

Antonina Ostrowska
Polska Akademia Nauk

PROFILAKTYKA ZDROWOTNA: INTERPRETACJE, DEFINICJE SYTUACJI, RACJONALNOŚCI (PRZYPADEK PROFILAKTYKI GINEKOLOGICZNEJ KOBIET)

Polska należy do krajów o najwyższej w Europie umieralności kobiet z powodu raka szyjki macicy, postaci nowotworu, który jest w pełni wyleczalny, jeżeli odpowiednio wcześniej wykryty. Dzieje się tak mimo szeroko zakrojonych, masowych akcji kierowanych do kobiet, zachęcających je do badań profilaktycznych.

Dlaczego więc kobiety docierają do lekarzy tak późno? Gdzie leży przyczyna ich niechęci do zapobiegania chorobie zagrażającej życiu? Artykuł próbuje odpowiedzieć na te pytania, poszukując przyczyn wśród czynników strukturalnych i społeczno-kulturowych, wyznaczających stosunek kobiet do zdrowia i choroby. Przedstawione wyniki badań dotyczą profilaktyki ginekologicznej kobiet zagrożonych wykluczeniem społecznym.

Główne pojęcia: zdrowie kobiet; profilaktyka; rak szyjki macicy; wykluczenie społeczne.

Problemy z profilaktyką

Rozwój medycyny naprawczej i najnowocześniejszych technologii biomedycznych, traktowany jako panaceum na problemy zdrowotne współczesnych społeczeństw, paradoksalnie doprowadził do postępującej niewydolności systemów opieki zdrowotnej. Zwiększając szanse skutecznego diagnozowania i leczenia, wyzwolił ogromne nadzieje na uzdrawianie nieuleczalnych dawniej przypadków, a wraz z nimi naciski pacjentów na masowe wprowadzanie nowych technologii do praktyki medycznej. Rosnące koszty świadczeń technologicznie zorientowanej opieki zdrowotnej i zapewnienie jej wszystkim potrzebującym stało się ciężarem trudnym do udźwignięcia nawet dla krajów najbogatszych. Sytuacja ta zmuszała do poszukiwania innych możliwości ochrony stanu zdrowia społeczeństw i wymusiła przemianę polityki zdrowotnej z orientacji głównie naprawczej na w coraz większym stopniu zapobiegawczą. Przemianę tę uzasadniały wyniki wieloletnich badań epidemiologicznych, dokumentujących rolę szeroko rozumianej profilaktyki i promocji zdrowia, a także coraz głębsza znajomość czynników ryzyka chorób i coraz precyzyjniejsza diagnostyka wczesnych zmian chorobowych (por. Ostrowska 1999). Choć idea profilaktyki znana jest medycynie od czasów Hipokratesa, to dopiero w latach osiemdziesiątych ubiegłego wieku nastąpiła intensyfikacja programów profilaktycznych, podejmowanych na coraz szerszą skalę praktycznie na całym świecie. Zmieniły się także sposoby oddziaływań; zamiast dominującej uprzednio pozycji przedstawicieli medycyny, świadczących usługi o charakterze zapobiegawczym (np. szczepienia

ochronne), wzrastającą rolę przypisano edukacji zdrowotnej i indywidualnym zachowaniom profilaktycznym ludzi, przenosząc tym samym część odpowiedzialności za zdrowie z instytucji medycyny na jednostki. Zaowocowało to także coraz dłuższymi listami wskazań medycznych, dotyczących właściwego, korzystnego dla zdrowia stylu życia, kontrolowania swojego zdrowia i wpływu psychologicznych, społecznych i fizycznych czynników ryzyka zdrowotnego w środowiskach, w którym ludzie żyją.

U podstaw takiej orientacji legło założenie, że ludzie – realizując podstawową wartość, jaką jest przecież zdrowie – podporządkują swoje zachowania wypracowanym przez medycynę sposobom postępowania, nawet jeżeli będzie to wymagało znacznych przemian w ich dotychczasowych wzorach życia i nawet wtedy, gdy będą one w konflikcie z ich innymi, pozazdrowotnymi wartościami. Założenie takie prowokuje nie tylko szereg pytań o medykaliczację zachowań ludzkich, próbę ich reformowania pod kątem adekwatności do wzorów tworzonych przez medycynę czy nawet kwestie respektowania wolności osobistej, ale także tłumaczy trudności, jakie napotyka wiele akcji profilaktycznych. Większość zachowań (przyzwyczajajeń, nawyków) związanych ze zdrowiem ma bowiem swoje korzenie we wczesnych okresach socjalizacji i z trudem poddaje się reformowaniu w późniejszym życiu, a edukacja zdrowotna działa selektywnie i nie jest wystarczającym narzędziem do osiągnięcia oczekiwanej, powszechnej zmiany. Kwestie selektywności przyswajania prozdrowotnych zaleceń medycyny mogą być z tego powodu interesujące nie tylko dla socjologów medycyny, ale i badaczy struktury społecznej; wiadomo bowiem, że wiele rekomendacji medycyny jest w znacznym stopniu zorientowanych na wzory i wartości klasy średniej, natomiast ma słaby oddźwięk w klasach niższych.

Idea profilaktyki nawiązuje do koncepcji ryzyka; pojęcie chorobotwórczych czynników ryzyka leży u podstaw medycyny zapobiegawczej. O ryzyku tym informują badania epidemiologiczne, wskazując na jego rozkład w społeczeństwie. W miarę postępu tych badań lista czynników ryzyka ulega stałemu przedłużeniu. Może się ono wiązać z czynnikami środowiska fizycznego i społecznego, niewłaściwym stylem życia i praktykami prozdrowotnymi, może też płynąć z wnętrza ciała, jako skutek jego słabości i specyficznej podatności na chorobę („ryzyko ucieleśnione” Kavanagh i Broom 1997). Różne konfiguracje tych czynników sprawiają, że poszczególne kategorie osób są narażone na ryzyko choroby w odmienny sposób.

Profilaktyka, czyli kontrolowanie ryzyka może obejmować różne obszary działań i dotyczyć wszystkich schorzeń, nawet tych o nieznannej etiologii; polega wówczas na podnoszeniu ogólnego potencjału zdrowia i odporności, określanego na ogół jako promocja zdrowia. Wszystkie te działania sprowadzają się do myślenia o zdrowiu wtedy, gdy nic nam nie dolega i dalekie są nam myśli o chorobie i podążającej za nią niepełnosprawności. Zachęcają do nieustannej świadomości ryzyka, nad którym powinniśmy przejąć kontrolę, do monitorowania potencjalnych zagrożeń i wszelkich podejrzanych oznak mogących zwiastować chorobę. Z tego względu nowoczesny dyskurs nad ideą profilaktyki dobrze komponuje się z koncepcją ryzyka (Beck 1992; Giddens 2001) jako istotnego elementu organizującego życie współczesnego człowieka. Świadomość istniejących zagrożeń nie jest jednak ani powszechna, ani równomiernie rozłożona w społeczeństwie.

Z wielu badań prowadzonych na świecie wiadomo, że stosunek do praktyk leczniczych – podobnie jak stan zdrowia – jest zdeterminowany w znacznej mierze pozycją społeczną i kulturą medyczną. W Polsce, osoby w wieku 25 lat o wykształceniu powyżej średniego będą żyły dłużej niż osoby w analogicznym wieku z wykształceniem podstawowym o około 13 lat w przypadku mężczyzn i 9 lat w przypadku kobiet (Wojtyniak i Goryński 2008). Wynik ten jest oczywiście wypadkową wielu czynników: odmiennych warunków życia i pracy, dostępnością opieki zdrowotnej, reakcją na objawy chorobowe. Różnice te uwidaczniają się też wyraźnie w zachowaniach profilaktycznych. Wiadomo, że im niżej na drabinie społecznej ulokowana jest jednostka, tym rzadziej korzysta z wszelkich proponowanych przez system medyczny działań zapobiegających chorobom, a także tym mniej elementów prozdrowotnego stylu życia realizuje w codziennej praktyce. Postrzeganie ryzyka choroby, możliwości kontrolowania go i zarządzania nim jest w niższych klasach społecznych stosunkowo bardziej odległe od zaleceń medycyny. W efekcie społeczne nierówności w zdrowiu i w korzystaniu z opieki zdrowotnej są szczególnie widoczne właśnie w sferze profilaktyki (Cockerham 2004). Zależności te potwierdzają także badania realizowane w Polsce (Ostrowska 2009).

Nie ma niestety polskich statystyk, które pokazywałyby szczegółowe dane na temat chorobowości i umieralności poszczególnych klas społecznych z powodu różnych jednostek chorobowych. Populacyjne badania subiektywnego stanu zdrowia oraz badania kliniczne wskazują jednak, że osoby z niższych warstw społecznych częściej chorują na schorzenia wątroby, kości, stawów, chorobę nadcisnieniową i niedokrwienną chorobę serca, a częściej umierają przedwcześnie z powodu chorób nowotworowych. Szczególnie niepokojący jest fakt wysokiej zachorowalności i umieralności z powodu tych postaci chorób nowotworowych, którym można zapobiegać.

Przykładem takiej choroby jest rak szyjki macicy; umieralność kobiet z tego powodu jest w Polsce ponaddwukrotnie wyższa niż średnia dla krajów Unii Europejskiej, a dynamika jej spadku bardzo powolna. Szacuje się, że jeśli nie ulegnie poprawie, potrzebujemy około 20 lat, aby osiągnąć jej obecny, przeciętny poziom w UE (Wojtyniak i Goryński 2008). Ta wysoka umieralność ma miejsce głównie z powodu niskiej wykrywalności nowotworu we wczesnych, praktycznie bezobjawowych (i całkowicie uleczalnych) stadiach choroby; pacjentki docierające w Polsce na leczenie są najczęściej w stanie wymagającym już kompleksowego leczenia i nie zawsze rokującym dłuższe przeżycie (Kotarski 2007). Można by sądzić, że ogólnodostępne, powszechne badania cytologiczne, nastawione na wykrywanie wczesnych zmian w obrazie komórkowym szyjki macicy powinny zahamować te niekorzystne procesy¹. Jednak realizowany w Polsce, szeroko zakrojony program profilaktycznych badań odnosi alarmująco małe sukcesy; realizowalność badań wśród kobiet

¹ Skrining cytologiczny jest przykładem tzw. profilaktyki wtórnej. Elementem profilaktyki pierwotnej (zapobiegania wystąpienia choroby) jest w przypadku raka szyjki macicy szczepionka przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV). Jest ona jednak w pełni efektywna tylko w stosunku do kobiet przed inicjacją seksualną, a jej koszt jest wysoki, co utrudnia stosowanie jej na skalę masową.

jest niska. Stawia to szereg pytań o przyczyny tego stanu rzeczy, o przyczyny przedwczesnych zgonów kobiet.

Jednocześnie obserwacje klinicystów zdają się wskazywać, że najczęstsze zgony z powodu raka szyjki macicy są udziałem kobiet z niższych warstw społecznych. Potwierdza to szerszą prawidłowość, że wszelkiego rodzaju zachowania profilaktyczne pojawiają się rzadziej w tych właśnie kręgach społecznych i skłania do rozważań na temat adekwatności realizowanych programów profilaktycznych do warunków życia kobiet z tych warstw, ich świadomości zdrowotnej i sposobu, w jaki postrzegają ryzyko choroby. Pojawia się też wątpliwość, czy sytuacja, gdy z programów kierowanych do całych populacji częściej korzystają osoby o wyższym statusie społeczno-ekonomicznym, nie przyczynia się pośrednio do pogłębienia społecznych nierówności w zdrowiu? Czy programy te nie powinny uwzględniać w większym stopniu społecznych i kulturowych różnic pomiędzy potencjalnymi ich adresatami?

Przykład raka szyjki macicy będzie nam służył w dalszej części tego artykułu jako ilustracja problemów z recepcją badań profilaktycznych, ze szczególnym uwzględnieniem tej recepcji wśród kobiet o niskim statusie społeczno-ekonomicznym.

Przesłanki budowania programów profilaktycznych

Większość programów profilaktycznych realizowanych w Polsce koncentruje się na przekazywaniu dość ogólnie zdefiniowanym populacjom treści edukacyjnych identyfikujących zagrożenia dla zdrowia i sposoby ich unikania. Są to na ogół kampanie medialne, dystrybucje materiałów edukacyjnych (ulotek, plakatów) w placówkach służby zdrowia, wykłady lekarzy czy imprezy o charakterze profilaktycznym („białe niedziele”, pikniki zdrowotne” itd.). W przypadku niektórych programów profilaktycznych działaniom tym towarzyszą posunięcia, mające zapewnić konkretne, niezbędne, infrastrukturalne możliwości realizacji określonych zachowań (np. szczepień, badań przesiewowych). Tak jest też w przypadku programów profilaktyki antynowotworowej ukierunkowanych na raka szyjki macicy, które proponują masowe badania skriningowe dla wszystkich kobiet z grup wieku najwyższego ryzyka zachorowań. Zapewniają one możliwość nieodpłatnego wykonania badania cytologicznego w całej Polsce, na które kobiety są zapraszane imiennym zaproszeniem, dostarczonym pocztą, informującym o miejscu i trybie wykonania badania. Kobiety są następnie powiadamiane o wynikach, a w przypadku stwierdzenia niepokojących zmian – kierowane na dalszą, bardziej czułą diagnostykę. Program ten organizowany na skalę masową istnieje w Polsce od 2007 roku².

Wydawać by się mogło, że organizatorzy programu dołożyli wszelkich starań, aby badania te objęły jak najszersze rzesze kobiet. W praktyce napotkały one jednak – jak wspomniałam – i w dalszym ciągu napotykają na znaczne trudności

² Mowa o Populacyjnym Programie Profilaktyki Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy, utworzonym w 2005 roku, w ramach Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych.

w osiągnięciu wysokiego poziomu realizowalności. W efekcie, niezależnie od ograniczonej skuteczności programu, okazał się on też bardzo kosztowny³. W wypowiedziach przedstawicieli medycyny, przyczyn niepowodzeń dopatrywano się głównie wśród samych kobiet – ich niskiej świadomości zdrowotnej i małym zaangażowaniu w sprawę własnego zdrowia. Takie też wnioski można wysnuć z oficjalnego sprawozdania z realizacji programu, które stwierdza brak „nawyku regularnych badań profilaktycznych” (Spaczyński i in. 2010). Niewątpliwie, bezpośrednia przyczyna niskiej realizowalności badań tkwi w zachowaniach samych kobiet; wyjaśnienia takie mają jednak charakter „obwiniania ofiary” i skłaniają do poszukiwania głębszych przyczyn tego stanu rzeczy. Można się zastanawiać, jak dalece zaistniała sytuacja jest wypadkową niewłaściwego funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, który wszak ponosi przynajmniej część odpowiedzialności za świadomość zdrowotną i wzory komunikacji z pacjentkami.

Można tu choćby wskazać na fakt, że list zapraszający wszystkie kobiety na badanie miał taką samą treść, zakładającą ich równą zdolność przedstawionej argumentacji i rozumienia medycznej terminologii. Tymczasem z badań socjologicznych wiadomo, że nie każdy Polak rozumie język, jakim przemawia do niego lekarz (Tobiasz-Adamczyk 2000, 2002). Wiedza na temat ryzyka chorób i sposobów ich pokonywania była też na ogół przedstawiana skrótowo, schematycznie, mając przede wszystkim zachęcić adresatki przekazu do bezrefleksyjnego wdrażania postulowanych działań. Siła perswazji i optymizm towarzyszący takim przekazom upewniały, że korzyści poddania się im są bezdyskusyjne. W przypadku raka szyjki macicy jest to zapewnienie, że poddawanie się cyklicznym badaniom profilaktycznym eliminuje ryzyko tej postaci choroby nowotworowej. Tymczasem praktyka kliniczna wskazuje na istnienie pewnych zakłóceń tej prawidłowości. Są to tzw. wyniki fałszywie pozytywne i fałszywie negatywne (Spaczyński 2007; Jepson i in. 2007). Zdarza się, że pewne postacie nowotworu rozwijają się mimo kontroli cytologicznej, a kolei wyniki negatywne, inicjujące dalsze kroki diagnozowania i leczenia stanów przedrakowych okazują się nieprawidłowe, powodując jednak niepokój czy nawet pewne powikłania u kobiet. Nie dyskwalifikuje to oczywiście sensowności poddawania się badaniom, jednak wiedza o powyższych zakłóceniach przenika do świadomości kobiet, osłabiając racjonalność poddawania się kontrolnym badaniom.

Niezależnie od treści przekazu, poziomu rozumienia i interpretacji komunikatu, warto się także zastanowić nad szerszymi uwarunkowaniami postaw prozdrowotnych kobiet, ich warunkami życia, codziennymi zadaniami i obowiązkami, przekonaniami i nawykami dotyczącymi zdrowia czy choćby miejscem zdrowia kobiety w hierarchii wartości rodziny. Sytuują one bowiem zdrowie kobiet w szerszym społecznym kontekście, który niejednokrotnie przesądza o zachowaniach zdrowotnych, a więc i profilaktycznych. Są one rezultatem nie tylko określonej wiedzy i postrzega-

³ W ciągu trzech lat trwania programu (2007–2009) wysłano 10 755 tys. zaproszeń, a z badań skorzystało 2 256 tys. kobiet. Medyczne i organizacyjne koszty badania wyniosły 35 916 tys. zł; koszt jednostkowego badania wyniósł 67 zł, podczas gdy koszt procedury medycznej był trzykrotnie niższy (Spaczyński i in. 2010).

nia ryzyka, ale także definicji własnej sytuacji i specyficznej racjonalności leżących u podstaw podejmowanych decyzji.

W socjologii medycyny gotowość do zachowań profilaktycznych analizuje się na ogół odwołując się do świadomości zagrożeń, postrzegania indywidualnego ryzyka i balansu między oczekiwanymi zyskami i stratami związanymi z podjęciem działań prewencyjnych. Przykładem takiego podejścia jest Model Przekonań Zdrowotnych (MPZ) (*health belief model*) (Rosenstock 1966; Becker 1974). Według tego modelu stosunek do profilaktyki zależy od trzech grup czynników: indywidualnej percepcji zagrożenia, czynników modyfikujących oraz szacowanych kosztów i zysków, związanych z podjęciem rekomendowanych akcji. Indywidualna percepcja to postrzegana podatność na chorobę „X” i jej potencjalna powaga; czynniki modyfikujące, które należy uwzględnić to z jednej strony obiektywna charakterystyka jednostki (wiek, płeć, klasa społeczna, wiedza medyczna, doświadczenia z chorobą „X” itp.), z drugiej wskazówki do podjęcia akcji (kampanie medialne, rekomendacje lekarza itp.). Wypadkową wszystkich tych elementów będzie poczucie zagrożenia chorobą „X”, które po uwzględnieniu postrzeganych zysków i strat związanych z podjęciem akcji, wyznacza jej prawdopodobieństwo. Model ten pokazuje, że stosunek zarówno do chorób, jak i do zapobiegania im zależy od uwarunkowanej strukturalnie indywidualnej percepcji zakłóceń, jakie choroba może wprowadzić w życie. Jednocześnie jednak zawiera pewne założenia dotyczące racjonalności zachowań zdrowotnych, które zakładają, że są one rezultatem rozpatrzonych alternatyw i świadomie przemyślanych decyzji. Model ten wydaje się więc bardziej adekwatny do sposobu myślenia o zdrowiu klas średnich niż niższych; klasy średnie bowiem w większym stopniu internalizują wzory i normy postępowania medycznego (Ostrowska 2006). W dalszej części tego artykułu, na podstawie danych empirycznych zastanowimy się, jak dalece model przekonań zdrowotnych może wyjaśnić powody niskiej skuteczności masowych programów z zakresu profilaktyki ginekologicznej.

Wyniki badań nad stosunkiem kobiet do profilaktyki ginekologicznej

Ogólnopolskie badanie, poświęcone kwestii postaw kobiet wobec profilaktyki, a szczególnie badań cytologicznych⁴, zrealizowane w 2010 roku ukazało zarówno rozdzźwięk między deklarowanym przekonaniem o słuszności poddawania się takim badaniom a realizowanymi zachowaniami, jak i deklarowaną a faktyczną orientacją co do możliwości wykonania takiego badania w ramach Programu. Wprawdzie niemal wszystkie badane kobiety (97%) wyraziły przekonanie, że regularne (co 2 lata) badania mogą je uchronić przed rakiem szyjki macicy, a 81% wiedziało, że można je wykonać nieodpłatnie, to jednak już tylko co trzecia kobieta orientowała się co do trybu i miejsca realizacji badania w ramach ogólnopolskiego programu skriningowego. I wprawdzie 64% badanych kobiet stwierdziło, że wykonało badanie cytologiczne w ciągu ostatniego roku (także w wyniku indywidualnego skierowania przez

⁴ Badanie zrealizowane przez agencję badawczą MilwardBrown SMG/KRC, na zlecenie Fundacji MSD dla Zdrowia Kobiet. Próba obejmowała 652 kobiety w wieku 25–59 lat.

lekarza), jednak wynik ten wydaje się nieco zawyżony zarówno w zestawieniu z innymi badaniami, jak i statystykami wykonywanych w Polsce badań cytologicznych (Spaczyński i in. 2010). Można sądzić, że kobiety, które wiedzą o potrzebie takich badań, jednocześnie niechętnie przyznają się do tego, że w praktyce je zaniedbują. Także ich deklarowane zrozumienie dla potrzeby i sensowności badań okazuje się powierzchowne; tylko 35% kobiet orientuje się co do przyczyn raka szyjki macicy, a tylko 6% słyszało o HPV (*human papilloma virus*), czyli bezpośrednim sprawcy choroby, prawie połowa kobiet nie wie, w jakim celu robi się cytologię (Glaxo-Smith Kline 2007). Ten niski poziom wiedzy i rozumienia sensowności badania ma nie tylko konsekwencje zdrowotne; pozostaje bowiem w sprzeczności z zasadą „poinformowanej zgody” (*informed consent*) na wszelkie stosowane procedury medyczne.

Trzeba też odnotować szokujący fakt, że 6% kobiet (w wieku 25–59 lat) przyznaje, że nigdy w życiu nie było u ginekologa. Nie są to przy tym – jak można by przypuszczać – kobiety bardzo młode, które nie przeszły jeszcze inicjacji seksualnej, lecz raczej starsze, powyżej 50. roku życia. Kolejne 19% odwiedza ginekologa okazyjnie raz na 3 lata lub rzadziej, co także pozostaje w sprzeczności z możliwością wczesnego wykrywania zmian chorobowych. Częstszym wizytom u lekarza ginekologa, jak i realizacji badań cytologicznych sprzyjają takie cechy jak stosunkowo młodszy wiek, zamieszkiwanie w dużych miastach, relatywnie wyższe wykształcenie i wyższy dochód. Rozkład ten nie jest zaskakujący; może natomiast dziwić fakt, że dane na ten temat nie stały się wskazówką dla odpowiedniego lokalizowania intensywniejszych działań wyjaśniających i propagujących profilaktykę ginekologiczną.

Istniejące różnice pomiędzy kobietami z różnych grup społecznych zilustrują dwa wskaźniki (przedstawione dla skrajnych grup wieku, wykształcenia, miejsca zamieszkania i zamożności): odsetek kobiet, które deklarują, że wykonywały cytologię w ciągu ostatniego roku oraz odsetek kobiet, które odbywają wizyty u ginekologa raz na dwa lata lub rzadziej (wykres 1 i 2).

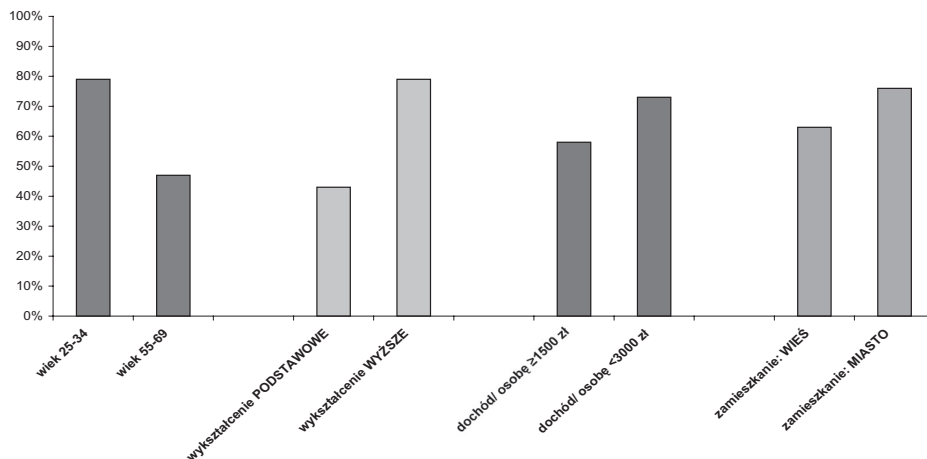
Uwagę zwracają tu stosunkowo większe różnice obserwowane ze względu na wiek i poziom wykształcenia niż na zamożność czy wielkość miejsca zamieszkania. O ile wiek i poziom wykształcenia reprezentują bowiem w większym stopniu poziom wiedzy i świadomości zdrowotnej, o tyle drugie są raczej wskaźnikiem dostępności opieki medycznej, choć są one oczywiście ze sobą ściśle powiązane. Jednak kobiety starsze, niżej wykształcone, częściej sądzą, że nie ma potrzeby wykonywania badań cytologicznych, gdy nie odczuwa się żadnych dolegliwości i te same grupy kobiet są też częściej niż pozostałe przekonane, że badania te nie zmniejszają ryzyka choroby⁵.

Badania sugerują, że niechęć do profilaktyki dotyczy przede wszystkim wizyt u ginekologa i badań ginekologicznych, ocenianych jako szczególnie nieprzyjemne. Dla porównania można wskazać różnice w gotowości kobiet do odwiedzania lekarza ginekologa a kontrolnymi wizytami u lekarzy stomatologów, które także nie

⁵ Wyjaśnienia, jakich udzieliły, były natury fatalistycznej – „co ma być to będzie”. Postawy takie były szczególnie częste wśród kobiet z wykształceniem podstawowym (47%), wśród kobiet z wyższym wykształceniem – 5%.

uchodzą za przyjemne. Pokazują one, że w ciągu ostatniego roku niemal dwukrotnie więcej kobiet odwiedzało gabinet stomatologiczny niż ginekologiczny (43% do 25%), przy czym niemal dwukrotnie częściej też kobiety pokrywały koszt prywatnej wizyty u dentysty niż ginekologa (66% do 37%). Być może wpływa na to doraźność dolegliwości w przypadku schorzeń uzębienia, lepsze rozumienie natury profilaktyki stomatologicznej czy nawet estetyczne aspekty zadbanego uzębienia. Z drugiej strony jednak ból zęba nie bywa przyczyną zgonu. To, co jednak zasadniczo różnicuje oba rodzaje nieprzyjemności, to trudności związane z naruszeniem intymności w badaniu ginekologicznym, które w większym lub mniejszym stopniu stanowi problem dla wielu kobiet, nie tylko w Polsce (Emerson 1987). Fakt, że kobiety nie końca rozumieją potrzebę profilaktyki ginekologicznej, a także fakt, że rak szyjki macicy przez długi czas rozwija się bezobjawowo, osłabia percepcję ryzyka i nie pomaga kobietom w przekraczaniu zażenowania związanego z badaniem intymnych części ciała. Postawę taką wzmacniają czynniki systemowe, związane z ciągle jeszcze zbyt małą subiektywną i obiektywną dostępnością badań.

Wykres 1. Liczba kobiet, które w ciągu ostatniego roku wykonała badania cytologiczne (skrajne kategorie wieku, wykształcenia, dochodu, miejsca zamieszkania – w %)

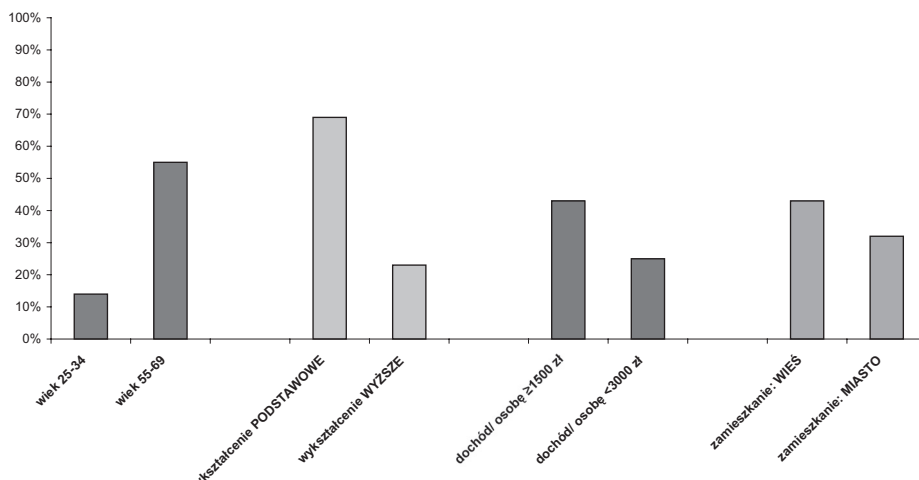


Przytoczone wyżej wyniki zostały potwierdzone przez kolejne badanie zrealizowane w 2011 roku („Raport Siemens” Łuszczyńska, Bukowska-Durawa 2011)⁶. Analizując indywidualne bariery – a więc czynniki zależne od samych kobiet – wskazano, że niskie uczestnictwo Polek w badaniach cytologicznych nie wiąże się z brakiem wiedzy czy niskim poczuciem zagrożenia nowotworami, lecz jest wypadkową

⁶ W badaniu wzięło udział 1231 kobiet; 817 zbadano indywidualnie za pomocą kwestionariusza, 516 kobiet wzięło udział w badaniu internetowym.

szeregu szczegółowych barier, które w ostatecznym efekcie osłabiają motywację do ich wykonania. Bariery te wiązały się z organizacją własnego życia, brakiem czasu i trudnościami uporania się z codziennymi obowiązkami, priorytetami dla innych spraw, a także z dyskomfortem związanym zarówno z badaniem ginekologicznym, jak i rozmawianiem o dolegliwościach kobiecych i chorobach nowotworowych. Badania ujawniły, że blisko 60% kobiet nie rozmawia w ogóle na ten temat z innymi, nawet bliskimi sobie kobietami. Nie jest zatem wśród nich powszechne przekazywanie sobie informacji, zachęcanie i udzielanie wsparcia czy choćby przypominanie o konieczności wykonania badania.

Wykres 2. Liczba kobiet, które były ostatni raz u ginekologa 2 lata temu lub dawniej (skrajne kategorie wieku, wykształcenia, dochodu, miejsca zamieszkania – w %)



W tym miejscu warto przywołać kolejne badanie, które nakierowane było na rozpoznanie wiedzy, postaw i zachowań związanych z profilaktyką ginekologiczną kobiet z ubogich, zagrożonych wykluczeniem społecznym środowisk⁷. Badanie to, zrealizowane przy wykorzystaniu metod jakościowych, pokazuje szereg indywidualnych i społecznych uwarunkowań (nie)korzystania z badań profilaktycznych, a tym samym wyznacza bardziej szczegółowe kierunki efektywniejszych działań. Pozwala prześledzić sposób myślenia i podejmowania decyzji związanych ze zdrowiem wśród kobiet zajmujących relatywnie najniższe pozycje społeczne i doświadczających różnorodnych efektów nierówności w sferze zdrowia – zarówno obiektywnych, jak i tworzonych subiektywnie.

Badaną grupę stanowiły 24 kobiety rekrutujące się z dwóch grup wieku (25–35 lat oraz 50–60 lat), utrzymujące się długookresowo z zasiłków pomocy społecznej, wskazane przez Gminne/Miejskie Ośrodki Pomocy Społecznej jako osoby zagro-

⁷ Badanie własne, zrealizowane w IFiS PAN dzięki grantowi badawczemu Fundacji MSD dla Zdrowia Kobiet.

żone wykluczeniem społecznym⁸. Połowa badanych kobiet zamieszkiwała na wsi (w tym pięć na wsi popegeerowskiej), połowa w małych miastach (do 30 tys. mieszkańców)⁹.

Uzasadnienia dla braku dostatecznych zachowań profilaktycznych poszukiwano wśród czterech rodzajów czynników:

- 1) ogólna sytuacja życiowa, deprywacja podstawowych potrzeb;
- 2) nieadekwatna wiedzy medyczna, niska świadomość zdrowotna, „nieuświadomione ryzyko” chorób nowotworowych;
- 3) mała (obiektywna i subiektywnie postrzegana) dostępność infrastruktury medycznej;
- 4) czynniki społeczno-kulturowe (ogólne orientacje życiowe, wartości, przekonania związane ze zdrowiem).

Zgodnie z wynikami innych badań nad doświadczaniem ubóstwa (Tarkowska red. 2000; Palska 2000; Kawczyńska-Butrym 2001) niewątpliwie bieda i trudne warunki życiowe przyczyniają się, bezpośrednio lub pośrednio, do zaniechania badań profilaktycznych. Niski standard materialny wymusza koncentrację na bieżących sprawach egzystencjalnych (wyżywienia, ubranie, ogrzewanie, bieżące opłaty), przez co kwestie zdrowia przesuwane są na dalszy plan. Przedmiotem konsultacji i leczenia są przede wszystkim ostre dolegliwości. W przypadku ubóstwa, złych warunków mieszkaniowych (ciasnoty, brudu, nieremontowanych od lat domów) i nakładających się na to problemów rodzinnych czy wręcz obecności patologii w rodzinie – kobiety niezdolne do radzenia sobie ze wszystkimi tymi problemami, zaniedbują własne zdrowie, a także pogrążają się w apatii, bezradności i niemożności podejmowania aktywnych działań (por. Palska 2002).

Dobrym predykatorem negacji potrzeb własnego zdrowia zdawał się poziom uzależnienia od pomocy społecznej i traktowanie uzyskanych od niej środków jako trwałego „sposobu na życie”. Było to szczególnie wyraźne wśród kobiet żyjących od lat na zasiłkach, nigdy niepracujących i niewykazujących zainteresowania podjęciem pracy. Oprócz wyraźnie gorszych warunków życiowych, zaniedbania mieszkań czy niskiej higieny, charakteryzowała je szczególna bierność i apatia, które przekładały się także na ich sposoby myślenia o zdrowiu. Były to na ogół kobiety młode, nieuskarżające się jeszcze na żadne choroby i dolegliwości, jednak ich świadomość zdrowotna i stosunek do profilaktyki sprawiały, że to je trzeba traktować jako grupę szczególnego ryzyka. Sytuacje takie charakteryzowały wszystkie badane kobiety ze środowisk dawnych PGR-ów. Specyficzne miejsce zajmowane przez nie w społecznej przestrzeni biedy, bezrobocia i braku perspektyw zawężyły nie tylko ich możliwości wpływu na własne zdrowie, ale nawet ograniczały próby intencjonalnego dbania o nie (por. Kawczyńska-Butrym 2001). Starsze kobiety były już na ogół

⁸ Czynniki wykluczenia społecznego, o których tu mowa, to przede wszystkim bieda, chroniczne bezrobocie w rodzinie, wielodzietność, niekompletność rodzin, niepełnosprawność, patologie w rodzinie. W praktyce, w wielu przypadkach czynniki te występowały wspólnie.

⁹ Ze wszystkimi kobietami przeprowadzono pogłębione wywiady (rejestrowane na taśmie magnetofonowej, a następnie spisano, zachowując dokładany przebieg wywiadu i słownictwo respondentek).

bardzo schorowane i leczyły się (lub powinny się leczyć) z powodu wielu chorób przewlekłych. Ponieważ na leczenie wszystkiego brak pieniędzy, koncentrowały się przede wszystkim na tych dolegliwościach, które są najbardziej dokuczliwe lub postrzegane jako zagrażające życiu.

Zarówno młodsze, jak i starsze kobiety mało wiedzą o chorobach kobiecych i sposobach chronienia się przed nimi. Wiedza, jaką demonstrowały, była zarówno niekompletna, jak i obciążona mylnymi przekonaniem (np. „chorują na nie kobiety, które nie rodziły” [K. 56 lat], „tylko kobiety starsze, które rodziły wiele razy” [S. lat 30], a choroby często postrzegane są jako zdarzenie losowe „każdego może to spotkać”). Nie zawsze znają budowę swoich wewnętrznych narządów rodnych i nie potrafią ich zlokalizować. Wyjaśnienia, jakie oferują, są czasem wręcz kuriozalne („szyja macicy, to taka narośl na macicy” [I. lat 50]). Wprawdzie znają na ogół takie terminy, jak cytologia czy mammografia i łączą je chorobami nowotworowymi („to czy nie ma raka, tak? [M. 53 lata] „to przede wszystkim ten rak, co teraz jest modny” [W. 52lata]), jednak nie rozumieją ich sensu („cytologia to badanie, które robi się w ciąży” [K. 27lat]) lub myślą z innymi badaniami („polega na pobraniu krwi” [S. 30 lat]). Ten niski poziom wiedzy nie jest zaskakujący w świetle faktu, że rzadko kontaktują się ze światem medycyny, nie są zainteresowane materiałami edukacyjnymi dostępnymi w przychodniach lekarskich (lub też nie rozumieją ich treści), nie czytają czasopism dla kobiet, w których pojawiają się informacje o chorobach kobiecych, a wizytując lekarzy koncentrują się wyłącznie na doraźnym, konsultowanym problemie. Jak wynika z ich relacji, rzadko też same zadają lekarzom pytania, czy próbują wyjaśnić wątpliwości; raczej tylko odpowiadają na pytania zadane przez niego. Przeszkodą jest tu także – ujawniający się w czasie wywiadów – pełen skrepowania stosunek do własnego ciała i narządów płciowych, o których nawet trudno mówić bez uciekania się do eufemizmów – typu „ból w dole brzucha”, „krwawienie z dołu”¹⁰. Odczuwane zażenowanie i jednostronna komunikacja nie stwarza szansy na pogłębienie posiadanych informacji. Nieznajomość własnego ciała, nieprawidłowe rozumienie i interpretacja terminów medycznych nie tylko zakłóca komunikację i przebieg relacji między lekarzem a pacjentką, ale także staje się źródłem niepokoju i wywołuje lęk u tej ostatniej, zniechęcając do dalszych kontaktów. Podstawowym źródłem wiedzy o zdrowiu, chorobie i świecie w ogóle jest telewizja, jednak kobiety oglądają na ogół tylko seriale i pojawiające się w przerwach reklamy.

Sytuacja powyższa skłania do refleksji na temat kapitału społecznego, jakim dysponują kobiety. Nie uczestniczą one w życiu środowiska lokalnego, a ich kontakty społeczne sprowadzają się głównie do członków rodziny (por. Tarkowska red. 2000). Relacje z nimi (na ogół także biednymi i niedysponującymi istotnymi zasobami) są w stanie dostarczyć raczej wsparcia emocjonalnego w trudnych sytuacjach, niż zape-

¹⁰ Silne tabu własnej cielesności odnosi się przede wszystkim do narządów rodnych; kobietom znacznie łatwiej mówić o piersiach, które – jak można sądzić wskutek częstej obecności w mediach – przestały być już tak intymną częścią ciała. To przesądza także o tym, że kobiety częściej gotowe są do poddawania się badaniom mammograficznym w „mammobusach” (objazdowy mammograf w autobusie) niż cytologicznym w „cytobusach”.

wniają realną pomoc. Ich świat społeczny, dostęp do informacji, rodzaj kontaktów z instytucjami (głównie roszczeniowy), więzi i relacje z innymi ludźmi nie stwarzają sytuacji sprzyjających ani poprawie sytuacji, w której żyją, ani kształtowaniu właściwych postaw wobec zdrowia. Ograniczone kontakty społeczne zubożają także zakres „systemu odniesień laickich” (Freidson 1972), stanowiący źródło rekomendacji, porad i pomocy ze strony przyjaciół, sąsiadów czy innych osób uchodzących za kompetentne w sprawach zdrowia. Ich strategie życiowe są z konieczności bardziej indywidualistyczne niż społeczne (Giza-Poleszczuk 2000), co przy jednoczesnym niskim poziomie takich zasobów, jak pozycja społeczna i wykształcenie, pogłębia ich zagrożenie społeczną marginalizacją.

O ile poziom wiedzy zdaje się nie różnicować kobiet młodszych i starszych, to – paradoksalnie – wyraźnie różnicuje je regularność badań cytologicznych. Faktycznie częstsze, niemal regularne wykonywanie badań cytologicznych wśród kobiet młodszych nie jest jednak efektem wyższej świadomości zdrowotnej, lecz kolejnych ciąż. Wszystkie badane kobiety z młodszej grupy wieku mają już co najmniej 2–3 dzieci, a więc mają za sobą obligatoryjne wizyty u ginekologa związane z prowadzeniem ciąży. Przy okazji każdej ciąży lekarz kieruje je na badania cytologiczne. Także uzyskanie recepty na antykoncepcyjne środki hormonalne wymaga kontaktu z lekarzem i stwarza okazję wykonywania badań cytologicznych (ze skierowania lekarza).

Ciąże i porody są podstawowym przeżyciem egzystencjalnym w życiu kobiet, które też wyznaczają specyficzny kalendarz życiowy. Różne wydarzenia relacjonuje się jako mające miejsce „przed ciążą z córką” czy „po porodzie syna”. Nawet kobiety małomówne, z którymi trudno nawiązać dialog, chętnie i obszernie opowiadają o swoich ciążach, a przeżycia z nimi związane traktowane są jako naturalna powinność kobiet. W sensie medycznym są postrzegane jako przypadki „nagle” wymagające interwencji i są regulatorem wizyt u ginekologa. Ciąża jest więc zwykle jedynym okresem (obligatoryjnych) systematycznych wizyt u ginekologa. Niejednokrotnie pierwsza w życiu wizyta u ginekologa wiąże się z zatrzymaniem miesiączki i podejrzeniem o ciążę. Drobne lub niekłopotliwe dolegliwości nie wymagają ich zdaniem konsultacji z lekarzem, np. lekkie krwawienie po stosunku nie jest objawem choroby. Poza ciążą konsultacji wymagałyby ewentualnie silne krwawienia i silne bóle w dole brzucha (niezwiązane z okresem).

Dbałości o zdrowie ginekologiczne sprzyjają uprzednie epizody hospitalizacji z powodu chorób narządów rodnych. Kobiety, które były hospitalizowane, przeszły zabiegi czy operacje ginekologiczne w przeszłości, są bardziej uwrażliwione na profilaktykę, a także bardziej oswojone z badaniem ginekologicznym. Samo badanie ginekologiczne jest oceniane jako krępujące i przykre, choć kobiety przeważnie zastrzegają, że lekarze dokładają starań, aby nie było bolesne. Czasem w ich ocenie objawy, z jakimi przychodzą, są nieprzyjemne i wstydliwe (nieprzyjemny zapach), co wpływa na opóźnienie kontaktu z lekarzem. Sama konieczność rozebrania się jest żenująca.

W gabinetach lekarzy ginekologów nie zawsze panuje atmosfera należytą intymności. Pojawiają się opisy badań w gabinetach bez parawanu lub – jak w poniższym przypadku – przy otwartych drzwiach na korytarz: „Dwa lata temu miałam taką

przykrą sytuację, że zniechęciłam się i nie pójdę tam więcej. Nie mogłam wejść na leżankę, pomogła mi pani doktor, weszłam, ale podczas badania kazała mi samej sobie przytrzymać ten wziernik. Nie bardzo mogłam, więc poszła po pielęgniarkę, ale nie zamknęła drzwi. A ja na tym samolocie, drzwi otworzyła na poczekalnię, mężczyźni siedzieli tam, Boże.” [C. lat 53].

Starszym kobietom łatwiej przezwyciężyć poczucie zażenowania i wstydu – jednocześnie jednak uważają, że mają mniej powodów, aby odwiedzać lekarza ginekologa. Są przekonane, że nie ma w ogóle potrzeby odwiedzania lekarza, gdy nic nie dolega. Ma to charakter ogólnego stanowiska dotyczącego jakichkolwiek problemów zdrowotnych, nie tylko zrelatywizowanych do zdrowia ginekologicznego. Jeśli chodzi o ginekologa, w przypadku wielu kobiet ostatnia wizyta ma miejsce po urodzeniu ostatniego dziecka. Bywa, że są to okresy kilkunastu, a nawet kilkudziesięciu lat („syn ma 42 lata, to ostatni raz byłam wtedy u ginekologa” [R. 65 lat]). Brak zainteresowania zdrowiem ginekologicznym intensyfikuje się w okresie menopauzy. Zanik funkcji rozrodczych, brak miesiączki, przez niektóre starsze kobiety traktowany jest równoznacznie z brakiem organów kobiecych.

Generalnie kobiety potwierdzają potrzebę wykonywania okresowych badań cytologicznych, choć deklaracje ich dotyczące bywają niejednokrotnie mechanicznie powtarzanymi sloganami kampanii telewizyjnych: „zrób badanie – nie pakuj się do trumny” czy „nie płąć za błędy – zapobiegaj” [D. 26 lat], które nie zawsze się nawet zapamiętuje („właśnie, jeżeli widziałam te reklamy na przykład w telewizji czy gdzieś, coś było nagłośnione, to właśnie tak przez te parę minut, jak to widziałam, o sobie pomyślałam, ale potem zapomniałam. Człowiek zapomina o sobie” [T. lat 30]). Wiedza ta nie przekłada się więc na konkretne działania, a powodów tych zaniechań kobiety nie potrafią określić („no nie trafia to do mnie” [W. 52 lata], „jakoś tak wyszło, odkładałam, odkładałam i ciągle nie mogę się wybrać”). Na ogół kobiety nie dostrzegają też związku między swoimi działaniami a stanem zdrowia narządów rodnych. Jeżeli już, to najczęściej mówią tu o potrzebie higieny osobistej.

Z wypowiedzi niektórych kobiet można wnioskować, że niechęć do cytologii (szczególnie wśród starszych) jest zakorzeniona w postawach wobec chorób nowotworowych. Doświadczenia chorób czy zgonów z powodu raka w najbliższym otoczeniu i przekonania związane zarówno z ich etiologią, jak i możliwościami leczenia stwarzają tu szczególnie kontekst dla gotowości podejmowania badań profilaktycznych. Nie jest on jednolity. W niektórych przypadkach uwrażliwia i nakłania do działań zapobiegawczych – w innych wręcz odstrasza i raczej skłania do dystansowania się od nich. Pojawia się także problem wyników fałszywie negatywnych: „miałam taki przykład z koleżanką, zrobiła mammografię, po paru miesiącach przyszło pismo, że ma iść do onkologa natychmiast. Zrejstrowała się, czekała dwa miesiące, przez dwa miesiące o mało nie osiwiła i okazało się że nic nie wykryto” [W. 58 lat].

Prawie wszystkie badane kobiety w swoim doświadczeniu życiowym stykały się z przypadkami osób chorujących i umierających na raka, często w najbliższej rodzinie. Relacjonując te doświadczenia, mówią o raku jako chorobie powodującej ogromne cierpienia i prowadzącej do śmierci. Są to opisy pełne dramatyzmu: „[mama] dowiedziała się w tamtym roku, że ma raka macicy czy coś takiego, ona

po prostu nie mogła się załatwić tak chlustało z niej krwią, wypadały z niej grudki mięsa, ginekolog trzy miesiące zwlekał, potem ją skierował do Z. [do szpitala], to przed świętami trzy miesiące leżała.” [A. lat 28]. Niejednokrotnie przytaczają przypadki szybkich zgonów, także osób, które rzekomo dbały o zdrowie i profilaktykę: „bardzo mało osób na raka, jak zachoruje, czy to jest rak piersi, czy jelit czy szyjki macicy, mało osób przeżywa. Tutaj wujek brata zmarł na raka żołądka, jelit, drugi brat tak samo” [D. lat 28]. Rodzi to wątpliwości co do sensowności badań kontrolnych: „w lutym zmarła moja siostra najstarsza... brzuch ją bolał cały czas, zrobili, ginekologicznie w porządku. W grudniu miała wszystkie badania, a w styczniu na końcówce jak ją wzięło mocniej, związała się z bólu, wzięli do G. do szpitala, może dopiero porządne badania zrobili. Trzy tygodnie i poszła na drugi świat. Teraz już w te badania całkiem nie wierzę” [K. lat 56]. Tak więc na odczuwane niepokoje związane z zagrożeniem chorobami nowotworowymi i antycypowanym cierpieniem nakładają się dysfunkcjonalności służby zdrowia (opóźnienie diagnostyczne, decyzje o hospitalizacji), na które nie ma się wpływu, a które pogłębiają poczucie stresu związanego z chorobą.

Opinie na temat rozpowszechnienia i genezy raka w ogóle są zróżnicowane. Dominuje przekonanie, że jest to choroba, na którą może zachorować każdy i trudno powiedzieć od czego to zależy – sprawa losowa. W genezie raka narządów rozrodczych pojawiają się też opinie, że chorują kobiety, które nie dbają o higienę intymną, wiele razy przerywały ciążę lub mają wielu partnerów seksualnych (można jednak wywnioskować, że nie kryje się za tym wiedza o HPV, tylko potępienie moralne). Aby zapobiegać, należy więc „dbać o czystość, unikać jakichś tam seksualnych z różnymi osobami z takimi, co nie powinno się, no. Jak się jest mężatką, to wiadomo już, że nie trzeba szaleć” [M. lat 53]. Niejednokrotnie dominuje fatalizm: „widocznie tak musiało być, bo jednak w każdym człowieku jest rak, tylko jest uspijony” [E. lat 30], „wszystko zależy od tego co jest zapisane na górze” [K. lat 56]. Tak więc brak wiedzy jest często kompensowany przekonaniem, które ograniczają odpowiedzialność za własne zdrowie.

Bywa, że lęk przed rakiem, jego wykryciem i towarzyszącymi temu przeżyciami działa na kobiety paralizująco. Niektóre z nich (szczególnie starsze) wręcz przyznają, że nie robią badań, bo obawiają się stresu towarzyszącego świadomości choroby: „Lepiej nie dowiedzieć się i nie myśleć o tym, dlatego że stres zabija bardziej niż ta choroba” [A. 32 lata], „Przyszło zaproszenie na badanie, ale nawet nie chciałam tego czytać. Nie chcę tego wiedzieć” [W. lat 52]. Wypowiedzi powyższe wskazują, że wykorzystywanie lęku przed nowotworami jako elementu programów profilaktycznych nie jest właściwą strategią, a czasem powoduje wręcz odwrotny efekt. Respondentki, szczególnie te, które miały doświadczenia z chorobami nowotworowymi w rodzinie, zdają sobie też sprawę, że leczenie raka jest męczące, długotrwałe, kosztowne i nie zawsze zakończone sukcesem. Pojawia się więc pytanie, jeżeli nie ma możliwości skutecznego leczenia – to po co się badać. Tak więc doświadczenia z chorobami nowotworowymi płynące z najbliższego otoczenia, profesjonalne (nie zawsze zrozumiałe) informacje, własne obawy i odczucia składają się na swoiste, indywidualne interpretacje zagrożeń niesionych przez chorobę, konfrontacje z nią i możliwości jej

unikania; interpretacje, które mogą być zdecydowanie odległe od wzorów propagowanych przez medycynę.

Bieda, fakt zamieszkiwania na peryferiach prowokują też pytanie o dostępność opieki zdrowotnej. Fizyczne dotarcie do lekarza ginekologa (odległość) nie było jednak wyraźniej sygnalizowane jako problem, podobnie jak możliwości uzyskania wizyty, choć wskazywano na pewne utrudnienia (czas oczekiwania, koszt dojazdu, brak zastępczej opieki nad dziećmi itp.). W niektórych przypadkach kobiety narzekały na zbyt krótki czas trwania wizyty (np. 10 minut wraz z badaniem); w ich opinii lekarze „za bardzo się spieszą” i spóźniają na wizyty. Stanowi to źródło dyskomfortu szczególnie dla pacjentek, które mają opory przed nawiązaniem kontaktu z lekarzem, nie potrafią zwerbalizować swoich problemów czy wyjaśnić wątpliwości. Nie ma też praktycznie wyboru między lekarzami. W tej sytuacji zdarza się, że kobiety, pomimo ograniczonych zasobów materialnych, decydowały się na wizyty prywatne. Były to jednak tylko nieliczne przypadki. Lekarze przyjmujący prywatnie są oceniani znacznie lepiej, jeśli chodzi o staranność, i dokładność i czas trwania badania, a także ilość informacji związanych z aktualnym problemem zdrowotnym. Pomimo tych szczegółowych zastrzeżeń, nie wydaje się, aby dostępność opieki zdrowotnej w ramach NFZ była istotną przeszkodą dla profilaktyki (szczególnie uwzględniając ofertę wspomnianego wcześniej Programu Populacyjnego). Także same kobiety nie uskarżają się na trudności z dostępem do opieki podstawowej (choć gorzej ze specjalistyczną). Oczywiście należy pamiętać, że dostępność ta była oceniana z perspektywy subiektywnych potrzeb zdrowotnych, które – jak można się było przekonać – nie są wygórowane.

Można odnieść wrażenie, że to raczej w natłoku codziennych spraw, problemów i trudności nie ma atmosfery do myślenia o własnym zdrowiu, gdy nie sygnalizuje ono jakichś dramatycznych potrzeb. W hierarchii wartości kobiet zdrowie dzieci lub wnuków znajduje się wyżej niż ich własne. Najszybciej reaguje się na problemy zdrowotne dzieci, choć najpowszechniejszą reakcją jest leczenie domowymi środkami (zioła, leki dostępne bez recepty), a dopiero gdy okazuje się ono nieskuteczne, konsultuje się z lekarzem (por. Palska 2002). O zdrowie mężów i konkubentów dba się nieco mniej; w młodszych grupach wieku są oni jednak na ogół jeszcze zdrowi. Problemy zdrowotne mężów pojawiają się wśród kobiet ze starszej grupy wieku. Problemem są wówczas pieniądze na leczenie i lekarstwa dla partnera. Chroniczny brak pieniędzy wyznacza więc swoistą strukturę wartości zdrowia w rodzinie. Na końcu hierarchii potrzeb zdrowotnych rodziny znajduje się na ogół zdrowie kobiety.

Powyższa obserwacja skłania do spojrzenia na kwestie praktyk zdrowotnych kobiet także z perspektywy gender. Potwierdza ona patriarchalny typ relacji między kobietami a ich mężami/partnerami; układ symbolicznej władzy w ich rodzinach sprawia, że potrzeby kobiet niejednokrotnie dostrzegane są w ostatniej kolejności – po potrzebach dzieci i swoich mężczyzn. I nie chodzi przy tym bynajmniej o praktyki zdrowotne, lecz także szereg podstawowych potrzeb życiowych, takich jak jakość żywienia czy odpoczynku (por. Palska 2000). Kobiety zdają się akceptować tę sytuację. Sądzić można jednak, że to nie tylko kwestia „kontraktu płci” wywiera swoje piętno na podrzędnym sytuowaniu swoich potrzeb przez kobiety. Życie w ubóstwie,

trwale poczucie zagrożenia, odczuwana bezradność i brak kontroli nad swoim życiem pogłębiają lęk przed samotnością i wykluczeniem. Mężczyzna w domu (mąż, ojciec dzieci) neutralizuje chociaż część obaw przed samotnym zmaganiem się z życiem – nawet jeżeli jego obecność jest źródłem dodatkowych problemów i wymaga wyrzeczeń czy wręcz poświęceń, także kosztem własnego zdrowia.

Społeczne uwarunkowania przekonań i zachowań profilaktycznych kobiet zagrożonych wykluczeniem społecznym wykraczają więc znacznie poza braki wiedzy i świadomości zdrowotnej w zakresie czynników ryzyka rozmaitych, grożących im chorób. Zamieszczone w tym tekście relacje z niewielkiej liczby wywiadów nie mogą oczywiście stanowić wystarczającej reprezentacji sposobu myślenia i uwarunkowań związanych ze zdrowiem wśród kobiet żyjących w skrajnie trudnych warunkach. Przedstawione wyżej tendencje mają raczej charakter hipotez wymagających potwierdzenia w dalszych badaniach. Niemniej jednak sądzić można, że wiele z powyższych informacji przedstawia wierny obraz społecznego kontekstu, w jakim w funkcjonuje zdrowie ginekologiczne i praktyki dbania o nie.

Zachowania profilaktyczne. Definicje sytuacji, racjonalności

Jeżeli zachowania profilaktyczne są reakcją na postrzegane ryzyko zachorowania i przewidywane konsekwencje choroby, to widać, że reakcje te mogą być bardzo różne i niekoniecznie zgodne z modelem racjonalności zachowań prozdrowotnych wypracowanym przez medycynę. Jak zauważa jednak David Mechanic (1972), ta rozbieżność między potocznymi koncepcjami tego, co wymaga jakiegokolwiek interwencji medycznej, od wskazań klinicznych jest istotną słabością profilaktyki medycznej. Świat zdrowia i choroby podlega bowiem specyficznym interpretacjom i znaczeniom nadawanym sprawom, wobec których ludzie podejmują działania. Wpływanie nań wymaga uwzględnienia nie tylko obiektywnej dostępności oferty medycznej, ale także subiektywnych definicji sytuacji (oddzielonych od obiektywnych warunków funkcjonowania, por. Znaniecki 1971) potencjalnych aktorów. Szttywne programy profilaktyczne nie uwzględniając przekonań adresata, próbują go niejednokrotnie skłonić do decyzji irracjonalnych z punktu widzenia jego doświadczeń i subiektywnie postrzeganych warunków, w jakich się znajduje. Tymczasem z jego perspektywy to właśnie indywidualne interpretacje i definicje sytuacji leżą u podstaw racjonalności konkretnych zachowań profilaktycznych.

Wyniki przedstawionego uprzednio badania pozwalają nam z pewnym przybliżeniem odtworzyć specyficzną „racjonalność”, jaka towarzyszy decyzjom o eliminowaniu profilaktyki ginekologicznej z życia kobiet żyjących na pograniczu wykluczenia społecznego.

Na całokształt procesu decyzyjnego o mniej lub bardziej świadomym wykonywaniu/unikaniu profilaktycznych badań ginekologicznych wpływa niewątpliwie znacznie więcej czynników; także tych związanych z warunkami życia, posiadanym wykształceniem, ogólną świadomością i kulturą zdrowotną czy obiektywnymi możliwościami wykonywania takich badań. Ich realizacja zależy od wszystkich tych elementów przetworzonych w definicji sytuacji i wynikającego z niej postrzegania

swoich potrzeb, możliwości i obligacji. Te z kolei są także efektem takich zasobów psycho-społecznych, jak zdolności poznawcze, poczucie własnej skuteczności czy ogólnie poczucia koherencji (Antonovsky 1995). Zaniechanie wykonywania badań czy ich przewlekłe odkładanie w czasie jest też efektem wyboru, że inne sprawy (zadania, wartości) mają aktualnie większe priorytety.

Schemat 1. Proces decyzyjny związany z poddaniem się badaniom profilaktycznym

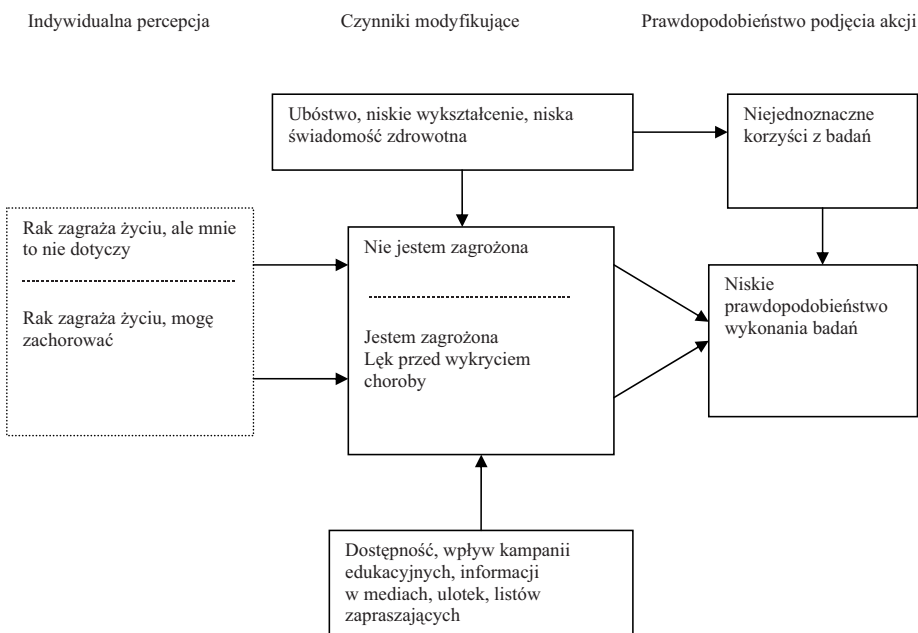
Świadomość zdrowotna (wiedza, postawy)	Definicja sytuacji	Przesłanki decyzji. Decyzja.
<p>RAK</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rak jest groźną, śmiertelną chorobą, wywołującą silny lęk • Rak rozwija się w każdym wieku • Życie ze świadomością choroby (nawet bez objawów) jest stresujące <p>LECZENIE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rak i sposoby jego leczenia są źródłem cierpień • Leczenie raka jest kosztowne i wymaga długotrwałych pobytów w szpitalu • Leczenie raka jest często nieskuteczne <p>PROFILAKTYKA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cytologia, to badanie, które wykonuje się w ciąży • Nie ma potrzeby chodzić do ginekologa, jak nic nie dokucza • Lekkie bóle, krwawienie po stosunku nie jest powodem do niepokoju • Badanie jest wstydlive, nieprzyjemne • Wykonanie badania nie chroni przed chorobą • Wszystko leży w rękach Boga, opatrności 	<ul style="list-style-type: none"> • Istnieje zagrożenie (w sensie ogólnym) • Wolę nie wiedzieć, na coś trzeba umrzeć • Obawiam się zarówno raka jak i leczenia • Leczenie jest niepewne, bolesne i w mojej sytuacji trudno dostępne • Leczenie wprowadzi zakłócenia w moim życiu • Mnie to nie dotyczy (nie ma powodu aby iść do lekarza) • Nie mam wpływu na to co się wydarzy 	<p>Nakłady (stres, koszt, cierpienie, wstyd, dezorganizacja nieprzyjemne badanie), przewyższają spodziewane efekty (zagrożenie jest nieokreślone, szansa na zapobieganie i skuteczne leczenie niewielka, profilaktyka nie ma sensu.)</p> <p>Nie wykonuję badań profilaktycznych, nie chcę wiedzieć o zagrażającej życiu chorobie.</p>

Zgodnie z teorią racjonalnego wyboru można uznać, że jednostki ludzkie mają tendencję do maksymalizacji swojego dobra (dobrostanu, korzyści), a podejmowane przez nie decyzje są zgodne z preferencjami, wynikłymi z zestawienia oczekiwanych „kosztów” i „korzyści” związanych z podjęciem danej akcji. W sensie procesualnym zakłada to porządkowanie i wartościowanie różnych opcji i przewidywanie konsekwencji podejmowanych decyzji. Tak więc aktorzy wybierają to, co

dla nich najlepsze według ich indywidualnych preferencji i zgodnie z ich definicją sytuacji.

Michel Crozier i Erhard Friedberg (1982) podają przykład specyficznej „racjonalności” człowieka, który w obliczu zagrożenia (ból, lęku) traci przytomność. Z pozoru zachowuje się on nieracjonalnie, ponieważ uniemożliwia mu to podjęcie konkretnych kroków, mających na celu zwalczenie zagrożenia. Racjonalność utraty przytomności polega tu jednak na tym, że nie mogąc się uporać ze stresem spowodowanym zagrożeniem, człowiek „woli” raczej zerwać kontakt z jego źródłem. Tak więc pomimo świadomości zagrożenia nie podejmuje działań na rzecz jego eliminacji – i jest to wynikiem zarówno definicji sytuacji, jak i związanych z nią koncepcji racjonalności zachowań (kosztów/nagród). Wydaje się, że stosunek niektórych kobiet do antynowotworowej profilaktyki ginekologicznej może być także przykładem takiej racjonalności. Jest to być może racjonalność osoby tracącej przytomność w obliczu zagrożenia, ale definicja sytuacji zdaje się ją uzasadniać. Zarówno postrzeganie ryzyka choroby, jak i specyficzna racjonalność przyświecająca strategiom eliminującym te ryzyka z codziennego życia sprawia, że masowe, ujednoczone programy profilaktyczne mają tu ograniczoną skuteczność. Żyjące w ubóstwie, nisko wykształcone, fatalistycznie i lękowo odnoszące się do zagrożeń zdrowotnych kobiety nie są w stanie odnieść z nich oczekiwanych korzyści. Pokazuje to także próba zastosowania wcześniej wspomnianego modelu przekonań zdrowotnych (MPZ) do zilustrowania sposobu, w jaki badane kobiety myślą o profilaktyce antynowotworowej.

Schemat 2. Model przekonań zdrowotnych badanych kobiet



Źródło: Becker1974.

Model powyższy nie do końca wyjaśnia zachowania badanych kobiet. Zawarte w nim *implicite* elementy racjonalności medycznej przyjmują, że percepcja istniejącego zagrożenia (nawet modyfikowana czynnikami społecznymi) w konsekwencji prowadzi do zachowań profilaktycznych, na co wskazuje główna oś modelu. W przypadku badanych kobiet nawet wysokie poczucie zagrożenia chorobą nowotworową nie prowadzi do oczekiwanego efektu uczestnictwa w programie profilaktycznym. Założenie powszechnej akceptacji medycznej racjonalności zachowań zdrowotnych nie wydaje się całkowicie adekwatne dla kobiet ze wszystkich klas społecznych. W zbyt małym stopniu uwzględnia indywidualne, odrębne od medycznych interpretacje zagrożeń, definicje sytuacji, a także złożony kontekst warunków, które wpływają na dokonywanie przez nie wyborów. Ich sposób myślenia o zdrowiu i chorobie nie wskazuje też, że dokonują one świadomego bilansu potencjalnych zysków i strat związanych ze stosunkiem do badań profilaktycznych.

Analizując specyfikę decyzji profilaktycznych kobiet zagrożonych wykluczeniem społecznym warto odwołać się też do koncepcji *habitusu* (Bourdieu 2005), która wskazuje, że wybory, jakich dokonujemy (a odnosi się to także do sfery zdrowia) są nie zawsze efektem uświadomionych procesów myślowych, a mogą wynikać z całokształtu naszych doświadczeń, nawyków, przekonań i preferencji, wyznaczających określone schematy niekoniecznie intencjonalne działania. W przypadku kobiet z najniższych klas społecznych, ich „wdrukowane” matryce postępowania w sprawach zdrowia zdają się w małym stopniu zawierać elementy racjonalnego medycznie wzoru kształtowania swojego zdrowia. W sytuacjach kobiet żyjących w skrajnie trudnych warunkach trafne zdaje się też nie tylko odwołanie się do rezygnacji z myślenia intencjonalnego, ale przyjęcie perspektywy „bycia popychanym” przez okoliczności życiowe i wydarzenia powodowane warunkami zewnętrznymi, nad którymi nie sprawuje się kontroli (Riemann i Schuze 1992). Pokazuje to też rolę i zadania stojące przed profilaktyką. Tymczasem koncentracja na edukacji (często nieczytelnej dla odbiorcy), powierzchowna znajomość przesłanek do definiowania sytuacji i społecznych uwarunkowań zachowań sprawia, że nie docenia się ich specyfiki i nie próbuje się adekwatnie do nich kształtować świadomości zdrowotnej.

Niewątpliwie warunkiem powszechności odpowiedzialnych postaw wobec własnego zdrowia i zapobiegania chorobom jest właściwy poziom życia i wykształcenia obywateli, ich kapitału indywidualnego i społecznego. Tworzenie tych warunków nie jest jednak zadaniem medycyny. Jej zadaniem są umiejętne i przemyślane programy profilaktyczne i ukierunkowana społecznie edukacja zdrowotna. Stawiają one przed medycyną nie tylko wyzwania organizacyjne, ale problemy dostosowania paradygmatu „medycznego” do „laickiego”. Dowodem na niespójność obu jest choćby rosnący segment lecznictwa niemedycznego, które zdaje się lepiej korespondować z subiektywnymi potrzebami zdrowotnymi wielu polskich pacjentów (Piątkowski 2008), a szczególnie przypadek ginekologicznych badań kobiet jest tylko jedną z możliwych ilustracji różnic między nimi. Z różnicami tymi wiążą się także problemy natury etycznej, a mianowicie zapewnienia wszystkim równych szans na zdrowie i właściwą opiekę zdrowotną. Problem społecznych nierówności w zdrowiu jest aktualnie jednym z dominujących problemów polityki zdrowotnej na świecie,

a przyczyny tych nierówności, jak wskazują także wyniki przedstawionego tu badania, są zakotwiczone czasami bardzo głęboko.

W obszarze zdrowia publicznego toczą się aktualnie debaty na temat skuteczności i efektywności różnych form profilaktyki. Rozróżnia się strategie nakierowane na jednostki, od których oczekuje się zmian zachowań i strategie strukturalne, które wprowadzają zmiany do szerszego środowiska społecznego i są nastawione na redukcję społecznych przyczyn leżących u podłoża chorób (Rose 1992). Badania wskazują, że te drugie są znacznie skuteczniejsze, jeśli chodzi o zmniejszanie nierówności społecznych. Przykładem pozytywnych efektów takich oddziaływań mogą być środki administracyjne i legislacyjne związane z eliminacją czynników ryzyka (np. przestrzenie publiczne wolne od papierosów – Szkocja, Irlandia, Włochy) czy regulacje w zakresie rynku (np. zdrowa żywność – eliminacja tłuszczu typu „trans” – Dania, ograniczenie soli w gotowych produktach – Finlandia), które – jak wykazały badania ewaluacyjne – w wielu krajach z powodzeniem wpłynęły na zapobieganie chorobom układu krążenia, a ich zasięg obejmował wszystkie warstwy społeczne (Graham 2009; Capewell i Graham 2010). Programy populacyjne oczywiście nie zniosą całkowicie nierówności, bo ich przyczyny leżą częściej głębiej, niż mogą to ująć „mainstreamowe” działania. Jednak grupy społecznie upośledzone zyskują proporcjonalnie więcej na programach, niewymagających podejmowania intencjonalnych zachowań. Takie zorientowane na całą populację działania wymagają jednak konsensu różnych sił politycznych i ekonomicznych grup interesu, co sprawia, że nie zawsze próby ich wprowadzenia kończą się sukcesem (Graham 2007). Trudno też w obecnej chwili o konkretne propozycje redukcji czynników ryzyka analizowanych tu chorób nowotworowych odnoszących się do całej populacji kobiet, choć w tym kontekście warto wspomnieć o immunoprofilaktyce – powszechnych szczepieniach przeciw wirusowi HPV (Majewski 2007).

Programy zorientowane na wyłonienie grup wysokiego ryzyka (*high risk approach*) – a do takich należy skrining cytologiczny – są przykładem oddziaływań nastawionych na indywidualne strategie. Jednak ryzyko jest tu definiowane medycznie (np. wiek najczęstszej zachorowalności), a nie społecznie (pozycja społeczna, kultura medyczna). Wyłącznie medyczna, profesjonalna konceptualizacja sensu profilaktyki i argumentacja na rzecz jej realizacji niejednokrotnie mija się ze sposobem interpretacji choroby i związanego z nią ryzyka w odczuciu kobiet. Znacznym kosztem osiąga się niewielkie korzyści populacyjne, zlokalizowane tylko w pewnych segmentach społeczeństwa. Strategie te, zakładające mobilizację indywidualnych (psychologicznych, materialnych) zasobów, sprzyjają generalnie tym, którzy mają więcej zasobów, a więc poszerzają zakres nierówności. Zarzuca się im też, że prowadzą do medykalizacji uprzednio zdrowych jednostek i nie prowadzą do oddziaływania na przyczyny zjawiska (a przyczyny z różną siłą oddziałują na różne segmenty struktury społecznej).

Literatura

- Antonovsky, Aaron. 1995. *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Warszawa: Fundacja IPN.
- Beck, Ulrich. 2002. *Spółczesność ryzyka. W drodze do innej nowoczesności*. Warszawa: Scholar.
- Becker, Marshall H. 1974. *The Health Belief Model and Personal Health Behavior*. San Francisco: Society for Public Health Education inc.
- Bourdieu, Pierre. 2005. *Dystynkcje. Społeczna krytyka władzy sądowniczej*. Warszawa: Scholar.
- Capewell, Simon i Hilary Graham. 2010. *Will cardiovascular disease prevention widen health inequalities?* Policy Forum (<http://plosmedicine.org/article/info>).
- Cockerham, William C. 2004. *Medical Sociology*. Upper Saddle River: Prentice Hall.
- Crozier, Michel i Erhard Friedberg. 1982. *Człowiek i system. Ograniczenia działania zespołowego*. Warszawa: PWE.
- Emerson, Joan P. 1987. *Behavior in Private Places: Sustaining Definitions of Reality in Gynecological Examinations*. W: John D. Stoeckle. *Encounters Between Patients and Doctors*. Cambridge, London: The MIT Press, s. 215–234.
- Freidson, Elliot. 1972. *Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. New York: Dodd, Mead & Company.
- Giddens, Anthony. 2001. *Nowoczesność i tożsamość. „Ja” i społeczeństwo w epoce późnej nowoczesności*. Warszawa: WN PWN.
- Giza-Poleszczuk, Anna. 2000. *Przestrzeń społeczna*. W: A. Giza-Poleszczuk, M. Marody i A. Rychard. *Strategie i system. Polacy w obliczu zmiany systemowej*. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Glaxo-Smith, Kline. 2007. *Double Helix Quantitative Research (raport z badań)*.
- Graham, Hilary. 2007. *Unequal Lives: Health and Socioeconomic Inequalities*. Buckingham: Open University Press.
- Graham, Hilary. 2009. *Health Inequalities, Social Determinants and Public Health Policy*. „Policy and Politics” 37: 463–479.
- Jepson, Ruth G. i in. 2007. *Patient Perspectives on Information and Choice in Cancer Screening: A Qualitative Study in the UK*. „Social Science and Medicine” 65: 890–899.
- Kavanagh, Anne M. i Dorothy H. Broom. 1997. *Embodied Risk: My Body, Myself?* „Social Science and Medicine” 46: 437–444.
- Kawczyńska-Butrym, Zofia. 2001. *Odpowiedzialność za zdrowie i subiektywne oceny zdrowia w sytuacji ubóstwa*. „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna” 21: 172–185.
- Kotarski, Jan. 2007. „Rak szyjki macicy w Polsce – podsumowanie sytuacji i wskazanie możliwości jej poprawy”. Referat wygłoszony na sesji naukowej „Rak szyjki macicy – problem medyczny, społeczny, ekonomiczny” Warszawa: SNS IFiS PAN i „Służba Zdrowia”.
- Łuszczynska, Aleksandra i Alicja Bukowska-Durawa. 2011. *Dlaczego Polki nie robią badań cytologicznych?* Warszawa: Siemens sp.zo.o.
- Majewski, Sławomir. 2007. „Strategia immunizacji przeciw wirusowi HPV”. Referat wygłoszony na konferencji „Rak szyjki macicy – problem medyczny, społeczny, ekonomiczny” zorganizowanej przez SNS IFiS PAN oraz dziennik „Służba Zdrowia”.
- Mechanic, David. 1972. *Public Expectations and Health Care*. New York: Wiley – Interscience.
- Milio, Nancy. 1986. *Health Through Public Policy*. Ottawa: Canadian Public Health Association.
- Ostrowska, Antonina. 1999. *Styl życia a zdrowie*. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Ostrowska, Antonina. 2006. *Paternalizm czy partnerstwo? Relacje między pacjentami a lekarzami w Europie*. W: H. Domański, A. Ostrowska i P. Sztabiński. *W środku Europy?* Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN, s. 185–200.

- Ostrowska, Antonina. 2009. *Zróżnicowanie społeczne a zdrowie*. Warszawa: Instytut Pracy i Spraw Socjalnych.
- Palska, Hanna. 2000. *Ubody o chorobach i praktykach zdrowotnych*. „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna” 18: 97–118.
- Palska, Hanna. 2002. *Bieda i dostatek*. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Piątkowski, Włodzimierz. 2008. *Lecznictwo niemedyczne w Polsce. Tradycja i współczesność*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Riemann, Gerhard i Fritz Schuze. 1992. *Trajektoria jako podstawowa koncepcja teoretyczna w analizach cierpienia i bezładnych procesów społecznych*. „Kultura i Społeczeństwo” 36: 2: 89–109.
- Rose, Geoffrey. 1992. *The Strategy of Preventive Medicine*. Oxford: Oxford University Press.
- Rosenstock, Irvin. 1966. *Why People Use Health Services*. „Milbank Memorial Fund Quarterly” 44: 94–127.
- Spaczyński, Maciej. 2007. „Skrining raka szyjki macicy”. Referat wygłoszony na sesji naukowej „Rak szyjki macicy – problem medyczny, społeczny, ekonomiczny” Warszawa: SNS IFiS PAN i „Służba Zdrowia”.
- Spaczyński, Maciej i in. 2010. *Podsumowanie realizacji populacyjnego programu profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy w ramach Narodowego Programu Zapobiegania Chorobom Nowotworowym, lata 2007 – 2010* (<http://www.prsm.home.pl>).
- Tarkowska, Elżbieta (red.). 2000. *Zrozumieć biednego*. Warszawa: Typografia.
- Tobiasz-Adamczyk, Beata. 2000. *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Tobiasz-Adamczyk, Beata. 2002. *Relacje lekarz–pacjent w perspektywie socjologii medycyny*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Wojtyński, Bogdan i Paweł Goryński. 2008. *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*. Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego- Państwowy Zakład Higieny.
- Znaniecki, Florian. 1971. *Nauki o kulturze*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

Health Prevention: Interpretations, Definitions, Rationalities (The Case of Gynecological Prevention)

Summary

Poland belongs to European countries characterized by the highest mortality of women caused by cervical cancer – a neoplasm that is fully curable if detected early enough.

It happens so despite of several, broadly designed prevention actions addressed to women, encouraging them to participate in preventive screenings. Therefore, the question arises: why do women contact the doctors so late? What is the cause of their reluctance to prevention of the life-threatening disease? The article tries to address these questions looking for the answer among structural and socio-cultural variables influencing women’s approach to health and disease. The research results under discussion concern the problems of gynecological prevention among women threatened with social exclusion.

Key words: women’s health; prevention; cervical cancer; social exclusion.