

Opinia społeczna na temat chorób nowotworowych – badanie retrospektywne

Marianna Charzyńska-Gula¹, Aneta M. Bartosiewicz², Renata Bogusz³,
Zdzisława Szadowska-Szlachetka⁴, Katarzyna Muzyczka⁴, Alina Deluga⁴, Katarzyna Kocka⁴

¹ Zakład Onkologii WPINoZ UM w Lublinie

² Studenckie Koło Naukowe Katedry Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej WPINoZ UM w Lublinie

³ Samodzielna Pracownia Socjologii Medycyny Katedry Nauk Humanistycznych WPINoZ UM w Lublinie

⁴ Katedra Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej WPINoZ UM w Lublinie

Charzyńska-Gula M, Bartosiewicz AM, Bogusz R, Szadowska-Szlachetka Z, Muzyczka K, Deluga A, Kocka K. Opinia społeczna na temat chorób nowotworowych – badanie retrospektywne. Med. Og Nauk Zdr. 2014; 20(3): 223–228. doi: 10.5604/20834543.1124647

Streszczenie

Opinia na temat chorób nowotworowych przekłada się na zachowania zdrowotne społeczeństwa. Czujność onkologiczna, którą prezentuje świadomy zagrożenia nowotworem człowiek, to kluczowy efekt dobrze planowanej i realizowanej edukacji onkologicznej.

Celem badania było poznanie opinii wybranej grupy osób dorosłych na temat chorób nowotworowych i ustalenie, czy zmieniła się ona na przestrzeni 15 lat. W roku 2012 przeprowadzono sondaż w grupie 85 osób – pracowników jednego z urzędów. Uzyskane wyniki zestawiono z analogicznymi badaniami wykonanymi w roku 1997 w porównywalnej pod względem statusu społecznego grupie urzędników.

Nadal choroby nowotworowe są w opinii respondentów najbardziej niebezpiecznymi chorobami. Zmianie uległa świadomość karcinogennego działania palenia papierosów oraz nadużywania alkoholu. Wzrosła świadomość ochronnego znaczenia odpowiedniej podaży warzyw i owoców oraz konieczności niezwłocznego zgłoszenia się do lekarza w przypadku podejrzenia choroby nowotworowej. Wyraźnie wzrosło przekonanie, że choroba nowotworowa jest wyleczalna (1997 – 40%; 2012 – 88%). Znacząco rzadziej choroba nowotworowa kojarzona jest ze śmiercią. Uległo zmianie błędne przekonanie, że chorobą nowotworową można się zarazić.

Mimo wyrażanego nadal bardzo dużego lęku przed chorobami nowotworowymi i braku umiejętności otwartego rozmawiania o tym problemie nastąpiła wyraźna zmiana w opiniach dotyczących wyleczalności tych chorób i związku między szansą na wyleczenie a wczesnym zdiagnozowaniem choroby.

Słowa kluczowe

urzędnicy, opinia, choroba nowotworowa

WPROWADZENIE

Z każdym rokiem liczba zachorowań na nowotwory złośliwe rośnie. Są one drugą pod względem częstości przyczyną zgonów w naszym kraju, a aktualne wskaźniki epidemiologiczne potwierdzają tezę, że w kolejnej wersji Narodowego Programu Zdrowia to choroby nowotworowe będą zajmowały niechlubne pierwsze miejsce w grupie tzw. zabójców Polaków [1]. Od 50 lat zwiększa się zachorowalność oraz umieralność na te schorzenia. W Polsce w 1999 roku chorobę nowotworową rozpoznano u 111 tysięcy osób, a liczba osób, które zmarły z tego powodu to ponad 81 tysięcy [1, 2, 3, 4, 5]. W 2009 roku liczba zachorowań wyniosła aż 130 tysięcy, a liczba zgonów 93 tysiące [6]. Epidemiolodzy szacują, że zachorowalność na choroby nowotworowe będzie nadal rosła. Światowa Organizacja Zdrowia i Międzynarodowa Unia Walki z Rakiem (UICC) przewidują, że w niedługim czasie nowotwory wysuną się na pierwszą pozycję przyczyn zgonów. UICC prognozują, że choroba nowotworowa zostanie rozpoznana u co czwartego Polaka, a co piąty umrze z tego powodu [7]. Na zwiększenie liczby zachorowań na nowotwory wpływa między innymi: starzenie się społeczeństwa,

rozpowszechnienie zachowań ryzykownych oraz wzrost ekspozycji na kancerogeny.

Opinia społeczna jest składową przekonań, wiedzy oraz postaw i przekłada się na wybór konkretnych zachowań dotyczących zdrowia. Niewielka i zniekształcona wiedza o symptomach nowotworów jest powiązana z ryzykiem ich zbyt późnego rozpoznania. Taka wiedza ma charakter zagrożający życiu potencjalnych pacjentów [8, 9, 10, 11, 12]. Wiedza jest składową opinii. Opinia społeczna pełni wiele funkcji. Zaliczyć można do nich między innymi funkcję integracyjną (spaja lub dezintegruje społeczeństwo), wyjaśniającą (tłumaczy określone treści), kreatywną (tworzy zdanie jednostki na dany temat), kontrolną (strzeże moralności) czy też konsultacyjną (pozwala osobom badającym różne kwestie poznać opinie osób badanych o ich działaniach, ale także zdiagnozować, w świetle pozyskanych opinii, np. uwarunkowania działań respondentów [13]. Każda ze wskazanych funkcji ma znaczenie dla procesu zarówno wczesnego wykrywania chorób nowotworowych, jak również ich skutecznego leczenia.

Jednym z warunków skutecznej edukacji onkologicznej oraz jej priorytetem jest zaufanie społeczne, a co za tym idzie przekazywanie rzetelnych informacji publicznych, które mogą wpływać na kształtowanie postaw prozdrowotnych społeczeństwa. Właściwie prowadzona edukacja onkologiczna uwzględnia m.in. różnice demograficzne, socjologiczne czy ekonomiczne oraz jest wrażliwa na potrzeby

Adres do korespondencji: Marianna Charzyńska-Gula, Zakład Onkologii, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, ul. S. Staszica 6 (Collegium Maximum), 20-081 Lublin
E-mail: jaligula@o2.pl

Nadesłano: 8 lutego 2013 roku; Zaakceptowano: 25 marca 2014 roku

społeczeństwa odnośnie do wiarygodności informacji, dostępności diagnostyki i leczenia oraz jakości życia po leczeniu [14].

CEL PRACY

Celem badań było poznanie opinii wybranej grupy osób dorosłych na temat chorób nowotworowych i ustalenie, czy zmieniła się ona na przestrzeni 15 lat.

MATERIAŁ I METODA

W roku 2012 przeprowadzono badania sondażowe w grupie 85 osób – urzędników pracujących w Starostwie Powiatowym w Krasnymstawie oraz w Urzędzie Miasta w Krasnymstawie. Na drodze quasi-retrospekcji część uzyskanych wyników zestawiono z analogicznymi badaniami dokonanymi w roku 1997 w porównywalnej pod względem statusu społecznego grupie 96 osób – również urzędników, pracowników Urzędu Wojewódzkiego w Łomży. Wyniki badań z 1997 roku zostały opublikowane w pracy magisterskiej Joanny Chylińskiej pt. *Choroba nowotworowa w opinii społecznej na przykładzie wybranej populacji* [15]. W obu badaniach zastosowano sondaż diagnostyczny z techniką ankiety i narzędziem w postaci autorskich kwestionariuszy ankiety. Pojęcie *opinia społeczna* często bywa stosowane zamiennie z pojęciem *opinia publiczna*. Ustalono, że w koncepcji badań prowadzonych zarówno w 1997, jak i w 2012 roku przyjęto, iż oba określenia mają to samo znaczenie i będą stosowane zamiennie.

Wyniki badań prowadzonych w 2012 roku poddano analizie statystycznej. Wartości analizowanych parametrów mierzalnych przedstawiono przy pomocy wartości średniej, mediany i odchylenia standardowego, a dla niemierzalnych przy pomocy liczności i odsetka. Dla niepowiązanych cech jakościowych do wykrycia istnienia różnic między porównywanymi grupami użyto testu jednorodności χ^2 . Do zbadania istnienia zależności między badanymi cechami użyto testu niezależności χ^2 . Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$ wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic bądź zależności. Bazę danych i badania statystyczne przeprowadzono w oparciu o oprogramowanie komputerowe STATISTICA 9.0 (StatSoft, Polska).

WYNIKI BADAŃ

W obu badaniach respondenci stanowili co najmniej 80% (80% – 1997 rok i 84% – 2012 r.) wszystkich pracowników badanych urzędów. W grupie respondentów z 2012 roku dominowały kobiety, były to osoby także nieco młodsze niż urzędnicy badani w 1997 roku oraz nieco lepiej wykształcone (o 2% większa grupa osób z wykształceniem wyższym magisterskim i inżynierskim). Charakterystykę podstawowych zmiennych socjo-demograficznych respondentów uczestniczących w obu badaniach zawiera tabela 1.

W ciągu ostatnich lat stale obserwuje się wzrost liczby zachorowań na nowotwory złośliwe. Porównywano obie grupy pod względem świadomości zagrożenia chorobą nowotworową. Nowotwory za najbardziej niebezpieczne choroby dzisiejszych czasów nieznacznie częściej uznali respondenci badani w 1997 (tabela 2).

Tabela 1. Płeć, wiek i wykształcenie respondentów w obu badaniach

| Zmienne socjo-demograficzne | 1997 (n=96) | | 2012 (n=85) | |
|-----------------------------|--------------|------|--------------|-------|
| | n | % | n | % |
| Płeć | | | | |
| Kobiety | 48 | 50,0 | 56 | 65,9 |
| Mężczyźni | 48 | 50,0 | 29 | 34,1 |
| Wiek | | | | |
| 20–30 lat | 7 | 7,3 | 26 | 30,59 |
| 31–40 lat | 25 | 26,1 | 31 | 36,47 |
| 41–50 lat | 35 | 36,4 | 10 | 11,76 |
| 51–60 lat | 29 | 30,2 | 18 | 21,18 |
| Średnia wieku | 40,37 | | 38,33 | |
| Wykształcenie | | | | |
| Średnie | 34 | 35,0 | 13 | 15,29 |
| Wyższe licencjackie* | - | - | 15 | 17,65 |
| Wyższe magisterskie/inż. | 62 | 65,0 | 57 | 67,06 |

* ze względu na zmianę systemu kształcenia tylko w 2012

Tabela 2. Nowotwory jako najbardziej niebezpieczne choroby dzisiejszych czasów – opinia badanych urzędników z 1997 i 2012 roku

| Nowotwory jako choroby najbardziej niebezpieczne dla życia w dzisiejszych czasach | 1997 (n=96) | | 2012 (n=85) | |
|---|-------------|------|-------------|-------|
| | n | % | n | % |
| | 90 | 93,8 | 78 | 91,76 |

Charakterystyka respondentów z obu badań pod względem występowania chorób nowotworowych w ich środowisku rodzinnym i koleżeńskim wskazuje na podobne doświadczenia, aczkolwiek bardziej nasilone w grupie z 2012 roku. Mimo że – jak pamiętamy – grupa respondentów z 2012 roku była młodsza, to miała w swojej rodzinie i w kręgu znajomych i przyjaciół wyraźnie częściej osoby chore na chorobę nowotworową (różnica 4,3%). Jednocześnie jednak opinie mogące wskazywać na „karcinofobię” – lęk przed wykryciem u siebie choroby nowotworowej – zarejestrowano w tej grupie rzadziej niż przed 15 latami. Wyniki z obu badań wskazują na zmniejszenie tego objawu w grupie respondentów z 2012 roku o ponad 6%. Wynik ten wzmacnia pogłębiona w badaniach z 2012 roku analiza opinii mogących wskazywać na karcinofobię. Wskazała ona na częstsze opinie tego rodzaju u kobiet. Co trzecia kobieta badana w 2012 roku podejrzewała u siebie chorobę nowotworową. Wyniki te są istotne statystycznie. Występuje zależność pomiędzy płcią a podejrzaniem u siebie choroby nowotworowej (tabela 3).

Zestawienie wyników obu badań na temat zachowań, jakie powinni podjąć ludzie podejrzewający u siebie chorobę nowotworową wskazuje na wyraźne różnice. Badani w 2012 roku mają świadomość, iż w przypadku podejrzenia choroby nowotworowej należy skonsultować się z lekarzem. Spośród wszystkich badanych jedynie dwóch mężczyzn nie wiedziało, co powinna zrobić osoba, która przypuszcza, że rozwija się u niej nowotwór. Dane te są istotne statystycznie ($p=0,047$). Dodatkowo w roku 2012 w ogóle nie pojawiają się wypowiedzi, które mogą świadczyć o bardzo niebezpiecznym ignorowaniu niepokojących objawów („Nie skupiać swoich myśli na podejrzeniu choroby” oraz „Czekać, aż objawy ustąpią, bo mogą oznaczać inną chorobę”). Takie sformułowania w 1997 roku wybrało łącznie niemal 20% respondentów. Również najbardziej pożądaną odpowiedź („Niezwłocznie zgłosić się

Tabela 3. Opinie na temat występowania chorób nowotworowych u siebie, we własnych rodzinach oraz w kręgu przyjaciół i znajomych

| „Czy ktoś w Pani/Pana rodzinie choruje lub chorował na chorobę nowotworową i czy wśród Państwa znajomych, przyjaciół są osoby, które chorują lub chorowały na chorobę nowotworową?” | 1997 (n=96) | | 2012 (n=85) | |
|---|----------------------------|------------------|----------------|-------|
| | n | % | n | % |
| Tak | 68 | 71,0 | 64 | 75,3 |
| „Czy kiedykolwiek podejrzewała(ł) Pani/Pan u siebie chorobę nowotworową?” | n | % | n | % |
| Tak | 31 | 32,3% | 21 | 25,9% |
| Podejrzeenie u siebie choroby nowotworowej z uwzględnieniem płci (badanie 2012) | | | | |
| „Czy kiedykolwiek podejrzewała(ł) Pani/Pan u siebie chorobę nowotworową?” | Kobiety | Mężczyźni | | |
| | n | 19 | 3 | |
| Tak | % | 33,93% | 10,34% | |
| Nie | n | 37 | 26 | |
| | % | 66,07% | 89,66% | |
| Ogółem | n | 56,00 | 29 | |
| | chi ² =5,539457 | p=0,01859 | | |

do lekarza”) zdecydowanie częściej zarejestrowano w roku 2012. Było to ponad 16% więcej niż w 1997 roku (tabela 4).

Choroba nowotworowa stanowi bezpośrednie zagrożenie życia, dlatego wywołuje wiele emocji i odczuć, które często wyraźnie wpływają zarówno na opinie o tej chorobie, jak również na zachowania związane z jej wczesnym zdiagnozowaniem i leczeniem, a także towarzyszeniem osobom chorym w pokonywaniu choroby. Dane na ten temat z 1997 roku dotyczą tylko negatywnych odczuć i w porównaniu z badaniami

Tabela 4. Postępowanie w przypadku podejrzenia u siebie nowotworu

| „Co według Pani/Pana powinien zrobić człowiek, który podejrzewa u siebie chorobę nowotworową?” | 1997 (n=96) | 2012 (n=85) |
|--|----------------------------|------------------|
| Nie skupiać swoich myśli na podejrzeniu choroby | n | 9 |
| | % | 9,4% |
| Niezwłocznie zgłosić się do lekarza | n | 78 |
| | % | 81,2% |
| Czekać aż objawy ustąpią, bo mogą oznaczać inną chorobę | n | 9 |
| | % | 9,4% |
| Trudno powiedzieć | n | 0 |
| | % | 0,0% |
| Postępowanie w przypadku podejrzenia u siebie nowotworu a płęć badanych – badanie 2012 | | |
| „Co według Pani/Pana powinien zrobić człowiek, który podejrzewa u siebie chorobę nowotworową?” | Kobiety | Mężczyźni |
| | n | 0 |
| Nie skupiać swoich myśli na podejrzeniu choroby | % | 0,00% |
| | n | 56 |
| Niezwłocznie zgłosić się do lekarza | % | 100,00% |
| | n | 0 |
| Czekać, aż objawy ustąpią, bo mogą oznaczać inną chorobę | % | 0,00% |
| | n | 0 |
| Trudno powiedzieć | % | 0,00% |
| | n | 0 |
| Ogółem | n | 56,00 |
| | chi ² =3,955131 | p=0,04673 |

z roku 2012 ilustrują większe ich nasilenie. Dominują w tych emocjach lęk i rozpacz. W roku 2012 najczęściej wskazywanym uczuciem było uczucie bezradności. Jednakże rozpacz wskazało 30,6% ankietowanych w tej grupie, a zatem 40% mniej niż w roku 1997 (tabela 5).

Tabela 5. Emocje związane z chorobą nowotworową

| Emocje związane z chorobą nowotworową | 1997 (n=96) | | 2012 (n=85) | |
|---------------------------------------|----------------|------|----------------|-------|
| | n | % | n | % |
| bezradność | 52 | 54,2 | 54 | 63,53 |
| rozpacz | 67 | 70,8 | 26 | 30,59 |
| beznadziejność | 45 | 46,9 | 17 | 20,00 |
| strach* | - | - | 46 | 54,12 |
| nadzieja* | - | - | 11 | 12,94 |
| lęk | 68 | 71,8 | 37 | 43,53 |
| ufność w możliwości medycyny* | - | - | 11 | 12,94 |
| racjonalne myślenie* | - | - | 3 | 3,53 |
| wewnętrzny spokój* | - | - | 1 | 1,18 |

* W 1997 nie badano; suma nie daje 100%, gdyż respondenci mieli możliwość wybrania kilku odpowiedzi.

W badaniach interesowano się różnicami w opiniach ankietowanych na temat uleczalności chorób nowotworowych. Są one bardzo wyraźne i wskazują na zmianę odnoszącą się do kojarzenia choroby nowotworowej ze śmiercią. Grupa urzędników, którzy uważają, że choroba nowotworowa, jeżeli zostanie wcześniej wykryta, jest wyleczalna, w badaniach sprzed 15 lat jest niemal dwukrotnie mniejsza aniżeli w grupie badanej w 2012 roku. Jeszcze większą różnicę widzimy w opiniach dotyczących nieuleczalności choroby nowotworowej. W nowszych badaniach łącznie taką opinię wybrało 11,8% natomiast w 1997 roku uważało tak ponad 60% urzędników. W pogłębionej w 2012 roku analizie ankietowani mężczyźni częściej niż kobiety stwierdzali, że choroba nowotworowa jest nieuleczalna. W przypadku wybrania odpowiedzi „tak” (potwierdzającej nieuleczalność), kobiety częściej warunkują ją stopniem zaawansowania choroby nowotworowej. Różnice te nie były istotne statystycznie (tabela 6).

W ostatnich latach można zaobserwować wzrost zainteresowania akcjami promującymi wśród społeczeństwa wiedzę na temat chorób nowotworowych. Właściwie prowadzona edukacja onkologiczna może przyczynić się do zmniejszenia rozwoju „epidemii” nowotworów, jaką obserwuje się na przestrzeni lat. Badano opinie respondentów odnośnie do potrzeby upowszechniania wiedzy nt. chorób nowotworowych wśród Polaków. Różnice w obu badaniach wyraźnie potwierdzają wzrost świadomości znaczenia takiej wiedzy. Niemal 1/3 respondentów badanych w 1997 roku uważała, że nie ma takiej potrzeby. W 2012 roku ta grupa liczyła tylko 2 osoby (2,4%) (tabela 7).

Oprócz uwarunkowań genetycznych istotną rolę w patogenezie większości nowotworów pełni styl życia. Wyeliminowanie zachowań ryzykownych, które mogą mieć wpływ na rozwój choroby nowotworowej pozwala na zmniejszenie zachorowalności na nowotwory złośliwe. Zestawiono wybrane opinie z obu okresów odnoszące się do znaczenia niektórych czynników w zwiększaniu ryzyka zachorowania na chorobę nowotworową oraz problemu „zakaźności” choroby nowotworowej. Urzędnicy badani w 2012 roku zdecydowanie częściej wyrażali opinie zgodne z aktualnym stanem wiedzy

Tabela 6. Opinia na temat uleczalności chorób nowotworowych

| „Czy choroba nowotworowa jest uleczalna?” | 1997 (n=96) | 2012 (n=85) |
|---|----------------|----------------|
| Tak | n - | 17 |
| | % - | 20,0% |
| Tak, jeśli jest wcześniej wykryta | n 38 | 56 |
| | % 39,6% | 65,9% |
| Nie, jeśli jest późno wykryta | n - | 3 |
| | % - | 3,5% |
| Nie | n 58 | 7 |
| | % 60,4% | 8,2% |

Opinia na temat wyleczalności chorób nowotworowych a płeć badanych – badania 2012

| „Czy choroba nowotworowa jest uleczalna?” | Kobiety | Mężczyźni |
|---|----------------------------|-----------|
| Tak | n 11 | 8 |
| | % 19,64% | 27,59% |
| Tak, jeśli jest wcześniej wykryta | n 40 | 16 |
| | % 71,43% | 55,17% |
| Nie, jeśli jest późno wykryta | n 2 | 1 |
| | % 3,57% | 3,45% |
| Nie | n 3 | 4 |
| | % 5,36% | 13,79% |
| Ogółem | n 56 | 29 |
| | chi ² =2,957532 | p=0,39822 |

Tabela 7. Opinie na temat rozpowszechniania wiedzy na temat chorób nowotworowych

| „Czy wiedza na temat chorób nowotworowych powinna być rozpowszechniana?” | 1997 (n=96) | 2012 (n=85) |
|--|----------------|----------------|
| Zdecydowanie tak | n 61 | 83 |
| | % 63,6% | 98,6% |
| Raczej tak | n 8 | - |
| | % 8,3% | - |
| Nie ma potrzeby rozpowszechniania wiedzy nt. chorób nowotworowych | n 27 | 2 |
| | % 28,1% | 2,4% |

Opinie na temat rozpowszechniania wiedzy na temat chorób nowotworowych a płeć – badania 2012

| „Czy wiedza na temat chorób nowotworowych powinna być rozpowszechniana?” | Kobiety | Mężczyźni |
|--|-----------------------------|-----------|
| Tak | n 55 | 28 |
| | % 98,21% | 96,55% |
| Nie | n 1 | 1 |
| | % 1,79% | 3,45% |
| Ogółem | n 56 | 29 |
| | chi ² =0,2298542 | p=0,63163 |

na temat uwarunkowań nowotworów aniżeli urzędnicy badani w 1997 roku. Różnice mogące wskazywać na pozytywny kierunek zmian odnotować możemy w opinii na temat tzw. żywieniowego, tytoniowego i alkoholowego czynnika ryzyka, a także – co może szczególnie cieszyć – w opinii dotyczącej możliwości zarażenia się chorobą nowotworową. Opinie dotyczące znaczenia tzw. czynnika genetycznego, pozyskane w różnych latach, w zasadzie nie różnią się (tabela 8).

Tabela 8. Opinie respondentów na temat uwarunkowań i istoty chorób nowotworowych – badanie z 1997 roku i 2012

| Wyrażana opinia | % wyborów potwierdzających („tak”) | |
|---|------------------------------------|------|
| | 1997 | 2012 |
| „Palenie tytoniu ma bardzo duży wpływ na powstanie choroby nowotworowej” | 78,0 | 94,0 |
| „Nadużywanie alkoholu ma wpływ na powstawanie nowotworu” | 62,0 | 72,0 |
| „Mała ilość warzyw i owoców w codziennym pożywieniu ma związek z rozwojem choroby nowotworowej” | 32,0 | 76,0 |
| „W rozwoju choroby nowotworowej ma znaczenie czynnik genetyczny” | 62,0 | 64,0 |
| „Chorobą nowotworową można się zarazić” | 40,0 | 0,0 |

DYSKUSJA

Mimo pozytywnych zmian w wiedzy onkologicznej i towarzyszących jej opiniach zarejestrowanych w analogicznej grupie respondentów po 15 latach, stan świadomości zagrożeń chorobami nowotworowymi, a szczególnie aktywność respondentów podejmowana w celu zmniejszenia tego zagrożenia nadal budzą wiele obaw. Przeprowadzone w 2012 roku badania w dalszym ciągu wskazują na luki respondentów w wiedzy na temat chorób nowotworowych i – pośrednio – koniecznego aktywizowania ludzi do zgłaszania się na badania profilaktyczne. Na problem ten zwracają uwagę także inni autorzy. W pracy Chojnackiej-Szałowskiej (1997) w badaniach pacjentów poddawanych diagnostyce wykrytego nowotworu wykazano, że niewielka znajomość symptomów nowotworowych powiązana była z większym zaawansowaniem klinicznym choroby w chwili jej rozpoznania [8]. W ogólnopolskich badaniach mężczyzn po 45. roku życia, dotyczących nowotworów układu moczowo-płciowego (2011), prowadzonych także w grupach mężczyzn szczególnie narażonych na tego rodzaju nowotwory, stwierdzono, że mają oni bardzo ogólną i ograniczoną wiedzę na temat tych nowotworów, ich objawów oraz możliwości leczenia. Z raportu wynika, że 14% mężczyzn zatrudnionych w gałęziach przemysłu zwiększających ryzyko zachorowania na nowotwory układu moczowo-płciowego nie chciałoby wiedzieć o takim zagrożeniu, objawach czy rozpoznaniu choroby nowotworowej. W ogólnej populacji badanych w tym projekcie mężczyzn jest to grupa 7% [16]. Bojar i współautorzy wykazali, że ponad 14% kobiet (z 306 respondentek z województwa lubelskiego i Śląska), które nie wykonały badania cytologicznego, uzasadniały ten fakt, twierdząc, że „nie wiedziały o potrzebie takiego badania” [17]. Adamowicz i współautorzy w badaniach 237 kobiet po raz pierwszy uczestniczących w badaniach prowadzonych przez poradnię chorób piersi (mediana wieku – 49 lat) ustalił, że ogólny poziom wiedzy tych kobiet na temat profilaktyki chorób nowotworowych był niski, szczególnie w grupie młodych kobiet. Za najbardziej szkodliwe czynniki respondentki uznały palenie tytoniu, promieniowanie ultrafioletowe oraz otyłość. Jednocześnie w większości uznały, że modyfikacja zachowań nie prowadzi do zmniejszenia ryzyka chorób nowotworowych. Podobnie jak w badaniach własnych, poziom wiedzy pacjentek z rodzinnym obciążeniem nowotworem był większy aniżeli pacjentek bez przypadków zachorowań na nowotwory w rodzinie [18]. Podobne wyniki otrzymali W. Majewski i A.

Majewska, a także Z. Kamieniecka-Janicka i współautorzy, badając pielęgniarki i pielęgniarzy studiujących na zaocznych studiach pielęgniarstkich (pomostowych) [19,20]. Związek między opiniami kobiet na temat chorób nowotworowych (głównie raka piersi) i wiedzą na ich temat a rodzinnym obciążeniem wykluczyli natomiast Przysada i współautorzy [21]. Z kolei Florek-Łuszczka w badaniach 402 kobiet z terenów wiejskich województwa lubelskiego wykazała, że badane kobiety najczęściej jako czynnik ryzyka raka piersi wskazywały czynnik genetyczny, a w dalszej kolejności: palenie tytoniu, skażenie środowiska, hormonalne leki, stres i złą dietę [22].

Zarówno 15 lat temu, jak również w 2012 roku duża grupa respondentów nie wierzy w skuteczne leczenie choroby nowotworowej. Należy sądzić, że opinie takie wynikają z szerszego kontekstu postrzegania przez Polaków systemu ochrony zdrowia. IPSOS zbadał postawy Polaków wobec leczenia chorób nowotworowych i ich opinie na temat systemu opieki zdrowotnej. Badania jednoznacznie i dobitnie wskazują na wielkie znaczenie przywiązywane przez Polaków do leczenia chorób nowotworowych. To przede wszystkim rak, a nie choroby serca czy cukrzyca, powinien być przedmiotem troski systemu ochrony zdrowia. Tak uważa 68% respondentów. Uczestnicy tego badania mają bardzo złą opinię o skuteczności i standardzie systemu opieki zdrowotnej. Na „bardzo dobrze” ocenia system tylko 1% respondentów [23]. Organizacje pacjentów onkologicznych zwracają uwagę na cztery grupy problemów, których doświadczają pacjenci i które z pewnością przekładają się na tak złe opinie. Są to: zagubienie pacjenta w systemie wymuszające konieczność zarządzania leczeniem przez samego pacjenta, problem dostępu do terapii obrazowany zużyciem leków przeciwnowotworowych – jednym z najniższych w Europie, utrudniony dostęp do zarejestrowanych leków wynikający z nowej ustawy refundacyjnej oraz niedoskonałości systemu opieki onkologicznej wynikające m.in. z braku umiejętności lekarzy rodzinnych w zakresie rozpoznawania i wstępnej diagnostyki chorób nowotworowych [23, 24, 25, 26].

Rak to pojęcie, które nadal budzi lęk, przerażenie, a nawet panikę. Też te potwierdzają badania własne, jak również badania opinii młodzieży na temat chorób nowotworowych, jakie przeprowadziło CBOS w 2007 roku [27]. Wynika z nich, że badana młodzież z I i II klas dziennych liceów ogólnokształcących ma świadomość przyczyn wywołujących choroby nowotworowe i wiedzę na temat sposobów zapobiegania tym chorobom. Podobnie jak w przypadku badanych w 2012 roku urzędników, rak z jednej strony budzi ich duże emocje (większość uczniów „przeraża” (68,5%), kojarzy się im z wielkim cierpieniem (81,0%), wielu w ogóle nie chce myśleć o tej chorobie (64,2%), załamałoby się, gdyby dowiedziało się, że choruje na raka (69,8%). Z drugiej strony, opinie uczniów w dużym stopniu są nacechowane pozytywnym myśleniem. W większości zdecydowanie nie zgadzają się z opinią, że z rakiem nie można wygrać (63,8%) [27].

Wysoki poziom świadomości onkologicznej społeczeństwa to jeden z istotnych czynników warunkujących osiągnięcie sukcesu w profilaktyce oraz wczesnej diagnostyce chorób nowotworowych. Opinie ludzi na temat chorób nowotworowych to „zewnątrzny” przejaw tej świadomości. Rejestrowanie tego przejawu na drodze badań różnych grup społecznych daje podstawę skutecznych programów edukacji onkologicznej. Profesor Wiktor Chmielarczyk w pracy „Wprowadzenie do onkologii humanistycznej” pisze, że epidemia nowotworów

staje się podstawą i jednocześnie inspiracją społecznego dialogu [28]. Wydaje się, że elementem tego dialogu jest poczucie misji w walce z chorobą nowotworową, walce skutecznej wówczas, kiedy dobrze znamy potencjalnego pacjenta onkologicznego – także jego opinie w tym względzie.

WNIOSKI

Opinie urzędników badanych w 2012 roku wskazują na większą świadomość onkologiczną niż w analogicznej grupie respondentów badanych w 1997 roku.

W świetle przedstawionych badań – mimo wyraźnych zmian pozytywnych – edukacja onkologiczna Polaków jest nadal poważnym zadaniem dla profesjonalistów funkcjonujących w strukturach zdrowia publicznego. Brak takich struktur i chaos w systemie profilaktyki chorób nowotworowych stwarza zagrożenia w obszarze kultury zdrowotnej społeczeństwa, a także zwiększa ryzyko diagnozowania chorób nowotworowych w zaawansowanym stadium.

Konieczne jest kontynuowanie badań nad przełożeniem większej świadomości onkologicznej społeczeństwa na ochronne zachowania zdrowotne związane z samobadaniem oraz zgłaszalnością na badania profilaktyczne w kierunku chorób nowotworowych.

PIŚMIENNICTWO

- Zatoński WA, Didkowska J. Epidemiologia złośliwych nowotworów. W: Krzakowski M. Onkologia kliniczna. Tom I. Warszawa: Wydawnictwo Medyczne Borgis; 2006: 30.
- Raporty na podstawie danych Centrum Onkologii. <http://85.128.14.124/krn/> (dostęp: 2012. 12.07).
- Meder J. Podstawy onkologii klinicznej. Warszawa: CMKP; 2011.
- Cianciara D. Zdrowie – męska rzecz. Raport Siemens. Warszawa: CMKP, PZH Siemens Healthcare; 2012.
- Trojanowski M, Dyzmann-Sroka A, Kubiak A, Jędrzejczak A. Rak piersi w krajach Europy i Ameryki Północnej – porównanie wyników badań. Globocan 2002 a Globocan 2008. *Probl Hig Epidemiol* 2010; 91 (suplement 1).
- Ochrona zdrowia i pomoc społeczna. http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/rs_rocznik_statystyczny_rp_2011.pdf (dostęp: 2012.08.12).
- Rak zabija tysiące Polaków. <http://polskalokalna.pl/news/rak-zabija-tysiacze-polakow-warto-zrobic-badania,1594024> (dostęp: 2012.07.12).
- Chojnacka-Szawłowska G. Wiedza o symptomach nowotworowych pacjentów poddawanych diagnostyce onkologicznej a stopień klinicznego zaawansowania choroby. *Psychoonkologia* 1998; 2: 27–30.
- Makara-Studzińska M. Wybrane zagadnienia z komunikowania społecznego. Lublin: Wyższa Szkoła Przedsiębiorczości i Administracji; 2006: 134–135.
- Kruk J. Intensity of recreational physical activity in different life periods in relation to breast cancer among women in the region of Western Pomerania. *Wspolczesna Onkol* 2012; 16 (6): 576–581.
- Kozłowska E, Szewczyk MT. Assessment of knowledge in patients of surgical wards regarding clinical symptoms and diagnostics of most common malignant tumors. *Wspolczesna Onkol*. 2012; 16(6): 557–562.
- Drossaert CHC, Boer H, Seydel ER. Women's opinions about attending for breast cancer screening: stability of cognitive determinants during three rounds of screening. *Br J Health Psychol*. 2005; 10(Pt 1): 133–149.
- Kowarska A. Społeczne postrzeganie świata. <http://leadership.blox.pl/2009/02/Spoleczne-postrzeganie-swiate.html> (dostęp: 2013.02.01).
- Chmielarczyk W, Galicka M, Kornblit M, Szymańska A, Bielska-Laśota M, Pruszyński A. Opracowanie modelu edukacji onkologicznej w Polsce w oparciu o doświadczenia własne i obce. http://speo.coi.pl/pdf/902_sprnaukspeo2008p31.pdf (dostęp: 2013.10.01).
- Chilińska J. Choroba nowotworowa w opinii społecznej na przykładzie wybranej populacji, praca magisterska. Zbiory Biblioteki Głównej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, 1998; syg. MP.3269.
- Program projektu: Opracowanie i wdrożenie programu profilaktycznego w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów układu

- moczowo-płciowego u pracujących mężczyzn w wieku od 45 roku życia (45+) ukierunkowanego na przeciwdziałanie ich dezaktywacji zawodowej (w szczególności osób wykonujących zawody, co do których istnieje wyższe prawdopodobieństwo narażenia na choroby nowotworowe układu moczowo-płciowego). Warszawa: Ministerstwo Zdrowia; 2011.
17. Bojar I, Woźnica I, Holeccki T, Diatczyk J. Dostępność badań cytologicznych oraz poziom wiedzy kobiet na temat ich znaczenia w profilaktyce chorób nowotworowych narządu rodnego. *Med. Og.* 2010; 16(1): 77–89.
 18. Adamowicz K, Zaucha JM, Majkowiak M. Ocena wiedzy pacjentek Poradni Profilaktyki Chorób Piersi w zakresie profilaktyki chorób nowotworowych. *Nowotwory. Journal of Oncology* 2011; 61(5): 449–456.
 19. Majewski MD, Majewska A. Opinie studentów pielęgniarstwa studiów zaocznych na temat profilaktyki nowotworów. *Annales Academiae Medicae Stetinensis* 2007; 53(3): 148–156.
 20. Kamieniecka-Janicka Z, Kielbratowska B, Olszewska J. Postawy pielęgniarzek wobec samobadania piersi. *ANNALES UNIVERSITATIS MARIAE CURIE-SKŁODOWSKA. LUBLIN-POLONIA. SECTIO D; LX(SUPPL. XVI)*: 321–325.
 21. Przysada G, Bijczuk T, Kuxniar A, Depa A, Wolan A. Poziom wiedzy kobiet na temat profilaktyki w wczesnego rozpoznawania raka piersi. *Young Sports Science of Ukraine* 2009; 3: 129–136.
 22. Florek-Łuszczki M. Poziom wiedzy mieszkanki wsi na temat czynników ryzyka zachorowania na nowotwór piersi oraz zasad profilaktyki. *Med. Og.* 2010; 16(3): 406–415.
 23. Obrady Organizacji Pacjentów Onkologicznych. Wyniki badania opinii publicznej na temat postaw Polaków wobec leczenia chorób nowotworowych <http://onkologia-online.pl/info/show/2484,obradypacjentowonkologicznychwyniki badania opinii publicznej na temat postaw polakow wobec leczenia chorob nowotworowych> (dostęp: 2013.08.01).
 24. Wroński K, Bocian R. The patients knowledge about the role of calcium in the primary prevention of colorectal cancer. *Współczesna Onkologia* 2012; 16(5): 440–443.
 25. Dyzmann-Sroka A, Marcinkowski JT, Kubiak A, Trojanowski M. Kto powinien zajmować się promocją skринingowego Populacyjnego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Piersi? *Probl Hig Epidemiol.* 2009; 90(40): 621–626.
 26. Cianciara D, Miller M. Postawy lekarzy wobec edukacji pacjenta. *Przegl. Epidemiol.* 2003; 57: 531–540.
 27. Postawy i opinie młodzieży na temat chorób nowotworowych. Warszawa: Centrum Badania Opinii Społecznej; 2007: 25–28.
 28. Chmierczyk W. Wprowadzenie do onkologii humanistycznej. Warszawa: Centrum Onkologii; 2011.

Neoplastic diseases according to public opinion – a retrospective study

Abstract

Society's opinion on neoplastic diseases corresponds to its health behaviour. Oncological alertness displayed by a person aware of the risk of neoplastic diseases is a key factor to well-planned and implemented oncological education.

The purpose of the survey was to gather the opinions of a selected group of adults on neoplastic diseases and to determine whether they have changed within 15 years. In 2012, a survey was carried out in a group of 85 civil servants employed in an office. The results were compared with a corresponding survey conducted in 1997 among a group of civil servants comparable in terms of social status.

In the respondents' opinions, neoplastic diseases are to be regarded as the most dangerous of diseases. Changes occurred in the awareness of the carcinogenic influence of smoking cigarettes and alcohol abuse. An increase was recorded in the awareness of the protective impact of proper vegetable and fruit supply, and the necessity to immediately see a doctor when suspecting a neoplastic disease. The number of opinions that neoplastic diseases are curable grew considerably (1997 – 40%; 2012 – 88%). Neoplastic diseases are much less often associated with death. The wrong conviction that diseases of this type can be contracted also changed.

Despite the still very high level of fear of neoplastic diseases and the lack of ability to talk openly about this issue, an evident improvement can be noticed in the opinions on the curability of these diseases and the correlation between early diagnosis and curability of neoplasms.

Key words

civil servants, opinion, neoplastic diseases