

Wybrane aspekty profilaktyki chorób nowotworowych w Polsce. Część I. Czynniki determinujące zachowania profilaktyczne

Selected aspects of cancer prevention in Poland. Part I. Factors determining preventive behavior

JOLANTA GŁADCZUK^{1/}, KATARZYNA MAKSIMOWICZ^{2/}, EWA KLESZCZEWSKA^{1/}

^{1/} Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Edwarda F. Szczepanika w Suwałkach

^{2/} Białostockie Centrum Onkologii

Ważny element działań prozdrowotnych – edukacja – realizowana jest na wielu niezależnych poziomach (dom, przedszkole, szkoła, uczelnia, również gmina, region, kraj). Działania edukacyjne prowadzone są m.in. dlatego że świadomy człowiek/pacjent stosuje profilaktykę i zalecenia, a świadome społeczeństwo, działając w interesie własnym, aktywnie włącza się w działania prozdrowotne. Rozpatrując w ujęciu regionalnym, polskim i Unii Europejskiej ww. zagadnienia, w pracy wydzielono trzy integralne części zbudowane na osi: istota i zakres profilaktyki. Część I – wychodząc od definicji i pojęć podstawowych omawia obecnie realizowane programy przesiewowe oraz wydziela czynniki determinujące zachowania profilaktyczne i prozdrowotne. Część II – profilaktyka prozdrowotna ze szczególnym uwzględnieniem nowotworów piersi pokazuje „Program prozdrowotny na lata 2013–2016”. Regionalne działania kształtowania odpowiednich postaw i zachowań zdrowotnych oraz pobudzenia do działań na rzecz własnego zdrowia wychodzi się w nim ze znajomości specyficznych potrzeb, uzyskanych na drodze badań ankietowych. Część III – wyniki zgłaszalności/skuteczności prowadzonych badań profilaktycznych w województwie podlaskim i jego powiatach na tle Polski zestawia wyniki realizacji Populacyjnego Programu Profilaktyki wynikające z Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych.

W pracy prezentujemy także wyniki obrazujące znaczenie zmian świadomości badań kontrolnych w profilaktyce nowotworów na przykładzie badań studentek z Suwałk, Grodna i Lwowa.

Słowa kluczowe: promocja zdrowia, edukacja, program prozdrowotny, profilaktyka nowotworów

An important element of health promotion – education – is realized on multiple independent levels (house, kindergarten, school, university, municipality, region, country). Educational activities are conducted, inter alia, because an informed person/patient applies prophylaxis and health recommendations, and an informed society, acting in their own interests is actively involved in health-related activities. Considering those issues in regional, Polish, and the EU terms, the article was divided into three integral parts built on the axis: the nature and extent of prevention. Part I, starting from the basic definitions and concepts, discusses currently realized screening programs and indicates factors determining preventive and health-promoting behaviors. Part II, Health promotion with a particular focus on breast cancer is implemented under the “Health Promotion Program for 2013-2016”. Regional activities shaping appropriate attitudes and health behaviors and stimulating health-oriented activities are prepared according to the knowledge of specific needs, obtained through surveys. Part III. The results of the reportability/effectiveness of preventive examinations in the Podlaskie voivodeship and its counties against Poland-wide results compile the results of implementation of the Population Program for Prevention under the National Program Against Cancer.

This paper presents the results showing the importance of the changes in the awareness of the importance of cancer prevention examinations in cancer prevention research on the example of students from Suwałki, Grodno and Lwiv.

Key words: health promotion, education, health promotion program, cancer prevention

© Hygeia Public Health 2015, 50(2): 266-271

www.h-ph.pl

Nadesłano: 14.06.2015

Zakwalifikowano do druku: 21.06.2015

Adres do korespondencji / Address for correspondence

dr hab. n. o zdr. Ewa Kleszczewska

Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. prof. Edwarda F. Szczepanika w Suwałkach

ul. Noniewicza 10, 16-400 Suwałki

tel. 87 56 28 432, e-mail: kleszczewska.ewa@gmail.com

Wstęp

Profilaktyka jest w różny sposób definiowana. Możemy stwierdzić, że jest to podtrzymywanie i wzmacnianie zdrowia ludzkiego oraz zapewnienie naturalnych układów środowiska. Nie jest to postępowanie, które pojawiło się współcześnie. W Starożytności

opisywane były działania kapłanów noszące znamiona zapobiegania różnym niekorzystnym zjawiskom zdrowotnym, a w Starym Testamencie znajdują się zapiski dotyczące postępowania profilaktycznego. Hipokrates przedstawił liczne wskazania działań profilaktycznych; były one propagowane także w Babilonii, Asyrii

i państwach hetyckich. W XVIII w. profilaktyka stała się przedmiotem badań naukowych, w XIX w. otrzymała regulacje prawne.

Kwestie dotyczące profilaktyki są obecnie uregulowane w wielu aktach prawnych, zarówno rangi ustawowej, jak i w przepisach wykonawczych. Najważniejszy z obecnie uzgadnianych to projekt Ustawy z dnia 2015 r. o zdrowiu publicznym [15]. W paragrafie drugim definiuje zadania: „1) monitorowanie i ocena stanu zdrowia, jego zagrożeń oraz jakości życia związanej ze zdrowiem społeczeństwa; 2) edukacja zdrowotna dostosowana do potrzeb różnych grup społeczeństwa, w tym zwłaszcza dzieci i młodzieży; 3) opracowywanie, wdrażanie i ewaluacja programów promocji zdrowia, aktywizujących obywateli i społeczności do dbałości o zdrowie; 4) opracowywanie, wdrażanie i ewaluacja programów profilaktyki, uwzględniających rozpoznane indywidualne i zbiorowe potrzeby zdrowotne w tym zakresie; 5) działania w celu rozpoznawania, liniowania lub ograniczenia nierówności w zdrowiu wynikających z uwarunkowań społeczno-ekonomicznych oraz zagrożeń dla zdrowia fizycznego i psychicznego w środowisku zamieszkania, nauki, pracy i rekreacji; 6) analiza adekwatności i efektywności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa; 7) inicjowanie i prowadzenie badań naukowych oraz współpracy międzynarodowej w zakresie zdrowia publicznego; 8) rozwój kadr uczestniczących w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego”.

Zasadniczym celem profilaktyki jest nadal osiągnięcie przez ludzkość takiego poziomu zdrowia, który pozwoli na prowadzenie życia wydajnego pod względem społecznym i ekonomicznym [1, 13].

W zależności od charakteru profilaktyki możemy wyróżnić następujące jej rodzaje:

- profilaktyka wczesna – jej cel to przekazywanie aktualnych wzorców życia ludzi oraz odrzucania tych, które są niekorzystne dla życia jednostki,
- profilaktyka pierwotna – stanowią je wszelkiego typu działania zmierzające do obniżenia częstotliwości i ryzyka zachorowania,
- profilaktyka pośrednia – zespół działań ograniczających rozprzestrzenianie się i spowodowanie skrócenia czasu trwania choroby,
- profilaktyka wtórna – działania powodujące zmniejszenie liczby osób z przewlekłą niezdolnością do pracy.

Biorąc po uwagę możliwość zastosowania profilaktyki [1-3, 13] w momencie powstania choroby, aby zapobiegać dalszym negatywnym konsekwencjom, wydzielono:

- profilaktykę pierwszej fazy – działania swoiste (wszelkiego typu działania profilaktyczne, np.

szczepienia ochronne) i nieswoiste (np. promowanie postaw prozdrowotnych) zapobiegające chorobom – stosowane u ludzi zdrowych,

- profilaktykę drugiej fazy – zapobieganie rozwojowi choroby dzięki wczesnemu jej rozpoznaniu i podjęciu skutecznego leczenia – wykorzystywane wobec osób z grupy ryzyka danej choroby,
- profilaktykę trzeciej fazy – zapobieganie niepożądanym konsekwencjom choroby i ich utrwaleniu się przez rehabilitację i resocjalizację – działania te dotyczą osób chorych i mają na celu ograniczenie negatywnych konsekwencji choroby.

Badania przesiewowe

Wiadomo, że profilaktyka jest skuteczniejsza i bardziej korzystna z punktu widzenia ekonomicznego niż leczenie. Dlatego każdy człowiek powinien tak kierować swoim życiem aby zapobiegać rozwojowi choroby, a jeśli ona powstanie to jak najszybciej wykryć w początkowym stadium rozwoju i skutecznie leczyć. Dlatego opracowano ideę programów badań skriningowych (przesiewowych). Skrining obejmuje część społeczeństwa, które posiada największe prawdopodobieństwo zachorowania na daną chorobę i służy do wczesnego jej wykrywania w czasie, gdy dane schorzenie nie daje jeszcze objawów. Badanie przesiewowe, aby było akceptowalne przez pacjenta i cechowało się dużą zgłaszalnością powinno być proste, bezbolesne, nieinwazyjne i akceptowane przez badanego jak i badającego [3].

Modele badań przesiewowych mają zróżnicowany charakter. Możemy wyróżnić [1, 5]: badania przesiewowe (*screening*) – obejmujące całą populację; badania przesiewowe wielokierunkowe – polegające na stosowaniu w badanej populacji testów diagnostycznych wykrywających różne cechy; badanie przesiewowe celowane – obejmuje ono osoby narażone na czynniki szkodliwe; badania przesiewowe przypadkowe (okazjonalne, oportunistyczne) – obejmujące osoby zgłaszające się do placówek służby zdrowia oraz osoby hospitalizowane z innych powodów. Pośród programów przesiewowych największą część stanowią te skierowane na wczesne wykrywanie chorób nowotworowych. Dlatego też skrining onkologiczny [3] powinien cechować się dużą swoistością, czyli identyfikowaniem osób zdrowych (prawdopodobieństwo wyniku ujemnego osób zdrowych) oraz wysoką czułością tj. zdolnością w kierunku wykrywania nowotworów (prawdopodobieństwo wyniku dodatniego osób chorych).

Skrining powinien przebiegać w postaci dużych programów o charakterze narodowym [3]. Prawidłowość i efektywność programu przesiewowego zależna jest od jego populacyjnego charakteru, czyli odniesienia do określonej populacji badanych, a także związku

z rejestrem nowotworów oraz sposobu prowadzenia, który powinien być zgodny z wytycznymi [11]. Skuteczność programu zależy także od rzetelności wykonywanych badań oraz świadczeń medycznych, aby odzwierciedlały rzeczywisty obraz stanu osoby badanej.

Naszym zdaniem w celu zwiększenia skuteczności profilaktyki pierwotnej i wtórnej należy wprowadzić rozbudowany program edukacyjny skierowany do grona osób związanych z szeroko rozumianą branżą medyczną. Interdyscyplinarna współpraca środowiska medycznego oraz kształcenie studentów powinno wpłynąć na poprawę sytuacji zdrowotnej naszego społeczeństwa, głównie w zakresie chorób nowotworowych. Powinna być prowadzona ciągła modyfikacja programów kształcenia studentów (w tym również pielęgniarek, położnych, ratowników medycznych) w obszarze onkologii z większym uwzględnieniem medycyny prewencyjnej. Niezmiernie istotny jest także aspekt wdrażania programów edukacyjnych skierowanych do poszczególnych grup ryzyka [4] oraz innych grup, zwłaszcza tych budujących społeczność wzajemnego wsparcia, wymiany doświadczeń i twórczych prezentacji.

Rodzaje badań przesiewowych

Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi (mammografia), adresowany jest do kobiet w wieku 50-69 lat spełniających jedno z kryteriów: nie miały one wykonywanej mammografii w ciągu ostatnich dwóch lat, otrzymały w ramach programu profilaktyki raka piersi pisemne wskazania do wykonania ponownej mammografii po 12 miesiącach z powodu obciążenia czynnikami ryzyka. Te czynniki to: rak piersi wśród członków rodziny (matka, siostra, córka); mutacja w obrębie genów BRCA1 lub BRCA2; nie miały wcześniej stwierdzonej zmian nowotworowej piersi o charakterze złośliwym. Program ten jest integralną częścią powołanego w 2006 roku Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych, który został powołany jako ustawa [11]. Kolejny to – Program profilaktyki raka szyjki macicy, który skierowany jest do kobiet w wieku 25-59 lat, które nie miały wykonanej cytologii w ciągu ostatnich trzech lat; obciążonych czynnikami ryzyka (zakażonych wirusem HIV, przyjmujących leki immunosupresyjne, zakażonych HPV – typem wysokiego ryzyka), które nie miały wykonanej cytologii w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Kobiety, które były leczone z powodu nowotworu złośliwego szyjki macicy, po zakończeniu kontroli onkologicznej ponownie zostają objęte skринingiem cytologicznym po decyzji lekarza prowadzącego leczenie onkologiczne.

Początki zorganizowanego ogólnopolskiego programu przesiewowego w kierunku stanów przedrakowych i raka szyjki macicy sięgają w Polsce 2004 roku.

Natomiast aktywny (imiennie zaproszenia wysyłane pocztą) zorganizowany i skoordynowany program profilaktyczny rozpoczął się w 2006 r. [4].

Program profilaktyki gruźlicy – adresowany jest do osób powyżej 18 r.ż., które nie miały w dotychczasowym wywiadzie rozpoznanej gruźlicy, a w szczególności miały bezpośredni kontakt z osobami z już rozpoznaną gruźlicą; mają trudne warunki życiowe, mogące znacząco wpłynąć na wystąpienie choroby (osoby niepełnosprawne, obciążone długotrwałą chorobą, obciążone problemem alkoholowym i narkomanią, bezdomne, długotrwale bezrobotne).

Program badań prenatalnych – adresowany jest do kobiet w ciąży, które spełniają co najmniej jedno z kryteriów: wiek powyżej 35 lat; wystąpienie w poprzedniej ciąży aberracji chromosomalnej płodu lub dziecka; stwierdzenie aberracji chromosomowych u ciężarnej lub u ojca dziecka; znacznie zwiększone ryzyko urodzenia dziecka dotkniętego chorobą uwarunkowaną monogenetycznie lub wieloczynnikową; stwierdzenie w czasie ciąży nieprawidłowego wyniku badania USG lub badań biochemicznych wskazujących na zwiększone ryzyko aberracji chromosomowej lub wady płodu.

Program profilaktyki chorób układu krążenia – adresowany jest do osób, które mają 35, 40, 45, 50 lub 55 lat; złożyły deklaracje wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej; u których nie została dotychczas rozpoznana choroba układu krążenia i które w okresie ostatnich pięciu lat nie korzystały ze świadczeń udzielanych w ramach profilaktyki chorób układu krążenia, obciążonych występującymi czynnikami ryzyka: nadciśnienie tętnicze krwi; podwyższone stężenie we krwi cholesterolu całkowitego, LDL – cholesterolu, trójglicerydów i niskie stężenie HDL – cholesterolu; palenie tytoniu; niska aktywność ruchowa; nadwaga i otyłość; upośledzona tolerancja glukozy; wzrost stężenia fibrynogenu; wzrost stężenia kwasu moczowego; nadmierny stres; nieracjonalne odżywianie; płeć męska oraz obciążenia genetyczne.

Program profilaktyki chorób odtyniowych (w tym POChP) – etap podstawowy adresowany jest do osób powyżej 18 r.ż. palących papierosy, w tym w zakresie diagnostyki POChP – do kobiet i mężczyzn pomiędzy 40. a 65. rokiem życia, którzy nie mieli wykonywanych badań spirometrycznych w ramach programu profilaktyki POChP w ciągu ostatnich trzech lat, u których nie zdiagnozowano wcześniej, w sposób potwierdzony badaniem spirometrycznym, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, przewlekłego zapalenia oskrzeli lub rozedmy. Etap specjalistyczny adresowany jest do osób uzależnionych od palenia tytoniu, skierowanych z etapu podstawowego programu realizowanego przez lekarza POZ lub z oddziału szpitalnego oraz zgłaszających się bez skierowania [14].

Powyższe programy są rekomendowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia na terenie całego kraju, również w oddziale podlaskim. Istnieją także inne programy, których realizacja jest rozważana. Program przesiewowy w zakresie wykrywalności raka jelita grubego we wczesnej fazie bezobjawowej istnieje od 2000 roku. Jest on skierowany zarówno do kobiet jak i mężczyzn po 50 roku życia. W ramach tego skriningu raz na 10 lat wykonuje się kolonoskopię i raz na 2 lata test na krew utajoną w kale. Pomimo wykazanej skuteczności tych badań w zakresie wczesnej wykrywalności raka jelita grubego większa część mieszkańców kraju nie została objęta tymi badaniami, a niestety istnieje tendencja wzrostowa zachorowań na to schorzenie zarówno wśród mężczyzn jak i kobiet, a tylko u około 30% chorych schorzenie to jest wykrywane na wczesnym etapie rozwoju [6].

W przypadku raka gruczołu krokowego wykonywanie badań przesiewowych jest kontrowersyjne. Skrining pozwala na wczesne wykrycie tego schorzenia, ale brak dowodów, aby spowodowało to zmniejszenie śmiertelności. Istnieje też ryzyko wystąpienia niepotrzebnego i nadmiernego leczenia. Rozważa się możliwość wykonywania tych badań, polegających na seryjnym oznaczeniu antygenu swoistego dla gruczołu krokowego (PSA) w surowicy, u mężczyzn o przewidywanym czasie dalszego życia powyżej 10 lat [2].

Mając na uwadze korzyści płynące z profilaktyki w PWSZ w Suwałkach elementy programów krajowych włączono w „Program Prozdrowotny na lata 2013-2016”. Cele ogólne programu zdefiniowano jako: upowszechnianie zasad profilaktyki prozdrowotnej, wdrażanie do przestrzegania higieny życia codziennego, zapoznanie z zasadami bezpieczeństwa, uświadomienie związku pomiędzy stylem życia, a zdrowiem fizycznym i psychicznym, poznanie zagrożeń związanych z postępowaniem cywilizacji, uświadomienie wpływu zanieczyszczenia środowiska na nasze zdrowie, promowanie zdrowego stylu życia i aktywnych form spędzania wolnego czasu, uświadomienie własnej odpowiedzialności za ochronę swojego zdrowia, wyrabianie poczucia własnej wartości i kształtowanie asertywnych zachowań, pobudzanie do podejmowania odpowiedzialnych wyborów, integracja młodzieży poprzez podejmowanie wspólnych działań na rzecz ochrony naszego zdrowia. Program opracowany przez Instytut Ochrony Zdrowia PWSZ w Suwałkach to plan określonych działań edukacyjno-zdrowotnych przeprowadzonych w ustalonym porządku i czasie, w stosunku do wybranej grupy odbiorców tj. studentów i pracowników (łącznie ponad 2 tysiące osób), na podstawie zdefiniowanego problemu zdrowotnego (o zasięgu lokalnym, a ze względu na unikatowe położenie Suwałk – także międzynarodowym). Wiemy, że informowanie społeczeństwa jest ważne, jednak rzad-

ko wystarcza, żeby skłonić odbiorców do prowadzenia zdrowszego stylu życia. Działania te mogą jednak okazać się szczególnie skuteczne w miejscach, w których młodzi ludzie spędzają dużo czasu, takim miejscem jest właśnie uczelnia. „Program Prozdrowotny na lata 2013-2016” to program prewencji pierwotnej, który obejmuje działania zmierzające do wyeliminowania bądź ograniczenia środowiskowych czynników ryzyka związanych z: paleniem tytoniu, piciem alkoholu, niewłaściwym odżywianiem, otyłością i brakiem aktywności fizycznej oraz wzrostem procentowym udziału studentów i pracowników w badaniach kontrolnych i profilaktycznych rekomendowanych przez NFZ. Program jest realizowany poprzez: edukację środowiska, działania interwencyjne, rozwój bazy rekreacyjnej – gwarantującej warunki dla aktywności fizycznej, monitorowanie stanu zagrożeń regionalnych – a ze względów położenia, także międzynarodowych, dotyczących nowotworów złośliwych i czynników ryzyka oraz coroczne monitorowanie skuteczności programów prewencyjnych (w tym także badania zmian świadomości, zachowań prozdrowotnych).

Podkreślmy: wszystkie działania realizowanych w Polsce programów są spójne z programami profilaktycznymi prowadzonymi już znacznie wcześniej na terenie krajów europejskich. UE od połowy lat 90. XX wieku wprowadziła stosowne programy profilaktyczne w celu uzyskania poprawy i utrzymania stanu zdrowia społeczeństwa. „W latach 1995-1999 został wdrożony program dotyczący nowotworów złośliwych, AIDS i chorób zakaźnych w latach 1996-2000, promocji zdrowia (1995-1999), monitoringu zdrowia (1997-2001), wypadków i urazów (1999-2003), chorób występujących rzadko, tj. <5/10 000 (1999-2003) oraz chorób związanych z zanieczyszczeniami środowiska (1999-2003)” [7].

Skuteczność programów skriningowych populacyjnych jest niewątpliwa. Dowodem na to może być fakt, że Finlandia jest krajem europejskim, w którym notuje się najmniejszą zachorowalność na raka szyjki macicy. Wprowadzony tam skrining populacyjny, który jest organizowany na szczeblu krajowym, skierowany do kobiet w przedziale wiekowym 30-60 lat. Kobiety co pięć lat dostają imienne zaproszenie na badania, zgodnie z krajowym rejestrem. Zgłaszalność sięga 93%, wymazy pobierają położne lub pielęgniarki. Tak szeroko zakrojona akcja zapewne skutkuje umiarnością z powodu raka szyjki macicy na poziomie 1,7 na 100 tysięcy. Także w Anglii prowadzone badania w postaci skriningu populacyjnego koordynowane są na szczeblu krajowym. Skrining obejmuje kobiety w wieku 25-64 lata i dotyczy badań w przedziale wiekowym 25-49 lat co 3 lata, a w przedziale wiekowym 50-64 lata co 5 lat. Badania pobierane są przez lekarzy rodzinnych (są oni premiowani w zależności od zgłaszalności kobiet

którymi się opiekują) oraz położne. Zgłaszalność na badania wynosi 80%, a zachorowalność kobiet sięga 2,8 na 100 tysięcy. Inne kraje europejskie, jak Islandia, Dania, Szwecja, Norwegia, Belgia, Holandia, Węgry, Litwa i Słowenia również wdrażają narodowe programy profilaktyczne. Natomiast w Niemczech istnieje skrining okazjonalny obejmujący kobiety w wieku 20-70 lat, które po otrzymaniu karty w ubezpieczalni mogą raz w roku wykonać bezpłatne badanie cytologiczne. Wymaz pobiera ginekolog, zgłaszalność kobiet wynosi 50% a zachorowalność 13 na 100 tysięcy, natomiast śmiertelność 4,4 na 100 tysięcy. Taki sam system profilaktyki stosowany jest w Austrii, Portugalii, Grecji, Włoszech, Francji, Rumunii i Hiszpanii [5]. Jak widać z analizy zachorowalności i zgłaszalności kobiet na badania znacznie lepsze efekty przynosi skrining populacyjny i gdy jest szerszy zakres osób uprawnionych do wykonywania badań. Również w Polsce dzięki wprowadzeniu Programu Profilaktyki Raka Piersi dominujące wśród kobiet nowotwory od początku dekady wykazują plateau umieralności przy wzroście zachorowalności [7].

Czynniki determinujące zachowania profilaktyczne

Analizując dostępną literaturę [7-8, 10, 11] oraz wyniki raportów [16] możemy odnaleźć różną argumentację i przyczyny, dlaczego Polacy nie wykonują badań profilaktycznych. Oto przykłady:

- „brak zainteresowania oraz zaangażowania populacji w dbałość o własne zdrowie”,
- odkładanie badań na później, brak zainteresowania badaniami, bagatelizowanie problemu ze względu na poczucie, że ten problem danej osoby nie dotyczy,
- brak wiary, że wczesne wykrycie i rozpoznanie zmiany chorobowej może uratować życie, może pomóc uciec od bólu, cierpienia i tragedii rodzinnych,
- udanie się na badanie ginekologiczne jest traktowane przez wiele kobiet jako przymus z którego czują się zwolnione, gdy nie odczuwają niepokojących objawów, lub zasłaniają się brakiem wolnego czasu,
- skrepowanie podczas badania, lub obawa wykrycia choroby jako czynnik powstrzymujący przed pójściem na badanie,
- zbyt niskie poczucie świadomości zagrożenia zdrowia oraz życia,
- brak traktowania zdrowia jako dobra, za które odpowiada sam posiadacz,
- posiadanie poczucia zdrowia,
- upośledzenie funkcji narządu słuchu (jego znaczna utrata) powoduje, zaburzenie przekazu w relacji

pacjentka – lekarz i odwrotnie, co zniechęca kobiety niesłyszące do wykonywania badań przesiewowych,

- strach wywołany stereotypami funkcjonującymi w społeczeństwie (np. „nie bada się, bo myśli, że jest zdrowa; bała się diagnozy; lepiej nie wiedzieć; lepiej nie wywoływać wilka z lasu; lepiej nie ruszać”), jak również strach przed zdiagnozowaniem raka i przekonanie o bolesności badania,
- mała zgłaszalność z powodu trudnej sytuacji materialnej badanych i trudności z dojazdem wywołanych dużą odległością od miejsca, gdzie te badania są wykonywane,
- poczucie złej organizacji badań, brak komfortu, czy ból fizyczny. Zastrzeżenia dotyczące kompetencji lekarzy, sposobu traktowania i sprawności wykorzystywanego sprzętu. Brak określenia konkretnej godziny wizyty, i co za tym zapewne idzie długi czas oczekiwania na badanie,
- pełnienie przez kobietę tradycyjnych ról kobiecych w rodzinie, ale także męskich (utrzymanie rodziny) powodujące, że kobietom trudno jest znaleźć czas na profilaktykę.

Profilaktyka to nie tylko tworzenie programów, wyznaczanie zachowań prozdrowotnych, ale przede wszystkim kształtowanie indywidualnego poczucia odpowiedzialności jednostki za realizację wytycznych przeciwdziałania i minimalizowania skutków choroby [8].

Co zrobić, aby Polacy częściej wykonywali badania profilaktyczne?

Aby poprawić zgłaszalność Polaków na badania należy stworzyć przyjazne pacjentowi warunki wykonania badania, aby osoba zgłaszająca się nie miała poczucia, że jest intruzem, ale długo oczekiwanym gościem. Istotne jest też pierwsze wrażenie odczuwalne podczas wizyty związanej z badaniem (szczególnie tym nie przyjemnym), jeśli będzie ono dobre to jest duża szansa, że osoba zgłosi się po raz kolejny w wyznaczonym terminie. Należy również zwrócić uwagę na poziom świadomości kobiet w zakresie udziału w populacyjnych programach przesiewowych, ponieważ są to zdecydowanie działania dające możliwość podjęcia wczesnego leczenia i co za tym idzie całkowitego wyleczenia [7]. Aby zwiększyć odsetek kobiet niesłyszących w zakresie udziału w badaniach profilaktycznych należałoby wdrożyć zmiany w zakresie opieki, sposobu prowadzenia profilaktyki oraz pogłębiania wiedzy w środowisku osób niesłyszących. Także prowadzenie profilaktyki w języku migowym bezpośrednio w środowisku niesłyszących przez osoby do tego uprawnione. Nauczanie języka migowego wśród potencjalnych przyszłych pracowników

służby zdrowia [9]. Istnieją uczelnie, w tym PWSZ w Suwałkach, gdzie na kierunku Pielęgniarstwo, czy Ratownictwo medyczne, prowadzone jest nauczanie języka migowego, co w znacznym stopniu przyczyni się do zwiększenia kontaktów w środowisku osób niesłyszących lub słabo słyszących. Należy zwracać uwagę na standardowe myślenie, gdyż znaczna część badanych „(39%) nie obawia się raka piersi, bo nie jest w grupie ryzyka, 28% wierzy, że na raka piersi chorują tylko kobiety obciążone genetycznie, co czwarta uważa, że mammografia i USG mogą wywołać raka piersi”. Te dane wskazują, że należy połączyć badania profilaktyczne z pozytywnymi emocjami, co powinno zwiększyć zgłaszalność na badania, ponieważ kobiety, które nie zgłaszają się na badania mówią o strachu, zagrożeniu oraz niepokoju. Natomiast zgłaszające się na badania przejawiają pogląd, że badania to szansa, spokój, radość i nadzieja [10, 16].

Należy też zwrócić uwagę na prowadzenie regularnych kontroli wśród świadczeniodawców pod względem doświadczenia kadry prowadzącej badania, jakości sprzętu i upublicznienia tych wyników. Określenie konkretnej godziny badania w danym wyznaczonym terminie [10]. W obecnym społeczeństwie zdominowanym przez przekazy medialne wskazujące, „że dbałość o zdrowie może prowadzić do zapewnienia sobie atrakcyjności. W cywilizacji, która kult młodości i kult pięknego ciała eksponuje jako wartość szczególną, kobiety decydują się na działania profilaktyczne głównie z myślą o urodzie lub ze strachu przed jej utratą. Niepewne swojej atrakcyjności, a więc i wartości, poddają się zatem estetycznym wzorcom narzuconym przez społeczeństwo.” Pozytywne aspekty psychologiczne skriningu raka piersi – kobiety wykonujące mammografię nabierają przekonania, że są „kobietami nowoczesnym”, dbającymi o zdrowie [11].

Piśmiennictwo / References

1. Nowacka A, Dmoch-Gajzlerska E. Zastosowanie badań przesiewowych w profilaktyce nowotworów. *Położ Nauk Prakt* 2012, 4(20): 12-15.
2. Krawczyk J, Kraj L, Świeboda-Sadlej A. Profilaktyka nowotworów. *Med Dypł* 2012: 85-86.
3. Szkiela M, Worach-Kardas H, Marcinowski JT. Nowotwór złośliwy piersi – epidemiologia, czynniki ryzyka, znaczenie profilaktyki pierwotnej i wtórnej. *Probl Hig Epidemiol* 2014, 95(2): 292-302.
4. Nowakowski A, Jackowska T, Oszukowski PJ, Radowski S, Wysocki J, Zatoński W. Profilaktyka raka szyjki macicy – problem interdyscyplinarny. Czy i jak możemy poprawić sytuację w Polsce? *Pediatr Pol* 2013, 88: 340-346.
5. Szwec K. Skrining cytologiczny – potrzebny czy zbędny w profilaktyce raka szyjki macicy? *Położ Nauk Prakt* 2013, 1(21): 12-18.
6. Gryś AA, Czarnecka J, Sienkiewicz Z, Krupienicz A. Wiedza mieszkańców województwa świętokrzyskiego na temat raka jelita grubego. *Pielęg Pol* 2013, 1(47): 23-27.
7. Kurpas D. Dostępność do badań profilaktycznych – rozwiązania w UE. *Family Med E Primary Care Rev* 2011, 13(1): 75-79.
8. Bojakowska U, Kalinowski P, Kowalska ME. Ocena skuteczności populacyjnego programu wczesnego wykrywania raka piersi wśród kobiet w Polsce. *Pielęg Pol* 2013, 1(47): 18-22.
9. Nowotny K, Otremba I. Skuteczność profilaktyki wśród pacjentek niesłyszących. *Mag Pielęg Położ* 2012, 3: 34-35.
10. Dyzmann-Sroka A, Trojanowski M. Dlaczego Polki nie robią badań profilaktycznych? *Now Lek* 2012, 81(3): 258-264.
11. Silska J. Diagnostyka zachowań prozdrowotnych w aspekcie profilaktyki raka piersi u kobiet zdrowych. Rozprawa doktorska; promotor: Głowacka MD. Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniw Med im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2012: 7-26.
12. Woynarowska B. Edukacja zdrowotna – podręcznik akademicki. Wyd Nauk PWN, Warszawa 2008.
13. Andruszkiewicz A, Banaszekiewicz M. Promocja zdrowia – dla studentów studiów licencjackich kierunku pielęgniarstwo i położnictwo. Tom I. Teoretyczne podstawy promocji zdrowia. Czelej, Lublin 2008.
14. www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/programy-profilaktyczne/ (dostęp 22.04.2015).
15. www.bip.mz.gov.pl/legislacja/projekty/projekt-ustawy-o-zdrowiu-publicznym (dostęp 9.06.2015).
16. www.bi.gazeta.pl/RAPORT-CYTOLOGIA.pdf (dostęp 9.06.2015).