

**Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu**



Jolanta Sielska

**Diagnoza zachowań prozdrowotnych w aspekcie
profilaktyki raka piersi u kobiet zdrowych**

Rozprawa doktorska napisana
pod kierunkiem
dr hab. Marii Danuty Głowackiej

Poznań 2012

Wykaz skrótów:

- COK _ Centralny Ośrodek Koordynujący Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi
- NFZ _ Narodowy Fundusz Zdrowia
- UMWW _ Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego
- WOK _ Wojewódzki Ośrodek Koordynujący Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi
- WOW NFZ _ Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

Spis treści

Wykaz skrótów	1
Wprowadzenie	4

Rozdział I

Język problemu w literaturze przedmiotu

1.1. Profilaktyka pierwotna i wtórna raka piersi	7
1.1.1. Legislacyjne uwarunkowania profilaktyki raka piersi w Polsce	9
1.1.2. Epidemiologia raka piersi – wybrane zagadnienia	11
1.2. Zachowania prozdrowotne kobiet w okresie menopauzy	19
1.2.1. Czynniki determinujące działania profilaktyczne kobiet	20
1.2.2. Preferowane zachowania prewencyjne w świetle badań – rytm badań kontrolnych i testów	21
1.3. Zdrowotna świadomość kobiety a zachowania prozdrowotne jej bliskich	23
1.3.1. Kształtowanie zdrowego stylu życia u dzieci	23
1.3.2. Rodzina jako środowisko sprzyjające zdrowiu	24
1.4. Społeczne uwarunkowania zachowań prozdrowotnych	26
1.5. Zjawisko estetycznej dyskryminacji	26

Rozdział II

Metodologiczne podstawy badań własnych

2.1. Problemy badawcze	29
2.1.1. Problemy dotyczące wartości zmiennych	29
2.1.2. Problemy dotyczące zależności między zmiennymi	29
2.1.3. Definicje i struktura zmiennych	30
2.2. Hipotezy badawcze	30
2.3. Metody badawcze	31
2.4. Przebieg badań	33
2.4.1. Dobór i charakterystyka badanej grupy	33

Rozdział III

Analiza działań prewencyjnych prowadzonych w Wielkopolsce

3.1	Etap podstawowy oraz etap pogłębionej diagnostyki Programu Profilaktyki Raka Piersi finansowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia	39
-----	--	----

3.1.1.	Zasady tworzenia profilaktyki chorób nowotworowych	39
3.1.2.	Nakłady Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia na Program Profilaktyki Raka Piersi w latach 2006-2011 oraz jego realizacja	41
3.1.3.	Założenia i finansowanie działań informacyjnych w ramach realizacji programu „Populacyjny program wczesnego wykrywania raka piersi”	46
3.2.	Działania Wojewódzkiego Ośrodka Koordynującego Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi	52
3.3.	Program profilaktyki raka piersi oraz program profilaktyki edukacji zdrowotnej realizowane przez samorząd Województwa Wielkopolskiego w latach 2001- 2011	54
3.3.1.	Cele programu i populacja objęta badaniami	55
3.3.2.	Analiza: uzyskane wyniki badań, odsetek wyników nieprawidłowych w stosunku do ogólnej liczby badań	61
Rozdział IV		
Wyniki badań		
4.1.	Socjodemograficzne różnice w badanej grupie	64
4.2.	Różnice w badanej grupie związane z wiekiem	64
4.3.	Różnice w badanej grupie związane z wykształceniem	71
4.4.	Różnice w badanej grupie związane z sytuacją materialną	73
4.5.	Dyskusja	78
4.6.	Wnioski	91
	Piśmiennictwo	94
	Streszczenie	106
	Summary	108
	Spis tabel, wykresów i map	110
	Załączniki	112

Wprowadzenie

Choroby nowotworowe są drugą przyczyną zgonów w Polsce, co – według opinii ekspertów zaangażowanych w prace nad projektem Narodowego Program Zdrowia na lata 2007- 2015, wynika przede wszystkim z faktu późnego ich wykrywania i niskiej skuteczności ich leczenia¹.

Częstość występowania nowotworów związana jest z wiekiem. Biorąc pod uwagę populację kobiet, najczęściej zachorowań notuje się w przedziale wiekowym 50-79 lat. W roku 2009 najczęściej rejestrowanym nowotworem u kobiet był nowotwór złośliwy piersi (22,8%)². Z uwagi na fakt, że silnym czynnikiem ryzyka w wielu nowotworach jest wiek, prognozuje się dalszy wzrost zagrożenia chorobami nowotworowymi, w tym również wzrost zachorowalności na raka piersi. Prognozy dotyczące Polski na rok 2015 mówią o ok. 17 tys. zachorowań rocznie³. O przewidywanym wzroście natężenia zgonów wśród kobiet, w szczególności między 50. a 60. rokiem życia, informują też badania Głównego Urzędu Statystycznego⁴.

Zachorowalność na raka piersi w Wielkopolsce należy do najwyższych w kraju⁵. Trendy demograficzne oraz dane wskazujące, że ponad 79% przypadków tego nowotworu w Wielkopolsce rozpoznanych zostało u kobiet po 50. roku pozwalają prognozować wzrost liczby nowych zachorowań na raka piersi w kolejnych latach⁶.

Stosowaną powszechnie metodą wykrywania choroby we wczesnym stadium zaawansowania jest badanie mammograficzne, wykonywane u kobiet, które nie wykazują objawów klinicznych. Udowodniono, że wieloletnie badania o charakterze populacyjnym mogą doprowadzić do zmniejszenia śmiertelności z powodu raka piersi aż o 25%⁷.

¹ Narodowy Program Zdrowia na lata 2007 - 2015, załącznik do uchwały nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r , [www.mz.gov.pl], data odczytu: 12.06.2010].

² J. Didkowska, U. Wojciechowska, W. Zatoński, *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2009 roku*, Warszawa 2011, s. 13-17.

³ J. Didkowska, *Wskaźniki zdrowotne chorób nowotworowych w Polsce na tle Europy*, „Onkologia w Praktyce Klinicznej” 2010, s. 24-27.

⁴ Prognoza Ludności Polski na lata 2008-2035, Główny Urząd Statystyczny Departament Badań Demograficznych, [www.stat.gov.pl], data odczytu: 20.01.2011, 8-9].

⁵ A. Dyzmann-Sroka, W. Myślińska, W. Olenderczyk, A. Plucińska: *Nowotwory złośliwe w Wielkopolsce w 2008 roku*, Biuletyn nr 7, [www.wco.pl], data odczytu: 20.02.2012, s. 25].

⁶ Dyzmann-Sroka A., Myślińska W., Olenderczyk W., Plucińska A., M. Rymarczyk-Wciorko, B. Szczęch, M. Trojanowski, T. Wosicka: *Nowotwory złośliwe w Wielkopolsce w 2008 roku*, Biuletyn nr 7, Wielkopolskie Centrum Onkologii, Poznań 2010, s. 54-55.

⁷ Programy ochrony zdrowia publicznego, mogące zapobiegać rozwojowi nowotworów lub zwiększać szanse ich wyleczenia, (w:) W. Zatoński (red.), *Europejski kodeks walki z rakiem*, Warszawa 2003, s. 80-82.

W Polsce instytucjami, które mają w swoich kompetencjach informowanie oraz zachęcanie kobiet do korzystania ze skryningu mammograficznego są: Narodowy Fundusz Zdrowia oraz Centralny Ośrodek Koordynujący Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi i 16 ośrodków wojewódzkich. Do aktywności w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki ustawowo zobowiązane są też samorzady. Pomimo kampanii informacyjnych obejmujących swoim zasięgiem cały kraj i licznych akcji o charakterze lokalnym, od lat poważny problem stanowi niski udział kobiet w programie przesiewowym w kierunku raka piersi. Według danych Centralnego Ośrodka Koordynującego Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi, z badań korzysta tylko 35% uprawnionych⁸.

Konieczne są więc dalsze działania, skupiające się nie tylko na informowaniu o możliwości skorzystania z badań, ale też poprawiające stan wiedzy kobiet na temat profilaktyki raka piersi, a w dalszej perspektywie, zmieniające mentalność kobiet.

Impulsem do podjęcia badań było bezpośrednie zaangażowanie w przygotowywanie oraz ewaluację programów profilaktycznych realizowanych przez Departament Ochrony Zdrowia i Przeciwdziałania Uzależnieniom Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego, a w dalszych latach projektowanie i wdrażanie działań informacyjnych z zakresu profilaktyki raka piersi w ramach zadań Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

Niniejsza praca składa się z dwóch części – teoretycznej oraz empirycznej. Część teoretyczna niniejszej poświęcona jest możliwościom korzystania z profilaktyki pierwotnej i wtórnej w aspekcie raka piersi. Przybliżono epidemiologię choroby na świecie, w kraju oraz w Województwie Wielkopolskim. Scharakteryzowano też czynniki determinujące zachowania prewencyjne u kobiet w okresie menopauzalnym, z uwzględnieniem zależności między świadomością zdrowotną kobiety a jej najbliższymi. Wprowadzono też problematykę dbałości o zdrowie jako wartości stawianej wysoko przez społeczeństwo konsumpcyjne oraz niebezpieczeństwa redukcji tożsamości kobiety do jej ciała.

W rozdziale trzecim dokonano analizy działań podejmowanych w ostatnich latach przez Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, Samorząd Województwa Wielkopolskiego oraz Wojewódzki Ośrodek Koordynujący Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi w celu zapewnienia dostępu oraz zwiększenia zgłaszalności do badań mammograficznych.

⁸ K. Lisowska, *Czy dzięki nowym obowiązkom lekarzy POZ mniej Polaków umrze na raka?*, „Rynek zdrowia” [www.rynekzdrowia., data odczytu: 28.05.2012].

W rozdziale czwartym zaprezentowano problemy i hipotezy badawcze oraz opisano metody i procedurę badawczą. Następnie przedstawiono wyniki przeprowadzonych badań oraz dokonano próby ich omówienia w trakcie dyskusji.

Praca zawiera także takie elementy, jak: wykaz skrótów, streszczenie w języku polskim i angielskim, spis tabel, wykresów i map oraz załączniki.

Rozdział I

Język problemu w literaturze przedmiotu

1.1. Profilaktyka pierwotna i wtórna raka piersi

Podstawą działań realizowanych w ramach profilaktyki pierwotnej, definiowanej jako „wszelkie działania mające na celu zapobieganie chorobie, zanim wystąpią jej biologiczne symptomy”⁹, jest między innymi znajomość czynników zwiększających ryzyko zachorowania na ten nowotwór oraz sposobów ich skutecznego eliminowania. Strategia postępowania w profilaktyce nowotworów obejmuje, m. in.: zmianę nawyków żywieniowych na rzecz zwiększenia dawki warzyw i owoców w codziennej diecie, wysiłek fizyczny, ocenę predyspozycji genetycznych i unikanie kancerogenów¹⁰.

O istotnej roli koncentracji wysiłków na wyeliminowaniu lub ograniczeniu działania czynników ryzyka nowotworów mowa w Harmonogramie Realizacji Zadań Wykonywanych w Ramach Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych w roku 2006¹¹.

Autorzy Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem wskazują, iż ze względu na fakt, że możliwości prewencji pierwotnej w przypadku tej choroby są niewielkie, decydujące znaczenie w walce z rakiem piersi ma prewencja wtórna, polegająca na identyfikacji i powstrzymaniu rozwoju choroby, która już istnieje, ale nie jest jeszcze w stopniu zaawansowania uwidaczniającym symptomy. Te przedkliniczne stany chorobowe są zazwyczaj rozpoznawane w czasie badań przesiewowych danej choroby¹².

W przypadku raka piersi rekomendowaną w literaturze metodą wykrywania choroby we wczesnych stopniach zaawansowania jest prowadzenie badań przesiewowych, które polegają

⁹ W. Zatoński (red.), *Prewencja pierwotna*, (w:) *Europejski kodeks walki z rakiem*, wersja trzecia, Warszawa 2003, s. 115.

¹⁰ A. Nowicki, A. Olszewska, M. Humańska, *Wykrywanie raka piersi poprzez samobadanie. Badanie retrospektywne u kobiet po operacji*, „Ginekologia Polska” 4/2007, s. 293.

¹¹ Harmonogram realizacji zadań wykonywanych w ramach Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych w roku 2006, Kierunki realizacji zadań programu na lata 2007-2008, [www.mz.gov.pl]; data odczytu: 20.07.2008].

¹² W. Zatoński (red.), *Nowotwory piersi*, Europejski kodeks walki z rakiem, wersja trzecia. Warszawa 2003, s. 115- 129.

W czerwcu 2003 roku, na spotkaniu w Mediolanie, Unia Europejska przyjęła Europejski Kodeks Walki z Chorobami Nowotworowymi. Do jego powstania przyczyniła się konieczność uwzględnienia sytuacji zagrożenia nowotworami złośliwymi w Unii Europejskiej, także Polski, oraz dostosowania programu nowotworowego Unii do nowych wyzwań, w tym prognozy wzrostu liczby zachorowań na choroby nowotworowe w najbliższej dekadzie, w szczególności w krajach akcesyjnych. Poprawa stanu edukacji społeczeństwa polskiego w dziedzinie profilaktyki i wczesnego rozpoznawania nowotworów jest także jednym z podstawowych elementów Narodowego Programu Zdrowia. Europejski Kodeks Walki z Rakiem to dokument przygotowany i cyklicznie uaktualniany przez Unię Europejską. Obejmuje 11 zaleceń, których przestrzeganie zmniejsza ryzyko rozwoju nowotworów złośliwych i ich konsekwencji.

na badaniu mammograficznym kobiet bez objawów klinicznych. Dodać należy przy tym, że prawidłowość, a więc i efektywność programu przesiewowego zależy od jego populacyjnego charakteru (odniesienie do określonej populacji badanych), powiązania z rejestrem nowotworów, prowadzenia zgodnie z wytycznymi oraz systematycznej kontroli jakości badań¹³.

W tym kontekście pojawia się pytanie, jakie badania uznać należy za nieefektywne? Ich cechy charakteryzują autorzy Raportu „Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15-49 lat. Polska 2006”¹⁴. Wzywają, by zaprzestać organizowania akcji badań mammograficznych, które odbywają się incydentalnie, niejednokrotnie bez określenia jednoznacznych kryteriów kwalifikujących do udziału w badaniu. Specjaliści zwracają dodatkowo uwagę na pozytywne aspekty psychologiczne skryningu raka piersi. Wymienia się w tym miejscu, m. in. dowartościowanie się kobiet. Korzystające z mammografii kobiety nabierają przekonania, że są „kobietami nowoczesnymi”, dbającymi o zdrowie¹⁵.

W obszarze profilaktyki znajdują się także działania określane w literaturze mianem zachowań prozdrowotnych. Zachowania zdrowotne (zachowania związane ze zdrowiem) to jakiegokolwiek zachowania (lub aktywność jednostki), wpływające na stan jej zdrowia. Stanowią one przedmiot względnie wolnych, indywidualnych wyborów i decyzji. Inaczej możemy określić zachowania zdrowotne jako wszelkie zachowania człowieka mające związek ze zdrowiem i chorobą¹⁶. Jak podaje DS. Gochman, w zachowaniach prozdrowotnych wymienić należy takie elementy, jak: przekonania, oczekiwania i przewidywania, myślenie i emocjonalne mechanizmy osobowości oraz wewnętrzne wzorce zachowań, związanych z utrzymaniem i przywracaniem zdrowia¹⁷.

¹³ J. Meder, *Badania przesiewowe*, (w:) *Hormonoterapia i rak piersi*. Klub Kobiet po Mastektomii „Amazonki” Warszawa 2003, s. 5-12.

¹⁴ J. Lissowska, *Wybrane nowotwory narządów rodnych u kobiet. Rak piersi*, (w:) T. Niemiec (red.), Raport: *Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15- 49 lat. Polska 2006. Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju*. Warszawa 2007: 132-134., [<http://www.unic.un.org.pl/show.php?news=907&wid=18&wai=&yea>; data odczytu: 14.10.2012] Raport. *Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym* przygotowany został przez Fundusz Ludnościowy Narodów Zjednoczonych (UNFPA), Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju (UNDP), Instytut Matki i Dziecka i Ministerstwo Zdrowia. Raport ten jest pierwszym polskim raportem kompleksowo analizującym zagadnienia zdrowia kobiet w wieku prokreacyjnym w Polsce, których populacja wynosi obecnie niecałe 10 milionów.

¹⁵ Z. Wronkowski, W. Chmielarczyk, S. Zdobych, K. Komorowska, *Aspekty psychologiczne skryningu raka piersi*, „Służba Zdrowia” 2000, 24-26, Wydawnictwo Aspekty Sanitas, Warszawa 2000 [www.sluzbazdrowia.com.pl; data odczytu: 12.03.2010].

¹⁶ D. Żołnierczuk- Kieliszek: *Zachowania zdrowotne i ich związek ze zdrowiem*, (w:) T. Bernadetta Kulig, M. Latański (red.), *Zdrowie Publiczne*. Podręcznik dla studentów i absolwentów wydziałów pielęgniarstwa i nauk o zdrowiu akademii medycznych, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2002, 75-76

¹⁷ H. Sęk, *Zdrowie behawioralne* (w :) *Psychologia- Podręcznik akademicki*. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005, s. 533

Wyznacznikami zachowań zdrowotnych są czynniki demograficzno- społeczne, jak: wiek, płeć, stan cywilny, sytuacja rodzinna, pochodzenie etniczne lub społeczne, wykształcenie, zawód, sytuacja materialna. Mają one istotne znaczenie w kształtowaniu zachowań, tak w stanie zdrowia jak i w stanie choroby¹⁸.

1.1.1. Legislacyjne uwarunkowania profilaktyki raka piersi w Polsce

W Polsce wprowadzenie populacyjnych badań przesiewowych w kierunku raka piersi jest integralną częścią powołanego w roku 2006 Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych, który zyskał rangę ustawy. W art. 3 programu ustawodawca wśród podjętych działań wskazuje, m.in. wdrożenie populacyjnych programów wczesnego wykrywania, a w szczególności raka szyjki macicy, piersi, jelita grubego oraz wybranych nowotworów dzieci. Cele programu to:

- 1) zahamowanie wzrostu zachorowań na nowotwory,
- 2) osiągnięcie średnich europejskich wskaźników w zakresie wykrywania nowotworów,
- 3) osiągnięcie średnich europejskich wskaźników skuteczności leczenia,
- 4) stworzenie warunków do wykorzystania w praktyce onkologicznej postępu wiedzy o przyczynach i mechanizmach rozwoju nowotworów złośliwych,
- 5) utworzenie systemu ciągłego monitorowania skuteczności zwalczania nowotworów w skali kraju i poszczególnych rejonach kraju¹⁹.

Za realizację programu badań przesiewowych odpowiadają: Minister Zdrowia oraz Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ). Na fakt, iż konieczność wykonywania zadań zleconych, w tym finansowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, w szczególności realizacja programów zdrowotnych, należy do zadań Narodowego Funduszu Zdrowia, związanych z zarządzaniem środkami finansowymi, wskazuje ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych²⁰.

Stworzenie systemu umożliwiającego wieloletnie, ciągle prowadzenie aktywnego skryningu raka piersi w Polsce znajduje się natomiast w kompetencjach powołanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia Centralnego Ośrodka Koordynującego Populacyjny

¹⁸ B. Tobiasz-Adamczyk, *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*, Kraków 2000, s. 24.

¹⁹ Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” (Dz. U. z dnia 2 sierpnia 2005 r.).

²⁰ (art. 97 pkt 1 ust 5) *Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych do zadań Narodowego Funduszu Zdrowia, związanych z zarządzaniem środkami finansowymi*. Dz. U. Dz. U. 08. 141.888 art.12.

Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi (COK, WOK) oraz 16 ośrodków wojewódzkich. Koordynacja oraz nadzór nad realizacją Programu Profilaktyki Raka Piersi, wchodzącego w skład Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych, to zasadnicze zadanie COK-u oraz WOK-ów. Centralny Ośrodek Koordynujący, współpracujący w zakresie realizacji programu z towarzystwami naukowymi, organami samorządowymi, jak również konsultantami krajowymi i wojewódzkimi, jest zobowiązany do monitorowania oraz ewaluacji programu. Wnioski z realizacji programu przekazuje Ministrowi Zdrowia²¹. W zadaniach WOK-ów, obok monitorowania i sprawowania nadzoru nad programem profilaktyki raka piersi na terenie poszczególnych województw, wpisano też działania zmierzające do poprawy zgłaszalności kobiet na badania profilaktyczne jak również zwiększenie świadomości kobiet w zakresie profilaktyki raka piersi. W stosunku do ośrodków diagnostycznych prowadzących program w ramach kontraktu z NFZ, WOK-i prowadzą działania zmierzające w kierunku poprawy jakości badań mammograficznych poprzez:

1. organizowanie szkoleń pracowników realizujących skryning raka piersi,
2. kontrolę jakości świadczeń wykonywanych przez poszczególnych realizatorów programu.²²

Badania kierowane są do populacji kobiet w wieku 50-69 lat. Badania te wykonywane są co 2 lata. Założenia populacyjnego programu profilaktyki raka piersi, realizowanego przez NFZ, omówione zostały szczegółowo w rozdziale III niniejszej rozprawy.

Przy opracowywaniu założeń Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych ustawodawca opierał się na doświadczeniach krajów, które powszechnie badania w kierunku raka piersi wprowadziły nieco wcześniej. Badania dotyczące zastosowania skryningu mammograficznego wykazały dużą przydatność tej metody i doprowadziły do wprowadzenia w latach 1986-1988 zorganizowanych narodowych programów mammograficznych w wielu krajach. Przywołując wyniki raportu z siedmiu badań klinicznych, którymi objęto łącznie ponad pół miliona kobiet, autorzy Europejskiego kodeksu walki z rakiem wskazują na ok. 25% zmniejszenie umieralności z powodu raka piersi w grupie kobiet poddanych mammograficznym badaniom przesiewowym²³.

Uchwalenie ustawy z dnia 1 lipca o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” stwarza gwarancję stabilnego finansowania

²¹ Zadania Centralnego Ośrodka Koordynującego, [www.profilaktykarakapiersi.pl; data odczytu: 04.11.2011].

²² Opis zadań Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych w 2008 r., s. 8-10, http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/opis_zadan_3092009.pdf, data odczytu: 04.02.2010].

²³ W. Zatoński (red.), *Programy ochrony zdrowia publicznego, mogące zapobiegać rozwojowi nowotworów lub zwiększać szanse ich wyleczenia*, Europejski kodeks walki z rakiem, wersja trzecia. Warszawa 2003, s. 80-82.

programu z budżetu państwa na poziomie nie niższym niż 250 000 000 złotych rocznie. Przewiduje się, że realizacja Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych poprzez kompleksowe działania, uwzględniające postęp wiedzy medycznej, doprowadzi do zmniejszenia zachorowalności na nowotwory o około 10% oraz do poprawy skuteczności leczenia chorób nowotworowych w Polsce do poziomu osiąganego w krajach Zachodniej i Północnej Europy, czyli ok. 40% wyleczeń 5-letnich u mężczyzn i ok. 50% wyleczeń u kobiet²⁴.

Gabinet Donalda Tuska kontynuuje wdrażanie programu. W dokumencie „Informacja Rządu na temat obecnej sytuacji ochrony zdrowia w Polsce” w punkcie 7: Kierunki działań Ministra Zdrowia, znalazł się, m.in. zapis o dostosowaniu wydatkowania środków publicznych i kierunków kształcenia zgodnie z potrzebami zdrowotnymi społeczeństwa²⁵.

1.1.2. Epidemiologia raka piersi_ wybrane zagadnienia

Częstość występowania raka sutka uwarunkowana jest wieloma czynnikami. Wskazuje się tu między innymi wpływ rasy, sytuacji społeczno-ekonomicznej, miejsca pochodzenia i zamieszkania oraz stanu cywilnego. J. Pawłęga w opracowaniu pt. „Rak sutka” zauważa, że kobiety o pochodzeniu żydowskim mieszkające w Izraelu chorują cztery razy częściej niż kobiety nie mające takiego pochodzenia. Hawajki chorują częściej niż Filipinki. Kobiety czarne poniżej 40. roku życia chorują dwa razy częściej niż białe Amerykanki. Kobiety bogate chorują znacznie częściej niż kobiety o niskim statusie majątkowym. W Stanach Zjednoczonych wdowy i kobiety, które się rozwiodły chorowały rzadziej od kobiet zamężnych²⁶.

Ciekawym z punktu epidemiologicznego jest fakt, iż emigrantki znacznie częściej zapadają na omawiany nowotwór. Udowodniono to na podstawie badań Japonek²⁷, które wyemigrowały do Stanów Zjednoczonych²⁸.

²⁴ Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” (Dz. U. z dnia 2 sierpnia 2005 r.).

²⁵ Informacja Rządu na temat obecnej sytuacji ochrony zdrowia w Polsce, Druk nr 176, Warszawa, 23 stycznia 2008 r., [www.mz.gov.pl]; data odczytu: 15. 04.2008].

²⁶ J. Kelsey, *The epidemiology of breast cancer*, “Ca-A Cancer” 1991, s. 41.

²⁷ W. Willett, B. Rockhill, S. Hankinson, *Epidemiology and nongenetic causes of breast cancer*, Philadelphia 2000, s. 175-220.

²⁸ M. Drózdź, *Zarys epidemiologii guzowatych zmian sutka*, (w:) *Współczesne rozpoznawanie i leczenie guzów sutka u kobiet*. Śląska Akademia Medyczna, Katowice 1997, s. 15.

W latach 1964-65 najwyższą umieralnością z powodu raka sutka objęta była Holandia a najniższą Japonia. Według statystyk WHO w latach 1988-1991 Polska znajdowała się na 30 miejscu wśród 46 krajów o niskiej umieralności z powodu raka sutka. Umieralność dotycząca Polek była kilka razy niższa od umieralności mieszkanek Anglii i Walii²⁹.

Umieralność w tym kraju znacząco wzrosła do 1990 roku. Wśród kobiet w wieku 35-64 lata był to wzrost sięgający 75%. Umieralność kobiet po 65. roku życia kształtowała się na poziomie 46%. Może to świadczyć o zwiększonej ekspozycji na czynniki ryzyka raka sutka wśród Japonek³⁰.

W latach 1980-1987 nastąpił przełom w diagnozowaniu nowotworów sutka, dzięki mammografii, która pozwalała na uwidocznienie guzów mniejszych niż 2 cm³¹. Zastosowanie tej metody diagnostycznej znacznie obniżyło śmiertelność z powodu raka sutka.

Jak wynika z danych bazy GLOBOCAN³², każdego roku na świecie odnotowuje się ponad milion nowych przypadków raka piersi, a więcej niż 400 tysięcy kobiet umiera corocznie z powodu tego nowotworu złośliwego³³. Rak piersi znacznie częściej występuje w państwach rozwiniętych, ale ponad 75% zgonów z powodu raka piersi dotyczy kobiet w krajach rozwijających się³⁴. Według wspomnianej już bazy GLOBOCAN, standaryzowany pod względem wieku współczynnik zapadalności na raka piersi wyniósł dla krajów biednych 23,8 przypadków na 100 000 kobiet. W krajach Azji Wschodniej (wyłączając Japonię), Afryki Subsaharyjskiej i Chinach wskaźnik ten wynosi 20/100 000. Tymczasem w krajach rozwiniętych, analogiczna wartość to 67,8/100 000, a więc blisko trzy razy więcej (według World Cancer Report 2008 najbardziej narażone są kobiety w krajach Ameryki Północnej i Południowej, Północnej i Zachodniej Europie oraz w Australii). W roku 2008 na świecie odnotowano ponad 458 400 zgonów kobiet z powodu nowotworu piersi. Jest to najwyższa liczba zgonów z powodów nowotworowych dotycząca kobiet³⁵.

²⁹ J. Jassem, *Rak sutka*. PWN, Warszawa 1998, s. 38.

³⁰ G. Ursin, L. Bernstein, *Breast Cancer, (w:) Trends in cancer incidence and mortality*. Cold Spring Harbor Laboratory Press 1994, s. 241.

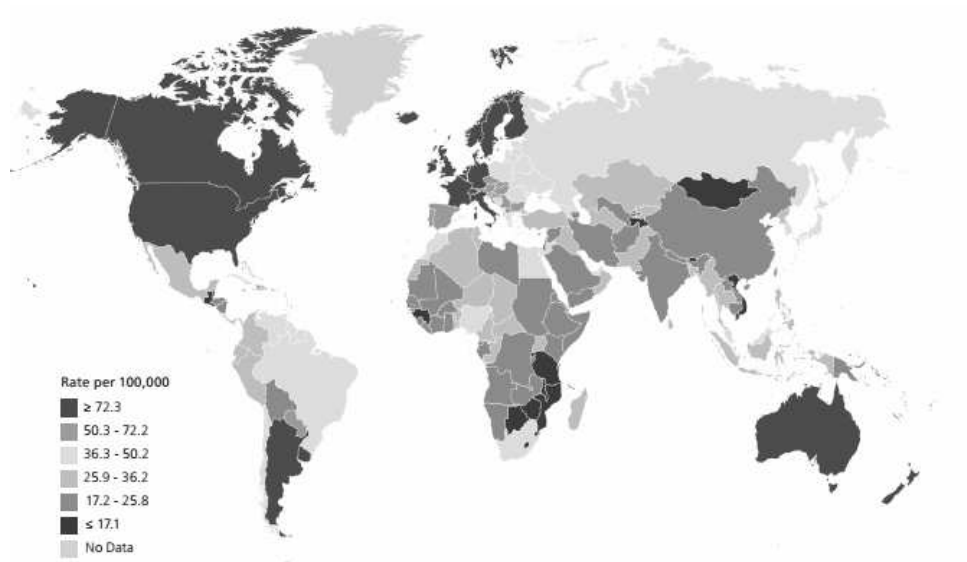
³¹ M. Drózd, *op. cit.*, s. 15.

³² Baza danych GLOBOCAN, *International Agency for Research on Cancer*, [www-dep.iarc.fr.; data odczytu: 02.06.2012].

³³ M. Groot, R. Baltussen, *Costs and Health Effects of Breast Cancer Interventions in Epidemiologically Different Regions of Africa, North America, and Asia*, "The Breast Journal" 2006, s. 81.

³⁴ B. Stewart, P. Kleihues, *World Cancer Report*, France: IARC Press, Lyon 2003.

³⁵ American Cancer Society, *Global Cancer Facts and Figures*. 2nd Edition. Atlanta: American Cancer Society, 2011.

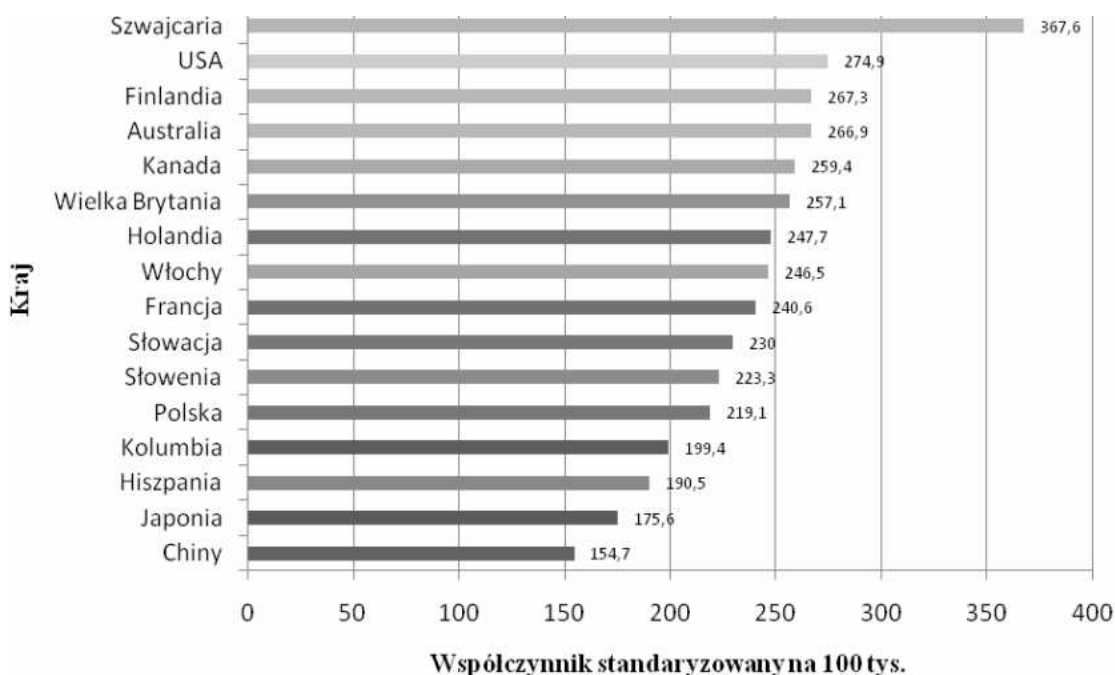


Mapa 1. Występowanie raka sutka na świecie w roku 2008

Źródło: Baza danych GLOBOCAN, International Agency for Research on Cancer, [www-dep.iarc.fr., data odczytu: 02.06.2011].

Polska należy do krajów o przeciętnej zachorowalności na raka piersi. Współczynniki zachorowalności są tu i w innych krajach Europy Środkowo-Wschodniej dwukrotnie niższe niż w bogatych krajach uprzemysłowionych³⁶.

³⁶ R. Matkowski, *Epidemiologia raka piersi*, [www.wok.wroclaw.pl; data odczytu: 20.07.2008].



Wykres 1. Standaryzowane współczynniki zapadalności na nowotwory złośliwe kobiet z różnych rejonów świata

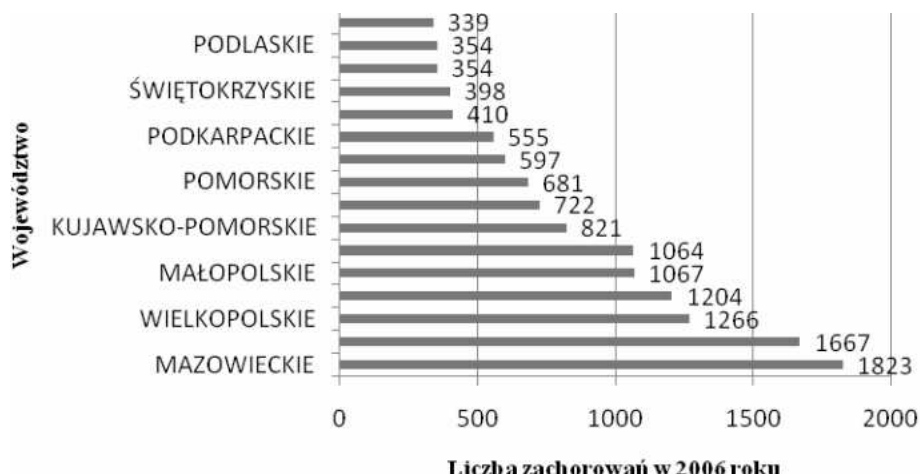
Źródło: Baza danych GLOBOCAN, International Agency for Research on Cancer, [www-dep.iarc.fr., data odczytu: 02.06.2011].

W 2006 roku oszacowano, że w Polsce żyło około 320 tys. osób³⁷ zmagających się z chorobą nowotworową (148 tys. mężczyzn oraz 175 tys. kobiet). Blisko połowa chorych cierpiała na jeden z czterech rodzajów nowotworów. Nowotwór piersi dotyczył 17% badanych (53 400). 13% przypadków (41 200) stanowił rak jelita grubego. Nowotworem płuca dotkniętych zostało 12% osób badanych (37 200), a nowotwór gruczołu krokowego wystąpił u 7% chorych (23 000 przypadków)³⁸. Najliczniejszą grupę nowotworów u kobiet tworzą te związane z pęcią. Stanowią one 70% wszystkich kobiecych nowotworów. Wśród nich dominują nowotwory piersi (30,5% – 53 500 chorych). Kolejną liczną grupę stanowią nowotwory trzonu macicy (9,6%) i szyjki macicy (6,8%). Na nowotwory jajnika w 2006 roku chorowało około 10 300 kobiet (5,9%)³⁹.

³⁷ U tych osób choroba została zdiagnozowana najwyżej pięć lat wcześniej.

³⁸ J. Didkowska, U. Wojciechowska, *Liczba chorych na nowotwory złośliwe w Polsce w 2006 roku*, „Journal of Oncology” 2011, s. 335.

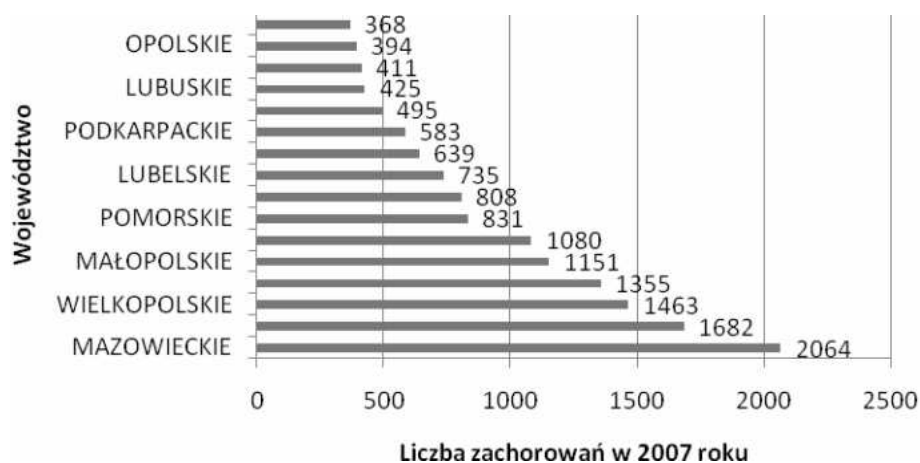
³⁹ Tamże, s. 324.



Wykres 2. Liczba zachorowań na raka piersi wśród kobiet w 2006 roku wg województw

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Krajowego Rejestru Nowotworów, [www.onkologia.org.pl], data odczytu: 05.08.2008].

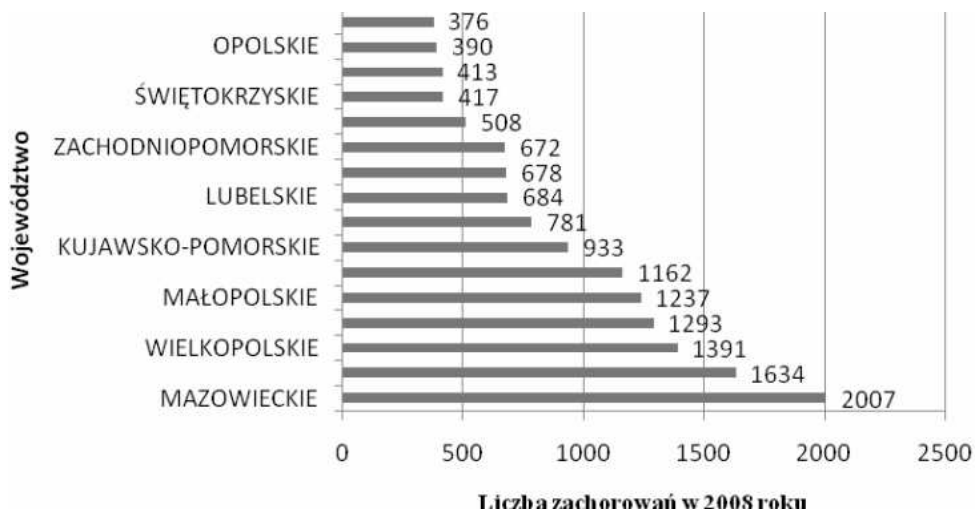
W roku 2007 w województwie mazowieckim odnotowano o 241 zachorowań więcej niż w roku poprzednim. W roku 2007 w województwie podlaskim zachorowało o 14 kobiet więcej niż w roku ubiegłym.



Wykres 3. Liczba zachorowań na raka piersi wśród kobiet w 2007 roku wg województw

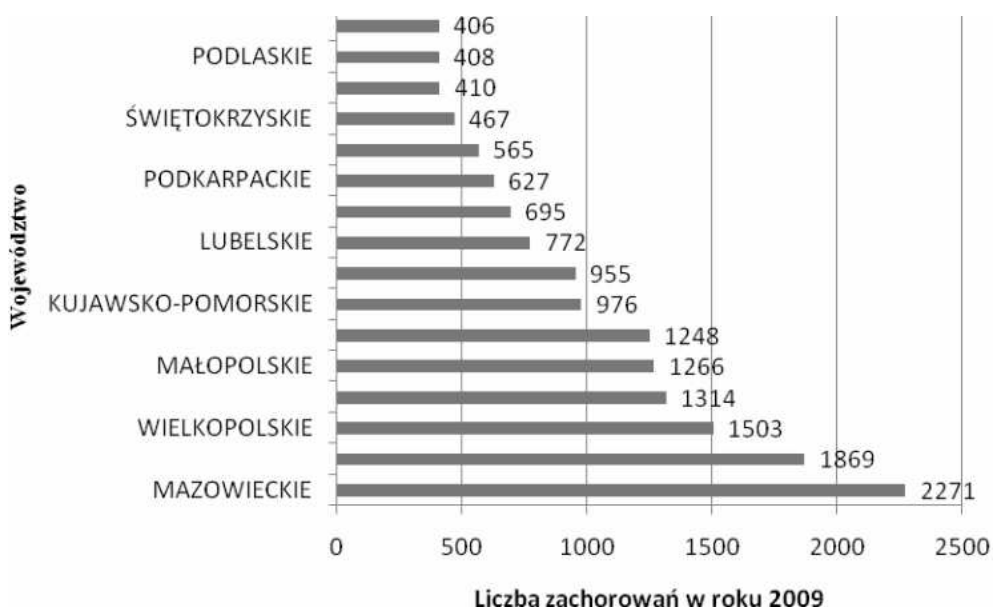
Źródło: Opracowanie własne na podstawie Krajowego Rejestru Nowotworów, [www.onkologia.org.pl], data odczytu: 05.08.2008].

W roku 2008 najmniej zachorowań odnotowano w województwie lubuskim. W tym rejonie zachorowało o 49 kobiet mniej w stosunku do roku poprzedniego. Także w województwie mazowieckim tego roku zachorowało mniej kobiet.



Wykres 4. Liczba zachorowań na raka piersi wśród kobiet w 2008 roku wg województw

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Krajowego Rejestru Nowotworów, [www.onkologia.org.pl, data odczytu: 05.08.2008].



Wykres 5. Liczba zachorowań na raka piersi wśród kobiet w 2009 roku według województw

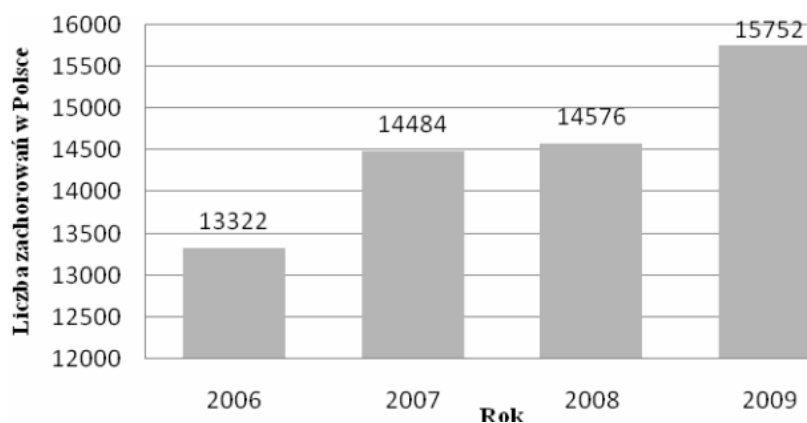
Źródło: Opracowanie własne na podstawie Krajowego Rejestru Nowotworów, [www.onkologia.org.pl, data odczytu: 05.08.2008].

W roku 2006 na raka sutka zachorowały w Polsce 13 322 kobiety. W kolejnym roku zachorowało ponad tysiąc kobiet więcej. W roku 2008 odnotowano dodatkowo 92 zachorowania w stosunku do roku poprzedniego. W okresie czterech lat liczba zachorowań wzrosła o 15%.

Rak piersi jest najczęstszym w Polsce kobiecym nowotworem złośliwym. Stanowi blisko 22 % zachorowań na wszystkie nowotwory złośliwe i jest główną – wśród nowotworów – przyczyną zgonów kobiet. Z powodu raka piersi umiera 13% pacjentek onkologicznych. Według danych z Krajowego Rejestru Nowotworów, w 2009 roku w Polsce odnotowano 15 752 nowe przypadki raka piersi⁴⁰. Przez cztery lata na nowotwór piersi zachorowało ponad 58 tysięcy kobiet w Polsce. Każdego dnia z powodu raka sutka umiera 14 Polek. W ciągu każdego roku liczba zgonów przekracza 5 tysięcy⁴¹.

⁴⁰ Krajowy Rejestr Nowotworów, [www.onkologia.org.pl]; data odczytu: 16.02.2012].

⁴¹D. Murawa, A. Dyzmann-Sroka, W. Kyder i in., *ABC Raka Piersi*, Wielkopolskie Centrum Onkologii 2010, [www.wco.pl]; data odczytu: 12.07.2011].



Wykres 6. Liczba zachorowań na raka piersi wśród kobiet w latach 2006-2009 w Polsce

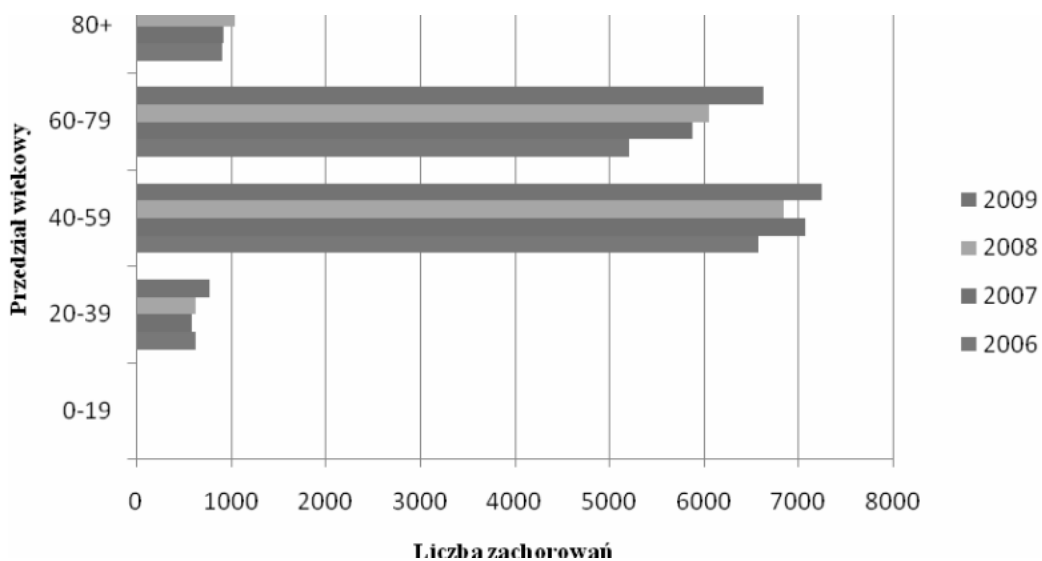
Źródło: Opracowanie własne na podstawie Krajowego Rejestru Nowotworów, [www.onkologia.org.pl], data odczytu: 05.08.2008].

Tabela 1. Liczba zachorowań w Polsce w danym przedziale wiekowym

Przedział wiekowy	2006	2007	2008	2009
0-19	0	0	5	0
20-39	624	591	624	773
40-59	6578	7078	6844	7253
60-79	5208	5884	6062	6632
80+	912	931	1041	1094

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Krajowego Rejestru Nowotworów, [www.onkologia.org.pl], data odczytu: 05.08.2008].

Największa liczba zachorowań na nowotwory piersi występuje w grupie kobiet pomiędzy 40. a 59. rokiem życia. Chore kobiety w przedziale wiekowym 40-59 lat stanowią ponad 47% ogółu chorych. Drugą najliczniejszą grupą wiekową są kobiety pomiędzy 60.-79. r. ż. (ponad 40%).



Wykres 7. Liczba zachorowań na raka piersi wśród kobiet w latach 2006-2009 w Polsce wg wieku

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Krajowego Rejestru Nowotworów, [www.onkologia.org.pl, data odczytu: 05.08.2008].

Dane Krajowego Rejestru Nowotworów za rok 2009 wskazują na dwa nowe trendy:

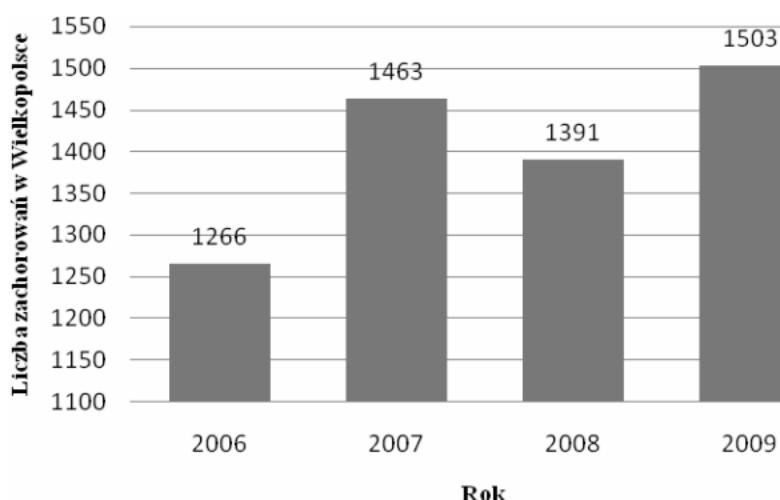
- a) drugi raz z rzędu liczba zgłoszonych zachorowań u kobiet (69 178) była wyższa niż liczba zachorowań w grupie mężczyzn (68 854),
- b) w populacji kobiet częstość zgonów z powodu nowotworu płuca (14,5 %) była większa niż częstość zgonów spowodowanych rakiem piersi (12,8 %) ⁴².

Ryzyko zachorowania na raka sutka w Wielkopolsce jest wyższe niż w Polsce ogółem. W tym województwie liczba zachorowań stanowi prawie 10% wszystkich zachorowań w naszym kraju. W roku 2009 odnotowano o 237 zachorowań więcej niż w roku 2006.

⁴² J. Didkowska, U. Wojciechowska, W. Zatoński, *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2009 roku*. Warszawa 2011, ISSN 0867- 8251, s. 13-17.

W roku 2008 nowotwór piersi rozpoznano u 1391 Wielkopolanek. Z powodu raka piersi zmarło 485 kobiet. Z danych Biuletynu nr 7 Wielkopolskiego Centrum Onkologii: Nowotwory złośliwe w Wielkopolsce w roku 2008 wynika, że liczba zachorowań od roku 1999 wzrosła o 21 proc. (239 przypadków)⁴³.

W roku 2008 w Wielkopolskim Rejestrze Nowotworów wykazano 191 przypadków nowotworów złośliwych piersi wykrytych w badaniach skryningowych, w tym 21 przypadków w stadium klinicznie nieobjawowym.



Wykres 8. Liczba zachorowań na raka piersi wśród kobiet w latach 2006-2009 w Wielkopolsce

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Krajowego Rejestru Nowotworów, [www.onkologia.org.pl, data odczytu: 05.08.2008].

Według autorów czasopisma „Nowotwory złośliwe w Polsce”, w roku 2015 zachoruje ok. 20353 osób, a z powodu raka piersi utraci życie prawie 6 tysięcy chorych.

1.2. Zachowania prozdrowotne kobiet w okresie menopauzalnym

Najbliższym środowiskiem kobiety, determinującym jej praktyki zdrowotne jest rodzina pochodzenia. Rodzina może zapewnić kobiecie wsparcie społeczne. Jest to czynnik, który

⁴³A. Dyzmann-Sroka, W. Myślińska, W. Olenderczyk, A. Plucińska A., *Nowotwory złośliwe w Wielkopolsce w 2008 roku*, Biuletyn nr 7, Poznań 2010, s. 25.

może chronić przed chorobą. Jednak wypełniającym tradycyjne role kobiece i dodatkowo męskie (utrzymanie rodziny) kobietom trudno jest znaleźć czas na profilaktykę. Jednocześnie przekazy medialne wskazują, 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 narzucanym przez społeczeństwo. Dochodzi do sytuacji, gdy rytm życia kobiety wyznaczany jest przez rytm stosunków z własnym ciałem.

1.2.1. Czynniki determinujące działania profilaktyczne kobiet

Badając świadomość prozdrowotną kobiety w okresie menopauzy, którą najczęściej obserwuje się w Polsce w wieku 45 – 55 lat⁴⁴, należy zwrócić uwagę na liczne uwarunkowania, które do kształtowania tej świadomości mogą się przyczyniać. Świadomość ta jest tym istotniejsza, że właśnie po 50. roku życia rosną zagrożenia związane z rozwojem licznych chorób, w tym także nowotworowych. Aż 25% wszystkich przypadków raka piersi występuje w grupie wiekowej 50- 60 lat⁴⁵.

Podczas prób klasyfikacji czynników determinujących zdrowie oszacowano, że każdy człowiek dysponuje zbiorem ponad 70% możliwości określenia, jaki będzie stan jego zdrowia. Przyjmuje się, że największy, bo aż 53% wpływ na zdrowie jednostki ma jej styl życia. Drugim z kolei najistotniejszym czynnikiem jest środowisko naturalne i społeczne, które w 21% determinuje zdrowie. Czynnikiem dziedzicznym przypisuje się natomiast 16% wpływ na zdrowie. Jedynie w 10% zdrowie uzależnione jest natomiast od medycyny naprawczej i działania całego systemu opieki zdrowotnej⁴⁶.

W przybliżeniu uwarunkowań, jakim podlega zdrowa kobieta w okresie menopauzy pomocny będzie społeczno-ekologiczny model zdrowia, dostrzegający nie tylko ciało i duszę, a więc dualistyczną wizję Kartezjusza, lecz fakt, iż człowiek to „cała osoba, umysł i ciało,

⁴⁴ D. Kozieł, E. Naszydłowska, *Edukacja zdrowotna kobiet w okresie około menopauzalnym w ocenie pacjentek poradni ginekologicznych*, „Promocja zdrowia rodziny”, W. Śladkowski (red.), vol. LIX, Supl. XIV, N3 Lublin 2004, s. 150-151.

⁴⁵ Ibidem, s.150-151.

⁴⁶ E. Kasperek, *Promocja zdrowia i człowiek współczesny: nadzieje, problemy, kontrowersje*, (w:) *Promocja zdrowia*, M.D. Głowacka (red.), Wydawnictwo Volumin, Poznań 2000, s. 206.

członek rodziny, członek społeczeństwa i kultury⁴⁷. Podstawą dla pozytywnego rozumienia zdrowia, które nie jest już logicznie zależne od pojęcia choroby, stała się definicja stworzona przez ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), która mówi, że zdrowie to nie tylko brak choroby, ale pełnia dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego⁴⁸.

Wielorakość i powiązania czynników warunkujących zdrowie obrazuje też tzw. Mandala Zdrowia, czyli model ekosystemu człowieka. Ujmuje ona zdrowie ludzkie w całości powiązań wymiaru fizycznego, psychicznego i społecznego⁴⁹.

Wiele zachowań, które determinowane są samoświadomością promocji zdrowia i poziomem edukacji zdrowotnej ma ścisły związek z fizjologią kobiety. Biorąc pod uwagę opublikowane przez American College of Physicians rekomendacje dotyczące opieki nad zdrowiem kobiety, kobieta między 20. a 70. rokiem życia powinna odwiedzać lekarza jeden raz w roku, a w ciągu życia wykonać 278 badań i testów⁵⁰.

1.2.2. Preferowane zachowania prewencyjne w świetle badań; rytm badań kontrolnych i testów

Do wejścia w stały rytm badań kontrolnych i testów nakłania „idea utrzymania zdrowia w dobrym stanie”. Nierzadko w literaturze przedmiotu, jak również w rozmowach lekarzy rodzinnych oraz lekarzy specjalistów z pacjentkami, stosowane są wręcz analogie między dbałością o zdrowie a dążeniem do utrzymania samochodu w dobrym stanie technicznym⁵¹.

Do regularnych badań kontrolnych ma też nakłaniać lista chorób, których częstość występowania nasila się wraz z wiekiem. Obok raka piersi, wymieniane są w tym kontekście takie choroby, jak: osteoporoza, zapalenie stawów, nadciśnienie, udar, zaćma, utrata słuchu, nietrzymanie moczu, bezsenność, czy choroba Alzheimera⁵².

Kolorowe magazyny kobiece, wspomagając się autorytetami z dziedziny medycyny, kierują do kobiet w wieku około menopauzalnym, przesłanie do wprowadzania zaleceń dietetycznych, mogących obniżyć ryzyko zachorowania na raka piersi⁵³. I tak, w niewielkim

⁴⁷ Z. Słońska, *Promocja zdrowia – zarys problematyki*, „Promocja zdrowia_ nauki społeczne i medycyna”, 1994, s. 38.

⁴⁸ E. Kasperek, *Zachowania prozdrowotne; analiza pojęciowa i fenomenologiczna*, (w:) *Postępy psychoterapii. Psychoterapia i edukacja*, L. Gapik (red.), Poznań 1998, Tom I, s. 12-29.

⁴⁹ E. Kasperek, *Promocja zdrowia*, wyd. cyt. s. 208.

⁵⁰ M. Cylkowska-Nowak, *Kontrowersyjne aspekty promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej*, (w:) *Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji*, Z. Melosik (red.), EDYTOR, Toruń - Poznań 1999, s. 36-42.

⁵¹ Ibidem, s. 36-42.

⁵² A. McPherson, N. Durham, *Księga zdrowia kobiety*, Rebis, Poznań 2003, s. 480-483.

⁵³ Sielska J, Głowacka- Rębała A.: *Wybrane aspekty promocji zdrowia wśród kobiet- profilaktyka pierwotna w raku piersi*, (w:) MD Głowacka, E. Mojs (red.), *Szanse i bariery w ochronie zdrowia. Wybrane aspekty*

stopniu ryzyko zachorowania może zmniejszyć spożywanie dużej ilości owoców i warzyw⁵⁴. Zapobiegający chorobie wpływ produktów pochodzenia roślinnego silniej występuje u kobiet po menopauzie⁵⁵. Ochronne działanie wykazano również dla cebuli i czosnku⁵⁶.

Z ponad 20% redukcją ryzyka zachorowania na nowotwór złośliwy piersi wiąże się natomiast picie zielonej herbaty.

W odniesieniu do ww. zaleceń dietetycznych, jak i licznych badań i testów, wskazywanych przez towarzystwa naukowe, pojawia się pytanie, czy sprostanie tym wskazaniom jest zadaniem wykonalnym. Zwłaszcza, jeśli do zaleceń tych dodać propagowane szeroko nie tylko przez specjalistów, ale też przez media, liczne wskazówki dotyczące stylu życia. Obniżenie ryzyka zachorowania na nowotwory piersi może powodować aktywność fizyczna⁵⁷. Kobiety uprawiające sport rzadziej (o ok. 37%) chorują na raka piersi i o ok. 30 – 40% mniej jest wśród nich przypadków raka macicy⁵⁸. Sportem szczególnie wskazanym dla kobiet mogą okazać się regularne przejażdżki rowerowe. U kobiet, które trzy godziny tygodniowo jeżdżą na rowerze, ryzyko wystąpienia nowotworu spada aż o 34%. Wycieczki rowerowe mają działanie ochronne również w stosunku do osób genetycznie obciążonych chorobą⁵⁹.

Za sprawą kolorowych magazynów oraz audycji radiowych i telewizyjnych, do kobiet trafiają ponadto najnowsze doniesienia na temat związków między stosowaniem używek a częstotliwością zachorowania na nowotwór piersi. Wyniki badań wskazują, że ryzyko wystąpienia nowotworu złośliwego piersi rośnie wraz z ilością wypijanego alkoholu⁶⁰. Według szacunków, 1,6% nowotworów złośliwych piersi w USA i 6% nowotworów w Wielkiej Brytanii ma związek z pićm alkoholu⁶¹.

organizacyjne, prawne i psychologiczne, Poznań 2008, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, s. 148, 147-149.

⁵⁴ S. Gandini, H. Merzenich, C. Robertson, P. Boyle, *Meta-analysis of studies on breast cancer risk and diet: the role of fruit and vegetable consumption and the intake of associated micronutrients*, "Eur J Cancer" 2000; 6:636-46.

⁵⁵ M.M. Gaudet, J. A. Britton, G.C. Kabat et al., *Fruits, vegetables and micronutrients in relation to breast cancer modified by menopause and hormone receptor status*, "Cancer Epidemiol Biomarkers Prev" 2004, 13, s. 1485-1494.

⁵⁶ C. Galeone, C. Pelucchi, F. Levi et al., *Onion and garlic use and human cancer*. "Am J Clin Nutr" 2006; 84,1027-1034.

⁵⁷ C.M. Friedenreich, K.S. Courneya, H.E. Brayant, *Relation between intensity of physical activity and breast cancer risk reduction*. "Med Sci Sports Exerc" 2001,33, s. 1538-45.

⁵⁸ Ł. Kaniewski, Kawa i ruch mogą ustrzec skórę przed rakiem, „Rzeczpospolita” z dnia 30 VII 2007.

⁵⁹ *Rowerzystki są zdrowsze* [www.dziennik.pl:data odczytu: 28.03.2007].

⁶⁰ R.C. Ellison, Y. Zhang, C.E. McLennan, K.J. Rothman, *Exploring the relation of alcohol consumption to risk of breast cancer*. "Am J Epidemiol" 2001, 154, s. 750.

⁶¹ J. Key, S. Hodgson, R.Z. Omar et al., *Meta-analysis of studies of alcohol and breast cancer with consideration of the methodological issues*. "Cancer Causes Control" 2006, 17, s. 759-70.

Wątpliwość, czy stosowanie wszystkich tych zaleceń jest niezbędne i celowe zasiewa M. D. Głowacka przypominając, iż nie ma żadnego dowodu na to, że realizowanie pożądaných zachowań jest tożsame z zachowaniem zdrowia lub nawet jego pomnażaniem. Bywa przecież tak, że mimo przestrzegania zachowań pożądaných, człowiek choruje⁶².

1.3. Zdrowotna świadomość kobiety a zachowania prozdrowotne jej bliskich

1.3.1. Kształtowanie zdrowego stylu życia u dzieci

Jak wspomniano wyżej, najbliższym środowiskiem kształtującym przekonania i praktyki prozdrowotne kobiety jest rodzina. Zależność między świadomością prozdrowotną kobiety a jej najbliższymi działa przy tym w obie strony. Zdrowy styl życia kształtuje się bowiem w dzieciństwie, co odzwierciedla hasło WHO, że zdrowie zaczyna się w domu.

B. Duda nazywa kobietę kreatorką zdrowego stylu życia w rodzinie argumentując, że jest ona osobą, która przez własny przykład zachowań zdrowotnych przekazuje następnym pokoleniom prawidłową postawę do zdrowego stylu życia⁶³. Wpływając na najbliższych, kobieta posługuje się technikami behawioralnymi, a zwłaszcza modelowaniem, zgodnie z którym, nawyki zdrowotne, podobnie jak inne zachowania, są w dużej mierze kształtowane przykładem obserwowanym u innych⁶⁴. Na potwierdzenie tej tezy przytaczane są badania nad stosowaniem samochodowych pasów bezpieczeństwa. Wykazały one, że pasażerowie używali pasów 2,5 razy częściej, gdy obserwowali, że kierowca także ich użył.

Rolę rodziny w kształtowaniu elementów kultury medycznej podkreśla też Z. Woźniak. Zauważa, że mimo konkurencyjności instytucji oświatowych oraz środków społecznej komunikacji, dom rodzinny odgrywa najistotniejszą rolę w procesie

⁶² M.D. Głowacka, *Proces kształtowania zachowań prozdrowotnych*, (w:) *Promocja zdrowia*, M.D. Głowacka (red.), Poznań 2000, s. 136-138.

⁶³ B. Duda, *Kobieta kreatorką zdrowego stylu życia w rodzinie*, (w:) „Promocja zdrowia rodziny”, W. Śladkowski (red.), Vol. LIX, Supl. XIV, N1 Lublin 2004, s. 465.

⁶⁴ G.D., Bishop, *Promowanie zdrowia*, (w:) *Psychologia Zdrowia*, G. D. Bishop (red.), Wydawnictwo ASTRUM, Wrocław 2000, s. 133-173.

przekazywania potomstwu wiedzy medycznej oraz umiejętności niezbędnych do rozwiązywania problemów związanych ze zdrowiem i chorobą⁶⁵.

Na silny wpływ wzorów wyniesionych z domu na dalsze życie wskazuje też E. Kasperek twierdząc, iż często zdarza się, że dorosłe już dzieci, nawet mimo prób zmiany swojego stylu życia, powielają zachowania rodziców i ich stosunek do niektórych spraw, także tych związanych ze zdrowiem⁶⁶.

Zaakcentować należy tu fakt, iż niektóre działania prozdrowotne podejmowane ze względu na dobro dzieci (np. jak karmienie piersią) mogą też przynieść wymierne, prewencyjne korzyści samym kobietom. Ryzyko zachorowania na nowotwór złośliwy piersi obniża się bowiem wraz z wydłużaniem się czasu karmienia. Dla każdych 12 miesięcy karmienia ryzyko spada o 4,3% i dodatkowo ryzyko spada o kolejnych 7% dla każdego porodu⁶⁷.

1.3.2. Rodzina jako środowisko sprzyjające zdrowiu

Jak zauważa M. Połusznia, w badaniach udowodniono, że ludzie otoczeni liczną, bliską rodziną i przyjaciółmi cieszą się lepszym zdrowiem, łatwiej dają sobie radę w sytuacjach trudnych i ponoszą mniejsze negatywne konsekwencje sytuacji stresowych. Natomiast osoby o niskim wsparciu społecznym częściej zapadają na wiele chorób fizycznych, jak: zawał serca, wrzód żołądka, reumatyzm, nowotwór⁶⁸. Sięgając do terminologii psychologicznej, rodzinę można nazwać – za przykładem H. Sęk – zdrowym otoczeniem.

W jego charakterystykę wpisane są maksymalne możliwości zaspokajania potrzeb człowieka i realizacji celów grupowych. Oznacza to, że zdrowe otoczenie posiada maksymalny potencjał humanizmu⁶⁹.

Rodzina może też być rozpatrywana jako środowisko sprzyjające zdrowiu. Pojęcie to pojawiło się w roku 1986 w Ottawie (Kanada) podczas I Światowej Konferencji Promocji Zdrowia. Znaczy ono tyle samo, co „korzystne warunki dla zdrowia”. Ochrona zdrowia oraz

⁶⁵ Z. Woźniak, *Socjomedyczne aspekty funkcjonowania rodziny*. CPBP, Poznań 1990, s. 30-51.

⁶⁶ E. Kasperek, *Promocja zdrowia*, dz. cyt., s. 203-211.

⁶⁷ Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer: *Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50 302 women with breast cancer and 96 973 women without the disease*, "Lancet" 2002, 360, s. 187-95.

⁶⁸ M. Połusznia, *Wsparcie społeczne w zdrowiu i w chorobie*, (w:) *Wsparcie społeczne w zdrowiu i w chorobie*, Z. Kawczyńska-Butrym (red.), Warszawa 1994, s. 13-15.

⁶⁹ H. Sęk, *Wybrane zagadnienia psychoprofilaktyki*, (w:) *Spoleczna psychologia kliniczna*, H. Sęk (red.), Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000, s. 472- 503.

pomnażanie jego potencjału wymagają stworzenia korzystnych warunków dla zdrowia we wszystkich środowiskach życia człowieka: w społeczności lokalnej, w domu, miejscu pracy, w szkole⁷⁰.

O ile jednak kobieta zaspokaja potrzeby rodziny i temu celowi poświęca znaczną część doby, o tyle potrzeby kobiety nie zawsze znajdują zrozumienie. Ten „brak wzajemności” obrazują badania nad stereotypami płci przeprowadzone wśród 30 narodów. Stereotypy zawierają w sobie zarówno oczekiwania społeczne, że każda osoba z grupy będzie posiadała określone cechy lub funkcjonowała zgodnie z wyznaczonymi oczekiwaniami, jak również stanowią niejako zobowiązanie członków grupy do funkcjonowania w sposób pożądanym przez innych.

I tak, cechy które przypisuje się kobietom – w oparciu o badania w wielu krajach i kulturach to: ciepło, ekspresyjność, emocjonalność, wrażliwość na potrzeby innych, opiekuńczość i zdolność poświęcania się dla innych.

Badania dobowego budżetu czasu osób dorosłych wykazały, że na zajęcia domowe kobieta poświęca 5,6 godziny, a mężczyzna 2,05 godziny⁷¹. We wnioskach z badań CBOS z 1994 roku czytamy też, że codzienna opieka i wychowanie dzieci w polskich rodzinach spoczywa przede wszystkim na barkach kobiet. Warto nadmienić przy tym, że – jak zauważa Z. Kawczyńska-Butrym, kobieta – choć intensywnie włącza się w realizację zadań przypisywanych stereotypowi mężczyzny (zapewnienie bytu rodzinie), nie przestaje realizować wymogów tradycyjnego, wielokulturowego stereotypu kobiety.

Tak duże oczekiwania związane z zakorzenionymi w Polsce stereotypami dotyczącymi kobiet, mogą prowadzić do stresu i budzić niepokój. Jeśli sama kobieta wpisuje siebie w te stereotypy i za wszelką cenę stara się dostosować do narzuconych oczekiwań, trudności z wykonaniem tego zadania prowadzić mogą do niskiej samooceny i braku akceptacji samej siebie.

„Uwolnienie się” wielu kobiet od domu (jako jedynej płaszczyzny aspiracji życiowych) pozwala im na wkroczenie na areny zawodowe i publiczne, tradycyjnie zarezerwowane dla mężczyzn. Jednak feministki zwracają w tym miejscu uwagę, że mamy tu do czynienia jedynie z pseudowyzwoleniem. O ile w przeszłości kobieta była bowiem „więźniem” ogniska domowego, to w kulturze konsumpcji stała się więźniem swojego ciała.

Okres pokwitania to czas, gdy na zmiany w organizmie kobiety nakładają się dodatkowo nowe uwarunkowania jej sytuacji psychospołecznej. Przyczynia się do nich usamodzielnienie

⁷⁰ Z. Słońska, *op. cit.*, s. 37-52.

⁷¹ Zatoński W. (red.), *op. cit.*, 29-33.

się i odejście dzieci, a często także konieczność opieki nad starzejącymi się rodzicami, czy kryzysy uczuciowe w związkach małżeńskich. Czynniki te mogą determinować zmianę pozycji kobiety w rodzinie. Zmianę taką zauważa aż 30% kobiet. Zmiana zajmowanej pozycji uzależniona jest od aktywności zawodowej kobiet oraz ich sytuacji materialnej. Niemal połowa badanych kobiet uznała, że ich pozycja w rodzinie spadła⁷².

1.4. Społeczne uwarunkowania zachowań prozdrowotnych; zjawisko estetycznej dyskryminacji

W tym, że dbałość o zdrowie zapewnić może jedną z wartości najwyższych społeczeństwa konsumpcyjnego, czyli atrakcyjność, przekonują powielane zwłaszcza w kolorowych magazynach oraz w reklamach stereotypy stawiające znak równości między zdrowiem i urodą. Obliczono, że przeciętny amerykański telewidz ogląda ok. 5 269 przekazów dotyczących pożądanej atrakcyjności ciała kobiecego rocznie⁷³. W każdej dekadzie reklama stanowi swoisty przepis, jak kobiety powinny wyglądać i jak się na nie powinno patrzeć, jakie powinny mieć samopoczucie, jakiego oczekuje się od nich zachowania⁷⁴. Według Z. Melosika, reklamy zawierają po prostu esencję aktualnie obowiązującej tożsamości kobiecej. Ten sam autor rozpatruje też zjawisko dyscyplinowania kobiet przez normalizowanie ich ciał. Jak zauważa, tożsamość kobiety jest redukowana często do jej ciała, a z kolei ciało do jego zdyscyplinowanej (pięknej) reprezentacji.

Ciało jako uosobienie kobiecości staje się dla niej podstawą konstruowania tożsamości. Uważa się, że piękna kobieta jest „bardziej kobietą” niż brzydka⁷⁵.

1.5. Zjawisko estetycznej dyskryminacji

W literaturze pojawia się nawet pojęcie estetycznej dyskryminacji. Ciało nie istnieje już „samo w sobie” wyłącznie jako biologiczna całość. Nie ma ciała „naturalnego” – jest ono

⁷² K. Kandys, H. Wiktor, A. Pilewska, C. Łepecka-Klusek, M. Bucholc, *Pozycja kobiety w rodzinie w okresie przekwitania*, „Promocja zdrowia rodziny”, (w:) Śladkowski (red.), N2, Lublin 2004, s. 438.

⁷³ Z. Melosik, *Tyrania szczupłego ciała i jej konsekwencje*, (w:) *Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji*, Z. Melosik (red.), EDYTOR, Toruń-Poznań 1999, s. 145.

⁷⁴ Z. Melosik, *Ponowoczesny świat konsumpcji*, (w:) *Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji*, Z. Melosik (red.), EDYTOR, Toruń - Poznań 1999, s. 79.

⁷⁵ Z. Melosik, *Konstruowanie kobiecości i „męskie oko”*, (w:) *Tożsamość, ciało i władza*, Z. Melosik (red.), Wydawnictwo Edytor, Poznań-Toruń 1996, s. 80.

zawsze definiowane przez kulturowe i społeczne procesy⁷⁶. Estetyczne wzorce narzucane przez społeczeństwo prowadzą do sytuacji, gdy rytm życia wyznaczony jest przez rytm stosunków człowieka z własnym ciałem. Obsesyjne kontrolowanie własnego ciała daje poczucie panowania nad życiem⁷⁷. Tymczasem, jak wynika z doniesień pacjentek, w chorobie przewlekłej najbardziej bolesna jest utrata kontroli nad własnym życiem⁷⁸.

Świadomość zagrożenia nowotworem piersi w okresie około menopauzalnym wiąże się nie tylko z obawą o życie, ale też z obawą o utratę atrakcyjności – odbieranej jako utrata kobiecości, a także o spadek statusu materialnego i społecznego. Obowiązujący we współczesnej kulturze globalnej krągły kształt piersi symbolizuje zdrowie⁷⁹. Okaleczające operacje zaburzają natomiast obraz samego siebie. Zdarza się, że pacjentka z odjętą piersią ma poczucie jakby przestała być kobietą, a także jakby przestała być żoną i matką⁸⁰.

Z chorobą związane jest ponadto zachwianie pozycji zawodowej, a co za tym idzie i bezpieczeństwa materialnego. Zjawisko to nazywane jest w literaturze dryfowaniem w dół. Osoby przewlekle chore czy niepełnosprawne zmuszone są rezygnować z pracy lub pracują mniej, a więc nie są w stanie zarabiać tyle, ile w okresie zdrowia i zachować ten sam poziom życia⁸¹. Zagrożenie chorobą rodzi też obawę o dostęp do najnowocześniejszych terapii.

Pomimo obowiązującego w Polsce powszechnego systemu ubezpieczeń zdrowotnych, zarówno system instytucji zdrowotnych, jak i ideologia zdrowia, potwierdzają istniejącą w społeczeństwie strukturę ekonomiczną. Zdrowie traktowane jest jak towar, a osoby o niskim statusie ekonomicznym nie mogą sobie na „zdrowie” pozwolić⁸².

„Dyscyplinowanie” kobiet przez normalizowanie ich ciał za pomocą przekazów płynących z reklam oraz wzorców konstruowanych na użytek kultury masowej wzmacniane jest przez doniesienia naukowe z zakresu profilaktyki.

Do wzmożonej walki z nadwagą mobilizują wyniki badań wskazujące, że ryzyko zachorowania na nowotwór złośliwy piersi dla kobiet po menopauzie rośnie wraz z wartością Indeksu Masy Ciała (BMI – ang. Body Mass Index)⁸³. Przy wzroście wagi ciała o 5 kg ryzyko

⁷⁶ Z. Melosik, *Ciało, społeczeństwo i władza*, (w:) *Tożsamość, ciało i władza*, Z. Melosik (red.), Wydawnictwo Edytor, Poznań - Toruń 1996, s. 69.

⁷⁷ Z. Melosik, *Tyrania...*, s. 148.

⁷⁸ P. Walewski, *Gorycz Zwycięstwa*, „Polityka”, z dnia 31.12.2007, s. 8.

⁷⁹ A. Gromkowska, *Ciało, seksualność i przemoc. Rekonstrukcja kobiecości*, (w:) *Młodość, styl życia i zdrowie. Konteksty i kontrowersje*, Z. Melosik (red.), AM Poznań, Poznań 2001, s. 143.

⁸⁰ P. Walewski, *op. cit.*, s. 4-13.

⁸¹ M. Sokołowska, *Socjologia medycyny*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1986, s. 142.

⁸² Z. Melosik, *Ciało i przemoc w obliczu nowoczesności*, (w:) *Ciało i zdrowie z społeczeństwie konsumpcji*, Z. Melosik (red.), EDYTOR, Toruń-Poznań 1999, s. 73. 71-90

⁸³ N.F. Boyd, L.J. Martin, L. Sun et al., *Body size, mammographic density and breast cancer risk*. “Cancer Epidemiol Biomarkers Prev” 2006, 15, 2086-2092.

zachorowania po menopauzie rośnie o 4%⁸⁴. Szacuje się, że 15% nowotworów złośliwych piersi po menopauzie związanych jest ze wzrostem wagi ciała o 2 kg lub więcej po 18. roku życia, natomiast przyczyną 4,4% nowotworów jest wzrost wagi ciała o 2 kg lub więcej po menopauzie⁸⁵.

O związku otyłości z występowaniem raka piersi mówi też „Europejski Kodeks Walki z Rakiem”⁸⁶. Jak zaznaczyli autorzy raportu, wzrost ryzyka raka piersi u kobiet po menopauzie mających nadwagę, stwierdzono w ponad 100 badaniach⁸⁷. Raport w wielu miejscach wskazuje, iż prowadząc zdrowy styl życia, można poprawić ogólny stan zdrowia i zapobiec wielu zgonom z powodu nowotworów złośliwych. Wykazanie możliwości stosowania prewencji pierwotnej w raku piersi dotyczy w szczególności zaleceń odnośnie do codziennej aktywności, wystrzegania się otyłości oraz spożywania dużej ilości warzyw i owoców⁸⁸.

Waga ciała stanowi ponadto dla kobiet ważny wyznacznik atrakcyjności fizycznej i ma decydujące znaczenie dla kobiecego samopoczucia zarówno psychicznego jak i społecznego. Ze wzrostem wagi obniża się samoocena coraz większej liczby kobiet. Dochodzić też może do sytuacji, gdy kontrola nad życiem zostaje zredukowana do kontroli nad ilością posiadanych kilogramów⁸⁹.

⁸⁴ D. Han, J. Nie, M.R. Bonnier et al., *Lifetime adult weight gain, central adiposity and the risk of pre- and postmenopausal breast cancer in the western New York exposures and breast cancer study*. “Int J Cancer” 2006, 119, 2931-2937.

⁸⁵ A.H. Eliassen, G.A. Colditz, B. Rosner et al., *Adult weight change and the risk of postmenopausal breast cancer*. JAMA 2006, 296, p. 193-201.

⁸⁶ W. Zatoński (red.), *op. cit.*, s. 29-33.

⁸⁷ *Ibidem*, s. 29-33.

⁸⁸ *Ibidem*, s. 29-33.

⁸⁹ Z. Melosik, *op.cit.*, s. 75.

Rozdział II

Metodologiczne podstawy badań własnych

2.1. Problemy badawcze

Podstawowym celem pracy jest wskazanie czynników kształtujących wiedzę na temat profilaktyki raka piersi, w kontekście funkcjonowania Programu Profilaktyki Raka Piersi, a także wpływu personelu medycznego na kształtowanie prawidłowych zachowań z zakresu profilaktyki wtórnej raka piersi.

Postawiono też problem badawczy, dotyczący pytania, w jakim zakresie Wielkopolanki mają dostęp do wiedzy na temat profilaktyki pierwotnej i wtórnej raka piersi oraz do badań w ramach Programu Profilaktyki Raka Piersi.

2.1.1. Problemy dotyczące wartości zmiennych

Ze względu na eksploracyjny charakter badania wiedzy na temat profilaktyki raka piersi oraz jej źródeł, wyłoniono następujące pytania:

1. Jaka jest wiedza na temat profilaktyki raka piersi w grupie kobiet między 40. a 60. rokiem życia, korzystających z profilaktycznych badań mammograficznych?
2. Jakie są źródła wiedzy na temat profilaktyki raka piersi w grupach wydzielonych ze względu na wiek, sytuację ekonomiczną i wykształcenie?
3. Jakie są różnice w zakresie wiedzy na temat profilaktyki raka piersi w grupach wydzielonych ze względu na wiek, sytuację ekonomiczną i wykształcenie?
4. Jakie są oczekiwania wobec lekarzy rodzinnych oraz lekarzy specjalistów w grupach wydzielonych ze względu na wiek, sytuację ekonomiczną i wykształcenie?

2.1.2. Problemy dotyczące zależności między zmiennymi

Poniżej postawiono szczegółowe pytania badawcze, które odnoszą się do związków między zakresem wiedzy na temat profilaktyki raka piersi a faktycznymi i oczekiwanymi źródłami jej pozyskiwania:

1. Jaki istnieje związek między wiekiem a wiedzą na temat profilaktyki raka piersi?
2. Jaki istnieje związek między wykształceniem a wiedzą na temat profilaktyki raka piersi?
3. Jakie istnieją związki między sytuacją materialną a oczekiwaniami co do roli lekarza rodzinnego w kontekście profilaktyki raka piersi?
4. Jakie istnieją związki między sytuacją materialną a oczekiwaniami co do roli lekarza specjalisty w kontekście profilaktyki raka piersi?

2.1.3. Definicje i struktura zmiennych

Zmienne uwzględnione w badaniu obejmują zmienne zależne, takie jak: wiedza na temat profilaktyki raka piersi, znajomość metody samobadania piersi, znajomość własnych piersi w stopniu pozwalającym na wykrycie nawet drobnej zmiany i zmienne niezależne, do których należą: wiek, wykształcenie i sytuacja materialna.

2.2. Hipotezy badawcze

H1. Instytucje odpowiadające na terenie Wielkopolski za profilaktykę raka piersi zapewniały w badanym okresie wystarczające finansowanie badań mammograficznych, co oznacza, że każda kobieta kwalifikująca się do badań mogła z nich skorzystać.

H2. Instytucje odpowiadające na terenie Wielkopolski za profilaktykę raka piersi zawierały w badanym okresie umowy z wystarczającą liczbą świadczeniodawców, co oznacza, że każda kobieta kwalifikująca się do badań mogła z nich skorzystać.

H3. Instytucje odpowiedzialne za profilaktykę raka piersi współpracują z sobą.

H3.1. Przy projektowaniu wydatków na profilaktykę raka piersi Samorząd Województwa Wielkopolskiego uwzględnia dostępność do badań, jaką zapewnia Wielkopolski Oddział Wojewódzki NFZ.

H3.2. Instytucje odpowiedzialne za profilaktykę raka piersi współpracują przy działaniach, których celem jest promocja zachowań prozdrowotnych w kierunku raka piersi.

H4. Istnieje związek między wiekiem a wiedzą na temat profilaktyki raka piersi, a mianowicie:

H4.1. Wiedza kobiet w starszym wieku jest większa niż wiedza kobiet młodszych.

H4.2. Kobiety w różnym wieku korzystają z innych źródeł wiedzy na temat profilaktyki raka piersi.

H4.3. Kobiety w starszym wieku częściej wykazują znajomość metody samobadania piersi.

H4.4. Kobiety w starszym wieku częściej wykazują znajomość własnych piersi w stopniu pozwalającym na wykrycie nawet drobnej zmiany.

H5. Podstawowym źródłem wiedzy na temat profilaktyki raka piersi są lekarze oraz pielęgniarki.

H6. Rodzina i znajomi rzadko stanowią źródło wiedzy na temat profilaktyki raka piersi.

H7. Istnieje związek między wykształceniem a wiedzą na temat profilaktyki raka piersi, a mianowicie, kobiety z wyższym wykształceniem częściej wykazują znajomość własnych piersi w stopniu pozwalającym na wykrycie nawet drobnej zmiany.

H8. Sytuacja materialna różnicuje źródła wiedzy na temat metody samobadania piersi w taki sposób, że:

H8.1. Kobiety oceniające swoją sytuację materialną jako dobrą najczęściej uzyskują tę wiedzę od lekarza.

H8.2. Kobiety oceniające swoją sytuację materialną jako średnią najczęściej czerpią tę wiedzę z broszur i artykułów w czasopiśmie.

H9. Sytuacja materialna różnicuje oczekiwania co do roli lekarza rodzinnego w taki sposób, że:

H9.1. Kobiety oceniające swoją sytuację materialną jako złą rzadko oczekują od lekarza rodzinnego zachęcania do profilaktyki w zakresie raka piersi.

H9.2. Kobiety oceniające swoją sytuację materialną jako dobrą często oczekują od lekarza rodzinnego zachęcania do profilaktyki w zakresie raka piersi.

H10. Sytuacja materialna różnicuje oczekiwania wobec lekarza specjalisty, co oznacza, że im lepsza sytuacja materialna, tym większe oczekiwania.

2.3. Metody badawcze

Zakres przedmiotowy pracy obejmuje analizę uwarunkowań ekonomiczno-prawnych w kontekście zapewnienia mieszkańcom Wielkopolski dostępu do wiedzy na temat profilaktyki raka piersi oraz do badań mammograficznych w ramach realizacji Programu Profilaktyki Raka Piersi.

W celu zgromadzenia informacji dokonano przeglądu literatury przedmiotu (polskiej i anglojęzycznej) oraz analizy wydatków na kształtowanie zachowań prozdrowotnych w kierunku raka piersi, jak i wydatków na same badania, poniesionych przez trzy instytucje, w których kompetencjach znajdują się wyżej wymienione działania.

Analiza dotyczy aktywności instytucji, których zakres działań obejmuje swoim zasięgiem region Województwa Wielkopolskiego. W przypadku braku szczegółowych danych źródłowych, (odpowiadających potrzebom niniejszej pracy), w oficjalnych sprawozdaniach badanych instytucji, autorka zwracała się pisemnie do ich dyrektorów o udostępnienie niezbędnych informacji.

Kwestionariusz wiedzy na temat profilaktyki raka piersi

Jest to narzędzie autorskie, skonstruowane z myślą o przeprowadzonych badaniach i w nich zastosowane po raz pierwszy (załącznik 5).

Kwestionariusz wykorzystano w badaniu pilotażowym, którym objęto 100 kobiet, pacjentek Ośrodka Profilaktyki i Epidemiologii Nowotworów przy ul. Kazimierza Wielkiego 24/26 w Poznaniu.

Dla analiz przyjęto minimalny poziom istotności $p \leq 0,05$. Obliczenia przeprowadzono przy użyciu pakietu statystycznego SPSS wersja 12.

Kwestionariusz, weryfikujący hipotezy: H3,H4,H5,H6,H7,H8,H9,H10 składa się z trzech części dotyczących:

- a) oceny wiedzy na temat profilaktyki raka piersi,

- b) oceny stosowania zaleceń dotyczących profilaktyki raka piersi (samobadanie piersi),
- c) oceny roli personelu medycznego w szerzeniu profilaktyki raka piersi.

W pytaniach dotyczących wiedzy na temat profilaktyki raka piersi uwzględniono zalecenia dostępne w kierowanych do kobiet broszurach (załącznik nr 1, załącznik nr 2) oraz w rubrykach poświęconych zdrowiu, jakie redagowane są w kolorowych magazynach. Uzupełnieniem były pytania dotyczące źródeł wiedzy o profilaktyce raka piersi oraz o osobiste doświadczenia w zdobywaniu tej wiedzy za pośrednictwem personelu medycznego.

2.4. Przebieg badań

2.4.1. Dobór i charakterystyka badanej grupy

Poszukując osób badanych posłużono się doborem celowym, biorąc pod uwagę określone kryteria, które przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela 2. Kryteria włączenia do grupy

L.p.	Kryterium
1.	wiek: - między 40. a 49. rokiem życia (ukończenie 40. roku życia warunkuje korzystanie z badań mammograficznych) - między 50. a 59. rokiem życia (kobiety w tej grupie wiekowej kwalifikują się do badań mammograficznych w ramach Programu Profilaktyki Raka Piersi)
2.	brak rozpoznania nowotworu złośliwego piersi
3.	deklaracja wzięcia udziału w badaniach profilaktycznych w kierunku wczesnego wykrywania raka piersi*
4.	wyrażenie zgody na udział w badaniach

*Badanie wykonane zostało w Ośrodku Profilaktyki i Epidemiologii Nowotworów (ul. Kazimierza Wielkiego 24/26 w Poznaniu), wśród kobiet, które czekały na umówione badanie profilaktyczne.

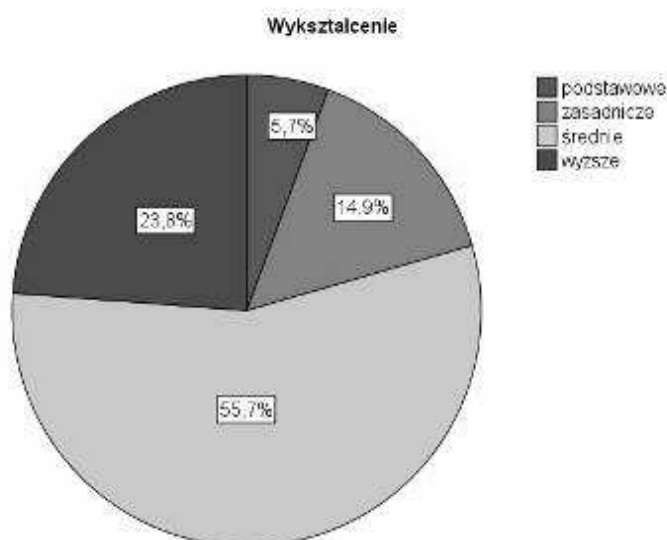
Badanie przeprowadzone było od lipca do grudnia 2010 roku, wśród pacjentek wyżej wymienionego ośrodka. Celem uniknięcia ewentualnych błędów, rok wcześniej przeprowadzono badanie pilotażowe w grupie 100 osób.

Łącznie badaniami objęto 337 kobiet. Kobiety samodzielnie wypełniały kwestionariusz podczas oczekiwania na umówione badanie.

W przebadanej próbie około jednej czwartej stanowiły kobiety z młodszej grupy wiekowej, tj. od 40. do 49. lat. Siedem na dziesięć respondentek to kobiety pomiędzy 50. a 59. rokiem życia. Przewaga kobiet w starszej grupie wiekowej związana jest ze specjalizacją Ośrodka Profilaktyki i Epidemiologii Nowotworów, w którym z reguły wykonuje się badania w ramach Programu Profilaktyki Raka Piersi, a więc u kobiet między 50. a 69. rokiem życia.

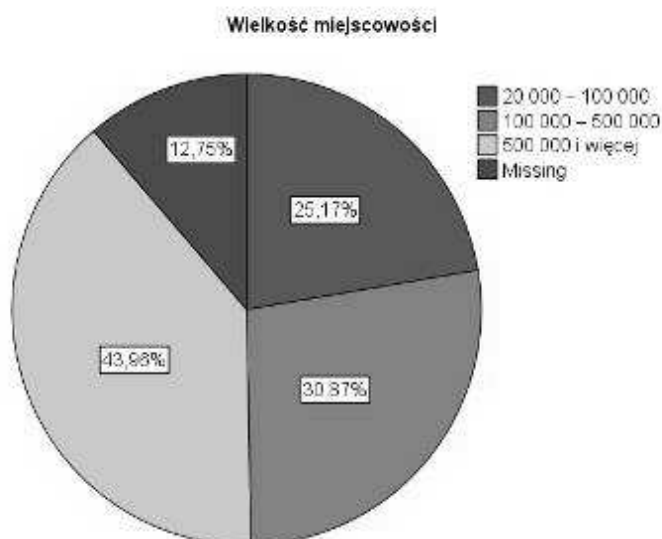
Wykształcenie

W badanej grupie najwięcej, bo ponad połowa kobiet uzyskała średnie wykształcenie. Kolejne do wielkości udziału w próbie grupy, to kobiety z wykształceniem wyższym (24%), zasadniczym (15%) i podstawowym (6%).



Wykres 9. Procentowy podział badanych kobiet ze względu na wykształcenie

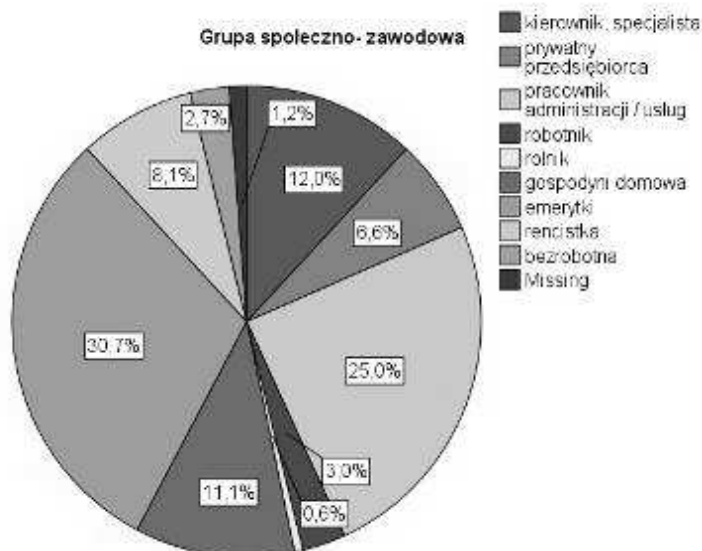
Źródło: opracowanie własne na podstawie uzyskanych danych



Wykres 10. Procentowy podział osób badanych ze względu na wielkość miejscowości, w której mieszkają

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzyskanych danych

Najwięcej, bo blisko 40% badanych kobiet mieszka w miastach powyżej 500 tysięcy mieszkańców. Ponad 30% to mieszkanki miast średniej wielkości, tj. od 100 tys. do 500 tys. mieszkańców. Ostatnią grupę stanowiły kobiety z mniejszych miast. Mieszkanki miast o populacji pomiędzy 20 a 100 tysięcy stanowiły jedną czwartą badanej grupy.

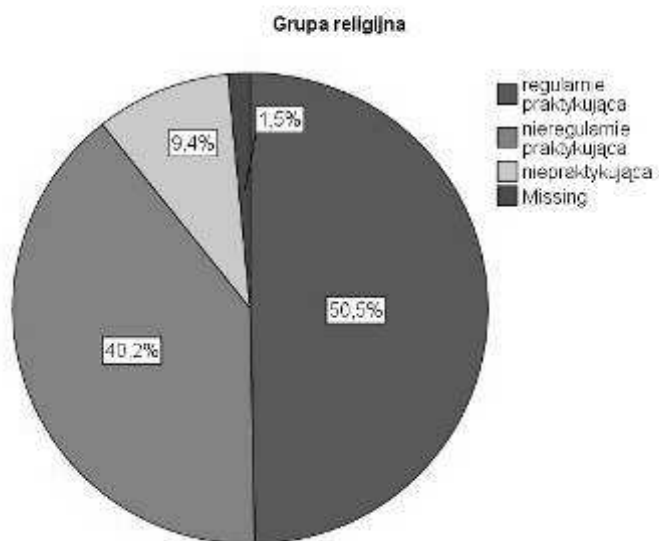


Wykres 11. Procentowy podział osób badanych ze względu na grupę społeczno-zawodową

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzyskanych danych

W badanej grupie największą część kobiet stanowiły emerytki (niewiele ponad 30 % ogółu). Kolejną istotną grupą były pracownice administracji lub usług (jedna czwarta badanych). Powyżej dziesięciu procent udziału w ogólnej grupie badanych uzyskały jeszcze

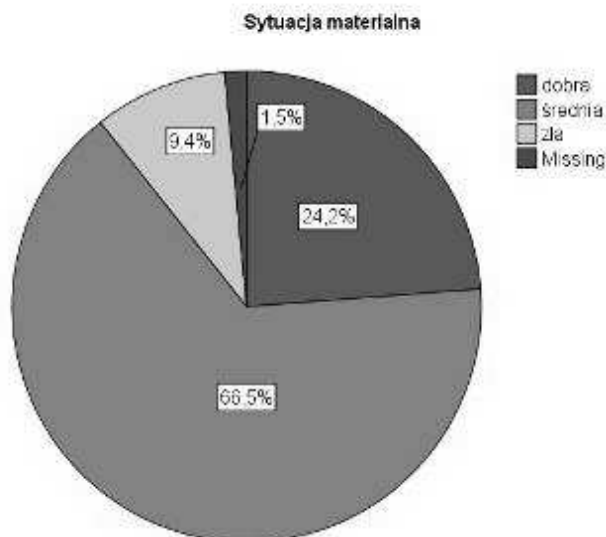
dwie grupy społeczno- zawodowe: kobiety określające się jako gospodynie domowe oraz jako kierownicy i specjaliści.



Wykres 12. Procentowy podział osób badanych ze względu na grupę religijną

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzyskanych danych

Pod względem przynależności do grupy religijnej, nieco ponad połowa kobiet określiła się jako regularnie praktykujące. Dwie na pięć respondentek deklarowały nieregularne odbywanie praktyk religijnych. Pozostałe respondentki to osoby niepraktykujące.



Wykres 13. Procentowy podział osób badanych ze względu na sytuację materialną

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzyskanych danych

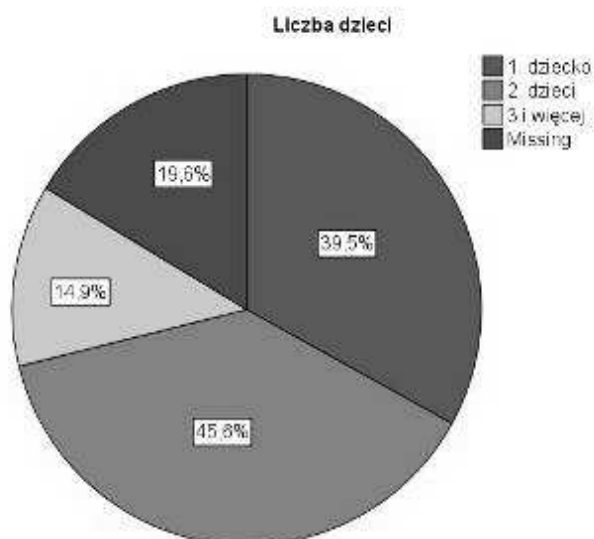
Jako dobrą swoją sytuację materialną określiła blisko jedna czwarta kobiet. Jako złą niemal co dziesiąta respondentka. Najwięcej, bo dwie trzecie, wskazań uzyskało określenie pośrednie.



Wykres 14. Procentowy podział osób badanych ze względu na liczbę osób w gospodarstwie domowym

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzyskanych danych

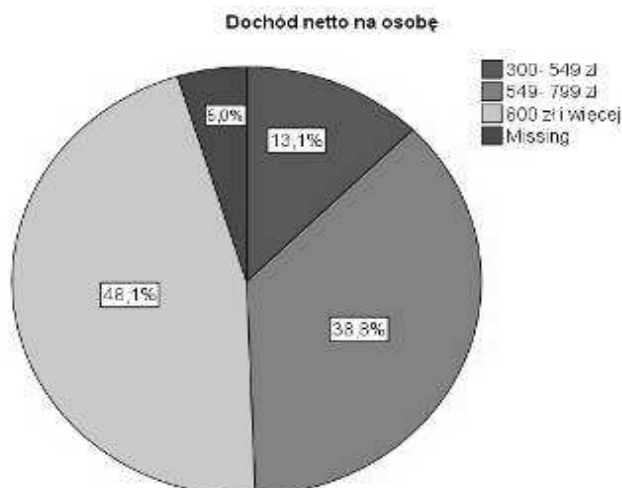
Co dziesiąta badana prowadzi jednoosobowe gospodarstwo domowe. Jedna trzecia z respondentek zamieszkuje w gospodarstwie dwuosobowym. Częścią gospodarstwa pięcio- i więcej osobowego było 6% badanych.



Wykres 15. Procentowy podział osób badanych ze względu na liczbę dzieci

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzyskanych danych

Spośród kobiet wskazujących na posiadanie dzieci, najwięcej kobiet miało dwoje – w tej grupie znalazło się około 46% pytanых. Drugą najliczniejszą grupą były kobiety posiadające jedno dziecko. Co szósta respondentka posiadająca dzieci ma ich troje lub więcej.

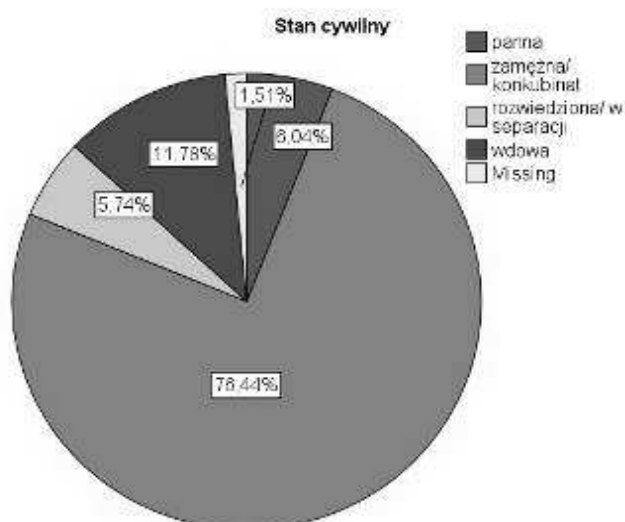


Wykres 16. Procentowy podział osób badanych ze względu na dochód netto na osobę

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzyskanych danych

Do grupy o największych dochodach w gospodarstwie domowym per capita (osiemset złotych i więcej) zalicza się blisko połowa kobiet w badanej grupie. Niemal dwie na pięć kobiet znalazło się w przedziale pomiędzy 549 i 799 złotych.

Trzyście procent badanych, to osoby z przedziału od 300 do 549 złotych dochodu na osobę w gospodarstwie domowym.



Wykres 17. Procentowy podział osób badanych ze względu na stan cywilny

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzyskanych danych

Ponad trzy czwarte kobiet deklarowało pozostawanie w związku małżeńskim lub konkubinacie. Wdowy stanowiły około 12% badanej grupy, a kobiety rozwiedzione około 6%. Również kobiety niezamężne stanowiły sześcioprocentowy odsetek badanych.

Weryfikacja postawionych przez autorkę hipotez składać się będzie nie tylko na ogólny efekt poznawczy pracy. Wyniki badań mogą bowiem stanowić materiał pomocny przy:

- a) planowaniu działań, których celem jest rozbudzanie i utrwalanie zachowań prozdrowotnych w zakresie profilaktyki raka piersi;
- b) planowaniu tematów szkoleń realizowanych w ramach ustawicznego kształcenia lekarzy i pielęgniarek.

Rozdział III

Analiza działań prewencyjnych prowadzonych w Wielkopolsce

3.1. Etap podstawowy oraz etap pogłębionej diagnostyki Programu Profilaktyki Raka Piersi finansowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia

3.1.1. Zasady tworzenia profilaktyki chorób nowotworowych

Prowadzone do roku 2006 inwestycje budżetu państwa w nieskoordynowane, niepopulacyjne programy aktywnej lub biernej profilaktyki nie przynosiły spodziewanych efektów w postaci obniżenia współczynnika zachorowalności i umieralności na raka piersi⁹⁰.

Od roku 1976 do 1990 prowadzony był w Polsce Rządowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych. W ramach tego programu w kilku regionach, w tym w Wielkopolsce, na Mazowszu i w Małopolsce odbywały się badania przesiewowe w celu

⁹⁰ Program profilaktyki raka piersi, [www.wco.p/wok], data odczytu: 02.02.2009].

wczesnego wykrywania raka piersi⁹¹. Na przykład w Warszawie, Instytut Onkologii – jako pierwszy w Polsce – wprowadził skryning populacyjny.

Realizacja Rządowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych, a zwłaszcza wieloletnie działania edukacyjne, przyniosły wymierne efekty, jak wzrost odsetka kobiet wykonujących samokontrolę piersi z 24% w roku 1998 do 28% w roku 2001. Zauważalnie wzrosła też świadomość kobiet, dotycząca potrzeby wykonywania mammografii, z 31% w roku 1998 do 52% w roku 2001⁹². Wciąż brakowało jednak działań na skalę ogólnopolską.

Tymczasem w USA, jak również w krajach Unii Europejskiej zauważono, że do ograniczenia zachorowań i poprawy wyników leczenia nowotworów złośliwych najskuteczniej przyczyniają się narodowe programy walki z rakiem.

Koszty tych programów, obejmujące badania przesiewowe, zakup nowoczesnych urządzeń diagnostycznych oraz edukację (zarówno społeczeństwa, jak i kadry medycznej), pokrywane są z budżetu państwa⁹³. Warto w tym miejscu dodać, że dążenie do wykrywania zmian nowotworowych we wczesnym etapie oznaczać może wymierne oszczędności dla systemu ochrony zdrowia. Zabieg oszczędzający, opieka pooperacyjna oraz rehabilitacja, niosą z sobą zdecydowanie mniejsze koszty niż operacje radykalne⁹⁴.

Skryning mammograficzny, czyli badania przesiewowe, które polegają na badaniu mammograficznym wykonywanym u kobiet bez objawów klinicznych, to najlepsza metoda wykrywania raka piersi we wczesnych stopniach zaawansowania⁹⁵.

W krajach, które od kilkunastu, a niektóre nawet od kilkudziesięciu lat (np. Finlandia, Holandia, Szwecja) prowadzą populacyjne badania przesiewowe w kierunku

⁹¹ Sprawozdanie z realizacji w 2002 r. Małopolskiego Programu Ochrony Zdrowia na lata 2001-2005, [www.malopolskie.pl/Zdrowie/Prezentacja/Sprawozdanie2003], data odczytu: 13.09 2009].

⁹² Odpowiedź na interpelację sekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia z upoważnienia ministra – na interpelację nr 5221, [<http://ks.sejm.gov.pl:8009/iz4/i-odp/i5221-o1.htm>], data odczytu: 11.09 2009].

⁹³ Program profilaktyki raka piersi, [www.wco.p/wok], data odczytu: 02.02.2007].

⁹⁴ Mojs E, Suchocki S., Opala T., *Psychological consequences of neoplastic diseases*, (w:) T. Opala (red.): *Ginekologia. Podręcznik dla położnych, pielęgniarek i fizjoterapeutów*. Warszawa 2003, s. 197-204.

⁹⁵ Perry N, Broeders M, de Wolf C, Tomberg S., *European guidelines for quality assurance in mammography screening*. Luksembourg: Official Population of European Communities, 2001.

wczesnego wykrycia raka piersi, umieralność na tę chorobę spadła wśród kobiet po 50. roku życia nawet o jedną trzecią. Specjaliści z Karolińska Instytut informują, że w ciągu roku spotykają się z pojedynczymi przypadkami raka piersi w zaawansowanym stadium choroby⁹⁶.

Podsumowując wyniki czterech badań klinicznych Szwedzi stwierdzili, że 21% spadek umieralności z powodu raka sutka w wyniku przesiewowych badań mammo graficznych utrzymuje się przez średni okres, który wynosi 15,8 lat⁹⁷.

Zalecenia komisji ekspertów UE mówią, że skryningiem mammo graficznym należy objąć kobiety w wieku 50-69 lat, a badanie trzeba wykonywać co 2 _3 lata. W Ameryce Północnej preferuje się natomiast model badań corocznych⁹⁸.

Na konieczność rozwinięcia i upowszechnienia prewencji wtórnej (skryningu mammo graficznego) wskazuje też raport „Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15-49 lat. Polska 2006”, przygotowany przez Fundusz Ludnościowy Narodów Zjednoczonych (UNFPA), Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju (UNDP), Instytut Matki i Dziecka oraz Ministerstwo Zdrowia. We wnioskach znalazł się postulat, by skończyć w Polsce z akcjami badań mammo graficznych organizowanymi incydentalnie, niejednokrotnie bez określenia kryteriów kwalifikujących do udziału w badaniu. Należy też monitorować skuteczność prowadzonych programów prewencyjnych⁹⁹.

Jeszcze przed wprowadzeniem programu populacyjnego, obejmującego cały kraj, aż 39% kobiet w wieku 50- 69 lat pytanych w roku 2004 przez GUS deklarowało poddanie się badaniom mammo graficznym prowadzonym w ramach ogólnodostępnego programu¹⁰⁰. Wcześniejsze deklaracje nie mają jednak odzwierciedlenia w rzeczywistości. Zdaniem

⁹⁶ Europejski kodeks walki z nowotworami złośliwymi i jego przesłanki naukowe, wersja trzecia (2003), [wczp.poznan.uw.gov.pl/files/445/44c9f76f9a9ff/ekwr_kodeks.doc, data odczytu: 09.09.2007].

⁹⁷ Europejski kodeks walki z nowotworami złośliwymi i jego przesłanki naukowe, wersja trzecia (2003), [wczp.poznan.uw.gov.pl/files/445/44c9f76f9a9ff/ekwr_kodeks.doc, z 09.09.2007].

⁹⁸ McPherson A, Durham N., *Księga zdrowia kobiety*, REBIS, Poznań 2003, s. 572-575.

⁹⁹ Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15-49 lat. Polska 2006, [www.unic.un.org.pl], data odczytu: 20.08.2009].

¹⁰⁰ Tamże

wielu specjalistów, wielkim problemem w Polsce jest fakt, że chociaż Narodowy Fundusz Zdrowia pokrywa koszty badań, wciąż niewiele kobiet z nich korzysta¹⁰¹.

3.1.2. Nakłady Wielkopolskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia na Program Profilaktyki Raka Piersi w latach 2006 – 2011 oraz jego realizacja

Przyjęty dla obszaru całego kraju Program Profilaktyki Raka Piersi realizowany przez Wielkopolski Oddział Wojewódzki NFZ adresowany jest do kobiet w wieku 50-69 lat, które nie wykonywały mammografii w ciągu poprzednich 24 miesięcy.

Programem objęte są też kobiety, które uczestnicząc w programie rok wcześniej otrzymały pisemne wskazanie do powtórzenia badań po 12 miesiącach¹⁰². Według danych GUS, w Wielkopolsce populacja kobiet w wieku 50_69 lat wynosi ponad 395 tys.¹⁰³.

Kryterium wykluczającym z Programu Profilaktyki Raka Piersi jest fakt wcześniejszego wykrycia w piersi zmiany nowotworowej o charakterze złośliwym¹⁰⁴

Kobiety, które chcą skorzystać z badań, a spełniają ww. kryteria, zgłaszają się do wybranej placówki realizującej program, bez konieczności uzyskania wcześniej skierowania¹⁰⁵. Wystarczy, że umówią się na konkretny termin badania mammograficznego. Jeśli wynik badania mammograficznego wzbudzi wątpliwości lekarza, kieruje on pacjentkę na dalszą diagnostykę, a jeśli okaże się to konieczne, na dalsze leczenie.

Najważniejszym celem programu jest zmniejszenie współczynnika zachorowalności i umieralności na nowotwory piersi wśród kobiet, a także zwiększenie liczby nowotworów wykrywanych we wczesnych stadiach zaawansowania, co daje pacjentkom szansę

¹⁰¹ Szparkowska S., *Polki ciągle przegrywają walkę z rakiem*, [www.rzeczpospolita.pl, data odczytu: 13.03.2007].

¹⁰² Program profilaktyki raka piersi, [www.wco.p/wok], data odczytu: 02.02.2009].

¹⁰³ Załącznik nr 4 do zarządzenia Nr 53/2006 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, [www.nfz.gov.pl, data odczytu: 12 02 2009].

¹⁰⁴ Załącznik nr 4 do zarządzenia nr 81/2008 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, [www.nfz.gov.pl, data odczytu: 12.01.2012].

¹⁰⁵ Załącznik nr 4 do zarządzenia Nr 53/2006 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, [www.nfz.gov.pl, z 12 02 2007].

całkowitego wyleczenia i uratowania gruczołu piersiowego¹⁰⁶. W Niemczech 68% operacji to operacje oszczędzające, w Polsce – zaledwie 3%¹⁰⁷. Należy przy tym zwrócić uwagę na mniejsze koszty wiążące się z przeprowadzeniem zabiegu oszczędzającego, wynikające zarówno z krótszego czasu hospitalizacji, krótszej absencji w pracy, jak i z niższych kosztów leczenia¹⁰⁸. Koszty utraconej w 2009 roku w Polsce produktywności z uwagi na absencje, niepełnosprawność i przedwczesną śmierć, związaną z chorobami nowotworowymi, szacowane są odpowiednio na: 1,572 miliardów euro, 0,504 miliardów EUR, 0,535 miliardów euro, co stanowi 0,8% PKB¹⁰⁹.

Program Profilaktyki Raka Piersi zakłada prowadzenie badań przesiewowych. Zgodnie z definicją WHO, są to testy pozwalające na wczesne wykrycie i leczenie choroby, przeprowadzane u osób zdrowych, czego skutkiem jest zmniejszenie śmiertelności w populacji¹¹⁰.

Realizacja programu daje podstawy stworzenia systemu umożliwiającego wieloletnie, ciągłe prowadzenie aktywnego skryningu, poprawy zgłaszalności kobiet na badania mammograficzne, a także zwiększenia świadomości kobiet w zakresie profilaktyki raka piersi oraz monitorowanie losów pacjentek z wykrytymi zmianami nowotworowymi.

Program profilaktyki raka piersi realizowany przez NFZ składa się z dwóch etapów.

Etap podstawowy obejmuje:

- przeprowadzenie wywiadu i wypełnienie ankiety,
- badanie mammograficzne: 2 x 2 zdjęcia mammograficzne wraz z opisem,
- sporządzenie karty badania mammograficznego w formie elektronicznej,
- decyzję dotyczącą dalszego postępowania (w zależności od wyniku badania), potwierdzoną pisemnie.

¹⁰⁶ Europejski kodeks walki z nowotworami złośliwymi i jego przesłanki naukowe, wersja trzecia (2003), [wczp.poznan.uw.gov.pl/files/445/44c9f76f9a9ff/ekwr_kodeks.doc, data odczytu: 09.09.2009].

¹⁰⁷ E. Szatkowska, *Piersi pod ochroną*, Rozmowa z dr Markiem Budnerem, kierownikiem Oddziału Ginekologiczno-Położniczego i Centrum Piersi w Humaine Klinikum w Bad Saarow w Niemczech, „Służba Zdrowia” nr 51-54 z 11 lipca 2005 SI 54/2005.

¹⁰⁸ Załącznik nr 4 do zarządzenia Nr 53/2006 Prezesa narodowego Funduszu Zdrowia, [www.nfz.gov.pl, data odczytu: 12.02.2007].

¹⁰⁹ T. Macioch, T. Hermanowski, *Koszty pośrednie związane z rakiem. Nieobecności w miejscu pracy*, Dziennik Medycyny Pracy i Ochrony Środowiska, grudzień 2011, volume 53.

¹¹⁰ Załącznik nr 4 do zarządzenia Nr 53/2006 Prezesa narodowego Funduszu Zdrowia, [www.nfz.gov.pl, data odczytu: 12.02.2007].

Etap profilaktyki pogłębionej obejmuje natomiast:

- poradę lekarską,
- mammografię uzupełniającą i/lub biopsję cienkoigłową/gruboigłową pod kontrolą technik obrazowych z badaniem histopatologicznym pobranego materiału w przypadku nieprawidłowości stwierdzonych w badaniu USG,
- decyzje co do dalszego postępowania potwierdzone wystawieniem skierowania na dalszą diagnostykę lub leczenie,
- zgłaszanie wykrytego nowotworu do regionalnego rejestru nowotworów¹¹¹.

Świadczeniodawcy wykonujący badania mają też obowiązek archiwizowania uzyskanych wyników w formie elektronicznej, a wykryte nowotwory powinni zgłaszać do wojewódzkiego rejestru nowotworów¹¹².

Materiału do analizy nakładów NFZ na realizację badań profilaktycznych w kierunku wczesnego wykrywania raka piersi oraz danych dotyczących ich wykorzystania dostarczają roczne sprawozdania z działalności Funduszu.

Prezentowane w nich zestawienia uwzględniają zbiorczo dane dotyczące wszystkich programów profilaktycznych realizowanych przez NFZ. Jak dotąd, z uwagi na niską zgłaszalność osób, do których adresowane są programy zdrowotne, NFZ tylko raz (w roku 2009) zrealizował w 100 procentach plan finansowy wynikający z umów ze świadczeniodawcami w ramach profilaktycznych programów zdrowotnych.

W roku 2007 realizacja kontraktów z tej grupy wyniosła 78%. Dla Wielkopolski wskaźnik ten wyniósł 90,67%. Wartość świadczeń profilaktycznych zakontraktowanych wówczas w odniesieniu do całego kraju wynosiła 206 667,04 tys. zł, natomiast realizacja wyniosła 162 337,63 tys. zł¹¹³. W roku 2008 NFZ zakontraktował świadczenia w ramach profilaktycznych programów zdrowotnych na kwotę 145 726,60 tys. zł, a wykonanie kontraktów nie przekroczyło 111 421,57 tys. zł¹¹⁴. Dane za rok 2009 mówią o kontraktach

¹¹¹ Załącznik nr 4 do zarządzenia Nr 53/2006 Prezesa narodowego Funduszu Zdrowia, [www.nfz.gov.pl], data odczytu: 12.02.2009].

¹¹² E. Mojs, M. D. Głowacka, J. Sielska, *Psychologiczne determinanty zachowań zdrowotnych kobiet*, (w:) M.D. Głowacka, E. Mojs (red.), *Zdrowie społeczne. Edukacja. Zarządzanie*, Poznań 2007, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Komunikacji i Zarządzania, s. 85.

¹¹³ Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2007, s. 73, [www.nfz.gov.pl]; data odczytu: 12.10.012].

¹¹⁴ Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2008, s. 54, [www.nfz.gov.pl]; data odczytu: 12.10.012].

na łączną kwotę 135 733,23 tys. zł i realizacji na poziomie 100% ¹¹⁵. Wartość świadczeń zakontraktowanych na rok 2010 wynosiła 161 505,54 tys. zł, a realizacja 153 828,30 zł¹¹⁶.

Dodać przy tym należy, że w procesie oceny realizacji programów, monitorowaniu podlegają takie parametry, jak:

1. zgłaszalność,
2. efekty realizacji każdego z programów, a w szczególności:
 - a) liczba pacjentów z nieprawidłowymi wynikami badań,
 - b) liczba pacjentów z rozpoznaniem schorzenia stanowiącego przedmiot programu,
 - c) koszt zdiagnozowania jednej osoby z wynikiem dodatnim,
3. dodatkowe parametry dotyczące jakości realizacji świadczeń

Dane dotyczące Wielkopolski, uwzględniające realizację programu profilaktyki w kierunku wczesnego wykrywania raka piersi, obrazuje poniższa tabela.

Tabela 3. Wartość zawartych i wykonanych kontraktów w ramach profilaktyki raka piersi w latach 2006-2012

Rok	Nazwa programu	Wartość kontraktu	Wartość rzeczywista
Rok 2006	Program pro filaktyki raka piersi - etap podstawowy	4 226 593,20	3 272 172,30
	Program pro filaktyki raka piersi - etap pogłębiony	1 235 199,00	256 788,00
Razem rok 2006		5 461 792,20	3 528 960,30
Rok 2007	Program pro filaktyki raka piersi - etap podstawowy	3 885 762,60	5 952 384,00
	Program pro filaktyki raka piersi - etap pogłębiony	401 419,20	3222 796,60
Razem rok 2007		4 287 181,80	6 275 180,60

¹¹⁵ Sprawozdanie z działalności Na rodowego Funduszu Zdrowia za rok 2009, s. 76, [www.nfz.gov.pl; data odczytu: 12.10.012].

¹¹⁶ Sprawozdanie z działalności Na rodowego Funduszu Zdrowia za rok 2010, s. 87, [www.nfz.gov.pl; data odczytu:12.10.012].

Rok 2008	Program profilaktyki raka piersi - etap podstawowy	4 922 899,29	5 324 915,43
	Program profilaktyki raka piersi - etap pogłębiony	361 585,14	221 871,44
Razem rok 2008		5 284 484,43	5 546 789,87
Rok 2009	Program profilaktyki raka piersi - etap podstawowy	4 766 993,30	6 686 398,35
	Program profilaktyki raka piersi - etap pogłębiony	306 376,00	265 272,00
Razem rok 2009		5 073 369,30	6 951 670,35
Rok 2010	Program profilaktyki raka piersi - etap podstawowy	5 441 156,10	8 224 747,20
	Program profilaktyki raka piersi - etap pogłębiony	168 352,00	356 400,00
Razem rok 2010		5 609 508,10	8 581 147,20
Rok 2011	Program profilaktyki raka piersi - etap podstawowy	6 498 788,85	7 964 372,25
	Program profilaktyki raka piersi - etap pogłębiony	290 136,00	317 536,00
Razem rok 2011		6 788 924,85	8 281 908,25
Rok 2012	Program profilaktyki raka piersi - etap podstawowy - w pracowni mobilnej	2 692 333,00	850 581,00
	Program profilaktyki raka piersi- etap podstawowy- w pracowni stacjonarnej	5 732 748,00	597 861,00
	Program profilaktyki raka piersi - etap pogłębiony	323 767,50	50 588,00
Razem rok 2012	Wykonanie na 31.03.2012	8 748 847,50	1 499 030,00

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych WOW NFZ z dnia 25.04.2012.

Warto zwrócić uwagę, że w roku 2008 po raz pierwszy spożytkowana została cała kwota przeznaczona na Program Profilaktyki Raka Piersi, a nawet odnotowano tzw. nadwykonania. Liczba badań nie jest limitowana. Oznacza to, że nawet po przekroczeniu kwoty założonej na Program Profilaktyki Raka Piersi w planie finansowym na dany rok, NFZ zobowiązuje się do rozliczenia świadczeniodawcom także badań wykonanych ponad tę kwotę.

3.1.3. Założenia i finansowanie działań informacyjnych w ramach realizacji programu „Populacyjny program wczesnego wykrywania raka piersi”

Aby zwiększyć zgłaszalność kobiet Program Profilaktyki Raka Piersi promowany jest poprzez wspólne działania WOW NFZ, WOK i samorządów lokalnych. O konieczności współpracy dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ z samorządem mówi też ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Aby nieustannie monitorować i zabezpieczać potrzeby zdrowotne ubezpieczonych, dyrektor oddziału wojewódzkiego funduszu powinien też kontaktować się z organizacjami skupiającymi świadczeniodawców¹¹⁷.

Na kampanię medialną w ramach realizacji dwóch programów: „Populacyjnego programu profilaktyki wczesnego wykrywania raka szyjki macicy” oraz „Populacyjnego programu wczesnego wykrywania raka piersi, Centrala NFZ przekazała do WOW NFZ na okres 2006_ 2007 odpowiednio: 51.400,00 zł. i 71.399,99 zł¹¹⁸. W II połowie 2007 WOW NFZ otrzymał ponadto na kampanię medialną ww. programów 94 tys. zł.

W roku 2007 Centrala NFZ, w celu ujednoczenia kampanii medialnej prowadzonej wspólnie dla dwóch ww. programów, zaproponowała wszystkim oddziałom NFZ jeden wzór ulotki promującej programy (Załącznik 1). Od marca 2007 do 30 czerwca 2007 emitowane były ponadto, przygotowane na potrzeby kampanii, spoty telewizyjne i radiowe, zachęcające kobiety do korzystania z badań w kierunku raka piersi i raka szyjki macicy.

Wielkopolski Oddział Wojewódzki NFZ przeprowadził też w roku 2007 w zakresie promocji programów profilaktycznych szereg działań niestandardowych. 26 marca 2007 r. WOW NFZ był (obok Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, Centralnego Ośrodka Koordynującego Program Zwalczania Raka Szyjki Macicy) jednym z organizatorów – warsztatów dla dziennikarzy lokalnych mediów. Wśród wykładowców znaleźli się m. in. prof. Marek Spaczyński przewodniczący Centralnego Ośrodka Koordynującego Program Aktywnego Zwalczania Raka Szyjki Macicy i dr hab. n. med. Witold Kędzia kierujący Wojewódzkim Ośrodkiem Koordynującym.

26 marca 2007 roku nastąpiło też ogłoszenie konkursu dla dziennikarzy wielkopolskich mediów na publikacje związane z profilaktyką raka szyjki macicy. Patronat Honorowy nad konkursem objął Marek Woźniak, Marszałek Województwa Wielkopolskiego.

¹¹⁷ Art.7 ust.1pkt 1, art8, pkt 1, art.9 pkt. 1 ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 08.144.888 art.12).

¹¹⁸ Informacja po konferencji prasowej dotyczącej populacyjnych programów wczesnego wykrywania raka piersi i szyjki macicy, [www.nfz.gov.pl]; data odczytu: 20.03.2007].

Partnerami konkursu byli: Polskie Towarzystwo Ginekologiczne, Centralny Ośrodek Koordynujący Program Zwalczenia Raka Szyjki Macicy, Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego, Stowarzyszenie „Dziennikarze Dla Zdrowia”, organizacje pozarządowe, przedstawiciele przemysłu farmaceutycznego (firma GlaxoSmithKline).

W tym samym roku, przy współpracy z Oddziałem Polityki Zdrowotnej i Promocji Zdrowia Urzędu Miasta Poznania, WOW NFZ zorganizował akcję „Zdrowa mama”. Chęć udziału w akcji zgłosiły wszystkie poznańskie przedszkola i żłobki. Dostarczono do nich materiały informacyjne o programach profilaktycznych kierowanych do kobiet. Podczas uroczystych spotkań organizowanych z okazji Dnia Matki, które odbywały się w żłobkach i przedszkolach 24 maja 2007 r., ulotki otrzymało 12 tysięcy poznanianek.

Korzystając z zaproszenia Oddziału Polityki Zdrowotnej i Promocji Zdrowia Urzędu Miasta Poznania 17 czerwca 2007 r. przedstawiciele WOW NFZ wzięli udział w festynie zdrowotnym „Poznań – Zdrowym Miastem”. Podczas festynu przeprowadzono konkurs na temat wiedzy o profilaktyce i programach profilaktycznych finansowanych przez Fundusz.

25 czerwca 2007 r., w odpowiedzi na zaproszenie Wielkopolskiego Ośrodka Koordynującego Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi, przedstawiciele WOW NFZ wzięli udział w Festynie Zdrowotnym organizowanym w parku Miejskiego Domu Kultury w Kole. Celem festynu było zaktywizowanie mieszkank regionu, w którym odnotowano najmniejszą zgłaszalność na badania profilaktyczne do korzystania z badań.

Pracownicy WOW NFZ poinformowali uczestników Festynu, z jakiego typu badań profilaktycznych można korzystać bez skierowania oraz w jaki sposób znaleźć najbliższą placówkę realizującą te badania. Zarówno w przeddzień, w trakcie, jak i dzień po Festynie, w Kole stacjonował mammbus. Z badań skorzystało w tym czasie 271 kobiet¹¹⁹.

Mimo braku, w następnych latach, środków celowanych na promocję programów profilaktycznych, Wielkopolski Oddział Wojewódzki NFZ kontynuował politykę informacyjną w tym zakresie, szukając partnerów wśród samorządów oraz instytucji i organizacji, przygotowujących akcje zdrowotne dla społeczności lokalnej.

¹¹⁹ Festyn w Kole, 25 sierpnia 2007, [www.wco.pl/wok; data odczytu: 10.09.2007].

I tak, na przykład, przygotowując obchody Międzynarodowego Dnia Rodziny, WOW NFZ skierował do wszystkich placówek medycznych mających podpisane kontrakty na wykonywanie badań profilaktycznych w kierunku raka piersi oraz raka szyjki macicy prośbę o możliwość przeprowadzenia badań w sobotę 17 maja 2008 roku. Na propozycję odpowiedziało pozytywnie 14 świadczeniodawców. Akcji towarzyszyła szeroka kampania medialna, a obchody Międzynarodowego Dnia Rodziny zakończył festyn, którego główni organizatorzy: Urząd Miasta Poznania oraz „Caritas” zaprosili do udziału także Wielkopolski Oddział NFZ. We wrześniu tego samego roku, pretekstem do promowania programów profilaktycznych stał się festyn zdrowotny organizowany przez Szpital MSWiA w Poznaniu.

Niektóre działania odbywają się cyklicznie co roku. Zaliczyć można do nich, m. in. „Babskie Miasteczko”, festyn poświęcony zdrowiu kobiety, którego organizatorem jest Urząd Miasta Poznania oraz festyn Rodzinny Caritas, organizowany z okazji Dnia Dziecka.

Cel wysiłków podejmowanych przez WOW NFZ podczas tego typu spotkań jest niezmienny: poszerzanie wiedzy mieszkańców Wielkopolski na temat korzyści zdrowotnych wynikających z uczestnictwa w programach profilaktycznych¹²⁰.

Tabela 4. Wydarzenia, podczas których Wojewódzki Oddział NFZ promował programy profilaktyczne – rok 2011

Data	Nazwa spotkania	Główny organizator	Cel spotkania
05.02	Biała Sobota	Wielkopolskie Centrum Onkologii	Promocja profilaktyki i zachowań prozdrowotnych, zaoferowanie uczestnikom Białej Soboty możliwości skorzystania z nieodpłatnych badań profilaktycznych w kierunku wczesnego wykrywania nowotworów.
05.03	Targi Pracy MTP	Samorząd Województwa Wielkopolskiego – Wojewódzki Urząd	Informacja o zasadach korzystania ze świadczeń zdrowotnych w ramach Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego, promocja programów profilaktycznych realizowanych przez NFZ.

¹²⁰ J. Sielska, A. Głowacka-Rębała, *Kształtowanie partnerskich relacji wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ z Samorządami i innymi instytucjami w ramach promocji programów profilaktycznych* (w:) G. Rosa, A. Smalec (red.), *Marketing Przyszłości. Trendy. Strategie. Instrumenty. Partnerstwo w Marketingu*, Szczecin 2009, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego nr 558, s. 568, 563-569.

		Pracy w Poznaniu	
06.03	Babskie Miasteczko	Urząd Miasta Poznania	Promocja profilaktyki i zachowań prozdrowotnych wśród mieszkańców Poznania, zaoferowanie uczestnikom festynu możliwości skorzystania z nieodpłatnych badań profilaktycznych.
12-13.03	Targi Aktywni 50+	Międzynarodowe Targi Poznańskie Zespół projektowy targów Aktywni 50+	Informacja o zasadach korzystania ze świadczeń zdrowotnych w ramach Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego, promocja programów profilaktycznych adresowanych do osób po 50. roku życia.
21.05	Festyn Zdrowotny	Szpital Kliniczny im. Przemienienia Pańskiego	Promocja profilaktyki i zachowań prozdrowotnych, zaoferowanie uczestnikom festynu możliwości skorzystania z nieodpłatnych badań profilaktycznych.
29.05	Ogólnopolski Festyn Rodzinny Caritas z okazji Dnia Dziecka	Caritas Diecezji Poznańskiej	Promocja profilaktyki i zachowań prozdrowotnych wśród uczestników festynu.
12.06	Festyn Zdrowotny	Powiat Wągrowiecki	Promocja profilaktyki i zachowań prozdrowotnych, przypomnienie zasad udzielania pierwszej pomocy.
18.06	Biała Sobota	Wielkopolskie Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii w Poznaniu	Promocja profilaktyki i zachowań prozdrowotnych, zaoferowanie uczestnikom festynu możliwości skorzystania z nieodpłatnych badań profilaktycznych w kierunku wczesnego wykrywania chorób układu oddechowego.
20.08	Zdrowa Sobota Festyn Rodzinny	Stowarzyszenie Boderko i Chodzieski Dom Kultury	Promocja profilaktyki i zachowań prozdrowotnych, przypomnienie zasad udzielania pierwszej pomocy.
03.09	Piknik zdrowotny	Szpital MSWiA w Poznaniu	Promocja profilaktyki i zachowań prozdrowotnych, przypomnienie zasad udzielania pierwszej pomocy.
04.09	Piknik „Lejdis”	Stowarzyszenie Kultury Fizycznej Partner z Poznania	Szerzenie zdrowego stylu życia oraz aktywnych form wypoczynku.
22.10	Biała Sobota	Wielkopolskie Centrum Onkologii	Promocja profilaktyki i zachowań prozdrowotnych, zaoferowanie uczestnikom Białej Soboty możliwości skorzystania z nieodpłatnych badań profilaktycznych w kierunku wczesnego wykrywania nowotworów.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych WOW NFZ z roku 2012

Opłacana przez Centralę NFZ wysyłka zaproszeń do udziału w badaniach mammograficznych i cytologicznych finansowanych przez Fundusz rozpoczęła się 12 marca 2007 r. (załącznik nr 3 i 4) i trwała do 04 czerwca 2007 r. Została zrealizowana w 13 transzach generowanych w odstępach cotygodniowych, odrębnie dla każdego programu. Podział zaproszeń na poszczególne województwa został dokonany w oparciu o wskaźniki populacyjne¹²¹.

¹²¹ Informacja po konferencji prasowej dotyczącej populacyjnych programów wczesnego wykrywania raka piersi i szyjki macicy, [www.nfz.gov.pl; data odczytu: 20.03.2007].

Tabela 5. Realizacja wysyłki zaproszeń na badania w kierunku raka piersi

Oddział Wojewódzki NFZ	Program profilaktyki raka piersi		
	Zaplanowana do wystania liczba zaproszeń	Liczba wystanych zaproszeń	% realizacji umowy
Dolnośląski	210 000	189 646	90%
Kujawsko-Pomorski	147 566	147 566	100%
Lubelski	150 000	150 000	100%
Lubuski	72 000	66 869	93%
Łódzki	200 000	184 660	92%
Małopolski	210 000	198 377	94%
Mazowiecki	370 000	370 000	100%
Opolski	72 000	72 000	100%
Podkarpacki	132 000	132 000	100%
Podlaski	77 000	70 877	92%
Pomorski	150 000	150 000	100%
Śląski	370 000	370 000	100%
Świętokrzyski	91 000	91 000	100%
Warmińsko- Mazurski	96 510	84 550	88%
Wielkopolski	230 000	214 153	93%
Zachodniopomorski	123 717	123 717	100%
razem	2 701 793	2 615 415	97%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ z roku 2008

Niepełna wysyłka w odniesieniu do programu profilaktyki raka piersi wynikała z braku poprawnych adresów kobiet kwalifikujących się do badań¹²².

Wysyłka zaproszeń przyniosła wymierne efekty. Systematycznie zwiększała się liczba badań wykonywanych miesięcznie – w szczególności w porównaniu do analogicznego okresu roku poprzedniego.

Tabela 6. Liczba wykonanych badań przesiewowych w latach 2006 i 2007

MIESIĄC/ROK	2006	2007	% WZROST LICZBY BADAŃ

¹²² J. Sielska, A. Głowacka-Rębała, *Działania promujące Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi realizowane przez Wielkopolski Oddział Wojewódzki NFZ* (w:) M.D. Głowacka (red.), *Zarządzanie zdrowiem społecznym i edukacją menedżera ochrony zdrowia*, Poznań 2007, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Komunikacji i Zarządzania w Poznaniu, s. 170-177.

STYCZEŃ	10 875	31 632	291%
LUTY	25 548	43 274	169%
MARZEC	38 812	53 275	137%
KWIECIEŃ	33 079	65 363	198%
MAJ	34 801	72 816	209%
RAZEM	143 115	266 360	186%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ za rok 2007 wg stanu na dzień 02.07.2007 r.

Akcja wysyłania imiennych zaproszeń była śledzona i szeroko komentowana przez media także w województwach ościennych. O tym, że zaproszenia takie dotarły do kilkudziesięciu tysięcy mieszanek województwa kujawsko-pomorskiego, i w jaki sposób ta forma promocji profilaktyki wpłynęła na poprawę zgłaszalności do badań, informował m. in. *Express Bydgoski*¹²³.

Na mieszkańcach Bydgoszczy i okolic pozytywne wrażenie wywarły też plakaty profilaktyczne, pojawiające się nie tylko w miejscach tradycyjnie kojarzonych z dbałością o zdrowie – jak przychodnie i poradnie przyszpitalne, ale też w komunikacji publicznej, salonach kosmetycznych, fryzjerskich i w zakładach pracy¹²⁴.

3.2. Działania Wojewódzkiego Ośrodka Koordynującego Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi

Realizując profilaktykę w kierunku raka piersi Wielkopolski Oddział Wojewódzki Funduszu współpracuje z Wielkopolskim Ośrodkiem Koordynującym Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi.

Celem ogólnym Programu Profilaktyki Raka Piersi w części administracyjno – logistycznej jest zapewnienie sprawnego funkcjonowania programu profilaktyki raka piersi, wchodzącego w skład Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych. W ramach realizacji zadania zostały wyłonione: Centralny Ośrodek Koordynujący (COK),

¹²³ *Obok kielbasek, darmowe badania w promocji*, „Express Bydgoski”, z dnia 31.08.2007.

¹²⁴ Tamże.

którego zadaniem jest sprawowanie nadzoru i koordynacja nad całością programu oraz 16 Wojewódzkich Ośrodków Koordynujących, których zadaniem jest koordynacja, monitorowanie i sprawowanie nadzoru nad programem profilaktyki raka piersi na podległym terenie (tj. w województwie)¹²⁵.

Realizacja zadania ma prowadzić do:

- stworzenia systemu umożliwiającego wieloletnie, ciągle prowadzenie aktywnego skryningu raka piersi w Polsce (tj. badań profilaktycznych, przesiewowych),
- poprawy zgłaszalności kobiet na badania profilaktyczne, zwiększenia świadomości kobiet w zakresie profilaktyki raka piersi,
- monitorowania losów pacjentek z wykrytymi zmianami nowotworowymi,
- zagwarantowania maksymalnego i efektywnego wykorzystania środków finansowych przeznaczonych na profilaktykę raka piersi¹²⁶.

Zadaniem WOK jest współpraca z Wielkopolskim Rejestrem Nowotworów w zakresie monitorowania skryningu, a zwłaszcza identyfikacji tzw. przypadków „interwałowych”, tzn. wykrytych między kolejnymi rundami skryningu¹²⁷.

WOK zapewnia okresową analizę porównawczą bazy danych skryningu z bazą rejestru, oraz pełni funkcję ośrodka organizacyjno-logistycznego. Prowadzi też działania zmierzające do poprawy sytuacji epidemiologicznej w zakresie raka piersi – obniżenia współczynnika zachorowalności. W kompetencjach WOK znajduje się też koordynacja, monitorowanie i nadzorowanie realizacji programu profilaktyki raka piersi na terenie województwa, jak też kontrola nad inwestowanymi funduszami

Współpraca WOK z Narodowym Funduszem Zdrowia polega przede wszystkim na prowadzeniu i stałej aktualizacji komputerowej bazy danych WOK, która jest częścią składową centralnej bazy danych o programie i przekazywanie jej do Centralnego Ośrodka Koordynującego.

WOK ma też inicjować działania na rzecz wzrostu liczby pacjentek zgłaszających się na badanie, monitorować kobiety z nieprawidłowym wynikiem testu i dbać o podnoszenie kwalifikacji kadry realizującej program.

¹²⁵ Program WOK, [www.wco.pl/wok; data odczytu: 12.03.2009].

¹²⁶ Tamże.

¹²⁷ Tamże.

Zadania te pokrywają się z zaleceniami raportu „Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15-49 lat. Polska 2006”, w których mowa jest, między innymi, o konieczności monitorowania skuteczności prowadzonych programów prewencyjnych. Twórcy raportu kładą też nacisk na wymóg ciągłego sprawdzania kwalifikacji techników i radiologów wykonujących badania mammograficzne oraz jakości sprzętu do badań, a także na konieczność wprowadzenia stałych programów edukacyjnych skierowanych do kobiet¹²⁸.

Wychodząc z założenia, że działania informacyjno – propagandowe stanowią najstarszy sposób oddziaływania na ludzi również w sferze ich zdrowia, Wojewódzki Ośrodek Koordynujący realizuje też zadania z zakresu edukacji¹²⁹.

Przygotowując programy edukacyjne, WOK od lat kładzie nacisk na naukę samobadania piersi. Wykorzystując wysoki autorytet lekarza w kształtowaniu opinii, postaw i zachowań prozdrowotnych, uznano że szkolenia z użyciem fantomu prowadzić powinien lekarz_onkolog¹³⁰. Samobadanie jest uznawaną w świecie metodą, która umożliwia wykrycie niewielkich zmian w obrębie piersi¹³¹. Choć kobiety wiedzą o konieczności samokontroli piersi, z badań przeprowadzonych w roku 2002 wynika, że jedynie 28 proc. z nich robi to regularnie¹³².

Kobiety uczestniczące w spotkaniach edukacyjnych organizowanych przez WOK poznawały też czynniki ryzyka zachorowania na nowotwór piersi. Dowiadywały się ponadto o tych zmianach w budowie piersi, których następstwem powinna być wizyta u lekarza. Optymizmem napawa fakt, że tego typu informacje pojawiają się także w codziennej prasie¹³³,¹³⁴.

3.3. Program Profilaktyki Raka Piersi oraz Program Profilaktyki Edukacji Prozdrowotnej realizowane przez Samorząd Województwa Wielkopolskiego w latach 2001-2011

¹²⁸ *Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15-49 lat. Polska 2006*, [www.unic.un.org.pl]; data odczytu: 20.08.2007].

¹²⁹ A. Gniazdowski, *Promocja zdrowia w miejscu pracy. Teoria i zagadnienia praktyczne*. Łódź 1994, s. 103.

¹³⁰ M. Jokieli, *Świadomość społeczeństwa w zakresie onkologii*, (w:) J.B. Karski, Z. Słońska, B. Wasilewski (red.), *Promocja zdrowia*, Sanmedia 1994, s. 281.

¹³¹ S. Dutkiewicz, W. Bichalski, *Edukacja zdrowotna warunkiem wczesnego wykrycia raka piersi*, (w:) W. Śladkowski, „Promocja zdrowia rodziny”, VOL. LIX, SUPPL XIV, N1 Lublin 2004, s.482-484.

¹³² I. Markowska-Kobała, *Profilaktyka chorób nowotworowych u kobiet jako element przeciwdziałania dysfunkcji rodziny*, (w:) W. Śladkowski (red.), „Promocja zdrowia rodziny”, VOL. LIX, SUPPLXIV, N4, Lublin 2004, 39-43.

¹³³ *Po czym poznać, że piersi choruje*, [www.dziennik.pl]; data odczytu: 25.07.2007].

¹³⁴ M. Śniegucka, *Ważna Profilaktyka*, „Gazeta Wyborcza”, z dnia 04.11.2007.

Również polityka zdrowotna samorządu województwa wielkopolskiego od lat uwzględnia potrzebę profilaktyki w kierunku raka piersi.

Jednym z następstw reformy samorządowej przeprowadzonej w 1999 roku było przyjęcie przez władze regionalne kierunków polityki zdrowotnej i działań w tym obszarze.

Przy omawianiu zadań samorządu terytorialnego w ochronie zdrowia najistotniejsze są normy zawarte w Art. 68 Konstytucji RP. Pierwszoplanowe znaczenie ma tu treść Ust. 1 „Każdy ma prawo do ochrony zdrowia”, w Ust. 2 stwierdza się, że „Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.”

Zadania samorządu wynikają również z szeregu przepisów o randze ustawy¹³⁵,¹³⁶,¹³⁷,¹³⁸,¹³⁹.

Główne zadania samorządu terytorialnego wszystkich szczebli w zakresie ochrony zdrowia obejmują:

1. tworzenie ogólnej strategii i planowanie polityki zdrowotnej na danym terenie,
2. podejmowanie zadań z zakresu zdrowia publicznego i indywidualnego,
3. podejmowanie działań z zakresu promocji zdrowia.

Podstawowa rola jaką mogą realizować jednostki samorządu terytorialnego sprowadza się do pełnienia funkcji w dwóch obszarach :

1. organizatora ochrony zdrowia, a w tym zakresie wypełniania funkcji właściciela samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej,
2. płatnika w ograniczonym zakresie.

Rola i zadania samorządu terytorialnego w zakresie zapewnienia świadczeń medycznych zostały sprecyzowane w Ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004r. , gdzie zapisano, że do zadań władz publicznych w zakresie zapewniania równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy w szczególności:

¹³⁵ Ustawa o samorządzie gminnym z dnia 8 marca 1990 r. (Dz. U. z 1996r. Nr 13, poz. 74 z późn. zm.)

¹³⁶ Ustawa z dnia 5 czerwca 1998r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 1998r. Nr 91, poz. 578, z późn. zm.)

¹³⁷ Ustawa o samorządzie województwa z dnia 5 czerwca 1998r. (Dz. U. Nr 142 poz. 1590 z późn. zm.)

¹³⁸ Ustawa z dnia 1 lipca 2005 roku o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” (Dz. U. z dnia 2 sierpnia 2005 r.) Dz.U.05.143.1200.

¹³⁹ Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z dnia 30 sierpnia 1991r. (Dz. U. Nr 91 poz. 408 z późn. zm.)

1. tworzenie warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia,
2. analiza i ocena potrzeb zdrowotnych oraz czynników powodujących ich zmiany,
3. promocja zdrowia i profilaktyka, mające na celu tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu,
4. finansowanie w trybie i na zasadach określonych w ustawie świadczeń opieki zdrowotnej.

Przytoczone zapisy wskazują na istotną rolę samorządów terytorialnych w kształtowaniu polityki zdrowotnej na swoim terenie¹⁴⁰

Zadania z zakresu ochrony zdrowia, podobnie jak i w innych regionach naszego kraju, są w Wielkopolsce realizowane, między innymi, w formie profilaktycznych programów zdrowotnych.

3.3.1. Cele programu i populacja objęta badaniami

Ważnym dokumentem wyznaczającym priorytety polityki zdrowotnej stała się, przyjęta Uchwałą Sejmiku Województwa Wielkopolskiego w kwietniu 2001 roku, „Strategia sektorowa w zakresie ochrony zdrowia województwa wielkopolskiego”¹⁴¹.

Realizując ww. zadania władze samorządu wojewódzkiego przeznaczyły na profilaktykę w latach 2001 – 2006 łącznie kwotę ponad 3 miliony 800 tys. zł.

Programy te dotyczyły najistotniejszych problemów zdrowia publicznego takich, jak choroby nowotworowe oraz choroby układu krążenia i były adresowane przede wszystkim do tej części mieszkańców województwa, którzy z racji zamieszkiwania we wsiach i małych miastach, mają utrudniony dostęp do badań oraz porad specjalistycznych¹⁴².

Badania przesiewowe dotyczyły najczęściej występujących w populacji chorób nowotworowych, wobec których spełnione są równocześnie przesłanki wymagane dla wdrożenia tego typu badań prowadzonych na szeroką skalę, takie jak:

- choroba jest istotnym problemem społecznym (na podstawie danych z rejestrów nowotworowych),

¹⁴⁰ E. Wieja, J. Sielska, *Rola i zadania samorządu terytorialnego w systemie ochrony zdrowia*, (w:) *Sprawne zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej*, (w:) M.D. Głowacka, J. Galicki (red.), Polskie Towarzystwo Nauk o Zdrowiu, Poznań 2010, s. 126.

¹⁴¹ Uchwała Nr XXXV/536/2001 z dnia 27 kwietnia 2001 r.; *Strategia sektorowa w zakresie ochrony zdrowia województwa wielkopolskiego*.

¹⁴² E. Wieja, J. Sielska, *Zadania samorządów lokalnych w kształtowaniu zdrowia publicznego przez pryzmat działań Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego*, (w:) *Zarządzanie zdrowiem publicznym w obliczu zagrożeń cywilizacyjnych*, M.D. Głowacka (red.), Wydawnictwo Wyższej Szkoły Komunikacji i Zarządzania, Poznań 2006, s. 111.

- występuje okres utajony choroby lub etap wczesnych objawów,
- znany jest naturalny przebieg choroby,
- istnieje skuteczna terapia dla pacjentów ze zdiagnozowaną chorobą,
- dostępne są placówki wyspecjalizowane w diagnozie, jak i leczeniu choroby,
- technika badania przesiewowego jest efektywna,
- badanie jest akceptowane społecznie,
- opracowana jest strategia odróżniania pacjentów kierowanych na dalsze leczenie od kierowanych na obserwację,
- koszty badania przesiewowego są akceptowane społecznie,
- leczenie choroby zdiagnozowanej we wczesnym stadium rozwoju jest skuteczne,
- dostępne są wiarygodne, akceptowane metody diagnostyczne.

Warunki te spełnia każdy z czterech programów profilaktycznych ukierunkowanych na profilaktykę przeciwnowotworową finansowanych przez Urząd Marszałkowski. Badania były skierowane do grup wiekowych populacji kobiet i mężczyzn ustalonych według zaleceń konsultantów wojewódzkich i krajowych z odpowiednich dziedzin medycyny.

Realizowano badania przesiewowe w kierunku wykrycia następujących nowotworów:

1. Raka gruczołu sutkowego – badania mammograficzne u kobiet od 40. roku życia wykonywane w mmamobusie;
2. Raka szyjki macicy – badania cytologiczne u kobiet od 40. roku życia;
3. Raka gruczołu krokowego – badania PSA u mężczyzn od 45. roku życia;
4. Raka jelita grubego i odbytnicy – badania na obecność krwi utajonej wykonywane u kobiet i mężczyzn od 50. roku życia.

Warunkiem wdrożenia badań przesiewowych było równoczesne umożliwienie kontynuowania bezpłatnego leczenia dla pacjentów wyłonionych jako chorych lub podejrzanych o chorobę. Przydzielając środki na realizację badań, samorządowcy wzięli pod uwagę dane epidemiologiczne, które od lat wskazywały, że najczęstszym nowotworem złośliwym u kobiet jest rak piersi.



Wykres 18. Porównanie wysokości środków finansowych przeznaczonych na programy profilaktyki zdrowotnej przez samorząd województwa wielkopolskiego w latach 2001- 2006

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Departamentu Ochrony Zdrowia i Przeciwdziałania Uzależnieniom

Tabela 7. Liczba osób, u których wykonano badania przesiewowe w kierunku chorób nowotworowych w ramach profilaktyki realizowanej przez UMWW w latach 2002-2005

Program profilaktyki	Liczba osób poddanych badaniu			
	2002 r.	2003 r.	2004 r.	2005 r.
Raka piersi	4 193	4 427	3 508	7 895
Raka szyjki macicy	1 417	882	992	2 644

Raka gruczołu krokowego		3 500	9 954	7 186
Razem trzy programy	5 610	8 809	14 454	17 725

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Departamentu Ochrony Zdrowia i Przeciwdziałania Uzależnieniom

Samorząd Województwa Wielkopolskiego, uznając, że sygnałem dla promotorów zdrowia powinno być pojawianie się deficytu, wszystkie programy w kierunku profilaktyki nowotworów adresował do mieszkańców gmin województwa wielkopolskiego w celu wyrównania dostępu do badań profilaktycznych¹⁴³.

Jak zauważyła M. Sokołowska, zgony i choroby nie są rozmieszczone w społeczeństwie przypadkowo, a związane są z nierównościami w sferze warunków życiowych¹⁴⁴.

Biorąc pod uwagę wcześniejsze analizy, samorządowcy dysponowali wiedzą, że mieszkańcy gmin odległych od dużych ośrodków miejskich mają utrudniony dostęp do specjalistów oraz do badań profilaktycznych¹⁴⁵.

Na potrzebę decentralizacji świadczeń zdrowotnych oraz zwiększenie równości w dostępie do nich, zwrócono uwagę już Piątej Międzynarodowej Konferencji na temat promocji zdrowia, która odbyła się w roku 2000 w Meksyku¹⁴⁶.

Wśród korzyści, jakie zakładali twórcy i realizatorzy programów profilaktycznych realizowanych na zlecenie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego wskazano korzyści zdrowotne, ekonomiczne i społeczne. W programach dotyczących nowotworów korzyści zdrowotne określa zasada mówiąca, że im niższy stopień zaawansowania wykrytego raka, tym wyższy wskaźnik pięcioletniego przeżycia. W Programie Kardiologicznym korzyści zdrowotne dotyczą obniżenia śmiertelności w zawale serca. Korzyści ekonomiczne związane z wdrożeniem programów

¹⁴³ S. Dutkiewicz, W. Bichalski, *Edukacja zdrowotna warunkiem wczesnego wykrycia raka piersi*, (w:) W. Śladkowski (red.), *Promocja zdrowia rodziny*, VOL. LIX, SUPPL XIV, N1 Lublin 2004, s. 482-484.

¹⁴⁴ M. Sokołowska, *Socjologia medycyny*. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1986, s. 189.

¹⁴⁵ Uchwała Nr XXXV/536/2001 z dnia 27 kwietnia 2001 r.; Strategia sektorowa w zakresie ochrony zdrowia województwa wielkopolskiego

¹⁴⁶ J. Wysocki, E. Charońska, *Rola promocji zdrowia w systemie opieki zdrowotnej*, (w:) *Zmiany w ochronie zdrowia*. (w:) M.D. Głowacka (red.), *Promocja. Edukacja. Terapia. Zarządzanie*, AstraZeneca, s. 26.

profilaktycznych w kierunku nowotworów odczuwalne są po 7-10 latach od okresu kontrolnego.

Każdy z nowotworów objętych programem profilaktycznym finansowanym z budżetu samorządu wojewódzkiego wykryty w niskim stopniu zaawansowania wymaga mniejszych nakładów na diagnostykę oraz mniej radykalnego (mniej kosztownego) leczenia.

Finansowany przez samorząd Wieloletni Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi dotyczył profilaktyki wtórnej, czyli wczesnego wykrywania nowotworu. Założeniem programu realizowanego w latach 2001 – 2006 było stworzenie możliwości wykonania badań przesiewowych u jak największej liczby kobiet w miejscu ich zamieszkania. Do mieszkańców gmin, w których wykonywane były badania, kierowane zostały dodatkowo zaproszenia na wykłady promujące zachowania zdrowotne^{147, 148}.

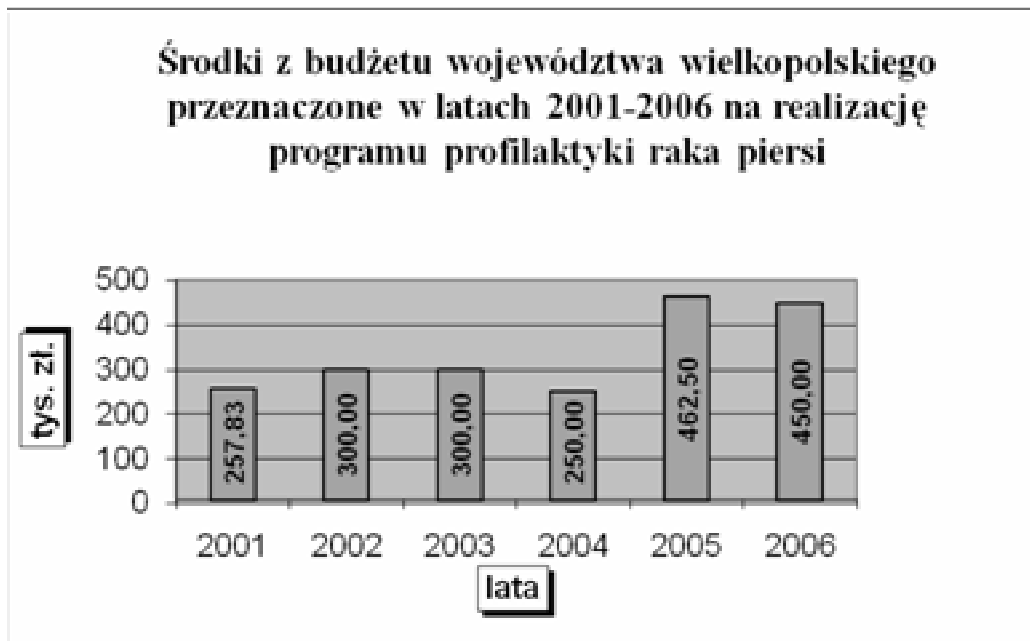
Aby badania mogły zostać wykonane bezpośrednio na terenie gmin, wykorzystano mammobus, którym dysponował realizator programu – Ośrodek Profilaktyki i Epidemiologii Nowotworów w Poznaniu.

Każdego roku nakłady na program rosły. W roku 2006 samorząd województwa wielkopolskiego wydał 450,000 zł. na badania, czyli profilaktykę wtórną raka piersi i 45,000 zł na program edukacji prozdrowotnej.

Jedną z przesłanek do podjęcia decyzji o kontynuowaniu programu w kolejnych latach, a nawet zwiększaniu przeznaczonych na niego nakładów pochodzących z budżetu województwa były dane wskazujące, że ponad 50% nowo rozpoznanych przypadków raka piersi zalicza się do stanów zaawansowanych, a tylko 20-30% do pierwszego stopnia zaawansowania.

¹⁴⁷ E. Kasperek, *Promocja zdrowia i człowiek współczesny: nadzieje, problemy, kontrowersje*, (w:) M.D. Głowacka (red.), *Promocja zdrowia*, Poznań 2000, s. 209.

¹⁴⁸ E. Kasperek, *Zachowania prozdrowotne; analiza pojęciowa i fenomenologiczna*, (w:) M.D. Głowacka (red.), *Promocja zdrowia*, Poznań 2000, s. 203-211.



Wykres 19. Nakłady na programy profilaktyczne w latach 2001-2006

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Departamentu Ochrony Zdrowia i Przeciwdziałania Uzależnieniom UMWW

W latach 2001 – 2005 z budżetu województwa wielkopolskiego opłacane były badania przesiewowe, mające na celu wczesne wykrycie choroby w jak najniższym stopniu zaawansowania. Kierując się wytycznymi konsultantów wojewódzkich oraz w związku z równoczesnym prowadzeniem innych badań przesiewowych, programem objęte zostały kobiety od 40. roku życia – mieszkanki miast i wsi, które z uwagi na miejsce zamieszkania mają utrudniony dostęp do badań i specjalistów.

3.3.2 Analiza: uzyskane wyniki badań, odsetek wyników nieprawidłowych w stosunku do ogólnej liczby badań

W roku 2006 samorząd, kierując się definicją promocji zdrowia, rozumianej jako proces, dzięki któremu każdy człowiek może przejąć kontrolę nad własnym zdrowiem,

uruchomił dodatkowo Program profilaktyczny w zakresie edukacji prozdrowotnej, przeznaczając na ten cel 45 tys. zł¹⁴⁹.

Tabela 8. Badania przesiewowe w kierunku raka piersi wykonane w latach 2002 – 2006. Liczba kobiet badanych, uzyskane wyniki badań, odsetek wyników nieprawidłowych w stosunku do ogólnej ilości badań.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Departamentu Ochrony Zdrowia i Przeciwdziałania Uzależnieniom UMWW

Departament Ochrony Zdrowia i Przeciwdziałania Uzależnieniom Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego wyraził w piśmie z 27 marca 2006 roku,

Program profilaktyki raka piersi	2002	%	2003	%	2004	%	2005	%
Liczba kobiet, u których wykonano badanie	4 193		4 427		3 508		7895	
Liczba rozpoznanych wyników pozytywnych w kierunku raka piersi	29	0,69	24	0,54	45	0,42	33	0,41
Liczba kobiet skierowanych do leczenia nie onkologicznego	53	12,64	46	1,03	1 081	30,81	39	0,49
Liczba kobiet kierowanych do reskryningu	971	23,15	522	11,79	902	27,42	570	7,21

kierowanym do Zarządu Województwa Wielkopolskiego opinię, że ten najlepszy w Polsce wynik osiągnięto również dzięki staraniom Samorządu Województwa Wielkopolskiego, który zwiększa co roku nakłady finansowe przeznaczone na wykrywanie chorób nowotworowych, w tym na profilaktykę raka piersi (tabela nr 8).

¹⁴⁹ M. Jokieli, *Świadomość społeczeństwa w zakresie onkologii*, (w:) J.B. Karski, Z. Słońska, Bogdan B. Wasilewski, *Promocja zdrowia*, Sanmedia 1994, s. 281.

W przedstawionych wynikach uwagę zwracają znacząco wysokie odsetki kobiet ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, co można tłumaczyć faktem, iż badaniom poddawały się częściej osoby stwierdzające już u siebie niepokojące objawy.

Po zasięgnięciu opinii specjalistów, konsultantów oraz w oparciu o własne analizy i doświadczenia z poprzednich lat, Departament Ochrony Zdrowia i Przeciwdziałania Uzależnieniom przedłożył Zarządowi Województwa Wielkopolskiego propozycję kontynuacji programu przesiewowego w kierunku wykrycia raka sutka. W roku 2006 wykonano 6665 badań mamograficznych, na które przeznaczono 386 584 zł.

Tabela 9. Wyniki programu profilaktyki raka piersi realizowanego w roku 2006

Liczba badań mamograficznych	Wynik prawidłowy	% populacji badanej	Liczba przypadków wątpliwych	Liczba stwierdzonych nowotworów
6665	6607	99,12	27	31

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Departamentu Ochrony Zdrowia i Przeciwdziałania Uzależnieniom UMWW z roku 2007

W swoich założeniach Program miał też wzmocnić działania prowadzone w ramach ustawy o „Narodowym programie zwalczania chorób nowotworowych”, która w art. 3, pkt 2 wskazuje na podjęcie działań dotyczących: wdrożenia populacyjnych programów wczesnego wykrywania, a w szczególności raka szyjki macicy, piersi, jelita grubego oraz wybranych nowotworów u dzieci¹⁵⁰.

W roku 2007 Samorząd Województwa Wielkopolskiego uznał, że zakontraktowanie przez NFZ badań mamograficznych realizowanych przez 48 świadczeniodawców, w tym cztery mammobusy, zapewnia mieszkankom regionu pełen dostęp do badań w kierunku raka sutka. Zawiesił tym samym realizację programu. Kontynuował natomiast, zapoczątkowany w roku 2006, program w zakresie edukacji prozdrowotnej. Program ten adresowany został przede wszystkim do ludzi młodych, uczniów nauczycieli i regionalnych promotorów zdrowia.

Na potrzeby programu powstał film edukacyjny, broszury i ulotki. Program koncentruje się na kształtowaniu kompetencji mieszkańców województwa, a także ich umiejętności, dążeń i motywacji. Ma im też wskazać, jak mogą wpłynąć na swoje najbliższe

¹⁵⁰ Ustawa z dnia 1 lipca 2005 roku o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” (Dz. U. z dnia 2 sierpnia 2005 r.) Dz.U.05.143.1200.

otoczenie, zwłaszcza rodzinę, tak aby sprzyjała rozwojowi zdrowia¹⁵¹. Twórcy oraz realizatorzy programu edukacyjnego kierowali się wskazówkami sformułowanymi przez A. Gniazdowskiego, które mówią, że oświata zdrowotna ma nieść nie tylko określoną wiedzę, ale też zawierać elementy motywacyjne skłaniające ludzi do podejmowania określonych działań służących ich zdrowiu¹⁵². Celem profilaktyki jest poprawa wyników leczenia pacjentów poprzez wcześniejsze wykrycie schorzeń, ale także poprzez szerzenie wiedzy, opinii, postaw i zachowań zdrowotnych korzystnych z punktu widzenia walki z rakiem¹⁵³.

Tabela 10. Nakłady Samorządu Województwa Wielkopolskiego na Program Profilaktyki Edukacji Prozdrowotnej w latach 2006- 2011

Rok	Nakłady w PLN
2006	57 008
2007	100 000
2008	64 000
2009	85 000
2010	97 200
2011	90 000

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Departamentu Ochrony Zdrowia i Przeciwdziałania Uzależnieniom UMWW

Opracowując założenia programu, samorządowcy sformułowali cztery zasadnicze cele:

- podniesienie świadomości mieszkańców w zakresie promocji prozdrowotnego stylu życia i profilaktyki nowotworów złośliwych,
- zachęcenie do udziału w badaniach profilaktycznych wraz z wyjaśnieniem ich przebiegu,
- uświadomienie konieczności zgłaszania się na badania diagnostyczne w każdym przypadku, gdy po badaniu profilaktycznym będzie to zalecane.

Rozdział IV

Wyniki badań

4.1. Socjodemograficzne różnice w badanej grupie

¹⁵¹ M.D. Głowacka, *Proces kształtowania zachowań prozdrowotnych*, (w:) M.D. Głowacka (red.), *Promocja zdrowia*, Poznań 2000, s. 136.

¹⁵² A. Gniazdowski, *Promocja zdrowia w miejscu pracy. Teoria i zagadnienia praktyczne*, Łódź 1994, s. 103.

¹⁵³ M. Jokiel, *Świadomość społeczeństwa w zakresie onkologii*, (w:) dz. cyt., s. 281.

W poniższym rozdziale przedstawione zostaną różnice związane z wiekiem, wykształceniem i ogólną, subiektywną oceną sytuacji materialnej wśród badanych kobiet. W całym rozdziale przyjęta została zasada ukazywania tylko różnic istotnych statystycznie, tj. takich, które nie są wynikiem błędnego dobrania próby¹⁵⁴. Do ukazania różnic wykorzystane zostały popularne statystyki *Phi* oraz *V Cramera*.

W kilku przypadkach jednak, ze względu na wartość poznawczą uzyskanych wyników, przywołano w tabelach krzyżowych wyniki niespełniające testu istotności statystycznej. Wyniki takie zostały oznaczone, a powód ich przedstawienia wyjaśniony. Wyniki opracowane zostały za pomocą programu SPSS¹⁵⁵. Oznacza to między innymi, że – ze względu na stosowanie dwustronnych testów istotności – nie można bezpośrednio wnioskować o kierunku zależności. Z uwagi na jasność wyводу, kolejność prezentowanych zależności nie zawsze odpowiada kolejności pytań w kwestionariuszu.

4.2. Różnice w badanej grupie związane z wiekiem

W kolejnych akapitach przedstawione zostaną różnice związane z przynależnością do dwóch ujętych w badaniu grup wiekowych. Nie wszystkie z nich odnoszą się bezpośrednio do zagadnień będących przedmiotem tej pracy, są jednak ukazane z dwóch powodów. Po pierwsze – pozwalają stwierdzić, że w próbie wystąpiły możliwe do przewidzenia zależności między cechami demograficznymi. Tym samym świadczą one o właściwym doborze próby i „zdolności” wykorzystanego kwestionariusza do wykrywania rzeczywistych zależności. Po drugie – przywoływane wskaźniki wzbogacają obraz badanej grupy i stanowią szeroką ramę interpretacyjną dla innych wskaźników.

Tabela 11. Zależność między wielkością miejscowości a wiekiem

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,349	,000
	Cramer's V	,349	,000
N of Valid Cases		274	

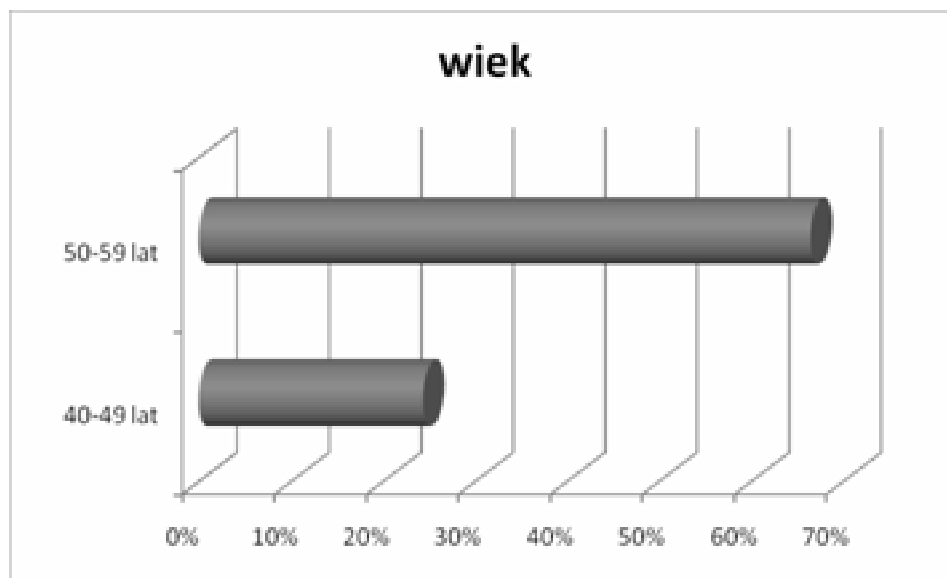
Źródło: opracowanie własne

Wskaźniki symetryczne *Phi* oraz *V* wskazują na istnienie istotnej statystycznie różnicy pomiędzy grupami wiekowymi we wskazywanej wielkości miejscowości, z której pochodzą respondentki. Siłę zróżnicowania określić można jako średnią. Oznacza to, że

¹⁵⁴ Ze zwyczajowo przyjmowanym prawdopodobieństwem $p < 0,05$.

¹⁵⁵ Wykorzystano angielską, testową wersję programu.

w przebadanej próbie mieszkanki dużych miast reprezentowane były nieco częściej w starszej grupie wiekowej, tj. od 50-59 lat.



Wykres 20. Wiek osób uczestniczących w badaniu

Źródło: opracowanie własne

Tabela 12. Zależność między grupą społeczno-zawodową a wiekiem

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,423	,000
	Cramer's V	,423	,000
N of Valid Cases		304	

Źródło: opracowanie własne

W badanej grupie wystąpiło zróżnicowanie pomiędzy reprezentacją grup społeczno-zawodowych pomiędzy młodszymi i starszymi respondentkami. Różnica ta, o relatywnie dużej sile, wynika przede wszystkim z nieobecności emerytek wśród młodszych badanych.

Tabela 13. Zależność między liczbą osób w gospodarstwie domowym a wiekiem

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,298	,000
	Cramer's V	,298	,000
N of Valid Cases		306	

Źródło: opracowanie własne

Bliskie wartości 3/10, wielkości wskaźników Phi i V, wskazują na zróżnicowanie w wielkości gospodarstwa domowego u młodszych i starszych respondentek. Różnice wynikają z dużego udziału, wśród respondentek w wieku 50-59 lat, kobiet mieszkających w dwuosobowych gospodarstwach domowych. W młodszej grupie wiekowej relatywnie

większą grupę stanowią kobiety mieszkające z więcej niż jedną osobą. Prawdopodobnym wyjaśnieniem tego zróżnicowania jest późny w Polsce wiek opuszczania domu rodziców przez dzieci.

Tabela 14. Krzyżowa zmiennych: ocena wiedzy na temat profilaktyki raka piersi w zależności od wieku

Samocena wiedzy na temat profilaktyki raka piersi (w skali od 1 do 10)	Wiek	
	40-49 lat	50-59 lat
1	1	3
2	1	2
3	3	13
4	2	13
5	23	60
6	10	22
7	14	19
8	14	43
9	2	11
10	6	23
Ogółem	76	209

Źródło: opracowanie własne

W odniesieniu do zmiennych: ocena wiedzy na temat profilaktyki raka piersi oraz wiek nie było możliwym osiągnięcie istotności statystycznej¹⁵⁶. W takim przypadku – jako że wiek jest jedną z kluczowych zmiennych – należy zamieścić tabelę krzyżową. Pozwala ona dostrzec, że przedstawicielki młodszej grupy wiekowej określają swoją wiedzę raczej jako średnią, podczas gdy starsze badane częściej skłonne są określać ją jako większą od średniej. Należy pamiętać jednak, że wyniki te nie są istotne statystycznie.

Tabela 15. Krzyżowa zmiennych: źródła informacji o profilaktyce raka piersi (media) a wiek

Źródła informacji o profilaktyce raka piersi: prasa	Wiek		Ogółem
	40-49 lat	50-59 lat	
„tak”	52	139	191
„nie”	27	75	102
Ogółem	79	214	293

Źródło: opracowanie własne

Na podstawie dokonanej analizy statystycznej uzyskanych wyników nie stwierdzono istotnych zależności między wiekiem osób uczestniczących w badaniu a korzystaniem z takich źródeł informacji, jak: prasa, prasa, telewizja i radio, czasopisma kobiece, rubryki zdrowotne w dziennikach i periodykach. Jedynym możliwym sposobem

¹⁵⁶ Tym samym wykorzystanie wskaźników opartych na porównaniu średnich nie jest możliwe.

przedstawienia relacji jest tabela krzyżowa. Widać tu (a także z niskiej wartości wskaźników *Phi* i *V*), że wiek nie jest czynnikiem różnicującym respondentki pod względem wykorzystywanych źródeł informacji o profilaktyce raka piersi. Jest to wynik dość zaskakujący, ponieważ wiek jest na ogół zmienną różnicującą użytkowników mediów.

Tabela 16. Zależność między źródłami informacji o profilaktyce raka piersi (znajomi i rodzina) a wiekiem

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,230	,026
	Cramer's V	,230	,026
N of Valid Cases		293	

Źródło: opracowanie własne

W badanej grupie daje się zaobserwować słabą zależność pomiędzy wiekiem a wskazywaniem znajomych i rodziny jako źródła wiedzy o profilaktyce raka piersi. Jak się okazuje, młodsze respondentki częściej wymieniały otoczenie społeczne jako źródło wiedzy. Wielkość statystyk *Phi* i *V* *Cramera* na poziomie 2/10 oznacza jednak relatywnie słabą zależność, dlatego też w wyjaśnianiu takiego stanu rzeczy należy zachować ostrożność.

Tabela 17. Zależność między przebyciem lekarskiego badania piersi a wiekiem

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,263	,001
	Cramer's V	,263	,001
N of Valid Cases		300	

Źródło: opracowanie własne

W przypadku zależności pomiędzy zmiennymi: *przebycie lekarskiego badania piersi* oraz *wiek*, wykryta za pomocą *Phi* i *V* *Cramera* zależność również nie jest silna, ale wysoki poziom istotności powoduje, że z dużym prawdopodobieństwem można mówić o wykryciu rzeczywistej, a nie przypadkowej zależności. Zróznicowanie jest wynikiem częstszego u młodszych kobiet przebycia lekarskiego badania piersi.

W tym kontekście warto jednocześnie zwrócić uwagę na fakt, że kobiety uczestniczące w badaniu niezwykle rzadko jako źródło wiedzy na temat profilaktyki raka piersi wskazywały personel medyczny. I tak, 128 z 214 kobiet (59,8%) w wieku 50-59 lat oraz 44 z 79 kobiet (55,7%) w wieku 50-59 lat nie wymieniło lekarza jako źródła informacji o profilaktyce raka piersi, co wydaje się konstatacją bardzo niepokojącą. Warto przy tym dodać, że w pytaniach

nie koncentrowano się na konkretnej specjalności (lekarz rodzinny, ginekolog, onkolog), co wskazuje że w ciągu swego życia kobiety uczestniczące w badaniu nie uzyskały informacji na temat zagrożeń związanych z rakiem piersi od żadnego ze specjalistów, z którymi miały kontrakt. Jeszcze mniej kobiet jako źródło wiedzy zaznaczyło pielęgniarkę; w grupie wiekowej 40-49 lat na temat raka piersi z pielęgniarką nie rozmawiało nigdy 87,3% kobiet, natomiast w grupie wiekowej 50-59 odpowiedzi wskazującej pielęgniarkę jako źródło wiedzy nie zaznaczyło aż 92,5% osób uczestniczących w badaniu.

Tabela 18. Krzyżowa zmiennych: znajomość czynników zwiększających ryzyko zachorowania: „Wcześniej przebyty rak piersi” a wiek

Czynniki zwiększające ryzyko zachorowania: wcześniej przebyty rak piersi	Wiek	
	40-49 lat	50-59 lat
„tak”	49	119
„nie”	25	64
Ogółem	74	183

Źródło: opracowanie własne

Zgromadzone dane nie pozwalają jednoznacznie rozstrzygnąć, czy wiek różnicuje badane pod względem identyfikowania czynników zwiększających ryzyko zachorowania na raka piersi. Warto jednak zwrócić uwagę na wysoki poziom wiedzy w zakresie czynników zwiększających ryzyko zachorowania. Taki czynnik ryzyka, jak „wcześniejsze zachorowanie na inne nowotwory” wskazało niemal 60% kobiet, „przebyte zachorowania na raka piersi” zakreśliła także ponad połowa (65%) osób, „przebyte napromienianie” wymieniło natomiast zdecydowanie mniej, bo 17% kobiet uczestniczących w badaniu.

Tabela 19. Zależność między znajomością metody samodzielnego badania piersi a wiekiem

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,218	,031
	Cramer's V	,218	,031
N of Valid Cases		303	

Źródło: opracowanie własne

Pomiędzy zmiennymi: *znajomość metody samodzielnego badania piersi* oraz *wiek* wystąpiło w badanej grupie wzajemne różnicowanie. Jest ono na relatywnie niskim poziomie. Mimo to warto je odnotować – nieco większą znajomość tej metody deklarowały mianowicie młodsze respondentki.

Tabela 20. Zależność między źródłem wiedzy o metodzie samodzielnego badania piersi a wiekiem

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,211	,011
	Cramer's V	,211	,011
N of Valid Cases		219	

Źródło: opracowanie własne

Na podstawie zgromadzonych danych daje się wykryć słabe zróżnicowanie wiekowe we wskazywanych źródłach wiedzy na temat metody samodzielnego badania piersi. Starsze respondentki jako źródła wsparcia informacyjnego częściej wskazywały: lekarzy, osoby bliskie i telewizję. Młodsze osoby na pierwszym miejscu wymieniały lekarza, następnie broszurę lub artykuł w czasopiśmie, a na trzecim pielęgniarkę. Różnice nie są duże, ale są istotne statystycznie. W obu grupach wiekowych odnotowano bardzo częste wskazywanie lekarza jako osoby udzielającej informacji o metodzie samodzielnego badania piersi.

Tabela 21. Krzyżowa zmiennych: zależność między źródłem wiedzy o metodzie samodzielnego badania piersi a wiekiem

Źródło wiedzy o metodzie samodzielnego badania piersi	Wiek		Ogółem
	40-49 lat	50-59 lat	40-49 lat
Nauczył mnie lekarz	24	58	82
Nauczyła mnie pielęgniarka	8	12	20
Nauczyłam się od kogoś z rodziny, ze znajomych	1	8	9
Nauczyłam się dzięki audycji w TV	5	25	30
Nauczyłam się dzięki broszurce, artykułowi w czasopiśmie	18	60	78
Ogółem	56	163	219

Źródło: opracowanie własne

Tabela 22. Zależność między deklaracją znajomości własnych piersi w stopniu pozwalającym wykryć nawet drobną zmianę a wiekiem

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,325	,043
	Cramer's V	,325	,043
N of Valid Cases		293	

Źródło: opracowanie własne

Również wśród deklaracji dotyczących znajomości własnych piersi w stopniu pozwalającym wykryć nawet drobną zmianę wystąpiło zróżnicowanie wiekowe. Starsze badane rzadziej niż młodsze deklarowały taką wiedzę.

Tabela 23. Zależność między deklaracją poddania się badaniu mammograficznemu przynajmniej raz w życiu a wiekiem

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,191	,038
	Cramer's V	,191	,038
N of Valid Cases		300	

Źródło: opracowanie własne

Wśród badanych wystąpiło krzyżowe zróżnicowanie w zmiennych *deklaracja poddania się badaniu mammograficznemu przynajmniej raz w życiu* oraz *wiek*. Nieco rzadziej udział w takim badaniu deklarowały badane z młodszej grupy wiekowej. Zależność jest jednak słaba.

Tabela 24. Zależność między terminem ostatnio przebytego badania mammograficznego a wiekiem

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,339	,028
	Cramer's V	,339	,028
N of Valid Cases		264	

Źródło: opracowanie własne

Zależność przedstawioną w tabeli 12 znajduje odzwierciedlenie w kolejnym zróżnicowaniu. Udział kobiet deklarujących przebycie badania mammograficznego w ciągu ostatnich 3 lat był większy wśród kobiet starszych. Zróżnicowanie nie jest silne, ale istotne statystycznie.

Takie rozbieżności nie dziwią w kontekście opisywanych w części teoretycznej zasad korzystania z ogólnopolskiego programu profilaktyki raka piersi finansowanego przez NFZ. Program ten adresowany jest do kobiet, które ukończyły 50. rok życia.

4.3. Różnice w badanej grupie związane z wykształceniem

Pewne zależności daje się zaobserwować również w przypadku zróżnicowań związanych z wykształceniem.

Tabela 25. Zależność między wielkością miejscowości a wykształceniem

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,376	,000
	Cramer's V	,266	,000
N of Valid Cases		298	

Źródło: opracowanie własne

Związek o średniej sile i dużej istotności statystycznej widać między zmiennymi: *wielkość miejscowości zamieszkania* oraz *wykształcenie*. Zależność tę nietrudno wyjaśnić, ponieważ w Polsce, podobnie jak i w innych krajach, osoby najlepiej wykształcone mieszkają w dużych miastach.

Tabela 26. Zależność między grupą społeczno-zawodową a wykształceniem

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,666	,000
	Cramer's V	,384	,000
N of Valid Cases		332	

Źródło: opracowanie własne

Zależność o dużej sile i wysokiej istotności wystąpiła pomiędzy zmiennymi: *grupa społeczno-zawodowa* oraz *wykształcenie*. Wyjaśnienie tej zależności również nie nastęrcza problemów – wykonywanie pewnych zawodów wymaga bowiem zdobycia określonego wykształcenia formalnego.

Tabela 27. Zależność między sytuacją materialną a wykształceniem

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,451	,000
	Cramer's V	,319	,000
N of Valid Cases		331	

Źródło: opracowanie własne

Podobnie jak wyżej, i tu widać średnio silne i istotne zróżnicowanie oceny sytuacji materialnej w różnych grupach, wydzielonych ze względu na wykształcenie. Wyjaśnienie tej zależności jest proste – osoby lepiej wykształcone mają zwykle wyższe dochody.

Tabela 28. Zależność między oceną własnej wiedzy na temat profilaktyki raka piersi a wykształceniem

		Value	Approx. Sig.

Nominal by Nominal	Phi	,422	,001
	Cramer's V	,243	,001
N of Valid Cases		308	

Źródło: opracowanie własne

Osoby lepiej wykształcone deklarują większą wiedzę na temat profilaktyki raka piersi. Wartość wskaźnika Phi wskazuje na istnienie zależności o średniej sile, podczas gdy V Cramera zaledwie słabej. Mimo to, wysoki poziom istotności statystycznej pozwala mówić o wykryciu rzeczywistej zależności.

Tabela 29. Zależność między deklaracją wiedzy na temat własnych piersi w stopniu pozwalającym wykryć nawet drobną zmianę a wykształceniem

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,234	,039
	Cramer's V	,135	,039
N of Valid Cases		323	

Źródło: opracowanie własne

Kobiety lepiej wykształcone częściej deklarowały, że znają swoje piersi na tyle, że podczas samodzielnego badania potrafiłyby wykryć nawet drobną zmianę. Zależność jest istotna statystycznie.

Tabela 30. Krzyżowa zmiennych: przebycie lekarskiego badania piersi a wykształcenie

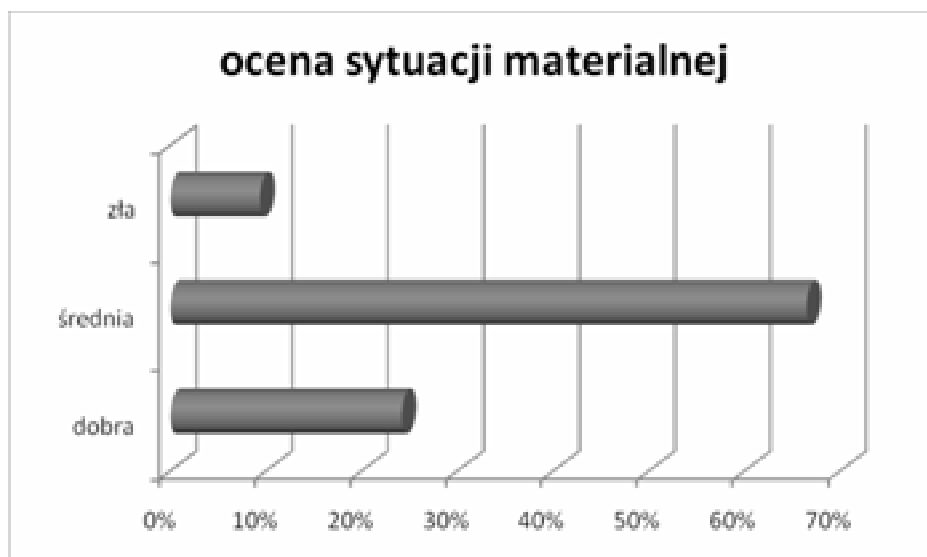
Przebycie lekarskiego badania piersi	Wykształcenie			
	podstawowe	zasadnicze	średnie	wyższe
„tak”	17	43	157	60
„nie”	1	5	29	18
Ogółem	18	48	186	78

Źródło: opracowanie własne

Pomimo deklarowanego wśród kobiet lepiej wykształconych przekonania o dużej znajomości własnego ciała, w grupie osób uczestniczących w badaniu nie udało się znaleźć zależności między wykształceniem a przebyciem lekarskiego badania piersi.

4.4. Różnice w badanej grupie związane z sytuacją materialną

Zdecydowana większość osób uczestniczących w badaniu (blisko 65%) ocenia swoją sytuację materialną jako średnią; nieco ponad 20% _ jako dobrą, a 9% jako złą.



Wykres 21. Ocena własnej sytuacji materialnej

Źródło: opracowanie własne

W badanej grupie przeważają osoby korzystające ze świadczeń emerytalnych (31%).



Wykres 22. Struktura zawodów osób uczestniczących w badaniu

Źródło: opracowanie własne

Drugą najliczniej reprezentowaną grupę społeczno-zawodową stanowią pracownicy administracji/usług (24%). Do grupy kierowników, specjalistów zaliczyło się 12% kobiet. Najmniej liczną grupę tworzą rolnicy.

Tabela 31. Zależność między sytuacją materialną a grupą społeczno-zawodową

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,400	,000
	Cramer's V	,283	,000
N of Valid Cases		328	

Źródło: opracowanie własne

Wśród badanych wystąpiło istotne statystycznie zróżnicowanie sytuacji materialnej pomiędzy grupami społeczno-zawodowymi. Niemal 60% osób wskazujących przynależności do grupy „prywatny przedsiębiorca” oceniło swoją sytuację materialną jako dobrą. Zadowolone ze swojej sytuacji materialnej deklarowało też 55% z grupy „kierownik, specjalista”. Najrzadziej swą sytuację materialną jako dobrą oceniały osoby z grupy „rencistka” (4%), „robotnik” (11%), „gospodyni domowa” (17%). Zaskoczenie budzić może fakt, że osoby czynne zawodowo (robotnicy) oceniły swoją sytuację materialną jako dobrą niemal dwukrotnie rzadziej niż osoby pobierające emeryturę (20%). Może to wskazywać na bardzo niskie zarobki osób oceniających się jako robotnicy i niewielkie potrzeby emerytów. Trudno w sposób jednoznaczny zinterpretować uzyskane wyniki, tym bardziej, że na subiektywną ocenę własnej sytuacji materialnej może wpływać nie tylko wysokość dochodów, ale również zobowiązania (np. kredyty).

Tabela 32. Zależność między sytuacją materialną a oceną własnej wiedzy na temat profilaktyki raka piersi

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,312	,040
	Cramer's V	,221	,040
N of Valid Cases		305	

Źródło: opracowanie własne

Badane określające swoją sytuację materialną jako lepszą, wyżej oceniały jednocześnie własną wiedzę na temat profilaktyki raka piersi (w skali od 1 do 10 aż 1/5 z nich oceniła swą wiedzę na 10 pkt., 1/4 na 8 pkt., a co dziesiąta przyznała sobie 9 pkt.). Innymi słowy, ponad połowa kobiet z grupy charakteryzującej się dobrą sytuacją materialną wybrała najwyższe oceny – od 8 do 10 pkt.

Prawdopodobnie pozostaje to w związku z wyższym poziomem ich wykształcenia, na co zwrócono uwagę w poprzednim podrozdziale.

Tylko 3% kobiet, które zaznaczyły, że ich sytuacja materialna jest zła, oceniło swą wiedzę na temat profilaktyki raka piersi na 10 pkt, a jedynie 7% z nich – na 9 pkt.

Tabela 33. Zależność między sytuacją materialną a źródłami informacji o profilaktyce raka piersi: znajomi i rodzina

		Value	Approx. Sig.

Nominal by Nominal	Phi	,213	,029
	Cramer's V	,213	,029
N of Valid Cases		318	

Źródło: opracowanie własne

Wśród badanych wystąpiło zróżnicowanie wskazywanych źródeł wiedzy o profilaktyce raka piersi. Znajomych i rodzinę wskazało 13% osób o dobrej sytuacji materialnej i 29% osób oceniających swą sytuację materialną jako złą.

Tabela 34. Zależność między sytuacją materialną a źródłem wiedzy o metodzie samodzielnego badania piersi

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,261	,030
	Cramer's V	,214	,030
N of Valid Cases		238	

Źródło: opracowanie własne

Wśród badanych wystąpiło zróżnicowanie wskazywanych źródeł wiedzy o profilaktyce raka piersi. Kobiety oceniające swą sytuację materialną jako średnią najczęściej zaznaczały odpowiedź „Nauczył mnie lekarz”, to samo źródło wiedzy wskazało 40% kobiet o złej sytuacji materialnej. Z kolei niemal 40% kobiet oceniających swoją sytuację materialną jako dobrą zaznaczyło odpowiedź „Nauczyłam się dzięki broszurce, artykułowi w czasopiśmie”. Warto zwrócić uwagę, że niezwykle rzadko pojawiały się odpowiedzi „Nauczyłam się od kogoś z rodziny, ze znajomych”; odpowiedź tę wybrało tylko 4% kobiet oceniających swoją sytuację materialną jako średnią i 7% kobiet znajdujących się w dobrej sytuacji materialnej. Zastanawia też fakt, że osoby uczestniczące w badaniu bardzo rzadko jako źródło wsparcia informacyjnego wskazywały pielęgniarkę (8% wskazań wśród wszystkich badanych). Brak nawyku przekazywania umiejętności samodzielnego badania piersi w gronie rodziny oraz znajomych nie budzi niepokoju.

Można stwierdzić, że osoby niezwiązane zawodowo z medycyną – z uwagi na brak profesjonalnego przygotowania – nie będą wiarygodnym źródłem wiedzy w tym zakresie. Nieprawidłowym wydaje się natomiast fakt zaniechania prowadzenia edukacji w zakresie samobadania piersi przez grupę zawodową pielęgniarek.

Tabela 35. Zależność między sytuacją materialną a rolą lekarza pierwszego kontaktu w zapobieganiu rakowi piersi: zachęca do regularnego samobadania i badania mammograficznego

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,394	,002
	Cramer's V	,394	,002
N of Valid Cases		304	

Źródło: opracowanie własne

Zależność bliska 4/10 wystąpiła między zmiennymi: *sytuacja materialna* oraz *rola lekarza pierwszego kontaktu w zapobieganiu rakowi piersi: zachęca do regularnego samobadania i badania mammograficznego*. W takiej roli widziałoby lekarza rodzinnego 33% kobiet niezadowolonych ze swojej sytuacji materialnej, 62% kobiet, które oceniają swój status materialny jako dobry oraz 67% kobiet oceniających swoją sytuację materialną jako średnią. Na podstawie dokonanej analizy, stwierdzono tu istotność statystyczną na wysokim poziomie. Oznacza to prawdopodobnie, że kobiety oceniające swoją sytuację materialną jako dobrą, oczekują od lekarzy rodzinnych tego typu aktywności.

Tabela 36. Zależność między sytuacją materialną a rolą lekarza specjalisty w zapobieganiu rakowi piersi: pomaga wrócić do zdrowia

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,243	,015
	Cramer's V	,243	,015
N of Valid Cases		289	

Źródło: opracowanie własne

Zależność na poziomie 25/100 daje się zaobserwować między zmiennymi: *sytuacja materialna* oraz *rola lekarza specjalisty w zapobieganiu rakowi piersi: pomaga wrócić do zdrowia*. Zależność ta związana jest z częstszym wskazywaniem takiej właśnie roli lekarza przez kobiety deklarujące większe zadowolenie z własnej sytuacji materialnej.

Tabela 37. Zależność między sytuacją materialną a rolą lekarza specjalisty w zapobieganiu rakowi piersi: stara się zmniejszyć cierpienie pacjenta

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,339	,009
	Cramer's V	,339	,009
N of Valid Cases		289	

Źródło: opracowanie własne

Między zmiennymi: *sytuacja materialna* oraz *rola lekarza specjalisty w zapobieganiu rakowi piersi: stara się zmniejszyć cierpienie pacjenta*, wystąpiła zależność

o sile bliskiej 35/100. W omawianym przypadku można mówić o znalezieniu wartej podkreślenia zależności.

Na uwagę zasługuje również fakt, że jest to kolejna ze zmiennych, wskazująca, że respondentki deklarujące lepszą sytuację materialną ujawniają większe oczekiwania w stosunku do lekarzy.

4.5. Dyskusja

Jak ustalono, osoby uczestniczące w badaniu prezentowały wysoki poziom wiedzy w zakresie czynników zwiększających ryzyko zachorowania na raka piersi. Zdecydowana większość kobiet potrafi wymienić takie istotne czynniki ryzyka, jak: wcześniejsze zachorowanie na nowotwory oraz przebyte zachorowania na raka piersi.

Zbliżone wyniki uzyskano podczas badania, którym objęto 160 studentek uczelni lubelskich (AM, Wydział Farmacji; UMCS, Wydział Pedagogiki; Politechnika, Wydział Techniczny). Aż 93,8% kobiet wiedziało, w jaki sposób zapobiec rakowi piersi i za pomocą jakich metod wykryć zmiany chorobowe. Brak zainteresowania wiedzą na temat raka piersi

wykazały pojedyncze osoby; jedna z nich jako przyczynę podała brak czasu, jedna – lęk, kolejna – brak dostępu do informacji. Jedna z osób uczestniczących w badaniu jako przyczynę braku zainteresowania tą wiedzą wskazała fakt niewystępowania raka piersi w najbliższym otoczeniu¹⁵⁷.

W części wywiadu poświęconej praktyce samobadania piersi, na pytanie, czy badane wiedzą, czym jest samobadanie piersi, twierdząco odpowiedziało 43,7% respondentek,

a 56,3% udzieliło odpowiedzi negatywnej. Regularnie bada piersi 18,1% pytanych, 75,7% – nieregularnie, a 6,2% wskazało, że nie wykonuje takich badań¹⁵⁸. Jak postuluje Amerykańskie Towarzystwo Badań Raka, kobiety powinny być informowane o procedurze wykonywania samobadania piersi (*Breast self-examination*; BSE), jej zaletach i wadach¹⁵⁹.

Badania wykonywane w latach 1994-2004, w grupie 822 kobiet leczonych z powodu raka piersi w St. Mary's Hospital w Waterbury (Stany Zjednoczone), potwierdziły wysoką wartość samobadania piersi. I tak, 64 (7,7%) spośród kobiet objętych badaniami miało w chwili wykrycia choroby 40 lat lub mniej. U 44 z nich (68,7%) nowotwór wykryto dzięki samobadaniu piersi, u 17 (18%) na skutek badań mammograficznych, a jedynie u 3 (4,7%) za sprawą innych specjalistycznych badań medycznych. Spośród 758 kobiet powyżej 40. roku życia, u 382 (49%) nowotwór wykryto dzięki badaniom mammograficznym. 278 kobiet (39%) zauważyło niepokojące zmiany podczas samobadania, a u 98 kobiet (14%) raka rozpoznano na podstawie szczegółowych badań klinicznych.

W podsumowaniu wyników badań autorzy zawarli postulat, że z uwagi na wzrost zachorowań na raka piersi u kobiet poniżej 41. roku życia, konieczne jest wprowadzanie działań mających na celu zwiększenie liczby kobiet wykonujących regularnie samobadanie piersi¹⁶⁰. Doniesienia na temat częstości wykonywania samobadania piersi, dotyczące mieszkanki Francji, gdzie wykonywanie tego badania nie jest ani obowiązkowe ani zalecane, wskazują na znaczący wzrost wykonywania samobadania u kobiet, u których przeprowadzono testy na występowanie genu BRCA1/2. Badania dotyczyły 217 kobiet, które okazały się

¹⁵⁷N. Gozdek, M. Kulik, M. Buczyjan M., *Studentki uczelni lubelskich wobec profilaktyki raka piersi*, „Pielęgniarka i położna”, 6, 2001, s. 8-10.

¹⁵⁸Tamże, s. 9.

¹⁵⁹Zob.: R.A Smith., D. Saslow., K. Andrews-Sawyer, W. Burke, M.E. Constanza, W.P. Evans, R. S. Foster, E. Hendrick, H.J. Eyre, S. Sener, *American Cancer Society guidelines for breast cancer screening: Update 2003*, “A Cancer Journal for Clinician”, 53,1 p. 41.

¹⁶⁰Zob. T.T. Fancher, J.A. Palesty, J.J. Paszkowiak, R.P. Kiran, A.D. Malkan, S.J. Dudrick, *Can breast self-examination continue to be toutet justifiably as an optional practice?*, “Int J Surg Oncol” 2011: 965464 Epub 2011, Apr.6.

nosicielkami genu oraz 317, u których genu tego nie wykryto. Zarówno nosicielki, jak i kobiety niemające zmian, po okresie 12 miesięcy od przeprowadzenia testu, wykonywały samobadanie odpowiednio osiem i sześć razy częściej niż przed testem. Autorzy zwrócili uwagę na fakt wzrostu częstości wykonywania samobadania piersi po ujawnieniu rezultatów testu genetycznego, bez względu na wykonywany przez kobiety zawód czy ścieżkę kariery zawodowej¹⁶¹.

Doniesienia spoza krajów Unii Europejskiej dotyczą między innymi efektów edukacji w zakresie samobadania piersi mieszkanki Turcji. Badanie zostało przeprowadzone wśród 413 kobiet w wieku 20-59 lat, które podzielono na dwie grupy. Pierwszą stanowiły absolwentki Uniwersytetu, drugą – kobiety niżej wykształcone, maksymalnie z wykształceniem średnim. Większość kobiet z grupy drugiej nie wierzyła w możliwość wcześniejszego wykrycia raka piersi, znacząca liczba kobiet z grupy pierwszej przeprowadzała samobadanie przynajmniej raz lub częściej. Rezultaty badań pokazały, że Turczynki, bez względu na poziom wykształcenia, potrzebują wsparcia informacyjnego i instrumentalnego w tej dziedzinie. Autorzy badań zaakcentowali konieczność wzięcia pod uwagę poziomu wykształcenia kobiet przy opracowywaniu programów edukacyjnych, by zwiększyć ich efektywność¹⁶².

Potrzebę edukacji w zakresie samobadania piersi wykazały także badania przeprowadzone wśród 287 uczennic szkół średnich w Abuja w Nigerii¹⁶³, jak również w Ghanie (przeprowadzone wśród 474 kobiet), gdzie ponad 60% pacjentek z rakiem piersi to kobiety rozpoczynające leczenie w trzecim lub czwartym stadium choroby¹⁶⁴.

Warto dodać, że większość zaleceń oraz broszur zachęca do wykonywania badań raz w miesiącu; z literatury przedmiotu wynika, że częstsze badanie może powodować wzrost lęku, a nawet fałszywe stwierdzenie guza^{165 166}. Ponadto, wskazuje się na związek

¹⁶¹ C. Maheu, T. Apostolidis, A. Petri-Cal, E. Mouret-Fourme, M. Gauthier-Villars, C. Lasset, P. Berthet, J.P. Fricker, O. Caron, E. Luporsi, L. Gladieff, C. Nougès, C. Julian-Reynier, *French women's breast self-examination practices with time after undergoing BRCA1/2 genetic testing*, "Fam Cancer" 2012 Jun; 11(2), p. 269.

¹⁶² S.Ö. Gürdal, G.V. Saraçoğlu, E.Ş. Oran, Y. Yankol, G.R. Soybir, *The effect of educational level on breast cancer awareness: a cross-sectional study in Turkey*, "Asian Pac J Cancer Prev" 2012;13(1), p. 295.

¹⁶³ A.R. Isara, C.I Ojedokun, Knowledge of breast cancer and practice of breast self-examination among female senior secondary school students in Abuja, Nigeria, "J Prev Med Hyg" 2011 Dec; 52(4), p. 186.

¹⁶⁴ Zob. S.Y. Opoku, M. Benwel, J. Yarney, *Knowledge, attitudes, beliefs, behaviour and Breast cancer screening practices in Ghana, West Africa*, „Pan Afr Med. J” 2012; 11,28. Epub 2012 Feb 17.

¹⁶⁵ Zob.: K. Brain, P. Norman, J. Gray, R. Mansel, *Anxiety and adherence to breast self-examination in women with history of breast cancer*, "Psychosomatic Medicine", 1999, 61, p. 181.

wykonywania samobadania piersi z podniesieniem częstotliwości korzystania z opieki medycznej, nieuzasadnionymi biopsjami i dystresem. Pomimo to brakuje obecnie innych, alternatywnych metod o wysokiej skuteczności¹⁶⁷.

Biorąc jednak pod uwagę rosnący rynek aplikacji mobilnych, czyli oprogramowań działających na urządzeniach przenośnych, jak smartfony, czy tablety, poświęconych tematyce zdrowotnej¹⁶⁸, należy się spodziewać, że samobadanie piersi w niedługim czasie zostanie zastąpione lub uzupełnione nowym badaniem, pozwalającym na wykrycie zmiany nowotworowej lub innych nieprawidłowości we wczesnym stadium. W połowie 2012 roku liczba aplikacji mobilnych związanych ze zdrowiem, oferowanych przez Apple'a, wynosiła 9 tys., w tym 1500 stanowiły programy badające parametry sercowe podczas uprawiania sportu, ok. 1300 programy związane ze stosowaniem różnych diet. Niemal tysiąc adresowano do osób zainteresowanych zarządzaniem stresem oraz technikami relaksacyjnymi.

Z literatury przedmiotu wynika, że 650 programów opracowano z myślą o kobietach. Pojawiły się już, na przykład programy dotyczące profilaktyki nowotworowej: program Skin Scan pozwala na skanowanie i analizę znamion i – w zależności od wyniku – informuje o konieczności wizyty u dermatologa¹⁶⁹.

Z szacunków wynika, że w roku 2014 rynek aplikacji mobilnych, poświęconych zdrowiu, osiągnie wartość 4,1 mld dolarów. Przewiduje się wzrost zainteresowania nowymi technologiami ułatwiającymi zarządzanie zmianami w zakresie zdrowia – głównie w obszarze profilaktyki.

Jakkolwiek nie zgromadzono wystarczających dowodów na to, że samobadanie piersi zmniejsza śmiertelność z powodu raka piersi, warto podkreślić, że rozpoznanie symptomów choroby odbywa się często właśnie na podstawie obserwacji własnego ciała i badania palpacyjnego dokonanego przez kobiety.¹⁷⁰

¹⁶⁶ Zob.: R.A. Smith, D. Saslow, K. Andrews-Sawyer, W. Burke, M.E. Constanza, W.P. Evans, R.S. Foster, E. Hendrick, H.J. Eyre, S. Sener, *American*, 141.

¹⁶⁷ Tamże, s. 141-169.

¹⁶⁸ Mowa tu o oprogramowaniu przygotowanym z myślą o użytkownikach telefonów komórkowych i innych osobistych urządzeniach elektronicznych (np. tablety).

¹⁶⁹ A. Bzdyra-Maciorowska, *12 trendów 2012 roku*, "Marketing w praktyce", 2 (168), luty 2012, s. 63.

¹⁷⁰ Zob. B. Green, S.H. Taplin, *Breast cancer screening controversies*, „Journal of the American Board of Family Practice”, 2003, 16, p. 233.

Odwołując się do badań własnych, przypomnieć należy, że większą znajomość metody samobadania piersi deklarowały respondentki w młodszej grupie wiekowej (40-49 lat). W obu grupach najczęściej wskazywano lekarza jako osobę udzielającą informacji o badaniu. Drugim ważnym źródłem wiedzy o metodzie samodzielnego badania piersi okazały się broszury oraz artykuły w prasie. Z kolei, jak wskazują wyniki wywiadów przeprowadzonych przez A. Gułę z pielęgniarkami onkologicznymi oraz lekarzami z kilkunastoletnim stażem w Poradni Chorób Piersi i Poradni K w Mysłowicach, wiedza pacjentek oceniana jest jako raczej niska bądź niska, choć jednocześnie, na przestrzeni lat, zauważa się niewielki wzrost świadomości w zakresie profilaktyki raka piersi. Pacjentki korzystające z Poradni Chorób Piersi częściej potrafią przeprowadzić samobadanie piersi niż pacjentki z Poradni K. Personel medyczny Poradni K obserwuje, że wiedza kobiet o nowotworze piersi jest bardzo ogólna, choć wzrasta z wiekiem.

Poszukując wyjaśnienia tego zjawiska można przypomnieć, że znaczący wzrost zachorowań na raka piersi notuje się u kobiet powyżej 40. roku życia. Oznacza to, że kobiety w wieku okołomenopauzalnym częściej doświadczają choroby onkologicznej w najbliższym otoczeniu (w rodzinie i grupie rówieśniczej), co uwrażliwia je na informacje dotyczące profilaktyki pierwotnej oraz wtórnej. Personel medyczny obu poradni podkreślił fakt, że w większym stopniu profilaktykę raka piersi stosują kobiety należące do grupy podwyższonego ryzyka.

Wśród czynników zmniejszających gotowość do poddawania się regularnym badaniom wymieniono: strach przed wykryciem guza bądź innej zmiany oraz wstyd¹⁷¹.

Co ciekawe, wysoką wiedzę dotyczącą czynników ryzyka wykazały badania przeprowadzone wśród 650 kobiet w Teheranie; 60,8% uczestniczek badania wskazało na zmiany bezbolesne, zwłaszcza guzki; 44,9% zaznaczyło krwawe wybroczyny na skórze, a ponad 70% kobiet wyraziło opinię, że wczesne wykrycie i rozpoczęcie terapii są skuteczną metodą prowadzącą do pełnej remisji¹⁷².

Aby zwiększyć zgłaszalność kobiet do programu profilaktyki raka piersi (z danych Centralnego Ośrodka Koordynującego Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi wynika, że z mammografii korzysta jedynie 35% uprawnionych do badań),

¹⁷¹ A. Guła, *Rak sutka u kobiet – profilaktyka i diagnostyka*, (w:) *Zagrożenia zdrowia chorobami cywilizacyjnymi*, J. Bulska (red.), Kraków 2008, s. 42.

¹⁷² N. Nafissi, M. saghafinia, M.H. Motamedi, M.E. Akbari, *A survey of Breast cancer knowledge and attitude in Iranian women*, „J Cancer Res Ther” 2012 Jan-Mar; 8(1): 46. .

Ministerstwo Zdrowia zaproponowało wprowadzenie obowiązku przeprowadzania badań cytologicznych oraz mammograficznych wśród kobiet zawierających umowę o pracę¹⁷³. Propozycja ta stała się przyczynkiem do publicznej debaty, w której najczęściej cytowane były środowiska Amazonek oraz feministek. Pierwsze opowiadały się za wprowadzeniem badań wskazując na wspólny interes społeczny oraz własne doświadczenia w wolontariacie, gdzie spotyka się osoby, u których choroba wykryta została w stopniu zaawansowanym. Środowisko feministek, w tym cytowana najczęściej Wanda Nowicka, argumentowało natomiast, że przymus jest naruszeniem praw pacjenta oraz ustawy o zawodzie lekarza, mówiącej że każda procedura medyczna musi być poprzedzona zgodą pacjenta. Krytykowano również fakt, że projekt dotyczy wyłącznie kobiet zatrudnionych, co może oznaczać dyskryminację bezrobotnych, matek zajmujących się wychowywaniem dzieci oraz kobiet pracujących we własnych gospodarstwach rolnych¹⁷⁴.

Dobłą znajomość czynników ryzyka można wiązać z licznymi kampaniami społecznymi, propagującymi profilaktykę raka piersi lub też szeroko pojętą profilaktykę onkologiczną. Programy o zasięgu krajowym, finansowane przez Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia, uzupełniane są wieloma działaniami o zasięgu lokalnym. Wymienić tu można np. kampanię społeczną „Policzmy się z rakiem” prowadzoną przez Poznańską Fundację „Ludzie dla ludzi”. Przyłączenie się do akcji wymagało jedynie zalogowania się na stronie www.policzmysie.pl. Do wzięcia udziału w akcji zachęcano przede wszystkim osoby, które przebyły chorobę nowotworową lub są w trakcie leczenia. Przesłaniem akcji było pokazanie, jak wiele osób, mimo choroby nowotworowej, zachowało aktywność w różnych obszarach funkcjonowania, realizując role rodzinne i zawodowe oraz uczestnicząc w życiu kulturalnym i sportowym¹⁷⁵. Już w pierwszej edycji kampanii, w roku 2010, na stronie www.policzmysie.pl zalogowało się aż 10 tysięcy osób, które dzieliły się swoimi doświadczeniami w radzeniu sobie z chorobą. Wiele informacji odnosiło się do podejmowanych przez te osoby działań ukierunkowanych na to, by ponownie włączyć się w nurt życia społecznego (rodzinnego, zawodowego).

Liczne kampanie społeczne, które skupiają się na problematyce zdrowia sprawiły, że portal „kamapaniespoleczne.pl” zdecydował się na zorganizowanie konkursu na kampanię

¹⁷³ K. Lisowska, *Czy dzięki nowym obowiązkom lekarzy POZ mniej Polaków umrze na raka?*, „Rynek zdrowia” [www.rynekzdrowia.pl; data odczytu: 28.05.2012].

¹⁷⁴ T. Zalewski, *Przymus badań antyrakowych*, „Rzeczpospolita” 22.04.2010 [www.rp.pl; data odczytu: 22.04.2010].

¹⁷⁵ M. Bielicka, *Rak to jeszcze nie wyrok, to tylko diagnoza*, „Gazeta Wyborcza”, 08.05.2011, [www.poznan.wyborcza; data odczytu: 08.05.2011].

społeczną roku 2011. Wśród nominowanych do nagrody wymienione zostały dwie kampanie Fundacji Rak'n'Roll: „Daj włos” i „Boskie Matki”. Motywem przewodnim kampanii „Daj włos” było zbieranie włosów na peruki dla kobiet, które borykają się ze skutkami ubocznymi leczenia. W akcji wzięły udział 574 osoby, dzięki czemu uzyskano 143 metrów włosów. „Daj włos” okazało się najlepszą kampanią obywatelską, zdobywając I miejsce oraz nagrodę w wysokości 100 tys. złotych w konkursie „Kampania społeczna roku”, organizowanym przez Fundację Komunikacji Społecznej i portal KampanieSpołeczne.pl¹⁷⁶. Podobnie, jak opisywana wyżej kampania Fundacji „Ludzie dla ludzi”, i tym razem celem działań było dostarczenie chorym wsparcia emocjonalnego i rzeczowego. Istotne było też przełamywanie tabu związanego z utratą włosów, co dla pacjentów – kobiet jest na ogół przeżyciem szczególnie bolesnym i wstydlivym.

Celem kampanii „Boskie Matki” było z kolei pokazywanie możliwości doświadczania macierzyństwa u kobiet cierpiących na raka piersi. Podjęcie tego tematu było niezwykle istotne z uwagi na fakt, że kobietom cierpiącym na raka piersi często zaleca się usunięcie ciąży, choć – jak przekonywali autorzy kampanii – nie ma to uzasadnienia medycznego. Argumentem mającym spowodować zmianę w myśleniu na temat macierzyństwa kobiet chorych miał być album „Boskie Matki” prezentujący sylwetki kobiet, które zdecydowały się na urodzenie dziecka mimo choroby i nie żałują tej decyzji¹⁷⁷. Warto zauważyć jednocześnie, że kampanie służące „oswajaniu” choroby onkologicznej prowadzone są nie tylko w środowisku osób dorosłych.¹⁷⁸

Z uwagi na fakt, że rak piersi często wykrywany jest u kobiet młodych, w wieku rozrodczym, a także w okresie ciąży, zagadnieniem macierzyństwa w chorobie zajęła się również Federacja Stowarzyszeń „Amazonki”, która przygotowała wystawę zdjęć „Amazonki i macierzyństwo. Zdrowe i piękne dla dzieci”. Wystawa pokazana została między innymi w Poznaniu, a towarzyszyły jej spotkania z dziennikarzami oraz specjalistami – onkologami,

¹⁷⁶ P. Otto, *Najlepsze kampanie społeczne*, „Gazeta Prawna” z dnia 16.05.2012, [www.edgp.gazetaprawna; data odczytu: 16.05.2012].

¹⁷⁷ K. Roszko, „Rynek Zdrowia” z dnia 26.05.2012 [www.rynekzdrowia.pl; data odczytu: 26.05.2012].

¹⁷⁸ Organizowane przez Klinikę Onkologii i Hematologii Dziecięcej Uniwersyteckiego Dziecięcego Szpitala Klinicznego w Białymstoku spotkania dzieci chorych na raka służą wymianie doświadczeń w walce z nowotworem, radzeniu sobie z chorobą oraz wspólnej zabawie. Cykliczne spotkania zyskały miano zjazdów „onkoludków”. Użycie neologizmu składającego się z członu „onko” sugerującego rodzaj schorzenia oraz członu „ludków” kojarzonego z lekturami dziecięcymi (krasnoludki, ufoludki) ma na celu stworzenie wspólnoty, która pomimo cierpienia nie rezygnuje z podejmowania aktywności charakterystycznych dla okresu dzieciństwa. Jak podkreśla dr hab. Katarzyna Muszyńska-Roślan z Kliniki Onkologii i Hematologii Dziecięcej Uniwersyteckiego Dziecięcego Szpitala Klinicznego w Białymstoku, ważnym elementem spotkań jest zabawa oraz kontakt z tymi, którzy wyzdrowieli i są np. wolontariuszami pracującymi na rzecz chorym (Elk: III spotkanie integracyjne „Onkoludków”; „Rynek Zdrowia”; [www.rynekzdrowia.pl z dnia 24.06.2012].

którzy przekonywali, że możliwe jest leczenie młodej kobiety w taki sposób, by zachować płodność oraz umożliwić jej zajście w ciążę¹⁷⁹.

Przykładem akcji o charakterze lokalnym mogą być również warsztaty, podczas których pracownice Wydziału Polityki Społecznej Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego uczyły się samodzielnego badania piersi. W szkoleniu wzięły udział wszystkie zatrudnione w Urzędzie kobiety.¹⁸⁰ Za pozytywne uznać należy zainteresowanie akcją mediów, dzięki czemu na podobną inicjatywę mogły zdecydować się inne placówki. Nie bez znaczenia w promowaniu profilaktyki raka piersi jest udział w kampaniach społecznych osób publicznych (aktorów, muzyków, polityków). W jednym ze spotów wyemitowanych w Dniu Kobiet, przewodniczący SLD, Grzegorz Napieralski, wspólnie z żoną, zachęcał kobiety do udziału w badaniach profilaktycznych. Spot kończył się apelem: „8 marca, i w inne dni, idź na badania, to bardzo ważne”.¹⁸¹

Warte odnotowania są działania podejmowane przez samorządy szczebla gminnego, zmierzające do podniesienia zgłaszalności na badania w kierunku wykrywania raka piersi. Wiele samorządów skupiło się na działaniach zachęcających do badań mammograficznych, nie tyle w związku z uwarunkowaniami ustawowymi, co w odpowiedzi na konkurs „Zdrowa gmina” ogłoszony przez Polską Unię Onkologii.

Projekty działań propagujących prewencję chorób nowotworowych opracowało 109 gmin. Jak wynika z danych Polskiej Unii Onkologii, najwyższe statystyki zgłaszalności dwa lata z kolei odnotowano w gminie Domiance w województwie mazowieckim: 23% zgłaszalność na mammografię i 13,61% na cytologię. Oprócz tytułu „Zdrowej gminy”, pierwsze trzy samorządy mogły liczyć na nagrody w wysokości 100 tysięcy zł, 50 tysięcy zł i 20 tysięcy zł na realizację zaproponowanych działań¹⁸². Realizując obowiązki wynikające z Ustawy o samorządzie gminnym, która w art. 7. ust. 1, pkt. 5 wskazuje, że zadaniem własnym tych jednostek samorządu terytorialnego jest zaspokajanie zbiorowych potrzeb wspólnoty w zakresie ochrony zdrowia, niektóre gminy podjęły decyzję o finansowaniu badań mammograficznych, adresowanych do kobiet w wieku 40-49 lat, uzupełniając tym

¹⁷⁹ „Rynek Zdrowia” z dnia 25.05.2012 [www.rynekzdrowia.pl; data odczytu: 25.05.2012].

¹⁸⁰ „Rynek Zdrowia” z dnia 08.03.2011 [www.rynekzdrowia.pl z dnia 08.03.2011].

¹⁸¹ „Rynek zdrowia” z dnia 06.03.2011 [www.rynekzdrowia.pl z dnia 06.03.2011].

¹⁸² „Rynek zdrowia” z dnia 16.03.2011 [www.rynekzdrowia.pl z dnia 16.03.2011].

samym ofertę badań przesiewowych finansowanych przez NFZ. Do tych gmin należą np. Opole oraz Poznań¹⁸³.

Mówiąc o działaniach zwiększających świadomość dotyczącą profilaktyki raka piersi, podkreślić należy ogromny wkład w pracę nad zmianą mentalności Polek ruchu Amazonek¹⁸⁴. Uczestniczki ruchu od 20 lat, poza działaniami ukierunkowanymi na pomoc kobietom w powrocie do aktywnego życia, inicjują także liczne działania, których celem jest przełamywanie tabu związanego z zachorowaniem na raka piersi. Amazonki przeciwstawiają się wciąż popularnym i niebezpiecznym stereotypom wyrażającym się w funkcjonujących w świadomości społecznej hasłach: „Rak nie lubi noża” czy „Raka nie wolno ruszać”. Duże zasługi w omawianych działaniach przypisuje się poznańskim Amazonkom, które przez profesora Zbigniewa Woźniaka, socjologa z Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza, nazwane zostały „fenomenem w skali kraju”. Jak zauważył podczas uroczystości 20-lecia Amazonek w Poznaniu, „ciągle walczą o prawa pacjenta i stanowią grupę nacisku, której nie można zignorować”¹⁸⁵.

Efektywność programów edukacyjnych i ich wpływ na wzrost wiedzy o raku piersi, czynnikach ryzyka i metodach zapobiegania próbowano oszacować w Aleksandrii (Egipt), prowadząc badania wśród 486 mieszkanek miejskich slumsów, w wieku 30-65 lat. Badania prowadzone w latach 2009-2010 rozpoczęto od kampanii edukacyjnej, poświęconej czynnikom ryzyka oraz metodom wczesnego wykrywania raka piersi. Szkolenia w zakresie samobadania prowadziły pielęgniarki. Wyniki badań wskazują na znaczący wzrost podstawowej wiedzy na temat raka piersi i czynników ryzyka w następstwie odbytego szkolenia. Warto dodać, że niskie wykształcenie badanych nie wpłynęło na osiągnięte rezultaty szkolenia¹⁸⁶.

¹⁸³ M. Cyrankiewicz, *Fundusze na badania profilaktyczne zabezpiecz w budżecie*, „Rzeczpospolita” z dnia 14.08.2009, [www.rp.pl; data odczytu: 14.08.2009].

¹⁸⁴ Mówiąc o Ruchu Amazonek, warto wspomnieć o tym, że kobiety po mastektomii mogą uczestniczyć w spotkaniach grup wzajemnej pomocy, uzyskując wielowymiarowe wsparcie w rozwiązywaniu problemów natury somatycznej, psychologicznej, egzystencjalnej oraz społecznej (Matecka, 2011, s. 273). Wsparcie to ma charakter nieformalny, różni się więc od wsparcia świadczonego przez instytucje oraz podmioty lecznicze, które udzielają pomocy w ramach świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

¹⁸⁵ J. Przybylska, *Poznańskie Amazonki: fenomen w skali kraju* [www.poznan.gazeta.pl; data odczytu: 13.09.2011].

¹⁸⁶ Zob.: I.F. Kharboush, H.M. Ismail, A.A. Kandil, H.M. Mamdouh, Y.Y. Muhammad, O.G. El Sharkawy, N.H. Sallam, *Raising the Breast cancer Health Awareness amongst Women in an Urban Slum Area in Alexandria, Egypt*, “Breast Care (Basel) 2011 Oct; 6(5), p. 375-379, Epub 2011 Sep 14.

Z badań ankietowych przeprowadzonych wśród wielkopolskich lekarzy przez E. Gowin i wsp. wynika, że jakość informacji dotyczących profilaktyki przekazywana przez media, budzi zastrzeżenia tej grupy zawodowej. W związku z tym, jak wskazują autorzy badania, najbardziej odpowiednim miejscem do prowadzenia edukacji zdrowotnej jest gabinet lekarski.¹⁸⁷ Warto jednocześnie przytoczyć w tym kontekście wyniki badań oceniających zachowania zdrowotne w grupie lekarzy. Jak się okazuje, 61% badanych lekarzy i 19% lekarek ma nadwagę lub otyłość, tylko co trzeci pytany lekarz deklaruje spożywanie warzyw kilka razy dziennie, a mniej niż połowa – spożywanie owoców¹⁸⁸.

Na podstawie literatury przedmiotu wiadomo, że wiarygodność komunikatu wzrasta, jeśli zachodzi spójność treści przekazu z przekonaniami i praktykami osoby modelującej określone zachowania. Trudno mówić o takiej spójności w przypadku, gdy zachowania prozdrowotne propaguje lekarz, którego wygląd fizyczny wskazuje na zaniedbania w diecie oraz aktywności fizycznej.

Chociaż, jak wskazują wyniki badań własnych, młodsze respondentki (40-49 lat) jako źródło informacji o profilaktyce raka piersi częściej wymieniały otoczenie społeczne (rodzina, znajomi), nie można lekceważyć roli mediów w kształtowaniu świadomości dotyczącej znaczenia wczesnej diagnostyki. Zainteresowanie i chęć kontroli środków publicznych przeznaczanych na program potwierdzają już same nagłówki: „Katowice: o problemach profilaktyki nowotworowej”¹⁸⁹; „Lubuskie: niewykorzystane 5 mln zł na badania profilaktyczne”¹⁹⁰; „Cytomammobusy miały dotrzeć do miasteczek – teraz jedne jadą, inne stop?”¹⁹¹.

Odwołując się do wyników badań stwierdzić należy, że kobiety niezwykle rzadko jako źródło wiedzy na temat profilaktyki raka piersi wskazywały personel medyczny. Poszukując wyjaśnienia dla faktu, że niemal 60% badanych kobiet w wieku 40-49 lat i tylko o 3% mniej kobiet w wieku 50-59 nie wymieniło lekarza jako źródła informacji o profilaktyce raka piersi, przytoczyć można wyniki badań oceniających wiedzę lekarzy

¹⁸⁷ E. Gowin, J. Dytfeld, M., Ignaszak-Szczepaniak i wsp., *O czym lekarz rozmawia z pacjentem? Opinie wielkopolskich lekarzy na temat porad dotyczących stylu życia*, „Family Medicine & Primary Care Review”, 2009, vol. 11, 3, p. 320.

¹⁸⁸ E. Gowin, J. Dytfeld, M., Ignaszak-Szczepaniak i wsp., *Czy praktykujemy to, co mówimy? Styl życia lekarzy w Wielkopolsce*, „Family Medicine & Primary Care Review”, 2009, vol. 11, 3, p. 316.

¹⁸⁹ „Rynek zdrowia” z dnia 19.10.2010 [www.rynekzdrowia.pl; data odczytu: 19.10.2010].

¹⁹⁰ [www.kurierlubuski.pl] z dnia 30.10.2011.]

¹⁹¹ „Rynek zdrowia” z dnia 12.01.2011 [www.rynekzdrowia.pl; data odczytu: 12.01.2011].

o nowotworach i profilaktyce, wykonanych przez Zakład Epidemiologii i Profilaktyki nowotworów Wielkopolskiego Centrum Onkologii.¹⁹² Tylko 1/3 lekarzy z Wielkopolski wskazała, że najlepszą formą badania przesiewowego w kierunku wczesnego wykrywania raka piersi jest mammografia. Aż 2/3 lekarzy wymieniło samobadanie piersi. Jak podkreślili autorzy badań, ten zakres wiedzy wymaga uzupełnienia.¹⁹³

Niepokojący jest fakt, że wśród 268 ankietowanych lekarzy jedynie 4 potrafiło wskazać prawidłowo przedział wiekowy, w jakim zaleca się wykonywanie badania mammograficznego. Analizując badanych pod względem płci i wieku stwierdzono, że żadna spośród 56 lekarzy – kobiet w wieku 50-69 lat nie wskazała tego przedziału wiekowego jako najodpowiedniejszego do przeprowadzania badań profilaktycznych w kierunku wczesnego wykrycia raka piersi. Zarejestrowano natomiast odpowiedzi sugerujące, że optymalnym wiekiem do rozpoczęcia wykonywania profilaktycznych badań mammograficznych jest wiek 18, 20 i 25 lat. Dodać należy, że jedynie 19 w grupie 56 lekarzy – kobiet jest przekonanych o skuteczności mammografii jako najlepszego badania pozwalającego na wczesne wykrycie raka piersi.¹⁹⁴ Jednocześnie, jak wskazują wyniki tego samego badania, ponad 92% wielkopolskich lekarzy jest zdania, że lekarze mają odpowiednią wiedzę, aby dbać o edukację prozdrowotną pacjentów.¹⁹⁵ Podniesienie poziomu wiedzy lekarzy rodzinnych w zakresie profilaktyki raka piersi miały zapewnić szkolenia przeprowadzane w ramach Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych. Przedstawiając 30 kwietnia 2012 roku w Sejmie sprawozdanie z realizacji programu, wiceminister zdrowia Agnieszka Pachciarz przyznała, że w ramach programów edukacyjnych nie udało się przeprowadzić szkoleń lekarzy rodzinnych zgodnie z założeniami (przeszkolono 10 tys. lekarzy rodzinnych z około 16 tys., którzy posiadają tę specjalizację). Wśród przyczyn takiego stanu rzeczy wskazuje się problemy organizacyjne oraz małe zainteresowanie szkoleniami wśród lekarzy¹⁹⁶. W mediach pojawiły się też doniesienia sugerujące nieprawidłowości podczas wyboru firmy mającej zrealizować szkolenia. Informacje o takim wydzwieńku mogą spowodować w konsekwencji

¹⁹² Badanie „Profilaktyka nowotworów – badanie wśród lekarzy” przeprowadzono w trzecim kwartale 2007 roku w grupie 4203 lekarzy na terenie całego kraju. W Wielkopolsce w badaniu uczestniczyło 268 lekarzy. Najliczniejszą grupę stanowili lekarze podstawowej opieki zdrowotnej (83 osoby). Warto też odnotować biorących udział w badaniu specjalistów z zakresu ginekologii i położnictwa (22 osoby). Projekt realizowała Pracownia Badań Społecznych.

¹⁹³ A. Dyzmann-Sroka, Trojanowski M., Kończalik A., Jędrzejczak A., *Wiedza lekarzy o nowotworach i profilaktyce. Raport dla Województwa Wielkopolskiego*, Wielkopolskie Centrum Onkologii 2008, s. 29.

¹⁹⁴ Tamże, s. 31.

¹⁹⁵ Tamże, s. 38.

¹⁹⁶ K. Lisowska, *Czy dzięki nowym obowiązkom lekarzy POZ mniej Polaków umrze na raka?*, „Rynek zdrowia” [www.rynekzdrowia.pl z dnia 28.05.2012].

obniżenie wiarygodności działań podejmowanych przez Ministerstwo Zdrowia na rzecz profilaktyki raka piersi¹⁹⁷.

Biorąc pod uwagę wyżej przedstawione przekonania samych lekarzy i wyniki badań, wskazujące jednoznacznie, że rzadko dochodzi do edukacji związanej z profilaktyką raka piersi, przyczyn rozbieżności tych faktów szukać można odwołując się do problematyki jakości relacji lekarz-pacjent. W tym kontekście przypomnieć warto opisane w psychologii klinicznej trzy modele relacji lekarz-pacjent:

1. aktywność-bierność, gdy lekarz całkowicie kieruje chorym, znajdującym się np. w znieczuleniu ogólnym;
2. kierownictwo-współpraca, gdy pacjent wykonuje polecenia lekarza;
3. obustronna współpraca, polegająca na całkowicie podmiotowym traktowaniu pacjenta i wspólnym podejmowaniu decyzji (ten typ relacji opisywany jest w literaturze również jako model lekarza-konsultant)^{198 199}.

Warto zauważyć, że wysoka umieralność na nowotwory, odnotowywana w Polsce, stała się jedną z przyczyn spadku naszego kraju w Europejskim Konsumenckim Indeksie Zdrowia (EHCI) z miejsca 26 na 27 (na 33 zbadane kraje). Mówiąc o realnych błędach w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia w Polsce, eksperci zajmujący się tą tematyką wskazali na fakt, że kobiety w Polsce żyją 2,8 roku krócej niż Holenderki.

W komentarzach dotyczących wyników Indeksu pojawiały się opinie, że chociaż relatywnie Polska najślabiej odczuła kryzys ekonomiczny, pod względem jakości usług medycznych, wyprzedziły ją takie kraje, jak Słowacja czy Litwa²⁰⁰.

Samo badanie relacji jakości edukacji zdrowotnej w gabinecie lekarza nie było przedmiotem analizy, niemniej jednak deficyty personelu medycznego w zakresie umiejętności budowania relacji z pacjentem oraz udzielania wsparcia informacyjnego i instrumentalnego są wielokrotnie poruszane w literaturze przedmiotu. O wzorcowej relacji lekarz ginekolog – pacjentka mówi G. Panek, który podkreśla wagę przekazania

¹⁹⁷ J. Solska, *Z siatką na raka*, „Polityka” z dnia 20.02.2009 [www.polityka.com.pl; data odczytu: 20.02.2009].

¹⁹⁸ K. Pietrzak, *Zaburzenia relacji pomiędzy lekarzem a chorym i jego rodziną w pracy pogotowia ratunkowego*, (w:) *Relacje lekarz-pacjent w procesie medykalizacji choroby*, A. Syroki, J. Rudnicki, A.K. Agrawal (red.), Wrocław 2005, s. 51.

¹⁹⁹ T. Gordon, W. Sterling Edwards, *Rozmawiać z pacjentem*, Warszawa 2009, s. 44.

²⁰⁰ P. Otto, *Raport o służbie zdrowia: katastrofa na zielonej wyspie*, „Gazeta Prawna” z dnia 10.05.2012, [www.egazetaprawna.com.pl.; data odczytu: 10.05.2012].

profesjonalnej wiedzy w sposób pozwalający osobie bez wykształcenia medycznego zrozumieć istotę wypowiedzi. Zwraca też uwagę na potrzebę szczególnego traktowania pacjentek posiadających już pewną wiedzę na temat metod leczenia, diagnostyki oraz profilaktyki. W jego przekonaniu, rola ginekologa polega wówczas na selekcji, uporządkowaniu i interpretacji danych, którymi dysponuje pacjentka²⁰¹.

Zauważyć należy też, że brak zaangażowania lekarzy w kształtowanie właściwej relacji z pacjentem może prowadzić do niebezpiecznych konsekwencji, jak bowiem wynika z literatury, sytuacja, w której lekarza zaniecha udzielenia pełnej, wiarygodnej i zrozumiałej informacji prowadzi do prób konfrontacji własnego stanu zdrowia ze słowami lekarza oraz powoduje utratę wiary w jego profesjonalizm, co sprzyja odwoływaniu się do pozamedycznych źródeł wiedzy (Internet, tabloidy, otoczenie społeczne).²⁰² Warto też zwrócić uwagę na opisane przez M. Blaxtera zjawisko „rewolucji informatycznej”, która prowadzi do redefinicji pacjenta.

Obserwowany jest mianowicie proces, w którym to obraz (np. mammografia, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny), a nie ciało pacjenta tworzy podstawę praktyki medycznej. Częste stosowanie diagnostyki obrazowej prowadzi do zjawiska umiejscawiania „obrazu” pomiędzy lekarzem a pacjentem. Urządzenia medyczne zastępują pacjenta oraz – w pewnym stopniu – lekarza, co generuje dodatkowe zaburzenia w procesie komunikacji²⁰³. Autorzy zajmujący się innowacjami w technologiach medycznych zwracają ponadto uwagę na ograniczenia w procesie weryfikacji nowych technik. Stawia się, na przykład pytania, czy nową technologię, służącą dużej populacji pacjentów należy ocenić wyżej od tej, która służy diagnostyce rzadko występującego schorzenia²⁰⁴.

Analizując wyniki badań, warto dodać, że również pielęgniarka wskazywana była jako źródło informacji na temat profilaktyki raka piersi niezwykle rzadko. Jest to o tyle niepokojące, że w literaturze przedmiotu wielokrotnie wymienia się kształcenie zdrowotne

²⁰¹ M. Tomczyk, *Jak lekarz z pacjentką*. Rozmowa z doc. dr. hab. n. med. Grzegorzem Pankiem z Kliniki Nowotworów Narządów Płciowych Kobietych w Centrum Onkologii w Warszawie, „Służba zdrowia” z dnia 30.08.2010, 59-66/2010, s. 50.

²⁰² J. Kliszcz, *Empatia a relacja pacjent-lekarz*, (w:) *Komunikowanie się lekarza z pacjentem*, J. Barański, E. Waszyński, A. Steciwko (red.), Wydawnictwo Astrum, Wrocław 2000, s. 67.

²⁰³ M. Blaxter, *Zdrowie*, Warszawa 2009, s. 166-167.

²⁰⁴ W. Ponikło, *Innowacje w technologiach*, „Służba Zdrowia” 09.02.2009, 9-12/2009, s. 33.

kobiet wśród zadań pielęgniarstwa środowiskowego. Przypomnieć w tym miejscu można, że promocja zdrowia należy do podstawowych kompetencji zawodowych pielęgniarstwa²⁰⁵.

4.6. Wnioski

1. Zgromadzony materiał badawczy, z zastosowaniem analizy dokumentów źródłowych, pozwolił na sformułowanie wniosków dotyczących dostępu kobiet mieszkających na terenie Wielkopolski do wiedzy na temat profilaktyki pierwotnej i wtórnej w kontekście raka piersi oraz zapewnienia dostępu do badań w ramach Programu Profilaktyki Raka Piersi. Na uwagę zasługują następujące konkluzje odnoszące się do hipotez:

W Wielkopolsce, w latach objętych analizą, nie odnotowano problemu finansowania badań profilaktycznych w kierunku raka piersi, to jest badań mammograficznych. Oznacza to, iż - zgodnie z postawioną w pracy hipotezą H1_ instytucje odpowiedzialne w Wielkopolsce za finansowanie nieodpłatnych badań mammograficznych, przeznaczały w analizowanym okresie środki zapewniające

²⁰⁵ A. Guła, *Rak sutka u kobiet – profilaktyka i diagnostyka*, (w:) *Zagrożenia zdrowia chorobami cywilizacyjnymi*, J. Bulska (red.), Kraków 2008, s. 40.

możliwość skorzystania z tych badań wszystkim kobietom kwalifikującym się do programu profilaktyki raka piersi.

Pozytywnie zweryfikowano również hipotezę H2, dotyczącą zakontraktowania ośrodków stacjonarnych oraz mammobusów, wykonujących badania mammo graficzne, w liczbie zapewniającej dostęp do badań kobietom zamieszkującym wszystkie gminy województwa wielkopolskiego.

W odniesieniu do hipotezy H3 można stwierdzić, że - zgodnie z założeniami postawionymi w pracy - planując wydatki związane z edukacją prozdrowotną oraz badaniami profilaktycznymi w kierunku raka piersi, Samorząd Województwa Wielkopolskiego bierze pod uwagę analizy dostępności do badań finansowanych przez Wielkopolski Oddział Wojewódzki NFZ. Na podstawie danych o zakontraktowaniu przez WOW NFZ badań wykonywanych z użyciem mammobusów, samorządowcy podjęli decyzję o tym aby nie orzekać finansowania badań mammo graficznych w gminach oddalonych od dużych ośrodków miejskich. Współpraca oraz przepływ informacji między wymienionymi instytucjami sprzyja finansowaniu działań profilaktycznych w obszarach, w których zidentyfikowano określone deficyty.

Liczne działania, których celem jest promocja zachowań prozdrowotnych w kierunku chorób nowotworowych, stają się polem do współpracy kilku instytucji odpowiedzialnych za szerzenie wiedzy o profilaktyce. Współpraca ta pozwala na poszerzenie zakresu organizowanych akcji, dzięki czemu wsparcie informacyjne kierowane jest do większej grupy odbiorców.

2. Wyniki badań ankietowych pozwalają na weryfikację pozostałych hipotez.

W przypadku hipotezy H4.1, choć badane w wieku 50-59 lat częściej niż kobiety w wieku 40-49 lat, określają swoją wiedzę jako większą od średniej, wyniki te nie są istotne statystycznie. Wiek nie wpływa też w istotny sposób na źródła informacji o profilaktyce raka piersi. W związku z faktem, iż nie stwierdzono istotnych zależności między wiekiem kobiet biorących udział w badaniu a odwoływaniem się do takich źródeł informacji, jak: prasa TV i radio, czasopisma kobiece, rubryki zdrowotne, dziennikach i periodykach, należy odrzucić hipotezę H4.2.

Nie potwierdzono też hipotezy H4.3, zgodnie z którą kobiety w wieku 50-59 lat częściej wykazywać miały znajomość metody samobadania piersi niż kobiety w wieku 40-49 lat. Przeprowadzone badania pozwalają stwierdzić, iż większą znajomość tej metody deklarowały młodsze respondentki. Kobiety w młodszej grupie wiekowej częściej wyrażały przekonanie dotyczące znajomości własnych piersi w stopniu pozwalającym na wykrycie nawet drobnej zmiany, co każe odrzucić hipotezę H4.4.

W odniesieniu do hipotezy H5 należy stwierdzić, że, wbrew założeniom, personel medyczny rzadko wskazywany jest jako źródło wiedzy na temat profilaktyki raka piersi. W tym kontekście warto postulować wprowadzenie zmian w cyklu szkoleń podyplomowych dla lekarzy i pielęgniarek, w których programach powinny zostać ujęte zagadnienia dotyczące profilaktyki raka piersi, w tym: udzielanie wsparcia informacyjnego oraz informacyjnego (instruktaż technik samobadania piersi).

Zgodnie z postawioną hipotezą H6 rodzina i znajomi rzadko stanowią źródło wiedzy na temat profilaktyki raka piersi.

Im wyższe wykształcenie, tym częściej kobiety deklarują znajomość własnych piersi w stopniu pozwalającym wykryć nawet drobną zmianę. Uzyskany wynik potwierdza hipotezę H7.

Istnieje związek między źródłami wiedzy na temat metody samobadania piersi a sytuacją materialną. Głównym źródłem wiedzy dla kobiet oceniających swoją sytuację jako średnią jest lekarz, natomiast dla kobiet oceniających swoją sytuację jako dobrą – broszury i artykuły w czasopiśmie. Wyniki badań nie pozwalają więc na potwierdzenie hipotez H8.1. i 8.2.

Zgodnie z hipotezą H9, oczekiwania co do roli lekarza rodzinnego są zróżnicowane ze względu na sytuację materialną badanych:

W grupie kobiet oceniających swoją sytuację materialną jako złą rzadko pojawiały się oczekiwania, by lekarz rodzinny „zachęcał do regularnego samobadania i badania mammograficznego. Dwukrotnie częściej oczekiwania takie deklarują kobiety oceniające swój status materialny jako dobry oraz średni.

Oczekiwania co do roli lekarza specjalisty są zróżnicowane ze względu na sytuację materialną badanych (H10). Im lepsza sytuacja materialna tym większe oczekiwania. Można to wiązać z faktem, że kobiety oceniające swoją sytuację materialną, jako

dobrą, częściej korzystają z odpłatnych wizyt specjalistycznych, co może generować wymagania związane z wysoką jakością usługi (dłuższy czas wizyty, uzyskanie obszernych informacji).

Najistotniejsze wnioski wynikające z podjętych badań można uporządkować w siedmiu punktach:

1. W Wielkopolsce nie występuje problem dostępności do badań mammograficznych wykonywanych w ramach programu profilaktycznego finansowanego przez NFZ.
2. Instytucje odpowiedzialne za edukację zdrowotną oraz promocję badań profilaktycznych w kierunku raka piersi podejmują liczne działania w tym zakresie.
3. Wiedza na temat raka piersi wzrasta wraz z wiekiem kobiet.
4. Znajomość metody samobadania piersi nie zwiększa się wraz z wiekiem.
5. Poziom samooceny wiedzy na temat raka piersi jest zróżnicowany w zależności od sytuacji ekonomicznej badanych: osoby lepiej wykształcone deklarują większą wiedzę na temat profilaktyki raka piersi.
6. Deklaratywna znajomość własnych piersi w stopniu pozwalającym na wykrycie nawet drobnej zmiany jest tym większa, im wyższy poziom wykształcenia pytanych.
7. Ważnym źródłem wiedzy o metodzie samodzielnego badania piersi dla kobiet oceniających swoją sytuację materialną jako złą oraz średnią był lekarz; w przypadku kobiet oceniających swoją sytuację materialną jako dobrą, najczęściej pojawiała się odpowiedź „nauczyłam się dzięki broszurce, artykułowi w czasopiśmie”.

Piśmiennictwo

1. American Cancer Society, *Global Cancer Facts and Figures*. 2nd Edition. Atlanta: American Cancer Society, 2011.
2. Murawa D., Dyzmann-Sroka A., Kycler W., Lamch K., Kubiak A., *ABC raka piersi*. Wielkopolskie Centrum Onkologii 2010.
3. Antonowsky A., *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*, Fundacja IPN, Warszawa 1995, s. 127-129.
4. Bauman Z., *Ciało i przemoc w obliczu nowoczesności*, (w:) *Ciało i zdrowie z społeczeństwie konsumpcji*, Z. Melosik (red.). EDYTOR, Toruń-Poznań 1999.
5. Bishop G. D., *Promowanie zdrowia*, (w:) *Psychologia Zdrowia*, G.D. Bishop (red.). Wydawnictwo ASTRUM, Wrocław 2000, s.133-173.
6. M. Blaxter, *Zdrowie*, Warszawa 2009.

7. Boyd N. F., Martin L. J., Sun L. et al., *Body size, mammographic density and breast cancer risk*. "Cancer Epidemiol Biomarkers Prev" 2006, 15, 2086-2092.
8. Brain K., Norman P., Gray J., Mansel R., *Anxiety and adherence to breast self-examination in women with history of breast cancer*, "Psychosomatic Medicine", 1999, 61, p. 181-187.
9. Bzdyra-Maciorowska, *12 trendów 2012 roku*, "Marketing w praktyce", 2 (168), luty 2012, s. 62-69.
10. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer: *Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50 302 women with breast cancer and 96 973 women without the disease*. "Lancet" 2002, 360, p. 187-195.
11. Cylkowska-Nowak M., *Kontrowersyjne aspekty promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej*, (w:) *Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji*, Z. Melosik (red.). EDYTOR, Toruń - Poznań 1999, s. 36-42.
12. Dandys K., Wiktor H., Pilewska A., Łapecka-Klusek C., Bucholc M., *Pozycja kobiety w rodzinie w okresie przekwitania*, (w:) *Promocja zdrowia rodziny*, W. Śladkowski (red.), Lublin 2004, s. 435-437.
13. J. Didkowska, *Wskaźniki zdrowotne chorób nowotworowych w Polsce na tle Europy*, „Onkologia w Praktyce Klinicznej” 2010, s. 24-27.
14. Didkowska J., Wojciechowska U., *Liczba chorych na nowotwory złośliwe w Polsce w 2006 roku*, „Journal of Oncology” 2011, s. 332-335.
15. Didkowska J., Wojciechowska U., Zatoński W., *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2009 roku*, Warszawa 2011, s. 13-17.
16. Domachowski W., *Spoleczne i kulturowe uwarunkowania patologii*, (w:) *Spoleczna psychologia kliniczna*, H. Sęk (red.), Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000, s. 183- 184.
17. Drózdź M., *Zarys epidemiologii guzowatych zmian sutka*, (w:) *Współczesne rozpoznawanie i leczenie guzów sutka u kobiet*. Śląska Akademia Medyczna, Katowice 1997.
18. Duda B., *Kobieta kreatorką zdrowego stylu życia w rodzinie*, (w:) *Promocja zdrowia rodziny*, W. Śladkowski (red.). Vol. IX, supl. LXIV, N1 Lublin 2004, s. 460-464.
19. Dutkiewicz S., Bichalski W., (w:) *Edukacja zdrowotna warunkiem wczesnego wykrycia raka piersi*, (w:) *Promocja zdrowia rodziny*, W. Śladkowski (red.), VOL. LIX, SUPL XIV, N1 Lublin 2004, s. 482-484.

20. Dyzmann-Sroka A., M. Trojanowski M., A. Kończalik, A. Jędrzejczak, *Wiedza lekarzy o nowotworach i profilaktyce. Raport dla Województwa Wielkopolskiego*, Wielkopolskie Centrum Onkologii 2008.
21. Dyzmann-Sroka A., Myślińska W., Olenderczyk W., Plucińska A., Rymarczyk-Wciorko M., Szczęch, M. Trojanowski B., Wosicka T.: *Nowotwory złośliwe w Wielkopolsce w 2008 roku*, Biuletyn nr 7, Wielkopolskie Centrum Onkologii, Poznań 2010, s. 54-55.
22. Eliassen A. H., Colditz G.A., Rosner B. et al., *Adult weight change and the risk of postmenopausal breast cancer*. "JAMA" 2006, 296, p. 193-201.
23. Ellison R. C., Zhang Y., McLennan C. E., Rothman K. J., *Exploring the relation of alcohol consumption to risk of breast cancer*, "Am J Epidemiol" 2001, 154, p. 740-747.
24. Fancher T.T., Palesty J.A., Paszkowiak J.J., Kiran R.P., Malkan A.D., Dudrick S.J., *Can breast self-examination continue to be toutet justifiably as an optional practice?*, "Int J Surg Oncol" 2011: 965464 Epub 2011, Apr.6.
25. Friedenreich C. M., Courneya K. S., Brayant H. E.: *Relation between intensity of physical activity and breast cancer risk reduction*. "Med Sci Sports Exerc" 2001, 33, p. 1538-1545.
26. Galeone C., Pelucchi C., Levi F et al.: *Onion and garlic use and human cancer*. "Am J Clin Nutr" 2006, 84, p.1027-1034.
27. Gandini S., Merzenich H., Robertson C., Boyle P., *Meta-analysis of studies on breast cancer risk and diet: the role of fruit and vegetable consumption and the intake of associated micronutrients*. "Eur J Cancer" 2000, 36, p. 636-646.
28. Gaudet M. M., Britton J. A., Kabat G. C. et al., *Fruits, vegetables and micronutrients in relation to breast cancer modified by menopause and hormone receptor status*. "Cancer Epidemiol Biomarkers Prev" 2004,13, p. 1485-1494.
29. Głowacka M. D., *Proces kształtowania zachowań prozdrowotnych*, (w:) *Promocja zdrowia*, M.D. Głowacka (red.), Poznań 2000, s. 136-138.
30. Gniazdowski A., *Promocja zdrowia w miejscu pracy. Teoria i zagadnienia praktyczne*. Łódź 1994, s. 103-104.
31. Gordon T., Sterling Edwards W., *Rozmawiać z pacjentem*, Warszawa 2009.
32. Gowin E., Dytfeld J., Ignaszak-Szczepaniak M. i wsp., *O czym lekarz rozmawia z pacjentem? Opinie wielkopolskich lekarzy na temat porad dotyczących stylu życia*, „Family Medicine & Primary Care Review”, 2009, vol. 11, 3, p. 320-321.

33. E. Gowin, Dytfeld J., Ignaszak-Szczepaniak M. i wsp., *Czy praktykujemy to, co mówimy? Styl życia lekarzy w Wielkopolsce*, „Family Medicine & Primary Care Review”, 2009, vol. 11, 3, p. 316.
34. Gozdek N., Kulik M., Buczyjan M., *Studentki uczelni lubelskich wobec profilaktyki raka piersi*, „Pielęgniarka i położna”, 6, 2001, s. 8-10.
35. Green B., Taplin S.H., *Breast cancer screening controversies*, „Journal of the American Board of Family Practice”, 2003, 16, p. 233-241.
36. Groot M., Baltussen R., *Costs and Health Effects of Breast Cancer Interventions in Epidemiologically Different Regions of Africa, North America, and Asia*, “The Breast Journal” 2006.
37. Gromkowska A., *Ciało, seksualność i przemoc. Rekonstrukcja kobiecości*, (w:) *Młodzież, styl życia i zdrowie. Konteksty i kontrowersje*, Z. Melosik (red.), AM Poznań, Poznań 2001, s. 143.
38. Guła A., *Rak sutka u kobiet – profilaktyka i diagnostyka*, (w:) *Zagrożenia zdrowia chorobami cywilizacyjnymi*, J. Bulska (red.), Kraków 2008, s. 41-42.
39. Gürdal S.Ö., Saraçoğlu G.V., Oran E.Ş., Yankol Y., Soybir G.R., *The effect of educational level on breast cancer awareness: a cross-sectional study in Turkey*, “Asian Pac J Cancer Prev” 2012;13(1), p. 295-300.
40. Han D., Nie J., Bonnier M. R. et al., *Lifetime adult weight gain, central adiposity and the risk of pre- and postmenopausal breast cancer in the western New York exposures and breast cancer study*. “Int J Cancer” 2006,119, p. 2931-2937.
41. Hołyst B., *Czynniki społeczne a zdrowie*, (w:) *Promocja zdrowia*, J. B. Karski, Z. Słońska, B.W. Wasilewski (red.), Sanmedia 1994, s. 154-155.
42. Isara A.R, Ojedokun C.I, *Knowledge of breast cancer and practice of breast self-examination among female senior secondary school students in Abuja, Nigeria*, “J Prev Med Hyg” 2011 Dec; 52(4), p. 186-190.
43. Jassem J., *Rak sutka*. PWN, Warszawa 1998.
44. Jokiel M., *Świadomość społeczeństwa w zakresie onkologii*, (w:) *Promocja zdrowia*, J.B. Karski, Z. Słońska, B. Wasilewski (red.), Sanmedia 1994, s. 281-284.
45. Kandys K., Wiktor H., Pilewska A., Łepecka-Klusek C., Bucholc M., *Pozycja kobiety w rodzinie w okresie przekwitania*, „Promocja zdrowia rodziny”, W. Śładkowski (red.), N2, Lublin 2004, s. 435-439.
46. Kasperek E., *Promocja zdrowia i człowiek współczesny: nadzieje, problemy, kontrowersje*, (w:) M.D. Głowacka, *Promocji zdrowia*, Poznań 2000, s. 209.

47. Kasperek E., *Zachowania prozdrowotne; analiza pojęciowa i fenomenologiczna*, (w:) M.D. Głowacka, Promocja zdrowia, Poznań 2000, s. 203-211.
48. Kharboush I.F., Ismail H.M., Kandil A.A., Mamdouh H.M., Muhammad Y.Y., El Sharkawy O.G, Sallam N.H., *Raising the Breast cancer Health Awareness amongst Women in an Urban Slum Area in Alexandria, Egypt*, "Breast Care" (Basel) 2011 Oct; 6(5), p. 375-379, Epub 2011Sep 14.
49. Kasperek E., *Promocja zdrowia i człowiek współczesny: nadzieje, problemy, kontrowersje*, (w:) *Promocja zdrowia*, M.D. Głowacka (red.), Wydawnictwo Volumin, Poznań 2000, s. 203-211.
50. Kasperek E., *Zachowania prozdrowotne; analiza pojęciowa i fenomenologiczna*, (w:) *Postępy psychoterapii. Psychoterapia i edukacja*, L. Gapik (red.), Poznań 1998 , Tom I, s. 12-29.
51. Kawczyńska-Butrym Z., *Rodzina – zdrowie – choroba*. CZELEJ, Lublin 2001, s. 11-17.
52. Kelsey J., *The epidemiology of breast cancer*, "Ca-A Cancer" 1991.
53. Key J., Hodgson S., Omar R. Z. et al., *Meta- analysis of studies of alcohol and breast cancer with consideration of the methodological issues*. "Cancer Causes Control" 2006, 17, p. 759-770.
54. Kliszcz J., *Empatia a relacja pacjent-lekarz*, (w:) *Komunikowanie się lekarza z pacjentem*, J. Barański, E. Waszyński, A. Steciwko (red.), Wydawnictwo Astrum, Wrocław 2000, s. 67.
55. Kozieł D., Naszydłowska E., *Edukacja zdrowotna kobiet w okresie około menopauzalnym w ocenie pacjentek poradni ginekologicznych*, (w:) *Promocja zdrowia rodziny*, W. Śladkowski (red.), vol. LIX, Supl. XIV, N3 Lublin 2004, s. 150-154.
56. Kowalik S., *Osoba niepełnosprawna – charakterystyka psychospołeczna*, (w:) *Psychologia kliniczna*, H. Sęk (red.). Warszawa 1991.
57. Kozieł D., Naszydłowska E., *Edukacja zdrowotna kobiet w okresie około menopauzalnym w ocenie pacjentek poradni ginekologicznych*, (w:) *Promocja zdrowia rodziny*, W. Śladkowski (red.), Vol. LIX, supl. XIV, N3 Lublin 2004.
58. McPherson A, Durham N., *Księga zdrowia kobiety*, REBIS, Poznań 2003, s. 572-57.
59. Maheu C., Apostolidis T., Petri-Cal A., Mouret-Fourme E., Gauthier-Villars M., Lasset C. Berthet P. Fricker J.P., Caron O., Luporsi E., Gladiéff L., Nougès C., Julian-Reynier

- C., *French women's breast self-examination practices with time after undergoing BRC1/2 genetic testing*, "Fam Canser" 2012 Jun; 11(2), p. 269-278.
60. Markowska-Kabała I., *Profilaktyka chorób nowotworowych u kobiet jako element przeciwdziałania dysfunkcji rodziny*, (w:) W. Śładkowski (red.), *Promocja zdrowia rodziny*, Vol. LIX, Supl. XIV, N4 Lublin 2004, s. 41-43.
61. McPherson A., Durham N., *Księga zdrowia kobiety*, Rebis, Poznań 2003.
62. Meder J., *Badania przesiewowe*, „Hormonoterapia i rak piersi”. Warszawa. Klub Kobiet po Mastektomii „Amazonki” 2003, s. 5-12.
63. Melosik Z., *Ciało, społeczeństwo i władza*, (w:) *Tożsamość, ciało i władza*, Z. Melosik (red.), Wydawnictwo Edytor, Poznań-Toruń 1996, s. 65-74.
64. Melosik Z., *Konstruowanie kobiecości i „męskie oko”*, (w:) *Tożsamość, ciało i władza*, Z. Melosik (red.), Wydawnictwo Edytor, Poznań-Toruń 1996, s. 75-87.
65. Z. Melosik, *Ciało i przemoc w obliczu nowoczesności*, (w:) *Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji*, Z. Melosik (red.), EDYTOR, Toruń-Poznań 1999, s. 71-90.
66. Melosik Z., *Ponowoczesny świat konsumpcji*, (w:) *Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji*, Z. Melosik (red.), EDYTOR, Toruń - Poznań 1999, s. 71-90.
67. Melosik Z., *Tyrania szczupłego ciała i jej konsekwencje*, (w:) *Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji*, Z. Melosik (red.), EDYTOR, Toruń_ Poznań 1999, s. 140-155.
68. Mojs E., Głowacka M.D., Sielska J., *Psychologiczne determinanty zachowań zdrowotnych kobiet*, (w:) M.D. Głowacka, E. Mojs (red.), *Zdrowie społeczne. Edukacja. Zarządzanie*, Poznań 2007, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Komunikacji i Zarządzania, s. 83-92.
69. Mojs E, Suchocki S., Opala T., *Psychological consequences of neoplastic diseases*, (w:) T. Opala (red.): *Ginekologia. Podręcznik dla położnych, pielęgniarek I fizjoterapeutów*. Warszawa 2003, s. 197-204.
70. Nafissi N., Saghafinia M., Motamedi M.H., Akbari M.E., *A survey of Brest cancer knowledge and attitude in Iranian women*, „J Cancer Res Ther” 2012 Jan-Mar; 8(1), p. 46-49.
71. Nowicki A. Olszewska A., Humańska M., *Wykrywanie raka piersi poprzez samobadanie. Badanie retrospektywne u kobiet po operacji*, „Ginekologia Polska” 4/2007, s. 293-298.
72. Opoku S.Y., Benwel M., Yarney J., *Knowledge, attitudes, beliefs, behaviour and Brest cancer screening practices in Ghana, West Africa*, „Pan Afr Med. J” 2012; 11, 28. Epub 2012 Feb 17.

73. Perry N, Broeders M, de Wolf C, Tornberg S., *European guidelines for quality assurance in mammography screening*. Luksembourg: Official Population of European Communities, 2001.
74. Pietrzak K., *Zaburzenia relacji pomiędzy lekarzem a chorym i jego rodziną w pracy pogotowia ratunkowego*, (w:) *Relacje lekarz-pacjent w procesie medykalizacji choroby*, A. Syroki, J. Rudnicki, A.K. Agrawal (red.), Wrocław 2005, s. 51.
75. Pilewska A., Wiktor H., Łapacka-Klusek C., Bucholc M., Kanady K., Karanda M., *Wybrane uwarunkowania samobadania piersi przez kobiety w wieku rozrodczym*, w: *Promocja zdrowia rodziny*, W. Śladkowski (red.), Vol. LIX, Supl. XIV, N4 Lublin 2004, s. 411-415.
76. Ponikło W., *Innowacje w technologiach*, „Służba Zdrowia” 09.02.2009, 9-12/2009, s. 32-35.
77. Prewencja pierwotna, w: W. Zatoński (red.), *Europejski kodeks walki z rakiem*, wersja trzecia. Warszawa 2003, s. 115.
78. Programy ochrony zdrowia publicznego, mogące zapobiegać rozwojowi nowotworów lub zwiększać szanse ich wyleczenia, (w:) W. Zatoński (red.), *Europejski kodeks walki z rakiem*, wersja trzecia. Warszawa 2003, s. 80-82.
79. Posłuszna M., *Wsparcie społeczne w zdrowiu i w chorobie*, (w:) *Wsparcie społeczne w zdrowiu i w chorobie*, Z. Kawczyńska- Butrym (red.), Warszawa 1994, s. 13-15.
80. Programy ochrony zdrowia publicznego, mogące zapobiegać rozwojowi nowotworów lub zwiększać szanse ich wyleczenia, (w:) W. Zatoński (red.), *Europejski kodeks walki z rakiem*, Warszawa 2003, s. 80-82.
81. Seligman Martin E. P., *Optymizmu można się nauczyć. Jak zmienić swoje myślenie i swoje życie*, Media Rodzina, Poznań 1993, s. 18-136.
82. Sęk H., *Wybrane zagadnienia psychoprofilaktyki*, (w:) *Spółeczna psychologia kliniczna*, H. Sęk (red.). Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000, s. 472-503.
83. Sęk H., *Zdrowie behawioralne* (w:) *Psychologia – Podręcznik akademicki. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005, s. 533-553
84. Sielska J., Głowacka-Rębała A., *Działania promujące Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi realizowane przez Wielkopolski Oddział Wojewódzki NFZ*, (w:) M.D. Głowacka (red.), *Zarządzanie zdrowiem społecznym i edukacją menedżera ochrony*

- zdrowia, Poznań 2007, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Komunikacji i Zarządzania w Poznaniu, s. 170-177.
85. Sielska J., Głowacka-Rębała A., *Kształtowanie partnerskich relacji wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ z Samorządami i innymi instytucjami w ramach promocji programów profilaktycznych* (w:) G. Rosa, A. Smalec (red.), *Marketing Przyszłości. Trendy. Strategie. Instrumenty. Partnerstwo w Marketingu*, Szczecin 2009, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego nr 558, s. 563- 569.
86. Słońska Z., *Promocja zdrowia – zarys problematyki*, „Promocja zdrowia nauki społeczne i medycyna”, 1994, s. 37-52.
87. Sokołowska M., *Socjologia medycyny*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1986, s. 136-154.
88. Smith R.A., Saslow D., Andrews-Sawyer K., Burke W., Constanza M.E., Evans W.P., Foster R.S., Hendrick E., Eyre H.J., Sener S., *American Cancer Society guidelines for breast cancer screening: Update 2003*, “A Cancer Journal for Clinician”, 53,1 p. 41-169.
89. Stewart B., Kleihues P., *World Cancer Report*, France: IARC Press, Lyon 2003.
90. Tobiasz-Adamczyk B., *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*, Kraków 2000, s. 23-58
91. Ursin G., Bernstein L., *Brest Cancer*, (w:) *Trends in cancer incidence and mortality*. Cold Spring Harbor Laboratory Press 1994.
92. Wieja E., Sielska J., *Zadania samorządów lokalnych w kształtowaniu zdrowia publicznego przez pryzmat działań Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego*, (w:) *Zarządzanie zdrowiem publicznym w obliczu zagrożeń cywilizacyjnych*, M.D. Głowacka (red.), Wydawnictwo Wyższej Szkoły Komunikacji i Zarządzania, Poznań 2006, s. 106-113.
93. E. Wieja, J. Sielska, *Rola i zadania samorządu terytorialnego w systemie ochrony zdrowia*, (w:) *Sprawne zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej*, M.D. Głowacka, J. Galicki (red.), Polskie Towarzystwo Nauk o Zdrowiu, Poznań 2010, s. 125-132.
94. Willett W., Rockhill B., Hankinson S., *Epidemiology and nongenetic causes of breast cancer*, Philadelphia 2000, s. 175-220.
95. Woźniak Z., *Socjomedyczne aspekty funkcjonowania rodziny*. CPBP, Poznań 1990, s. 30-51.
96. Wysocki J., Charońska E., *Rola promocji zdrowia w systemie opieki zdrowotnej*, (w:) *Zmiany w ochronie zdrowia*, M.D. Głowacka (red.), Promocja. Edukacja. Terapia. Zarządzanie, AstraZeneca, s. 24- 33.

97. Zatoński W. (red.), *Europejski Kodeks Walki z Rakiem*, Centrum Onkologii-Instytut, Warszawa 2003.
98. Zatoński W. (red.), *Europejski Kodeks Walki z Rakiem*, Centrum Onkologii-Instytut, Warszawa 2007.
99. Zatoński W. (red.), *Programy ochrony zdrowia publicznego, mogące zapobiegać rozwojowi nowotworów lub zwiększać szanse ich wyleczenia*, Europejski kodeks walki z rakiem, wersja trzecia. Warszawa 2003, s. 80-82.
100. Żołnierczuk- Kieliszek D.: *Zachowania zdrowotne i ich związek ze zdrowiem*, (w:) T. Bernadetta Kulig, M. Latański (red.), *Zdrowie Publiczne. Podręcznik dla studentów i absolwentów wydziałów pielęgniarstwa i nauk o zdrowiu akademii medycznych*, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2002, s. 75-114

Artykuły

1. Kaniewski Ł., Kawa i ruch mogą ustrzec skórę przed rakiem, „Rzeczpospolita”, z dnia 30.12.2007.
2. Mazurkiewicz M., Profilaktyka i metody wczesnego rozpoznawania raka gruczołu piersiowego, „Medycyna Rodzinna” 2/2000, s. 29-32.
3. Nowicki A, Olszewska A, Humańska M. Wykrywanie raka piersi poprzez samobadanie. Badanie retrospektywne u kobiet po operacji. „Ginekologia Polska” 4/2007: 293-298.
4. *Obok kiełbasek, darmowe badania w promocji*, „Express Bydgoski”, z dnia 31.08.2007.
5. Otto P., *Najlepsze kampanie społeczne*, „Gazeta Prawna” z dnia 16.05.2012 [www.edgp.gazetaprawna; data odczytu: 16.05.2012].
6. Pieńkowski T, Jagiełło-Gruszewski A. *Rak piersi*. „Nowa Med.” 2001,8, s. 13-18.
7. Szatkowska E., *Piersi pod ochroną*, Rozmowa z dr Markiem Budnerem, kierownikiem Oddziału Ginekologiczno-Położniczego i Centrum Piersi w Humaine Klinikum w Bad Saarow w Niemczech, „Służba Zdrowia” nr 51-54 z 11 lipca 2005 SI 54/2005.
8. Śniegucka M., *Ważna Profilaktyka*, „Gazeta Wyborcza”, z dnia 04.11.2007.
9. Tomczyk M., *Jak lekarz z pacjentką*. Rozmowa z doc. dr. hab. n. med. Grzegorzem Pankiem z Kliniki Nowotworów Narządów Płciowych Kobietych w Centrum Onkologii w Warszawie, „Służba zdrowia” z dnia 30.08.2010, 59-66/2010, s. 50-51.
10. Walewski P., *Gorycz Zwycięstwa*, „Polityka”, z dnia 31.12.2007, s. 4-13.

Strony internetowe

1. Baza danych GLOBOCAN, International Agency for Research on Cancer, [www-dep.iarc.fr.; data odczytu: 02.06.2012].
2. Bielicka M., *Rak to jeszcze nie wyrok, to tylko diagnoza*, „Gazeta Wyborcza”, 08.05.2011, [www.poznan.wyborcza; data odczytu: 08.05.2011].
3. Centrum Onkologii _ Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2002 roku. Centrum Onkologii _ Instytut im. Marii Skłodowskiej- Curie, Warszawa 2004 r.
4. Cyrankiewicz M., *Fundusze na badania profilaktyczne zabezpiecz w budżecie*, „Rzeczpospolita” z dnia 14.08.2009, [www.ip.pl]; data odczytu: 14.08.2009].
5. Dyzmann-Sroka A., Myslińska W., Olenderczyk W., Rymarczyk-Wciorko M., Stachlewski R, Szczęch B, Trojanowski M, Łosicka T, *Nowotwory złośliwe w Wielkopolsce w 2005 roku*, Biuletyn nr 4, Wielkopolskie Centrum Onkologii, www.wco.pl z 20 sierpnia 2008 r.)
6. A. Dyzmann-Sroka, W. Myslińska, W. Olenderczyk, A. Plucińska: Nowotwory złośliwe w Wielkopolsce w 2008 roku, Biuletyn nr 7, [www.wco.pl], data odczytu: 20.02.2012].
7. Europejski kodeks walki z nowotworami złośliwymi i jego przesłanki naukowe, wersja trzecia (2003), [wczp.poznan.uw.gov.pl/files/445/44c9f76f9a9ff/ekwr_kodeks.doc, data odczytu: 09.09. 2007]. Festyn w Kole, 25 sierpnia 2007, [www.wco.pl/wok]; data odczytu: 10.09.2007].
8. Harmonogram realizacji zadań wykonywanych w ramach Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych w roku 2006, Kierunki realizacji zadań programu na lata 2007-2008, [www.mz.gov.pl]; data odczytu: 20.07.2008].
9. Informacja po konferencji prasowej dotyczącej populacyjnych programów wczesnego wykrywania raka piersi i szyjki macicy, [www.nfz.gov.pl]; data odczytu: 20.03.2007].
10. Informacja Rządu na temat obecnej sytuacji ochrony zdrowia w Polsce, Druk nr 176, Warszawa, 23 stycznia 2008 r., www.mz.gov.pl; data odczytu: 15.04.2008.
11. Krajowy Rejestr Nowotworów, [www.onkologia.org.pl]; data odczytu: 16.02.2012].
12. K. Lisowska, *Czy dzięki nowym obowiązkom lekarzy POZ mniej Polaków umrze na raka?*, „Rynek zdrowia” z dnia 28.05.2012 [www.rynekzdrowia.; data odczytu: 28.05.2012].

13. Lissowska J., *Wybrane nowotwory narządów rodnych u kobiet. Rak piersi*, (w:) T. Niemiec (red.), Raport: Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15 _ 49 lat. Polska 2006. Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju. Warszawa 2007, s. 132-134.
14. Małkowski R, *Epidemiologia raka piersi*, [www.wok.wroclaw.pl]; data odczytu:20.07.2008].
15. Murawa D., Dyzmann-Sroka A., Kycler W. i in., *ABC Raka Piersi*, Wielkopolskie Centrum Onkologii 2010, [www.wco.pl]; data odczytu: 12.07.2011].
16. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007 - 2015, załącznik do uchwały nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r, [www.mz.gov.pl], data odczytu: 12.06.2010].
17. Nowotwory piersi, (w:) W. Zatoński (red.), *Europejski kodeks walki z rakiem*, wersja trzecia. Warszawa 2003: 115- 129
18. Odpowiedź Odpowiedź sekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia z upoważnienia ministra – na interpelację nr 5221, [<http://ks.sejm.gov.pl:8009/iz4/i-odp/i5221-o1.htm>, data odczytu: 11.09 2009].
19. Opis zadań Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych w 2008 r., s. 8-10, [http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/opis_zadan_3092009.pdf]; data odczytu: 04.02.2010].
20. Otto P., *Raport o służbie zdrowia: katastrofa na zielonej wyspie*, „Gazeta Prawna” z dnia 10.05.2012, [www.egazetaprawna.com.pl]; data odczytu: 10.05.2012].
21. *Po czym poznać, że piers choruje*, [www.dziennik.pl]; data odczytu: 25.07.2007].
22. Prognoza Ludności Polski na lata 2008-2035, Główny Urząd Statystyczny Departament Badań Demograficznych, [www.stat.gov.pl], data odczytu: 20.01.2011, 8-9].
23. Program profilaktyki raka piersi, [www.wco.p/wok1], data odczytu: 02.02.2009].
24. Przybylska J., *Poznańskie Amazonki: fenomen w skali kraju* [www.poznan.gazeta.pl]; data odczytu: 13.09.2011].
25. Roszko K, „Rynek Zdrowia” z dnia 26.05.2012 [www.rynekzdrowia.pl]; data odczytu: 26.05.2012].
26. *Rowerzystki są zdrowsze* [www.dziennik.pl]; data odczytu: 28.03.2007] .
27. „Rynek Zdrowia” z dnia 25.05.2012 [www.rynekzdrowia.pl]; data odczytu: 25.05.2012].
28. Solska J., *Z siatką na raka*, „Polityka” z dnia 20.02.2009 [www.polityka.com.pl]; data odczytu: 20.02.2009].

29. Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2007, s. 73, [www.nfz.gov.pl]; data odczytu: 12.10.012].
30. Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2008, s. 54, [www.nfz.gov.pl]; data odczytu:12.10.012].
31. Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2009, s. 76, [www.nfz.gov.pl]; data odczytu: 12.10.012].
32. Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2010, s. 87, [www.nfz.gov.pl]; data odczytu:12.10.012].
33. Sprawozdanie z realizacji w 2002 r. Małopolskiego Programu Ochrony Zdrowia na lata 2001-2005, [www.małopolskie.pl/Zdrowie/Prezentacja/Sprawozdanie_2003], data odczytu: 13.09.2009].
34. Szparkowska S., *Polki ciągle przegrywają walkę z rakiem*, [www.rzeczpospolita.pl], data odczytu: 13.03. 2007].
35. Wronkowski Z., Chmielarczyk W., Zdobych S., K. Komorowska, *Aspekty psychologiczne skryningu raka piersi*, „Służba Zdrowia” 2000, s. 24-26, Wydawnictwo Sanitas, Warszawa 2000 [www.sluzbazdrowia.com.pl; data odczytu: 12.03.2010].
36. Zadania Centralnego Ośrodka Koordynującego, [www.profilaktykarakapiersi.pl; data odczytu: 04.11.2011].
37. Zalewski T., *Przymus badań antyrakowych*, „Rzeczpospolita” 22.04.2010 [www.ip.pl; data odczytu: 22.04.2010].
38. Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15-49 lat. Polska 2006, [www.unic.un.org.pl], data odczytu: 20.08. 2009].

Akty Prawne

1. Art.7 ust.1pkt 1, art8, pkt. 1, art.9 pkt. 1 ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 08.144.888 art.12).
2. Uchwała Nr XXXV/536/2001 z dnia 27 kwietnia 2001 r.; Strategia sektorowa w zakresie ochrony zdrowia Województwa Wielkopolskiego.
3. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych do zadań Narodowego Funduszu Zdrowia, związanych z zarządzaniem środkami finansowymi. Dz. U. Dz. U.08. 141.888 art.12.
4. Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego, Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” (Dz. U. z dnia 2 sierpnia 2005 r.).

5. Załącznik nr 4 do zarządzenia Nr 53/2006 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, [www.nfz.gov.pl, data odczytu: 12 02 2009].
6. Załącznik nr 4 do zarządzenia nr 81/2008 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, [www.nfz.gov.pl, data odczytu: 12.01.2012].
7. Ustawa o samorządzie gminnym z dnia 8 marca 1990 r. (DZ. U. z 1996r. Nr 13, poz. 74 z późn. zm.)
8. Ustawa z dnia 5 czerwca 1998r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 1998r. Nr 91, poz. 578, z późn. zm.)
9. Ustawa o samorządzie województwa z dnia 5 czerwca 1998r. (Dz. U. Nr 142 poz. 1590 z późn. zm.)
10. Ustawa z dnia 1 lipca 2005 roku o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” (Dz. U. z dnia 2 sierpnia 2005 r.) Dz.U.05.143.1200.
11. Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z dnia 30 sierpnia 1991r. (Dz. U. Nr 91 poz. 408 z późn. zm.)

Streszczenie

Celem niniejszej pracy była próba ustalenia, jak kobiety w różnych grupach wiekowych, z różnym wykształceniem i o różnym statusie materialnym, oceniają swoją wiedzę na temat profilaktyki raka piersi, z jakich źródeł korzystają uzupełniając tę wiedzę i jak oceniają wsparcie ze strony personelu medycznego.

Praca stara się też odpowiedzieć na pytania, czy _ i w jakim zakresie _ kobiety, mieszkanki Wielkopolski, mają zapewniony instytucjonalny dostęp do edukacji i badań profilaktycznych w kierunku raka piersi. W tym celu przeanalizowane zostały nakłady oraz działania trzech instytucji, które mają w swoich kompetencjach zapewnienie edukacji i diagnostyki w zakresie raka piersi na terenie całego województwa. Chodzi tu o Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego, Wielkopolski Oddział Wojewódzki NFZ

oraz Wojewódzki Ośrodek Koordynujący Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi.

Sformułowane problemy główne odnosiły się do:

1. określenia poziomu wiedzy na temat profilaktyki raka piersi w badanej grupie;
2. charakterystyki źródeł wiedzy o profilaktyce raka piersi;
3. charakterystyki działań zmierzających do zabezpieczenia mieszkańców Wielkopolski w programy edukacyjne oraz diagnostykę w kierunku profilaktyki raka piersi.

W pracy przyjęto również 9 głównych hipotez, które weryfikowano kolejno w trakcie postępowania badawczego.

W przeprowadzonych badaniach zastosowano analizę dokumentów źródłowych oraz ankietę własną. Aby uniknąć ewentualnych błędów przeprowadzono badanie pilotażowe w grupie 100 osób.

Badania przeprowadzono w Ośrodku Profilaktyki i Epidemiologii Nowotworów w Poznaniu. Badaniami objęto 337 kobiet w wieku 40-59 lat, które oczekiwały na profilaktyczne badania mamмоgraficzne.

Poniżej przedstawiono, w syntetycznej formie, najważniejsze wnioski uzyskane na podstawie przeprowadzonych badań:

8. W Wielkopolsce nie występuje problem dostępności do badań mamмоgraficznych wykonywanych w ramach programu profilaktycznego finansowanego przez NFZ.
9. Instytucje odpowiedzialne za edukację zdrowotną oraz promocję badań profilaktycznych w kierunku raka piersi podejmują liczne działania w tym zakresie.
10. Wiedza na temat raka piersi wzrasta wraz z wiekiem kobiet.
11. Znajomość metody samobadania piersi nie zwiększa się wraz z wiekiem.
12. Poziom samooceny wiedzy na temat raka piersi jest zróżnicowany w zależności od sytuacji ekonomicznej badanych: osoby lepiej wykształcone deklarują większą wiedzę na temat profilaktyki raka piersi.
13. Deklaratywna znajomość własnych piersi w stopniu pozwalającym na wykrycie nawet drobnej zmiany jest tym większa, im wyższy poziom wykształcenia pytanych.
14. Ważnym źródłem wiedzy o metodzie samodzielnego badania piersi dla kobiet oceniających swoją sytuację materialną jako złą oraz średnią był lekarz; w przypadku

kobiet oceniających swoją sytuację materialną jako dobrą, najczęściej pojawiała się odpowiedź „nauczyłam się dzięki broszurce, artykułowi w czasopiśmie”.

Summary

The aim of the present paper was an attempt to determine how women in different age groups, with different education and of different material status evaluate their knowledge of breast cancer prevention, which sources they use to supplement this knowledge and how they assess the support within the scope of education for the part of medical personnel.

Furthermore, the paper tries to answer the questions if – and within which scope – women, the residents of Great Poland, are provided with an institutional access to education and preventive screening aimed at breast cancer. In order to answer these questions the paper analyses the outlays and actions of three institutions whose competence is to provide education and diagnostics within the scope of breast cancer in the area of the whole province.

The institutions comprise Marshal's Office of the Great Poland Region, NHS Regional Department of the Great Poland Region and Regional Centre Coordinating the Population Programme of Early Breast Cancer Detection.

The delineated main problems referred to:

4. the determination of the level of knowledge of breast cancer prevention in the group tested;
5. the description of the sources of knowledge of breast cancer;
6. the description of the actions aiming at providing the residents of Great Poland with educational programmes and diagnostics concentrated on breast cancer prevention.

Moreover, the paper assumes 9 main hypotheses which were verified one by one in the research proceedings.

In the studies conducted the analysis of the source documents and a personal survey were applied. In order to avoid potential mistakes a pilot study was conducted in the group of 100 people.

The studies were conducted in the Centre of Tumour Prevention and Epidemiology in Poznan. The studies involved 337 women at the age of 40-59 who were waiting for preventive mammographic examinations.

The most important conclusions obtained on the basis of the studies conducted are presented below in a synthetic way:

15. The problem of availability of mammographic examinations carried out as part of the preventive programme financed by NHS does not occur in Great Poland.
16. The institutions responsible for health education and the promotion of preventive examinations aimed at breast cancer undertake numerous actions within this scope.
17. The knowledge of breast cancer increases along with the age of women.
18. The knowledge of the method of breast self-examination does not increase with the age.
19. The level of self-evaluation of the knowledge of breast cancer is varied depending on the economic situation of the subjects: better-educated people declare a wider knowledge of breast cancer prevention.
20. The higher the level of education of the respondents, the greater the half-hearted knowledge of one's own breast to a degree allowing the detection of even a slight change.

21. An important source of the knowledge of the method of the independent breast cancer examination for the women evaluating their financial situation as bad or average was a doctor; in the case of the women evaluating their financial situation as good, the most frequently occurring answer was “I have learned with the help of a booklet, an article in a magazine”.

Spis tabel, wykresów i map

Tabela 1.	Liczba zachorowań w Polsce w danym przedziale wiekowym	17
Tabela 2.	Kryteria włączenia do grupy	33
Tabela 3.	Wartość zawartych i wykonanych kontraktów w ramach profilaktyki raka piersi w latach 2006-2012	45
Tabela 4.	Wydarzenia, podczas których Wojewódzki Oddział NFZ promował programy profilaktyczne – rok 2011	49
Tabela 5.	Realizacja wysyłki zaproszeń na badania w kierunku raka piersi	50
Tabela 6.	Liczba wykonanych badań przesiewowych w latach 2006 i 2007	51
Tabela 7.	Liczba osób, u których wykonano badania przesiewowe w kierunku chorób nowotworowych w ramach profilaktyki realizowanej przez UMWW w latach 2002-2005	58
Tabela 8.	Badania przesiewowe w kierunku raka piersi wykonane w latach 2002 – 2006. Liczba kobiet badanych, uzyskane wyniki badań, odsetek wyników nieprawidłowych w stosunku do ogólnej ilości badań.	61
Tabela 9.	Wyniki programu profilaktyki raka piersi realizowanego w roku 2006	62

Tabela 10.	Nakłady samorządu województwa wielkopolskiego na Program profilaktyki edukacji prozdrowotnej w latach 2006- 2011	63
Tabela 11.	Zależność między wielkością miejscowości a wiekiem	64
Tabela 12.	Zależność między grupą społeczno-zawodową a wiekiem	65
Tabela 13.	Zależność między liczbą osób w gospodarstwie domowym a wiekiem	65
Tabela 14.	Krzyżowa zmiennych: ocena wiedzy na temat profilaktyki raka piersi w zależności od wieku	66
Tabela 15.	Krzyżowa zmiennych: źródła informacji o profilaktyce raka piersi (media) a wiek	66
Tabela 16.	Zależność między źródłami informacji o profilaktyce raka piersi (znajomi i rodzina) a wiekiem	67
Tabela 17.	Zależność między przebyciem lekarskiego badania piersi a wiekiem	67
Tabela 18.	Krzyżowa zmiennych: znajomość czynników zwiększających ryzyko zachorowania: wcześniej przebyty rak piersi a wiek	68
Tabela 19.	Zależność między znajomością metody samodzielnego badania piersi a wiekiem	68
Tabela 20.	Zależność między źródłem wiedzy o metodzie samodzielnego badania piersi a wiekiem	69
Tabela 21.	Krzyżowa zmiennych: zależność między źródłem wiedzy o metodzie samodzielnego badania piersi a wiekiem	69
Tabela 22.	Zależność między deklaracją znajomości własnych piersi w stopniu pozwalającym wykryć nawet drobną zmianę a wiekiem	70
Tabela 23.	Zależność między deklaracją poddania się badaniu mammograficznemu przynajmniej raz w życiu a wiekiem	70
Tabela 24.	Zależność między terminem ostatnio przebytego badania mammograficznego a wiekiem	70
Tabela 25.	Zależność między wielkością miejscowości a wykształceniem	71
Tabela 26.	Zależność między grupą społeczno-zawodową a wykształceniem	71
Tabela 27.	Zależność między sytuacją materialną a wykształceniem	71
Tabela 28.	Zależność między oceną własnej wiedzy na temat profilaktyki raka piersi a wykształceniem	72
Tabela 29.	Zależność między deklaracją wiedzy na temat własnych piersi w stopniu pozwalającym wykryć nawet drobną zmianę a wykształceniem	72
Tabela 30.	Krzyżowa zmiennych: przebycie lekarskiego badania piersi a wykształcenie	72
Tabela 31.	Zależność między sytuacją materialną a grupą społeczno-zawodową	74
Tabela 32.	Zależność między sytuacją materialną a oceną własnej wiedzy na temat profilaktyki raka piersi	74
Tabela 33.	Zależność między sytuacją materialną a źródłami informacji o profilaktyce raka piersi: znajomi i rodzina	75
Tabela 34.	Zależność między sytuacją materialną a źródłem wiedzy o metodzie samodzielnego badania piersi	75
Tabela 35.	Zależność między sytuacją materialną a rolą lekarza pierwszego kontaktu w zapobieganiu rakowi piersi: zachęca do regularnego samobadania i badania mammograficznego	76
Tabela 36.	Zależność między sytuacją materialną a rolą lekarza specjalisty w zapobieganiu rakowi piersi: pomaga wrócić do zdrowia	76
Tabela 37.	Zależność między sytuacją materialną a rolą lekarza specjalisty w zapobieganiu rakowi piersi: stara się zmniejszyć cierpienie pacjenta	77

Spis wykresów

Wykres 1.	Standaryzowane współczynniki zapadalności na nowotwory złośliwe kobiet z różnych rejonów świata	13
Wykres 2.	Liczba zachorowań na raka piersi wśród kobiet w 2006 roku wg	14

	województw	
Wykres 3.	Liczba zachorowań na raka piersi wśród kobiet w 2007 roku wg województw	15
Wykres 4.	Liczba zachorowań na raka piersi wśród kobiet w 2008 roku wg województw	15
Wykres 5.	Liczba zachorowań na raka piersi wśród kobiet w 2009 roku wg województw	16
Wykres 6.	Liczba zachorowań na raka piersi wśród kobiet w latach 2006-2009 w Polsce	17
Wykres 7.	Liczba zachorowań na raka piersi wśród kobiet w latach 2006-2009 w Polsce wg wieku	18
Wykres 8.	Liczba zachorowań na raka piersi wśród kobiet w latach 2006-2009 w Wielkopolsce	19
Wykres 9.	Procentowy podział badanych kobiet ze względu na wykształcenie	34
Wykres 10.	Procentowy podział osób badanych ze względu na wielkość miejscowości, w której mieszkają	34
Wykres 11.	Procentowy podział osób badanych ze względu na grupę społeczno-zawodową	35
Wykres 12.	Procentowy podział osób badanych ze względu na grupę religijną	35
Wykres 13.	Procentowy podział osób badanych ze względu na sytuację materialną	36
Wykres 14.	Procentowy podział osób badanych ze względu na liczbę osób w gospodarstwie domowym	36
Wykres 15.	Procentowy podział osób badanych ze względu na liczbę dzieci	37
Wykres 16.	Procentowy podział osób badanych ze względu na dochód netto na osobę	37
Wykres 17.	Procentowy podział osób badanych ze względu na stan cywilny	38
Wykres 18.	Porównanie wysokości środków finansowych przeznaczonych na programy profilaktyki zdrowotnej przez samorząd województwa wielkopolskiego w latach 2001- 2006	57
Wykres 19.	Nakłady na programy profilaktyczne w latach 2001-2006	60
Wykres 20.	Wiek osób uczestniczących w badaniu	65
Wykres 21.	Ocena własnej sytuacji materialnej	73
Wykres 22.	Struktura zawodów osób uczestniczących w badaniu	73
Spis map		
Mapa 1.	Występowanie raka sutka na świecie w roku 2008	13

Załączniki

Załącznik 1

Wzór ulotki 1

Czym jest cytologia?

To bezpieczne i bezbolesne badanie. Pozwala na wykrycie nie tylko wczesnych postaci raka szyjki macicy, ale także stanów, które nieleczone mogą doprowadzić do powstania nowotworu. Każda kobieta powinna wykonywać cytologię co trzy lata, jeśli lekarz nie zaleci inaczej.

Gdzie można wykonać bezpłatne badanie cytologiczne?

Bezpłatne badania cytologiczne można wykonać w zakładach opieki zdrowotnej, które podpisały umowę z NFZ na realizację programu (wykaz w załączeniu). Wystarczy zgłosić się osobiście lub umówić telefonicznie z wybraną placówką i ustalić dogodny termin wizyty. Należy mieć ze sobą dokument tożsamości. Skierowanie nie jest potrzebne.

Dlaczego warto wziąć udział w programie?

W Polsce co roku na raka szyjki macicy zapada 4 tys kobiet (10 dziennie). Połowa z nich umiera tylko dlatego, że zbyt późno zgłosiły się do lekarza. Ryzyko zachorowania rośnie wraz z wiekiem - najczęściej chorują kobiety między 45 a 55 rokiem życia, szczególnie

te, które wcześniej rozpoczęły życie seksualne, wiele razy rodziły, palą papierosy. Wczesne wykrycie choroby gwarantuje niemal 100% skuteczność wyleczenia. Rak szyjki macicy jest bardzo podstępny i w pierwszym okresie przebiega bez niepokojących objawów. Jego rozpoznanie jest możliwe tylko dzięki cytologii. Dlatego warto dać sobie szansę i wziąć udział w badaniu.

Gdzie można uzyskać dodatkowe informacje



Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia



www.nfz.gov.pl



lekarz podstawowej opieki zdrowotnej

życie
jest
bezcennym
darem

Bezpłatne
badania
mammograficzne

Bezpłatne
badania
cytologiczne

PATRONI MEDIALNI



PARTNERZY



ORGANIZATORZY



Załącznik 2

Wzór ulotki 2

Populacyjny program wczesnego wykrywania raka piersi

Populacyjny program wczesnego wykrywania raka piersi

W ramach Programu Narodowy Fundusz Zdrowia i Ministerstwo Zdrowia zapraszają kobiety do skorzystania z bezpłatnych badań mammograficznych.

Do kogo jest skierowany Program?

Do wszystkich ubezpieczonych kobiet w wieku od 50 do 69 lat, które przez ostatnie dwa lata nie miały wykonywanej mammografii.

Jeśli kobieta nie mieści się w grupie wiekowej od 50 do 69 lat może skorzystać z bezpłatnej mammografii w ramach ubezpieczenia w NFZ. W tym celu powinna się zgłosić do lekarza specjalisty, który wyda skierowanie na badanie.

Daj sobie szansę...

Czym jest mammografia?

To bezpieczne i bezbolesne badanie piersi, które jest najlepszym sposobem wczesnego wykrycia nieprawidłowych zmian. Każda kobieta powinna poddać się mammografii co dwa lata, jeśli lekarz nie zaleci inaczej.

Gdzie można wykonać bezpłatne badania mammograficzne?

Bezpłatne badania mammograficzne można wykonać w zakładach opieki zdrowotnej, które podpisały umowę z NFZ na realizację programu (wykaz w załączeniu). Wystarczy zgłosić się osobiście lub umówić telefonicznie z wybraną placówką i ustalić dogodny termin wizyty. Należy mieć ze sobą dokument tożsamości. Skierowanie nie jest potrzebne.

Dlaczego warto wziąć udział w programie?

Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym u kobiet. Co roku zapada na tę chorobę 12 tys. Polek. Prawie połowa z nich umiera, bo zbyt późno zgłosiły się do lekarza. Gdyby skorzystały z badań profilaktycznych, mogłyby żyć. Rak piersi wcześniej wykryty jest niemal w 100% uleczalny.

Populacyjny program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy

Populacyjny program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy

W ramach Programu Narodowy Fundusz Zdrowia i Ministerstwo Zdrowia zapraszają kobiety do skorzystania z bezpłatnych badań cytologicznych.

Do kogo jest skierowany Program?

Do wszystkich ubezpieczonych kobiet w wieku od 25 do 59 lat, które w ciągu ostatnich trzech lat nie miały wykonywanego badania cytologicznego.

Jeśli kobieta nie mieści się w grupie wiekowej od 25 do 59 lat może skorzystać z bezpłatnej cytologii w ramach ubezpieczenia w NFZ. W tym celu powinna się zgłosić do lekarza specjalisty, który wyda skierowanie na badanie.

Załącznik 3

Wzór zaproszenia na badania cytologiczne



Ministerstwo
Zdrowia

NFZ

Narodowy Fundusz Zdrowia

Nadano dnia xx-xx-xxx
imię i nazwisko
kod i miasto
ulica i numer domu

Zapraszamy na bezpłatne badania cytologiczne

Może je Pani wykonać w jednej z placówek medycznych podanych na odwrocie zaproszenia. Ich wykaz jest także dostępny w siedzibie Oddziału Wojewódzkiego NFZ lub na stronie internetowej pod adresem <http://www.nfz.gov.pl/profilaktyka/>.

Oczekujemy na Panią np. w

Tekst

Tekst

Tekst

Badania te są całkowicie bezpieczne i bezbolesne. Umożliwiają nie tylko wykrycie wczesnych postaci raka szyjki macicy, ale także stanów, które nie leczone, mogą doprowadzić do powstania nowotworu. Podjęcie leczenia we wczesnym okresie choroby, to szansa uratowania życia, możliwość powrotu do zdrowia. Co roku, z powodu raka szyjki macicy, umiera w Polsce kilka tysięcy kobiet, ponieważ za późno zgłosiły się do lekarza, zbyt późno podjęły leczenie.

Pamiętaj, na badanie przyjdź:

- nie wcześniej niż 4 dni po ostatnim dniu miesiączki i nie później niż 4 dni przed rozpoczęciem miesiączki,
- co najmniej 4 dni po użyciu gąlek dopochwowych,
- co najmniej dzień po badaniu ginekologicznym.

W dniu badania nie należy robić irygacji.

* UWAGA: Jeśli badanie cytologiczne miała Pani wykonane w ciągu ostatnich trzech lat i nie wykazało ono zmian, nie ma potrzeby powtarzania go.
Prosimy o zabranie ze sobą dowodu tożsamości i przedstawienie numeru PESEL.

2)

Załącznik 4

Wzór zaproszenia na badania mammograficzne



Nadano dnia xx-xx-xxx
imię i nazwisko
kod i miasto
ulica i numer domu

Zapraszamy na bezpłatne badania mammograficzne

Może je Pani wykonać w jednej z placówek podanych na odwrocie zaproszenia. Ich wykaz jest także dostępny w siedzibie Oddziału Wojewódzkiego NFZ lub na stronie internetowej pod adresem <http://www.nfz.gov.pl/profilaktyka/>.

Oczekujemy na Panią np. w

Tekst 1

Tekst 2

Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym u kobiet. Każdego roku zapada na tę chorobę ok. 10 tys. Polek, a połowa z nich umiera. Rak piersi, wykryty we wczesnym stadium, jest niemal całkowicie uleczalny! Badanie jest bezpieczne i niekłopotliwe.

Zaproszenie nie dotyczy kobiet, które miały wykonaną mammografię w ciągu ostatnich 24 miesięcy. Jeśli ma Pani wyniki i zdjęcia z wykonanych wcześniej badań mammograficznych, prosimy przynieść je ze sobą. Prosimy o zabranie ze sobą dowodu tożsamości i przedstawienie numeru PESEL.

Załącznik 5

ANKIETA

Przeprowadzane badania mają ocenić wiedzę na temat profilaktyki raka piersi.

Ankieta jest anonimowa, a informacje zostaną wykorzystane w celach naukowych.

Dziękuję za rzetelne wypełnienie ankiety.

Metryczka – proszę o wskazanie właściwej odpowiedzi

1. Wiek

- 1001: 40-49 lat 1002: 50-59 lat

2. Wykształcenie

- 2001: podstawowe 2002: zasadnicze
 2003: średnie 2004: wyższe

3. Miejscowość

- 3001: 20 000 – 100 000 3002: 100 000 – 500 000
 3003: 500 000 +

4. Grupa społeczno- zawodowa

- 4001: kierownik, specjalista
 4002: prywatny przedsiębiorca
 4003: pracownik administracji / usług
 4004: robotnik
 4005: rolnik
 4006: gospodyni domowa
 4007: emerytka
 4008: rencistka
 4009: bezrobotna

5. Grupa religijna

- 5001: regularnie praktykująca
 5002: nieregularnie praktykująca
 5003: niepraktykująca

6. Sytuacja materialna

- 6001: dobra 6002: średnia 6003: zła

7. Liczba osób w gospodarstwie domowym

- 7001 : 1 osoba 7002: 2 7003: 3 7004: 4 7005: 5 i więcej

8. Liczba dzieci

- 8001: 1. dziecko 8002: 2. dzieci 8003: 3 i więcej

9. Dochód netto na osobę

9001: 300- 549 zł 9002: 549- 799 zł 9003: 800 zł i więcej

10. Stan cywilny

- 10- 01: panna
 10-02: zamężna/ konkubinat
 10-03: rozwiedziona/ w separacji
 10-04: wdowa

11. Jak ocenia Pani w skali od 1 do 10 swoją wiedzę na temat profilaktyki raka piersi?

11 01 Oceniam ją napkt.

12. Proszę o zaznaczenie tych źródeł (maksymalnie 3), z których czerpie Pani informacje na temat profilaktyki raka piersi?

- 12-01 -prasa
 12-02 -telewizja, radio - proszę podać nazwę audycji:.....
 12-03 - czasopisma kobiece - proszę podać tytuły czasopism:.....
 12-04 -rubryki zdrowotne w dziennikach i periodykach
 12-05 -znajomi i rodzina
 12-05 -lekarz
 12-06 -pielęgniarka
 12-07 -inne

13. Czy kiedykolwiek lekarz badał Pani piersi?

13-01: tak 13-02: nie

14. Jak często kobiety w Wielkopolsce zapadają na raka piersi?

- 14-01 - liczba zachorowań nie różni się od średniej zachorowań w kraju
 14-02 - chorują częściej niż w innych regionach
 14-03 - chorują rzadziej niż w innych regionach

15. Co, Pani zdaniem, może zwiększyć ryzyko zachorowania na raka piersi? (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)

15-01 - Wcześniejsze zachorowanie na inne nowotwory, jak: rak trzonu macicy, rak jajnika, czerniak, rak jelita grubego, rak ślinianki

15-02 - Przebyte zachorowanie na raka piersi

15-03 - Przebyte napromienianie (radioterapia), np. z powodu ziarnicy

16. Czy zna Pani metodę samodzielnego badania piersi?

16-01 - Tak 16-02 - Nie

17. Pytanie do Pań, które na pytanie nr 5 odpowiedziały pozytywnie

Czy stosuje Pani metodę samodzielnego badania piersi?

- 17-01 - Tak, przynajmniej raz w tygodniu
 17-02 - Tak, przynajmniej raz na dwa tygodnie
 17-03 - Tak, przynajmniej raz w miesiącu
 17-04 - Tak, ale rzadziej niż raz w miesiącu
 17-05 - Nie

18. Pytanie do Pań, które stosują metodę samodzielnego badania piersi.

W jaki sposób nauczyła się Pani metody samodzielnego badania piersi?

- 18-01 - Nauczył mnie lekarz
- 18-02 - Nauczyła mnie Pielęgniarka
- 19-03 - Nauczyłam się od kogoś (rodzina, znajomi)
- 18-04 - Nauczyłam się dzięki audycji w TV
- 18-05 - Nauczyłam się dzięki broszurce, artykułowi w czasopiśmie

19. Czy zna Pani swoje piersi na tyle, że podczas samodzielnego badania potrafiłaby Pani wykryć nawet drobną zmianę?

- 19-01 - Tak
- 19-02 - Nie
- 19-03 - Nie wiem

20. Na jakie zmiany należy zwrócić szczególną uwagę podczas samobadania piersi? (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)

- 20-01 - Bardziej niż dotychczas widoczne przez skórę naczynia żyłne
- 20-02 - Zmiany w kolorze lub strukturze skóry
- 20-03 - Zmiany wielkości lub kształtu jednej z piersi
- 20-04 - Dołki, zaciągnięcia lub owrzodzenia brodawki bądź skóry na piersi, a także zmiany kształtu lub zarysu brodawki
- 20-05 - Zmiany w wyglądzie brodawek, takie jak np. zaczerwienienia, strupki, wciągnięcia, tłuszczenia naskórka
- 20-06 - Krwawienie lub wycinek wydzieliny z brodawek
- 20-07 - Obrzęk ramienia
- 20-08 - Wyczuwalne zgubienia

21. Jakie zmiany wymagają pilnej konsultacji lekarskiej, choć nie muszą oznaczać nowotworu:

- 21-01 - Guz piersi nie zmieniający się w trakcie cyklu miesięczkowego,
- 21-02 - Guz w dole pachowym
- 21-03 - Wydzielina z brodawki
- 21-04 - Zmiana kształtu brodawki
- 21-05 - Ból piersi

22. Proszę wskazać przyczyny (maksymalnie 3), dla których kobiety chore na nowotwór piersi zbyt późno zgłaszają się do lekarza:

- 22-01 - Brak wiary w uleczalność choroby
- 22-02 - Obawa przed rozpoznaniem choroby
- 22-03 - Lekceważenie choroby - brak świadomości, że jest niebezpieczna
- 22-04 - Obawa, że naruszenie nowotworu spowoduje jego szybki rozwój
- 22-05 - Trudny dostęp do lekarza i badań specjalistycznych

23. Proszę o wskazanie tych stwierdzeń (maksymalnie 3), które najtrafniej odpowiadają na pytanie, czego kobiety najbardziej obawiają się w raku piersi:

- 23-01 - Operacji
- 23-02 - Osamotnienia – odrzucenia przez małżonka
- 23-03 - Kalectwa
- 23-04 - Utraty atrakcyjności
- 23-05 - Bólu i cierpienia
- 23-06 - Bycia ciężarem dla rodziny

24. Jaka jest rola Pani lekarza w zapobieganiu chorobie nowotworowej piersi? (proszę zaznaczyć nie więcej niż 3 odpowiedzi)

- 24-01 - Zachęca do regularnego samobadania i badania mammograficznego
 24-02 - Uczy, jak badać piersi
 24-03 - Bada piersi podczas wizyty kontrolnej
 24-04 - Wypisuje skierowanie na badania, gdy dzieje się coś niepokojącego

25. Jaka jest rola specjalisty w chorobie nowotworowej piersi? (proszę zaznaczyć nie więcej niż 3 odpowiedzi)

- 25-01 Stara się spowolnić rozwój choroby
 25-02 Pomaga wrócić do zdrowia
 25-03 Stara się zmniejszyć cierpienie pacjenta
 25-04 Stara się nie dopuścić do najgorszego

26. Czy poddała się Pani kiedykolwiek mammografii?

- 26-01 - Tak 26-02 - Nie

**27. Pytanie do Pań, które na poprzednie pytanie odpowiedziały twierdząco
Kiedy ostatni raz poddała się Pani mammografii?**

- 27-01 Do 3 lat temu 27-02 Od 3 do 5 lat temu 27-03 Więcej niż 5 lat temu

28. Ile razy w życiu poddała się Pani mammografii?

- 28-01 -Raz 28-02 -Dwa razy 28-03 -Trzy razy i więcej

29. Które elementy stylu życia przyczyniają się do zmniejszenia ryzyka wystąpienia raka piersi?

- 29-01 -Zmniejszenie spożycia tłuszczów, a zwiększenie spożycia błonnika, w tym pełnoziarnistego pieczywa, kasz, owoców i warzyw
 29-02 - Spożywanie alkoholu w ograniczonych ilościach
 29-03 - Zapobieganie otyłości przez odpowiednie odżywianie się i stałe uprawianie ćwiczeń fizycznych
 29-04 - Karmienie dzieci piersią tak długo jak to jest możliwe
 29-05 - Urodzenie pierwszego dziecka przed 30. rokiem życia

30. Kiedy gwałtownie wzrasta ryzyko raka piersi?

- 30-01 -Po 20. roku życia
 30-02 -Po 30. roku życia
 30-03 -Po 40. roku życia
 30-04 -Po 50. roku życia

31. Jakie badania podstawowe wykonuje się dla wykrywania wczesnego raka piersi?

- 31-01 -Samobadanie (badanie palpacyjne)
 31-02 -Badanie przez lekarza
 31-03 -Mammografia
 31-04 -Rezonans magnetyczny
 31-05 -Tomografia komputerowa

32. W jakim wieku należy wykonywać samobadanie piersi:

- 32-01 - Bez względu na wiek
- 32-02 - Po 35. roku życia
- 32-03 - Po 45. roku życia
- 32-04 - Po 55. roku życia