

Ocena wiedzy w zakresie chorób nowotworowych oraz wybranych zachowań sprzyjających zdrowiu wśród chorych na zaawansowanego, przerzutowego raka płuca w trakcie chemioterapii

Assessment of knowledge in the field of cancer and selected health-promoting behaviors among patients with advanced, metastatic lung cancer during chemotherapy

Krzysztof Adamowicz

Oddział Onkologii Klinicznej, Szpital Specjalistyczny w Wejherowie

Psychoonkologia 2016; 20 (2): 84–89

DOI: 10.5114/pson.2016.62056

Adres do korespondencji:

dr Krzysztof Adamowicz
Oddział Onkologii Klinicznej
Szpital Specjalistyczny w Wejherowie
ul. dr. A. Jagalskiego 10
84-200 Wejherowo
e-mail: krzys.adamowicz@gmail.com

Streszczenie

Wstęp: Choroby nowotworowe stanowią drugą najczęstszą przyczynę zgonów w krajach rozwiniętych. Rak płuca jest najczęściej występującym nowotworem na świecie i zarazem najczęstszym nowotworem zależnym od czynników środowiskowych (palenie papierosów).

Cel pracy: Ocena wiedzy onkologicznej i zachowań zdrowotnych chorych na raka płuca w odniesieniu do czynników socjalnych i demograficznych.

Materiał i metody: Badaną grupę stanowiło 204 chorych na przerzutowego raka płuca leczonych od maja 2010 r. do grudnia 2015 r. w dwóch ośrodkach. Średni wiek chorych wynosił 66 lat. Wiedzę ankietowanych w zakresie chorób nowotworowych oraz prozdrowotność ich stylu życia oceniono metodą sondażu diagnostycznego, przy zastosowaniu Inwentarza Zachowań Zdrowotnych (IZZ) Z. Juczyńskiego. Wyniki zestawiono z wynikami uzyskanymi od osób zdrowych dobranych pod względem wieku, wykształcenia i płci.

Wyniki: Ogólny poziom wiedzy dotyczącej chorób nowotworowych oraz poziom nasilenia zachowań zdrowotnych był niski. Poziom wiedzy onkologicznej i zachowań prozdrowotnych osób chorych był niższy od wartości standaryzowanych oraz wartości uzyskiwanych przez grupę kontrolną. Udowodniono związek między stanem wiedzy dotyczącym chorób nowotworowych a gotowością przyjęcia postaw i zachowań prozdrowotnych przez chorych. Poziom praktyk zdrowotnych był istotnie wyższy u osób z wykształceniem wyższym, kobiet, osób niepalących oraz osób mających większą wiedzę onkologiczną. Większość (90%) chorych na raka płuca była palaczami papierosów.

Wnioski: Poziom wiedzy onkologicznej leczonych chorych obserwowany w codziennej praktyce klinicznej ma związek z nasileniem zachowań zdrowotnych.

Abstract

Introduction: Neoplastic diseases are the second leading cause of death in developed countries. Lung cancer is the most common cancer in the world and also the most common cancer depending on environmental factors (smoking).

Aim: Evaluation of oncological knowledge and health behaviors of patients with lung cancer in relation to social and demographic factors.

Material and methods: The study group consisted of 204 patients with metastatic lung cancer treated between May 2010 to December 2015 in two centers. The mean age of patients was 66 years. We rated knowledge of respondents in

the field of cancer and health lifestyle with method of diagnostic survey, using the Behavioral Health Inventory (BHI) by Z. Juczyński. These results were compared with those obtained from healthy subjects matched for age, education and gender.

Results: The general level of knowledge on cancer and the level of severity of health behaviors was low. Patients had a lower level of knowledge of cancer and BHI standardized value and the value obtained by the control group. It has been proven the association between the state of knowledge concerning cancer and readiness to adopt attitudes and healthy behaviors by lung cancer patients. The level of health practices was significantly higher in people with higher education, non-smokers, in women and in people with a higher knowledge of oncology. 90% of lung cancer patients were cigarette smokers.

Conclusions: The level of knowledge of patients with lung cancer, which was observed in clinical practice is associated with the severity of health behavior.

Słowa kluczowe: chemioterapia, rak płuca, zachowania zdrowotne, wiedza o raku.

Key words: chemotherapy, colorectal cancer, health behavior, knowledge of cancer.

Wstęp

Rak płuca jest najczęściej występującym nowotworem na świecie. Każdego roku notuje się ponad 1,4 mln nowych przypadków i ponad 1,3 mln zgonów z jego powodu [1]. Co prawda dla mężczyzn wartości te od pewnego czasu nie wzrastają, ale w wielu miejscach na świecie (w tym w Polsce) ciągle zwiększa się liczba przypadków gruczolakoraka u obu płci oraz wszystkich rodzajów raka płuc wśród kobiet [2]. Według Krajowego Rejestru Nowotworów w Polsce rozpoznaje się ok. 21 000 nowych przypadków raka płuca rocznie.

Istnieją dwie główne grupy czynników mających związek z rozwojem tego nowotworu: środowiskowe i genetyczne. O ile nie można zmienić czynników genetycznych, to istnieje szansa redukcji lub eliminacji niekorzystnych czynników związanych z ogólnie pojmowanym stylem życia. Zmiana taka powinna mieć szczególne znaczenie w przypadku raka płuca, ponieważ największy wpływ na powstanie i rozwój tego nowotworu mają czynniki środowiskowe, w tym przede wszystkim niewłaściwy styl życia i związane z nim zachowania zdrowotne. Zachowania zdrowotne są ponadto czynnikiem warunkującym nie tylko wzmocnienie, lecz także utrzymanie zdrowia indywidualnego i całej populacji. Zdrowie zależy od wielu czynników, takich jak prawidłowe odżywianie, unikanie używek, aktywność fizyczna, umiejętności radzenia sobie ze stresem.

Rokowanie w raku płuca jest złe. Zaledwie ok. 7% chorych przeżywa 5 lat, a większość jest leczonych już od momentu diagnozy tylko paliatywnie. Pomimo postępu i rozwoju terapii molekularnych oraz nowych chemioterapeutyków chorych z przerzutowym rakiem płuca praktycznie nie można wyleczyć. Dlatego cele terapeutyczne dla

tej grupy chorych pozostają paliatywne. W leczeniu chorych na raka płuca istotne jest zatem nie tylko zmniejszenie śmiertelności, zapobieganie progresji, łagodzenie objawów choroby, zapobieganie i zmniejszanie powikłań, lecz także poprawa ogólnego stanu zdrowia, nastroju i zapewnienie maksymalnie długo sprawności psychofizycznej czy aktywności zawodowej i społecznej chorych. Celem zachowań prozdrowotnych w przebiegu leczenia onkologicznego może być zachowanie dobrej kondycji zdrowotnej i psychicznej. W tym celu (także w trakcie leczenia) należy motywować chorych do regularnego przestrzegania diety i podejmowania aktywności fizycznej oraz unikania używek (palenia tytoniu, nadmiernego spożywania alkoholu, nadużywania leków niezalecanych przez lekarza, nadużywania innych substancji psychoaktywnych) [4, 5]. Powyższe cele mogłyby być realizowane poprzez właściwą edukację prozdrowotną w trakcie leczenia. Efektywność edukacji można by mierzyć odsetkiem osób zmieniających styl życia lub wyrażających gotowość do takiej zmiany. Punktem wyjścia do jej realizacji jest ocena stanu wiedzy onkologicznej i stylu życia. Badania przeprowadzone wcześniej przez autorów [6, 7] wykazały, że wiedza o chorobach nowotworowych w Polsce była niska, co wpisuje się w trend obserwowany w innych podobnych badaniach [8, 9]. Mała wiedza badanych współistniała zawsze z niskim poziomem wskaźnika nasilenia zachowań zdrowotnych.

Na podstawie uzyskanych wyników można stwierdzić, że społeczeństwo nie przykładą wagi do prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań prozdrowotnych, pozytywnego nastawienia psychicznego i praktyk zdrowotnych. Zapewne wynika to nie tylko z braku wiedzy, lecz także z ogólnie pojętego swobodnego stylu życia i sto-

sunkowo łatwego dostępu do używek. Niemniej jednak uzyskane wcześniej wyniki sugerują, że deficyt wiedzy może mieć podstawowe znaczenie. Nie ma w piśmiennictwie polskim danych dotyczących wiedzy o chorobach nowotworowych wśród chorych leczonych z powodu raka ani danych na temat ich stylu życia.

Celem niniejszej pracy była ocena stylu życia poprzez analizę zachowań prozdrowotnych oraz wiedzy w zakresie chorób nowotworowych u chorych na zaawansowanego, przerzutowego raka płuca leczonych z zastosowaniem chemioterapii w stosunku do osób zdrowych. W pracy przyjęto hipotezę, że wiedza dotycząca chorób nowotworowych warunkuje gotowość przyjęcia zachowań prozdrowotnych przez chorych.

Material i metody

Badaniem objęto 204 chorych na zaawansowanego, przerzutowego raka płuca (C34 wg ICD-10), którzy od maja 2010 r. do grudnia 2015 r. otrzymali paliatywną chemioterapię pierwszej linii w Szpitalu Specjalistycznym w Wejherowie i w Wojewódzkim Centrum Onkologii w Gdańsku. Grupę tę stanowili chorzy z pierwotnym lub wtórnym rozsiewem nowotworu, którzy nie kwalifikowali się do leczenia radykalnego. Uzyskane wyniki zestawiono z wynikami osób zdrowych zgłaszających się w tym czasie do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w celach administracyjnych. Była to grupa 100 osób dobranych pod względem płci, wykształcenia i wieku do analizowanej grupy badanej.

Przedmiotem analizy były: wiek, płeć, wykształcenie, palenie papierosów, wywiad rodzinny, wzrost, masa ciała, dane dotyczące wiedzy onkologicznej oraz dane dotyczące Inwentarza Zachowań Zdrowotnych. Jako aktualnych palaczy tytoniu definiowano osoby, które paliły co najmniej jeden papieros dziennie w ciągu 12 poprzednich miesięcy. Za byłych palaczy uznano osoby niepalące od co najmniej 12 miesięcy, a za osoby niepalące te, które nigdy nie paliły nałogowo. Dodatni wywiad rodzinny w kierunku raka definiowano jako zachorowanie na raka płuca u krewnych pierwszego i/lub drugiego stopnia. Dane te uzyskano od chorych na podstawie wywiadu.

W analizie wyników zastosowano podstawowe statystyki opisowe. Średnie arytmetyczne porównywano testem *t*-Studenta w przypadku dwóch zmiennych i na podstawie analizy ANOVA dla więcej niż dwóch zmiennych. W ocenie związku pomiędzy wiedzą onkologiczną a stylem życia zastosowano regresję logistyczną (wiek, płeć, wykształcenie, wywiad rodzinny, palenie tytoniu).

Wartość *p* poniżej 0,05 uznano za istotną statystycznie.

Do obliczeń statystycznych wykorzystano program Excel firmy Microsoft w wersji 2003 oraz program PQSTAT w wersji 1.4. Na przeprowadzenie badania uzyskano zgodę dyrektorów obu jednostek oraz Komisji Bioetycznej przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Gdańsku. Warunkiem jej uzyskania było przedstawienie bazy danych z zachowaniem pełnej anonimowości indywidualnych danych chorych.

Narzędzia badawcze

Podczas badań wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego opartego na dwóch kwestionariuszach, które były wypełniane przez chorych w ostatnim tygodniu poprzedzającym rozpoczęcie leczenia. Pierwszy z nich był kwestionariuszem własnej konstrukcji składającym się z 39 pytań, które podzielono na trzy grupy tematyczne: styl życia i jego modyfikacje, programy badań profilaktycznych, ogólna wiedza onkologiczna.

Drugim z zastosowanych kwestionariuszy był Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) autorstwa Z. Juczyńskiego. Ankieta składała się z 24 pytań zamkniętych i jednego pytania otwartego. Kwestionariusz zawiera 24 stwierdzenia opisujące różnego rodzaju zachowania związane ze zdrowiem. Biorąc pod uwagę wskazaną przez badanych częstość poszczególnych zachowań, ustala się nasilenie zachowań sprzyjających zdrowiu oraz stopień nasilenia czterech kategorii zachowań zdrowotnych, tj. prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, praktyk zdrowotnych, pozytywnego nastawienia psychicznego. Odpowiedzi na 24 pytania IZZ dały możliwość oceny stylu życia ankietowanych osób. Według prof. Juczyńskiego analiza statystyczna wykazała występowanie istotnych różnic związanych jedynie z płcią. Za autorem ankiety wyniki w granicach 1.–4. stena przyjęto traktować jako wyniki niskie, zaś w granicach 7.–10. stena jako wysokie. Wyniki w granicach 5. i 6. stena uznaje się za przeciętne [10].

Wyniki

Z 219 wręczonych kwestionariuszy zwrotnie otrzymano 205, co dało wskaźnik odpowiedzi równy 93,6%. Jeden kwestionariusz nie był wypełniony prawidłowo – błędy polegały na wpisaniu „nie wiem” lub niezaznaczeniu żadnej odpowiedzi. Postanowiono wyłączyć go z badania. Średni wiek chorych wyniósł 65,6 roku. Charakterystykę badania przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Charakterystyka kliniczna chorych
Table 1. Patients characteristics

| Cecha | Liczba | Średnia dla wiedzy onkologicznej | Średnia dla IZZ |
|--------------------------------|-----------|----------------------------------|-----------------|
| Stan sprawności | | | |
| 0 | 108 (53%) | 71 | 72 |
| 1 | 80 (39%) | 66 | 71 |
| 2 | 16 (8%) | 65 | 71 |
| Przerzuty odległe | | | |
| tak | 178 (87%) | 67 | 71 |
| nie | 26 (13%) | 67 | 72 |
| Wiek (lata) | | | |
| 41–50 | 19 (9%) | 70 | 71 |
| 51–60 | 72 (35%) | 69 | 72 |
| 61–70 | 86 (42%) | 67 | 70 |
| 71–80 | 27 (13%) | 66 | 69 |
| Płeć | | | |
| kobiety | 73 (36%) | 71 | 76 |
| mężczyźni | 131 (64%) | 65 | 66 |
| Rak płuca w rodzinie | | | |
| tak | 18 (9%) | 70 | 75 |
| nie | 186 (91%) | 67 | 71 |
| Miejsce zamieszkania | | | |
| miasto | 135 (66%) | 68 | 72 |
| wieś | 69 (34%) | 66 | 69 |
| Palenie papierosów w wywiadzie | | | |
| tak | 184 (90%) | 64 | 69 |
| nie | 20 (10%) | 72 | 77 |
| Wykształcenie | | | |
| niższe niż średnie | 70 (34%) | 59 | 66 |
| średnie | 72 (35%) | 67 | 70 |
| wyższe | 62 (30%) | 71 | 82 |
| Rozsiew nowotworowy | | | |
| pierwotny | 159 (78%) | 67 | 71 |
| wtórny | 45 (22%) | 67 | 72 |

IZZ – Inwentarz Zachowań Zdrowotnych

Wiedza onkologiczna

Średnia surowa wartość punktowa uzyskana w ankiecie dotyczącej wiedzy onkologicznej w badanej populacji wyniosła 67,4 (SD 15,8) pkt, przy maksymalnej możliwej do uzyskania 136 pkt. Mediana wyniosła 66 pkt (zakres: 39–123). Grupa kontrolna uzyskiwała istotnie wyższy średni wynik – 72,1 ($p < 0,01$). Wynik grupy badanej był niższy niż wynik standaryzowany (72,5, $p < 0,01$), a wynik grupy kontrolnej był podobny ($p = 0,92$).

Ocena tematyczna pytań wykazała, że średnia wartość punktowa odpowiedzi na pytania dotyczą-

Tabela 2. Średnie wartości uzyskane w odpowiedziach na poszczególne pytania

Table 2. Mean values obtained in the responses to questions about the lifestyle

| | Ankietowani | Normalizacja |
|---|-------------|--------------|
| Prawidłowe nawyki żywieniowe | | |
| ogółem | 2,90 | 3,22 |
| płeć męska | 2,56 | 2,85 |
| płeć żeńska | 3,18 | 3,60 |
| Zachowania profilaktyczne | | |
| ogółem | 3,18 | 3,42 |
| płeć męska | 3,12 | 3,30 |
| płeć żeńska | 3,27 | 3,48 |
| Pozytywne nastawienie psychiczne | | |
| ogółem | 3,05 | 3,52 |
| płeć męska | 2,72 | 3,24 |
| płeć żeńska | 3,24 | 3,74 |
| Praktyki zdrowotne | | |
| ogółem | 2,98 | 3,32 |
| płeć męska | 2,63 | 3,08 |
| płeć żeńska | 3,32 | 3,53 |

ce stylu życia i jego modyfikacji (2,05) była podobna do średniej wartości odpowiedzi na pytania z zakresu ogólnej wiedzy onkologicznej (2,01, $p = 0,41$) i z programów badań profilaktycznych (1,98, $p = 0,33$). Wiedza w zakresie programów badań profilaktycznych oraz ogólna wiedza onkologiczna również nie różniły się istotnie ($p = 0,37$).

Próbując określić czynniki wpływające na poziom wiedzy dotyczącej chorób nowotworowych, przeanalizowano wpływ wieku, płci, miejsca zamieszkania, wykształcenia, palenia papierosów, wywiadu rodzinnego i stanu sprawności chorych. W analizie wieloczynnikowej znaleziono statystycznie istotny związek jedynie pomiędzy wiedzą ankietowanych a płcią ($p = 0,04$), wykształceniem ($p < 0,01$) i paleniem papierosów ($p < 0,01$). Większa wiedza onkologiczna charakteryzowała kobiety, chorych z wyższym wykształceniem oraz osoby niepalące.

Styl życia

Ogólnie wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych był niski dla grupy badanej i średni dla grupy kontrolnej. Średnia dla chorych obu płci w grupie badanej mieściła się w granicy stenu 4. Średnia surowa wartość uzyskana w ankiecie była niższa niż średnia podana przez autora testu i wyniosła 71,3 (średnia arytmetyczna podana przez autora testu to 81,82). Mediana wyniosła 71 (SD = 11,95).

Oddzielny wynik uzyskano dla kobiet – 76,2, oraz dla mężczyzn – 66,1. Średnie wyniki dla całej badanej populacji w poszczególnych kategoriach zachowań zdrowotnych były niższe niż średnie standaryzowane. Wyniki w poszczególnych kategoriach stylu życia zestawiono w tabeli 2.

W analizie wieloczynnikowej stwierdzono statystycznie znamiennej zależność pomiędzy stylem życia a płcią ($p < 0,01$), wykształceniem ($p < 0,01$) i paleniem papierosów ($p = 0,03$). Stwierdzono także statystycznie znamiennej zależność pomiędzy stylem życia ankietowanych chorych a posiadaną wiedzą z zakresu chorób nowotworowych ($p < 0,01$). Bardziej prozdrowotny styl życia charakteryzował chorych, którzy posiadali większą wiedzę z zakresu chorób nowotworowych.

Dyskusja

Podstawowym założeniem podjętych badań było to, że posiadanie odpowiedniej wiedzy na temat chorób nowotworowych będzie warunkować w większym stopniu prozdrowotny styl życia. Nie da się dokonywać jakiegokolwiek zmiany w swoim zachowaniu, jeżeli nie ma się wiedzy o tym, że dotychczasowy model zachowań jest błędny. Słowem – nie ma możliwości zmiany stylu życia na bardziej prozdrowotny bez wiedzy o tym, co w nim jest dobre, a co złe dla zdrowia. Po drugie przyjęto, że na zmianę podatni będą ludzie w stanie zagrożenia dobrostanu zdrowia, u których doszło do rozwoju choroby nowotworowej.

Wyniki przeprowadzonego badania wykazały, że wiedza o chorobach nowotworowych wśród chorych na raka płuca była niska, a co najważniejsze – niższa od stwierdzanej w grupie kontrolnej. Inne badania wpisują się w ten niekorzystny ze społecznego punktu widzenia trend [8, 11]. Wiedza chorych na raka płuca była też istotnie niższa niż wiedza zdrowych pacjentek Poradni Profilaktyki Chorób Piersi oraz młodzieży, u których ocenę przeprowadzono za pomocą tego samego formularza [6, 7]. Kobiety charakteryzowały się wyższym poziomem wiedzy o chorobach nowotworowych, w tym również większą wiedzą w zakresie wpływu stylu życia na zachorowalność na choroby nowotworowe. Dane te są zgodne z oczekiwaniami i wnioskami podanymi przez autora IZZ.

Wyniki badania potwierdzają słuszność przyjętej hipotezy dotyczącej związku pomiędzy wiedzą z zakresu chorób nowotworowych a prozdrowotnym stylem życia ($p < 0,01$). Mała wiedza badanych chorych współistniała z niskim poziomem wskaźnika nasilenia zachowań zdrowotnych. Średnia dla obu płci mieściła się w dolnej granicy

stenu 4., co za autorem inwentarza traktuje się jako wynik niski.

Interesujące jest znalezienie istotnej różnicy, jeżeli chodzi o poszczególne zakresy prawidłowych zachowań prozdrowotnych. Na podstawie uzyskanych wyników można powiedzieć, że chorzy nie przykładali należytej wagi do prawidłowych praktyk zdrowotnych i zachowań profilaktycznych, których stosowanie może zmniejszyć ryzyko zachorowania na ten nowotwór. Niepokojący wydaje się deficyt wiedzy dotyczący palenia papierosów, szczególnie wśród pacjentów chorych na nowotwór, dla którego najlepiej poznanym czynnikiem ryzyka zachorowania jest palenie tytoniu. Uważa się, że ok. 90% przypadków raka płuca jest związanych z kancerogennym działaniem dymu tytoniowego [12, 13]. W dymie tytoniowym występuje ok. 3000 substancji rakotwórczych. Należą do nich: chinolina, hydrazyna, chlorek winylu, węglowodory aromatyczne, alkaloidy, metan, akroleina, metale ciężkie (np. ołów, nikiel, kadm, polon) oraz szereg amin, eterów, aldehydów, fenoli, alkoholi, amidów czy estrów. Dodatkowo w skład dymu wchodzi gazy toksyczne, np. formaldehyd, tlenek węgla, amoniak, cyjanowodor, dwutlenek azotu. Głównymi czynnikami kancerogennymi są jednak węglowodory aromatyczne (benzopiren, dibenzoantracen) [14, 15]. Ryzyko zachorowania na raka płuca jest zależne nie tylko od liczby wypalanych papierosów dziennie, lecz także od czasu trwania nałogu [16, 17]. Ryzyko zgonu z powodu nowotworów złośliwych ogółem u nałogowych palaczy jest osiem razy wyższe, a z powodu raka płuca aż trzydziestokrotnie wyższe niż u osób niepalących [18]. Pomimo że informacja o negatywnych skutkach palenia tytoniu podpisana przez Ministra Zdrowia znajduje się na każdej paczce papierosów, to wg danych Zakładu Epidemiologii Instytutu Onkologii w 2003 r. paliło 42,8% mężczyzn i 33,3% kobiet [13]. Ponad 10 mln Polaków regularnie pali ok. 15–20 papierosów dziennie, a u niespełna 5 mln spośród tych osób nałóg trwa dłużej niż 20 lat [13]. Interesujące jest zestawienie tych danych z odsetkiem palaczy papierosów w badanej grupie (90%). Powyższe dane w sposób pośredni potwierdzają związek palenia papierosów z rakiem płuca. Ponadto okazało się, że palacze papierosów mieli istotnie gorszy poziom wiedzy onkologicznej i nasilenie zachowań zdrowotnych niż populacja kontrolna i wcześniej analizowane przez autorów grupy.

Ryzyko zachorowania na raka płuca zależy głównie od długości trwania nałogu oraz liczby wypalanych papierosów. Palenie 1–4 papierosów dziennie zwiększa ryzyko raka płuca u mężczyzn 3-krotnie, a u kobiet 5-krotnie [19]. Palacze bierni są także na-

rażeni na powikłania, ponieważ 30% przypadków tego nowotworu można powiązać tylko z samym wdychaniem dymu papierosowego [20–22]. Aktualne dowody naukowe wskazują na to, że bierna ekspozycja na dym tytoniowy zwiększa ryzyko zgonu i rozwoju różnych chorób, wśród których dominują schorzenia przewlekłe [23]. Ocenia się, że z powodu biernego palenia rocznie umiera w Polsce 1000 osób, natomiast w Stanach Zjednoczonych 53 000 [24]. Konsekwencje biernego palenia tytoniu są dokładnie takie same jak przy paleniu bezpośrednim [25]. Metaanaliza opublikowana w 2004 r. wykazała, że dla osób niepalących mieszkających z partnerami, którzy palą w domu, ryzyko zachorowania na raka wzrosło o 20–30%, natomiast dla osób narażonych na dym tytoniowy w miejscu pracy wzrost ryzyka wynosił 16–19% [26]. Wiedza na ten temat wśród ankietowanych była praktycznie żadna.

Najważniejszym oczekiwanym efektem prowadzonych przez autorów badań ma być przygotowanie programu edukacyjnego w zakresie zachowań prozdrowotnych. Zakładamy, że wdrożenie programu edukacji będzie korzystne zarówno dla edukowanych, ich rodzin, jak i dla personelu medycznego oraz w znacznym stopniu przyczyni się do poprawy wykrywalności chorób nowotworowych na wczesnym etapie. Celem długofalowym jest zachęcenie społeczeństwa do przestrzegania zasad kultury zdrowotnej, a więc do życia polegającego na świadomej i stałej pracy nad sobą, na poczuciu odpowiedzialności za zdrowie własne i innych ludzi. Wiedza zdobyta na podstawie przeprowadzonych badań będzie stanowiła cenną wskazówkę dotyczącą deficytów i potrzeb w zakresie edukacji prozdrowotnej. Będzie również naturalną podstawą do dyskusji na temat potrzeby akcji edukacyjnej w tym zakresie.

Wnioski

Po pierwsze, chorzy na raka płuca charakteryzowali się niższym poziomem zachowań zdrowotnych w porównaniu z grupą kontrolną, młodzieżą i pacjentkami Poradni Profilaktyki Chorób Piersi. Po drugie, chorzy na raka płuca z wykształceniem wyższym, kobiety, osoby niepalące, a także chorzy z wyższym poziomem wiedzy z zakresu chorób nowotworowych prezentowali bardziej pożądaną (prozdrowotny) styl życia. Po trzecie, należy podjąć działania edukacyjne w celu wdrożenia prozdrowotnego stylu życia również wśród populacji chorych na nowotwory.

Oświadczenie

Autor nie zgłasza konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M i wsp. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet]. International Agency for Research on Cancer, Lyon, France 2013. <http://globocan.iarc.fr>.
2. Wojciechowska U, Didkowska J, Zatoński W. Nowotwory złośliwe w Polsce. Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, Warszawa 2012.
3. De Angelis R, Sant M, Coleman MP i wsp. Cancer survival in Europe 1999–2007 by country and age: results of EURO-CARE-5 – a population-based study. *Lancet Oncol* 2014; 15: 23–34.
4. Głowacka MD, Kwapisz U, Frankowska A. Wybrane elementy stylu życia i problemy zdrowotne osób po 50. roku życia. *Zdr Publ* 2011; 121: 135–140.
5. Woynarowska B. Edukacja zdrowotna. PWN, Warszawa 2007.
6. Adamowicz K, Zalewska M, Majkowiak M, Zaucha JM. Ocena gotowości do zmian postaw i zachowań prozdrowotnych młodzieży do lat 18 pod wpływem edukacji zdrowotnej w zakresie chorób nowotworowych. *Onkologia Polska* 2012; 15: 157–165.
7. Adamowicz K, Zaucha JM, Majkowiak M. Ocena wiedzy pacjentek Poradni Profilaktyki Chorób Piersi w zakresie profilaktyki chorób nowotworowych. *Nowotwory Journal of Oncology* 2011; 61: 449–456.
8. Centrum Badania Opinii Społecznej. Postawy i opinie młodzieży na temat chorób nowotworowych. Warszawa 2007.
9. Butwin A. Wiedza na temat profilaktyki raka piersi wśród uczennic szkół ponadgimnazjalnych. Gdańsk 2009.
10. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. PTS, Warszawa 2009.
11. Miller M, Supranowicz P. Aktualne problemy wychowania zdrowotnego. Potrzeby uczniów dotyczące informacji o zdrowiu i stylu życia. *Problemy Higieny* 2002; 77.
12. Pász-Walczak G. Zapobieganie. W: Kordek R (red.). *Onkologia. Podręcznik dla studentów i lekarzy*. Via Medica, Gdańsk 2007; 52–57.
13. Krzakowski M (red.). *Onkologia kliniczna*. Ikamed, Warszawa 2006.
14. IARC monographs on the evaluation of the carcinogenic risk of chemicals to humans. Tobacco smoking. IARC, Lyon, France 1986, vol. 38.
15. Vineis P, Alavanja M, Buffler P i wsp. Tobacco and cancer: recent epidemiological evidence. *J Natl Cancer Inst* 2004; 96: 99–106.
16. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* 2004; 26: 1519.
17. Juszko-Piekut M, Olczyk D. Palenie papierosów jako czynnik ryzyka w etiologii raka płuca wśród mieszkańców Górnego Śląska. *Medycyna Środowiskowa* 2003; 6: 25–30.
18. Ochsner A. The etiology of bronchogenic carcinoma. *Dis Chest* 1964; 45: 586–590.
19. Doll R, Peto R. Mortality in relation to smoking: 20 years observations on male British doctors. *BMJ* 1976; 2: 1525–1536.
20. Olsen JH. Epidemiology of lung cancer. *Eur Respir Mon* 1995; 1: 1–17.
21. Grzelewska-Rzymowska I, Tymińska K. Etiopatogeneza raka płuca. W: Grzelewska-Rzymowska I (red.). *Rak płuca*. Wydawnictwo Sesja, Łódź 2003; 31–45.
22. Bach PB, Elkin EB, Pastorino U i wsp. Benchmarking lung cancer mortality rates in current and former smokers. *Chest* 2004; 126: 1742–1749.
23. Kopacz E (Minister Zdrowia); World Health Organization. Stan zagrożenia epidemią palenia tytoniu w Polsce. 2009.
24. Glantz SA, Parmley WW. Passive smoking and heart disease: epidemiology, physiology, and biochemistry. *Circulation* 1991; 83: 1–12.
25. Boyle P, Autier P, Bartelink H i wsp. European Code Against Cancer and scientific justification: third version (2003). *Ann Oncol* 2003; 14: 973–1005.
26. Sasco AJ, Secretan MB, Straif K. Tobacco smoking and cancer: a brief review of recent epidemiological evidence. *Lung Cancer* 2004; 45: 3–9.