



Strach przed... brakiem współczucia

Od dawna wiadomo, że regularnie wykonywana cytologia może uratować kobiecie życie. Podobnie, jak szczepionka przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV). Coś jednak sprawia, że z tej wiedzy nie korzystamy... W efekcie kobiety umierają na chorobę, którą medycyna potrafi pokonać w stu procentach. Dlaczego tak się dzieje? Dlaczego przeciętna Polka robi tak mało, żeby dłużej żyć?

Świadomość zagrożenia rakiem szyjki macicy jest w naszym społeczeństwie duża. Według danych agencji badawczej TNS OBOP z 2007 roku, aż 99 proc. pytaných kobiet potwierdziło, że słyszało o nowotworze szyjki macicy. To znaczy, że pod względem „popularności” bije go tylko rak piersi (o tym zagrożeniu słyszały wszystkie kobiety). Boimy się też tej choroby – taki lęk zadeklarowało prawie 60 proc. kobiet; jeszcze więcej przyznaje, że obawia się możliwości wystąpienia tego schorzenia u swojej córki. Ponad 80 proc. Polek z kolei przyznaje, że wie, iż można rakowi szyjki macicy zapobiegać. Taka znajomość zagrożenia sugeruje, że w naszym społeczeństwie istnieje spory potencjał świadomościowy – wiemy, co nam grozi i wiemy, że możemy z tym zagrożeniem wygrać. Ale to tylko jedna strona medalu.

Niski stopień czystości

Dруга strona medalu to wciąż niedostatek wiedzy zdrowotnej wśród mieszkanek Polski.

- - Wciąż wiele kobiet nie rozumie związku pomiędzy regularnie wykonywaną cytologią, a rakiem szyjki macicy; choć zdają sobie sprawę, że cytologia jest badaniem ważnym - mówi dr hab. Anna Giza-Poleszczuk z Instytutu Socjologii Uniwersytetu Warszawskiego. – Wciąż też wiele z nas nie wie, co raka szyjki macicy wywołuje: choć prawie połowa słyszała, że chorobę wywołuje wirus, konkretnie o wirusie HPV słyszała tylko jedna trzecia kobiet. Dodam tylko, że o wirusie HIV słyszały prawie wszystkie badane kobiety.

Jak powierzchowna i błędna jest nasza znajomość zagrożenia świadczą odpowiedzi, jakich udzielały Polki, zapytane, co wywołuje raka szyjki. Badane kobiety wskazywały na czynniki genetyczne, zanieczyszczenie środowiska naturalnego, brak witamin, złą higienę, niewłaściwe techniki współżycia z partnerem, zły styl życia czy wreszcie stany zapalne w obrębie dróg rodnych. O prawdziwej etiologii wspominał niewielki odsetek.

- - Czasem padały opinie, że „jak kobieta się porządnie prowadzi, to jej to nie grozi” – dodaje Anna Giza-Poleszczuk. – W wypowiedziach kobiet pojawiały się pojęcia grzechu i występku. Bardzo często przewijał się brak higieny. Co więcej, zły wynik cytologii określany bywał jako „niski stopień czystości” i interpretowany w kategoriach moralnych, zamiast zdrowotnych. To fatalnie, ponieważ przeciw HPV należy szczepić dziewczynki, najlepiej jeszcze dziewice, a przy takim podejściu starszego pokolenia jest to raczej mało prawdopodobne...

Dodatkowo młode dziewczyny i kobiety czują się niejako „niepodatne” na raka szyjki macicy – przecież to schorzenie kobiet w średnim wieku. I powstaje paradoks: te kobiety, które najskuteczniej mogłyby zapobiec chorobie, mają najniższą motywację, by o tym w ogóle pomyśleć.

Niewiele ponad połowa kobiet zdaje sobie sprawę, że istnieje skuteczna metoda, pozwalająca prawie całkowicie wyeliminować ryzyko wystąpienia raka szyjki macicy. Niestety, najczęściej do tej grupy zaliczają się kobiety wykształcone, pochodzące z wielkich miast. Wśród kobiet gorzej wykształconych oraz mieszkanków małych miejscowości i wsi wiedza na temat szczepionki jest niemal bliska zeru. I jeszcze jedno „niestety”: często wiedza ta jest powierzchowna, czerpana jest bowiem głównie z telewizji, prasy kobiecej, Internetu, prasowych dodatków i od znajomych, które „coś o tym słyszały”.

- - Tylko 7 proc. z nas czerpie swe wiadomości na temat szczepionki przeciw HPV z naprawdę fachowego źródła, czyli od swojego ginekologa – podsumowuje Anna Giza-Poleszczuk. – To bardzo mało. Ale nie powinno to nikogo dziwić, ponieważ wielu ginekologów ma niepełną wiedzę na temat szczepionki; poza tym przeciętna Polka gabinet ginekologa odwiedza bardzo rzadko, jak miałyby więc coś od niego usłyszeć?

Dobłą wiadomością jest fakt, że kobiety, które słyszały o szczepionce, przyjęły jej istnienie bardzo pozytywnie. Ponad 70 proc. z nich uznała, że szczepionka byłaby dobra dla nich i ich córek; a 95 proc. uważa, że powinna chronić siebie i córkę przed rakiem. I prawie połowa deklaruje, że zaszczepiłaby siebie i córkę, gdyby miały taką możliwość. Dlaczego więc tego nie robią? Oczywiście, pewną barierą stanowi cena, szczepionka wciąż kosztuje kilkaset złotych, a to wydatek, na który wiele gospodarstw nie może sobie pozwolić. Ale to jeszcze nie wszystko.

Niewiara i nadzieja

Socjologowie i psychologowie łamali sobie głowę, próbując odpowiedzieć na to pytanie – skoro możemy zrobić coś, żeby uratować swoje zdrowie i życie, to dlaczego tego nie robimy? Dlaczego wciąż

powtarzamy zachowania, których wiemy, że są dla nas potencjalnie szkodliwe? Pierwszym problemem w tej kwestii jest sprawa odroczonej konsekwencji.

- - Jest to problem uniwersalny, typowy dla nas wszystkich; dla ludzi jako gatunku – uważa Anna Giza-Poleszczuk. – Kiedy konsekwencje są niejasne i w dodatku odroczone, mamy trudności z podjęciem działań, np. wygospodarowaniem godziny, by pójść na cytologię. Wydaje się nam, że mamy jeszcze dużo czasu, żeby zrobić coś dla zdrowia. „Kara”, która za zaniedbanie nas czeka, wydaje się mało prawdopodobna, a „nagroda” za prozdrowotne zachowania niejasna i niepewna.

Dlatego obiecujemy sobie, że zrobimy to jutro – a jutro... Okazuje się najczęściej, że „jutro” jest do zrobienia wiele ważniejszych rzeczy: dziecko ma wywiadówkę, w pracy pojawiły się jakieś kłopoty, zapowiedzieli się z wizytą znajomi... Polskie kobiety mają problem z ustalaniem priorytetów: ich potrzeby schodzą na dalszy plan w konkurencji z potrzebami dzieci, mężów czy przyjaciół.

- - W efekcie odkładamy badanie przez wiele miesięcy, czasem nawet lat, wychodząc z założenia, że przecież jeden dzień nie robi różnicy, prawda? – tłumaczy Anna Giza-Poleszczuk. - A potem zaczynamy czuć, że coś jednak zaniedbałyśmy i boimy się konsekwencji. A to oznacza dla większości kobiet, że wyrzucają sprawę ze świadomości, pamięci, by o tym, co niepokojące, w ogóle nie myśleć.

Niejasne i odroczone konsekwencje sprawiają, że odnosimy się do nich z lekceważeniem: „dziadek palił i żył sto lat”, „w mojej rodzinie nigdy nie było żadnego raka” albo „zbadalam się i nie czuję żadnej poprawy” – to dość powszechne postawy, które skutecznie trzymają nas z dala od lekarskich gabinetów. W dodatku mamy problemy z rachunkiem prawdopodobieństwa: jeśli na raka szyjki macicy zapada co któraś Polka, to dlaczego miałabym to być ja? Mnie to na pewno nie spotka. Zwłaszcza, że przecież nic złego nie robię... Psychologowie nazywają takie podejście skrzywieniem optymistycznym (optimistic bias). Sprawia ono, że czujemy się bezpiecznie pomimo uprawiania ryzykownych zachowań (palę, ale raka nie dostanę; uprawiam seks bez zabezpieczenia, ale dlaczego niechciana ciąża miałaby spotkać właśnie mnie; nie badam się, ale nie wierzę, by groziło to jakimiś konsekwencjami).

- - Nie chcemy zobaczyć i zaakceptować ryzyka, dlatego odpowiedzialność odruchowo zrzucamy na ofiarę: „skoro ją to spotkało, to znaczy, że zrobiła coś nie tak”. A ponieważ my nic złego nie robimy, czujemy się bezpiecznie – mówi Anna Giza-Poleszczuk. – Brak poczucia kontroli nad ryzykiem paraliżuje nasz zdrowy rozsądek. Myślimy, że skoro nie możemy zapanować nad ryzykiem, np. wirusami czy ekologicznymi zagrożeniami, to lepiej nie brać tego do siebie, bo byśmy zwariowali; gdybyśmy brali wszystko do siebie, nie wychodzilibyśmy z łóżka.

Efekt? Żyjemy tak, jakby naprawdę nic nam nie groziło. Z zaniedbań profilaktycznych szybko się rozgrzeszamy, a prawdziwe zagrożenie to naszym zdaniem coś, co przytrafia się innym. A potem, z obawy przed złą diagnozą, w ogóle wypieramy problem ze świadomości i żyjemy zajęte problemami naszych rodzin i bliskich, żeby nie myśleć o tym, co „na własną prośbę” może nam zagrażać – bo ikt nie lubi się bać albo czuć się winny.

Telefon z poradni

W naszym kraju troska o zdrowie traktowana jest jak obowiązek obywatela: oczekuje się od nas, że sama świadomość zagrożeń zdrowotnych skłoni nas do racjonalnych zachowań, takich jak poddawanie się regularnym badaniom profilaktycznym, pamiętanie o nich. W sferze relacji społecznych i opieki medycznej mamy w Polsce „deficyt troski” – pacjent ma poczucie, że jego zdrowie tak naprawdę nikogo nie obchodzi. Nikt się o niego nie troszczy, ale wymagania mają lekarze wszystkich specjalności: większość pacjentów usłyszała kiedyś coś w rodzaju „proszę przyjść, kiedy pani schudnie”, „znowu się pani zaniedbała”, „sama pani sobie szkodzi, to co ja mogę zrobić”. Poczucie, że jak człowiek sam sobie nie pomoże, to nie pomoże mu nikt sprawia, że dbanie o własne zdrowie staje się zadaniem przygnębiającym, a chorzy czują się osamotnieni w swej walce z chorobą. Do tego dokłada się jeszcze zapaść systemu ochrony zdrowia, brak programów czy procedur, wspierających zachowania prozdrowotne, przyspieszenie tempa życia i poczucie wiecznej presji czasu, wzrost ilości przepracowywanych godzin (Polacy pracują najwięcej w Europie!) i wreszcie choroby cywilizacyjne. W dodatku naszą służbę zdrowia i to, co ma nam do zaoferowania (zwłaszcza w porównaniu do naszych oczekiwań) oceniamy wręcz fatalnie: jako pesymistyczną instytucję, źle wyposażoną, źle funkcjonującą, nie odpowiadającą na potrzeby i zrujnowaną nieprzemyślanymi reformami. Nic dziwnego, że wolimy oddać się w ręce naturoterapeutów, leczyć na własną rękę (Polska zajmuje trzecie miejsce w Europie pod względem popularności rynku leków OTC) czy dzielnie znosić chorobę, robiąc z tego powód do chwały.

Rozum nie wystarcza, jeśli nie wiemy, skąd może przyjść zagrożenie, nie jesteśmy w stanie uświadomić sobie prawdziwego ciężaru odległych konsekwencji, a gabinety lekarskie omijamy, by nie być „uraczonym” brakiem współczucia i budzącymi poczucie winy uwagami. Jak więc rozwiązać problem profilaktyki zdrowotnej, skoro sprawy nie załatwiło nawet wysłanie mammbusów „pod strzechy”, by pacjentka nie musiała jechać 30 km do przychodni? Po pierwsze trzeba zrozumieć, że nie możemy oczekiwać od Polek, że same, bez wsparcia organizacyjnego, edukacyjnego i finansowego podejmą działania profilaktyczne.

- - Trzeba zaprosić do pomocy dodatkowych społecznych sprzymierzeńców: rodziny kobiet, ich mężów i dzieci, nauczycieli, lekarzy – uważa Anna Giza-Poleszczuk. – W końcu mężom i dzieciom powinno zależeć, by skłonić kobietę do dbania o zdrowie. Przecież jeśli choroba zabiera kobietę, zabiera też żonę i matkę. Dobrze wyedukowany mąż mógłby przypominać żonie o terminie badań, zawieźć ją do gabinetu, a nawet fundować jej badanie. Dzieci mogłyby przynosić mamie prozdrowotne ulotki. Warto też działać w systemie „commitment”, czyli w oparciu o pewne zobowiązania.

Jak wygląda takie działanie? Różnie. W wielu krajach szczepienia przeciwko HPV zostały wprowadzone do systemu ochrony zdrowia jako rutynowe zabiegi. W innych jest zwyczaj dzwonięcia z poradni do kobiety, by przypomnieć jej, że zbliża się termin corocznej kontroli czy badania lekarskiego. W jeszcze innych wysyła się list ze specjalnym zaproszeniem na badanie. Chodzi o to, by na kobietę „uwikłać” w mechanizm społecznego zobowiązania – skoro jest umówiona na konkretną godzinę, z konkretnym człowiekiem, który ją miło potraktował, jest większa szansa, że zobowiązania dotrzyma. Podobnie, jak umawiamy się z koleżanką na basen, jeśli wiemy, że nam samym nie wystarczy samozaparcia, aby dbać o formę. Kiedy pacjentka poczuje pewne zaangażowanie, poczuje się też zobowiązana, by na nie odpowiedzieć.

- - No i ważna jest edukacja od najmłodszych lat, wyrabianie właściwych nawyków – podsumowuje Anna Giza-Poleszczuk. – Jeśli się będzie od najmłodszych lat chodziło z córką do ginekologa, młoda dziewczyna nie będzie się tego bała i będzie mieć nawyk stałego kontaktu z lekarzem. Zwłaszcza, jeśli lekarz będzie jej zdrowotnym przyjacielem, aktywnie dbającym o jej zdrowie, nie używającym poczucia winy, nie obarczającym kobiety odpowiedzialnością za chorobę oraz pełnym współczucia i troski.

Tekst został opublikowany w magazynie Polskiej Grupy Farmaceutycznej *Bez Recepty*.