

Monika Marcinkowska¹, Patrycja Mazurkiewicz¹, Joanna Kozaka^{2,3},
Andrzej Stencel¹

¹Firma Fado S.A. Centrum Usług Medycznych w Gdańsku

²Instytut Psychologii Uniwersytetu Gdańskiego

³Klinika Onkologii i Radioterapii Akademii Medycznej w Gdańsku

Przyczyny niskiej frekwencji kobiet w profilaktycznych badaniach mammograficznych

Reasons for low women attendance at mammography screening

Adres do korespondencji:

mgr Monika Marcinkowska
Firma Fado S.A. Centrum Usług
Medycznych
ul. Startowa 1, 80-461 Gdańsk
tel.: (0 58) 761 38 75
e-mail:
monika.marcinkowska@op.pl
mgr Patrycja Mazurkiewicz
e-mail: pat_mazurkiewicz@o2.pl

Streszczenie

Wstęp. Celem niniejszej pracy było poznanie przyczyn niskiej frekwencji kobiet w badaniach mammograficznych oraz zaproponowanie sposobów jej zwiększenia.

Materiał i metody. Przeprowadzono 7 zogniskowanych wywiadów grupowych. Uczestniczyło w nich 57 kobiet, które w 2006 roku otrzymały zaproszenie na profilaktyczną mammografię i z niej nie skorzystały. Wywiady przeprowadzono w małych miejscowościach, nieposiadających stacjonarnych mammografów.

Wyniki i wnioski. Opierając się na wypowiedziach uczestniczek badania, wyodrębniono 4 główne przyczyny niskiej frekwencji w profilaktycznych badaniach mammograficznych: społeczne, ekonomiczne, psychologiczne i organizacyjne.

Aby zwiększyć frekwencję, należy stworzyć kobietom okazję do darmowego uczestnictwa w mammografii, co powinno być poprzedzone akcją informacyjną na temat konieczności regularnych badań przy współpracy z lekarzem, który powinien odgrywać znaczącą rolę w propagowaniu badań profilaktycznych także podczas codziennej praktyki. Ponadto otrzymanie imiennego zaproszenia do udziału w badaniu wpływa korzystnie na zwiększenie frekwencji.

Słowa kluczowe: badania profilaktyczne, mammografia, rak piersi, zogniskowany wywiad grupowy

Abstract

Background. The aim of this study was to find out the reasons of low attendance of women in mammography and the way to increase it.

Material and methods. The project held 7 focus group to gather feedback from 57 women, which in the year 2006 received invitation for mammography and haven't attended to it. Interviews have taken places in the small cities without mammography centres.

Results and conclusions. Based on discussions, four main groups of low attendance reasons were identified: social, economical, psychological and administrative. Free of charge access to mammography would increase attendance only if the doctors would routinely inform their patients about necessity of regular breast examination. Personal invitation may also positively affect the attendance.

Key words: breast cancer, focus groups interview, mammography, prophylaxis

Wstęp

Rak piersi jest najbardziej powszechną chorobą nowotworową występującą u kobiet. Według danych opublikowanych przez GUS w 2000 roku na nowotwór złośliwy piersi zachorowało w naszym kraju 10 987 kobiet. Liczba nowych zachorowań na 100 000 kobiet zwiększyła się z 50,5 w 1999 roku do 55,3 w 2000 roku [1]. Zachorowalność wzrasta po 40. roku życia, chociaż zdarzają się przypadki raka piersi także u kobiet młodszych [2].

Nowotwór piersi wczesnie rozpoznany i właściwie leczony jest uleczalny w około 90%. Niestety, w Polsce nie uzyskuje się takich wyników; współczynnik umieralności nadal jest kilkakrotnie wyższy niż w innych krajach Unii Europejskiej, czego główną przyczyną jest zbyt późne wykrycie choroby. Badanie mammograficzne jest najskuteczniejszą metodą wczesnego wykrywania nowotworu. Polega ono na prześwietleniu piersi promieniami Rentgena i umożliwia wykrycie guzków o średnicy 2–3 mm. Z tego względu istotne jest regularne wykonywanie badania mammograficznego, co pozwoli zwiększyć wykrywalność nowotworów, a w konsekwencji zmniejszyć wskaźnik umieralności.

Celem niniejszego badania było poznanie przyczyn niskiej frekwencji kobiet w przesiewowych badaniach piersi.

Sformułowano następujące pytania badawcze:

- Dlaczego kobiety nie zgłaszają się na badanie mammograficzne?
- Co mogłoby wpłynąć na zwiększenie frekwencji?

Materiał i metody

W badaniu uczestniczyły kobiety w wieku 50–69 lat, mieszkające w małych miejscowościach (2,5–20 000 mieszkańców), które w ostatnim roku nie poddały się badaniu mammograficznemu. Korzystając z bazy danych firmy Fado S.A Centrum Usług Medycznych, która została stworzona na podstawie danych populacyjnych z urzędów miast i gmin, wybrano grupę kobiet, które w następnym etapie zaproszono telefonicznie do udziału w zogniskowanym wywiadzie grupowym (fokusie). Grupy fokusowe obejmowały 5–11 kobiet. Dokładne dane o badanych kobietach przedstawiono w tabeli 1.

Zastosowano zogniskowany wywiad grupowy (fokus), który jest formą uzyskiwania danych jakościowych. Polega on na rozmowie badacza (moderatora) na określony temat z grupą specjalnie dobranych osób, odwołując się do konkretnych sytuacji znanych tym osobom. Główną zaletą metody wywiadu grupowego jest wykorzystanie zjawiska

Tabela 1. Dane demograficzne badanej grupy

Table 1. Demographic characteristics of studies group

Miejsce zamieszkania	Liczba osób	%
Wieś	12	21
Miasto	45	79
Wykształcenie		
Podstawowe	27	47,5
Zawodowe	8	14
Średnie	20	35,5
Wyższe	2	3
Aktywność zawodowa		
Pracująca	21	37
Emerytka	17	30
Rencistka	4	7
Bez zawodu	15	26

dynamiki grupowej, rozumianej jako wzajemne oddziaływanie na siebie członków danej grupy. Umożliwia to uzyskanie danych często wcześniej nieuświadomianych i trudnych do zarejestrowania za pomocą innych metod [3–5]. Projekt obejmował 7 fokusów, w których uczestniczyło 57 kobiet. Spotkania trwały 1,5–2 godziny i były nagrywane kamerą. Na podstawie nagrań spisano transkrypcję, a ponadto asystent sporządzał notatki. Fokusy odbywały się w urzędach gmin lub miast, w godzinach popołudniowych.

Moderator skupiał dyskusję wokół tematu nowotworów, profilaktyki, mammografii i dostępności do niej. Badanie uzupełniono metodą projekcyjną (zdania niedokończone), sprawdzającą wiedzę, emocję i doświadczenia związane z profilaktyką nowotworów.

Na spotkaniu poruszano następujące tematy:

- Jakie problemy dotyczące zdrowia są dla Pań, jako kobiet, najważniejsze?
- Jakie badania są przeznaczone tylko dla kobiet?
- Jakie mają Panie doświadczenia związane z mammografią?
 1. Co to jest mammografia?
 2. Na czym polega?
 3. Kto powinien takie badania przeprowadzać?
 4. Jak często?
 5. Gdzie?
 6. Ile kosztuje i skąd Panie wiedzą o cenie?
- Jak Panie oceniają dostępność do badań mammograficznych?
 7. Co trzeba zrobić, aby skorzystać z takiego badania?
 8. Co Panie sądzą o akcji przyjeżdżania mamobusu do miejscowości?
 9. Co sądzą koleżanki, rodzina?

10. Co by Panie zachęciło do przyścia na takie badanie?
- Profilaktyka a leczenie
11. Co jest bardziej kosztowne?
12. Co powinny robić kobiety, u których w rodzinie były przypadki raka piersi?

Wyniki

Opierając się na wypowiedziach uczestniczek badania, wyodrębniono 4 główne powody niskiej frekwencji w profilaktycznych badaniach mammograficznych: 1) społeczne, 2) ekonomiczne, 3) psychologiczne i 4) organizacyjne.

Przyczyny społeczne

Uczestniczki niniejszego badania nie mają usystematyzowanej wiedzy na temat nowotworów. Ich wiadomości i przekonania o profilaktyce i sposobach leczenia są wyrwykowe oraz oparte na stereotypach, a źródłem tej wiedzy są osoby z najbliższego otoczenia (sąsiadki, koleżanki, rodzina) — „Ja wiem tylko to, co słyszę”.

U kobiet dominuje myślenie stereotypowe na temat chorób nowotworowych. Niektóre z nich uważają, że rak jest chorobą śmiertelną, niezależnie od momentu, w którym zostanie wykryty, a nawet sądzą, że po prześwietleniu lub operacji nowotwór może się stać złośliwy. Uważają, że fakt zachorowania na raka jest jednoznaczny z wyrokiem śmierci.

Kobiety najczęściej nie wierzą w możliwość leczenia i głównie są przekonane, że nowotworu najlepiej „nie ruszać”. Poniżej przedstawiono wypowiedzi badanych kobiet:

- „(...) Bo mi się zdaje, że może zrobić przerzuty, bynajmniej tak słyszałam (...), no to [nowotwór] nie lubi światła, tych prześwietleń (...), no to i noża nie lubi”;
- „Ja nie poszłam dlatego, że mnie się zdaje, że jakby wziął nowy materiał i dłubał w nim i dłubał, to by coś wydlubał. Tak to nic mnie nie boli (...)”;
- „To po mojemu, nawet jak się wyrznie, to on już ma tam dalej te korzonki, już zatrzał krew”;
- „Więc kiedy mówią, żeby iść, to ja już w to nie wierzę, naprawdę nie wierzę. Bo jak on jest złośliwy, bo jak niezłośliwy to może dłużej”;
- „Jakbym poszła, to by mi na pewno coś znaleźli, a jak potem znajdą, to trudno, już za późno”.

Niektóre kobiety posiadają niepełną wiedzę na temat konieczności regularnej profilaktyki. Sądzą, że jednorazowe uczestnictwo w badaniu mammograficznym jest wystarczające i nie wymaga powtórzeń. Nieregularne wykonywanie mammografii cha-

rakteryzuje większość uczestniczek wywiadu grupowego:

- „5 lat temu zrobiłam sobie badanie, więc stwierdziłam, że jest mi niepotrzebne. A że jestem za pracowana, więc czekam, aż się coś wydarzy”;
- „Ja nie chodzę regularnie”.

Dla większości kobiet lekarz jest autorytetem. Uważają, że jest to osoba, która powinna informować i przypominać o konieczności badań profilaktycznych:

- „Lekarz jest naszym doradcą i opiekunem”;
- „Ja bym zachęcała, żeby na początek dobrego rodzinnego lekarza mieć. Nie takiego, który siedzi i czeka od wypłaty do wypłaty, tylko jest lekarzem z powołania”.

Przyczyny ekonomiczne

Kobiety uczestniczące w spotkaniach fokusowych pochodzą głównie z małych miasteczek (do 12 000 mieszkańców), nie pracują lub mało zarabiają, są rencistkami lub emerytkami, czyli najczęściej osobami o niskim statusie ekonomicznym. Uczestnictwo w badaniu mammograficznym jest problemem, jeśli wymaga ono dodatkowych środków finansowych. W takich miejscowościach nie ma ośrodków posiadających mammograf stacjonarny, zatem udział w badaniu zawsze wiąże się z kosztami dojazdu i często z koniecznością zwolnienia się na jeden dzień z pracy. Większość badanych kobiet postrzega profilaktykę jako zbyt drogą. Ich zdaniem wybranie się na badanie wiąże się ze zrezygnowaniem z zaspokojenia ważniejszych potrzeb:

- „Bo w jedną stronę dojechać i w drugą, to już są dwa bochenki chleba”;
- „Dojeżdż teraz do Olsztyna, to jest cały dzień, a cały dzień to jest koszt, no i ludzie rezygnują, bo to się wiąże z kosztami”;
- „21 zł podróż sama kosztuje, już jest problem, dla mnie na przykład, dojechać. A jeszcze za mammografię zapłacić”;
- „Choćby i dostali to skierowanie, to nie pojedą. To zależy, tak jak mówię, od warunków finansowych”;
- „Jest koszt, no to jak nie boli, to się mówi: «A to pojedę za miesiąc», za miesiąc zapomnę, a jak pojedzie za trzy, to powiedzą: «Pani, to jest nieważne skierowanie, z czym Pani tu przyjechała?!». A najgorsze jest to, że ja muszę przyjść i co mam mu powiedzieć, że nie miałam pieniędzy?”.

Akcja przyjazdu mammobusu do małych miejscowości jest odbierana bardzo pozytywnie, ponieważ umożliwia pójście na badanie bez ponoszenia kosztów finansowych, a także nie wymaga otrzymania

nia skierowania od lekarza, co jest utrudnieniem dla badanych:

- „[przyjazd mammobusu] To jest dobre (...), to jest dobre, to jest wspiana rzecz (...), jest dużo ludzi, przychodzą, ten czas znajdują, nie muszą jechać, to przyjdzie się, poczeka, zrobi i z powrotem do domu (...), zwłaszcza z tych wiosek (...), nawet i na pieszo dojdą na to badanie”;
- „Ja tam też jestem za tym, bo ambulanse są dobre, bo idziesz, spojrzysz, a to wejdiesz, rozbieżesz się, moment [przebadania się]”.

Większość uczestniczek spotkań fokusowych skorzystała z okazji badań skriningowych w latach ubiegłych i nie sądziły, że należy je przeprowadzić ponownie.

Przyczyny psychologiczne

Niektóre z kobiet boją się dowiedzieć o zmianach w piersiach, ponieważ traktują taką informację jak śmiertelny wyrok.

- „Mnie to się wydaje, że okropne wrażenie. No bo idziesz, tak jakbyś na tą śmierć szła”;
- „Moja córka (...) przez 2 lata ukrywała, że miała około 4 cm guza w piersi (...), bała się, że to coś groźnego, wołała nie wiedzieć. W końcu powiedziała: «Mamusi, ja się już chyba wykończę»”.

Niektóre kobiety wolą nie uczestniczyć w badaniach profilaktycznych, ponieważ boją się uzyskać informację o zmianach chorobowych. Mają poczucie, że dopóki nie wiedzą o ewentualnym rozpoznaniu, nie przeżywają lęku i uważają, że ten problem ich nie dotyczy. Jeśli nie odczuwają żadnego bólu, to nie widzą potrzeby przeprowadzenia badania mammograficznego. Twierdzą, że odpowiednim momentem na wizytę u lekarza jest czas, w którym zaczynają odczuwać dolegliwości:

- „Ja jestem zdrowa! Nic mnie nie boli, na mammografii nie byłam nigdy”;
- „Ale jak już zaboli, że nie można wytrzymać, to się wtedy, człowiek znajdzie drogę i do lekarza”;
- „Tylko to jest najlepsze wyjście, najlepiej się nic nie wie, spokojnie człowiek śpi”;
- „Jak się zacnie szukać, to się zawsze znajdzie”.

Oczekują, że ktoś inny zainteresuje się i zadba o ich zdrowie. Rzadko przejawiają własną inicjatywę w sprawach profilaktyki. Uważają, że jest to obowiązek lekarza, czekają na odgórne zarządzenia, wezwania, skierowania od specjalistów:

- „Ja, jak się dowiedziałam o badaniu, wiadomo, że jakoś się to przekazuje, to byłam wewnętrznie zadowolona, że ktoś wreszcie myśli o tych przeciętnych ludziach”;
- „Ja tam na każde wezwanie idę”.

Kobiety, które nie odczuwają potrzeby pójścia na badania profilaktyczne, czekają na sugestie lekarza, którego uważają za autorytet:

- „Jakiś taki sygnał. Zawsze to jest osoba wyuczona, to człowiek inaczej na to patrzy. Mądrzejsza ode mnie, w tym kierunku”;
- „Lekarze też powinni [informować], a nic nie mówią na ten temat”.

Przyczyny organizacyjne

Niektóre kobiety mają trudności związane z uzyskaniem skierowania. Według nich lekarze nie chcą wypisywać skierowań, uważając, że są zbyt kosztowne lub niepotrzebne:

- „Skierowanie to łaska, to łaska”;
- „Mówię, Panie doktorze, jakieś dwa wyniki, ja się na tym nie znam, wiem, że morfologia, że coś tam takiego jest czy jakieś tam prześwietlenie: „A czy Pani wie ile to kosztuje? Dwieście złotych!”. W tamtych czasach to sobie wyryłam w pamięci i ja już nie szłam po nic, już nic nie chciałam więcej”;
- „A jeszcze traktowanie osoby starszej (...), jak człowiek nie wie, co mu dolega, to by chciał jakieś badania, a doktor tak popatrzał «A po co ci to?», pewnie pomyślał, że i tak zaraz umrę”.

Uczestniczki spotkań wyrażały opinie, że o skierowanie trzeba walczyć, upominać się, wychodzić z inicjatywą jego wypisania:

- „To radzę domagać się u lekarzy, naprawdę. Tu zresztą pani słyszała tę wypowiedź, nie dać się już tak odepchnąć jak ja”;
- „Rezygnuje się z tego pójścia, jak nic nie dolega, bo lekarz pyta: «Co Pani dolega?», właściwie to nic. To on odpowie: «Tam chorzy czekają, zajmuje Pani kolejkę»”.

W dwóch przypadkach zdarzyło się, że kobiety po badaniu w mammobusie zostały skierowane do lekarza, który uważał, że nie powinno się chodzić na badania do mammobusów, tylko do stacjonarnych ośrodków:

- „No i przykro mi powiedzieć, ale lekarz mnie po prostu... nie to, że..., ale że nie mam chodzić do takich mammobusów”;
- „Jeszcze powiedział, że by nigdy na takie ambulanse nie chodził”.

Niektóre kobiety chętnie skorzystałyby z badań w mammobusach, gdyby nie pewne niedociągnięcia organizacyjne. Pojawił się problem rejestracji telefonicznej i zbyt późne doręczenie imiennych zaproszeń do skorzystania z mammografii (wysyłanych przez firmę obsługującą mammobusy) przez pocztę. Kobiety uznawały zaproszenia za wezwania, na które trzeba się stawić. Jeżeli któraś z kobiet nie

dostała zaproszenia, a jednocześnie wiedziała, że inne kobiety dostały, uważała, że nie powinna się zgłaszać na badanie:

- „Nie miałam żadnego powiadomienia, a gdybym miała, to bym przysłała”;
- „zaproszenia dobre są takie, bo to nawet mąż pyta: a gdzie wychodzisz? A to ja odpowiadam, że muszę iść na spotkanie. A jakie spotkanie? No zobacz, przeczytaj. No, dobra to idź”;
- „Jak ja dostałam wezwanie i zanim przyjechałam do Miastka, do tego autobusu, gdzie piersi badali, już go nie było, w ostatni dzień [otrzymała zaproszenie]”;
- „Dodzwonić się nie można (...), ciężko się było dodzwonić”;
- „Jak dostałam zaproszenie, to już było po fakcie. Jak dziś wieczorem listonosz przyniósł, to na drugi dzień specjalnie jechałam do Miastka, to już go nie było. Pojechałam, zobaczyłam, że na tym placu pusto i wróciłam, tylko pieniądze straciłam i nic nie załatwiłam”.

Na podstawie informacji uzyskanych od uczestniczek zogniskowanego wywiadu grupowego można wyróżnić następujące sposoby zachęcenia kobiet do udziału w badaniach profilaktycznych:

1. Wykorzystanie mobilnego aparatu zmniejszyło wpływ przyczyn ekonomicznych związanych z kosztami dojazdu na badanie. Badanie w mammobusie to możliwość, z której warto skorzystać, ponieważ nie wymaga ponoszenia dodatkowych kosztów finansowych. Dodatkową zaletą takiego rozwiązania jest brak wymogu skierowania od lekarza.
 - „[przyjazd mammobusu] To jest dobre (...), to jest dobre, to jest wspiana rzecz (...), jest dużo ludzi, przychodzą, ten czas znajdują, nie muszą jechać, to przyjdzie się, poczeka, zrobi i z powrotem do domu (...), zwłaszcza z tych wiosek (...), nawet i na pieszo dojdą na to badanie”.
2. Imienne zaproszenia do uczestnictwa w mammografii, wysyłane do kobiet, są odbierane jako wezwania, a jednocześnie wyraz zainteresowania. Konkretnie informacje o miejscu i dacie badania, zawarte w zaproszeniu, ułatwiają podjęcie decyzji o uczestniczeniu w nim.
 - „Chodzę po wezwaniu”;
 - „A ja dopiero jak dostanę zawiadomienie, to idę, a tak to nie”.
3. Poszerzenie wiedzy na temat badań profilaktycznych i nowotworów może zwiększyć świadomość zagrożenia, a informacje o sposobach i skutecz-

ności leczenia mogą zwiększyć wiarę w sens profilaktyki. Akcja informacyjna, spotkania z lekarzami specjalistami na temat profilaktyki raka piersi uświadomiłyby kobiety, ale także dawałyby im poczucie, że ktoś o nie dba, interesuje się ich problemami ze zdrowiem:

- „Wiedza czyni cuda (...). Jak człowiek jest uświadomiony i świadomy to zupełnie inaczej myśli”;
- „Takie spotkania jak to, na dużych salach, lekarz jakiś specjalista (...), częściej jakby były takie spotkania, by pomogły, też by było dobrze”;
- „[kto powinien informować] No mi się wydaje, że najbardziej to lekarz (...), to jest najbardziej stosowna sprawa do lekarza”.

Oprócz lekarzy, w takiej akcji mogłyby uczestniczyć kobiety, u których dzięki odpowiednio wcześniej wykonanej mammografii rozpoznano nowotwór we wczesnym stadium zaawansowania, co pozwoliło na skuteczne leczenie.

Aby taka akcja odniosła pożądany skutek, należałoby po niej zorganizować przyjazd mammobusu lub bezpłatny dojazd do ośrodka ze stacjonarnym mammografem.

4. Uświadomienie, że profilaktyka raka piersi polega na regularnych (co 2 lata po 50. rż.) badaniach mammograficznych znacznie zwiększyłoby liczbę kobiet w nich uczestniczących. Nawet kobiety, u których w przeszłości wykonano mammografię (np. 5 lat temu) i uzyskały dobry wynik, nie wiedziały o konieczności powtórnych badań po upływie 2 lat.

Dyskusja

Badania potwierdzają występowanie dodatkowo związku między wewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia a zgłaszaniem się na badania przesiewowe związane z wykrywaniem między innymi raka piersi. W psychologii zdrowia wyróżnia się pojęcie umiejscowienia kontroli zdrowia, a więc przekonania o możliwości wpływania na stan własnego zdrowia i jego poprawę (wewnętrzne umiejscowienie kontroli) lub przekonania o niemożności takiego wpływu (zewnętrzne umiejscowienie) [6]. Z badań przeprowadzonych przez autorów artykułu wynika, że kobiety oczekują inicjatywy „z góry”, co może być skutkiem komunistycznego ustroju politycznego, w którym żyły, gdzie decyzje dotyczące pracy lub zdrowia były im narzucane. Samodzielne zgłoszenie się na mammografię wiąże się z wewnętrznym umiejscowieniem kontroli [7, 8].

Uczestnictwo w badaniach przesiewowych raka piersi wiąże się z lękiem sytuacyjnym. Zaproszenie

jako powód, dla którego kobieta zgłasza się na badanie mammograficzne, znacznie zmniejsza poziom odczuwanego lęku w porównaniu z innymi przyczynami zgłoszenia się [9, 10]. Dlatego taka forma zachęcania do mammografii wydaje się odpowiednia. Na podstawie wywiadu przeprowadzonego przez autorów artykułu można stwierdzić, że zaproszenia motywują do profilaktyki, ponieważ są odbierane jako wezwania. Wydaje się, że dobrym sposobem na zwiększenie frekwencji jest regularne zapraszanie (co 2 lata) do udziału w mammografii, ponieważ każde następne badanie wywołuje mniejszy lęk niż poprzednie [9].

Zdaniem Nęckiego i Górskiego [11], autorytety medyczne nie wykorzystują w pełni możliwości wpływania na postawy wobec badań profilaktycznych. Informacje o badaniach mammograficznych i nowotworach kobiety chciałyby najczęściej uzyskiwać od lekarzy, na co wskazują deklaracje uczestniczek badań fokusowych. Lekarze mogliby być rzetelnym źródłem wiedzy, jednak w codziennej praktyce nie mają oni czasu na działania wykraczające poza leczenie. Z tego powodu warto organizować specjalne spotkania poświęcone tej tematyce.

Z badań przeprowadzonych przez autorów wynika, że kobiety posiadają wybiórczą wiedzę na temat badań profilaktycznych i nowotworów. Jest to zgodne z wynikami wielu autorów, między innymi Nęckiego i Górskiego [11, 12], którzy w swoich badaniach wykazali, że znajomość objawów raka, sposobów leczenia i przyczyn choroby jest niewielka. Zwrócili oni także uwagę na rodzaj źródła informacji. Wiadomości pozyskiwane od fachowców, czyli lekarzy, nie wywołują tak dużego lęku jak wiedza potoczna, opierająca się na stereotypach i negatywnych doświadczeniach związanych z niepowodzeniami terapeutycznymi lekarzy.

Brak wiary w sens profilaktyki można wiązać z niskim wykształceniem i statusem ekonomicznym kobiet uczestniczących w wywiadzie grupowym [13, 14], co jest zgodne z wynikami badań Chojnackiej-Szawłowskiej [15]. Jej zdaniem społeczeństwo można podzielić na dwie grupy: pierwszą, charakteryzującą się wyżej wymienionymi cechami, można uznać za bardziej narażoną na zaniedbania onkologiczne;

druga, lepiej wykształcona i o wyższym statusie ekonomicznym, regularnie kontroluje swój stan zdrowia.

Wnioski

Niska frekwencja na badaniach mammograficznych jest spowodowana:

1. Przyczynami społecznymi, czyli wybiórczą wiedzą na temat profilaktyki nowotworowej, najczęściej opartą na stereotypach. Problem stanowi także brak regularnego korzystania z badań. Stworzenie okazji do udziału w badaniu mammograficznym wydaje się najprostszym sposobem na zwiększenie frekwencji kobiet. Akcja informacyjna, mająca na celu podniesienie poziomu wiedzy, będzie skuteczna, jeśli jednocześnie zapewni kobietom konkretną możliwość przeprowadzenia badań.
2. Przyczynami ekonomicznymi (brak pieniędzy i możliwości poświęcenia całego dnia pracy na dojazd na badanie), które mogą być zredukowane przez dowóz do ośrodków z mammografem stacjonarnym lub akcją przyjazdu mammobusu do miejscowości. Wizyta w mammobusie jest traktowana jako czynność „przy okazji”, niewymagająca skierowania i nakładów finansowych.
3. Przyczynami psychologicznymi, czyli lękiem przed uzyskaniem negatywnych informacji na temat stanu swojego zdrowia, a także brakiem inicjatywy przy podejmowaniu działań prozdrowotnych. Imienne zaproszenia i regularne uczestnictwo w badaniach znacznie obniżają lęk kobiet związanych z badaniami skriningowymi. Zaproszenia są odbierane jako „wezwania”, na które trzeba się „stawić” i jako wyraz zainteresowania ich zdrowiem. Dodatkowo należy zwrócić uwagę na duże możliwości lekarzy, którzy mogliby poszerzyć wiedzę na temat profilaktyki i zachęcać do udziału w badaniach.
4. Przyczynami organizacyjnymi, spośród których trzeba głównie wyróżnić problem z uzyskiwaniem skierowań od niektórych lekarzy. Należałoby zmienić ich postawę wobec badań profilaktycznych przez szkolenia, konferencje itp.

Piśmiennictwo

1. www.nfz.gov.pl
2. Krajowy Rejestr Nowotworów — Centrum Onkologii im. Marii Curie-Skłodowskiej. Warszawa 2003.
3. Krueger R.A. Focus Group; a practical guide for applied research. Sage Publications, Newbury Park 1998.
4. Lisek-Michalska J., Daniłowicz P. Zogniskowany wywiad grupowy. Studia nad metodą. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2004.
5. Maison D. Zogniskowany wywiad grupowy. Jakościowa metoda badań marketingowych. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2001.

6. Izdebski P. Funkcjonowanie osób z chorobą nowotworową po chemioterapii. WSP, Bydgoszcz 1998.
7. Schwarzer R. Social-cognitive predictors of health behavior: action self-efficacy and coping self-efficacy. *Health Psychology: Official Journal Of The Division Of Health Psychology* 2000; 19 (5): 487–495.
8. Schwarzer R. Social-cognitive factors in changing health — related behaviors. *Current Directions in Psychological Science* 2001; 10 (2): 47–51.
9. Chmielarczyk W., Prószyński A., Jobda B., Wysocka-Bo-bryk T., Wronkowski Z., Wesołowska E. Ocena psychologicznych efektów badania przesiewowego raka piersi u kobiet — badanie pilotażowe. *Psychoonkologia* 2004; 8 (1–4): 19–22.
10. Sęk H. Znaczenie zachowań zdrowotnych w psychoonkologii. W: Walden-Gałuszko K. (red.). *Psychoonkologia. Biblioteka Psychiatrii Polskiej*, Kraków 2000; 7–22.
11. Nęcki Z., Górski L. Przekonania i postawy społeczne wobec chorób nowotworowych. W: Kubacka-Jasiecka D., Łosiak W. (red.). *Zmagając się z chorobą nowotworową*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999; 101–122.
12. Russell K., Swenson M., Skeleton A., Shedd-Steele R. The meaning of health in mammography screening for African American women. *Health Care for Women International* 2003; 24: 27–29.
13. Ahmed N.U., Fort J.G., Elzy J.D., Bailey S. Empowering factors in repeat mammography insights from the stories of underserved women. *J. Ambulatory Care Manage* 2004; 4 (27): 348–355.
14. McGarvey L.E., Clavet G.J., Johnson II J.B., Butler A., Cook O.K., Pennino B. Cancer screening practices and attitudes: comparison of low-income women in three ethnic groups. *Ethnicity & Health* 2003; 8 (1): 71–82.
15. Chojnacka-Szawłowska G. Zachowania zdrowotne w profilaktyce onkologicznej. *Psychoonkologia* 2003; 7 (1): 1–5.