

Antonina Ostrowska

PROFILAKTYKA DLA UBOGICH. PRZYPADEK PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACICY

Słowa kluczowe: bieda, ekskluzja społeczna, profilaktyka, rak szyjki macicy, zdrowie kobiet

Coraz bardziej spektakularny rozwój medycyny naprawczej doprowadził paradoksalnie 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. W sposób naturalny upośledzało to szczególnie uboższych pacjentów, niezdolnych do partycypacji w indywidualnych kosztach leczenia. Sytuacja ta zmuszała do poszukiwania innych możliwości zabezpieczania stanu zdrowia całych społeczeństw i wymusiła przemianę polityki zdrowotnej z orientacji głównie naprawczej na w coraz większym stopniu zapobiegawczą, która też lepiej nadawała się do stosowania na masową skalę. Uzasadniała ją coraz głębsza znajomość czynników ryzyka chorób i coraz precyzyjniejsza diagnostyka wczesnych zmian chorobowych, a także wyniki wieloletnich badań społecznych i epidemiologicznych, dokumentujących rolę profilaktyki i promocji zdrowia. Sprzyjający kontekst dla tych przemian stanowiły też procesy demokratyzacji, widoczne zwłaszcza w Europie, podkreślające konieczność zmniejszania wszelkich nierówności społecznych i potrzebę wyrównywania szans, a także postępujące procesy indywidualizacji, charakterystyczne dla społeczeństw ponowoczesnych¹.

Aktualnie zarówno coraz liczniejsze badania nad determinantami zdrowia, jak i oficjalne dokumenty międzynarodowych organizacji wytyczających kierunki polityki zdrowotnej wskazują, że kluczem do poprawy zdrowia społeczeństw jest tworzenie środowisk sprzyjających zdrowiu, szeroko rozumiana profilaktyka i promowanie stylów życia sprzyjających zdrowiu. Zapobieganie chorobom, inicjowanie działań promujących zdrowie są zadaniami eksponowanymi nie tylko w europejskiej

polityce zdrowotnej, ale praktycznie wszędzie. Założenia współczesnej polityki zdrowotnej podkreślają odpowiedzialność za zdrowie wielu podmiotów społecznych – państwa, samorządów terytorialnych, ale głównie instytucji medycznych i samego społeczeństwa. Od systemu medycznego oczekuje się podstaw powszechnej edukacji zdrowotnej, zorganizowanej działalności zapobiegającej chorobom i ich rozprzestrzenianiu się oraz wczesnego wykrywania zmian chorobowych; od społeczeństw natomiast oczekuje się zrozumienia i gotowości ludzi do poddawania się i akceptowania wypracowanych przez medycynę schematów postępowania.

Taki podział odpowiedzialności zakłada, że ludzie – realizując podstawową wartość, jaką jest zdrowie – podporządkują całokształt swoich zachowań, swoje style życia wzorom postępowania wypracowanym przez medycynę, nawet jeżeli znajdują się one w konflikcie z ich innymi, pozazdrowotnymi wartościami. Założenie takie prowokuje nie tylko pytanie o medykację zachowań ludzkich i próbę ich reformowania pod kątem adekwatności do wzorów tworzonych przez medycynę czy nawet o kwestie respektowania wolności osobistej [4], ale także – być może – tłumaczy trudności, jakie napotyka wiele akcji profilaktycznych. Nie uwzględnia bowiem konfliktów racjonalności, które wynikają z nieprzystających często do siebie medycznego i laickiego paradygmatu zdrowia, ujawniających się zwłaszcza w stosunku do profilaktyki. Różnice między tymi paradygmatami uwidaczniają się, szczególnie gdy bierzemy pod uwagę zachowania związane ze zdrowiem wśród niższej i średniej klasy społecznej; ta ostatnia bowiem w znacznie większej mierze internalizuje wzory zalecane przez medycynę i akceptuje zawartą w nich racjonalność. Problem ten uwidacznia się nie tylko w zakresie profilaktyki; liczne badania wskazują, że cała instytucja medycyny jest bardziej adekwatna do potrzeb i możliwości klasy średniej; organizacja usług, uzyskiwanie świadczeń i związane z nimi biurokratyczne struktury, a nawet wzory komunikacji między pacjentami

a personelem medycznym, znacznie gorzej korespondują z oczekiwaniami i społecznymi kompetencjami klas niższych [5, 6].

Kwestie te są coraz częściej dostrzegane przez politykę zdrowotną, nakierowaną na zmniejszanie nierówności w zdrowiu i zapobieganie społecznej ekskluzji. Wiadomo dobrze, że zdrowie klas niższych (mierzone wieloma wskaźnikami) odbiega znacząco od zdrowia klas średnich, a wiele z tych różnic ma właśnie charakter społecznych nierówności. Prawdopodobnie ta potwierdza się w przypadku większości chorób przewlekłych, a wśród krajów europejskich szczególnie duże różnice w tym względzie występują w Europie Wschodniej i krajach bałtyckich [7]. W przypadku chorób nowotworowych zarówno większą zachorowalność, jak i przeciętnie krótszy okres przeżywalności po diagnozie obserwuje się w klasach niższych. Niższy status społeczno-ekonomiczny (wykształcenie, zamożność) przekłada się tu zarówno na fizyczne i społeczne czynniki leżące u podłoża przyczyn, jak i na całe spektrum opieki – poczynając od późniejszego wykrywania i opóźnienia diagnozy, po efekty leczenia, a także niejednokrotnie jakość opieki [8]. W tym kontekście warto postawić pytanie: czy i w jaki sposób profilaktyka, a zwłaszcza edukacja zdrowotna, jest w stanie eliminować lub choćby zmniejszać te nierówności?

Z wielu badań prowadzonych na świecie wiadomo, że podobnie jak stan zdrowia, praktyki lecznicze, a zwłaszcza profilaktyczne, są zdeterminowane w znacznej mierze pozycją społeczną i kulturą medyczną. 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 sama w codziennej praktyce. Zarówno więc postrzeganie ryzyka choroby, możliwości kontrolowania go i zarządzania nim są w niższych klasach społecznych stosunkowo bardziej odległe od zaleceń medycyny [9]. W Polsce na różnice statusu społecznego nakładają się jeszcze różnice związane z miejscem zamieszkania: odmiennym poziomem rozwoju infrastruktury i kultury medycznej na wsi i w miastach. Badania nad zachowaniami związanymi ze zdrowiem wyraźnie wskazują, że zasady prozdrowotnego stylu życia są stosunkowo najlepiej realizowane przez inteligencję dużych miast, a najrzadziej przez rolniczą ludność wsi [10]. Podobnie rzecz się ma z wykonywaniem podstawowych badań profilaktycznych, do których Polacy ogólnie nie mają dużego przekonania.

Szczególnym i aktualnym w Polsce przykładem braku efektywności profilaktyki w niższych klasach społecznych jest realizacja populacyjnych badań cytologicznych (w kierunku raka szyjki macicy), które proponują masowe badania skринingowe dla kobiet z grup wieku najwyższego ryzyka zachorowań. Zapewniają one możliwość nieodpłatnego wykonania badania cytologicznego w całej Polsce, na które kobiety otrzymują imienne zaproszenia, dostarczane pocztą, informujące 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 ten² organizowany na skalę masową istnieje w Polsce od 2007 roku.

Wydawać by się mogło, że organizatorzy programu dołożyli wszelkich starań aby badania te objęły jak najszersze rzesze kobiet. Wiadomo jednak, że napotykały na znaczne trudności w osiągnięciu wysokiego poziomu realizacji. 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 sprawy własnego zdrowia, w ich nieracjonalnych zachowaniach. Takie też wnioski można wysnuć z oficjalnego sprawozdania z realizacji programu, które stwierdza brak „nawyku regularnych badań profilaktycznych” [11]. Niewątpliwie, bezpośrednia przyczyna niskiej realizowalności badań tkwi w zachowaniach samych kobiet; wyjaśnienia takie zwalniają jednak z poszukiwania głębszych przyczyn tego stanu rzeczy. A można się choćby zastanowić, na ile zaistniała sytuacja jest wypadkową niewłaściwego funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, który wszak ponosi przynajmniej część odpowiedzialności za świadomość zdrowotną i wzory komunikacji z pacjentkami.

Na początek warto wskazać na fakt, że list zapraszający wszystkie kobiety na badanie miał taką samą treść, zakładającą ich równą zdolność rozumienia przedstawionej argumentacji i medycznej terminologii. Tymczasem z badań wiadomo, że nie każdy Polak rozumie język, jakim przemawia do niego lekarz [12, 13]. Wiedza na temat ryzyka chorób i sposobów ich pokonywania była też na ogół przedstawiana w skrótowy, schematyczny sposób, mający przede wszystkim zachęcić adresatki przekazu do bezrefleksyjnego realizowania postulowanych działań. Siła perswazji i optymizm towarzyszący takim przekazom upewniały, że korzyści poddania się im są bezdyskusyjne: poddawanie się cyklicznym badaniom profilaktycznym eliminuje ryzyko raka szyjki macicy. Tymczasem praktyka kliniczna wskazuje na nie tak rzadkie występowanie wyników fałszywie pozytywnych i fałszywie negatywnych [14, 15]. I jedno, i drugie mają poważne konsekwencje dla zdrowia i samopoczucia kobiet. Nie dyskwalifikuje to oczywiście sensowności poddawania się badaniom, jednak wiedza o powyższych zakłóceniach przenika do świadomości kobiet, osłabiając racjonalność poddawania się badaniom kontrolnym. Także w świetle otrzymanego listownego komunikatu badanie miało być łatwo dostępne; w praktyce jednak okazywało się, że jego przeprowadzenie wymaga zapisów, terminy bywają odległe, na oczekiwany wynik trzeba długo czekać i trudno było je zsynchronizować z innymi obowiązkami. Trudności te osłabiały motywację kobiet do przeprowadzenia badania, szczególnie gdy informacja o nich nie była klarowana, a wykonanie go wymagało forsowania biurokratycznych barier systemu medycznego.

Nie ma niestety statystyk wskazujących, które kobiety (o jakiej pozycji społecznej) zareagowały pozytywnie na apel uczestnictwa w programie. Można jednak podejrzewać, że zuniformizowany program skierowany do całej populacji sprzyja osobom o wyższym statusie społeczno-ekonomicznym, przyczyniając się w ten spo-

sób pośrednio do pogłębienia społecznych nierówności w zdrowiu.

Sklania to do rozważań na temat adekwatności realizowanego programu do potrzeb kobiet z niższych warstw społecznych, ich świadomości zdrowotnej, sposobu, w jaki postrzegają ryzyko choroby, ich codziennych zadań i obowiązków, a także przekonań i nawyków dotyczących zdrowia. Sytuują one bowiem zdrowie kobiet w szerszym społecznym kontekście, który niejednokrotnie wyznacza ich zachowania zdrowotne i specyficzną racjonalność leżącą u podstaw decyzji dotyczących zdrowia. Rozpoznanie tego kontekstu jest tym samym ważne dla zrozumienia istoty mechanizmu, który transmituje czynniki niskiej pozycji społecznej na zachowania profilaktyczne. Wymaga to uwzględnienia co najmniej czterech rodzajów czynników:

1. ogólnej sytuacji życiowej, deprivacji podstawowych potrzeb życiowych;
2. nieadekwatnej wiedzy medycznej, niskiej świadomości zdrowotnej;
3. małej (obiektywniej i subiektywnie postrzeganej) dostępności infrastruktury medycznej;
4. czynników społeczno-kulturowych (ogólne orientacje życiowe, wartości, przekonania, nawyki), niesprzyjających poddawaniu się badaniom.

Powyższe podejście stało się punktem wyjścia do badania społeczno-kulturowych uwarunkowań postaw i zachowań kobiet dotyczących zdrowia „ginekologicznego”, zrealizowanego w 2010 roku, wśród kobiet utrzymujących się trwale z zasiłków Ośrodków Pomocy Społecznej. W ramach tego badania przeprowadzono 24 pogłębione wywiady (w całości rejestrowane na taśmie magnetofonowej) na terenie wsi (w tym upadłych PGR-ów) i małych miast trzech województw: lubuskiego, śląskiego i lubelskiego. Respondentki rekrutowały się z dwóch grup wiekowych: 25–35 lat oraz 50–60 lat (po 12 osób w każdej grupie). Wywiad trwał przeciętnie około 1,5 godziny i obejmował kilka bloków tematycznych:

1. struktura i ogólne problemy rodziny, ze szczególnym uwzględnieniem występowania czynników zagrażających wykluczeniem społecznym;
2. stan zdrowia kobiet – ogólny i zdrowia prokreacyjnego;
3. znajomość własnego ciała, narządów rodnych;
4. korzystania z opieki lekarskiej (ogólnej i ginekologicznej) i ocena dostępności tej opieki; przyczyny unikania;
5. identyfikacja sytuacji skłaniających do wizyty u ginekologa, doświadczenia i preferencje związane z korzystaniem z opieki ginekologicznej;
6. wykonywanie badań cytologicznych, wiedza na ich temat, rozumienie ich celu i sensowności;
7. stosunek do chorób nowotworowych, wiedza o raku szyjki macicy; doświadczenie chorób nowotworowych w najbliższym otoczeniu;
8. dostępne kanały informacji – źródła wiedzy i wykorzystywane środki przekazu.

Zebrany materiał posłużył do rekonstrukcji kontekstu, w jakim pojawiają się (lub nie) praktyki związane ze zdrowiem badanych kobiet i racjonalizacji, jakie tym

praktykom towarzyszą. Obraz, który wyłonił się z badań, pokazał, że stosunek kobiet do profilaktyki jest głęboko zakorzeniony w ich wiedzy medycznej i postawach wobec zdrowia czy życia w ogóle. Tym samym pozwala lepiej zrozumieć powody, dla których cytologiczne badania nie zyskują sobie wśród nich popularności i dostarczyć przesłanek dla skuteczniejszego docierania do nich.

Nie sposób przedstawić w krótkim artykule ogromnych ilości materiału jakościowego zgromadzonego w czasie badania. Ograniczę się więc do ogólnych obserwacji i wniosków, które mogą być szczególnie przydatne w konstruowaniu programów profilaktycznych.

Zgodnie z wynikami innych badań nad doświadczeniem ubóstwa niewątpliwie bieda i trudne warunki życiowe przyczyniają się jeżeli nie bezpośrednio, to pośrednio do zaniechania badań profilaktycznych. Niski standard materialny wymusza koncentrację na bieżących sprawach egzystencjalnych (wyżywieniu, ubraniu, ogrzewaniu, bieżących opłatach), 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 [16–18].

Dobrym predyktorem negacji potrzeb własnego zdrowia okazał 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, zaniebdania 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 środowiska dawnych PGR-ów. Starsze kobiety były już na ogół bardzo schorowane i leczyły się (lub powinny się leczyć) z powodu wielu chorób przewlekłych. Ponieważ na leczenie wszystkiego brakuje 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 obarczona mylnymi przekonaniami (np. *chorują na nie kobiety, które nie rodziły* [K. 56 lat], *tylko kobiety starsze, które rodziły wiele razy* [S., 30 lat], 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. Wprawdzie znają na ogół takie terminy, jak cytologia czy mammografia i łączą je

chorobami nowotworowymi, jednak nie rozumieją ich sensu (*cytologia to badanie, które robi się w ciąży* [K., 27 lat]) lub mylą 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 lub 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*⁵. 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 przezwach reklamy.

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 obowiązkowe 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 do 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*. W sensie medycznym są postrzegane jako przypadki „nagle” wymagające interwencji i są regulatorem wizyt u ginekologa. Ciąża jest więc zwykle jedynym okresem (obowiązkowych) systematycznych wizyt u ginekologa. Niejednokrotnie pierwsza w życiu wizyta u ginekologa wiąże się z zatrzymaniem miesiączki i podejrzeniem o ciążę. 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 wstydlive („*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 każała mi samej sobie przytrzymać ten wzornik. 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., 53 lata].

Starszym kobietom łatwiej przetrwać 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 jest traktowany równoznacznie z brakiem organów kobiecych.

Ogólnie kobiety potwierdzają potrzebę wykonywania okresowych badań cytologicznych, choć deklaracje ich dotyczące bywają niejednokrotnie mechanicznie powtarzane sloganami kampanii telewizyjnych: *zrób badanie – nie pakuj się do trumny czy nie płac 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., 30 lat]). Wiedza ta nie przekłada się więc na konkretne działania. 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 szczególny 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 do 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. Zarejestrowała 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, wypadaly z niej grudki mięsa, ginekolog trzy miesiące zwlekał, potem ją skierował do Z. [do szpitala], to przed świętami trzy miesiące leżała* [A., 28 lat]. Niejednokrotnie przytaczają przypadki szybkich zgonów, także osób, które rzekomo dbały o zdrowie i profilaktykę: *...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, zwiwała 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., 56 lat]. 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 – to sprawa losowa. W genezie raka narządów rodnych 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., 53 lata]. Niejednokrotnie dominuje fatalizm: „wszystko zależy od tego, co jest zapisane na górze” [K., 56 lat]. Tak więc brak wiedzy jest często kompensowany przekonaniem, które ograniczają odpowiedzialność za własne zdrowie.

Bywa, że lęk przed rakiem, jego wykryciem i towarzyszącym temu przeżyciom działa na kobiety paraliżująco. Niektóre z nich (szczególnie starsze) wręcz przyznają, że nie robią badań, bo obawiają się stresu towarzyszącemu 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., 52 lata]. Powyższe wypowiedzi

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 były 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 u lekarzy. Były to jednak tylko nieliczne przypadki. Lekarze przyjmujący prywatnie są oceniani znacznie lepiej jeśli chodzi o staranność, 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. Społeczne uwarunkowania przekonań i zachowań profilaktycznych kobiet zagrożonych wykluczeniem społecznym wykraczają więc znacznie poza braki wiedzy i świadomości zdrowotnej w zakresie czynników ryzyka rozmaitych groźących im chorób.

Podsumowując wyżej przedstawione materiały, spróbujemy zrekonstruować przeciętny proces decyzyjny badanych kobiet, uwzględniający ich wiedzę i przekonania, postrzeganie sytuacji życiowej, w jakiej się znajdują

i wynik tego procesu w postaci zaniechania badań cytologicznych (**Tabela I**).

Tak więc na decyzje o mniej lub bardziej świadomym wykonywaniu/unikaniu profilaktycznych badań ginekologicznych wpływa wiele różnych czynników związanych z warunkami życia, posiadanym wykształceniem, świadomością i kulturą zdrowotną, indywidualnymi oporami czy obiektywnymi możliwościami wykonywania takich badań. Przekładają się one na specyficzne definicje sytuacji, które wyznaczają hierarchię potrzeb zdrowotnych na własny użytek. Świat zdrowia i choroby podlega bowiem specyficznym interpretacjom i znaczeniom nadawanym sprawom, wobec których ludzie podejmują działania i nie zawsze są one zgodne z opiniami ekspertów medycznych. Wpływanie nań wymaga uwzględnienia nie tylko obiektywnej dostępności oferty medycznej, ale także subiektywnych definicji sytuacji potencjalnych odbiorców. Szytne programy profilaktyczne, kierowane w jednakowy sposób do wszystkich, próbują skłonić niektórych adresatów do decyzji, które z punktu widzenia ich doświadczeń i ich definicji sytuacji nie wydają się racjonalne i uzasadnione.

Analizując specyfikę decyzji profilaktycznych kobiet zagrożonych wykluczeniem społecznym, warto odwołać się też do koncepcji habitusu Pierre’a Bourdieu [20], która wskazuje, że wybory, jakich dokonujemy (a odnosi się to

także do sfery zdrowia), nie zawsze są efektem uświadomionych procesów myślowych, a mogą wynikać z całości kształtu naszych doświadczeń, nawyków, przekonań i preferencji, wyznaczających określone schematy niekoniecznie intencjonalnych działań. 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.

Zgodnie z teorią racjonalnego wyboru można przyjąć, że jednostki ludzkie mają tendencję do maksymalizacji swojego dobra (dobrostanu, korzyści), a podejmowane przez nich decyzje są zgodne z preferencjami wynikłymi z zestawienia oczekiwanych „kosztów” i „korzyści” związanych z podjęciem danej akcji. Tak więc ludzie wybierają to, co dla nich najlepsze według ich indywidualnych preferencji i zgodnie z ich definicją sytuacji. Odwołują się więc niejako do swojej subiektywnej racjonalności, która nie musi być zgodna z zaleceniami medycyny.

Michael Crozier i Erhard Friedberg [19], znani teoretycy organizacji, podają przykład specyficznej „racjonalności” człowieka, który w obliczu zagrożenia (ból, lęk) traci przytomność. Z pozoru zachowuje się on nieracjonalnie ponieważ uniemożliwia mu to podjęcie konkretnych kroków mających na celu zwalczenie za-

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 cierpienia. • 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, kiedy nic nie dokucza. • Lekkie bóle, krwawienie po stosunku nie jest powodem do niepokoju. • Badanie jest wstydliwe, 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. 	<ul style="list-style-type: none"> • 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). • Nie wykonuję badań profilaktycznych, nie chcę wiedzieć o zagrażającej życiu chorobie.

Tabela I. Proces decyzyjny związany z poddaniem się badaniom profilaktycznym.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania społeczno-kulturowych uwarunkowań postaw i zachowań kobiet przeprowadzonego w 2010 roku wśród kobiet utrzymujących się z zasiłków Ośrodków Pomocy Społecznej.

grożenia. Racjonalność utraty przytomności polega tu jednak na tym, że nie mogąc się uporać ze stresem spowodowanym z 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 profilaktycznych badań mających na celu wykrycie zmian nowotworowych może być także przykładem takiej racjonalności.

Pokazuje to jednocześnie nieadekwatność wzorców proponowanych przez profilaktykę dla potrzeb kobiet i zadania stojące przed profilaktyką nakierowaną na problemy zdrowia nie tylko świadomych jej walorów obywateli. Nie wdając się tu w szczegółowe zalecenia czy sugestie (niektóre z nich zostały zawarte w prezentowanym materiale), warto jedynie podkreślić konieczność segmentacji populacji kobiet, do których adresowane są programy skriningowe i określenia priorytetowych, trudno dostępnych subpopulacji wymagających doboru precyzyjniejszych narzędzi oddziaływania⁵. W tym miejscu warto wskazać na kolejną trudność związaną z profilaktyką raka szyjki macicy, która może się pojawić w niedalekiej przyszłości. W społeczeństwie polskim ciągle jeszcze nie jest powszechna wiedza o tym, że wirus wywołujący raka szyjki macicy jest przenoszony drogą płciową. Świadomość tego faktu może stać się przyczyną nie tylko negatywnych reakcji wobec chorych, ale także skomplikować realizację programów profilaktycznych.

Program nastawiony na indywidualne zachowania powinien więc uwzględniać nie tylko medyczne czynniki ryzyka (np. wiek zachorowalności), ale i społeczne (pozycja społeczna, kultura medyczna). Wyłącznie medyczna, profesjonalna konceptualizacja sensu profilaktyki i argumentacja na rzecz jej realizacji jest zdolna przemówić tylko do części społeczeństwa; znacznym kosztem osiąga się tym samym małe korzyści populacyjne i zlokalizowane tylko w pewnych segmentach społeczeństwa. W konsekwencji tego takie strategie, zakładające zdolność uruchomienia indywidualnych (psychologicznych, materialnych) zasobów, sprzyjają przede wszystkim tym, którzy mają tych zasobów więcej [21], a więc poszerzają zakres nierówności.

Niewątpliwie warunkiem powszechności odpowiedzialnych postaw wobec własnego zdrowia i zapobiegania chorobom jest właściwy poziom życia i wykształcenia obywateli, poziom 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 poszerzenia paradygmatu „medycznego” o paradygmat „laicki”.

Przypisy

¹ Kwestie te omawiam szczegółowo w pracy *Styl życia a zdrowie* [1]. Por. także: C. Włodarczyk, *Reforma opieki zdrowotnej. Studium polityki zdrowotnej* [2] oraz I. Taranowicz, *Zdrowie i Sposoby radzenia sobie z jego zagrożeniami* [3].

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

³ W ciągu trzech lat trwania programu (2007–2009) wysłano 10 755 000 zaproszeń, a z badań skorzystało 2 256 000 kobiet. Medyczne i organizacyjne koszty badania wyniosły 35 916 000 zł; koszt jednostkowego badania wyniósł 67 zł, podczas gdy koszt procedury medycznej był trzykrotnie niższy [11].

⁴ 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”.

⁵ Warto też rozważyć alternatywne formy profilaktyki w postaci szczepień ochronnych przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego, na które decyduje się coraz więcej krajów europejskich, a które nie wymagają systematycznego, cyklicznego „wysiłku” poddawania się badaniom. Strategia immunizacji wydaje się więc szczególnie celowa dla tych grup kobiet, w których badania cytologiczne napotykają na znaczne trudności.

Abstract

Prevention for the poor. The case of gynecological prevention

Key words: cervical cancer, prevention, poverty, social exclusion, women's health

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

It happens so despite of several, broadly designed prevention actions addressed to women, encouraging them to participate in preventive screenings. All these actions particularly fail among women from lower social strata, especially living in poverty. The question is therefore, what are the main obstacles behind this behavior? What is the cause of their reluctance to prevention of the life threatening disease, even if it is not related to any expenses? The article tries to answer these questions looking for the answer among structural and socio-cultural variables influencing women's approach to health and disease. Presented research results demonstrate problems of gynecological prevention among women threatened with social exclusion.

Piśmiennictwo:

1. Ostrowska A., *Styl życia a zdrowie*, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 1999.
2. Włodarczyk C.W., *Reforma opieki zdrowotnej w Polsce. Studium polityki zdrowotnej*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Versalius”, Kraków 1998.
3. Taranowicz I., *Zdrowie i sposoby radzenia sobie z jego zagrożeniami*, Arboretum Wydawnictwo, Wrocław 2011.
4. Alonzo A., *Health behavior: issues, contradictions and dilemmas*, „Social Science and Medicine” 1990; 8.
5. Coe R., *Sociology of medicine*, McGraw Hill, New York 1973.
6. Atkinson P., *Medical Talk and Medical Work*, Sage, London 1995.

7. Mackenbach J., *Health inequalities: Europe in profile*, An independent expert report commissioned by the UK Presidency of EU 2005.
8. *Inequity in cancer care: a global perspective*, Jaea Human Health Report N, 3., International Atomic Energy Agency, Vienna 2011.
9. Cockerham W. C., *Medical Sociology*, Prentice Hall, Upper Saddle River, 2004.
10. Ostrowska A., *Zróżnicowanie społeczne a zdrowie*, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa 2009.
11. Spaczyński M., i in., *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> (dostęp 20.09.2011).
12. Tobiasz-Adamczyk B., *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2000.
13. Tobiasz-Adamczyk B., *Relacje lekarz–pacjent w perspektywie socjologii medycyny*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002.
14. Kotarski J., *Rak szyjki macicy w Polsce – podsumowanie sytuacji i wskazanie możliwości jej poprawy*, Referat wygłoszony na sesji naukowej „Rak szyjki macicy – problem medyczny, społeczny, ekonomiczny”, SNS IFiS PAN i „Służba Zdrowia”, Warszawa 2007.
15. Jepson R.G. i in., *Patient perspectives on information and choice in cancer screening: A qualitative study in the UK*, „Social Science and Medicine” 2007; 65: 890–899.
16. Kawczyńska-Butrym Z., *Odpowiedzialność za zdrowie i subiektywne oceny zdrowia w sytuacji ubóstwa*, „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna” 2001; 21: 172–185.
17. Tarkowska E. (red.), *Zrozumieć biednego*, Typografia, Warszawa 2000.
18. Palska H., *Bieda i dostatek*, Wydawnictwo IFiS, PAN, Warszawa 2002.
19. Crozier M., Friedberg E., *Człowiek i system. Ograniczenia działania zespołowego*, PWE, Warszawa 1982.
20. Bourdieu, P., *Dystynkcje. Społeczna krytyka władzy sądzenia*, Scholar, Warszawa 2005.
21. Giza-Poleszczuk A., *Przestrzeń społeczna*, w: Giza-Poleszczuk A., Marody M., Rychard A. (red.), *Strategie i system. Polacy w obliczu zmiany systemowej*, Wydawnictwo IFiS, PAN, Warszawa 2000, 97–166.

O autorce

Antonina Ostrowska – prof. dr hab., zastępca Dyrektora ds. Nauki Instytutu Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa.

