

# Pierwsze objawy chorób nowotworowych a zachowania pacjentów. Jak długo pacjenci zwlekają z wizytą u lekarza i gdzie szukają informacji medycznej

*The first symptoms of cancer and patients behaviours. How long the patients delay the visits to the doctor and where they look for a medical information*

Anna Kieszkowska-Grudny<sup>1</sup>, Katarzyna Zając<sup>2</sup>, Agata Winiarska<sup>2</sup>, Daria Welsyng<sup>2</sup>, Wojciech Strzelczyk<sup>2</sup>, Filip Sokołowski<sup>2</sup>, Marta Ponieważ<sup>2</sup>, Dawid Plutowski<sup>2</sup>, Katarzyna Bieleś<sup>2</sup>, Monika Rucińska<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Minds of Hope w Warszawie

<sup>2</sup>Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze Onkologii, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

<sup>3</sup>Katedra Onkologii, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

*Psychoonkologia* 2016; 20 (3): 123–132

DOI: 10.5114/pson.2016.64964

## Adres do korespondencji:

dr Anna Kieszkowska-Grudny  
Minds of Hope  
ul. Sokołowska 9/327  
01-142 Warszawa  
e-mail: info@mindssofhope.org

## Streszczenie

**Wstęp:** Liczba zachorowań na nowotwory rokrocznie wzrasta. Mimo dynamicznego rozwoju technologii medycznej, która pomaga we wczesnym rozpoznaniu nowotworów, i wprowadzania coraz bardziej skutecznych terapii śmiertelność z powodu nowotworów nie maleje, co może sugerować inne – także pozamedyczne – przyczyny takiej sytuacji.

**Cel pracy:** Ocena czasu, jaki upływa od wystąpienia pierwszych objawów do zgłoszenia się do lekarza, oraz poszukiwanie związków zachowań pacjentów z czynnikami demograficznymi i psychospołecznymi.

**Materiał i metody:** W badaniu wzięło udział 101 osób z rozpoznaną chorobą nowotworową, w tym 60 kobiet (mediana 57 lat, średnia 58 lat, SD = 10,46 roku) i 41 mężczyzn (mediana 60 lat, średnia 60,54 roku, SD = 10,10 roku), które wypełniły ankietę badawczą.

**Wyniki:** Ponad połowa (60%) osób zgłosiła się do lekarza w ciągu 1 miesiąca, a w pozostałej grupie nawet co 5. pacjent zgłosił się dopiero po 6 miesiącach. Zaobserwowano zależności między czasem do pierwszej wizyty a korzystaniem z Internetu, stosowaniem alternatywnych metod terapii, jak również płcią oraz miejscem zamieszkania. Najczęstszym źródłem informacji na temat niepokojących objawów były gazety i czasopisma.

**Wnioski:** Wyniki wskazują wiele obszarów, gdzie poprzez działania edukacyjne i motywacyjne można skrócić czas od wystąpienia objawów do rozpoczęcia diagnostyki i poprawić wyniki leczenia nowotworów.

## Abstract

**Introduction:** The number of cancer cases is increasing every year. A medical technology, which helps in the early detection of cancer, changes dynamically, and more and more effective therapies are introduced. Nevertheless, a mortality from cancer is not decreasing, which may suggest another reason of such a situation, including nonmedical factors.

**The aim of the study:** To examine the period of time from first symptoms to appointment to a doctor and to explore relationships with demographic and psychosocial factors with such behaviors.

**Material and method:** 101 cancer pts were participated in the study, including 60 women (median 57 years, average 58 years, SD = 10.46 years) and 41 men (median 60 years, average 60.54 years, SD = 10.10 years), who filled out the survey questionnaire.

**Results:** The results show that 60% of people visited a doctor within 1 month, but in the remaining group even every fifth patient decided to go to a doctor only after 6 months. A dependence was observed in the period of time to first visit, when a usage of the Internet, alternative therapies, as well as a gender and a place of residence were analyzed. The most common source of information about alarming symptoms were newspapers and magazines.

**Conclusions:** The results show many areas where through educational and motivational activities, we can still shorten the time from the first symptoms to diagnosis and improve treatment outcomes of cancer.

**Słowa kluczowe:** choroba nowotworowa, wczesne wykrycie choroby, opóźniona diagnoza, źródła informacji medycznej.

**Key words:** cancer, early detection of disease, delayed diagnosis, medical information.

---

## Wstęp

Liczba zachorowań na nowotwory złośliwe stale wzrasta. W roku 1980 w Polsce zanotowano 64 820 nowych zachorowań, w roku 2013 liczba nowych zachorowań na nowotwory wzrosła prawie dwa i pół razy – zgłoszono 156 487 nowych rozpoznań [1]. Niestety, mimo pojawiania się nowych technologii medycznych ułatwiających wykrywanie nowotworów, a także wprowadzania nowych metod leczenia nie maleje w naszym kraju śmiertelność spowodowana nowotworami. W 2013 r. w Polsce z powodu nowotworów zmarło 94 125 osób [2]. Tym samym nowotwory stanowią obecnie drugą, po chorobach układu krążenia, przyczynę śmierci [3]. Co ważne, nowotwory złośliwe są główną przyczyną przedwczesnych zgonów Polaków, przed 65. rokiem życia. Ponad 25% zgonów mężczyzn i ponad 45% zgonów kobiet w wieku 20–64 lat było spowodowanych przez nowotwory [4]. Umieralność na skutek nowotworów złośliwych jest w Polsce wyższa niż średnia dla krajów Unii Europejskiej o ok. 20% w przypadku mężczyzn i ok. 10% w przypadku kobiet [2]. Wzrost liczby zachorowań można tłumaczyć zarówno wzrostem liczby ludności, jak i starzeniem się polskiego społeczeństwa oraz stylem życia przyczyniającym się do rozwoju choroby nowotworowej – palenie papierosów, picie alkoholu, brak aktywności fizycznej, nieodpowiednia dieta itp. Wzrastająca liczba zgonów i niższa niż średnia dla Unii Europejskiej wyleczalność choroby nowotworowej mogą w dużej mierze wynikać z rozpoznawania nowotworów już w zaawansowanych stadiach. Sytuacja ta może mieć źródło m.in. w niedostatecznym dostępie do lekarza oraz nowoczesnych

metod diagnostycznych i terapeutycznych. W pierwszym kwartale 2012 r. w Polsce średni czas oczekiwania na zabiegi w ramach chirurgii onkologicznej wynosił od 0,8 do 1,6 miesiąca, w ginekologii onkologicznej ok. 1 miesiąca, a na świadczenia w ramach onkologii klinicznej nawet do 1,2 miesiąca [5]. Czas oczekiwania na biopsję aspiracyjną gruboigłową w 2012 r. wynosił 0,5 miesiąca, a na biopsję mamentomiczną, stereotaktyczną do 1,2 miesiąca, natomiast na badanie rezonansu magnetycznego ponad 2 miesiące [5]. Mimo że od stycznia 2015 r. został w Polsce wprowadzony tzw. pakiet onkologiczny, to z raportu „Onkobarometr WHC” (stan na wrzesień 2015 r.) wynika, że czas oczekiwania na świadczenia onkologiczne nadal jest długi, a nawet wydłużył się o kilka dni w stosunku do stycznia 2015 r. i wynosi średnio 4,5 tygodnia [6, 7], co ma również przełożenie na dalsze etapy leczenia i jego efekty. Jednak nie tylko dostęp do opieki zdrowotnej jest źródłem niewystarczających wyników leczenia onkologicznego w Polsce. Przyczyna ta w jakimś zakresie leży też po stronie samych pacjentów i może być związana z późnym zgłaszaniem się do lekarza mimo zaobserwowania niepokojących objawów.

Wczesne wykrycie nowotworu zwykle zwiększa możliwość jego wyleczenia. Nadal jednak wiele nowotworów rozpoznawanych jest w stadium zaawansowanym, co znacząco zmniejsza szansę pacjentów na zdrowie i życie [8, 9]. Podejmowane są próby określenia związku pomiędzy wydłużeniem czasu oczekiwania chorych na nowotwory na diagnostykę i leczenie a pogorszeniem wyników leczenia. Analizy wykazują, że wydłużenie czasu oczekiwania pacjentów na leczenie onkologiczne ma znaczenie w kontekście wyleczenia choro-

by i przeżycia całkowitego [10–15]. Badanie Chen i wsp. [10] wskazuje, iż w przypadku raków okolic głowy i szyi wydłużenie czasu oczekiwania na radioterapię o miesiąc zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia wznowy miejscowej o 19% oraz pogarsza przeżycie całkowite pacjentów. Także van Harten i wsp. [11] wykazali, że wydłużony czas oczekiwania na leczenie nowotworów okolic głowy i szyi zmniejsza przeżycie pacjentów (3-miesięczny czas oczekiwania zmniejsza 5-letnie przeżycie całkowite o 18%). Związek pomiędzy wydłużeniem czasu oczekiwania na leczenie a pogorszeniem jego wyników stwierdzono również w przypadku raka piersi: 5-letnie przeżycie pacjentek było niższe o ok. 5–7% w przypadku dłuższego niż 3 miesiące czasu oczekiwania [12, 13]. Opóźnienie wdrożenia radioterapii raka piersi o miesiąc zwiększa ryzyko wystąpienia wznowy o 11% [10]. Wykazano także niekorzystny wpływ opóźnienia rozpoczęcia radioterapii na czas przeżycia chorych na raka szyjki macicy [14]. W przypadku chorych z rozpoznaniem glejaka w III–IV stopniu złośliwości oszacowano, iż ryzyko zgonu rośnie o 2% z każdym dniem oczekiwania na radioterapię po operacji lub biopsji [15].

Pierwsze objawy większości nowotworów są niecharakterystyczne i często przypisywane innym chorobom lub wręcz bagatelizowane. Istnieją jednak pewne objawy, które powinny nasuwać podejrzenie nowotworu zarówno lekarzowi, jak i samym chorym. Szybkie zgłoszenie się do lekarza i podjęcie diagnostyki przyspiesza rozpoznanie choroby i wdrożenie odpowiedniego leczenia [16]. Nierzadko jednak zdarza się, że chory, mimo zauważenia niepokojących objawów, opóźnia moment zgłoszenia się do lekarza.

Celem pracy była ocena czasu, jaki upływa pomiędzy wystąpieniem objawów choroby nowotworowej a zgłoszeniem się pacjenta do lekarza, oraz poznanie przyczyn ewentualnego opóźnionego zgłaszania się do lekarza. Celem dodatkowym była identyfikacja cech o charakterze demograficznym lub psychospołecznym, które mogłyby mieć związek z dłuższym lub krótszym czasem od zaobserwowania pierwszych niepokojących objawów do zgłoszenia się do lekarza.

## Material i metody

Badaniem objęto pacjentów chorych na nowotwory złośliwe, hospitalizowanych w celu radioterapii na Oddziałach Radioterapii Szpitala MSW z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie. Posłużono się autorskim kwestionariuszem ankietowym stworzonym na potrzeby badania. Ankieta zawierała 25 pytań, które miały charakter zamknięty. Poszczególne pytania oraz

kategorie odpowiedzi, które były analizowane, obejmowały:

- płeć, wiek, miejsce zamieszkania, stan cywilny, wykształcenie, status zawodowy i rodzaj wykonywanej pracy,
- to, czy pacjent mieszka sam lub z innymi (ile osób),
- praktyki religijne,
- korzystanie z Internetu,
- to, skąd czerpie informacje medyczne, gdy chce więcej się dowiedzieć o chorobie i leczeniu,
- kontakt z opieką zdrowotną (częstość wizyt u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, uczestniczenie w badaniach przesiewowych – jakich?),
- czas, jaki upłynął od momentu zauważenia niepokojącego objawu do pierwszej wizyty u lekarza,
- zachowania związane ze stosowaniem metod niekonwencjonalnych,
- to, z czyjej dodatkowej pomocy pacjenci korzystali w czasie choroby, leczenia (fizjoterapeuta, psycholog, psychoterapeuta, pracownik socjalny, ksiądz).

Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy. Badanie przeprowadzono w ramach Studenckiego Koła Naukowego przy Katedrze Onkologii Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie. Wszystkie osoby, które wypełniły ankietę, wyraziły zgodę na udział w badaniu oraz analizę danych na poziomie grupy. Do analizy statystycznej użyto programu SPSS 23, przy założeniu poziomu istotności  $p < 0,05$ .

## Wyniki

W badaniu wzięło udział 101 pacjentów chorych na nowotwory łagodne, leczonych radioterapią z założeniem radykalnym, w tym 60 kobiet (w wieku 26–84 lat, mediana 57 lat, SD = 10,46 roku, średnia 58 lat) i 41 mężczyzn (w wieku 35–80 lat, mediana 60 lat, SD = 10,10 roku, średnia 60,54 roku). Prawie wszyscy ankietowani pacjenci (oprócz ośmiu) pochodzili z województwa warmińsko-mazurskiego. Większość pacjentów (66%) poddanych badaniu mieszkała w miastach, najwięcej (46% respondentów) w małym mieście (do 50 tys. mieszkańców). Dwie trzecie badanych chorych (64%) miało wykształcenie podstawowe lub zawodowe, tylko 9% pacjentów miało wykształcenie wyższe. Aktywnych zawodowo było 20% ankietowanych pacjentów. Dwie trzecie pacjentów (65%) pobierało rentę lub emeryturę. Większość respondentów (64%) pozostawało w stałych związkach, jedna trzecia (36%) żyła samotnie (tab. 1).

Prawie połowa ankietowanych pacjentów (45,5%) przed rozpoznaniem choroby nowotworowej miała w zwyczaju zasięgać porady lekarza rodzinnego kilka razy w ciągu roku, 18% respondentów ko-

**Tabela 1.** Charakterystyka demograficzna grupy badanej

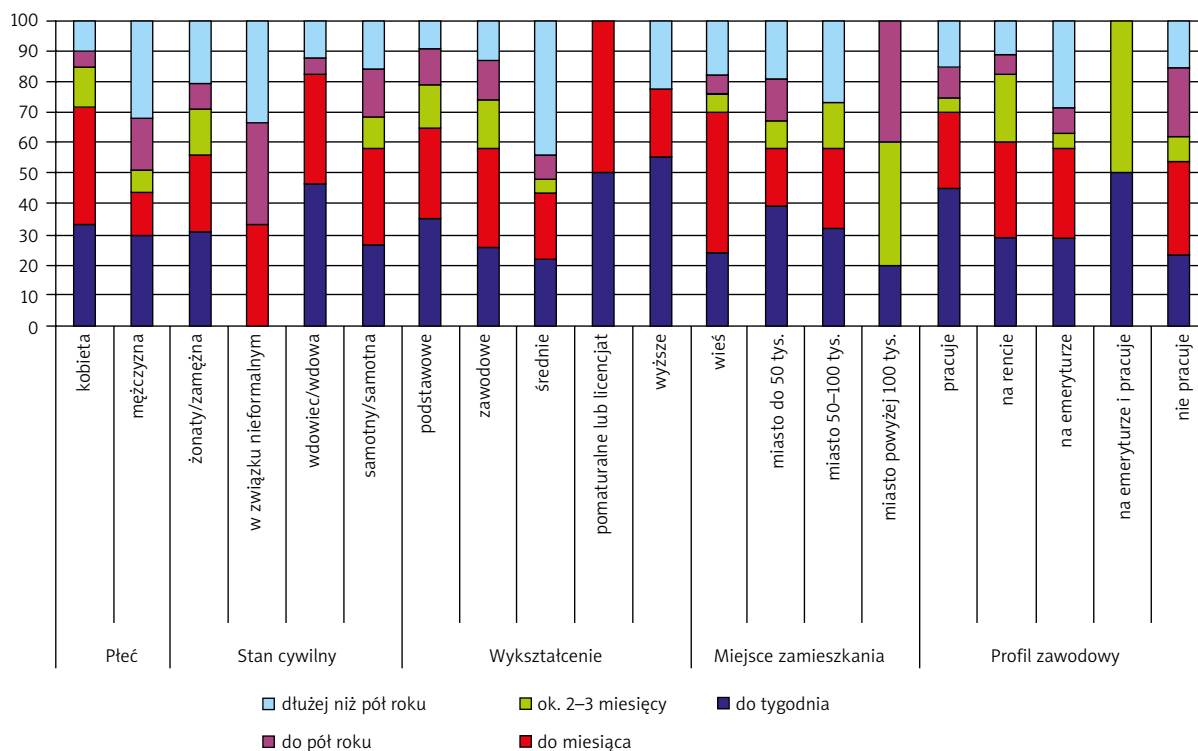
**Table 1.** Demographic characteristic of the group

	Kobiety		Mężczyźni		Ogółem	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<b>Miejsce zamieszkania</b>						
wieś	23	38	11	27	34	34
miasto do 50 tys.	25	42	22	53	47	46
miasto 50–100 tys.	4	7	4	10	8	8
miasto powyżej 100 tys.	8	13	4	10	12	12
<b>Stan cywilny</b>						
samotna/samotny	10	17	9	22	19	19
wdowa/wdowiec	10	17	7	17	17	17
w związku nieformalnym	3	5	0	0	3	3
zamężna/żonaty	37	61	25	61	62	61
<b>Wykształcenie</b>						
podstawowe	27	45,0	7	17	34	33
zawodowe	13	21,7	18	44	31	31
średnie	12	20,0	11	27	23	23
pomaturalne/licencjat	1	1,5	3	7	4	4
wyższe	7	11,5	2	5	9	9
<b>Rodzaj wykonywanej pracy</b>						
fizyczna	37	62	25	61	62	61
umysłowa	20	33	13	32	33	33
fizyczna i umysłowa	0	0	3	7	3	3
nigdy nie pracował	3	5	0	0	3	3
<b>Aktualna aktywność zawodowa</b>						
pracujący zawodowo	12	20	8	19	20	20
renta	18	30	10	24	28	28
emerytura	21	35	17	42	38	37
niepracujący/bezrobotny	8	13,5	5	12,5	13	13
emerytura i pracujący	1	1,5	1	2,5	2	2
<b>Ogółem</b>	60		41		101	

rzystało z pomocy lekarza kilka razy w miesiącu. Pozostali pacjenci bywali u lekarza raz w roku lub rzadziej. Najczęściej chodziły do lekarza osoby mieszkające w miastach do 50 tys. mieszkańców, najrzadziej mieszkańcy wsi i dużych miast. Z porady lekarza rodzinnego stosunkowo częściej, w porównaniu z innymi grupami, korzystały osoby owdowiałe. Osoby, które chodziły do lekarza rodzinnego kilka razy w miesiącu, częściej od pozostałych ( $\chi^2 = 7,071$ ,  $p = 0,070$ , co stanowi wynik na poziomie tendencji) zgłaszały się do lekarza z niepokojącymi objawami związanymi z chorobą nowotworową przed upływem 1 miesiąca.

Prawie wszyscy pacjenci, oprócz siedmiu, sami zauważyli objawy mogące sugerować poważną

chorobę. Sześćdziesiąt jeden osób (60,4%) zgłosiło się do lekarza w ciągu pierwszego miesiąca od pojawienia się niepokojących objawów: jedna trzecia wszystkich respondentów (31,7%) już w pierwszym tygodniu, kolejna jedna trzecia pacjentów (28,7%) w ciągu 2–4 tygodni od zaobserwowania objawów wskazujących na poważną chorobę. Pozostałe osoby (39,6%) zgłosiły się do lekarza po ponad miesiącu od zauważenia objawów choroby: 10,9% pacjentów w ciągu 2–3 miesięcy, 9,9% pacjentów w ciągu 4–6 miesięcy i 18,8% pacjentów dopiero po upływie ponad 6 miesięcy od zauważenia niepokojących objawów. Średni wiek osób, które szybciej zgłaszały się do lekarza, wyniósł 59 lat (mediana 57 lat, SD = 10,54), a tych, które



**Rycina 1.** Odsetek pacjentów wg wskaźników demograficznych w zależności od czasu zgłoszenia się do lekarza po zaobserwowaniu pierwszych objawów

**Figure 1.** The percentage of patients according to demographic factors depending on the time to seek medical advice after observing first symptoms

opóźniały kontakt z lekarzem w sytuacji zauważenia niepokojących objawów – 59,3 roku (mediana 58,5 roku, SD = 10,13). Grupy te nie różniły się istotnie pod względem wieku. Zaobserwowano natomiast różnice pomiędzy poszczególnymi grupami w innych kategoriach. Kobiety, osoby owdowiałe, osoby z wykształceniem średnim, osoby pracujące, jak również osoby mieszkające na wsi częściej zgłaszały się do lekarza w ciągu pierwszego miesiąca od zauważenia niepokojących objawów (ryc. 1). Różnice w czasie, jaki upłynął od zaobserwowania pierwszych niepokojących objawów do zgłoszenia się do lekarza, okazały się istotne statystycznie w odniesieniu do kobiet i mężczyzn ( $\chi^2 = 7,849$ ,  $p < 0,01$ ) oraz miejsca zamieszkania ( $\chi^2 = 23,205$ ,  $p < 0,05$ ). Dodatkowa analiza korelacji przy użyciu współczynnika rho Spearmana wykazała, że kobiety częściej decydują się na kontakt z lekarzem w czasie krótszym niż miesiąc od pojawienia się objawów, mężczyznom zabiera to zwykle więcej czasu ( $\rho = 0,279$ ,  $p < 0,01$ ). Zaobserwowano także na poziomie tendencji, że w im większym mieście pacjent mieszkał, tym bardziej bagatelizował zaobserwowane objawy i później zgłaszał się do lekarza ( $\rho = 0,174$ ,  $p = 0,082$ ).

Trzech pacjentów (10% osób zwlekających z wizytą u lekarza pomimo zauważenia niepokojących

objawów i równocześnie pełnej świadomości, iż mogą być one spowodowane groźną chorobą) nie umiało podać przyczyny swojej decyzji o opóźnieniu zgłoszenia się do lekarza. Dwanaście osób (30% pacjentów, którzy zwlekali ze zgłoszeniem się do lekarza) za przyczynę opóźnienia podało bagatelizowanie objawów i/lub oczekiwanie na ich samoistne ustąpienie. Tyle samo osób (30% respondentów, którzy zgłosili się do lekarza późno) nie zauważyło w ogóle niepokojących objawów albo leczyło się z powodu innej choroby i nowe objawy uznało za związane z rozpoznanym już schorzeniem. Trzy osoby (10% pacjentów, którzy zwlekali ze zgłoszeniem się do lekarza) oświadczyły, że ponad miesiąc oczekiwały na wizytę u lekarza. Jeden pacjent celowo odkładał wizytę u lekarza z powodu lęku przed chorobą nowotworową (tab. 2).

W trakcie badania weryfikowane były również różne źródła informacji medycznej, z których pacjenci korzystali, aby sprawdzić lub zrozumieć dostrzeżone u siebie niepokojące objawy. Najczęstszym źródłem informacji medycznej dla osób biorących udział w badaniu były gazety i czasopisma (50,5%), następnie rozmowy z bliskimi lub innymi pacjentami (42,6%), kolejno telewizja (39,6%) i Internet (23,8%). Osoby badane w zdecydowanej większości nie korzystają z Internetu.

**Tabela 2.** Lista przyczyn podawanych przez pacjentów, którzy zgłosili się do lekarza w czasie dłuższym niż miesiąc

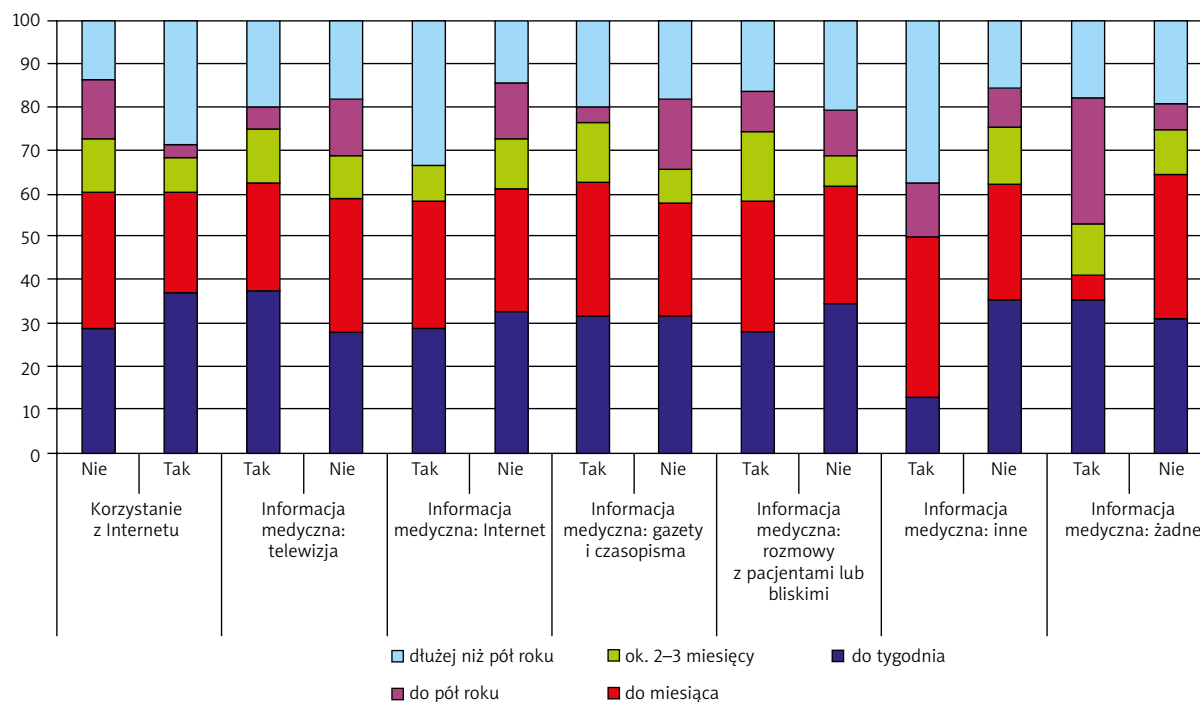
*Table 2. A list of causes given by patients who have registered to a doctor after more than one month*

	n	%
Nie wiem dlaczego	3	7,5
Bagatelizowanie objawów	12	30,0
Brak odczuwania bólu	3	7,5
Brak wiedzy na temat nowotworów	1	2,5
Długie oczekiwanie na wizytę	3	7,5
Leczenie innej choroby	7	17,5
Lekarz zasugerował pacjentowi, że symuluje	1	2,5
Lęk przed wizytą u lekarza	1	2,5
Niezauważenie objawów	7	17,5
Samodzielne leczenie	2	5,0
Ogółem	40	100,0

Tylko 35 osób (34,7%) deklarowało, że z różną częstotliwością wykorzystują to źródło informacji. Wyniki wskazują istotną na poziomie tendencji różnicę w zgłaszalności do lekarza osób, które korzystały lub nie z Internetu celem wyjaśnienia swoich dolegliwości. W badaniu ustalono, że osoby nie-

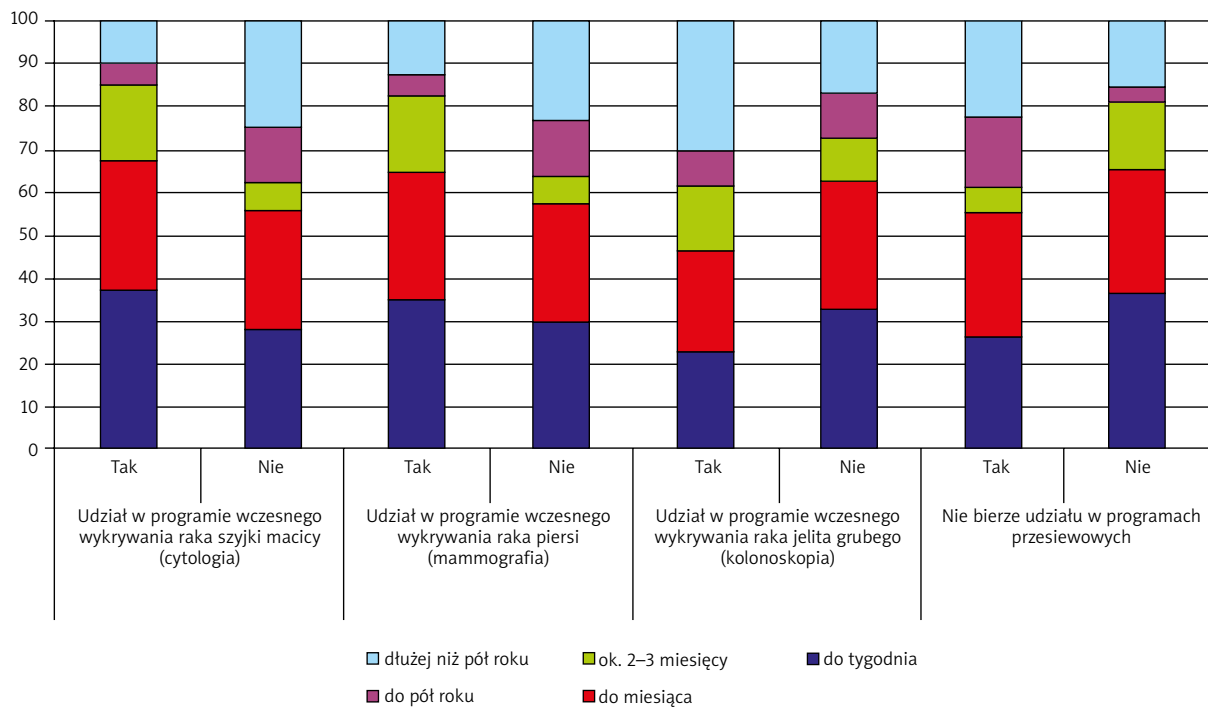
korzystające z Internetu szybciej zgłaszały się do lekarza po zauważeniu niepokojących objawów niż te, które potrafią i często korzystają z Internetu jako źródła informacji, a różnice w tych wynikach były na poziomie tendencji statystycznej ( $\chi^2 = 14,901$ ,  $p = 0,061$ ). Wśród pozostałych sposobów na pozyskiwanie informacji medycznych pacjenci wymieniali ulotki i pomoc rodziny w szukaniu informacji w Internecie. Większość osób (64%), które poszukiwały w jakikolwiek sposób informacji dotyczących zaobserwowanych objawów, zgłosiła się do lekarza w czasie krótszym niż miesiąc i w stosunku do osób, które takiej wiedzy nie poszukiwały, była to różnica istotna statystycznie ( $\chi^2 = 11,683$ ,  $p < 0,05$ ). Większość osób, które czerpały wiedzę z telewizji (63%) i/lub gazet lub czasopism (63%), częściej decydowało się na wizytę u lekarza w czasie krótszym niż miesiąc. Rycina 2 prezentuje odsetek chorych korzystających z różnych źródeł wiedzy medycznej w odniesieniu do czasu, w jakim zgłaszali się do lekarza po zauważeniu pierwszych niepokojących objawów.

W analizie uwzględniono także aspekt uczestnictwa pacjentów w badaniach profilaktycznych dostępnych w ramach świadczeń finansowanych ze środków publicznych. W grupie badanej ponad połowa chorych (51,5%) nie wykonywała żadnych badań przesiewowych, tj. badania cytologicznego, badania mammograficznego i kolonoskopii.



**Rycina 2.** Odsetek pacjentów według źródeł informacji medycznych, z których czerpią wiedzę na temat objawów, w zależności od czasu zgłoszenia się do lekarza po zaobserwowaniu pierwszych objawów

*Figure 2. The percentage of medical sources of information where patients look for checking symptoms, depending on the time to seek medical advice after experiencing the first symptoms*



**Rycina 3.** Odsetek pacjentów według uczestnictwa w programach przesiewowych w zależności od czasu zgłoszenia się do lekarza po zaobserwowaniu pierwszych objawów

**Figure 3.** The percentage of patients according to participation in screening programs, depending on the time to seek medical advice after experiencing the first symptoms

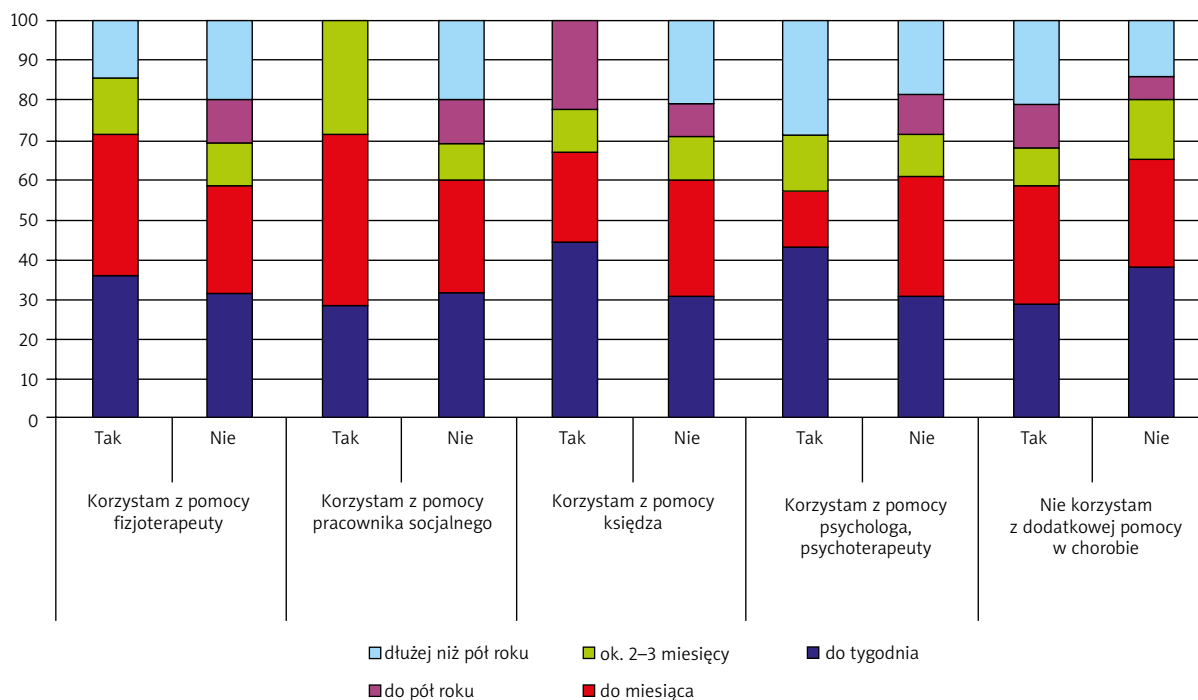
Dwie trzecie chorych (65%), którzy uczestniczyli w jednym z programów przesiewowych, szybciej zgłaszało się do lekarza, gdy zaobserwowało niepokojące objawy: w przypadku uczestniczek programu wczesnego wykrywania raka szyjki macicy – 68%, wśród uczestniczek programu wczesnego wykrywania raka piersi – 65%. Natomiast więcej osób (63%), które nie uczestniczyły w programie przesiewowym raka jelita grubego, zgłaszało się do lekarza szybciej niż uczestnicy tego programu (ryc. 3).

Zaobserwowano statystycznie istotne różnice ( $\chi^2 = 6,754, p < 0,01$ ) w czasie zgłoszenia się z pierwszymi objawami do lekarza między osobami, które przyznały, że korzystają z medycyny niekonwencjonalnej, a tymi, które nie korzystały z takich sposobów leczenia. Większość (85%) osób, które korzystają z medycyny niekonwencjonalnej, zgłosiło się do lekarza w czasie krótszym niż miesiąc. Spośród pacjentów, którzy nie korzystali z medycyny niekonwencjonalnej, w ciągu pierwszego miesiąca po zauważeniu niepokojących objawów zgłosiło się do lekarza tylko 54% osób. Dodatkowo przeprowadzona analiza korelacji przy użyciu współczynnika rho Spearmana potwierdziła związek pomiędzy korzystaniem z metod medycyny niekonwencjonalnej a krótszym czasem zgłoszenia się do lekarza ( $\rho = -0,260, p < 0,01$ ). Tyle samo osób zażywa-

jących różnego rodzaju witaminy (60%), co osób, które nie korzystają z suplementacji witaminowej, (61%) zgłosiło się do lekarza po zaobserwowaniu pierwszych objawów w czasie krótszym niż miesiąc. Dwie trzecie pacjentów biorących udział w badaniu w ogóle nie korzysta z dodatkowej pomocy medycznej i okołomedycznej, która w wielu placówkach medycznych, w tym onkologicznych, jest dostępna dla pacjentów w ramach świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Wśród chorych, którzy korzystają z takiej pomocy, odsetek osób zgłaszających się do lekarza w czasie krótszym niż miesiąc jest wyższy (66%) niż wśród niekorzystających (58%), jednak nie jest to różnica istotna statystycznie. Najmniej osób zgłaszających się w czasie krótszym niż jeden miesiąc po zauważeniu objawów było w grupie pacjentów, którzy korzystali z pomocy psychologicznej i psychoterapeutycznej (58%), zaś najwięcej wśród tych, którzy korzystali z pomocy fizjoterapeuty i pracownika socjalnego (71%). Różnice te nie są istotne statystycznie (ryc. 4).

## Dyskusja

Większość osób, które zaobserwowały niepokojące objawy, dosyć szybko zgłaszała się do lekarza. Jednak ok. 30% zwlekało z wizytą u lekarza mimo świadomości, że zauważone objawy



**Rycina 4.** Odsetek pacjentów według rodzajów dodatkowej pomocy, z której korzystają w chorobie, w zależności od czasu zgłoszenia się do lekarza po zaobserwowaniu pierwszych objawów

**Figure 4.** The percentage of patients by type of additional support they used during the illness, depending on the time to seek medical advice after experiencing the first symptoms

mogą świadczyć o groźnej chorobie. Jedna trzecia pacjentów, którzy zgłosili się do lekarza w czasie dłuższym niż miesiąc, bagatelizowała objawy i/lub oczekiwała na ich samoistne ustąpienie. Przyczyn takiego zachowania można upatrywać w kilku mechanizmach. Może być to spowodowane m.in. nieprzywiązywaniem wagi do stanu własnego zdrowia, brakiem czasu i możliwości skorzystania z pomocy lekarza lub niedostatkami odpowiedniej wiedzy. Niewykluczone, że powodem odwołania wizyty u lekarza było również korzystanie z Internetu jako źródła wiedzy na temat symptomów, co u części pacjentów mogło być strategią obniżania lęku związanego ze zdrowiem lub chorobą. Opisane badanie nie wyjaśnia, czy pacjenci, którzy korzystali z Internetu, odwołali wizytę z powodu niewłaściwej interpretacji objawów czy też w oczekiwaniu na wizytę, na którą nie można było się od razu zapisać, poszukiwali informacji o objawach w Internecie. Kolejne badania mogłyby uwzględnić również ten aspekt celem dalszej weryfikacji. W badaniu część pacjentów zwróciła uwagę na trudności z dostępem do lekarza, co potwierdzają dane dotycząca tzw. kolejek [5–7]. Trzeba jednak zaznaczyć, że nie ma obecnie rzetelnego źródła informacji o czasie oczekiwania na przyjęcie do lekarza pierwszego kontaktu, a publikowane infor-

macje dotyczą kolejek do opieki specjalistycznej i szpitalnej, co utrudnia weryfikację wyników badania w realiach systemu opieki zdrowotnej w naszym kraju. Co ciekawe, tylko jedna osoba w grupie, która zdecydowała się na konsultację lekarską po upływie miesiąca lub później, przyznała, że lęk przed diagnozą przeważał nad lękiem przed konsekwencjami niepodjęcia diagnostyki i leczenia.

Przeprowadzone badanie ujawniło kilka interesujących różnic w profilu osób poszukujących porady lekarskiej z powodu zauważenia niepokojących objawów w czasie krótszym niż miesiąc od ich wystąpienia. Przede wszystkim okazało się, że szybciej do lekarza zgłaszały się kobiety. Dla porównania, w badaniu dotyczącym zgłaszania się do lekarza z powodu gruźlicy okazało się, że czas od pojawienia się objawów do pierwszej wizyty był dla kobiet o miesiąc dłuższy [17]. Również w przypadku choroby Parkinsona badania pokazują, że czas się wydłuża, gdy pacjentem jest kobieta [18]. Z kolei badania amerykańskie wskazują, że dłuższy jest również czas diagnozy kobiet z powodu raka pęcherza moczowego [19], choć nie odpowiadają bezpośrednio na pytanie, czy wynika to z czasu zgłaszania do lekarza, czy też z samego procesu diagnostyki. W niniejszym badaniu można postawić hipotezę, że kobiety po pierwsze



prawdopodobnie są bardziej wyczulone na reakcje z ciała, co może wynikać chociażby ze zmian zachodzących w ciele kobiety pod wpływem hormonów w trakcie cyklu miesięcznego lub w okresie menopauzy. Po drugie, kobiety prawdopodobnie lepiej radzą sobie z „poruszaniem się” w systemie opieki zdrowotnej, np. wiedzą, jaką ścieżką zgłosić się na wizytę do lekarza. Często też to właśnie kobiety odgrywają rolę koordynatorów zdrowotnych dla całej rodziny, chodzą do lekarza z dziećmi, umawiają członków rodziny na wizyty do poszczególnych specjalistów itp. Kobiety rozmawiają o swoich problemach zdrowotnych z członkami rodziny lub przyjaciółmi, natomiast mężczyźni nie zawsze dzielą się nimi od razu z najbliższymi, a jednocześnie odkładają moment poszukania pomocy lekarskiej.

W badaniu okazało się również, że częściej do lekarza w czasie krótszym niż miesiąc od pojawienia się objawów zgłaszają się osoby mieszkające na wsi i w mniejszych miastach. Inne badania pokazują natomiast, że chorzy z rakiem żołądka, którzy zamieszkują obszary wiejskie, są diagnozowani w czasie znacząco dłuższym niż mieszkańcy miast [20], co autorzy badania tłumaczą przede wszystkim mniejszym dostępem na wsi do lekarzy pierwszego kontaktu oraz do gastroenterologa, jak również uboższą infrastrukturą, która jest niezbędna do szybkiej diagnozy. Wyniki tego badania sugerują, że pomimo iż dostęp do lekarza w dużych miastach powinien być teoretycznie lepszy, to osoby żyjące w dużych aglomeracjach częściej ulegają szybszemu tempu życia, nie mają czasu na zajmowanie się swoim zdrowiem, mają inne priorytety. Uwidocznione w badaniu na poziomie tendencji różnice w czasie zgłoszenia się do lekarza w zależności od miejsca zamieszkania są interesujące i zachęcają do dalszych badań w tym zakresie z uwzględnieniem także oceny infrastruktury w poszczególnych regionach, ale też oceny czynników motywacyjnych związanych z wyższą zgłaszalnością do lekarza.

Ponadto w badaniu zauważono, że istnieje pewna tendencja do nieznacznie późniejszego zgłaszania się do lekarza osób, które korzystają z Internetu. Może to oznaczać, że osoby, które mają takie umiejętności, poszukują wyjaśnienia zaobserwowanych u siebie objawów właśnie w tych zasobach, a przez to mogą mylnie interpretować pozyskaną wiedzę lub bagatelizować objawy w oczekiwaniu na ich samoczynne ustąpienie.

Co ciekawe, osoby aktywnie pozyskujące z jakiegokolwiek źródła informacje na temat chorób nowotworowych i objawów charakterystycznych dla tych schorzeń zdecydowanie szybciej zgłaszały się do lekarza. Możliwe, że czytelnicy różnego

rodzaju gazet i/lub czasopism, jak również osoby oglądające programy o zdrowiu w telewizji są bardziej wyczulone i świadome roli szybkiej diagnozy niż osoby niekorzystające z takich źródeł informacji. Okazało się, iż osoby, które korzystają z medycyny niekonwencjonalnej, znacząco częściej zgłaszały się do lekarza w czasie krótszym niż miesiąc od zaobserwowania niepokojących objawów. Wydawać by się mogło, że korzystanie z medycyny niekonwencjonalnej będzie raczej predysponowało chorych do odwlekania wizyt u specjalistów. Tymczasem wyniki mogą wskazywać, że osoby korzystające z medycyny niekonwencjonalnej lepiej zdają sobie sprawę z wagi szybkiego zgłaszania się do lekarza po zaobserwowaniu niepokojących symptomów. Nie jest to jedyne możliwe wyjaśnienie takich wyników. Możliwe jest, że osoby, które zgłosiły się szybciej do lekarza po zaobserwowaniu u siebie niepokojących objawów, jednocześnie rozpoczęły też leczenie niekonwencjonalne. Aspekt ten warto byłoby zbadać w kolejnych badaniach.

Niniejsze badanie ma również inne ograniczenia. Przede wszystkim nie uwzględniono w nim rodzaju nowotworów, na które chorowały osoby biorące w nim udział. Możliwe, że ma to także wpływ na szybkość zgłaszania się do lekarza, np. niektóre nowotwory wywołują objawy, które są szczególnie uciążliwe dla pacjentów, a inne z kolei objawy, które mogą być wstydlive. Uwzględnienie rodzaju nowotworu w kolejnym projekcie pozwoliłoby na podjęcie próby określenia potencjalnych różnorodnych strategii zwlekania w zależności od rodzaju nowotworu.

Wobec faktu, że znaczna część ankietowanych osób poszukiwała w różnych miejscach informacji na temat zdrowia i choroby, wydaje się, iż wskazane byłoby organizowanie w mediach zakrojonych na szerszą skalę akcji edukacyjno-informacyjnych w zakresie wczesnych objawów choroby nowotworowej oraz zasadności szybkiego zgłaszania się do lekarza. Okazuje się bowiem, że nawet dwutygodniowa dobrze przygotowana akcja informacyjna przynosi wymierne rezultaty, zwiększając w sposób znamieny wiedzę na temat symptomów mogących sugerować chorobę nowotworową i zwracając tym samym uwagę na występujące objawy [21]. Konieczna jest także tzw. czujność onkologiczna wśród lekarzy wszystkich specjalności, co można osiągnąć poprzez cykliczne szkolenia i konferencje naukowe poświęcone tej tematyce.

## Oświadczenie

Autorzy nie zgłaszają konfliktu interesów.

## Piśmiennictwo

1. Krajowy Rejestr Nowotworów. 2016. Nowotwory złośliwe ogółem – zachorowalność. <http://onkologia.org.pl/nowodwory-zlosliwe-ogolem-2/> (16.06.2016).
2. Krajowy Rejestr Nowotworów. 2016. Nowotwory złośliwe ogółem – umieralność. <http://onkologia.org.pl/nowodwory-zlosliwe-ogolem-2/> (16.06.2016).
3. GUS. 2014. Zgony w Polsce – 30.10.2014. <http://stat.gov.pl/prezentacje/zgony-w-polsce-infografika,10,1.html> (26.12.2015).
4. Zatoński W, Didkowska J. Epidemiologia nowotworów złośliwych w Polsce – bilans otwarcia. W: Zatoński W (red.). Europejski kodeks walki z rakiem. Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa 2011.
5. WHC. 2012. BAROMETR WHC. Raport na temat zmian w zakresie dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce nr 1\_1\_2012 stan na luty-marzec 2012 r. [http://www.korektorzdrowia.pl/wp-content/uploads/barometr-whc\\_1\\_1\\_2012.pdf](http://www.korektorzdrowia.pl/wp-content/uploads/barometr-whc_1_1_2012.pdf) (23.12.2015).
6. WHC. 2015. ONKOBAROMETR WHC. Raport na temat zmian w dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych stosowanych w walce z nowotworami w Polsce nr 5/3/10/2015. Stan na wrzesień 2015 r. [http://www.korektorzdrowia.pl/wp-content/uploads/onkobarmetr\\_ix.2015\\_finalp.pdf](http://www.korektorzdrowia.pl/wp-content/uploads/onkobarmetr_ix.2015_finalp.pdf) (data odczytu: 23.12.2015).
7. WHC. 2015. ONKOBAROMETR WHC. Raport na temat zmian w dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych stosowanych w walce z nowotworami w Polsce nr 3/1/2015. Stan na styczeń 2015r. [http://www.korektorzdrowia.pl/wp-content/uploads/raport\\_3\\_i\\_2015.pdf](http://www.korektorzdrowia.pl/wp-content/uploads/raport_3_i_2015.pdf) (23.12.2015).
8. Chojnacka-Szawłowska G. Wiedza o symptomach nowotworowych pacjentów poddawanych diagnostyce onkologicznej a stopień klinicznego zaawansowania choroby. *Psychoonkologia* 1998; 2: 27-36.
9. Antoszewski B, Kasielska A, Fijałkowska M. Face Skin Neoplasms – reasons for delayed treatment. *Polski Przegląd Chirurgiczny* 2011; 83: 361-366.
10. Chen Z, King W, Pearcey R, Kerba M, Mackillop WJ. The relationship between waiting time for radiotherapy and clinical outcomes: a systematic review of the literature. *Radiother Oncol* 2008; 87: 3-16.
11. van Harten MC, Hoebbers FJP, Kross KW, van Werkhoven ED, van den Brekel MWM, van Dijk BAC. Determinants of treatment waiting times for head and neck cancer in the Netherlands and their relation to survival. *Oral Oncol* 2015; 51: 272-278.
12. Montella M, Crispo A, Botti G i wsp. An assessment of delays in obtaining definitive breast cancer treatment in Southern Italy. *Breast Cancer Res Treat* 2001; 66: 209-215.
13. Richards MA, Westcombe AM, Love SB, Littlejohns P, Ramirez AJ. Influence of delay on survival in patients with breast cancer: a systematic review. *Lancet* 1999; 353: 1119-1126.
14. Choan E, Dahrouge S, Samant R, Mirzaei A, Price J. Radical radiotherapy for cervix cancer: The effect of waiting time on outcome. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2005; 61: 1071-1077.
15. Do V, Gebbski V, Barton MB. The effect of waiting for radiotherapy for grade III/IV gliomas. *Radiother Oncol* 2000; 57: 131-136.
16. Renzi C, Mastroeni S, Mannooranparampil TJ, Passarelli F, Passquini P. Timely diagnosis of cutaneous squamous cell carcinoma: the GP's role. *Family Practice* 2011; 28: 277-279.
17. Yamasaki-Nakagawa M, Ozasa K, Yamada N i wsp. Gender difference in delays to diagnosis and health care seeking behaviour in a rural area of Nepal. *Int J Tuberc Lung Dis* 2001; 5: 24-31.
18. Saunders-Pullman R, Wang C, Stanley K, Bressman S. Diagnosis and referral delay in women with Parkinson's disease. *Gend Med* 2011; 8: 209-217.
19. Cohn JA, Vekhter B, Lyttle C, Steinberg GD, Large MC. Sex disparities in diagnosis of bladder cancer after initial presentation with hematuria: A nationwide claims-based investigation. *Cancer* 2014; 120: 555-561.
20. Blankart CR. Does healthcare infrastructure have an impact on delay in diagnosis and survival? *Health Policy* 2012; 105: 128-137.
21. Kyle G, Forbat L, Rauchhaus P, Hubbard G. Increased cancer awareness among British adolescents after a school-based educational intervention: a controlled before-and-after study with 6-month follow-up. *BMC Public Health* 2013; 13: 190.