

**Bożena Zboina, Anna Pacian, H.  
Król**

---

**Zadania pielęgniarki w profilaktyce  
nowotworów złośliwych piersi**

---

*Acta Scientifica Academiae Ostroviensis nr 25, 77-84*

---

2006

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej [bazhum.muzhp.pl](http://bazhum.muzhp.pl), gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Bożena Zboina<sup>1</sup>, Anna Pacian<sup>1</sup>, H. Król<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Wydział Fizjoterapii, Pielęgniarstwa i Wychowania Fizycznego Wyższej Szkoły Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Św.

<sup>2</sup> Świętokrzyskie Centrum Onkologii

## ZADANIA PIELEGNIARKI W PROFILAKTYCE NOWOTWORÓW ZŁOŚLIWYCH PIERSI

### Wstęp

Nowotwory złośliwe są stosunkowo dużą grupą chorób o różnym obrazie histopatologicznym, epidemiologicznym i klinicznym. Nowotworem złośliwym jest nazywany taki stan, w którym dochodzi do niekontrolowanego rozwoju własnych, zmienionych morfologicznie i czynnościowo komórek, początkowo w miejscu pierwotnej zmiany, potem do naciekania otaczających tkanek i wreszcie do przemieszczania i namnażania się zmienionych komórek w miejscach odległych (przerzuty). Ten charakterystyczny przebieg choroby stanowi podstawę rozpoznania klinicznego i służy do określenia stopnia zaawansowania. Komórki nowotworowe zachowują często niektóre cechy tkanek, z których powstały. Jednakże w miarę postępu choroby dochodzi do dalszej utraty cech morfologicznych i funkcjonalnych tkanek macierzystych. Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym u kobiet, jak również pierwszą przyczyną ich śmierci. Liczba zachorowań i zgonów na ten nowotwór stale rośnie. W Polsce notuje się ok. 10 000 zachorowań rocznie i ok. 6000 zgonów z tego powodu. Liczba zgonów jest wyższa o blisko 2 tysiące niż w Holandii, przy takiej samej liczbie zachorowań. Jednym z powodów takiej śmiertelności jest późne wykrywanie nowotworu.

### Profilaktyka pierwotna

Nowotwory złośliwe są chorobami spowodowanymi przez liczne czynniki. Są to czynniki ryzyka rakotwórcze i współrakotwórcze. Czynniki rakotwórcze to takie, dla których został udowodniony związek przyczynowo - skutkowy tj. wywoływanie przez dany czynnik procesu nowotworowego np. promienie Rtg, niektóre węglowodory

aromatyczne. Inne czynniki zwiększają ryzyko zachorowania na niektóre nowotwory złośliwe, nie są jednak czynnikami rakotwórczymi np. duże spożywanie soli lub tłuszczów. Głównym celem profilaktyki pierwotnej jest zmniejszenie ryzyka zachorowania poprzez uświadczenie kobietom, jakie czynniki zwiększają ryzyko zachorowania i jaki jest mechanizm ich działania. Czynniki te nazywane są wszystkimi substancjami, które zwiększają prawdopodobieństwo zachorowania człowieka na nowotwór złośliwy. Jedne z nich są egzogenne czyli pochodzące ze środowiska naturalnego. Przenikają do naszego organizmu z pożywieniem, wdychanym powietrzem lub przez skórę np. nadmierne działanie słonecznych promieni nadfioletowych, praca z azbestem, palenie papierosów. Inne endogenne - wewnątrzpochodne czynniki ryzyka są związane z zaburzeniami hormonalnymi - duże stężenie estrogenów w organizmie może być czynnikiem ryzyka dla raka sutka i narządu rodowego; nierodzenie - zwiększa ryzyko zachorowania na raka sutka. Poznanie czynników zwiększających ryzyko zachorowania na nowotwór umożliwiło określenie tzw. grup ryzyka.

Każdy człowiek znalazł się niejednokrotnie pod wpływem czynników rakotwórczych (dym tytoniowy, pył azbestowy, węglowodory aromatyczne, promienie jonizujące), jednak ryzyko staje się istotne jedynie wówczas, gdy czynniki te działają długo i tylko w określony sposób.

Czynniki rakotwórcze odgrywają podstawową rolę w powstawaniu nowotworów i z uwagi na różny charakter czynników dzielimy je na: chemiczne, fizyczne i biologiczne (wirusy).

Czynniki chemiczne - to takie związki, które w odpowiednich warunkach mogą wywoływać nowotwory złośliwe. Stosunkowo dużo substancji rakotwórczych znajduje się w gazach spalinowych samochodów, samolotów, w dymie z kominów fabryk. Są to głównie węglowodory aromatyczne i niektóre metale.

Czynniki rakotwórcze dostają się do atmosfery, do wody i gleby. Tak więc otaczające nas środowisko w miarę uprzemysłowienia jest coraz to bardziej skażone. Jednym z niezliczonych udowodnionych czynników rakotwórczych jest palenie papierosów. W zależności od liczby wypalanych papierosów i czasu trwania nałogu ryzyko zachorowania na nowotwory złośliwe wzrasta od kilku do kilkunastu razy.

Do czynników fizycznych zaliczamy promieniowanie jonizujące (Rentgena, radu i innych izotopów promieniotwórczych) oraz promie-

niowanie nadfioletowe (słońce, lampy kwarcowe). Promieniowanie jonizujące może być czynnikiem wywołującym nowotwory w różnych narządach (ze względu na przenikliwość).

Czynniki biologiczne to niektóre wirusy np. opryszczki, zapalenia wątroby typu B.

Nie ma bezpośrednich dowodów na potwierdzenie roli wirusa w etiopatogenezie nowotworów ludzkich, jest natomiast udowodniony udział wirusów w karcynogenezie u zwierząt oraz w badaniach poza ustrojem. Onkogennymi wirusami mogą być te, które zawierają kwas dezoksyrybonukleinowy lub nukleinowy czyli mogą być typu DNA lub RNA.

Ryzyko zachorowania zwiększa się w zależności od poszczególnych grup ryzyka. Szczególnie narażone są kobiety, u których wystąpiły czynniki:

- obecność raka piersi u najbliższych krewnych
- wyleczony rak jednej piersi
- nie rodzenie lub pierwszy poród po 35 roku życia
- nie karmienie piersią
- otyłość
- cukrzyca
- dieta bogata w tłuszcze

### **Profilaktyka wtórna**

Podstawą wczesnego wykrywania jest wiedza o procesie rozwoju nowotworu. Teorie tłumaczące mechanizm powstawania nowotworów można podzielić na dwie zasadnicze grupy: genetyczne i epigenetyczne. Pierwsze zakładają, że początkowa zmiana o charakterze mutacji powstaje w materiale genetycznym (DNA). Zmieniony jakościowo lub ilościowo gen komórki melduje zmianę morfologiczną (fenotypową).

Epigenetyczne teorie zakładają pierwotny defekt w aparacie pozagenetycznym, indukujący w następstwie zmianę DNA. Utrwalony, zmieniony genotyp przekazuje nową cechę potomnym komórkom nowotworowym. Popularność tych koncepcji uwarunkowana jest aktualnym stanem wiedzy. Pierwsze teorie postulowały epigenetyczne mechanizmy powstawania nowotworów, lecz w miarę rozwoju wiedzy, zwłaszcza badań nad mechanizmami chemicznej, fizycznej a potem wirusowej karcynogenezy, przewagę zaczęły uzyskiwać teorie genetyczne. Proces nowotworowy zachodzi wielostopniowo jako konsekwencja

mutacji. Zwykle jest on długi, dla nowotworów litych trwa średnio 20 lat, dla układowych - krócej, i przebiega w następujących etapach:

1. Inicjacja, czyli zakodowanie w DNA komórki nieprawidłowej informacji.
2. Promocja - ujawnienie się pod wpływem czynnika rakotwórczego (promotora) pokolenia komórek o nieprawidłowej budowie.
3. Progresja - niepoHAMowane namnażanie się komórek i ich odróżnicowanie, czyli tworzenie się typowych komórek nowotworowych.

W raku piersi czas rozwoju nowotworu można określić na 20 lat. W raku o szybkim wzroście czas podwojenia masy guza wynosi 150 dni, o średnio szybkim wzroście - 150-300 dni, a w typie o wolnym wzroście - powyżej 300 dni.

Z klinicznego punktu widzenia w przebiegu rozwoju nowotworu można wyróżnić trzy etapy: okres wczesny - niewykrywalny, okres przedkliniczny - wykrywalny i okres kliniczny.

Wczesne wykrywanie to wykrywanie nowotworów w najwcześniejszym ich stadium, w okresie przedklinicznym, gdy są niemal całkowicie wyleczalne. Jest to podjęcie takich działań, które doprowadzą do wykrycia nowotworu wcześniej, niż ujawniłby się on bez tych działań. W przypadku raka piersi wykrycie go w stadium przedklinicznym daje 100% szans na wyleczenie, jest proste i tanie oraz pozwala zachować piersć. Wczesne wykrywanie raka piersi dotyczy kobiet bez objawów choroby, natomiast wczesna diagnostyka oznacza szybkie działania diagnostyczne u kobiet ze stwierdzonymi zmianami w piersi.

Wczesne wykrywanie polega na systematycznym przeprowadzaniu samobadania piersi oraz rutynowym badaniu wykonywanym przez lekarzy i pielęgniarki w codziennej pracy, przestrzeganiu zaleceń profilaktycznych wydawanych przez instytucje o odpowiednim autorytecie, np. Polski Komitet Zwalczenia Raka.

### **Edukacja zdrowotna jako element procesu profilaktyki pierwotnej realizowany przez pielęgniarkę**

Dominującą rolę w procesie profilaktyki pierwotnej i kluczową dla jej efektów jest aktywne interdyscyplinarne wspieranie ludzi w wysiłku na rzecz ochrony swojego zdrowia. Błędem jest przypisywanie edukacji zdrowotnej profesjonalistom z zakresu ochrony zdrowia, między innymi pielęgniarce, jednak bardzo często to właśnie pielęgniarki przez

prowadzoną edukację zdrowotną umożliwiają ludziom zwiększenie stopnia kontroli nad własnym zdrowiem i jego poprawą. Tak rozumiana edukacja zdrowotna dąży do poprawy i ochrony zdrowia poprzez stymulowanie procesem uczenia się w celu pojawienia się zmiany w zachowaniu jednostek. Zgodnie z tym podejściem człowiek edukowany jest dwutorowo w drodze bezpośredniego kontaktu „człowiek - człowiek” oraz poprzez użycie środków społecznego przekazu (ulotki, filmy edukacyjne). Tradycyjnie rozumiana edukacja zdrowotna pozostaje w ścisłym związku z profilaktyką chorób i jest niewystarczająca w kontekście potrzeb, jakie ujawnia promocja zdrowia.

Efekty nowoczesnej edukacji zdrowotnej wg M. Charzyńskiej-Guli powinny zaistnieć na trzech poziomach.

**Poziom I** - należy zwiększyć (zmienić) wiedzę i umiejętności związane z:

- funkcjonowaniem własnego organizmu,
- radzeniem sobie w trudnych sytuacjach, które mogą być źródłem zagrożenia zdrowia,
- funkcjonowaniem w chorobie;

**Poziom II** - należy rozwinąć świadomość i umiejętności związane z korzystaniem z systemu opieki zdrowotnej i pojmowaniem zasad jej funkcjonowania w szczególności zaś:

- wzmocnić potrzebę kontrolowania stanu zdrowia
- przekonać co do konieczności kontaktowania się z lekarzem, pielęgniarką i innymi profesjonalistami, nie tylko w sytuacji poszukiwania pomocy o charakterze terapeutycznym,
- wyjaśnić prawa i obowiązki „klienta”, odbiorcy usług oferowanych przez system opieki zdrowotnej,
- wyjaśnić prawa pacjenta;

**Poziom III** - zwiększyć poziom świadomości co do czynników społecznych, politycznych i środowiskowych wpływających na zdrowie, a w szczególności:

- przekonać o znaczeniu „rodzinnej historii zdrowia i choroby” w analizie różnych zagrożeń zdrowotnych występujących lub mogących wystąpić w zdrowiu członków rodziny,
- wyjaśnić związki istniejące między zachowaniami własnymi i innych ludzi a stanem zdrowia,
- przekonać do możliwości i słuszności poszukiwania pomocy w

zachowaniu i poprawie zdrowia u innych ludzi, którzy skutecznie poradzili sobie z problemem podobnym do tego, jaki występuje w rodzinie (np. laickie grupy wsparcia),

- pomóc w rozwinięciu postawy otwartości na różne inicjatywy prozdrowotne<sup>1</sup>.

### **Zadania pielęgniarstwa w profilaktyce nowotworów złośliwych piersi:.**

#### I. Edukacja zdrowotna

##### 1. Dostarczenie i wzbogacenie wiedzy na tematy:

- co to jest rak piersi
  - jakie są czynniki ryzyka,
  - jakie są metody profilaktyki,
  - na czym polega badanie USG czy mammograficzne,
  - konieczności samobadania piersi,
  - konieczności wizyty u lekarza oraz badania klinicznego,
  - konieczność profilaktycznego badania USG lub mammografii po ukończeniu 40 roku życia co roku, natomiast kobiet w wieku 50-69 lat co 2-3 lata.
2. Zmiany postaw i zachowań zdrowotnych.
3. Kształtowanie polityki zdrowotnej w siedliskach (informowanie władz lokalnych i samorządowych makroregionu o konieczności edukacji w tym zakresie).

#### II. Profilaktyka :

##### 1. Kształtowanie prozdrowotnego stylu życia

- motywowanie do zerwania z nałogiem palenia tytoniu,
- kształtowanie właściwych zachowań żywieniowych,
- zmniejszenie ryzyka środowiskowego i zawodowego,
- promocja właściwych stereotypów picia alkoholu.

##### 2. Podkreślanie rangi wczesnego wykrywania chorób piersi

- organizowanie szkoleń, spotkań czy kursów na temat chorób nowotworowych, ich wczesnych oznak i objawów,
- motywowanie do korzystania z badań profilaktycznych,

---

<sup>1</sup> Charzyńska – Gula, *Edukacja zdrowotna rodziny. Poradnik dla pielęgniarki rodzinnej*, Lublin 2002, s.10-11.

- zachęcanie pacjentki do samokontroli,
3. Rozpoznanie istniejących problemów zdrowotnych w środowisku związanych z zachorowaniami na raka piersi,
    - wyodrębnienie osób z grup wysokiego ryzyka rodzinnego,
    - objęcie specjalną opieką kobiet po 50 r. ż.,
    - tworzenie rejestrów rodzinnych, celem określenia wielkości problemu w makroregionie, zwiększonego rodzinnego ryzyka wystąpienia nowotworu.
  4. Opracowanie prostego programu prewencji dla osób ze zwiększonym ryzykiem zachorowania na nowotwór piersi.
  5. Opracowanie wraz z zespołem terapeutycznym zaleceń dotyczących prowadzenia badań przesiewowych (skrining mammograficzny) w populacji.

Udowodniono, że skrining mammograficzny, prowadzony w grupie wiekowej 50-60 lat, może obniżyć umieralność do 40%. Aby osiągnąć efekt w postaci istotnego obniżenia umieralności, badanie przesiewowe musi spełniać kilka warunków:

- powinno dotyczyć kobiet bez objawów choroby (określonych jedynie wiekiem i np. miejscem zamieszkania),
- przekraczać 70% populacji objętej skринingiem,
- zachować standardy jakościowe dotyczące aparatury, pracowni i personelu, a także zapewniać możliwość dalszej diagnostyki i leczenia.

Profilaktyka raka piersi wymaga pełnej realizacji powyższych zadań. Zwiększenie wykrywalności wczesnych zmian nowotworowych w dużej mierze zależy będzie od odpowiedzialności pielęgniarki i jej kompetencji. Edukacja zdrowotna nie powinna ograniczać się do pojedynczych faktów, ale traktować problem całościowo i wieloaspektowo. Nie można bowiem oczekiwać od nikogo decyzji racjonalnych, odnoszących pożądane skutki dla zdrowia lub stylu życia bez rzetelnych informacji. Nie jest również obojętne w jaki sposób te informacje są przekazane.

#### **Literatura:**

1. Charzyńska-Gula M., *Edukacja zdrowotna rodziny. Poradnik dla pielęgniarki rodzinnej*, Lublin 2002.
2. Godlewski D., *Rak piersi w aspekcie medycznym i społecznym* [w:]



*Biospołeczne skutki mastektomii*, Poznań 1997.

3. Garwacka-Czochor E., Borkowska J., *Samobadanie piersi program edukacyjny dla kobiet z Wrocławia* [w:] *Kształcenie i doskonalenie zawodowe pielęgniarek i położnych, standardy opieki w pielęgniarstwie, wdrażanie problemów promocji zdrowia*, Poznań 1999.
4. Jaśkiewicz J., Pieńkowski T., *Rak piersi rozpoznawanie, leczenie, profilaktyka*, „Przegląd Lekarski” 2000 (6).
5. Wronkowski Z., Nowacki M.P., *Profilaktyka nowotworowa*, „Przegląd Lekarski” 2000 (dodatek specjalny: Onkologia).
6. Wronkowski Z., Tolwiński J., Heciak J., *Program badań przesiewowych raka sutka w Polsce na lata 2000-2010*, „Przegląd Lekarski” 2000 (dodatek specjalny: Onkologia).