadzonych badań i przedstawienie wyników	9
4.2.3. Omówienie i znaczenie uzyskanych wyników badań w świetle badań innych autorów	31
4.2.4. Implikacje praktyczne w świetle przeprowadzonych badań.....	38
4.2.5. Piśmiennictwo w prezentowanym obszarze badawczym	40
5. Wykaz innych publikacji, doniesień zjazdowych, wykładów zrealizowanych w ramach programów europejskich oraz konferencji związanych z tematem osiągnięcia naukowego	46
5.1. Publikacje.....	46
5.2. Doniesienia zjazdowe	46
5.3. Zajęcia dydaktyczne w ramach programów europejskich.....	48
5.4. Przewodniczenie komitetom organizacyjnym krajowych i międzynarodowych konferencji onkologicznych, w których wystąpienia dotyczyły m.in. raka piersi.....	48
6. Pozostałe osiągnięcia naukowo-badawcze	49

1. Dane osobowe

Imię i nazwisko: Elżbieta Cipora
Obecnie zajmowane stanowisko: nauczyciel akademicki
Aktualne miejsce pracy: Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa
im. Jana Grodka w Sanoku Instytut Medyczny
ul. Mickiewicza 21, 38-500 Sanok

2. Posiadane dyplomy, stopnie naukowe

2.1. Stopień naukowy doktora

- **2008r.** - doktor nauk medycznych w zakresie biologii medycznej, nadany uchwałą Rady Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Gdańsku z dnia 17 stycznia 2008 roku
Tytuł rozprawy doktorskiej: *Epidemiologiczna analiza przyczyn hospitalizacji pacjentów w Oddziale Chirurgii w Sanoku oraz rodzaje potrzeb zdrowotnych populacji powiatu*
Promotor w przewodzie doktorskim: prof. dr hab. Irena Dorota Karwat
Recenzenci w przewodzie doktorskim: prof. dr hab. Marian Sygit, prof. dr hab. Zbigniew Śledziński

2.2. Tytuł zawodowy magistra

- **1991r.** - magister dydaktyki medycznej w zakresie pielęgniarstwa. Wydział Pielęgniarski Akademii Medycznej w Lublinie, 25 września 1991 r.
Tytuł pracy magisterskiej: *Wykorzystanie metody algorytmicznej w kształtowaniu umiejętności uczennic szkoły pielęgniarzkiej w oddziale chirurgicznym*
Promotor pracy magisterskiej: dr Wiesława Ciechaniewicz

2.3. Kształcenie podyplomowe

- *Studium przedmiotowo-metodyczne w zakresie pielęgniarstwa chirurgicznego.* Centrum Metodyczne Doskonalenia Nauczycieli Średniego Szkolnictwa Medycznego w Warszawie, Warszawa 1993.
- *Pierwszy stopień specjalizacji zawodowej w zakresie nauczania pielęgniarstwa.* Centrum Edukacji Medycznej w Warszawie, Warszawa 1994.
- *Drugi stopień specjalizacji zawodowej w zakresie nauczania pielęgniarstwa.* Centrum Edukacji Medycznej w Warszawie, Warszawa 1997.
- *Studia podyplomowe w zakresie organizacji i zarządzania oświatą.* Wyższa Szkoła Pedagogiczna w Rzeszowie, Wydział Pedagogiczny – Instytut Pedagogiki, Rzeszów 2001.

3. Informacje o dotychczasowym zatrudnieniu

1980-1982	Zespół Opieki Zdrowotnej w Brzozowie, Oddział Chirurgii Onkologicznej – pielęgniarka
1982-1985	Zespół Opieki Zdrowotnej w Sanoku, Oddział Chirurgii – pielęgniarka
1985-2012	Liceum Medyczne / Medyczna Szkoła Policealna im. A. Jenke w Sanoku – nauczyciel
2003-nadal	Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Jana Grodka w Sanoku, Instytut Medyczny – nauczyciel akademicki, w tym: ➤ 02.11.2005-31.08.2008: dyrektor Instytutu Pielęgniarstwa ➤ 01.09.2008-31.08.2012: prorektor ds. dydaktyki ➤ 01.09.2012 - nadal: rektor
2013-2014	Uniwersytet Rzeszowski, Wydział Medyczny, Instytut Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu – nauczyciel akademicki

4. Wskazanie osiągnięcia naukowego wynikającego z art. 16 ust. 2 ustawy z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz.U. 2016r. poz. 882 ze zm. w Dz.U. z 2016r. poz. 1311)

Podstawą ubiegania się o stopień naukowy doktora habilitowanego jest cykl 9 publikacji naukowych powiązanych tematycznie, opatrzonych tytułem:

Epidemiologia, profilaktyka i wybrane uwarunkowania życia kobiet z rozpoznaniem raka piersi

4.1. Wykaz publikacji wchodzących w skład osiągnięcia naukowego

- 1) **Cipora E, Konieczny M.** Rak piersi u kobiet jako problem zdrowotny współczesnej Europy. Public Health Forum 2018;IV(XII)2(45):108-114 (**praca oryginalna; MNiSW 7**)
- 2) **Cipora E, Konieczny M, Sawicka J.** Epidemiologia zachorowań na raka sutka w Polsce w latach 2001-2011. W: Jihlavské zdravotnické dny 2014 IV. ročník. Ošetrovatelství a porodní asistence 21. století. Sborník s mezinárodní konferencje. (red.) L. Cetlová, Z. Hudáková. Vysoká Škola Polytechnická Jihlava, Ceska Republika. Jihlava 2014:35-43 (**praca oryginalna, publikacja międzynarodowa**)

- 3) **Cipora E.** Profilaktyka raka piersi – znaczenie badań przesiewowych (Prevention of breast cancer - the importance of screening tests). *Journal of Education, Health and Sport*. 2017;7(8):1733-1749 (**praca oryginalna; MNiSW 7**)
- 4) **Cipora E.** Opóźnienia w leczeniu kobiet z rozpoznaniem raka piersi a wybrane czynniki demograficzne i społeczne. *Medycyna Pracy* 2019;70(1) doi.org/10.13075/mp.5893.00808 (**praca oryginalna; IF 0,610; MNiSW 15**)
- 5) **Cipora E, Ogrodnik B, Smoleń E.** Wybrane aspekty jakości życia kobiet po mastektomii-doniesienie wstępne. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*. 2015;9(3):176-181 (**praca oryginalna; MNiSW 6**)
- 6) **Cipora E.** Self-assessment of the health status of women diagnosed with breast cancer after surgery. *Journal of Education, Health and Sport*. 2017;7(10):298-309 (**praca oryginalna; MNiSW 7**)
- 7) **Cipora E, Konieczny M, Karwat ID, Rocznik W, Babuśka-Rocznik M.** Satisfaction with life among women with breast cancer - selected demographic and social factors. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine* 2018;25(2):314-319 (**praca oryginalna; IF 1,116; MNiSW 20**)
- 8) **Cipora E, Konieczny M, Karwat ID, Rocznik W, Babuśka-Rocznik M.** Surgical method of treatment and level of satisfaction with life among women diagnosed with breast cancer, according to time elapsed since performance of surgery. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine* 2018;25(3):453-459 (**praca oryginalna; IF 1,116; MNiSW 20**)
- 9) **Cipora E, Konieczny M, Sobieszczański J.** Acceptance of illness by women with breast cancer. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine* 2018;25(1):167-171 (**praca oryginalna; IF 1,116; MNiSW 20**)

Łączna wartość bibliometryczna publikacji składających się na osiągnięcie naukowe wynosi: **3,958 IF, 102 MNiSW**

4.2. Omówienie celu naukowego cyklu publikacji powiązanych tematycznie i osiągniętych wyników wraz z omówieniem ich ewentualnego wykorzystania

4.2.1. Wprowadzenie i cel naukowy

Nowotwory złośliwe stanowią jeden z głównych problemów zdrowotnych współczesnych społeczeństw. Są drugą, co do częstości przyczyną zgonów, po chorobach układu krążenia. Z analiz epidemiologicznych i prognoz symulacyjnych wynika, że w ciągu najbliższych kilkunastu lat sytuacja ta może ulec zmianie na niekorzyść. Nowotwory złośliwe mogą stanowić nawet pierwszą przyczynę zgonów w wielu krajach rozwiniętych. W polskim społeczeństwie także znacząco wzrasta zapadalność na nowotwory złośliwe. Z dostępnych danych epidemiologicznych wynika, że efekty leczenia chorób nowotworowych w Polsce są gorsze niż w wielu innych krajach Europy [1,2]. Wskazuje to na potrzebę poszukiwania rozwiązań, które mogą przyczynić się do poprawy sytuacji epidemiologicznej w zakresie zachorowalności i umieralności na choroby nowotworowe. Eksperci Światowej Organizacji Zdrowia szacują, że nadal będzie notowany wzrost zachorowań na nowotwory złośliwe, szczególnie wśród osób w starszych grupach wieku (po 65 roku życia) [3].

Występowanie wielu złośliwych chorób nowotworowych związane jest z płcią. Do tej grupy należy rak piersi, który głównie rozpoznawany jest wśród kobiet. Z danych opublikowanych przez Światową Organizację Zdrowia wynika, że w 2012 roku rozpoznano 1,67 mln nowych zachorowań na raka piersi. Oznacza to, iż rak piersi stanowi 25,2% wszystkich nowotworów zdiagnozowanych w populacji kobiet. Współczynnik zapadalności na raka piersi w Europie Zachodniej w 2012 roku był wysoki i wyniósł 96 zachorowań na 100 tysięcy kobiet. Dla Wschodniej Azji i Środkowej Afryki współczynnik ten był trzykrotnie niższy i wyniósł 27 zachorowań na 100 tysięcy kobiet [3,4]. Niepokojący jest fakt, że niemal jedna trzecia kobiet z rozpoznaniem raka piersi umiera. W roku 2012 na świecie odnotowano 1677 tys. zachorowań i 522 tys. zgonów z powodu raka piersi, przy czym 198 tys. zgonów dotyczyło kobiet zamieszkałych w krajach rozwiniętych, a pozostałe 324 tys. zamieszkałych w krajach rozwijających się [4].

W Polsce, w ciągu ostatnich trzydziestu lat liczba zachorowań na raka piersi wzrosła ponad dwukrotnie i w dalszym ciągu wskaźnik ten wykazuje tendencję wzrostową. W 2010 roku stwierdzono ponad 15700 nowych zachorowań na raka piersi, w 2012 – 17000, w 2015 – 18106 zachorowań, a w najbliższych latach liczba kobiet, u których zostanie zdiagnozowany ten nowotwór przekroczy 20000 [2,5].

Nie ma wątpliwości, że różne dane dotyczące zapadalności na raka piersi wynikają z poziomu efektywności profilaktyki i leczenia tego nowotworu w poszczególnych państwach Europy. W tej sytuacji warto jest poszukiwać i identyfikować czynniki, które sprawiają, że występuje zróżnicowanie w tym zakresie w poszczególnych krajach Europy. W oparciu o dostępną wiedzę istnieje konieczność poszukiwania i realizowania nowych rozwiązań poprawiających skuteczność profilaktyki, diagnostyki, leczenia chorób nowotwo-

rowych oraz wczesnej i późnej rehabilitacji. Ponieważ choroby nowotworowe są od 20 lat problemem zdrowia publicznego, konieczne jest prowadzenie prospektywnych badań epidemiologicznych w kierunku wykrywania przyczyn wzrostu zachorowalności i umieralności z powodu raka piersi. W oparciu o takie epidemiologiczne pomiary i analizy możliwe jest ustalenie potrzeb zdrowotnych (wyrażonych i niewyrażonych) w celu opracowywania celowych, wieloletnich programów w zakresie promocji zdrowia, profilaktyki, leczenia (kliniczne badania epidemiologiczne) i rehabilitacji kobiet z rakiem piersi. Kolejnym ważnym elementem, który ma wpływ na efekty leczenia kobiet z rozpoznaniem raka piersi jest fakt, że rak piersi często jest diagnozowany w stadium zaawansowanym, co skutkuje mało efektywnym leczeniem i niskim odsetkiem kobiet o 5-letnim czasie przeżycia. Wcześniej postawione rozpoznanie daje duże możliwości lepszego rokowania, włącznie z całkowitym wyleczeniem. Dlatego ważne są badania prowadzone w kierunku opóźnień w diagnozowaniu choroby i ich przyczyn, w tym także wykrywanie czynników ryzyka, często zaliczanych do modyfikowalnych. Są one podstawą do podejmowania działań zmierzających do obniżania czasu opóźnień w diagnozowaniu i leczeniu kobiet z rakiem piersi.

Wysokie współczynniki śmiertelności z powodu raka piersi w dużej mierze wynikają ze zbyt późno zdiagnozowanej choroby. Rzetelne fakty naukowe i dane statystyczne dają podstawę do zgłębiania potrzeb w zakresie profilaktyki wtórnej raka piersi. Działania w tym zakresie pozwalają na uczenie kobiet świadomego wyboru zachowań prozdrowotnych, które skutkują diagnozowaniem choroby jeszcze w stadium przedinwazyjnym. Służy temu niewątpliwie propagowanie wśród kobiet także takich zachowań prozdrowotnych, jak: systematyczne samobadanie piersi, udział w badaniach kontrolnych oraz w badaniach przesiewowych. Równie ważna jest profilaktyka pierwotna polegająca na prowadzeniu prozdrowotnego stylu życia w celu eliminowania lub łagodzenia czynników ryzyka zachorowania na raka piersi.

W celu uzyskania korzyści w zakresie obniżania zapadalności na raka piersi konieczne jest skuteczne prowadzenie edukacji zdrowotnej zmierzającej do podniesienia poziomu wiedzy społeczeństwa na temat nowotworów i kształtowania właściwych postaw prozdrowotnych, połączonych z czujnością onkologiczną. Istotne znaczenie ma konsekwentne wdrażanie pakietu onkologicznego, którego celem jest jak najszybsze zdiagnozowanie kobiety z podejrzeniem raka piersi oraz niezwłoczne objęcie jej kompleksową opieką i skoordynowanym leczeniem onkologicznym, a następnie programem stałej opieki polegającej na monitoringu stanu zdrowia po zakończeniu leczenia.

W prezentowanym cyklu publikacji wskazanych, jako osiągnięcie naukowe, badaniami objęto pacjentki z rozpoznaniem raka piersi, co było podstawowym kryterium doboru populacji do badań. Otrzymane wyniki poddano analizie statystycznej i przedstawiono w formie publikacji i doniesień zjazdowych. Każda praca zakończona jest syntetycznymi wnioskami, które mogą stanowić element doskonalący profesjonalną opiekę nad kobietami leczonymi z powodu raka piersi. Wdrożenie wniosków z badań powinno przyczynić się

do podniesienia jakości opieki nad chorymi na raka piersi oraz jakości życia z chorobą, poprawić skuteczność leczenia kobiet z rozpoznaniem raka piersi, a także podnieść jakość programów w zakresie promocji zdrowia.

Znaczącym elementem wzmacniającym powodzenie leczenia jest postawa osoby chorej i jej umiejętności w zakresie radzenia sobie w sytuacjach stresowych, a taką jest niewątpliwie rozpoznanie raka piersi. Niezwykle ważna jest akceptacja choroby, ponieważ taka postawa umożliwia osobie chorej przystosowanie się do życia w sytuacji zmienionej przez chorobę, a także ma pozytywny wpływ na proces leczenia i rehabilitacji. W onkologii przywiązuje się coraz większą uwagę nie tylko do zatrzymania procesu chorobowego, ale również do lepszego funkcjonowania kobiet w czasie terapii i po jej zakończeniu, w różnych obszarach życia. Szczególnie ważna, oprócz klinicznych wyników leczenia, jest jakość życia oraz związany z nią poziom satysfakcji z życia kobiet chorych na raka piersi. Skutki operacji chirurgicznej, która jest główną metodą leczenia raka piersi w różnym zakresie mogą zaburzać funkcjonowanie biopsychospołeczne osoby chorej. Ze względu na te uwarunkowania, należy diagnozować sytuację kobiet na różnych etapach choroby począwszy od rozpoznania, poprzez leczenie, rehabilitację i długi okres rekonwalescencji. Z tego względu uzasadnione jest podjęcie badań nad problemem opóźnień w leczeniu, akceptacją choroby, satysfakcją z życia oraz wpływem metody leczenia chirurgicznego na poziom satysfakcji z życia kobiet z rozpoznaniem raka piersi.

Celem głównym przeprowadzonych badań było zdiagnozowanie istotnych problemów związanych z promocją zdrowia, profilaktyką, leczeniem i uwarunkowaniami życia kobiet z rozpoznaniem raka piersi, także omówienie sytuacji epidemiologicznej pod względem zapadalności i śmiertelności z powodu raka piersi. W badaniach uwzględniono znaczenie czynników demograficznych i społecznych, takich jak: wiek, miejsce zamieszkania, poziom wykształcenia, aktywność zawodowa oraz znaczenie zastosowanej metody leczenia chirurgicznego w funkcjonowaniu kobiet z rozpoznaniem raka piersi w środowisku życia. Na podstawie wyników badań zaproponowano działania zmierzające do poprawy sytuacji kobiet chorych na raka piersi w trakcie leczenia i po jego zakończeniu, a także potrzeby w zakresie edukacji zdrowotnej.

4.2.2. Metody przeprowadzonych badań i przedstawienie wyników

Cykl publikacji przedstawiony do oceny składa się z 9 opublikowanych prac związanych tematycznie. W tej grupie 4 prace uzyskały wskaźnik oddziaływania IF i są indeksowane w bazie Journal Citation Reports, 3 prace są punktowane według listy MNIŚW, a 1 praca stanowi rozdział w monografii międzynarodowej.

W badaniach wzięły udział pacjentki z rozpoznaniem raka piersi. Dobór populacji do badań został dokonany na podstawie metody doboru celowego. Kryterium włączenia do badań było: udokumentowane rozpoznanie raka piersi, wiek powyżej 18 lat i zgoda na udział w badaniach. Wszystkie badania zostały zrealizowane zgodnie z zasadami etyki

badan naukowych i zapisami Deklaracji Helsińskiej. Każda osoba uczestnicząca w badaniach była poinformowana o celu badań i o możliwości rezygnacji z udziału na każdym etapie realizacji badania. Ponadto respondentki otrzymały informację o anonimowości udziału w badaniach i zostały zapewnione, że wyniki badań zostaną wykorzystane wyłącznie do celów naukowych. Przed przystąpieniem do badań właściwych wykonano badania pilotażowe, które służyły do testowania narzędzi badawczych.

Jako metody badawcze zastosowano sondaż diagnostyczny oraz analizę dokumentów. Narzędziami badawczymi były kwestionariusze ankiety własnego autorstwa oraz standardowe narzędzia: Skala Sprawności Karnofsky'ego, Skala Satysfakcji z Życia (SWLS), a także Skala Akceptacji Choroby (AIS).

Skala sprawności Karnofsky'ego pozwala na ocenę poziomu wydolności w zakresie funkcjonowania chorego w codziennym życiu. Skala ta jest wykorzystywana do określania poziomu samodzielności chorego w zakresie zaspokajania potrzeb i stopnia zależności od innych osób. Często ma zastosowanie w diagnozowaniu pacjentów z chorobami nowotworowymi. Skala sprawności Karnofsky'ego jest skalą numeryczną, która wyraża stopień sprawności badanego i stan jego zdrowia we wskaźnikach procentowych od 0 do 100, przy czym „100” oznacza brak jakichkolwiek odchyłeń od prawidłowego stanu organizmu, a „0” oznacza zgon. Wysokie wyniki osiągane w skali Karnofsky'ego można zinterpretować jako lepszą jakość życia, a niskie świadczą o gorszej jakości życia.

Skala satysfakcji z życia - SWLS (*Satisfaction With Life Scale*) autorstwa Dienera [6], w polskiej adaptacji Juczyńskiego [7] składa się z pięciu stwierdzeń i jest narzędziem pomiaru ogólnego wskaźnika poczucia zadowolenia z życia. Może być stosowana do badania osób dorosłych zarówno zdrowych, jak i chorych. W każdym z pięciu stwierdzeń, po zapoznaniu się z instrukcją, badana osoba dokonuje wyboru odpowiedzi w 7-stopniowej skali, w której liczba 1 oznacza – zupełnie nie zgadzam się, a liczba 7 – całkowicie zgadzam się. Po zsumowaniu odpowiedzi na poszczególne stwierdzenia skali, zakres wyników mieści się w przedziale punktowym 5-35. Wyższy wynik świadczy o wysokim poczuciu satysfakcji z życia, a niski wynik wskazuje na obniżenie satysfakcji. Wynik 7-10 stena (24-35 w wyniku surowym) świadczy o wysokiej satysfakcji z życia, 5-6 stena (18-23 w wyniku surowym) wskazuje na satysfakcję przeciętną, a 1-4 stena (5-17 w wyniku surowym) na niską. Ocena poziomu satysfakcji z życia stanowi wynik porównania aktualnej sytuacji własnej, z przyjętymi przez siebie standardami.

Skala Akceptacji Choroby - AIS (*Acceptance of Illness Scale*) opracowana przez Felton i wsp. [8] w adaptacji Juczyńskiego [7], służy do oceny stopnia akceptacji choroby u osób dorosłych. Składa się z ośmiu stwierdzeń, które opisują negatywne następstwa złego stanu zdrowia. Następstwa te skupiają się na uznaniu ograniczeń wynikających z choroby, obniżenia poczucia własnej wartości, braku samowystarczalności oraz poczucia zależności od innych. Osoba badana w każdym z ośmiu stwierdzeń w pięciostopniowej skali określa swój stan, wybierając właściwą dla siebie liczbę. Poszczególnym liczbom przypisane zosta-

ły następujące odpowiedzi: 1 – *zdecydowanie zgadam się*, 2 – *zgadzam się*, 3 – *nie wiem*, 4 – *nie zgadzam się*, 5 – *zdecydowanie nie zgadzam się*. Wybór liczby 1 oznacza całkowity brak akceptacji choroby, a liczby 5 jej pełną akceptację. Poziom akceptacji choroby określany jest po zsumowaniu punktów uzyskanych za każdą z odpowiedzi. Badany chory może uzyskać od 8 do 40 punktów. Osoby, które uzyskają wysokie wyniki, mają wyższy poziom akceptacji choroby, są lepiej przystosowane do choroby i mają mniejszy dyskomfort psychiczny z jej powodu. Natomiast niski wynik świadczy o silnym dyskomforcie psychicznym, nieprzystosowaniu do choroby i braku akceptacji swojego stanu, zmienionego chorobą.

Otrzymane wyniki zostały poddane szczegółowej kontroli technicznej, zakodowane i przedstawione w arkuszu kalkulacyjnym. Zmienne, o niskich wartościach liczbowych zostały połączone w szersze kategorie. W analizie statystycznej zastosowano program SPSS. Do oceny zmiennych ilościowych zastosowano analizę wariancji ANOVA oraz testy: tau-c Kendalla, U Manna Whitney'a (dla 2 prób) i Kruskala Wallisa (dla więcej niż 2 prób). Za istotną statystycznie przyjęto wartość $p < 0,05$.

Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym u kobiet w Europie. Z prognoz epidemiologicznych wynika, że liczba zachorowań na ten nowotwór nadal będzie wzrastała [9,10]. Niekorzystne zmiany stylu życia, rosnące zagrożenia związane z zanieczyszczeniem środowiska, świadoma rezygnacja kobiet z macierzyństwa, to tylko niektóre z wielu czynników, które mogą przyczyniać się do wzrostu częstości zachorowań na raka piersi [11,12]. Postęp w medycynie i poprawa świadomości zdrowotnej kobiet, to czynniki postrzegane, jako te, które mają wpływ na większą liczbę nowych rozpoznań raka piersi.

Cipora E, Konieczny M. Rak piersi u kobiet jako problem zdrowotny współczesnej Europy. Public Health Forum 2018;IV(XII)2(45):108-114 (MNiSW 7)

Celem pracy było przedstawienie sytuacji epidemiologicznej kobiet w zakresie zachorowalności i umieralności na raka piersi w krajach Europy, ze szczególnym uwzględnieniem sytuacji w Polsce.

Dokonano przeglądu i analizy danych epidemiologicznych dostępnych w medycznych bazach danych: EUCAN - *International Agency for Research on Cancer*, Globocan - *Estimated Cancer Incidence, Mortality* oraz w Krajowym Rejestrze Nowotworów.

W 2012 roku rak piersi był najczęściej diagnozowanym nowotworem złośliwym u kobiet mieszkających w Europie. W tym samym roku również umieralność kobiet w Europie z powodu nowotworów złośliwych była największa w wyniku raka piersi (16,8% zgonów) [4]. W poszczególnych krajach europejskich sytuacja pod względem zachorowalności i śmiertelności była zróżnicowana. Najwyższa zachorowalność na raka piersi w 2012 roku wystąpiła w Belgii - 147,5; Finlandii - 121,0; Francji - 118,6; Szwecji - 108,2 i w Norwegii - 98,4. W tych krajach współczynniki śmiertelności przedstawiały się następująco: Belgia - 29,5; Finlandia - 19,7; Francja - 23,7; Szwecja - 19,5; Norwegia - 18,3. Najniższy współczynnik zachorowalności wystąpił w Rumunii - wyniósł 66,2, ale współczyn-

nik śmiertelności w tym kraju był wysoki i wynosił 21,6. Na Litwie współczynnik śmiertelności był jeszcze wyższy - wyniósł 24,5, przy współczynniku zachorowalności 69,8. Natomiast w Polsce przy współczynniku zachorowalności 69,9, współczynnik śmiertelności wyniósł 19,7. W krajach skandynawskich zachorowalność kobiet na raka piersi była znacznie wyższa niż w Polsce, ale współczynnik śmiertelności był na podobnym poziomie [13].

W Europie w 2012 roku średnia względnych przeżyć 5-letnich kobiet z rozpoznaniem raka piersi wyniosła 81,8%. Najwyższe względne przeżycia - powyżej 85% dotyczyły kobiet w Islandii, Francji i Szwecji, a najniższe - poniżej 70% odnotowano na Litwie i Łotwie. W Polsce względne przeżycia kobiet z rozpoznaniem raka piersi wyniosły 71,6% i były niższe od średniej europejskiej o ponad 10 punktów procentowych [14].

Czynnikami, który ma wpływ na czas przeżycia kobiet z rozpoznaniem raka piersi są opóźnienia w diagnostyce i leczeniu. Z badań Jassem i wsp. [15]. wynika, iż najkrótsze opóźnienia wystąpiły u kobiet w Polsce - 11,5 tyg., następnie na Litwie - 12,2 tyg., w Serbii - 12,9 tyg. i na Słowacji - 13,2 tyg. Natomiast najdłuższe opóźnienia odnotowano w Rumunii - 25,5 tyg. i na Łotwie - 17,5 tyg. Najkrótsze opóźnienia z winy pacjentek stwierdzono na Węgrzech - 3,4 tyg., w Polsce - 3,6 tyg., na Słowacji - 4,0 tyg., a najdłuższe na Litwie - 6,17 tyg. i w Rumunii - 6,02 tyg. Opóźnienia systemozależne najkrótsze wystąpiły na Litwie - 8,3 tyg., w Serbii - 9,2 tyg., w Polsce - 9,5 tyg. Najdłuższe opóźnienia systemozależne odnotowano w Rumunii - 20,4 tyg. [15].

Porównanie umieralności kobiet z powodu raka piersi do liczby zachorowań daje obraz efektywności leczenia kobiet chorych na raka piersi w poszczególnych krajach Europy, ale też może wskazywać na poziom jakości profilaktyki wtórnej. W ostatnich latach widoczne jest obniżenie o około 20-30% współczynników umieralności w krajach skandynawskich. W Polsce również wykazano zmniejszenie umieralności z powodu raka piersi, ale w mniejszym stopniu niż w krajach skandynawskich [5,16].

Sytuacja epidemiologiczna w zakresie raka piersi u kobiet w Europie stanowi o tym, że konieczne jest podejmowanie interwencji mających na celu poprawę wskaźników zachorowalności i umieralności. Najważniejsze działania powinny skupiać się na motywowaniu kobiet do udziału w badaniach przesiewowych, promocji karmienia piersią, propagowaniu aktywnego stylu życia i właściwego odżywiania. Wykazywanie zachowań prozdrowotnych w tym zakresie można uzyskać niemal wyłącznie poprzez zwiększanie świadomości i wiedzy kobiet o raku piersi oraz poprzez organizację akcji i kampanii prozdrowotnych. Ważne znaczenie mają również działania podejmowane wobec kobiet chorych, polegające m.in. na ścisłym przestrzeganiu standardów leczenia i konsekwencji we wdrażaniu jednolitej strategii postępowania klinicznego, monitorowaniu jakości leczenia onkologicznego oraz stanu zdrowia kobiet po zakończonej terapii.

W podsumowaniu należy stwierdzić, iż w krajach Europy występuje systematyczny wzrost zachorowań na raka piersi. Sytuacja w poszczególnych państwach pod względem zachorowalności i umieralności kobiet z powodu raka piersi jest zróżnicowana. Konieczne

jest monitorowanie sytuacji epidemiologicznej w zakresie zachorowalności i śmiertelności w celu zwiększenia skuteczności oddziaływania programów edukacyjnych. Umiejętności wyboru zachowań prozdrowotnych przez kobiety będą skutkowały obniżeniem wymienionych wyżej wskaźników.

Wyniki badań epidemiologicznych, zarówno tych retrospektywnych, jak i prospektywnych, pozwalają na ocenę sytuacji zdrowotnej społeczeństwa w zakresie określonej jednostki chorobowej. Rozpoznanie potrzeb zdrowotnych i społecznych jest podstawą do prowadzenia polityki zdrowotnej w zakresie chorób nowotworowych.

Cipora E, Konieczny M, Sawicka J. Epidemiologia zachorowań na raka sutka w Polsce w latach 2001-2011. W: Jihlavské zdravotnické dny 2014 IV. ročník. Ošetrovatelství a porodní asistence 21. století. Sborník s mezinárodní konferencí. (red.). L. Cetlová, Z. Hudáková. Vysoká Škola Polytechnická Jihlava, Ceska Republika. Jihlava 2014:35-43.

Celem pracy była ocena dynamiki zachorowań na raka piersi u kobiet w Polsce w latach 2001-2011 z uwzględnieniem sytuacji epidemiologicznej w poszczególnych województwach Polski i powiatach województwa podkarpackiego. Dane i informacje zebrano w oparciu o Raporty Krajowego Rejestru Nowotworów za lata 2001-2011 [2]. Analizie poddano dane epidemiologiczne dotyczące raka piersi: liczbę zachorowań w poszczególnych latach, liczbę zachorowań i zgonów w podziale na grupy wieku, liczbę zachorowań i zgonów w podziale na województwa, liczbę zachorowań i zgonów w poszczególnych powiatach województwa podkarpackiego.

W czasie dziesięciu lat (2001-2011) w Polsce rozpoznano u kobiet 151869 nowych zachorowań na raka piersi. Wykazano tendencję wzrostową liczby zachorowań na raka piersi w poszczególnych latach. W 2001 roku zdiagnozowano 12118 nowych przypadków raka piersi u kobiet, w 2005 roku 13385 zachorowań, w 2010 roku 15784 zachorowania, a rok później 16534 nowych zachorowań. W 2011 roku na raka piersi zachorowało o 4416 kobiet więcej niż w 2001 roku, co stanowi wzrost liczby zachorowań o 36,44%.

W analizie epidemiologicznej ważne jest uwzględnienie liczby zachorowań i zgonów w podziale na grupy wieku. Najwięcej zachorowań (4355) odnotowano u kobiet w wieku 55-64 lata, co stanowiło 28,67% ogólnej liczby zachorowań na raka piersi. Niewiele mniej zachorowań (40391) stwierdzono u kobiet w przedziale wieku 45-54 lata – 26,59%. Odnotowano również 126 przypadków zachorowania na raka piersi u kobiet w wieku 15-24 lata, a nawet u dziewcząt w grupie wieku 5-14 lat stwierdzono 2 przypadki zachorowań.

Liczba zgonów z powodu raka piersi w porównaniu do liczby zachorowań była wysoka, a częstość ich występowania wzrastała wraz z wiekiem chorych. U kobiet najstarszych, w wieku 85 lat i powyżej odnotowano większą liczbę zgonów (4663) niż zachorowań (3576). Sytuacja taka mogła wynikać z niezdiagnozowania raka piersi w czasie życia kobiet, tylko dopiero po jej zgonie. Może to wskazywać, między innymi na brak badań profilaktycznych u osób starszych. Znaczny odsetek zgonów (70,85%) w porównaniu do liczby

zachorowań wystąpił również u kobiet w wieku 75-84 lata. U kobiet w przedziale wieku 15-24 lata wykazano 13 przypadków zgonów, co stanowiło 10,32% zgonów w stosunku do odnotowanych zachorowań.

W dalszej kolejności analizie poddano liczbę zachorowań i liczbę zgonów kobiet z powodu raka piersi w podziale na województwa, w latach 2001-2011. Najwięcej zachorowań stwierdzono wśród kobiet zamieszkałych w województwie mazowieckim (20858) i śląskim (18439), przy czym należy zwrócić uwagę, iż znaczny odsetek ludności Polski mieszka w województwie mazowieckim (13,4%) i wielkopolskim (8,8%). Najmniej zachorowań odnotowano w województwach lubuskim (3735) i opolskim (3931), przy odsetku ludności zamieszkałej w tych województwach odpowiednio 2,6% i 2,8% ogółu ludności Polski. W województwie podkarpackim liczba zachorowań na raka piersi w analizowanym okresie czasu wyniosła 6269, przy udziale procentowym 5,5% osób zamieszkałych w tym województwie w strukturze ludności Polski. Należy zwrócić uwagę, że był to najniższy poziom zachorowalności na raka piersi u kobiet na terenie Polski [17].

Największy odsetek zgonów miał miejsce wśród kobiet zamieszkałych w woj. śląskim (42,69%), następnie w woj. świętokrzyskim (39,71%) i dalej w woj. podkarpackim (38,98%). Zaskakująca jest tak duża liczba zgonów (2444) w stosunku do liczby zachorowań (6269) w woj. podkarpackim.

Na terenie województwa podkarpackiego, w zróżnicowaniu powiatowym, najwięcej zachorowań odnotowano w powiecie rzeszowskim (1084), następnie w powiatach: krośnieńskim (538) i przemyskim (439). Liczba zgonów kobiet w tych powiatach z powodu raka piersi w latach 2001-2011 była najwyższa i wyniosła 403 w powiecie rzeszowskim, 218 w krośnieńskim oraz 165 w przemyskim. Natomiast najwyższe odsetki zgonów w stosunku do liczby zachorowań wystąpiły w powiatach: jasielskim (46,94%), sanockim (44,06%), i dębickim (43,87%). Najniższy odsetek zgonów (30,89%) odnotowano w powiecie kolbuszowskim. Przyczyną takiej sytuacji epidemiologicznej w poszczególnych powiatach woj. podkarpackiego mogły być m.in. rodzaje zachowań zdrowotnych społeczeństwa oraz struktura demograficzna osób zamieszkałych na tym terenie.

Wnioski:

1. W latach 2001-2011 w Polsce nastąpił wzrost zachorowań na raka piersi wśród kobiet. Nowotwór ten najczęściej diagnozowany był u kobiet w wieku 55-64 lata oraz 45-54 lata.
2. Wraz z wiekiem kobiet wzrastała śmiertelność z powodu raka piersi. Najwięcej zgonów dotyczyło kobiet w wieku 85 lat i powyżej, a następnie w wieku 75-84 lata.
3. Występowanie zachorowań i zgonów u dziewcząt oraz młodych kobiet wskazuje na konieczność wzmocnienia czujności onkologicznej wobec tej grupy osób.
4. Znaczne zróżnicowanie regionalne w zakresie zachorowań na raka piersi w Polsce wskazuje na potrzebę dalszego prowadzenia badań epidemiologicznych z uwzględnieniem sytuacji demograficznej i społecznej mieszkańców.

Poprawa sytuacji zdrowotnej kobiet w zakresie raka piersi jest możliwa głównie poprzez prowadzenie skutecznej profilaktyki polegającej na ujednoliconych działaniach obniżających ryzyko zachorowania na tę chorobę. Profilaktyka pierwszej fazy (pierwotna) ma na celu zmniejszenie ryzyka zachorowania oraz obniżenie zapadalności i śmiertelności. Polega na poprawie wiedzy zdrowotnej i świadomości społeczeństwa w zakresie czynników ryzyka zachorowania na raka piersi, poprzez zalecanie wczesnego macierzyństwa, karmienie piersią, kształtowania właściwych nawyków żywieniowych i aktywności fizycznej. Działania w zakresie profilaktyki wtórnej dotyczą wczesnego rozpoznawania raka piersi i polegają na uświadamianiu kobietom znaczenia systematycznej samoobserwacji w kierunku ewentualnej patologii w obrębie piersi, a także na prowadzeniu nauki samobadania gruczołu piersiowego. Bardzo ważnym elementem profilaktyki wtórnej są badania skrininowe pozwalające na rozpoznanie nowotworu w fazie przedinwazyjnej [18]. Badania te dotyczą grupy kobiet w wieku 50-69 lat, szczególnie narażonych na wystąpienie raka piersi i należy je wykonywać regularnie, zgodnie z planem, bezpłatnie.

Cipora E. Profilaktyka raka piersi – znaczenie badań przesiewowych (Prevention of breast cancer - the importance of screening tests). *Journal of Education, Health and Sport*. 2017;7(8):1733-1749 (MNIŚW 7)

Celem pracy było przedstawienie pożądaných zachowań i działań z zakresu profilaktyki raka piersi ze zwróceniem szczególnej uwagi na znaczenie badań przesiewowych. Dokonano analizy aktualnego piśmiennictwa naukowego oraz doniesień opublikowanych na stronach Ministerstwa Zdrowia.

W dokumentach American Cancer Society (ACS) i Polskiego Komitetu Zwalczania Raka w schemacie wczesnego wykrywania raka piersi wymieniane są: samobadanie piersi, badanie lekarskie i mammografię [18]. Samobadanie piersi powinno być systematycznie wykonywane przez każdą kobietę począwszy od 20 roku życia, 2-3 dni po zakończeniu miesiączki, w pozycji stojącej i leżącej [19]. Kobiety po menopauzie powinny nadal wykonywać samobadanie, co najmniej raz w miesiącu w określonym dniu [20].

Istotnym działaniem w profilaktyce jest uświadomienie kobietom konieczności niezwłocznego udania się do lekarza w sytuacji stwierdzenia w samobadaniu jakiegokolwiek nieprawidłowości w budowie piersi [21,22]. Jeśli w samobadaniu nie stwierdza się niepokojących zmian, kobieta również powinna raz w roku poddać się badaniu lekarskiemu.

Eksperti Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) nie rekomendują, jako metody skriningu samobadania i lekarskiego badania piersi [19]. Jednak wykonywanie samobadania piersi, uważanego również za nieinwazyjny test przesiewowy, jest przejawem dbałości kobiet o własne zdrowie i często pozwala na wcześniejsze postawienie diagnozy, zwiększa skuteczność leczenia w sytuacji rozpoznania raka piersi [18,21].

American Cancer Society (ACS) zaleca kobietom od 40-tego roku życia systematyczną kontrolę lekarską z oceną indywidualnego ryzyka zachorowania na raka piersi i poradami

dotyczącymi metod wczesnego diagnozowania raka piersi. Badanie kliniczne piersi jest celowe, ponieważ w mammografii mogą być niewidoczne niektóre wyczuwalne palpacyjnie zmiany rozrostowe w piersi. Ponadto, badanie to szczególnie u kobiet nieobjętych bezpłatnymi badaniami skriningowymi może skutecznie przyczynić się do wczesnego rozpoznania raka piersi [23]. Ultrasonografia (USG) piersi jest badaniem zalecanym szczególnie kobietom w wieku 20-40 lat, a w sytuacji zlecenia lekarskiego również kobietom młodszym i starszym. Jest szczególnie przydatna w diagnozowaniu zmian torbielatowych i litych, a także zmian patologicznych w piersiach o przewodzie tkanki gruczołowej. Stosowanie jednocześnie ultrasonografii i mammografii zwiększa czułość oceny zmian chorobowych w piersi do poziomu 96-98% [18,19].

We wczesnej diagnostyce raka piersi najbardziej istotne znaczenie ma mammografia, która od 2006 roku w Polsce jest wykonywana, jako badanie skriningowe dla kobiet w wieku 50-69 lat, które w przeszłości i obecnie nie chorowały na raka piersi. Skrining mammograficzny składa się z dwóch etapów: podstawowego i pogłębionej diagnostyki. Każda badana kobieta jest rejestrowana w Centralnym Systemie Informatycznym Monitorowania Profilaktyki SIMP. System oceny Breast Imaging Retorting and Data System (BIRADS) jest standardem opisu mammograficznego [18,24]. Bezbolesność, bezinwazyjność i dostępność, to atuty mammografii. Specyficzność tego badania określana jest na 89-90%, a czułość na poziomie 63-95% [23,25].

Obecnie określone są zalecenia dotyczące wykonywania badań profilaktycznych wśród kobiet, u których nie występują dodatkowe czynniki ryzyka i objawy raka piersi w określonych grupach wieku oraz procedury dla kobiet zaliczonych do grupy wysokiego i bardzo wysokiego ryzyka zachorowania na raka piersi [24,26].

Skrining mammograficzny jest na tyle skuteczny, że ryzyko umieralności kobiet może być obniżone o 15-35% [15]. Problemem w profilaktyce raka piersi w Polsce jest zbyt mała zgłaszalność kobiet na mammografię, ale w ciągu ostatnich lat nastąpiła pewna poprawa w tym względzie, ale niezadowalająca. W 2007 roku skorzystało z badania 39,37% kobiet, w 2010 roku 39,07%, w 2012 – 42,92%, a w 2014 roku 44,16% kobiet objętych programem. Udział kobiet w wieku 50-69 lat w skriningu był zróżnicowany pod względem podziału na poszczególne województwa. Najwyższa zgłaszalność była w województwach lubuskim (53,62%) i lubelskim (53,20%), najniższa w małopolskim (35,44%) i świętokrzyskim (39,45%) [27]. Rekomendowany przez Ekspertów Unii Europejskiej poziom udziału w badaniach przesiewowych wynosi powyżej 75% [28].

Aktualnie w Polsce profilaktyka wtórna raka piersi realizowana jest w oparciu o Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi, który jest częścią Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych [27]. W ramach programu realizowane są działania, których celem jest poprawa zgłaszalności kobiet na badania przesiewowe, kontrola jakości mammografii i szkoleń dla osób wykonujących badania oraz opisujących wy-

niki badań. W ramach kontroli jakości mammografii za rok 2014 wykazano wzrost jakości tych badań, w porównaniu do dwóch poprzednich lat [27].

Zdecydowana większość – 96,25% kobiet w badaniach Buli i Kurpas zadeklarowało, że potrafi wykonać samobadanie piersi, ale tylko 21,25% respondentek badanie to wykonywało regularnie [29]. W badaniach Zadarko-Domaradzkiej i wsp. [30] 26,3% kobiet, co miesiąc wykonywało samobadanie, a na mammografii obecnych było 56% respondentek. Najdyhor i wsp. [31] w swoich badaniach stwierdzili, że 64% kobiet w wieku 50 lat i powyżej wykonywało samobadanie piersi, a 68% respondentek było zdania, iż nie skorzystały z mammografii, pomimo zaproszenia na to badanie. Powodem niepodjęcia działań profilaktycznych przez respondentki był niski poziom wiedzy na temat pożądanego zachowania, a powodem niekorzystania z mammografii najczęściej lęk przed zdiagnozowaniem raka piersi [31].

W swoich badaniach Khakbazan i wsp. [32] przedstawili interakcje społeczne i emocjonalne oraz wnioskowali wdrażanie programów edukacyjnych w celu poprawy wczesnego rozpoznawania raka piersi [32]. Na potrzebę edukacji kobiet w swoich badaniach zwrócili uwagę również Adamowicz i wsp. [33] oraz Njadyhor i wsp. [31]. W Narodowym Programie Zwalczania Chorób Nowotworowych na lata 2016-2024 zaplanowano nie tylko działania prowadzące do zwiększenia udziału kobiet w skriningu mammograficznym, ale również działania informacyjno-edukacyjne [34]. Zaproponowano działania z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki skierowane do kobiet oraz do kadry medycznej, w tym do lekarzy rodzinnych, z zamiarem wzmocnienia czujności onkologicznej.

Wnioski:

1. Niezbędne jest doskonalenie programów profilaktycznych pod względem ich skuteczności w zakresie wzmocniania czynników chroniących, a jednocześnie zmniejszających ryzyko zachorowania na raka piersi.

2. Najważniejszym elementem profilaktyki jest poprawa świadomości kobiet w zakresie udziału w badaniach przesiewowych, poprzez przekonanie ich o znaczeniu mammografii we wczesnym rozpoznawaniu raka piersi.

3. Należy wprowadzać nowe, skuteczne metody edukacji zdrowotnej i doskonalić programy edukacyjne pod względem treści w nich zawartych oraz form przekazywania informacji w celu bardziej efektywnego motywowania kobiet do samoopieki i świadomego korzystania z badań profilaktycznych.

Skuteczność leczenia kobiet z rakiem piersi w dużym stopniu zależy od czasu, jaki upłynął od zdiagnozowania choroby nowotworowej do podjęcia leczenia. W aktualnym piśmiennictwie za optymalne kryterium czasowe opóźnień w leczeniu kobiet z rakiem piersi przyjmuje się okres jednomiesięczny – od pierwszej konsultacji lekarskiej do rozpoczęcia leczenia [35,36]. Opóźnienia w leczeniu kobiet mogą wynikać z postaw chorych, personelu medycznego, funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, a także z biologii nowotworów

[37]. Dotychczas badania dotyczące przyczyn i czasu opóźnień w rozpoznawaniu i leczeniu raka piersi w Polsce były prowadzone, m.in. przez: Grodecką-Gazdecką i wsp. [38], Maślacha i wsp. [39], Pawlickiego i Michalczyka [40], Jassem i wsp. [15]. Jednak opóźnienia w leczeniu w dalszym ciągu stanowią istotny problem onkologiczny osób chorych i ich najbliższych. Niewiele jest dostępnych publikacji z tego zakresu, dlatego konieczne jest dalsze prowadzenie badań w celu diagnozowania czasu opóźnień w leczeniu, ich przyczyn i następstw.

Cipora E. Opóźnienia w leczeniu kobiet z rozpoznaniem raka piersi a wybrane czynniki demograficzne i społeczne. Medycyna Pracy 2019;70(1), doi.org/10.13075/mp.5893.00808 (IF 0,610, MNiSW 15)

Celem badań było określenie przyczyn i czasu opóźnień w leczeniu kobiet z rozpoznaniem raka piersi oraz określenie znaczenia czynników demograficznych i społecznych w występowaniu opóźnień. Badania przeprowadzono w Podkarpackim Ośrodku Onkologicznym w Brzozowie. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego i analizy dokumentów. Wykorzystanym narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety i protokół naukowo-badawczy. Badaniami objęto 250 kobiet, a do analiz statystycznych przyjęto 231 poprawnie wypełnionych przez badane osoby kwestionariuszy. Jako kryterium opóźnienia w leczeniu kobiet przyjęto czas, co najmniej 1 miesiąca (30 dni) od odbycia pierwszej konsultacji onkologicznej do podjęcia leczenia.

W badanej grupie najmłodsza respondentka miała 30 lat, najstarsza 88 lat. Metody leczenia raka piersi u chorych kobiet były zróżnicowane. Dla wszystkich 231 badanych osób średni czas, od odbycia pierwszej konsultacji u lekarza onkologa, do rozpoczęcia leczenia wyniósł 7,5 tygodni. Niewiele ponad $\frac{1}{3}$ (37,2%) kobiet miała rozpoczęte leczenie przeciwnowotworowe w okresie do jednego miesiąca, od czasu odbycia pierwszej konsultacji onkologicznej. Była to grupa, u której nie stwierdzono opóźnień i dla tych kobiet średni czas oczekiwania na rozpoczęcie leczenia wyniósł 2,3 tygodnia. Natomiast u 145 kobiet (62,8%) stwierdzono opóźnienia w leczeniu, przy czym średni czas oczekiwania na podjęcie terapii w tej grupie wyniósł 12,6 tygodnia.

Przyczynami opóźnień w leczeniu, według badanych najczęściej były: lęk przed rozpoznaniem choroby nowotworowej (36,4%), długie oczekiwanie na wyniki badań (10,0%) oraz długi czas oczekiwania na badania specjalistyczne (10,0%). U trzech respondentek, powodem opóźnienia w leczeniu była błędnie postawiona diagnoza.

Najczęściej opóźnienia w leczeniu dotyczyły kobiet najstarszych, tj. w wieku 70 lat i więcej (80,0%), najrzadziej kobiet w wieku 60-69 lat (47,8%). Stwierdzono zależność istotną statycznie między wiekiem chorych kobiet, a występowaniem opóźnień w leczeniu – $p=0,014$.

Wykazano, że cechą, która miała związek z opóźnieniami w leczeniu był stan cywilny badanych kobiet. W grupie panien, kobiet rozwiedzionych i wdów opóźnienia dotyczyły

większości osób zaliczonych do tej subpopulacji (73,0%). Natomiast w grupie kobiet, które były w związkach opóźnienia dotyczyły 58,9% respondentek. Stwierdzono, że pozostawanie w związku małżeńskim lub partnerskim było czynnikiem zmniejszającym ryzyko występowania opóźnień w leczeniu raka piersi ($p=0,049$).

Innym czynnikiem, który miał znaczenie dla częstości występowania opóźnień w leczeniu raka piersi była aktywność zawodowa. U kobiet aktywnych zawodowo znacznie częściej (73,3%) w porównaniu z niepracującymi (54,0%) występowały opóźnienia w leczeniu choroby – $p=0,002$.

Wykazano, że nieco wyższy był odsetek kobiet zamieszkujących w największych miastach, u których nie stwierdzono opóźnień w leczeniu. Natomiast problem ten częściej dotyczył kobiet mieszkających na wsi i w mniejszych miastach. Nie stwierdzono tu jednak różnic znamienych statystycznie. Podobnie, poziom wykształcenia i wyuczony zawód nie różnicowały w sposób istotny statystycznie częstości występowania opóźnień w leczeniu raka piersi.

W badaniach własnych, takie zachowania, jak lęk przed rozpoznaniem nowotworu (36,4%) i brak zgody na proponowane metody leczenia (3,5%) określono, jako przyczyny opóźnień z winy pacjentek. Opóźnienia te dotyczyły 39,9% kobiet. Harirchi i wsp. [41] w swoich badaniach wśród irańskich kobiet z rakiem piersi stwierdzili, że opóźnienia w rozpoznaniu i leczeniu raka piersi z winy pacjentek dotyczyły 31,7% badanych. W światowym piśmiennictwie w grupie czynników wpływających na powstawanie opóźnień wymienia się czynniki demograficzne, w tym młody wiek pacjentek, jako powód nie objęcia ich programami przesiewowymi oraz czynniki socjalne i rasowe [42,43,44,45].

Rastad i wsp. [46] wskazali, jako przyczynę opóźnień w leczeniu irańskich kobiet z rozpoznaniem raka piersi niedostrzeganie u siebie czynników ryzyka, lęk przed rozpoznaniem raka, brak wiedzy na temat choroby i błędną diagnozę lekarską. W badaniach własnych błędnie postawiona diagnoza była przyczyną opóźnień w leczeniu u trzech kobiet. Według Unger-Saldaña i Infante-Castañeda [47] opóźnienia w rozpoznawaniu i leczeniu raka piersi były wynikiem relacji między pacjentką, a służbą zdrowia w kontekście społeczno-kulturowym. Nie bez znaczenia były przy tym indywidualne cechy pacjentki, które mogą mieć wpływ na interpretację objawów i podejmowane decyzje. W badaniach własnych brak zgody pacjentki na proponowaną metodę leczenia był przyczyną opóźnień u 8 kobiet (3,5%).

W podsumowaniu należy podkreślić, że problem opóźnień w leczeniu kobiet chorych na raka piersi dotyczył większości badanych. Do najczęściej występujących przyczyn opóźnień należały: lęk przed diagnozą, długi czas oczekiwania na badania specjalistyczne i długi czas oczekiwania na wyniki badań. Wiek, stan cywilny i aktywność zawodowa miały znamieny wpływ na wystąpienie opóźnień w leczeniu kobiet chorych na raka piersi. Natomiast miejsce zamieszkania, poziom wykształcenia i wyuczony zawód nie miały istotnego znaczenia na występowanie opóźnień w terapii. Konieczne jest prowadzenie badań, głównie

epidemiologicznych, w kierunku diagnozowania czasu trwania opóźnień i ich przyczyn, w celu poprawy skuteczności leczenia kobiet chorych na raka piersi.

Jakość życia kobiet z rozpoznaniem raka piersi stanowi aktualnie istotne zagadnienie badawcze. Badania skupiają się nie tylko na pomiarze ogólnej jakości życia, ale także na różnych jej aspektach. Można zauważyć związek z rozpoznaniem raka piersi i zastosowaną metodą leczenia chirurgicznego, a funkcjonowaniem kobiet, przekładający się na jakość życia [48,49].

Cipora E, Ogrodnik B, Smoleń E. Wybrane aspekty jakości życia kobiet po mastektomii – doniesienie wstępne. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne. 2015;9(3):176-181 (MNiSW 6)

Celem pracy była ocena jakości życia kobiet po mastektomii i wybranych jej uwarunkowań. Badaniem objęto 110 kobiet po amputacji piersi – pacjentek Oddziału Chirurgii Onkologicznej i Oddziału Chemioterapii Szpitala Specjalistycznego Podkarpackiego Ośrodka Onkologicznego w Brzozowie. Badania zostały przeprowadzone w latach 2013-2014. Narzędzie badawcze stanowił autorski kwestionariusz ankiety i narzędzie standardowe - skala Karnofsky'ego, wykorzystana do oceny sprawności fizycznej i funkcjonalnej samodzielności respondentek. Średnia wieku badanych wyniosła 55,5 lat, przy czym najmłodsza osoba miała 31 lat, a najstarsza 83 lata. Czas, jaki upłynął od wykonania mastektomii u badanych osób był zróżnicowany. Niewiele ponad $\frac{1}{3}$ respondentek (35,4%) miała wykonaną mastektomię w okresie przed 1-3 miesiącami. Taki sam odsetek przed 4-6 miesiącami. U niespełna $\frac{1}{5}$ respondentek od wykonania mastektomii minęło 12 miesięcy. U pozostałych kobiet czas od wykonania operacji usunięcia piersi wyniósł 7-12 miesięcy.

Kobiety po mastektomii najczęściej oceniały jakość swojego życia na poziomie dostatecznym - 53,3%, na poziomie dobrym - 31,4%, a na poziomie bardzo dobrym - 8,6% badanych. Natomiast 6,7% respondentek uważało, że ich jakość życia była zła. Nie stwierdzono zależności istotnych statystycznie w zakresie samooceny jakości życia kobiet z udziałem takich cech, jak wiek, stan cywilny, wykształcenie i miejsce zamieszkania badanych.

Z jakością życia wiąże się satysfakcja z życia. Zdecydowana większość respondentek wskazała na poziom satysfakcji w kategorii dostateczny (71,3%). W ocenie dobry poziom satysfakcji z życia został zadeklarowany przez 15,7% kobiet, zły przez 9,3%, bardzo dobry przez 2,8%, a bardzo zły przez 0,9% kobiet. Stwierdzono zależność istotną statystycznie ($p < 0,001$) między samooceną jakości życia, a samooceną satysfakcji z życia przez kobiety po przebytej mastektomii. Respondentki, które oceniły w wyższych kategoriach jakość swojego życia po amputacji piersi, również lepiej oceniły satysfakcję z życia.

Badane kobiety dokonały również samooceny stanu swojego zdrowia. Ponad połowa respondentek (59,1%) oceniło swój stan zdrowia na poziomie dobrym, a blisko $\frac{1}{3}$ (29,1%) stwierdziła, że był on na poziomie dostatecznym. Bardzo dobrze stan swojego zdrowia oceniło 7,3% kobiet, a 4,5% było zdania, że stan ich zdrowia był zły. Większość - 58,3% kobiet

po przebytej mastektomii uważała, że stan ich zdrowia po amputacji piersi uległ pogorszeniu, w porównaniu do okresu przed operacją. W odczuciu 19,4% badanych wykonana operacja nie miała znaczenia dla ich stanu zdrowia. Nieznacznie mniej - 18,5% kobiet było zdania, że stan ich zdrowia po zabiegu uległ poprawie. Na poziom stanu zdrowia w opinii badanych w największym stopniu wpłynęła chemioterapia (52,7%) i niska sprawność fizyczna organizmu (24,5%). W dalszej kolejności wymieniane były: radioterapia (16,4%), obrzęk kończyny górnej po stronie operowanej (16,4%), a także dolegliwości bólowe (9,1%). Kobiety, które oceniły stan swojego zdrowia w wyższych kategoriach, również lepiej oceniły satysfakcję z życia. Wykazano tu zależność istotną statystycznie na poziomie $p < 0,001$.

Istotnym elementem związanym bezpośrednio z satysfakcją życia, jakością życia i stanem zdrowia jest sprawność funkcjonalna człowieka, która w omawianej pracy została oceniona za pomocą skali Karnofsky'ego. Jest to skala powszechnie wykorzystywana w onkologii. Umożliwia dokonanie oceny funkcjonalnych możliwości chorego i poziomu wydolności organizmu. Skala ta w postaci liczbowej określa stan sprawności fizycznej i funkcjonalnej samodzielności [50]. W badaniach własnych średnia wydolność kobiet w skali Karnofsky'ego wyniosła 68,8 (SD 12,2, Me 60,0) co oznacza, iż kobiety po mastektomii były wydolne w zakresie samoobsługi, ale nie były w pełni zdolne do prowadzenia normalnej aktywności lub wykonywania pracy zawodowej.

Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, że w samoocenie chorych mastektomia miała znaczący wpływ na jakość życia kobiet leczonych z powodu raka piersi. Wskazane jest prowadzenie dalszych badań dotyczących jakości życia i jej uwarunkowań, ponieważ monitorowanie tych elementów umożliwi planowanie i realizację przedsięwzięć w celu poprawy funkcjonowania kobiet z rakiem piersi w środowisku ich życia.

Cieężkość i rozległość procesu chorobowego, objawy oraz następstwa leczenia sprawiają, że u kobiet z rozpoznaniem raka piersi występują przykre dolegliwości i ograniczenia wynikające z choroby.

Cipora E. Self-assessment of the health status of women diagnosed with breast cancer after surgery. Journal of Education, Health and Sport. 2017;7(10):298-309 (MNiSW 7)

Celem badań było przedstawienie samooceny stanu zdrowia kobiet leczonych chirurgicznie z powodu raka piersi. Badania przeprowadzono wśród 121 kobiet, aktualnie leczonych lub będących pod kontrolą Podkarpackiego Ośrodka Onkologicznego w Brzozowie, po przebytym leczeniu chirurgicznym. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z użyciem autorskiego kwestionariusza ankiety. Kwestionariusz ankiety zawierał pytania dotyczące danych demograficznych i społecznych, występujących problemów zdrowotnych i funkcjonowania kobiet po leczeniu operacyjnym oraz samooceny stanu zdrowia badanych osób. Do analizy statystycznej wykorzystano Program SPSS v. 17.0. Wartość $p < 0,05$ uznano za istotną statystycznie.

W badanej grupie najwięcej było kobiet w przedziale wieku 46-55 lat. Przed zdiagnozowaniem raka piersi czynnych zawodowo było 73,6% respondentek, a na etapie prowadzenia badań wykonywanie pracy zawodowej zadeklarowało 48,8% respondentek. Operację oszczędzającą pierś w przeszłości przeżyło 57,9% kobiet, a pozostałe miały wykonaną mastektomię - 42,1%. Zdecydowana większość kobiet w czasie badań była w trakcie leczenia onkologicznego. Tylko nieliczne osoby już zakończyły leczenie i były objęte monitorowaniem stanu zdrowia w poradni onkologicznej.

Badane kobiety dokonały samooceny ogólnego stanu zdrowia. Największą grupę stanowiły osoby, które oceniły swój stan zdrowia jako dobry (43,0%). Zbliżony był odsetek kobiet (39,7%), które określiły swój stan zdrowia w kategorii - dostateczny. Co dziesiąta badana (9,9%) oceniła swój ogólny stan zdrowia na niedostateczny. Tylko 7,4% kobiet było zdania, że ogólny stan ich zdrowia jest bardzo dobry. Nie stwierdzono zależności istotnej statystycznie w samoocenie stanu zdrowia przez badane kobiety zależnie od rodzaju przebytej operacji.

Z danych dotyczących samooceny stanu zdrowia psychicznego wynika, że największą grupę - 43,0% stanowiły respondenci, które określiły je w kategorii - dostateczny, niewiele mniej - 38,0% osób oceniło je jako dobry, 14,0% kobiet - niedostateczny, a tylko 5,0% swój stan zdrowia oceniło jako bardzo dobry. Nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie w samoocenie stanu zdrowia psychicznego w badanej grupie, zależnie od rodzaju wykonanej operacji.

Leczenie operacyjne raka piersi dość często skutkuje wystąpieniem problemów i zaburzeń, głównie w sferze psychicznej. U większości respondentek zaburzenia te polegały na obniżeniu poczucia kobiecości, niezadowolenia z własnego ciała, obniżeniu poczucia własnej wartości. Kobiety z rozpoznaniem raka piersi najczęściej obawiały się nasilenia problemów zdrowotnych, odczuwały przygnębienie i bezsilność oraz były zdania, iż występujące problemy zdrowotne, co pewien czas wpływają na ich codzienne funkcjonowanie.

Istotne jest, iż w badaniach własnych wśród respondentek, które pracowały zawodowo przed rozpoznaniem raka piersi - 66,3% kobiet po leczeniu chirurgicznym ponownie podjęło pracę zawodową. Podobne wyniki w swoich badaniach uzyskali Ridan i wsp. [51], stwierdzając że po jednostronnej mastektomii do pracy zawodowej powróciło ponad 70% respondentek, a jednocześnie autorzy ci stwierdzili, że amputacja piersi ograniczyła Amazunki w życiu zawodowym i prywatnym z powodu obniżenia sprawności ruchowej.

Samoocena stanu zdrowia w badaniach własnych odzwierciedliła samopoczucie kobiet oraz była okazją do wyrażenia przez nie emocji i obaw wynikających z choroby. Kobiety miały zachwiane poczucie kobiecości, często obniżyło się u nich zadowolenie z własnego ciała, a także poczucie własnej wartości. W badaniach Mroczek i wsp. [52] stwierdzono, że wpływ na samoocenę stanu zdrowia kobiet po mastektomii miały negatywne emocje wynikające z poczucia straty po amputacji piersi oraz z lęku o życie. Podobnie, w badaniach Zdończyka [53] stwierdzono, że niepożądane skutki leczenia miały wpływ na postrzeganie

obrazu swojego ciała przez Amazonki, co wpłynęło na samoocenę ich wartości. Awick i wsp. [54] oraz Bauman i wsp. [55] zauważyli, że czynnikiem poprawiającym poziom samooceny kobiet z rakiem piersi była systematyczna aktywność fizyczna.

Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, iż problemy zdrowotne ograniczały w codziennym funkcjonowaniu niemal wszystkie pacjentki z rozpoznaniem raka piersi. Kobiety najczęściej obawiały się nasilenia problemów zdrowotnych i wynikających z nich trudności, przygnębienia oraz bezsilności. Respondentki wiązały przebyty zabieg operacyjny z występowaniem zaburzeń w sferze psychicznej. Najczęściej były to: obniżenie poczucia kobiecości, niezadowolenie z wyglądu własnego ciała oraz obniżenie poczucia własnej wartości. Wystąpiły różnice w samoocenie stanu zdrowia zależnie od rodzaju interwencji chirurgicznej. Kobiety po przebytej mastektomii częściej oceniały ogólny stan zdrowia w gorszej kategorii (poziom dostateczny), aniżeli respondentki po operacji oszczędzającej (poziom dobry). Taka tendencja została zachowana także przy samoocenie zdrowia psychicznego. Poziom oceny stanu zdrowia przez badane kobiety, rodzaje problemów zdrowotnych oraz brak aktywności zawodowej u ponad $\frac{1}{3}$ respondentek, świadczy o niewystarczającym poziomie realizacji rehabilitacji, jako pełnego procesu medyczno-społecznego.

Rak piersi, jako jednostka chorobowa oraz liczba i rodzaj problemów wynikających z jej diagnozowania i leczenia, a także skuteczność leczenia i poziom rozwiązywania problemów mają podstawowe znaczenie w ocenie satysfakcji z życia przez badane kobiety. Satysfakcja z życia jest postrzegana również, jako zadowolenie z życia. Jest to ważny czynnik dobrego samopoczucia, stanowiący istotny element zdrowia. Ocena poziomu satysfakcji z życia jest dokonywana na podstawie porównania własnej sytuacji życiowej z przyjętymi standardami. Poziom ten zależy od wielu czynników, których dokładne poznanie może przyczynić się do poprawy komfortu życia osoby z rozpoznaniem choroby nowotworowej [56]. W związku z faktem, że rak piersi wpływa na poziom funkcjonowania kobiet w każdej sferze życia, satysfakcja z życia kobiet z rakiem piersi powinna być przedmiotem badań naukowych.

Cipora E, Konieczny M, Karwat ID, Rocznik W, Babuśka-Rocznik M. Satisfaction with life among women with breast cancer - selected demographic and social factors. Annals of Agricultural and Environmental Medicine 2018;25(2):314-319 (IF 1,116, MNiSW 20)

Celem pracy była ocena satysfakcji z życia kobiet z rozpoznaniem raka piersi, z uwzględnieniem wybranych czynników społecznych i demograficznych.

Badaniami objęto 121 kobiet leczonych chirurgicznie z powodu raka piersi w Podkarpackim Ośrodku Onkologicznym w Brzozowie. Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego, z zastosowaniem autorskiego kwestionariusza ankiety oraz Skali Satysfakcji z Życia (Satisfaction With Life Scale – SWLS). Autorski kwestionariusz ankiety składał się z pytań pogrupowanych w 4 obszary zagadnień: dane demograficzne, sytuacja

społeczna, przeszłość zdrowotna oraz obecna sytuacja zdrowotna kobiet i jej uwarunkowania. Do potrzeb tego badania wykorzystano dwie grupy zagadnień, tj. dane demograficzne i dane dotyczące sytuacji społecznej pacjentek. Skala Satysfakcji z Życia posłużyła do oceny poziomu zadowolenia z warunków życia i własnych osiągnięć badanych kobiet. Składała się z pięciu stwierdzeń, z których każde było oceniane w siedmiu stopniach. W analizie statystycznej zastosowano program SPSS v. 17.0. Przyjęto $p < 0,05$, jako wartość istotną statystycznie.

Poziom satysfakcji z życia dla osób badanych ogółem wyniósł 20,67 w wyniku surowym (Me 21, SD 4,63). W skali stenowej była to wartość 5,64 (Me 6,0, SD 1,66). Kobiety w wieku 25-45 lat swoją satysfakcję z życia oceniły w wyniku surowym na 21,97 i była to wartość istotnie wyższa, w porównaniu do wyniku 20,07 uzyskanego przez kobiety w wieku powyżej 45 roku życia ($p = 0,042$). Mimo, że surowy wynik SWLS wskazał na zróżnicowanie istotne statystycznie ze względu na wiek, to jednak wartości średnie i mediany wykazywały tylko niewielkie różnice. Po przeliczeniu wartości na skalę stenową nie stwierdzono zależności znamiennej statystycznie ($p = 0,088$).

Stan cywilny badanych kobiet nie był cechą istotnie różnicującą ich satysfakcję z życia. Wartości uzyskane przez kobiety pozostające w związku, jak i w innych kategoriach stanu cywilnego, były do siebie zbliżone (20,48 wobec 20,78).

Poziom wykształcenia nie miał istotnego znaczenia dla wyniku satysfakcji z życia badanych osób. Kobiety z wykształceniem zawodowym i średnim miały najwyższy poziom satysfakcji z życia – 20,86 (5,73 stena), tylko nieznacznie niższy wynik – 20,82 (5,66 stena) odnotowano wśród kobiet z wykształceniem wyższym, natomiast najniższą wartość SWLS – 19,74 (5,26 stena) uzyskały kobiety legitymujące się wykształceniem podstawowym.

Znacznie wyższy poziom satysfakcji z życia uzyskały osoby zamieszkałe w mieście – 22,04 (6,15 stena), w porównaniu do mieszkanek wsi – 18,56 (4,85 stena). Zależność w tym zakresie była wysoce istotna statycznie ($p = 0,000$). Wykazano, że poziom satysfakcji z życia był zróżnicowany ze względu na miejsce zamieszkania kobiet.

Poziom satysfakcji z życia respondentek z uwzględnieniem ich warunków materialnych nie był znamienne zróżnicowany. Kobiety, które określiły swoje warunki materialne jako bardzo dobre, uzyskały wynik SWLS 20,71 (5,58 stena). Niewiele wyższą wartość – 20,75 (5,70 stena) osiągnęły kobiety, które stwierdziły, że ich warunki materialne są dobre, natomiast dla kobiet o warunkach materialnych na poziomie dostatecznym wartość SWLS wyniosła 20,58 (5,60 stena).

Aktywność zawodowa jest jednym z elementów, który daje możliwości samorealizacji, a tym samym może determinować poziom satysfakcji z życia. Przed rozpoznaniem raka piersi satysfakcja z życia wśród kobiet pracujących zawodowo wyniosła 20,65 (5,66 stena), u kobiet niepracujących była nieco wyższa i wyniosła 20,72 (5,56 stena). Wartości te były do siebie zbliżone. Po przebytym leczeniu z powodu raka piersi kobiety aktywne zawodowo swoją satysfakcję z życia oceniły na poziomie 21,2 (5,80 stena), natomiast kobiety

niepracujące na niższym poziomie – 20,16 (5,48 stena). Również ta różnica nie była istotna statystycznie.

Odpowiedzi respondentek na poszczególne pytania skali SWLS różniły się ze względu na wiek kobiet. Zdecydowanie częściej satysfakcja z życia mierzona w każdym wyznaczniku skali SWLS była wyższa wśród osób młodszych (25-45 lat) aniżeli w subpopulacji kobiet zaliczonych do starszej kategorii wieku (>45 lat).

Kolejną cechą różnicującą poziom satysfakcji z życia było miejsce zamieszkania kobiet leczonych z powodu raka piersi. Respondentki mieszkające na wsi uzyskały niższe wyniki w skali SWLS aniżeli mieszkanki miast. W każdej z kategorii skali SWLS miejsce zamieszkania badanych było cechą znamienne różnicującą kategorię odpowiedzi. Wartość p dla poszczególnych stwierdzeń kształtowała się na poziomie $p=0,001$ oraz $p=0,000$.

Satysfakcja z życia kobiet z rozpoznaniem raka piersi w badaniach własnych wyniosła 20,67 w wyniku surowym, a w skali stenowej – 5,64. W badaniach Tate i wsp. [57] satysfakcja z życia dla osób z rozpoznaniem raka piersi wyniosła 23,2. Natomiast Koc i wsp. [58] wykazali, że satysfakcja z życia kobiet poddanych chemioterapii i leczeniu chirurgicznemu z powodu raka piersi wyniosła zaledwie 18,8.

Kobiety w wieku 25-45 lat w badaniach własnych swoją satysfakcję z życia oceniły wyżej niż respondentki powyżej 45 roku życia. Ze względu na wiek badanych satysfakcja z życia była zróżnicowana w sposób istotny statystycznie, ale tylko w wyniku surowym. Takiej zależności nie stwierdzono w skali stenowej. Odmienne wyniki w swoich badaniach uzyskali Bettencourt i wsp., [59] dowodząc, iż wyższy poziom satysfakcji z życia miały kobiety starsze.

Poziom wykształcenia respondentek w badaniach własnych nie miał istotnego znaczenia w ocenie poziomu satysfakcji z życia, niemniej jednak najniższy poziom wykształcenia był determinantem najniższego poziomu satysfakcji z życia (19,74 – wynik surowy, 5,26 stena). W badaniach Bettencourt i wsp. [59] wyższy poziom satysfakcji z życia miały kobiety lepiej wykształcone.

Tate i wsp. [57] w swoich badaniach stwierdzili, że wiek, stan cywilny, aktywność zawodowa badanych miały znaczący wpływ na dobre samopoczucie i były związane z lepszą jakością życia. Podobnie w badaniach własnych wiek determinował satysfakcję z życia kobiet, natomiast w przypadku stanu cywilnego oraz aktywności zawodowej nie stwierdzono takiej zależności.

Innym czynnikiem wpływającym na wyższą satysfakcję z życia kobiet z nowotworem piersi był lepszy dostęp tych kobiet do informacji. Molenaar i wsp. [60] dowiedli, że respondentki, które otrzymały na płycie CDROM informacje na temat mastektomii i operacji oszczędzającej piersi oceniły wyżej swoje funkcjonowanie fizyczne i satysfakcję z życia w porównaniu do kobiet, którym przekazano informację ustną lub w formie broszur.

Rolę wsparcia duchowego dla wzrostu nadziei, szczęścia i zadowolenia z życia podkreślili w swoich badaniach Fallah i wsp. [61]. Na związki duchowości z satysfakcją z życia zwrócili uwagę również w swoich badaniach Hebert i wsp. [62] oraz Tate i wsp. [57]. Autorzy ci wykazali, że osoby bardziej zaangażowane w praktyki religijne były również bardziej zadowolone i miały wyższą satysfakcję z życia.

Wnioski:

1. Kobiety chore na raka piersi uzyskały w skali SWLS średni wynik 5,64 stena, co odpowiada przeciętnemu poziomowi satysfakcji z życia.

2. Poziom satysfakcji z życia (tylko w wyniku surowym) zależał w sposób istotny statystycznie od wieku badanych. Kobiety młodsze oceniły wyżej swoją satysfakcję z życia niż starsze.

3. W ocenie satysfakcji z życia najwyższa różnica wystąpiła ze względu na miejsce zamieszkania badanych. Kobiety mieszkające w miastach osiągnęły znacznie wyższy poziom satysfakcji z życia niż mieszkanki wsi.

4. Poziom wykształcenia, aktywność zawodowa, stan cywilny i warunki materialne respondentek nie miały istotnego znaczenia w ocenie przez nie satysfakcji z życia.

Jedną z najczęściej stosowanych metod terapii u kobiet z rozpoznaniem raka piersi jest leczenie chirurgicznie, polegające na wykonaniu operacji oszczędzającej piersi lub na całkowitym usunięciu gruczołu piersiowego. Rodzaj leczenia chirurgicznego może mieć wpływ na poziom satysfakcji z życia kobiet.

Cipora E, Konieczny M, Karwat ID, Roczniak W, Babuśka-Roczniak M. Surgical method of treatment and level of satisfaction with life among women diagnosed with breast cancer, according to time elapsed since performance of surgery. Annals of Agricultural and Environmental Medicine 2018;25(3):453-459 (IF 1,116, MNiSW 20)

Po leczeniu chirurgicznym raka piersi, które uważane jest za najbardziej skuteczną metodę terapii, życie kobiet zmienia się we wszystkich sferach funkcjonowania. Sprawia to, iż satysfakcja z życia kobiet uznawana za wyznacznik jakości i zadowolenia z życia ulega obniżeniu [63]. Satysfakcja z życia jest odzwierciedleniem funkcjonowania człowieka w wymiarze biologicznym, psychicznym i społecznym. Na jej poziom mogą mieć wpływ m.in. stan zdrowia, sytuacja rodzinna, status społeczny, udzielane wsparcie. Satysfakcja z życia może być również czynnikiem wzmacniającym kobietę w walce z chorobą nowotworową.

Celem badań była ocena poziomu satysfakcji z życia kobiet po chirurgicznym leczeniu raka piersi zależnie od rodzaju operacji i czasu, jaki upłynął od jej wykonania.

Badania przeprowadzono na grupie 121 kobiet z rozpoznaniem raka piersi po leczeniu operacyjnym w Podkarpackim Ośrodku Onkologicznym w Brzozowie. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Narzędziami badawczymi były Skala Satysfakcji z Życia (SWLS) Dienera i wsp., w adaptacji Z. Juczyńskiego [6,7] oraz kwestionariusz ankiety wła-

snego autorstwa. Skala Satysfakcji z Życia była narzędziem do oceny zadowolenia z własnych osiągnięć i warunków życia badanych kobiet. Kwestionariusz ankiety został wykorzystany w zakresie następujących zagadnień badawczych – sytuacji demograficznej, sytuacji społecznej oraz przeszłości zdrowotnej badanych kobiet z uwzględnieniem rodzaju zastosowanego leczenia chirurgicznego. Dla potrzeb analizy statystycznej zastosowano program SPSS v. 17.0. Wartość $p < 0,05$ przyjęto za istotną statystycznie.

Większość respondentek (68,6%) stanowiły kobiety w wieku powyżej 45 lat. Niemal $\frac{1}{3}$ badanych (31,4%), to kobiety w wieku 25–45 lat. Odsetek respondentek, które były w związkach wyniósł 63,6%, osoby zaliczone do pozostałych kategorii stanu cywilnego stanowiły 36,4% badanych. Wykształcenie zawodowe lub średnie zadeklarowała największa grupa – 52,9% respondentek, wykształcenie wyższe 31,4%, a podstawowe 15,7% kobiet. Mieszkankami miast było 60,3% kobiet, pozostałe 39,7% respondentek mieszkało na wsi. Bardzo dobrze swoje warunki materialne oceniło 19,8% kobiet, dobrze 36,4%, a na poziomie dostatecznym 43,8%.

W badanej grupie operację oszczędzającą pierś wykonano u 57,9% kobiet, pozostałe 42,1% respondentek było po mastektomii. Średni poziom satysfakcji z życia dla wszystkich badanych w wyniku surowym wyniósł 20,67 ($Me = 21,00$, $SD = 4,63$), w skali stenowej 5,64 ($Me = 6,00$; $SD = 1,66$). Kobiety po mastektomii swoją satysfakcję z życia oceniły na poziomie 18,12 ($Me = 18,00$, $SD = 3,70$), w skali stenowej 4,73 ($Me = 5,00$, $SD = 1,25$). Kobiety po operacji oszczędzającej pierś ten rodzaj satysfakcji oceniły znacznie wyżej – 22,53 ($Me = 23,00$, $SD = 4,37$), w skali stenowej wynik ten wyniósł 6,30 ($Me = 6,00$, $SD = 1,62$). Wystąpiła zależność istotna statystycznie w zakresie satysfakcji z życia między kobietami, u których wykonano amputację piersi, a tymi które przebyły operację oszczędzającą ($p < 0,05$). Analiza wartości skali SWLS w poszczególnych stwierdzeniach wykazała, że kobiety po mastektomii w każdym ze stwierdzeń niżej oceniły swoją satysfakcję z życia niż respondentki po operacji oszczędzającej pierś.

Poddano również analizie poziom satysfakcji z życia kobiet, z uwzględnieniem czasu, jaki upłynął od wykonania operacji. Najwyżej satysfakcję z życia oceniły kobiety, u których wykonano operację w okresie powyżej 1 roku do 2 lat, osiągając w wyniku surowym 21,87, a w skali stenowej 6,09. U respondentek, które miały wykonaną operację w okresie 2 do 5 lat satysfakcja z życia wyniosła 17,91 w wyniku surowym, a 4,65 w skali stenowej. Najniżej satysfakcję z życia oceniły kobiety, u których operacja była wykonana w okresie do 1 roku, osiągając w wyniku surowym 20,85, a w skali stenowej 5,68. Różnice w ocenie satysfakcji z życia w badanej grupie z uwzględnieniem czasu, jaki upłynął od wykonania operacji były istotne statystycznie: $p = 0,003$ – wynik surowy, $p = 0,002$ – wynik w skali stenowej. Wyniki osiągnięte przez badane kobiety w poszczególnych stwierdzeniach skali SWLS, z uwzględnieniem czasu, jaki upłynął od wykonania operacji w badanej grupie były zróżnicowane istotnie statystycznie ($p < 0,05$).

W dalszym postępowaniu badawczym analizie poddano poziom satysfakcji z życia kobiet, zależnie od rodzaju operacji i czasu jaki upłynął od jej wykonania. Kobiety po mastektomii, u których operacja była wykonana w okresie do 1 roku osiągnęły średni wynik satysfakcji z życia 5,00 stena (wynik surowy – 19,00). Kobiety po leczeniu oszczędzającym wyżej oceniły swój poziom satysfakcji – 6,13 stena w wyniku surowym – 22,06, $p=0,027$. Wystąpiły zależności istotne statystycznie w twierdzeniach trzecim ($p=0,041$), czwartym ($p=0,030$) i piątym ($p=0,000$). Ponadto we wszystkich stwierdzeniach skali SWLS kobiety, które przeszły operację oszczędzającą pierś osiągnęły wyższy poziom satysfakcji z życia, w porównaniu do kobiet po amputacji piersi.

Kobiety po mastektomii wykonanej w okresie powyżej 1 roku do 2 lat oceniły znacznie niżej swoją satysfakcję z życia niż kobiety, które miały wykonaną operację oszczędzającą pierś ($p=0,000$). W poszczególnych stwierdzeniach skali, kobiety po operacji oszczędzającej pierś osiągnęły wyższe wyniki w porównaniu do kobiet po mastektomii. Wykazano również zależności istotne statystycznie – w stwierdzeniach: pierwszym ($p=0,035$), drugim ($p=0,011$), trzecim, czwartym i piątym ($p=0,000$).

Kobiety, u których upłynęło od 2 do 5 lat od wykonania mastektomii, poziom satysfakcji z życia oceniły na 4,27 stena (16,73 – wynik surowy), natomiast respondentki, które przebyły operację oszczędzającą w tym samym czasie osiągnęły satysfakcję na poziomie 5,38 stena (20,13 – wynik surowy). Wystąpiła zależność istotna statystycznie ($p<0,05$) zarówno w wyniku surowym, jak i w skali stenowej. W każdym stwierdzeniu skali SWLS kobiety po operacji oszczędzającej wyżej oceniły satysfakcję z życia, niż osoby po amputacji piersi. Wystąpiły zależności istotne statystycznie między kobietami po mastektomii i kobietami po operacji oszczędzającej, które przebyły operację w okresie od 2 do 5 lat w stwierdzeniach pierwszym ($p=0,017$) i trzecim ($p=0,029$) skali SWLS.

Z publikacji wielu autorów wynika, że kobiety chore na raka piersi w obliczu konieczności podjęcia wyboru metody leczenia chirurgicznego najczęściej wybierają mastektomię [64,65,66]. W swoich badaniach Veronesi i wsp. [67] stwierdzili, że czas długotrwałej przeżywalności u kobiet po mastektomii i operacji oszczędzającej pierś był taki sam, nie różnił się ze względu na rodzaj operacji.

Wnioski:

1. Kobiety, które przebyły operację oszczędzającą pierś osiągnęły wysoką satysfakcję z życia, natomiast respondentki po wykonanej mastektomii miały znacznie niższy poziom satysfakcji z życia.

2. Czas, jaki upłynął od wykonania operacji miał istotne statystycznie znaczenie dla poziomu satysfakcji z życia kobiet z rakiem piersi. Najwyższy wynik w skali SWLS uzyskały kobiety, które przebyły operację w czasie powyżej 1 roku do 2 lat, natomiast kobiety, u których czas od wykonania zabiegu był dłuższy – wyniósł od 2 do 5 lat oceniły satysfakcję z życia znacznie niżej.

3. Kobiety, które przebyły operację oszczędzającą pierś oceniły satysfakcję z życia wyżej aniżeli kobiety, które miały wykonaną mastektomię, w każdym z trzech analizowanych przedziałów czasowych. Najwyższy wynik w skali stenowej – 6,73 - osiągnęły kobiety, które przebyły operację oszczędzającą w okresie powyżej 1 roku do 2 lat, a najniżej satysfakcję z życia oceniły respondentki, które miały wykonaną mastektomię w czasie powyżej 1 roku do 2 lat – 4,08 stena.

4. Konieczne są naukowe i praktyczne działania mające na celu poprawę satysfakcji z życia wobec kobiet po leczeniu chirurgicznym raka piersi. Działania te powinny być skierowane przede wszystkim do kobiet, które przebyły leczenie chirurgiczne w okresie od 2 do 5 lat. Ponadto szczególnym wsparciem należy objąć kobiety po mastektomii wykonanej w okresie powyżej 1 roku do 2 lat.

Kobieta z rozpoznaniem raka piersi wymaga długotrwałego i złożonego procesu leczenia, rehabilitacji oraz opieki. Istotne znaczenie w szeroko rozumianej terapii ma możliwość jak najszybsza akceptacja choroby przez kobiety. Skutkuje to pozytywnym nastawieniem do leczenia, zwiększa możliwości i umiejętności życia z chorobą, a tym samym wpływa pozytywnie na efekty leczenia. Akceptacja choroby jest wyrazem pogodzenia się ze stanem swojego zdrowia. Umożliwia faktyczną ocenę własnej sytuacji zdrowotnej, przez co motywuje do walki z chorobą [68,69,70,71].

Cipora E, Konieczny M, Sobieszczański J. Acceptance of illness by women with breast cancer. Annals of Agricultural and Environmental Medicine 2018;25(1):167-171 (IF 1,116, MNiSW 20)

Celem pracy było określenie stopnia akceptacji choroby nowotworowej przez kobiety leczone z powodu raka piersi.

Badania przeprowadzono na grupie 231 kobiet z rozpoznaniem raka piersi, leczonych w Podkarpackim Ośrodku Onkologicznym w Brzozowie, w latach 2015-2016. Badania zostały przeprowadzone metodą sondażu diagnostycznego z zastosowaniem kwestionariusza ankiety własnego autorstwa i standardowej Skali Akceptacji Choroby (AIS). Kwestionariusz ankiety został wykorzystany w zakresie przyjętych w narzędziu danych demograficznych i społecznych badanych osób. Skalą AIS dokonano oceny poziomu akceptacji choroby przez respondentki. Ocenę akceptacji przeprowadzono w oparciu o 5-stopniową skalę, a ogólny zakres stopnia akceptacji mieścił się w skali od 8 do 40. Otrzymane wyniki badań poddano analizie statystycznej, z wykorzystaniem Programu SPSS v.21.0.01. Za istotne statystycznie przyjęto $p \leq 0,05$. Średnia wieku badanych osób wyniosła 56,23 lat ($SD=10,94$). Dobór populacji do badań był celowy. Kryteria zakwalifikowania do badań to rozpoznanie raka piersi, nawiązanie logicznego kontaktu i uzyskanie zgody na udział w badaniach.

Średnia wartość ogólnego wskaźnika akceptacji choroby u badanych kobiet wyniosła 26,53 ($SD=7,71$, mediana=26), co oznaczało średni poziom akceptacji choroby w badanej

grupie. Liczbę punktów w przedziale 20-29 uzyskała połowa respondentek (50,6%), co świadczy o średnim wyniku akceptacji choroby. Grupa 30,4% respondentek uzyskała liczbę punktów w przedziale 30-40, czyli wartości, które oznaczają wysoki poziom akceptacji choroby. Niski poziom akceptacji choroby z punktacją 8-19 uzyskało 15,2% ogółu badanych kobiet. W poszczególnych stwierdzeniach zawartych w skali, średnie wartości stopnia akceptacji choroby były do siebie zbliżone. Dokonano oceny zależności między poziomem akceptacji choroby w badanej grupie, a wybranymi czynnikami demograficznymi i społecznymi, tj. wiekiem, stanem cywilnym, miejscem zamieszkania, poziomem wykształcenia, wykonywanym zawodem i źródłem utrzymania.

Wyraźnie wyższe średnie wartości akceptacji choroby stwierdzono w subpopulacji kobiet młodszych, zaliczonych do grupy wieku 30-39 lat (29,37) i 40-49 lat (28,41) w porównaniu do kobiet starszych, w przedziale wieku 50-59 lat (25,80) i 60-69 lat (25,49). Wiek ujemnie korelował ze średnimi wartościami uzyskanymi w Skali AIS. Im starsza była kategoria wieku badanych kobiet, tym niższa była średnia akceptacji choroby ($p=0,018$).

Kobiety, które były aktywne zawodowo częściej akceptowały swoją chorobę (28,10), w porównaniu do osób niepracujących (25,22). Wystąpiła zależność istotna statystycznie ($p=0,005$) w poziomie akceptacji choroby między grupą kobiet pracujących zawodowo, a osobami utrzymującymi się z emerytury pracowniczej i innych źródeł niezarobkowych. Zawód wykonywany to cecha, która nie wpłynęła znacząco na stopień akceptacji choroby w grupie badanych kobiet, ale należy podkreślić, że najniższa średnia wartość w skali AIS dotyczyła pracownic biurowych (23,91), a najwyższą wartość w tej skali osiągnęły kobiety zaliczone do grupy specjalistów (27,82).

Wykonywany zawód, miejsce zamieszkania, stan cywilny oraz wykształcenie respondentek to czynniki, w przypadku których nie odnotowano zależności istotnych statystycznie w zakresie stopnia akceptacji choroby w badanej grupie kobiet. Jednak dało się zauważyć, że kobiety mieszkające w miastach osiągnęły nieco wyższy stopień akceptacji choroby, aniżeli mieszkanki wsi. Podobnie respondentki, które były w związku małżeńskim lub partnerskim wykazywały wyższy poziom akceptacji choroby niż kobiety w pozostałych kategoriach stanu cywilnego. Kobiety deklarujące wyższe wykształcenie uzyskały wyższy stopień akceptacji choroby, w porównaniu z badanymi zaliczonymi do niższych kategorii wykształcenia.

Średnia wartość ogólnego wskaźnika akceptacji choroby w badanej grupie kobiet z rozpoznaniem raka piersi wyniosła 26,53. Kamińska i wsp. [72] w swoich badaniach stwierdzili najwyższy poziom akceptacji choroby u kobiet po radykalnej mastektomii i hormonalnej terapii adjuwantowej, a najniższy u respondentek, które przeżyły operację oszczędzającą piersi i chemioterapię. Ślusarska i wsp. [73] w badaniach dotyczących poziomu akceptacji choroby u chorych na chłoniaki, stwierdzili średnią wartość 20,61 poziomu akceptacji. W badaniach Religioni i wsp. [74] z udziałem osób chorych na raka płuc, prostaty i okrężnicy oraz raka piersi wykazano, że najniższy poziom akceptacji uzyskali pacjenci

z rozpoznaniem raka płuc (23,17), znacznie wyższy kobiety z rakiem piersi (28,46), a najwyższy pacjenci z rakiem prostaty (30,39). Te wyniki dowodzą, że poziom akceptacji choroby nowotworowej może być związany z rodzajem nowotworu.

Wnioski:

1. Badane kobiety uzyskały średnią wartość ogólnego wskaźnika akceptacji choroby nowotworowej na poziomie 26,53, co oznacza średni poziom akceptacji choroby.

2. Poziom akceptacji choroby nowotworowej zależał od wieku badanych osób i ich sytuacji zawodowej. Kobiety młodsze uzyskały wyższy poziom akceptacji choroby, w porównaniu do starszych. Wykazano, że aktywność zawodowa była znaczącym czynnikiem w osiąganiu wyższych wartości w Skali AIS przez badane kobiety.

3. Miejsce zamieszkania respondentek, stan cywilny, poziom wykształcenia i rodzaj wykonywanego zawodu nie miały istotnego znaczenia dla stopnia akceptacji choroby nowotworowej.

4. Z socjomedycznego punktu widzenia wyniki badań należy uznać za zadowalające, ponieważ liczba kobiet z wysokim poziomem akceptacji raka piersi była ponad dwukrotnie wyższa niż tych, z niską akceptacją choroby.

4.2.3. Omówienie i znaczenie uzyskanych wyników badań w świetle badań innych autorów

Prezentowane wyniki badań dotyczą wybranych cech w zakresie zdrowotnych i społecznych problemów kobiet z rozpoznaniem raka piersi. Dokonano analizy epidemiologicznej w zakresie zachorowalności i umieralności kobiet na raka piersi w Europie i w Polsce, znaczenia badań przesiewowych jako elementu profilaktyki raka piersi, problemu opóźnień w leczeniu i wybranych uwarunkowań życia kobiet z rozpoznaniem rakiem piersi.

W Europie występuje systematyczny wzrost zachorowań na raka piersi u kobiet, z różnym wskaźnikiem zapadalności i śmiertelności w poszczególnych krajach. Jedne z wyższych współczynników zachorowalności stwierdzono w Finlandii, Francji, Szwecji i Norwegii, ale w tych państwach w ostatnim okresie nastąpiło obniżenie o około 20-30% współczynnika śmiertelności z powodu raka piersi. Natomiast w Polsce przy wskaźnikach zachorowalności znacznie niższych, śmiertelność utrzymuje się na podobnym poziomie [5,16]. Względne przeżycia 5-letnie kobiet z rozpoznaniem raka piersi w Polsce w każdej grupie wieku są niższe niż średnia w krajach Europy [10,14]. Przyczyn takiej sytuacji może być wiele, zależnych i niezależnych od chorej osoby czynników. Między innymi są to: niezadowalające monitorowanie stanu zdrowia chorych po zakończonym leczeniu, ograniczenia w dostępności do leczenia i opieki onkologicznej, a także postawa w zakresie wyborów zachowań zdrowotnych samych kobiet. U Polek rak piersi jest najczęściej rozpoznawany w wieku 50-69 lat, co może wynikać z tego, że w tym przedziale wieku kobiety objęte są programem profilaktycznym. Należy również podkreślić, że wzrasta liczba kobiet w młodszych grupach wieku z rozpoznaniem raka piersi. Najniższe przeżycia zarówno

w Polsce, jak i w krajach Europy dotyczą kobiet w wieku 75 lat i powyżej. Może to być między innymi wynik występowania wielochorobowości związanej z wiekiem i niewystarczającej opieki w środowisku nad tą grupą ludności. Sytuacja taka stanowi podstawę do systematycznego wprowadzania gruntownych teoretycznych i praktycznych zmian w zakresie profilaktyki pierwotnej i wtórnej raka piersi.

Planowanie działań profilaktycznych powinno opierać się na rzetelnie prowadzonych retrospektywnych i prospektywnych badaniach epidemiologicznych, w celu rozpoznawania najczęściej występujących potrzeb zdrowotnych i społecznych. Monitorowanie sytuacji epidemiologicznej w zakresie raka piersi daje także możliwości identyfikacji czynników wskazujących na przyczynę lub przyczyny wzrostu zachorowań wśród kobiet na ten nowotwór. Wiedza taka jest niezbędna do realizacji ukierunkowanych działań, poprawiających efektywność leczenia kobiet z rozpoznaniem raka piersi.

Z analizy dostępnych danych statystycznych dotyczących zachorowań na raka piersi u kobiet w Polsce w latach 2001-2011 wynika, że wystąpiła wyraźna tendencja wzrostowa liczby zachorowań w poszczególnych latach. Tak duży wzrost rozpoznań raka piersi mógł być spowodowany faktycznym wzrostem liczby zachorowań, ale również mogło to wynikać z postępu w medycynie, który przełożył się na lepsze możliwości diagnostyczne w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów [75]. Wdrożony w Polsce do realizacji od 2006 roku skrining mammograficzny oraz coraz lepsze metody edukacji zdrowotnej mają wpływ na podnoszenie świadomości kobiet w zakresie znaczenia wczesnej diagnostyki dla skuteczności leczenia.

W badaniach własnych stwierdzono, iż liczba zgonów z powodu raka piersi w Polsce w latach 2001-2011, w porównaniu do liczby zachorowań była wysoka, a jednocześnie odsetek zgonów wzrastał wraz z wiekiem kobiet. Jednocześnie zwraca uwagę fakt, że u dziewcząt i młodych kobiet wystąpiły zachorowania na raka piersi, a w przedziale wieku 15-24 lata zgony stanowiły 10,32% w stosunku do liczby zachorowań w tej grupie wieku. Może to wskazywać na konieczność wzmacniania czujności onkologicznej wobec młodych kobiet, a nawet dziewcząt oraz intensyfikacji działań profilaktycznych skierowanych do osób nieobjętych programem skriningowym.

Profilaktyka raka piersi u kobiet w aktualnej sytuacji epidemiologicznej dotyczącej tego nowotworu ma szczególne znaczenie i wymaga nowoczesnych i skutecznych rozwiązań. Istotą profilaktyki pierwotnej jest prowadzenie prozdrowotnego stylu życia, który polega m.in. na kontroli stresu, stosowaniu zbilansowanej diety, regularnej aktywności fizycznej. Szkiela i wsp. [24] w swoich badaniach dowiedli, że regularne ćwiczenia ruchowe zmniejszają ryzyko zachorowania na raka piersi aż o około 30-40% [30]. Istotą profilaktyki wtórnej jest stosowanie metod wspomagających wczesne rozpoznawanie raka piersi. Polski Komitet Zwalczania Raka i American Cancer Society (ACS) w schemacie wczesnego wykrywania raka piersi wyszczególniają przede wszystkim: samobadanie piersi, badanie lekarskie i mammografię [18]. Mammografia, jako badanie przesiewowe spełnia swoje zadania,

jeśli obejmuje znaczną część populacji zagrożonej wystąpieniem raka, jest wykonana zgodnie ze standardami, a jej jakość i skuteczność są monitorowane [24].

W oparciu o analizę wyników z realizowanych w Polsce badań skriningowych w latach 2007-2012 w ramach programu wczesnego wykrywania raka piersi stwierdzono, że przesiew w znacznym stopniu przyczynił się do zdiagnozowania u niektórych kobiet raka piersi, w jego przedinwazyjnym stadium [76]. Problemem są błędne ujemne wyniki mammografii, które szacuje się na 3% do 30% [18,28,77]. Pomimo tego mammografia jest jedynym badaniem skriningowym o potwierdzonym wpływie na obniżenie umieralności z powodu raka piersi [77].

W badaniach Dziubak i wsp. [78] najczęstszym powodem korzystania z badania mammograficznego była dbałość kobiet o własne zdrowie (70,0%). Z tej grupy niemal połowa respondentek (47,1%) przebyła badanie mammograficzne w ramach skriningu [78]. Koper i wsp. [79] w swoich badaniach stwierdzili, iż 88,0% kobiet wykonywało samobadanie piersi, w tym 49,0% realizowało je systematycznie, co miesiąc.

Efektywność leczenia kobiet z rozpoznaniem raka piersi w dużym stopniu zależy od czasu, który upłynął od postawienia diagnozy do podjęcia leczenia. W piśmiennictwie optymalne kryterium czasowe stanowi okres jednego miesiąca od realizacji pierwszej konsultacji lekarskiej do rozpoczęcia leczenia [35,36]. W badaniach własnych za kryterium opóźnień w leczeniu kobiet z rakiem piersi przyjęto okres, co najmniej 1 miesiąca od odbycia pierwszej konsultacji onkologicznej, do podjęcia leczenia. Stwierdzono, że opóźnienia w leczeniu dotyczyły 62,8% respondentek, a średni czas oczekiwania na rozpoczęcie leczenia w tej grupie wyniósł 12,6 tygodnia. Najczęstszą przyczyną opóźnień w leczeniu w opinii ponad trzeciej części badanych był lęk przed rozpoznaniem choroby nowotworowej (36,4%). Do kolejnych, tak samo często występujących przyczyn należały długi czas oczekiwania na badania specjalistyczne (10,0%) i długie oczekiwanie na wyniki badań (10,0%). Grupa kobiet bez opóźnień czasu w rozpoczęciu leczenia stanowiła 37,2% ogółu badanych. Ukwenya i wsp. [80] w badaniach wykonanych wśród afrykańskich kobiet, stwierdzili, że tylko u dziesiątej (10,8%) części chorych, leczenie raka piersi zostało podjęte w czasie 1 miesiąca od wystąpienia objawów. Dla grupy kobiet bez opóźnień w badaniach własnych oczekiwanie na wdrożenie procedur leczniczych trwało średnio 2,3 tygodnia. Średni czas oczekiwania na rozpoczęcie leczenia dla wszystkich badanych wyniósł 7,5 tygodnia. Grodecka-Gazdecka i wsp. [38] w swoich badaniach stwierdzili, iż średni czas opóźnień w rozpoznawaniu i leczeniu raka piersi związany z postawami pacjentek wyniósł 3,6 tygodnia. Unger-Saldaña i wsp. [36] w badaniach przeprowadzonych w Meksyku wykazali, że średni czas opóźnień w leczeniu wyniósł aż 7 miesięcy. Tylko 15,0% respondentek miało rozpoznany raka piersi w I lub II stadium choroby, natomiast u 48,0% kobiet w momencie rozpoznania stwierdzono III i IV stadium nowotworu.

Należy podkreślić, że w badaniach własnych opóźnienia najczęściej dotyczyły kobiet w wieku 70 lat i powyżej, ale również obejmowały aż 52,9% kobiet w wieku 30-39 lat.

Stwierdzono istotną statystycznie zależność między wiekiem respondentek a występowaniem opóźnień w leczeniu raka piersi ($p=0,014$). Partridge i wsp. [43] w swoich badaniach dowiedli, iż młody wiek kobiet nie był związany z występowaniem opóźnień w diagnostyce raka piersi, ale miał związek z wyższym stopniem zaawansowania procesu rozrostu nowotworowego.

W badaniach własnych opóźnienia w leczeniu najczęściej dotyczyły kobiet zamieszkałych na wsi i w małym mieście. Odmienne wyniki uzyskali w swoich badaniach Jassem i wsp. [15], którzy dowiedli, iż opóźnienia częściej dotyczyły kobiet zamieszkałych w większych miastach. Należy zwrócić uwagę na fakt, iż w badaniach własnych praca zawodowa kobiet miała związek z opóźnieniami w leczeniu. Opóźnienia stwierdzano częściej u osób aktywnych zawodowo aniżeli u kobiet niepracujących. Podobnie w badaniach zespołu Jassem i wsp. [15] stwierdzono, że opóźnienia w leczeniu z winy pacjentek również częściej dotyczyły kobiet aktywnych zawodowo.

Z wielu badań wynika, że podstawowe znaczenie w osiągnięciu dobrego poziomu zdrowia ma jakość życia. Zagadnienie jakości życia jest obszarem działań nie tylko dla psychologów, socjologów, ale również dla lekarzy i pielęgniarek. Pomiar jakości życia najczęściej dotyczy rodzajów zachowań określanych, jako prozdrowotne i antyzdrowotne. Tego rodzaju wiedza stanowi źródło informacji o rodzajach potrzeb chorych niezbędnych dla zapewnienia im profesjonalnej opieki [49]. W badaniach własnych kobiety po mastektomii dokonały samooceny jakości życia według 4-stopniowej skali, zgodnie z którą ponad połowa respondentek oceniła swoją jakość życia na poziomie dostatecznym, a blisko $\frac{1}{3}$ na poziomie dobrym. Musiał i wsp. [48] w swoich badaniach również dokonali oceny jakości życia odczuwanej przez kobiety po mastektomii, ale posłużyli się 10-stopniową skalą numeryczną. W tym badaniu najwięcej respondentek określiło swoją jakość życia na 6 poziomie skali. W badaniach własnych wykazano, że wiek, stan cywilny, miejsce zamieszkania, poziom wykształcenia nie różnicowały istotnie statystycznie samooceny jakości życia kobiet po mastektomii. Natomiast w badaniach Musiał i wsp. [48] stwierdzono, że jakość życia kobiet po amputacji piersi była związana z wiekiem. Kobiety młodsze lepiej oceniały jakość swojego życia niż kobiety starsze. Ponadto aktywność zawodowa w sposób istotny statystycznie determinowała jakość życia – osoby aktywne zawodowo miały wyższą jakość życia. W badaniach własnych w opinii respondentek mastektomia wpłynęła znacząco na jakość ich życia, co skutkowało pogorszeniem stanu zdrowia. Podobnie w badaniach Zegarskiego i wsp. [81] stwierdzono, że ogólna jakość życia kobiet po mastektomii uległa pogorszeniu. W badaniach własnych wystąpił związek między samooceną przez kobiety stanu zdrowia, samooceną satysfakcji z życia i samooceną jakości życia. Respondentki, które swój stan zdrowia oceniły w wyższych kategoriach, osiągnęły również wyższy poziom w samoocenie satysfakcji z życia. W skali Karnofsky'ego w badaniach własnych kobiety po mastektomii uzyskały wynik 68,8 co oznacza, że były samodzielne w wykonywaniu czynności samoobsługowych, ale jednocześnie nie miały pełnej zdolności do wykonywania

pracy. W badaniach Pacian i wsp. [82] przedstawiających sytuację zawodową Amazoнок stwierdzono, iż blisko 42% kobiet po usunięciu piersi nie powróciło do pracy zawodowej. Ponadto wykazano, że ponad połowa badanych uznała swoją obecną aktywność zawodową za bardziej ograniczoną w porównaniu do okresu przed operacją. Sytuacja ta wskazuje na pogorszenie jakości życia w obszarze aktywności zawodowej kobiet po mastektomii.

Z badań wielu autorów wynika, że nie tylko rozpoznanie raka piersi, ale również przebyta mastektomia, jako rodzaj zastosowanego leczenia chirurgicznego wpływa na funkcjonowanie kobiet w środowisku i jakość ich życia [48,81,83]. W badaniach własnych dokonano analizy samooceny ogólnego stanu zdrowia i stanu zdrowia psychicznego przez kobiety, które poddane były leczeniu chirurgicznemu z powodu raka piersi. W opinii 43,0% respondentek ich ogólny stan zdrowia był dobry, natomiast 39,7% kobiet oceniło ogólny stan swojego zdrowia na poziomie dostatecznym. Największa grupa kobiet (43,0%) stan swojego zdrowia psychicznego oceniła na poziomie dostatecznym, niewiele mniejsza grupa (38,0%) na poziomie dobrym. Musiał i wsp. [48] wykazali, że kobiety po mastektomii najlepiej funkcjonowały w obszarze fizycznym, natomiast najniższą jakość życia stwierdzono w zakresie funkcjonowania psychicznego. W badaniach własnych stwierdzono ponadto różnice w samoocenie stanu zdrowia w zależności od rodzaju interwencji chirurgicznej. Kobiety po amputacji piersi częściej oceniały stan swojego zdrowia w niższej kategorii, aniżeli respondenci po operacji oszczędzającej pierś. Mroczek i wsp. [52] w swoich badaniach dowiedli, że na samoocenę stanu zdrowia kobiet po amputacji piersi miał wpływ lęk o życie i poczucie straty po odjętej piersi. W badaniach własnych w opinii zdecydowanej większości respondentek zastosowany zabieg operacyjny miał wpływ na obniżenie poczucia kobiecości (75,2%) oraz obniżenie poziomu zadowolenia z wyglądu własnego ciała (68,6%). W badaniach Musiał i wsp. [48] u znacznie mniejszej grupy kobiet (30,0%) po amputacji piersi stwierdzono obniżone poczucie kobiecości. Podobnie w badaniach Groszek i wsp. [84] wykazano, iż mastektomia miała niekorzystny wpływ na stan fizyczny i emocjonalny kobiet. Rocławska [85] w swoich badaniach stwierdziła, że kobiety przed amputacją piersi były zadowolone z życia i gotowe do działania, a po upływie 3 miesięcy od wykonania mastektomii miały nastroje depresyjne, były wycofane i załężnione. W badaniach tych zwrócono również uwagę na związek jakości życia kobiet po mastektomii ze stanem zdrowia. Zdończyk oraz Zegarski i wsp. w swoich badaniach wskazali na zależność jakości życia od rodzaju operacji chirurgicznej, stwierdzając, iż im bardziej doszczętna operacja, tym niższa była jakość życia [53,81].

Satysfakcja z życia określana również, jako zadowolenie z życia jest istotnym elementem świadczącym o efektywności leczenia i kondycji psychicznej osoby chorej. W badaniach własnych satysfakcja z życia kobiet chorych na raka piersi wyniosła 20,67, co oznacza przeciętny poziom. Wyższy wynik satysfakcji z życia, który wynosił 23,2 uzyskały kobiety z rakiem piersi w badaniach Tate i wsp. [57], natomiast znacznie niższy – 18,8 kobiety w czasie chemioterapii i leczenia operacyjnego w badaniach Koc i wsp. [86]. W badaniach

własnych poziom satysfakcji był zależny w sposób istotny statystycznie od wieku oraz miejsca zamieszkania badanych, natomiast stan cywilny, poziom wykształcenia, aktywność zawodowa oraz warunki materialne nie różnicowały w sposób znamieny statystycznie badanej grupy kobiet. Bai i wsp. [56] wykazali, że satysfakcja z życia kobiet z rakiem piersi była istotnie zależna od miejsca zamieszkania, wieku, wykonywanego zawodu, statusu materialnego, cech charakteru, ogólnego stanu zdrowia i relacji interpersonalnych. W badaniach własnych także potwierdzono zależność satysfakcji z życia od wieku i miejsca zamieszkania badanych osób. W przywołanych już wyżej badaniach Bai i wsp. [56], autorzy wykazali również, że kobiety zamieszkałe w mniejszych miastach miały wyższy poziom satysfakcji z życia w porównaniu do kobiet żyjących w miastach większych. Kobiety starsze, tj. w wieku 55 lat i więcej, miały wyższy poziom satysfakcji z życia niż pacjentki młodsze. Ponadto kobiety z wyuczonym zawodem i wyższym statusem materialnym miały większą satysfakcję z życia w porównaniu do kobiet bez zawodu, o gorszym statusie materialnym. Kobiety, które miały dobre relacje interpersonalne i dobry ogólny stan zdrowia miały wyższy poziom satysfakcji z życia. W badaniach własnych nie stwierdzono zależności między satysfakcją z życia a stanem cywilnym kobiet, ich statusem materialnym, poziomem wykształcenia oraz aktywnością zawodową. Poziom satysfakcji z życia kobiet z rozpoznaniem raka piersi, jak wynika z badań wielu autorów, jest determinowany również przez inne czynniki [60,61,87,88]. Malicka i wsp. [87] w swoich badaniach stwierdzili, że w grupie Amazołek uczestniczących w wycieczkach krajoznawczych satysfakcja z życia wyniosła 20,31, wśród kobiet biorących udział w zajęciach tanecznych 22,0, a u kobiet, które nie uczestniczyły w takich formach aktywności satysfakcja z życia wyniosła 17,96 i 17,58 w wyniku surowym. Lötze i wsp. [88] dowiedli istotny statystycznie wzrost satysfakcji z życia u kobiet po upływie 3 miesięcy od zakończenia ćwiczeń fizycznych. Natomiast nie zaobserwowano wzrostu satysfakcji z życia bezpośrednio po zakończeniu ćwiczeń.

Rodzaj zastosowanego leczenia chirurgicznego ma wpływ na poziom zadowolenia z życia kobiet z rozpoznaniem raka piersi. W badaniach własnych stwierdzono, że respondenci, które przebyły operację oszczędzającą pierś miały wyższy poziom satysfakcji z życia aniżeli kobiety po operacji radykalnej (6,30 wobec 4,73 stena). Podobne wyniki w swoich badaniach osiągnęli Han i wsp. [89], którzy dowiedli, iż kobiety po operacji oszczędzającej pierś miały wyższy poziom satysfakcji z życia w porównaniu do kobiet po mastektomii. Również He i wsp. [90] stwierdzili zależność między rodzajem wykonanej operacji chirurgicznej, a satysfakcją z życia kobiet leczonych z powodu raka piersi – kobiety po operacji oszczędzającej pierś miały wyższy poziom satysfakcji z życia niż kobiety po mastektomii i/lub rekonstrukcji piersi.

W badaniach własnych poziom satysfakcji z życia kobiet po leczeniu chirurgicznym z powodu raka piersi był zależny od czasu, jaki upłynął od wykonania operacji. Najwyższą satysfakcję z życia wynoszącą 6,09 stena (21,87 wynik surowy) miały kobiety, u których operację wykonano w okresie powyżej 1 roku, ale nie dłuższym niż 2 lata. Natomiast naj-

niższy poziom satysfakcji wynoszący 4,65 stena (17,91 wynik surowy) miały te kobiety, które przebyły operację w okresie od 2 do 5 lat wstecz. Pacjentki, u których czas od leczenia chirurgicznego był najkrótszy - do 1 roku, oceniły satysfakcję na 5,68 stena (20,85 wynik surowy). Zaobserwowano również różnice istotne statystycznie w poszczególnych stwierdzeniach skali SWLS z uwzględnieniem czasu, jaki upłynął od wykonania operacji piersi. W badaniach Szczepańskiej-Gieracha i wsp. [91] satysfakcja z życia w grupie kobiet, które miały wykonaną operację chirurgiczną w okresie do 5 lat wstecz wyniosła 17,9 (SD = 4,0), a w grupie kobiet, które taką operację miały w czasie dłuższym niż okres 5 lat wstecz wyniosła 20,2 (SD = 5,2).

Olsson i wsp. w swoich badaniach dowiedli, że u kobiet miesiąc po przebytej operacji chirurgicznej piersi, zadowolenie z życia związane było z aktualnym stanem zdrowia i wsparciem społecznym [92]. Może to wskazywać na znaczenie otrzymanego wsparcia w chorobie i znaczenie stanu zdrowia dla odczuwanego poziomu satysfakcji z życia.

Klassen i wsp. [93] wykazali, że operacja i wygląd piersi po operacji stanowią czynnik obniżający poziom zadowolenia kobiet w zakresie: ogólnego wyniku operacji, samopoczucia psychospołecznego, życia seksualnego, a także satysfakcji z opieki.

Czynnikiem istotnie wpływającym na jakość życia pacjentek z rakiem piersi jest poziom akceptacji choroby, która umożliwia obiektywną ocenę stanu własnego zdrowia, a także mobilizuje pacjentkę do radzenia sobie w chorobie [94]. Średnia wartość ogólnego wskaźnika akceptacji choroby nowotworowej u kobiet z rakiem piersi w badaniach własnych wyniosła 26,53. Podobne wyniki przedstawili Lewandowska-Abucewicz i wsp. – 26,8 [95], nieco niższy – 25,82 Łuczyk i wsp. [69]. Wyższy wynik – 28,46 uzyskali w badaniach Religioni i wsp. [74].

W badaniach własnych wiek respondentek ujemnie korelował ze średnimi wartościami otrzymanymi w skali AIS. Im młodsza była kobieta, tym wyższy był u niej poziom akceptacji choroby. Najwyższą wartość w skali AIS - 29,37 osiągnęły kobiety najmłodsze w przedziale wieku 30-39 lat, a najniższą - 25,04, kobiety w wieku 70 lat i więcej. W badaniach Łuczyk i wsp. [69] również wyższy poziom akceptacji choroby uzyskały kobiety młodsze (26,04) niż starsze (25,68), ale różnica ta była niewielka i nie cechowała jej zależność istotna statystycznie. Z badań Pawlik i Kaczmarek-Borowskiej [68] wynika, że na poziom akceptacji choroby nie miał znaczenia wiek respondentek.

Kobiety pozostające w związkach małżeńskich lub związkach partnerskich w wyższym stopniu akceptowały swoją chorobę aniżeli respondentki z pozostałych kategorii stanu cywilnego. Odwrotna sytuacja została wykazana w badaniach Łuczyk i wsp. [69], w których osoby żyjące samotnie miały wyższy poziom akceptacji, niż pozostające w związku małżeńskim. W badaniach własnych kobiety aktywne zawodowo osiągnęły wyższy poziom akceptacji niż niepracujące (28,10 wobec 25,22). Praca zawodowa i uzyskiwane dochody mogą mieć znaczenie w osiąganiu lepszego statusu materialnego. W badaniach przeprowadzonych przez Czerw i wsp. [96] wśród pacjentek z rakiem piersi stwierdzono, że stopień

akceptacji zależał od sytuacji materialnej respondentek. Im wyższe były dochody badanych, tym wyższy był stopień akceptacji choroby. Podobne wyniki w swoich badaniach uzyskali Chen i wsp. [97].

Przeprowadzone badania własne i wyniki badań innych autorów wskazują na potrzebę prowadzenia dalszych programów badawczych, poszukiwania zgodności z jednoczesnym podkreślaniem odmienności uzyskanych wyników w celu poprawy sytuacji epidemiologicznej, profilaktyki i funkcjonowania kobiet z rakiem piersi w środowisku życia.

4.2.4. Implikacje praktyczne w świetle przeprowadzonych badań

Sytuacja epidemiologiczna kobiet w zakresie raka piersi jest bardzo niepokojąca. We wszystkich krajach Europy występuje systematyczny wzrost zachorowalności. W poszczególnych państwach wskaźniki epidemiologiczne pod względem zachorowalności i śmiertelności z powodu raka piersi są zróżnicowane. Konieczne jest monitorowanie sytuacji epidemiologicznej i poszukiwanie jej przyczyn. Przyczyny powstawania raka piersi nadal nie są w pełni znane, ale istnieje wiele zidentyfikowanych czynników, które zwiększają ryzyko wystąpienia choroby. Wynika to z wielu badań przeprowadzonych w kraju i za granicą, które dowodzą, że na aktualnym poziomie wiedzy medycznej w omawianym zakresie najważniejsza jest jakość postępowania w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki. Także własne wyniki badań wskazują na konieczność planowania działań zmierzających do poprawy skuteczności profilaktyki, w tym opracowywania programów edukacyjnych oraz ich realizacji w celu obniżenia zachorowalności i umieralności kobiet z powodu raka piersi.

Liczba zgonów z powodu raka piersi znacznie przewyższająca wskaźniki zachorowalności w grupie kobiet w wieku 70 lat i powyżej wskazuje na konieczność wprowadzenia bezpłatnych badań profilaktycznych w kierunku raka piersi w grupie kobiet starszych - nieobjętych badaniami skriningowymi. Występowanie zachorowań i zgonów u młodych kobiet, a nawet dziewcząt wskazuje na konieczność wzmocnienia czujności onkologicznej, szczególnie w grupie wieku 15-49 lat. Należy włączyć w te działania lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i medycyny pracy, ponieważ obejmują swoją opieką znaczną grupę kobiet w tym przedziale wieku. Zróżnicowanie regionalne także wymaga dalszego prowadzenia badań epidemiologicznych z uwzględnieniem czynników, które mogły przyczynić się do wzrostu zachorowalności i umieralności z powodu raka piersi.

Analiza dynamiki zachorowań na raka piersi w Polsce w okresie 10 lat zobrazowała problem występowania tego nowotworu u kobiet, który wymaga wielopłaszczyznowych rozwiązań, z uwzględnieniem takich cech jak wiek, poziom wykształcenia, miejsce zamieszkania, czy zróżnicowanie terytorialne (regionalne). Badanie potrzeb wyrażonych i niewyrażonych oraz ich realizacja jest najlepszym sposobem poprawy stanu zdrowia i jakości życia nie tylko kobiet chorych z rakiem piersi, ale i osób zdrowych. Większość potrzeb ogranicza się do realizowania programów w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki. Zakresy edukacji zdrowotnej społeczeństwa, a raczej grup społecznych podzielonych

ze względu na główne cechy demograficzne i społeczne są określane poprzez badania epidemiologiczne i przez specjalistów w dziedzinie zdrowia publicznego.

Szczególnie ważne są działania promocyjne i profilaktyczne w zakresie obniżania zapadalności na raka piersi. Podstawowe znaczenie ma tu realizowanie badań mammograficznych o charakterze przesiewowym, które bardzo często nie są doceniane przez same kobiety. Niski udział kobiet w tym badaniu stanowi m.in. czynnik opóźnień w zgłaszalności kobiety do lekarza, która zachorowała na raka piersi. Przedstawienie i ocena wyników z realizacji badań skринingowych skłania do podjęcia modyfikacji programów profilaktycznych, których celem jest osłabienie lub wyeliminowanie czynników ryzyka zachorowania i wzmacniania czynników chroniących. Promowanie zachowań prozdrowotnych, w tym edukowanie kobiet w zakresie techniki i systematyczności samobadania piersi, korzystania z badania lekarskiego, udziału w badaniach przesiewowych daje szansę na poprawę sytuacji zdrowotnej kobiet. Bardzo ważnym elementem tej edukacji jest przekonywanie kobiet o znaczeniu mammografii dla wczesnego rozpoznania raka piersi. Mając na uwadze, że edukacja zdrowotna prowadzona od najmłodszych lat buduje kulturę zdrowia należy ją objąć dzieci i młodzież, na przykład poprzez włączenie do programów nauczania obowiązkowych przedmiotów w tym zakresie. Ważnym elementem efektywności edukacji jest stosowanie nowoczesnych i skutecznych metod oraz form jej realizacji, zwłaszcza w środowisku życia. Kobiety należy wdrażać do samoopieki i świadomego korzystania z badań profilaktycznych w każdym wieku.

Rozpoznanie raka piersi jest sytuacją trudną dla każdej kobiety i jej najbliższych, gdyż zaburza funkcjonowanie w każdej dziedzinie życia. Stopień zaawansowania choroby, czas od rozpoznania do podjęcia leczenia, planowanie i realizacja terapii, udzielane wsparcie, system monitorowania stanu zdrowia po zakończonym leczeniu, to jedne z wielu czynników rzutujących na skuteczność leczenia i poziom codziennego funkcjonowania kobiet w środowisku. Identyfikacja przyczyn i czasu opóźnień w leczeniu kobiet z rozpoznaniem raka piersi oraz czynników demograficznych i społecznych, które mają wpływ na występowanie opóźnień o różnie długim czasie, to kolejny element niezbędny do poprawy sytuacji kobiet z rakiem piersi. Przeprowadzone badania potwierdziły, że opóźnienia w leczeniu kobiet chorych na raka piersi są poważnym problemem, ponieważ dotyczyły większości badanych osób. Przyczyną opóźnień w postępowaniu leczniczym był najczęściej lęk przed rozpoznaniem nowotworu. Wskazuje to na potrzebę poszukiwania skutecznych strategii w opanowaniu lęku, może temu służyć wsparcie psychologiczne i edukacja kobiet oparta na rzetelnej wiedzy, obalająca mity dotyczące raka piersi. Szczególne oddziaływania powinny być skierowane do kobiet w przedziale wieku 40-59 lat, a następnie do kobiet najstarszych, tj. w wieku 70 lat i powyżej. Należy skoncentrować również wsparcie zmniejszające ryzyko występowania opóźnień wśród kobiet niebędących w związkach oraz wśród kobiet aktywnych zawodowo, ponieważ tych grup najczęściej dotyczyły opóźnienia w leczeniu.

Z badań wynika, że leczenie chirurgiczne, które jest podstawową metodą leczenia raka piersi wpływa na jakość życia kobiet. Należy monitorować funkcjonowanie kobiet w czasie leczenia i po jego zakończeniu, ponieważ na tej podstawie można ocenić, a w razie potrzeby poprawiać funkcjonowanie biopsychospołeczne kobiet z rozpoznaniem raka piersi.

Satysfakcja z życia kobiet z rozpoznaniem raka piersi jest istotnym elementem efektów leczenia. Jest determinantem jakości życia i mobilizuje kobiety do pokonywania trudności wynikających z choroby. W celu poprawy satysfakcji z życia kobiet z rakiem piersi należy skierować działania głównie do osób zamieszkałych na wsi i kobiet w wieku powyżej 45 roku życia. Działania dotyczące satysfakcji z życia powinny być skupiane szczególnie na kobietach po przebytym leczeniu chirurgicznym z powodu raka piersi, które miały wykonaną operację w okresie od 2 do 5 lat wstecz. Należy również skoncentrować działania kierowane do kobiet, które przeżyły mastektomię, a czas od wykonania amputacji piersi wynosił od 1 roku do 2 lat.

Istotnym elementem efektywności leczenia kobiet z rozpoznaniem raka piersi jest poziom akceptacji choroby. Wzmocnienia akceptacji choroby wymagają wszystkie kobiety chore na raka piersi. Jednak szczególne działania powinny być skierowane wobec kobiet najstarszych, tj. w wieku 70 lat i powyżej, następnie w wieku 50-69 lat oraz wobec kobiet nieaktywnych zawodowo, a także tych, które nie są w związku.

Samoocena stanu zdrowia kobiet po leczeniu chirurgicznym z powodu raka piersi stanowi określenie własnych odczuć wynikających z choroby i leczenia. Z uwagi na fakt, że kobiety wiązały przebyty zabieg z występowaniem zaburzeń w sferze psychicznej, należy wobec tej grupy kobiet skupić się na działaniach mających na celu poprawę poczucia kobiecości, zadowolenia z własnego ciała oraz poprawę poczucia własnej wartości. Szczególnego wsparcia wymagają kobiety po przebytej mastektomii. Ponadto obawy kobiet dotyczyły nasilenia problemów zdrowotnych, które ograniczały niemal wszystkie pacjentki w codziennym funkcjonowaniu, a także przygnębienia i bezsilności, co wskazuje na potrzebę realizacji rehabilitacji, jako pełnego procesu medyczno-społecznego skierowaną do samych chorych i ich rodzin. Rehabilitacja jest częścią procesu leczenia, a jej efekty w dużym stopniu zależne są od stopnia zaangażowania osoby chorej i postawy najbliższych członków rodziny. Zaprzestanie działań rehabilitacyjnych u większości kobiet prowadzi do niepełnosprawności wtórnej.

4.2.5. Piśmiennictwo w prezentowanym obszarze badawczym

1. Torre LA, Bray F, Siegel RL, Ferlay J, Lortet-Tieulent J, Jemal A. Global cancer statistics, 2012. *CA Cancer J Clin.* 2015;65:87-108.
2. Krajowy Rejestr Nowotworów, <http://onkologia.org.pl> (dostęp z dn. 10.11.2017).
3. World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

4. Ferlay J, Steliarova-Foucher E, Lortet-Tieulent J et al. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012. *Eur J Cancer*. 2013;49(6):1374-1403.
5. Didkowska J, Wojciechowska U. Nowotwory piersi w Polsce i Europie - populacyjny punkt widzenia. *Nowotwory Journal of Oncology* 2013;63(2):111-118.
6. Diener E, Emmons RA, Larson RJ, Griffin S. The satisfaction with life scale. *J Pers Assess*. 1985;49:71-75.
7. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Warszawa 2009.
8. Felton BJ, Revenson TA. Coping with chronic illness: a study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment. *J Consult Clin Psychol*. 1984;52(3):343-353.
9. Malvezzi M, Bertuccio P, Levi F et al. European cancer mortality predictions for the year 2012. *Ann Oncol*. 2012;23(4):1044-1052.
10. Steliarova-Foucher E, O'Callaghan M, Ferlay J et al. European cancer observatory: cancer incidence, mortality, prevalence and survival in Europe. Version 1.0 (September 2012) European Network of Cancer Registries, International Agency for Research on Cancer (online), <http://eco.iarc.fr> (dostęp z dn. 06.12.2017).
11. Anothaisintawee T, Wiratkapun C, Kasamesup V et al. Risk Factors of Breast Cancer. A Systematic Review and Meta-Analysis. *Asia Pac J Public Health*. 2013;25(5):36-387.
12. Anderson KN, Schwab RB, Martinez ME. Reproductive risk factors and breast cancer subtypes: a review of the literature. *Breast Cancer Res Treat*. 2014;144(1):1-10.
13. EUCAN – International Agency for Research on Cancer, <http://eco.iarc.fr/eucan/> (dostęp z dn. 19.11.2017).
14. Smaga A, Mikułowska M, Komorowska A et al. Rak piersi w Polsce – leczenie to inwestycja. Sequence HC Partners. Warszawa 2014.
15. Jassem J, Ozmen V, Bacanu F et al. Delays in diagnosis and treatment of breast cancer: a multinational analysis. *Eur. J. Public Health* 2014;24:761-767.
16. Wojciechowska U, Olasek P, Czauderna K et al. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2014 roku. Centrum Onkologii – Instytut Marii Skłodowskiej Curie, Warszawa 2016.
17. Główny Urząd Statystyczny. Ludność. Stan i struktura demograficzno-społeczna. Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011. GUS, Zakład Wyd. Statystycznych, Warszawa 2013.
18. Tkaczuk-Włach J, Sobstyl M, Jakiel G. Rak piersi – znaczenie profilaktyki pierwotnej i wtórnej. *Przegląd Menopauzalny* 2012;4:343-347.
19. Szewczyk K. Epidemiologia i profilaktyka raka piersi. W: Kornafel J. (red.). Rak piersi. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa 2011:5-13.
20. Bednarczyk A, Lewicka S, Czeczewska E. Nowotwór piersi u kobiet. *Opieka onkologiczna* 2015;3:13-18.
21. Smith RA., Cokkinides V, Eyre HJ. American Cancer Society Guidelines for the Early Detection of Cancer, 2006. *CA Cancer J Clin* 2006;56(1):11-25.
22. Smith RA, Saslow D, Sawyer KA et al. American Cancer Society Guidelines for Breast Cancer Screening: Update 2003. *CA Cancer J Clin* 2003;53(3):141-169.

23. McDonald S, Saslow D, Alciati MH. Performance and Reporting of Clinical Breast Examination: A Review of the Literature. *CA Cancer J Clin* 2004;54(6):345-361.
24. Szkiela M, Worach-Kardas H, Marcinkowski JT. Nowotwór złośliwy piersi - epidemiologia, czynniki ryzyka, znaczenie profilaktyki pierwotnej i wtórnej. *Probl Hig Epidemiol* 2014;95(2):292-302.
25. Kerlikowske K, Smith-Bindman R, Ljung BM, Grady D. Evaluation of abnormal mammography results and palpable breast abnormalities. *Ann Intern Med*. 2003;139(4):274-284.
26. Flippo-Morton T, Walsh K, Chambers K et al. Surgical Decision Making in the BRCA-Positive Population: Institutional Experience and Comparison with Recent Literature. *Breast J*. 2016 Jan-Feb;22(1):35-44.
27. <http://www.nfz.gov.pl> (dostęp z dn. 09.07.2017).
28. Jakubowska-Najnigier M, Najnigier B. Rola badań przesiewowych w profilaktyce nowotworów. *Medyczne Zeszyty Naukowe Uczelni Warszawskiej im. Marii Skłodowskiej-Curie* 2014;2:55-66.
29. Bul P, Kurpas D. Profilaktyka nowotworów piersi i szyjki macicy u kobiet. *Puls Uczelni* 2015;(9)3:23-25.
30. Zadarko-Domadzka M, Tlałka E, Sobolewski M. Realizacja zaleceń profilaktyki nowotworowej przez kobiety aktywne zawodowo. *Zdrowie Publiczne* 2011;121(3):267-271.
31. Najdyhor E, Krajewska-Kułak E, Krajewska-Ferishah K. Wiedza kobiet i mężczyzn na temat profilaktyki raka piersi. *Ginekol Pol.* 2013;84(2):116-125.
32. Khakbazan Z, Taghipour A, Latifnejad Roudsari R, Mohammadi E. Help seeking behavior of women with self-discovered breast cancer symptoms: a meta-ethnographic synthesis of patient delay. *PLoS One*. 2014;9(12),e110262.
33. Adamowicz K, Zaucha JM, Majkowicz M. Ocena wiedzy pacjentek Poradni Profilaktyki Chorób Piersi w zakresie profilaktyki chorób nowotworowych. *Nowotwory. Journal of Oncology* 2011;61(5):449-456.
34. Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych na lata 2016-2024. *Monitor Polski*, 2015 poz. 1165. Uchwała nr 208 Rady Ministrów z dnia 3 listopada 2015r.
35. Burgess CC, Potts HW, Hamed H et al. Why do older women delay presentation with breast cancer symptoms? *Psychooncology* 2006;15:962-968.
36. Unger-Saldaña K, Infante-Castañeda C. Delay of medical care for symptomatic breast cancer: a literature review. *Salud Publica Mex.* 2009;51:270-285.
37. Ullrich A, Waxman A, Luiza da Costa e Silva V. et al. Cancer prevention in the political arena: the WHO perspective. *Ann. Oncol.* 2004;15:249-256.
38. Grodecka-Gazdecka S, Zaborek P, Didkowska J, et al. Systemowe uwarunkowania opóźnień w diagnostyce i leczeniu kobiet chorych na raka piersi w Polsce, *Nowotwory. Journal of Oncology* 2014;64:483-490.
39. Maślach D, Krzyżak M, Szpak A et al. 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.
40. Pawlicki M, Michalczyk A. Badania przyczyn opóźnień leczenia chorych na nowotwory złośliwe. *Współcz. Onkol.* 2005;9:191-195.

41. Harirchi I, Karbakhsh M, Hadi F et al. 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.
42. Pruitt SL, Shim MJ, Mullen PD et al. Association of area socioeconomic, status and breast, cervical and colorectal cancer screening: a systemic review. *Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev.* 2009;18:2579-2599.
43. Partridge AH, Hughes ME, Ottesen RA et al. The effect of age on delay in diagnosis and stage of breast cancer. *Oncologist* 2012;17:775-782.
44. Smith EC, 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.
45. Ruddy KJ, Gelber S, Tamimi RM et al. Breast cancer presentation and diagnostic delays in young women. *Cancer* 2014;120:20-25.
46. Rastad H, Khanjani N, Khandani BK. Causes of delay in seeking treatment in patients with breast cancer in Iran: a qualitative content analysis study. *Asian Pacific J. Cancer Prev.* 2012;13:4511-4515.
47. Unger-Saldaña K, Infante-Castañeda CB. Breast cancer delay: a grounded model of help-seeking behaviour. *Soc. Sci. Med.* 2011;72:1096-1104.
48. Musiał Z, Sendek W, Zalewska-Puchała J. Jakość życia kobiet po mastektomii. *Probl Pielęg* 2013;21:38-46.
49. Wnuk M, Marcinkowski JT. Jakość życia jako pojęcie pluralistyczne o charakterze interdyscyplinarnym. *Probl Hig i Epidemiol* 2012;93:21-26.
50. Karnofsky DA. Meaningful clinical classification of therapeutic responses to anti-cancer drugs. *Clin Pharmacol Ther* 1961;2:709-712.
51. Ridan T, Ślęczkowska J, Sobota M, Ochalek K. Evaluation of breast cancer prevention and quality of life by women after single breast mastectomy, grouped in the 'Amazons' post-mastectomy women's club. *Zdr Publ* 2011;121(1):32-36.
52. Mroczek B, Kurpas D, Grochans E et al. Funkcjonowanie psychoseksualne kobiet po leczeniu raka sutka. *Psychiatr Pol* 2012;46(1):51-61.
53. Zdończyk SA. Wpływ wybranych czynników socjomedycznych na jakość życia i funkcjonowanie psychoseksualne kobiet po leczeniu operacyjnym raka gruczołu piersiowego. *Pom J Life Sci* 2015;61,(2):199-206.
54. Awick EA, Phillips SM, Lloyd GR, McAuley E. Physical activity, self-efficacy and self-esteem in breast cancer survivors: a panel model. *Psycho-oncology* 2017;26(10):1625-1631.
55. Bauman CD, Bauman JM, Xavier MD et al. The impact of physical activity on the women self-esteem diagnosed with breast cancer. Montes Claros, I Congresso Nacional de Oncologia da Associação Presente - Agosto de 2017. Available from: <http://unimontes.br>.
56. Bai A, Li H, Huang Y et al. A survey of overall life satisfaction and its association with breast diseases in Chinese women. *Cancer Med.* 2016;5:111-119.
57. Tate DG, Forchheimer M. Quality of life, life satisfaction, and spirituality: comparing outcomes between rehabilitation and cancer patients. *Am J Phys Med Rehabil.* 2002;81:400-410.
58. Koç Z, Sağlam Z, Güler H. Determination of life quality and satisfaction in patients who had surgeries and chemotherapy due to breast cancer. *Eur J Oncol Nurs.* 2014;18S1:23-59.

59. Bettencourt BA, Talley AE, Molix L, Schlegel R, Westgate SJ. Rural and urban breast cancer patients: health locus of control and psychological adjustment. *Psychooncology*. 2008;17:932-939.
60. Molenaar S, Sprangers MA, Rutgers EJ et al. Decision support for patients with early-stage breast cancer: effects of an interactive breast cancer CDROM on treatment decision, satisfaction, and quality of life. *J Clin Oncol*. 2001;19:1676-1687.
61. Fallah R, Golzari M, Dastani M, Akbari ME. Integrating Spirituality into a Group Psychotherapy Program for Women Surviving from Breast Cancer. *Iran J Cancer Prev*. 2011;4:141-147.
62. Hebert R, Zdaniuk B, Schulz R, Scheier M. Positive and Negative Religious Coping and Well-Being in Women with Breast Cancer. *J Palliat Med*. 2009;12:537-545.
63. Piot-Ziegler C, Sassi ML, Raffoul W, Delaloye JF. Mastectomy, body deconstruction, and impact on identity: a qualitative study. *Br J Health Psychol*. 2010;15:479-510.
64. Habermann EB, Abbott A, Parsons HM et al. Are mastectomy rates really increasing in the United States? *J Clin Oncol*. 2010;28(21):3437-3441.
65. Throckmorton AD, Esserman LJ. When Informed, All Women Do Not Prefer Breast Conservation. *Journal of Clinical Oncology*. 2009; 27(4):484-486.
66. Vanderwalde LH, Edge SB. Decision shared or otherwise: the ongoing evolution of local therapy for breast cancer. *J Clin Oncol*. 2014;32(9):873-5.
67. Veronesi U, Cascinelli N, Mariani L et al. Twenty-year follow-up of a randomized study comparing breast-conserving surgery with radical mastectomy for early breast cancer. *N Engl J Med*. 2002;347(16):1227-1232.
68. Pawlik M, Kaczmarek-Borowska B. Akceptacja choroby nowotworowej u kobiet po mastektomii. *Prz. Med. Uniw. Rzesz Nar. Inst. Lek. w W-wie*. 2013;2:203-211.
69. Łuczyk M, Pietraszek A, Łuczyk R et al. Akceptacja choroby w grupie kobiet leczonych chirurgicznie z powodu nowotworu piersi (Illness acceptance among women who have undergone surgical treatment for a breast neoplasm). *J Edu. Health and Sport*. 2015;5(9):569-575.
70. Lueboonthavatchai P. Prevalence and psychosocial factors of anxiety and depression in breast cancer patients. *J Med Assoc Thai*. 2007;90(10):2164-2174.
71. Pinto B, Trunzo J, Reiss P, Shiu S-Y. Exercise participation after diagnosis of breast cancer: trends and effects on mood and quality of life. *Psychooncology*. 2002;11:398-400.
72. Kamińska M, Ciszewski T, Bronikowska A, et al. Acceptance of the illness and the quality of life of patients with breast cancer. *Zdr Publ*. 2014;124(1):5-9.
73. Ślusarska B, Nowicki GJ, Serwata M, et al. Poziom akceptacji choroby i jakość życia chorych na chłoniaki. *Med Pal*. 2016;8(2):88-95.
74. Religioni U, Czerw A, Deptała A. Acceptance of cancer in patients diagnosed with lung, breast, colorectal and prostate carcinoma. *Iran J Public Health*. 2015;44(8):1135-1142.
75. Senkus E., Jassem J., Rak piersi – stan wiedzy w 2011 roku; *Postępy Nauk Medycznych* 2011;2:126-130, e-ISSN 1731-2469.
76. Meder J. Rak głównym zabójcą ludzi w XXI wieku; *Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych*. W: Potrykowska A., Strzelecki Z., Szymborski J., Witkowski, J. (red.). *Zachorowalność i umieralność na nowotwory a sytuacja demograficzna Polski*. Warszawa 2014:50-101.

77. Wesołowska E. Badania przesiewowe w zakresie wczesnego wykrywania raka piersi. W: Meder J. (red.) Podstawy onkologii klinicznej. CMKP, Warszawa 2011:17-20.
78. Dziubak M, Morawska S, Kolarczyk Z, Madetko R. Znajomość profilaktyki kobiecych chorób nowotworowych a zachowania prozdrowotne kobiet. W: Cipora E., Bednarek A. (red.). Profilaktyka, epidemiologia i opieka w chorobach nowotworowych. PWSZ im. J. Grodka w Sanoku, Sanok 2010:15-26.
79. Koper A, Kalisz Z, Mierzwa T, Kuczyńska L. Znaczenie profilaktyki raka piersi w opinii kobiet wiejskich w woj. kujawsko-pomorskim. *Probl Hig Epidemiol* 2010;91(1):54-55.
80. Ukwenya AY, Yusufu LM, Nmadu PT, Garba ES, Ahmed A. Delayed treatment of symptomatic breast cancer: the experience from Kaduna, Nigeria. *S. Afr. J. Surg* 2008;46:106-110.
81. Zegarski W, Głowacka I, Ostrowska Ż. Ocena jakości życia kobiet po mastektomii na podstawie standardowych kwestionariuszy: QLQ-C30 i QLQ-BR23. *J Oncol* 2010;60:532-535.
82. Pacian A, Pakuła E, Gomółka S et al. Przegląd populacji kobiet zrzeszonych w klubie amazońki oraz analiza ich sytuacji zawodowej i finansowej przed i po przebytym zabiegu mastektomii. *Med Og Nauk Zdr* 2013;19:356-361.
83. Stępień R, Wiraszka G. Uwarunkowania społeczno-demograficzne stanu funkcjonalnego kobiet po radykalnym leczeniu chirurgicznym raka piersi – mastektomii. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie* 2011;2:178-187.
84. Groszek P, Samoliński B, Krzych-Fałta E. Health concerns of women after mastectomy. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2017;16,1(58):5-14.
85. Rocławska AR. Ocena jakości życia kobiet po mastektomii. *Psychoonkologia* 2015;3:116-124.
86. Koç Z, Sağlam Z, Güler H. Determination of life quality and satisfaction in patients who had surgeries and chemotherapy due to breast cancer. *Eur J Oncol Nurs*. 2014;18S1:23-59.
87. Malicka I, Szczepańska-Gieracha J, Jankowska E, Woźniewski M, Rymaszewska J. Physical activity, life satisfaction and adjustment to illness in women after treatment of breast cancer. *Współcz Onkol.* 2011;15:180-185.
88. Lötze D, Wiedemann F, Rodrigues Recchia D et al. Iyengar-Yoga Compared to Exercise as a Therapeutic Intervention during (Neo)adjuvant Therapy in Women with Stage I–III Breast Cancer: Health-Related Quality of Life, Mindfulness, Spirituality, Life Satisfaction, and Cancer-Related Fatigue. *J Evid Based Complementary Altern Med*. 2016; doi.org/10.1155/2016/5931816.
89. Han J, Grothuesmann D, Neises M, Hille U, Hillemanns P. Quality of life and satisfaction after breast cancer operation. *Arch Gynecol Obstet*. 2010;282:75-82.
90. He ZY, Tong Q, Wu SG, Li FY, Lin HX, Guan XX. A comparison of quality of life and satisfaction of women with early-stage breast cancer treated with breast conserving therapy vs. mastectomy in southern China. *Support Care Cancer*. 2012;20:2441-2449.
91. Szczepańska-Gieracha J, Malicka I, Rymaszewska, Woźniewski M. Przystosowanie psychologiczne kobiet bezpośrednio po operacji onkologicznej i po zakończonym leczeniu. *Współcz Onkol.* 2010;14:403-410.
92. Olsson M, Nilsson M, Fugl-Meyer K et al. Alexanderson K. Life satisfaction of women of working age shortly after breast cancer surgery. *Quality of Life Research*. 2017;26:673-684.

93. Klassen AF, Pusic AL, Scott A, Klok J, Cano SJ. Satisfaction and quality of life in women who undergo breast surgery: a qualitative study. *BMC Womens Health*. 2009;9:11, doi: 10.1186/1472-6874-9-11.
94. Joly F, Espie M, Marty M. Long-term quality of life in premenopausal women with node-negative localized breast cancer treated with or without adjuvant chemotherapy. *Br J Cancer*. 2000;83(5):577-582.
95. Lewandowska-Abucewicz T, Kęcka K, Brodowski J. Akceptacja choroby nowotworowej u kobiet po mastektomii w województwie zachodniopomorskim – badania wstępne. *Fam Med Prim Care Rev*. 2016;18(2):143-148.
96. Czerw A, Religioni U, Deptała A. Assessment of pain, acceptance of illness, adjustment to life with cancer and coping strategies in breast cancer patients. *Breast Cancer*. 2016;23(4):654-661.
97. Chen S-Q, Liu J-E, Zhang Z-X, Li Z. Self-acceptance and associated factors among Chinese women with breast cancer. *J Clin Nurs*. 2017;26:1516-1523.

5. Wykaz innych publikacji, doniesień zjazdowych, wykładów zrealizowanych w ramach programów europejskich oraz konferencji związanych z tematem osiągnięcia naukowego

5.1. Publikacje

- 1) Pasternak K, Poźniak E, **Cipora E**. Amputacja piersi – tragedia i nadzieja. *Zdrowie Publiczne*. 2002;112(supl.1):148-151.
- 2) Poźniak E, **Cipora E**, Pasternak K. Amputacja piersi. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*. 2003;5:30-31.
- 3) Kózka M, Kózka M, Bazaliński D, **Cipora E**. The Level of Anxiety and Ways of Managing it used by Women After Mastectomy. *Polish Journal of Environmental Studies*. 2007;16(5A):225-228. **IF 0,627**.
- 4) Bednarek A, **Cipora E**, Mielnik A. Potential causes of breast cancer in the opinion of female respondents – results of a pilot study. W: *Malignant diseases as a health problem of modern society*. Sanok: PWSZ im. J. Grodka w Sanoku, 2011:46-56.
- 5) **Cipora E**, Karwat ID. Niepełnosprawność kobiet w następstwie raka piersi – funkcjonowanie w środowisku życia. W: *Doświadczenie niepełnosprawności w rodzinie*. Rzeszów: Uniwersytet Rzeszowski, 2019 (przyjęte do druku).

5.2. Doniesienia zjazdowe

- 1) IV Międzynarodowa Onkologiczna Konferencja Naukowa, pt.: „Promocja zdrowia, profilaktyka i znaczenie czynników środowiskowych w chorobach nowotworowych. Problemy definiowania niepełnosprawności”. Org.: Instytut Pielęgniarstwa Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Jana Grodka w Sanoku oraz Katedra i Zakład

Epidemiologii Akademii Medycznej im. Prof. F. Skubiszewskiego w Lublinie. Sanok 31.05.-01.06.2007 r.

Wystąpienie:

- Kózka M, Kózka M, Bazaliński D, **Cipora E.** *Poziom lęku i sposoby radzenia sobie kobiet po mastektomii.*

- 2) VI Międzynarodowa Onkologiczna Konferencja Naukowa pt. „Epidemiologia, profilaktyka oraz postępy w diagnostyce i leczeniu nowotworów”. Org.: Instytut Medyczny Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Jana Grodka w Sanoku, Katedra i Zakład Epidemiologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, Szpital Specjalistyczny Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny im. ks. Bronisława Markiewicza w Brzozowie, Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Krośnie. Sanok 27-28.05.2011 r.

Wystąpienie:

- Bednarek A, **Cipora E**, Mielnik A. *Potencjalne przyczyny choroby nowotworowej piersi w opinii ankietowanych kobiet – wyniki badań pilotażowych.*

- 3) VII Międzynarodowa Onkologiczna Konferencja Naukowa „Profilaktyka, leczenie i opieka w chorobach nowotworowych”. Sanok, 29-30.05.2014 r.

Wystąpienie:

- Jakubowski K, Racz O, **Cipora E**, Wojtaszek M. *Rak sutka a cukrzyca typu 2.*
- **Cipora E**, Konieczny M, Karwat ID, Smoleń E. *Epidemiologia raka sutka w województwie podkarpackim w latach 2006-2011.*

- 4) VII. International Symposium. „The Present and the future of nursing and midwifery” Nyíregyháza – Hungary, 2-3.09.2014 r.

Wystąpienie:

- **Cipora E**, Jakubowski K, Konieczny M. *Self-assesment of health status and life satisfaction of women with breast cancer.*

- 5) 53. Východoslovenské Lekárske Dni a XXIII. Memoriál Profesora Jána Kňazovického Pokroky v Onkológii. Slovakia, Košice 14-15.01.2016 r.

Wystąpienie:

- **Cipora E**, Jakubowski K. *Oczekiwania kobiet z rakiem piersi wobec lekarzy.*

- 6) I Ogólnopolska Konferencja Naukowa *Edukacja – Zdrowie – Środowisko*, Kielce 6-7.06.2016 r.

Wystąpienie:

- **Cipora E**, Konieczny M. *Przyczyny opóźnień w rozpoznawaniu raka piersi u kobiet.*

- 7) IV Międzynarodowy Kongres Polskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego „Zdrowie publiczne w środowisku”, Wrocław 22-23.11.2018 r.

Wystąpienie:

- **Cipora E, Konieczny M.** *Zachowania zdrowotne kobiet zamieszkujących obszary wiejskie w zakresie profilaktyki raka piersi.*

5.3. Zajęcia dydaktyczne w ramach programów europejskich

- 1) Prowadzenie wykładów na temat *Breast cancer women's health problem in Poland* w Centrum Zdrowia - Onkodiagnostyka Uniwersytetu w Kaposvarze (Węgry) w ramach Programu Erasmus+ finansowanego z Fundacji Rozwoju Systemu Edukacji (20.10.2014-25.10.2014).
- 2) Prowadzenie wykładów z zakresu raka piersi dla studentów Prešovská univerzita v Prešove (Słowacja) w ramach Programu Erasmus+ finansowanego z Fundacji Rozwoju Systemu Edukacji (09.04.2018-13.04.2018). Tematy wykładów:
 1. *Health education and health promotion in preventing breast cancer in women.*
 2. *Breast cancer diagnosis.*
 3. *Nursing care problems in women after surgical treatment for breast cancer.*
- 3) Prowadzenie zajęć ponadprogramowych pn. *Edukacja w zakresie profilaktyki raka piersi* w ramach Programu rozwojowego na rzecz poprawy jakości kształcenia studentów na kierunku Pielęgniarstwo w PWSZ im. Jana Grodka w Sanoku. Projekt realizowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego na podstawie umowy nr POWR.05.03.00-00-0016/15-01/2033/868 zawartej z Ministerstwem Zdrowia w dn. 28.09.2016 r.

5.4. Przewodniczenie komitetom organizacyjnym krajowych i międzynarodowych konferencji onkologicznych, w których wystąpienia dotyczyły m.in. raka piersi

- 1) I Sanocka Onkologiczna Konferencja Naukowa „Jak żyć z chorobą nowotworową?”. Sanok 14-15.05.2004 r.
- 2) II Sanocka Onkologiczna Konferencja Naukowa „Jakość życia pacjentów z chorobą nowotworową”. Sanok 24-25.06.2005 r.
- 3) V Międzynarodowa Onkologiczna Konferencja Naukowa „Środowiskowe uwarunkowania chorób nowotworowych. Opieka, leczenie i profilaktyka”. Sanok 23 - 24.10.2009 r.
- 4) VI Międzynarodowa Onkologiczna Konferencja Naukowa „Epidemiologia, profilaktyka oraz postępy w diagnostyce i leczeniu nowotworów”. Sanok 27 - 28.05.2011 r.
- 5) VII Międzynarodowa Onkologiczna Konferencja Naukowa „Profilaktyka, leczenie i opieka w chorobach nowotworowych”. Sanok, 29-30.05.2014 r.

6. Pozostałe osiągnięcia naukowo-badawcze

Podsumowanie działalności naukowo-badawczej przedstawione zostało w analizie bibliometrycznej opracowanej przez Bibliotekę Główną Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Analiza została zamieszczona w Załączniku nr 5 do wniosku o przeprowadzenie postępowania habilitacyjnego.

Dorobek naukowy stanowi 99 prac naukowych, co łącznie daje 16,286 IF i 359 punktów MNiSW. Jako cykl habilitacyjny przedstawionych zostało 9 z tych publikacji (3,958 IF, 102 MNiSW – pierwszy autor).

Jestem autorem 1 podręcznika dla studentów, 1 monografii w języku polskim, redaktorem 1 monografii w języku polskim, współredaktorem 2 monografii w języku angielskim i 1 monografii w języku polskim, a także autorem/współautorem 40 oryginalnych prac naukowych, 15 prac poglądowych, 2 opisów przypadków oraz 36 rozdziałów w krajowych i zagranicznych monografiach naukowych. Ponadto jestem współredaktorem 8 streszczeń pokonferencyjnych i autorem/współautorem 38 streszczeń ze zjazdów międzynarodowych krajowych, autorem/współautorem 67 wystąpień podczas międzynarodowych i krajowych konferencji naukowych.

Poniżej przedstawiono zbiorcze zestawienie dorobku naukowego.

1. Przed doktoratem (2,508 IF, 15 MNiSW), w tym:
 - a) oryginalne pełnotekstowe prace naukowe w czasopismach nieposiadających IF – 3 prace (2 MNiSW)
 - b) opisy przypadków w czasopismach nieposiadających IF – 1 praca (0 MNiSW),
 - c) prace poglądowe w czasopismach nieposiadających IF – 10 prac (13 MNiSW)
 - d) rozdziały w podręcznikach krajowych – 2 rozdziały (0 MNiSW)
 - e) streszczenia ze zjazdów krajowych – 4 streszczenia (0 MNiSW)
 - f) publikacje pełnotekstowe w suplementach czasopism posiadających IF – 4 prace (2,508 IF)
 - g) publikacje pełnotekstowe w suplementach czasopism nieposiadających IF – 1 praca (0 MNiSW)
2. Po doktoracie (13,778 IF, 344 MNiSW), w tym:
 - a) oryginalne pełnotekstowe prace naukowe w czasopismach posiadających IF – 9 prac (13,778 IF, 180 MNiSW)
 - b) oryginalne pełnotekstowe prace naukowe w czasopismach nieposiadających IF – 23 prace (144 MNiSW)
 - c) opisy przypadków w czasopismach nieposiadających IF – 1 praca (6 MNiSW),
 - d) prace poglądowe w czasopismach nieposiadających IF – 5 prac (14 MNiSW),
 - e) rozdziały w podręcznikach międzynarodowych – 13 rozdziałów (0 MNiSW),
 - f) rozdziały w podręcznikach krajowych – 21 rozdziałów (0 MNiSW),

- g) autorstwo monografii – 1 (0 MNiSW)
- h) autorstwo podręcznika – 1 (0 MNiSW)
- i) współredakcja streszczeń pokonferencyjnych – 8 (0 MNiSW)
- j) współredakcja monografii w języku angielskim – 2 (0 MNiSW)
- k) redakcja monografii w języku polskim – 1 (0 MNiSW)
- l) współredakcja monografii w języku polskim – 1 (0 MNiSW)
- m) streszczenia ze zjazdów międzynarodowych – 31 (0 MNiSW)
- n) streszczenia ze zjazdów krajowych – 3 (0 MNiSW)

Warszawa, 17.01.2019 r.

Elżbieta Lipora