



**UNIWERSYTET MEDYCZNY
IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO
W POZNANIU
WYDZIAŁ NAUK O ZDROWIU**

Anna Ewa Koprowicz

**WPLYW MEDIÓW
NA PROFILAKTYKĘ RAKA PIERSI
W WOJEWÓDZTWIE ZACHODNIOPOMORSKIM**

**Praca na stopień doktora nauk o zdrowiu
napisana w Zakładzie Organizacji i Zarządzania**

**Promotor:
dr hab. Maria Danuta Głowacka**

POZNAŃ 2012

*Serdeczne podziękowania składam
Pani Profesor Marii Danucie Głowackiej
za pomoc i opiekę merytoryczną podczas pisania niniejszej dysertacji.
Ponadto dziękuję wszystkim Osobom, które dzieliły się czasem i wiedzą,
przyczyniając się tym samym do powstania rozprawy.*

Wykaz skrótów

- A – Amazonki
- BRCA1 – ludzki gen supresorowy, znajdujący się na długim ramieniu 17 chromosomu
- BRCA2 – ludzki gen zlokalizowany na chromosomie 13
- BRCA3 – ludzki gen, którego mutacja wykrywana jest w raku piersi
- Ca – rak, (łac. carcinoma, z ang. cancer)
- COI – Centrum Onkologii – Instytut
- COK – Centralny Ośrodek Koordynujący
- DALY – lata życia skorygowane niesprawnością – wskaźnik Światowej Organizacji Zdrowia – (ang. Disability Adjusted Life – Years)
- Dz. U. – Dziennik Ustaw
- EUROCARE– projekty finansowane ze środków Komisji Europejskiej, badające obciążenie chorobami nowotworowymi w Europie i skuteczność ich zwalczania (ang. European study on cancer patients survival and care)
- g. – godzina
- GLOBOCAN– publikacja IARC, prezentująca dane epidemiologiczne na temat nowotworów (ang. Cancer Incidence and Mortality Worldwide)
- GUS – Główny Urząd Statystyczny
- HPV – wirus brodawczaka ludzkiego – (ang. human papilloma virus)
- IARC – Międzynarodowa Agencja Badań Nad Rakiem – Agenda Światowej Organizacji Zdrowia – (ang. International Agency For Research On Cancer)
- ICD-0 – Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób dla Onkologii (ang. International Classification of Diseases Oncology)
- ICD-10 – Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (ang. International Classification of Diseases and Health Related Problems, Tenth Revision)
- k – liczebność
- KRRiTV – Krajowa Rada Radiofonii i Telewizji
- M – Pracownice mediów
- min. – minimum
- MRI – rezonans magnetyczny
- n – liczebność
- NCI – Narodowy Instytut Raka – (ang. National Cancer Institute)

nd	– nie dotyczy
NFZ	– Narodowy Fundusz Zdrowia
NPZChN	– Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych
ns	– różnica statystycznie nieistotna
OECD	– Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju – (ang. Organisation for Economic Cooperation and Development)
PAM	– Pomorska Akademia Medyczna
PBS DGA	– Pracownia Badań Społecznych, Sopot
PE	– Parlament Europejski
PET	– pozytronowa emisyjna tomografia komputerowa
POZ	– Podstawowa Opieka Zdrowotna
PR	– Polskie Radio
PUM	– Pomorski Uniwersytet Medyczny
RP	– Rzeczpospolita Polska
S	– Studentki
SA	– Spółka Akcyjna
TNS OBOP	– Ośrodek Badania Opinii Publicznej
TP 53	– gen kodujący guza białka p53
UE	– Unia Europejska – (ang. European Union)
W	– Mieszkanki wsi
WOK	– Wojewódzki Ośrodek Koordynujący
Z	– Pracownice ochrony zdrowia
ZCO	– Zachodniopomorskie Centrum Onkologii

WSTĘP	7
ROZDZIAŁ 1	
Nowotwory zagrożeniem zdrowia społecznego XXI wieku	11
1.1. Znaczenie profilaktyki nowotworowej realizowanej w mediach dla zdrowia populacji	11
1.2. Czynniki rakotwórcze	17
1.3. Kształtowanie świadomości onkologicznej a wczesna wykrywalność nowotworów	18
ROZDZIAŁ 2	
Rak piersi najczęstszym nowotworem złośliwym kobiet w Polsce i na świecie	20
2.1. Rak piersi – epidemiologia i występowanie	20
2.2. Wybrane elementy z historii leczenia raka piersi	24
2.3. Etiologia i czynniki ryzyka raka piersi	25
2.4. Wczesne wykrywanie raka piersi	28
2.4.1. Samobadanie piersi	28
2.4.2. Skryning mammograficzny	29
2.4.3. Ultrasonografia (USG) piersi	31
2.4.4. Rezonans magnetyczny (MRI) piersi	32
2.5. Rak piersi a ustawa - Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych	32
ROZDZIAŁ 3	
Rola mediów w realizacji zadań prozdrowotnych w kontekście profilaktyki nowotworowej, z uwzględnieniem raka piersi	34
3.1. Wpływ mediów na prewencję zdrowotną czytelników, radiosłuchaczy, widzów i internautów	34
3.2. Medyczne programy w Polskim Radiu Szczecin	37
3.3. Edukacja zdrowotna w Kurierze Szczecińskim	41
3.4. Programy o zdrowiu w Telewizji Polskiej - Oddział w Szczecinie	41
3.5. Wybrane, multimedialne programy edukacji zdrowotnej w województwie zachodniopomorskim	42
ROZDZIAŁ 4	
Metodologia badań	45
4.1. Cel pracy	45
4.2. Problemy i hipotezy	45
4.3. Materiał badawczy	46
ROZDZIAŁ 5	
Wyniki i omówienie badań	48
5.1. Charakterystyka socjodemograficzna badanych pięciu grup	48
5.2. Działania mediów, ułatwiające dotarcie do kobiet z informacją dotyczącą profilaktyki nowotworowej	53
5.3. Współpraca lekarzy z mediami i mediów z lekarzami w dziedzinie profilaktyki i promocji zdrowia	68
5.4. Wpływ mass mediów na poszerzanie wiedzy, dotyczącej profilaktyki raka piersi wśród mieszkanki województwa zachodniopomorskiego	77
5.5. Analiza zgłaszalności kobiet na badania mammograficzne na Pomorzu Zachodnim i w Polsce a programy promujące zdrowie w mediach zachodniopomorskich	94
5.6. Analiza źródeł informacji, inspirujących pacjentki do wykonania badań mammograficznych	99

Dyskusja	107
Wnioski	121
Streszczenie	122
Summary	124
Piśmiennictwo	126
Wykaz tabel	135
Wykaz rycin	138
Aneks	139
Ankieta	139

WSTĘP

Zgodnie z definicją zaproponowaną ponad 50 lat temu przez R.A. Willisa, brytyjskiego onkologa, „Neoplasma czyli nowotwór, to nieprawidłowa tkanka, która rozrasta się w nadmiarze i w sposób nieskoordynowany z tkankami prawidłowymi” [167]. Według W. Domały: „...nowotwór może powstać z każdej tkanki, do pewnego stopnia rośnie autonomicznie, a jego rozwój zależy jest od dopływu krwi gospodarza i niekiedy od stymulacji hormonalnej” [31].

Nowotwory dzieli się na łagodne i złośliwe. Dla uproszczenia wyboru metod leczenia i rokowania Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zaleca jednolity system oceny zaawansowania anatomicznego choroby, składający się z oceny ogólnego stopnia jej rozwoju oraz systemu TNM (Tumor, Nodus, Metastasis), który analizuje się przy pomocy następujących zmiennych:

T – zaawansowanie miejscowe, wielkość guza pierwotnego;

N – przerzut do regionalnych węzłów chłonnych;

M – przerzuty odległe [22,23,72,170].

Nowotwory w XXI wieku mogą być jedną z pierwszych przyczyn zgonów ludności na świecie. Z danych epidemiologicznych WHO, Unii Europejskiej (UE), Narodowego Instytutu Raka Stanów Zjednoczonych (NCI) i Centrum Onkologii – Instytut w Warszawie (COI) wynika, że liczba zachorowań i zgonów stale wzrasta. W roku 2020 będzie około 20 mln nowych zachorowań i 7 mln zgonów, czyli dwa razy więcej niż w roku 2000 [105,187].

Obecnie Polska, z liczbą nowych zachorowań 138032 i zgonów 103297 w 2009 roku, z trudem radzi sobie z zapewnieniem odpowiedniej opieki medycznej pacjentom dotkniętym chorobą nowotworową [27]. Nieodległa wizja 170000 nowych zachorowań na nowotwory w 2025 roku stawia przed ochroną zdrowia trudne zadania zapewnienia pomocy medycznej na poziomie nieodbiegającym od standardów europejskich [28]. Raporty WHO, UE, NCI i COI alarmują, że liczba wyleczeń w Polsce wynosi około 30%, w krajach Unii Europejskiej od 45 do 50%, a w Stanach Zjednoczonych 60% [105,178].

W Europie obserwuje się poprawę wskaźników 5 – letnich przeżyć, co świadczyć może między innymi o lepszych efektach leczenia. Polska ze wskaźnikiem 75 powoli zbliża się do średniej europejskiej –79,5 [26,27,163]. Stopniowa poprawa tego wyniku będzie możliwa między innymi wówczas, gdy wzrośnie zgłaszalność kobiet objętych badaniami profilaktycznymi, ułatwiony zostanie dostęp do nowoczesnej diagnostyki i nowych metod leczenia, skróci się czas od rozpoznania do leczenia chorego, wzrośnie świadomość pacjentek, jak i nastąpi

skuteczniejsza współpraca między podmiotami koordynującymi i realizującymi profilaktykę oraz leczenie [90,166]. Wyzwanie to jest istotnym zadaniem, które realizować winni w większym zakresie niż dotychczas zarówno menadżerowie opieki zdrowotnej jak i politycy [107].

W Polsce na nowotwory złośliwe zapada co godzinę 12, a umiera 9 osób. Stały się one tak powszechne, że co czwarty Polak choruje, a co 5 umiera z powodu raka [27,105].

W celu zmiany tych niekorzystnych statystyk, Prezydent RP podpisał 20 lipca 2005 roku Ustawę Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych (NPZChN). Dokument stworzono na podstawie doświadczeń krajów, które poprzez systemowe działania uzyskały poprawę opieki onkologicznej. Na realizację ustawy w latach 2006 – 2015 przeznaczono trzy miliardy złotych. Budżet Państwa zapewni fundusze między innymi na: oświatę zdrowotną, prewencję, aktywną profilaktykę, edukację, rehabilitację, opiekę paliatywną i rejestr nowotworów [198]. Dokument zakłada rozszerzenie wcześniejszych działań związanych z profilaktyką i leczeniem nowotworów, które dziś realizują między innymi: Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ), a także samorzady lokalne i organizacje pozarządowe. W ustawie, jako priorytetowe strategie, przyjęto profilaktykę raka: piersi, szyjki macicy i jeli-ta grubego oraz program opieki nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe [192,198].

W 2009 roku w Polsce zarejestrowano 15864 nowych przypadków raka piersi oraz 5311 zgonów z jego powodu. Przeciętnie co 40 minut kolejna Polka dowiaduje się o tym, że choruje na tego raka. Nowotwór piersi jest jedną z głównych przyczyn zgonów kobiet, dlatego z jego powodu co 2 godziny umiera w Polsce jedna pacjentka. Zaobserwowano, że ponad połowa nowych zachorowań występuje u kobiet w wieku od 50 do 69 lat [27].

Aby zmienić te statystyki próbuje się między innymi więcej uwagi poświęcić profilaktyce i edukacji onkologicznej Polaków. Lukę tę w części mogą wypełnić media, wymieniane przez pacjentów, jako ważne źródło informacji o zdrowiu [180,192,197].

Ponieważ do tej pory nie przeprowadzono wielu badań na temat wpływu mediów na profilaktykę raka piersi, w niniejszej pracy na przykładzie województwa zachodniopomorskiego dokonano próby oceny ich znaczenia i przedstawiono dowody na potrzebę takich działań. Rakiem piersi w dysertacji określono nowotwory złośliwe piersi u kobiet (kod C50 według klasyfikacji ICD – 10). W rozprawie zmierzono się z tematem, wykorzystując doświadczenia autorki, jako dziennikarki z ponad 35 – letnim stażem, inicjatorki wielu przedsięwzięć z zakresu profilaktyki, edukacji oraz promocji zdrowia o zasięgu wojewódzkim, ogólnopolskim i międzynarodowym. Zbadano, czy media zachodniopomorskie: prasa, radio i telewizja, jako ważne źródło informacji onkologicznej wpływały pozytywnie na realizację profilaktyki raka

piersi w regionie. Prezentowane w pracy badania epidemiologiczne i statystyczne, pochodziły przede wszystkim z lat 2007 – 2010. Od tego czasu Narodowy Fundusz Zdrowia nie limitował badań mammograficznych realizowanych w ramach programu, a do pacjentek wysyłane były imienne zaproszenia na badania mammograficzne. Nowe możliwości organizacyjne, finansowe i jakości zapewniał Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych. Szczegółowej analizie poddano działania z tego zakresu, realizowane w województwie zachodniopomorskim, gdyż w regionie, jeszcze przed wprowadzeniem ustawy, powstawało wiele inicjatyw i programów regionalnych, zachęcających kobiety do badań profilaktycznych. Zachodniopomorskie należy do tych regionów Polski, w których pierwszą przyczyną zgonów kobiet wywołanych chorobami nowotworowymi jest rak płuca, a na drugim miejscu plasuje się rak piersi [27].

Dla potrzeb rozprawy analizowano dane: Krajowego Rejestru Nowotworów od roku 2000, Systemu Informatycznego Medycznej Profilaktyki (SIMP) od 2007 do 2010 roku oraz wyniki 300 ankiet przeprowadzonych w pięciu grupach. Przedstawicielkami województwa zachodniopomorskiego były: Amazonki, Kobiety mieszkające na wsi, Studentki medycyny i Pracownice ochrony zdrowia. Reprezentantki mediów należały do Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Dziennikarze dla Zdrowia.

Treść rozdziału pierwszej rozprawy przybliży wywołane nowotworami zagrożenia zdrowia społecznego w XXI wieku. W drugim omówiono problemy związane z najczęściej występującym rakiem u kobiet w Polsce i na świecie – rakiem piersi. W trzecim skupiono uwagę na roli mediów w realizacji zadań prozdrowotnych w kontekście profilaktyki nowotworowej z uwzględnieniem raka piersi, w czwartym przedstawiono materiał oraz metody, a w piątym zebrano wyniki badań. Rozprawę kończy streszczenie w języku polskim oraz angielskim, piśmiennictwo, wykaz tabel i rycin, a także aneks, przedstawiający treść wykorzystanej w badaniu ankiety.

Media, będąc jednym z partnerów w działaniach edukacji onkologicznej odgrywają, ważną rolę w promocji zdrowia tym bardziej, że potrafią szybko dotrzeć do sfer psychologicznej i społecznej człowieka. Odbiorcy mediów poświęcają im wiele czasu, do tego stopnia, że zajmują one trzecie miejsce w rozkładzie zajęć dobowych po pracy i śnie [21,108]. Telewizję statystyczny Polak średnio ogląda przez 3,6 godziny na dobę, radia słucha ponad cztery godziny. Z każdym rokiem większym zainteresowaniem odbiorców cieszy się Internet, mniejszym natomiast prasa pisana [180,181].

W związku z tym, że kontakt z mediami wpłynąć może na zmianę zachowań i stylu życia, dlatego wiedza i umiejętności zdobyte za pośrednictwem publikatorów, ułatwić mogą procesy związane z dokonywaniem świadomego wyboru zachowań prozdrowotnych [89].

Panel badawczy SMG/KRC potwierdził siłę mediów w zakresie informacji i edukacji. Tę moc wykorzystuje się w wielu publikatorach, propagując zdrowie, zdrowy styl życia i profilaktykę zdrowotną, w tym raka piersi, co spróbuje się dowieść w badaniach przeprowadzonych dla potrzeb niniejszej dysertacji.

Do problemu znaczenia oraz wpływu mediów na promocję, edukację i profilaktykę zdrowotną prawdopodobnie warto wracać za kilka, kilkanaście lat, kiedy nastąpi naturalna wymiana pokoleń medialnych odbiorców. Zauważono bowiem odchodzenie młodych ludzi od klasycznych środków masowego przekazu oraz kierowanie ich zainteresowań wokół informacji przekazywanych poprzez Internet, sieci komórkowe, I – phony, MP – 3 itd. Z badania ponad 3100 osób w wieku 15 – 34 (maj 2010) wynika na przykład, że prawie 75% ankietowanych słucha stacji radiowych on – line. Medium to towarzyszy pracy przy komputerze [83]. Ponad połowa polskich internatów czyta wiadomości on – line (50,6%), radia słucha 46,8%, telewizję ogląda 46,2% [181]. W 2011 roku, w celach prywatnych, w Polsce z Internetu korzystało niemal 90% internautów, zaś z TV około 74%, z radia 56% i gazet 27% (Raport Digital Life 2012). Dlatego zachodzi potrzeba opracowania i rozszerzenia oferty zawierającej rzetelne publikacje na temat profilaktyki i promocji zdrowia. Badania na ten temat, jako cenne źródło informacji, wymusić mogą na przyszłych promotorach zdrowia opracowanie nowej strategii – oferty edukacji, promocji i profilaktyki zdrowotnej, kierowanej za pośrednictwem istotnych dla nowych pokoleń publikatorów.

ROZDZIAŁ 1

Nowotwory zagrożeniem zdrowia społecznego XXI wieku

1.1. Znaczenie profilaktyki nowotworowej realizowanej w mediach dla zdrowia populacji

Starożytni Grecy uważali, że zdrowie uosabiają dwie boginie: Higiea i Panacea – córki Asklepiosa (Eskulapa) – Boga medycyny. Pierwsza odpowiadała za profilaktykę, druga za leczenie. Higiea głosiła, że poznając i przestrzegając praw natury można uniknąć choroby, Panacea w walce z chorobą chętnie sięgała po medykamenty [59,122].

W kulturze europejskiej prekursorem uporządkowania poglądów dotyczących zdrowia był Hipokrates. Ojciec europejskiej medycyny twierdził, iż zdrowie czyli dobre samopoczucie (choroba – złe samopoczucie), jest zależne od równowagi między otoczeniem, a pacjentem [10]. Zewnętrzna równowaga człowieka ze środowiskiem pozwala na stworzenie równowagi wewnętrznej danej osoby. To jest podstawą profilaktyki, która poprzez utrwalanie prawidłowych wzorców zdrowego stylu życia, w zdrowym otoczeniu – czyli środowisku, wpływać może na zapobieganie chorobom [10].

Teoria Kartezjusza, porównująca organizm człowieka do precyzyjnie działającej maszyny, oddaliła może medycynę od przeciwdziałania chorobie, skupiając się przede wszystkim na próbie naprawiania poszczególnych części ludzkiego organizmu [10].

Według Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO): „Zdrowie to stan dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak choroby lub niedomagania” [171].

Jeszcze w latach siedemdziesiątych XX wieku uważano, że zdrowie w największym stopniu zależy od działań ochrony zdrowia. Podejście to zmieniono po ogłoszonym w 1974 roku przez Marc'a Lalonde'a raporcie, w którym kanadyjski Minister Zdrowia dowodził, że zdrowie człowieka: jest efektem działania stylu życia (53%), środowiska (21%), genetyki (16%) i opieki medycznej (10%). „Promocja zdrowego stylu życia może wpłynąć na poprawę stanu zdrowia i ograniczyć zapotrzebowanie na opiekę medyczną”. Środowisko i styl życia wiążą się bezpośrednio z profilaktyką, zależną od pacjentów – ich postaw oraz wiedzy [96,176].

Do sformułowanych przez Lalonde'a pól zdrowia, dodano czynniki społeczno – ekonomiczne, czyli: dochody, poziom wykształcenia i status społeczny obywateli. Od tych czynników w znacznej mierze zależy ma też styl życia człowieka, definiowany jako sposób życia, na który składać się mogą: zachowanie, postawy, działania i filozofia życiowa. Jeśli ten styl

sprzyja zdrowiu, to mówi się o jego prozdrowotnym działaniu. Dlatego uważa się, że między innymi: złe warunki życia, palenie tytoniu, brak ruchu i pracy oraz bieda, warunkują zdrowie [96,176].

Podejście do problemu można poszerzyć, analizując badania socjologów i ekonomistów. Vilfredo Pareto opracowując w 1897 roku dane statystyczne ludności włoskiej stwierdził, iż 20% mieszkańców Włoch jest w posiadaniu 80% majątku kraju [193]. Zasada ta może mieć też zastosowanie w przypadku zdrowia, ponieważ ochrona zdrowia przy swojej kolosalnej kosztowności (w przeciwieństwie do profilaktyki), daje niezadowalające wyniki – o czym mówi zasada Pareto. Joseph Juran, amerykański teoretyk zarządzania, odnosząc się do tego spostrzeżenia w badaniach nad jakością, potwierdził w 1941 roku, iż 80% problemów powodowanych jest przez 20% przyczyn, co daje się również przełożyć na to, że około 80% efektów uzyskuje się przez około 20% środków [193].

Zgodnie z inną tezą amerykańskiego teoretyka Alana Devera wiemy, że z nakładów finansowych ponoszonych na ochronę zdrowia, 90% pieniędzy wydanych na system ochrony zdrowia, skutkuje 11% zmniejszeniem umieralności. Nakład w stosunku do efektu w przypadku biologii człowieka rozkłada się z 6,9% do 27%, w odniesieniu do środowiska z 1,6% do 19%. W aspekcie tym zaskakuje informacja, że środki przeznaczone na edukację prozdrowotną i kształtowanie stylu życia, pochłaniając zaledwie 1,5% ogółu nakładów, minimalizują umieralność do 43% [193].

Błędne jest myślenie, że na zmniejszenie stopnia umieralności i poprawę zdrowia obywateli może wpłynąć jedynie zwiększenie nakładów na system opieki zdrowotnej. Światowa organizacja zdrowia określa ten system, jako „...ogół działań, realizowanych w celu promowania oraz poprawy i zachowania dobrego stanu zdrowia członków populacji” [171]. Dlatego słusznym wydaje się stwierdzenie, że w medycynie społeczne koszty byłyby niższe, gdyby na poprawę jakości i długości życia społeczeństw mogła w większym stopniu wpływać promocja oraz profilaktyka zdrowotna, zwana prewencją.

Profilaktyka ma wiele zastosowań. Dzielimy ją między innymi na: społeczną, uzależnień, przestępczości, zdrowotną. Prewencja zdrowotna ma na celu zapobieganie chorobom, poprzez ich wczesne wykrycie [172]. „Profilaktyka to proces wspierający człowieka w prawidłowym rozwoju i zdrowym życiu” (Z. B. Gaś, 2003). Prewencja jest sposobem ograniczania zjawisk szkodliwych, stąd jej realizacja pochłania mniejsze środki niż działania zaradcze [43,44].

Słowo profilaktyka pochodzi z greckiego prophylaktikós, co tłumaczy się jako: prewencja, zapobieganie, działalność zapobiegająca niepożądanym zjawiskom [155].

W medycynie profilaktykę kieruje się do osób w różnym wieku i bez objawów choroby [90]. W profilaktyce zdrowotnej (w tym nowotworowej) rozróżniamy następujące fazy:

- **Profilaktyka pierwotna – pierwsza faza**, to zapobieganie nowotworom złośliwym poprzez włączenie wszystkich możliwych działań, których celem jest zmniejszenie ryzyka zachorowania na raka [178].

Porównanie epidemiologii nowotworów w różnych regionach świata zwróciło uwagę na to, że istnieje możliwość zapobiegania nowotworom złośliwym, ponieważ rozliczne populacje na globie charakteryzuje odmienna częstość występowania zachorowań na różnorakie typy nowotworów [119]. Częstość ta, w przewidywalny sposób zmienia się w czasie. Na przykład profil zachorowań na nowotwory w grupach imigrantów zmienia się na typowy, występujący u mieszkańców nowego miejsca zamieszkania i to już w pierwszym pokoleniu [60,63]. Zatem 80 – 90% zachorowań na nowotwory złośliwe zależy od stylu życia i czynników środowiskowych [31,96,176,178].

Ważnym jest, by pacjenci byli świadomi tych powiązań, ponieważ nie można precyzyjnie określić tylko jednego czynnika wywołującego nowotwory złośliwe. Najczęstszą przyczyną ich powstawania są między innymi: używki (papierosy oraz alkohol), zła dieta, wykonywany zawód, stres, nieodpowiedzialne zachowania seksualne, brak wypoczynku [178].

Prewencja pierwotna polega na upowszechnianiu wiedzy na temat przyczyn występowania nowotworów, propagowaniu prozdrowotnych zachowań i zdrowego stylu życia [178]. Nadzieje pokłada się też w stosowaniu szczepionek, zapobiegających chorobom nowotworowym. Na przykład szczepienia przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV) w połączeniu z cytologią szyjki macicy, prawdopodobnie zmniejszyć mogą ryzyko wystąpienia raka szyjki macicy i innych zmian chorobowych, wywoływanych przez tego wirusa [175].

- **Profilaktyka wtórna – druga faza**. Szansa na wyleczenie raka wzrasta, gdy nowotwór złośliwy jest wykryty we wczesnej fazie rozwoju choroby. Część nowotworów (skóry, wargi, jamy ustnej, gardła) może zauważyć lekarz pierwszego kontaktu [173]. Ponieważ objawy większości nowotworów złośliwych pojawiają się najczęściej, gdy choroba jest zaawansowana, ogromną rolę w sukcesie leczenia odgrywa wiedza o objawach przedmiotowych i podmiotowych oraz wprowadzenie populacyjnych badań przesiewowych. W przypadku raka piersi są to przesiewowe badania mammograficzne, wykonywane u kobiet w wieku od 50 do 69 lat [31,86,93,120,178].
- **Profilaktyka trzeciej fazy**. Dzięki rozwojowi wiedzy medycznej odnotowano wiele przełomów w leczeniu niektórych typów nowotworów uważanych do niedawna za

nieuleczalne. Chemioterapia uzupełniająca, leczenie personalizowane – celowane przedłużyły życie sporej grupie kobiet z rakiem piersi. Tradycyjną, radykalną mastektomię wypiera leczenie oszczędzające. Nowoczesny sprzęt do badań obrazowych pomaga precyzyjnie określić lokalizację guzów, dozować promieniowanie i dawkować leki [178]. Europejski Kodeks Walki z Rakiem przestrzega, by stosowanie zaleceń formułowanych w wielu dokumentach, w celu zmniejszenia zapadalności i umieralności na nowotwory, nie wpływało na zwiększenie ryzyka wystąpienia innych chorób [93,120,178]. Profilaktykę realizuje się poprzez nauczanie i wychowanie zmierzające do przestrzegania zdrowego stylu życia, zwalczanie szkodliwych czynników środowiskowych, prowadzenie przesiewowych badań profilaktycznych i szczepień [178].

Przemyślana realizacja działań profilaktycznych przynieść może konkretne korzyści pacjentom, między innymi poprawić świadomość zdrowotną populacji i zwiększyć wykrywalność chorób we wczesnym stadium choroby. Efektem tych działań może być zmniejszenie liczby zachorowań i zgonów oraz absencji chorobowej, a także kosztów samego leczenia [90,129,178]. Dla uzyskania lepszych wyników w tym zakresie WHO i OECD opracowują publikacje i zalecenia na ten temat. Korzyści z profilaktycznych działań, przedstawione w tych materiałach, powinny zachęcić media do prowadzenia szeroko zakrojonej profilaktyki. Prewencja winna być rozszerzona o promocję zdrowia [70,90,162].

Narodowy Program Zdrowia (2007 – 2015) za Kartą Ottawską z 1986 roku przedstawił definicję promocji zdrowia uznając, że jest to „...proces umożliwiający ludziom zwiększenie kontroli nad swoim zdrowiem przez podejmowanie wyborów i decyzji sprzyjających zdrowiu”, z kolei system ochrony zdrowia sformułował, jako: „...ogół działań, których podstawowym celem jest promowanie, poprawa i zachowanie dobrego stanu zdrowia członków populacji” [169,197].

Promocja koncentruje się na zdrowiu wszystkich obywateli. Profilaktyka z kolei skierowana jest na chorobę. Grupą docelową w tym przypadku są pacjenci z grupy ryzyka [157,178]. Zależność tę podkreśla się w edukacji zdrowotnej, realizowanej na wielu płaszczyznach m.in. za pośrednictwem mediów. Dzięki promocji i profilaktyce zdrowotnej ograniczać można szereg szkodliwych zjawisk, zaoszczędzić środki finansowe, gdyż profilaktyka jest tańsza od leczenia i rehabilitacji [173]. Wie o tym wiele Europejek. Niemki badania cytologiczne szyjki macicy wykonują raz w roku, w każde urodziny. Większość Francuzek wita Nowy Rok z „białą kartą”, na którą wpisują w styczniu terminy badań profilaktycznych na nadchodzący rok. Dla Holenderek i Skandynawek, regularne badania przesiewowe są rytu-

ałem zdrowego stylu życia. Regularnie ćwiczą na siłowni i w basenie. Wyniki poprzednich oraz daty najbliższych badań profilaktycznych zapisują do kalendarza obowiązkowych zadań.

W celu przekazania wiedzy wykorzystuje się różne działania informacyjne, w tym medialne, które, sprzyjając zdrowiu wpłynąć mogą na zmianę motywacji i umiejętności, a także postaw zdrowotnych jednostki. To w konsekwencji prowadzić może do realizacji zachowań prozdrowotnych odbiorców mediów [89,172].

Informacje na temat korzyści przestrzegania profilaktyki onkologicznej polskiemu pacjentowi przekazują między innymi: lekarze, pielęgniarki, nauczyciele, jak i wszechobecne, ogólnie dostępne media. Przestrzeganie tych zaleceń mogłoby wpływać na obniżenie zachorowalności i umieralności z powodu wielu chorób, w tym także nowotworów powszechnie nazywanych rakiem [90].

Choć raki są grupą nowotworów wywodzących się z komórek nabłonkowych, to przyjęło się stosowanie potoczne określenia „Rak”, właśnie dla nowotworów [30,31]. Zgodnie z przytaczaną na stronie 7 dysertacji definicją Willisa, nowotwory są nieprawidłową tkanką rozrastającą się nadmiernie i w sposób nieskoordynowany z tkankami prawidłowymi [167]. Proliferacja ta jest zależna od dopływu krwi gospodarza i niekiedy od stymulacji hormonalnej [31]. Chorobę zaobserwował i określił tym mianem „Rak” Hipokrates (460 – 370 r. p.n.e.). Następnie nazwy tej używał Aulus Cornelius Celsus (53 r. p.n.e. – 7 r. n.e.) i Paweł z Egiptu (ok. 625 – 690), który podawał, że: „Rak pojawia się w każdej części ciała, szczególnie często w piersiach kobiet i przytwarzając się tak uporczywie do ciała jak krab” [31,81].

Na świecie w 2008 r. zanotowano ponad 12,5 mln nowych zachorowań i 7,6 mln zgonów z powodu raka. Przewiduje się, że w ciągu 10 – 15 lat nastąpi podwojenie tych liczb. W Polsce w 2009 roku na nowotwory zachorowało ponad 138 tys. osób i 10,3 tys. zmarło [26,27].

Nowotwory złośliwe w Polsce stanowią drugą po chorobach układu krążenia, przyczynę zgonów [186]. Liczba zgonów wywołana nowotworami złośliwymi systematycznie wzrasta. W 1963 roku wynosiła 34500, a w 2004 roku 89815. Przyczyny tego tkwić mogą między innymi we wzroście liczby ludności: (w 1963 roku – 30,7 mln, a w 2004 roku – 38,2 mln) oraz procesie starzenia społeczeństwa: (w 1963 roku – 6,5% po 65 roku życia, a w 2004 roku 12,9%) [123,185,186].

Aby wpłynąć na poprawę statystyk, próbuje się dotrzeć do pacjentów z informacją zawierającą elementy edukacji, promocji i profilaktyki zdrowia. Rolę edukatora mogą spełniać media. Ich nazwa wywodzi się od łacińskiego słowa: medius – pośród, znajdujący się w środku.

Mediami są między innymi: (prasa, radio i telewizja, Internet, książki, wystawy, ulotki, filmy w kinie) wszystkie środki (sposoby, kanały) komunikowania, które mają cztery wspólne

elementy: pośrednictwo techniki, przekazujący komunikator, przekazywane obrazy, dźwięki, słowa i masowego odbiorcę [172]. Znaczenie funkcji edukacyjno – wychowawczej mass mediów dla kształtowania postaw zachowań prozdrowotnych, wypunktowano w Narodowym Programie Zdrowia i w Ustawie o Radiofonii i Telewizji [197,201].

Choć niewiele jest badań oceniających wpływ mediów na zmianę zachowań odbiorców, to w pracy przytoczy się ciekawsze, będące przykładem skutecznej walki z rakiem piersi, które dzieli się na łagodne i złośliwe. Wśród złośliwych są przedinwazyjne i inwazyjne [31,125].

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia, mianem rak piersi określa heterogenną grupę chorób. Składają się na nią różnorodne jednostki kliniczno – morfologiczne opracowane na podstawie mikroskopowego badania [170]. Według WHO klasyfikacja różni 5 podtypów tego raka: dwa luminalne A i B, podstawny, z nadekspresją HER2 oraz z ekspresją genów typowych dla komórek prawidłowego gruczołu piersiowego [117,148,170].

W 1926 roku psychoanalityk Carl Jung napisał: „Rak sygnalizuje, że w organizmie człowieka następują niepokojące reakcje. To przestroga, by wybrać inną drogę”. Współczesna medycyna przyjęła dwa sposoby walki z chorobą: jedna bliska Jungowi, polegająca na informowaniu, jak żyć by nie zachorować, a druga stricte medyczna [178]. Doceniając wagę problemu, rezolucja Parlamentu Europejskiego w sprawie raka piersi w 2006 roku zobowiązała państwa członkowskie do prowadzenia lepszej polityki informacyjnej między innymi na temat badań przesiewowych, zwanych skryningiem [199].

Skryning onkologiczny to badania dużej grupy osób bez objawów klinicznych danej choroby, przeprowadzany w celu wczesnego wykrycia nowotworu lub stanu przednowotworowego [75,79,116]. Zadaniem skryningu jest wyłonienie osób z prawidłowym i nieprawidłowym wynikiem, poprawa wyleczalności, zmniejszenie umieralności oraz skutków społecznych i finansowych. Badania przesiewowe powinny obejmować taką grupę populacji, w której obserwuje się największe ryzyko zachorowania na chorobę nowotworową określonego narządu [90,116,170]. Zaproszenie imienne na badania przesiewowe otrzymują wszystkie wytypowane do nich osoby [7,116,170]. Idealny skryning powinien się charakteryzować: 70 – 75% zgłaszalnością na badania, dużą możliwością wykrycia choroby, zdolnością do identyfikacji osób zdrowych, wysoką wartością testu, niskimi kosztami, łatwością wykonania i małym ryzykiem powikłań [36,116,178]. Jednym z najlepiej poznanych badań przesiewowych jest skryning mammograficzny, obniżający śmiertelność z powodu raka piersi [7,30,75,85,116,194].

Nowojorskie badania z lat 1963 – 1967 w ramach Programu Ubezpieczeń Zdrowotnych, dziewięć lat od rozpoczęcia programu wykazały 30% spadek umieralności u pacjentek pod-

danych okresowym badaniom mammograficznym, w porównaniu z grupą kobiet niezbadanych. Badanie szwedzkie z 1993 roku wykazało mniej zgonów z powodu raka piersi po wykonaniu mammografii o 29%, a z 2002 roku od 15% do 20%. W programie duńskim Cochrane'a 3 zanotowano 15% zmniejszenie umieralności, a w badaniu Amerykańskiej Agencji ds. Profilaktyki (US Preventive Services Task Force) zarejestrowano 16% spadek zgonów [56,67,113,114]. Badania kliniczne z randomizacją pokazały, że dzięki skryningowi powiększyła się o 30% liczba kobiet z rozpoznaniem i leczonym rakiem piersi w stosunku do niezbadanej grupy. Badania amerykańskie, skandynawskie, brytyjskie i australijskie pokazały, że po skryningu rozpoznano o 30 – 40% więcej raków piersi, ale też przy najdłuższym czasie obserwacji u 25% kobiet zauważono nadrozpoznawalność, czyli zbędne leczenie [46,54,56]. Kolejne badania dowiodły, że nierzetelnie wykonana mammografia, przeprowadzona na złej jakości sprzęcie, doprowadzić może do większej liczby amputacji piersi. Sporym problemem dla pacjentek jest stres psychiczny wywołany czekaniem na wynik. W USA 49% zdrowych kobiet przeżyło fałszywy alarm, a w Norwegii 21% [35,55,56,65,67].

Obecnie w Polsce, z powodu złej polityki zdrowotnej, braku wystarczającej wiedzy pacjentów, słabej zgłaszalności na badania we wczesnym stadium choroby, na profilaktykę zdrowotną wydaje się dziesięć razy mniej środków niż zaleca to WHO i UE (T. Zdrojewski – 3.09.2010 – Debata o zdrowiu). Dlatego rozprawa zawiera między innymi treści dotyczące nowotworów, które warto poruszać w mediach, nie zapominając o czynnikach rakotwórczych.

1.2. Czynniki rakotwórcze

Rozwój nowotworu w organizmie człowieka, to proces złożony, trwający zazwyczaj długo. Guz o średnicy 1. cm przeciętnie rozwija się 5 lat. Zdarza się jednak, że ten okres to zaledwie kilka miesięcy. Nieznane są wszystkie czynniki rozwoju choroby [31,86].

Wiadomo, że w procesie rakotwórczym ważne są między innymi predyspozycje genetyczne oraz czynniki: chemiczne, fizyczne, wirusowe i bakteryjne, a także leki [121].

W kancerogenezie niemal wszystkich guzów kluczową rolę odgrywają odziedziczone predyspozycje genetyczne. U nosicielek odpowiednich mutacji ryzyko zachorowania na raka może sięgać nawet 90%. Ważne jest poznanie tychże mutacji, ponieważ wiedza o ich istnieniu decydować może o wprowadzeniu specjalnej profilaktyki i leczenia [102,103,112].

Z kolei rakotwórcze czynniki chemiczne występują powszechnie: w wędzonych produktach żywnościowych, asfalcie, smarach, rozpuszczalnikach, grzybach pleśniowych rozwijających się w źle przechowywanej i konserwowanej żywności, dymach: papierosowym i fabrycznym. Ponadto, niektóre leki stosowane przewlekłe, podwyższają ryzyko zachorowania

na nowotwory złośliwe, podobnie jak hormony zawarte w doustnych środkach antykoncepcyjnych czy w hormonalnej terapii [31].

Rakotwórcze działanie mają również czynniki fizyczne: promieniowanie ultrafioletowe i jonizujące. Także wirusy i bakterie związane są z powstawaniem nowotworów złośliwych.

Uważa się, że 1/3 zgonów z powodu raka wywołana jest paleniem tytoniu, 1/3 ma związek z kancerogenami pokarmowymi, a tylko 1/3 z resztą czynników. Samo palenie papierosów może być powodem raka płuca, jamy ustnej, gardła, przełyku, krtani, trzustki, szyjki macicy i pęcherza moczowego [31,178].

Spora grupa czynników rakotwórczych dotyczy nowotworów zawodowych, wywołanych między innymi przez związki arsenu, chromu, niklu, żelaza, DDT, uretan, iperyt, czterochlorek, pył: drzewny, skórzany i azbestowy oraz substancje smoliste [200].

Pod koniec lat 90 – tych ubiegłego wieku około 32. miliony robotników (23% zatrudnionych w Unii Europejskiej), pracowało w miejscach przekraczających normy występowania substancji kancerogennych [178].

Tworzenie regulaminów, przepisów wewnątrz zakładowych, a także aktów prawnych, zmierza poprzez ograniczenie ekspozycji na kancerogeny zawodowe i środowiskowe, do zmniejszenia liczby zachorowań i zgonów na nowotwory zawodowe. W Polsce obowiązuje w tej sprawie rozporządzenie Ministra Zdrowia z 1996 roku, dotyczące czynników rakotwórczych w środowisku pracy i nadzoru nad stanem zdrowia pracowników narażonych na te czynniki [200].

Współdziałanie lub współistnienie dużej liczby czynników rakotwórczych zwiększa ryzyko wystąpienia nowotworów u człowieka, stąd ogranicza się te czynniki w naszym środowisku, jak i zmienia styl życia oraz minimalizuje dostęp do chorobotwórczych substancji i związków [200]. Zależności te także przekazywane za pośrednictwem mediów, mogą być jednym ze sposobów profilaktyki nowotworowej, obejmującej zmiany chorobowe umiejscowione na różnych narządach, w tym również na piersi.

1.3. Kształtowanie świadomości onkologicznej a wczesna wykrywalność nowotworów

Wcześniej wykryty nowotwór (również rak piersi), to większe prawdopodobieństwo jego wyleczenia. Dlatego zarówno pacjentów, jak i lekarzy obowiązywać powinna „czujność onkologiczna” [31,86,90].

W Polsce między innymi z powodu niewystarczającej wiedzy pacjentów na temat wczesnych objawów choroby nowotworowej, zakorzenionych przekonań i zabobonów na temat raka, a także w związku z nierzadkim bagatelizowaniem przez lekarzy zasad czujności

onkologicznej, wykrywa się zbyt często trudniejsze do leczenia, zaawansowane zmiany nowotworowe. Wokół problemu funkcjonuje wiele stereotypów i sprzecznych obiegowych przekonań oraz panuje dezorientacja, dotycząca rzeczywistych przyczyn zapobiegania chorobom. W świadomości wielu Polaków pokutują opinie, że nowotwór to choroba śmiertelna, wstydliva, a określenie „rak” wywołuje negatywne emocje [110,111].

Jednym z podstawowych wyzwań na najbliższe lata w onkologii jest uporządkowanie wiedzy społeczeństwa na temat czynników powstawania nowotworów. Przekazanie Polakom rzetelnej i uporządkowanej wiedzy o korzyściach, jakie niesie wczesne wykrycie choroby, może wpłynąć na zmianę nieprawidłowych nawyków zdrowotnych [145,178].

Dzięki próbie realizacji programów edukacyjnych, obserwowany jest u Polaków powolny wzrost świadomości i wiedzy onkologicznej, o czym świadczyć może większa liczba pacjentów z niezaawansowanymi nowotworami w gabinetach lekarskich [49].

Choć Polacy boją się raka, w świadomości społecznej wzrosło przekonanie o jego uleczalności, a także znany jest, co najmniej jeden wczesny objaw choroby nowotworowej. Badania OBOP z 2005 roku wykazały, że nowotwór niezmiennie budzi największy lęk (tak deklarowało 83% ankietowanych). Istotne są też wiedza i zachowanie lekarza pierwszego kontaktu, który po wykryciu pierwszych symptomów choroby powinien od razu kierować pacjenta do lekarza specjalisty [93,94].

Znajomość wczesnych objawów choroby to minimum wiedzy, jaka powinna dotrzeć do społeczeństwa za pośrednictwem placówek ochrony zdrowia, mass mediów, rodziny. Ważne, by wyrobić w pacjencie odruch zgłaszania się do lekarzy tuż po wykryciu choćby jednego sygnału choroby. Aby forma i treść tych informacji była zrozumiała i mogła dotrzeć do szerokiej rzeszy odbiorców, winna być wiarygodna, przekazana jak najprościej, ciekawie i dostępnie [86].

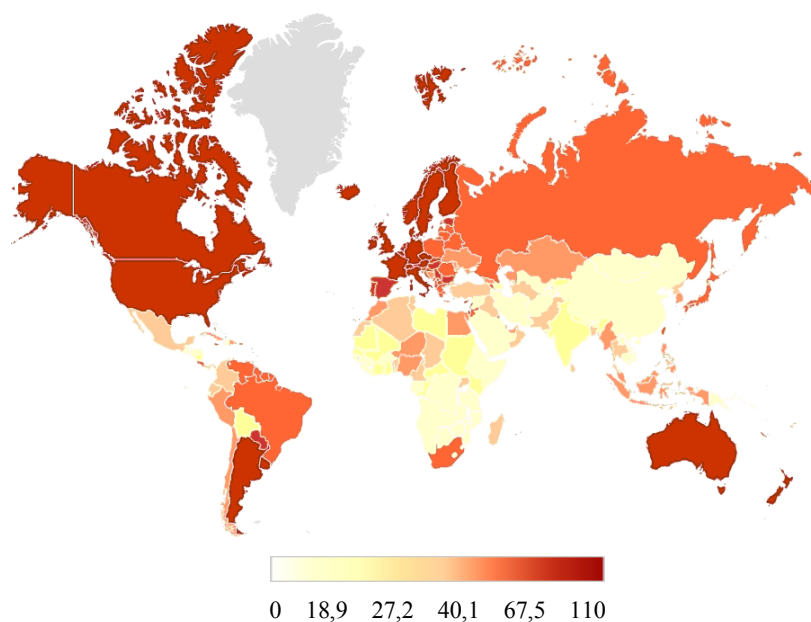
ROZDZIAŁ 2

Rak piersi najczęstszym nowotworem złośliwym kobiet w Polsce i na świecie

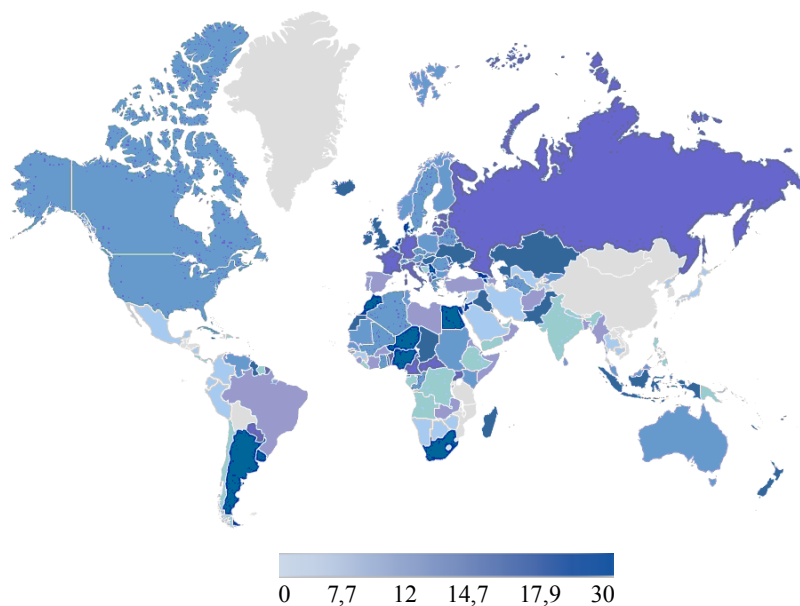
2.1. Rak piersi – epidemiologia i występowanie

W wielu krajach świata rak piersi jest najczęstszym nowotworem złośliwym u kobiet. Ponad 80% Europejek ze Szwecji, Finlandii i Francji przeżyło z tym nowotworem ponad pięć lat. Kraje te, obok USA należą do państw o najwyższej wyleczalności raka piersi. Niestety, Polska znalazła się w końcu tego rankingu [26,90,123].

Według Międzynarodowej Agencji Badań Nad Rakiem, w badaniu Globocan obserwuje się wzrost zachorowań i zgonów, a najwyższe współczynniki zachorowalności na raka piersi osiągane są obecnie w krajach wysoko rozwiniętych, a umieralności w krajach najslabiej rozwiniętych [12,39]. Zależności te wizualizują ryciny 1 i 2.

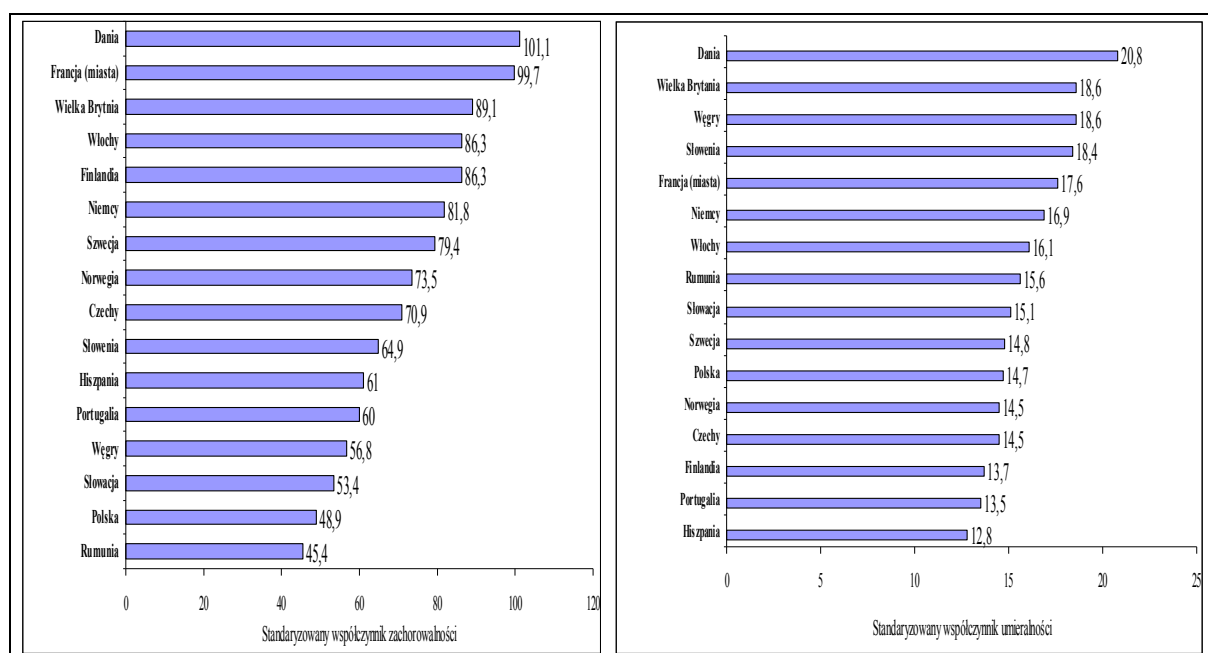


Ryc. 1. Rak piersi. Szacunkowa zachorowalność na świecie w 2008 roku
Źródło: Globocan 2008 (IARC). Sekcja Informacji Nowotworów (11.04.2012, g. 20.00)
GLOBOCAN 2008, International Agency for Research on Cancer



Ryc. 2. Rak piersi. Szacunkowa umieralność na świecie w 2008 roku
Źródło: Globocan 2008 (IARC). Sekcja Informacji Nowotworów (11.04.2012, g. 20.00)

Z obserwacji standaryzowanego współczynnika zachorowań na raka piersi w Europie wynika, że mieszkanki krajów wysoko rozwiniętych częściej zapadają na tę chorobę niż z krajów gorzej rozwiniętych [2]. Najwyższy wskaźnik zachorowalności zauważono w: Danii, Francji, Wielkiej Brytanii i Włoszech, a najniższy w: Rumunii, Polsce i Słowacji. Wskaźnik umieralności z powodu tego raka jest najwyższy w: Danii, Wielkiej Brytanii i na Węgrzech, najniższy w: Hiszpanii, Portugalii i Finlandii. Polska ze wskaźnikiem umieralności 14,7, w rankingu 16 krajów europejskich znalazła się na 11 pozycji, co wizualizuje rycina 3.



Ryc. 3. Standaryzowane współczynniki zapadalności i umieralności na raka piersi u kobiet, z wybranych krajów Europy – 2008 rok

Źródło: Cancer Incidence and Mortality Worldwide in 2008, GLOBOCAN 2008, WHO (22/8/2010, g. 12.00)

W Polsce żyje około 60 tys. kobiet z nowotworem piersi. Rak ten zajmuje pierwsze miejsce wśród przyczyn zachorowalności Polek [25,186]. W 2009 roku z jego powodu zachorowało 15752 kobiet i 112 mężczyzn, a zmarło 5242 pacjentek oraz 69 pacjentów [27].

W roku 2009 rak piersi był drugą (z powodów onkologicznych po raku płuca) przyczyną zgonów kobiet. W kraju zachorowało o 17,7% (zachodniopomorskie o 15%) i zmarło o 2,5% (zachodniopomorskie o 16,6%) kobiet więcej niż w roku 2005, co przedstawiono w Tabeli 1.

Tabela 1. Liczba zachorowań i zgonów kobiet z powodu raka piersi w Polsce, w podziale na województwa w latach, od 2005 do 2009 roku

Rok/ Województwo	Liczba zachorowań					Liczba zgonów				
	2005	2006	2007	2008	2009	2005	2006	2007	2008	2009
Dolnośląskie	1123	1204	1355	1293	1314	363	391	422	439	404
Kujawsko-Pomorskie	740	821	808	933	976	285	335	323	293	323
Lubelskie	856	722	735	684	772	251	217	233	221	246
Lubuskie	328	354	425	376	406	128	154	112	124	114
Łódzkie	1098	1064	1080	1162	1248	382	408	373	379	401
Małopolskie	1085	1067	1151	1237	1266	413	437	387	426	426
Mazowieckie	1767	1823	2062	2007	2271	725	715	724	779	741
Opolskie	328	339	394	390	410	118	109	119	136	129
Podkarpackie	525	555	583	678	627	214	220	246	256	233
Podlaskie	368	354	368	413	408	140	131	173	147	145
Pomorskie	641	681	831	781	955	285	318	319	304	311
Śląskie	1754	1667	1682	1634	1869	799	745	785	775	728
Świętokrzyskie	406	398	411	417	467	154	155	185	201	170
Warmińsko-Mazurskie	477	410	495	508	565	150	164	162	184	173
Wielkopolskie	1284	1266	1463	1391	1503	524	503	478	485	487
Zachodniopomorskie	605	597	639	672	695	181	210	214	213	211
POLSKA	13385	13322	14482	14576	15752	5112	5212	5255	5362	5242

Źródło: Opracowano na podstawie danych Rejestru Nowotworów – COI, Warszawa 31.12.2011; http://85.128.14.124/krn/std_zg_woj/data wejścia: 2.01.2012; g. 15.00/

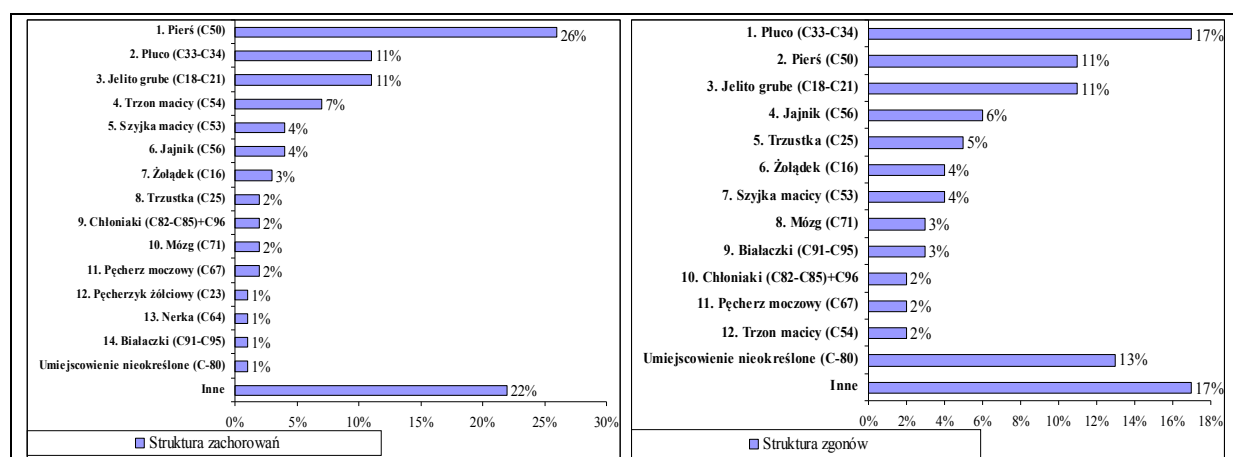
Tabela 2 przedstawia współczynnik zachorowalności i umieralności z powodu raka piersi w Polsce, w poszczególnych województwach, w roku 2009. Województwo zachodniopomorskie zajmuje w tym rankingu środkowe pozycje: siódmą, bądź ósmą, a współczynnik ten w obu przypadkach jest niższy od średniej krajowej.

Tabela 2. Kolejność województw, według wielkości standaryzowanego współczynnika zachorowalności i umieralności z powodu nowotworu złośliwego piersi w Polsce, w 2009 roku

Województwo	Współczynnik zachorowalności	Województwo	Współczynnik umieralności
1. Podkarpackie	39,3	1. Lubelskie	11,7
2. Lubelskie	44,3	2. Lubuskie	12
3. Świętokrzyskie	44,3	3. Opolskie	12
4. Podlaskie	45,1	4. Podkarpackie	12,3
5. Śląskie	46,9	5. Podlaskie	13
6. Opolskie	47,6	6. Dolnośląskie	13,1
7. Małopolskie	48,5	7. Zachodniopomorskie	13,1
8. Zachodniopomorskie	50,3	8. Świętokrzyskie	13,7
9. Lubuskie	51,4	9. Mazowieckie	13,9
10. Mazowieckie	51,9	10. Małopolskie	14,2
11. Warmińsko - Mazurskie	52,3	11. Pomorskie	14,2
12. Dolnośląskie	52,6	12. Warmińsko - Mazurskie	15,1
13. Pomorskie	53,9	13. Łódzkie	14,9
14. Łódzkie	54,6	14. Śląskie	15,5
15. Wielkopolskie	56,4	15. Wielkopolskie	15,5
16. Kujawsko - Pomorskie	58,8	16. Kujawsko - Pomorskie	17,1
POLSKA	50,4	POLSKA	14,1

Źródło: Opracowano na podstawie danych Rejestru Nowotworów – COI, Warszawa 31.12.2011 http://85.128.14.124/krn/std_zg_woj/data wejścia: 2.01.2012; g. 15.00/

Od 1999 roku zachorowalność na raka piersi u kobiet województwa zachodniopomorskiego zajmuje pierwsze miejsce, natomiast najwięcej kobiet umiera z powodu raka płuca [27,177,196]. Odsetek zachorowań i zgonów na nowotwory złośliwe w województwie zachodniopomorskim w roku 2009 przedstawia rycina 4.



Ryc. 4. Struktura zachorowań i zgonów na nowotwory złośliwe u kobiet z województwa zachodniopomorskiego w 2009 roku

Źródło: Opracowano na podstawie danych Zachodniopomorskiego Rejestru Nowotworów (styczeń 2012)

Dzięki łatwiejszemu dostępowi do mammografii, większej liczbie prowadzonych badań, szeroko zakrojonej edukacji onkologicznej prowadzonej też za pośrednictwem mediów, w województwie zachodniopomorskim w latach 2004 – 2009 liczba nowych zachorowań na raka piersi rosła szybciej niż umieralność. Świadczyć to może między innymi o wzroście świadomości onkologicznej mieszkanek regionu, lepszej zgłaszalności na badania mammo- graficzne oraz poprawie skuteczności leczenia chorych.

2.2. Wybrane elementy z historii leczenia raka piersi

Nowotwory występujące u ludzi oraz zwierząt znane są na kuli ziemskiej od niepamięt- nych czasów. Pierwsze wzmianki na ich temat, zapisane pismem klinowym, odkryto na ta- bliczkach z Babilonu [30]. W egipskich Tebach znaleziono zwoje papirusów z 1600 r. p.n.e. zawierające informacje o raku piersi [92]. Nie wykonywano wówczas zabiegów operacyj- nych. Owrzodziałe zmiany skórne próbowano przyżegać rozgrzanym metalem. Pierwsze, sprzed około 4000 lat doniesienia o usuwaniu chirurgicznym zmian nowotworowych tego narządu, pochodzą z Indii [74].

Hipokrates opisał raka piersi oraz podzielił nowotwory na łagodne i złośliwe [30]. Zabie- gi usunięcia sutka z mięśniem piersiowym większym, przypominające współczesne formy leczenia chirurgicznego wykonywano po raz pierwszy w Rzymie, tuż przed rozpoczęciem nowej ery [74]. Aulus Cornelius Celsus był przeciwnikiem tej metody, uważał bowiem, że powoduje ewolucję guza z formy łagodnej w złośliwą [33]. Galen (131 – 203 r.) pisał: „...dokonuj właściwych cięć wokół guza”, Leonidus (108 r.): „...używaj noża lub żegadła” [95].

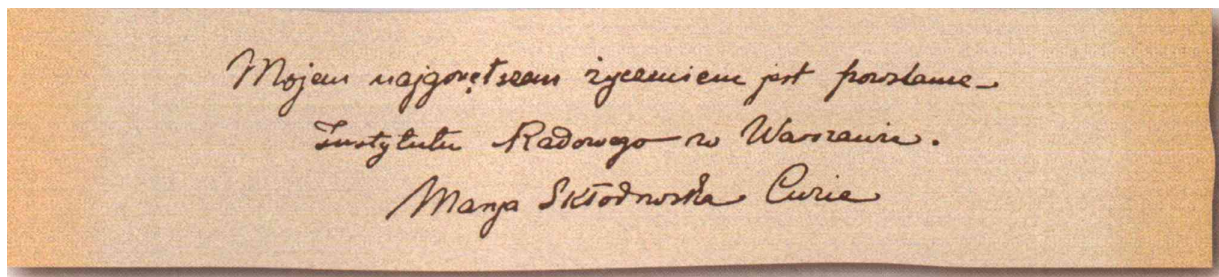
Przez lata uważano raka piersi za chorobę lokalną, kładąc nacisk na prawidłowe, rady- kalne leczenie miejscowe. Na potrzebę wczesnego rozpoznania choroby zwrócił uwagę Henry Arnot (1871 r.) twierdząc, że „...problemem jest wykrycie guza przed rozwojem choroby” [95].

Współczesna historia leczenia tego raka związana jest z amerykańskim chirurgiem Wil- liamem Stewartem Halstedem, który pod koniec XIX wieku, jako pierwszy wykonał zabieg nazywany początkowo amputacją całkowitą, a następnie amputacją radykalną. Jego metoda popularna była do lat 70 – tych dwudziestego wieku [92]. Wraz z wykryciem przez Williama Konrada Roentgena promieni X i radu przez Marię Skłodowską – Curie, pojawiły się nowe możliwości leczenia nowotworów [91,160].

Inne spojrzenie na leczenie przyniósł rozwój chemioterapii onkologicznej, zapoczątko- wany odkryciem w 1943 roku iperytu azotowego. W latach trzydziestych XX wieku w dia-

gnozowaniu choroby zastosowano zdjęcia mammograficzne. Kolejnymi etapami stały się odkrywane zależności genetyczne i wprowadzenie terapii celowanej [74,102,103,174].

Bezcenny wkład w rozwój polskiej onkologii miała Maria Skłodowska – Curie, która 23 grudnia 1923 r. w księdze pamiątkowej Instytutu Onkologii w Warszawie napisała: „Mojem najgorętszym życzeniem jest powstanie Instytutu Radowego w Warszawie.” (Rycina 5).



Ryc. 5. Słynna wypowiedź Marii Skłodowskiej – Curie, Warszawa 1923 rok
Źródło: Centrum Onkologii Instytut w Warszawie

29 maja 1932 roku Skłodowska przekazała Instytutowi pierwszy gram radu wartości ponad 0,5 mln złotych, ofiarowany przez delegację kobiecych stowarzyszeń polonijnych z USA i Kanady [91,160]. Konsekwencją tego było stworzenie w Polsce sieci szpitali, prowadzących profilaktykę i leczenie chorób nowotworowych. Obecnie działa w Warszawie Centrum Onkologii, współpracujące z Wojewódzkimi Centrami w kraju. Polskiego pacjenta objęto systemową, bezpłatną opieką onkologiczną w szpitalach klinicznych Akademii i Uniwersytetów Medycznych i w placówkach, zarządzanych przez samorządy terytorialne (COI) [192,197].

2.3. Etiologia i czynniki ryzyka raka piersi

W patogenezie raka piersi nie są znane wszystkie przyczyny jego powstawania [126]. Dzięki współczesnym badaniom można z dużym prawdopodobieństwem podać wiele czynników zwiększających ryzyko wystąpienia choroby. Ważną rolę w kumulowaniu tych czynników odgrywa czas [30]. Stąd wiek pacjenta jest podstawowym, niezależnym czynnikiem ryzyka. 80% wszystkich nowotworów piersi rozpoznaje się u kobiet po 50 – tym roku życia [27,183]. Do najważniejszych czynników ryzyka wystąpienia raka piersi należą między innymi:

- * Płeć. Wśród chorych na raka sutka 99% to kobiety [30,126].
- * Geografia. W USA oraz krajach Europy Zachodniej ryzyko zachorowania jest kilka razy wyższe niż w Chinach, Japonii i Indiach [30].

* Obciążenia rodzinne. Blisko 5% raków piersi występuje rodzinnie, głównie z powodu mutacji w genach BRCA1 i BRCA2 [47,57,78,102,103,112].

* Ryzyko wystąpienia raka w niektórych przypadkach u nosicielek mutacji jest wysokie, sięgać może 80% – 90% [9,53,103].

* Sukcesem ostatnich lat jest zidentyfikowanie genów, których mutacje mogą odpowiadać za powstanie raka piersi. Dotyczy to: BRCA1, BRCA2, BRCA3, P53. Wykazano, że obecność dwóch mutacji w BRCA1 (185delAG i 5382insC) i jednej w BRCA2 (6174delT) może doprowadzić do 56% wzrostu ryzyka zachorowania na raka piersi. Kobiety z rodzin obciążonych genami dziedzicznej podatności na raka piersi powinny wykonać test genetyczny [53,103]. Korzyść z wykrycia nosicielstwa jest wielce prawdopodobna [9,183].

* Ryzyko wystąpienia raka piersi jest większe u kobiet, które miały pierwszą miesiączkę przed ukończeniem 12 lat, a ostatnią po 55. roku życia [30].

* Wczesne pokwitanie (przed 12. rokiem życia), to o 50% wyższe prawdopodobieństwo wystąpienia raka piersi niż u kobiet, u których pierwsza miesiączka miała miejsce w 15. roku życia lub później [30]. Średnia wieku dziewcząt w okresie menarche ulega stałemu obniżeniu, w 1840 r. wynosiła 16,5, a w 1999 – 12,8 lat [29,30].

* Późny wiek menopauzy prawdopodobnie zwiększa ryzyko zachorowania. Przypuszcza się, że sztuczne przedłużanie okresu miesiączkowania wywołane podawaniem hormonów, może doprowadzić do wystąpienia raka piersi [30,183].

* Wycięcie jajników przed ukończeniem 40 lat zmniejsza o 50% ryzyko wystąpienia choroby, w porównaniu z menopauzą w 50 – tym roku życia [30].

* Kobiety, u których doszło do menopauzy (w sposób nienaturalny) przed 35 rokiem życia, są mniej narażone na raka piersi. U osób naturalnie przechodzących menopauzę, wówczas gdy poziom estrogenów raptownie spada, roczne ryzyko wystąpienia choroby obniża się, by wzrosnąć po pewnym czasie [183].

* Porody. Kobiety, które nie rodziły dzieci, częściej zapadają na raka piersi niż naturalne matki. Prawdopodobieństwo zachorowania wyrównuje się wówczas, gdy poród nastąpi około 30 roku życia. Rodzące pierwsze dziecko po trzydziestce mają około 2 razy większe ryzyko wystąpienia raka sutka od tych, które rodziły przed 18 – tym rokiem. Cięża działa protekcyjnie dopiero po pewnym czasie po porodzie i prawdopodobnie dotyczy tylko ciąż donoszonych. Uważa się, że w czasie donoszonej ciąży dochodzi do całkowitego zróżnicowania komórek nabłonkowych zrazików, co uniemożliwia im lub znacznie utrudnia transformację nowotworową [30,78].

* Karmienie piersią. Im dłuższe karmienie piersią, tym mniejsze ryzyko wystąpienia raka piersi. Ma to szczególne znaczenie w odniesieniu do raka występującego przed menopauzą.

Wczesna i donoszona ciąża ochronnie wpływa na zmniejszenie ryzyka raka piersi, i nie ma tu znaczenia czy dziecko karmione jest naturalnie czy sztucznie [30,183].

* Doustne środki antykoncepcyjne (szczególnie stosowane przed 25 – tym rokiem życia) i hormonalna terapia mogą zwiększać ryzyko zachorowania. 10 lat po odstawieniu tych leków ryzyko to zanika [30,183].

* Przebyty rak piersi ponad 3 – krotnie zwiększa ryzyko raka drugiej piersi [78].

* Ryzyko wystąpienia raka piersi wzrasta kilkakrotnie, jeśli wystąpił on u krewnych pierwszego stopnia przed menopauzą lub osoby te zachorowały na raka jajnika [30,47,78].

* Kilkanaście procent chorych z rakiem sutka ma krewnych pierwszego stopnia z tą chorobą [30].

* Promieniowanie jonizujące. Częściej na raka piersi chorują kobiety, którym z powodu gruźlicy wielokrotnie prześwietlano klatkę piersiową. Przebywające w czasie wybuchu bomby atomowej mieszkanki Hiroszimy i Nagasaki częściej chorowały na raka piersi niż Japonki mieszkające w innych regionach kraju. Ryzyko zachorowania wzrastało wprost proporcjonalnie z otrzymaną dawką promieniowania (odległość od centrum wybuchu) [30].

* Czynniki dietetyczne [30,97,106].

* Zwiększone ryzyko występuje u osób z triadą objawów: cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, otyłość [78].

* U kobiet po menopauzie ryzyko wzrasta z powodu syntezy estrogenów zachodzącej w tkance tłuszczowej, dlatego na raka piersi częściej chorują kobiety otyłe [30,130,134].

* Regularne picie alkoholu zwiększa ryzyko zachorowania na raka piersi [30,78,183].

* Ryzyko raka piersi jest mniejsze u osób regularnie ćwiczących. Co najmniej 3,8 godzinny trening fizycznych w tygodniu może obniżyć ryzyko raka piersi. Uprawianie przez rok: gimnastyki, baletu, lekkoatletyki, może opóźnić menarche nawet o 5 miesięcy, co prawdopodobnie zmniejsza ryzyko raka piersi [30]. Aktywność fizyczna, wpływająca na zmniejszenie masy ciała opóźnia cykl miesięczny, chroni przed zachorowaniem na nowotwory złośliwe piersi, co zaobserwowano szczególnie u młodych kobiet [13,30,106,183].

Poznanie czynników ryzyka przez potencjalne pacjentki zmniejsza ryzyko zachorowania na nowotwór piersi. Media mają doskonałe warunki do przekazywania tych informacji, stąd w wielu publikacjach problem ten jest wielokrotnie poruszany i świadomość Polek na temat profilaktyki raka sutka z roku na rok się poprawia.

2.4. Wczesne wykrywanie raka piersi

Dążenie do tego, by wcześniej wykrywać nowotwory jest istotnym wyzwaniem dla współczesnej medycyny. Rak we wczesnym stadium może nie wykazywać żadnych objawów chorobowych, a pacjenci, jeśli zgłoszą się wcześniej na badania, mają większe prawdopodobieństwo na wyleczenie i pięcioletnie przeżycie. Raki pełnoobjawowe, łatwe do zdiagnozowania są zazwyczaj rzadko uleczalne [86].

W niektórych krajach oświata zdrowotna i masowe programy przesiewowe doprowadziły do wzrostu liczby rozpoznawanych guzów nawet o średnicy do 5. mm. Efektem tego jest zwiększona wyleczalność. Podstawowym sposobem rozpoznawania raka sutka (jak każdego innego nowotworu), jest badanie histopatologiczne. Pozostałe metody: wywiad, badanie przedmiotowe, mammografia, ultrasonografia, rezonans magnetyczny, badanie cytologiczne są metodami uzupełniającymi [76,116].

2.4.1. Samobadanie piersi

Samodzielne badanie piersi to tania i prosta metoda wczesnego wykrywania guzków i innych zmian w piersiach. Jest łatwa do nauczenia, nieszkodliwa i tania. Kobiety, badające regularnie swoje piersi, doskonale znają ich budowę, łatwiej weryfikują wszelkie zmiany i zazwyczaj wcześniej zgłaszają się do lekarza. Choć brak jest dowodów na to, że samobadanie piersi wpływa na zmniejszenie umieralności na tego raka, to propagowanie samobadania może być skutecznym elementem rozpowszechniania wiedzy o raku piersi wśród kobiet [85,127].

Przeprowadzone w Szanghaju na 250 tys. kobiet randomizowane badanie, nie wykazało spadku umieralności z powodu raka piersi w grupie osób wykonujących samobadanie, w porównaniu z grupą kontrolną. Ponad 90% nowotworów piersi w czasie samokontroli wykrywały u siebie kobiety, dlatego warto tę czynność włączyć do nawyków pielęgnacyjnych [182].

Celem samobadania jest poznanie: budowy własnych piersi, zmian w piersiach i pachowych węzłach chłonnych, technik badania piersi, „sygnałów ostrzegawczych”, które można dostrzec, wyczuć, po uzyskaniu wiedzy i praktycznej sprawności w ocenie narządów [182].

Niepokoi to, że 70% pacjentek po wykryciu zmiany w piersi opóźnia wizytę u lekarza o kilka miesięcy lub nawet lat. Dzieje się tak z niewiedzy lub lęku przed chorobą [125,182]. Dlatego 50% pacjentek trafia do szpitala specjalistycznego w późnej fazie choroby, kiedy zmiana może być dużo większa od guza wykrywanego palpacyjnie, w systematycznym samobadaniu piersi. Kobiety wykonujące comiesięczne samobadanie są w stanie wykryć 12 mm zmianę, badające się nieregularnie 21-milimetrową, a wielkość guza wykrywanego przez osoby, które nigdy tego nie robiły wynosi 40 mm. Wielkość zmiany chorobowej u doś-

wiadczącej kobiety nie przekracza 2,5 cm [76,128,182]. Ważnym jest, by kobiety wiedziały, że po wykryciu zmiany należy jak najszybciej poinformować o niej lekarza [77,78,86].

W Polsce samobadanie piersi jest podstawową metodą wykrywczą dla kobiet mieszkających daleko od ośrodków wykonujących badania mammograficzne. Badanie palpacyjne warto popularyzować, ponieważ średnica guzków wykrytych w czasie samokontroli jest prawie dwukrotnie mniejsza niż w przypadku zaniechania samobadania piersi [182]. To ważne, gdyż średnica guza jest jednym z podstawowych czynników prognostycznych, a w większości przypadków guzek w sutku odkrywa sama kobieta [76].

Ciekawe wnioski dotyczące samobadania piersi pochodzą z Japonii. Zawarto w nich retrospektywną analizę skryningowego badania palpacyjnego w kierunku raka sutka uzupełnionego ultrasonografią [115]. W grupie pacjentek, które badano tylko palpacyjnie, wykryto zaledwie 5 przypadków raka, natomiast w grupie kontrolnej, w której przeprowadzono weryfikację ultrasonograficzną rozpoznano 22 raki gruczołu piersiowego, z czego 16 w początkowym etapie rozwoju. Aż 13 raków sutka było niewyczuwalnych w badaniu palpacyjnym, natomiast 11 z 22 przypadków raka rozpoznano u kobiet poniżej 50 – tego roku życia. Zespół H. Okamoto na podstawie badań, doszedł do wniosku, że ultrasonografia sprawdza się w diagnostyce raka piersi we wczesnych stadiach choroby. Samokontrola piersi jest skuteczniejsza, gdy uzupełniają ją inne metody badawcze [69,115,136,137,157].

2.4.2. Skryning mammograficzny

Wprowadzenie w latach sześćdziesiątych dwudziestego wieku masowych, przesiewowych badań mammograficznych, zwiększyło wykrywalność przedinwazyjnych postaci i małych raków sutka. Mammografia, ultrasonografia, mammoscintygrafia, PET i magnetyczno – rezonansowe badanie gruczołów sutkowych uzupełniają się wzajemnie dostarczając często bardzo różnych informacji [30]

Mammografia, jako najważniejsza metoda obrazowania raka piersi jest badaniem rentgenowskim, umożliwiającym wykrycie niewyczuwalnych palpacyjnie guzów o średnicy kilku milimetrów. U pacjentów ze zmianą wyczuwalną, mammografia ułatwia określenie jej charakteru i pozwala dokładnie ją umiejscowić. Czulość tego badania u pacjentów z wyczuwalnym palpacyjnie rakiem sutka określa się na 80 – 90% [3,33,75].

Dzięki wprowadzeniu mammografii cyfrowej, upowszechnieniu badania, w ostatnim dziesięcioleciu wzrosła liczba wykrywanych zmian w piersiach, które są niewyczuwalne palpacyjnie. Znaczny ich odsetek, to raki nieinwazyjne oraz niewielkich rozmiarów raki inwazyjne [30,144]. Zarówno czulość, jak i specyficzność mammografii wzrasta z wiekiem bada-

nej pacjentki, ponieważ kobiece piersi stają się z każdym rokiem mniej jędrne, a mięsz zastępowany jest tkanką tłuszczową. Najważniejszą korzyścią mammografii jest możliwość wczesnego wykrycia zmiany chorobowej, a tym samym następuje zwiększone prawdopodobieństwo wyleczenia raka sutka u kobiet po 50 – tym roku życia. Mammografia jest mało efektywną i drogą metodą badań u młodych kobiet. Często stwierdza się w tej grupie wiekowej gęste utkanie tkanki gruczołowej, w której trudno uwidocznic ewentualną zmianę chorobową [34,99]. Zastosowanie mammografii najefektywniejsze jest w systemie badań skryningowych. Autorami tej koncepcji byli Szwedzi: Laszlo Tabar i Peter Dean. Badaniami przesiewowymi powinny być objęte kobiety między 50 a 69 rokiem życia, u których nie wystąpiły widoczne objawy chorobowe [41,194].

Obniżenie umieralności jest możliwe, gdy w cyklicznie przeprowadzanych badaniach, bierze udział ponad 70% – 75% populacji kwalifikowanych do skryningu [34,36,116]. Wówczas możliwy jest wzrost: wskaźników przeżyć oraz odsetka rozpoznań nowotworów w przedinwazyjnym i miejscowym zaawansowaniu, a także spadek współczynnika umieralności. Badania przeprowadzane w Nowym Jorku w latach 1963 – 1977, wykazały 30% spadek umieralności w grupie pacjentek poddanych okresowemu skryningowi mammograficznemu, w porównaniu do grupy niebadanych kobiet. Kolejne badania potwierdziły, że istnieje możliwość zmniejszenia umieralności w grupie kobiet w wieku 50 – 69 lat nawet do 40% [41,194]. Mammografia jest też ważną metodą obrazowania mikrozwapnień, ponieważ aż 40 % raków widocznych jest na zdjęciach tylko w postaci mikrozwapnień [6].

Kodeks Walki z Rakiem badanie mammograficzne określa, jako jedno z ważniejszych działań profilaktycznych w onkologii. Warunkiem jego skuteczności jest masowość badań [116,178].

W Polsce zachorowalność na raka piersi w wieku 50 – 70 lat wynosi 120/100 tys. Na 1000 wykonanych mammografii, wykrywa się do 5 raków (COI). Aby w obserwacji 14 – letniej, uratować jedną kobietę przed zgonem z powodu raka piersi, należy poddać 1200 do 1800 kobiet regularnemu skryningowi mammograficznemu. U.S. Preventive Services Task Force zaleca mammografię co 1 – 2 lat u kobiet po 50. roku życia [85,161].

Przypuszcza się, że objęcie skryningiem wszystkich kobiet po 50 roku życia może zmniejszyć w tej grupie umieralność z powodu raka sutka o około 40%, natomiast w przypadku zgłaszalności 70% około 28%. Zgodnie z doświadczeniami wielu krajów, za najbardziej racjonalne wydaje się objęcie skryningiem mammograficznym populacji kobiet w wieku 50 – 69 lat [75,85]. W województwie zachodniopomorskim żyje ponad 220 tys. kobiet w tym wieku, a na populacyjne badania w 2011 roku zgłosiło się niecałe 43% [143,186].

W Polsce dzięki ustawie Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych zapewniono środki finansowe na realizację Populacyjnego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Piersi [198]. Niestety, wiele Polek nie zgłasza się na badania mammograficzne, organizowane w ramach tego programu.

2.4.3. Ultrasonografia (USG) piersi

Ultrasonografię w diagnostyce obrazowej gruczołu piersiowego wykorzystuje się u kobiet poniżej 50 roku życia i jako uzupełnienie badania mammograficznego. Połączenie badania klinicznego z biopsją cienkoigłową oraz mammografią pozwoliło obniżyć umieralność kobiet przed menopauzą z powodu raka sutka o około 1/3. Wyniki prac naukowo – badawczych wskazują, że wykorzystując metody ultrasonograficzne oraz doświadczenie lekarza, możliwe jest wykrycie niebadalnych palpacyjnie raków sutka [41,80,137].

Catarzi wraz z zespołem, w przeciwieństwie do Okamoto i Jacoba podali, że ultrasonografia nie spełnia warunków badania skryningowego raka gruczołu piersiowego. Według nich, ultrasonografię warto stosować jedynie do znakowania metalową kotwiczka, stwierdzonych w badaniu mammograficznym zmian ogniskowych. Diagnostykę ultrasonograficzną można realizować też przy wykonaniu biopsji z ognisk podejrzanych [14,51,115].

Wartości czułości i swoistości badania ultrasonograficznego w wykrywaniu raka wynoszą: czułość 9% – 98%, swoistość 45,6% – 67,8%. Jest to możliwe między innymi dzięki wprowadzeniu w latach dziewięćdziesiątych XX wieku cyfrowych aparatów ultrasonograficznych, umożliwiających obrazowanie z wyższą rozdzielczością kontrastową i liniową [150,158]. Badanie ultrasonograficzne sutka ocenia, czy zmiana ma charakter lity, czy torbielowaty. Daje możliwość różnicowania między zmianami złośliwymi i łagodnymi [64,135]. Dokładność badania w rozpoznawaniu torbieli wynosi 96 – 100% [150,158].

Ultrasonografia jest znana z wyraźnie lepszego obrazowania zmian wyczuwalnych niż mammografia, co nie znaczy, że jest bardziej przydatna, jako metoda przesiewna [6,191]. Rzadko za pomocą samej ultrasonografii wykrywa się niewyczuwalne w samokontroli piersi lub niewidziane w mammografii zmiany nowotworowe [29]. Ultrasonograficzny obraz raka sutka może przedstawiać różnorodne postaci zmian, trudne do odróżnienia od zmian nienowotworowych. Stąd badanie często ułatwia wykonanie biopsji aspiracyjnej potwierdzającej wynik i rozpoznanie [30,61,76,99]. Czynione są próby wprowadzania nowych, metod diagnostycznych, do których zalicza się między innymi elastografię, pozwalającą dokładniej zbadać tkanki miękkie piersi [138]. Lepiej poznaną metodą diagnostyczną w raku piersi jest natomiast rezonans magnetyczny.

2.4.4. Rezonans magnetyczny (MRI) piersi

Współczesne obrazowanie piersi magnetycznym rezonansem, jest w Polsce metodą trudno dostępną oraz kosztowną. Dzięki bardzo dobrej rozdzielczości tkankowej i przestrzennej, ułatwia zobrazowanie morfologii piersi, w tym zaburzeń ich architektury [66,77,139]. W onkologii uznaje się, że metoda jest szczególnie przydatna w obszarze ośrodkowego układu nerwowego oraz w diagnostyce narządów mięszzowych [151]. Badanie MRI z zastosowaniem środka kontrastowego pozwala na wykrycie niemożliwych do stwierdzenia w badaniu palpacyjnym raków sutka u osób z predyspozycją genetyczną [52,53,57,118].

W obrazowaniu MRI wykorzystuje się właściwości fizyczne atomów wodoru [139]. Impulsy pola elektromagnetycznego powodują ich pobudzenie, następnie podczas jego zaniku emisję fal radiowych. Technika MRI jest nieinwazyjna i można ją wykonywać u kobiet ciężarnych [151].

W 2008 roku grupa robocza Profesora Krzysztofa Hermana przedstawiła zalecenia warunków wykonywania tego badania w Polsce, uznając procedurę za standard między innymi w profilaktyce raka sutka dla nosicielek mutacji BRCA1, BRCA2, ich krewnych 1. stopnia, u których nie wykonywano testu, kobiet obciążonych większym niż 20% względnym ryzykiem zachorowania na raka [52,53,101,118,154].

Zapoznanie odbiorców mediów z metodami wczesnego wykrywania raka piersi i nowotworów w ogóle, może się przyczynić do poprawienia statystyk zachorowalności umieralności wywołanych w Polsce chorobami nowotworowymi. Roli edukatora mogą podjąć się między innymi wszechobecne media, wspierane wiedzą autorytetów medycznych.

2.5. Rak piersi a Ustawa Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych

Na podstawie ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. w Polsce jest realizowany Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych. Dokument daje gwarancję stabilnego finansowania programu z budżetu państwa w latach 2006 – 2015, zapewniając na jego realizację 3 miliardy złotych [198].

Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych zapewni w przypadku raka piersi między innymi:

1. Indywidualnie zapraszającym kobietom w wieku 50–69 lat raz na dwa lata udział w przesiewowych badaniach mammograficznych.
2. Warunki do działania Centralnemu i 16 Wojewódzkim Ośrodkom Koordynującym, których zadaniem jest monitoring i ocena realizacji programu.
3. Realizację wysokiej jakości badań przesiewowych.

4. Poprawę poziomu zgłaszalności pacjentek w programie.
5. Doposażenie ośrodków skryningowych w specjalistyczny sprzęt [192,197,198].

Ministerstwo Zdrowia pokryje część kosztów administracyjno – logistycznych Centralnego Ośrodka Koordynacyjnego (COK) i 16 Wojewódzkich Ośrodków Koordynacyjnych (WOK). Do zadań COK i WOK należy między innymi: kontrolowanie jakości badań, organizacja szkoleń dla personelu, realizacja programów informacyjno – medialnych, monitorowanie i ocena jakości i efektów realizowanego skryningu. Narodowy Fundusz Zdrowia z kolei wyasygnuje środki finansowe na diagnostykę etapu podstawowego i pogłębionego.

Celem nadrzędnym tak opracowanej ustawy jest zmniejszenie liczby zachorowań i zgonów Polek z powodu raka piersi, a pośrednim podniesienie poziomu wiedzy dotyczącej profilaktyki raka sutka, wykrywanie większej liczby zmian nowotworowych we wczesnym stadium rozwoju choroby, zmniejszenie kosztów leczenia.

ROZDZIAŁ 3

Rola mediów w realizacji zadań prozdrowotnych w kontekście profilaktyki nowotworowej, z uwzględnieniem raka piersi

3.1. Wpływ mediów na prewencję zdrowotną czytelników, radiosłuchaczy, telewidzów i internautów

Mediami są wszystkie środki komunikowania, które mają cztery wspólne elementy: pośrednictwo techniki, przekazujący komunikator, przekazywane obrazy, dźwięki, słowa i masowego odbiorcę [172]. Media masowe charakteryzuje: masowość odbioru, otwartość przekazu, jednokierunkowość, masowość produkcji i dystrybucji oraz schematyczność [50].

Środki masowego przekazu odgrywają ważną funkcję w życiu odbiorców. Pozytywnie lub negatywnie wpływają na styl życia, system kształcenia i wartości oraz życie społeczne i polityczne. Są niewyczerpanym źródłem autorytetów. Wyznaczają wzorce zachowań: ich standardy, normy oraz modele. Tworzą i kreują rzeczywistość społeczną, a także mody i zjawiska kulturowe. Są nie tylko dystrybutorem tych treści, ale ich producentem [18,50,108,133]. Środki masowej komunikacji pełnią zatem rolę: informacyjną, rozrywkową i edukacyjną. Realizując zadania wychowawcze, rozwijają cechy osobowości odbiorców, ich wiedzę, umiejętności i zainteresowania. Istotą działania mediów jest też kształtowanie pożądanego zachowań społecznych, w tym również zdrowotnych [21,98].

Ustawowe regulacje dotyczące zdrowia, zobowiązują publiczną radiofonię i telewizję do umacniania rodziny, zwalczania patologii, kształtowania postaw społecznych i prozdrowotnych, upowszechniania sportu oraz do szeroko rozumianej edukacji medialnej [201].

Teoria zależności medialnej głosi, że we współczesnym społeczeństwie ludzie są uzależnieni od mass mediów, gdyż potrzebują informacji, bez których trudno dziś żyć [5,50].

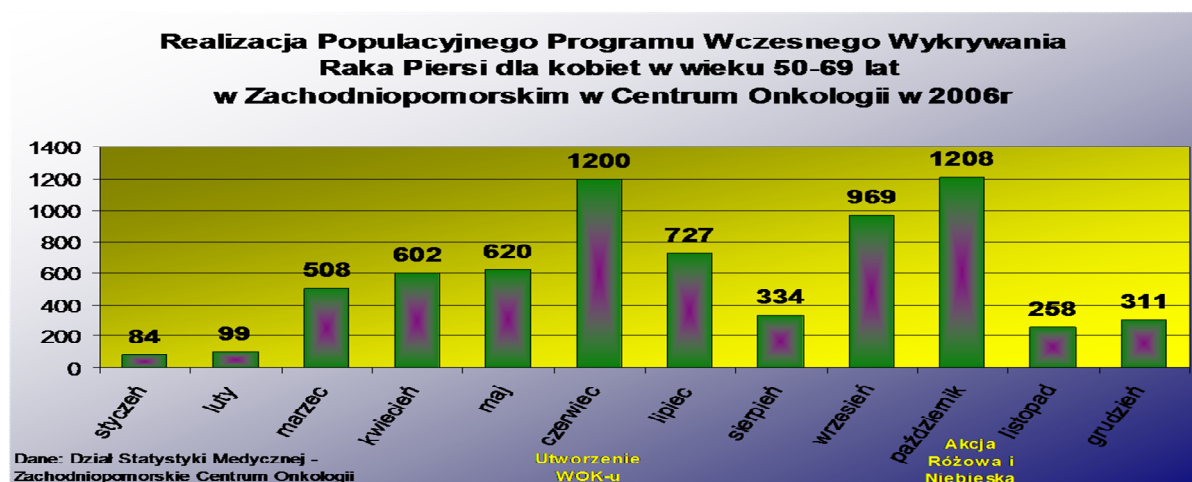
W związku z rozwojem cywilizacyjnym, wzrasta zapotrzebowanie na szeroko rozumianą wiedzę, w tym także dotyczącą zdrowia. Mass media są obecnie jednym z głównych źródeł tej wiedzy, gdyż najszybciej docierają do sfery emocjonalnej i społecznej człowieka [21,50,172]. Istotnie wpływają na zachowania ludzi, poprzez umacnianie, modyfikowanie i konwersję postaw odbiorców [168].

O sile mediów świadczą ich krótkotrwałe lub długotrwałe, pozytywne bądź negatywne efekty oddziaływania. Skutki te można dostrzec na przestrzeni czasu, w postawach pojedynczego człowieka, jak i większych grup. Długotrwałe efekty są też wypadkową wszystkich krótkotrwałych efektów, wynikających z oddziaływania mediów [4,21,108,168].

We współczesnym, zagonionym za dobrami materialnymi świecie, poważnym problemem jest samotność. Osoby żyjące w samotności umierają nawet trzy razy częściej niż ludzie prowadzący towarzyski tryb życia. Samotni wykazują większą skłonność do ryzykownych dla zdrowia i stylu życia zachowań (alkoholizm, obżarstwo, brak ruchu) [1,110]. Media często wypełniają odbiorcom tę samotność. Czytelnicy, radiosłuchacze i telewidzowie aktywizują się do zmiany zachowań i dbania o własne zdrowie, dzięki temu, że publikatory pokazują ludzi, którym udało się wyjść z opresji. W sposób świadomy korzystając z publikatorów, odbiorcy oczekują od mediów konkretnej wiedzy. Wybór ułatwia im mnogość ofert, dzięki czemu mogą zaspokoić swoje oczekiwania, zgodne z własnym obrazem rzeczywistości [168].

Mass media zapewniają odbiorcom wiele korzyści. Wskazał je Mc Quail wymieniając między innymi: poczucie integracji i interakcji społecznej, poczucie tożsamości, rozrywkę. Podkreślił, że z mediów docierają informacje o ważnych wydarzeniach. Znaleźć w nich można praktyczne rady, poszerzające wiedzę, między innymi o zdrowiu [5,104].

Znaczenie przekazów medialnych o profilaktyce nowotworowej można prześledzić, obserwując zgłaszalność pacjentek z województwa zachodniopomorskiego na badania mammograficzne w 2006 roku. Stworzono wówczas Wojewódzki Ośrodek Koordynujący Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi (WOK). Media poświęcały wydarzeniu wiele uwagi. Publikacje zawierały informacje o skryningu mammograficznym, wpływie wczesnego wykrycia raka sutka na lepszy wynik leczenia. Doniesienia medialne zdołowały kobiety do zrobienia badań i od marca do lipca, kiedy powstawał WOK, obserwowano wzrost zgłaszalności na mammografię. Podobny wzrost nastąpił we wrześniu, gdy w doniesieniach medialnych przypomniano o programie profilaktyki nowotworowej „Różowa i niebieska wstążka”. Zależności te ilustruje rycina 6.



Ryc. 6. Liczba wykonanych mammografii w 2006 roku, w Zachodniopomorskim Centrum Onkologii
Źródło: Zachodniopomorskie Centrum Onkologii w Szczecinie 2006 rok [177]

Media w sposób bezpośredni, najbardziej efektywny, oddziałują na odbiorcę poprzez organizację kampanii prozdrowotnych. W 2004 w Wielkiej Brytanii realizacja kampanii Reality Quitting „Rzuciłam, bo przykleiłam NiQuitin!” zachęciła tysiące Brytyjczyków do zerwania z nałogiem palenia tytoniu. Podobnie było w Polsce w 2005 roku, kiedy rodzime media popularyzowały ten program. Kampanie społeczne przeprowadzane w mass mediach, a dotyczące profilaktyki i edukacji zdrowotnej, walki z chorobami, przeciwdziałaniu im, mają bardzo szeroki zakres i duży oddźwięk. Biorą w nich udział tysiące osób, dlatego ich rola w promocji zdrowia odgrywa istotne znaczenie [168].

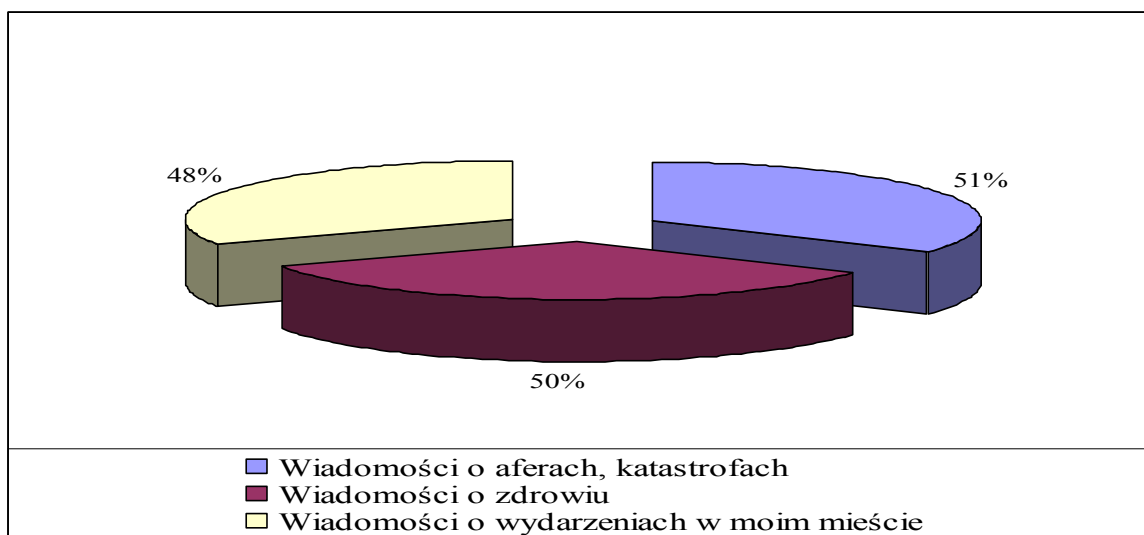
W województwie zachodniopomorskim od 1999 roku Polskie Radio Szczecin, Telewizja Polska/Oddział w Szczecinie wraz z Kurierem Szczecińskim, a także Pomorską Akademią Medyczną i Zachodniopomorskim Centrum Onkologii w Szczecinie organizują w październiku program profilaktyki nowotworowej „Różowa i niebieska wstążka”. W każdej edycji programu bierze czynny udział około 60 tysięcy osób, czego konsekwencją jest między innymi wzrost liczby przeprowadzonych badań mammograficznych [140 – 143].

Profesor Simon Chapman analizował wiadomości medialne o raku piersi popularnej piosenkarki Kylie Minoque. Zwrócił uwagę na to, że konsekwencją przekazania informacji o chorobie wokalistki do mediów był ponad 20 – krotny wzrost liczby publikacji o nowotworach. W magazynie Medical Journal, Chapman informował, że po umieszczeniu w środkach masowego przekazu diagnozy piosenkarki, na mammografię zapisało się o 101% kobiet więcej w wieku od 40 do 69 lat [17].

Zespół szczecińskich genetyków (Lubiński, Gronwald) za pośrednictwem miesięcznika „Twój Styl” umieścił ofertę pozwalającą na nieodpłatne wykonanie 5000 testów na obecność trzech mutacji w genie BRCA1. Czytelniczki Twojego Stylu skorzystały z opcji profilaktycznych proponowanych przez poradnie genetyczne, a 98 % rekomendowało wykonanie testów kobietom, u których w najbliższej rodzinie występował rak jajnika lub piersi [58].

Publikacje medialne wprowadzić mogą też zamęt informacyjny, tak jak na przykład reklama prasowa badań genetycznych, przeprowadzanych na preparatach wykonanych osobiście przez pacjentki i przesłanych pocztą do analizy. Proceder ten może doprowadzić do zaniechania leczenia, bądź wytworzenia u kobiety lęku przed chorobą [100].

W zależności od tematyki, publikowane w mediach informacje żyć mogą „własnym życiem”. Odbiorcy mediów najczęściej przekazują innym osobom wiadomości związane z tragicznymi wydarzeniami, na drugim miejscu plasują się informacje o zdrowiu (Rycina 7).



Ryc. 7. Odsetek osób, przekazujących informacje medialne w rozmowie często i bardzo często

Źródło: Raport on Board PR – ECCO Network w oparciu o badania TNS OBOP, październik 2005 rok [132]

Skuteczność mediów, ich różnorodne metody wpływu na promocję zdrowia jest różnie oceniana przez specjalistów. Tones K. i Tilford S. przedstawili ogólne zasady braku takiej skuteczności [159,168]:

1. Informacje medialne nie w pełni rozumieją zawsze wszyscy odbiorcy.
2. Media nie potrafią nauczyć ludzi skomplikowanych metod profilaktycznych.
3. Mass media nie posiadają wystarczających narzędzi, które potrafiłyby w pełni zmienić podejście ludzi, mających ustalone poglądy. Nie mogą zapewnić wsparcia tym, którzy chcą zmienić swoje niezdrowe przyzwyczajenia, ponieważ ich warunki życia utrudniają tę zmianę [159,168].

Media jednak mogą pokazać metody i narzędzia poprawiające stan zdrowia. Wystarczy udostępnić szerokiej rzeszy odbiorców rzetelnie przygotowaną informację i profesjonalną edukację zdrowotną. Zdobyta wiedza i umiejętności utrzymywania zdrowia, pozwolą dokonać świadomego wyboru indywidualnych zachowań prozdrowotnych [89,96,108,168].

„Zdrowie człowieka zależy od wielu wzajemnie powiązanych czynników”. Media informując o tych zależnościach wpływać mogą na poprawę świadomości odbiorców na temat zdrowia [197].

3.2. Medyczne programy w Polskim Radiu Szczecin

W Polsce mamy około sto milionów odbiorników, w których można słuchać około 200 stacji. Panel badawczy SMG/KRC, badając siłę mediów, dostrzegł następujące zalety radia:

- medium tego słuchają wszystkie grupy społeczno – zawodowe,
- wiek słuchających jest zróżnicowany,
- radio może towarzyszyć innym zajęciom [83,84,131].

Pierwszą audycję przygotowaną przez ekspozyturę Polskiego Radia w Szczecinie nadano 5 sierpnia 1945 roku. Polskie Radio zostało przekształcone w 1948 roku, w Centralny Urząd Radiofonii, a następnie Komitet ds. Radiofonii „Polskie Radio”. Jako centralny organ administracji państwowej podlegał Prezesowi Rady Ministrów [87]. 31 grudnia 1993 r. Polskie Radio uzyskało status spółki akcyjnej Skarbu Państwa.

Radiofonia publiczna w Polsce, to dziś 18 stacji radiowych, z czego jedna to Polskie Radio SA, z siedzibą w Warszawie. Pozostałe siedemnaście to niezależne podmioty prawa handlowego. Działają jako jednoosobowe spółki skarbu państwa na zasadach Ustawy o radiofonii i telewizji z 29.XII.1992 roku [201]. Wśród tych spółek jest także Polskie Radio Szczecin SA.

Polskie Radio Szczecin SA, to regionalna rozgłośnia radia publicznego, która dociera ze swoim programem do słuchaczy byłego województwa szczecińskiego. Jest to obszar około 10 tys. km², zamieszkały przez prawie milion osób [87,186]. Rozgłośnia emituje program przez całą dobę. Dociera również do słuchaczy na całym świecie poprzez Internet. Wśród wielu audycji proponowanych radiosłuchaczom w ramach misji radia publicznego, znalazły się także programy promujące zdrowie.

Zarząd Radia w roku 1991, przydzielił czas antenowy na audycje prozdrowotne, realizując tym samym ustawy o: Powszechnym Ubezpieczeniu Zdrowotnym, Radiofonii i Telewizji, Narodowym Programie Zdrowia oraz zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia i Kartę Ottawską z 1986 roku. Na dobór tematyki audycji prozdrowotnych miał też wpływ program Światowej Organizacji Zdrowia – „Zdrowie 21”, w którym zalecono realizację 21 zadań w XXI wiek. Wpływ na program miała również decyzja nr 645/96 Unii Europejskiej, dotycząca działań Wspólnoty w zakresie promocji zdrowia i edukacji prozdrowotnej, Ustawa NPZChN oraz Europejski Kodeks Walki z Rakiem.

W 1991 roku wprowadzono na antenę godzinną audycję „Szkoła Matek”, tworzoną przy udziale neonatologa Doktora Jacka Rudnickiego. Omawiano w niej prawidłowy rozwój najmłodszego pokolenia. Zapotrzebowanie słuchaczy sprawiło (listy, telefony do radia), że tematyka programu uległa rozszerzeniu. Audycji nadano tytuł „Szkoła zdrowia”, a jej treści wypełniły tematy związane ze zdrowiem całej rodziny. Co tydzień w dwugodzinnym bloku „Dobry wieczór” prowadzone były „Nocne rozmowy o zdrowiu”. W nich z lekarzami i organizatorami ochrony zdrowia rozmawiali słuchacze między innymi o społecznych aspektach reformy ochrony zdrowia, walce z nałogami, o chorobach cywilizacyjnych. Ponadto, raz w miesiącu emitowano audycje:

* „W rytmie serca”, na temat profilaktyki chorób układu krążenia. Program realizowano z Kliniką Kardiologii Pomorskiej Akademii Medycznej i Kurierem Szczecińskim. Współautorką cyklu była Profesor Zdzisława Kornacewicz-Jach, Kierownik Kliniki Kardiologii PAM.

* „Cytologia na wagę życia” – opracowana z Wojewódzkim Ośrodkiem Koordynującym Populacyjny Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy. Program dotyczył profilaktyki raka tego narządu, a współautorem cyklu był Profesor Wenancjusz Domagała – Prezes Polskiego Towarzystwa Patomorfologów. Audycję wspierał swoją wiedzą Profesor Zbigniew Celewicz – Konsultant Wojewódzki ds. ginekologii. W godzinnym spotkaniu, ukazującym się na antenie minimum raz w miesiącu uczestniczyli eksperci z dziedziny ginekologii i patomorfologii, a także przedstawiciele samorządów terytorialnych. Dzielono się ze słuchaczami doświadczeniami związanymi z propagowaniem wiedzy onkologicznej. Ciekawym pomysłem Profesora Domagały, zachęcającym kobiety do badań, był konkurs dla pacjentek wykonujących cytologię. Fakt przeprowadzenia badania cytologicznego świadczył o posiadaniu wiedzy na temat profilaktyki raka szyjki macicy. Spośród przebadanych wyłaniano laureatki, które otrzymywały nagrody w wysokości 500 złotych. Ponadto na antenie radiowej emitowano 3 do 5 razy na dobę – 30 sekundowe spoty informacyjne, dotyczące badań cytologicznych. Ich uzupełnieniem były ogłoszenia o badaniach cytologicznych, zamieszczane w weekendowym wydaniu Kuriera Szczecińskiego. Systematyczna współpraca i konsekwentne kampanie informacyjne skutkowały spadkiem zachorowań i zgonów na raka szyjki macicy w regionie oraz wzrostem liczby kobiet, zgłaszających się na cytologię [27].

Wspomniane audycje realizowano przeważnie na żywo, z możliwością telefonicznej rozmowy słuchaczy z gośćmi programu. Dzięki temu wytwarzano niepowtarzalną więź między słuchaczem, ekspertami i autorką audycji. Radiosłuchacze mieli odwagę zadawać trudne, często krępujące pytania, dotyczące zachowań prozdrowotnych.

Cenną inicjatywą były programy promujące zdrowie, realizowane w dużym studiu radiowym. W audycjach, poza osobami zgromadzonymi przed radioodbiornikami, każdorazowo brało udział około 200 słuchaczy, zaproszonych do studia. Uczestnikami programu byli między innymi członkowie: „Klubu Zdrowego Serca” i Stowarzyszenia „Pro prostat” oraz uczniowie szczecińskich szkół ponadpodstawowych, a także szczecińskie Amazonki. Wielokrotnie też eksperci medycyny rozmawiali z kobietami pełniącymi funkcje sołtysów, które, zdobytą w radiowym programie wiedzę, przekazywały mieszkankom wsi województwa zachodniopomorskiego. Atrakcją spotkań były też pokazy mody, koncerty oraz goście specjalni opowiadający o zmaganiach z chorobą nowotworową. O swoich doświadczeniach mówiły Kasia Sobczyk, popularna w latach 70 – tych piosenkarka i Ida Karpińska, przewodnicząca Organizacji na Rzecz Walki z Rakiem Szyjki Macicy „Kwiat Kobiecości”. Tego typu programy trwały do 5 godzin. W czasie ich trwania przekazywano na antenę radiową liczne,

krótkie 3 minutowe relacje. Spotkania w całości były rejestrowane, stąd ich fragmenty, ułożone w logiczną całość lub zebrane tematycznie wykorzystywano w późniejszym terminie.

Oprócz tego w ramówce PR Szczecin znalazły się emitowane raz w tygodniu, krótkie, 5 – cio minutowe wywiady z lekarzami na temat różnych chorób. Ponadto w codziennych, nadawanych co godzinę, programach informacyjnych „Wiadomości”, mówiono o wydarzeniach związanych ze zdrowiem. Promujące zdrowie audycje powstawały przy udziale wielu, stale współpracujących z radiem ekspertów. Programy tworzono także dzięki wsparciu merytorycznemu placówek ochrony zdrowia oraz finansowemu firm ubezpieczeniowych i farmaceutycznych. Na antenie umieszczano też płatne spoty informacyjne i reklamowe na temat badań, leków, nowych placówek zdrowia. Usługę tę realizowano jedynie z powodów komercyjnych, stąd radio nie odpowiadało za ich treść. Polskie Radio Szczecin, z powodu gorszych wpływów z abonamentu utrzymuje się również z reklam.

Ogromne znaczenie w popularyzacji wiedzy na temat genetyki i profilaktyki nowotworów genetycznie uwarunkowanych, miał Profesor Jan Lubiński i jego zespół z Międzynarodowego Centrum Badania Nowotworów Dziedzicznych PAM. Odbiorcy, dzięki programom z udziałem Pana Profesora, dowiedzieli się o mutacjach w genach, o chorobach przez nie wywoływanych, o profilaktyce i leczeniu nowotworów dziedzicznych.

Nieoceniony wkład w przygotowanie radiowych programów profilaktyki nowotworowej miała Dr Sabina Mikee z Zachodniopomorskiego Centrum Onkologii w Szczecinie. Między innymi popularyzowany w radiu przez Panią Doktor Europejski Kodeks Walki z Rakiem poznali liczni uczestnicy programów w województwie zachodniopomorskim. W ramach radiowej współpracy z ZCO organizowano eventy edukacyjne, między innymi w: Stargardzie Szczecińskim, Goleniowie, Świnoujściu, Gryfinie, Myśliborzu. Często w radiu nadawano relacje antenowe z odbywających się w terenie wykładów, konsultacji, badań cytologicznych i mammograficznych, wykonywanych także w mammobusie.

Twórców programów wspierali wiedzą przede wszystkim pracownicy PAM, będący autorytetami wielu specjalności medycyny. Przekazywane przez nich informacje na temat różnych chorób, ich profilaktyki, wczesnego wykrywania, leczenia, były dla słuchaczy wiarygodne i pewne. Audycje prozdrowotnych w PR Szczecin chętnie słuchano nie tylko z anteny. Program emitowano również w Internecie, stąd z licznymi pytaniami do radia zgłaszali się słuchacze z różnych regionów kraju, a także Polacy mieszkający za granicą.

Twórcy radiowych programów promujących zdrowie, wypełniając misję radia publicznego, założyli, iż systematyczne, na wysokim poziomie merytorycznym i technicznym audycje prozdrowotne, dokonają zmiany w powszechnej świadomości, że „zdrowie się ma lub

nie”. Postawiony do realizacji cel w dużym stopniu osiągnięto. Dzięki telefonom i listom wiadomo, że wielu słuchaczy zdało sobie sprawę, że jakość i długość życia zależą też od nich samych – ich zachowań, nawyków i stosowania profilaktyki.

3.3. Edukacja zdrowotna w Kurierze Szczecińskim

Kurier Szczeciński to najpopularniejszy dziennik, wydawany w Szczecinie od 7 października 1945 roku. Na początku był popołudniówką. Potem gazetę kolportowano w województwie szczecińskim. Od 1994 roku, jako dziennik poranny, docierał do mieszkańców województwa zachodniopomorskiego. Kurier to czasopismo społeczno – polityczne, wychodzące w dziennym nakładzie 25 tys. od poniedziałku do czwartku. Piątkowe wydanie weekendowe ukazywało się w 85 tys. egzemplarzy (Red. Bruska E. – Kurier Szczeciński).

Kurier Szczeciński był organizatorem szeregu inicjatyw, konkursów i plebiscytów o zasięgu wojewódzkim. Współtworzył również z Polskim Radiem Szczecin i Telewizją Polską/Oddziałem w Szczecinie programy promujące zdrowie. Najwięcej artykułów, wywiadów z ekspertami medycyny, felietonów i komentarzy na temat zdrowia ukazywało się w magazynowym wydaniu na stronach „Zdrowie i Uroda”. Sporą dawkę informacji na temat zdrowia zawierały także reklamy. Ich wiarygodność budzić mogła wiele zastrzeżeń, ponieważ wydawca nie odpowiadał za ich treść, a gazeta także utrzymywała się z reklam.

3.4. Programy o zdrowiu w Telewizji Polskiej – Oddział w Szczecinie

Historia telewizji w Szczecinie rozpoczęła się na dobre w 1956 roku, kiedy grupa inżynierów, techników, dziennikarzy, naukowców i artystów, podjęła próbę utworzenia nowej stacji telewizyjnej. Najpierw powstał Społeczny Komitet Budowy Telewizji w Szczecinie, po roku przejęty przez Towarzystwo Miłośników Telewizji. Praca tego gremium zakończyła się sukcesem. W 1960 roku ze stolicy Pomorza Zachodniego wyemitowano pierwszy program telewizyjny. Jak przystało na czasy, wydarzenie miało miejsce 1 maja.

Telewizja Polska w Szczecinie – obejmowała zasięgiem województwo szczecińskie. Docierała również do telewidzów z zachodniej części koszalińskiego i północnej zielonogórskiego. Pasma regionalne Telewizji Szczecin przeciętni telewidzowie identyfikowali przede wszystkim z „Kroniką Pomorza Zachodniego”. W Kronice przekazywano relacje z najważniejszych wydarzeń w regionie, a także informacje z placówek ochrony zdrowia oraz sprawozdania z konferencji naukowych i sympozjów. Pod koniec lat siedemdziesiątych powstał 30 minutowy program „W pracowniach naukowców”. Dużo miejsca poświęcono w nim dokonaniom pracowników naukowych Pomorskiej Akademii Medycznej.

W 1992 roku w TVP zapadła decyzja o utworzeniu programów miejskich. Jednym z pierwszych, prowadzonych na żywo, był medyczny magazyn „Medycyna i Ty”. Promowano w nim zdrowie i zachowania prozdrowotne.

Od 2000 roku, w cyklach tygodniowych, później 2 – tygodniowych ukazywał się „Magazyn Medyczny”. Był to 20 – to minutowy program filmowy na temat najpopularniejszych chorób. Następną próbą propagowania wiedzy o zdrowiu była realizacja 20 – to minutowego programu filmowego „Zanim zachorujesz”.

Pojawiały się także zagraniczne programy medyczne. Najczęściej opowiadały o dokonaniach medycznych naukowców z europejskich ośrodków badawczych. Programem poświęconym profilaktyce zdrowotnej była wspomniana już kampania multimedialna „Różowa i Niebieska Wstążka”. Po roku 2005, poza wprowadzonym w maju 2009 roku programem „Weekend z TVP Szczecin”, z elementami promocji zdrowego stylu życia, o zdrowiu mówiono w szczecińskiej telewizji podczas akcji: „Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy”, „Biegaj z nami”, „Przeszczep dalej”, „Wybierz życie”.

Z badań Cianciara/Przewłocka/Miller, przeprowadzonych w 1999 roku, wynika, że 84,4% osób oglądało telewizyjne programy zdrowotne. Wśród przeszkód oglądania audycji wymieniano brak czasu, dlatego telewizyjne produkcje często w serialach telewizyjnych kampaniach multimedialnych próbowały przekazywać wiedzę na temat profilaktyki różnych chorób [19].

3.5. Wybrane, multimedialne programy edukacji zdrowotnej w województwie zachodniopomorskim

Media dzięki wzajemnie uzupełniającym i wzmacniającym się kanałom komunikowania, w najbardziej efektywny sposób docierają do odbiorców. Stąd wiele programów promujących zdrowie realizowanych jest w oparciu o różnorodne środki masowego przekazu [8].

Multimedialne kampanie społeczne, w których często biorą udział tysiące osób, mają szeroki zakres oddziaływania. Przedsięwzięcia te dotyczyć mogą: profilaktyki zdrowotnej, walki z chorobami, przeciwdziałaniu uzależnieniom, a także ochronie praw człowieka. W celu zdobycia środków na działalność, w trakcie kampanii multimedialnych oraz w wielu mediach indywidualnie, umieszcza się reklamy, sprzedaje czas antenowy i miejsce w gazecie. To nie zawsze odnosi pożądany skutek zdrowotny.

W województwie zachodniopomorskim od lat dziewięćdziesiątych XX wieku prowadzono wiele programów promujących zdrowie. Należały do nich między innymi :

„Różowa i niebieska wstążka”, „Tydzień zdrowia kobiety”, „Moda na zdrowie”, „Dzień polskiej onkologii” czy „Zdrowe piersi dla czterdziestolatek”.

Najstarszym multimedialnym programem profilaktyki nowotworowej w województwie zachodniopomorskim jest „Różowa i niebieska wstążka”. Cykl ten tworzyły: Polskie Radio Szczecin, Telewizja Polska/Oddział w Szczecinie oraz Kurier Szczeciński, a także Pomorska Akademia Medyczna (od 2011 roku Pomorski Uniwersytet Medyczny) i Zachodniopomorskie Centrum Onkologii w Szczecinie. Celem przedsięwzięcia jest przybliżenie mieszkańcom regionu problemów związanych z profilaktyką i leczeniem chorób nowotworowych. Ma to wpłynąć na zmianę świadomości onkologicznej mieszkańców województwa i poprawić zgłaszalność na badania profilaktyczne. Podstawą stworzenia cyklu były doniesienia z których wynikało, że wykrycie raka we wczesnym stadium choroby jest dużo tańsze niż jego leczenie w stadium zaawansowanym.

W programie „Różowa i niebieska wstążka”, organizowanym od października 1999 roku, wzięło w sumie udział ponad 0,5 mln mieszkańców Pomorza Zachodniego. W czasie spotkań przybliżano im problematykę dotyczącą raka: sutka, prostaty, płuca, jelita grubego, szyjki macicy oraz genetykę chorób nowotworowych. Na terenie województwa otwarte były pracownie mammograficzne i gabinety specjalistyczne. Badania, w połączeniu z szeroko pojętą edukacją zdrowotną (cykliczne audycje radiowe i telewizyjne, wzmianki oraz artykuły prasowe), okazały się skutecznym sposobem zainteresowania mieszkańców problemami związanymi ze zdrowiem. Badania finansował Narodowy Fundusz Zdrowia, natomiast konkursy i koncerty: WOK oraz sponsorzy (samorządy terytorialne, firmy farmaceutyczne i ubezpieczeniowe).

Działania takie odnosiły zamierzony skutek, ponieważ dzięki nim zaobserwowano wzrost zgłaszalności na badania profilaktyczne, co prawdopodobnie może wpłynąć na obniżenie kosztów leczenia i diagnostyki w województwie zachodniopomorskim [140 – 143,177].

W październiku w całej Polsce odbywało się wiele marszów, między innymi pod hasłami: „Marsz nadziei” czy „Różowa wstążeczka”. Jego uczestniczki chciały zwrócić uwagę społeczeństwa na problemy pacjentów chorych na raka. W województwie zachodniopomorskim organizatorzy programu „Różowa i niebieska wstążka” w trakcie tworzenia kampanii uważali, że lepsze efekty daje program edukacyjny, który stwarza możliwość wykonania badań profilaktycznych. Od września w mediach publikowano artykuły i emitowano audycje, dotyczące profilaktyki nowotworowej, przedstawiano sylwetki pacjentów, którzy wygrali walkę z rakiem. W prasie, radiu i telewizji informowano o godzinach otwarcia specjalistycznych gabinetów i pracowni mammograficznych.

Na październikowy program przyjeżdżali między innymi: lekarze, pielęgniarki, Amazonki i artyści. W atmosferze zabawy oraz radości przekazywano informacje na temat zdrowia. W pokazach artystycznych brało udział kilkaset osób, a uczestnikami spotkań było w każdym roku przeciętnie około 60 tys. mieszkańców województwa. W radiu i telewizji przekazywano

bezpośrednie relacje, omawiające te wydarzenia. Zgodnie z założeniami „Różową i Niebieską Wstążkę” kończył występ gwiazdy. Do roku 2012 wystąpili m.in.: Halina Frąckowiak, zespół Czerwony Tulipan, Michał Bajor, Stanisław Soyka, Maciej Silski, Jacek Rudnicki, Cygański Zespół Roma, Grupa Banda i Wanda, Anna Romantowska oraz Krzysztof Kolberger. Wszystko po to, by przekonać odbiorców, że rak to nie wyrok, a walkę z nim można wygrać.

Ważnym partnerem multimedialnych programów był NFZ. To z jego pomocą w marcu 2008 roku w ramach „Tygodnia Zdrowia Kobiety”, w regionalnych mediach ukazały się publikacje dotyczące zdrowia pań. Programy docierały do zainteresowanych z wielu publikatorów jednocześnie. Informacje były powtarzane i dzięki temu na dłużej mogły pozostać w świadomości odbiorców. „Tydzień Zdrowia Kobiety” realizowany był według następującego schematu opracowanego przez NFZ w Szczecinie (Tabela 3) [88].

Tabela 3. Tydzień Zdrowia Kobiety w Województwie Zachodniopomorskim. Luty – Marzec 2008

lp.	Data	Temat dnia/publikacji	Przykład kontaktu/rozmówcy/
1.	29.02. Piątek	Nie pal; jeśli już palisz, przestań. Jeśli nie potrafisz przestać, nie pal przy niepalących.	Dr hab. n. med. Tomasz Grodzki lub inny specjalista od raków płuc
2.	01.03 Sobota	Wystrzegaj się otyłości; na przykładzie chorób układu krążenia – jest program profilaktyki CHUK w POZ	lekarz rodzinny; program jest obowiązkowy dla wszystkich
3.	3.03. Poniedziałek	Bądź codziennie aktywny ruchowo, uprawiaj ćwiczenia fizyczne.	Dr M. Roślewska Szczecin, ul. Starzyńskiego Dr Brygida Roszkowska Goleniów lub ktoś od układu ruchu i zależności zdrowia od aktywności
4.	04.03. Wtorek	Spożywaj więcej różnych warzyw i owoców: jedz, co najmniej 5 porcji dziennie. Ogranicz spożycie produktów zawierających tłuszcze zwierzęce.	Prof. dr hab. Mariola Friedrich Wydział Technologii Żywności Człowieka lub inny specjalista od związku między żywieniem a zdrowiem
5.	05.03. Środa	Jeśli pijesz alkohol – piwo, wino lub alkohole wysokoprocentowe – ogranicz jego spożycie: kobiety do jednej porcji dziennie.	może to być specjalista od nałogu alkoholowego albo od całościowego zdrowia kobiety
6.	06.03. Czwartek	Kobiety po 25. roku życia powinny uczestniczyć w badaniach przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy.	Prof. dr hab. Wenancjusz Domagała lub doc. Celewicz – konsultant wojewódzki ds. ginekologii
7.	07.03. Piątek	Kobiety powyżej 50. roku życia powinny uczestniczyć w badaniach przesiewowych w kierunku raka piersi.	Dr Magdalena Salamaga szefowa wojewódzkiego programu wczesnego wykrywania raka piersi; Zachodniopomorskie Centrum Onkologii

Źródło: Zachodniopomorski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia, Luty 2008

Narodowy Fundusz Zdrowia współtworzył multimedialną kampanię „Tydzień Zdrowia Kobiety” tylko w 2008 roku. Realizacja programu wymagała nakładów finansowych. NFZ, jako płatnik, prawdopodobnie nie przeprowadził analizy efektów ciekawego projektu. Szkoda, bo środki wyłożone na profilaktykę wygenerować mogły w przyszłości dodatkowe fundusze na leczenie. Właśnie tą zależnością koszt – efekt, kierowała się większość organizatorów wielu multimedialnych programów promujących zdrowie w województwie zachodniopomorskim.

ROZDZIAŁ 4

Metodologia badań

4.1. Cel pracy

Celem pracy było ustalenie, czy media zachodniopomorskie pozytywnie wpływają na realizację profilaktyki raka piersi, a w szczególności:

1. Czy mass media są ważnym źródłem informacji onkologicznej?
2. Jaki związek ze wzrostem zgłaszalności pacjentek na badania profilaktyczne mają publikacje materiałów medialnych na temat chorób nowotworowych?
3. Czy za pośrednictwem mediów odbiorcy mogą poszerzać wiedzę o nowotworach?

4.2. Problemy i hipotezy

Problemem zasadniczym pracy było określenie związku ukazywania się informacji medialnych ze wzrostem świadomości onkologicznej i zgłaszalności kobiet na przesiewowe badania mammograficzne.

Hipoteza główna pracy zakłada, że efekty prewencji zdrowotnej, ułatwiające zrozumienie zasad profilaktyki onkologicznej uzyskuje się wówczas, gdy publikacje przygotowują doświadczeni dziennikarze, wspierani przez autorytety medyczne oraz, gdy odbiorcy mają szansę na aktywny udział w publikacjach, ukazujących się w cyklach programowych i w trakcie kampanii multimedialnych. Cykliczność, systematyczność publikowania materiałów w mediach ułatwia utrwalanie, przyswajanie, zrozumienie oraz akceptowanie podawanych treści.

Odbiorcy mediów, reprezentujący konkretne grupy społeczne, prawdopodobnie czerpią wiedzę onkologiczną z różnych źródeł. Należy prowadzić diagnozę tych preferencji, gdyż zdobyta wiedza na ten temat umożliwi skuteczne wyznaczenie grupy docelowej, do której kierowana jest informacja. Im precyzyjniej dobiera się adresatów informacji, tym większa jest założona skuteczność działania przekazywanych treści.

Na niski udział kobiet w skryningu mammograficznym przypuszczalnie ma wpływ wiele czynników.

4.3. Materiał i metody

Badaniem objęto 300 osób, reprezentujących pięć 60 – osobowych grup: Pracownice mediów (M), Pracownice ochrony zdrowia (Z), Amazonki ze Stowarzyszenia Amazonek „Agata” w Szczecinie (A), Mieszkanki wsi, pełniące w województwie zachodniopomorskim funkcje Sołtysów (W) oraz Studentki medycyny (S). Oprócz Studentów, przedstawiciele pozostałych grup aktywnie uczestniczyli w promowaniu zdrowia poprzez wspieranie mediów i wieloletnią współpracę w działaniach na rzecz promocji i edukacji onkologicznej. Przy doborze grup kierowano się tym, by ich członkowie, reprezentujący różne zawody, stowarzyszenia oraz samorządy terytorialne, promocję zdrowia, profilaktykę i edukację onkologiczną mieli zapisaną w misji wykonywanego zawodu, bądź działań społecznych.

Grupę M stanowili przedstawiciele Stowarzyszenia Dziennikarze dla Zdrowia, pracownicy polskich mediów, zatrudnieni w procesie produkcji oraz tworzenia medycznych publikacji: audycji, reportaży, informacji, artykułów, programów i filmów. Nie było wśród nich osób zatrudnionych w Internecie. Ankiety wypełniono od października 2008 do marca 2009 roku.

Grupę Z tworzyli lekarze, pielęgniarki, statystycy medyczni i laborantki. Wszyscy zatrudnieni byli w Szczecinie: w Pomorskiej Akademii Medycznej (od 1 października 2010 roku Pomorski Uniwersytet Medyczny), w Zachodniopomorskim Centrum Onkologii, w Wojewódzkich Ośrodkach Koordynujących Programy: Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy oraz Wczesnego Wykrywania Raka Piersi, a także w Zakładzie Opieki Zdrowotnej Szkół Wyższych. Ankiety wypełniono od czerwca 2008 do maja 2009 roku.

W grupie A były członkinie szczecińskiego Stowarzyszenia „Agata”, skupiającego pacjentki po przebytych chorobach nowotworowych piersi. Ankiety wypełniono od czerwca 2008 do stycznia 2009 roku.

Wypełniające ankietę Mieszkanki wsi (grupa W), wielokrotnie uczestniczyły w programach Polskiego Radia Szczecin na temat profilaktyki nowotworowej. Po radiowych spotkaniach w miejscu zamieszkania propagowały wiedzę onkologiczną. Ankiety wypełniono od stycznia 2008 do stycznia 2009 roku.

Studenci badani w czerwcu 2009 roku, to słuchacze Wydziałów: Lekarskiego (30 osób) i Stomatologii (30 osób) Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie.

W związku z tym, że wśród 300 ankietowanych osób byli także mężczyźni (12. reprezentantów mediów, 21. pracowników ochrony zdrowia i 18. studentów), a w dysertacji dokonano oceny wpływu mediów na profilaktykę raka piersi w powiązaniu z Populacyjnym Programem Wczesnego Wykrywania Raka Piersi, którym objęto pacjentki w wieku 50 do 69 lat, badanie

powiększono w styczniu 2011 roku, poprzez dodatkowe przeprowadzenie ankiety wśród 12. reprezentantek mediów, 21. pracownic ochrony zdrowia i 18. studentek. Ankiety mężczyzn nie analizowano. Ocenie poddano 300 ankiet kobiet z pięciu 60 – osobowych grup.

Udział w badaniu był anonimowy i dobrowolny. Rozdano 355 kwestionariuszy, 25 (7%) nie spełniło określonych kryteriów, 30 (8,5%) nie zwrócono. Podstawę analizy stanowiło 300 prawidłowo wypełnionych, co w konsekwencji pozwoliło:

- scharakteryzować badane grupy pod względem socjodemograficznym,
- ocenić działania mediów, ułatwiające dotarcie do pacjentów z informacją dotyczącą profilaktyki nowotworowej,
- określić znaczenie współpracy lekarzy z mediami oraz mediów z lekarzami, w dziedzinie profilaktyki i promocji zdrowia,
- zbadać wpływ informacji medialnych na poszerzanie wiedzy kobiet, dotyczącej profilaktyki raka piersi.

Ponadto analizowano dane epidemiologiczne i statystyczne z Centralnego i Wojewódzkiego Ośrodka Koordynującego Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi oraz Centrum Onkologii w Szczecinie. Dane te pochodziły przede wszystkim z lat 2007 – 2010, a dotyczyły profilaktyki raka piersi w województwie zachodniopomorskim.

W analizie statystycznej rozkłady zmiennych dychotomicznych scharakteryzowano podając liczebność (n), (k) i częstość (%) występowania kategorii tych zmiennych w każdej sześćdziesięciu osobowej grupie kobiet.

Porównań częstości występowania kategorii zmiennych dychotomicznych możliwych 10. par grup, dokonano stosując test niezależności χ^2 z poprawką Yatesa, celem ustalenia istotności statystycznej i jej poziomu (p).

Rozkłady zmiennych ciągłych dla każdej grupy kobiet scharakteryzowano podając:

- przedział zmienności (min–max), gdzie min – wartość najmniejsza, max – wartość największa,
- przedział międzykwartyłowy ($Q_1 - Q_3$), gdzie Q_1 – kwartył pierwszy, Q_3 – kwartył trzeci,
- medianę; średnią arytmetyczną (\bar{x}),
- odchylenie standardowe (SD),
- poziom istotności według testu Shapiro – Wilka dla oceny zgodności rozkładu empirycznego zmiennych ciągłych z rozkładem normalnym.

Dopuszczalne prawdopodobieństwo błędu pierwszego rodzaju (poziom istotności testu) przyjęto równe 0,05 [149,165].

Analizę statystyczną przeprowadzono z wykorzystaniem programu STATISTICA wersja 9.

ROZDZIAŁ 5

Wyniki i omówienie badań

5.1. Charakterystyka socjodemograficzna badanych pięciu grup

Wiek 300 respondentek (Pracownice: mediów i ochrony zdrowia, Amazonki, Mieszkanki wsi oraz Studentki) był zróżnicowany. Charakterystykę rozkładu wieku kobiet badanych pięciu grup przedstawia tabela 4.

Tabela 4. Charakterystyka rozkładu wieku [lata] badanych pięciu grup

Charakterystyka rozkładu	Pracownice mediów	Pracownice ochrony zdrowia	Amazonki	Mieszkanki wsi	Studentki
min – max	21 – 63	28 – 80	43 – 80	30 – 67	21 – 29
Q ₁ – Q ₃	26,5 – 37	36 – 57	55 – 67	44,5 – 50	22 – 24
mediana	33	50	59	50,5	22,5
\bar{x} (SD)	34,5 (10,6)	47,9 (12,2)	60,9 (7,8)	49,5 (8,8)	22,8 (1,3)

min – wartość najmniejsza, max – wartość największa, Q₁ – kwartyl pierwszy, Q₃ – kwartyl trzeci
 \bar{x} – średnia arytmetyczna, SD – odchylenie standardowe, p – poziom istotności według testu Shapiro – Wilka

Wśród respondentek, najmłodsze – 21 lat były: Studentki i Pracownice mediów, najstarsze – 80 lat to: Pracownice ochrony zdrowia i Amazonki. Mediana wieku Studentek wynosiła – 22,5 lat, zatrudnionych w mediach – 33 lata, w ochronie zdrowia – 50 lat, Mieszkanek wsi – 50,5 i Amazonek 59 lat. W wieku od 22 do 24 lat było 50% Studentek, w wieku od 26,5 do 37 lat było 50% zatrudnionych w mediach i 50% w ochronie zdrowia było w wieku od 36 do 57 lat, 50% Mieszkanek wsi miało od 44,5 do 50 oraz 50% Amazonek miało od 55 – 67 lat.

Tabela 5 przedstawia liczbę ankietowanych kobiet według wieku.

Tabela 5. Liczba ankietowych kobiet w wybranych przedziałach wiekowych

Wiek [lata]	Pracownice mediów		Pracownice ochrony zdrowia		Amazonki		Mieszkanki wsi		Studentki	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
21 – 29	22	36,7	4	6,7					60	100
30 – 49	30	50	25	41,7	1	1,7	28	46,7		
50 – 69 *	8	13,3	30	50	50	83,3	32	53,3		
70 – 80			1	1,6	9	15				
Razem	60	100	60	100	60	100	60	100	60	100

n – liczba kobiet

Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi obejmuje przesiewowymi badaniami mammograficznymi pacjentki w wieku od 50 do 69 lat. W tym przedziale wieko-

wym było 120 kobiet. Wśród Amazoнок było 83,3%, Mieszkanek wsi 53,3%, Pracownic ochrony zdrowia 50% i Pracownic mediów 13,3%.

Tabela 6 przedstawia wykształcenie i wiek badanych kobiet pięciu grup.

Tabela 6. Wykształcenie i wiek badanych kobiet pięciu grup

Wykształcenie	Wiek [lata]	Pracownice mediów		Pracownice ochrony zdrowia		Amazonki		Mieszkanek wsi		Studentki	
		k/n	%	n	%	k/n	%	k/n	%	k/n	%
Podstawowe	21 – 29										
	30 – 49					0/1		1/28	3,6		
	50 – 69*					5/50	10	5/32	15,6		
	70 – 80					1/9	11,1				
	Razem					6/60	10	6/60	10		
Zawodowe	21 – 29										
	30 – 49					0/1		3/28	10,7		
	50 – 69*					0/50		7/32	21,9		
	70 – 80					1/9	11,1				
	Razem					1/60	1,7	10/60	16,7		
Średnie Ogólnokształcące	21 – 29	8/22	36,4							60/60	100
	30 – 49	3/30	10			1/1		2/28	7,1		
	50 – 69*	0/8				13/50	26	6/32	18,8		
	70 – 80										
	Razem	11/60	18,3			14/60	23,3	8/60	13,3	60/60	100
Średnie Zawodowe	21 – 29	5/22	22,7								
	30 – 49	1/30	3,3			0/1		8/28	28,6		
	50 – 69*	0/8		1/30	3,3	8/50	16	8/32	25		
	70 – 80					3/9	33,3				
	Razem	6/60	10	1/60	1,7	11/60	18,3	16/60	26,7		
Niepełne wyższe	21 – 29	4/22	18,2								
	30 – 49	11/30	36,7			0/1		3/28	12		
	50 – 69*	0/8		1/30	3,3	8/50	16	2/32	6,3		
	70 – 80					1/9	11,1				
	Razem	15/60	25	1/60	1,7	9/60	15	5/60	8,3		
Wyższe	21 – 29	5/22	22,7	4/4	100						
	30 – 49	15/30	50	25/25	100	0/1		11/28	39,3		
	50 – 69*	8/8	100	28/30	93,3	16/50	32	4/32	12,5		
	70 – 80			1/1	100	3/9	33,3				
	Razem	28/60	46,7	58/60	96,7	19/60	31,7	15/60	25		
Medyczne	21 – 29			2/4	50						
	30 – 49			20/25	80			2/28	7,1		
	50 – 69*			25/30	83,3			0/32			
	70 – 80			1/1							
	Razem			48/60	80			2/60	3,3		

k – liczba kobiet z danym wykształceniem, n – liczba kobiet w danym przedziale wiekowym

* przedział wiekowy kobiet podlegających Populacyjnemu Programowi Profilaktyki Raka Piersi

Wśród ankietowanych wykształcenie podstawowe miało po 10% Amazoнок i Mieszkanek wsi, wykształcenie zawodowe jedna Amazonka (1,7%) oraz 16,7 % Kobiet ze wsi.

Najwięcej osób z wykształceniem średnim ogólnokształcącym, poza Studentkami, było wśród Amazoнок (23,3%), średnim zawodowym – Mieszkanek wsi (26,7%), niepełnym wyższym u Pracownic mediów (25%), wyższym – Pracownic ochrony zdrowia (96,7%).

Ankietowane od 50 do 69 lat miały wykształcenie: podstawowe – 10% Amazoнок i 15,6% Mieszkanek wsi, zawodowe – 21,9% Kobiet ze wsi, średnie ogólnokształcące – 26% Amazoнок i 18,8% Mieszkanek wsi, niepełne wyższe – 16% Amazoнок, 6,3% Mieszkanek wsi, wyższe – 100% reprezentantek mediów, 93,3% Pracownic ochrony zdrowia, 32% Amazoнок i 12,5% Mieszkanek wsi.

Ocenę istotności statystycznej różnic częstości kategorii wykształcenia badanych kobiet porównywanych grup zawiera tabela 7.

Tabela 7. Różnice częstości występowania kategorii wykształcenia badanych kobiet pięciu grup

Porównywane grupy	Wykształcenie kobiet						
	Podstawowe	Zawodowe	Średnie ogólnokształcące	Średnie Zawodowe	Niepełne wyższe	Wyższe	Medyczne
	Poziom istotności statystycznej ($p \leq 0,05$)						
M vs Z	ns	ns	0,002	ns	0,001	0,001	0,001
M vs A	0,04	ns	ns	ns	ns	ns	ns
M vs W	0,04	0,004	ns	0,04	0,03	0,03	ns
M vs S	ns	ns	0,001	0,04	0,001	0,001	ns
Z vs A	0,04	ns	0,001	0,007	0,03	0,001	0,001
Z vs W	0,04	0,004	0,02	0,001	ns	0,001	0,001
Z vs S	ns	ns	0,001	ns	ns	0,001	0,001
A vs W	ns	0,02	ns	ns	ns	ns	ns
A vs S	0,04	ns	0,001	0,002	0,006	0,001	ns
W vs S	0,04	0,004	0,001	0,001	ns	0,001	ns

ns – różnica nieistotna statystycznie ($p > 0,05$)

M – Pracownice mediów, Z – Pracownice ochrony zdrowia, A – Amazonki, W – Mieszkanki wsi, S – Studentki

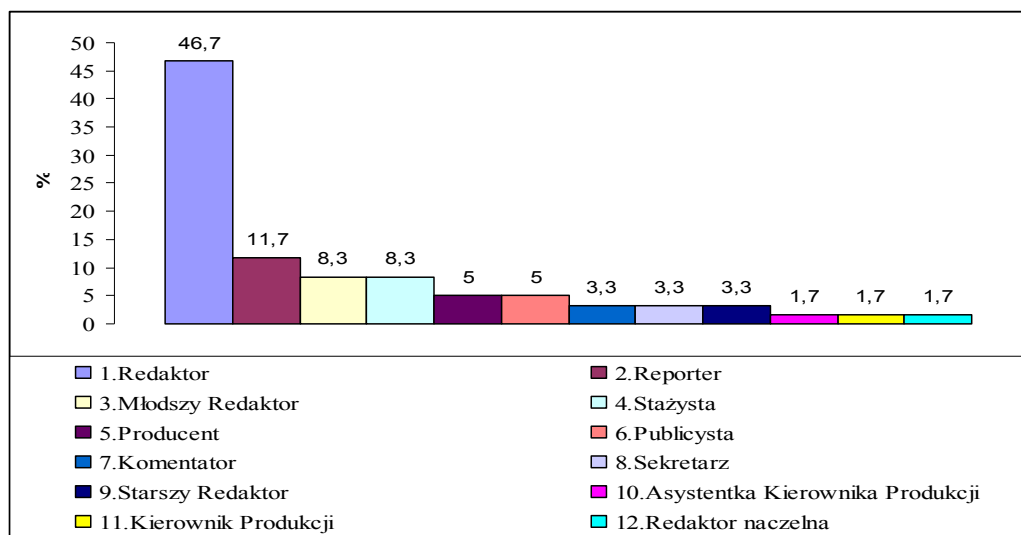
W zależności od wykształcenia różnice istotne statystycznie otrzymano w przypadku:

- Wykształcenia podstawowego – dla sześciu porównań: Pracownice mediów i ochrony zdrowia, a Amazonki i Mieszkanki wsi oraz Studentki, a Amazonki i Mieszkanki wsi $p < 0,04$.
- Wykształcenia zawodowego – między Mieszkankami wsi, a resztą grup $p \in [0,02-0,004]$.
- Wykształcenia średniego ogólnokształcącego – między Studentkami, a pozostałymi grupami oraz między Pracownicami ochrony zdrowia, a reprezentantkami mediów $p \in [0,02-0,001]$.
- Wykształcenia średniego zawodowego – dla porównań: Mieszkanki wsi, a reprezentantki mediów, Pracownice ochrony zdrowia, Studentki; Studentki, a Pracownice ochrony zdrowia i Amazonki; Pracownice ochrony zdrowia, a Amazonki $p \in [0,04-0,001]$.
- Wykształcenia niepełnego wyższego – dla porównań reprezentantki mediów, a: Pracownice ochrony zdrowia, Mieszkanki wsi i Studentki; Amazonki, a: Pracownice ochrony zdrowia i Studentki $p \in [0,03-0,001]$.

– Wykształcenia wyższego – pomiędzy większością grup, poza porównaniami: Amazonki, a Pracownicy mediów i Mieszkankami wsi $p \in [0,03-0,001]$.

– Wykształcenia medycznego – ($p < 0,001$) między Pracownicami ochrony zdrowia, a: pozostałymi grupami.

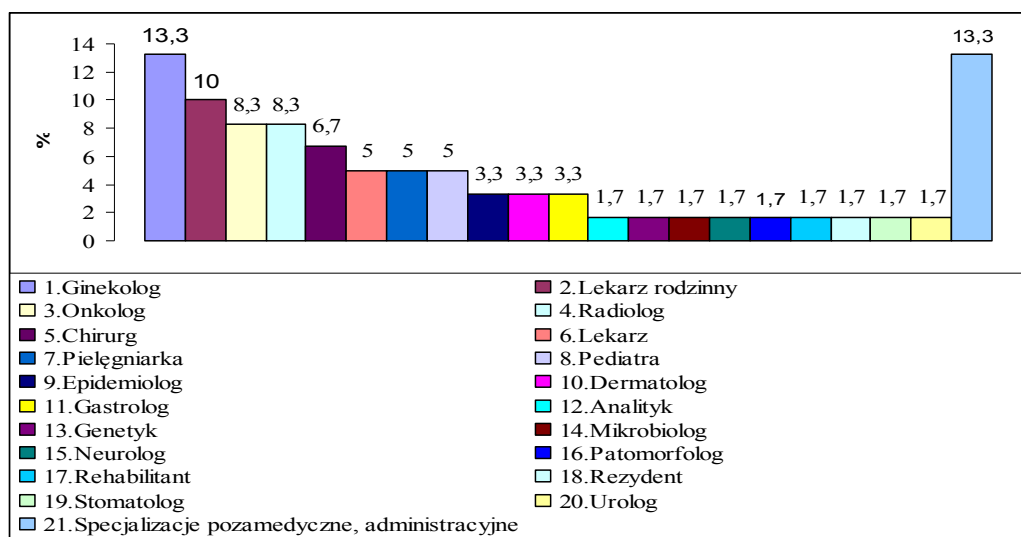
Ankietowane z grupy Pracownic mediów zatrudnione były w różnych publikatorach: telewizji 21,7%, radiu 25% i prasie 53,3%. Liczbę i odsetek badanych kobiet pracujących na różnych stanowiskach przedstawia rycina 8.



Ryc.8. Stanowiska pracy zajmowane przez kobiety zatrudnione w mediach

Spośród kobiet zatrudnionych w mediach najwięcej osób zajmowało stanowisko redaktora, a najmniej pełniło funkcje: redaktora naczelnego, kierownika produkcji i asystenta kierownika produkcji.

Specjalizacje zawodowe reprezentowane przez pracownice ochrony zdrowia przedstawia rycina 9.

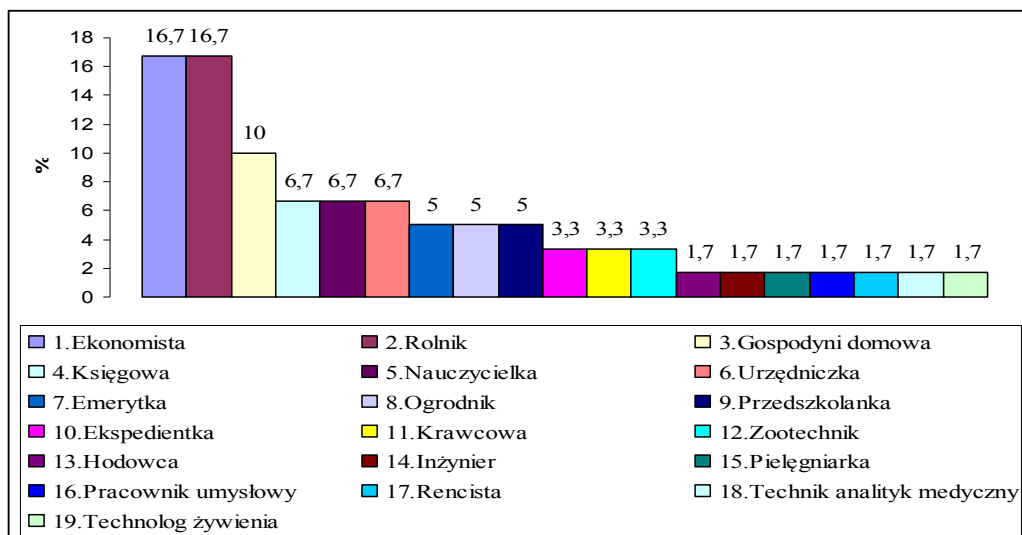


Ryc.9. Specjalizacje zawodowe badanych kobiet, zatrudnionych w ochronie zdrowia

Wśród Pracownic ochrony zdrowia najczęściej było ginekologów, lekarzy rodzinnych i onkologów. Tytuł profesora miało 3,3% kobiet, doktora habilitowanego 3,3%, doktora nauk medycznych 36,7%, magistra 21,7%, tytułu naukowego nie miało 31,7% lekarzy medycyny i 3,3% pielęgniarek.

Spośród Amazońek najdłużej od operacji do badania ankietowego, 20 lat przeżyła jedna kobieta. Najwięcej osób 28,3% po operacji żyło 5 lat. Około 50% osób żyło po zabiegu ponad pięć lat, co oznacza, że ryzyko zgonu z powodu raka piersi u tych pacjentek było zbliżone, do ryzyka zachorowania u zdrowych kobiet. Jedna z respondentek poinformowała, że nie pracuje zawodowo, na emeryturze było 18,3% kobiet, na rencie 20%, zawodowo pracowało 60%.

Ankietowane Mieszkanke wsi wykonywały pracę w różnym charakterze, co przedstawia rycina 10.



Ryc.10 . Status zawodowy badanych kobiet, reprezentujących zachodniopomorskie wsie

Najwięcej Mieszkanek wsi było ekonomistkami lub rolnikami (33,4%). Liczby mieszkańców wsi, którymi zarządzały przedstawicielki samorządów terytorialnych wahały się od 81 do 1000 osób, mediana tych liczb wynosiła 298 osób.

Studentki Wydziału Stomatologicznego chciały zostać dentystkami, Wydziału Lekarskiego myślały o wyborze następujących specjalizacji: chirurgia – 23,3%, pediatria – 16,7%, ginekologia – 13,3%, okulistyka – 10%, psychiatria, kardiologia, interna i medycyna rodzinna po 6,7%. Współpracę z mediami w przyszłości deklarowało 40% studentek Wydziału Stomatologii i 60% Wydziału Lekarskiego.

5.2. Działania mediów, ułatwiające dotarcie do kobiet z informacją dotyczącą profilaktyki nowotworowej

Celem pracy było pokazanie, że media w województwie zachodniopomorskim są ważnym źródłem informacji o nowotworach i wywierają pozytywny wpływ na realizację profilaktyki raka piersi. Edukacyjna działanie publikacji w zakresie profilaktyki onkologicznej może być skuteczne wówczas, gdy materiały w mediach przygotowują wyspecjalizowani dziennikarze medyczni. Zapytano więc ankietowane, czy w Polsce powinni być dziennikarze medyczni? Rozkład odpowiedzi przedstawia tabela 8.

Tabela 8. Odpowiedzi respondentek na pytanie: „Czy w Polsce powinni być dziennikarze medyczni?”

Odpowiedź	Pracownice Mediów (n = 60)		Pracownice ochrony Zdrowia (n = 60)		Amazonki (n = 60)		Mieszkanki wsi (n = 60)		Studentki (n = 60)	
	k	%	k	%	k	%	k	%	k	%
Tak	41	68,4	46	76,6	60	100	48	80	60	100
Nie	11	18,3	1	1,7			2	3,3		
Nie wiem	8	13,3	13	21,7			10	16,7		
Razem	60	100	60	100	60	100	60	100	60	100

n – liczba kobiet w danej grupie, k – liczba kobiet oceniających potrzebę istnienia dziennikarzy medycznych

Wszystkie Amazonki i Studentki stwierdziły, że specjalizacja – dziennikarz medyczny powinna istnieć w Polsce. Duże poparcie dla takiego stanowiska deklarowały Mieszkanki wsi, Pracownice ochrony zdrowia i Pracownice mediów, choć przeciwne temu było ponad 18% pracownice mediów, a co piąta Pracownica ochrony zdrowia nie miała zdania na ten temat. Tabela 9 zawiera poziomy istotności statystyczne odnośnie tego problemu.

Tabela 9. Różnice częstości odpowiedzi w sprawie potrzeby istnienia dziennikarzy medycznych

Porównywane grupy	Poziom istotności statystycznej ($p \leq 0,05$)		
	Tak	Nie	Nie wiem
M vs Z	ns	0,007	ns
M vs A	0,001	0,002	0,02
M vs W	ns	0,02	ns
M vs S	0,001	0,002	0,02
Z vs A	0,001	ns	0,001
Z vs W	ns	ns	ns
Z vs S	0,001	ns	0,001
A vs W	0,001	ns	0,004
A vs S	ns	ns	ns
W vs S	0,001	ns	0,004

ns – różnica nieistotna statystycznie ($p > 0,05$)

M – Pracownice mediów, Z – Pracownice ochrony zdrowia, A – Amazonki, W – Mieszkanki wsi, S – Studentki

W odniesieniu do potrzeby istnienia w Polsce specjalizacji „dziennikarz medyczny” statystycznie istotne ($p < 0,001$) różnice częstości wystąpiły między - Amazonkami, a Pracownicami mediów i placówek ochrony zdrowia oraz między Studentkami, a Mieszkankami wsi,

reprezentantkami mediów i ochrony zdrowia. Odnośnie tego, że w Polsce nie powinno być dziennikarzy medycznych, zauważono statystycznie istotne $p \in [0,02-0,002]$ różnice między częstościami wypowiedzi Pracownic mediów, a pozostałymi grupami. Różnice częstości odpowiedzi „Nie wiem” były istotne statystycznie $p \in [0,02-0,001]$ między Amazonkami, a: Pracownicami mediów, ochrony zdrowia oraz Mieszkankami wsi, jak również między Studentkami, a: Mieszkankami wsi, reprezentantkami publikatorów, placówek ochrony zdrowia. Odpowiedzi badanych kobiet w różnym wieku, wyrażających aprobatę dla medycznej specjalizacji w mediach zawiera tabela 10.

Tabela 10. Wiek badanych kobiet pięciu grup, które wyraziły aprobatę dla istnienia w Polsce specjalizacji „dziennikarz medyczny”

Wiek [lata]	Pracownice mediów		Pracownice ochrony zdrowia		Amazonki		Mieszkanki wsi		Studentki	
	k/n	%	k/n	%	k/n	%	k/n	%	k/n	%
21 – 29	8/22	36,4	3/4	75					60/60	100
30 – 49	25/30	83,3	18/25	72	1/1		21/28	75		
50 – 69 *	8/8	100	25/30	83,3	50/50	100	27/32	84,4		
70 – 80			0/1		9/9	100				
Razem	41/60	68,3	46/60	76,7	60/60	100	48/60	80	60/60	100

k – liczba kobiet wyrażających aprobatę dla istnienia medycznej specjalizacji dziennikarskiej

n – liczba kobiet w danym przedziale wiekowym

* wiek kobiet objętych Populacyjnym Programem Wczesnego Wykrywania Raka Piersi

Aprobatę dla istnienia medycznej specjalizacji dziennikarzy wyraziły szczególnie kobiety w wieku od 50 do 69 lat: wszystkie przedstawicielki mediów i Amazonek oraz ponad 80% Pracownic ochrony zdrowia i Mieszkanek wsi. Tego samego zdania były wszystkie Studentki (21-29 lat), a także gros reprezentantek mediów, Mieszkanek wsi i Pracownic ochrony zdrowia od 30 do 49 lat. Odpowiedzi ankietowanych z różnym wykształceniem, które potwierdziły potrzebę tworzenia specjalizacji „dziennikarz medyczny” zawiera tabela 11.

Tabela 11. Wykształcenie badanych kobiet, które wyraziły aprobatę istnienia w Polsce specjalizacji „dziennikarz medyczny”

Wykształcenie	Pracownice mediów		Pracownice ochrony zdrowia		Amazonki		Mieszkanki wsi		Studentki	
	k/n	%	k/n	%	k/n	%	k/n	%	k/n	%
Podstawowe					6/6	100	4/6	66,7		
Zawodowe					1/1		10/10	100		
Średnie ogólnokształcące	2/11	18,2			14/14	100	7/8	87,5	60/60	100
Średnie zawodowe	3/6	50	0/1		11/11	100	11/16	68,8		
Niepełne wyższe	13/15	86,7	1/1		9/9	100	5/5	100		
Wyższe	23/28	82,1	45/58	77,6	19/19	100	11/15	73,3		
Razem	41/60	68,3	46/60	76,7	60/60	100	48/60	82,2	60/60	100

k – liczba kobiet, które wyraziły aprobatę, n – liczba kobiet z danym wykształceniem

Częstości potrzeby istnienia w Polsce dziennikarskiej specjalizacji medycznej wśród kobiet pięciu grup były zróżnicowane, zależały od wykształcenia i wieku ankietowanych.

W przypadku Amazonek wszystkie kobiety bez względu na wiek i wykształcenie poparły potrzebę istnienia takiej specjalności medialnej. Informację tę potwierdzały najczęściej kobiety z wykształceniem zawodowym oraz niepełnym wyższym, a także wszystkie studentki.

W celu uściślenia preferencji ankietowanych w sprawie ukazywania się publikacji medycznych w różnych mediach, zapytano o rodzaje publikatorów, spełniających najlepsze warunki kolportowania (emisji) publikacji dotyczących profilaktyki onkologicznej dla pacjentów. Media rekomendowane przez respondentki z różnych grup przedstawia tabela 12.

Tabela 12. Wybrane przez respondentki media, które dobrze kolportują (emitują) publikacje medyczne, dotyczące profilaktyki onkologicznej

Media	Pracownice mediów (n = 60)		Pracownice ochrony zdrowia (n = 60)		Amazonki (n = 60)		Mieszkanke wsi (n = 60)		Studentki (n = 60)	
	k	%	k	%	k	%	k	%	k	%
Prasa codzienna	57	95	39	65	40	66,7	12	20	17	28,3
Prasa bezpłatna	45	75	22	36,7	7	11,7	50	83,3		
Magazyn kobiecy	56	93,3	29	48,3	25	41,7	9	15		
Tygodnik	53	88,3	28	46,7	12	20	8	13,3		
Miesięcznik	53	88,3	29	48,3	28	46,7	7	11,7		
Radio	59	98,3	40	66,7	46	76,7	48	80	36	60
Telewizja	60	100	26	43,3	39	65	42	70	24	40
Internet	12	20	15	25	9	15	4	6,7	49	81,7
Czasopisma specj.	8	13,3	11	18,3						
Inne media	19	31,7	60	100						

n – liczba kobiet w danej grupie, k – liczba kobiet, które wskazały media dobrze kolportujące (emitujące)
specj. – specjalistyczne
wyniki nie sumują się do 100%, ze względu na wielokrotność odpowiedzi

Pracownice ochrony zdrowia, podobnie jak Amazonki uważały, że publikacje medyczne docierają przede wszystkim z radia, prasy codziennej i telewizji. Dla ponad 80% Mieszkanek wsi prasa bezpłatna była najlepszym źródłem przekazywania informacji, następnie radio i telewizja. Kobiety ze wsi wskazywały na Internet najrzadziej (6,7%), inaczej niż Studentki, dla których to źródło informacji miało największe poparcie (81,7%). Studentki ceniły również radio (60%). Mniejszym zainteresowaniem przyszłych lekarek cieszyła się prasa codzienna (28,3%).

Tabela 13 zawiera poziomy istotności statystycznej porównań częstości tych rodzajów mediów, które, zdaniem badanych pięciu grup kobiet, dobrze kolportują (emitują) publikacje medyczne na temat profilaktyki onkologicznej.

Tabela 13. Różnice wskazań respondentek pięciu grup w sprawie rodzajów mediów, które, zdaniem badanych kobiet, dobrze kolportują publikacje medyczne, dotyczące profilaktyki onkologicznej

Porównywane kategorie	Rodzaj mediów									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Poziom istotności statystycznej ($p \leq 0,05$)									
M vs Z	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	ns	ns	0,001
M vs A	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	ns	0,02	0,001
M vs W	0,001	ns	0,001	0,001	0,001	0,004	0,001	ns	0,02	0,001
M vs S	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,02	0,001
Z vs A	ns	0,003	ns	0,004	ns	ns	0,03	ns	0,002	ns
Z vs W	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	ns	0,006	0,02	0,002	ns
Z vs S	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	ns	ns	0,001	0,002	ns
A vs W	0,001	0,001	0,003	ns	0,001	ns	ns	ns	ns	ns
A vs S	0,001	0,02	0,001	0,001	0,001	ns	0,02	0,001	ns	ns
W vs S	ns	0,001	0,006	0,02	0,02	0,03	0,002	0,001	ns	ns

ns – różnica statystycznie nieistotna ($p > 0,05$)

M – Pracownice mediów, Z – Pracownice ochrony zdrowia, A – Amazonki, W – Mieszkanke wsi, S – Studentki
 1. Prasa codzienna; 2. Prasa bezpłatna; 3. Magazyn kobiecy; 4. Tygodnik; 5. Miesięcznik; 6. Radio; 7. Telewizja; 8. Telewizja; 8. Internet; 9. Czasopisma specjalistyczne; 10. Inne media;

W nawiązaniu do prasy codziennej (1), jako miejsca publikacji medycznych, w częstościach odpowiedzi ankietowanych były różnice istotnie statystyczne dla wszystkich par grup ($p < 0,001$) poza częstościami: Amazonki i Pracownice ochrony zdrowia oraz Studentki i Mieszkanke wsi. W odniesieniu do prasy bezpłatnej (2), między częstościami każdej pary grup oprócz porównania częstości reprezentantek mediów i Mieszkanek wsi stwierdzono różnice istotne statystycznie $p \in [0,02-0,001]$. Porównania częstości dla par grup magazynów kobiecych (3), a także miesięczników (5) istotne statystycznie różnice $p \in [0,006-0,001]$ stwierdzono we wszystkich parach grup poza Amazonkami i Pracownicami ochrony zdrowia. W wyborze radia (6) istotne statystycznie $p \in [0,004-0,001]$ różnice zachodziły między częstością Pracownice mediów, a pozostałymi grupami oraz między Mieszkankami wsi i Studentkami ($p < 0,03$). Istotne statystycznie [$p \in [0,03-0,001]$] różnice zanotowano w sprawie telewizji (7) między wszystkimi grupami prócz Pracownic ochrony zdrowia i Studentek, a także Amazonek i Mieszkanek wsi. Odnotowano różnice istotne statystycznie $p \in [0,02-0,001]$ w stosunku do tygodnika (4) między wszystkimi grupami poza porównaniem Mieszkanek wsi i Amazonki. W przypadku Internetu (8) różnice częstości istotne statystycznie ($p < 0,001$) wystąpiły między Studentkami, a pozostałymi grupami oraz między Pracownicami ochrony zdrowia, a Mieszkankami wsi ($p < 0,02$). Czasopisma specjalistyczne (9) były domeną przede wszystkim Pracownic ochrony zdrowia i mediów. Istotne statystycznie $p \in [0,02-0,002]$ różnice częstości były między częstością Pracownic mediów i Pracownic ochrony zdrowia, a Amazonkami, Mieszkankami wsi oraz Studentkami. Odnosnie niewymienionych w ankiecie innych mediów (10), istotne statystycznie ($p < 0,001$) różnice zauważono między częstością pracow-

nic mediów, a częstościami pozostałych grup. Rozkład odpowiedzi na ten temat w odniesieniu do wykształcenia kobiet z poszczególnych grup, przedstawia również tab. 14.

Tabela 14. Rodzaje mediów, które dobrze kolportują (emitują) publikacje medyczne, wskazane przez respondentki a ich wykształcenie

Media	Wykształcenie	Pracownice mediów		Pracownice ochrony zdrowia		Amazonki		Mieszkancki wsi		Studentki	
		k/n	%	k/n	%	k/n	%	k/n	%	k/n	%
Radio	Podstawowe					1/6	16,7	6/6	100		
	Zawodowe					1/1		8/10	80		
	Średnie ogólnokształcące	10/11	90,9			12/14	85,7	7/8	87,5	36/60	60
	Średnie zawodowe	6/6	100	1/1		7/11	63,6	12/16	75		
	Niepełne wyższe	15/15	100	1/1		7/9	77,8	5/5	100		
	Wyższe	28/28	100	38/58	65,5	18/19	94,7	10/15	66,7		
Telewizja	Podstawowe					2/6	33,3	4/6	66,7		
	Zawodowe					1/10		6/10	60		
	Średnie ogólnokształcące	11/11	100			11/14	78,5	7/8	87,5	24/60	40
	Średnie zawodowe	6/6	100	1/1		7/11	63,6	10/16	60,3		
	Niepełne wyższe	15/15	100	0/1		5/9	55,6	4/5	80		
	Wyższe	28/28	100	25/58	43,1	13/19	68,4	11/15	73,3		
Prasa codzienna	Podstawowe					2/6	33,3	1/6	16,7		
	Zawodowe							3/10	30		
	Średnie ogólnokształcące	11/11	100			8/14	57,1	3/8	37,5	17/60	28,3
	Średnie zawodowe	4/6	66,7	0/1		8/11	72,7	3/16	18,7		
	Niepełne wyższe	14/15	93,3	1/1		5/9	55,6				
	Wyższe	28/28	100	38/58	65,5	17/19	89,4	2/15	13,3		
Prasa bezpłatna	Podstawowe					3/6	50	6/6	100		
	Zawodowe					1/1		9/10	90		
	Średnie ogólnokształcące	10/11	90,9			2/14	14,3	6/8	75		
	Średnie zawodowe	4/6	66,7	0/1		0/11		11/16	68,7		
	Niepełne wyższe	12/15	80	0/1		0/9		4/5	80		
	Wyższe	19/28	67,9	22/58	37,9	1/19	5,3	14/15	93,3		
Magazyn kobiece	Podstawowe					1/6	16,7				
	Zawodowe					0/1					
	Średnie ogólnokształcące	10/11	90,9			6/14	42,9	1/8	12,5		
	Średnie zawodowe	6/6	100	0/1		4/11	36,4	5/16	31,3		
	Niepełne wyższe	13/15	86,7	0/1		4/9	44,4	1/5	20		
	Wyższe	27/28	96,4	29/58	50	10/19	52,6	2/15	13,3		
Internet	Podstawowe					3/6	50				
	Zawodowe					0/1					
	Średnie ogólnokształcące	7/11	63,6			3/14	21,4	0/8		49/60	81,7
	Średnie zawodowe	2/6	33,3	0/1		1/11	9,1	2/16	12,5		
	Niepełne wyższe	1/15	6,7	0/1		2/9	22,2	2/5	40		
	Wyższe	2/28	7,1	15/58	25,9	0/19		0/15			
CS	Niepełne wyższe	2/15	20	0/1							
	Wyższe	6/28	21,4	11/58	19						

k – liczba kobiet, które wskazały preferowane medium, n – liczba kobiet z danym wykształceniem
CS – czasopisma specjalistyczne

Wykształcenie podstawowe miały jedynie Amazonki i Mieszkanki wsi. Spośród kobiet z tym wykształceniem *radio i telewizję* oraz *prasę bezpłatną* częściej wskazywały Kobiety ze wsi niż Amazonki, odwrotnie było z *prasą codzienną*. *Magazyn kobiecy* i *Internet* wymieniały tylko Amazonki.

Wśród kobiet z **wykształceniem średnim ogólnokształcącym** *radio* wskazała zdecydowana większość Pracownic mediów, Mieszkanek wsi, Amazonek i Studentek; *telewizję* wybrało: 100% reprezentantek mediów, 87,5% Mieszkanki wsi, 78,5% Amazonek i Studentek 40%; *prasę codzienną* wymieniały: Pracownice mediów – 100%, Amazonki – 57,1%, Mieszkanki wsi – 37,5% i Studentki – 28,3%; *prasę bezpłatną*: 90,9% Pracownic mediów, 75% Kobiet ze wsi i 14,3% Amazonek; *magazyn kobiecy*: 90,9% przedstawicielek publikatorów, 42,9% Amazonek i 12,5% Mieszkanek wsi, *Internet* natomiast Studentki – 81,7%, następnie Pracownice mediów – 63,6% i Amazonki – 21,4%.

W gronie kobiet z **wykształceniem średnim zawodowym** *radio* najczęściej podały Pracownice mediów – 100%, Kobiety ze wsi – 75%, Amazonki – 66,6%, *telewizję*: 100% Pracownic mediów, 63,6% Amazonek i 60,3% Mieszkanek wsi, *prasę codzienną*: Amazonki – 72,7%, Pracownice mediów – 66,7%, Kobiety ze wsi – 18,7%, *prasę bezpłatną*: Mieszkanki wsi – 68,7%, Pracownice mediów – 66,7%, *magazyn kobiecy*: przedstawicielki mediów – 100%, Amazonki – 36,4% i Kobiety ze wsi – 31,3%, *Internet* natomiast Pracownice mediów – 33,3%, Mieszkanki wsi – 12,5% i Amazonki – 9,1%.

Pośród kobiet z **wykształceniem niepełnym wyższym** *radio* wymieniały: Pracownice mediów – 100% i Mieszkanki wsi – 100% oraz Amazonki – 77,8%, *telewizję* wybrało: 100% reprezentantek mediów, 80% Mieszkanek wsi i 55,6% Amazonek, *prasę codzienną* wskazały: Pracownice mediów – 93,3%, Amazonki – 55,6%, *prasę bezpłatną*: Pracownice mediów – 80% i Mieszkanki wsi – 80%, *magazyn kobiecy*: 86,7% przedstawicielek publikatorów, 44,4% Amazonek i 20% Mieszkanek wsi, *Internet*: Mieszkanki wsi – 40%, następnie Amazonki – 22,2% i Pracownice mediów – 3,66%, a także Amazonki – 21,4%.

Spośród ankietowanych kobiet z **wykształceniem wyższym** *radio*, wybierały: Pracownice mediów – 100%, Amazonki – 94,7%, Mieszkanki wsi – 66,7%, Pracownice ochrony zdrowia – 65,5%, *telewizję*: 100% Pracownic mediów, 73,3% Mieszkanek wsi, 68,4% Amazonek i 43,1% Pracownic ochrony zdrowia, *prasę codzienną*: Pracownice mediów – 100%, Amazonki – 89,4%, Pracownice ochrony zdrowia – 65,5%, Kobiety ze wsi – 13,3%, *prasę bezpłatną*: Mieszkanki wsi – 93,3%, Pracownice mediów – 67,9%, Pracownice ochrony zdrowia – 37,9% i Amazonki – 5,3%, *magazyn kobiecy*: przedstawicielki mediów – 96,4%, Amazonki – 52,6% Pracownice ochrony zdrowia – 50% i Mieszkanki wsi – 13,3%,

Internet natomiast: Pracownice mediów – 21,4% oraz Pracownice ochrony zdrowia – 19%. Wykształcenie ankietowanych kobiet miało wpływ na wybór rodzaju medium.

Tabela 15 przedstawia preferencje badanych kobiet w różnym wieku w stosunku do wybranych mediów, które dobrze kolportują (emitują) publikacje medyczne dla pacjentów.

Tabela 15. Rodzaje mediów, które dobrze kolportują (emitują) publikacje medyczne, wskazane przez respondentki a ich wiek

Media	Wiek [lata]	Pracownice mediów		Pracownice ochrony zdrowia		Amazonki		Mieszkancki wsi		Studentki	
		k/n	%	k/n	%	k/n	%	k/n	%	k/n	%
Radio	21 – 29	21/22	95,4	2/4	50					36/60	60
	30 – 49	30/30	100	16/25	64	1/1		22/28	78,6		
	50 – 69*	8/8	100	22/30	73,3	37/50	74	26/32	81,3		
	70 – 80			0/1		0/9					
	Razem	59/60	98,3	40/60	66,7	38/60	63,3	48/60	80	36/60	60
Telewizja	21 – 29	2/22	9,1	0/4						24/60	40
	30 – 49	30/30	100	11/25	44	1/1		20/28	71,4		
	50 – 69*	8/8	100	14/30	46,7	32/50	64	22/32	68,8		
	70 – 80			1/1		0/9					
	Razem	40/60	66,7	26/60	43,3	33/60	55	42/60	70	24/60	40
Prasa bezpłatna	21 – 29	17/22	77,3	0/4							
	30 – 49	21/30	70	6/25	24	0/1		23/28	82,1		
	50 – 69*	7/8	87,5	16/30	53,3	5/50	10	27/32	84,4		
				0/1		0/9					
	Razem	45/60	75	22/60	36,7	5/60	8,3	50/60	83,3		
Magazyn kobiecy	21 – 29	20/22	90,9	1/4	25						
	30 – 49	28/30	93,3	11/25	44	0/1		6/28	21,4		
	50 – 69*	8/8	100	17/30	56,7	21/50	42	3/32	9,4		
	70 – 80			0/1		1/9	11,1				
	Razem	56/60	93,3	29/60	48,3	21/60	35	9/60	15		
Internet	21 – 29	8/22	36,4	1/4	25					49/60	81,7
	30 – 49	2/30	6,7	4/25	16	0/1		3/28	10,7		
	50 – 69*	2/8	25	9/30	30	8/50	16	1/32	3,1		
	70 – 80			0/1		1/9	11,1				
	Razem	12/60	20	14/60	23,3	9/60	15	4/60	6,7	49/60	81,7

k – liczba kobiet, które wskazały preferowane medium, n – liczba kobiet w danym przedziale wiekowym

* przedział wiekowy kobiet objętych badaniami mammograficznymi Populacyjnego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Piersi

Spośród kobiet w wieku **21 – 29 lat** *radio* i *telewizję* *Internet*, jako media dobrze kolportujące (emitujące) publikacje medyczne najczęściej wskazywały Pracownice mediów i Studentki, *prasę bezpłatną*: reprezentantki mediów, *magazyn kobiecy*: przedstawicielki publikatorów i Pracownic ochrony zdrowia.

Wśród kobiet w wieku **od 30 do 49 lat** *radio* wymieniały: Pracownice mediów – 100%, Mieszkancki wsi – 78,6% i Pracownice ochrony zdrowia 64%, *telewizję*: 100% repre-

zentantek mediów, 71,4% Mieszkanek wsi i 44% Pracownic ochrony zdrowia, *prasę bezpłatną*: 82,1% Mieszkanek wsi, 70% Pracownic mediów i 24% kobiet zatrudnionych w placówkach ochrony zdrowia, *magazyn kobiecy*: 93,3% przedstawicielek publikatorów, 44% Pracownic ochrony zdrowia i 21,4% Mieszkanek wsi, *Internet* natomiast: Pracownice ochrony zdrowia –16%, Mieszkanki wsi – 10,7% i Pracownice mediów – 6,7%.

W gronie kobiet w wieku **od 50 do 69 lat** *radio* wybierała zdecydowana większość ankietowanych, *telewizję*: wszystkie Pracownice mediów, gros Mieszkanek wsi i Amazonek oraz 46,7% przedstawicielek ochrony zdrowia, *prasę bezpłatną*: reprezentantki mediów – 87,5% , Mieszkanki wsi – 84,4% , Pracownice ochrony zdrowia – 53,3% i Amazonki – 10%, *magazyn kobiecy*: przedstawicielki mediów – 100%, Pracownice ochrony zdrowia – 56,7%, Amazonki – 42% i Kobiety ze wsi – 9,4%, *Internet*: Pracownice ochrony zdrowia – 30%, Pracownice mediów – 25%, Amazonki – 16% i Kobiety ze wsi 3,1%. Nieznacznie częściej starsze respondentki niż młodsze uważały, że klasyczne media dobrze nagłaśniają informacje medyczne, co szczególnie dotyczyło osób od 50 do 69 lat. W odniesieniu do Internetu było odwrotnie, medium to budziło zainteresowania szczególnie Studentek.

Preferencje badanych kobiet z poszczególnych grup, odnośnie form dziennikarskich, ułatwiających zrozumienie zasad profilaktyki onkologicznej zawiera tabela 16.

Tabela 16. Formy dziennikarskie, ułatwiające zrozumienie zasad profilaktyki onkologicznej

Forma dziennikarska	Pracownice mediów (n = 60)		Pracownice Ochrony Zdrowia		Amazonki (n = 60)		Mieszkanki wsi (n = 60)		Studentki (n = 60)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Informacja prasowa	60	100	45	75	45	75	47	78,3		
Informacja radiowa	60	100	44	73,3	52	86,7	45	75		
Informacja telewizyjna	60	100	34	56,7	44	73,3	41	68,3		
Artykuł informacyjny	60	100	24	40	26	43,3				
Audycja informacyjna	60	100	35	58,3	34	56,7				
Wywiad z lekarzem	60	100	60	100	60	100	46	76,7	60	100
Wywiad z pacjentem	23	38,3	25	41,7	60	100				
Wywiad z lekarzem i pacjentem	51	85	16	26,7	60	100	23	38,3		
Wywiad z organizatorem ochrony zdrowia	17	28,3	8	13,3	50	83,3	40	66,7		
Reportaż	17	28,3	7	11,7	21	35				
Publikacja z telefonicznym udziałem odbiorców	60	100	51	85	60	100	60	100	34	56,7
Spot informacyjno – reklamowy około 30 sekund	60	100	25	41,7	11	18,3	2	3,3	49	81,7
Inne formy dziennikarskie	32	53,3	9	15						

n – liczba kobiet w danej grupie, k – liczba kobiet preferujących daną formę dziennikarską

W ankiecie Pracownice mediów wymieniły wszystkie zaproponowane formy medialne, niżej ceniąc reportaż, wywiad z organizatorem ochrony zdrowia i z samym pacjentem.

Oprócz Kobiet ze wsi, wszystkie badane uważały, że wywiad z lekarzem ułatwia zrozumienie zasad profilaktyki onkologicznej. Wszystkie Amazonki, wskazywały na wywiad z lekarzem, z lekarzem i pacjentem oraz z pacjentem. Mieszkanki wsi najczęściej wybierały informację prasową. Studentki ceniły wywiad z lekarzem, spot informacyjno – reklamowy i program z telefonicznym udziałem słuchaczy. Płatne materiały medialne akceptowały Studentki i Pracownice mediów. Wynikające z odpowiedzi badanych statystyczne zależności dowodzą, że przy upowszechnianiu wiedzy na temat profilaktyki i promocji zdrowia, nie można bagatelizować żadnych form dziennikarskich. Zależności te zawiera tabela 17.

Tabela 17. Różnice statystyczne, dotyczące odpowiedzi badanych kobiet, w sprawie form dziennikarskich, które ułatwiają zrozumienie zasad profilaktyki zdrowotnej

Porównywane grupy	Forma dziennikarska, ułatwiająca zrozumienie zasad profilaktyki zdrowotnej												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	Poziom istotności statystycznej ($p \leq 0,05$)												
M vs Z	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	ns	ns	0,001	ns	0,05	0,006	0,001	0,001
M vs A	0,001	0,02	0,02	0,001	0,001	ns	0,001	0,006	0,001	ns	ns	0,001	0,001
M vs W	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	ns	0,001	0,001
M vs S	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	ns	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,002	0,001
Z vs A	ns	ns	ns	ns	ns	ns	0,001	0,001	0,001	0,006	0,006	0,01	0,006
Z vs W	ns	ns	ns	0,001	0,001	0,001	0,001	ns	0,001	0,02	0,006	0,001	0,006
Z vs S	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	ns	0,001	0,001	0,02	0,02	0,002	0,001	0,006
A vs W	ns	ns	ns	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	ns	0,001	ns	0,02	ns
A vs S	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	ns	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	ns
W vs S	0,001	0,001	0,001	ns	ns	0,001	ns	0,001	0,001	ns	0,001	0,001	ns

ns – różnica statystycznie nieistotna ($p > 0,05$)

M – Pracownice mediów, Z – Pracownice ochrony zdrowia, A – Amazonki, W – Mieszkanki wsi, S – Studentki
 1. Informacja prasowa; 2. Informacja radiowa; 3. Informacja telewizyjna; 4. Artykuł informacyjny; 5. Audycja informacyjna; 6. Wywiad z lekarzem; 7. Wywiad z pacjentem; 8. Wywiad z lekarzem i pacjentem; 9. Wywiad z organizatorem ochrony zdrowia; 10. Reportaż; 11. Publikacja z telefonicznym udziałem słuchaczy, czytelników; 12. Spot informacyjno – reklamowy około 30 sekund; 13. Inne formy dziennikarskie

Odnośnie form dziennikarskich, które ułatwiają zrozumienie zasad profilaktyki onkologicznej, statystycznie istotne różnice odniesieniu dotyczące informacji prasowej, radiowej i telewizyjnej (1,2,3) zachodziły między Pracownicami mediów, a pozostałymi grupami oraz Studentkami, a resztą grup. Zainteresowanie informacyjnym artykułem i audycją informacyjną (4,5) wywoływało różnice statystycznie istotne ($p < 0,001$) między wszystkimi grupami poza porównaniami: reprezentantki ochrony zdrowia vs Amazonki oraz Reprezentantki wsi vs Studentki. Poziom istotności ($p < 0,001$) obserwowano między Studentkami, a pozostałymi grupami, w sprawie wywiadu z lekarzem (6). Wywiad z pacjentem (7) wywołał różnice statystycznie istotne ($p < 0,001$) między wszystkimi grupami poza porównaniami: Pracownice mediów vs Pracownice ochrony zdrowia i Mieszkanki wsi vs Studentki. W przypadku wywiadu z lekarzem i pacjentem (8) $p \in [0,006-0,001]$ odnotowano między wszystkimi grupami poza:

kobiety zatrudnione w placówkach ochrony zdrowia vs Mieszkanki wsi. Wywiad z organizatorem ochrony zdrowia (9) wywołał różnice statystycznie istotne $p \in [0,02-0,001]$ między wszystkimi grupami oprócz: Pracownice mediów vs Pracownice ochrony zdrowia, a także Amazonki vs Mieszkanki wsi. Publikacje (11) z telefonicznym udziałem słuchaczy statystycznie istotne ($p < 0,006$) zachodziły między reprezentantkami ochrony zdrowia, a Pracownicami mediów, Amazonkami i Mieszkankami wsi oraz $p \in [0,002-0,001]$ między Studentkami, a resztą grup. Poziom istotności statystycznej $p \in [0,05-0,001]$ odnosił się do reportażu (10), w tym przypadku różnice dojrzano między wszystkimi grupami poza: Pracownice mediów vs Amazonki oraz Mieszkanki wsi vs Studentki. Różnica statystycznie istotna $p \in [0,02-0,001]$ w przypadku około 30 sekundowego spotu informacyjno – reklamowego (12) zaistniała między wszystkimi grupami oraz $p \in [0,006-0,001]$ w sprawie innych niż podane w pytaniu form dziennikarskich między reprezentantkami mediów, a pozostałymi grupami i przedstawicielkami ochrony zdrowia, a resztą badanych grup. Preferencje badanych kobiet od 50 do 69 lat na ten temat przedstawia tabela 18.

Tabela 18. Formy dziennikarskie, które ułatwiają zrozumienie zasad profilaktyki zdrowotnej, wskazane przez badane kobiety z czterech grup w wieku od 50 do 69 lat

Forma dziennikarska	Pracownice Mediów (n = 8)		Pracownice Ochrony Zdrowia (n = 30)		Mieszkanki wsi (n = 50)		Mieszkanki wsi (n = 32)	
	k	%	k	%	k	%	k	%
Informacja prasowa	8	100	25	83,3	38	76	26	81,3
Informacja radiowa	8	100	25	83,3	44	80	24	75
Informacja telewizyjna	8	100	20	66,7	35	70	24	75
Wywiad z lekarzem	8	100	30	100	50	100	26	81,3
Wywiad z lekarzem i pacjentem	7	87,5	8	26,7	50	100	16	50
Publikacja z telefonicznym udziałem słuchaczy, czytelników	8	100	27	90	50	100	32	100

n – liczba kobiet w wieku od 50 – 69 lat, k – liczba kobiet preferujących daną formę dziennikarską
wyniki nie sumują się do 100%, ze względu na wielokrotność odpowiedzi; specj. – specjalistyczne

Ankietowane (50 – 69 lat) ze wszystkich grup, najwyżej ceniły w mass mediach publikacje przekazywane za pośrednictwem programu (artykułu) z telefonicznym udziałem słuchaczy (czytelników) oraz wywiadu z lekarzem. Najmniejsze poparcie uzyskał wywiad z lekarzem i pacjentem, który z kolei darzyły uznaniem wszystkie Amazonki. Wywiad z lekarzem i pacjentem najrzadziej wybierały reprezentantki ochrony zdrowia, to odwrotnie niż Amazonki, które tę formę wskazały jednomyślnie. Tabela 19 zawiera liczbę i odsetek badanych kobiet z różnym wykształceniem, w sprawie form dziennikarskich, ułatwiających zrozumieć zasady profilaktyki zdrowotnej.

Tabela 19. Formy dziennikarskie, które ułatwiają zrozumienie zasad profilaktyki zdrowotnej, wskazywane przez badane kobiety z różnym wykształceniem

Forma dziennikarska	Wykształcenie	Pracownice mediów		Pracownice ochrony zdrowia		Amazonki		Mieszkancki wsi		Studentki	
		k/n	%	k/n	%	k/n	%	k/n	%	k/n	%
Wywiad z lekarzem	Podstawowe					6/6	100	2/6	33,3		
	Zawodowe					1/1		9/10	90		
	Średnie ogólnokoszt.	11/11	100			14/14	100	6/8	75	60/60	100
	Średnie zawodowe	6/6	100	1/1		11/11	100	12/16	75		
	Niepełne wyższe	15/15	100	1/1		9/9	100	5/5	100		
	Wyższe	28/28	100	58/58	100	19/19	100	12/15	80		
2. Publikacja z tel. u. odbiorców	Podstawowe					6/6	100	6/6	100		
	Zawodowe					1/1		10/10	100		
	Średnie ogólnokoszt.	11/11	100			14/14	100	8/8	100	34/60	56,7
	Średnie zawodowe	6/6	100	1/1		11/11	100	16/16	100		
	Niepełne wyższe	15/15	100	1/1		9/9	100	5/5	100		
	Wyższe	28/28	100	49/58	84,5	19/19	100	15/15	100		
3. Informacja radiowa	Podstawowe					5/6	83,3	6/6	100		
	Zawodowe					1/1		6/10	60		
	Średnie ogólnokoszt.	11/11	100			13/14	92,9	4/8	50		
	Średnie zawodowe	6/6	100	1/1		9/11	81,8	13/16	81,3		
	Niepełne wyższe	15/15	100			9/9	100	5/5	100		
	Wyższe	28/28	100	44/58	75,7	15/19	78,9	12/15	80		
4. Informacja prasowa	Podstawowe					6/6	100	4/6	66,7		
	Zawodowe					1/1		8/10	80		
	Średnie ogólnokoszt.	11/11	100			11/14	78,6	6/8	75		
	Średnie zawodowe	6/6	100	1/1		6/11	54,5	12/16	75		
	Niepełne wyższe	15/15	100			9/9	100	4/5	80		
	Wyższe	28	100	44/58	75,7	12/19	63,2	13/15	86,7		
5. Informacja telewizyjna	Podstawowe					2/6	33,3	3/6	50		
	Zawodowe					1/1		6/10	60		
	Średnie ogólnokoszt.	11/11	100			10/14	71,4	6/8	75		
	Średnie zawodowe	6/6	100	1/1		8/11	72,7	13/16	81,3		
	Niepełne wyższe	15/15	100			7/9	77,8	3/5	60		
	Wyższe	28	100	33/58	56,9	16/19	84,2	10/15	66,7		
6. Wywiad z lek. lek.	Podstawowe					6/6	100	2/6	33,3		
	Zawodowe					1/1		3/10	30		
	Średnie ogólnokoszt.	11/11	100			14/14	100	4/8	50		
	Średnie zawodowe	6/6	100			11/11	100	6/16	37,5		
	Niepełne wyższe	15/15	100			9/9	100	3/5	60		
	Wyższe	23/28	82,1	16/58	27,6	19/19	100	5/15	33,3		

k – liczba kobiet preferujących daną formę dziennikarską, n – liczba kobiet z określonym wykształceniem ogólnokoszt. – ogólnokosztujące; z tel. u. – z telefonicznym udziałem

Pracownice mediów bez względu na wykształcenie tak samo wybierały każdą, wskazaną w pytaniu formę dziennikarską, za wyjątkiem wywiadu z lekarzem i pacjentem, którą to formę podało ponad 80% kobiet z wykształceniem wyższym. Wśród Pracownic ochrony zdro-

wia z wykształceniem wyższym wywiad z lekarzem wybrały wszystkie ankietowane, publikację z telefonicznym udziałem słuchaczy 84,5%, informacje: radiową i prasowa po 75,7% informacje telewizyjną 56,9%, a wywiad z lekarzem i pacjentem 27,6%. Wykształcenie Amazonek nie miało znaczenia w przypadku wywiadu z lekarzem, publikacji z telefonicznym udziałem słuchaczy oraz wywiadu z lekarzem i pacjentem, co mogło być uzasadnione przebytą chorobą tej grupy kobiet. Informacje radiową najczęściej wskazywały Amazonki z wykształceniem niepełnym wyższym (100%), a najrzadziej z wyższym (78,9%). Informację prasową wszystkie osoby z wykształceniem podstawowym i niepełnym wyższym, a najrzadziej ze średnim zawodowym (54,5%). Informację telewizyjną częściej podały Amazonki z wykształceniem wyższym niż wykształceniem podstawowym. Wszystkie Mieszkanki wsi wybrały publikację z telefonicznym udziałem słuchaczy. Wywiad z lekarzem częściej preferowały Kobiety ze wsi z wykształceniem niepełnym wyższym niż z podstawowym. Informację radiową wybierały najczęściej Mieszkanki wsi z wykształceniem podstawowym (100%) i niepełnym wyższym (100%), najrzadziej ze średnim ogólnokształcącym (50%). Informację prasową najczęściej podały Kobiety ze wsi z wyższym wykształceniem (86,7%), a najrzadziej z podstawowym (66,7%). Na informację telewizyjną najczęściej wskazywały Mieszkanki wsi z wykształceniem średnim zawodowym (81,3%), a najrzadziej podstawowym (50%). Wywiad z lekarzem i pacjentem najczęściej wybierały reprezentantki wsi z wykształceniem niepełnym wyższym (60%), a najrzadziej z zawodowym (30%). Studentki preferowały wywiad z lekarzem (100%) , a publikacje z telefonicznym udziałem odbiorców (56,7%). Wykształcenie Pracownic mediów i ochrony zdrowia nie miało znaczenia w wyborze formy dziennikarskiej, natomiast wystąpiły różnice w częstościach wskazań różnych form medialnych. Jeśli chodzi o Amazonki, to wykształcenie nie miało wpływu na wybór wywiadu z lekarzem, z lekarzem i pacjentem oraz publikacji z telefonicznym udziałem odbiorców. W odniesieniu do informacji prasowej, radiowej i telewizyjnej rozkład częstości wykształcenia Amazonek był nieznacznie zróżnicowany. Wykształcenie Mieszkanek wsi nie miało znaczenia w przypadku opowiedzenia się za publikacją z telefonicznym udziałem odbiorców, natomiast wywiad z lekarzem, lekarzem i pacjentem oraz informacja prasowa, radiowa i telewizyjna była różnie postrzegana w zależności od ich wykształcenia.

O skutecznym przekazie informacji medialnych, wpływającym na zmianę świadomości onkologicznej i edukację odbiorców, decyduje nie tylko częstość ukazywania się publikacji, ale także ich jakość i wartość merytoryczna. W poszukiwaniu dowodów potwierdzających ważną rolę publikatorów w prewencji zdrowotnej, zwrócono się do badanych kobiet z pyta-

niem, czy zachodniopomorskie media dobrze promują zdrowie w aspekcie profilaktyki nowotworowej. Odpowiedzi na ten temat zebrano w tabeli 20.

Tabela 20. Skuteczność zachodniopomorskich mediów w promowaniu zdrowia, w aspekcie profilaktyki nowotworowej

Odpowiedzi ankietowanych	Pracownice mediów (n = 60)		Pracownice Ochrony Zdrowia (n = 60)		Amazonki (n = 60)		Mieszkanki wsi (n = 60)		Studentki (n = 60)	
	k	%	k	%	k	%	k	%	k	%
Tak					4	6,7				
Nie wszystkie	9	15	18	30	13	21,7	12	20		
Ponad połowa							16	26,7		
Mniej niż połowa					8	13,3	8	13,3	14	23,3
Nie	51	85	42	70	35	58,3	24	40	46	76,7
Nie wiem										
Razem	60	100	60	100	60	100	50	100	60	100

n – liczba kobiet w danej grupie, k – liczba kobiet wyrażających opinię o skuteczności mediów

Jedynie 6,7% Amazonek uważało, że zachodniopomorskie media dobrze promują zdrowie, a 1/4 Mieszkanek wsi, że zadanie to skutecznie wykonuje ponad połowa mass mediów. Pracownice ochrony zdrowia częściej niż Amazonki, Reprezentantki wsi i mediów (30% vs 21,7% vs 20% vs 15%) podawały, że nie wszystkie media dobrze działają w tym kierunku. Najczęściej badane kobiety uważały, że zadanie to nie jest skutecznie realizowane.

Różnice statystycznie istotne na ten temat zawiera tabela 21.

Tabela 21. Różnice statystyczne w odniesieniu do opinii badanych kobiet, na temat skuteczności zachodniopomorskich mediów w promowaniu zdrowia, w aspekcie profilaktyki nowotworowej

Porównywane kategorie	Skuteczność zachodniopomorskich mediów w promowaniu zdrowia					
	Tak	Nie wszystkie	Ponad połowa	Mniej niż połowa	Nie	Nie wiem
	Poziom istotności statystycznej ($p \leq 0,05$)					
M vs Z	ns	ns	ns	ns	ns	ns
M vs A	ns	ns	ns	0,02	0,003	ns
M vs W	ns	ns	0,001	0,02	0,001	ns
M vs S	ns	0,006	ns	0,001	ns	ns
Z vs A	ns	ns	ns	0,02	ns	ns
Z vs W	ns	ns	0,001	0,001	0,002	ns
Z vs S	ns	0,001	ns	0,001	ns	ns
A vs W	ns	ns	0,001	ns	ns	ns
A vs S	ns	0,001	ns	ns	ns	ns
W vs S	ns	0,001	0,001	ns	0,001	ns

ns – różnica statystycznie nieistotna ($p > 0,05$)

M – Pracownice mediów, Z – Pracownice ochrony zdrowia, A – Amazonki, W – Mieszkanki wsi, S – Studentki

W odniesieniu do tego, że nie wszystkie zachodniopomorskie media dobrze promują zdrowie w aspekcie profilaktyki nowotworowej, różnica statystycznie istotna $p \in [0,006-0,001]$ zachodziła między Studentkami, a pozostałymi grupami. Różnicę statystycznie istotną ($p < 0,001$) zaobserwowano między Mieszkankami wsi, a kobietami z innych grup w przypad-

ku stwierdzenia, że ponad połowa zachodniopomorskich mediów dobrze promuje zdrowie. Statystycznie istotne $p \in [0,02-0,001]$ różnice dotyczące informacji o tym, że mniej niż połowa mediów skutecznie promuje zdrowie, otrzymano dla porównań: reprezentantki mediów, a: Amazonki, Mieszkanki wsi i Studentki; Pracownice ochrony zdrowia, a: Amazonki Mieszkanki wsi i Studentki. W odpowiedzi „Nie” różnice statystycznie istotne $p \in [0,003-0,001]$ zaistniały między Mieszkankami wsi, a: reprezentantkami mediów, Pracownicami ochrony zdrowia i Studentkami oraz między Amazonkami, Pracownicami mass mediów.

W tabeli 22 przedstawiono przyczyny nieskutecznej promocji zdrowia w mediach regionu w aspekcie profilaktyki nowotworowej.

Tabela 22. Przyczyny nieskutecznej promocji zdrowia w aspekcie profilaktyki nowotworowej w zachodniopomorskich mediach

Przyczyny nieskutecznej promocji zdrowia w mediach	Pracownice mediów (n = 60)		Pracownice Ochrony Zdrowia (n = 60)		Amazonki (n = 60)		Mieszkanki wsi (n = 60)		Studentki (n = 60)	
	k	%	k	%	k	%	k	%	k	%
Wielu dziennikarzy nie ma doświadczenia zawodowego	60	100	60	100	44	73,3	31	51,7	60	100
Publikacje nie są obiektywne	11	18,3	3	5	5	8,3				
Na promocję zdrowia przeznaczają się za mało pieniędzy	60	100	14	23,3	2	3,3	25	41,7	51	85
Za rzadko ukazują się publikacje o zdrowiu	60	100	21	35	41	68,3	33	55		
Dopuszcza się reklamę leków w ogólnodostępnych mediach	7	11,7	44	73,3	41	68,3	49	81,7		
Nie wiem	3	5			5	8,3				

n – liczba kobiet w danej grupie, k – liczba kobiet wymieniających przyczyny nieskutecznej promocji
wyniki nie sumują się do 100%, ze względu na wielokrotność odpowiedzi

Zdaniem ankietowanych, zachodniopomorskie media źle promują zdrowie w aspekcie profilaktyki nowotworowej, ponieważ: „Wielu dziennikarzy nie ma doświadczenia zawodowego” (Pracownice mediów i ochrony zdrowia oraz studentki – 100%, Amazonki – 73,3%, Mieszkanki wsi – 51,7%), „Na promocję zdrowia przeznaczają się za mało pieniędzy” (Pracownice mediów – 100%, Studentki – 85%, Mieszkanki wsi – 41,7%, Pracownice ochrony zdrowia 23,3%), „Za rzadko ukazują się publikacje o zdrowiu” (reprezentantki mediów – 100%, Amazonki 68,3%, Mieszkanki wsi 55%, Pracownice ochrony zdrowia – 35%), „Dopuszcza się reklamę leków...” (Mieszkanki wsi – 81,7%, Pracownice ochrony zdrowia – 73,3% i Amazonki – 68,3%). Tabela 23 zawiera poziom istotności statystycznej badanych grup w odniesieniu do tych przyczyn.

Tabela 23. Różnice statystyczne, w podawanych przez badane kobiety przyczynach nieskutecznej promocji zdrowia w zachodniopomorskich mediach

Porównywane kategorie	Przyczyny nieskutecznej promocji zdrowia					
	1	2	3	4	5	6
	Poziom istotności statystycznej ($p \leq 0,05$)					
M vs Z	ns	0,05	0,001	0,001	0,001	ns
M vs A	0,001	ns	0,001	0,001	0,001	ns
M vs W	0,001	0,002	0,001	0,001	0,001	ns
M vs S	ns	0,002	0,006	0,001	0,02	ns
Z vs A	0,001	ns	0,004	0,001	ns	ns
Z vs W	0,001	ns	ns	0,05	ns	ns
Z vs S	ns	ns	0,001	0,001	0,001	ns
A vs W	0,03	ns	0,001	ns	ns	ns
A vs S	0,001	ns	0,001	0,001	0,001	ns
W vs S	0,001	ns	0,001	0,001	0,001	ns

ns – różnica statystycznie nieistotna ($p > 0,05$)

M – Pracownice mediów, Z – Pracownice ochrony zdrowia, A – Amazonki, W – Mieszkanki wsi, S – Studentki
 1. Wielu dziennikarzy nie ma doświadczenia; 2. Publikacje nie są obiektywne; 3. Na promocję zdrowia przeznaczają się za mało pieniędzy; 4. Za rzadko ukazują się publikacje o zdrowiu; 5. Dopuszcza się reklamę leków; 6. Nie wiem

W przypadku odpowiedzi, dotyczącej złego promowania zdrowia z powodu braku doświadczenia dziennikarzy (1), statystycznie istotne różnice $p \in [0,03-0,001]$ zaobserwowano między wszystkimi grupami poza reprezentantkami mediów, a: Pracownicami ochrony zdrowia oraz Studentkami, a także między kobietami zatrudnionymi w placówkach ochrony zdrowia i Studentkami. Przyczyn złego promowania zdrowia w mediach dopatrywano się również w nieobiektywnych publikacjach (2), gdzie różnice statystycznie istotne $p \in [0,02-0,001]$ spostrzeżono między pracownicami mediów, a pozostałymi grupami poza Amazonkami. W przypadku częstości wskazań potwierdzających, że media zachodniopomorskie źle promują zdrowie, ponieważ na promocję zdrowia wydaje się za mało pieniędzy (3), różnice statystycznie istotne $p \in [0,006-0,001]$ zauważono między wszystkimi grupami oprócz porównania Pracownice ochrony zdrowia vs Mieszkanki wsi. Różnice statystycznie istotne $p \in [0,05-0,001]$ zachodziły też między wszystkimi grupami, oprócz porównania Amazonki vs Mieszkanki wsi w stosunku do stwierdzenia, iż w mediach za rzadko ukazują się publikacje o zdrowiu (4). W sprawie odpowiedzi dotyczącej dopuszczania reklamy leków w ogólnodostępnych mediach (5), różnice statystycznie istotne $p \in [0,02-0,001]$ miały miejsce między Pracownicami mediów i Studentkami, a pozostałymi grupami.

Tabela 24 zawiera rozkład odpowiedzi badanych kobiet w różnym wieku, które uważały, że zachodniopomorskie media źle promowały zdrowie, ponieważ zatrudnieni w nich dziennikarze nie mieli doświadczenia zawodowego.

Tabela 24. Liczba (%) badanych kobiet w różnym wieku, które uważały, że zachodniopomorskie media nieskutecznie promowały zdrowie, ponieważ wielu dziennikarzy nie miało doświadczenia zawodowego

Wiek [lata]	Pracownice mediów		Pracownice ochrony zdrowia		Amazonki		Mieszkancki wsi		Studentki	
	k/n	%	k/n	%	k/n	%	k/n	%	k/n	%
21 – 29	22/22	100	4/4	100					60/60	100
30 – 49	30/30	100	25/25	100	1/1		11/28	39,3		
50 – 69*	8/8	100	30/30	100	35/50	70	20/32	62,5		
70 – 80			1/1		8/9	88,9				
Razem	60/60	100	60/60	100	44/60	73,3	31/60	51,7	60/60	100

k – liczba kobiet przekonanych o nieskuteczności mediów, n – liczba kobiet w danym przedziale wiekowym

* przedział wiekowy kobiet objętych badaniami mammograficznymi

Populacyjnego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Piersi

Wszystkie reprezentantki mediów, Studentki, jak i Pracownice ochrony zdrowia uważały, że media zachodniopomorskie źle promują zdrowie z powodu braku doświadczenia zawodowego dziennikarzy. Takie stanowisko miało 70% Amazonek i 62,5% Mieszkanek wsi w wieku 50 do 69 lat. Prawie 40% kobiet w wieku 30 – 49 lat, reprezentujących samorządy terytorialne województwa zachodniopomorskiego, przychyliło się też do tego stanowiska.

5.3. Współpraca lekarzy z mediami i mediów z lekarzami w dziedzinie profilaktyki i promocji zdrowia

W celu potwierdzenia słuszności postawionej hipotezy, mówiącej o tym, że mass media zachodniopomorskie są ważnym źródłem informacji o nowotworach, zapytano respondentki, czy mediom jest łatwiej niż lekarzowi zmienić złe nawyki zdrowotne pacjentów. Rozkład odpowiedzi badanych kobiet przedstawiono w tabeli 25.

Tabela 25. Wskazania badanych kobiet, na wyższość medialnych działań promocji zdrowia, dotyczących zmiany nawyków zdrowotnych odbiorców, nad działaniami lekarza w tym zakresie

Odpowiedź	Pracownice mediów (n = 60)		Pracownice Ochrony Zdrowia (n = 60)		Amazonki (n = 60)		Mieszkancki wsi (n = 60)		Studentki (n = 60)	
	k	%	k	%	k	%	k	%	k	%
Tak	60	100	9	15	47	78,3	46	76,7		
Nie			51	85					60	100
Nie wiem					13	21,7	14	23,3		
Razem	60	100	60	100	60	100	60	100	60	100

n – liczba kobiet w danej grupie, k – liczba kobiet z wyróżnioną kategorią

O tym, że mediom jest łatwiej niż lekarzowi zmienić złe nawyki zdrowotne pacjentów przekonane były wszystkie reprezentantki mediów oraz większość (około 80%) Mieszkanek wsi i Amazonek. Osoby zatrudnione w instytucjach ochrony zdrowia (85%) i wszystkie Stu-

dentki były odmiennego zdania. Rozkład odpowiedzi badanych kobiet w różnym wieku, które potwierdziły bądź negowały ten fakt przedstawia tabela 26.

Tabela 26. Liczba i odsetek badanych kobiet w różnym wieku, potwierdzających lub negujących fakt, iż mediom jest łatwiej, aniżeli lekarzowi, zmienić nieprawidłowe nawyki zdrowotne pacjentek z województwa zachodniopomorskiego

Odpowiedź	Wiek [lata]	Pracownice mediów		Pracownice ochrony zdrowia		Amazonki		Mieszkancki wsi		Studentki	
		k/n	%	k/n	%	k/n	%	k/n	%	k/n	%
Tak	21 – 29	22/22	100	0/4							
	30 – 49	30/30	100	3/25	12	1/1		23/28	82,1		
	50 – 69*	8/8	100	6/30	20	39/50	78	23/32	71,9		
	70 – 80			0/1		7/9	77,8				
	Razem	60/60	100	9/60	15	47/60	78,3	46/60	76,7		
Nie	21 – 29			4/4	100					60/60	100
	30 – 49			22/25	88						
	50 – 69*			24/30	80						
	70 – 80			1/1							
	Razem			51/60	85					60/60	100

k – liczba kobiet wyrażająca opinię o skuteczności mediów, n – liczba kobiet w danym przedziale wiekowym

* przedział wiekowy kobiet objętych badaniami mammograficznymi

Populacyjnego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Piersi

Pracownice mediów bez względu na wiek były zdania, że mediom jest łatwiej niż lekarzowi zmienić nieprawidłowe nawyki zdrowotne pacjentów. Tego zdania były też częściej Pracownice ochrony zdrowia w wieku 50 do 69 lat (20%) niż w wieku od 30 do 49 lat (12%). Podobnie uważały Amazonki w wieku 50 do 69 lat (78%) i 70 do 80 lat (78%). Częściej wariant ten wybierały Mieszkancki wsi od 30 do 49 lat (82,1%) niż w wieku 50 – 69 lat (71,9%). Przeciwnego zdania były przede wszystkim Studentki i Pracownice ochrony zdrowia. Różnice statystyczne na ten temat przedstawia tabela 27.

Tabela 27. Różnice statystyczne, w odniesieniu do pytania: „Czy mediom zachodniopomorskim jest łatwiej niż lekarzowi zmienić nieprawidłowe nawyki zdrowotne pacjentów?”

Porównywane kategorie	Wyższość medialnych działań promocji zdrowia, dotyczących zmiany nawyków zdrowotnych odbiorców, nad działaniami lekarza		
	Tak	Nie	Nie wiem
	Poziom istotności statystycznej ($p \leq 0,05$)		
M vs Z	0,001	0,001	ns
M vs A	0,001	ns	0,001
M vs W	0,001	ns	0,001
M vs S	0,001	0,001	ns
Z vs A	0,001	0,001	0,001
Z vs W	0,001	0,001	0,001
Z vs S	0,006	0,006	ns
A vs W	ns	ns	ns
A vs S	0,001	0,001	0,001
W vs S	0,001	0,001	0,001

ns – różnica statystycznie nieistotna ($p > 0,05$)

M – Pracownice mediów, Z – Pracownice ochrony zdrowia, A – Amazonki, W – Mieszkancki wsi, S – Studentki

Istotnie statystycznie $p \in [0,006-0,001]$ różnice zachodziły między wszystkimi grupami, poza porównaniem Amazonki vs Mieszkanki wsi w przypadku potwierdzenia opinii, że mediom jest łatwiej niż lekarzowi zmienić nieprawidłowe nawyki zdrowotne pacjentów. Różnice statystycznie istotne $p \in [0,006-0,001]$ zauważono w przypadku zaprzeczenia tego faktu między większością grup, oprócz porównań: Pracownicy mediów, a Amazonki i Mieszkanki wsi oraz Mieszkanki wsi, a Amazonki. Odnośnie porównań, dotyczących odpowiedzi kobiet, które nie potrafiły ustosunkować się do tego problemu zauważono różnice statystycznie istotne ($p < 0,001$) między przedstawicielkami mediów, a: Pracownicami ochrony zdrowia i Studentkami oraz między Studentkami, a zatrudnionymi w placówkach ochrony zdrowia.

Do ciekawych wniosków dochodziły respondentki, podając przyczyny, z powodu których mediom jest łatwiej niż lekarzowi zmienić nieprawidłowe nawyki zdrowotne pacjentek. Rozkład odpowiedzi przedstawia tabela 28.

Tabela 28. Wskazane przez respondentki przyczyny, ułatwiające zmianę nieprawidłowych nawyków zdrowotnych pacjentek mediom, a nie lekarzowi

Przyczyny ułatwiające mediom zmienić nieprawidłowe nawyki zdrowotne pacjentek	Pracownicy mediów (n = 60)		Pracownicy Ochrony Zdrowia (n = 60)		Amazonki (n = 60)		Mieszkanki wsi (n = 60)		Studentki (n = 60)	
	k	%	k	%	k	%	k	%	k	%
Informacja powtarzana jest często	60	100	34	56,7	41	68,3	43	71,7	23	38,3
Lekarz ma za mało czasu dla pacjentki w trakcie wizyty	60	100	60	100	55	91,7	53	88,3	59	98,3
Wiedza przekazywana jest w mediach zrozumiałym językiem	29	48,3			45	75	56	93,3		
W publikacji biorą udział autorytety medyczne, do których pacjentka ma często trudny dostęp	28	46,7	14	23,3	51	85	44	73,3	60	100
O prawidłowym zachowaniu zdrowotnym mówią popularni ludzie	26	43,3	10	16,7	20	33,3	52	86,7	35	58,3
O prawidłowym zachowaniu zdrowotnym mówią ludzie, którym udało się wygrać z chorobą	25	41,7	17	28,3	60	100	14	23,3	13	21,7
Zachętą są konkursy	36	60	8	13,3	9	15	54	90	33	55
Pacjentka nie wstydzi się zadawać pytań twórcom programu, artykułu	43	71,7	38	63,3	54	90	56	93,3		
Nie wiem										

n – liczba kobiet z danej grupy, k – liczba kobiet z wyróżnioną kategorią
wyniki nie sumują się do 100%, ze względu na wielokrotność odpowiedzi

Prawie wszystkie ankietowane kobiety uznały, że mediom jest łatwiej niż lekarzowi zmienić nieprawidłowe nawyki zdrowotne pacjentów wówczas, gdy medyk w czasie wizyty ma za mało czasu dla podopiecznego. Reprezentantki publikatorów stwierdziły, że dzieje się tak również wtedy, gdy informacja w mediach jest często powtarzana (100%), pacjentka nie

wstydzi się zadawać pytań twórcom publikacji (71,7%). Amazonki i Mieszkanki wsi poza możliwością zadawania pytań i ułatwionym kontaktem z autorytetami medycznymi, ceniły informacje medialne przekazywane zrozumiałym językiem. Dla kobiet ze wsi atrakcją były konkursy i wypowiedzi popularnych ludzi. Odpowiedzi Pracownic ochrony zdrowia i Studentek różniły się w następujących kwestiach: przyszłe lekarki częściej twierdziły, że siłą mediów jest możliwość goszczenia popularnych ludzi i autorytetów medycznych, do których pacjentki mają trudny dostęp oraz przeprowadzanie konkursów dla słuchaczy. Poziom istotności statystycznej poszczególnych grup w odniesieniu do przyczyn, które ułatwiają mediom, a nie lekarzowi zmienić nieprawidłowe nawyki zdrowotne pacjentek przedstawia tabela 29.

Tabela 29. Różnice statystyczne w stosunku do przyczyn, ułatwiających zmianę nieprawidłowych nawyków zdrowotnych pacjentek mediom, a nie lekarzowi

Porównywane kategorie	Przyczyny ułatwiające mediom, a nie lekarzowi, zmienić nieprawidłowe nawyki zdrowotne pacjentek								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Poziom istotności statystycznej ($p \leq 0,05$)								
M vs Z	0,001	ns	0,001	0,02	0,003	ns	0,001	ns	ns
M vs A	0,001	ns	0,005	0,001	ns	0,001	0,001	0,03	ns
M vs W	0,001	0,02	0,001	0,006	0,001	ns	0,001	0,004	ns
M vs S	0,001	ns	0,001	0,001	ns	0,04	ns	0,001	ns
Z vs A	ns	ns	0,001	0,001	ns	0,001	ns	0,002	ns
Z vs W	ns	0,02	0,001	0,001	0,001	ns	0,001	0,001	ns
Z vs S	ns	ns	ns	0,001	0,001	ns	0,001	0,001	ns
A vs W	ns	ns	0,02	ns	0,001	0,001	0,001	ns	ns
A vs S	0,002	ns	0,001	0,006	0,02	0,001	0,001	0,001	ns
W vs S	0,001	ns	0,001	0,001	0,002	ns	0,001	0,001	ns

ns – różnica nieistotna statystycznie ($p > 0,05$)

M – Pracownice mediów Z – Pracownice ochrony zdrowia A – Amazonki W – Mieszkanki wsi S – Studentki
 1. Informacja powtarzana jest często; 2. Lekarz ma za mało czasu dla pacjentki w trakcie wizyty; 3. Wiedza przekazywana jest w mediach zrozumiałym językiem; 4. W publikacji biorą udział autorytety medyczne, do których pacjentka ma często trudny dostęp; 5. O prawidłowym zachowaniu zdrowotnym mówią popularni ludzie; 6. O prawidłowym zachowaniu zdrowotnym mówią ludzie, którym udało się wygrać z chorobą; 7. Zachętą są konkursy; 8. Pacjentka nie wstydzi się zadawać pytań twórcom programu (artykułu); 9. Nie wiem

Statystycznie istotne $p \in [0,002-0,001]$ różnice – w odniesieniu do tego, że dzięki często powtarzanej w mediach informacji (1), publikatorom jest łatwiej niż lekarzowi zmienić nieprawidłowe nawyki zdrowotne zachodniopomorskich pacjentów – dostrzeżono między Pracownicami mediów, a resztą grup oraz między Studentkami, a Mieszkankami wsi i Amazonkami. W stosunku do stwierdzenia, że lekarz ma za mało czasu dla pacjentki w czasie wizyty (2), różnice statystycznie istotne ($p < 0,02$) spostrzeżono między Kobietami ze wsi, a: Pracownicami mediów i ochrony zdrowia. O zrozumiałym języku mediów (3) statystycznie istotne $p \in [0,02-0,001]$ różnice otrzymano dla wszystkich porównań poza: Pracownice ochrony zdrowia vs Studentki. Ze wskazań, iż w publikacjach biorą udział autorytety medyczne, do których pacjentka ma często trudny dostęp (4), różnice statystycznie istotne $p \in [0,02-0,001]$

zaobserwowano pomiędzy wszystkimi grupami poza porównaniem Amazonki vs Kobiety ze wsi. Treści na temat prawidłowych zachowań zdrowotnych przekazywane przez popularnych ludzi (5), wyzwały różnice statystycznie istotne $p \in [0,002-0,001]$ między Mieszkankami wsi, a pozostałymi grupami oraz ($p < 0,003$) między Pracownicami mediów i ochrony zdrowia, a także $p \in [0,002-0,001]$ między Studentkami, a: Amazonkami i kobietami zatrudnionymi w placówkach ochrony zdrowia. Dla Amazonek ważne były przedstawiane w mediach doświadczenia pacjentów, którzy wygrali walkę z chorobą (6), dlatego w sprawie tej statystycznie istotne ($p < 0,001$) różnice zaobserwowano właśnie między tą grupą ankietowanych kobiet, a pozostałymi grupami oraz ($p < 0,04$) między Pracownicami mediów, a Studentkami. Konkursy, jako powód łatwiejszego wpływu mediów na zmianę nieprawidłowych nawyków zdrowotnych pacjentek (7) wywoływały emocje szczególnie wśród Mieszkanek wsi, Pracownic mediów i Studentek. W tym przypadku różnice statystycznie istotne ($p < 0,001$) zachodziły między wszystkimi porównaniami, poza: Pracownice mediów vs Studentki, a także Pracownice ochrony zdrowia vs Amazonki. W przypadku częstości wskazań, potwierdzających, że pacjentka nie wstydzi się zadawać w mediach pytań twórcom programu (8), statystycznie istotne $p \in [0,03-0,001]$ różnice otrzymano dla wszystkich porównań oprócz: Pracownice mediów vs zatrudnione w ochronie zdrowia, jak również Amazonki vs Mieszkanki wsi.

Tabela 30 zawiera wybrane odpowiedzi badanych kobiet w różnym wieku, informujące o tym, kiedy mediom zachodniopomorskim jest łatwiej niż lekarzowi zmienić nieprawidłowe nawyki zdrowotne pacjentek.

Tabela 30. Wymieniane przez respondentki w różnym wieku przyczyny, ułatwiające zmianę nieprawidłowych nawyków zdrowotnych pacjentek mediom, a nie lekarzowi

Przyczyny ułatwiające mediom, a nie lekarzowi zmienić nieprawidłowe nawyki zdrowotne	Wiek [lata]	Pracownice mediów		Pracownice ochrony zdrowia		Amazonki		Mieszkanki wsi		Studentki	
		k/n	%	k/n	%	k/n	%	k/n	%	k/n	%
Informacja powtarzana jest często	21 – 29	22/22	100	0/4	0					23/60	38,3
	30 – 49	30/30	100	13/25	52	1/1		17/28	60,7		
	50 – 69	8/8	100	18/30	60	35/50	70	26/32	81,3		
	70 – 80			1/1		5/9	55,6				
	Razem	60/60	100	32/60	53,3	41/60	68,3	43/60	71,7	23/60	38,3
Lekarz ma za mało czasu dla pacjentki w trakcie wizyty	21 – 29	22/22	100	4/4	100					59/60	98,3
	30 – 49	30/30	100	25/25	100	1/1		25/28	89,3		
	50 – 69	8/8	100	30/30	100	45/50	90	28/32	87,5		
	70 – 80			0/1		9/9	100				
	Razem	60/60	100	59/60	98,3	55/60	91,7	53/60	88,3	59/60	98,3
W publikacji biorą udział autorytety medyczne, do których pacjentka ma często trudny dostęp	21 – 29	11/22	50	0/4	0					60/60	100
	30 – 49	11/30	36,7	3/25	12	1/1		23/28	82,1		
	50 – 69	6/8	75	10/30	33,3	43/50	86	21/32	65,6		
	70 – 80			1/1		7/9	77,8				
	Razem	28/60	46,7	14/60	23,3	51/60	85	44/60	73,3	60/60	100

n – liczba kobiet w danym przedziale wiekowym, k – liczba kobiet o zmianie nieprawidłowych nawyków

* przedział wiekowy kobiet objętych badaniami mammograficznymi Populacyjnego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Piersi

Wszystkie pracownice mediów i ochrony zdrowia, bez względu na wiek uważały, że mediom jest łatwiej zmienić nieprawidłowe nawyki zdrowotne pacjentek wówczas, gdy lekarz ma za mało czasu dla podopiecznych. Ponadto wszystkie reprezentantki mass mediów podawały, że przyczyna tkwić może w częstym powtarzaniu informacji w publikatorach, co potwierdzały też częściej Pracownice placówek ochrony zdrowia i Mieszkanki wsi w wieku od 50 do 69 lat niż młodsze i starsze kobiety z tych grup. Amazonki (86%), przedstawicielki mediów (75%), Mieszkanki wsi (65%) oraz reprezentantki ochrony zdrowia (33,3%), częściej od respondentek starszych i młodszych z wymienionych grup, przyczyn tego dopatrywały w tym, iż w publikacji biorą udział autorytety medyczne, do których pacjentka ma trudny dostęp, co było oczywiste dla wszystkich studentek.

Wyedukowana pacjentka świadomie dba o swoje zdrowie, stosując się do zasad zdrowego stylu życia. Wiedzę na ten temat czerpać może z różnych źródeł, a na zmiany jej nieprawidłowych zachowań wpłynąć może, poza wymienianymi przed chwilą mediami, przede wszystkim lekarz. Rozkład odpowiedzi świadczących o tym, że lekarzowi jest łatwiej niż mediom zmienić nieprawidłowe nawyki zdrowotne pacjentów przedstawia tabela 31.

Tabela 31. Określenie przez badane kobiety, kiedy łatwiej zmienić nieprawidłowe nawyki zdrowotne pacjentek lekarzowi niż mediom

Przyczyny ułatwiające lekarzowi zmienić nieprawidłowe nawyki zdrowotne pacjentek	Pracownice mediów (n = 60)		Pracownice Ochrony Zdrowia (n = 60)		Amazonki (n = 60)		Mieszkanek wsi (n = 60)		Studentki (n = 60)	
	k	%	k	%	k	%	k	%	k	%
Lekarz ma bezpośredni kontakt z pacjentką	60	100			48	80	42	70		
Lekarz ma czas dla pacjentki w trakcie wizyty	60	100	60	100	60	100	60	100	60	100
Lekarz indywidualnie omawia zachowania zdrowotne	37	61,7	47	78,3	56	93,3	49	81,7	60	100
Lekarz przepisuje leki					15	25	38	63,3		
Nie wiem	1	1,7								

n – liczebność grupy, k – liczba kobiet z wyróżnioną kategorią
wyniki nie sumują się do 100%, ze względu na wielokrotność odpowiedzi

Wszystkie ankietowane kobiety podały, że jedną z podstawowych powinności, jaką jest edukacja pacjenta, lekarz może realizować wówczas, gdy ma czas dla pacjenta. Ważną rolę w tej mierze odgrywał bezpośredni kontakt lekarza z pacjentką, na który zwracały uwagę wszystkie Pracownice mediów oraz gros Amazoнок i Mieszkanek wsi. Istotne dla 61,7% reprezentantek publikatorów, 78,3% zatrudnionych w ochronie zdrowia, 81,7% Mieszkanek wsi, 93,3% Amazoнок i wszystkich studentek było indywidualne omawianie zachowań zdrowotnych. Kobiety ze wsi (63,3%) przywiązywały też wagę do tego, że lekarz przepisuje leki.

Tabela 32 przedstawia poziom istotności badanych grup w odniesieniu do przyczyn ułatwiających lekarzowi, a nie mediom zmienić nieprawidłowe nawyki zdrowotne pacjentek.

Tabela 32. Różnice statystyczne w odniesieniu do przyczyn, ułatwiających zmianę nieprawidłowych nawyków zdrowotnych pacjentek lekarzowi, a nie mediom

Porównywane kategorie	Przyczyny ułatwiające lekarzowi, a nie mediom zmienić nieprawidłowe nawyki zdrowotne zachodniopomorskich pacjentek				
	1	2	3	4	5
	Poziom istotności statystycznej ($p \leq 0,05$)				
M vs Z	0,001	ns	ns	ns	ns
M vs A	0,001	ns	0,001	0,001	ns
M vs W	0,001	ns	0,03	0,001	ns
M vs S	0,001	ns	0,001	ns	ns
Z vs A	0,001	ns	0,04	0,001	ns
Z vs W	0,001	ns	ns	0,001	ns
Z vs S	ns	ns	0,001	ns	ns
A vs W	ns	ns	ns	0,001	ns
A vs S	0,001	ns	ns	0,001	ns
W vs S	0,001	ns	0,002	0,001	ns

ns – różnica statystycznie nieistotna, ($p > 0,05$)

M – Pracownice mediów, Z – Pracownice ochrony zdrowia, A – Amazonki, W – Mieszkanek wsi, S – Studentki
1. Lekarz ma bezpośredni kontakt z pacjentką; 2. Lekarz ma czas dla pacjentki w trakcie wizyty; 3. Lekarz indywidualnie omawia zachowania zdrowotne; 4. Lekarz przepisuje leki; 5. Nie wiem

Statystycznie istotne różnice ($p < 0,001$) otrzymano dla wszystkich porównań poza: Pracownice ochrony zdrowia vs Studentki oraz Amazonki vs Mieszkanki wsi, w odniesieniu do stwierdzenia, że lekarz ma bezpośredni kontakt z pacjentką (1). W przypadku tego, że lekarz indywidualnie omawia zachowania zdrowotne (3) różnice istotne $p \in [0,04-0,001]$ statystycznie zachodziły między 6 parami grup, poza porównaniami: przedstawicielki mass mediów, a reprezentantki ochrony zdrowia; Mieszkanki wsi, a Pracownice placówek medycznych; Amazonki, a Studentki i Mieszkanki wsi. Jeśli idzie o to, że lekarz przepisuje leki, różnice statystycznie istotne ($p < 0,001$) zaobserwowano między Amazonkami i pozostałymi grupami oraz Mieszkankami wsi i resztą grup. Jak zależności te przedstawiały respondentki w różnym wieku przedstawia tabela 33.

Tabela 33. Wymieniane przez respondentki w różnym wieku przyczyny, ułatwiające zmianę nieprawidłowych nawyków zdrowotnych pacjentek lekarzowi, a nie mediom

Przyczyny ułatwiające lekarzowi zmienić nieprawidłowe nawyki	Wiek [lata]	Pracownice mediów		Pracownice ochrony zdrowia		Amazonki		Mieszkanki wsi		Studentki	
		k/n	%	k/n	%	k/n	%	k/n	%	k/n	%
Lekarz ma bezpośredni kontakt z pacjentką	21 – 29	22/22	100	4/4	100						
	30 – 49	30/30	100	25/25	100	1/1		21/28	75		
	50 – 69 *	8/8	100	30/30	100	42/50	84	21/32	65,6		
	70 – 80			1/1		5/9	55,6				
	Razem	60/60	100	60/60	100	48/60	80	42/60	70		
Lekarz indywidualnie omawia zachowania zdrowotne pacjentki	21 – 29	9/22	40,9	2/4	50					60/60	100
	30 – 49	20/30	66,7	20/25	80	1/1		20/28	71,4		
	50 – 69 *	8/8	100	24/30	80	47/50	94	29/32	90,6		
	70 – 80			1/1		8/9	88,9				
	Razem	37/60	61,7	47/60	78,3	56/60	93,3	49/60	81,7	60/60	100
Lekarz przepisuje leki pacjentce	21 – 29										
	30 – 49					0/1		12/28	42,9		
	50 – 69 *					13/50	26	26/32	81,3		
	70 – 80					2/9	22,2				
	Razem					15/60	25	38/60	63,3		

k – liczba kobiet wyrażająca opinię o skuteczności lekarza, n – liczba kobiet w danym przedziale wiekowym

* przedział wiekowy kobiet objętych badaniami mammograficznymi Populacyjnego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Piersi

Wszystkie Ankietowane podały, że lekarz skuteczniej niż media wpływać może na zmiany nieprawidłowych nawyków zdrowotnych pacjentów wtedy, gdy ma dla nich czas w trakcie wizyty. Przedstawicielki mediów (100%) i zdecydowana większość Amazonek, Mieszkanek wsi oraz Pracownic ochrony zdrowia w wieku 50 – 69 lat zaznaczyły odpowiedź: „Lekarz indywidualnie omawia zachowania zdrowotne”. Dla 81,3% Mieszkanek wsi i 26% Amazonek

(50 – 69 lat) istotny było to, że lekarz przepisuje leki, na co zwróciły uwagę również Mieszkanke wsi (42,9%) od 30 do 49 lat i Amazonki (22,2%) od 70 do 80 lat.

Do ankietowanych zwrócono się z pytaniem, czy dzięki współpracy lekarzy z mediami, dotyczącej promocji zdrowia, wzrasta poziom świadomości pacjentek na temat profilaktyki raka piersi. Rozkład odpowiedzi w tej sprawie przedstawia tabela 34.

Tabela 34. Stanowisko badanych kobiet w sprawie wpływu współpracy lekarzy z mediami na poziom świadomości pacjentek na temat profilaktyki raka piersi

Odpowiedź	Pracownice mediów (n = 60)		Pracownice Ochrony Zdrowia (n = 60)		Amazonki (n = 60)		Mieszkanke wsi (n = 60)		Studentki (n = 60)	
	k	%	k	%	k	%	k	%	k	%
Tak	60	100	46	76,7	60	100	54	90	60	100
Nie										
Nie wiem			14	23,3			6	10		
Razem	60	100	60	100	60	100	60	100	60	100

n – liczba kobiet zdanej grupy, k – liczba kobiet wypowiadających się na temat współpracy lekarzy z mediami

Wszystkie reprezentantki mediów, Amazonki i Studentki oraz zdecydowana większość Mieszkanek wsi, Pracownic ochrony zdrowia były zdania, że dzięki współpracy lekarzy z mediami w dziedzinie promocji zdrowia, wzrasta poziom świadomości pacjentek na temat profilaktyki raka piersi. Pracownice ochrony zdrowia (23,3%) oraz Mieszkanke wsi (10%) nie potrafiły dać jednoznacznej odpowiedzi na ten temat. Poziom istotności statystycznej w tej sprawie przedstawia tabela 35.

Tabela 35. Różnice statystyczne między badanymi grupami, w związku z potrzebą wykorzystania przez lekarzy mediów do szerzenia wiedzy na temat profilaktyki raka piersi

Porównywane kategorie	Stanowisko badanych w sprawie wpływu współpracy lekarzy z mediami odnośnie wzrostu poziomu świadomości pacjentek na temat profilaktyki raka piersi		
	Tak	Nie	Nie wiem
	Poziom istotności statystycznej ($p \leq 0,05$)		
M vs Z	0,001	ns	0,001
M vs A	ns	ns	ns
M vs W	0,04	ns	0,04
M vs S	ns	ns	ns
Z vs A	0,001	ns	0,001
Z vs W	ns	ns	ns
Z vs S	0,001	ns	0,001
A vs W	0,04	ns	0,04
A vs S	ns	ns	ns
W vs S	0,04	ns	0,04

ns – różnica statystycznie nieistotna, ($p > 0,05$)

M – Pracownice mediów, Z – Pracownice ochrony zdrowia, A – Amazonki, W – Mieszkanke wsi, S – Studentki

Statystycznie istotne ($p < 0,001$) różnice zaobserwowano między Pracownicami ochrony zdrowia, a: reprezentantkami mediów, Amazonkami i Studentkami w odniesieniu do stanowiska potwierdzającego, że współpraca lekarzy z mediami w dziedzinie promocji zdrowia może wpływać na wzrost poziomu świadomości pacjentek w odniesieniu do profilaktyki raka piersi. Między Mieszkankami wsi, a: Pracownicami mediów, Amazonkami i Studentkami zachodziła statystycznie istotna ($p < 0,04$) różnica przy potwierdzeniu, iż lekarze powinni korzystać z mediów, szerząc wiedzę dotyczącą profilaktyki raka piersi. W przypadku wybieranej przez respondentki odpowiedzi „Nie wiem”, między przedstawionymi grupami zachodziły takie same różnice statystycznie istotne, jak w odpowiedzi „Tak”.

Tabela 36 zawiera wypowiedzi ankietowanych w różnym wieku, które uznały, że współpraca lekarzy z mediami, poprawia świadomość pacjentek na temat profilaktyki raka piersi.

Tabela 36. Liczba i odsetek badanych kobiet w różnym wieku, które uważały, że dzięki współpracy lekarzy z mediami wzrasta poziom świadomości pacjentek na temat profilaktyki raka piersi

Wiek [lata]	Pracownice mediów		Pracownice ochrony zdrowia		Amazonki		Mieszkanki wsi		Studentki	
	k/n	%	k/n	%	k/n	%	k/n	%	k/n	%
21 – 29	22/22	100	3/4	75					60/60	100
30 – 49	30/30	100	19/25	76	1/1		26/28	92,9		
50 – 69*	8/8	100	24/30	80	50/50	100	28/32	87,5		
70 – 80			0/1		9/9	100				
Razem	60/60	100	46/60	76,7	60/60	100	54/60	90	60/60	100

k – liczba kobiet wyrażająca opinię o skuteczności mediów, n – liczba kobiet w danym przedziale wiekowym
 * przedział wiekowy kobiet objętych badaniami mammograficznymi Populacyjnego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Piersi

Wszystkie Pracownice mediów, Amazonki i Studentki bez względu na wiek były zdania, że współpraca lekarzy z mediami w dziedzinie promocji zdrowia poszerza poziom świadomości pacjentek na temat profilaktyki raka piersi. Spośród ankietowanych w wieku 50 – 69 lat takie zdanie miało też gros Pracownic placówek ochrony zdrowia oraz Mieszkanek wsi.

5.4. Wpływ mass mediów na poszerzanie wiedzy, dotyczącej profilaktyki raka piersi wśród mieszanek województwa zachodniopomorskiego

Dzięki medycznym publikacjom w mediach zachodniopomorskich wzrosła świadomość pacjentek na temat profilaktyki raka piersi, co potwierdza postawioną w dysertacji hipotezę, że media zachodniopomorskie wywierają pozytywny wpływ na profilaktykę tego raka. Odpowiedzi ankietowanych na ten temat zebrano w tabeli 37.

Tabela 37. Opinia badanych kobiet w sprawie wpływu publikacji medycznych, w mediach zachodniopomorskich na wzrost świadomości pacjentek w zakresie profilaktyki raka piersi

Odpowiedzi respondentek	Pracownice mediów (n = 60)		Pracownice Ochrony Zdrowia (n = 60)		Amazonki (n = 60)		Mieszkanki wsi (n = 60)		Studentki (n = 60)	
	k	%	k	%	k	%	k	%	k	%
Tak	60	100	56	93,3	53	88,3	51	85	57	95
Nie										
Nie wiem			4	6,7	7	11,7	9	15	3	5
Razem	60	100	60	100	60	100	60	100	60	100

n – liczba kobiet z danej grupy

k – liczba kobiet wypowiadających się w sprawie wpływu mediów na wzrost świadomości pacjentek w zakresie profilaktyki raka piersi

Wszystkie reprezentantki mediów oraz zdecydowana większość Pracownic ochrony zdrowia i Studentek, a także Amazonek i Mieszkanek wsi uważały, że dzięki medycznym publikacjom w zachodniopomorskich mediach wzrosła świadomość pacjentek na temat profilaktyki raka piersi. Różnice statystyczne, dotyczące wpływu publikacji na świadomość pacjentek przedstawia tabela 38.

Tabela 38. Różnice statystyczne, dotyczące wpływu publikacji medialnych, na wzrost świadomości pacjentek w zakresie profilaktyki raka piersi

Porównywane kategorie	Stanowisko respondentek w sprawie wpływu publikacji medialnych na wzrost świadomości pacjentek w zakresie profilaktyki raka piersi		
	Tak	Nie	Nie wiem
	Poziom istotności statystycznej ($p \leq 0,05$)		
M vs Z	ns	ns	ns
M vs A	0,02	ns	0,02
M vs W	0,006	ns	0,006
M vs S	ns	ns	ns
Z vs A	ns	ns	ns
Z vs W	ns	ns	ns
Z vs S	ns	ns	ns
A vs W	ns	ns	ns
A vs S	ns	ns	ns
W vs S	ns	ns	ns

ns – różnica statystycznie nieistotna ($p > 0,05$)

M – Pracownice mediów, Z – Pracownice ochrony zdrowia, A – Amazonki, W – Mieszkanki wsi, S – Studentki

W przypadku pytania dotyczącego wpływu zachodniopomorskich mediów na wzrost świadomości pacjentek w sprawie profilaktyki raka piersi w odpowiedziach „Tak” i „Nie wiem” między Pracownicami mediów, a Amazonkami dostrzeżono różnice statystycznie istotne ($p < 0,02$) oraz między reprezentantkami publikatorów, a Mieszkankami wsi ($p < 0,006$). Jak do problemu odnosiły się badane kobiety w różnym wieku przedstawia tabela 39.

Tabela 39. Liczba i odsetek badanych kobiet w różnym wieku, które potwierdziły lub negowały, wzrost świadomości pacjentek na temat profilaktyki raka piersi, uzyskany dzięki medycznym publikacjom w mediach zachodniopomorskich

Odpowiedzi badanych	Wiek [lata]	Pracownice mediów		Pracownice ochrony zdrowia		Amazonki		Mieszkanki wsi		Studentki	
		k/n	%	k/n	%	k/n	%	k/n	%	k/n	%
Tak	21 – 29	22/22	100	3/4	75					57/60	95
	30 – 49	30/30	100	23/25	92	1/1		23/28	82,1		
	50 – 69 *	8/8	100	29/30	96,7	49/50	98	28/32	87,5		
	70 – 80			1/1		9/9	100				
	Razem	60/60	100	56/60		59/60		51/60		57/60	
Nie	21 – 29			1/4	25					3/60	5
	30 – 49			2/25	8	0/1		5/28	17,9		
	50 – 69 *			1/30	3,3	7/50	14	4/32	12,5		
	70 – 80			0/1		0/9					
	Razem			4/60	6,7	7/60	11,7	9/60	15	3/60	5

k – liczba kobiet wypowiadających się w sprawie wpływu mediów na wzrost świadomości pacjentek

n – liczba kobiet w danym przedziale wiekowym

* przedział wiekowy kobiet objętych badaniami mammograficznymi Populacyjnego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Piersi

Zauważono, że im starsze były ankietowane, tym częściej wskazywały na to, iż dzięki publikacjom medycznym wzrosła świadomość pacjentek na temat profilaktyki raka piersi. Odwrotna zależność zachodziła w przypadku negowania postawionej hipotezy.

Tabela 40 przedstawia wypowiedzi badanych kobiet z różnym wykształceniem, które uważały, że media są ważnym źródłem informacji, poprawiającym wiedzę na temat nowotworów piersi.

Tabela 40. Liczba i odsetek badanych kobiet z różnym wykształceniem, które potwierdziły, że, dzięki medycznym publikacjom w mediach zachodniopomorskich, wzrosła świadomość pacjentek na temat profilaktyki raka piersi

Wykształcenie	Pracownice mediów		Pracownice ochrony zdrowia		Amazonki		Mieszkanki wsi		Studentki	
	k/n	%	k/n	%	k/n	%	k/n	%	k/n	%
Podstawowe					5/6	83,3	5/6	83,3		
Zawodowe					1/1		9/10	90		
Średnie ogólnokszt.	11/11	100			13/14	92,9	7/8	87,5	57/60	95
Średnie zawodowe	6/6	100	1/1		9/11	81,8	16/16	100		
Niepełne wyższe	15/15	100	1/1		9/9	100	3/5	60		
Wyższe	28/28	100	54/58	93,1	16/19	94,2	12/15	80		
Razem	60/60	100	56/60	93,3	53/60	88,3	52/60	86,7	57/60	95

k – liczba kobiet wypowiadających się w sprawie wpływu mediów na wzrost świadomości pacjentek

n – liczba kobiet z danym wykształceniem

ogólnokszt. – ogólnokształcące

Wykształcenie ankietowanych nie wpływało zasadniczo na potwierdzenie, iż dzięki regionalnym mediom wzrosła świadomość pacjentek w sprawie profilaktyki raka piersi.

Do respondentek zwrócono się z pytaniem, czy po ukazaniu informacji w mediach zachodniopomorskich na temat badań przesiewowych, może wzrastać zgłaszalność na te badania. Rozkład odpowiedzi przedstawiono w tabeli 41.

Tabela 41. Wpływ informacji medialnych o badaniach przesiewowych, w odniesieniu do zgłaszalności na mammografię

Odpowiedzi respondentek	Pracownice mediów (n = 60)		Pracownice Ochrony Zdrowia (n = 60)		Amazonki (n = 60)		Mieszkanki wsi (n = 60)		Studentki (n = 60)	
	k	%	k	%	k	%	k	%	k	%
Tak	56	93,3	58	96,7	60	100	46	76,7	45	75
Nie										
Nie wiem	4	6,7	2	3,3			14	23,3	15	25
Razem	60	100	60	100	60	100	60	100	60	100

n – liczba kobiet z danej grupy, k – liczba kobiet przekonanych o wpływie informacji na wzrost badań

Wszystkie Amazonki, ponad 90 % Pracownic mediów i ochrony zdrowia oraz trzy czwarte Mieszkanek wsi i Studentek uważało, że po umieszczeniu w mediach informacji, dotyczących badań przesiewowych może wzrosnąć zgłaszalność na badania mammograficzne. Co czwarta Mieszkanka wsi i Studentka nie miały wiedzy na ten temat. Zależności statystyczne w tej sprawie zawiera tabela 42.

Tabela 42. Różnice statystyczne w sprawie wpływu informacji medialnych o badaniach, w odniesieniu do wzrostu zgłaszalności na mammografię

Porównywane kategorie	Wpływ informacji medialnych o badaniach przesiewowych w odniesieniu do wzrostu zgłaszalności na mammografię		
	Tak	Nie	Nie wiem
	Poziom istotności statystycznej ($p \leq 0,05$)		
M vs Z	ns	ns	ns
M vs A	ns	ns	ns
M vs W	0,03	ns	0,03
M vs S	0,02	ns	0,02
Z vs A	ns	ns	ns
Z vs W	0,004	ns	0,004
Z vs S	0,002	ns	0,002
A vs W	0,001	ns	0,001
A vs S	0,001	ns	0,001
W vs S	ns	ns	ns

ns – różnica statystycznie nieistotna ($p > 0,05$)

M – Pracownice mediów, Z – Pracownice ochrony zdrowia, A – Amazonki, W – Mieszkanki wsi, S – Studentki

Zarówno w odpowiedziach potwierdzających wzrost liczby badań mammograficznych po informacjach w mediach, jak i braku wiedzy na ten temat istotne statystycznie różnice zaobserwowano dla tych samych porównań – reprezentantki mediów, a: Mieszkanki wsi ($p < 0,03$) i Studentki ($p < 0,02$); Pracownice placówek ochrony zdrowia, a: Mieszkanki wsi ($p < 0,004$) i Studentki ($p < 0,002$); Amazonki, a: Mieszkanki wsi ($p < 0,001$) i Studentki ($p < 0,001$). Odpo-

wiedzi na pytanie, w zależności od wieku kobiet przedstawia tabela 43.

Tabela 43. Liczba i odsetek badanych kobiet w różnym wieku, przekonanych o tym, że po ukazaniu informacji w mediach zachodniopomorskich w sprawie badań przesiewowych, będzie wzrastała zgłaszalność na te badania

Wiek [lata]	Pracownice mediów		Pracownice ochrony zdrowia		Amazonki		Mieszkancki wsi		Studentki	
	k/n	%	k/n	%	k/n	%	k/n	%	k/n	%
21 – 29	18/22	81,8	4/4	100					45/60	75
30 – 49	30/30	100	25/25	100	1/1		21/28	75		
50 – 69*	8/8	100	28/30	93,3	50/50	100	25/32	78,1		
70 – 80			1/1		9/9	100				
Razem	56/60	93,3	58/60	96,7	60/60	100	46/60	76,7	45/60	75

k – liczba kobiet przekonanych o wzroście zgłaszalności, n – liczba kobiet w danym przedziale wiekowym

W przeciwieństwie do Pracownic Ochrony zdrowia, im starsze były Pracownice mediów i Mieszkancki wsi, tym częściej uważały, że informacje medialne wpływały na wzrost zgłaszalności na mammografię. Tego zdania były wszystkie Amazonki i 75% Studentek.

Tabela 44 zawiera odpowiedzi respondentek z różnym wykształceniem, potwierdzające, że podanie w mediach informacji o mammografii może wpłynąć na wzrost zgłaszalności.

Tabela 44. Liczba i odsetek badanych kobiet z różnym wykształceniem, przekonanych o tym, że po ukazaniu informacji w mediach zachodniopomorskich w sprawie badań przesiewowych, może wzrastać zgłaszalność na te badania

Wykształcenie	Pracownice mediów		Pracownice ochrony zdrowia		Amazonki		Mieszkancki wsi		Studentki	
	k/n	%	k/n	%	k/n	%	k/n	%	k/n	%
Podstawowe					6/6	100	4/6	66,7		
Zawodowe					1/1		9/10	90		
Średnie ogólnokoszt.	10/11	90,9			14/14	100	5/8	62,5	45/60	75
Średnie zawodowe	5/6	83,3	0/1		11/11	100	14/16	87,5		
Niepełne wyższe	14/15	93,3	1/1		9/9	100	4/5	80		
Wyższe	27/28	96,4	57/58	98,3	19/19	100	10/15	66,7		
Razem	56/60	93,3	58/60	96,7	60/60	100	46/60	76,7	45/60	75

k – liczba kobiet przekonanych o wzroście świadomości, n – liczba kobiet w danym przedziale wiekowym ogólnokoszt. – ogólnokształcące

Wszystkie Amazonki i prawie 100% Pracownic placówek ochrony zdrowia i mediów z wyższym wykształceniem było przekonanych o tym, że informacje medialne na temat badań przesiewowych mogły poprawić zgłaszalności na badanie mammograficzne. Wśród osób reprezentujących media, najniższe poparcie dla tego stwierdzenia miały kobiety z wykształceniem średnim zawodowym (83,3%), i ponad 60% Mieszkanek wsi z wykształceniem średnim ogólnokształcącym, podstawowym i wyższym.

Impulsem do zrobienia mammografii mogą być publikacje medialne. Najwięcej pacjentek zgłaszało się na badanie po kampanii multimedialnej, o czym świadczą dane tabeli 45.

Tabela 45. Sposoby organizowania programów medialnych, a zgłaszalność na mammografię

Działania medialne, inspirujące pacjentki do wykonania badania mammograficznego	Pracownice mediów (n = 60)		Pracownice Ochrony Zdrowia (n = 60)		Amazonki (n = 60)		Mieszkanki wsi (n = 60)		Studentki (n = 60)	
	k	%	k	%	k	%	k	%	k	%
Jednorazowe publikacje na temat raka w jednym zachodniopomorskim medium	19	31,7	29	48,3	21	35			20	33,3
Cykliczne publikacje na temat raka w jednym zachodniopomorskim medium	55	91,7	48	80	54	90	41	68,3	44	73,3
Kampanie profilaktyki nowotworowej w jednym zachodniopomorskim medium	35	58,3	39	65	40	66,7	39	65	44	73,3
Kampanie profilaktyki nowotworowej organizowane wspólnie przez wiele zachodniopomorskich mediów jednocześnie	60	100	60	100	60	100	60	100	60	100
Nie wiem			5	8,3						

n – liczba kobiet z danej grupy

k – liczba kobiet mówiących o powiązaniu organizowania programów ze zgłaszalnością na mammografię
wyniki nie sumują się do 100%, ze względu na wielokrotność odpowiedzi

Wszystkie respondentki uznały kampanie multimedialne za najkorzystniejszą i najskuteczniejszą formę, zachęcającą do wykonania mammografii. Dużym poparciem wśród Pracownic publikatorów (91,7%) i Amazonek (90%), reprezentantek placówek ochrony zdrowia (80%), Studentek (73,3%) i Mieszkanek wsi (68,3%) cieszyły się też cyklicznie emitowane publikacje w jednym medium. Najmniejszą, ponad 30% aprobatę Przedstawicielek mediów, Amazonek, Studentek i blisko 50% Pracownic ochrony zdrowia otrzymały jednorazowe publikacje na temat raka w jednym z zachodniopomorskich medium. Takie wybory świadczyć mogą o tym, że ankietowane cenią długofalowe działania, a nie jednorazowe akcje i zrywy. Różnice statystyczne dla poszczególnych odpowiedzi zwiera tabela 46.

Tabela 46. Różnice statystyczne badanych grup, w sprawie sposobów organizowania programów medialnych, a zgłaszalność na badania mammograficzne

Porównywane kategorie	Sposoby organizowania programów medialnych, wpływające na decyzje pacjentek o zgłaszaniu się na mammografię				
	1	2	3	4	5
	Poziom istotności statystycznej ($p \leq 0,05$)				
M vs Z	ns	ns	ns	ns	ns
M vs A	ns	ns	ns	ns	ns
M vs W	0,001	0,004	ns	ns	ns
M vs S	ns	0,02	ns	ns	ns
Z vs A	ns	ns	ns	ns	ns
Z vs W	0,001	ns	ns	ns	ns
Z vs S	ns	ns	ns	ns	ns
A vs W	0,001	0,008	ns	ns	ns
A vs S	ns	0,04	ns	ns	ns
W vs S	0,001	ns	ns	ns	ns

ns – różnica statystycznie nieistotna ($p > 0,05$)

M – Pracownice mediów, Z – Pracownice ochrony zdrowia, A – Amazonki, W – Mieszkanki wsi, S – Studentki
 1. Jednorazowe publikacje na temat raka w jednym zachodniopomorskim medium; 2. Cykliczne publikacje na temat raka w jednym zachodniopomorskim medium; 3. Kampanie profilaktyki nowotworowej w jednym zachodniopomorskim medium; 4. Kampanie profilaktyki nowotworowej organizowane wspólnie przez wiele mediów jednocześnie
 5. Nie wiem

W przypadku jednorazowej publikacji o raku (1), mającej wpływ na podjęcie decyzji wykonania mammografii, różnice statystycznie istotne ($p < 0,001$) zachodziły między Mieszkankami wsi, a pozostałymi grupami. Odnośnie cyklicznych publikacji (2) różnice statystycznie istotne $p \in [0,002-0,001]$ zauważono między reprezentantkami mediów, a Mieszkankami wsi i Studentkami oraz $p \in [0,004-0,008]$ między Amazonkami, a Mieszkankami wsi i Studentkami. Tabela 47 zawiera liczbę i odsetek kobiet w różnym wieku, które podały, że cykliczne programy w jednym medium mogły wpłynąć na udział w badaniu.

Tabela 47. Liczba i odsetek kobiet w różnym wieku, które uważały, że pacjentki decydują się zgłosić na badania mammograficzne po cyklicznych publikacjach w jednym medium

Wiek [lata]	Pracownice mediów		Pracownice ochrony zdrowia		Amazonki		Mieszkanki wsi		Studentki	
	k/n	%	k/n	%	k/n	%	k/n	%	k/n	%
21 – 29	20/22	90,9	2/4	50					44/60	73,3
30 – 49	28/30	93,3	19/25	76	1/1		16/28	57,1		
50 – 69*	7/8	87,5	26/30	86,7	44/50	88	25/32	78,1		
70 – 80			1/1		9/9	100				
Razem	55/60	91,7	48/60	80	54/60	90	41/60	68,3	44/60	73,3

k – liczba kobiet o powiązaniu organizowania programów ze zgłaszalnością na mammografię

n – liczba kobiet w danym przedziale wiekowym

* przedział wiekowy kobiet objętych badaniami mammograficznymi PPWWRP

Wszystkie respondentki, były zdania, że kampanie multimedialne inspirowały kobiety do udziału w badaniach mammograficznych. Ponadto blisko 90 % osób, podlegających przesiewowym badaniom (poza Mieszkankami wsi – 78,1%) uważało, że w tym przypadku ważna też była cykliczność programów medialnych, emitowanych w jednym medium. Tego zdania były częściej kobiety starsze niż młodsze.

Przy planowaniu publikacji medialnych, których celem ma być między innymi zachęcenie kobiet do badań warto wiedzieć, jakie informacje mogą być inspiracją do przestrzegania profilaktyki raka piersi. W tabeli 48 zebrano te preferencje.

Tabela 48. Informacje w mediach regionu, zachęcające do wykonania badania mammograficznego

Informacje w mediach zachodniopomorskich, zachęcające do profilaktyki raka piersi	Pracownice mediów (n = 60)		Pracownice Ochrony Zdrowia (n = 60)		Amazonki (n = 60)		Mieszkanki wsi (n = 60)		Studentki (n = 60)	
	k	%	k	%	k	%	k	%	k	%
O pacjentach, którzy wygrali z chorobą	59	98,3	37	61,7	57	95	51	85	40	66,7
O skutkach zaniechania leczenia	42	70	25	41,7	46	76,7	4	6,7		
O badaniach profilaktycznych	44	73,3	45	75	53	88,3	56	93,3	54	90
O terminach i miejscach badań	57	95	55	91,7	57	95	58	96,7	51	85
O objawach choroby	38	63,3	31	51,7	44	73,3	2	3,3	29	48,3
O kampaniach medialnych	52	86,7	55	91,7	58	96,7	59	98,3	50	83,3
Inne informacje	1	1,7								

n – liczba kobiet w danej grupie kobiet, k – kobiety wskazujące informacje zachęcające do mammografii
wyniki nie sumują się do 100%, ze względu na wielokrotność odpowiedzi

Publikacje na temat pacjentów, którzy wygrali z chorobą mogą zachęcić do wykonania mammografii. Informację tę najczęściej podawały Przedstawicielki mediów, następnie Amazonki i Mieszkanki wsi, a najrzadziej Pracownice ochrony zdrowia i Studentki. Skutki zaniechania leczenia omawiane w mediach, częściej wymieniały Amazonki (76,7%) i Kobiety zatrudnione w publikatorach (70%) niż osoby z placówek ochrony zdrowia (41,7%) i ze wsi (6,7%). Najczęściej reprezentantki wsi (93,3%) i studentki (90%), potem Amazonki (88,3%) i Pracownice ochrony zdrowia (ponad 75%) oraz ponad 70% kobiet z mediów zwróciło uwagę na publikacje o badaniach profilaktycznych. Studentki (85%), a także ponad 90% kobiet z pozostałych grup było zdania, że ważne są przekazy o terminach i miejscach badań. Ponad 90% Mieszkanek wsi podało, że z mediów docierały informacje o kampaniach multimedialnych. Kobiety twierdziły, że wiadomości o terminach i miejscach badań, a także o samych badaniach profilaktycznych były skuteczną zachętą do zrobienia mammografii. Amazonki ceniły też kampanie multimedialne, ale inspirowały je nade wszystko publikacje z udziałem pacjentów, którzy wygrali z chorobą. Zależności statystyczne w tej sprawie zawiera tabela 49.

Tabela 49. Różnice statystyczne w odniesieniu do tematów prezentowanych w mediach, które zachęcały mieszkanki województwa zachodniopomorskiego do wykonania badania mammograficznego

Porównywane kategorie	Tematy medialne, zachęcające do wykonania badania mammograficznego						
	1	2	3	4	5	6	7
	Poziom istotności statystycznej ($p \leq 0,05$)						
M vs Z	0,001	0,001	ns	ns	ns	ns	ns
M vs A	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
M vs W	0,03	0,001	0,008	ns	0,001	0,04	ns
M vs S	0,001	0,001	0,04	ns	ns	ns	ns
Z vs A	0,001	0,001	ns	ns	0,03	ns	ns
Z vs W	0,001	0,001	0,02	ns	0,001	ns	ns
Z vs S	ns	0,001	ns	ns	ns	ns	ns
A vs W	ns	0,001	ns	ns	0,001	ns	ns
A vs S	0,001	0,001	ns	ns	0,009	ns	ns
W vs S	0,04	ns	ns	ns	0,001	0,04	ns

ns – różnica statystycznie nieistotna ($p > 0,05$)

M – Pracownice mediów, Z – Pracownice ochrony zdrowia, A – Amazonki, W – Mieszkanki wsi, S – Studentki
 1.O pacjentach, którzy wygrali z chorobą; 2.O skutkach zaniechania leczenia; 3. O badaniach profilaktycznych;
 4.O terminach i miejscach badań; 5.O objawach choroby; 6.O kampaniach medialnych;7.Inne informacje

W odpowiedziach dotyczących tematów medialnych, które zdaniem badanych zachęciły do wykonania mammografii, w przypadku informacji o pacjentach, którzy wygrali z chorobą (1), istotne $p \in [0,04-0,001]$ statystycznie różnice dostrzeżono między Mieszkankami wsi, a: Pracownicami mediów i ochrony zdrowia oraz Studentkami; Amazonkami, a: kobietami zatrudnionymi w placówkach ochrony zdrowia i Studentkami; reprezentantkami mass mediów, a: Pracownicami ochrony zdrowia i Studentkami. Różnice statystycznie istotne ($p < 0,001$), odnoszące się do informacji o skutkach zaniechania leczenia (2), zachodziły między większością grup, poza porównaniami: Pracownice mediów vs Amazonki i Mieszkanki wsi vs Studentki. W odniesieniu do informacji medialnych na temat badań profilaktycznych (3) różnice statystycznie istotne $p \in [0,04-0,008]$ zaobserwowano między Pracownicami mediów, a Mieszkankami wsi i Studentkami oraz między reprezentantkami placówek ochrony zdrowia, a Kobietami ze wsi. W przypadku wiadomości o objawach choroby (5) różnica statystycznie istotna ($p < 0,001$) miała miejsce między Mieszkankami wsi, a resztą grup oraz $p \in [0,03-0,009]$ między Amazonkami, a: Pracownicami ochrony zdrowia i Studentkami. Przy anonsach, dotyczących kampanii medialnych ($p < 0,04$) dotyczyło Mieszkanek wsi vs Pracownice ochrony zdrowia i Studentki.

Tabela 50 przedstawia rozkład odpowiedzi respondentek w różnym wieku, w sprawie tematyki medialnej, zachęcającej do profilaktyki raka piersi.

Tabela 50. Liczba i odsetek badanych kobiet w wieku 50 – 69 lat, wypowiadających się w sprawie tematyki informacji w mediach zachodniopomorskich, zachęcających do profilaktyki raka piersi

Tematy zachęcające do profilaktyki raka piersi	Pracownice Mediów (n = 8)		Pracownice ochrony zdrowia (n = 30)		Mieszkanki wsi (n = 50)		Mieszkanki wsi (n = 32)	
	k	%	k	%	k	%	k	%
O pacjentach, którzy wygrali z chorobą	8	100	19	63,3	47	94	26	81,3
O skutkach zaniechania leczenia	7	87,5	16	53,3	38	76	2	6,3
O badaniach profilaktycznych	5	62,5	23	76,7	44	88	29	90,6
O terminach i miejscach badań	8	100	29	96,7	48	96	30	93,8
O objawach choroby	6	75	16	53,3	36	72	2	6,3
O kampaniach medialnych	8	100	28	93,3	48	96	31	96,9

k – liczba kobiet o informacjach w mediach, n – liczba kobiet w wieku 50 – 69 lat
wyniki nie sumują się do 100%, ze względu na wielokrotność odpowiedzi

W odpowiedziach, dotyczących informacji medialnych, które zachęcały kobiety do wykonania mammografii, ważne było stanowisko pacjentek objętych Populacyjnym Programem Wczesnego Wykrywania Raka Piersi, czyli w wieku od 50 do 69 lat. Wszystkie osoby z tej grupy, reprezentujące media, wskazały na informacje: o pacjentach, którzy wygrali z chorobą, o terminach i miejscach badań oraz o kampaniach medialnych. Rzadziej respondentki wybierały doniesienia na temat: skutków zaniechania leczenia, objawów choroby i badań profilaktycznych. W przypadku pracownic placówek ochrony zdrowia najczęściej odpowiedzi dotyczyło terminów i miejsc badań oraz kampanii medialnych, a następnie badań profilaktycznych, publikacji o pacjentach, którzy wygrali z chorobą, skutków zaniechania leczenia i objawów choroby. Od 88 do 96 % Amazonek wymieniało odpowiedzi: o pacjentach, którzy wygrali z chorobą, o terminach i miejscach badań, o kampaniach medialnych, a od 72% do 76% o objawach choroby i skutkach zaniechania leczenia. Zaledwie 6,3% Mieszkanek wsi uważało, że publikacje o skutkach zaniechania leczenia oraz o objawach choroby mogą skłonić do wykonania mammografii, a na pozostałe odpowiedzi wskazywało od 81,3% do 96,9% ankietowanych z tej grupy.

W kolejnym pytaniu zwrócono się z prośbą o podanie, jakie informacje dotyczące profilaktyki raka piersi uzyskały respondentki za pośrednictwem mediów zachodniopomorskich. Przedstawicielki mediów i ochrony zdrowia poinformowały, że wiedzę onkologiczną czerpały ze specjalistycznych, a nie ogólnodostępnych mediów (Tabela 51).

Tabela 51. Informacje, dotyczące profilaktyki raka piersi, zdobyte za pośrednictwem popularnych, ogólnodostępnych mediów zachodniopomorskich

Informacje dotyczące profilaktyki onkologicznej	Pracownicy mediów (n = 60)		Pracownicy ochrony zdrowia (n = 60)		Amazonki (n = 60)		Mieszkan-ki wsi (n = 60)		Studentki (n = 60)	
	k	%	k	%	k	%	k	%	k	%
Samobadanie piersi					32	53,3	55	91,7	40	66,7
Objawy raka piersi					36	60	43	71,7	27	45
Mammografia					42	70	50	83,3	40	66,7
Terminy skryningu mammograficznego					54	90	57	95	50	83,3
Mutacje w genach BRCA1, BRCA2					52	86,7	58	96,7	49	81,7
Kalendarz badań kobiet					43	71,7	48	80	42	70
Wymienione w pytaniu informacje czerpałam ze źródeł specjalistycznych	60	100	60	100						

n – liczba kobiet z danej grupy, k – liczba kobiet, które uzyskały informacje z mediów
wyniki nie sumują się do 100%, ze względu na wielokrotność odpowiedzi

Mieszkan-ki wsi (95%), Amazonki (90%) i Studentki (83,3%) podały, że z mediów docie-
rały do nich informacje o terminach skryningu mammograficznego, doniesieniach o mu-
tacjach w genach BRCA1 i BRCA2 (96,7% vs 86,7% vs 81,7%). Najczęściej Kobiety ze wsi
(91,7%) z anonsów medialnych dowiedziały się o samobadaniu piersi. Wskazane przez re-
spondentki informacje, świadczą o słuszności postawionej w rozprawie hipotezy, że zachod-
niopomorskie media są ważnym źródłem edukacji onkologicznej. Różnice statystyczne w tej
sprawie zawiera tabela 52.

Tabela 52. Różnice statystyczne badanych grup (Amazonki, Mieszkan-ki wsi, Studentki) w sprawie informacji, dotyczących profilaktyki raka piersi, zdobytych za pośrednictwem popularnych, ogólnodo-
stępnych mediów

Porównywane kategorie	Informacje dotyczące profilaktyki onkologicznej, zdobyte za pośrednictwem popularnych, ogólnodostępnych mediów zachodniopomorskich						
	1	2	3	4	5	6	7
	Poziom istotności statystycznej ($p \leq 0,05$)						
A vs W	0,001	ns	ns	ns	ns	ns	ns
A vs St	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
W vs St	0,002	0,006	ns	ns	0,02	ns	ns

ns – różnica statystycznie nieistotna ($p > 0,05$)

A – Amazonki, W – Mieszkan-ki wsi, S – Studentki

1.Samobadanie piersi; 2.Objawy raka piersi; 3.Mammografia; 4.Terminy skryningu mammograficznego; 5.Mutacje w genach BRCA1, BRCA2; 6.Kalendarz badań kobiet; 7.Nie wiem

Statystycznie istotne różnice, odnoszące się do samobadania piersi zachodziły między Mieszkan-kami wsi, a Studentkami i Amazonkami. Różnice statystycznie istotne między Ko-
bietami ze wsi i Studentkami uwidoczniły się także w przypadku zdobywania medialnych
informacji na temat objawów raka piersi i mutacji w genach BRCA1 i BRCA2.

Tabela 53 zawiera rozkład odpowiedzi Amazonek i Mieszkanek wsi (50 – 69 lat), na temat informacji dotyczących profilaktyki raka piersi uzyskanych z mediów.

Tabela 53. Informacje, dotyczące profilaktyki raka piersi, uzyskane przez Amazonki i Mieszkanek wsi w wieku 50 – 69 lat za pośrednictwem popularnych, ogólnodostępnych mediów

Informacje zdobyte w mediach, na temat profilaktyki raka piersi	Amazonki (n = 50)		Mieszkanek wsi (n = 32)	
	k	%	k	%
Samobadanie piersi	26	52	29	90,6
Objawy raka piersi	30	60	23	71,9
Mammografia	34	68	27	84,4
Terminy skryningu mammograficznego	46	92	30	93,8
Mutacje w genach BRCA1, BRCA2	44	88	31	96,9
Kalendarz badań kobiet	37	74	25	78,1

n – liczba kobiet w wieku 50 – 69 lat, k – liczba kobiet uzyskujących informacje o profilaktyce z mediów
wyniki nie sumują się do 100%, ze względu na wielokrotność odpowiedzi

Informacje dotyczące profilaktyki raka piersi częściej uzyskiwały z mediów Mieszkanek wsi niż Amazonki (50 – 69 lat). W celu poznania przyczyn niskiej zgłaszalności na mammografię, zwrócono się do badanych, by zechciały podzielić się swoją wiedzą na ten temat. Ze szczególną uwagą przyjrano się odpowiedziom Amazonek, czyli pacjentkom doświadczonym chorobą, a także Mieszkanek wsi, którym nie zapewniono w Polsce równych z mieszkankami miast szans dostępu do badań. Wyniki dla poszczególnych grup wizualizuje tabela 54.

Tabela 54. Liczba i odsetek ankietowanych, które wymieniły przyczyny niezgłaszania się pacjentek na przesiewowe badania mammograficzne

Przyczyny niezgłaszania się na skryning mammograficzny	Pracownice mediów (n = 60)		Pracownice Ochrony Zdrowia (n = 60)		Amazonki (n = 60)		Mieszkanek wsi (n = 60)		Studentki (n = 60)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Boją się badania	39	65	43	71,7	51	85				
Boją się informacji o chorobie	44	73,3	47	78,3	50	83,3	53	88,3	49	81,7
Nie mają pieniędzy na dojazd na badania	40	66,7	45	75	53	88,3	60	100		
Nie mają czasu	15	25	8	13,3	13	21,7	39	65		
Nie mają wystarczającej wiedzy	31	51,7	33	55	42	70	51	85	43	71,7
Nie chcą	15	25	5	8,3	18	30				

n – liczba ankietowanych z danej grupy

k – liczba kobiet wymieniających przyczyny niezgłaszania się kobiet na badania mammograficzne
wyniki nie sumują się do 100%, ze względu na wielokrotność odpowiedzi

Kobiety reprezentujące media (73,3%), podobnie, jak placówki ochrony zdrowia (78,3%), najczęściej uważały, że powód niezgłaszania się pacjentek na skryning mammograficzny może tkwić w strachu przed informacją o chorobie. Wszystkie Mieszkanek wsi i Amazonki (88,3%) były zdania, że pacjentki nie mają pieniędzy na dojazd na badanie. Studentki

(90%), Mieszkanki wsi (85%) Amazonki (70%), Pracownice ochrony zdrowia (55%) i reprezentantki mediów (51,7%) twierdziły, że brak wystarczającej wiedzy może być przyczyną złej frekwencji na badaniach. Różnice statystyczne na ten temat przedstawia tabela 55.

Tabela 55. Różnice statystyczne we wskazaniu przyczyn niezgłaszania się na mammografię

Porównywane kategorie	Przyczyny niezgłaszania się na badania mammograficzne						
	1	2	3	4	5	6	7
	Poziom istotności statystycznej ($p \leq 0,05$)						
M vs Z	ns	ns	ns	ns	ns	0,03	ns
M vs A	0,03	ns	0,009	ns	ns	ns	ns
M vs W	0,001	ns	0,001	0,001	0,001	0,001	ns
M vs S	0,001	ns	0,001	0,001	0,001	0,001	ns
Z vs A	ns	ns	ns	ns	ns	0,006	ns
Z vs W	0,001	ns	0,001	0,001	0,001	ns	ns
Z vs S	0,001	ns	0,001	0,02	0,001	ns	ns
A vs W	0,001	ns	0,02	0,001	ns	0,001	ns
A vs S	0,001	ns	0,001	0,001	0,001	0,001	ns
W vs S	ns	ns	0,001	0,001	ns	ns	ns

ns – różnica statystycznie nieistotna ($p > 0,05$)

M – Pracownice mediów, Z – Pracownice ochrony zdrowia, A – Amazonki, W – Mieszkanki wsi, S – Studentki
 1.Boją się badania; 2.Boją się informacji o chorobie; 3.Nie mają pieniędzy na dojazd; 4.Nie mają czasu;
 5.Nie mają wystarczającej wiedzy; 6.Nie chcą; 7.Nie wiem

W przypadku strachu przed badaniem (1), statystycznie istotne $p \in [0,04-0,001]$ różnice zarysowały się między większością grup poza porównaniami; Pracownice ochrony zdrowia, a reprezentantki mediów i Amazonki oraz Mieszkanki wsi, a Studentki. Zaobserwowano też różnice statystycznie istotne $p \in [0,02-0,001]$ między większością porównań poza: Pracownice mediów vs Pracownice ochrony zdrowia i reprezentantki placówek ochrony zdrowia vs Amazonki w odniesieniu do braku pieniędzy na dojazd na badanie (3). Różnica statystycznie istotna $p \in [0,02-0,001]$ miała miejsce między przeważającą grupą porównań oprócz – Pracownice mediów, a: zatrudnione w placówkach ochrony zdrowia i Amazonki, przedstawicielki zakładów ochrony zdrowia i Amazonki, przy stwierdzeniu, że kobietom brakuje czasu na wykonanie badania (4). Przy odpowiedzi na temat braku wystarczającej wiedzy onkologicznej (5) tworzyły się różnice statystycznie istotne ($p < 0,001$) między studentkami, a: Amazonkami, Pracownicami ochrony zdrowia i mediów, Mieszkankami wsi, a: przedstawicielkami mass mediów i placówek medycznych. Brak chęci do wykonywania badań (6) wywoływał różnice statystycznie istotne $p \in [0,006-0,001]$ między Amazonkami, a: Studentkami, Mieszkanki wsi i zatrudnionymi w ochronie zdrowia oraz $p \in [0,03-0,001]$ między reprezentantkami publikatorów, a: Pracownicami ochrony zdrowia, Mieszkankami wsi i Studentkami.

Tabela 56 zawiera przyczyny niezgłaszania się kobiet w różnym wieku na mammografię.

Tabela 56. Liczba i odsetek respondentek w różnym wieku, które wymieniły przyczyny niezgłaszania się pacjentek na przesiewowe badania mammograficzne

Przyczyny niezgłaszania się na mammografię	Wiek [lata]	Pracownice mediów		Pracownice ochrony zdrowia		Amazonki		Mieszkanki wsi		Studentki	
		k/n	%	k/n	%	k/n	%	k/n	%	k/n	%
Boją się badania	21 – 29	14/22	63,6	3/4	75						
	30 – 49	18/30	60	15/25	60	1/1					
	50 – 69*	7/8	87,5	24/30	80	43/50	86				
	70 – 80			1/1		7/9	77,8				
	Razem	39/60	65	42/60	70	51/60	85				
Boją się informacji o chorobie	21 – 29	13/22	59,1	4/4	100					49/60	81,7
	30 – 49	23/30	76,7	20/25	80	1/1		25/28	89,3		
	50 – 69*	8/8	100	22/30	73,3	41/50	82	28/32	87,5		
	70 – 80			1/1		8/9	88,9				
	Razem	44/60	73,3	47/60	78,3	50/60	83,3	53/60	88,3	49/60	81,7
Nie mają pieniędzy na dojazd na badania	21 – 29	16/22	72,7	2/4	50						
	30 – 49	17/30	56,7	17/25	68	1/1		28/28	100		
	50 – 69*	7/8	87,5	25/30	83,3	43/50	86	32/32	100		
	70 – 80			1/1		9/9	100				
	Razem	40/60	66,7	45/60	75	53/60	88,3	60/60	100		
Nie mają czasu	21 – 29	5/22	22,7	0/4							
	30 – 49	6/30	20	3/25	12	0/1		17/28	60,7		
	50 – 69*	4/8	50	5/30	16,7	12/50	24	22/32	68,8		
	70 – 80			0/1		1/9	11,1				
	Razem	15/60	25	8/60	13,3	13/60	21,7	39/60	65		
Nie mają wystarczającej wiedzy	21 – 29	11/22	50	0/4						43/60	71,7
	30 – 49	13/30	43,3	14/25	56	0/1		26/28	92,9		
	50 – 69*	7/8	87,5	18/30	60	34/50	68	25/32	78,1		
	70 – 80			1/1		8/9	88,9				
	Razem	31/60	51,7	33/60	55	42/60	70	51/60	85	43/60	71,7
Nie chcą	21 – 29	10/22	45,5	0/4							
	30 – 49	3/30	10	1/25	4	0/1					
	50 – 69*	2/8	25	4/30	13,3	14/50	28				
	70 – 80			0/1		4/9	44,4				
	Razem	15/60	25	5/60	8,3	18/60	30				

k – liczba kobiet wypowiadających się o przyczynach, n – liczba kobiet w danym przedziale wiekowym
 * przedział wiekowy, w którym kobiety objęte są badaniami mammograficznymi w ramach Populacyjnego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Piersi

Im starsze były reprezentantki mediów, tym częściej uważały, że kobiety nie zgłaszają się na badania mammograficzne, ponieważ boją się samego badania, informacji o chorobie, nie mają czasu, pieniędzy na dojazd oraz wystarczającej wiedzy. Częściej starsze niż młodsze pracownice ochrony zdrowia uważały, że przed udziałem w skryningu kobiety paraliżuje strach, dotyczący badania, brak czasu, wiedzy i środków na dojazd do placówki diagnostycznej. Podobne zależności między wiekiem ankietowanych Amazonek dostrzeżono w odniesieniu do lęku przed informacją o chorobie, braku pieniędzy na dojazd na badanie, braku wiedzy

i niechęci. W przypadku Mieszkanek wsi prawidłowość ta zachodziła w odniesieniu do odpowiedzi: „Nie mają czasu”. Wszystkie kobiety mieszkające na wsi, bez względu na wiek za przyczynę niezgłoszenia się kobiet na badania podały brak środków na transport.

Wśród wielu instytucji i organizacji, mających wpływ na poszerzenie wiedzy onkologicznej pacjentów są między innymi media. O ich ważnej roli w tym zakresie działania przekonane były również respondentki, o czym świadczyć mogą odpowiedzi z tabeli 57.

Tabela 57. Stanowisko badanych kobiet w sprawie ważnej roli mediów zachodniopomorskich, w upowszechnianiu informacji onkologicznej

Odpowiedzi ankietowanych	Pracownice mediów (n = 60)		Pracownice Ochrony Zdrowia (n = 60)		Amazonki (n = 60)		Mieszkancki wsi (n = 60)		Studentki (n = 60)	
	k	%	k	%	k	%	k	%	k	%
Tak	45	75	45	75	49	81,7	53	88,3	49	81,7
Nie										
Nie wiem	15	25	15	25	11	18,3	7	11,7	11	18,3
Razem	60	100	60	100	60	100	60	100	60	100

n – liczba kobiet z danej grupy, k – liczba kobiet o upowszechnianiu wiedzy

Zdecydowana większość badanych kobiet uznała zachodniopomorskie media, za instytucje, odgrywające ważną rolę w przekazywaniu informacji onkologicznej. W tabeli 58 przedstawiono rozkład odpowiedzi badanych kobiet w różnym wieku na ten temat.

Tabela 58. Liczba i odsetek badanych kobiet w różnym wieku, które uważały, że zachodniopomorskie media odgrywają ważną rolę w upowszechnianiu wiedzy onkologicznej

Wiek [lata]	Pracownice mediów		Pracownice ochrony zdrowia		Amazonki		Mieszkancki wsi		Studentki	
	k/n	%	k/n	%	k/n	%	k/n	%	k/n	%
21 – 29	19/22	86,4	3/4	75					49/60	81,7
30 – 49	26/30	86,7	17/25	68	1/1		23/28	82,1		
50 – 69*	0/8		24/30	80	42/50	84	30/32	93,8		
70 – 80			1/1		6/9	66,7				
Razem	45/60	75	45/60	75	49/60	81,7	53/60	88,3	49/60	81,7

k – liczba kobiet przekonanych o upowszechnianiu wiedzy, n – liczba kobiet w danym przedziale wiekowym

Im starsze były reprezentantki mediów, placówek ochrony zdrowia i Mieszkancki wsi i im młodsze były Amazonki, tym częściej uważały, że media zachodniopomorskie odgrywają ważną rolę w upowszechnianiu wiedzy onkologicznej. Częściej kobiety w wieku od 50 do 69 lat, mieszkające na wsi (93,8%) niż mieszkanki miasta: Amazonki (84%) i Pracownice placówek ochrony zdrowia (80%) uważały, że media zachodniopomorskie są ważnym źródłem

informacji onkologicznej. Żadna z kobiet w tym wieku z grupy Pracownic mediów tego nie potwierdziła.

W celu poszerzania wiedzy nowotworowej, PR Szczecin od 2008 roku organizuje spotkania edukacyjne dla kobiet, piastujących funkcję Sołtysa na wsiach Pomorza Zachodniego. Spora rzesza ankietowanych uważała, że tak zdobytą wiedzę można popularyzować w miejscu zamieszkania. Dowodem są dane z tabeli 59.

Tabela 59. Wpływ spotkań edukacyjnych w Polskim Radiu Szczecin, na organizowanie programów profilaktyki nowotworowej w miejscu zamieszkania kobiet piastujących funkcję sołtysa

Odpowiedzi badanych	Pracownice mediów (n = 60)		Pracownice Ochrony Zdrowia (n = 60)		Amazonki (n = 60)		Mieszkanki wsi (n = 60)		Studentki (n = 60)	
	k	%	k	%	k	%	k	%	k	%
Tak	47	78,3	47	78,3	48	80	55	91,7	45	75
Nie										
Nie wiem	13	21,7	13	21,7	12	20	5	8,3	15	25
Razem	60	100	60	100	60	100	60	100	60	100

n – liczba kobiet z danej grupy, k – liczba kobiet o wpływie radia na organizację spotkań

Zdecydowana większość badanych kobiet podała, że spotkania edukacji onkologicznej w Polskim Radiu Szczecin mogą inspirować do organizowania programów profilaktyki nowotworowej na wsi.

Oceny działań zachodniopomorskich mediów w zakresie popularyzacji wiedzy dotyczącej profilaktyki raka piersi podjęły się ankietowane (Tabela 60).

Tabela 60. Badane o wpływie wybranych mediów zachodniopomorskich na profilaktykę raka piersi

Media zachodniopomorskie	Pracownice mediów (n = 60)		Pracownice Ochrony Zdrowia (n = 60)		Amazonki (n = 60)		Mieszkanki wsi (n = 60)		Studentki (n = 60)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kurier Szczeciński	23	38,3	35	58,3	35	58,3	33	55	17	28,3
Głos Szczeciński	8	13,3	4	6,7			11	18,3		
Głos Koszaliński	6	10					7	11,7		
TVP w Szczecinie	18	30	19	31,7	22	36,7	32	53,3	15	25
PR Szczecin	42	70	48	80	47	78,3	46	76,7	30	50
Inne										
Nie wiem	11	18,3								

n – liczba kobiet z danej grupy, k – liczba kobiet wskazujących wybrane medium
wyniki nie sumują się do 100%, ze względu na wielokrotność odpowiedzi

Ankietowane uznały, że najlepsze rezultaty w dziedzinie profilaktyki raka piersi odnosiło Polskie Radio Szczecin. Pozytywne działania Kuriera Szczecińskiego dostrzegła ponad poł-

wa Pracownic ochrony zdrowia, Amazonek i Mieszkanek wsi. TVP najlepiej docierała do co drugiej kobiety ze wsi. Wypowiedzi badanych z poszczególnych grup, potwierdziły, że odbiorcy reprezentujący konkretne grupy społeczne preferowali różne media, przekazujące wiedzę onkologiczną. Różnice statystycznie istotne na ten temat przedstawia tabela 61.

Tabela 61. Różnice statystyczne w odniesieniu do oceny działań, dotyczących profilaktyki raka piersi, prowadzonych w poszczególnych mediach zachodniopomorskich

Porównywane kategorie	Media zachodniopomorskie mające wpływ na profilaktykę raka piersi						
	1	2	3	4	5	6	7
	Poziom istotności statystycznej ($p \leq 0,05$)						
M vs Z	0,05	ns	0,04	ns	ns	ns	0,002
M vs A	0,05	0,02	0,04	ns	ns	ns	0,002
M vs W	ns	ns	ns	0,02	ns	ns	0,002
M vs S	ns	0,02	0,04	ns	0,05	ns	0,002
Z vs A	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Z vs W	ns	ns	0,02	0,03	ns	ns	ns
Z vs S	0,002	ns	ns	ns	0,002	ns	ns
A vs W	ns	0,002	0,02	ns	ns	ns	ns
A vs S	0,002	ns	ns	ns	0,003	ns	ns
W vs S	0,006	0,002	0,02	0,003	0,005	ns	ns

ns różnica statystycznie nieistotna ($p > 0,05$)

M – Pracownice mediów, Z – Pracownice ochrony zdrowia, A – Amazonki, W – Mieszkanek wsi, S – Studentki 1. Kurier Szczeciński; 2. Głos Szczeciński; 3. Głos Koszaliński; 4. TVP Oddział Szczecin; 5. Polskie Radio Szczecin; 6. Inne; 7. Nie wiem

Odnosnie działań Kuriera Szczecińskiego (1) w ocenie popularyzacji profilaktyki onkologicznej różnice statystycznie istotne $p \in [0,006-0,002]$ zachodziły między Studentkami, a: zatrudnionymi w placówkach ochrony zdrowia, Amazonkami i Mieszkanekami wsi oraz ($p < 0,05$) między Pracownicami mediów, a: Reprezentantkami ochrony zdrowia i Amazonkami. W przypadku Głosu Szczecińskiego (2) statystycznie istotne ($p < 0,02$) różnice zaobserwowano między Kobietami zatrudnionymi w mediach, a: Amazonkami i Studentkami, jak również ($p < 0,002$) między Mieszkanekami wsi, a: Amazonkami i Studentkami. Starania Głosu Koszalińskiego (3) w tej dziedzinie wywoływały różnice statystycznie istotne ($p < 0,04$) między Przedstawicielkami mediów, a: Pracownicami ochrony zdrowia, Amazonkami i Studentkami oraz ($p < 0,02$) między Mieszkanekami wsi, a: Reprezentantkami mass mediów, Amazonkami i Studentkami. Różnica statystycznie istotna $p \in [0,02-0,003]$ dotycząca telewizji (4), zachodziła między Mieszkanekami wsi, a: zatrudnionymi w mediach, w ochronie zdrowia i Studentkami. Między Studentkami, a pozostałymi grupami dostrzeżono różnicę statystycznie istotną $p \in [0,05-0,002]$, dotyczącą Polskiego Radia Szczecin (5). Odpowiedź „Nie wiem” (7) wytworzyła różnice statystycznie istotne ($p < 0,002$) między Przedstawicielkami mediów, a pozostałymi grupami kobiet. Ocenę pracy mediów zachodniopomorskich w zakre-

się działań popularyzujących profilaktykę onkologiczną wystawioną przez respondentki w wieku 50 – 69 lat zawiera tabela 62.

Tabela 62. Ankietowane kobiety w wieku 50 – 69 lat o wpływie wybranych zachodniopomorskich mediów na profilaktykę raka piersi

Media zachodniopomorskie	Pracownice Mediów (n = 8)		Pracownice ochrony zdrowia (n = 30)		Amazonki (n = 50)		Mieszkanki wsi (n = 32)	
	k	%	k	%	k	%	k	%
Kurier Szczeciński	3	37,5	21	70	28	56	18	56,3
Głos Szczeciński	1	12,5	1	3,33			6	18,8
Głos Koszaliński							4	12,5
TVP O/Szczecin	1	12,5	8	26,7	18	36	16	50
Polskie Radio Szczecin	5	62,5	24	80	39	78	25	78,1

k – liczba kobiet wskazujących wybrane medium, n – liczba kobiet w wieku 50 – 69 lat

Zdaniem ankietowanych kobiet ze wszystkich grup w wieku 50 – 69 lat, czyli objętych Populacyjnym Programem Wczesnego Wykrywania Raka Piersi, wśród zachodniopomorskich mediów największy wpływ na profilaktykę raka piersi miało Polskie Radio Szczecin, a następnie Kurier Szczeciński, który znacznie wyprzedził pozostałe gazety codzienne. Co druga Mieszkanka wsi doceniła również działania Telewizji Polskiej/Oddział w Szczecinie.

5.5. Analiza zgłaszalności kobiet na badania mammograficzne na Pomorzu Zachodnim i w Polsce a programy promujące zdrowie w mediach zachodniopomorskich

Pozytywny skutek działań w zakresie profilaktyki raka piersi zaobserwować można na przykładzie wzrostu liczby pacjentek, biorących udział w populacyjnych badaniach mammograficznych. W kolejnych dwóch podrozdziałach poddano analizie dane otrzymane z Systemu Informatycznego Medycznej Profilaktyki z lat 2007 – 2010. Porównano wyniki dotyczące liczby badań mammograficznych i źródeł informacji na ich temat. Tabela 63 przedstawia liczbę tych badań, którym od 2007 – 2010 roku poddały się kobiety (50 – 69 lat).

Tabela 63. Liczba wykonanych badań skryningowych w Polsce i w województwie zachodniopomorskim, w latach 2007 – 2010

Region / Rok	2007	2008	2009	2010
Polska	935 190	751 695	811 093	979 996
Województwo zachodniopomorskie	47 286	39 354	44 930	58 943

Źródło: opracowano na podstawie danych zebranych w SIMP 2010

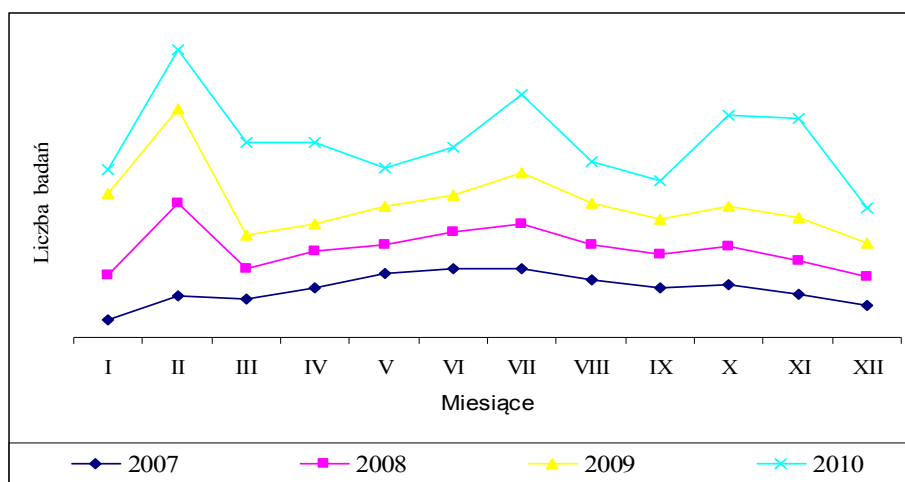
Tendencje wzrostowe zgłaszalności na badania mammograficzne w poszczególnych miesiącach dostrzec można na przykładzie danych Systemu Informatycznego Medycznej Profi-

laktyki, które wskazują na to, iż na mammografię w 2010 roku zgłosiło się więcej kobiet niż w latach 2007, 2008 i 2009. Zależności te prezentują: tabela 64 i rycina 11.

Tabela 64. Liczba mammografii, wykonanych w województwie zachodniopomorskim od 2007 do 2010 roku, w ramach Populacyjnego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Piersi

Rok/ Miesiąc	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	Razem
2007	1423	3416	3130	3978	5198	5532	5515	4724	3974	4325	3500	2571	47 286
2008	3687	7448	2452	3027	2372	3037	3652	2789	2711	3122	2755	2302	39 354
2009	6552	7595	2764	2146	3058	2976	4165	3316	2913	3215	3461	2769	44 930
2010	1998	4866	7400	6690	3108	3815	6308	3483	3142	7339	8004	2790	58 943

Źródło: opracowano na podstawie danych SIMP – 2.01.2011 rok



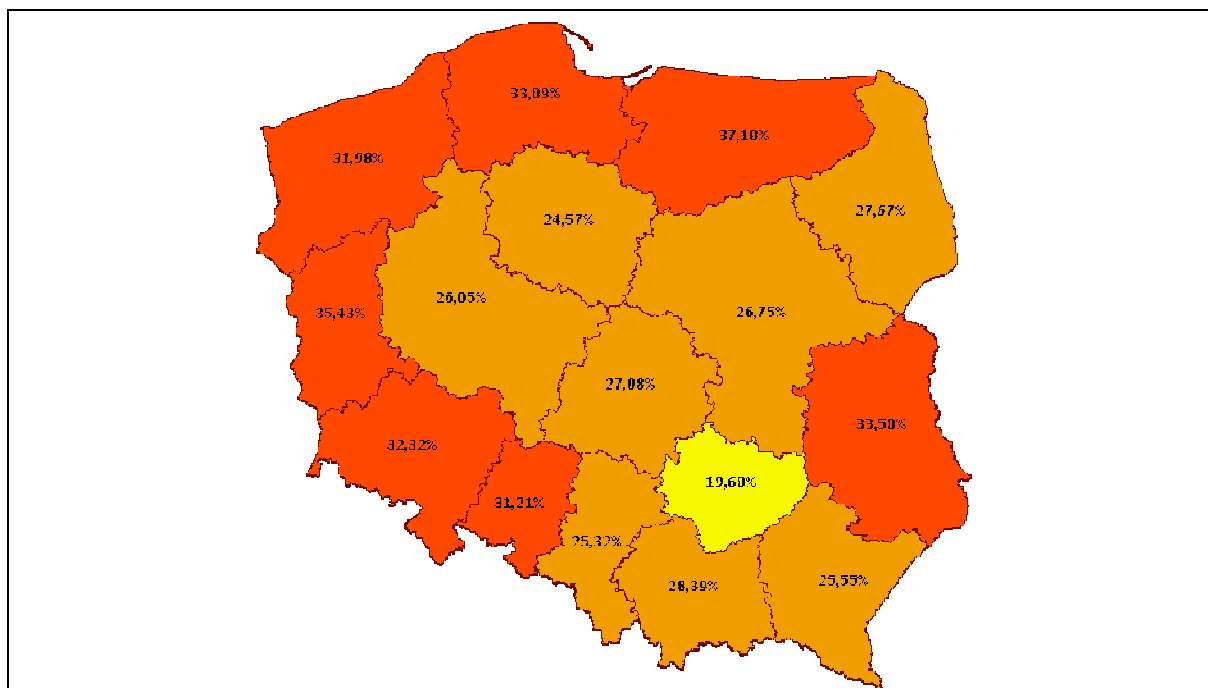
Ryc. 11. Liczba wykonanych mammografii w województwie zachodniopomorskim w latach 2007 – 2010, w ramach Populacyjnego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Piersi

Źródło: opracowano na podstawie danych SIMP – 2.01.2011 rok

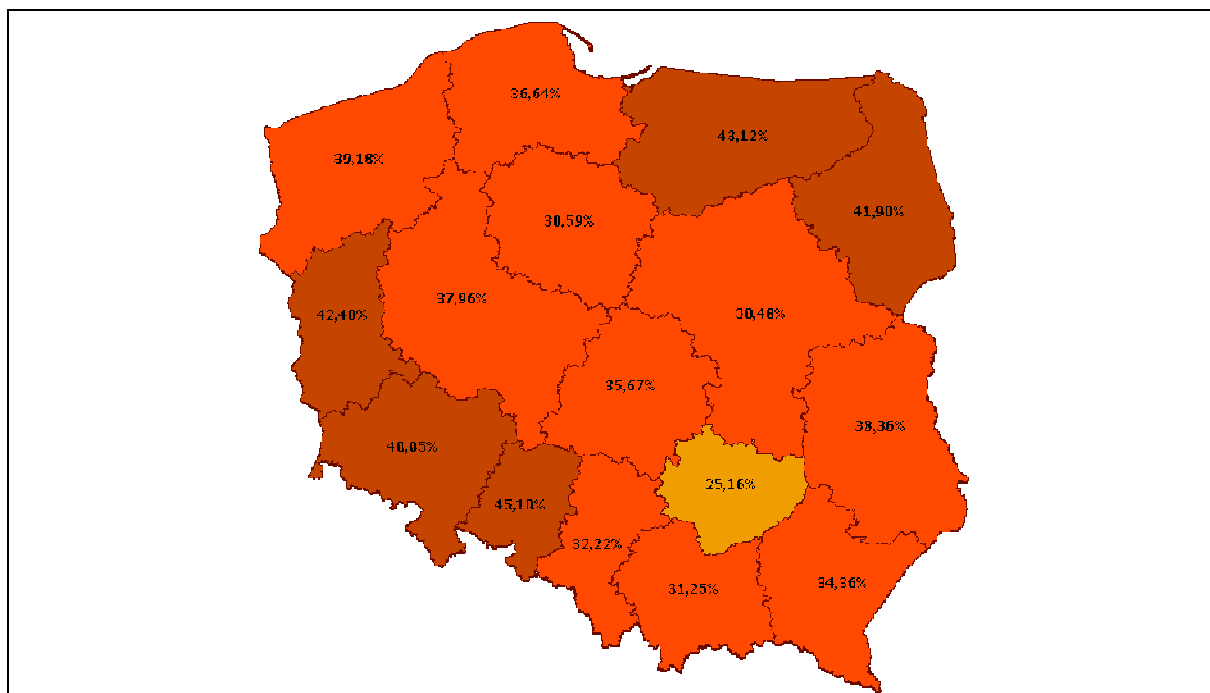
Tabela 65 i rycina 11 obrazują prawidłowość, z której wynika, że w województwie zachodniopomorskim w latach 2007 – 2010 wyraźnie więcej kobiet zgłaszało się na przesiewowe badania mammograficzne na przełomie lutego i marca, w maju (poza rokiem 2010), w lipcu oraz w październiku i listopadzie (poza rokiem 2008, gdy media w licznych publikacjach nagłaśniały informacje dotyczące złej jakości mammografów w Polsce). Przyczyn wzrostu zgłoszeń w podanych cezurach czasowych należy dopatrywać między innymi w tym, że we wskazanych miesiącach organizowano kampanie multimedialne, dotyczące: w lutym – „Światowego dnia walki z rakiem” (World Cancer Day) oraz „Światowego Dnia Chorego”, w maju – Święta Matki, w czasie urlopowym – „Lata z Radiem”, a także w październiku – programu „Różowa i niebieska wstążka” i obchodzonego miesiąca walki z rakiem.

Od 2007 zarówno w Polsce, jak i w województwie zachodniopomorskim obserwowano wzrost liczby przesiewowych badań mammograficznych, na co mogły mieć wpływ między innymi: wprowadzenie systemowego Populacyjnego Programu Profilaktyki Raka Piersi, wysyłka zaproszeń imiennych do pacjentek oraz nagłośnienie problemu w mediach. Podstawowym problemem przedsięwzięcia była niezadowalająca zgłaszalność kobiet na badania. Słaby odzew na badania przedstawiają mapy Polski (ryc. 12 – 15) i województwa zachodniopomorskiego (ryc. 16, 17), wskazujące rozkład procentowy zgłoszeń pacjentek na mammografię w roku 2007 – 2010. Choć z każdym rokiem obserwowano poprawę zgłaszalności, to liczby te nie były zadowalające, dalekie od 70%.

W Polsce w 2007 roku przeciętna zgłaszalność na badania mammograficzne wynosiła 29,1%, a w 2008 wzrosła o 7,4% do 36,5%. Najgorszym województwem w tych latach było świętokrzyskie, z wynikami 19,6% i 25,16%. Najlepsze w roku 2007 województwo warmińsko – mazurskie z pokryciem 37% spadło w następnym na drugie miejsce, mimo lepszego wyniku procentowego zgłoszeń – 43,12%. Województwu opolskiemu wynik 31,21% zapewnił w roku 2007 siódme miejsce, natomiast, jako najlepszy region w 2008 osiągnął 45,1% pokrycia, zachodniopomorskie z pokryciem blisko 32% (2007 rok) i 39,2% (2008 rok) zajęło szóstą lokatę (ryc. 12, 13).

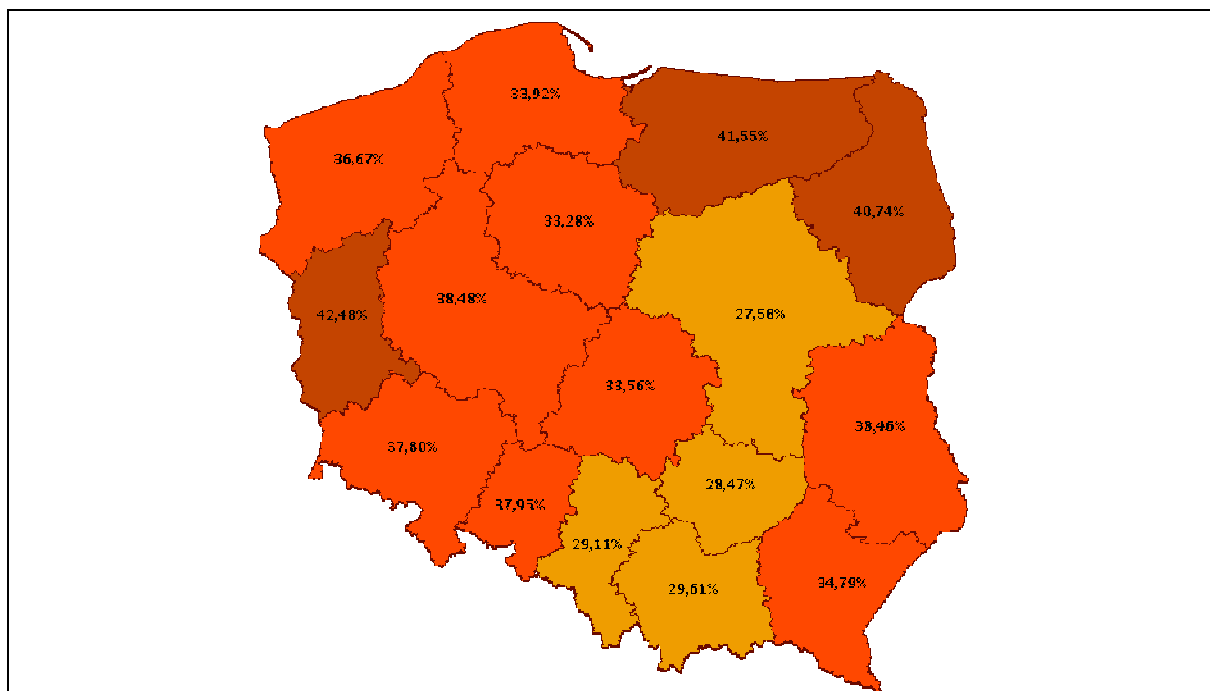


Ryc. 12. Polska. Objęcie populacji Programem Wczesnego Wykrywania Raka Piersi – 2007 rok
Źródło: SIMP 1.01.2008



Ryc. 13. Polska. Objęcie populacji Programem Wczesnego Wykrywania Raka Piersi – 2008 rok
Źródło: SIMP 1.01.2009

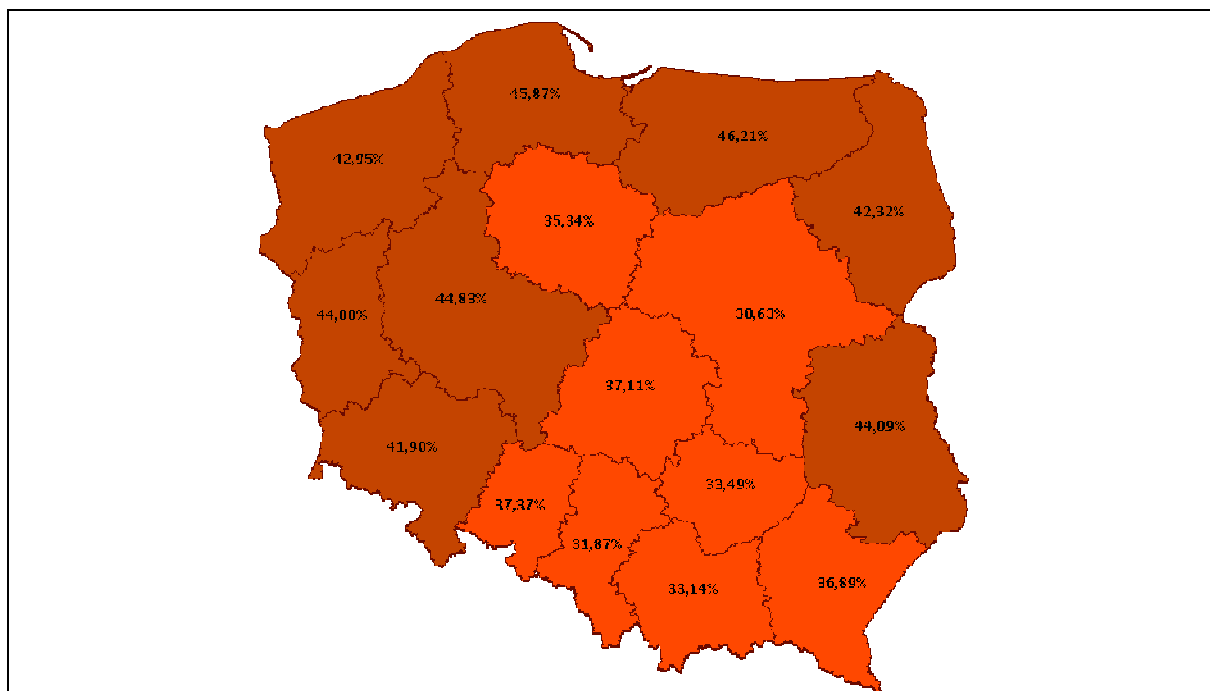
W 2009 średnia zgłaszalność na mammografię w Polsce była niższa o 1,2% niż w roku 2008 i wynosiła – 35,3%. W najgorszym, województwie mazowieckim, na badanie zgłosiło się 27,6%, a w najlepszym lubuskim 42,5% kobiet. Województwo zachodniopomorskie ze zgłaszalnością powyżej średniej krajowej – 36,7% zajęło siódme miejsce w kraju (ryc. 14).



Ryc. 14. Polska. Objęcie populacji Programem Wczesnego Wykrywania Raka Piersi – 2009 rok
Źródło: SIMP 1.01.2010

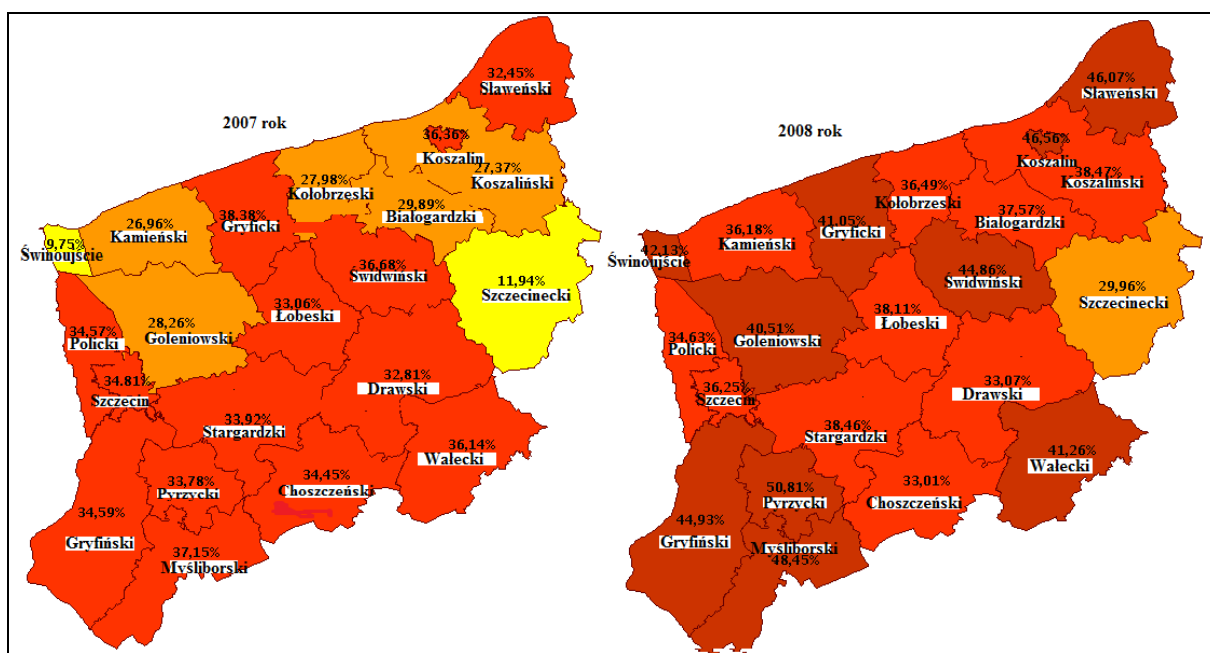
W 2010 we wszystkich województwach zgłaszalność kobiet na mammografię przekroczyła 30%. Średnia krajowa, to 39,3%. Najwyższą zgłaszalność 46,2% zanotowano w woje-

wództwie warmińsko – mazurskim, a najniższą w mazowieckim – 30,6%. Województwo zachodniopomorskie (42,9%) zajęło szóstą lokatę w kraju (Rycina 15).



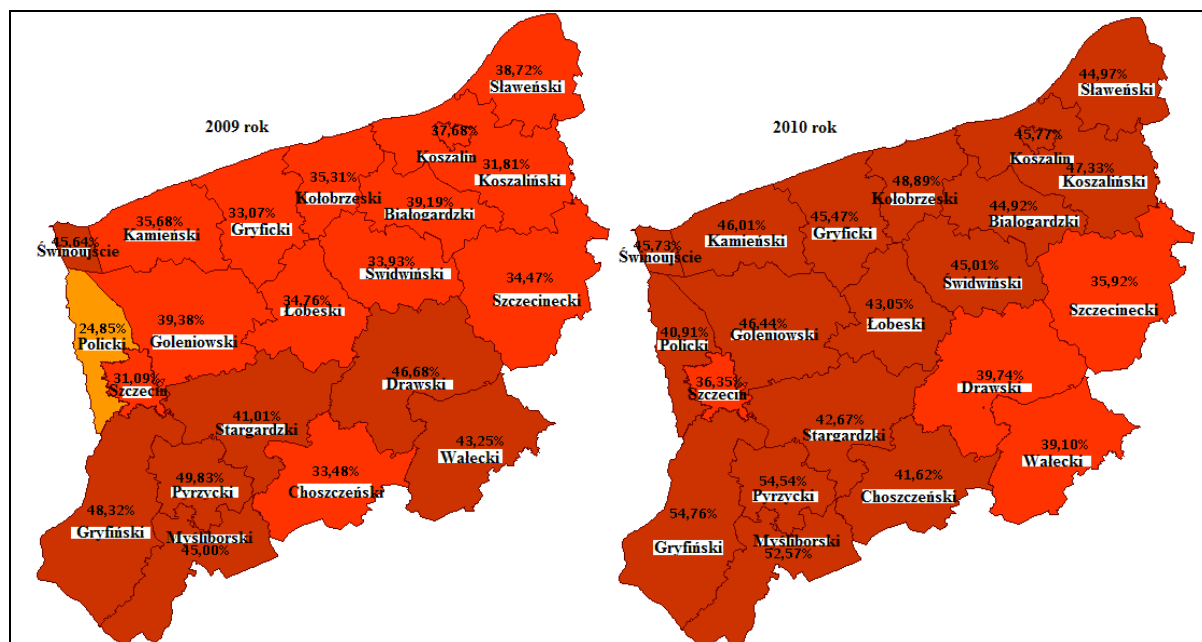
Ryc. 15. Polska. Objęcie populacji Programem Wczesnego Wykrywania Raka Piersi – 2010 rok
Źródło: SIMP 1.01.2011

Na Pomorzu Zachodnim przeciętna zgłaszalność populacji na badania mammograficzne w 2007 roku wynosiła 32%, w 2008 wzrosła do 39,1%, w 2009 obniżyła się do 36,7%, by wzrosnąć ponownie w 2010 do 42,9%. Wyniki zgłaszalności kobiet na to badanie w roku 2007 i 2008 przedstawia rycina 16.



Ryc. 17. Województwo zachodniopomorskie – powiaty. Objęcie mieszkanek Populacyjnym Programem Wczesnego Wykrywania Raka Piersi – 2007, 2008 rok*

W 2007 roku najłabsze wyniki osiągnięto w Świnoujściu (miasto, na prawach powiatu), gdzie na mammografię zgłosiło się 9,7% kobiet. Wynik ten poprawiono w 2008 roku do ponad 42%. Z kolei najlepszy w 2008 roku powiat pyrzycki z wynikiem 50,8%, w 2007 roku miał pokrycie równe 33,8%. Zgłaszalność mieszanek województwa zachodniopomorskiego (w wieku od 50 do 69 lat) w 2009 i 2010 roku przedstawia rycina 17.



Ryc. 17. Województwo zachodniopomorskie – powiaty. Objęcie mieszanek Populacyjnym Programem Wczesnego Wykrywania Raka Piersi – 2009, 2010 rok

*Źródło: SIMP 1.01.2011

W roku 2009 najmniej kobiet (24,9%) poddało się badaniu mammograficznemu w powiecie polickim, a w 2010 w szczecineckim (35,9%). Najlepszymi powiatami w 2009 były pyrzyckie (49,8%), a w 2010 gryfińskie (54,8%). Do powiatów, w których przekroczone 50% granicę zgłoszeń należały też pyrzyckie (54,5%) oraz myśliborskie (52,6%).

5.6. Analiza źródeł informacji, inspirujących pacjentki do wykonania badań mammograficznych

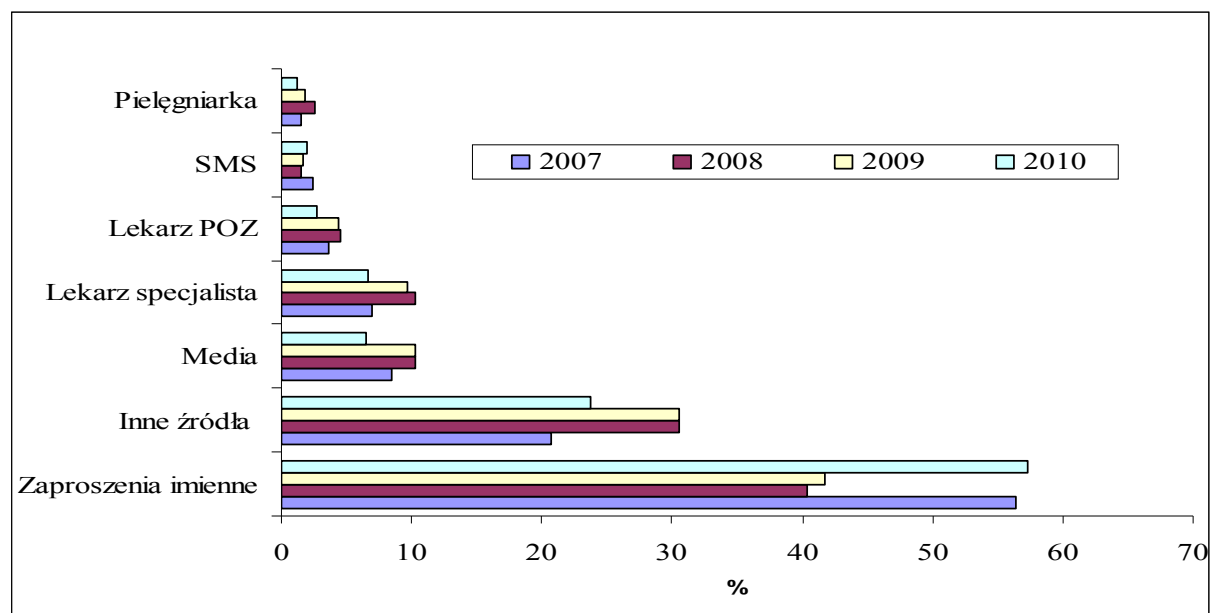
W latach od 2007 do 2010 roku badanie mammograficzne przeprowadzone w ramach Populacyjnego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Piersi wykonało ponad 3,5 mln Polek w wieku 50 do 69 lat. Przed badaniem pacjentki informowały (SIMP), że o mammografii dowiedziały się między innymi od lekarzy: specjalistów i POZ, pielęgniarek, z mediów, a także z informacji przesłanych za pośrednictwem zaproszeń imiennych (przekazanych pocztą) oraz drogą SMS – ową. Dane zawierające źródła informacji, które zdopingowały kobiety do wykonania badań mammograficznych w rozbiu na lata przedstawia tabela 65.

Tabela 65. Liczba i odsetek przesiewowych badań mammograficznych, wykonanych w Polsce od 2007 do 2010 roku, z podziałem na źródła informacji

Źródła informacji	2007		2008		2009		2010		2007 - 2010	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Lekarz POZ	33608	3,6	33791	4,5	38892	4,4	26459	2,7	132750	3,7
Lekarz specjalista	64609	6,9	77563	10,3	86297	9,7	66056	6,7	294525	8,3
Pielęgniarka	14105	1,5	18881	2,5	15830	1,8	12159	1,2	60975	1,7
Media	78778	8,4	77628	10,3	91623	10,3	64381	6,5	312410	8,8
SMS	22784	2,4	11656	1,5	14390	1,6	18413	1,9	67243	1,9
Zaproszenia imienne	527145	56,4	304801	40,4	372713	41,8	564388	57,3	176904	49,
Inne źródła	193243	20,7	229637	30,5	271711	30,5	233706	23,7	928297	26
Razem	934272	100	753957	100	891456	100	985562	100	356524	100

Źródło: opracowano na podstawie danych SIMP, COK Warszawa i WOK Szczecin

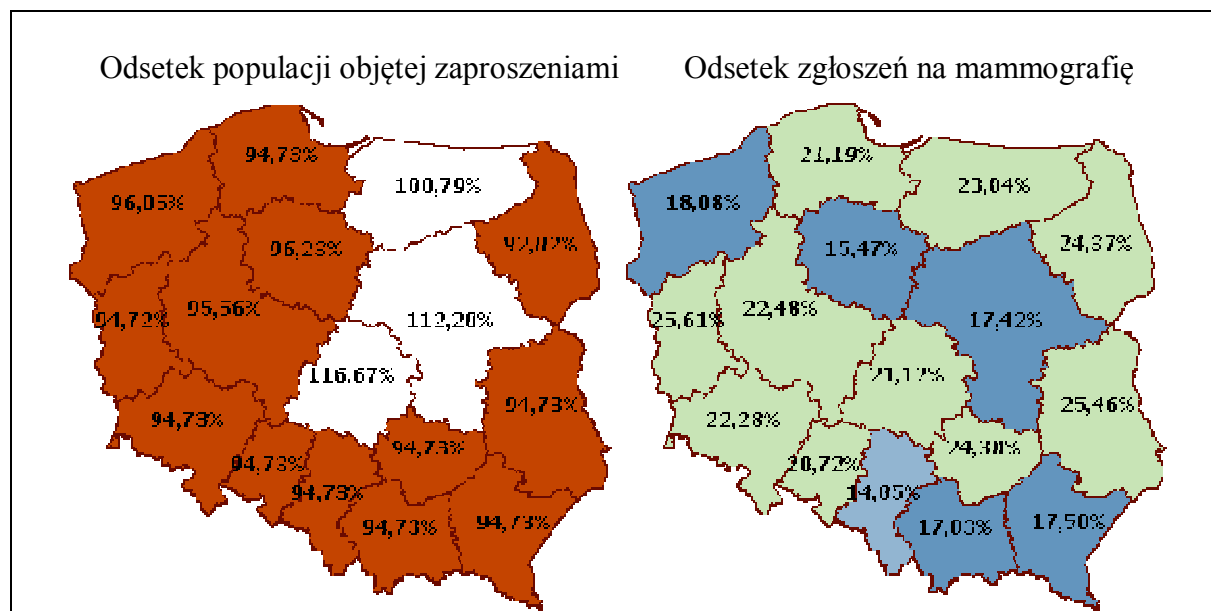
Z tabeli 66 wynika, iż Polki w wieku od 50 do 69 lat najczęściej poddawały się badaniom mammograficznym po otrzymaniu zaproszenia imiennego, przysłanego drogą listową. Najlepszy oddźwięk na tego typu zaproszenie zaobserwowano w roku 2010 (57,3%), a najniższy w roku 2008 (40,4%). Co czwartą kobietę do wykonania badania inspirowały inne niż podane w ankiecie źródła informacji. Media, zajmujące w tym rankingu trzecią pozycję, zachęciły do mammografii najwięcej kobiet (10,3%) w roku 2008 i 2009, a najmniej (6,5%) w roku 2010. Częściej lekarze specjaliści niż lekarze POZ mobilizowali podopieczne do badań. Mniejszą rolę w tym działaniu odegrały informacje przekazywane drogą SMS – ową i pielęgniarki. Zależności te wizualizuje również rycina 18.



Ryc. 18. Odsetek badań mammograficznych wykonanych w Polsce, w latach od 2007 do 2010 roku, z podziałem na źródła informacji

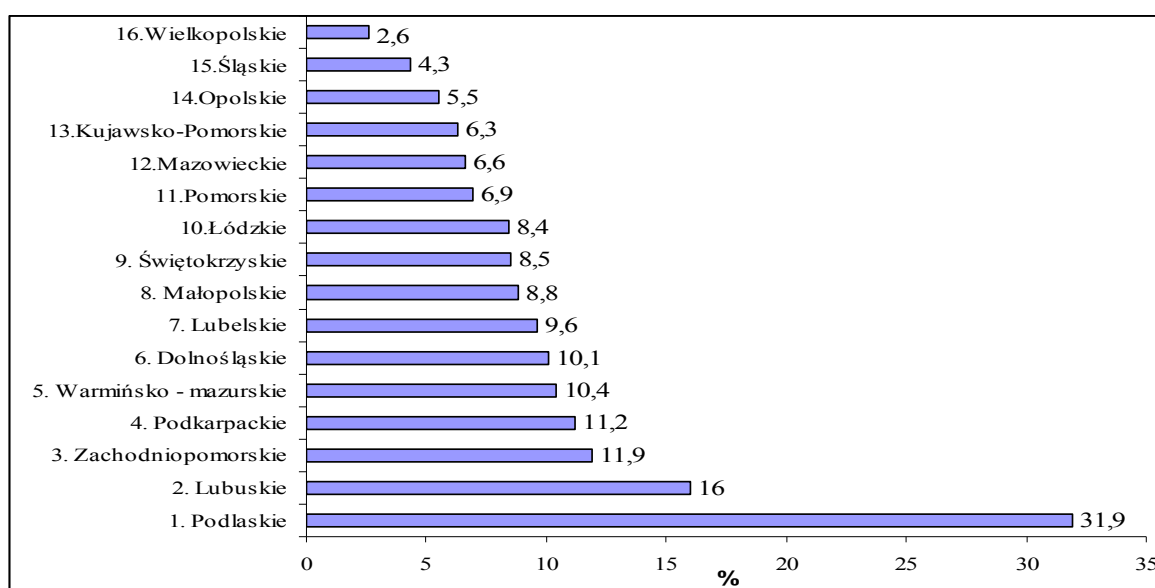
Źródło: opracowano na podstawie danych SIMP, COK Warszawa i WOK Szczecin

Mimo, że kobiety informowały, iż do wykonania mammografii mobilizowały je najczęściej zaproszenia imienne, to odzew na to źródło informacji był stosunkowo niski, co wizualizuje na przykładzie roku 2011 rycina 19. Województwo zachodniopomorskie należało do grupy sześciu regionów, w których zgłaszalność była najniższa i wynosiła mniej niż 20%.



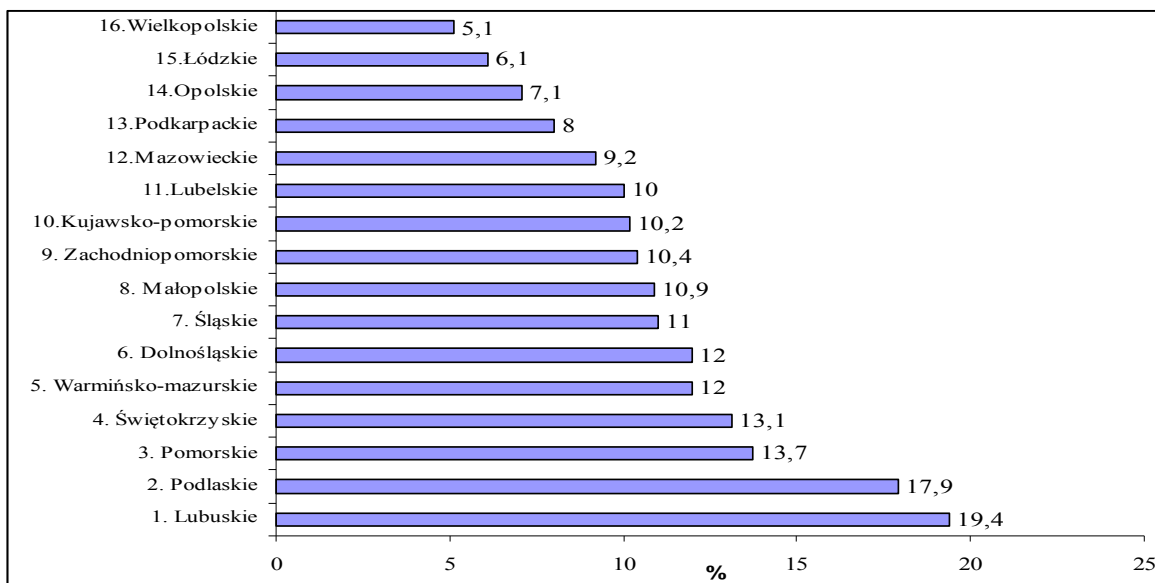
Ryc. 19. Objęcie populacji kobiet zaproszeniami w 2011 roku – stan na 01.01.2012 rok
Źródło: opracowano na podstawie danych WOK Szczecin i SIMP

Spośród siedmiu źródeł informacji, wpływających na podjęcie przez kobiety decyzji o wykonaniu badania mammograficznego, media zajmowały w latach 2007 – 2010 wysokie, trzecie miejsce. W roku 2010 zauważono wyraźny spadek ich wpływu na zgłaszalność, co w rozbiciu na lata przedstawiają ryciny od 20 do 23.



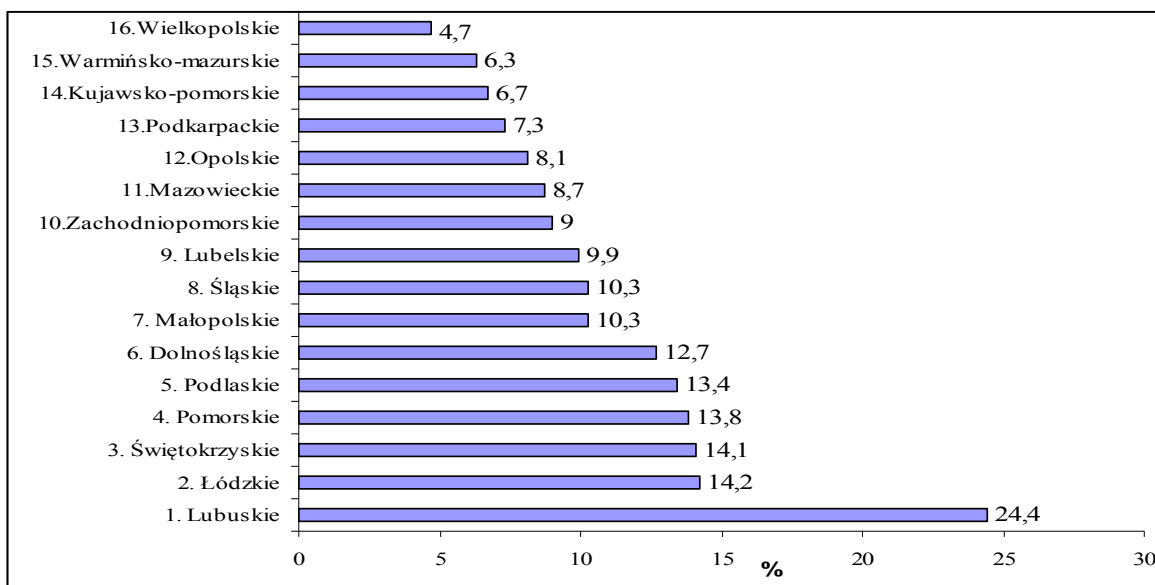
Ryc. 20. Odsetek mieszkanek z poszczególnych województw, które zadeklarowały, iż w roku 2007 wykonały mammografię po otrzymaniu informacji z mediów*

W roku 2007 najskuteczniejsze w zachęceniu kobiet do wykonania badania mammograficznego były media: podlaskie (31,9% zgłoszeń), następnie lubuskie (16%) oraz zachodniopomorskie (12%), a najmniej skuteczne: śląskie (4,3%) i wielkopolskie (2,6%). Rycina 21 przedstawia ranking mediów inspirujących kobiety do badania w roku 2008.



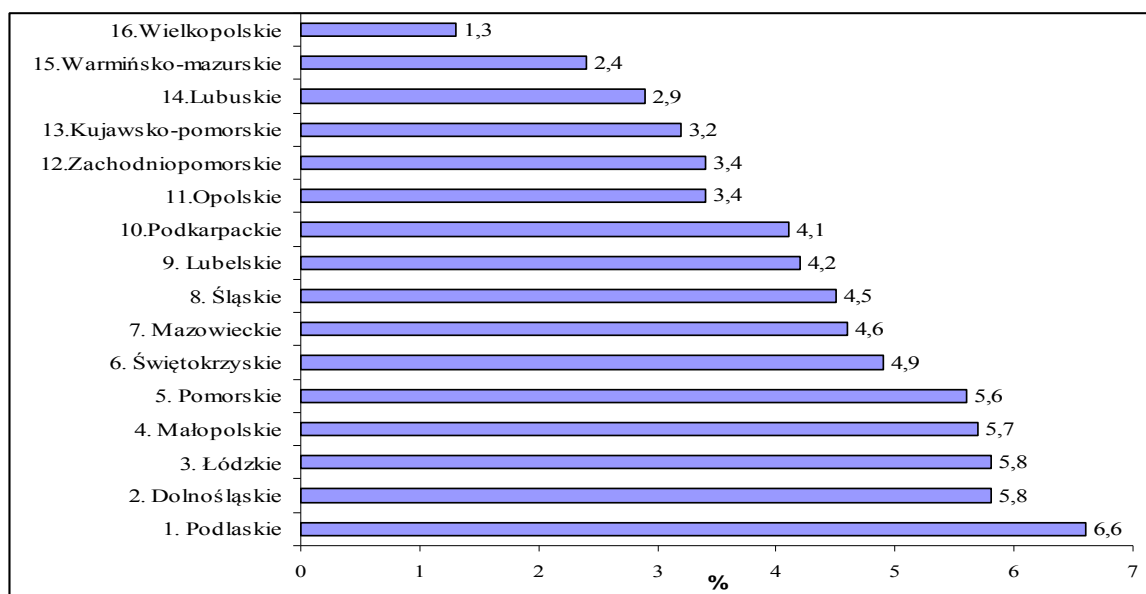
Ryc. 21. Odsetek mieszanek z poszczególnych województw, które zadeklarowały, iż w roku 2008 wykonały mammografię po otrzymaniu informacji z mediów*

W 2008 roku (Rycina 22) na czoło wysunęły się publikatory z: lubuskiego (19,4%) oraz podlaskiego (17,9%), zaś zachodniopomorskie mass media (10,4%) zajęły dziewiąte miejsce. Najgorsze wyniki odnotowano w opolskim (7,1%), łódzkim (6,1%) i wielkopolskim (5,1%).



Ryc. 22. Odsetek mieszanek z poszczególnych województw, które zadeklarowały, iż w roku 2009 wykonały mammografię po otrzymaniu informacji z mediów*

W roku 2009 ponownie liderem były media lubuskie (24,4%). Łódzkie środki masowego przekazu z przedostatniej pozycji w roku 2008 przesunęły się w roku 2009 na pozycję drugą (14,2%). Media zachodniopomorskie natomiast plasowały się na dziesiątym miejscu. Po raz kolejny odnotowano najniższą aktywność mediów w Wielkopolsce. Ranking mediów w 2010 roku wizualizuje rycina 23.



Ryc. 23. Odsetek mieszkańek z poszczególnych województw, które zadeklarowały, iż w roku 2010 wykonały mammografię po otrzymaniu informacji z mediów

***Źródło:** opracowano na podstawie danych COK PWWRP – Warszawa – listopad 2011

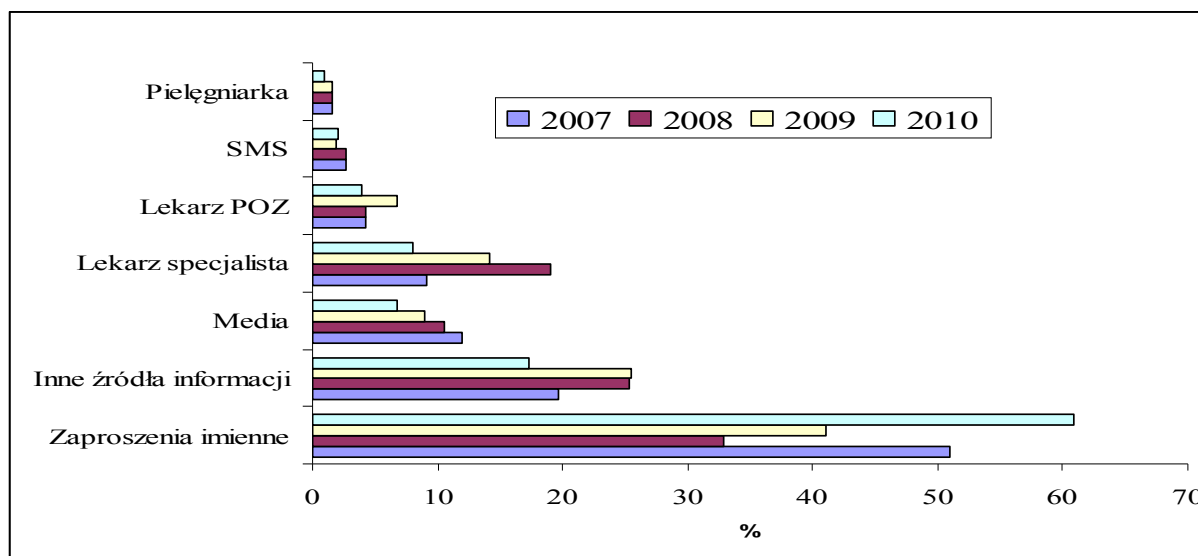
W 2010 roku najaktywniejsze w zachęcaniu kobiet do wykonania mammografii były media podlaskie (6,6%), a zachodniopomorskie i opolskie zajęły ex aequo 11 miejsce (3,4%). Źródła informacji, inspirujące mieszkanki Pomorza Zachodniego do udziału w przesiewowym badaniu mammograficznym od 2007 do 2010 roku przedstawia tabela 66.

Tabela 66. Liczba i odsetek badań mammograficznych, wykonanych w województwie zachodniopomorskim od 2007 do 2010 roku, z podziałem na źródła informacji

Źródła informacji	2007		2008		2009		2010		2007 - 2010	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Lekarz POZ	2002	4,2	2843	7,2	3068	6,8	2307	3,9	10220	5,4
Lekarz specjalista	4328	9,1	7488	19	6314	14,1	4746	8,1	22876	12
Pielęgniarka	722	1,5	932	2,4	712	1,6	523	0,9	2889	1,5
Media	5615	12	4109	10,5	4060	9	4007	6,8	17791	9,3
SMS	1226	2,6	1109	2,8	830	1,9	1264	2,1	4429	2,3
Zaproszenia imienne	24066	50,9	12926	32,8	18486	41,1	35903	60,9	91381	48
Inne źródła	9333	19,7	9949	25,3	11460	25,5	10191	17,3	40933	21,5
Razem	47292	100	39356	100	44930	100	58941	100	190519	100

Źródło: opracowano na podstawie danych SIMP, COK Warszawa i WOK Szczecin

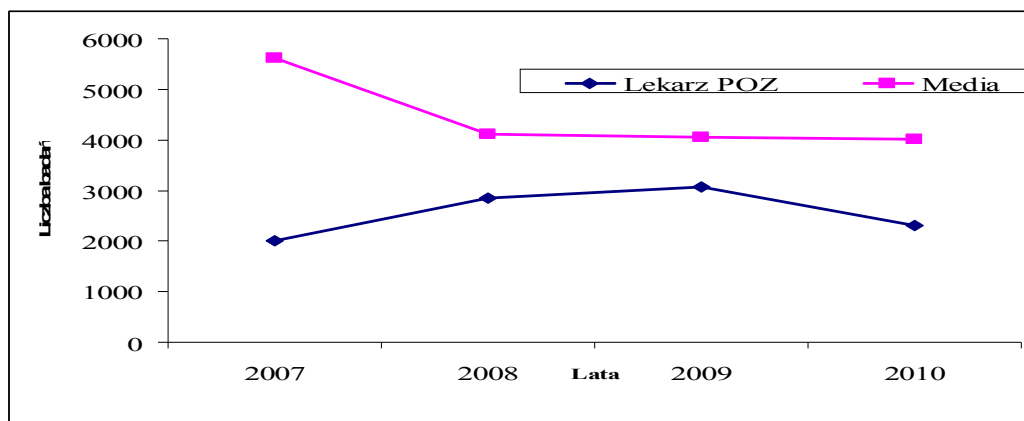
W latach od 2007 do 2010 media zachodniopomorskie najwięcej kobiet (12%) do wykonania badania mammograficznego zachęciły w roku 2007. Na pierwszym uplasowały się zaproszenia imienne, zaraz po nich inne źródła. Z każdym następnym rokiem obserwowano mniejsze zainteresowanie pacjentek anonsami medialnymi. W roku 2008 na mammografię, po otrzymaniu informacji z mediów zgłosiło się 10,5%, w 2009 – 9%, a w 2010 – 6,8% kobiet. Od 2008 roku zauważono większą aktywność lekarzy specjalistów, prawdopodobnie dlatego od tego czasu media, jako czynnik sprawczy decyzji o badaniu spadły na czwarte miejsce. Źródła informacji mobilizujące pacjentki do wykonania badań mammograficznych od 2007 do 2010 roku wizualizuje rycina 24.



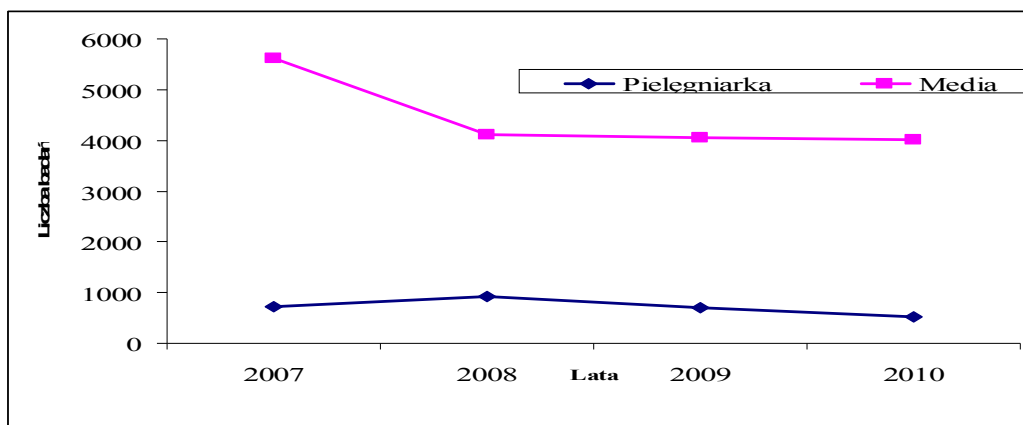
Ryc. 24. Odsetek badań mammograficznych wykonanych w województwie zachodniopomorskim, w latach od 2007 do 2010 roku, z podziałem na źródła informacji

Źródło: opracowano na podstawie danych SIMP, COK Warszawa i WOK Szczecin

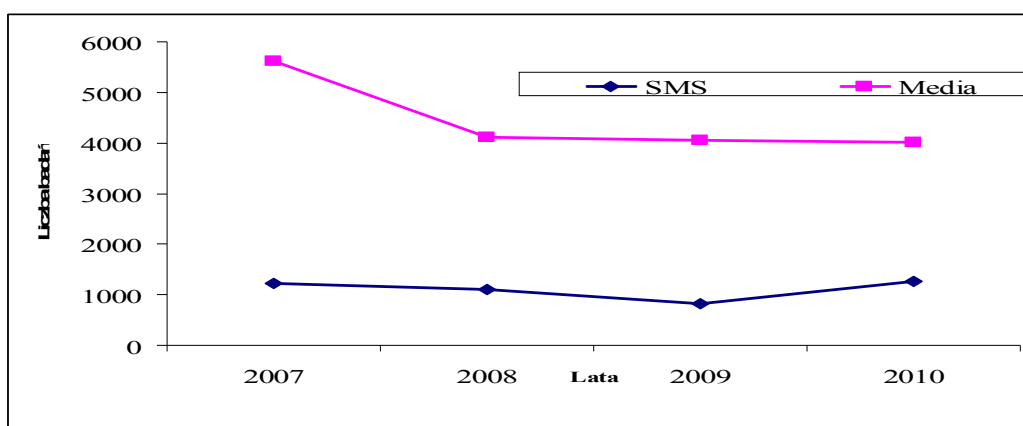
Ciekawie przedstawiała się zgłaszalność na mammografię w regionie w latach 2007–2010 w ujęciu – media, a pozostałe źródła informacji. Z rycin 25 do 27 wynika, że lepszy skutek w zachęcaniu do badań od lekarza POZ, pielęgniarki i SMS – ów miały media.



Ryc. 25. Liczba pacjentek z województwa zachodniopomorskiego, zmotywowanych do wykonania badania mammograficznego w latach 2007 – 2010 przez media i lekarza POZ*

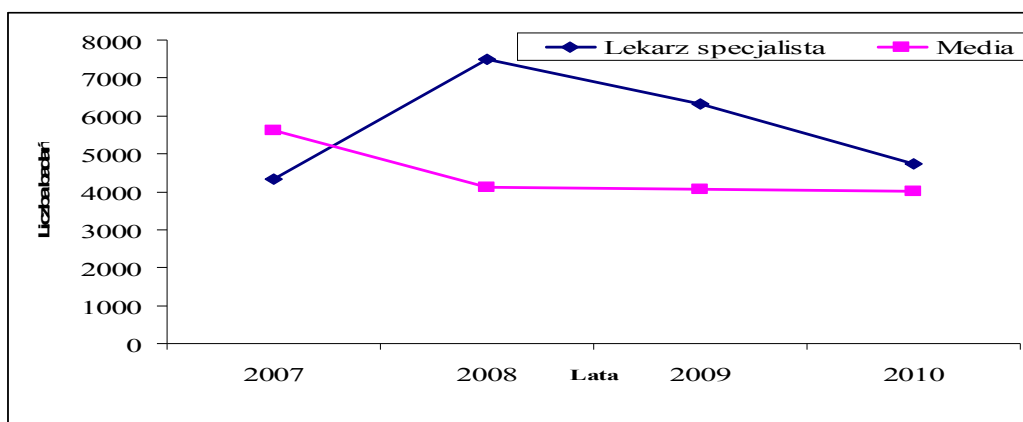


Ryc. 26. Liczba pacjentek z województwa zachodniopomorskiego, zmotywowanych do wykonania badania mammograficznego w latach 2007 – 2010 przez media i pielęgniarkę*

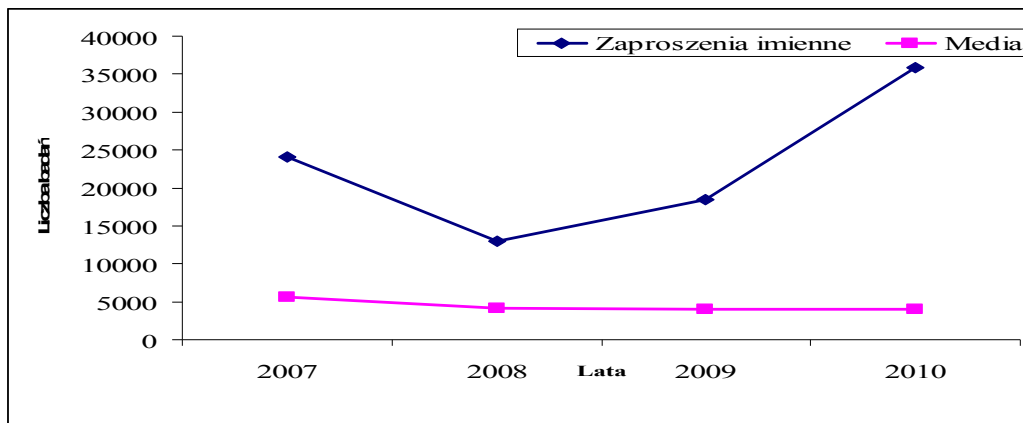


Ryc. 27. Liczba pacjentek z województwa zachodniopomorskiego, zmotywowanych do wykonania badania mammograficznego w latach 2007 – 2010 przez media i SMS

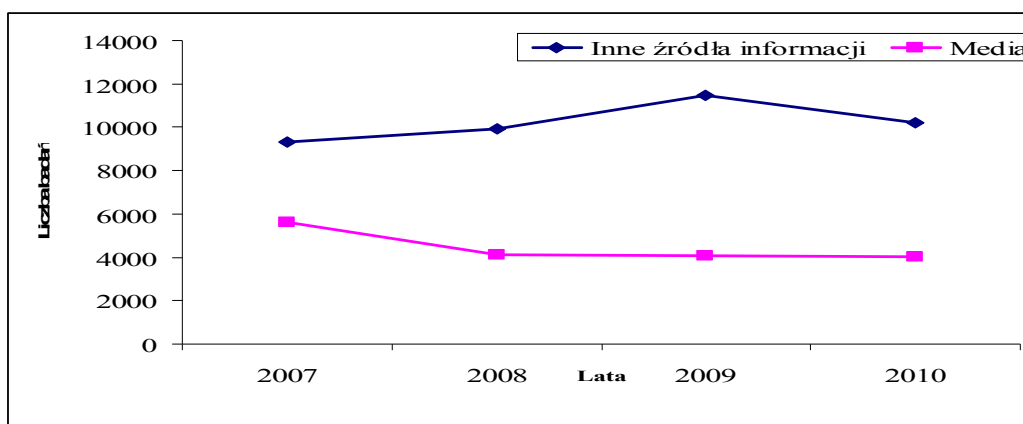
Po 2007 roku zaobserwowano wyraźny wzrost aktywności lekarzy specjalistów, mających coraz większe znaczenie w motywowaniu pacjentek do zrobienia mammografii. Media do roku 2007 były w tym duecie źródłem dominującym. Pozostałe źródła (zaproszenia imienne, inne źródła informacji) zawsze wyprzedzały media. (Ryciny: 28,29,30)



Ryc. 28. Liczba pacjentek z województwa zachodniopomorskiego, zmotywowanych do wykonania badania mammograficznego w latach 2007 – 2010 przez media i lekarza specjalistę*



Ryc. 29. Liczba pacjentek z województwa zachodniopomorskiego, zmotywowanych do wykonania badania mammograficznego w latach 2007 – 2010 przez media i zaproszenia imienne*



Ryc. 30. Liczba pacjentek z województwa zachodniopomorskiego, zmotywowanych do wykonania badania mammograficznego w latach 2007 – 2010 przez media i inne źródła
* **Źródło:** opracowano na podstawie danych zebranych w SIMP i WOK Szczecin

W województwie zachodniopomorskim w latach od 2007 do 2010, spośród 190519 badanych kobiet w ramach Populacyjnego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Piersi, 9,3% (17791) pacjentek wykonało mammografię po uzyskaniu informacji na temat badania z mediów. Przedstawione przykłady źródeł inspirujących do zrobienia badań pokazały, że media zajmowały trzecie lub czwarte miejsce w przekazywaniu wiedzy o badaniu mammograficznym. Wyprzedzały one informacje podane przez pielęgniarkę, SMS, lekarza POZ oraz w roku 2007 lekarza specjalistę. W latach 2007–2010 sygnały o skryningu docierały do pacjentek częściej z innych źródeł niż z mediów. We wszystkich latach wyższą pozycję niż media, miały zaproszenia imienne. Poza rokiem 2007 informację o mammografii więcej pacjentek uzyskało od lekarza specjalisty niż z mass mediów.

Dyskusja

Rak piersi jest najczęstszym nowotworem złośliwym u kobiet na świecie. Według Międzynarodowej Agencji Badań Nad Rakiem, w badaniu Globocan z 2008 roku, najwyższe współczynniki zachorowalności na raka piersi obserwuje się w krajach wysoko rozwiniętych, a umieralności w krajach najslabiej rozwiniętych [187].

W Polsce żyje około 55 – 60 tys. kobiet z chorobą nowotworową piersi. W 2009 roku z powodu raka piersi zachorowało 15864 osób (15752 kobiet i 112 mężczyzn), a zmarło 5311 osób (5242 kobiet oraz 69 mężczyzn). Rak sutka u mężczyzn jest chorobą występującą rzadko. Stanowi około 1% wszystkich raków sutka [27]. Szacuje się, że liczba zachorowań i zgonów na raka piersi u kobiet w Polsce będzie rosła, osiągając w 2025 roku 21,1 tys. nowych przypadków oraz 6,9 tys. zgonów [28]. W 2009 roku najczęściej raka piersi rozpoznawano u pacjentek w przedziale wiekowym od 50 do 65 lat. Przewiduje się, że w roku 2020 najwięcej kobiet chorych na tego raka będzie miało od 60 do 75 lat [90].

W ciągu ostatnich lat w większości krajów europejskich zauważono poprawę wskaźników 5 – letnich przeżyć. W Polsce wynosi on 75 i zbliża się do średniej europejskiej – 79,5 [27,163]. Poprawa tego wskaźnika będzie możliwa między innymi wówczas, gdy więcej kobiet objętych zostanie badaniami profilaktycznymi. Ważne znaczenie mogą mieć również: koordynacja między poszczególnymi podmiotami, realizującymi profilaktykę i leczenie, łatwiejszy dostęp do nowoczesnej diagnostyki i nowych metod leczenia, skrócenia czasu od rozpoznania do leczenia, wzrost świadomości pacjentek oraz skryning mammograficzny [90,166]. Jest to istotne wyzwanie dla menadżerów opieki zdrowotnej i polityków [107].

Jednym z najlepiej poznanych badań profilaktycznych raka piersi jest skryning mammograficzny [30,75,116,173,194]. W ośmiu randomizowanych badaniach prowadzonych przez 40 lat w Stanach Zjednoczonych i Europie, na grupie kobiet od 40 do 70 lat udowodniono korzyści z tego sposobu badań. W Nowojorskim programie – Health Insurance Plan wzięło udział 31 tys. pacjentek w wieku od 40 do 64 lat. Po dziewięciu latach zaobserwowano 29% spadek umieralności wśród pacjentek biorących udział w programie, w porównaniu z kobietami niezbadanymi [56,67]. Badanie szwedzkie wykazało podobne zmniejszenie odsetka zgonów [113,114]. W programie duńskim Cochrane’a 3 zanotowano 15% obniżenie umieralności, a Amerykańskiej Agencji ds. Profilaktyki (US Preventive Services Task Force) 16%. Badania amerykańskie, skandynawskie, brytyjskie i australijskie pokazały, że po skryningu rozpoznano o 30–40% więcej raków piersi, ale też przy najdłuższym czasie obserwacji u 25% kobiet zauważono nadrozpoznowalność, czyli zbędne leczenie [46,54,56]. Kolejne badania dowiodły, że zdarza się, iż rozpoznania fałszywie dodatnie wyników mammograficznych,

doprowadzają też do większej liczby nieuzasadnionych amputacji piersi. Długie oczekiwanie na wynik badania wywołało też stres psychiczny, a także fałszywe alarmy u zdrowych mieszkanki Norwegii (21%) i Stanów Zjednoczonych (49%) [35,56,65,67,90]. Dlatego słusznym wydają się spostrzeżenia Profesora Petera Goetzschego z Nordic Cochrane Collaboration, który zwraca uwagę na nierzetelne informowanie pacjentek o zagrożeniach, jakie również może nieść udział w przesiewowych badaniach mammograficznych [55].

Międzynarodowa Agencja Badania Raka uznała, że najkorzystniejsze efekty skryningu mammograficznego uzyskuje się w odstępach dwuletnich u kobiet w wieku 50 – 69 lat, natomiast U.S Preventive Service opublikowało informację, że nie ma wystarczającej liczby badań, które potwierdziłyby satysfakcjonujące korzyści z objęcia badaniami przesiewowymi kobiet od 40 roku życia [20,68].

Zasady wczesnego wykrywania nowotworów złośliwych w Unii Europejskiej sformułowano w 2003 roku w Rekomendacji Rady Unii Europejskiej [157]. Wcześniej, bo w 1995 roku w Wielkiej Brytanii podjęto się prób opracowania programu polityki zdrowotnej z elementami walki z rakiem, nazwanego: Calman – Hine Report. Dokument ten uznano za podwalinę narodowego programu walki z rakiem [38].

W roku 2000, w Anglii i Danii oraz w 2003 roku we Francji powstały narodowe programy walki z rakiem, które między innymi zalecały wprowadzenie populacyjnych badań przesiewowych [24,109,188].

Zgodnie z zaleceniami komisji ekspertów Unii Europejskiej i doświadczeniami wielu krajów, realizujących narodowe programy profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi, w Polsce w 2005 roku wprowadzono Ustawę Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych. Dokument określił zasady badań przesiewowych, którym raz na dwa lata powinny się poddawać Polki w wieku od 50 do 69 lat [62,198].

W modelowym skryningu mammograficznym rekrutacja oparta jest na aktywnym, imiennym systemie zapraszania pacjentek na badania oraz kontroli zgłaszalności, która powinna oscylować wokół 70% - 75%. Taka zgłaszalność pozwala zredukować umieralność o około 30% [40,90,116,153].

W 2007 roku z przesiewowych badań mammograficznych skorzystało ponad 59 mln mieszkanki Unii Europejskiej w wieku od 50 do 69 lat. Populacyjnym programem objęto ponad 90% kobiet (54 mln) z 22 krajów, a w pięciu krajach badania te wykonano u pacjentek w ramach programów niepopulacyjnych [79,90].

W Polsce, według danych Systemu Informatycznego Medycznej Profilaktyki (SIMP), z grupy zaproszonych pacjentek, na badania mammograficzne zgłosiło się od 29,1% w roku 2007 do 39,3% w 2010 roku (Ryciny: 12 – 15) [140 – 143].

W województwie zachodniopomorskim spośród ponad 226 tys. kobiet w wieku od 50 do 69 lat, w przesiewowych badaniach mammograficznych w 2010 roku wzięło udział niecałe 43% (Ryc. 15). Stąd celem dysertacji było ustalenie, jakie elementy wpływają na realizację profilaktyki raka piersi w województwie zachodniopomorskim, ze szczególnym uwzględnieniem roli mediów, jako zachęcającego do przeprowadzenia badania mammograficznego informatora i inspiratora.

Informacje na ten temat otrzymano, analizując dane statystyczne Wojewódzkiego Ośrodka Koordynującego Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi (WOK), Systemu Informatycznego Medycznej Profilaktyki (SIMP) oraz Zachodniopomorskiego Centrum Onkologii (ZCO) w Szczecinie. Przedstawione badania epidemiologiczne i statystyczne, pochodziły przede wszystkim z lat 2007 – 2010, ponieważ od 2007 roku Populacyjny Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Piersi realizowany był jako w pełni aktywny i populacyjny.

Ważnym narzędziem była również specjalnie opracowana dla potrzeb pracy ankietowa. Badaniem ankietowym objęto 300 kobiet, reprezentujących pięć grup: Pracownicy mediów i placówek ochrony zdrowia, Amazonki – członkinie Stowarzyszenia „Agata” w Szczecinie, Mieszkanke wsi, pełniące w województwie zachodniopomorskim zachodniopomorskich funkcję Sołtysów oraz Studentki medycyny (str. 47). Ankietowane miały: od 21 do 80 lat i zróżnicowane wykształcenie: od podstawowego po wyższe (Tabele: 4,5,6). Kobiety reprezentujące publikatory pracowały: w telewizji, w radiu i w prasie. Pracownicy ochrony zdrowia reprezentowały dziewięć specjalizacji. Spora grupa przyszłych lekarek deklarowała współpracę z mediami. Mieszkanke wsi reprezentowały bardzo zróżnicowane zawody. Wśród Amazonek najwięcej osób żyło od operacji 5 lat. Większość kobiet pracowała zawodowo (str. 53 – 54).

Analiza danych Systemu Informatycznego Medycznej Profilaktyki, informująca o 43% udziale mieszkanek Pomorza Zachodniego w badaniach przesiewowych budzi pewien niepokój, ponieważ optymalne efekty skryningu uzyskać można dopiero przy 70 – 75% zgłaszalności, a w województwie zachodniopomorskim prawie 60% mieszkanek nie poddało się badaniom mammograficznym. Z ankiety wynika, że im starsze były reprezentantki mediów, tym częściej uważały, że kobiety nie biorą udziału w skryningu, ponieważ boją się badania, informacji o chorobie, nie mają czasu, pieniędzy na dojazd oraz wystarczającej wiedzy. Częściej starsze niż młodsze pracownicy ochrony zdrowia uważały, że przed udziałem w skrynin-

gu paraliżuje strach dotyczący badania, brak czasu, wystarczającej wiedzy i brak pieniędzy na dojazd do placówki diagnostycznej. Podobne zależności między wiekiem ankietowanych Amazonek dostrzeżono w odniesieniu do lęku przed informacją o chorobie, braku pieniędzy na dojazd na badanie, braku wiedzy i niechęci. W przypadku Mieszkanek wsi, prawidłowość ta zachodziła w odniesieniu do odpowiedzi: „Nie mają czasu”. Wszystkie kobiety mieszkające na wsi, bez względu na wiek i wykształcenie, za przyczynę niezgłaszania się na badania podawały brak środków finansowych na transport. W odniesieniu do strachu przed badaniem, statystycznie istotne różnice zarysowały się między większością grup (Tabele: 54 – 56).

Udział kobiet w badaniach mammograficznych jest wciąż zbyt niski, między innymi z powodów społecznych, organizacyjnych, ekonomicznych, jak i psychologicznych. Udowodniono, że częste epatowanie informacjami dotyczącymi porażek w medycynie, może mieć negatywny wpływ na emocje adresatek, co zniechęca do udziału w skryningu [156]. Wielokrotne przedstawianie na przykład pacjenta w terminalnym stanie choroby nowotworowej, nie wzbudza tak silnych emocji u odbiorców, jak ma to miejsce w przypadku pierwszej prezentacji. Dlatego medialne apele lękowe nie odnoszą oczekiwanego skutku zmian zachowań, dotyczących dbania o zdrowie [156].

Podobne odczucie miały osoby biorące udział w badaniu Millward Brown z 2010 roku „Postawy wobec programu profilaktyki raka piersi”. Były one zdania, że zamiast podawać informacje o liczbie zgonów, lepiej mówić i pisać o skutecznie wyleczonych pacjentkach, które wykonały badanie mammograficzne [146]. W badaniu tym 83% respondentek znało dobrze Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi. Zdaniem respondentek, najlepszym źródłem informacji na jego temat były środki masowego przekazu (42,5% – telewizja, prasa i radio) [146]. Istotną rolę odgrywały też zaproszenia imienne (28,3%), a także dostępne w placówkach ochrony zdrowia ulotki i plakaty (23,5%). Wśród kobiet, które nie wykonały badania mammograficznego z własnego wyboru, aż 41% wiedziało o możliwości poddania się bezpłatnej mammografii. Przyczyną takiej postawy były między innymi pokutujące stereotypy myślenia o nowotworach, takie jak: „Lepiej nie wywoływać wilka z lasu” – 24%; „Lepiej nie wiedzieć” – 24%; „Lepiej nie ruszać” – 21% [146]. Diametralnie różne podejście do sprawy miały Polki, które wykonały mammografię w ramach populacyjnego programu. Uważały że: „Przeprowadzone badanie daje gwarancję dostępu do leczenia” – (32%) oraz istnieje możliwość dalszej diagnostyki (28%), a ponadto były zdania, że „Rak wcześniej wykryty jest naprawdę wyleczalny” – (32%) [146]. Z badania tego wiadomo też: że aż 72% Polek w wieku 50 – 69 lat minimum raz w roku bywa u lekarza rodzinnego i respon-

dentki ufają swoim lekarzom, dlatego chciałyby, aby lekarze POZ kontrolowali z własnej inicjatywy zdrowie podopiecznych i przypominali o terminarzu badań profilaktycznych [146].

Ważne jest, by kobiety miały pozytywny stosunek do badań, ponieważ z analiz brytyjskich wynika, że 63% pacjentek dobrze nastawionych do mammografii, w terminie uczestniczyło w skryningu, a 72% osób o negatywnym podejściu do problemu, nie wykonało badania o czasie [147].

W Europie najlepsze wskaźniki zwalczania nowotworów osiągane są w krajach nordyckich, gdzie stworzono warunki łatwiejszego dostępu do badań, opracowano metody przekonywania kobiet do systematycznego udziału w badaniach przesiewowych. Jest to o tyle ważne, że wykrycie nowotworu we wczesnej, przedklinicznej fazie ma większe znaczenie w rokowaniu niż jakakolwiek kombinacja metod w późniejszej fazie choroby [82,90,152].

W województwie zachodniopomorskim – między innymi dzięki mediom, nagłaśniającym problematykę profilaktyki onkologicznej (w tym cyklowi radiowemu „Szkoła Zdrowia” – od 1991 roku na antenie Polskiego Radia Szczecin, czy od 1999 roku kampaniom multimedialnym „Różowa i niebieska wstążka”) – coraz więcej pacjentów zgłasza się do onkologa z mniejszymi zmianami nowotworowymi. Lekarze z Zachodniopomorskiego Centrum Onkologii (ZCO) w Szczecinie (gdzie operuje się najwięcej raków piersi w regionie), usuwają coraz mniejsze, a zatem lepiej rokujące wyleczenie nowotwory. Badanie Profesora Wenancjusza Domagały z Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego dowiodło, że 14% operowanych w ZCO w Szczecinie raków sutka w 1994 miało wielkość poniżej 1 cm, a w 2001 było ich już 29%. W 1994 roku operowano ponad 50% zmian o wielkości między 11 – 20 mm, w 2001 – 46%. Z zależności tej wynika, że przybywa pacjentek z rakami poniżej 1 cm, a maleje z nowotworami o wielkości: 1,1 – 2 cm [32]. Zgodnie z doświadczeniami innych krajów Europejskich, ten przykład świadczyć może także o wzroście świadomości kobiet na temat profilaktyki nowotworowej, którą osiągnięto w regionie między innymi poprzez poradnictwo – również medialne, edukację pacjentek, dotyczącą prawidłowych zachowaniach zdrowotnych, które odgrywają istotne znaczenie w łańcuchu wartości systemu ochrony zdrowia [90].

Dzięki wykorzystaniu mediów możliwa jest też poprawa świadomości kobiet na temat dziedzicznie uwarunkowanego raka. Zespół szczecińskich genetyków (Lubiński, Gronwald, Górski) za pośrednictwem miesięcznika „Twój Styl” umieścił ofertę, pozwalającą na nieodpłatne wykonanie 5 tys. testów na obecność trzech mutacji w genie BRCA1. Informację tę poprzedzono cyklem artykułów na temat raka piersi, metod leczenia i wykrywania choroby. Z opublikowanych w Breast Cancer Research and Treatment danych na temat wyników tej współpracy wiadomo, że spośród 5024 pacjentek, które wykonały badanie, u 198 kobiet

(3,9%) stwierdzono mutacje. Koszt wykrycia mutacji oscylował wokół 630 dolarów. To 50 – 100 razy mniej niż koszt wykrycia w Ameryce Północnej. Czytelniczki Twojego Stylu (70%) skorzystały z opcji profilaktycznych proponowanych przez poradnie genetyczne, a 98 % rekomendowało wykonanie testów kobietom, u których w najbliższej rodzinie występował rak jajnika lub piersi [58].

Na Pomorzu Zachodnim media wspierane były merytorycznie w wielu przypadkach przez zespół Profesora Lubińskiego, stąd ukazywały się w nich wielokrotnie materiały, dotyczące problematyki nowotworów dziedzicznie uwarunkowanych. Miało to wpływ na poszerzanie wiedzy kobiet z zakresu profilaktyki raka piersi. Ankietowane (najczęściej Mieszkancki wsi i Amazonki oraz większość Studentek) podały, że z popularnych, ogólnodostępnych publikatorów dowiedziały się o mutacjach w genach BRCA1 i BRCA2. Częściej Mieszkancki wsi niż Amazonki objęte Populacyjnym Programem Wczesnego Wykrywania Raka Piersi informowały, że z publikatorów czerpały wiedzę między innymi na temat samobadania piersi, objawów raka piersi, terminów skryningu mammograficznego, mutacji w genach. Świadczyć to może o tym, że kobiety mieszkające na wsi miały utrudniony (choćby ze względu na odległość) dostęp do ośrodków ochrony zdrowia, dlatego wiedzę na temat profilaktyki nowotworowej, częściej niż przedstawicielki pozostałych grup, uzupełniały, wykorzystując do tego celu ogólnodostępne media. Pracownicy mediów i placówek ochrony zdrowia dane na ten temat czerpały z czasopism specjalistycznych (Tabele: 51– 53).

Pewne wątpliwości wywołują doniesienia medialne, dotyczące na przykład badań genetycznych, w których zachęcano Polki do samodzielnego pobierania własnego materiału biologicznego i przesyłania go do sprawdzenia pocztą [100]. Brak odpowiedzialności ze strony organizatorów badań i nagłaśnianie korzyści, wynikających z tego sposobu diagnostyki w mediach, nieść mogą przykre konsekwencje. Kobieta w chwili otrzymania wyniku o mutacji w genie BRCA1/2 może poczuć się zagrożona, zagubiona i przerażona. Destruktywne konsekwencje mogą przynieść także informacje o ujemnym wyniku testu, ponieważ wówczas pacjentka nie przeprowadza badań profilaktycznych uznając, że jest zdrowa [100].

Fakt, że media mogą wywoływać nieprzewidywalne skutki, znany jest od dawna. W 1938 roku w Stanach Zjednoczonych np., odtworzenie radiowego słuchowiska o inwazji Marsjan na Ziemię – „War of the Worlds” Orsona Welles’a wywołało panikę. Podczas emisji słuchowiska wiele osób uciekło z domów, odnotowano też przypadki samobójstw [11].

Raport on Board PR–ECCO Network przeprowadzony w oparciu o badania TNS OBOP, z października 2005 roku wykazał, iż w zależności od tematyki, opublikowane w mediach informacje żyć mogą „własnym życiem”. Odbiorcy mass mediów najczęściej przekazują w

rozmowie innym osobom wiadomości medialne związane z: aferami, katastrofami (51%), na drugim miejscu plasują się informacje o zdrowiu (50%), a na trzecim wydarzenia w moim mieście (48%) [132].

Nieoczekiwany efekt zainteresowania pacjentek zdrowiem i poprawę zgłaszalności na badania profilaktyczne, zauważył Simon Chapman wówczas, gdy media donoszą o chorobie gwiazd show biznesu [17]. Analizował wiadomości medialne o raku piersi popularnej piosenkarki Kylie Minoque. Profesor wykazał, że po dotarciu do mediów informacji o chorobie wokalistki, nastąpił ponad 20 – krotny wzrost liczby publikacji o nowotworach. W magazynie Medical Journal, Chapman podał, że po nagłośnionej medialnie diagnozie piosenkarki, na mammografię zapisało się o 101% kobiet więcej w wieku 40 – 69 lat. Sześć tygodni od pierwszego doniesienia o chorobie gwiazdy, liczba pacjentek poddających się mammografii pozostała na poziomie o 40% wyższym niż przed upublicznieniem tej informacji. Chapman podkreślił, że publikacje o zdrowiu i medycynie mogą w znaczący sposób przyczynić się do zmiany postaw społeczeństwa. Choroba celebrytki skłaniała media do obszernych informacji o problemie, podczas gdy prowadzenie równie szeroko zakrojonej kampanii informacyjnej w normalnych warunkach wymagałoby poniesienia ogromnych kosztów. Podkreślił, iż warto opracować strategię odpowiedzi na relacje medialne o chorobach gwiazd [17].

Odpowiedzi respondentek (wypełniające ankietę dla potrzeb dysertacji) potwierdziły, że istotne jest to, jak i kto w mediach przekazuje informacje na temat nieprawidłowych nawyków zdrowotnych. Wszystkie Amazonki zainteresowane były wypowiedziami osób, którym udało się wygrać z chorobą. Mieszkanki wsi ceniły prosty, medialny język przekazu i wypowiedzi popularnych ludzi. Większość Amazonek, Mieszkanek wsi i wszystkie Studentki podkreślały, że gośćmi mediów były autorytety medyczne, do których pacjentki miały utrudniony dostęp. Dla Kobiet ze wsi atrakcją były konkursy. Respondentki uważały, że informacje wpływające na zmianę nieprawidłowych nawyków zdrowotnych od lekarza są skuteczniejsze niż medialne wówczas, gdy medyk ma bezpośredni kontakt z pacjentem, ma dla niego czas i omawia indywidualnie zachowania zdrowotne (Tabele: 28 – 33). Uważały, że na tym polu działania, ważna jest współpraca lekarzy z mediami i odwrotnie (Tabele: 34 – 36).

Ankietowane były zdania, iż publikacje medyczne są dobrze kolportowane (emitowane) przede wszystkim w radiu, następnie telewizji, prasie codziennej, prasie bezpłatnej, magazynie kobiecym, miesięczniku, tygodniku i Internecie. Podstawowym źródłem informacji dla Studentek był Internet, a także radio, prawdopodobnie jako medium towarzyszące, nie odrywające od innego zajęcia. Mieszkanki zachodniopomorskich wsi twierdziły, że wiedza o zdrowiu w pierwszym rzędzie powinna docierać z bezpłatnej prasy, a następnie z radia i telewizji.

Pracownice mediów najwyżej lokowały telewizję, radio i magazyny kobiece, natomiast Pracownice ochrony zdrowia radio, prasę codzienną i magazyny kobiece (Tabele: 12 – 15).

Wynik dotyczący Internetu, jako źródła informacji, był zbieżny z badaniem przeprowadzonym na ponad trzech tysiącach osób w wieku 15 – 34 przez SMG KRC (maj 2010). Prawie 75% ankietowanych słuchało stacji radiowych on – line. Medium to towarzyszyło pracy przy komputerze [83]. Wcześniejszy raport On Board PR – ECCO z 2005 pokazał, że dla 21% uczniów i studentów media pisane nie są wiarygodnym źródłem informacji. Grupa ta ceniła Internet [132]. Preferencje młodszego odbiorcy, co do mediów, mogą mieć znaczenie w przyszłości tym bardziej, że przemysł informacyjno – medialny potrafi najszybciej dotrzeć do sfer psychologicznej i społecznej człowieka. Media zajmują Polakowi trzecie miejsce w podziale zajęć dobowych po pracy i śnie, a odbiorcy rozumieją i pamiętają od 5% do 30% informacji zawartych w publikacjach przynajmniej przez dobę. Dlatego informacje medialne powtarzane w różnych konfiguracjach, w różnym szyku, mogą wpływać na zmianę zachowań i stylu życia odbiorców [108,131,164,168].

Wśród form dziennikarskich, ułatwiających przestrzeganie zasad profilaktyki Pracownice mediów najczęściej podawały: informację prasową, radiową i telewizyjną, audycje oraz artykuły informacyjne, wywiad z lekarzem, spot informacyjno – reklamowy. Wszystkie osoby zatrudnione w placówkach ochrony zdrowia oraz Studentki wymieniały wywiad z lekarzem, a Amazonki wywiad z lekarzem, pacjentem oraz z lekarzem i pacjentem jednocześnie. Wszystkie Mieszkanki wsi, Amazonki oraz reprezentantki mediów wskazały na publikacje z telefonicznym udziałem odbiorców (Tabele: 16 – 19).

Bogactwo form dziennikarskich daje twórcom publikacji szeroki wachlarz możliwości dotarcia do czytelników, radiosłuchaczy, telewidzów i internautów, co w konsekwencji może wpłynąć na zmianę świadomości i zachowań zdrowotnych pacjentów [73,108]. Znajomość tych form i łatwość w ich operowaniu może uatrakcyjnić i urozmaicić dzieło przygotowane przez autora i zachęcić odbiorców do przestrzegania zasad profilaktyki nowotworowej. Dlatego ważny jest wybór formy z jakiej korzysta dziennikarz w czasie przygotowania i emisji oraz kolportowania publikacji medycznych dla pacjentów. Różne mogą być cele twórców i oczekiwania odbiorców. Siła tych form, jak i znajomość preferencji odbiorców, może ułatwić promotorom zdrowia dotarcie do konkretnej grupy pacjentów, właśnie poprzez dobrane do ich potrzeb i oczekiwań środki przekazu. Pozwoli to zaoszczędzić sporo pieniędzy na wielokrotne wysyłanie zaproszeń na mammografię, a także poprawić złą ocenę efektów medialnej promocji zdrowia.

Skuteczność działań mediów na przestrzeni dekady, w przypadku inspirowania kobiet do przestrzegania profilaktyki raka piersi malała. W 2001 roku CBOS przeprowadził badanie na temat profilaktyki raka piersi w kontekście ogólnopolskiego programu „Różowa wstążka”, mającego na celu zwrócenie uwagi na konieczność prowadzenia badań profilaktycznych. Istotną rolę w informowaniu kobiet o tym przedsięwzięciu odegrały media. Respondenci (kobiety i mężczyźni) twierdzili, że o „Różowej wstążce” dowiedzieli się: z telewizji (93%), z radia (60%), z prasy (57%), a od lekarza niecałe 20%. Pytani (99%) uważali, że programy typu „Różowa wstążka” przyczyniają się do rozpowszechniania wiedzy o raku piersi [15].

W 2002 roku kobiety biorące udział w badaniu, zleconym przez Centrum Onkologii w Warszawie, dotyczącym profilaktyki raka piersi i szyjki macicy informowały, że pierwszym źródłem informacji na temat samobadania piersi byli: lekarz, pielęgniarka i położna (51% badanych), a drugim radio, telewizja i prasa (31%). Dalej plasowały się: broszura, ulotki i inne materiały (17%) oraz krewni, a także znajomi (4%) [16].

W ramach Ustawy Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych, Centrum Onkologii w Warszawie w 2006 roku zleciło badanie na temat wiedzy Polaków o nowotworach [124]. Między innymi w województwie zachodniopomorskim zwrócono się z pytaniami do 270 lekarzy i 263 kobiet. Pacjentki (83%) podały, że media są istotnym źródłem informacji nowotworowej. Prawie 97% kobiet słyszało, że regularna mammografia umożliwia wczesne wykrycie raka. O mammografii, jako wczesnej metodzie wykrycia raka kobiety dowiedziały się z radia i telewizji. Dotyczyło to przede wszystkim kobiet powyżej 60 roku życia (42,9%) [124]. O badaniu lekarz informował częściej kobiety w wieku 40 – 59 (36,3%) i powyżej 60 roku życia (32,7%) niż przed czterdziestym rokiem życia (18,1%). O zakresie wiedzy pacjentów na temat profilaktyki nowotworowej przekonany był następujący odsetek zachodniopomorskich lekarzy: 8,5% – uważało, że pacjent wie na ten temat dużo lub raczej dużo, 14% – sądziło, że podopieczny nie wie nic, a 77% – twierdziło, że przeciętny Polak wie raczej mało [124].

Z raportu Millward Brown, „Postawy wobec program profilaktyki raka piersi” z 2010 roku wynika, że najlepszym źródłem o Populacyjnym Programie Wczesnego Wykrywania Raka piersi były: prasa, radio i telewizja. Pacjentki, które wykonały badanie mammograficzne, czyniły to po otrzymaniu zaproszenia imiennego – 42%, po anonsach medialnych – 35%, oraz po informacjach od lekarza POZ – 23% i lekarza ginekologa – 13% [146].

Zachodniopomorskie mass media były również dla pacjentek ważnym źródłem informacji onkologicznej (Tabele: 41 – 44). Przeważająca grupa respondentek podała, że bodźcem do zrobienia mammografii stała się umieszczona w publikatorach informacja o badaniu. Wszyst-

kie pacjentki podejmowały ją szczególnie po kampaniach multimedialnych organizowanych razem przez wiele zachodniopomorskich mediów, a dotyczących profilaktyki nowotworowej. Zdaniem respondentek kampanie medialne były ważnym elementem profilaktyki zdrowotnej. Cykliczne publikacje w jednym medium wskazywane były przede wszystkim przez reprezentantki wszystkich grup, w wieku 50 – 69 lat (Tabele: 45 – 47).

Te dane dowodzą, że zachodzi pilna potrzeba opracowania metod szkoleń i współpracy między podmiotami, których misją jest informowanie społeczeństwa na temat profilaktyki zdrowotnej. Potwierdzały to również osoby wypełniające ankietę. Ich zdaniem (szczególnie kobiet w wieku od 50 do 69 lat), w zachodniopomorskich mediach zdrowiem zajmować się powinni dziennikarze medyczni, ponadto uważały, że dziennikarska specjalność medyczna powinna istnieć (Tabele: 8 – 11). Oczekiwania odbiorców były o tyle uzasadnione, że obecnie w erze totalnego szumu informacyjnego, pogoni za sensacją i wyścigiem z czasem, odchodzi się coraz częściej od specjalizacji w zawodzie dziennikarza. Dziś w wielu mediach, stawia się często na pracowników słabo wykształconych, ale odkrywających sensację, takich, którzy wielokrotnie, nie zdając sobie sprawy z konsekwencji dociekań, prześcigają się w manipulowaniu informacją poprzez odpowiednio spreparowany montaż, komentarz i ustawienie doniesień w konkretnym miejscu i szyku [73,104].

Zgodnie z prawem prasowym dziennikarzem czy redaktorem w Polsce może być każdy, kogo zatrudni na tym stanowisku właściciel lub szef redakcji [202]. Nie we wszystkich mediach ceni się wykształcenie, ani tym bardziej dogłębną specjalizację. W jednym z publicznych mediów Pomorza Zachodniego na przykład, wśród decydującej o polityce programowej kadry kierowniczej (kolegium redakcyjne w latach 2008 – 2010 rok), 50% zespołu stanowili pracownicy z wykształceniem średnim ogólnokształcącym (Dział Kadr PR Szczecin). Fakt ten może mieć wpływ na słabą jakość programu. Może dlatego, zdecydowana większość ankietowanych (szczególnie w wieku 50 – 69 lat) uważała, że zachodniopomorskie media nieskutecznie promują zdrowie, ponieważ wielu dziennikarzy nie ma doświadczenia, zbyt rzadko ukazują się publikacje o zdrowiu i na promocję zdrowia wydaje się za mało pieniędzy (Tabele: 20 – 24).

Spostrzeżenia ankietowanych nie pokrywają się z raportem „Konsument i media”. Zgodnie z nim, dziennikarze postrzegani są, jako rzetelne źródło informacji [132]. Pod względem wiarygodności, za dziennikarzami telewizyjnymi i radiowymi plasują się dziennikarze prasowi. Wypowiedzi dziennikarzy telewizyjnych tracą na znaczeniu wraz z lepszym wykształceniem odbiorców i zadowoleniem z własnej sytuacji materialnej [132].

W Polsce od 2007 do 2010 roku w skryningu mammograficznym wzięło udział około 3,5 mln kobiet, z czego co dziewiąta wykonała mammografię z inspiracji doniesień medialnych (Tabela 65). Najwięcej pacjentek zgłosiło się po otrzymaniu zaproszenia imiennego, a trzecie miejsce zajęły media (Rycina 18). Najaktywniejsze w tym działaniu były w Polsce media podlaskie i lubuskie. Media zachodniopomorskie w roku 2007 zajmowały trzecie miejsce, a w następnych latach dziewiąte, dziesiąte i dwunaste (Ryciny: 20 – 23).

W województwie zachodniopomorskim (w latach 2007 – 2010) na badanie przesiewowe, po anonsach medialnych, zgłosiło się 9,3% osób (Tabela 66). Zauważono, że wzrost zgłoszeń następował najczęściej w czasie i po kampaniach medialnych (Rycina 11). Prezentowane w pracy przykłady źródeł inspirujących pacjentki do zrobienia mammografii pokazały, że media zajmowały na Pomorzu Zachodnim trzecie lub czwarte miejsce w przekazywaniu wiedzy o badaniu mammograficznym (Rycina 24). Treści docierające ze środków masowego przekazu wyprzedzały informacje podawane przez pielęgniarkę, SMS, lekarza POZ oraz w roku 2007 lekarza specjalistę. W latach 2007 – 2010 sygnały o badaniach mammograficznych kobiety odbierały częściej z innych źródeł niż z mediów. We wszystkich latach najwyżej plasowano zaproszenia imienne. Poza rokiem 2007 o mammografii istotnie częściej kobiety dowiadywały się od lekarza specjalisty niż z publikatorów. Od 2007 roku pacjentki, jako pierwsze źródło informacji podawały zaproszenia imienne (Rycina 24), stąd czynione są próby dopracowania tej formy dotarcia do kobiet. Żadnego ze źródeł informacji nie trzeba bagatelizować tym bardziej, że wiedza respondentek wymaga stałego uzupełniania.

Respondentki stwierdziły, że zachodniopomorskie media odgrywały ważną rolę w upowszechnianiu informacji onkologicznej, o czym nieznacznie częściej przekonane były Mieszkancki wsi niż pozostałe badane (Tabele: 57 – 58). Ankietyowane podały, że programy organizowane w Polskim Radiu Szczecin dla kobiet pełniących funkcję Sołtysów, mobilizowały do prowadzenia spotkań dotyczących profilaktyki raka piersi na wsi (Tabela 59). Badane uznały, że profilaktykę raka piersi najlepiej w regionie popularyzuje Polskie Radio Szczecin, następnie Kurier Szczeciński i Telewizja Polska/Oddział w Szczecinie (Tabele 60 – 62).

W rankingu tym zastanawia wysoka pozycja Polskiego Radia Szczecin. Sukces tkwić może w tym, że emitowane w radiu bez przerwy od 1991 roku programy medyczne, przygotowywane były przez popularną dziennikarkę, inicjatorkę wielu lokalnych, ogólnopolskich oraz międzynarodowych kampanii, którą wspierali wiedzą wybitni naukowcy i lekarze. Poza tym radio, jako medium towarzyszące nie odrywało odbiorców od innych zajęć.

Badanie Instytutu Millward Brown SMG/KRC „Radio Track” wskazało, że w trzecim kwartale 2010 roku, codziennie tylko w samochodzie radia słuchało 10,3 mln osób, towarzysząc każdemu słuchaczowi w aucie średnio przez 123 minuty dziennie [71].

Badanie Eurobarometr 68 z 2007 roku dowiodło, że ufność netto Polaków powyżej 15 lat wobec Polskiego Radia wynosi – 70%, prasy – 56%, a TVP – 50%, Internetu – 34%. W Europie, radiu ufa najwięcej Finów – 81%, potem są Duńczycy – 79% i Szwedzi – 78%. Estońscy – 75%, Finowie – 73% i Austriacy – 72% podali, że telewizja jest dla nich rzetelnym źródłem informacji. Austriacy – 62%, Holendrzy – 61% i Finowie – 60% wypowiedzieli się o wiarygodności prasy, a Czesi – 55%, Holendrzy – 54% i Duńczycy – 50% Internetu [195].

Zgodnie z sondażem Consumer Connection, z 2011 roku przeprowadzonym na 3 tys. osób, Polak w wieku 15 – 64 lat poświęca mediom ponad 7 godzin na dobę. Telewizję ogląda średnio przez 3,6, a radia słucha przez 4,3 godziny. Blisko 70% Polaków ceni media publiczne za profesjonalizm. Telewidzowie (92%) i radiosłuchacze (85,3%) oczekują od nich szczególnie dostarczania informacji oraz wiedzy [180].

Badanie (Cianciara/Przewłocka/Miller) o zainteresowaniu telewizyjnymi programami zdrowotnymi podaje, że spośród 1000 ankietowanych, 84,4% oglądało programy o zdrowiu, wśród nich 11% specjalnie ich szukało, pozostała grupa poświęcała im uwagę przypadkowo [19]. Programami zdrowotnymi częściej interesowały się kobiety. Prawie 83% dobrze oceniało możliwość zdobycia tą drogą wiedzy teoretycznej oraz wskazówek, jak dbać o zdrowie. Co trzeci ankietowany podał, że programy przybliżają znaczenie zdrowia, co piąty, że pobudzają zainteresowanie zdrowiem [19].

Z każdym rokiem wzrasta zainteresowanie Internetem, a maleje prasą wydawaną na papierze. Polacy w czasie spędzonym przed Internetem (czytają wiadomości on – line (50,6%), słuchają radia (46,8%), oglądają telewizję (46,2%) [181]. W 2011 roku z Internetu, w celach prywatnych, korzystało w Polsce niemal 90% internautów, zaś z TV około 74%, z radia 56% i gazet 27% (Raport Digital Life 2012). Dlatego zachodzi potrzeba opracowania i rozszerzenia oferty zawierającej publikacje na temat profilaktyki i promocji zdrowia, ukazujące się w nowych mediach, tym bardziej, że z badania Gemius SA „Portale medyczne i zdrowie” wynika, że w 2009 roku blisko 70% Internautów korzystało z Internetu, „...jako źródła wiedzy medycznej w ciągu 3 miesięcy poprzedzających badanie” [45].

Informacje przekazywane w mediach mogą oddziaływać na odbiorcę krótkotrwale i długotrwale. Efekt krótkotrwałego działania dają głównie programy informacyjne (wiadomości, prognoza pogody). Wiadomo, że żywot gazety, to jeden dzień i większość informacji przekazywanych tą drogą pozostaje przeważnie równie krótko w świadomości człowieka [108,164].

Mimo jednoczesnego aktywowania do odbioru wzroku i słuchu, najgorzej w tych badaniach wypada informacja telewizyjna, dlatego wiadomości, na których zależy nadawcy, powinny docierać do odbiorcy z różnych źródeł, systematycznie i często [108,164,168]. Teoria zależności medialnej głosi, że we współczesnym społeczeństwie ludzie są uzależnieni od mass mediów, ponieważ potrzebują informacji, bez których trudno im żyć [4,50]. Nadmierne korzystanie z mediów nieść jednak może wiele zagrożeń, dysfunkcji psychicznych, społecznych, do uzależnień włącznie. Dlatego tak ważna jest treść i jakość przedstawianych informacji medialnych, zachęcająca do dbania o zdrowie oraz stosowania zasad zdrowego stylu życia [18].

Media działać mogą na odbiorcę zarówno pozytywnie, jak i negatywnie. Potrafią kreować życie polityczne, styl życia, system kształcenia oraz wartości. Mogą wyznaczać wzorce zachowań, będąc zarówno dystrybutorem tych treści, jak i ich producentem. Mass media są niewyczerpanym źródłem autorytetów. Spełniają trzy główne funkcje: informacyjną, rozrywkową, edukacyjną. Mass media rozwijają cechy osobowości odbiorców: instrumentalne (wiedza, umiejętności, zainteresowania), oraz kształtują pożądane zachowania społeczne, w tym także zdrowotne [42,98,179].

Zauważono, że media zachodniopomorskie oddziałują pozytywnie na realizację profilaktyki raka piersi w regionie. Przekazują informacje, poszerzają wiedzę odbiorców dotyczącą zapobiegania chorobom nowotworowym, czego konsekwencją był między innymi wzrost zgłaszalności na badania profilaktyczne. Coraz częściej obserwowano próby dotarcia przedstawicieli promotorów zdrowia, stowarzyszeń pacjentów i lekarzy do mediów. W trakcie wspólnych działań, poprzez łączenie sił i środków, wymianę doświadczeń w promowaniu zdrowia, współtworzono cykliczne programy i kampanie prozdrowotne, których celem było między innymi zachęcanie pacjentów do zdrowego stylu życia, wykonywania i propagowania badań profilaktycznych [42,179]. Było to o tyle uzasadnione, że 34% Polaków darzy zaufaniem pracowników mediów, gdy średnia europejska to 29% [37].

Pracownicy mediów z kolei, dla poprawienia jakości przekazywanych treści, prawdopodobnie w szerszym zakresie niż to miało miejsce do tej pory, w przyszłości korzystać będą musieli w większym zakresie z wiedzy i współpracy specjalistów z różnych dziedzin medycyny. Takie podejście, również do problemu profilaktyki onkologicznej, w tym raka piersi, pozwoli w ramach misji mediów, przedstawić kolejnym pokoleniom odbiorców – także za pośrednictwem nowych technik przekazu – ciekawą, wartościową ofertę. Z tego względu słusznym wydaje się wypowiedź prof. Janusza Czapińskiego, że: „...media w naszym kraju są nie czwartą, ale co najmniej trzecią, a niekiedy wręcz pierwszą władzą. I w tym sensie

wszystkie mogą się uważać za misyjne. Pytanie tylko, czy tę misję właściwie wypełniają. Z pożytkiem dla dobra wspólnego” [184].

Narodowy Program Zdrowia w Polsce, na lata 2007 – 2015 zmierza do integracji potrzeb zdrowotnych obywateli z systemem społeczno – ekonomicznym państwa, uwypuklając także znaczenie w tej dziedzinie mediów: „Szczególna rola w realizacji edukacji zdrowotnej społeczeństwa przypada mediom, bez których we współczesnym świecie niemożliwe jest skuteczne informowanie społeczeństwa. Współpraca z mediami musi uwzględniać ich lokalny lub ogólnopolski charakter oraz przekaz dostosowany do charakteru odbiorcy” [197].

Zgodnie z Ustawą o Radiofonii i Telewizji obowiązkiem statutowym, wynikającym z misji mediów publicznych, jest dostarczenie odbiorcom pozytywnych wzorców, kształtujących pożądane postawy prospołeczne, w tym także prozdrowotne [201].

Zmiana przyzwyczajeń zdrowotnych, stylu życia wymaga wiedzy, czasu, ogromnej pracy i cierpliwości. Na przestrzeni ponad dziesięciu lat, także z powodu zmian rozrodczych w Polsce, zaobserwowano w kraju znaczny wzrost zachorowalności na raka piersi. W 1999 odnotowano 10,9 tys., a w 2009 roku 15,9 tys. nowych przypadków choroby. W tym czasie w województwie zachodniopomorskich zachorowało odpowiednio 509 i 685 kobiet. Zgodnie z prognozami, w roku 2025 w Polsce na raka piersi zachorować może 21,1 tys. kobiet [27,28].

Wzrostowi zgonów, wywołanemu chorobą, zapobiec można między innymi poprzez podwyższenie świadomości onkologicznej pacjentek, organizowanie na dużą skalę badań przesiewowych, których celem jest objęcie, jak największej liczby osób, wykonujących te badania. Osiągane w wielu krajach świata, w tym w Wielkiej Brytanii i w Finlandii wyniki świadczące o tym, że można obniżyć umieralność wywołaną schorzeniem nawet o 25 – 30%, powinny być inspiracją do podobnych działań w Polsce [28].

Aktywność mediów Pomorza Zachodniego, zachęcająca między innymi do udziału w badaniach przesiewowych, przestrzegania czynników ryzyka chorób nowotworowych i zdrowego stylu życia, wpływa pozytywnie na profilaktykę raka piersi w województwie zachodniopomorskim, co przedstawiono w dysertacji.

Wnioski

1. Media zachodniopomorskie miały pozytywny wpływ na realizację profilaktyki raka piersi, ponieważ jako ważne źródło informacji onkologicznej poszerzały wiedzę odbiorców o nowotworach.
2. Wzrost zgłaszalności na badania profilaktyczne miał związek z częstością ukazywania się informacji medialnych, szczególnie po kampaniach multimedialnych oraz po cyklicznych publikacjach w jednym medium.
3. Publikacje przygotowane przez wyspecjalizowanych dziennikarzy medycznych we współpracy z lekarzami, wymagające od odbiorców mediów aktywnego udziału w programie lub artykuły, ułatwiały zrozumienie zasad profilaktyki zdrowotnej.
4. Ankietowane z odrębnych grup oczekiwały od mediów różnych doniesień o nowotworach. Im precyzyjniej dobiera się adresatów informacji, tym większa jest założona skuteczność działania przekazywanych treści.
5. Zbyt niski udział pacjentek w skryningu mammograficznym, w stosunku do zalecanego minimum 70% – 75%, wywołany był między innymi następującymi czynnikami:
 - * społecznymi – niewystarczająca wiedza onkologiczna,
 - * psychologicznymi – lęk przed uzyskaniem informacji o rozwijającej się chorobie nowotworowej,
 - * organizacyjnymi – brak czasu,
 - * ekonomicznymi – brak środków finansowych na transport do ośrodka medycznego.
6. Media, jako źródło informacji, inspirujące do udziału w skryningu mammograficznym, wymieniane były w kolejności na trzecim miejscu, po zaproszeniach imiennych i lekarzu specjalście.
7. W celu zwiększenia liczby pacjentek biorących udział w skryningu mammograficznym, należy dopracować metody przekazywania informacji na temat profilaktyki raka piersi.
8. Profilaktykę raka piersi wśród mediów zachodniopomorskich najlepiej popularyzowały, promowały: Polskie Radio Szczecin i gazeta Kurier Szczeciński.

Streszczenie

Nieodłączną częścią współczesnej rzeczywistości są kreujące człowieka wszechobecne media, które często nie znają granic, czasu i nie liczą się z konsekwencjami działania. Potrafią zawładnąć człowiekiem, wywołać reakcje emocjonalne, zagrażać mu, wpływać na zmianę zachowań, przyzwyczajzeń, obowiązujących zasad i to zarówno w sensie pozytywnym, jak i negatywnym [21,26,108,133].

Celem podjętych badań, było ustalenie, jakie znaczenia mają media będące źródłem informacji o nowotworach i czy w województwie zachodniopomorskim wpływają one na profilaktykę raka piersi.

W pracy – zgodnie z Europejskim Kodeksem Walki z Rakiem – przedstawiono podstawowe zalecenia dotyczące profilaktyki onkologicznej i promocji zdrowia oraz omówiono zasady i metody ich prezentacji w zachodniopomorskich mediach.

Wykorzystano też ankietę własnej konstrukcji, w której 300 badanych z pięciu grup (Pracownice mediów, ochrony zdrowia, Amazonki, Mieszkanki zachodniopomorskich wsi i Studentki), wypowiedziało się na temat wpływu mediów zachodniopomorskich na profilaktykę raka piersi.

Analizowano ponadto dane na temat zachorowalności i umieralności na raka piersi w zachodniopomorskim w latach 2007 – 2010, z których wynikało, że mimo wzrostu zachorowań na raka piersi, umieralność utrzymuje się prawie na stałym poziomie.

Porównywano również informacje dotyczące źródeł wiedzy, inspirujących do zrobienia mammografii. Zaobserwowano, że badane czerpią informacje na temat profilaktyki nowotworowej z różnych źródeł. Studentki – z Internetu i radia, Mieszkanki zachodniopomorskich wsi – od lekarza rodzinnego i radia, Amazonki – od lekarza specjalisty oraz radia. Najwyżej oceniono w tym zakresie starania radia.

Dostrzeżono, że - po ukazaniu publikacji zdrowotnych w mediach - wzrasta zgłaszalność na badania profilaktyczne, przy czym lepszy skutek przynoszą materiały przygotowane przez wyspecjalizowanych dziennikarzy, emitowane często, cyklicznie, w wielu publikatorach jednocześnie, jako kampanie multimedialne, a nie jednorazowe akcje.

Ustalono, że za pośrednictwem mediów odbiorcy mogą poszerzać wiedzę o nowotworach, a dotyczy to między innymi zdrowego stylu życia, czynników ryzyka nowotworowego, innowacji w medycynie, genów: BRCA1, BRCA2 oraz terminów i miejsc badań.

Zauważono, że programy multimedialne mają istotne znaczenie w promocji zdrowia, że dzięki publikacjom medialnym wzrasta zgłaszalność na badania profilaktyczne i odbiorcy mogą poszerzać wiedzę onkologiczną. Wciąż działań tych jest za mało, ponieważ promotorzy zdrowia za mało współpracują ze sobą przy tworzeniu wspólnych kampanii. Zmiany w myśleniu i działaniu pozwoliłyby poszerzyć wiedzę onkologiczną pacjentów poprzez udostępnienie nowej oferty, zapewniającej większą liczbę programów, przy jednoczesnej oszczędności środków, z zachowaniem standardów najwyższej jakości i z udziałem autorytetów medycznych.

Słowa kluczowe: rak piersi, profilaktyka nowotworowa, skryning mammograficzny, media

Summary

All-pervasive media is an integral part of the modern world, and it often knows no boundaries, time restraints, and is frequently uninterested in the consequences of its actions. The media can enrapture people, cause emotional responses, threaten people, influence their behaviour, habits, and norms, both in the positive and negative sense [21,26,108,133].

The aim of the study was to determine the importance of the media as a source of information about cancer, and whether in the Zachodniopomorskie province the media can have an effect on the prevention of breast cancer.

This work, in accordance with the European Code Against Cancer, presents the basic recommendations for the prevention of cancer and the promotion of health, and also discusses the principles and methods for their presentation in the media in the Zachodniopomorskie province.

We also used our own survey, in which 300 respondents from five groups: women which work in media and in health care, breast amputees, residents of Western Pomeranian villages village administrators and students, spoke about the impact of the media in the Zachodniopomorskie province on the prevention of breast cancer.

Furthermore, data was analysed on the morbidity and mortality of breast cancer in the Zachodniopomorskie province in the years 2007 – 2010, from which resulted that, despite the increase in the incidence of breast cancer, mortality has remained almost constant.

A comparison was also carried out on the sources of knowledge providing the motivation to carry out a mammography. It was observed that the respondents, derive their information on cancer prevention from a variety of sources. Students – from the internet and radio, village administrators from their GP and radio, breast amputees from specialist doctors and the radio. The efforts of the radio were rated highest in this respect.

It was also noticed that after the publication of medical publications in the media, there is an increase in the number of requests for prophylactic examinations, with a greater effect provided by material prepared by specialized journalists, broadcast frequently and repeatedly, in many publications simultaneously as media campaigns, rather than one-off single actions.

It was found that through the intermediary of the media one can increase knowledge about cancer, and this relates, among others, to a healthy lifestyle, risk factors for cancer, innovations in medicine, genes: BRCA1, BRCA2, and the dates and locations for examinations.

It was noted that multimedia programmes are very important in the promotion of health, and that thanks to media publications there is an increase in the number of women requesting prophylactic examinations and an increase in knowledge about cancers. These activities

are still not enough, because organisations and institutions promoting health are not cooperating closely enough in creating joint campaigns. A change in thinking patterns and activities would enable an increase in the knowledge of cancer with patients by making available a new offer ensuring an increased number of programmes, with simultaneous savings in funds, while maintaining standards of the highest quality and the participation of medical authorities.

Keywords: breast cancer, cancer Prophylaxis, mammographic screening, media

PIŚMIENNICTWO

1. Armstrong D. Outline of Sociology as Applied to Medicine. 5th edn. Arnold Distributed in the USA by Oxford University Press in London, New York 2003.
2. Autier P., Boniol M., Lavecchia C. Disparities in breast cancer mortality trends between 30 European countries: retrospective trend analysis of WHO mortality data base. *British Medical Journal, London* 2010; 341: 3620.
3. Baker LH. Breast Cancer Detection Demonstration Project: five year summary report. *Cancer Journal for Clinicians*, 1982; 42: 134 – 149.
4. Baran S.J., Davis D.K. Teorie komunikowania. Uniwersytet Jagielloński, Kraków 2007.
5. Bauer Z., Chudziński E. Dziennikarstwo i świat mediów. Universitas, Kraków 2000.
6. Bianek-Bodzak A., Studniarek M. Rola technik obrazowych w wykrywaniu wczesnych postaci raka piersi. *Współczesna Onkologia*, 2002; 6(2): 76 – 80.
7. Bińkowska M., Dębski R. Przesiewowe badania mammograficzne w populacji kobiet polskich w wieku od 45 do 54 lat. *Ginekologia Polska*, 2005; 11: 871 – 878.
8. Booth M., Bauman A., Oldenburg B. Effects of a national mass-media campaign on physical activity participation. *Health Promotion International*, 1992; 7(4): 241 – 247.
9. Brożek I., Limon J. Poradnictwo genetyczne w dziedzicznym raku piersi. (W:) *Rak piersi*. Jassem J., Krzakowski M. (Red.), Via Medica, Gdańsk 2009; 20 – 30.
10. Brzeziński T. Historia medycyny. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.
11. Burke P., Briggs A. Społeczna historia mediów. PWN, Warszawa 2010.
12. Cancer Incidence and Mortality Worldwide in 2008. GLOBOCAN 2008, WHO.
13. Cancer Prevention & Early Detection Fact & Figures, American Cancer Society, Atlanta (GA), 2010.
14. Catarzi S., Giuseppetti GM., Razzatto G., Rosselli del Turco M. Multcenter study of the diagnostic value of mammography and ultrasonography in non – palpable breast lesion. *La Radiologia Medica*, 1992; 84: 193 – 197.
15. CBOS Wiedza o profilaktyce raka piersi – BS/161/2001. Warszawa 2001.
16. CBOS Wiedza o profilaktyce raka piersi i szyjki macicy. Badanie COI z funduszu Banku Świątowego, styczeń 2002.
17. Chapman S., McLeod K., Wakefield M., Holding S. Impact of news of celebrity illness on breast cancer screening: Kylie Minogue’s breast cancer diagnosis. *Medical Journal Of Australia*, Sydney 2005; 183: 247 – 250.
18. Chwaszcz J., Magłorzata Pietruszka M., Sikorski D. Media. Uzależnienia, fakty i mity. Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Gaudami, Lublin 2005.
19. Cianciara D., Przewłocka T., Miller M. Zainteresowanie telewizyjnymi programami o tematyce zdrowotnej. *Przegląd Epidemiologiczny*, 2003; 57: 703 – 712.
20. Cummings S.R., Tice J.A., Bauer S, Warren S. Browner W.S., Cuzick J., Ziv E., Vogel V., Shepherd J., Vachon C., Smith – Bindman R., Kerlikowske K. Prevention of Breast Cancer in Postmeno pausal Women: Approaches to Estimating and Reducing Risk. *Journal Of The National Cancer Institute*, 2009; 101(6): 384 – 398.
21. Czupryna A., Poździej S., Ryś A., Włodarczyk WC. Zdrowie Publiczne. Vol. 2. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne, Vesalius, Kraków 2000.
22. Denoix P.F. Tumor, node and metastasis (TNM). *Bulletin institut national d’hygiene*, Paryż 1944; 1: 1 – 69.
23. Denoix P.F. Enquete permanent dans les centres anticancereaux. *Bulletin institut national d’hygiene*, Paryż 1946; 1; 70 – 75.
24. Department of Health. The NHS cancer plan. London 2000.
25. Didkowska J. Epidemiologia, czynniki ryzyka i profilaktyka. (W:) *Rak piersi*. Jassem J., Krzakowski M. (Red.), Via Medica, Gdańsk 2009; 1 – 19.
26. Didkowska J. Wskaźniki zdrowotne chorób nowotworowych w Polsce na tle Europy. *Onkologia w Praktyce Klinicznej /wydanie specjalne/, 2010; 24 – 27.*
27. Didkowska J., Wojciechowska U., Tarkowski W., Zatoński W. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2009; COI, Warszawa 2011.

28. Didkowska J., Wojciechowska U., Zatoński W. Prognozy zachorowalności i umieralności na wybrane nowotwory złośliwe w Polsce do 2025 roku. COI, Warszawa 2009.
29. DiPietro S., Coopmans de Yoldi., Bergonzi S., Gardani G., Saccozzi R., Clemente C. Nipple discharge as a sign of preneoplastic lesions and occult carcinoma of the breast: clinical and galactographic study in 103 consecutive patients. *Tumori*, 1979; 65(3): 317 – 324.
30. Domagała W. Choroby sutka, (W:) Patologia znaczy słowo o chorobie. Domagała W., Stachura J. (Red.), Polska Akademia Umiejętności, Tom II, Kraków 2009; 1059 – 1089.
31. Domagała W. Nowotwory. (W:) Patologia znaczy słowo o chorobie. Domagała W., Stachura J. (Red.), Polska Akademia Umiejętności, Tom I, Kraków 2008; 158 – 234.
32. Domagała W., Karpińska K. Debata o zdrowiu. PR Szczecin, luty 2008.
33. Donegan WL, Spratt JS. Cancer of the breast. Saunders, Philadelphia 2002.
34. Eddy DM, Hasselblad V, McGivney W, Hendee W. The value of mammography screening in women under age 50 years. *Journal of the American Medical Association*, 1988; 259(10): 1512 – 1519.
35. Elmore J.G., Barton M.B., Mocerri V.M. Ten – year risk of false positive screening mammograms and clinical breast examinations. *New England Journal of Medicine*, 1998; 338(16): 1089 – 1096.
36. European Commission, Publications Office of the European Union. Perry N, Broeders M, de Wolf C, Tornberg S. European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis Luxembourg: Office for *Official Publications of the European Communities*, 2006.
37. European Trusted Brands. Badanie Zaufania do Instytucji w 16 krajach europejskich. *Readre's Digest*, 2009.
38. Expert Advisory Group on Cancer. A policy framework for commissioning cancer services. Department of Health, London 1995.
39. Ferley J., Bray F., Pisani P., and Parkin D.M. Globocan 2002. Cancer Incidence, Mortality and Prevalance Worldwide IARC Cancer Base No.5. Version 2.0, *IARC Press*, Lyon 2004.
40. Fletcher SW, Black W, Harris R Rimer B.K., Shapiro S. Report of the International Workshop on Screening for Breast Cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, 1993; 85(20): 1644 – 1656.
41. Forsat H., Forsat A. Differentialdiagnostische Treffsicherheit der Mammasonographie im Vergleich zum histologischen Befund und der Mammographie. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 1996; 56: 569 – 573.
42. Gajda J. *Media w edukacji*. Wyd. 2. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2003.
43. Gaś Z.B. Rodzina a profilaktyka. W: Pomagać rodzinie: problemy współczesnej rodziny w ujęciu psychologicznym. Soszyńska G. (Red.), SPPiTR, Lublin 2003; 31 – 40.
44. Gaś Z. B. Szkolny program profilaktyki: istota, konstruowanie, ewaluacja. Ministerstwo Edukacji Narodowej i Sportu, Warszawa 2003; 45 – 50.
45. Gemius SA, „Portale medyczne i zdrowie”, gemiusReport, marzec 2009.
46. Giles G.G., Amos A. Evaluation of the organised mammographic screening programme in Australia. *Annals of oncology: official journal of the European Society for Medical Oncology*, 2003; 14(8): 1209 – 1211.
47. Global Cancer Facts & Figures 2007, American Cancer Society, Atlanta (GA) 2007.
48. Globocan 2008 (IARC). Sekcja Informacji Nowotworów.
49. Głowacka M.D. Selected elements of pro-health education effectiveness. (In:) Management of personnel education in health care. Głowacka M.D. (Ed.), Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego, Poznań 2007.
50. Goban – Klas T. Media i komunikowanie masowe. Teorie prasy, radia telewizji i Internetu. PWN, Warszawa 2000; 43 – 56.
51. Gordon PB., Goldenberg SL., Chan NHL. Solid breast lesions: diagnosis with US – guided fine – needle aspiration biopsy. *Radiology*, 1993; 189: 573 – 580.
52. Górecka-Szyld B., Wilk G. Badania RTG i USG w stomatologii. Wybrane zagadnienia z ochrony radiologicznej i radiologii ogólnej. Pomorska Akademia Medyczna, Szczecin 2004.
53. Górski, Lubiński J. TestBRCA1. *Postępy Nauk Medycznych*, Borgis, Warszawa 2008; 7: 441 – 442.

54. Gøtzsche P.C., Jørgensen K.J. Estimate of harm/benefit ratio of mammography screening was five times too optimistic. *British Journal of Cancer*, Edinburgh 2009; 100(1): 219.
55. Gøtzsche P.C. Mammography screening: truth, lies and controversy. Radcliffe Publishing, 2012.
56. Gøtzsche P.C., Nielsen M. Screening for breast cancer with mammography. Cochrane Data – base Systematic Reviews, 2006; 4. Art. No.: CD 001877.
57. Gronwald J., Byrski T., Huzarski T., Oszurek O., Janicka A., Szymańska – Pasternak J., Górski B., Menkiszak J., Rzepka – Górka I., Lubiński J. Genetyka kliniczna raka piersi i jajnika, *Postępy Nauk Medycznych*, Borgis, Warszawa 2008; 7: 46 – 65.
58. Gronwald J., Huzarski T., Byrski T., Dębniak T., Metcalfe K., Narod St., Lubiński J. Direct – to – patient BRCA1 testing: the Twój Styl experience. *Breast Cancer Research and Treatment*, 2006; 100(3): 239 – 245.
59. Grimal P. Słownik mitologii greckiej i rzymskiej. Ossolineum, Wrocław 2008.
60. Grulich A.E., McCredie M, Coates M. Cancer incidence in Asian migrants to New South Wales, Australia. *British Journal of Cancer*, Edinburgh, 1995; 71(2): 400 – 408.
61. Gyer PB. The use of ultrasound in benign breast disorders. *World Journal of Surgery*, 1989; 13(6): 692 – 698.
62. Haward R. Organizing a comprehensive framework for cancer control, (W:) Responding to the challenge of cancer in Europe, Institute of Public Health of the Republic of Slovenia. Coleman M.P. (Red.), Ljubljana 2008.
63. Haenszel W., Kurihara M. Studies of Japanese migrants I. Mortality from cancer and other diseases among Japanese in the United States. *Journal of the National Cancer Institute*, 1968; 40: 43 – 68.
64. Harper AP., Kelly – Frey E. Ultrasound visualization of the breast in symptomatic patients. *Radiology*, 1980; 137: 465 – 469.
65. Hofvind S., Thoresen S., Tretli S. The cumulative risk of a false – positive recall in the Norwegian Breast Cancer Screening Program. *Cancer*, 2004; 101(7): 1501 – 1507.
66. Houssami N., Hayes D.F. Review of Preoperative Magnetic Resonance Imaging (MRI) in Breast Cancer: Should MRI Be Performed on All Women with Newly Diagnosed, Early Stage Breast Cancer? *Cancer Journal for Clinicians*, 2009; 59: 290 – 302.
67. Humphrey L.L., Helfand M., Chan B.K., Woolf S.H. Breast cancer screening: A summary of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 2002; 137(1): 347 – 360.
68. IARC Working Group on the Evaluation of Cancer Preventive Strategies. Breast Cancer Screening. IARC Handbooks of Cancer Prevention. Vol. 7. IARC Press, Lyon, France 2002.
69. Iino Y., Sugamata N., Aoyagi H., Takeo T., Takei H., Horiguchi J., Takai Y., Yokoe T., Ohwada S., Morishita Y. Nonpalpable breast cancer. *Anticancer Research*, 1994; 14: 2193 – 2195.
70. Improving Value in Health Care, Measuring Quality, OECD, Paris 2010.
71. Instytut SMG/KRC. Badanie „Radio Track” lipiec – wrzesień 2010.
72. International Union Against Cancer (UICC), Committee on Stage Classification and Applied Statistics: Clinical stage classification and presentation of results, malignant tumors of the breast. Paris 1959.
73. Jabłoński W. Kreowanie informacji. Media relations. PWN, Warszawa 2006.
74. Jassem J. Historia leczenia raka sutka. (W:) Rak sutka. Springer PWN, 1998; 10-15.
75. Jassem J. Masowe badania przesiewowe. (W:) Rak sutka. Springer PWN, 1998; 127 – 138.
76. Jassem J. Rozpoznawanie. (W:) Rak sutka. Springer PWN, 1998; 139 – 167.
77. Jassem J., Bobek – Bilewicz B., Krzakowski M. Rak Piersi. (W:) Zalecenia postępowania diagnostyczno – terapeutycznego w nowotworach złośliwych. Krzakowski M. (Red.), Via Medica, Gdańsk 2007; 85 – 220.
78. Jeziorski A. Rak piersi. (W:) *Onkologia, Podręcznik dla studentów i lekarzy*. Kordek J., Jassem J., Jeziorski A., Kornafel J., Krzakowski M., Pawłęga J. (Red.), Via Medica, Gdańsk 2007; 202 – 208.

- 79.Karsa L.,Antitila A., Ronco G., Ponti a., Malila N., Arbyn M., Segnan N., Castillo-Beltram M. Boniol M., Ferlay J., Hery C., Sauvaget C.,L. Voti L.,Autie P. Cancer Screening in the European Union. Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening. *First Report, European Commission*, 2008.
- 80.Kaufmann Z., Shpitz B., Shapito M. Triple approach in the diagnosis of dominant breast masses: combined physical examination, mammography, and fine – needle aspiration. *Journal of Surgical Oncology*, New York 1994; 56(4): 254 – 257.
- 81.Klimek R., Madej J.M., Sieroń A. Rak przyczyna, uwarunkowania, samoobrona. PWN, Warszawa 1985.
- 82.Klint A. Engholm G, Storm HH, Tryggvadóttir L, Gislum M, Hakulinen T. Trends in the survival of patients diagnosed with cancer of the digestive organs in the Nordic countries 1964 – 2003 followed up to the end of 2006. *Acta Oncologica* 2010; 49: 578 – 607.
- 83.Komitet Badań Radiowych SMG/KRC. Badanie Internetowego Auditorium Radia. Maj 2010.
- 84.Komitet Badań Radiowych SMG/KRC. Raport Radio 2009.
- 85.Kordek R., Pawłęga J. Badania przesiewowe (skринing). (W:) Kordek J., Jassem J., Jeziorski A., Kornafel J., Krzakowski M., Pawłęga J. (Red.), *Onkologia, Podręcznik dla studentów i lekarzy*, Via Medica, Gdańsk 2007; 58 – 66.
- 86.Kordek R., Piekarski J. Wczesna wykrywalność nowotworów. (W:) *Onkologia, Podręcznik dla studentów i lekarzy*. Kordek J., Jassem J., Jeziorski A., Kornafel J., Krzakowski M., Pawłęga J. (Red.), Via Medica, Gdańsk 2007; 67 – 70.
- 87.Kosiorowski Z. Radiofonia publiczna: prawno – ekonomiczne uwarunkowania misji radia publicznego realizowanej przez jednoosobowe spółki Skarbu Państwa. Stowarzyszenie Radia Publicznego w Polsce, Warszawa 1999.
- 88.Koszur M. Fragment pisma z Narodowego Funduszu Zdrowia w Szczecinie do mediów zachodniopomorskich 2008.
- 89.Kowalewski I., Krawczyński R. Zdrowie i jego promocja w ujęciu różnych nauk, rozważania terminologiczne. Akademia Pedagogiczna, Kraków 2000.
- 90.Kozierkiewicz A., Bochenek T., Gilewski D., Topór-Mądry R. Biała Księga. Zwalczenie raka jelita grubego i raka piersi w Polsce na tle wybranych krajów europejskich. Prognozy zapadalności na raka piersi. Ośrodek Analiz Uniwersyteckich, Polskie Towarzystwo Onkologiczne, Warszawa – Kraków 2011.
- 91.Krawczyk M. Maria Skłodowska – Curie – znaczenie jej odkryć dla medycyny. *Warszawski Uniwersytet Medyczny, Medycyna Dydaktyka Wychowanie*, 2011; 1: 5 – 13.
- 92.Kruszewski W.J. Zasady postępowania chirurgicznego w raku piersi, spełniające wymogi leczenia. *Współczesna Onkologia*, 2002; 6(3): 144 – 148.
- 93.Krzakowski M. *Onkologia kliniczna*. Wyd. Med. Borgis, Warszawa 2006.
- 94.Kułakowski A. Rola lekarza rodzinnego w zespole onkologicznym. (W:) *Onkologia w praktyce lekarza rodzinnego*. Kułakowski A. (Red.),PZWL, Warszawa 2000; 13 – 16.
- 95.Kułakowski A. Kierunki rozwoju i współczesne możliwości leczenia raka sutka. *Nowotwory*, 1994; (suplement II), 44 – 45.
- 96.Lalonde M. A New Perspective on the Health of Canadians; A Working Document; Information Canada, Ottawa 1974.
- 97.La Vecchia C. Association between Mediterranean dietary patterns and cancer risk, *Nutrition Reviews*, 2009; 67(1): 126 – 129.
- 98.Lepa A. *Pedagogika mass mediów*. Wydawnictwo Archidiecezjalne, Łódź 2000.
- 99.Lesnick GJ. Detection of breast cancer in young woman. *Journal of the American Medical Association*, 1977; 237(10): 967 – 969.
- 100.Litwiniuk M., Karolczak G., Bręborowicz E. Informacje prasowe a rzeczywiste możliwości poradnictwa genetycznego w aspekcie psychoonkologicznym. *Współczesna Onkologia*, 2006; 10(7): 313 – 315.
- 101.Lord S.J., Lei W., Craft P. A systematic review of the effectiveness of magnetic resonance imaging (MRI) as an addition to mammography and ultrasound in screening young women at high risk of breast cancer. *European Journal of Cancer*, Oxford 2007; 43: 1905 – 1917.

102. Lubiński J. Od genetyki do łóżka chorego – jak to się robi w onkologii? *Przewodnik Lekarza*, 2009; 1: 116 – 117.
103. Lubiński J. Podstawy genetyki klinicznej nowotworów, (W:) Onkologia, Podręcznik dla studentów i lekarzy. Kordek J., Jassem J., Jeziorski A., Kornafel J., Krzakowski M., Pawłęga J. (Red.), Via Medica, Gdańsk 2007; 11 – 20.
104. Mc Quail D. Mass Communication Theory. Sage Publications, London; 1987.
105. Meder J. Podstawy onkologii klinicznej. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa 2011.
106. Mokdad A.H., Marks J. S., Stroup D. F., Gerberding J. L. Actual causes of death in the United States, 2000. *Journal of the American Medical Association*, 2004; 291: 1238 – 1245.
107. More Value for Money in Health, OECD, Paris 2010.
108. Mrozowski M. Media masowe. *Władza, rozrywka i biznes*. Oficyna Wydawnicza ASPRA – JR, Warszawa 2001.
109. National Board of Health. National Cancer Plan – status and proposals for initiatives in relation to cancer treatment, Denmark, Copenhagen 2000.
110. Nęcka Z., Górniak L. Przekonania i postawy społeczne wobec chorób nowotworowych. (W:) Zmagając się z chorobą nowotworową. Kubacka – Jasińska D., Łosiak W. (Red.), Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999.
111. Niemiec T. Raport: Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15 – 49 lat. UNDP Poland, Warszawa 2007.
112. Niwińska A. Kliniczne aspekty genetyczne uwarunkowania raka piersi – podstawowe wiadomości dla onkologa praktyka. *Nowotwory*, 2002; 4: 317 – 323.
113. Nyström L., Andersson I., Bjurström N. Long – term effects of mammography screening: updated overview of the Swedish randomised trials. *Lancet*, 2002; 359: 909 – 919.
114. Nyström L., Rutqvist L.E., Wall S. Breast cancer screening with mammography: overview of Swedish randomised trials. *Lancet*, 1993; 341: 973 – 978.
115. Okamoto H., Ogawara T., Arihara F. Usefulness of ultrasonography combined with conventional physical examination in mass screening for breast cancer: a retrospective study of Yamana-shi Health Care Center results from 1989 to 1994. *Japanese Journal of Cancer Research*, Tokyo 1996; 317 – 323.
116. Olszewski W.T. Badania przesiewowe w kierunku nowotworów. (W:) Onkologia Kliniczna. Krzakowski M. (Red.), Borgis, Warszawa 2006; 53 – 60.
117. Olszewski W.T. Diagnostyka patomorfologiczna. (W:) Rak piersi. Jassem J., Krzakowski M. (Red.), Via Medica, Gdańsk 2009; 67 – 79.
118. Orel S. Who should have breast magnetic resonance imaging evaluation? *Journal of Clinical Oncology*, 2008; 26: 703 – 711.
119. Parkin D.M., Whelan S., Ferlay J. (Ed.). Cancer Incidence in Five Continents, vol. VIII IARC Scientific Publication No. 155. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 2002.
120. Pasz – Walczak G. Zapobieganie (W:) Onkologia, Podręcznik dla studentów i lekarzy. Kordek J., Jassem J., Jeziorski A., Kornafel J., Krzakowski M., Pawłęga J. (Red.), Via Medica, Gdańsk 2007; 52 – 57.
121. Pasz – Walczak G., Czynniki rakotwórcze, (W:) Onkologia, Podręcznik dla studentów i lekarzy. Kordek J., Jassem J., Jeziorski A., Kornafel J., Krzakowski M., Pawłęga J. (Red.), Via Medica, Gdańsk 2007; 1 – 6.
122. Pauzaniasz. Niemirska – Pliszczyńska J (Tłum). Wędrowka po Helladzie. W świątyni i micie. Ossolineum, Wrocław 1973.
123. Pawłęga J. Częstość występowania nowotworów złośliwych. (W:) Onkologia, Podręcznik dla studentów i lekarzy. Kordek R., Jassem J., Jeziorski A., Kornafel J., Krzakowski M., Pawłęga J. (Red.), Via Medica, Gdańsk 2007; 35 – 41.
124. PBS DGA (Pracownia Badań Społecznych) Wiedza o nowotworach i profilaktyce. Badanie na zlecenie Centrum Onkologii w Warszawie, Warszawa/Sopot 2007.
125. Pieńkowski T. Rak piersi. (W:) Onkologia Kliniczna. Krzakowski M. (Red.), Borgis, Warszawa 2006; 87 – 89.

126. Pięta B., Opala G., Opala T. Czynniki ryzyka raka piersi. (W:) Wyzwania współczesnego położnictwa. Kielbratowska B., Łysiak – Szydłowska W., Preis K. (Red.), Pelplin, Wydawnictwo Bernardinum, 2007; 220 – 224.
127. Pięta B., Rzymiski P., Wilczak M., Juszczak L., Opala T. Ocena wpływu szkolenia na skuteczność badania palpacyjnego gruczołu piersiowego – wyniki badania z pojedynczo ślepą próbą na fantomach. *Przegląd Ginekologiczno – Położniczy*, 2006; 6(2): 99 – 104.
128. Pike S., Forster D. Promocja zdrowia dla wszystkich. Wyd. Czelej, Lublin, 1998.
129. Pisarski T., Pisarska – Krawczyk M., Samulak D. Zdrowie Kobiet. *Ginekologia Praktyczna*, 2008; 4: 36 – 39.
130. Pischon T., Nöthlings U., Boeing H. Obesity and cancer. *Proceedings of the Nutrition Society*, 2008; 67: 128 – 145.
131. Publiczna Radiofonia Regionalna. Polskie Radio Szczecin SA, 2004; 2(10).
132. Raport On Board PR – ECCO Network w oparciu o badania opinii społecznej przeprowadzone przez TNS OBOP w październiku 2005; na ogólnopolskiej, reprezentatywnej 1005 – osobowej próbie mieszkańców Polski w wieku 15 i więcej lat.
133. Reeves B., Nass C. Media i ludzie. PIW, Warszawa 2000.
134. Renehan AG, Soerjomataram I, Tyson M. Incident cancer burden attributable to excess body mass index in 30 European countries. *International Journal of Cancer*, New York 2010; 126: 692 – 702.
135. Rubin E., Miller V.E., Berland L.L. Hand Held Real-time breast sonography. *American Journal of Roentgenology*, 1985; 144: 623 – 627.
136. Ruhland F. Diagnostische Wertigkeit von Mammographie und Mammosonographie bei präinvasiven Mammaläsionen. *Ultraschall in der Medizin*, 1998; 19: 10.
137. Ruhland Fr., Przybylski M., Budner M., Spaczyński M. Diagnostyka wczesnych stanów przedrakowych oraz raka piersi. *Współczesna Onkologia*, 2002; 6(5): 288 – 299.
138. Rzymiski P., Opala T. Elastografia, jako nowe narzędzie wykrywania raka piersi – ocena badań i zastosowań klinicznych. *Przegląd Menopauzalny*, 2011; 5: 357 – 362.
139. Sardanelli F., Boetes C., Borisch B, T. Decker T., M. Federico M. Magnetic resonance imaging of the breast: recommendations from the EUSOMA working group. *European Journal of Cancer*, 2010; 46: 1296 – 1316.
140. SIMP – System Informatyczny Medycznej Profilaktyki – 1 stycznia 2008.
141. SIMP – System Informatyczny Medycznej Profilaktyki – 1 stycznia 2009.
142. SIMP – System Informatyczny Medycznej Profilaktyki – 1 stycznia 2010.
143. SIMP – System Informatyczny Medycznej Profilaktyki – 1 stycznia 2011.
144. Skaane P. Studies comparing screen-film mammography and full – field digital mammography in breast cancer screening: updated review. *Acta Radiologica*, Copenhagen 2009; 50(1): 3 – 14.
145. Słysz A. Rola reguł heurystycznych w diagnozie onkologicznej. *Współczesna Onkologia*, 2008; 12(2): 90 – 94.
146. SMG/KRC – Instytut Millward Brown „Postawy wobec programu profilaktyki raka piersi”. 2010.
147. Smith, S. M., Ford, J. S., Rakowski, W., Moskowitz, C. S., Diller, L., Hudson, M. M., Mertens, A. C., Stanton, A. L., Henderson, T. O., Leisenring, W. M., Robison, L. L., Oeffinger, K. C. Inconsistent mammography perceptions and practices among women at risk of breast cancer following a pediatric malignancy: a report from the Childhood Cancer Survivor Study. *Cancer Causes Control*, 2010; 21: 1585 – 1595.
148. Sorlie T. Molecular portraits of breast cancer: tumour subtypes as distinct disease entities. *European Journal of Cancer*, Oxford 2004; 40(18): 2667 – 2675.
149. Stanisław A. Przystępny kurs statystyki w oparciu o program STATISTICA PL na przykładach z medycyny. Wyd. StatSoft, Kraków 2001.
150. Stavros AT., Thickman D., Rapp L., Dennis M.A., Parker S.H., Disney G.A. Solid breast nodules: uses of sonography distinguish between benign and malignant lesions. *Radiology*, 1995; 196: 123 – 134.

151. Stefańczyk L., Majos A. Diagnostyka obrazowa w onkologii. (W:) Onkologia, Podręcznik dla studentów i lekarzy. Kordek J., Jassem J., Jeziorski A., Kornafel J., Krzakowski M., Pawłega J. (Red.), Via Medica, Gdańsk 2007; 120 – 128.
152. Storm H, Engholm G, Hakulinen T, Tryggvadóttir L, Klint A, Gislum M, Kejs A.M. Bray F. Survival of patients diagnosed with cancer in the Nordic countries up to 1999 – 2003 followed to the end of 2006. A critical overview of the results, *Acta Oncologica* 2010; 49: 532 – 544.
153. Szewczyk K. Epidemiologia i profilaktyka raka piersi. (W:) Rak Piersi. Kornafel J. (Red.), Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa 2011; I: 5 – 13.
154. Szpakowska M., Sibilska – Wierzechowska E., Kocur J. Przydatność tomografii rezonansu magnetycznego w wykrywaniu raka piersi u nosicielek mutacji w genie BRCA 1. *Polski Przegląd Radiologiczny*, 2007; 72(1): 125 – 126.
155. Szymczak M. (Red.). Słownik języka polskiego. PWN, Warszawa 1993.
156. Taylor, S.E. Health psychology (8th ed.). McGraw Hill, New York 2011.
157. The Council of the European Union. Council Recommendation of 2 December 2003 on cancer screening (2003/878/EC), Official Journal of the European Union, 2003; 327 – 334.
158. Thibault F., Meunier M., Kljanić J. Diagnostic accuracy of sonography and combined sonographic assessment and sonographically guided cytology in nonpalpable solid breast lesions. *Journal of Clinical Ultrasound*, 2000; 28(8): 387 – 398.
159. Tones K, Tilford S. Health Education. Effectiveness and efficacy. Chapman & Hall, London 1994.
160. Towpik E., Mould R.F. Maria Skłodowska – Curie. Memorial Issue of the Polish Oncological Journal. *Nowotwory*. Warszawa 1998.
161. U.S. Preventive Service Task Force, 2002.
162. Value for Money in Health Spending, OECD, Paris 2010.
163. Verdecchia A, Francisco S, Brenner. EUROCORE – 4 Working Group. Recent cancer survival in Europe a 2000–02 period analysis of EUROCORE – 4 data. *Lancet*, 2007; 8(9): 784 – 796.
164. Warecki M.W. Co wpływa na dziennikarzy i jaki wpływ mają dziennikarze? Poltex Warszawa 2006.
165. Wayne W.D. Biostatistics: A Foundation for Analysis In The Health Sciences. SIXTH Edition, John Wiley & Sons, Inc. New York, Chichester, Brisbane, Toronto, Singapore 1995.
166. Wesołowska E. Badania przesiewowe w zakresie wczesnego wykrywania raka piersi. (W:) Podstawy onkologii klinicznej. Meder J. (Red.), Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa 2011; 17 – 20.
167. Willis R.A. Spread of Tumors in the Human Body. Butterworth & CO, London 1952.
168. Włoszczak – Szubzda A., Jarosz M., Horoch A. Rola mediów w promocji zdrowia. *Zdrowie Publiczne*, 2007; 117(4): 480 – 484.
169. World Cancer Report. Geneva 2000.
170. World Health Organization Classification of Tumours. Tavassoli FA, Devillee P. (Eds.). Pathology and Genetics of Tumours of the Breast and Female Genital Organs. IARC Press, Lyon 2003.
171. World Health Organization. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19 – 22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100), 1946.
172. Woynarowska B. Edukacja zdrowotna. PZWL, Warszawa 2007.
173. Wronkowski Z., Zwierko M., Nowacki MP. Zasady i wyniki programu modelowego skryningu raka piersi i raka szyjki macicy w Polsce, 1999 – 2000. *Nowotwory*, 2002; 52: 1 – 157.
174. Wroński K., Płuciennik E., Żelazowski M., Seta K., Byczewska M., Bednarek A.K. Is human mRNA mammaglobin – 1 a good marker of carcinomacells in the peripheral blood of patients with breast cancer? *Współczesna Onkologia*, 2008; 12(4): 153 – 161.
175. Wysocki J., Czajka H. Szczepienia w pytaniach i odpowiedziach. Help – med, 2008.
176. Wysocki M.J., Miller M. Paradygmat Lalonde’a, Światowa Organizacja Zdrowia i nowe zdrowie publiczne. *Przegląd Epidemiologiczny*, 2003; 57: 505 – 512.
177. Zachodniopomorski Rejestr Nowotworów Złośliwych ZCO w Szczecinie, 2011.

- 178.Zatoński W. (Red.) Europejski Kodeks Walki z Rakiem. Medycyna Praktyczna: COI, Wydanie 3, Warszawa 2007.
- 179.Zielińska E., Nowicka W. Zdrowie kobiet w Polsce. RAPORT. Kongres Kobiet Polskich 2009. Kobiety dla Polski, Polska dla Kobiet. 20 – lat transformacji 1989-2009. Fundacja Femino-teka, Warszawa 2009; 131.
- 180.Związek Pracodawców Mediów Publicznych. Media Publiczne w ocenie polskiego odbiorcy. Homo Homini, Instytut Badania Opinii. Warszawa 2011.

ŹRÓDŁA INTERNETOWE

- 181.Aegis Media. Sposoby dostępu do informacji. 30.03.2011. www.wirtualnemedi.pl/data wejścia: 10.10.2011; g. 23.00/
- 182.Chmielarczyk W., Wronkowski Z., Zwierko M. Samobadanie piersi. *Służba Zdrowia*, 2000 – wydanie internetowe; <http://www.sluzbazdrowia.com.pl//data wejścia: 26.03.2009; g. 20.00/>.
- 183.Chmielarczyk W., Wronkowski Z., Zwierko M. Zapobieganie rakowi piersi. *Służba Zdrowia*, 2000 – wydanie internetowe; <http://www.sluzbazdrowia.com.pl//data wejścia: 26.03.2009; g. 20.30/>.
- 184.Czapiński J. Dlaczego wierzymy mediom? [http://www.brief.pl/inbrief/opinie/art137, dlaczego-wierzymy-mediom.html /data wejścia: 10.10.2011, g. 23.15/](http://www.brief.pl/inbrief/opinie/art137,dlaczego-wierzymy-mediom.html /data wejścia: 10.10.2011, g. 23.15/).
- 185.Dane GUS 2006; [//www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/data wejścia: 10.03.2011; g.15.30/](http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/data wejścia: 10.03.2011; g.15.30/)
- 186.Dane GUS z 29.01.2009; [//www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/data wejścia: 12.03.2011; g. 18.00/](http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/data wejścia: 12.03.2011; g. 18.00/)
- 187.Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C and Parkin DM. GLOBOCAN2008, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 10 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2010. <http://globocan.iarc.fr/references.htm /data wejścia: 28.01.2012 g. 21.30/>.
- 188.French National Cancer Institute. Mission interministerielle pour la lutte contre le cancer. Plan Cancer 2003 – 2007. [/http://www.e-cancer.fr/data wejścia: 18.12.2011.](http://www.e-cancer.fr/data wejścia: 18.12.2011.)
- 189.International Agency for Research on Cancer 2006. <http://globocan.iarc./references.htm /data wejścia: 27.01.2012 g. 21.30/>.
- 190.International Agency for Research on Cancer 2010. <http://globocan.iarc.fr./references.htm /data wejścia: 15.01.2012 g. 21.30/>.
- 191.Lewin J. Digital mammography faces. Diagnostic Imaging Supplement; Oct 2001: [www. diagnosticimaging.com/breastimaging/lewin.shtml/ /data wejścia: 22.04.2009; g. 21.00/](http://www.diagnosticimaging.com/breastimaging/lewin.shtml/ /data wejścia: 22.04.2009; g. 21.00/).
- 192.Narodowy Program zwalczania chorób Nowotworowych. Kierunki Realizacji Zadań na lata 2011 – 2012. Ministerstwo Zdrowia. Załącznik nr 2. [/www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/zalacznik2_uchwala_01022010/data wejścia: 28.12.2012 g. 19.30/](http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/zalacznik2_uchwala_01022010/data wejścia: 28.12.2012 g. 19.30/).
- 193.Wdowiak L. www.demoseuropa.eu/upload/editor/data wejścia: 19.04.2010; g.14.00/.
- 194.Wronkowski Z., Chmielarczyk W. Znaczenie badań przesiewowych w zwalczaniu raka piersi. *Służba Zdrowia – Klinika* 2000, wydanie internetowe; <http://www.sluzbazdrowia.com.pl/ /data wejścia: 27.03.2010; g. 20.15/>.
- 195.Zadrozna A. Eurobarometr 68, Polska 2007. http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/eb/eb68/eb68_pl_nat.pdf/ data wejścia: 5.11.2011; g. 22.15/.
- 196.Zachodniopomorski Urząd Marszałkowski. Regionalny Program Operacyjny. Prewencja www.wz.wzp.pl//data wejścia: 30.08.2010; g. 23.00/.

AKTY PRAWNE

197. Narodowy Program Zdrowia 2007 – 2015. Załącznik do Uchwały Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 roku.
198. Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych. (Dz. U. z 2005r. Nr 143, poz. 1200).
199. Rezolucja z dnia 25 października 2006 roku w sprawie raka piersi w rozszerzonej Unii Europejskiej. (Dz. U. C 313 E z 20.12.2006).
200. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 grudnia 2004 roku w sprawie substancji, preparatów, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy. (Dz. U. 2004 nr 280 poz. 2771).
201. Ustawa z dnia 29 grudnia 1992 roku o radiofonii i telewizji. (Dz. U. Nr 7, poz. 34. z późn. zm.).
202. Ustawa z dnia 26 stycznia 1984 roku Prawo Prasowe. (Dz. U. Nr 5, poz. 24. z późn. zm.).

Wykaz tabel

1. Liczba zachorowań i zgonów kobiet z powodu raka piersi w Polsce, w podziale na Województwa, w latach od 2005 do 2009 roku	22
2. Kolejność województw według wielkości standaryzowanego współczynnika zachorowalności i umieralności z powodu nowotworu złośliwego piersi w Polsce, w 2009 roku	23
3. Tydzień Zdrowia Kobiety w Województwie Zachodniopomorskim. Luty – Marzec 2008.....	44
4. Charakterystyka rozkładu wieku [lata] badanych pięciu grup	48
5. Liczba ankietowych kobiet w wybranych przedziałach wiekowych	48
6. Wykształcenie i wiek badanych kobiet pięciu grup	49
7. Różnice częstości występowania kategorii wykształcenia badanych kobiet pięciu grup	50
8. Odpowiedzi respondentek na pytanie: „Czy w Polsce powinni być dziennikarze medyczni? ”.....	53
9. Różnice częstości odpowiedzi w sprawie potrzeby istnienia dziennikarzy medycznych ...	53
10. Wiek badanych kobiet pięciu grup, które wyraziły aprobatę dla istnienia w Polsce specjalizacji „dziennikarz medyczny”	54
11. Wykształcenie badanych kobiet, które wyraziły aprobatę istnienia w Polsce specjalizacji „dziennikarz medyczny”.....	54
12. Wybrane przez respondentki media, które dobrze kolportują (emitują) publikacje medyczne, dotyczące profilaktyki onkologicznej	55
13. Różnice wskazań respondentek pięciu grup w sprawie rodzajów mediów, które, zdaniem badanych kobiet, dobrze kolportują publikacje medyczne, dotyczące profilaktyki onkologicznej	56
14. Rodzaje mediów, które dobrze kolportują (emitują) publikacje medyczne, wskazane przez respondentki a ich wykształcenie	57
15. Rodzaje mediów, które dobrze kolportują (emitują) publikacje medyczne, wskazane przez respondentki a ich wiek	59
16. Formy dziennikarskie, ułatwiające zrozumienie zasad profilaktyki onkologicznej	60
17. Różnice statystyczne, dotyczące odpowiedzi badanych kobiet, w sprawie form dziennikarskich, które ułatwiają zrozumienie zasad profilaktyki zdrowotnej	61
18. Formy dziennikarskie, które ułatwiają zrozumienie zasad profilaktyki zdrowotnej, wskazane przez badane kobiety z czterech grup w wieku od 50 do 69 lat	62
19. Formy dziennikarskie, które ułatwiają zrozumienie zasad profilaktyki zdrowotnej, wskazywane przez badane kobiety z różnym wykształceniem	63
20. Skuteczność zachodniopomorskich mediów w promowaniu zdrowia, w aspekcie profilaktyki nowotworowej	65
21. Różnice statystyczne w odniesieniu do opinii badanych kobiet, na temat skuteczności zachodniopomorskich mediów w promowaniu zdrowia, w aspekcie profilaktyki nowotworowej.....	65
22. Przyczyny nieskutecznej promocji zdrowia w aspekcie profilaktyki nowotworowej, w zachodniopomorskich mediach	66
23. Różnice statystyczne, w podawanych przez badane kobiety przyczynach nieskutecznej promocji zdrowia w zachodniopomorskich mediach	67
24. Liczba (%) badanych kobiet w różnym wieku, które uważały, że zachodniopomorskie media nieskutecznie promowały zdrowie, ponieważ wielu dziennikarzy nie miało doświadczenia zawodowego	68
25. Wskazania badanych kobiet na wyższość medialnych działań promocji zdrowia, dotyczących zmiany nawyków zdrowotnych odbiorców, nad działaniami lekarza w tym zakresie.....	68
26. Liczba i odsetek badanych kobiet w różnym wieku, potwierdzających lub negujących fakt, iż mediom jest łatwiej, aniżeli lekarzowi, zmienić nieprawidłowe nawyki zdrowotne pacjentek z województwa zachodniopomorskiego.....	69

27. Różnice statystyczne w odniesieniu do pytania: „Czy mediom zachodniopomorskim jest łatwiej niż lekarzowi zmienić nieprawidłowe nawyki zdrowotne pacjentów”.....	69
28. Wskazane przez respondentki przyczyny, ułatwiające zmianę nieprawidłowych nawyków zdrowotnych pacjentek mediom, a nie lekarzowi.....	70
29. Różnice statystyczne w stosunku do przyczyn, ułatwiających zmianę nieprawidłowych nawyków zdrowotnych pacjentek mediom, a nie lekarzowi	71
30. Wymieniane przez respondentki w różnym wieku przyczyny, ułatwiające zmianę nieprawidłowych nawyków zdrowotnych pacjentek mediom, a nie lekarzowi.....	73
31. Określenie przez badane kobiety, kiedy łatwiej zmienić nieprawidłowe nawyki zdrowotne pacjentek lekarzowi niż mediom.....	74
32. Różnice statystyczne w odniesieniu do przyczyn, ułatwiających zmianę nieprawidłowych nawyków zdrowotnych pacjentek lekarzowi, a nie mediom.....	74
33. Wymieniane przez respondentki w różnym wieku przyczyny, ułatwiające zmianę nieprawidłowych nawyków zdrowotnych pacjentek lekarzowi, a nie mediom.....	75
34. Stanowisko badanych kobiet w sprawie wpływu współpracy lekarzy z mediami na poziom świadomości pacjentek na temat profilaktyki raka piersi	76
35. Różnice statystyczne między badanymi grupami, w związku z potrzebą wykorzystania przez lekarzy mediów do szerzenia wiedzy na temat profilaktyki raka piersi.....	76
36. Liczba i odsetek badanych kobiet w różnym wieku, które uważały, że dzięki współpracy lekarzy z mediami wzrasta poziom świadomości pacjentek na temat profilaktyki raka piersi	77
37. Opinia badanych kobiet w sprawie wpływu publikacji medycznych, w mediach zachodniopomorskich na wzrost świadomości pacjentek w zakresie profilaktyki raka piersi	78
38. Różnice statystyczne, dotyczące wpływu publikacji medialnych na wzrost świadomości pacjentek w zakresie profilaktyki raka piersi.....	78
39. Liczba i odsetek badanych kobiet w różnym wieku, które potwierdziły lub negowały, wzrost świadomości pacjentek na temat profilaktyki raka piersi, uzyskany dzięki medycznym publikacjom w mediach zachodniopomorskich.....	79
40. Liczba i odsetek badanych kobiet z różnym wykształceniem, które potwierdziły, że, dzięki medycznym publikacjom w mediach zachodniopomorskich, wzrosła świadomość pacjentek na temat profilaktyki raka piersi	79
41. Wpływ informacji medialnych o badaniach przesiewowych, w odniesieniu do wzrostu zgłaszalności na mammografię	80
42. Różnice statystyczne w sprawie wpływu informacji medialnych o badaniach, w odniesieniu do wzrostu zgłaszalności na mammografię	80
43. Liczba i odsetek badanych kobiet w różnym wieku, przekonanych o tym, że po ukazaniu informacji w mediach zachodniopomorskich w sprawie badań przesiewowych, będzie wzrastała zgłaszalność na te badania	81
44. Liczba i odsetek badanych kobiet z różnym wykształceniem, przekonanych o tym, że po ukazaniu informacji w mediach zachodniopomorskich w sprawie badań przesiewowych, może wzrastać zgłaszalność na te badania	81
45. Sposoby organizowania programów medialnych, a zgłaszalność na mammografię	82
46. Różnice statystyczne badanych grup, w sprawie sposobów organizowania programów medialnych, a zgłaszalność na badania mammograficzne	83
47. Liczba i odsetek badanych kobiet w różnym wieku, które uważały, że pacjentki decydują się zgłosić na badania mammograficzne po cyklicznych publikacjach w jednym medium	83
48. Informacje w mediach regionu, zachęcające do wykonania badania mammograficznego ..	84
49. Różnice statystyczne w odniesieniu do tematów prezentowanych w mediach, które zachęcały mieszkanki województwa zachodniopomorskiego do wykonania badania mammograficznego	85
50. Liczba i odsetek badanych kobiet w wieku 50 – 69 lat, wypowiadających się w sprawie tematyki informacji w mediach zachodniopomorskich, zachęcających do profilaktyki raka piersi	86

51.	Informacje, dotyczące profilaktyki raka piersi, zdobyte za pośrednictwem popularnych, ogólnodostępnych mediów zachodniopomorskich	87
52.	Różnice statystyczne badanych grup (Amazonki, Mieszkanki wsi, Studentki) w sprawie informacji, dotyczących profilaktyki raka piersi, zdobytych za pośrednictwem popularnych, ogólnodostępnych mediów	87
53.	Informacje, dotyczące profilaktyki raka piersi, uzyskane przez Amazonki i Mieszkanki wsi w wieku 50 - 69 lat za pośrednictwem popularnych, ogólnodostępnych mediów	88
54.	Liczba i odsetek ankietowanych, które wymieniły przyczyny niezgłaszania się pacjentek na przesiewowe badania mammograficzne	88
55.	Różnice statystyczne we wskazaniu przyczyn niezgłaszania się na mammografię	89
56.	Liczba i odsetek respondentek w różnym wieku, które wymieniły przyczyny niezgłaszania się pacjentek na przesiewowe badania mammograficzne	90
57.	Stanowisko badanych kobiet w sprawie ważnej roli mediów zachodniopomorskich, w upowszechnianiu informacji onkologicznej	91
58.	Liczba i odsetek badanych kobiet w różnym wieku, które uważały, że zachodniopomorskie media odgrywają ważną rolę w upowszechnianiu wiedzy onkologicznej.....	91
59.	Wpływ spotkań edukacyjnych w Polskim Radiu Szczecin, na organizowanie programów profilaktyki nowotworowej w miejscu zamieszkania kobiet piastujących funkcję sołtysa.	92
60.	Badane o wpływie wybranych mediów zachodniopomorskich na profilaktykę raka piersi	92
61.	Różnice statystyczne w odniesieniu do oceny działań, dotyczących profilaktyki raka piersi, prowadzonych w poszczególnych mediach zachodniopomorskich	93
62.	Ankietowane kobiety w wieku 50 – 69 lat o wpływie wybranych zachodniopomorskich mediów na profilaktykę raka piersi	94
63.	Liczba wykonanych badań skryningowych w Polsce i w województwie Zachodniopomorskim, w latach 2007 – 2010.....	94
64.	Liczba mammografii, wykonanych w województwie zachodniopomorskim od 2007 do 2010 roku, w ramach Populacyjnego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Piersi	95
65.	Liczba i odsetek przesiewowych badań mammograficznych, wykonanych w Polsce od 2007 do 2010 roku, z podziałem na źródła informacji	100
66.	Liczba i odsetek badań mammograficznych, wykonanych w województwie zachodniopomorskim od 2007 do 2010 roku, z podziałem na źródła informacji	103

Wykaz rycin

1.	Rak piersi. Szacunkowa zachorowalność na świecie w 2008 roku	20
2.	Rak piersi. Szacunkowa umieralność na świecie w 2008 roku	21
3.	Standaryzowane współczynniki zapadalności i umieralności na raka piersi u kobiet, z wybranych krajów Europy – 2008 rok	21
4.	Struktura zachorowań i zgonów na nowotwory złośliwe u kobiet z województwa zachodniopomorskiego w 2009 roku	23
5.	Słynna wypowiedź Marii Skłodowskiej – Curie, Warszawa 1923 rok.....	25
6.	Liczba wykonanych mammografii w 2006 roku, w Zachodniopomorskim Centrum Onkologii.....	35
7.	Odsetek osób, przekazujących informacje medialne w rozmowie często i bardzo często...	37
8.	Stanowiska pracy zajmowane przez kobiety zatrudnione w mediach	51
9.	Specjalizacje zawodowe badanych kobiet, zatrudnionych w ochronie zdrowia.....	51
10.	Status zawodowy badanych kobiet, reprezentujących zachodniopomorskie wsie.....	52
11.	Liczba wykonanych mammografii w województwie zachodniopomorskim w latach 2007 – 2010, w ramach Populacyjnego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Piersi.....	95
12.	Polska. Objęcie populacji Programem Wczesnego Wykrywania Raka Piersi – 2007 rok...	96
13.	Polska. Objęcie populacji Programem Wczesnego Wykrywania Raka Piersi – 2008 rok...	97
14.	Polska. Objęcie populacji Programem Wczesnego Wykrywania Raka Piersi – 2009 rok...	97
15.	Polska. Objęcie populacji Programem Wczesnego Wykrywania Raka Piersi – 2010 rok...	98
16.	Województwo zachodniopomorskie – powiaty. Objęcie mieszkanek Populacyjnym Programem Wczesnego Wykrywania Raka Piersi – 2007, 2008 rok.....	98
17.	Województwo zachodniopomorskie – powiaty. Objęcie mieszkanek Populacyjnym Programem Wczesnego Wykrywania Raka Piersi – 2009, 2010 rok.....	99
18.	Odsetek badań mammograficznych wykonanych w Polsce, w latach od 2007 do 2010 roku, z podziałem na źródła informacji.....	100
19.	Objęcie populacji kobiet zaproszeniami w 2011 roku – stan na 01.01.2012 rok.....	101
20.	Odsetek mieszkanek z poszczególnych województw, które zadeklarowały, iż w roku 2007 wykonały mammografię po otrzymaniu informacji z mediów	101
21.	Odsetek mieszkanek z poszczególnych województw, które zadeklarowały, iż w roku 2008 wykonały mammografię po otrzymaniu informacji z mediów.....	102
22.	Odsetek mieszkanek w poszczególnych województwach, które zadeklarowały, iż w roku 2009 wykonały mammografię po otrzymaniu informacji z mediów.....	102
23.	Odsetek mieszkanek z poszczególnych województw, które zadeklarowały, iż w roku 2010 wykonały mammografię po otrzymaniu informacji z mediów.....	103
24.	Odsetek badań mammograficznych, wykonanych w województwie zachodniopomorskim, w latach od 2007 do 2010 roku, z podziałem na źródła informacji	104
25.	Liczba pacjentek z województwa zachodniopomorskiego, zmotywowanych do wykonania badania mammograficznego w latach 2007–2010 przez media i lekarza POZ	104
26.	Liczba pacjentek z województwa zachodniopomorskiego, zmotywowanych do wykonania badania mammograficznego w latach 2007–2010 przez media i pielęgniarkę.....	105
27.	Liczba pacjentek z województwa zachodniopomorskiego, zmotywowanych do wykonania badania mammograficznego w latach 2007–2010 przez media i SMS.....	105
28.	Liczba pacjentek z województwa zachodniopomorskiego, zmotywowanych do wykonania badania mammograficznego w latach 2007–2010 przez media i lekarza specjalistę.....	105
29.	Liczba pacjentek z województwa zachodniopomorskiego, zmotywowanych do wykonania badania mammograficznego w latach 2007–2010 przez media i zaproszenia imienne.....	106
30.	Liczba pacjentek z województwa zachodniopomorskiego, zmotywowanych do wykonania badania mammograficznego w latach 2007–2010 przez media i inne źródła	106

ANEKS

ANKIETA - PRACOWNICY OCHRONY ZDROWIA

Przeprowadzone badania ankietowe mają ocenić wpływ ogólnodostępnych mediów na profilaktykę raka piersi w województwie zachodniopomorskim. Ankieta jest anonimowa, a zebrane informacje zostaną wykorzystane w celach naukowych. Dziękuję za rzetelne wypełnienie ankiety i poświęcenie jej, cennego Państwa czasu.

1. Wiek.....

2. Wykształcenie

201 <input type="checkbox"/> - podstawowe	205 <input type="checkbox"/> - niepełne wyższe
202 <input type="checkbox"/> - zawodowe	206 <input type="checkbox"/> - wyższe
203 <input type="checkbox"/> - średnie ogólnokształcące	207 <input type="checkbox"/> - medyczne
204 <input type="checkbox"/> - średnie zawodowe	208 <input type="checkbox"/> - inne

3. Proszę podać swoją specjalizację

4. Proszę podać swój stopień naukowy

5. Czy w Polsce powinni być dziennikarze medyczni?

501 <input type="checkbox"/> - tak	502 <input type="checkbox"/> - nie	503 <input type="checkbox"/> - nie wiem
------------------------------------	------------------------------------	---

6. Proszę wymienić media, które dobrze kolportują (emitują) publikacje medyczne dla pacjentów?

(Można zaznaczyć kilka odpowiedzi)

601 <input type="checkbox"/> - prasa codzienna	606 <input type="checkbox"/> - radio
602 <input type="checkbox"/> - prasa bezpłatna	607 <input type="checkbox"/> - telewizja
603 <input type="checkbox"/> - magazyn kobiecy	608 <input type="checkbox"/> - Internet
604 <input type="checkbox"/> - tygodnik	609 <input type="checkbox"/> - czasopisma specjalistyczne
605 <input type="checkbox"/> - miesięcznik	610 <input type="checkbox"/> - inne

7. Proszę wymienić formy dziennikarskie, które ułatwiają zrozumieć zasady profilaktyki zdrowotnej?

(Można zaznaczyć kilka odpowiedzi)

701 <input type="checkbox"/> - informacja prasowa	708 <input type="checkbox"/> - wywiad z lekarzem i pacjentem
702 <input type="checkbox"/> - informacja radiowa	709 <input type="checkbox"/> - wywiad z organizatorem ochrony zdrowia
703 <input type="checkbox"/> - informacja telewizyjna	710 <input type="checkbox"/> - reportaż
704 <input type="checkbox"/> - artykuł informacyjny	711 <input type="checkbox"/> - program z telefonicznym udziałem słuchaczy, czytelników
705 <input type="checkbox"/> - audycja informacyjna	712 <input type="checkbox"/> - krótki spot informacyjno reklamowy - do 30sek.
706 <input type="checkbox"/> - wywiad z lekarzem	713 <input type="checkbox"/> - inne formy dziennikarskie
707 <input type="checkbox"/> - wywiad z pacjentem	

8. Czy zachodniopomorskie media dobrze promują zdrowie w aspekcie profilaktyki nowotworowej?

801 <input type="checkbox"/> - tak	804 <input type="checkbox"/> - mniej niż połowa
802 <input type="checkbox"/> - nie wszystkie	805 <input type="checkbox"/> - nie
803 <input type="checkbox"/> - ponad połowa	806 <input type="checkbox"/> - nie wiem

9. Jeśli zachodniopomorskie media źle promują zdrowie w aspekcie profilaktyki nowotworowej, to dlaczego tak się dzieje?

(Można zaznaczyć kilka odpowiedzi)

901 <input type="checkbox"/> - wielu dziennikarzy nie ma doświadczenia w promowaniu zdrowia	904 <input type="checkbox"/> - na promocję zdrowia przeznaczają się za mało pieniędzy
902 <input type="checkbox"/> - publikacje są nieobiektywne	905 <input type="checkbox"/> - dopuszcza się reklamę leków w mediach
903 <input type="checkbox"/> - za rzadko ukazują się publikacje o zdrowiu	906 <input type="checkbox"/> - nie wiem

10. Czy mediom jest łatwiej niż lekarzowi, zmienić nieprawidłowe nawyki zdrowotne pacjentek województwa zachodniopomorskiego?

1001 <input type="checkbox"/> - tak	1002 <input type="checkbox"/> - nie	1003 <input type="checkbox"/> - nie wiem
-------------------------------------	-------------------------------------	--

11. Jeśli mediom jest łatwiej niż lekarzowi zmienić nieprawidłowe nawyki zdrowotne pacjentek zachodniopomorskich, to jakie mogą być tego przyczyny?

(Można zaznaczyć kilka odpowiedzi)

1101 <input type="checkbox"/> - informacja powtarzana jest często	1105 <input type="checkbox"/> - o prawidłowych zachowaniach zdrowotnych mówią popularni ludzie
1102 <input type="checkbox"/> - lekarz ma za mało czasu dla pacjentki w trakcie wizyty	1106 <input type="checkbox"/> - o prawidłowych zachowaniach zdrowotnych mówią ludzie, którym udało się wygrać z chorobą
1103 <input type="checkbox"/> - wiedza przekazywana jest w mediach prostym językiem	1107 <input type="checkbox"/> - zachętą są konkursy
1104 <input type="checkbox"/> - w programie (artykuły) biorą udział autorzy tety medyczne, do których pacjentka ma często trudny dostęp	1108 <input type="checkbox"/> - pacjentka nie wstydzi się zadawać pytań autorom programu
	1109 <input type="checkbox"/> - nie wiem

12. Jeśli lekarzowi jest łatwiej niż mediom zmienić nieprawidłowe nawyki zdrowotne zachodniopomorskich pacjentek, to jakie mogą być tego przyczyny?

(Można zaznaczyć kilka odpowiedzi)

1201 <input type="checkbox"/> - lekarz ma bezpośredni kontakt z pacjentką	1204 <input type="checkbox"/> - lekarz przepisuje leki
1202 <input type="checkbox"/> - lekarz ma czas dla pacjentki w trakcie wizyty	1205 <input type="checkbox"/> - nie wiem
1203 <input type="checkbox"/> - lekarz indywidualnie omawia zachowania zdrowotne	

13. Czy dzięki współpracy lekarzy z mediami na temat promocji zdrowia, wzrasta poziom świadomości pacjentek na temat profilaktyki raka piersi?

1301 <input type="checkbox"/> - tak	1302 <input type="checkbox"/> - nie	1303 <input type="checkbox"/> - nie wiem
-------------------------------------	-------------------------------------	--

14. Czy dzięki medycznym publikacjom w mediach zachodniopomorskich wzrosła świadomość pacjentek na temat profilaktyki raka piersi?

1401 <input type="checkbox"/> - tak	1402 <input type="checkbox"/> - nie	1403 <input type="checkbox"/> - nie wiem
-------------------------------------	-------------------------------------	--

15. Czy zamieszczona w mediach zachodniopomorskich informacja na temat badań przesiewowych, może wpłynąć na wzrost zgłaszalności na te badania?

1501 <input type="checkbox"/> - tak	1502 <input type="checkbox"/> - nie	1503 <input type="checkbox"/> - nie wiem
-------------------------------------	-------------------------------------	--

16. Jakie działania medialne inspirują pacjentki do wykonania badania mammograficznego?

(Można zaznaczyć kilka odpowiedzi)

1601 <input type="checkbox"/> - jednorazowe publikacje na temat raka piersi w jednym zachodniopomorskim medium	1604 <input type="checkbox"/> - kampanie profilaktyki nowotworowej organizowane wspólnie przez wiele zachodniopomorskich mediów jednocześnie
1602 <input type="checkbox"/> - cykliczne publikacje na temat raka piersi w jednym zachodniopomorskim medium	1605 <input type="checkbox"/> - nie wiem
1603 <input type="checkbox"/> - kampanie profilaktyki nowotworowej w jednym zachodniopomorskim medium	

17. Jakie informacje w mediach zachodniopomorskich zachęcają do profilaktyki raka piersi?

(Można zaznaczyć kilka odpowiedzi)

1701 <input type="checkbox"/> - o pacjentach, którzy wygrali z chorobą	1705 <input type="checkbox"/> - o objawach choroby
1702 <input type="checkbox"/> - o skutkach zaniechania leczenia	1706 <input type="checkbox"/> - o kampaniach medialnych
1703 <input type="checkbox"/> - o badaniach profilaktycznych	1707 <input type="checkbox"/> - inne
1704 <input type="checkbox"/> - o terminach i miejscach badań	

18. Jakie informacje dotyczące profilaktyki raka piersi zdobyła Pani za pośrednictwem popularnych, ogólnodostępnych mediów?

(Można zaznaczyć kilka odpowiedzi)

1801 <input type="checkbox"/> - o samobadaniu piersi	1805 <input type="checkbox"/> - o mutacjach w genach BRCA1, BRCA2
1802 <input type="checkbox"/> - o objawach raka piersi	1806 <input type="checkbox"/> - o kalendarzu badań kobiet
1803 <input type="checkbox"/> - o mammografii	1807 <input type="checkbox"/> - wymienione w pytaniu informacje czerpałam ze źródeł specjalistycznych
1804 <input type="checkbox"/> - o terminach skryningu mammograficznego	

19. Dlaczego pacjentki nie zgłaszają się na badania mammograficzne?

(Można zaznaczyć kilka odpowiedzi)

1901 <input type="checkbox"/> - boją się badania	1904 <input type="checkbox"/> - nie mają czasu
1902 <input type="checkbox"/> - boją się informacji o chorobie	1905 <input type="checkbox"/> - nie chcą
1903 <input type="checkbox"/> - nie mają pieniędzy na dojazd na badania	1906 <input type="checkbox"/> - nie mają wystarczającej wiedzy
	1907 <input type="checkbox"/> - nie chcą

20. Czy media województwa zachodniopomorskiego są ważnym źródłem informacji onkologicznej?

2001 <input type="checkbox"/> - tak	2002 <input type="checkbox"/> - nie	2003 <input type="checkbox"/> - nie wiem
-------------------------------------	-------------------------------------	--

21. Czy spotkania Mieszkanek zachodniopomorskich wsi, pełniących funkcję sołtysa w Polskim Radiu Szczecin inspirują do zorganizowania programów profilaktyki nowotworowej dla mieszkanki wsi?

2101 <input type="checkbox"/> - tak	2102 <input type="checkbox"/> - nie	2103 <input type="checkbox"/> - nie wiem
-------------------------------------	-------------------------------------	--

22. Które z zachodniopomorskich mediów ma największy wpływ na profilaktykę raka piersi?

(Można zaznaczyć kilka odpowiedzi)

2201 <input type="checkbox"/> - Kurier Szczeciński	2205 <input type="checkbox"/> - Polskie Radio Szczecin
2202 <input type="checkbox"/> - Głos Szczeciński	2206 <input type="checkbox"/> - inne
2203 <input type="checkbox"/> - Głos Koszaliński	2207 <input type="checkbox"/> - nie wiem
2204 <input type="checkbox"/> - TVP Oddział w Szczecinie	

ANKIETA *
DZIENNIKARKI

1. Wiek

2. Wykształcenie

201 <input type="checkbox"/> - podstawowe	205 <input type="checkbox"/> - niepełne wyższe
202 <input type="checkbox"/> - zawodowe	206 <input type="checkbox"/> - wyższe
203 <input type="checkbox"/> - średnie ogólnokształcące	207 <input type="checkbox"/> - medyczne
204 <input type="checkbox"/> - średnie zawodowe	208 <input type="checkbox"/> - inne

3. W jakim medium jest Pani zatrudniona?

301 <input type="checkbox"/> - radio	302 <input type="checkbox"/> - prasa	303 <input type="checkbox"/> - telewizja	304 <input type="checkbox"/> - Internet
--------------------------------------	--------------------------------------	--	---

4. Na jakim stanowisku jest Pani zatrudniona ?

* Pytania od 5 do 22 identyczne, jak w umieszczonej na stronach 139 - 141 ankiecie Pracownicy Ochrony Zdrowia.

ANKIETA*
AMAZONKI

1. Wiek.....

2. Wykształcenie

201 <input type="checkbox"/> - podstawowe	205 <input type="checkbox"/> - niepełne wyższe
202 <input type="checkbox"/> - zawodowe	206 <input type="checkbox"/> - wyższe
203 <input type="checkbox"/> - średnie ogólnokształcące	207 <input type="checkbox"/> - medyczne
204 <input type="checkbox"/> - średnie zawodowe	208 <input type="checkbox"/> - inne

3. Przed iloma laty miała Pani usuniętą pierś?

301 <input type="checkbox"/> - 1 rok	306 <input type="checkbox"/> - 6 - 9 lat
302 <input type="checkbox"/> - 2 lata	307 <input type="checkbox"/> - 10 - 14 lat
303 <input type="checkbox"/> - 3 lata	308 <input type="checkbox"/> - 15 - 19 lat
304 <input type="checkbox"/> - 4 lata	309 <input type="checkbox"/> - 20 lat
305 <input type="checkbox"/> - 5 lat	

4. Czy obecnie pracuje Pani zawodowo?

401 <input type="checkbox"/> - tak	402 <input type="checkbox"/> - nie	403 <input type="checkbox"/> - emerytura	404 <input type="checkbox"/> - renta
------------------------------------	------------------------------------	--	--------------------------------------

* Pytania od 5 do 22 identyczne, jak w umieszczonej na stronach 139 - 141 ankiecie Pracownicy Ochrony Zdrowia.

ANKIETA*
MIESZKANKI WSI

1. Wiek

2. Wykształcenie

201 <input type="checkbox"/> - podstawowe	205 <input type="checkbox"/> - niepełne wyższe
202 <input type="checkbox"/> - zawodowe	206 <input type="checkbox"/> - wyższe
203 <input type="checkbox"/> - średnie ogólnokształcące	207 <input type="checkbox"/> - medyczne
204 <input type="checkbox"/> - średnie zawodowe	208 <input type="checkbox"/> - inne

3. Zawód

4. Ilu mieszkańców liczy Pani wieś?.....

* Pytania od 5 do 22 identyczne, jak w umieszczonej na stronach 139 - 141 ankiecie Pracownicy Ochrony Zdrowia.

ANKIETA*
STUDENTKI

1. Wiek

2. Wykształcenie

201 <input type="checkbox"/> - średnie ogólnokształcące	204 <input type="checkbox"/> - wyższe
202 <input type="checkbox"/> - średnie zawodowe	205 <input type="checkbox"/> - medyczne
203 <input type="checkbox"/> - niepełne wyższe	206 <input type="checkbox"/> - inne

3. Jaką specjalizację planuje Pani obrać?.....

4. Czy jako lekarka będzie Pani współpracowała z mediami?

401 <input type="checkbox"/> - tak	402 <input type="checkbox"/> - nie	403 <input type="checkbox"/> - nie wiem
------------------------------------	------------------------------------	---

* Pytania od 5 do 22 identyczne, jak w umieszczonej na stronach 139 - 141 ankiecie Pracownicy Ochrony Zdrowia.