

W artykule przedstawiono wyniki własnych badań nad przyczynami opóźnień leczenia chorych na raka piersi. W grupie przebadanych 117 chorych u 30,5 proc. stwierdzono opóźnienie wynoszące średnio 7,5 miesiąca. Opóźnienie z winy pacjenta jest spowodowane głównie korzystaniem z medycyny niekonwencjonalnej oraz czynnikami psychologicznymi. Na opóźnienie z winy lekarza składa się nieprawidłowo i zbyt długo prowadzona diagnostyka oraz niewłaściwe leczenie stosowane prawie u co 3 chorej. Mimo prowadzonej akcji szkoleniowej sytuacja na przestrzeni ostatnich 20 lat uległa tylko nieznacznej poprawie.

**Słowa kluczowe:** rak piersi, opóźnienia leczenia, medycyna niekonwencjonalna, błędy w diagnostyce i leczeniu

*Results of own studies on reasons for treatment delay of breast cancer patients are presented. In group of 117 patients median delay of 7.5 months is reported in 30.5%. Patient related delay is caused mainly by use of alternative medicine and psychological factors. Prolonged and not adequate diagnostic procedure and treatment are responsible for delay at every 3-rd patient. Despite postgraduate training described situation has been ameliorated only insignificantly in last 20 years.*

**Key words:** breast cancer, delay of treatment, alternative medicine, malpractice

# Wyniki badań nad przyczynami opóźnień w leczeniu u chorych na raka piersi z próbą oceny wpływu czynników psychologicznych

*The reasons of treatment delay of breast cancer patients with regard to psychological factors. Study results*

Marek Pawlicki, Beata Żuchowska-Vogelgesang, Barbara Rysz, Jadwiga Rachtan, Anna Brandys

Klinika Chemioterapii Centrum Onkologii, Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie w Krakowie

W Polsce nadal grupa chorych na raka piersi cechuje się przewagą pacjentów w zaawansowanych okresach choroby, co wpływa bezpośrednio zarówno na szansę wyleczenia, jak i na jego koszty.

Najsukuteczniejszą metodą poprawy wyników leczenia nowotworów złośliwych, w tym raka piersi – bardziej wydajną od wprowadzania nowych metod leczenia – jest dążenie do wczesnego wykrywania. Dlatego od 1989 r. publikujemy wyniki badań nad przyczynami opóźnień w rozpoczynaniu leczenia specjalistycznego u chorych na nowotwory złośliwe.

W artykule przedstawiono kolejne wyniki badań, skupiając się jednak wyłącznie na chorych na raka piersi. W tej grupie chorych, w której nowotwór można bardzo szybko wykryć – z uwagi na łatwość obserwacji – mogłoby się wydawać, że przypadki niezaawansowane, podobnie jak w USA, powinny dominować w całej grupie chorych, zwłaszcza po prowadzonych od pewnego czasu akcjach profilaktycznych.

Celem obecnego badania była ocena przyczyn opóźnienia w grupie chorych na raka piersi leczonych w Klinice Chemioterapii, z próbą poszerzenia uzyskanych wyników o ankietowane dane analizy osobowości, w celu ewentualnego ukierunkowania działania oświatowego, mogącego zmierzać do poprawy stanu klinicznego.

Stopień zaawansowania klinicznego przedstawiono w tab. 1.

## MATERIAŁ I METODA

Badaniem objęto wszystkie pacjentki z rozpoznaniem raka piersi zgłaszające się do Przychodni COOK oraz leczone w Klinice Chemioterapii w okresie od 1.07.1997 r. do 8.07.1998 r. Metoda badania polegała na zbieraniu wywiadu przy pomocy specjal-

nie skonstruowanego kwestionariusza zawierającego dane demograficzne, dane dotyczące początku choroby, stosowania metod niekonwencjonalnych oraz światopoglądu pacjentki. Uzyskane informacje uzupełniano danymi klinicznymi z historii choroby, dotyczącymi stopnia zaawansowania nowotworu oraz postępowania diagnostyczno-leczniczego prowadzonego przez lekarza pierwszego kontaktu przed skierowaniem do specjalisty-onkologa. Przeprowadzono także badanie osobowości pacjentek za pomocą kwestionariusza Eysencka. Uzyskane dane analizowano pod kątem wpływu czynników psychosocjologicznych i lekarskich na opóźnienie leczenia specjalistycznego.

Z zakwalifikowanych do badania 196 chorych zgodę wyraziło 125 pacjentek, natomiast materiał nadający się do interpretacji uzyskano od 117 chorych w wieku od 28 do 78 lat. Większość ankietowanych (71,5 proc.) mieszkała w miastach i posiadała wykształcenie co najmniej średnie (69,2 proc.).

## WYNIKI

W wyniku przeprowadzonych badań, opierając się na wywiadach i dokumentacji historii chorób stwierdzono, że spośród 117 chorych – 9 kobiet zgłosiło się bezpośrednio do tutejszego Instytutu Onkologii. Z pozostałych 108 chorych, diagnozowanych lub leczonych w placówkach rejonowych, 33 chore (30,5 proc.) zostały skierowane do Kliniki z opóźnieniem wynoszącym średnio 7,5 miesiąca.

Czas diagnozowania i/lub leczenia przez lekarza pierwszego kontaktu, przed skierowaniem do konsultacji specjalistycznej – opóźnienie z winy lekarza – przedstawiono w tabeli 2. Z różnych metod terapii niekonwencjonalnej korzystało 31 pacjentek (26,5 proc.). Rodzaje i czas stosowania metod niekonwencjonalnych przedstawia tabela 3.

Tab. 1. Stopień zaawansowania klinicznego

	Liczba chorych	Odsetek
I	12	10,3 proc.
II	58	49,6 proc.
III	22	18,8 proc.
IV	25	21,4 proc.

Tab. 2. Czas diagnozowania i/lub leczenia przez lekarza pierwszego kontaktu przed skierowaniem do konsultacji specjalistycznej – opóźnienie z winy lekarza

Czas leczenia	Liczba	Proc.
Bez opóźnienia, prawidłowo	15	13,8
Bez opóźnienia, nieprawidłowo	3	2,8
Do 3 miesięcy	3	2,8
Do 9 miesięcy	2	1,8
Powyżej 1 roku	3	2,8
Czas diagnostyki	Liczba	Proc.
Bez opóźnień	35	32,4
Z opóźnieniem	22	20
Średnie opóźnienie 7,5 mies.	33	30,5

36 chorych, tzn. co trzecia pacjentka, mimo zauważenia objawów określanych w ankiecie jako typowe, nie zgłaszała się do lekarza, przy czym średni czas opóźnienia wynosił 8 miesięcy, a więc teoretycznie stanowił to okres, w którym nowotwór powiększa się ze stadium operacyjnego do nieoperacyjnego lub nieuleczalnego. Czas od zauważenia objawów do zgłoszenia się do lekarza – opóźnienie z winy pacjentki – przedstawiono w tabeli 4.

Dwadzieścia siedem chorych (23,3 proc.) korzystało z metod niekonwencjonalnych przed rozpoczęciem leczenia specjalistycznego, średnio przez 3 miesiące i taki czas uznano za opóźnienie. Jedną spośród tych pacjentek terapeuta zapewnił o braku potrzeby kontroli onkologicznej. Piętnaście pacjentek (12,8 proc.) środki niekonwencjonalne stosowało równocześnie z leczeniem specjalistycznym. Nie spowodowało to jednak przerw w leczeniu. Do zalecanych środków należały preparaty huby, zioła szwedzkie, nafta, tran oraz środki homeopatyczne. Trzy pacjentki, pomimo wizyty u terapeuty nie stosowały zalecanych preparatów.

Dziesięć pacjentek (8,6 proc.) stwierdziło korzystny wpływ stosowanych metod niekonwencjonalnych na stan zdrowia, wiążąc go głównie z poprawą samopoczucia (7 chorych), ale także ze wzmocnieniem organizmu (2 chore), poczuciem bezpieczeństwa (1 chora), a nawet z opóźnieniem rozwoju choroby (1 chora). Żadna pacjentka nie stwierdziła poprawy obiektywnej wyrażonej zmniejszeniem się masy guza.

Większość pacjentek o możliwościach leczenia niekonwencjonalnego dowiedziała się

od znajomych lub krewnych (17,1 proc.), zaś ponad 5 proc. informacje takie zaczerpnęło ze środków masowego przekazu. Źródła informacji ilustruje tabela 5.

Przyczyny organizacyjne, a więc oczekiwanie na łóżko szpitalne czy zabieg operacyjny, stanowiły przyczynę opóźnień u 8 (6,8 proc.) chorych, wynosząc średnio 6 tygodni.

Przeanalizowano wpływ na opóźnienie w leczeniu wybranych czynników demograficznych oraz psychospołecznych. Analizując wiek chorych, miejsce zamieszkania (miasto/wieś), wykształcenie, nie stwierdzono istotnych różnic u chorych z opóźnieniem w porównaniu z chorymi bez opóźnienia. W grupie chorych ze znacznym opóźnieniem (powyżej 6 miesięcy) przeważały chore z wykształceniem średnim i wyższym.

Z czynników psychospołecznych w badaniu uwzględniono religijność oraz wiarę w czynniki irracjonalne, takie jak zabobony, talizmany, horoskopy itp. 98,5 proc. ankietowanych uważa się za osoby religijne, a ponad 80 proc. nie przyznaje się do wiary w czynniki irracjonalne. W związku z tym wydaje się, że te czynniki nie mają wpływu na opóźnienie i nie będą one uwzględnione w dalszych badaniach.

Wszystkie pacjentki zostały przebadane kwestionariuszem Eysencka do badania osobowości. Sto pięć kwestionariuszy nadawało się do oceny. U 82 badanych wyniki mieściły się w normie. U dziesięciu występował podwyższony poziom neurotyzmu, a u 13 stwierdzono patologiczny profil osobowości. U 12 chorych z patologicznym profilem osobowości stwierdzono opóźnienie wynoszące średnio 12 tygodni, związane z korzystaniem z niekonwencjonalnych metod leczenia. Spośród chorych z podwyższonym neurotyzmem trzy pacjentki korzystały z usług bioenergoterapeuty. Zależność między wynikami badań psychologicznych a opóźnieniem przedstawiono w tabeli 6.

## OMÓWIENIE WYNIKÓW

Wyniki naszych badań wskazują na trzy główne przyczyny opóźnień w leczeniu nowotworów, przekładające się na złe wyniki leczenia raka piersi w Polsce.

Pierwsza z przyczyn to błędy popełnione przez lekarzy, wyrażające się najczęściej lekceważeniem zgłaszanych przez chore objawów, stosowaniem bez ustalenia rozpoznania leczenia hormonalnego, czy też powtarzaniem badań obrazowych w celu obserwacji tempa rozwoju guza. Błędy te popełniał co trzeci lekarz, do którego zgłaszał się pacjent z prośbą o zbadanie już obserwowanych zmian. Wynika to z fatalnego stanu wiedzy medycznej części lekarzy, która być może jest wynikiem niewłaściwego szkolenia studentów, lekarzy, a nawet kongresów specjalistycznych, gdzie wykłady i prace poświęcane nowoczesnej diagnostyce są traktowane marginalnie, po zagadnieniach z zakresu epidemiologii, patologii czy nowoczesnych technik leczenia.

Drugą przyczyną opóźnień to świadomość chorych, dotycząca zarówno koniecz-

ności zgłaszania się na badania profilaktyczne, jak i szybkiej reakcji na wykryty przez chorą guzek.

Prowadzona w ostatnich miesiącach akcja uświadamiająca nie przełamie u chorych oporu w zgłaszaniu się do lekarza, być może z przyczyn zmian osobowościowych omówionych poniżej. Wówczas jedyną skuteczną metodą dla tej grupy chorych wydają się wezwania do badań profilaktycznych, z restrykcją finansową, np.: zwiększenie stawki ubezpieczeniowej w razie niezgłaszania się do badań, szczególnie w grupie o wysokim stopniu zagrożenia nowotworem. Wysokie koszty takiej akcji zwróciłyby się wielokrotnie poprzez leczenie chorych w niezaawansowanych okresach choroby.

Trzecia grupa chorych to pacjenci zgłaszający się do bioenergoterapeutów i innych przedstawicieli medycyny „niekonwencjonalnej”. W przypadku raka piersi są oni poddawani leczeniu średnio przez okres 3 miesięcy. Podobnie, jak wspomniano wcześniej, sytuacja nie uległa radykalnej zmianie w porównywalnym przez nas czasie.

Winą za istniejący stan rzeczy należy w dużej mierze obarczyć środki medialne, prasę, która często w sponsorowanych artykułach reklamuje nawet najbardziej niewiarygodne metody leczenia raka (bioenergoterapia, zioła, mocz, medytacja itp.). Rocznie z tego powodu, wg różnych ocen, umiera od 3 do 5 tys. ludzi.

Źródła informacji o niekonwencjonalnych metodach leczenia przedstawiono w tab. 5.

Problem opóźnień w leczeniu raka sutka omawiany w literaturze światowej dotyczy trzech zagadnień:

- czasu trwania opóźnień i ich wpływu na rokowanie,
- przyczyny opóźnienia z uwzględnieniem aspektów demograficznych i psychologicznych,
- regulacji prawnych w stosunku do odpowiedzialnych za opóźnienia.

W publikacjach pochodzących z Europy i Ameryki Północnej opóźnienia wynoszące od 3 do 12 miesięcy, dotyczą średnio 23-36 proc. chorych na raka piersi, a powyżej 1 roku ok. 4 proc. Nieliczne doniesienia pochodzące z Afryki oceniają opóźnienia na ok. 70 proc. Pojedyncze doniesienie z Chin wskazuje na bardzo niski odsetek chorych z opóźnieniem.

W większości publikacji opóźnienie z winy pacjenta występuje u ok. 70 proc., a z winy lekarza u ok. 30 proc. chorych opóźnionych. Istnieją doniesienia starające się wykazać, że przeżycia chorych nie mają związku z długością opóźnienia, niemniej większość badaczy jest zgodna, że opóźnienie wpływa na zwiększenie stopnia zaawansowania, gorsze rokowanie – i te badania są z reguły poparte wieloczynnikową analizą. Wyniki tych badań są podstawą do działań prawnych przeciwko lekarzom odpowiedzialnym za opóźnienia chorych na raka piersi. Analiza procesów sądowych w niektórych stanach USA wskazuje na stosunkowo duży odsetek lekarzy ginekologów skazanych za nieprawidłowe postępowanie z pacjentkami chorymi na raka piersi, które

spowodowało opóźnienie w podjęciu prawidłowego leczenia. Na uwagę zasługuje wysokość zasądzonych odszkodowań, dochodzących do ponad 7,5 mln USD.

Z czynników etnicznych na uwagę zasługuje fakt, że opóźnienia są częstsze u kobiet czarnych. Badania psychologiczne wskazują, że patologiczna osobowość z cechami depresji jest częstsza u chorych opóźnionych, natomiast sam neurotyzm oraz wysoki poziom lęku ma sprzyjać szybszemu zgłaszaniu się chorych do leczenia. Badania psychologiczne prowadzone przez grupę niemiecką, za pomocą kwestionariusza Eysencka wykazały, że tylko pacjentki z bardzo niskim neurotyzmem oraz wysoką ekstrawersją zgłosiły się do badania bez opóźnienia. Dane te są zgodne z wynikami badań własnych.

Istnieje tylko jedno doniesienie pochodzące z Nigerii dotyczące negatywnego wpływu uzdrowicieli oraz zielarzy na zgłaszanie się chorych do leczenia. Stosowanie alternatywnych metod leczenia (ziołolecznictwo, dieta, zabiegi fizykalne oraz różne typy psychoterapii) w wielu krajach jest zaliczane do działań prozdrowotnych i stosowane u ok. 10 proc. zdrowej populacji. Na uwagę zasługuje fakt, że ok. 20 proc. tych zabiegów jest finansowane przez systemy ubezpieczeń w tych krajach.

Po wystąpieniu objawów chorobowych dodatkowo ok. 30 proc. chorych stosuje jedną lub kilka wymienionych wyżej metod leczenia. Dobry kontakt z lekarzem leczącym, polegający na poinformowaniu lekarza o stosowanych metodach, u ponad 70 proc. chorych jest przyczyną braku wpływu leczenia alternatywnego na wczesne podjęcie leczenia specjalistycznego. Na uwagę zasługuje fakt, że większość chorych w trakcie leczenia onkologicznego rezygnuje z alternatywnych metod leczenia. Kontynuują leczenie metodami alternatywnymi pacjentki o niższym poziomie intelektualnym, z gorszą jakością życia oraz z istnieniem dolegliwości niekontrolowanych leczeniem konwencjonalnym.

## WNIOSKI

- ▶ Opóźnienie z winy lekarza i stosowanie niekonwencjonalnych metod leczenia jest nadal duże, mimo zauważalnej poprawy w stosunku do badań poprzednich, co można wiązać z nasileniem się działalności oświatowej i ułatwionym dostępem do badań diagnostycznych bez pośrednictwa lekarza (mammografia, USG).
- ▶ Mimo łatwej diagnostyki wczesnych postaci raka piersi, nadal duża grupa chorych traci szansę na wyleczenie często na skutek sumowania się różnych błędów, zarówno samej chorej, jak i lekarza czy ludzi zajmujących się postępowaniem niekonwencjonalnym.
- ▶ Dalsza możliwość poprawy tej sytuacji wydaje się jednak niewielka z powodu nieprawidłowego szkolenia lekarzy pierwszego kontaktu oraz silnego lobby w prasie i telewizji na rzecz niekonwencjonalnych metod leczenia, niesprzyjającego zmniejszaniu się zainteresowania chorych tą metodą postępowania.

**Tab. 3. Niekonwencjonalne metody leczenia**

Metoda	Liczba chorych	Odsetek	Okres stosowania (tygodnie)
Bioenergoterapia	25	21,4 proc.	1-48 średnio 7,3
Zielarstwo	4	3,4 proc.	1-3 średnio 1,5
Znachorstwo	1	0,9 proc.	1
Inne: homeopatia	1	0,9 proc.	96
Razem	31	26,5 proc.	

**Tab. 4. Czas od zauważenia objawów do zgłoszenia się do lekarza – opóźnienie z winy pacjentki**

Czas	Liczba chorych	Odsetek
Do 1 m-ca	81	69,2 proc.
1-3 m-ce	10	8,6 proc.
3-6 m-cy	7	6,0 proc.
6-9 m-cy	4	3,4 proc.
Co najmniej rok	15	12,8 proc.
Średnie opóźnienie: 8 m-cy	36	30,8 proc.

**Tab. 5. Źródła informacji o niekonwencjonalnych metodach leczenia**

Źródło	Liczba chorych	Odsetek
Prasa, TV, książki	7	5,9 proc.
Znajomi, krewni	20	17,1 proc.
Inni pacjenci	1	0,9 proc.

**Tab. 6. Zależność między wynikami badań psychologicznych a opóźnieniem**

	Bez opóźnień	Z opóźnieniem	Porady bioenergoter.
Osobowość w normie (82)	69/84 proc.	13/16 proc.	14/17 proc.
Osobowość neurotyczna (10)	9/90 proc.	1/10 proc.	3/30 proc.
Patologiczny profil osobowości (13)	1/8 proc.	12/92 proc.	12/92 proc.
117 badanych: 105 badanych psychologicznie (89 proc.), 82 – norma psychologiczna, 10 – neurotyzm, 13 – patologiczna osobowość			

**Tab. 7. Rak piersi**

	1970	1986/1987	1997/1998	Śląsk 1993/94
Wina chorej	65 proc.–13 m.	38,9 proc.–16,3 m.	30,8 proc.–3 m.	69,4 proc.–8,6 m.
Wina lekarza	8 proc.–2,3 m.	18,2 proc.–11,8 m.	30,5 proc.–7,5 m.	28,5 proc.
Metody niekonwencjonalne	0 proc.	23,4 proc.–7 m.	26,5 proc.–12 tyg.	6 proc.–2–10 m.
Błąd organizacyjny	2,7 proc.–1,5 m.	2,6 proc.–1,3 m.	6,8 proc.–4-6 tyg.	

- ▶ Nadzieje budzi natomiast prowadzona obecnie akcja profilaktyczna, skierowana nie tylko do pacjentów, ale i lekarzy, a być może także do części bioenergoterapeutów i dziennikarzy.

## PIŚMIENNICTWO

1. Afzelius P. *Patient's and doctor's delay in primary breast cancer. Prognostic implications.* Acta Oncol 1994; 33, 345.

2. Bentzen SM. *Delay in diagnosis breast cancer.* Lancet 1999; 353, 2155.
3. Burges CC, Ramirez AJ, Richards MA, Lowe SB. *Who and what influences delayed presentation in breast cancer.* Br J Cancer 1998; 77, 1343.
4. Bernolt H, Gurter H, Rothe G. *Eysenck's personality dimensions (MPI) in breast and lung cancer patients and their relations to patient's delay.* Arch Geschwulstforsch 1980; 50, 359.
5. Caplan LS. *Delay in breast cancer, a review of the literature.* Ubl Health Rev 1992; 93, 187.

6. Caplan LS, Helzhauser KJ, Shapiro S, Wesley MN, Edwards BK. *Reasons for delay in breast cancer diagnosis*. Prev Med 1996; 25, 218.
7. Chew FS. *Medicolegal aspects of breast cancer in U. S. federal medical facilities analysis of 80 clairs*. Mil Med 1996; 161, 329.
8. Colbert K. *The longer the delay the oreater anxiety*. Delay in treatment for breast cancer. Prof Nurse 1994; 9, 517.
9. Gerbremedinin A. *Clinical profice of Ethiopiam patients with breast cancer*. East Afr Med J 1998; 75, 640.
10. Hitnick IS. *Breast cancer malpractice litigation in New York State*. Radiology 1993; 189, 673.
11. Ibekwaba FN. *Breast cancer in Nigerian women*. Br J Surg 1992; 79, 771.
12. Katz SJ. *Delay from symptom to diagnosis and treatment of breast cancer in Washington stale and British Columnise*. Med Care 1993; 31, 264.
13. Lauver D. *Women's reasons for and barriers to seeking care for breast cancer symptoms*. Womens Health Issues 1995; 5, 27.
14. Pawlicki M, Rachtan J, Żuchowska-Vogelgesang B. *Ocena przyczyn opóźnionego leczenia chorych na nowotwory złośliwe*. Nowotwory 1989; XXXIX.
15. Pawlicki M. *Rola leczenia niekonwencjonalnego w onkologii. Próba oceny*. Farmacja Polska 1997; t. 53, 1.
16. Pawlicki M, Rachtan J, Brandys. *W jakim stopniu leczenie znachorskie i nielekarskie wpływa na losy chorych na nowotwory złośliwe*. Terapia i Leki 1990; XVIII, XL/6.
17. Pawlicki M, Brandys A, Rachtan J, et al. *Wird das Schicksal Krebskranker durch Kurpfuschen und nicht-arzliche Behandlungsmethoden beeinflubt?* Skeptiker 1991; 4, 92.
18. Richard MA. *Influence of delay on survival in patients with breast cancer: a systemic review*. Lancet 1999; 353, 1132.
19. Rossi S. *Diagnostic acelay in breast cancer correlation with disease stage and prognosis*. Tumori 1990; 76, 559.
20. Sainsbury R, Johuston C, Haward B. *Effect of survival of delays in refferral of patients with breast cancer symptoms: aretrospective anasysis*. Lancet 1999; 353, 1132.
21. Spiegel D. *Cancer and depression*. Br J Psychiatry Suppl. 1996; 30, 109.
22. Tenva J. *Delaying factors in primary treatment of breast cancer*. Acta Chir Scand 1990; 156, 591.
23. Verron SW. *Ettmicity, survival and delay in seeking treatment for symptomms of breast cancer*. Cancer 1985; 55, 1563.
24. Wang HH. *Diagnostic delay and related factors in vomen with breast cancer*

**ADRES DO KORESPONDENCJI**

prof. dr hab. **Marek Pawlicki**  
Klinika Chemioterapii Centrum Onkologii  
Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie  
ul. Garncarska 11  
31-115 Kraków