

Ścieżka raka prostaty - okiem pacjenta. Analiza badań ankietowych



Komentarze eksperckie:

dr n. med. Paweł Potocki Katedra i Klinika Onkologii UJ-CM

dr Bożena Sikora-Kupis, Klinika Nowotworów Układu Moczowego Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie

dr n. med. Iwona Skoneczna, kierownik Oddziału Chemioterapii Szpitala Grochowskiego im. dr med. Rafała Masztaka w Warszawie

Krzysztof Jakubiak, redaktor naczelny mZdrowie

Partnerzy:



Johnson & Johnson

Projekt graficzny i skład:

Łukasz Oborzelski

Wydawca:

Fundacja OnkoCafe - Razem Lepiej

ul. Madalińskiego 50/52 lok. U30

02-581 Warszawa

tel. 537 888 789

sekretariat@onkocafe.pl

KRS 0000504682

NIP 5213669451

Spis treści

Wstęp	4
Cel raportu	4
Metodologia	4
Charakterystyka badania 2024	5
Charakterystyka badania 2025	5
Jak czytać dane w raporcie?	5
Wyniki ankiety 2024	6
Wyniki ankiety Fundacji OnkoCafe przeprowadzonej w ramach projektu ProstaTaHistoria	6
Wnioski ogólne	30
Wyniki ankiety 2025	31
Informacja o badaniu. Ankieta dla pacjentów z rakiem prostaty Fundacja OnkoCafe	31
Wnioski z badań ankietowych	43
Komentarze ekspertów	44

Wstęp

Rak prostaty jest najczęściej diagnozowanym nowotworem złośliwym u mężczyzn w Polsce. W wielu przypadkach choroba wykryta odpowiednio wcześniej może być skutecznie leczona, jednak dla części pacjentów diagnoza oznacza długą i wymagającą ścieżkę diagnostyczno-terapeutyczną, obejmującą zarówno kolejne etapy leczenia, jak i konieczność radzenia sobie z obciążeniem psychicznym, społecznym oraz zmianą funkcjonowania w życiu codziennym.

Fundacja OnkoCafe – Razem Lepiej od lat działa na rzecz pacjentów onkologicznych, prowadząc działania edukacyjne, wspierające oraz rzecznicze. W ostatnich latach Fundacja rozwija także projekty skierowane do mężczyzn z podejrzeniem lub rozpoznaniem raka prostaty – w tym działania informacyjne, budowanie społeczności pacjenckiej oraz inicjatywy wspierające pacjentów i ich bliskich. Jednym z kluczowych projektów w tym obszarze jest kampania ProstaTaHistoria, której celem jest zwiększanie świadomości społecznej, przełamywanie tabu wokół choroby oraz wzmacnianie głosu pacjentów poprzez realne historie i doświadczenia mężczyzn mierzących się z diagnozą raka prostaty.

W odpowiedzi na zgłaszane przez pacjentów potrzeby, Fundacja zdecydowała się przeprowadzić dwa badania ankietowe, których celem było zebranie doświadczeń i perspektywy mężczyzn przechodzących proces diagnostyki i leczenia raka prostaty w Polsce. Raport przedstawia wyniki obu ankiet oraz podsumowuje najważniejsze obserwacje wynikające z odpowiedzi respondentów.

Cel raportu

Celem raportu jest:

- opisanie doświadczeń pacjentów w procesie diagnostyki i leczenia raka prostaty w Polsce,
- przedstawienie danych dotyczących dostępu do diagnostyki, organizacji opieki, komunikacji z personelem medycznym oraz obszarów wsparcia,
- zebranie najczęściej powtarzających się opinii pacjentów (również w pytaniach otwartych),
- stworzenie materiału informacyjnego, który może stanowić punkt odniesienia dla środowiska medycznego, organizacji pacjenckich oraz decydentów.

Raport ma charakter opisowy i nie jest analizą kliniczną ani oceną konkretnych ośrodków. Prezentuje doświadczenia pacjentów zgromadzone w formie ankiet internetowych.

Metodologia

Badania zostały przeprowadzone w formie ankiet internetowych, udostępnionych elektronicznie przez Fundację OnkoCafe – Razem Lepiej. Udział w ankietach był dobrowolny i anonimowy.

Ankieta 2024

- okres realizacji: **czerwiec–grudzień 2024 r.**
- liczba respondentów: **146**
- grupa badana: mężczyźni z podejrzeniem lub rozpoznaniem raka prostaty

Ankieta 2025

- okres realizacji: **listopad–grudzień 2025 r.**
- liczba respondentów: **102**
- grupa badana: mężczyźni z podejrzeniem lub rozpoznaniem raka prostaty

W obu ankietach zastosowano pytania zamknięte oraz pytania otwarte, w których respondenci mogli swobodnie opisać swoje doświadczenia, trudności oraz potrzeby.

Charakterystyka badania 2024

Ankieta przeprowadzona w okresie od czerwca do grudnia 2024 roku miała na celu zebranie ogólnego obrazu doświadczeń pacjentów w procesie diagnostyki i leczenia raka prostaty – ze szczególnym uwzględnieniem komunikacji z personelem medycznym, dostępu do informacji, możliwości zadawania pytań oraz oceny obszarów, które zdaniem pacjentów wymagają poprawy.

W ankiecie znalazły się pytania dotyczące m.in.:

- pierwszych objawów i momentu rozpoczęcia diagnostyki,
- czasu oczekiwania na kolejne etapy diagnostyczne,
- dostępu do badań i specjalistów,
- komunikacji z lekarzami,
- poziomu informacji przekazywanych pacjentowi,
- obszarów wsparcia (informacyjnego i psychologicznego),
- doświadczeń pacjentów związanych z organizacją procesu leczenia.

Istotną część ankiety stanowiły pytania otwarte, które pozwoliły respondentom szczegółowo opisać doświadczenia i sytuacje, których nie dało się ująć w odpowiedziach zamkniętych.

Charakterystyka badania 2025

Ankieta przeprowadzona w listopadzie i grudniu 2025 roku była kontynuacją działań badawczych Fundacji i stanowiła pogłębienie obszarów zidentyfikowanych w badaniu 2024. W większym stopniu koncentrowała się na kwestiach związanych z:

- ścieżką pacjenta od pierwszego kontaktu z lekarzem do rozpoczęcia leczenia,
- dostępnością i finansowaniem poszczególnych etapów diagnostyki,
- wykonywaniem badań obrazowych i ich finansowaniem,
- dostępem do specjalistycznych ośrodków prowadzących leczenie,
- oceną komunikacji i jakości przekazywanej informacji,
- wsparciem psychologicznym i informacyjnym,
- potrzebami pacjentów i obszarami wymagającymi poprawy.

W ankiecie znalazły się zarówno pytania zamknięte (pozwalające na porównywalność wyników), jak i pytania otwarte, w których pacjenci mogli opisać najważniejsze problemy, braki w procesie diagnostyki i leczenia oraz swoje potrzeby.

Jak czytać dane w raporcie?

Wyniki prezentowane w raporcie zostały opracowane w sposób opisowy, z podaniem wartości procentowych dla poszczególnych odpowiedzi w pytaniach zamkniętych.

W przypadku pytań otwartych przedstawiono najczęściej powtarzające się kategorie odpowiedzi. Procenty w pytaniach otwartych oznaczają udział respondentów, którzy wskazali dany wątek w swoich wypowiedziach.

Wyniki ankiety 2024 (czerwiec–grudzień 2024, N=146)

Pierwsze badanie ankietowe przeprowadzone przez Fundację OnkoCafe – Razem Lepiej w 2024 roku miało na celu zebranie możliwie szerokiego obrazu doświadczeń pacjentów na różnych etapach ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej w raku prostaty. Ankieta obejmowała zarówno pytania dotyczące pierwszych objawów, czasu diagnostyki i organizacji leczenia, jak również obszary związane z komunikacją z personelem medycznym, dostępem do informacji oraz poczuciem bezpieczeństwa pacjenta.

Istotną część ankiety stanowiły pytania otwarte, które pozwoliły respondentom opisać własnymi słowami najważniejsze trudności, potrzeby i doświadczenia – w tym także te, które nie zawsze są widoczne z perspektywy systemu ochrony zdrowia. Zebrane wypowiedzi stały się ważnym materiałem jakościowym, uzupełniającym dane liczbowe z pytań zamkniętych.

W niniejszym rozdziale przedstawiono szczegółowe wyniki ankiety 2024, z zachowaniem oryginalnego brzmienia pytań oraz procentowego rozkładu odpowiedzi.

Wyniki ankiety Fundacji OnkoCafe przeprowadzonej w ramach projektu ProstaTaHistoria

Fundacja OnkoCafe - Razem Lepiej przeprowadziła w okresie od czerwca do grudnia 2024 ankietę wśród pacjentów z nowotworem gruczołu krokowego oraz pacjentów z podejrzeniem takiego nowotworu. Ankieta udostępniona była za pośrednictwem formularza Google oraz w wersji papierowej rozdana respondentom. Udział w ankiecie był całkowicie dobrowolny, a wszyscy respondenci pozostają anonimowi.

Do kluczowych celów przeprowadzenia omawianej ankiety należało:

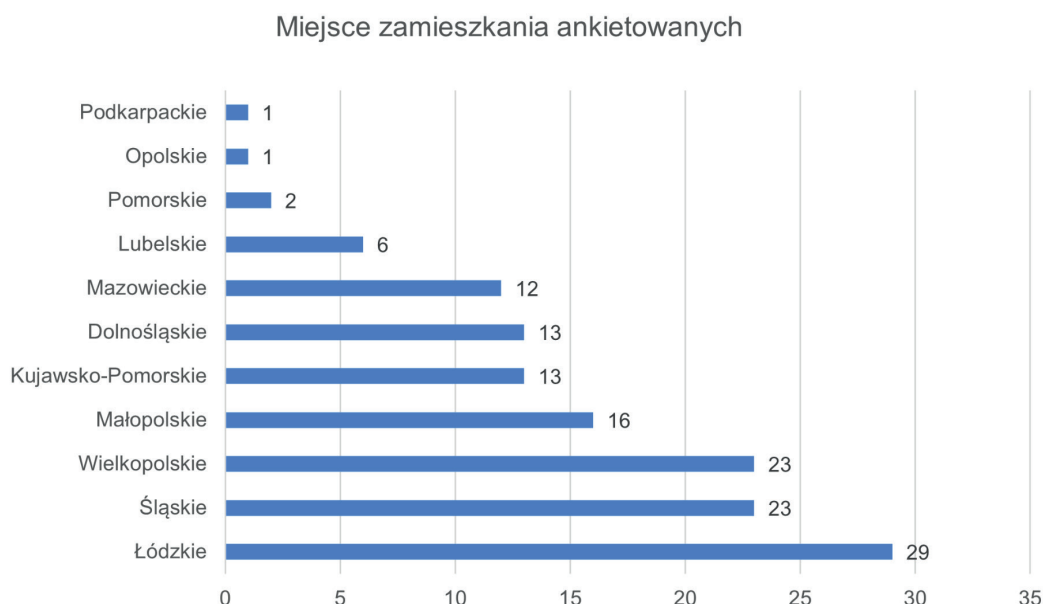
- poznanie potrzeb i doświadczeń pacjentów związanych z diagnostyką i leczeniem raka prostaty,
- umożliwienie pacjentom podzielenia się własnymi spostrzeżeniami i uwagami, które nasunęły im się podczas własnego procesu diagnostyczno-terapeutycznego,
- identyfikacja obszarów problematycznych i wymagających szczególnej uwagi podczas planowania przyszłych działań edukacyjnych oraz inicjatyw zwiększających świadomość społeczną na temat nowotworów gruczołu krokowego.

Ankieta została przeprowadzona w celu włączenia do raportu „ProstaTaHistoria” opracowanego przez Fundację OnkoCafe.

Pytanie 1. Wiek i miejsce zamieszkania ankietowanych

W badaniu wzięło udział 146 respondentów z różnych regionów Polski. Spośród 146 z nich 142 udzieliło odpowiedzi na temat swojego miejsca zamieszkania, a 145 dostarczyło informacji o swoim wieku.

Najwięcej odpowiedzi pochodzi od mieszkańców województwa łódzkiego (29 respondentów), śląskiego (23 respondentów) i wielkopolskiego (23 respondentów) oraz małopolskiego (16 respondentów). Liczbę respondentów pochodzących z poszczególnych województw przedstawiono graficznie na Rycinie 1 i 2.



Ryc. 1 Liczba ankietowanych pochodzących z poszczególnych województw.



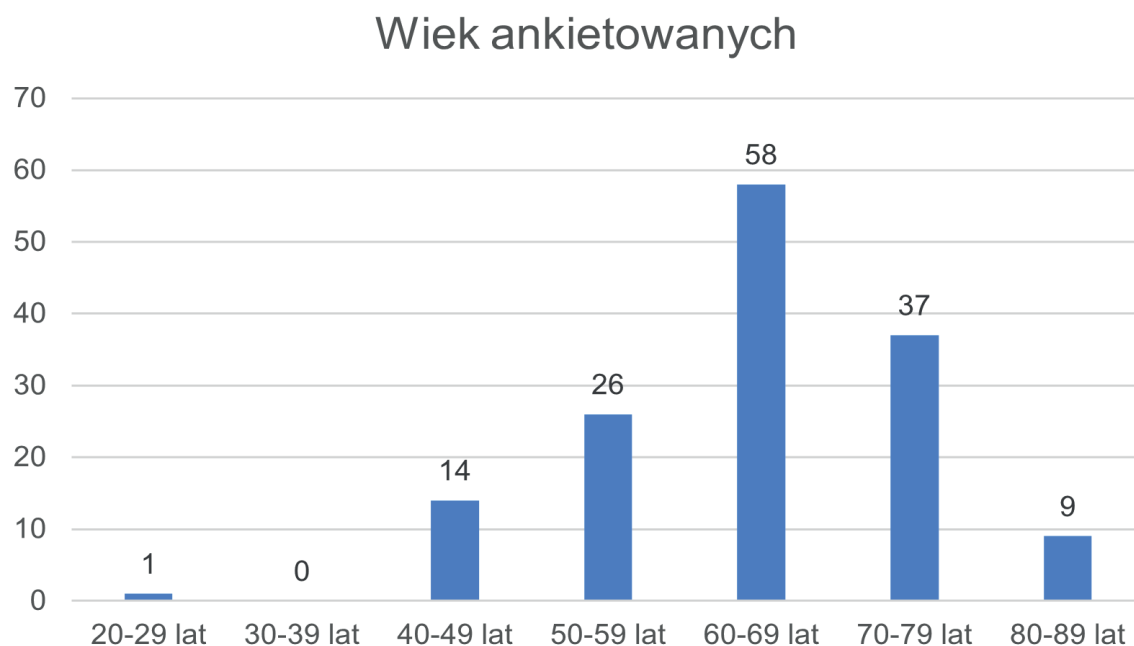
Ryc. 2 Graficzne przedstawienie liczby ankietowanych pochodzących z poszczególnych województw.

W badanej populacji większość respondentów plasuje się w przedziale wiekowym 60-70 lat (58 ankietowanych) oraz w przedziale 70-80 lat (37 ankietowanych). Najmniej odpowiedzi pochodzi od osób w wieku 20-30 lat (1 ankietowany) oraz 80-90 lat (9 ankietowanych). Do grupy wiekowej 40-49 lat należało 14 respondentów, a do grupy 50-59 lat 26 respondentów.

Nie udało się zebrać odpowiedzi od pacjentów należących do grupy wiekowej 30-39 lat, co stanowi pewne ograniczenie przeprowadzonego badania.

Wiek najmłodszego z ankietowanych wynosi 27 lat, natomiast najstarszego 85 lat.

Średnia wieku wynosi 64,2 lata, natomiast mediana wieku w badanej populacji to 65 lat.



Ryc. 3 Graficzne przedstawienie rozkładu wieku ankietowanych pacjentów.

Pytanie 2. "Czy wiesz co to jest rak prostaty?"



Ryc. 4 Częstość wyboru poszczególnych odpowiedzi na pytanie "Czy wiesz co to jest rak prostaty?"

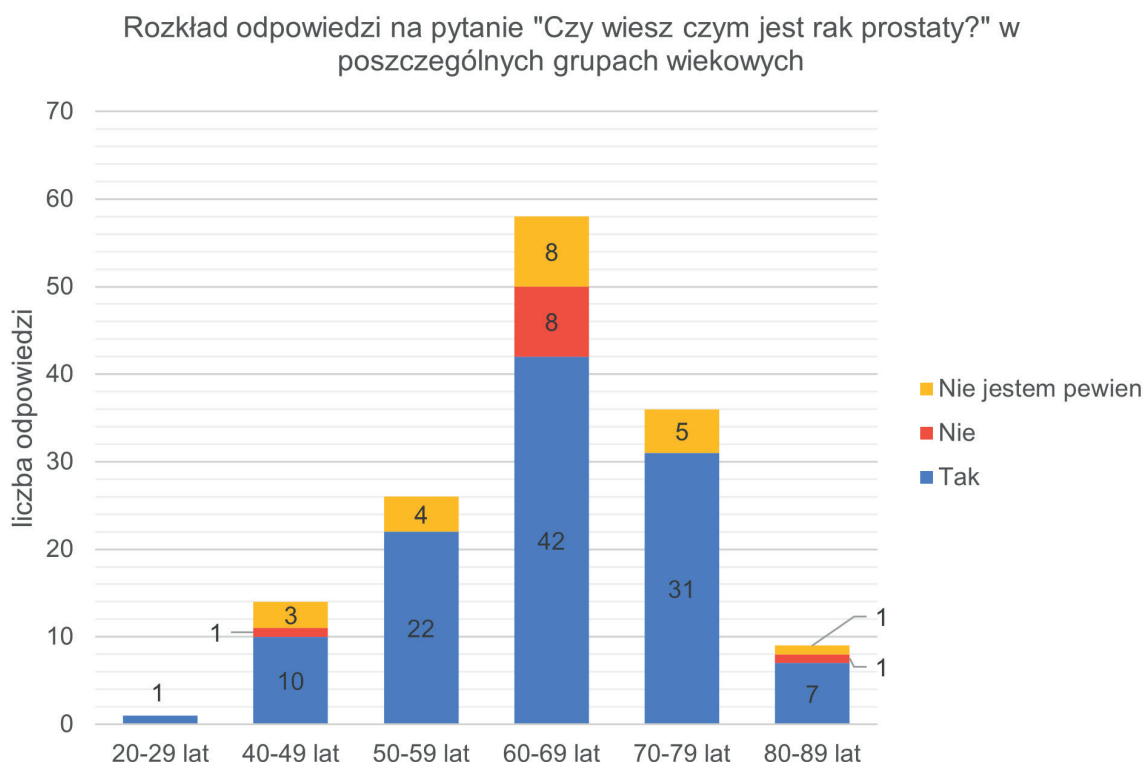
Prawie wszyscy (145 z 146) ankietowani udzielili odpowiedzi na to pytanie.

Możliwe odpowiedzi wraz z częstością wyboru poszczególnych opcji:

- **Tak** - 114 odpowiedzi (79% wszystkich odpowiedzi)
- **Nie** - 10 odpowiedzi (7%)
- **Nie jestem pewien** - 21 odpowiedzi (14%)

79% ankietowanych pacjentów zaznaczyło, że wie czym jest rak prostaty. To pozytywny sygnał, świadczący o dość wysokiej świadomości wśród populacji. Jedynie 7% ankietowanych nie wie czym jest rak prostaty, a 14% ankietowanych nie jest pewna swojej wiedzy w tym temacie.

Pomimo, iż wynik ten jest raczej pozytywny, stosunkowo wysoki łączny odsetek odpowiedzi "Nie" oraz "Nie jestem pewien" przypomina, iż potrzeba dalszej edukacji zdrowotnej społeczeństwa w temacie nowotworów gruczołu krokowego jest jak najbardziej aktualna.



Ryc. 5 Graficznie przedstawienie częstości wyboru odpowiedzi na pytanie "Czy wiesz co to jest rak prostaty?" w poszczególnych grupach wiekowych

Po przeanalizowaniu i porównaniu odpowiedzi pacjentów z różnych grup wiekowych można zauważyć, iż świadomość wśród różnych grup wiekowych badanej populacji jest porównywalna. Wyłączając z porównania grupę wiekową 20-29 lat, do której należał jedynie 1 ankietowany, największy odsetek odpowiedzi twierdzących padł w grupie wiekowej 70-79 lat - około 86% respondentów w siódmej dekadzie życia wie, czym jest rak prostaty. W grupie wiekowej 50-59 lat odpowiedź "Tak" wybrało niemal 85% ankietowanych, w grupie 80-89 lat było to 78% ankietowanych, w grupie 60-69 lat 72% ankietowanych a w grupie 40-49 lat 71% ankietowanych. W grupach wiekowych 50-59 lat oraz 70-79 lat nikt nie wybrał odpowiedzi "Nie". Najwięcej odpowiedzi przeczących padło w grupie najliczniejszej, 60-69 lat - było to niecałe 14% wszystkich odpowiedzi z tego przedziału wiekowego.

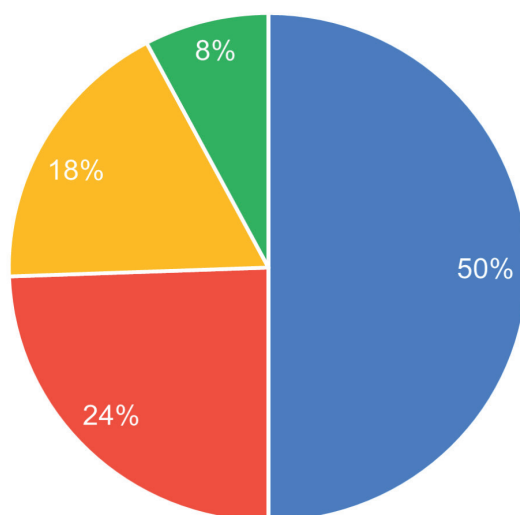
Na podstawie uzyskanych odpowiedzi można sformułować wniosek, iż świadomość w populacji jest dość wysoka we wszystkich grupach wiekowych. Podczas planowania akcji edukacyjnych warto zwrócić szczególną uwagę na dotarcie do grup wiekowych 40-49 lat oraz 60-69 lat, gdyż to właśnie w nich największy odsetek ankietowanych zaznaczył, iż nie wiedzą czym jest rak prostaty.

Pytanie 3. "Kiedy zdiagnozowano u Ciebie raka prostaty?"



Ryc. 6 Częstość wyboru poszczególnych odpowiedzi na pytanie "Kiedy zdiagnozowano u Ciebie raka prostaty?" wśród wszystkich ankietowanych

Odpowiedzi na pytanie "Kiedy zdiagnozowano u Ciebie raka prostaty?"
wśród ankietowanych z diagnozą raka prostaty



Ryc. 7 Częstość wyboru poszczególnych odpowiedzi na pytanie "Kiedy zdiagnozowano u Ciebie raka prostaty?" wśród ankietowanych zdiagnozowanych z rakiem prostaty.

Wszyscy ankietowani udzielili odpowiedzi na to pytanie.

Możliwe odpowiedzi wraz z częstością wyboru poszczególnych opcji:

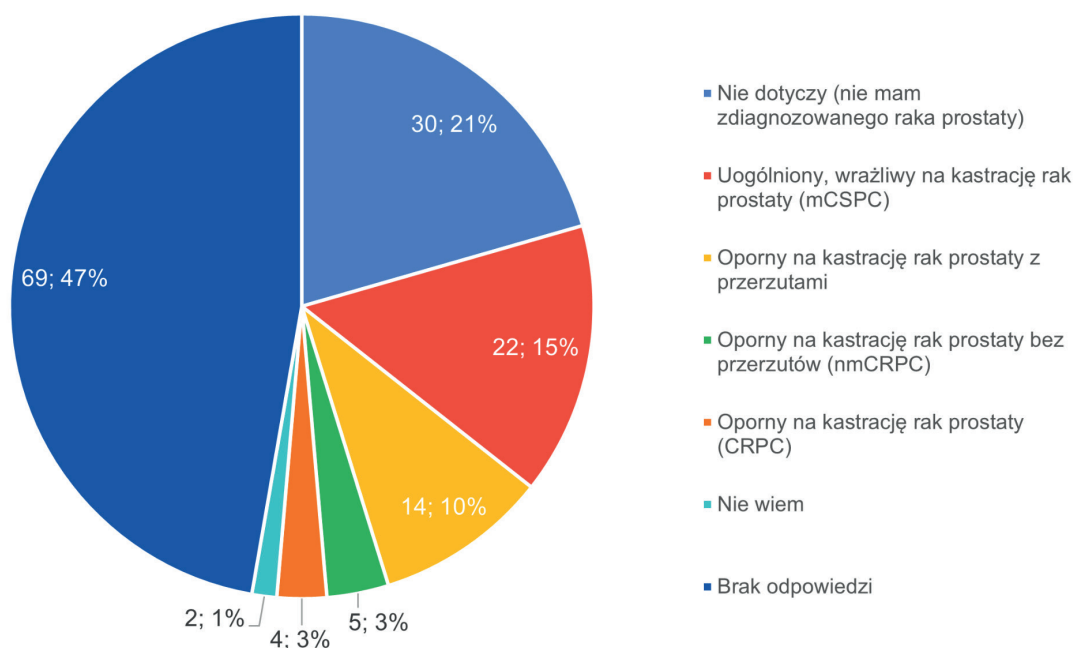
- **Mniej niż rok temu** - 45 odpowiedzi (31% wszystkich ankietowanych)
- **1-2 lata temu** - 22 odpowiedzi (15%)
- **3-5 lat temu** - 16 odpowiedzi (11%)
- **Ponad 5 lat temu** - 7 odpowiedzi (5%)
- **Nie dotyczy** (nie mam zdiagnozowanego raka prostaty) - 56 odpowiedzi (38%)

Spośród wszystkich ankietowanych 62% pacjentów otrzymało diagnozę raka prostaty. Wśród nich największy odsetek został zdiagnozowany w ciągu roku od wypełnienia ankiety (31% wszystkich ankietowanych, 50% ankietowanych zdiagnozowanych z nowotworem gruczołu krokowego), a najmniejszy ponad 5 lat przed wypełnieniem ankiety (5% wszystkich ankietowanych, 8% ankietowanych zdiagnozowanych z rakiem prostaty).

Informacje te pozwalają na bardziej wiarygodną interpretację odpowiedzi dotyczących kontaktu z systemem ochrony zdrowia, roli poszczególnych specjalistów oraz źródeł wiedzy, a także na osadzenie relacjonowanych doświadczeń pacjentów w jasno określonym kontekście czasowym.

Pytanie 4. "Czy Twój rak prostaty jest [...]?" - pytanie o charakter zdiagnozowanego nowotworu

Czy Twój rak prostaty jest:



Ryc. 8 Częstość wybieranych odpowiedzi na pytanie o charakter zdiagnozowanego nowotworu wśród wszystkich ankietowanych

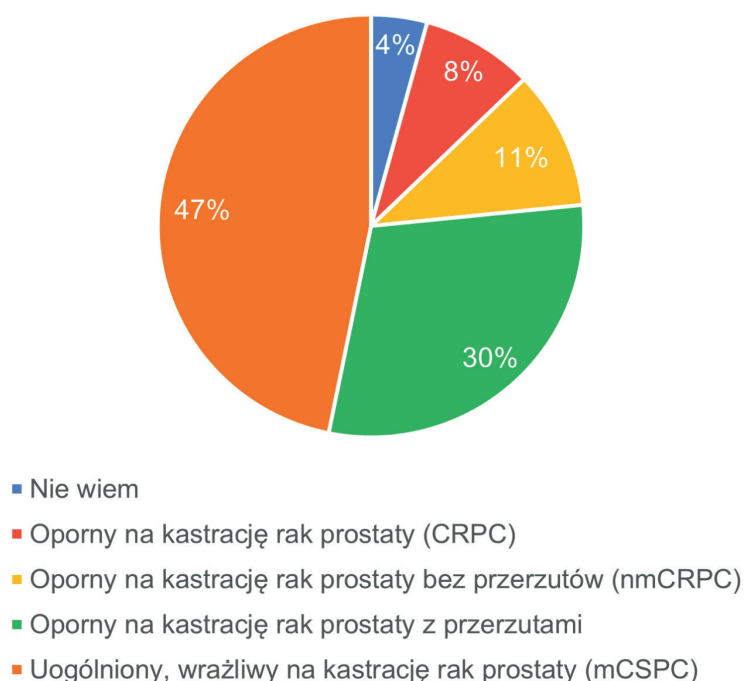
Możliwe odpowiedzi wraz z częstością wyboru poszczególnych opcji:

- **Nie dotyczy (nie mam zdiagnozowanego raka prostaty)** - 30 odpowiedzi (ok. 21% wszystkich ankietowanych)
- **Uogólniony, wrażliwy na kastrację rak prostaty (mCSPC)** - 22 odpowiedzi (15%)
- **Oporny na kastrację rak prostaty z przerzutami** - 14 odpowiedzi (10%)
- **Oporny na kastrację rak prostaty bez przerzutów (nmCRPC)** - 5 odpowiedzi (3%)
- **Oporny na kastrację rak prostaty (CRPC)** - 4 odpowiedzi (<3%)
- **Nie wiem** - 2 odpowiedzi (1%)

Niestety istotna część ankietowanych (69 z 146, czyli 47% respondentów) nie udzieliła odpowiedzi na to pytanie.

Najczęściej wybieraną odpowiedzią była opcja "Nie dotyczy (nie mam zdiagnozowanego raka prostaty)" (30 respondentów, 21% badanej populacji), co oznacza, że istotna część ankietowanych pacjentów nadal jest w trakcie procesu diagnostycznego, lub zaistniałe w ich przypadku podejrzenie nowotworu gruczołu krokowego nie zostało potwierdzone.

Odpowiedzi wśród pacjentów ze zdiagnozowanym rakiem prostaty
- "Czy Twój rak prostaty jest:"



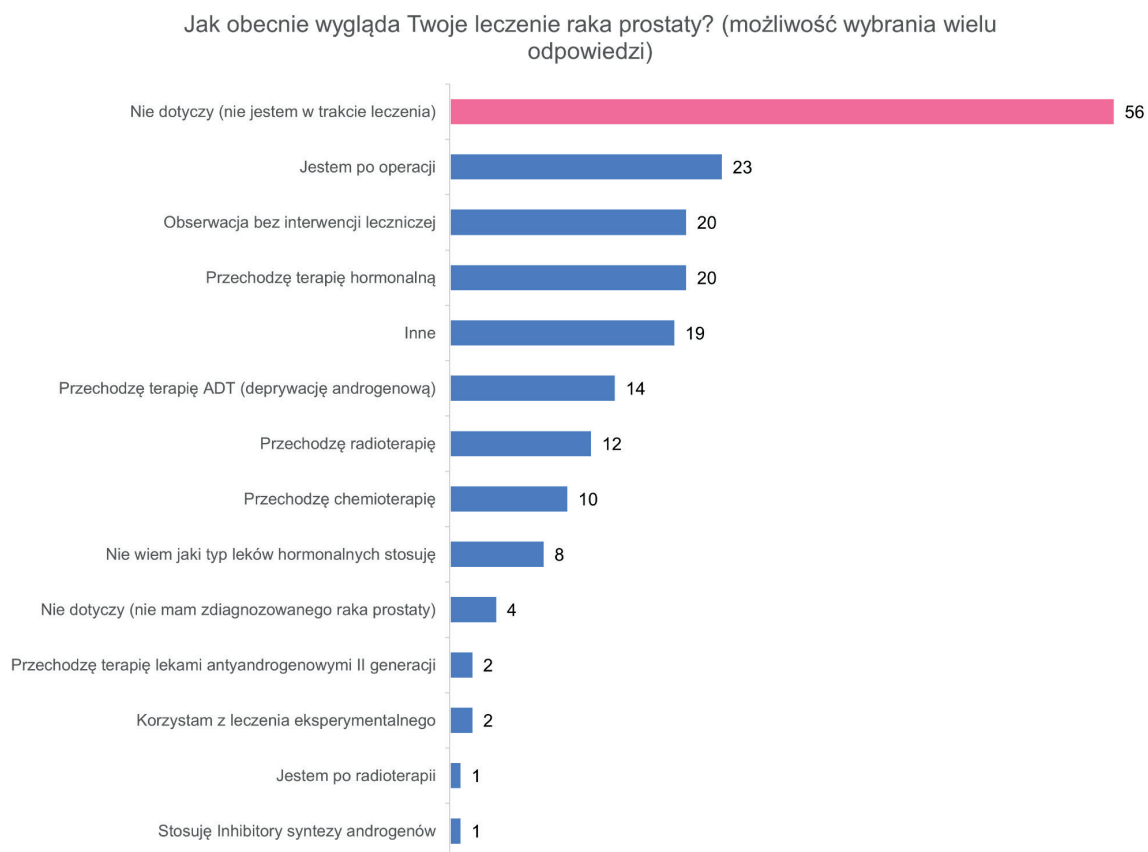
Ryc. 9 Częstość wybieranych odpowiedzi na pytanie o charakter zdiagnozowanego nowotworu wśród ankietowanych z diagnozą raka prostaty

Wśród respondentów z rozpoznaniem raka prostaty największy odsetek stanowią chorzy z rakiem prostaty uogólnionym, wrażliwym na kastrację (mCSPC) - 47% (22 ankietowanych z diagnozą nowotworu gruczołu krokowego) oraz z rakiem opornym na kastrację z obecnymi już przerzutami - 30% (14 ankietowanych z diagnozą nowotworu gruczołu krokowego).

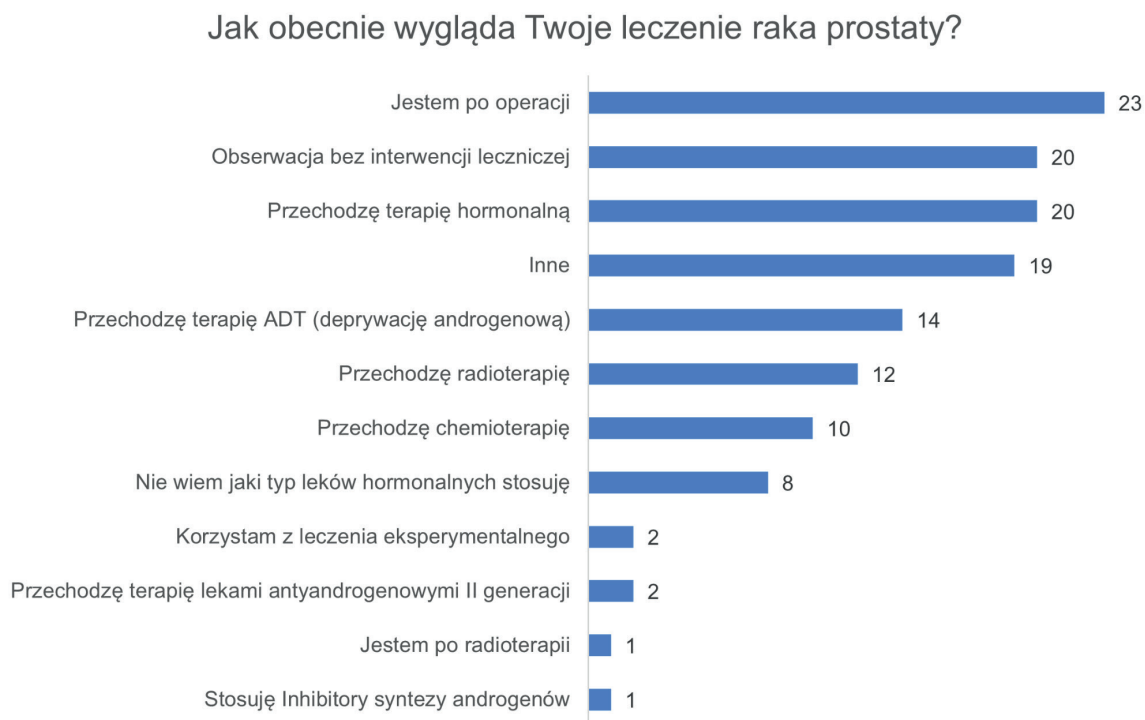
Jedynie 4% (2 ankietowanych) pacjentów, którzy otrzymali diagnozę raka prostaty, nie wiedzieli jaki dokładnie rodzaj nowotworu został u nich zdiagnozowany. Była to najrzadziej wybierana odpowiedź w analizowanej grupie, co stanowi pozytywny sygnał, iż większość pacjentów jest dobrze poinformowana w zakresie otrzymanej diagnozy.

Pytanie 5. "Jak obecnie wygląda Twoje leczenie raka prostaty?"

Pytanie z możliwością zaznaczenia więcej niż jednej pasującej odpowiedzi.



Ryc. 10 Częstość wybieranych odpowiedzi na pytanie "Jak obecnie wygląda Twoje leczenie raka prostaty?" wśród wszystkich ankietowanych



Ryc. 11 Częstość wybieranych poszczególnych odpowiedzi na pytanie "Jak obecnie wygląda Twoje leczenie raka prostaty?" wśród ankietowanych będących w trakcie leczenia raka prostaty

Wszyscy ankietowani udzielili co najmniej jednej odpowiedzi na to pytanie.

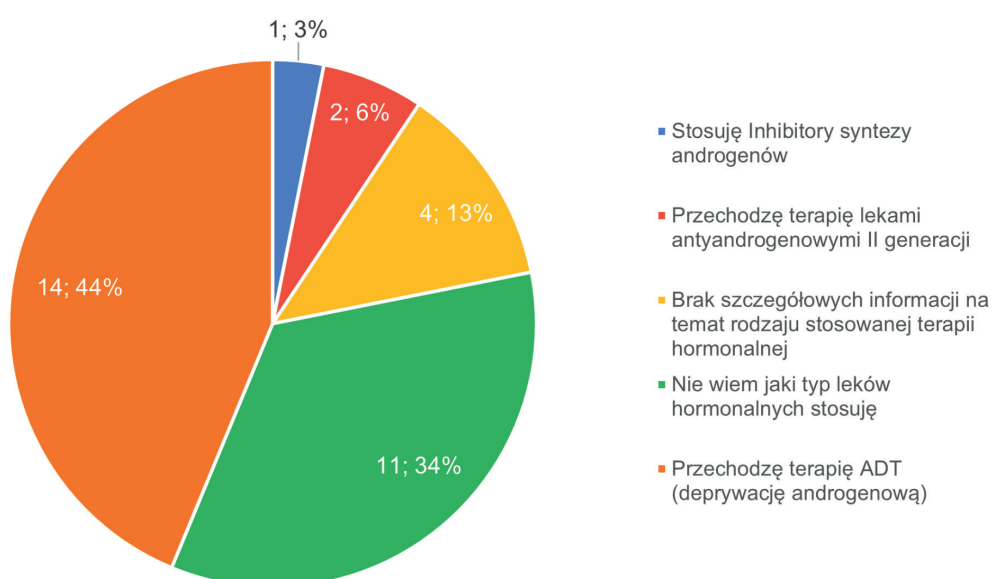
Możliwe odpowiedzi wraz z częstością wyboru poszczególnych opcji:

- **Stosuję Inhibitory syntezy androgenów** - 1 odpowiedź (<1% wszystkich ankietowanych zaznaczyło taką odpowiedź)
- **Jestem po radioterapii** - 1 odpowiedź (<1%)
- **Korzystam z leczenia eksperymentalnego** - 2 odpowiedzi (1%)
- **Przechodzę terapię lekami antyandrogenowymi II generacji** - 2 odpowiedzi (1%)
- **Nie dotyczy (nie mam zdiagnozowanego raka prostaty)** - 4 odpowiedzi (3%)
- **Nie wiem jaki typ leków hormonalnych stosuję** - 8 odpowiedzi (6%)
- **Przechodzę chemioterapię** - 10 odpowiedzi (7%)
- **Przechodzę radioterapię** - 12 odpowiedzi (8%)
- **Przechodzę terapię ADT (deprywację androgenową)** - 14 odpowiedzi (9%)
- **Inne** - 19 odpowiedzi (13%)
- **Przechodzę terapię hormonalną** - 20 odpowiedzi (14%)
- **Obserwacja bez interwencji leczniczej** - 20 odpowiedzi (14%)
- **Jestem po operacji** - 23 odpowiedzi (16%)
- **Nie dotyczy (nie jestem w trakcie leczenia)** - 56 odpowiedzi (38%)

Dominująca część respondentów zadeklarowała, iż w chwili wypełniania ankiety nie jest w trakcie leczenia raka prostaty - odpowiedź taką zaznaczyło 56 pacjentów, co stanowi 38% badanej populacji. Drugą najczęściej wybieraną odpowiedzią było "Jestem po operacji" - zaznaczyło ją 23 pacjentów, czyli niecałe 16% wszystkich ankietowanych. Kolejnymi najczęściej pojawiającymi się odpowiedziami na pytanie o aktualną formę leczenia raka prostaty były "Obserwacja bez interwencji leczniczej" i "Przechodzę terapię hormonalną" - obie odpowiedzi zaznaczyło po 20 respondentów (14%). Odpowiedź „Inne” wybrało 19 ankietowanych (13%), co może wskazywać na dużą różnorodność stosowanych schematów leczenia lub trudności respondentów w jednoznacznym zaklasyfikowaniu swojej terapii do zaproponowanych kategorii. Pozostałe opcje, takie jak radioterapia, chemioterapia, terapia ADT czy leczenie eksperymentalne były wybierane znacznie rzadziej, co odzwierciedla zarówno zróżnicowanie etapów choroby w badanej populacji, jak i fakt, że część respondentów nie znajduje się aktualnie w aktywnym procesie leczenia.

Wśród odpowiedzi na pytanie o aktualny przebieg leczenia występowało bardzo wiele kombinacji dostępnych do wyboru odpowiedzi. Potwierdza to fakt złożoności oraz potrzeby wysokiego zindywidualizowania postępowania diagnostyczno-terapeutycznego dla każdego z pacjentów, z uwzględnieniem typu i stadium choroby, stanu ogólnego chorego oraz jego preferencji i możliwości.

Rodzaje terapii hormonalnych stosowanych wśród ankietowanych



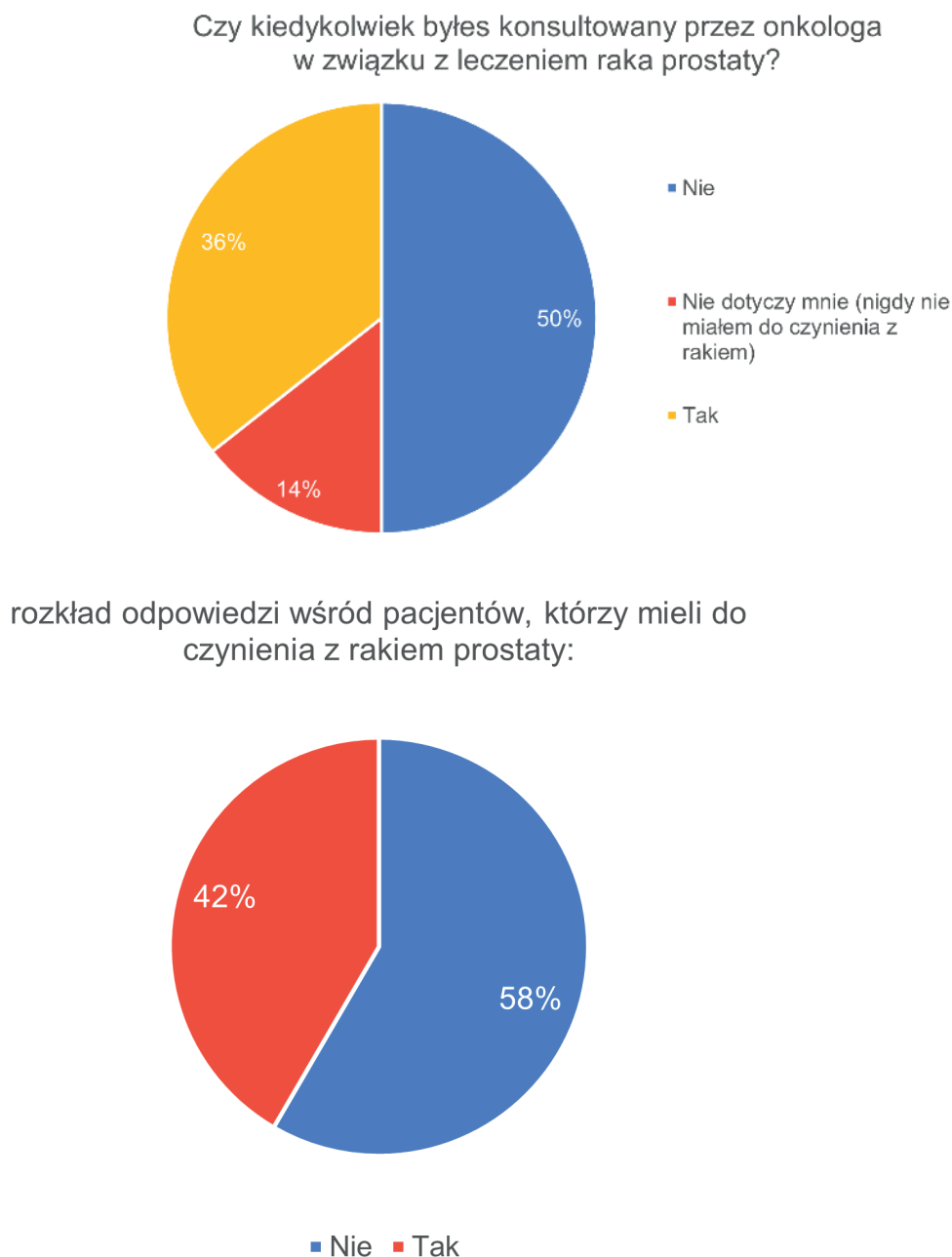
Ryc. 12 wykres do pytania „Jak obecnie wygląda Twoje leczenie raka prostaty?” przedstawiający częstotliwość wybierania odpowiedzi dotyczących poszczególnych terapii hormonalnych wśród ankietowanych w trakcie leczenia raka prostaty

32 ankietowanych pacjentów (niecałe 22% wszystkich respondentów) zaznaczyło odpowiedź wskazującą na stosowanie terapii hormonalnej. W tej grupie 11 osób (34%) zadeklarowało, że nie wie, jaki typ leków hormonalnych stosuje, a 4 osoby (13%) wskazały terapię hormonalną bez doprecyzowania rodzaju leczenia.

Wśród ankietowanych przyjmujących terapię hormonalną najwięcej (14, 44%) pacjentów przechodzi terapię ADT, czyli deprywację androgenową. W badanej populacji najmniejsza ilość pacjentów leczona była lekami antyandrogenowymi II generacji (2 ankietowanych, co stanowi 6% wszystkich ankietowanych przyjmujących terapię hormonalną) oraz inhibitorami syntezy androgenów (1 ankietowany, co stanowi 3% wszystkich ankietowanych przyjmujących terapię hormonalną).

Zauważalny odsetek odpowiedzi „Nie wiem, jaki typ leków hormonalnych stosuję” wskazuje na istotną potrzebę poprawy edukacji pacjentów w zakresie prowadzonego leczenia, a także podkreśla znaczenie jasnej i zrozumiałej komunikacji pomiędzy lekarzem a pacjentem. Brak świadomości dotyczącej rodzaju stosowanej terapii może wpływać negatywnie na poczucie sprawczości chorego oraz jego zaangażowanie w proces terapeutyczny.

Pytanie 6. "Czy kiedykolwiek byłeś konsultowany przez onkologa w związku z leczeniem raka prostaty?"



Ryc. 13 i 14 rozkład wybieranych odpowiedzi na pytanie "Czy kiedykolwiek byłeś konsultowany przez onkologa w związku z leczeniem raka prostaty?" wśród wszystkich ankietowanych (Ryc. 13) oraz wśród ankietowanych, którzy nie mają doświadczeń związanych z diagnostyką i leczeniem raka prostaty (Ryc. 14).

Wszyscy ankietowani udzielili odpowiedzi na to pytanie.

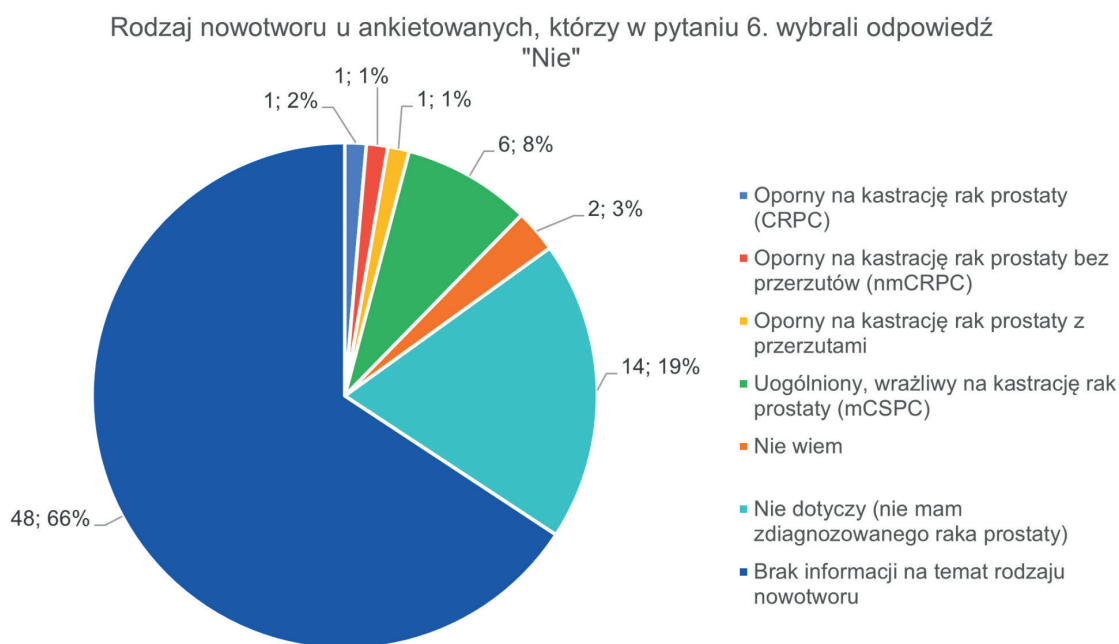
Możliwe odpowiedzi wraz z częstością wyboru poszczególnych opcji:

- **Tak** - 52 odpowiedzi (36% wszystkich ankietowanych)
- **Nie** - 73 odpowiedzi (50%)
- **Nie dotyczy mnie (nigdy nie miałem do czynienia z rakiem)** - 21 odpowiedzi (14%)

Analiza odpowiedzi wykazała, że około połowa respondentów nie miała doświadczenia konsultacji z lekarzem onkologiem w związku z leczeniem raka prostaty. Jednocześnie 30% wszystkich ankietowanych zadeklarowało, że taka konsultacja miała miejsce, co odpowiada 42% pacjentów, którzy mieli do czynienia

z rakiem prostaty.

Uzyskane dane potwierdzają, iż konsultacja onkologiczna nie stanowi rutynowego elementu procesu diagnostyczno-terapeutycznego u wszystkich pacjentów z rakiem prostaty bądź jego podejrzeniem. Informacja ta ma istotne znaczenie w kontekście przełamywania wciąż powszechnego przekonania, iż każdy nowotwór wymaga bezpośredniego udziału onkologa na każdym etapie leczenia. Ponadto, wyniki te umożliwiają właściwą interpretację pozostałych odpowiedzi ankietowych, pozwalając na właściwe osadzenie ich w realiach ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej pacjentów z podejrzeniem lub rozpoznaniem raka prostaty.

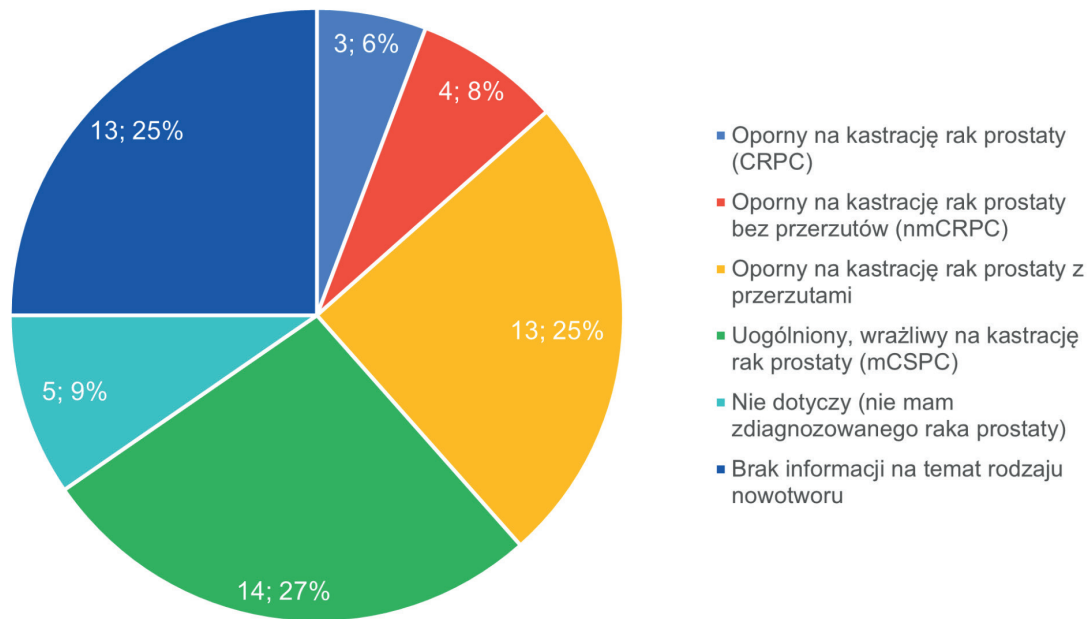


Ryc. 15. Rodzaj nowotworu zadeklarowany przez ankietowanych, którzy w odpowiedzi na pytanie "Czy kiedykolwiek byłeś konsultowany przez onkologa w związku z leczeniem raka prostaty?" wybrali odpowiedź "Nie".

Analiza rozkładu typów nowotworów zdiagnozowanych w grupie respondentów, którzy zadeklarowali brak odbytej konsultacji onkologicznej, była ograniczona ze względu na wysoki odsetek brakujących odpowiedzi w tym zakresie. Spośród osób, które udzieliły informacji o swojej diagnozie, najliczniejszą grupę stanowili ankietowani deklarujący brak rozpoznania raka prostaty - 14 osób, co odpowiada 19% całej badanej populacji.

Wśród respondentów, którzy nie odbyli konsultacji onkologicznej, 8% zadeklarowało rozpoznanie uogólnionego, hormonowrażliwego raka prostaty (mCSPC). Należy jednak podkreślić, że w analizowanej populacji większy odsetek pacjentów z tym typem nowotworu odbył konsultację onkologiczną w toku leczenia, co zostało przedstawione na Ryc. 16.

Rodzaj nowotworu u ankietowanych, którzy w pytaniu 6. wybrali odpowiedź "Tak"



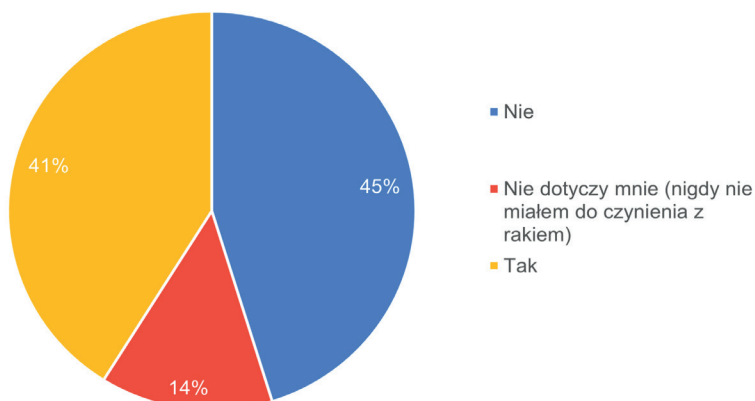
Ryc. 16. Rodzaj nowotworu zadeklarowany przez ankietowanych, którzy w odpowiedzi na pytanie "Czy kiedykolwiek byłeś konsultowany przez onkologa w związku z leczeniem raka prostaty?" wybrali odpowiedź "Tak".

Wśród pacjentów, którzy w odpowiedzi na pytanie "Czy kiedykolwiek byłeś konsultowany przez onkologa w związku z leczeniem raka prostaty?" wybrali odpowiedź "Tak", największy odsetek respondentów zadeklarował diagnozę raka prostaty typu uogólnionego, wrażliwego na kastrację (mCSPC) - odpowiedź taką zaznaczyło 14 osób, czyli 27% ankietowanych z omawianej podgrupy. W tej populacji co czwarty pacjent, który odbył konsultację onkologiczną w związku z leczeniem raka prostaty, został zdiagnozowany z opornym na kastrację rakiem prostaty z przerzutami. Taka sama część ankietowanych w danej podgrupie nie wypełniła odpowiedzi dotyczącej typu zdiagnozowanego u siebie nowotworu, co stanowi istotne ograniczenie analizy. Najniższy odsetek stanowili kolejno pacjenci, którzy nie mają zdiagnozowanego raka prostaty (9%), pacjenci posiadający diagnozę opornego na kastrację raka prostaty bez przerzutów (nmCRPC) (8%) oraz pacjenci z opornym na kastrację rakiem prostaty (CRPC) (6%).

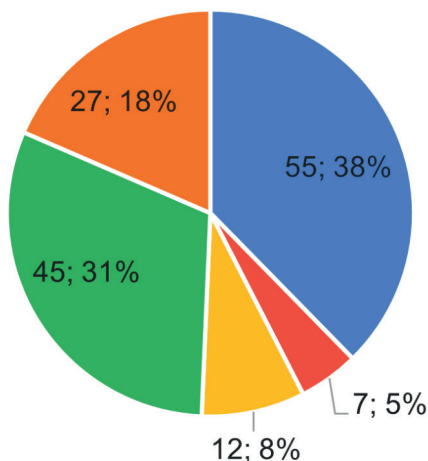
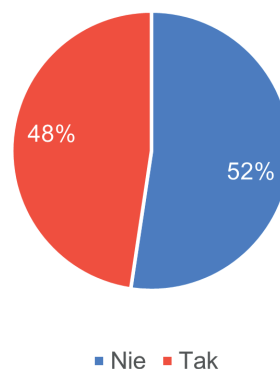
Analiza diagnoz postawionych w grupie pacjentów, którzy nie odbyli nigdy konsultacji onkologicznej w związku z leczeniem raka prostaty oraz w grupie pacjentów, którzy takową konsultację odbyli, potwierdza znany schemat, według którego do onkologa skierowani zostają przede wszystkim pacjenci w bardziej zaawansowanym stadium choroby - tak więc spośród 14 ankietowanych z diagnozą opornego na kastrację raka prostaty z przerzutami, 13 zadeklarowało odbycie w trakcie leczenia konsultacji z onkologiem.

Pytanie 7. "Czy urolog kiedykolwiek sugerował Ci konsultację z onkologiem w związku z leczeniem raka prostaty?"

Czy urolog kiedykolwiek sugerował Ci konsultację z onkologiem w związku z leczeniem raka prostaty?



rozkład odpowiedzi wśród pacjentów, którzy mieli do czynienia z rakiem prostaty:



- urolog nie zasugerował konsultacji z onkologiem w związku z leczeniem raka prostaty i do konsultacji rzeczywiście nie doszło
- urolog nie zasugerował konsultacji z onkologiem w związku z leczeniem raka prostaty, lecz mimo to pacjent odbył konsultację onkologiczną w tej sprawie
- urolog zasugerował konsultację z onkologiem w związku z leczeniem raka prostaty, ale do konsultacji nie doszło
- urolog zasugerował konsultację z onkologiem w związku z leczeniem raka prostaty a konsultacja się odbyła
- zaznaczono "nie dotyczy" w pytaniu 6. i/ lub 7.

Ryc. 17, 18, 19. Rozkład częstości wybieranych odpowiedzi na pytanie "Czy urolog kiedykolwiek sugerował Ci konsultację z onkologiem w związku z leczeniem raka prostaty?" wśród wszystkich ankietowanych (Ryc. 17.), wśród ankietowanych, którzy mieli do czynienia z rakiem prostaty (Ryc. 18.), oraz graficznie przedstawienie analizy kombinacji deklarowanych odpowiedzi na pytanie 6. oraz 7. (Ryc. 19.).

Wszyscy ankietowani udzielili odpowiedzi na to pytanie.

Możliwe odpowiedzi wraz z częstością wyboru poszczególnych opcji:

- **Tak** - 60 odpowiedzi (41% wszystkich ankietowanych)
- **Nie** - 66 odpowiedzi (45%)
- **Nie dotyczy mnie (nigdy nie miałem do czynienia z rakiem)** - 20 odpowiedzi (14%)

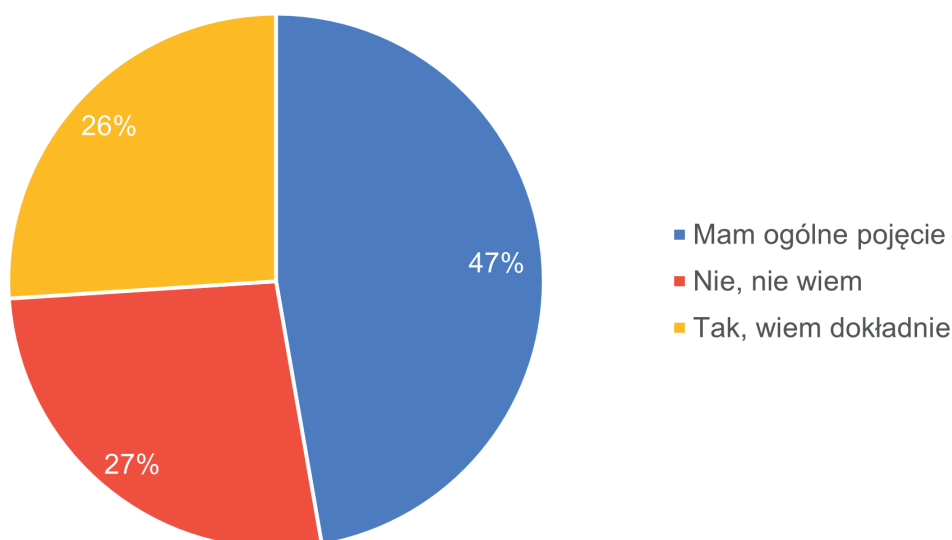
Spośród wszystkich ankietowanych 45% nie dostało od swojego urologa sugestii konsultacji onkologicznej w związku z leczeniem raka prostaty, a 41% taką sugestią usłyszało. 14% respondentów zadeklarowało, iż pytanie ich nie dotyczy, gdyż nigdy nie mieli do czynienia z rakiem prostaty.

Z analizy przedstawionej graficznie na Ryc. 19 wynika, iż zauważalny odsetek (8%) ankietowanych pacjentów nie odbył konsultacji onkologicznej mimo, iż została ona zasugerowana przez lekarza urologa. Istnieje też grupa ankietowanych (5%), którzy skorzystali z konsultacji z onkologiem mimo, iż nie była ona zalecona przez urologa. 45% ankietowanych pacjentów odbyło konsultację onkologiczną zgodnie z zaleceniem lekarza urologa.

Uzyskane wyniki potwierdzają kluczową rolę urologa jako pierwszego specjalisty decydującego o konieczności włączenia onkologa do procesu terapeutycznego pacjentów z rakiem prostaty. Odsetek pacjentów, którzy nie odbyli konsultacji onkologicznej, mimo jej zasugerowania, może wskazywać na istnienie ograniczeń w dostępie do opieki specjalistycznej, obawy pacjentów lub niedostateczne zrozumienie znaczenia takiej konsultacji.

Pytanie 8. "Czy wiesz, jaką rolę odgrywa onkolog w leczeniu raka prostaty?"

Czy wiesz, jaką rolę odgrywa onkolog w procesie leczenia raka prostaty?



Ryc. 20 Graficzne przedstawienie rozkładu częstości wybieranych odpowiedzi na pytanie "Czy wiesz, jaką rolę odgrywa onkolog w procesie leczenia raka prostaty?"

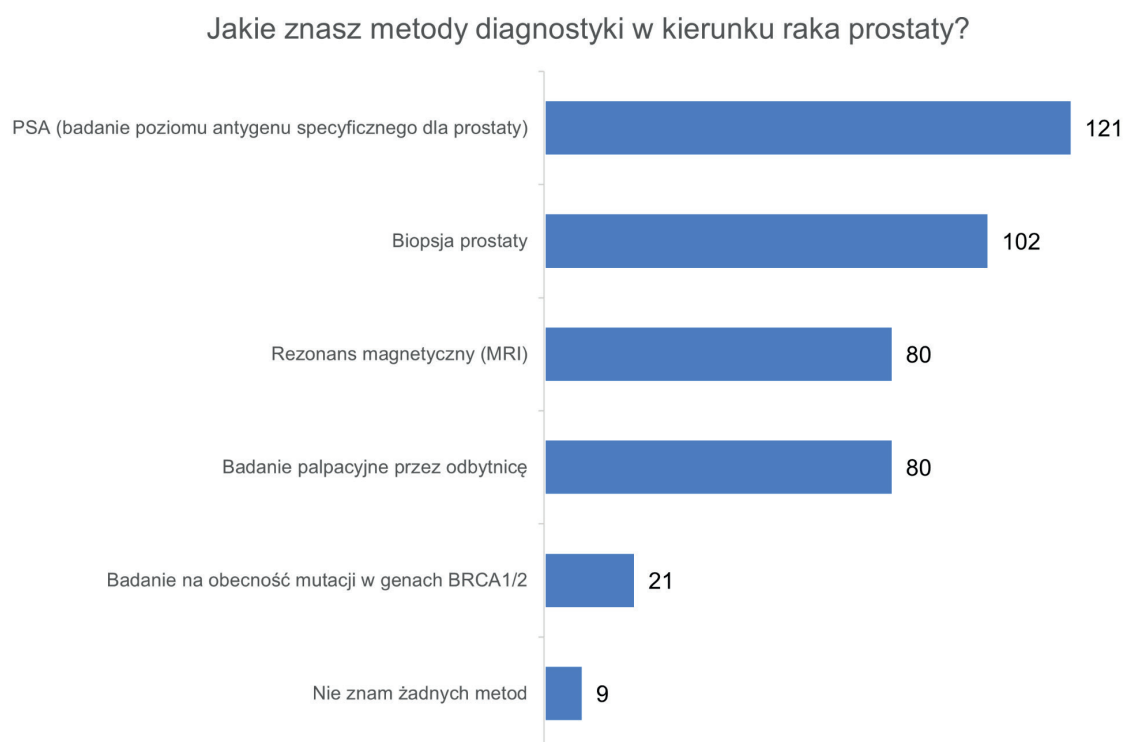
Możliwe odpowiedzi wraz z częstością wyboru poszczególnych opcji:

- **Mam ogólne pojęcie** - 69 odpowiedzi (47% ankietowanych)
- **Nie, nie wiem** - 39 odpowiedzi (27%)
- **Tak, wiem dokładnie** - 38 odpowiedzi (26%)

Niemal co trzeci ankietowany nie wie, jaką rolę odgrywa onkolog w procesie leczenia raka prostaty. Stanowi to wyraźny sygnał, iż edukacja zdrowotna w tym obszarze, i będąca jej skutkiem stosunkowo niska świadomość pacjentów, jest niewystarczająca i wymaga intensyfikacji działań edukacyjnych.

Pytanie 9. "Jakie metody diagnostyczne raka prostaty są Ci znane?"

Pytanie z możliwością zaznaczenia więcej niż jednej odpowiedzi.



Ryc. 21. Częstość wybierania poszczególnych odpowiedzi na pytanie "Jakie znasz metody diagnostyki w kierunku raka prostaty?". Możliwe było zaznaczenie dowolnej ilości odpowiedzi.

Wszyscy ankietowani udzielili co najmniej jednej odpowiedzi na to pytanie.

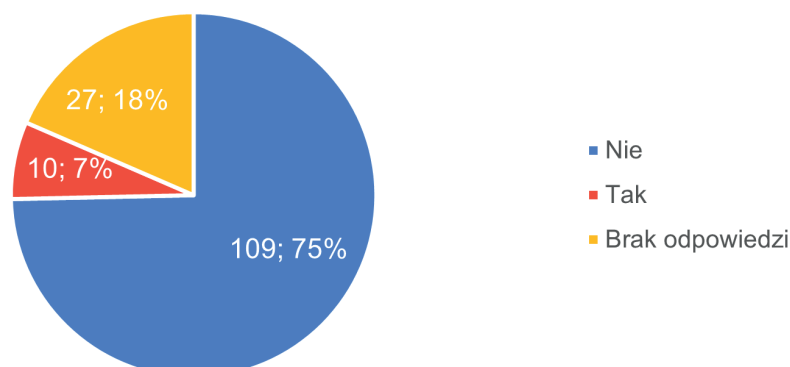
Możliwe odpowiedzi wraz z częstością wyboru poszczególnych opcji:

- **PSA (badanie poziomu antygenu specyficznego dla prostaty)** - 121 odpowiedzi (83% wszystkich ankietowanych)
- **Biopsja prostaty** - 102 odpowiedzi (70%)
- **Rezonans magnetyczny (MRI)** - 80 odpowiedzi (55%)
- **Badanie palpacyjne przez odbytnicę** - 80 odpowiedzi (55%)
- **Badanie na obecność mutacji w genach BRCA1/2** - 21 odpowiedzi (14%)
- **Nie znam żadnych metod** - 9 odpowiedzi (6%)

Zdecydowanie najbardziej znaną metodą diagnostyki w kierunku raka prostaty jest "PSA (badanie poziomu antygenu specyficznego dla prostaty)" - taką odpowiedź wybrało aż 121 pacjentów, czyli około 83% ankietowanych. Kolejną najczęściej wybieraną opcją była "Biopsja prostaty", zaznaczona przez 102 pacjentów (70% wszystkich ankietowanych). Tak samo często wybierano odpowiedzi "Rezonans magnetyczny (MRI)" oraz "Badanie palpacyjne przez odbytnicę" - obie opcje zaznaczyło 80 pacjentów (55% wszystkich ankietowanych). 21 osób (14% wszystkich ankietowanych) zadeklarowało znajomość "Badania na obecność mutacji w genach BRCA1/2" jako jednej z metod diagnostyki w kierunku raka prostaty. Jedynie 9 ankietowanych (6% badanej populacji) zaznaczyło, iż nie zna żadnej metody diagnostycznej. Choć fakt, że odpowiedź ta plasuje się na ostatnim miejscu pod względem częstości wyboru wśród respondentów, jest pozytywnym sygnałem, warto potraktować to jako uzasadnienie dalszego edukowania populacji w zakresie metod diagnostyki nowotworu gruczołu krokowego.

Pytanie 10. "Czy miałeś wykonane badanie na obecność mutacji w genach BRCA1/2?"

Czy miałeś wykonane badanie na obecność mutacji w genach BRCA1/2?



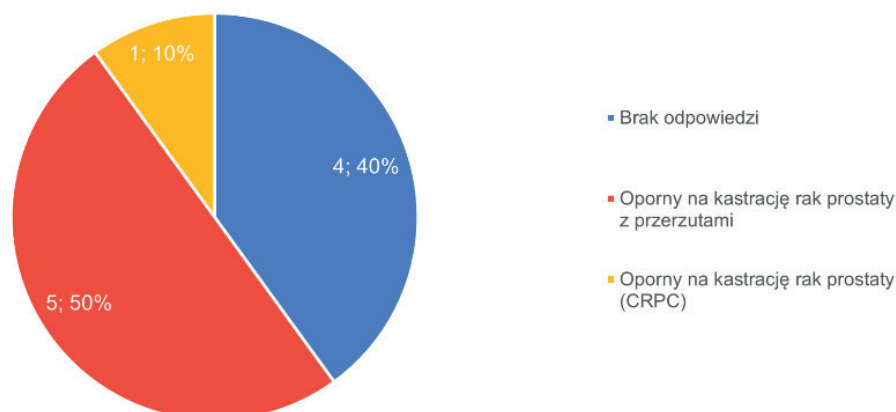
Ryc. 22 Graficzne przedstawienie rozkładu częstości wybieranych odpowiedzi na pytanie "Czy miałeś wykonywane badanie na obecność mutacji w genach BRCA1/2?"

Odpowiedzi na to pytanie udzieliło 119 ze 146 respondentów (81% ankietowanych).

Możliwe odpowiedzi wraz z częstością wyboru poszczególnych opcji:

- **Tak** - 10 odpowiedzi (7% wszystkich ankietowanych)
- **Nie** - 109 odpowiedzi (75%)

Rodzaj zdiagnozowanego nowotworu wśród pacjentów, u których wykonano badania na obecność mutacji w genach BRCA1/2

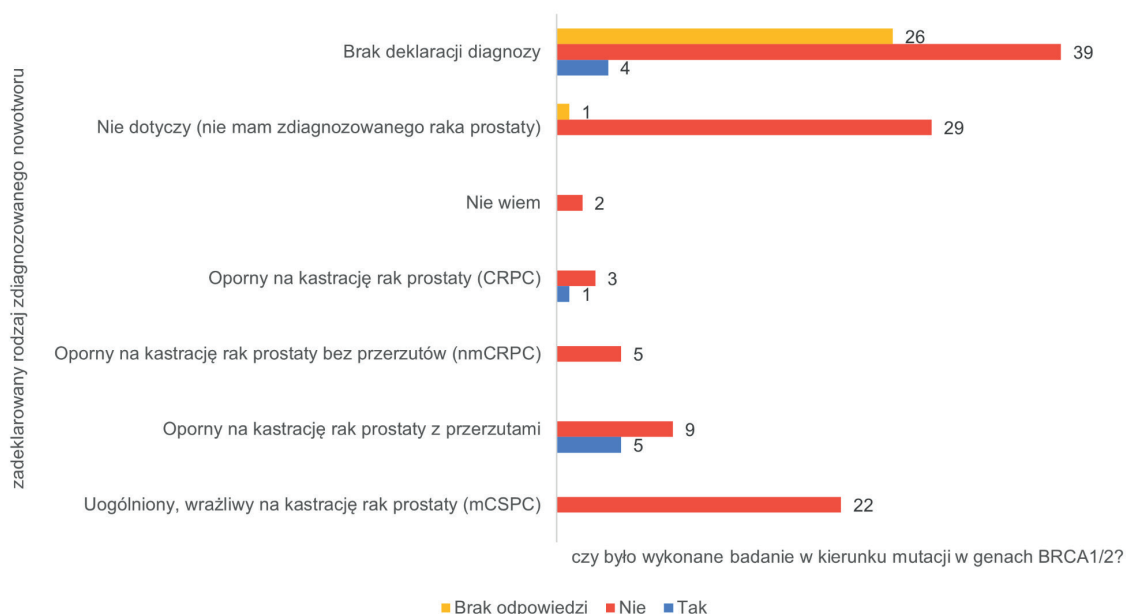


Ryc. 23. Graficzne przedstawienie częstości występowania poszczególnych rodzajów raka prostaty wśród pacjentów, u których wykonano badania na obecność mutacji w genach BRCA1/2.

Wśród pacjentów, u których wykonano badanie genetyczne w kierunku mutacji w genach BRCA1/2, 50% (5 respondentów) zostało zdiagnozowanych z opornym na kastrację rakiem prostaty z przerzutami, a 10% (1 respondent) z opornym na kastrację rakiem prostaty (CRPC). 40% (4 respondentów) u których wykonano takie badanie nie uzupełniło informacji o rodzaju zdiagnozowanego u nich nowotworu. Uwidacznia to selektywne zlecenia takich badań raczej w grupie pacjentów z bardziej zaawansowanym lub złośliwym nowotworem. Otrzymane wyniki pozostają spójne z aktualnymi wytycznymi, bazującymi na wiedzy o korelacji między mutacjami w genach BRCA1/2 a ryzykiem wystąpienia m.in. przerzutowego,

opornego na kastrację raka prostaty. Niestety brak pełnych danych dotyczących rodzaju nowotworu zdiagnozowanego u części respondentów stanowi istotne ograniczenie badania.

Diagnoza a wykonanie badania w kierunku mutacji genów BRCA1/2

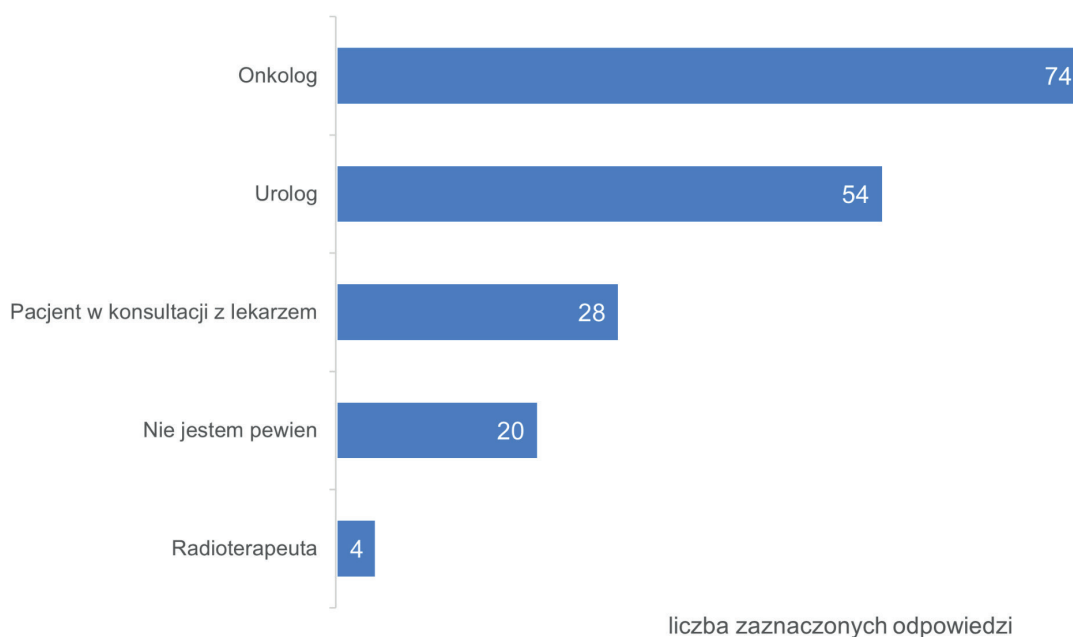


Ryc. 24. Graficzne przedstawienie ilości pacjentów, podzielonych ze względu na rodzaj zdiagnozowanego u nich nowotworu prostaty, u których wykonano bądź nie wykonano badania w kierunku mutacji w genach BRCA1/2.

Pytanie 11. "Kto, Twoim zdaniem, decyduje o metodzie leczenia raka prostaty?"

Pytanie z możliwością zaznaczenia więcej niż jednej odpowiedzi.

Kto, Twoim zdaniem, decyduje o metodzie leczenia raka prostaty?



Ryc. 25. Graficzne przedstawienie częstości wybieranych odpowiedzi na pytanie "Kto, Twoim zdaniem, decyduje o metodzie leczenia raka prostaty?"

Wszyscy ankietowani zaznaczyli co najmniej jedną odpowiedź.

Możliwe odpowiedzi wraz z częstością wyboru poszczególnych opcji:

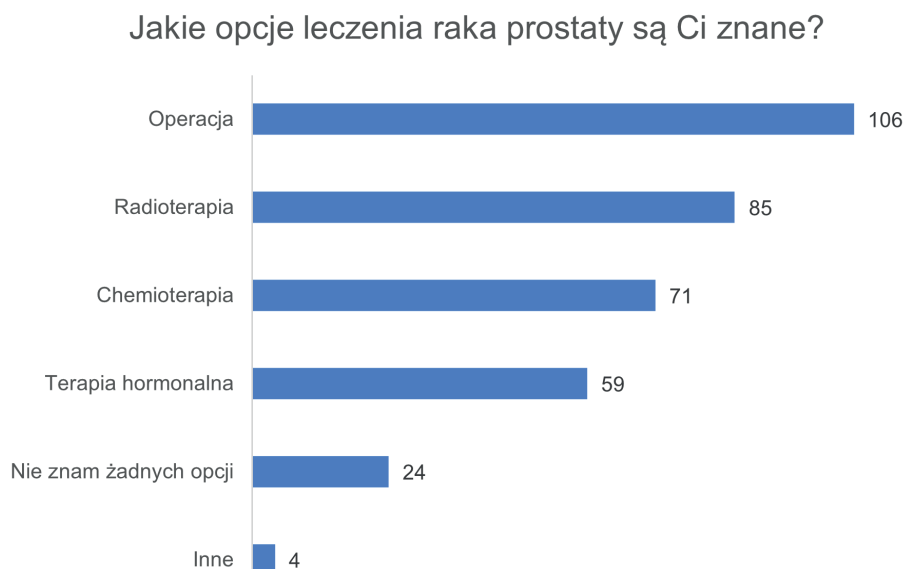
- **Onkolog** - 74 odpowiedzi (51%)
- **Urolog** - 54 odpowiedzi (37%)
- **Radioterapeuta** - 4 odpowiedzi (3%)
- **Pacjent w konsultacji z lekarzem** - 28 odpowiedzi (19%)
- **Nie jestem pewien** - 20 odpowiedzi (14%)

Uzyskane wyniki pokazują, iż specjalistą najczęściej kojarzonym przez pacjentów z podejmowaniem decyzji w zakresie leczenia raka prostaty jest onkolog - 51% ankietowanych wskazało lekarzy tej specjalizacji jako decydenta w zakresie wyboru metody leczenia. Drugim najczęściej wymienianym specjalistą był "Urolog" - 37% ankietowanych wybrało taką odpowiedź. Najrzadziej wskazywanym specjalistą był "Radioterapeuta" - taką odpowiedź zaznaczyło jedynie 3% ankietowanych. Uwidacznia to potrzebę zwrócenia większej uwagi budowanie wśród pacjentów świadomości na temat roli radioterapeutów.

Warto również podkreślić, iż 19% ankietowanych uważa, że decyzja leży również po stronie pacjenta w konsultacji z lekarzem. Jest to pozytywna informacja, świadcząca o poczuciu odpowiedzialności i zaangażowaniu istotnej części pacjentów w proces diagnostyczno-terapeutyczny. Odszwierciedla to rosnącą świadomość znaczenia partnerskiego modelu opieki zdrowotnej oraz aktywnego udziału pacjenta w podejmowaniu decyzji dotyczących jego zdrowia. Jednocześnie fakt, iż 14% respondentów nie potrafiło jednoznacznie wskazać osoby decydującej o metodzie leczenia, wskazuje na potrzebę dalszej edukacji pacjentów w tym zakresie.

Pytanie 12. "Jakie opcje leczenia raka prostaty są Ci znane?"

Pytanie z możliwością zaznaczenia więcej niż jednej odpowiedzi.



Ryc. 26. Graficzne przedstawienie częstości wybieranych odpowiedzi na pytanie "Jakie opcje leczenia raka prostaty są Ci znane?"

Wszyscy ankietowani zaznaczyli co najmniej jedną odpowiedź.

Możliwe odpowiedzi wraz z częstością wyboru poszczególnych opcji:

- **Operacja** - 106 odpowiedzi (73% wszystkich ankietowanych)

- **Radioterapia** - 85 odpowiedzi (58%)
- **Chemioterapia** - 71 odpowiedzi (49%)
- **Terapia hormonalna** - 59 odpowiedzi (40%)
- **Nie znam żadnych opcji** - 24 odpowiedzi (16%)
- **Inne** - 4 odpowiedzi (3%)

Najczęściej wskazywaną metodą leczenia raka prostaty było leczenie chirurgiczne, które znało 106 respondentów (73% badanej populacji). Kolejnymi najczęściej wymienianymi opcjami były "Radioterapia" (85 respondentów, 58%) oraz "Chemioterapia" (71 respondentów, 49%). "Terapia hormonalna" została wskazana przez 59 ankietowanych (40%), co oznacza, że mniej niż połowa respondentów była świadoma istnienia tej formy leczenia, mimo jej istotnej roli w terapii nowotworów prostaty. 4 respondentów, czyli niecałe 3% wszystkich ankietowanych deklaruje znajomość innych, niewymienionych wyżej możliwości leczenia omawianego nowotworu.

Niepokoić może fakt, iż 24 respondentów (16%) nie zna ani jednej opcji leczenia nowotworu prostaty. Dane te podkreślają potrzebę intensyfikacji działań edukacyjnych, ukierunkowanych na zwiększenie świadomości, iż współczesne leczenie raka prostaty obejmuje wiele skutecznych i zindywidualizowanych opcji terapeutycznych, dostosowanych do stadium choroby i profilu pacjenta. Zwiększenie wiedzy w tym zakresie może przyczynić się do redukcji lęku związanego z rozpoznaniem nowotworu oraz sprzyjać wcześniejszemu zgłaszaniu się pacjentów na konsultacje lekarskie w przypadku wystąpienia niepokojących objawów.

Pytanie 13. "Skąd czerpiesz informacje na temat raka prostaty?"

Pytanie z możliwością zaznaczenia więcej niż jednej odpowiedzi.



Ryc. 27. Graficzne przedstawienie częstości wybieranych odpowiedzi na pytanie "Skąd czerpiesz informacje na temat raka prostaty?"

Wszyscy ankietowani zaznaczyli co najmniej jedną odpowiedź.

Możliwe odpowiedzi wraz z częstością wyboru poszczególnych opcji:

- **Lekarz specjalista** - 98 odpowiedzi (67% wszystkich ankietowanych)
- **Internet** - 77 odpowiedzi (53%)
- **Ulotki** - 44 odpowiedzi (30%)
- **Broszury** - 40 odpowiedzi (27%)
- **Radio** - 38 odpowiedzi (26%)
- **Rodzina** - 35 odpowiedzi (24%)
- **Znajomi** - 34 odpowiedzi (23%)
- **Telewizja** - 31 odpowiedzi (21%)
- **Media społecznościowe** - 18 respondentów (12%)
- **Inne** - 7 respondentów (5%)

Najczęściej wskazywanym źródłem informacji na temat raka prostaty był "Lekarz specjalista" - odpowiedź tę wybrało 98 respondentów, co stanowi 67% badanej populacji. Jest to pozytywny sygnał, świadczący o tym, iż większość pacjentów czerpie wiedzę na temat choroby od osób najbardziej kompetentnych i wiarygodnych w tym zakresie.

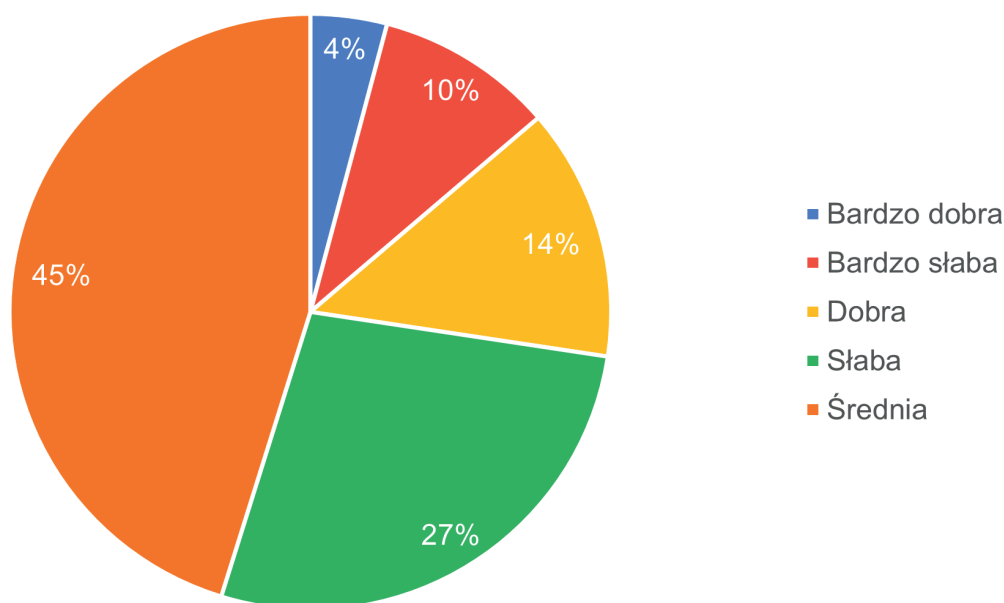
Drugim najczęściej wybieranym źródłem informacji był Internet, wskazany przez 77 ankietowanych (53%). Choć może on stanowić wartościowe uzupełnienie wiedzy otrzymanej od lekarza, należy podkreślić, iż jakość i rzetelność treści dostępnych w sieci są zróżnicowane, co niesie istotne ryzyko dezinformacji.

Pozostałe źródła informacji były wskazywane znacznie rzadziej. Ulotki i broszury zaznaczyło odpowiednio 44 (30%) i 40 (27%) respondentów, natomiast radio i telewizję – odpowiednio 38 (26%) oraz 31 osób (21%). Źródła takie jak "Rodzina" i "Znajomi" były wskazywane przez około jedną czwartą badanych. Najrzadziej wybieranymi odpowiedziami były "Media społecznościowe" (18 respondentów, 12%) oraz kategoria „Inne” (7 respondentów, 5%). Niska częstość wskazywania mediów społecznościowych jako źródła wiedzy może wynikać z faktu, iż w badanej populacji dominują osoby starsze, często korzystające z portali społecznościowym w ograniczonym zakresie bądź wcale z nich nie korzystają.

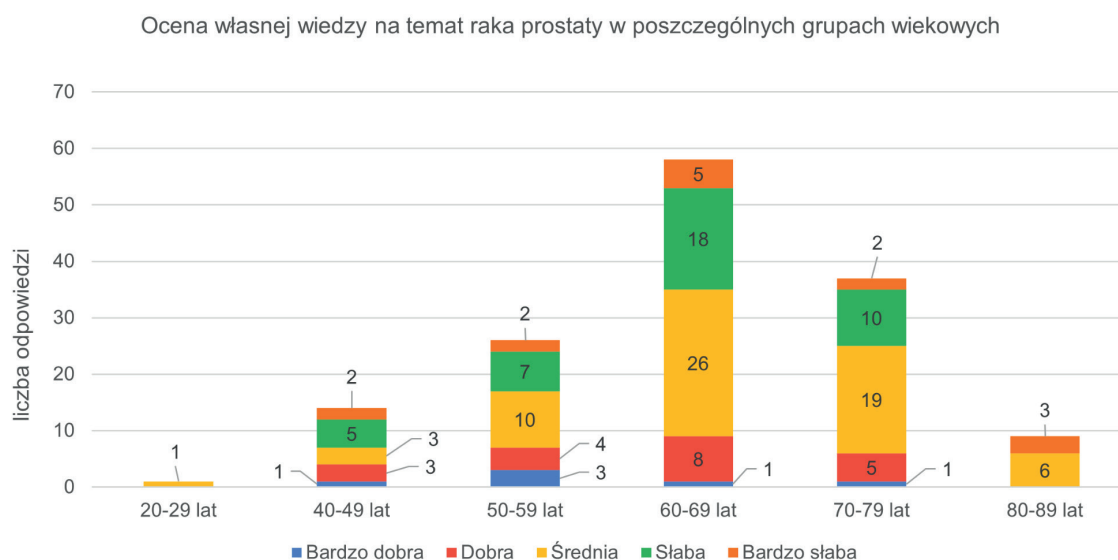
Istotnym wnioskiem płynącym z analizowanych odpowiedzi jest podkreślenie kluczowej roli lekarza specjalisty jako głównego źródła informacji dla pacjentów z rakiem prostaty. Wynik ten przypomina o dużej odpowiedzialności spoczywającej na personelu medycznym w zakresie przekazywania rzetelnej i aktualnej wiedzy w sposób zrozumiały dla pacjenta, a także o konieczności aktywnego weryfikowania i korygowania informacji pozyskiwanych przez pacjentów z mniej wiarygodnych źródeł, w szczególności z Internetu. Ponadto uzyskane dane mogą stanowić cenną wskazówkę przy planowaniu przyszłych działań z zakresu edukacji zdrowotnej oraz podczas doboru najskuteczniejszych kanałów komunikacji z pacjentami.

Pytanie 14. "Jak oceniasz swoją wiedzę na temat raka prostaty?"

Jak oceniasz swoją wiedzę na temat raka prostaty?



Ryc. 28. Graficzne przedstawienie rozkładu częstości wybieranych odpowiedzi na pytanie "Jak oceniasz swoją wiedzę na temat raka prostaty?"



Ryc. 29. Graficzne porównanie częstości wybieranych odpowiedzi na pytanie "Jak oceniasz swoją wiedzę na temat raka prostaty?" w poszczególnych grupach wiekowych.

Wszyscy ankietowani odpowiedzieli na to pytanie. Możliwe odpowiedzi wraz z częstością wyboru poszczególnych opcji:

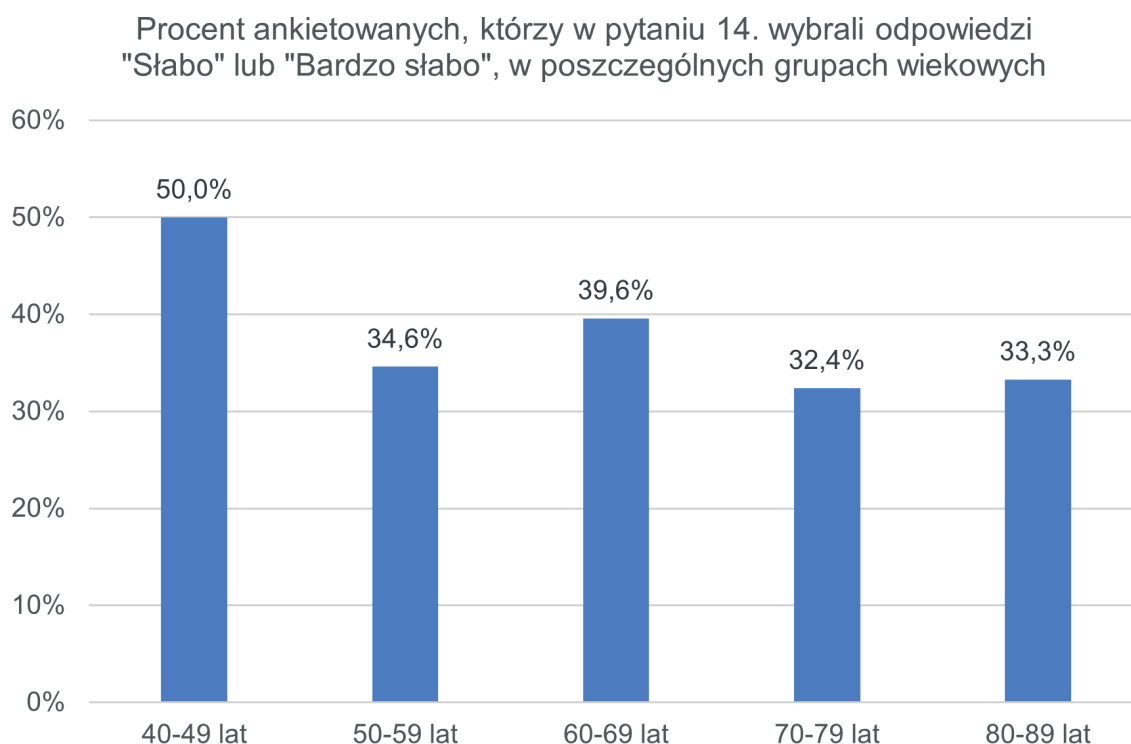
- **Bardzo dobra** - 6 odpowiedzi (4% wszystkich ankietowanych)
- **Dobra** - 20 odpowiedzi (14%)
- **Średnia** - 66 odpowiedzi (45%)
- **Słaba** - 40 odpowiedzi (27%)
- **Bardzo słaba** - 14 odpowiedzi (10%)

Najczęściej wybieraną odpowiedzią na pytanie o samoocenę swojej wiedzy w zakresie raka prostaty była odpowiedź „Średnia” - wybrało ją 66 ankietowanych, co stanowi 45% badanej populacji. Kolejną najczęściej wybieraną odpowiedzią była „Słaba”, zaznaczona przez 40 ankietowanych (27% badanej populacji). Odpowiedzi „Dobra” i „Bardzo słaba” wybrało odpowiednio 20 (14%) i 14 (10%) ankietowanych pacjentów. Niestety najrzadziej deklarowaną odpowiedzią było „Bardzo dobra” - taką opcję wybrało tylko 6 ankietowanych, co stanowi jedynie 4% badanej populacji.

Analiza odpowiedzi w poszczególnych grupach wiekowych (Ryc. 29.) wykazała, że połowa wszystkich deklaracji odpowiedzi „Bardzo dobra” pochodziła od respondentów w wieku 50–59 lat (3 osoby). Należy jednak podkreślić, że ogólny rozkład ocen wiedzy pomiędzy poszczególnymi grupami wiekowymi był zbliżony, a obserwowane różnice niewielkie.

Łącznie najwyższy odsetek odpowiedzi wskazujących na niską samoocenę wiedzy (odpowiedzi „Słaba” oraz „Bardzo słaba”) odnotowano w grupie wiekowej 40–49 lat, w której połowa ankietowanych w ten sposób oceniła swoją wiedzę na temat raka prostaty. Odsetki respondentów deklarujących niską samoocenę wiedzy w pozostałych grupach wiekowych były podobne, co przedstawiono graficznie na Ryc. 30. Ze względu na znikomą liczebność grupy wiekowej 20–29 lat ($n = 1$) została ona pominięta w analizie porównawczej.

Uzyskane wyniki jednoznacznie wskazują na niewystarczający poziom wiedzy pacjentów na temat raka prostaty, niezależnie od wieku, oraz podkreślają istotną potrzebę dalszych działań edukacyjnych w zakresie profilaktyki, diagnostyki i możliwości leczenia nowotworów gruczołu krokowego.



Ryc. 30. Odsetek ankietowanych wybierających odpowiedzi „Słabo” lub „Bardzo słabo” w poszczególnych grupach wiekowych. Z powodu znikomej liczebności (tylko 1 ankietowany) grupę wiekową 20-29 lat pominięto w tym porównaniu.

Pytanie 15. "Miejsce na dodatkowe uwagi/ komentarze/ sugestie/ przemyślenia dotyczące leczenia, roli onkologa, diagnostyki raka prostaty."

Spośród 146 ankietowanych, 17 podzieliło się dodatkowymi uwagami i przemyśleniami w ostatnim, otwartym pytaniu ankiety. Podczas analizy tych odpowiedzi, dało się zauważyć kilka kluczowych kwestii, które poruszali pacjenci. Były to:

1. Niewystarczające poinformowanie pacjenta, niezadowalająca komunikacja z lekarzami, niezadowalająca jakość otrzymanej opieki.
 - "Brak informacji o prostacie i leczeniu alternatywnym"
 - "Lekarze są małomówni, nie informują zbyt dużo o sposobie leczenia, przygotowania do operacji i ewentualnie rehabilitacji po zabiegu, nic na temat niezbędnych sprzętów itp."
 - "Słabe podejście do badań USG, liczy się ilość pacjentów a nie jakość"
 - "Czy jest jakaś dieta wspomagająca leczenie? Czy można stosować używki (kawa, alkohol)"
2. Zbyt długi czas oczekiwania / trwania niektórych procedur, zbyt późny początek diagnostyki i leczenia, skutkujące mniej optymalnymi rozwiązaniami terapeutycznymi.
 - "W moim przypadku, brak diagnostycznych badań w poradni urologicznej, dlatego wykryto zbyt późno, kiedy [była] już potrzebna operacja"
 - "[...] Lekarzy onkologów jest w Polsce bardzo mało, a liczba pacjentów lawinowo rośnie, dlatego przed gabinetami onkologów są długie kolejki. Lekarz musi wszystkie swoje decyzje zapisać w komputerze. Ma bardzo mało czasu na pacjenta."
3. Braki w opiece, którą otrzymuje pacjent po otrzymaniu diagnozy - uwidaczniają znaczące luki w obecnym schemacie standardowej opieki onkologicznej.
 - "Wraz z diagnozą powinno udostępnić możliwość konsultacji z onkologiem i psychoonkologiem"
4. Refleksje na temat regularnych badań kontrolnych - przede wszystkim podkreślają istotność wykrycia nowotworu na jak najwcześniejszym etapie.
 - "Lepiej o tym nie myśleć, każdy musi się przebadać, chociażby u urologa i 1 raz w roku PSA."
5. Pozytywne doświadczenia z fundacją oraz opieką zdrowotną - pokazują, iż pacjenci bardzo doceniają pomoc otrzymaną od fundacji oraz oceniają ją jako bardzo wartościową.
 - "Bardzo wartościowa, wspaniała konsultacja i opieka opiekunek"
 - "Jestem zadowolony że mogę wziąć udział w konsultacji Onkologa dzięki Fundacji Onkocafe"
 - "Wizyta na wysokim poziomie. Wiedza rozszerzona"

Wnioski ogólne

Podczas analizy odpowiedzi pacjentów udało się uwidocznic obszary procesu diagnostyczno-terapeutycznego, które wymagają poprawy i udoskonalenia, oraz wymagające uzupełnienia luki w świadomości społeczeństwa na temat nowotworów gruczołu krokowego.

W obrębie diagnostyki oraz leczenia warto zwrócić uwagę przede wszystkim na komunikację między lekarzem a pacjentem - od zrozumiałego przedstawienia pacjentowi diagnozy, przez wytłumaczenie istoty choroby, metod diagnostyki i leczenia oraz roli poszczególnych specjalistów zaangażowanych w cały proces, po przedstawienie pacjentowi dalszych zaleceń (np. dietetycznych) oraz zaproponowanie mu odpowiedniej opieki psychologicznej. Z perspektywy lekarza prowadzącego istotne jest również bieżące weryfikowanie informacji, które pacjent pozyskuje na temat swojej choroby i leczenia z innych źródeł, np. z internetu. Cały czas istnieje realna potrzeba (widoczna między innymi po tym, jak stosunkowo nisko pacjenci oceniają swój poziom wiedzy na temat raka prostaty) prowadzenia akcji edukacyjnych, mających na celu zwiększyć świadomość społeczną na temat tego, czym konkretnie jest rak prostaty, oraz jakie są obecne możliwości diagnostyczne i terapeutyczne w przypadku jego podejrzenia lub diagnozy.

Wyniki ankiety 2025 (listopad–grudzień 2025, N=102)

Drugie badanie ankietowe, przeprowadzone przez Fundację OnkoCafe – Razem Lepiej w listopadzie i grudniu 2025 roku, stanowiło kontynuację oraz pogłębienie działań rozpoczętych w 2024 roku. Ankieta została skonstruowana w taki sposób, aby bardziej szczegółowo opisać przebieg diagnostyki i leczenia raka prostaty z perspektywy pacjenta — w tym czas dojścia do specjalisty, dostęp do badań, sposób finansowania diagnostyki oraz realne bariery organizacyjne pojawiające się na kolejnych etapach.

W porównaniu do ankiety 2024, badanie 2025 w większym stopniu koncentrowało się na doświadczeniach pacjentów w pierwszych miesiącach diagnostyki, a także na kwestiach dotyczących dostępności nowoczesnych badań obrazowych oraz czasu dojścia do ośrodka prowadzącego leczenie. Równolegle utrzymano obszary związane z komunikacją, dostępem do informacji oraz potrzebami pacjentów, aby umożliwić porównanie z wynikami poprzedniego badania.

W niniejszym rozdziale przedstawiono szczegółowe wyniki ankiety 2025, z zachowaniem oryginalnego brzmienia pytań oraz procentowego rozkładu odpowiedzi.

Informacja o badaniu. Ankieta dla pacjentów z rakiem prostaty Fundacja OnkoCafe

Ankieta internetowa została przeprowadzona elektronicznie przez Fundację OnkoCafe – Razem Lepiej w listopadzie i grudniu 2025 r. W badaniu wzięło udział 102 respondentów – mężczyzn chorujących na raka prostaty. Udział w badaniu był anonimowy.

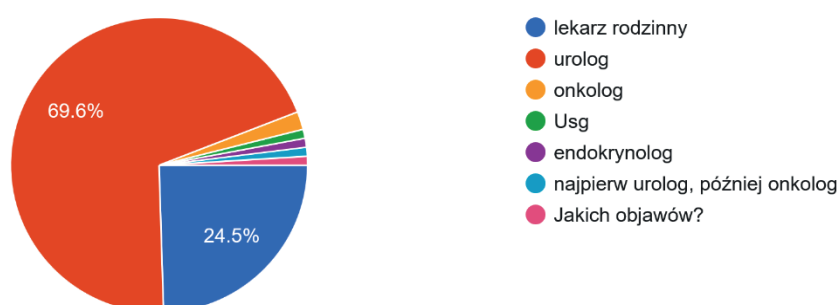
Opracowanie wyników ankiety

Pytanie 1. Do jakiego lekarza udał się Pan po wystąpieniu pierwszych objawów?

- urolog – 62%
- lekarz rodzinny / POZ – 24%
- diagnostyka (USG, badania prywatne, laboratorium) – 9%
- inny lekarz specjalista – 5%

Po wystąpieniu pierwszych objawów większość respondentów zgłosiła się bezpośrednio do **urologa (62%)**. **24% badanych** rozpoczęło diagnostykę u **lekarza rodzinnego lub w POZ**, natomiast **9%** wskazało samodzielne wykonanie badań diagnostycznych (USG, badania laboratoryjne, badania prywatne). **5% respondentów** trafiło początkowo do innego lekarza specjalisty.

Do jakiego lekarza udał się Pan po wystąpieniu pierwszych objawów?
102 responses

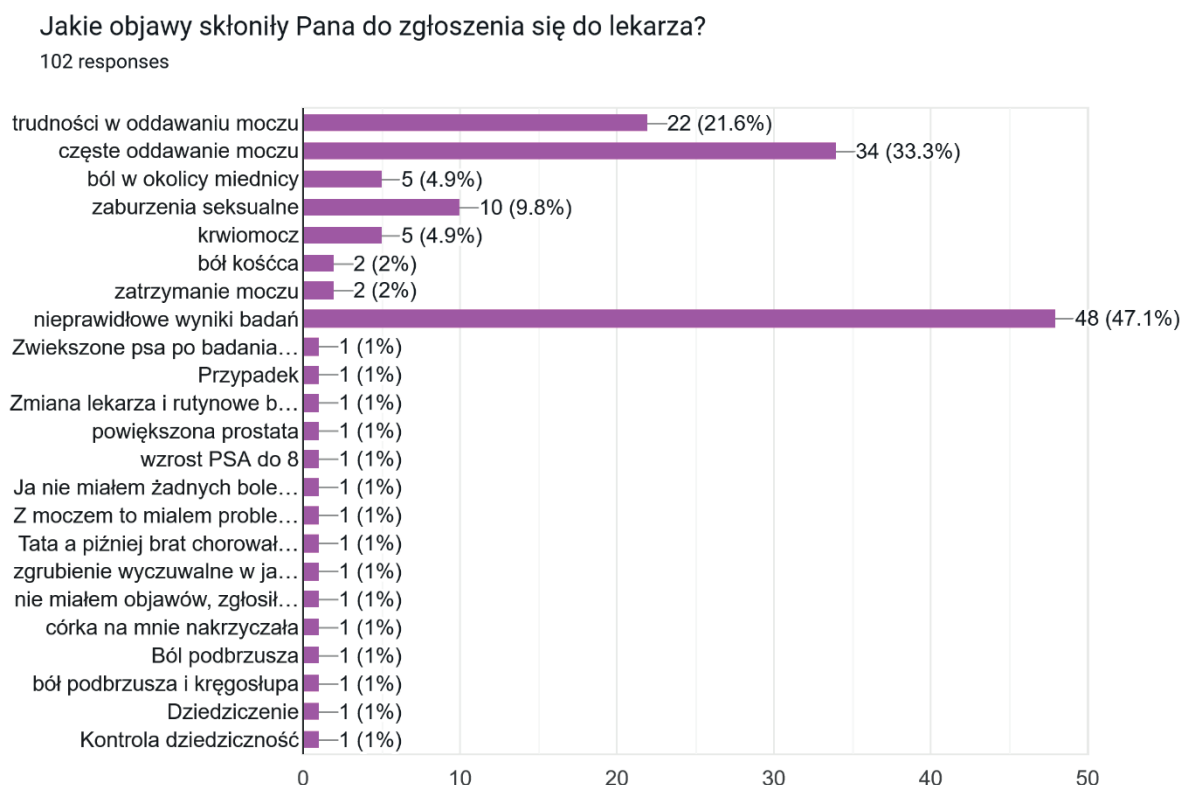


Pytanie 2. Jakie objawy skłoniły Pana do zgłoszenia się do lekarza? (pytanie otwarte)

W odpowiedziach otwartych najczęściej pojawiały się odniesienia do **nieprawidłowych wyników PSA lub badań krwi** (ok. **38%** odpowiedzi). Respondenci wskazywali m.in.: „podwyższone PSA”, „niepokojący wynik badań kontrolnych”, „wynik PSA poza normą”. Drugą najczęściej wymienianą grupą objawów były **dolegliwości ze strony układu moczowego** (ok. 34%), w tym: „częste oddawanie moczu”, „problemy z oddaniem moczu”, „słaby strumień”, „pieczenie”, „ból przy mikcji”. **12% odpowiedzi** dotyczyło bólu (kręgosłupa, miednicy, podbrzusza), często opisywanego jako utrzymujący się lub narastający. **9% respondentów** wskazywało objawy ogólne, takie jak osłabienie czy przewlekłe zmęczenie. W **7% przypadków** choroba została wykryta przypadkowo, bez wcześniejszych objawów, np. podczas rutynowych badań.

Najczęściej powtarzające się odpowiedzi:

- nieprawidłowe wyniki PSA / badań krwi – **ok. 38% odpowiedzi**
- problemy z oddawaniem moczu (częstomocz, słaby strumień, ból) – **ok. 34%**
- ból (kręgosłupa, miednicy, podbrzusza) – **ok. 12%**
- objawy ogólne (osłabienie, zmęczenie) – **ok. 9%**
- brak objawów – wykrycie przypadkowe – **ok. 7%**



Pytanie 3. Jak długo utrzymywały się objawy przed zgłoszeniem się do lekarza?

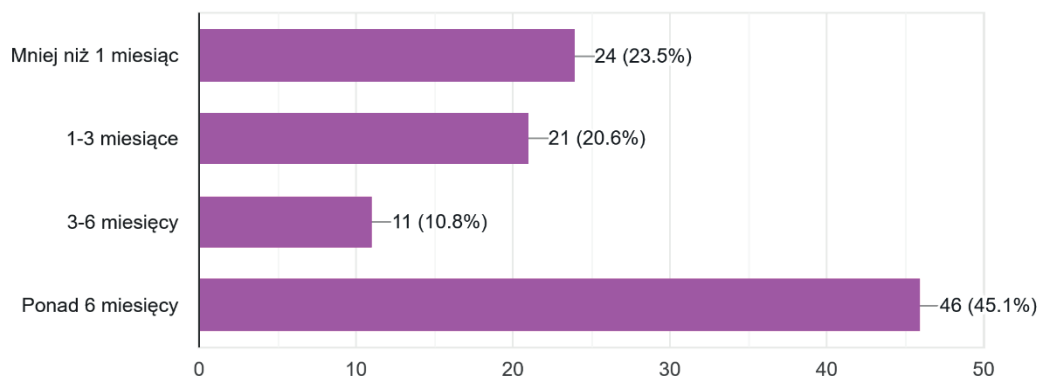
Respondenci określali czas trwania objawów przed pierwszą wizytą lekarską w następujący sposób:

- mniej niż 1 miesiąc – **23,5%,**
- 1–3 miesiące – **20,6%,**
- 3–6 miesięcy – **10,8%,**

- ponad 6 miesięcy – **45,1%**.

Jak długo utrzymywały się objawy przed zgłoszeniem się do lekarza?

102 responses



Pytanie 4. Jakie badania zostały zlecone lub wykonane przez lekarza?

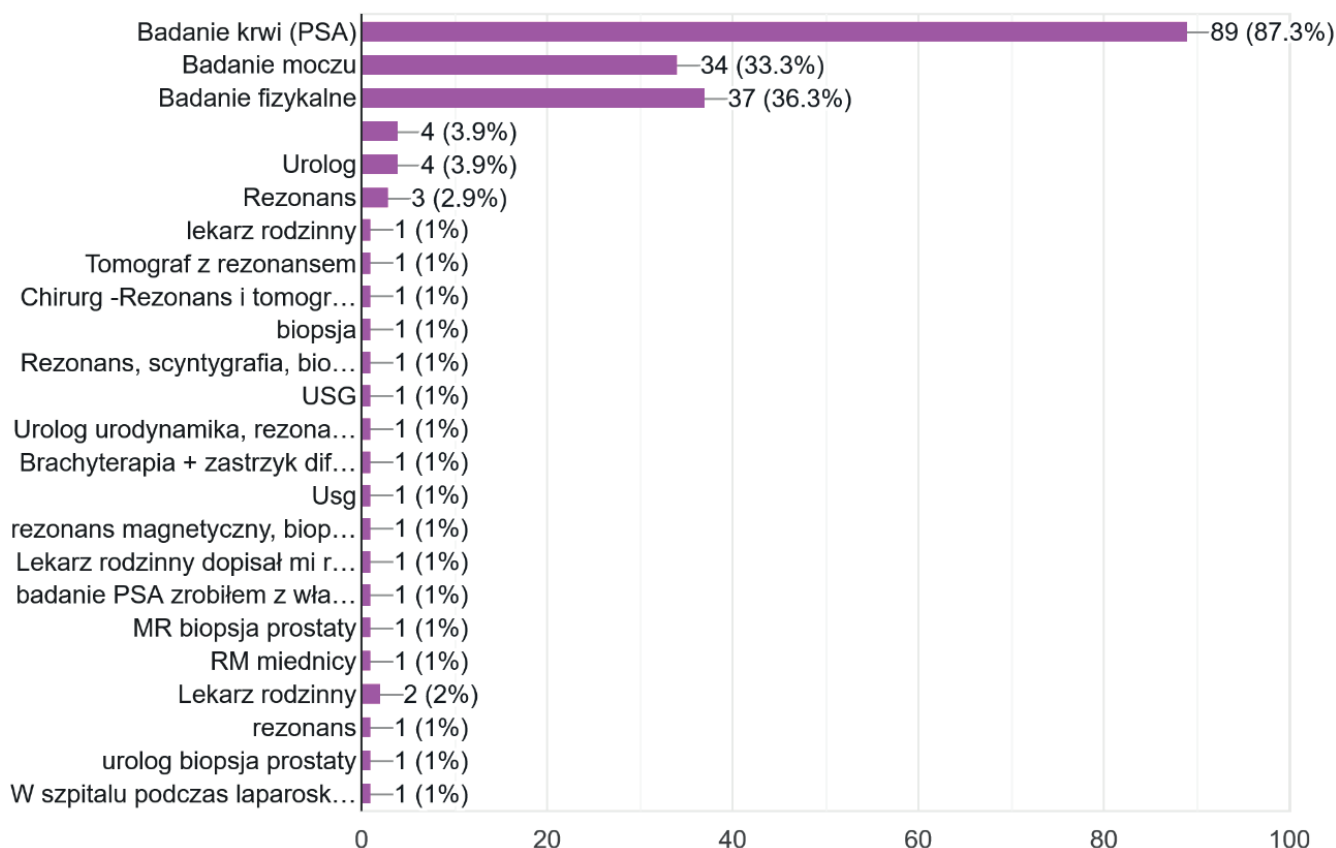
Najczęściej wskazywanym badaniem było badanie krwi PSA – 87,3% respondentów (89 osób) deklarowało, że zostało im zlecone lub wykonane. Kolejne najczęściej wymieniane badania to:

- **badanie fizykalne – 36,3%** (37 osób),
- **badanie moczu – 33,3%** (34 osoby).

W odpowiedziach pojawiły się również pojedyncze wskazania wpisywane w polu „Inne” (każde na poziomie kilku lub pojedynczych osób; na wykresie widoczne są m.in. hasła takie jak **rezonans**, **USG**, **biopsja** oraz różne doprecyzowania dotyczące specjalisty/ścieżki). Są to jednak odpowiedzi rozproszone i stanowią niewielki odsetek w porównaniu do trzech głównych kategorii powyżej.

Jakie badania zostały zlecone lub wykonane przez lekarza? (Proszę zaznaczyć właściwe odpowiedzi. W pozycji „Inne” proszę podać, przez ja...log, lekarz rodzinny) zostały wykonane badania.)

102 responses



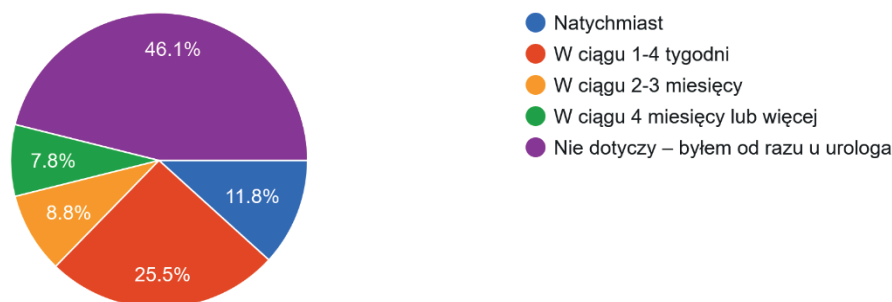
Pytanie 5. Jeśli pierwszy kontakt był z lekarzem rodzinnym (POZ): Jak szybko po tej wizycie trafił Pan do urologa?

Na to pytanie odpowiedzieli wszyscy respondenci, przy czym część z nich wskazała, że nie dotyczyło ich skierowanie z POZ, ponieważ od razu trafili do urologa.

- **46,1%** respondentów wskazało odpowiedź „nie dotyczy – byłem od razu u urologa”.
- **25,5%** respondentów trafiło do urologa w ciągu 1–4 tygodni od wizyty u lekarza rodzinnego.
- **11,8%** respondentów zostało skierowanych do urologa natychmiast.
- **8,8%** respondentów trafiło do urologa w ciągu 2–3 miesięcy.
- **7,8%** respondentów wskazało, że czas oczekiwania wyniósł 4 miesiące lub więcej.

Jeśli pierwszy kontakt był z lekarzem rodzinnym (POZ): Jak szybko po tej wizycie trafił Pan do urologa?

102 responses



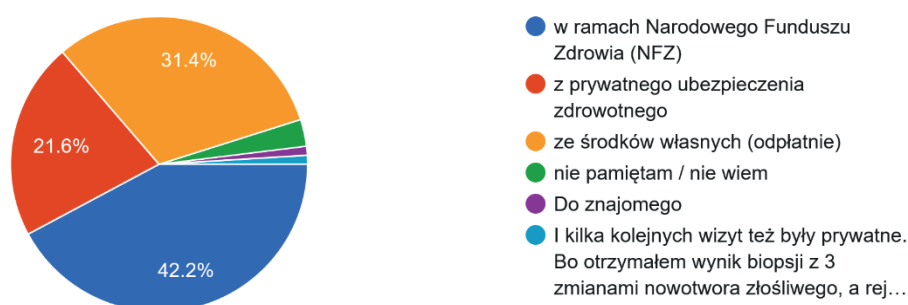
Pytanie 6. Czy pierwsza wizyta w poradni urologicznej była finansowana?

Respondenci wskazywali różne źródła finansowania pierwszej wizyty urologicznej:

- **42,2%** respondentów podało, że pierwsza wizyta była finansowana w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ).
- **31,4%** respondentów wskazało, że wizyta była opłacona ze środków własnych (odpłatnie).
- **21,6%** respondentów skorzystało z wizyty finansowanej z prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego.
- **ok. 2%** respondentów zaznaczyło odpowiedź „nie pamiętam / nie wiem”.
- **ok. 1%** respondentów wskazało wizytę „do znajomego”.
- **ok. 1%** respondentów udzieliło odpowiedzi opisowej, wskazując, że pierwsza lub kolejne wizyty miały charakter prywatny, m.in. w związku z dalszą diagnostyką (np. biopsją).

Czy pierwsza wizyta w poradni urologicznej była finansowana?

102 responses



Pytanie 7. Czy biopsja prostaty była w Pana przypadku finansowana:

Respondenci wskazali następujące źródła finansowania biopsji prostaty:

- **73,5%** respondentów podało, że biopsja była finansowana w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ).
- **14,7%** respondentów wskazało, że badanie zostało wykonane ze środków własnych (odpłatnie).
- **ok. 5%** respondentów skorzystało z biopsji finansowanej z prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego.
- **ok. 3%** respondentów zaznaczyło odpowiedź „nie pamiętam / nie wiem”.
- **ok. 2%** respondentów wskazało NHS (Szkocja) jako źródło finansowania.
- **ok. 1%** respondentów podało, że biopsja została wykonana w ramach programu testowania

sprzętu do biopsji fuzyjnej.

ok. 1% respondentów udzieliło odpowiedzi opisowej, wskazując, że pierwsza biopsja była finansowana przez NFZ, a kolejna – biopsja fuzyjna – w innym trybie.

Czy biopsja prostaty była w Pana przypadku finansowana:

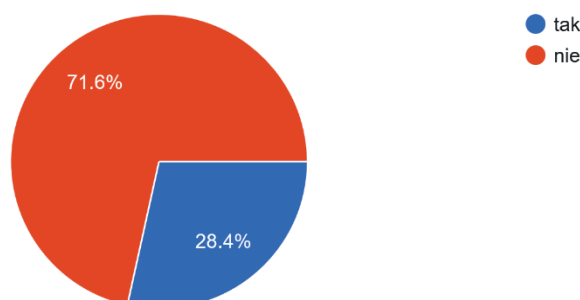
102 responses



Pytanie 8. Czy wykonywano u Pana badanie PSMA-PET?

Czy wykonywano u Pana badanie PSMA-PET?

102 responses



Pytanie 9. Czy w trakcie początkowej diagnostyki (w ciągu 3 miesięcy przed lub po biopsji) samodzielnie finansował Pan badania obrazowe? Jeśli tak, proszę zaznaczyć, które.

54,9% respondentów wskazało, że nie finansowało samodzielnie żadnych badań obrazowych w początkowym etapie diagnostyki – wszystkie badania zostały wykonane w ramach dostępnego systemu finansowania.

45,1% respondentów zadeklarowało, że samodzielnie pokrywało koszty przynajmniej jednego badania obrazowego. Wśród tej grupy najczęściej wskazywane były:

- rezonans magnetyczny (MRI) – 29,4% respondentów,
- tomografia komputerowa (TK) – 14,7% respondentów,
- scyntygrafia kości – 12,7% respondentów,
- PSMA-PET – 3,9% respondentów.

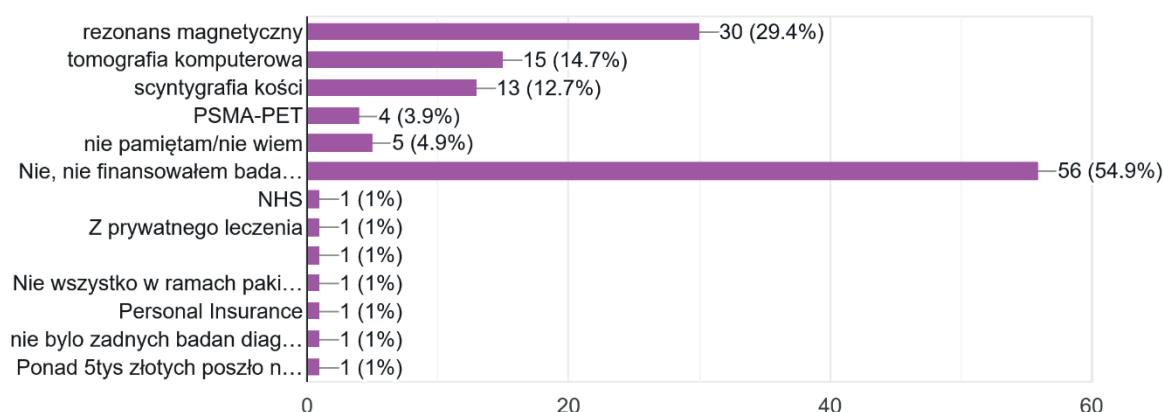
4,9% respondentów zaznaczyło odpowiedź „nie pamiętam / nie wiem”.

Pojedyncze odpowiedzi (po ok. 1% respondentów każda) dotyczyły sytuacji szczególnych, m.in.:

- częściowego finansowania prywatnego w ramach pakietów medycznych,
- finansowania badań w zagranicznym systemie (np. NHS),
- braku badań obrazowych w tym okresie,
- wysokich kosztów poniesionych indywidualnie (np. powyżej kilku tysięcy złotych).

Czy w trakcie początkowej diagnostyki (w ciągu 3 miesięcy przed lub po biopsji) samodzielnie finansował Pan badania obrazowe? Jeśli tak, proszę zaznaczyć, które.

102 responses



Pytanie 10. Jak szybko od momentu postawienia podejrzenia nowotworu trafił Pan do ośrodka, który ostatecznie prowadził leczenie?

Respondenci deklarowali zróżnicowany czas dotarcia do ośrodka, który finalnie prowadził ich leczenie.

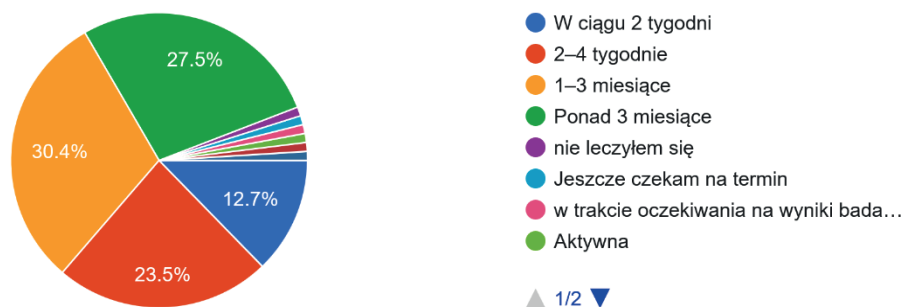
- **30,4%** respondentów wskazało, że trafiło do właściwego ośrodka w ciągu 1–3 miesięcy od momentu postawienia podejrzenia nowotworu.
- **27,5%** respondentów zadeklarowało, że proces ten trwał ponad 3 miesiące.
- **23,5%** respondentów dotarło do ośrodka leczniczego w ciągu 2–4 tygodni.
- **12,7%** respondentów trafiło do ośrodka w ciągu 2 tygodni.

Pozostałe odpowiedzi miały charakter jednostkowy (pojedyncze wskazania) i dotyczyły m.in.:

- sytuacji, w których respondenci nie rozpoczęli jeszcze leczenia,
- oczekiwania na wyznaczenie terminu,
- pozostawania w trakcie oczekiwania na wyniki badań,
- leczenia w ramach aktywnej obserwacji.

Jak szybko od momentu postawienia podejrzenia nowotworu trafił Pan do ośrodka, który ostatecznie prowadził leczenie?

102 responses



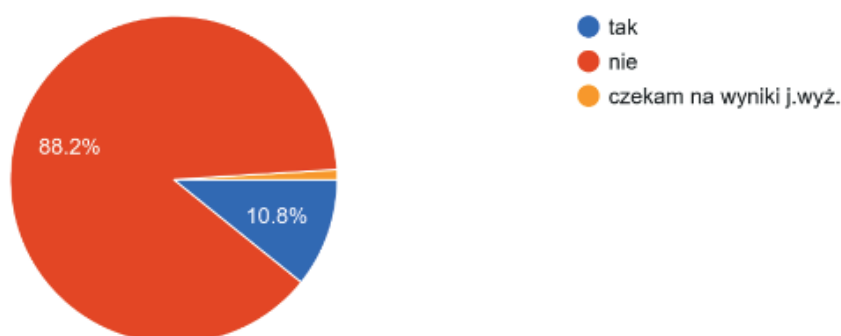
Pytanie 11. Czy podczas początkowej diagnostyki (w 3 miesiące bezpośrednio przed lub po biopsji) wykryto u Pana przerzuty odległe (w lokalizacjach innych niż węzły chłonne w miednicy)?

Zdecydowana większość respondentów wskazała, że w trakcie początkowej diagnostyki **nie stwierdzono u nich przerzutów odległych**.

- **88,2% respondentów** odpowiedziało „nie”, deklarując brak wykrytych przerzutów odległych w tym okresie diagnostycznym.
- **10,8% respondentów** wskazało odpowiedź „tak”, co oznacza, że u tej grupy przerzuty odległe zostały wykryte w ciągu 3 miesięcy przed lub po biopsji.
- **około 1% respondentów** zaznaczyło odpowiedź „czekam na wyniki”, wskazując, że na moment wypełniania ankiety diagnostyka w tym zakresie nie była jeszcze zakończona.

Czy podczas początkowej diagnostyki (w 3 miesiące bezpośrednio przed lub po biopsji) wykryto u Pana przerzuty odległe (w lokalizacjach innych niż węzły chłonne w miednicy)?

102 responses



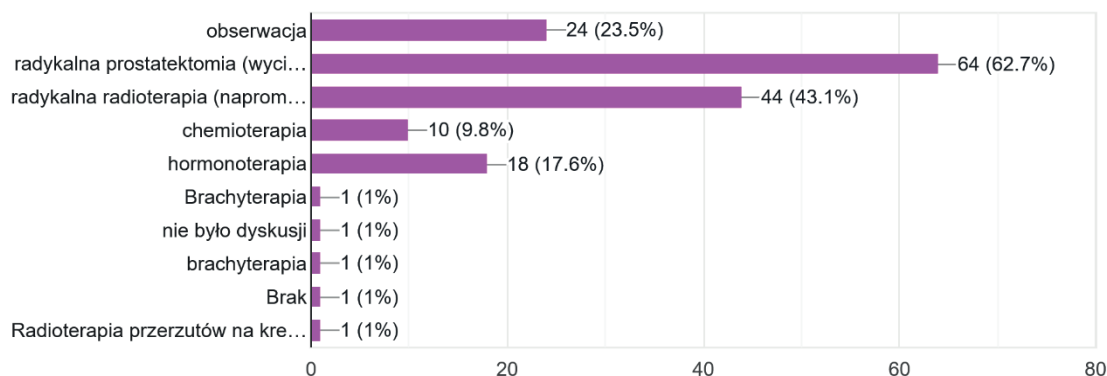
Pytanie 12. Jakie opcje były z Panem przedyskutowane przed wyborem terapii?

62,7% respondentów wskazało, iż przed wyborem terapii omawiana była radykalna prostatektomia. 43,1% zadeklarowało, że z lekarzem przedyskutowano radykalną radioterapię.

23,5% odpowiedziało, że omawiana była obserwacja. 17,6% badanych wskazało na hormonoterapię jako jedną z omawianych opcji. 9,8% respondentów zadeklarowało, że rozważano chemioterapię. 1% badanych wskazało brachyterapię. Po 1% odpowiedzi dotyczyło informacji, że nie było dyskusji, że nie omawiano żadnych opcji, lub że omawiano radioterapię przerzutów na kości.

Jakie opcje były z Panem przedyskutowane przed wyborem terapii?

102 responses



Pytanie 13. Czy jest Panu znana możliwość leczenia ogniskowego (terapii fokalnych)? Czy któryś z dotychczasowych lekarzy omawiał z Panem takie metody? Czy były one brane pod uwagę w planowaniu leczenia?

- Nieznajomość metody: Zdecydowana większość respondentów (ponad 90 osób) nie zna możliwości leczenia ogniskowego (terapii fokalnych).
- Brak informacji od lekarzy: Pacjenci najczęściej wskazują, że żaden z dotychczasowych lekarzy nie omawiał z nimi tej metody leczenia.
- Wyjątki i inne metody: Jedna osoba słyszała o leczeniu, ale lekarz jej o nim nie informował, a inna wskazała, że metody te były omawiane, ale odradzane w jej przypadku. Wśród odpowiedzi pojawiła się również brachyterapia.
- Aktualne leczenie: U części pacjentów wdrożono już inne formy leczenia, np. hormonoterapię lub program lekowy.

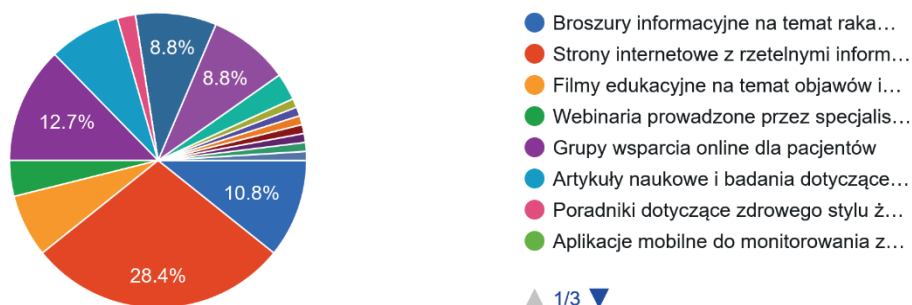
Pytanie 14. Jakże materiały edukacyjne i wspierające proces diagnostyki i leczenia byłyby dla Pana ciekawe i użyteczne?

Najczęściej wybierane odpowiedzi:

- strony internetowe z rzetelnymi informacjami – **28,4%**
- grupy wsparcia online dla pacjentów – **12,7%**
- broszury informacyjne – **10,8%**
- informacje o terapiach i badaniach klinicznych – **8,8%**
- możliwość zadania pytania ekspertowi – **8,8%**
- artykuły naukowe i badania – **7,8%**
- filmy edukacyjne – **6,9%**
- webinaria specjalistów – **3,9%**
- FAQ (odpowiedzi na najczęstsze pytania) – **2,9%**
- poradniki dot. stylu życia i diety – **2,0%**
- odpowiedzi jednostkowe – po **1,0%**

Jakie materiały edukacyjne i wspierające proces diagnostyki i leczenia byłyby dla Pana ciekawe i użyteczne?

102 responses



▲ 1/3 ▼

Pytanie 15. Jak ocenia Pan informacje przekazane przez lekarza dotyczące procesu diagnostycznego? Czy czuł się Pan odpowiednio poinformowany?

- **Większość pacjentów czuje się poinformowana:** Znaczna część odpowiedzi (m.in. „tak”, „Tak”, „Raczej tak”) wskazuje, że pacjenci czuli się odpowiednio poinformowani przez lekarza o procesie diagnostycznym.
- **Brak lub niewystarczające informacje:** Część pacjentów („Nie”, „nie”, „Nie czuję się odpowiednio poinformowany”) nie czuła się poinformowana, podając jako powód m.in. brak propozycji różnych metod leczenia, niepełne informacje lub zbyt małą ich ilość.
- **Uczucia mieszane i średnia ocena:** Kilka osób oceniło poziom informacji jako „Średnio”, „Połowicznie” lub zgłosiło „Mieszane uczucia”, co sugeruje zadowalający, ale nie idealny poziom komunikacji.
- **Niedosyt informacji o skutkach ubocznych:** Pojawiły się braki w informacjach dotyczących powikłań, takich jak nietrzymanie moczu i kwestie seksualne, a także konieczność gimnastyki wzmacniającej mięśnie dna miednicy przed operacją.
- **Negatywne doświadczenia z komunikacją:** Zgłoszono, że rozmowy odbywały się „w pośpiechu” lub wystąpił „BRAK ROZMOWY”, a także różnice w komunikacji między różnymi onkologami.

Pytanie 16. Czy po rozpoznaniu nowotworu złośliwego prostaty został Pan poinformowany o ewentualnych korzyściach związanych z leczeniem chirurgicznym metodą robotyczną?

- **52%** respondentów zadeklarowało, iż po rozpoznaniu nowotworu złośliwego prostaty zostali poinformowani o ewentualnych korzyściach leczenia chirurgicznego metodą robotyczną.
- **26,5%** badanych wskazało, że takiej informacji nie otrzymało.
- **około 7%** respondentów nie pamięta, czy kwestie te były omawiane.
- **pozostała grupa (łącznie ok. 14–15%)** udzieliła odpowiedzi doprecyzowujących sytuację kliniczną lub organizacyjną, wskazując m.in. na brak kwalifikacji do zabiegu, nieuwzględnienie tej metody w procesie leczenia, ograniczoną dostępność operacji robotycznych w danym czasie lub możliwość wykonania zabiegu wyłącznie odpłatnie.

Czy po rozpoznaniu nowotworu złośliwego prostaty został Pan poinformowany o ewentualnych korzyściach związanych z leczeniem chirurgicznym metodą robotyczną?

102 responses



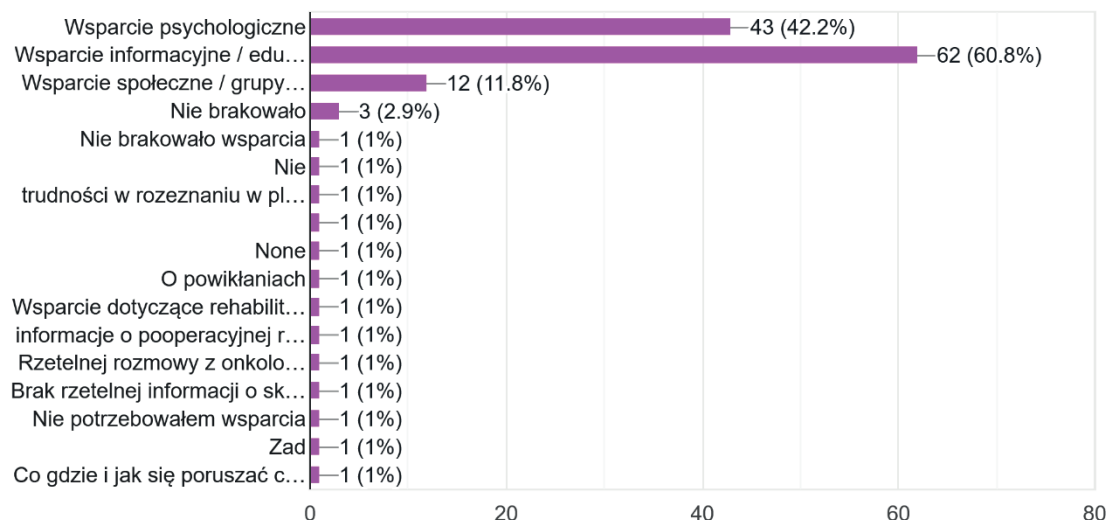
Pytanie 17. Jakiego wsparcia brakowało Panu podczas leczenia i którego chciałby Pan otrzymać?

Najczęściej wskazywano:

- lepszą komunikację i więcej czasu dla pacjenta (ok. 31%),
- dostęp do psychologa (ok. 26%),
- szybszą diagnostykę (ok. 24%),
- jasne informacje o leczeniu i ścieżce pacjenta (ok. 19%).

Jakiego wsparcia brakowało Panu podczas leczenia i którego chciałby Pan otrzymać?

102 responses



Pytanie 18. Jakie elementy procesu diagnostycznego lub komunikacji z personelem medycznym, Pana zdaniem, wymagają poprawy?

- Respondenci najczęściej wskazywali brak:
- wsparcia psychologicznego (ok. 39%),
- rzetelnej i uporządkowanej informacji (ok. 33%),
- koordynacji leczenia (ok. 18%),
- wsparcia dla rodziny i bliskich (ok. 10%).

Więcej i lepsza komunikacja z personelem medycznym: Pacjenci oczekują dokładnego i zrozumiałego

tłumaczenia możliwości leczenia, skutków ubocznych (operacji, innych terapii), omawiania wyników badań (np. biopsji), procesu leczenia i powikłań, bez pośpiechu i z empatią. Zauważono brak czasu u lekarzy na wyczerpujące rozmowy oraz stosowanie niezrozumiałego języka.

Poprawa organizacji i logistyki leczenia: Problemem jest zbyt długi czas od diagnozy do leczenia/operacji, konieczność samodzielnego załatwiania badań, brak ciągłości opieki (zmiana lekarza prowadzącego), utrudniony kontakt z lekarzem dyżurnym po operacji oraz długie oczekiwanie w kolejkach w ambulatorium.

Większe wsparcie pooperacyjne i informacja o rehabilitacji: Wskazano na potrzebę lepszej opieki pooperacyjnej (post operative care), szczegółowych informacji technicznych o pielęgnacji, cewnikowaniu, nietrzymaniu moczu i rehabilitacji (w tym fizjoterapii urologicznej, która jest słabo dostępna w ramach NFZ).

Kwestie diagnostyczne: Postuluje się przyspieszenie badań i ich opisu oraz konieczność wykonywania kluczowych badań (np. TK) przed prostatektomią w celu precyzyjnego planowania radioterapii przy ewentualnej wznowie biochemicznej.

Wsparcie psychologiczne i podejście personelu: Zwrócono uwagę na potrzebę wsparcia psychologicznego, braku właściwego podejścia (lekarze jak „automaty”) i problemów z tzw. koordynatorami (utrudniony kontakt, narzucanie terminów).

Pytanie 19. Czy chciałby Pan przekazać nam dodatkowe uwagi?

52% respondentów nie zgłosiło dodatkowych uwag. Pozostałe odpowiedzi dotyczyły:

- potrzeby lepszego wsparcia emocjonalnego (ok. 21%),
- apelów o skrócenie diagnostyki (ok. 17%),
- uwag systemowych i organizacyjnych (ok. 10%).

Wsparcie psychologiczne i rodzinne: Pacjenci i ich rodziny (żony, dzieci) potrzebują opieki psychoonkologicznej z powodu strachu i przerażenia związanego z chorobą, a wsparcie dla rodzin jest niewystarczające.

Leczenie i opieka medyczna: Wskazano na potrzebę większego zainteresowania i zaangażowania lekarzy, więcej czasu dla pacjentów i empatii, a także zbyt długie oczekiwanie na zabiegi i wyniki badań. Pojawił się również problem zmienności lekarzy prowadzących i braku koordynatora leczenia.

Informacje i komunikacja: Zauważono brak pełnych informacji na temat skutków ubocznych (szczególnie po operacji robotycznej) oraz metod leczenia. Pacjenci dowiedzieli się najczęściej dzięki własnej inicjatywie (prywatne konsultacje, fora) lub od fizjoterapeutki urologicznej.

Problemy diagnostyczne i rehabilitacja: Podniesiono kwestię niewystarczającej biopsji na NFZ i korzyści z prywatnej biopsji fuzyjnej, a także konieczność refundacji wyrobów chłonnych i dostępności fizjoterapii urologicznej/rehabilitacji po zabiegu w ramach NFZ. Niektórzy pacjenci skarżą się na nietrzymanie moczu po radioterapii/operacji.

Postulaty systemowe: Wymieniono brak jednolitego systemu opieki nad pacjentem oraz potrzebę precyzyjniejszego planowania radioterapii (np. na podstawie TK przed operacją). W kontekście trudnych przypadków pacjenci oczekują nadziei i informacji o nowych metodach leczenia.

Wnioski z badań ankietowych

Dwie ankiety przeprowadzone przez Fundację OnkoCafe – Razem Lepiej w latach 2024 i 2025 pozwoliły zebrać pogłębiony obraz doświadczeń mężczyzn z podejrzeniem lub rozpoznaniem raka prostaty na różnych etapach diagnostyki i leczenia. Choć badania różniły się zakresem i szczegółowością pytań, ich wyniki układają się w spójny i powtarzalny zestaw obserwacji dotyczących zarówno aspektów medycznych, jak i organizacyjnych oraz komunikacyjnych.

Analiza odpowiedzi zamkniętych umożliwiła wskazanie najczęściej występujących barier w dostępie do diagnostyki, czasie dojścia do specjalisty i ośrodka prowadzącego leczenie, a także w zakresie dostępności badań obrazowych i sposobu ich finansowania. Z kolei odpowiedzi otwarte – udzielane przez respondentów własnymi słowami – pozwoliły lepiej zrozumieć, jakie elementy procesu diagnostyczno-terapeutycznego są dla pacjentów najbardziej obciążające oraz jakie potrzeby pozostają niezaspokojone.

Wnioski przedstawione w tym rozdziale zostały opracowane na podstawie obu badań, z uwzględnieniem najczęściej powtarzających się tematów. Szczególną uwagę poświęcono obszarom związanym z komunikacją lekarz–pacjent, dostępem do rzetelnej informacji, wsparciem psychologicznym oraz organizacją ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej i opieki po leczeniu.

Po przeanalizowaniu odpowiedzi z obydwu przeprowadzonych ankiet udało się wyodrębnić kilka kluczowych wniosków dotyczących jakości opieki, której doświadczają w Polsce mężczyźni z diagnozą lub podejrzeniem raka prostaty.

Najistotniejszy problem wydaje się znajdować w obrębie fundamentalnego obszaru procesu diagnostyki i leczenia, jakim jest komunikacja między lekarzem a pacjentem. Podczas analizy pytań otwartych, w których pacjenci mogli podzielić się dowolnymi przemyśleniami na temat swoich doświadczeń, najczęściej pojawiały się uwagi dotyczące:

- braku wspólnego omówienia wyników badań,
- niewystarczającego wytłumaczenia postawionej diagnozy,
- niewystarczającego omówienia dostępnych możliwościach leczenia, z uwzględnieniem skutków ubocznych i korzyści wiążącymi się z poszczególnymi opcjami,
- pominięcia kwestii zaleceń dotyczących modyfikacji stylu życia w związku z otrzymaną diagnozą, konkretnym leczeniem oraz okresem rehabilitacji po leczeniu,
- pośpiechu, zbyt powierzchownego wytłumaczenia.

Problemem jest nie tylko sam brak informacji, ale również przedstawienie jej w sposób niezrozumiały dla pacjenta, lub w sposób zbyt mało empatyczny. Pośpiech i brak czasu lekarzy na wystarczająco długą i dokładną rozmowę to kolejne często zauważane i zgłaszane przez ankietowanych kwestie, które negatywnie wpływają na ich samopoczucie oraz zaangażowanie w trakcie leczenia.

Z kolei analiza pytań zamkniętych potwierdziła często niewystarczającą wiedzę i świadomość pacjentów na temat tego czym dokładnie jest rak prostaty, jakie są obecnie dostępne metody diagnostyczne i terapeutyczne, jakie są ich wady i zalety, oraz jacy specjaliści mogą być zaangażowani w proces leczenia. Niewystarczająca wydaje się również świadomość populacji na temat pierwszych objawów, które powinny skłonić pacjenta do wizyty u specjalisty, oraz tego, jak ważna jest jak najszybsza reakcja i rozpoczęcie diagnostyki. Uzyskane dane jasno wskazują na ciągle obecną potrzebę prowadzenia dalszych akcji edukacyjnych w zakresie nowotworów gruczołu krokowego, z których pacjenci mieliby szansę otrzymać rzetelną i praktyczną wiedzę.

Mimo, iż większość pacjentów zadeklarowało pozyskiwanie wiedzy na wspomniane tematy od lekarza specjalisty, drugim najpopularniejszym źródłem informacji okazał się internet, co bezpośrednio wiąże się z ryzykiem pozyskania przez pacjentów nieprawdziwych lub niepełnych informacji o chorobie. W związku z powyższym, rola lekarza jako pierwszego i najważniejszego edukatora pacjenta ponownie staje się szczególnie istotna.

Kolejnym istotnym problemem okazał się brak wystarczającego wsparcia psychologicznego – dotyczy to zarówno braku informacji o możliwości takiej pomocy i braku dostępności odpowiedniej opieki psychologicznej, jak i niewystarczającego wsparcia ze strony najbliższych. Strach i stres spowodowane otrzymaną diagnozą oraz całym procesem diagnostyczno-terapeutycznym, z którym przychodzi zmierzyć się pacjentowi oraz jego rodzinie, wymagają zdecydowanie lepszego niż obecnie, najlepiej systemowego zaopiekowania. Ponownie pojawia się tu również aspekt niewystarczającej empatii ze strony pracowników medycznych, oraz poczucie zbyt „automatycznego” i chłodnego potraktowania pacjenta w tak trudnym dla niego momencie.

W kwestii organizacji i logistyki leczenia często wymienianymi problemami są zbyt długi czas między początkiem diagnostyki a początkiem leczenia, długie kolejki w ambulatoriach, konieczność samodzielnego załatwiania badań oraz długi czas oczekiwania na ich wyniki (dotyczy przede wszystkim badań obrazowych), brak ciągłości opieki związany ze zmianą lekarza prowadzącego. Skargi pojawiały się też w kontekście organizacji i jakości opieki pooperacyjnej – dotyczyły m.in. braku informacji na temat możliwości rehabilitacji oraz braku dostępności takiej opieki, w tym np. fizjoterapii urologicznej, która jest trudno dostępna w ramach finansowania z NFZ.

Komentarze ekspertów

dr n. med. Iwona Skoneczna, kierownik Oddziału Chemioterapii Szpitala Grochowskiego im. dr med. Rafała Masztaka w Warszawie

Bardzo cieszę się, że Fundacja Oncocafe podjęła temat ankietowania populacji zagrożonej rakiem prostaty, gratuluję pomysłu a także osobiście zachęcam do kontynuowania akcji z poszerzeniem grupy ankietowanej co w przyszłości może posłużyć do monitorowania naszych wspólnych wysiłków edukacyjnych. Temat jest ważny i złożony, a jako lekarz onkolog zajmujący się zagadnieniem urologii onkologicznej, w tym rakiem prostaty od wielu lat pozwolę sobie na przedstawienie moich przemyśleń, zdając sobie sprawę z tego, że niewielu onkologów ma komfort zajmowania się tylko wycinkiem onkologii tak jak ja.

Leczenie raka prostaty jest skomplikowanym zagadnieniem, szczęśliwie ulegającym ciągłemu rozwojowi i wykorzystującym innowacje na etapie zarówno diagnostyki jak i terapii, co wymaga od lekarza szczegółowej aktualizowanej wielodyscyplinarnej wiedzy oraz doświadczenia. Podczas gdy procesy kształcenia studentów medycyny oraz lekarzy specjalistów w Polsce zazwyczaj ukierunkowane są na poszczególne dziedziny, w których specjalizuje się lekarz, zatem z założenia jego wiedza jest bardzo specjalistyczna i stosunkowo mało wielodyscyplinarna. Naturalnie zatem lekarz w rozmowie z pacjentem wypowiada się głównie w dziedzinie, w której się specjalizuje. W tym kontekście kluczowa jest rola zespołów wielodyscyplinarnych, które umożliwiają spójne prowadzenie chorego – od diagnostyki, przez leczenie, aż po monitorowanie i opiekę po zakończeniu terapii – to nasze wspólne marzenie o idealnym świecie. Generalnie lekarze nie mają zbyt wielu treningów ze sposobu przekazywania informacji oraz komunikacji z pacjentem, sami lekarze zazwyczaj też nie mają też wsparcia psychologicznego, obarczeni są wymogami systemu rozliczeniowego oraz nadmiernie rozbudowaną biurokracją – w takiej sytuacji stosunkowo mało czasu pozostaje na spokojną rozmowę.

Chcielibyśmy także, aby pacjenci lepiej przygotowywali się do konsultacji z lekarzem, aby mieli uporządkowaną dokumentację medyczną, listę przyjmowanych leków, kopie swoich wyników badań a nawet zapisane pytania do lekarza – wszystko to może pomóc w wygospodarowaniu czasu na odpowiedź.

Rak prostaty jest dziś chorobą przewlekłą, co od lekarza prowadzącego wymaga myślenia systemowego i długofalowego, konieczności planowania terapii w perspektywie lat, a nie pojedynczych interwencji. Czasu na wypowiedź nigdy nie jest zbyt wiele, chociaż w moim doświadczeniu zainwestowanie w wytłumaczenie pacjentowi jego sytuacji ostatecznie się opłaca, również w perspektywie krótszych kolejnych wizyt.

Doświadczenia kliniczne pokazują, że brak jasno zaprojektowanej ścieżki pacjenta prowadzi do dezorientacji, opóźnień i poczucia braku kontroli nad procesem leczenia. Skuteczna onkologia to dziś nie tylko dostęp do nowoczesnych metod, ale również organizacja opieki, czas poświęcony pacjentowi oraz konsekwentna komunikacja. Bez tego trudno mówić o partnerskim modelu leczenia i realnym zaangażowaniu chorego w podejmowanie decyzji terapeutycznych.

dr n. med. Paweł Potocki Katedra i Klinika Onkologii UJ-CM

To ważny raport pomagający mapować ścieżkę diagnostyczno-terapeutyczną i potrzeby pacjentów z rakiem prostaty. Raport wyraźnie pokazuje istotne luki systemowe związane z niepełnym wykorzystaniem potencjału nowoczesnej onkologii. Tymczasem właściwe określenie zaawansowania choroby i jej biologii ma dziś fundamentalne znaczenie dla wyboru optymalnej strategii terapeutycznej. Po pierwsze, niepokoi długi czas od pojawienia się objawów do rozpoznania – aż 45,1% badanych deklaruje utrzymywanie się objawów ponad 6 miesięcy przed zgłoszeniem do lekarza, a dodatkowo znaczna część pacjentów trafia do ośrodka prowadzącego leczenie dopiero po 1–3 miesiącach lub nawet później. Po drugie, widoczny jest wysoki poziom współpłacenia za diagnostykę: odpłatnie finansowano pierwsze wizyty urologiczne oraz – co szczególnie istotne – badania obrazowe na etapie około-biopsyjnym (samodzielne finansowanie deklaruje około połowa respondentów). Po trzecie, na tle oczekiwań budzi zdziwienie niski odsetek konsultacji onkologicznych – tylko 42% ankietowanych chorych było kiedykolwiek konsultowanych przez onkologa, mimo rozpoznania nowotworu u dużej części badanych. Wreszcie, utrzymuje się niedostateczne wykorzystanie diagnostyki genetycznej: badanie BRCA1/2 wykonano jedynie u 7% respondentów, co sugeruje potrzebę lepszego wdrażania kwalifikacji do badań molekularnych i standaryzacji tej części ścieżki opieki.

Z perspektywy klinicznej coraz wyraźniej widać, że personalizacja leczenia musi wykraczać poza same parametry medyczne. Pacjenci chcą wiedzieć, jak leczenie wpłynie na ich codzienne funkcjonowanie - aktywność zawodową, sprawność fizyczną czy życie rodzinne. Skuteczna onkologia to dziś umiejętność łączenia danych klinicznych z realnymi potrzebami chorego oraz prowadzenia rozmowy, która umożliwia wspólne, świadome podejmowanie decyzji terapeutycznych.

dr Bożena Sikora-Kupis, Klinika Nowotworów Układu Moczowego Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie

Nowoczesne terapie w raku prostaty, w tym terapia radioligandowa (z wykorzystaniem lutetu-177), otwierają nowe możliwości leczenia chorych z zaawansowanym rakiem gruczołu krokowego. W codziennej praktyce klinicznej stanowią realną szansę na wydłużenie życia przy jednoczesnym zachowaniu dobrej jakości życia pacjentów.

Terapia radioligandowa umożliwia selektywne oddziaływanie na komórki nowotworowe, przy jednoczesnym ograniczeniu uszkodzeń zdrowych tkanek, co przekłada się na dobrą tolerancję leczenia.

Warunkiem skutecznego wykorzystania tej terapii jest dostęp do nowoczesnej diagnostyki obrazowej oraz jasno zdefiniowana ścieżka kwalifikacji do leczenia. Równie istotna pozostaje komunikacja – pacjent powinien rozumieć, na czym polega proponowana terapia, jakie są jej cele oraz ograniczenia.

Leczenie z wykorzystaniem terapii radioligandowej, mimo wysokiego zaawansowania technologicznego, powinno być planowane nie tylko na podstawie wyników badań i oceny zaawansowania choroby, lecz także z uwzględnieniem potrzeb pacjenta oraz jego gotowości do świadomego udziału w procesie terapeutycznym.

Krzysztof Jakubiak, redaktor naczelny mZdrowie

Rozmowy z pacjentami z rakiem prostaty bardzo często pokazują, że największym problemem nie jest sama choroba. Wiele osób, które usłyszały diagnozę, ma poczucie osamotnienia, pozostawienia sam na sam z chorobą, zwłaszcza że mężczyźni najczęściej nie lubią rozmawiać o takich sprawach.

Wyniki ankiet Fundacji OnkoCafe potwierdzają to doświadczenie - wielu chorych czuje się zagubionych, niedoinformowanych i zmuszonych do samodzielnego poszukiwania odpowiedzi. Siłą rzeczy źródłem wiedzy - często wątpliwej jakości - staje się internet, czyli przeróżne portale, fora z komentarzami czy - niestety - jakieś miejsca promujące raczej przesady i paranaukowe teorie niż informacje oparte na sprawdzonej wiedzy medycznej. Na szczęście można też dotrzeć do organizacji pacjenckich i grupy wsparcia, które one organizują, a które wypełniają lukę informacyjną i emocjonalną.

Postęp medycyny przynosi coraz skuteczniejsze narzędzia do leczenia pacjentów z rakiem prostaty - to na przykład roboty chirurgiczne, terapie fokalne, nowoczesne leki, coraz dokładniejsza diagnostyka czy metody przetwarzania informacji. Aby pacjent mógł się w tym wszystkim zorientować, zrozumieć swoje położenie i wybrać - bo to przecież pacjent decyduje - optymalną ścieżkę postępowania, potrzebna jest skuteczna komunikacja.

Chorzy potrzebują jasnych informacji, przekazywanych w sposób zrozumiały, a także poczucia, że są partnerami w procesie leczenia. Tylko połączenie nowoczesnej medycyny z rzetelną informacją i wsparciem społecznym sprawi, że pacjent poczuje się podmiotowo. Nie kolejnym "przypadkiem" czy przedmiotem opisanym w diagnozie, ale potraktowany jak człowiek, który czuje, żyje, zajęty jest wieloma sprawami, spełnia różnorodne role i jest otoczony przez wiele innych osób.

Chorobę należy zawsze rozpatrywać w kontekście życia - które nie kończy się przecież w momencie, kiedy usłyszemy diagnozę nowotworu.

Oferujemy wsparcie psychologiczne i psychoonkologiczne dla pacjentów i ich rodzin. Nasze grupy wsparcia pomagają radzić sobie z chorobą, dzieląc się doświadczeniami i emocjami. Pamiętaj, że rak to nie wyrok – razem można pokonać wiele trudności.

Fundacja OnkoCafe - Razem Lepiej

ul. Madalińskiego 50/52 lok. U30, 02-581 Warszawa
tel. 537 888 789, sekretariat@onkocafe.pl

numer KRS 0000504682 | NIP 5213669451

Numer konta Fundacji PKO BP 59 1020 1068 0000 1002 0253 2166

onkocafe.pl • badajbiust.pl • breastfit.onkocafe.pl • prostatahistoria.pl • mundurniezbroya.pl •
onkopomocnik.pl • rozowypatrol.pl • Koalicja Onkozdrowia Kobiet • Hematokoalicja

organizator kampanii



patronat honorowy



patron medialny

mZdrowie.pl

patroni kampanii



projekt wspierają



Johnson&Johnson



onkocafe.pl



prostatahistoria.pl

organizacja
pożytku
publicznego

KRS 0000504682



Każde z działań fundacji możemy prowadzić dzięki wsparciu naszych Darczyńców. Wpłać darowiznę. Pomóż nam pomagać.