

UNIwersytet JANA KOCHANOWSKIEGO W KIELCACH
COLLEGIUM MEDICUM

Kierunek studiów: **Nauki o Zdrowiu**

Edyta Dziewisz-Markowska
83874

Rozprawa doktorska

**Programy profilaktyczne realizowane przez Świętokrzyskie Centrum
Onkologii w Kielcach a postawy wobec zdrowia ich uczestników**

Prevention programs implemented by the Świętokrzyskie Cancer Center in
Kielce and the attitudes towards health of their participants

Rozprawa doktorska
napisana pod kierunkiem
dr hab. n. hum. prof. UJK
Grażyny Nowak-Starz

dr n. hum. Haliny Król
promotor pomocniczy

Praca przyjęta pod względem
merytorycznym i formalnym
w formie papierowej i elektronicznej

.....
/data i podpis promotora/

Kielce 2022

Składam serdeczne podziękowania dla

*Pani dr hab. n. hum. prof. UJK Grażyny Nowak-Starz
za opiekę naukową, życzliwość oraz cenne uwagi,
które przyczyniły się do pomyślnego napisania niniejszej rozprawy*

*Pani dr n. hum. Haliny Król
za życzliwość, pomoc oraz cenne wskazówki merytoryczne*

*Pani dr n o zdr. Agnieszki Strzeleckiej
za pomoc w analizie statystycznej wyników badań*

Mężowi i Córeczce za wsparcie oraz dostarczanie wielu powodów do szczęścia

Edyta Dziewisz-Markowska

Spis treści

1. WSTĘP	7
1.1. Funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce ze szczególnym uwzględnieniem opieki onkologicznej	8
1.2. Epidemiologia występowania chorób nowotworowych.....	14
1.3. Profilaktyka jako główne narzędzie poprawy stanu zdrowia społeczeństwa	18
1.4. Znaczenie satysfakcji z usług medycznych w umacnianiu zdrowia jednostki	26
2. CEL PRACY	31
3. MATERIAŁ I METODYKA	32
3.1. Charakterystyka badanej grupy	32
3.2. Problemy badawcze	36
3.3. Zmienne i wskaźniki.....	37
3.4. Metody, techniki i narzędzia badawcze.....	39
3.4.1. Analiza programów profilaktycznych	40
3.4.2. Inwentarz Zachowań Zdrowotnych – IZZ	66
3.4.3. Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności – GSES.....	66
3.4.4. Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia, wersja B – MHLC	67
3.4.5. Kwestionariusz ankiety własnego opracowania	67
3.5. Organizacja i przebieg badań	67
3.6. Metody analizy statystycznej.....	68
4. WYNIKI BADAŃ.....	70
4.1. Charakterystyka badanej grupy	70
4.2. Zachowania zdrowotne uczestników programów profilaktycznych	74
4.3. Ocena umiejscowienia kontroli zdrowia uczestników programów profilaktycznych..	81
4.4. Poczucie ogólnego przekonania jednostki o skuteczności u uczestników programów profilaktycznych	86
4.5. Różnice w zachowaniach zdrowotnych, ocenie umiejscowienia kontroli zdrowia oraz poczuciu ogólnego przekonania jednostki o skuteczności u uczestników poszczególnych programów profilaktycznych	88
4.6. Wpływ umiejscowienia kontroli zdrowia na poziom zachowań zdrowotnych uczestników programów profilaktycznych.....	98
4.7. Związek zmiennych społeczno – demograficznych z postawami wobec zdrowia uczestników programów profilaktycznych.....	103

4.8. Wpływ udziału w programie profilaktycznym na zmianę postaw wobec zdrowia jako sprzyjające zdrowiu	108
4.9. Wpływ satysfakcji ze świadczonych usług na zapotrzebowanie w zakresie kolejnych edycji danego programu profilaktycznego	112
4.10. Zapotrzebowanie społeczne na programy profilaktyczne Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach.....	118
5. DYSKUSJA	124
6. WNIOSKI.....	135
PIŚMIENNICTWO	136
STRESZCZENIE	149
ABSTRACT	151
SPIS RYCIN I TABEL	153
ANEKS.....	156

WYKAZ SKRÓTÓW

WHO	Światowa Organizacja Zdrowia
UE	Unia Europejska
RP	Rzeczpospolita Polska
ZUS	Zakład Ubezpieczeń Społecznych
KRUS	Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
GUS	Główny Urząd Statystyczny
PKB	Produkt Krajowy Brutto
OECD	Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju
EHCI	Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia
DiLO	Karta diagnostyki i leczenia onkologicznego
POZ	Podstawowa Opieka Zdrowotna
KSO	Krajowa Sieć Onkologiczna
NSO	Narodowa Strategia Onkologiczna
NIK	Najwyższa Izba Kontroli
MZ	Ministerstwo Zdrowia
IHE	Szwedzki Instytut Zdrowia i Ekonomii Medycznej
KRN	Krajowy Rejestr Nowotworów
PPZ	Program polityki zdrowotnej
AOTMiT	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
TQM	Total Quality Management
IZZ	Inwentarz Zachowań Zdrowotnych
GSES	Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności
MHLC-B	Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia, wersja B
ICHp	Inwazyjna Choroba Pneumokokowa
ChPL	Charakterystyka Produktu Leczniczego
WWRP	Ogólnopolski Program Wczesnego Wykrywania Raka Płuca
NDTK	Niskodawkowa Tomografia Komputerowa
ŚCO	Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach
SLNB	biopsja węzła wartowniczego (ang. sentinel lymph node biopsy-SLNB)
ALND	limfadenektomia pachowa (ang. axillary lymph nodes dissection-ALND)
BCRL	obrzęk limfatyczny związany z leczeniem raka piersi

RTH	radioterapia
PRP	Program profilaktyki raka piersi realizowany przez Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach
PRSM	Program profilaktyki raka szyjki macicy realizowany przez Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach
PRPŁ	Program profilaktyki nowotworów płuc realizowany przez Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach
PGŁSZ	Program profilaktyki nowotworów głowy i szyi realizowany przez Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach
PSZCZ	Program szczepienia dla chorych onkologicznie realizowany przez Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach

WSTĘP

Realizacja zadań z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia to wkład merytoryczny i finansowy w poprawę zdrowotności społeczeństwa. Leczenie onkologiczne, rehabilitacja, a następnie opieka paliatywna są nieporównywalnie droższe niż prowadzenie badań profilaktycznych. Jednak koszty nie mogą być szacowane wyłącznie na podstawie rachunków za przeprowadzone procedury medyczne. W kalkulacjach konieczne jest uwzględnienie kosztów pośrednich: ekonomicznych i społecznych, które są często niewymierne [1-6]. Czasu absencji w pracy, korzystania z zasiłków i rent, niemożności sprawowania opieki nad dziećmi bądź nad wiekowymi rodzicami, niepełnosprawności, pozbawienia możliwości reprodukcji i utraconych lat życia – nie można przeliczyć jedynie na straty finansowe [7-9].

Działania profilaktyczne są istotnym narzędziem poprawy sytuacji zdrowotnej i ograniczenia negatywnych skutków chorób cywilizacyjnych [10-15]. Czynnikiem mającym ogromny wpływ na zdrowie są prezentowane postawy wobec zdrowia, których istotnym elementem jest styl życia. Jego elementami składowymi są różne kategorie zachowań ludzkich, w tym także zachowania zdrowotne, rozumiane jako „wszelkie przejawiane przez ludzi formy zachowań, związanych ze sferą zdrowia, czyli zachowań, które w świetle współczesnej wiedzy medycznej zwykle wywołują określone (pozytywne lub negatywne) skutki zdrowotne” [16-19]. Promocja zdrowia jest obszarem strategii działań praktycznych na rzecz zdrowia jednostek i społeczności. To skuteczna działalność we wspieraniu i doskonaleniu dobrostanu. Ma za zadanie kreowanie, popieranie, pomoc w doskonaleniu zdrowia i korzystnych zachowań zdrowotnych w środowisku oraz zachęcanie do ich praktykowania [20-28].

Współczesne programy zdrowotne niosą oczekiwania szybkich i spektakularnych efektów w obniżaniu wskaźników zachorowań i zgonów na nowotwory złośliwe. Sukces zależy od zapewnienia stosownych środków, odpowiedniej infrastruktury i gruntownego wsparcia politycznego [11, 17]. Innym ważnym elementem jest bardziej aktywne włączenie się społeczeństwa w profilaktykę chorób.

W Polsce nie ma kompleksowego, spójnego i sprawnie działającego systemu profilaktyki chorób, który obejmowałby planowanie działań, nadzór nad realizacją oraz ocenę efektów [29]. Zmiana postaw wobec zdrowia, a szczególnie zachowań zdrowotnych uczestników programów zdrowotnych, rosnąca zgłaszalność na badania profilaktyczne – to wynik intensywnie prowadzonych działań od wielu lat [30-38]. Wyniki licznych badań

naukowych wskazują, iż problemy związane z profilaktyką zdrowotną nadal pozostają aktualne [39, 40] oraz stanowią wyzwanie zdrowia publicznego dla wielu krajów.

1.1. Funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce ze szczególnym uwzględnieniem opieki onkologicznej

System ochrony zdrowia, zgodnie z definicją zaproponowaną przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) jest to całość działań, których celem jest promowanie, dążenie do poprawy oraz utrzymanie dobrego stanu zdrowia społeczeństwa [41]. Sposób jego organizacji, finansowania i zarządzania ma istotne znaczenie w kontekście jakości dostarczanych usług, efektów zdrowotnych oraz poziomu bezpieczeństwa pacjentów. Całość systemu składa się z takich elementów jak: zarządzanie, podstawowa polityka zdrowotna, finansowanie, płacenie za świadczenia, zarządzanie jakością, nadzór oraz wskazywanie celów i kierunków rozwoju [42]. Systemy zdrowotne świadczą usługi dla jednostek jak i populacji, przy współpracy z innymi sektorami. Celem jest modyfikacja społecznych, środowiskowych i ekonomicznych uwarunkowań zdrowia, co ma kluczowe znaczenie dla funkcjonowania społeczeństw. Sprawność systemów ochrony zdrowia przekłada się na stan zdrowia określonej populacji, możliwość reprodukcji, a także spójność społeczną i możliwość rozwoju społeczno-gospodarczego [43]. Nowoczesne rozwiązania w ochronie zdrowia, która składa się z rozlicznych elementów, wymagają sprawnego sposobu zarządzania. Stanowi to jeden z najważniejszych aspektów sprawności systemu ochrony zdrowia [42].

W grupie państw europejskich systemy opieki zdrowotnej różnią się w zakresie poziomu efektywności, organizacji, finansowania, a także reagowania na potrzeby danej społeczności. Jednak wszystkie opierają się na podstawowych wartościach, tj. równość w dostępie do ochrony zdrowia, godność ludzka, solidaryzm, prawa pacjenta oraz wysoka etyka zawodowa [44]. Jednym z istotnych zadań polityki systemu ochrony zdrowia jest zapewnienie jak najlepszej dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej. W Polsce, jak i w większości krajów europejskich, gdzie obserwuje się stale rosnący odsetek osób starszych częściej korzystających ze świadczeń zdrowotnych niż osoby młode, sprawny system funkcjonowania ochrony zdrowia stanowi poważne wyzwanie organizacyjne i finansowe [45]. Problematyka finansowania systemu to jedna z najistotniejszych kwestii dla budżetu państwa. Wiele czynników wpływa na wielkość tych wydatków. Z powodu starzenia się społeczeństwa istnieje potrzeba zwiększania nakładów na opiekę zdrowotną, co podnosi poziom kosztów. Ponadto przyczynia się do tego wdrażanie innowacyjnych rozwiązań diagnostyczno-terapeutycznych.

Nowoczesne terapie stanowią źródło ogromnych wydatków, ale z drugiej strony – przy uwzględnieniu ich skuteczności – są czynnikiem, który w perspektywie czasu powinien ograniczać koszty pośrednie [46].

Jako główny wyznacznik skuteczności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia wskazać należy zdolność do poprawy stanu zdrowia populacji. Jednak jest to warunkowane przez szereg czynników. Według M. Lalonde'a najistotniejszy wpływ na stan zdrowia każdej jednostki ma styl życia, na poziomie 53%. Kolejno wyznacznikami stanu zdrowia jest środowisko fizyczne (na poziomie 21%), czynniki genetyczne (na poziomie 16%) oraz w najmniejszym stopniu opieka zdrowotna (na poziomie 10%) [47]. Tymczasem systemy opieki zdrowotnej pochłaniają ok. 90% całości nakładów na ochronę zdrowia. Środki wydatkowane na edukację prozdrowotną oraz kształtowanie stylu życia stanowią jedynie 1,5%, podczas gdy ich wpływ na zmniejszenie umieralności sięga poziomu 43% [48]. Wszystkie powyższe elementy powinny być brane pod uwagę podczas oceny efektywności wydawania środków na system opieki zdrowotnej.

Polski system ochrony zdrowia i jego organizacja opiera się na kilku podstawowych aktach prawnych. Są to przede wszystkim Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 1997 r., ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.), ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2021 r. poz. 711, z późn. zm.), a także wszystkie przepisy harmonizujące prawo polskie z prawem Unii Europejskiej (UE) [45]. W artykule 68 Konstytucji RP zostało zagwarantowane wszystkim obywatelom prawo do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, niezależnie od posiadanej sytuacji materialnej [49]. Warunki i zakres udzielania świadczeń określają natomiast ustawy. System ochrony zdrowia w Polsce oparty jest na modelu ubezpieczeniowym, z elementami modelu Beveridge'a. Prawie 3/4 wydatków finansowanych jest ze składek na powszechne ubezpieczenie zdrowotne, które opiera się na zasadach równego traktowania i solidarności społecznej (system obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego obejmuje ok. 98% populacji). Ponadto źródłami finansowania świadczeń zdrowotnych jest budżet państwa, jednostki samorządowe oraz wydatki prywatne [42]. W polskim systemie ochrony zdrowia kompetencje wykonawcze posiada rząd, w tym Minister Zdrowia, parlament, a także jednostki samorządu terytorialnego. Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) i Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS) pełnią funkcje dotyczące poboru składek. Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) odpowiada za kontraktowanie i finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej. Prowadzi działania poprzez centralę, która posiada pewne funkcje

regulacyjne oraz oddziały wojewódzkie (16), które w sposób bezpośredni odpowiadają za kontraktowanie i rozliczanie świadczeń na terenie danego województwa [45]. Opieka zdrowotna, która jest finansowana ze środków publicznych ma na celu poprawę, zachowanie oraz przywrócenie zdrowia przy zachowaniu równego i szybkiego dostępu do świadczeń zdrowotnych, co zagwarantuje wysoką efektywność systemu. Środki finansowe przeznaczane na opiekę zdrowotną, a także przyjęte modele finansowania świadczeń są istotne dla poprawności funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej [48]. W nowym podejściu do działań inwestycyjnych przyjmuje się, że środki kierowane w celu poprawy stanu zdrowia społeczeństwa uznawane są za inwestycję przynoszącą zysk, a nie jako poniesione koszty [50].

Zgodnie z Narodowym Rachunkiem Zdrowia opracowywanym przez Główny Urząd Statystyczny (GUS) wydatki bieżące na ochronę zdrowia w Polsce w 2021 r. wyniosły 172,9 mld zł (stanowiły 6,6% Produktu Krajowego Brutto-PKB) i były wyższe niż w 2020 r. o około 21 mld (o 13,8%). Wzrost wydatków zaobserwowano zarówno w przypadku wydatków publicznych, jak i prywatnych. Zgodnie z art. 131c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r., poz. 1285), na finansowanie ochrony zdrowia w 2021 r. powinny zostać przeznaczone środki w wysokości nie niższej niż 5,3% PKB, określonego w obwieszczeniu Prezesa GUS. Podsumowując, w latach 2014-2021 odnotowany został ciągły wzrost nakładów na ochronę zdrowia w Polsce [51].

Wydatki publiczne na opiekę zdrowotną w Polsce per capita wzrosły o 205% pomiędzy 2005 r. a 2020 r. Niezmiennie jednak Polska jest wśród państw wydających najmniej na opiekę zdrowotną, zarówno wśród krajów należących do Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD), jak i UE. W 2005 r. RP wydała na statystycznego obywatela 834,60 USD, natomiast w 2020 r. wydatki sięgały już 2547 USD [52].

Obecnie znacznie częściej pacjenci poddają ocenie jakość funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w indeksach krajowych i międzynarodowych. Jako jeden z popularniejszych wskaźników, które porównują systemy ochrony zdrowia różnych krajów, wskazać można Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia (Euro Health Consumer Index - EHCI), publikowany corocznie przez organizację Health Powerhouse. Jest to jeden z najważniejszych raportów na temat opieki zdrowotnej w Europie, który nie tylko porównuje same systemy, ale ocenia przyjazność systemów dla pacjenta [53]. Skutkiem zbyt niskich nakładów na polską ochronę zdrowia jest m.in. jedna z końcowych pozycji Polski w indeksie EHCI, który porównuje kraje pod względem zabezpieczenia praw pacjenta oraz informacji przeznaczonych dla pacjenta, dostępności i wyników leczenia, zakresu i zasięgu świadczeń, profilaktyki oraz dostępności

leków. Pomimo, iż zamożność kraju to nie jedyny czynnik warunkujący jakość opieki zdrowotnej, korelacja pomiędzy tymi elementami jest istotna. W krajach o wyższym dochodzie, na co wskazuje PKB, rozwijane są efektywniejsze systemy opieki zdrowotnej względem obywateli [54].

Jednym z głównych obciążeń polskiego systemu opieki zdrowotnej są nowotwory złośliwe. W 2018 r. koszty ich leczenia wyniosły blisko 18% budżetu NFZ przeznaczonego na leczenie szpitalne. Choroby nowotworowe stanowią drugą przyczynę zgonów Polaków. Rocznie odnotowuje się około 150 tys. nowych zachorowań, w tym około 96 tys. osób z tego powodu umiera, stąd stanowią istotny problem społeczno-ekonomiczny kraju [55].

Z dniem 1 stycznia 2015 r. dokonano w Polsce zmian w zakresie organizacji funkcjonowania i finansowania opieki onkologicznej. Ich celem jest polepszenie diagnostyki i leczenia nowotworów złośliwych, a także usystematyzowanie procesu diagnostyczno-terapeutycznego. Zmiany te określane są jako tzw. pakiet onkologiczny. Jednym z jego głównych założeń było określenie maksymalnego czasu na przeprowadzenie diagnostyki nowotworów (siedem tygodni od 2017 r.), a także rozpoczęcie procesu leczenia (dwa tygodnie od daty ustalenia planu leczenia przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny, czyli konsylium). Wyznaczono maksymalne terminy na realizację poszczególnych etapów terapii, a świadczeniodawców w tym zakresie nie obowiązują limity (przy spełnieniu pewnych warunków). Jako dokument, który uprawnia pacjenta do świadczeń w ramach pakietu wskazano kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego (DiLO), którą wystawia lekarz Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ) (w przypadku podejrzenia nowotworu) lub lekarz specjalista (w przypadku stwierdzenia nowotworu złośliwego). Pierwszym etapem procesu jest diagnostyka wstępna, a kolejnym (w przypadku potwierdzenia nowotworu) diagnostyka pogłębiona. Karta umożliwia poruszanie się w ramach tzw. szybkiej ścieżki onkologicznej. Dokumentuje ona proces od momentu podejrzenia choroby nowotworowej, przez diagnostykę, aż do zakończenia leczenia [56]. Nowym elementem systemu opieki onkologicznej jest wprowadzenie przez placówkę prowadzącą leczenie koordynatora, którego zadaniem jest m.in. praktyczna pomoc w realizowaniu kolejnych kroków ustalonej ścieżki leczenia oraz przekazywanie informacji pomiędzy placówką medyczną, a pacjentem [57]. Istotną kwestią pojawiającą się w związku ze zniesieniem limitów w diagnostyce i leczeniu onkologicznym jest jego faktyczny wpływ na finansowanie świadczeń. W okresie od 2014 r. do 2018 r. wydatki NFZ na świadczenia onkologiczne wzrosły z poziomu 6,68 mld zł do poziomu 8,88 mld zł – o 33% [55]. Podsumowując jako oczekiwane efekty wprowadzonych zmian w

zakresie onkologii wskazać należy zmniejszenie śmiertelności pacjentów onkologicznych oraz obniżenie kosztów leczenia, dzięki wykryciu choroby we wczesnym stadium rozwoju.

Pakiet onkologiczny wypełnia postulaty, które zostały wskazane w „Mapach potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii”. Przepisy UE i krajowe wskazały na potrzebę ich opracowania jako warunek uruchomienia unijnych środków finansowych na rzecz inwestycji w sektorze zdrowia i programów zdrowotnych. Mapy potrzeb zdrowotnych to narzędzia analityczne, które wspierają podejmowanie ważnych decyzji w tym zakresie. Wskazują na dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej na terenie kraju, przedstawiają trendy demograficzne i epidemiologiczne, infrastrukturę oraz przyszłe potrzeby. „Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Krajowe ramy strategiczne” zaakceptowane przez Komisję Europejską stanowiły elementarne wytyczne dla grupy realizatorów wskazanych inwestycji oraz programów [58].

W lutym 2019 roku Ministerstwo Zdrowia uruchomiło pilotaż sieci onkologicznej na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej. Początkowo zostały nim objęte dwa województwa: dolnośląskie oraz świętokrzyskie, a po roku do pilotażu dołączyły dwa kolejne województwa: podlaskie oraz pomorskie. Pilotaż trwa do dnia 31 grudnia 2022 r., po przedłużeniu z uwagi na wybuch pandemii COVID-19. Jego celem jest ocena organizacji, jakości i efektów opieki onkologicznej w ramach sieci onkologicznej na terenie wskazanych województw. Jako efekty pilotażu wymienić można wprowadzenie infolinii onkologicznej, skrócenie czasu oczekiwania na przyjęcie do poradni onkologicznej oraz mierzenie czasu oczekiwania na pierwszą wizytę u onkologa. Ponadto istotne jest skrócenie czasu oczekiwania na wyniki badań, a także zapewnienie dla pacjenta koordynatora na każdym etapie opieki onkologicznej, przy ścisłym określeniu jego roli. Pilotaż daje możliwość przetestowania rozwiązań gwarantujących kompleksowość i pełną koordynację opieki onkologicznej [59]. Uruchomienie pilotażu sieci onkologicznej poprzedza wprowadzenie Krajowej Sieci Onkologicznej (KSO), które jest planowane od 2023 r. Obecnie projekt ustawy jest poddany pod konsultacje społeczne [60]. Projektowana regulacja wprowadza nową strukturę organizacyjną i nowy model zarządzania opieką onkologiczną, które w założeniu usprawnią organizację systemu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie onkologii [61].

Mając na uwadze prognozowany wzrost zachorowań na choroby nowotworowe oraz związane z tym skutki, czyli dużą umieralność, poważne konsekwencje społeczno-ekonomiczne, pogorszenie jakości życia pacjentów i ich rodzin, znaczące obciążenia

finansowe wynikające z leczenia dla obywateli oraz finansów publicznych – z dniem 4 lutego 2020 r. podjęto w Polsce uchwałę o Narodowej Strategii Onkologicznej (NSO). Jest to zbiorczy dokument określający kierunki rozwoju polskiej opieki onkologicznej na lata 2020-2030. Najważniejszy cel NSO to zwiększenie liczby osób przeżywających 5 lat od zakończenia leczenia onkologicznego oraz zmniejszenie wskaźnika zapadalności na choroby nowotworowe. Ponadto oczekiwana jest poprawa jakości życia pacjentów w trakcie leczenia onkologicznego oraz po jego zakończeniu. NSO wytycza kierunki rozwoju onkologii wskazując na 5 obszarów, które są kluczowe dla odwrócenia niekorzystnych trendów epidemiologicznych, poprawy skuteczności leczenia onkologicznego i dostosowania rozwiązań systemowych wobec potrzeb pacjentów z chorobą nowotworową. Najważniejsze dla onkologii obszary to: inwestycje w kadry; inwestycje w edukację, prewencję pierwotną i styl życia; inwestycje w pacjenta jako prewencję wtórną; inwestycje w naukę i innowacje oraz inwestycje w system opieki onkologicznej [62]. Ustawa jako cele strategiczne wskazuje:

- A. „obniżenie zachorowalności na choroby nowotworowe przez edukację zdrowotną, promocję zdrowia i profilaktykę, w tym kształtowanie świadomości prozdrowotnej i propagowanie zdrowego stylu życia;
- B. poprawę profilaktyki, wczesnego wykrywania, diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych;
- C. rozwój systemu opieki zdrowotnej w obszarze onkologii przez koncentrację działań wokół chorego i jego potrzeb, ze szczególnym uwzględnieniem poprawy jakości życia chorych i ich rodzin;
- D. zapewnienie równego dostępu do wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej w obszarze onkologii, udzielanych zgodnie z aktualną wiedzą medyczną;
- E. opracowanie i wdrożenie zmian organizacyjnych, które zapewnią chorym równy dostęp do koordynowanej i kompleksowej opieki zdrowotnej w obszarze onkologii;
- F. rozwój działalności szkoleniowej i edukacji oraz kształcenia kadr medycznych w obszarze onkologii;
- G. rozwój badań naukowych mających na celu poprawę i wzrost efektywności oraz innowacyjności leczenia chorób nowotworowych”.

Opracowanie NSO jest zgodne z opublikowanym raportem z kontroli Najwyższej Izby Kontroli (NIK) dotyczącym systemu opieki zdrowotnej w Polsce oraz europejskimi wytycznymi European Guide for Quality National Cancer Control Programmes, komunikatem Komisji Europejskiej do Rady, Parlamentu Europejskiego, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów „Walka z rakiem: partnerstwo europejskie”,

z dnia 24 czerwca 2009 r., oraz sprawozdaniem Komisji z dnia 23 września 2014 r. [63]. Na podstawie doświadczeń państw wysokorozwiniętych, które posiadają „Cancer Plan” można zauważyć, iż jedynie integracja podejmowanych działań w zakresie kształcenia, profilaktyki, rozwoju nauki, transferu technologii, a także zmian systemowych pozwala na uzyskanie widocznej poprawy wskaźników epidemiologicznych w obszarze onkologii.

Według danych opublikowanych przez Ministerstwo Zdrowia (MZ) w 2009 r. środki finansowe przeznaczone na leczenie nowotworów były na poziomie 4,8 mld zł, w 2018 r. na poziomie 9,6 mld zł, natomiast w 2019 r. na poziomie 10,4 mld zł. Wskazuje to na tendencję wzrostową z każdym rokiem, jednak do europejskiej średniej Polsce ciągle daleko. Szwedzki Instytut Zdrowia i Ekonomii Medycznej (IHE) podaje, że Belgia wydaje rocznie na onkologię 260 euro na mieszkańca, Francja – 254 euro, Irlandia – 207 euro, a Polska – 96 euro. Mniej na walkę z nowotworami przeznaczają tylko Rumunia, Litwa oraz Bułgaria [64]. Znajduje to odzwierciedlenie w ustaleniach kontroli systemu ochrony zdrowia w Polsce przeprowadzonej przez NIK, które wskazują na niewystarczającą podaż świadczeń zdrowotnych w odniesieniu do uzasadnionych potrzeb zdrowotnych ludności. Ponadto zaobserwowano duży udział usług finansowanych z prywatnych środków w odniesieniu do łącznych kosztów udzielonych świadczeń. Skutkuje to uzależnieniem dostępu do nich od sytuacji finansowej pacjenta. Przyczyną tego stanu rzeczy jest niska skala finansowania potrzeb zdrowotnych, wyrażona przez udział wydatkowanych środków systemu w PKB. Są one wydatkowane głównie na tzw. „medycynę naprawczą”, a nie na działania mające na celu zapobieganie chorobom. Tym sposobem leczenie jest wysoko kosztochłonne, a niewłaściwy sposób koordynacji i ciągłości powoduje, że efekty leczenia nierzadko ulegają zaprzepaszczeniu [48, 65]. Warto zauważyć, iż niewłaściwa organizacja systemu opieki zdrowotnej nie zapewnia wystarczająco wczesnego wykrywania chorób nowotworowych, co ma istotne znaczenie z punktu widzenia skuteczności prowadzonych działań profilaktycznych

1.2. Epidemiologia występowania chorób nowotworowych

Choroby nowotworowe w Polsce stanowią istotny problem zdrowotny, społeczny oraz ekonomiczny społeczeństwa, który w kolejnych latach będzie ulegał nasileniu. Według danych publikowanych przez GUS w najbliższym okresie stan i struktura ludności w Polsce ulegnie znaczącym zmianom. Oczekiwany jest spadek liczby urodzeń, wzrost liczby zgonów, co spowoduje zmniejszenie liczby ludności. W sposób istotny wzrośnie liczba osób starszych w społeczeństwie polskim. Do 2050 r. liczba osób w wieku 65 lat i powyżej wzrośnie o 4,4 mln

w odniesieniu do 2018 r. Szacuje się, iż w 2050 r. osoby w tym wieku stanowią będą 35% ogółu społeczeństwa [66].

Choroby nowotworowe dotyczą w największym stopniu grupy wiekowej powyżej 65. roku życia, a ryzyko zachorowania rośnie wraz z wiekiem. Ponad 60% zachorowań na terenie Europy i USA odnotowuje się wśród osób powyżej 65. roku życia. W populacji osób starszych obserwuje się obecnie 10-krotnie większe ryzyko zachorowania na raka w porównaniu z osobami poniżej 65. roku życia [40, 67-71]. Wynika to z faktu, iż proces kancerogenezy (przekształcenia zdrowej komórki w zmutowaną komórkę nowotworową) jest procesem ciągłym, który jest liczony w dziesięcioleciach, a faza kliniczna choroby poprzedzona jest długim okresem latencji (utajenia) [72]. Oznacza to, że w najbliższych latach nastąpi wzrost zachorowań, z czym będzie musiał poradzić sobie polski system opieki onkologicznej [61].

Nowotwory złośliwe są jednym z głównych problemów zdrowia publicznego na całym świecie [73-77]. Stanowią drugą przyczyną zgonów Polaków, po chorobach układu sercowo-naczyniowego [78, 79]. Prognozy wskazują, iż co czwarta osoba umrze z powodu nowotworu [80]. Ponadto wyniki leczenia w Polsce są gorsze niż w innych krajach Europy, diagnostyka nierzadko jest spóźniona, a profilaktyka nie jest wystarczająco skuteczna. Wskaźnik względnego przeżycia w chorobach nowotworowych przedstawia Polskę na końcu listy krajów europejskich [81]. Dane Krajowego Rejestru Nowotworów (KRN) wskazują, iż w Polsce przez wiele lat zachorowalność oraz umieralność z ich powodu wykazywała tendencję wzrostową. Dopiero w ciągu ostatnich kilku lat obserwuje się zahamowanie tej tendencji. Jako przyczyny tej sytuacji wskazać należy zmianę struktury demograficznej społeczeństwa na przestrzeni kilkunastu lat oraz ekspozycję na czynniki rakotwórcze [82].

Znajduje to odzwierciedlenie w wytycznych UE z zakresu profilaktyki i leczenia chorób nowotworowych. Co roku nowotwór diagnozuje się u 2,6 mln osób na terenie wspólnoty europejskiej, a kolejne 1,2 mln osób umiera z tego powodu. Co dziewięć sekund diagnozuje się nowy przypadek zachorowania na raka na jej terenie. Blisko jedna czwarta przypadków zachorowań przypada na kraje Europy, mimo iż Europejczycy stanowią niespełna 10% ludności całego świata. Ponadto szacuje się wpływ chorób nowotworowych na europejską gospodarkę na poziomie 100 mld euro rocznie [83]. Zachorowalność na nowotwory to olbrzymie obciążenie dla systemów opieki zdrowotnej oraz społecznej. W sposób istotny obciąża budżety rządowe, negatywnie wpływa na wydajność, a także wzrost gospodarki. Szacuje się, iż brak podjęcia działań w tym zakresie może wpłynąć na podwojenie liczby przypadków zachorowań do 2035 r. [84]. Wówczas nowotwory będą stanowiły główną przyczynę śmierci Europejczyków. Istotnym jest, iż można uniknąć 40% zachorowań na

nowotwory wdrażając zalecenia przedstawione w Europejskim Kodeksie Walki z Rakiem, co może zmniejszyć ryzyko ich powstania. Ponadto rak to jedna z wielu chorób niezakaźnych, posiadających wspólne czynniki ryzyka, zatem skuteczne jej zapobieganie może przynieść korzyści dla większości obywateli, w odniesieniu do różnych jednostek chorobowych [85-91]. Wyniki badań naukowych wskazują, iż najbardziej efektywnym sposobem utrzymania populacji w długim zdrowiu jest profilaktyka.

Nowotwory złośliwe stanowią narastający problem społeczeństwa polskiego. Według danych KRN w Polsce w 2019 r. odnotowano niemal 171,2 tys. nowych zachorowań na nowotwory (85 559 u mężczyzn i 85 659 u kobiet) oraz 100,3 tys. zgonów z tego powodu (54 370 u mężczyzn i 45 954 u kobiet). W stosunku do 2018 r. odnotowano wzrost zachorowań: o 1783 u kobiet oraz o 1989 u mężczyzn. Odnośnie do liczby zgonów zaobserwowano niewielki spadek: o 74 u kobiet oraz o 993 u mężczyzn. Można szacować, iż w 2019 r. na każde 100 tys. Polaków u 446 osób postawiono diagnozę nowotworu. Analizując strukturę zgonów w Polsce w 2019 r. z powodu nowotworu złośliwego zmarło 25,7% mężczyzn i 23,2% kobiet. W końcu drugiej dekady XXI wieku odnotowuje się ponad 1,17 mln osób żyjących z chorobą nowotworową [40, 92].

Dane epidemiologiczne KRN wskazują, iż najczęściej rejestrowanym nowotworem złośliwym w grupie mężczyzn w 2019 r. był: nowotwór złośliwy gruczołu krokowego – 20,6%, płuca – 16,1%, okrężnicy – 6,8%, pęcherza moczowego – 6,4%, odbytnicy – 4,2%, żołądka – 3,8% i nerki – 3,8%. Struktura zgonów u mężczyzn przedstawia się odmiennie. Największy odsetek zgonów był z powodu raka płuca – 27,4%, gruczołu krokowego – 10,3%, okrężnicy – 8%, pęcherza moczowego – 5,8%, żołądka – 5,7%, trzustki – 4,5% i odbytnicy – 4%. Struktura zachorowań na nowotwory złośliwe w 2019 r. w populacji kobiet przedstawia się następująco. Dominują zachorowania z powodu nowotworów: piersi – 22,9%, płuca – 9,9%, trzonu macicy – 7%, okrężnicy – 5,9%, jajnika – 4,3, tarczycy – 4,1% oraz szyjki macicy – 2,8%. Z kolei wśród przyczyn zgonów dominują nowotwory złośliwe: płuca – 17,9%, piersi – 15,1%, okrężnicy – 7,7%, jajnika – 6%, trzustki – 5,7%, trzonu macicy – 4% oraz żołądka – 3,7% [40].

Analizując dane epidemiologiczne w zakresie chorób nowotworowych należy zauważyć wpływ częstości palenia tytoniu na trend występowania raka płuca w grupie kobiet. Od 2014 r. obserwuje się rosnącą liczbę zachorowań w Polsce. W 2019 r. ponownie liczba kobiet, które zmarły z powodu raka płuca przekroczyła liczbę kobiet, które zmarły w wyniku raka piersi (różnica o 1254 przypadki). Dominujące w grupie kobiet nowotwory piersi cechowały się w czasie minionego półwiecza stale rosnącą zachorowalnością. Trendy

umieralności z powodu tego nowotworu ulegały zmianie kilkukrotnie w ciągu ostatnich trzydziestu lat. Początkowy wzrost umieralności uległ zahamowaniu w połowie lat 90. W okresie 1996-2010 odnotowywano spadek umieralności, a w latach 2010-2019 ponownie zaobserwowano niekorzystną zmianę trendu. Warto dodać, iż zachorowalność na raka szyjki macicy w sposób systematyczny spada, począwszy od 2005 r. Z kolei w przypadku najczęstszego nowotworu w grupie mężczyzn – raka gruczołu krokowego – można zaobserwować największą dynamikę wzrostu zachorowalności (od 2005 r.) przy utrzymującym się w pierwszej dekadzie XXI wieku plateau umieralności, która jednak od 2004 roku wykazuje tendencję wzrostową. Ponadto wśród mężczyzn od blisko 15 lat odnotowywany jest spadek zachorowalności i umieralności z powodu nowotworów płuca, na co wpływa ograniczenie palenia tytoniu w tej grupie. Niezmiennie jednak stanowią dominującą nowotworową przyczyną zgonu mężczyzn. W przypadku raka jelita grubego obserwuje się wzrostową tendencję zachorowalności przy stabilizowaniu się umieralności. W przypadku czerniaka skóry, niezależnie od płci, obserwuje się wzrostowe trendy zachorowalności. Warto podkreślić, iż największy sukces w kontrolowaniu nowotworów złośliwych osiągnięto w tych przypadkach, gdzie możliwa jest prewencja (głównie nowotwory złośliwe płuca u mężczyzn) oraz tam, gdzie możliwy jest skuteczny skrining populacyjny (nowotwory złośliwe szyjki macicy) [40, 93, 94]. Wskazuje to na niewątpliwą potrzebę rozwijania oraz doskonalenia działań z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki onkologicznej, co ograniczy rozpowszechnienie chorób nowotworowych.

Obserwowane od kilkunastu lat trendy zachorowalności i umieralności z powodu nowotworów złośliwych w Polsce determinowane są zmianami jakie zachodzą w aspekcie narażenia na czynniki rakotwórcze (głównie palenie tytoniu) oraz strukturą wieku. W 2019 r. udział osób starszych – powyżej 65. roku życia – w populacji polskiej to 15% mężczyzn oraz 21% kobiet. Przekłada się to w sposób bezpośredni na liczbę zachorowań i zgonów w określonych grupach wiekowych. Wśród mężczyzn najwięcej zachorowań odnotowuje się w grupie wiekowej między 55. a 79. rokiem życia, natomiast u kobiet między 50. a 74. rokiem życia. Najwięcej zgonów w wyniku nowotworów rejestruje się w siódmej i ósmej dekadzie życia. Istotnym jest, iż w latach 1965-2019 zaobserwowano czterokrotny wzrost zachorowań na nowotwory złośliwe w Polsce, czemu towarzyszy również wzrost bezwzględnej liczby zgonów nowotworowych [40, 95, 96].

Informacje na temat globalnego obciążenia chorobami nowotworowymi zawarte w badaniu GLOBOCAN 2020 (opracowane przez Międzynarodową Agencję Badań nad Rakiem, należącą do WHO) istotnie wskazują na tendencję wzrostową zachorowalności i umieralności

na raka na świecie. W 2020 r. odnotowano na całym świecie 19,3 mln nowych zachorowań na raka oraz prawie 10,0 mln zgonów z tego powodu. Najczęściej diagnozowanym nowotworem był kobiecy rak piersi, a nie jak uprzednio rak płuca, z około 2,3 mln nowych przypadków (11,7%). Kolejno występowały: rak płuca (11,4%), jelita grubego (10,0%), prostaty (7,3%) i żołądka (5,6%). Rak płuc pozostał główną przyczyną zgonów z powodu raka na świecie, z około 1,8 mln zgonów (18%). Kolejne najczęstsze przyczyny zgonów nowotworowych to: rak jelita grubego (9,4%), wątroby (8,3%), żołądka (7,7%) i kobiecy rak piersi (6,9%). Zgodnie z prognozami badania GLOBOCAN 2020 szacuje się, iż w 2040 r. globalne obciążenie rakiem wyniesie 28,4 mln przypadków, co oznacza wzrost o 47% w stosunku do 2020 r. [97, 98]. W świetle naukowych dowodów, kluczowe znaczenie dla poprawy stanu zdrowia społeczeństwa należy przypisać ciągłemu rozwijaniu infrastruktury dla zapewnienia właściwego poziomu opieki onkologicznej, a także inwestowaniu w działania profilaktyczne.

1.3. Profilaktyka jako główne narzędzie poprawy stanu zdrowia społeczeństwa

Współcześnie dla uzyskania istotnej poprawy zdrowia społeczeństw niezbędne są wielokierunkowe działania, które nie obejmują wyłącznie rozwijania nowych metod leczenia. Dużą wagą przywiązuje się do rozwoju edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia, a także profilaktyki chorób oraz zachowań ryzykownych dla zdrowia. Zwiększają one bowiem szansę na poprawę sytuacji zdrowotnej wśród przyszłych pokoleń. Bardzo kosztowne i niedostępne dla wszystkich jest wykorzystywanie w praktyce postępów jakie poczyniła medycyna naprawcza. Dotyczy to zaawansowanych technologii diagnostyczno-leczniczych oraz nowych leków. Warto podkreślić fakt, iż edukacja zdrowotna, promocja zdrowia oraz profilaktyka chorób mogą być dostępne niemal dla każdej osoby. Koszty jakie są ponoszone przez państwa czy samorzady są niewielkie, stanowiąc ogromną inwestycję. Przyczyniają się do zmniejszenia kosztów leczenia, opieki oraz rehabilitacji w niedalekiej przyszłości [19]. Profilaktyka stanowi jeden z elementów struktury działań z obszaru rozwiązywania problemów zdrowotnych. Pozostałe składowe to edukacja zdrowotna, promocja zdrowia, leczenie oraz działania realizowane po leczeniu. W praktyce trudnym jest wyznaczenie ścisłych granic pomiędzy tymi działaniami, a kryterium kwalifikacji stanowią intencje, z jakimi dane praktyki są podejmowane.

Zdrowie stanowi szczególne bogactwo populacji, wpływa na poziom rozwoju społecznego oraz ekonomicznego określonej społeczności. WHO inicjuje i jednocześnie koordynuje działania w zakresie zdrowia na skalę międzynarodową. Zrzesza ponad 190

państw z całego świata. Jej celem jest min. osiągnięcie możliwie najwyższego poziomu zdrowia wszystkich ludzi, bez względu na region, co pozwoli na efektywne życie w kontekście społecznym oraz ekonomicznym [99]. Definicja zdrowia, zawarta w Konstytucji WHO zwraca uwagę na fakt, iż należy je rozpatrywać w kontekście społecznym, psychicznym, a nie jedynie biologicznym, czyli jako brak choroby lub niepełnosprawności [100]. Spośród licznych definicji zdrowia można wskazać również takie, które dużą wagę przykładają do znaczenia subiektywnego postrzegania zdrowia oraz wpływu kontekstu społeczno-kulturowego. Wiele z nich opisuje zdrowie jako odpowiedni poziom dobrostanu oraz przystosowania, który jednostka może osiągnąć w konkretnych warunkach społecznych. Są one istotnie zależne od możliwości, jakie stwarza konkretne państwo wobec własnych obywateli [101]. Nie każda osoba jest w stanie optymalnie zadbać o własne zdrowie, chronić je oraz umacniać. Jest to uzależnione od występowania wielu grup społecznych oraz nierównego dostępu do powszechnie cenionych dóbr, które wynikają z czynników osobniczych oraz zewnętrznych. Czynniki zewnętrzne są niezależne od jednostki i obejmują uwarunkowania gospodarcze, polityczne oraz społeczno-kulturowe [102]. Współczesne koncepcje zdrowia podkreślają, że stanowi ono swoisty zasób dla społeczeństwa. Wyłącznie społeczeństwo zdrowe ma możliwość tworzenia dóbr materialnych i kulturowych. Z kolei przedwczesna umieralność, utrata sprawności oraz obciążenie chorobami mają istotne skutki społeczne i ekonomiczne. Chociażby pod postacią utraty wyprodukowanych dóbr, wzrostu nakładów na leczenie oraz potrzebę zapewnienia opieki dla osób, które nie są w stanie samodzielnie funkcjonować [19].

Wskazana problematyka stała się przedmiotem tzw. nowego zdrowia publicznego (nazwa dla podkreślenia względnie nowego wówczas sposobu działania zdrowia publicznego, obowiązująca od 1986 r.). Określane jako „nauka i kompleksowe postępowanie zmierzające do zachowania i umocnienia zdrowia w wymiarze makrospołecznym, lokalnym i środowiskowym, polegające na naukowym rozpoznaniu stanu zdrowia i potrzeb zbiorowości oraz inicjowaniu i organizowaniu skoordynowanych wysiłków instytucji rządowych, samorządowych i pozarządowych w celu osiągnięcia pożądanego stanu zdrowia”. Z tego tytułu zwiększała się uwaga środowisk naukowych oraz politycznych w kierunku monitorowania tzw. wskaźników zdrowia, w tym min. zachorowalności i umieralności na poziomie lokalnych, krajowych i międzynarodowych populacji [103].

W Regionie Europejskim WHO przyjęto definicję zdrowia publicznego sformułowaną przez D. Achesona w 1988 r., która zyskała szerokie uznanie różnych gremiów, jako wyjaśnienie proste i syntetyczne. „Zdrowie publiczne jest nauką i sztuką zapobiegania

chorobie, wydłużania życia oraz promowania zdrowia za pomocą zorganizowanych wysiłków społeczeństwa”. W Polsce termin „zdrowie publiczne” zaczął funkcjonować w okresie przed akcesją do UE, co wynikało z potrzeby skoordynowania prawa krajowego ze wspólnotowym [104]. Blisko 100 państw świata posiada listy podstawowych funkcji zdrowia publicznego, adekwatnych do własnych potrzeb oraz kontekstu organizacyjnego. Stanowią one wskazówki do rozwoju potencjału wykonawczego. W Regionie Europejskim WHO uznano, że główne funkcje zdrowia publicznego obejmują 10 obszarów, wśród których połowa stanowi podstawę aktywności, a pozostałe dotyczą funkcji umożliwiających i wspierających te działania. Są to:

- A. Nadzór nad zdrowiem i dobrostanem populacji.
- B. Monitorowanie zagrożeń zdrowotnych oraz katastrof i reagowanie na nie.
- C. Ochrona zdrowia obejmująca bezpieczeństwo środowiskowe, pracy, żywności, itp.
- D. Promocja zdrowia obejmująca działania dotyczące społecznych determinantów zdrowia i nierówności w zdrowiu.
- E. Zapobieganie chorobom, w tym wczesne wykrywanie chorób.
- F. Zapewnienie zarządzania zdrowiem i dobrostanem.
- G. Zapewnienie kompetentnej kadry zdrowia publicznego.
- H. Zapewnienie trwałej struktury organizacyjnej i finansowania.
- I. Rzecznictwo, komunikacja i społeczna mobilizacja dla zdrowia.
- J. Rozwijanie badań naukowych w dziedzinie zdrowia publicznego w celu prowadzenia polityki i praktyki [105].

Obecnie można zauważyć globalny trend ożywienia oraz umocnienia zdrowia publicznego. Wynika to z przyczyn pragmatycznych, takich jak skutki przemian demograficznych, coraz większe potrzeby zdrowotne oraz chęć zmniejszenia kosztów opieki zdrowotnej. Jest to związane ze starzeniem się społeczeństw, większą chorobowością oraz zwiększającą się świadomością zdrowotną. Drugi istotny czynnik to względy ideowe, czyli chęć osiągnięcia sprawiedliwości oraz równości w zdrowiu [104].

Istotnym narzędziem rozwiązywania problemów zdrowotnych jest profilaktyka. Określana jest jako świadome działanie, które ma na celu zapobieganie problemom (zaburzeniom, chorobom, dysfunkcjom) zanim one wystąpią. Ma głównie charakter uprzedzający zdarzenie, a nie naprawczy. Ponadto do jej realizacji niezbędna jest wiedza o czynnikach ryzyka danej choroby. Jako czynniki ryzyka określa się właściwości indywidualne człowieka (w tym przekonania, postawy, zachowania, predyspozycje, uwarunkowania biologiczne) oraz środowiska (fizycznego, społecznego, rodzinnego). Wiążą się one z podwyższonym ryzykiem rozwoju nieprawidłowości, zaburzeń, chorób oraz śmierci [103].

Kontrolowanie czynników ryzyka ma miejsce poprzez ograniczanie lub likwidowanie zagrożeń. Przykładem jest motywowanie ludzi do rezygnacji ze szkodliwych zachowań (behawioralnych czynników ryzyka), takich jak palenie papierosów, nadużywanie alkoholu i niezdrowa dieta. Jest to profilaktyka defensywna, poprzez którą trudniej jest dotrzeć do ludzi zdrowych, u których nie występują objawy choroby oraz często myślą o sobie tylko w kategoriach pozytywnych w przyszłości [106]. Dlatego też coraz większą popularność zyskuje profilaktyka pozytywna, która równoważy siłę czynników ryzyka poprzez rozwijanie oraz wzmacnianie zasobów indywidualnych i środowiskowych. Istotne jest tutaj wzmacnianie czynników chroniących i zasobów odpornościowych, które wspierają zdrowie i pozytywny rozwój jednostek. Tworzą przeciwwagę wobec czynników ryzyka, sytuacji kryzysowych, stresorów czy wyzwań dnia codziennego. Kierunek ten nie skupia się jedynie na usuwaniu zagrożeń (co nie zawsze jest możliwe), ale na wzmacnianiu elementów, które czynią ludzi bardziej odpornymi na ich występowanie [107].

Najczęściej stosowany podział profilaktyki to wyodrębnienie profilaktyki pierwotnej, wtórnej i trzeciego stopnia, mający ponad 60-letnią tradycję. Bywa krytykowany, gdyż zalicza się tutaj działania z pogranicza leczenia, leczenie i postępowanie po nim. Pomimo, iż odbiega częściowo od samej definicji, jest pragmatyczny i znajduje licznych zwolenników. Podział ten jest zróżnicowany w zależności od momentu podjęcia działań zapobiegawczych przeciwko danej chorobie czy jej rozwojowi. Profilaktyka pierwotna (pierzwsorzędowa, określana też jako wczesna) obejmuje działania, które zmniejszają prawdopodobieństwo pojawienia się choroby czy problemu zdrowotnego poprzez przeciwdziałanie czynnikom/warunkom szkodliwym, zanim będą w stanie wywołać chorobę. Podejmowane tutaj działania kierowane są do całego społeczeństwa lub specyficznych podgrup populacji ogólnej, np. seniorzy, kobiety w ciąży. Obejmuje przykładowo promowanie prozdrowotnego stylu życia, program szczepień ochronnych, profilaktykę palenia tytoniu. W tym podejściu do profilaktyki pierwotnej zostają uwzględnione praktyki z zakresu promocji zdrowia oraz edukacji zdrowotnej [106-109]. Profilaktyka wtórna (drugorzędowa) odnosi się do kontroli czynników ryzyka, a także wczesnej interwencji. Najczęściej dotyczy osób z grup ryzyka (np. niektóre grupy wiekowe) lub sytuacji, gdy zostaną wykryte wczesne objawy problemów zdrowotnych (badania przesiewowe). Jej cel to zapobieganie lub powstrzymanie rozwoju choroby oraz skrócenie czasu trwania, przez wczesne wykrycie objawów [99, 110-113]. Obejmuje przykładowo badania mammograficzne wśród kobiet ze zwiększonym ryzykiem rozwoju raka piersi czy badania cytologiczne w grupie kobiet ze zwiększonym ryzykiem raka szyjki macicy. Profilaktyka trzeciego stopnia (trzeciorzędowa) jest ujmowana jako

zapobieganie skutkom choroby przez wczesne podjęcie leczenia. Ponadto może obejmować przeciwdziałanie pojawianiu się nawrotów poprzez uczenie samoopieki i właściwego stosowania leków, jak również zapobieganie degradacji społecznej. Jest kierowana wobec osób z rozpoznaną chorobą, które są objęte leczeniem. Jako przykłady można wskazać: okresowe kontrole niezłośliwych guzów piersi w badaniu ultrasonograficznym, wykorzystywanie rehabilitacji czy aktywizowanie do poszukiwania sieci wsparcia [114-116].

W piśmiennictwie wyróżnia się dwie grupy badań profilaktycznych: testy i badania przesiewowe (skriningowe) oraz profilaktyczne badania lekarskie, laboratoryjne i rentgenowskie różnych grup zawodowych. Badania skriningowe są to głównie testy diagnostyczne przeprowadzane wśród dużych grup ludności, mające na celu wykrycie wczesnych stadiów chorobowych. Właściwie zorganizowane powinny obejmować grupy osób uważanych za zdrowe, gdzie istnieje największe prawdopodobieństwo zachorowania na daną jednostkę chorobową. Istotny jest również dobór odpowiedniej liczby badań diagnostycznych, które są wykonywane w okresach pozwalających na wykrycie choroby we wczesnym okresie rozwoju i szybkie rozpoczęcie leczenia. Wówczas istnieją duże szanse na powrót do zdrowia badanych osób, a koszty leczenia są niższe niż w przypadku leczenia późniejszych stadiów choroby [39, 117]. Z tego powodu skrining onkologiczny powinien cechować się wysoką czułością, czyli zdolnością w kierunku wykrywania nowotworów oraz dużą swoistością, czyli identyfikacją osób zdrowych. Wśród badań skriningowych można wyróżnić kilka metod ich przeprowadzania:

- A. skrining masowy (populacyjny, zorganizowany), który obejmuje duże grupy osób;
- B. skrining wielokierunkowy (wielofazowy), gdzie stosuje się różne testy, przy jednej okazji;
- C. skrining celowany (selektywny), który obejmuje ściśle wskazane grupy osób, np. narażonych na określone czynniki;
- D. tzw. wykrywanie przypadku (skrining indywidualny, oportunistyczny, niezorganizowany), czego dokonuje lekarz u pacjenta, który zgłasza się na wizytę z innego powodu (powinien być powszechnie stosowany w podstawowej opiece zdrowotnej) [29].

Badania przesiewowe w kierunku wykrywania chorób nowotworowych warto prowadzić jedynie wobec tych przypadków, które występują często w badanej populacji oraz jeśli można w sposób skuteczny realizować leczenie. Jako przykłady takich badań wskazać można skriningi realizowane w ramach narodowych programów ukierunkowane na raka szyjki macicy, raka piersi, raka jelita grubego czy raka gruczołu krokowego.

Warto podkreślić, iż nie istnieje dotychczas żaden potwierdzony naukowo sposób na uniknięcie zachorowania na nowotwór. Wiadomo jednak, że szkodliwe czynniki środowiska oraz nieprawidłowe nawyki mają wpływ na powstanie 70% chorób nowotworowych [27]. Pozwala to wskazywać na profilaktykę pierwotną i wtórną jako główną strategię walki z nowotworami. Istotny nacisk warto zatem położyć na poprawę efektywności programów profilaktyki pierwotnej (obejmujących szeroko zakrojone programy edukujące) oraz rozwijanie populacyjnych programów przesiewowych, które umożliwiają rozpoznanie choroby w fazie przedklinicznej.

Profilaktyka pierwotna obejmuje działania, które zmierzają do obniżenia częstotliwości i ryzyka rozwoju choroby przy wykorzystaniu edukacji zdrowotnej oraz promocji zachowań sprzyjających zdrowiu. Edukacja zdrowotna to zaplanowane, różnorodne działania edukacyjne, które obejmują udzielanie ludziom pomocy w uzyskaniu kompetencji, dzięki którym potrafią oni podejmować działania w celu zachowania (ochrony), utrzymania oraz umacniania/doskonalenia zdrowia własnego oraz pozostałych osób. Innymi słowy jest to proces, w którym ludzie uczą się jak dbać o zdrowie własne oraz społeczności, wśród której żyją. Edukacja zdrowotna jest niezbędnym i komplementarnym elementem promocji zdrowia, którą określa się jako proces umożliwiający ludziom zwiększenie kontroli nad własnym zdrowiem, w sensie jego poprawy oraz utrzymania. Promocja zdrowia skupia się na zdrowiu jako kategorii pozytywnej, a nadrzędnym jej celem jest kształtowanie stylu życia, środowiska fizycznego i społecznego sprzyjającego zdrowiu. Przyjmuje się, iż edukacja zdrowotna adresowana jest przede wszystkim do jednostek, natomiast promocja zdrowia dotyczy głównie systemów społecznych [118, 119].

Wprowadzenie zmiany nieprawidłowych nawyków oraz stylu życia na prozdrowotny w ogromnym stopniu wpływa na zdrowie, minimalizując ryzyko zachorowania na nowotwory złośliwe. Warto jednak zauważyć, iż nie pozwala osiągnąć natychmiastowych rezultatów, które najczęściej są widoczne po wielu latach, a tak mocno oczekiwane [117]. Niemniej jednak eliminując zachowania wywołujące procesy rakotwórcze, można w znacznym stopniu ograniczyć ryzyko rozwoju raka. Wyróżniane są trzy kategorie czynników ryzyka chorób nowotworowych:

- A. Związane z ekspozycją, jednak niekoniecznie będące w związku przyczynowym z rozwojem raka – czynnik ryzyka jako „marker”, np. wiek.
- B. Związane z rozwojem nowotworów – czynnik przyczynowy, np. karcynogenne składniki dymu tytoniowego.

C. Związane z danym sposobem zachowania się, którego zmiana ma wpływ na zachorowalność na raka – czynnik modyfikowalny, np. palenie tytoniu [22].

Badania naukowe pokazują, iż ponad 90% przypadków chorób nowotworowych związanych jest z czynnikami zewnętrznymi (czynnikami ryzyka), których działanie możemy ograniczać lub nawet całkowicie eliminować. Warto zatem prowadzić intensywną edukację społeczeństwa na temat działań, które należy podjąć w celu ograniczenia ryzyka choroby. Jako przydatne narzędzie można wskazać Europejski Kodeks Walki z Rakiem (The European Code Against Cancer), który powstał z inspiracji Komisji Europejskiej. Składa się z dwunastu prostych zaleceń, opartych na dowodach naukowych, do których większość ludzi może się dostosować bez większych trudności [120]. Kodeks wskazuje następujące sposoby na zmniejszenie ryzyka zachorowania na raka:

1. „Nie pal. Nie używaj tytoniu w żadnej postaci.
2. Stwórz w domu środowisko wolne od dymu tytoniowego. Wspieraj politykę miejsca pracy wolnego od tytoniu.
3. Utrzymuj prawidłową masę ciała.
4. Bądź aktywny fizycznie w codziennym życiu. Ogranicz czas spędzany na siedząco.
5. Przestrzegaj zaleceń prawidłowego sposobu żywienia:
 - a. jedz dużo produktów pełnoziarnistych, roślin strączkowych, warzyw i owoców.
 - b. ogranicz spożycie wysokokalorycznych produktów spożywczych (o wysokiej zawartości cukru lub tłuszczu) i unikaj napojów słodzonych.
 - c. unikaj przetworzonego mięsa; ogranicz spożycie mięsa czerwonego i żywności z dużą ilością soli.
6. Jeśli pijesz alkohol dowolnego rodzaju, ogranicz jego spożycie. Abstynencja pomaga zapobiegać nowotworom.
7. Unikaj nadmiernej ekspozycji na promienie słoneczne (dotyczy to szczególnie dzieci). Chron się przed słońcem, używaj produktów przeznaczonych do ochrony przeciwsłonecznej. Nie korzystaj z solarium.
8. Chron się przed działaniem substancji rakotwórczych w miejscu pracy. Postępuj zgodnie z zaleceniami dotyczącymi bezpieczeństwa i higieny pracy.
9. Dowiedz się, czy w domu jesteś narażony na naturalne promieniowanie spowodowane wysokim stężeniem radonu. Podejmij działania na rzecz zmniejszenia jego poziomu.
10. Kobiety powinny pamiętać o tym, że:
 - a. karmienie piersią zmniejsza u matki ryzyko zachorowania na nowotwory. Jeśli możesz, karm swoje dziecko piersią.

- b. hormonalna terapia zastępcza zwiększa ryzyko rozwoju niektórych nowotworów.
Ogranicz jej stosowanie.

11. Zadbaj o to, aby twoje dzieci poddano szczepieniom ochronnym przeciwko:

- a. wirusowemu zapaleniu wątroby typu B (dotyczy noworodków)
- b. wirusowi brodawczaka ludzkiego – HPV (dotyczy dziewcząt).

12. Bierz udział w zorganizowanych programach badań przesiewowych w celu wczesnego wykrywania:

- a. raka jelita grubego (zalecenie dotyczy zarówno mężczyzn, jak i kobiet);
- b. raka piersi (u kobiet);
- c. raka szyjki macicy (u kobiet)” [85].

WHO oszacowała, iż w przypadku przestrzegania zaleceń Kodeksu wśród Europejczyków można byłoby uniknąć nawet 50% wszystkich zgonów nowotworowych w Europie [121]. Zdecydowanie najistotniejszą, możliwą do uniknięcia przyczyną chorób nowotworowych na terenie UE jest używanie tytoniu, szczególnie palenie papierosów. Jest to czynnik odpowiadający za 15-20% przypadków raka na terenie Europy [122]. Skuteczne zapobieganie nowotworom złośliwym wymaga, aby te indywidualne działania były mocno wspierane przez działania i politykę rządów.

Świadczenia zdrowia publicznego z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia realizowane są najczęściej pod postacią interwencji, programów oraz projektów [104]. Formę oraz zakres realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego reguluje głównie ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym [35]. W publicznym systemie ochrony zdrowia w Polsce normatywną podstawą wobec realizacji programów zdrowotnych jest w pierwszej kolejności ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Wskazuje ona, iż program zdrowotny jest to zespół zaplanowanych i uzasadnionych działań z zakresu opieki zdrowotnej, które są oceniane jako skuteczne oraz bezpieczne. Pozwalają osiągnąć we wskazanym terminie założone cele, które polegają na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawie stanu zdrowia danej grupy świadczeniobiorców. Jest opracowywany, kolejno wdrażany, realizowany oraz finansowany przez NFZ. Programy zdrowotne są to zatem uzasadnione medycznie i programowane na przyszłość działania, które są ukierunkowane na osiągnięcie pozytywnego celu zdrowotnego, pod postacią zidentyfikowanej i w efekcie zaspokojonej indywidualnej potrzeby zdrowotnej. W szerszym ujęciu jest to poprawa stanu zdrowia konkretnej osoby z grupy (populacji) docelowej, która jest objęta zakresem działania programu zdrowotnego [123]. W wyniku nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki

zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z dniem 1 stycznia 2015 r., w obszarze polskiego ustawodawstwa dokonano normatywnego ujęcia programów polityki zdrowotnej, w sposób istotny odróżniając je od programów zdrowotnych. Programy te mogą być realizowane przez organy władzy publicznej (np. ministra zdrowia), jak również jednostki samorządu terytorialnego. Program polityki zdrowotnej (PPZ) stanowi tym samym narzędzie polityki państwa, które pozwala zaangażować jednostki samorządu terytorialnego w proces udzielania świadczeń opieki zdrowotnej [124]. Ponadto począwszy od 2009 r. wprowadzony został obowiązek opiniowania projektów PPZ przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT), a od 2015 r. umożliwiono dofinansowanie PPZ ze środków NFZ. Istotnym jest, iż od 2017 r. współfinansowanie dotyczyć może jedynie interwencji, które znajdują się w koszyku świadczeń gwarantowanych [35]. Finansowanie działań profilaktycznych i promocji zdrowia jest wspierane również ze środków unijnych. W ramach funduszy UE realizowanych jest wiele programów polityki zdrowotnej ukierunkowanych na rzecz profilaktyki, m.in. chorób nowotworowych [125].

Na podstawie doświadczeń Polski oraz pozostałych krajów UE należy zauważyć, iż prowadzenie wyłącznie edukacji zdrowotnej społeczeństwa nie jest wystarczające, aby wpłynąć na zmianę stylu życia. Wydatkowanie publicznych środków na ten cel powinno być poprzedzone zidentyfikowaniem praktyk, które wykazują największą skuteczność w procesie trwałej zmiany zachowań na prozdrowotne. Warto podkreślić fakt, iż poprawa świadomości zdrowotnej z zakresu zagrożeń chorobami nowotworowymi oraz zasad skutecznej profilaktyki to proces długotrwały. Obejmuje ciągłe i powtarzalne prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych, które w efekcie mają uświadomić społeczeństwu istotę odpowiedzialności za własne zdrowie, zmotywować do podejmowania zachowań sprzyjających zdrowiu, a zwłaszcza wykonywania badań profilaktycznych. Jako przykład dobrych praktyk należy wskazać Finlandię, gdzie poziom zgłaszalności kobiet na badania profilaktyczne jest na poziomie 80–90%, po okresie 20 lat realizacji skriningów populacyjnych [120]. Dla rozwoju potencjału zdrowia publicznego, w tym programów zdrowotnych, potrzebne jest zaangażowanie polityczne, wsparcie organizacyjne, finansowe, odpowiedni sposób zarządzania oraz wysokie umiejętności realizatorów.

1.4. Znaczenie satysfakcji z usług medycznych w umacnianiu zdrowia jednostki

Podstawą funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej jest dbałość o człowieka i jego zdrowie. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

(Dz.U. z 2012 r., poz. 159) zwraca uwagę na fakt, iż „Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym” [126]. Zatem należy oczekiwać, iż świadczenia udzielane pacjentom będą ściśle odpowiadały wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, a jakość oferowanej opieki będzie na odpowiednio wysokim poziomie. Stąd podejmowanie problematyki badania satysfakcji pacjentów można uznać za jeden z najważniejszych elementów oceny jakości opieki zdrowotnej.

Jakość świadczonych usług medycznych nie jest postrzegana wyłącznie jako problem badawczy z punktu widzenia nauki, ale także praktyki. Istotnie większą wartość stanowią badania prowadzone w celu spełnienia celów praktycznych w tym obszarze, gdyż zdrowie człowieka to dobro nadrzędne [127]. Jakość i bezpieczeństwo pacjenta są również głównym celem świadczenia usług dla placówek opieki zdrowotnej [128]. W tym kontekście odpowiednio wysoka jakość oferowanych usług medycznych umożliwia ochronę zdrowia jednostki oraz jego umacnianie. Na znaczenie satysfakcji pacjentów wskazuje fakt, iż United States National Center for Health Services Research and Development w 1970 r. ustanowiło mierniki całościowej oceny systemu opieki zdrowotnej, gdzie jednym ze wskaźników była satysfakcja pacjentów (obok śmiertelności i chorobowości) [129]. W Polsce jednostki akredytujące również nałożyły na podmioty lecznicze wymóg pomiaru satysfakcji pacjentów z uzyskiwanych świadczeń, a poziom satysfakcji jest ujmowany jako jeden ze wskaźników jakości całościowej opieki oferowanej przez daną placówkę. Wysoka jakość usług medycznych, a szczególnie zarządzanie przez jakość, zwiększenie satysfakcji klienta/pacjenta, m.in. poprzez lepsze dopasowanie oferty do potrzeb, jest jednym z wielu niedocenianych, a wysoce istotnych problemów współczesnych systemów ochrony zdrowia na świecie [130].

Proces kształtowania definicji jakości opieki zdrowotnej, w ujęciu rodzaju usługi świadczonej klientowi, nie pozwolił na przyjęcie jednej, powszechnie obowiązującej formuły. Obecnie w podmiotach leczniczych jakość jest analizowana szeroko, biorąc pod uwagę kryterium czasu i wykonania usługi, a także bezpieczeństwa pacjenta. W tym ujęciu jakość opieki zdrowotnej to zbiór takich elementów w odniesieniu do usług zdrowotnych jak: dostępność, odpowiedniość, ciągłość, skuteczność, wydajność oraz satysfakcja [128]. Jednym z twórców podstaw systemu jakości w medycynie był A. Donabedian. Jak wskazywał jakość to rodzaj opieki, gdzie maksymalizuje się mierzalne dobro pacjenta, przy uwzględnieniu zachowania równowagi pomiędzy oczekiwanymi korzyściami, a stratami towarzyszącymi

procesowi opieki na różnych etapach. Jako istotne wskazywał takie elementy jak: relacje między personelem a pacjentem, zaangażowanie pacjenta w proces opieki, poziom dostępności oraz wyposażenia podmiotów, dostępność opieki dla różnych grup społecznych oraz istotność opinii pacjentów na temat roli i funkcji systemu [131]. W kolejnych latach w modelach jakości uwzględniono dodatkowo satysfakcję pacjenta ze świadczonych usług medycznych, która w chwili obecnej odgrywa kluczową rolę w procesie kształtowania pozycji placówki na rynku usług zdrowotnych. W literaturze przedmiotu jako warunek efektywności medycyny wskazywana jest znajomość ocen, postaw i przekonań wobec zdrowia, a jednym z warunków skuteczności medycyny jest stawianie ludzi w centrum zainteresowania swojej działalności [132].

Jedną z najbardziej rozpowszechnionych definicji jakości została opracowana przez WHO. Wskazuje, iż jakość to świadczenia medyczne realizowane w oparciu o aktualną wiedzę medyczną, a także przy wykorzystaniu zasobów, które są w stanie zapewnić pacjentowi odpowiedni stan zdrowia oraz zmniejszyć do minimum ryzyko utraty zdrowia. Określa jakość jako zbiór cech produktu usługowego, które sprawiają, że produkt jest w stanie zaspokoić wypowiedziane oraz nieświadome potrzeby odbiorców [133]. Wg Amerykańskiego Instytutu Medycznego jakość opieki medycznej jest to stopień w jakim świadczenia medyczne wobec indywidualnych osób i populacji zwiększają prawdopodobieństwo uzyskania pożądanego wyniku zdrowotnego, a także są zgodne z aktualną wiedzą fachową [134]. Jakość opieki zdrowotnej oznacza również powiązanie wiedzy oraz etyki, a także korzystanie z najlepszych metod leczenia i technik diagnostycznych. Wpływają na nią takie elementy jak: relacja lekarza wobec pacjenta, satysfakcja pacjenta, jakość informacji i komunikacji, stopień zainteresowania pacjentem, ciągłość opieki oraz zaangażowanie w opiekę [128].

W celu poprawy jakości w opiece zdrowotnej realizowane są działania projakościowe, których celem jest polepszenie i/lub utrzymanie jakości w placówkach, które udzielają świadczeń zdrowotnych. Na poziom jakości wpływają zasoby kadrowe, medyczne, finansowe, infrastrukturalne oraz poziom ich koordynacji. W ramach działań systemu koniecznym jest zapewnienie społeczeństwu promocji zdrowia, profilaktyki, diagnostyki, procesu leczenia oraz rehabilitacji, przy zachowaniu i dopełnieniu oczekiwań z obszaru bezpieczeństwa, skuteczności oraz efektywności [135]. Celem fundamentalnym wszystkich procedur kontroli jakości w zarządzaniu placówką medyczną powinno być podniesienie jakości świadczeń, a także poziomu satysfakcji pacjenta. Znajduje to odniesienie we wdrażaniu Total Quality Management wg Oaklanda (TQM) w zarządzaniu placówką

medyczną przez jakość. Poznanie oczekiwań klienta/pacjenta oraz ocena jego zadowolenia to kluczowe elementy procesu podnoszenia poziomu usług. Podstawowe narzędzie oceny to badanie ankietowe, które jest wykorzystywane do opracowania zmiany procedur czy standardów postępowania. Jeśli obejmuje szerszy zakres może posłużyć w kolejnym etapie wdrażania TQM, czyli rozpoznaniu realnego sposobu postępowania pracowników, a także obserwacji skuteczności stosowania przyjętych procedur oraz standardów. Wielu autorów zaznacza, iż satysfakcja stanowi, obok wiedzy i doświadczenia personelu medycznego oraz dostępu do nowych metod diagnostycznych, warunek niezbędny dla uzyskania dobrych wyników leczenia [136]. Zainteresowanie placówek medycznych nowymi metodami zarządzania przejawia się we wprowadzaniu na masową skalę strategii projakościowej pod postacią norm ISO czy też w staraniu się o uzyskanie statusu jednostki akredytowanej. Normy ISO stanowią jeden z głównych czynników determinujących funkcjonowanie placówki, a także konkurencyjność usług, które oferuje. Są istotną pomocą dla placówek przy tworzeniu systemu jakości. Występowanie na rynku usług medycznych wielu nagród czy certyfikatów jakości oraz programów akredytacyjnych świadczy o wadze problemu jakości w omawianym obszarze. Wskazują one odbiorcy, iż dana placówka po spełnieniu szeregu kryteriów i norm jakościowych świadczy usługi na wysokim poziomie. Jest to oparte na modelu kontroli przeprowadzanej przez instytucję zewnętrzną, która dokonuje pomiaru zgodności działań instytucji względem ustalonych norm. Standardy jakościowe stanowią swego rodzaju system regulacyjno – kontrolny. W celu realizacji świadczeń zdrowotnych na zadowalającym poziomie wskazane jest dokonywanie wnikliwych i regularnych kontroli bieżącego poziomu usług, a także podejmowanie skutecznych działań w celu poprawy procesu [130].

Coraz częściej jakość stanowi główny element skutecznego marketingu oraz czynnik gwarantujący sukces na rynku usług zdrowotnych. W aspekcie komercjalizacji rynku zdrowia, skuteczne działania diagnostyczne i oczekiwane efekty leczenia są niewystarczające, aby zdobyć zaufanie klienta/pacjenta. Jakość usług medycznych jest gwarantem nie tylko bezpieczeństwa pacjenta, ale także dbałości o jego zdrowie i życie [132].

Ważnym wskaźnikiem i parametrem oceny poziomu opieki jest satysfakcja pacjenta. Stanowi wypadkową pomiędzy subiektywnym odczuciem zadowolenia względem jakości otrzymywanej opieki, a oczekiwaniami. Może się istotnie różnić od wyobrażeń kadry zarządzającej i profesjonalistów zawodów medycznych, gdyż pacjent ocenia usługi medyczne na podstawie własnych kryteriów. Satysfakcja to nie tylko spontaniczna, chwilowa reakcja, ale pochodna ludzkich potrzeb [137]. Jako czynniki mające wpływ na stopień zadowolenia pacjenta wskazać należy min. subiektywną ocenę poziomu wykonania usługi medycznej, a w

tym: ocenę wyglądu gabinetu, ocenę atmosfery, jaka panuje w miejscu wykonania usługi oraz ocenę fachowości personelu medycznego. Istotne są również oczekiwania pacjenta wobec danej usługi, w tym: wizerunek gabinetu w aspekcie jakości oraz komunikatywności, a także wcześniejsze doświadczenia z uzyskanych usług medycznych [138].

Pacjent jako główny element procesu udzielania świadczeń, a także wskazywane przez niego potrzeby oraz oczekiwania powinny stanowić centrum uwagi personelu medycznego. Dotychczas był on postrzegany jedynie jako odbiorca usług, a obecnie jest traktowany jako klient, który w sposób uważny obserwuje, porównuje oraz dokonuje oceny realizowanych świadczeń [137]. Placówki zdrowotne zmuszone są do przeorganizowania swoich działań w kierunku pacjenta oraz jego indywidualnych wymagań. Dokonywana z jego perspektywy ocena jakości otrzymywanych usług medycznych, w kierunku większej lub mniejszej satysfakcji z ich poziomu, stała się obecnie ważnym instrumentem w walce o pacjenta na rynku ochrony zdrowia [132]. Przeprowadzanie badań satysfakcji pacjentów pozwala nie tylko na uzyskiwanie opinii świadczeniobiorców, ale także pomaga w odnalezieniu tych obszarów, gdzie działania podmiotu leczniczego wymagają wprowadzenia modyfikacji. Należy podkreślić, iż rolą badań satysfakcji nie jest szukanie błędów, ale identyfikowanie dobrych praktyk. W dzisiejszych czasach stają się standardem w placówkach medycznych. [139]. Wzrost świadomości i oczekiwań pacjentów może być zatem okazją do poprawy wizerunku placówki oraz poziomu oferowanych świadczeń. Przekłada się to na proces utrzymywania i poprawy stanu zdrowia jednostki, a w konsekwencji kondycję zdrowotną społeczeństwa.

2. CEL PRACY

Celem pracy jest analiza programów profilaktycznych realizowanych przez Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach pod kątem pozytywnych zmian w postawach wobec zdrowia, obejmujących styl życia i prezentowane zachowania zdrowotne ich uczestników.

Celem praktycznym będzie wykorzystanie wyników badań do modelowania działań profilaktycznych, uwzględniających oczekiwania i potrzeby odbiorców.

3. MATERIAŁ I METODYKA

3.1. Charakterystyka badanej grupy

Badania zostały przeprowadzone w okresie od lipca 2021 roku do grudnia 2021 roku. Grupę badaną stanowiło 606 osób powyżej 18. roku życia. Byli to uczestnicy programów profilaktycznych realizowanych przez Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach. Wykaz programów oraz kryteria włączenia do badania i wyłączenia zostały opisane poniżej. Udział w badaniach był dobrowolny i anonimowy, poprzedzony uzyskaniem pisemnej zgody badanego. Każda osoba została poinformowana o celu badania oraz wykorzystaniu uzyskanych wyników. Ponadto otrzymała informację o możliwości wycofania się z badania na każdym etapie, bez ponoszenia konsekwencji.

Uczestnicy programów profilaktycznych zostali poddani następującym kryteriom włączenia i wyłączenia, zróżnicowanym w zależności od danego programu:

1) „Szczepienia dla chorych onkologicznie” (RPSW. 08.02.02.-26-0006/18)

Kryteria włączenia:

- osoby, które ukończyły 18 rok życia;
- rozpoznanie minimum jednego z nowotworów złośliwych: rak płuca, rak piersi, rak trzonu macicy, rak szyjki macicy, rak jelita grubego, rak odbytnicy, rak pęcherza moczowego lub przewlekła białaczka limfocytowa;
- osoby, które nie rozpoczęły jeszcze leczenia radykalnego immunochemioterapią;
- osoby, które nie były szczepione szczepionką przeciwko pneumokokom;
- osoby, które nie posiadają przeciwwskazań lekarskich do szczepienia, w tym przeciwwskazań wskazanych przez lekarza prowadzącego leczenie onkologiczne;
- osoby mieszkające na terenie woj. świętokrzyskiego;
- wyrażenie zgody na wykonanie badania i szczepienie.

Kryteria wyłączenia:

- osoby poniżej 18 roku życia;
- brak rozpoznania minimum jednego z nowotworów złośliwych: rak płuca, rak piersi, rak trzonu macicy, rak szyjki macicy, rak jelita grubego, rak odbytnicy, rak pęcherza moczowego lub przewlekła białaczka limfocytowa;
- wcześniejsze rozpoczęcie chemioterapii przez pacjenta lub okres poniżej dwóch tygodni do rozpoczęcia chemioterapii;
- zaszczepienie szczepionką przeciwko pneumokokom;

- przeciwwskazania do szczepienia za pomocą skoniugowanej szczepionki 13-walentnej przeciwko *Streptococcus pneumoniae*;
- osoby niemieszkające na terenie woj. świętokrzyskiego;
- brak zgody na udział w badaniu i szczepienie.

2) „Profilaktyka nowotworów płuc” (POWR.05.01.00-00-0002/19)

Kryteria włączenia:

- osoby w wieku 55-74 lat z konsumpcją tytoniu większą lub równą 20 paczkolet (1 paczka papierosów dziennie przez 20 lat), okresem abstynencji tytoniowej nie dłuższym niż 15 lat;
- osoby w wieku 50-74 lat z konsumpcją tytoniu większą lub równą 20 paczkolet, okresem abstynencji tytoniowej nie dłuższym niż 15 lat, u których stwierdza się jeden z czynników ryzyka:
 - ekspozycja zawodowa na krzemionkę, beryl, nikiel, chrom, kadm, azbest, związki arsenu, spaliny silników diesla, dym ze spalania węgla kamiennego, sadza;
 - ekspozycja na radon;
 - indywidualna historia zachorowania na raka: przebyty rak płuca, w wywiadzie chłoniak, rak głowy i szyi lub raki zależne od palenia tytoniu, np. rak pęcherza moczowego;
 - rak płuca w wywiadzie u krewnych pierwszego stopnia (rodzice, dzieci, rodzeństwo);
 - historia chorób płuc: przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) lub włóknienie płuc (IPF);
- osoby mieszkające na terenie województwa świętokrzyskiego, małopolskiego lub podkarpackiego;
- złożenie formularza zgłoszeniowego do udziału w projekcie;
- wyrażenie zgody na wykonanie badania.

Kryteria wyłączenia:

- osoby w wieku do 54 roku życia lub powyżej 75 roku życia, niekonsumujące tytoniu, z okresem abstynencji tytoniowej dłuższym niż 15 lat;
- osoby w wieku do 49 roku życia lub powyżej 75 roku życia, z konsumpcją tytoniu mniejszą niż 20 paczkolet, okresem abstynencji tytoniowej dłuższym niż 15 lat, u których nie stwierdza się żadnego z czynników ryzyka:
 - ekspozycja zawodowa na krzemionkę, beryl, nikiel, chrom, kadm, azbest, związki arsenu, spaliny silników diesla, dym ze spalania węgla kamiennego, sadza;
 - ekspozycja na radon;

- indywidualna historia zachorowania na raka: przebyty rak płuca, w wywiadzie chłoniak, rak głowy i szyi lub raki zależne od palenia tytoniu, np. rak pęcherza moczowego;
- rak płuca w wywiadzie u krewnych pierwszego stopnia (rodzice, dzieci, rodzeństwo);
- historia chorób płuc: przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) lub włóknienie płuc (IPF);
- osoby niemieszkające na terenie województwa świętokrzyskiego, małopolskiego lub podkarpackiego;
- brak złożenia formularza zgłoszeniowego do udziału w projekcie;
- brak wyrażenia zgody na wykonanie badania.

3) „Twój świadomy wybór – program profilaktyki nowotworów głowy i szyi”

Kryteria włączenia:

- osoby w wieku 40-65 lat;
- osoby znajdujące się w grupie ryzyka tj. będące wieloletnimi palaczami tytoniu, nadużywające alkoholu, mające podwyższone ryzyko zakażenia wirusem brodawczaka ludzkiego, u których przez ponad 3 tygodnie występuje jeden z objawów nie związanych z infekcją górnych dróg oddechowych, takich jak:
 - pieczenie języka;
 - niegojące się owrzodzenie oraz/lub czerwone albo białe naloty w jamie ustnej;
 - ból gardła;
 - przewlekła chrypka;
 - guz na szyi;
 - niedrożność nosa lub krwawy wyciek z nosa;
 - ból w trakcie oraz/lub problemy z połykaniem.
- osoby mieszkające na terenie województwa: świętokrzyskiego, podkarpackiego, mazowieckiego lub lubelskiego;
- brak dotychczasowego leczenia z powodu nowotworów głowy i szyi;
- brak uczestnictwa w programie w ciągu ostatnich 24 miesięcy;
- wyrażenie zgody na wykonanie badania.

Kryteria wyłączenia:

- osoby w wieku do 39 roku życia lub powyżej 66 roku życia;
- osoby nie będące wieloletnimi palaczami, nie nadużywające alkoholu, jak również nie mające podwyższonego ryzyka zakażenia wirusem brodawczaka ludzkiego, a u których przez ponad 3 tygodnie występuje co najmniej jeden z następujących objawów:

- pieczenie języka;
 - nieogojące się owrzodzenie oraz/lub czerwone albo białe naloty w jamie ustnej;
 - ból gardła;
 - przewlekła chrypka;
 - guz na szyi;
 - niedrożność nosa lub krwawy wyciek z nosa;
 - ból w trakcie oraz/lub problemy z połykaniem.
- osoby spoza terenu województwa: świętokrzyskiego, podkarpackiego, mazowieckiego lub lubelskiego;
 - przebyte dotychczas leczenie z powodu nowotworów głowy i szyi;
 - uczestnictwo w programie w ciągu ostatnich 24 miesięcy;
 - brak wyrażenia zgody na wykonanie badania.
- 4) „Profilaktyka raka piersi – subregion północny” (RPSW.08.02.02-26-0001/20) oraz „Profilaktyka raka piersi – subregion południowy” (RPSW.08.02.02-26-0003/20)

Kryteria włączenia:

- kobiety w wieku 50-69 lat;
- osoby, które nie chorowały na raka piersi, bez objawów klinicznych choroby;
- osoby, które nie wykonywały badania mammograficznego w ciągu ostatnich dwóch lat w ramach Populacyjnego Programu Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Piersi;
- osoby uczące się, pracujące lub mieszkające na terenie województwa świętokrzyskiego;
- wyrażenie zgody na wykonanie badania.

Kryteria wyłączenia:

- kobiety w wieku do 49 roku życia lub powyżej 70 roku życia;
- osoby, które chorowały na raka piersi;
- osoby, które wykonywały badanie mammograficzne w ciągu ostatnich dwóch lat w ramach Populacyjnego Programu Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Piersi;
- osoby uczące się, pracujące lub mieszkające poza terenem województwa świętokrzyskiego;
- brak wyrażenia zgody na wykonanie badania.

- 5) „Profilaktyka raka szyjki macicy – subregion północny” (RPSW.08.02.02-26-0002/20) oraz „Profilaktyka raka szyjki macicy – subregion południowy” (RPSW.08.02.02-26-0004/20)

Kryteria włączenia:

- kobiety w wieku 25-59 lat;

- osoby, które nie chorowały na raka szyjki macicy, bez objawów klinicznych choroby;
- osoby, które nie wykonywały badania cytologicznego w ciągu ostatnich trzech lat w ramach Populacyjnego Programu Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy;
- osoby uczące się, pracujące lub mieszkające na terenie województwa świętokrzyskiego;
- wyrażenie zgody na wykonanie badania.

Kryteria wyłączenia:

- kobiety w wieku do 24 roku życia lub powyżej 60 roku życia;
- osoby, które chorowały na raka szyjki macicy;
- osoby, które wykonywały badanie cytologiczne w ciągu ostatnich trzech lat w ramach Populacyjnego Programu Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy;
- osoby uczące się, pracujące lub mieszkające poza terenem województwa świętokrzyskiego;
- brak wyrażenia zgody na wykonanie badania.

3.2. Problemy badawcze

Główny problem badawczy został sformułowany w postaci pytania: Jaki jest związek pomiędzy udziałem w programie profilaktycznym a postawami wobec zdrowia ich uczestników uwzględniającymi umiejscowienie kontroli zdrowia i wybrane elementy stylu życia, w tym prezentowane zachowania zdrowotne?

Powyższy problem główny przekłada się na następujące problemy szczegółowe:

1. Jaki jest ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych u uczestników programów profilaktycznych?
2. Jaka jest ocena umiejscowienia kontroli zdrowia u uczestników programów profilaktycznych?
3. Jakie jest poczucie ogólnego przekonania jednostki o skuteczności u uczestników programów profilaktycznych?
4. Jakie są różnice pomiędzy uczestnikami poszczególnych programów zdrowotnych w zakresie: ogólnego wskaźnika nasilenia zachowań zdrowotnych, oceny umiejscowienia kontroli zdrowia oraz poczucia ogólnego przekonania jednostki o skuteczności?
5. W jakim stopniu umiejscowienie kontroli zdrowia wpływa na poziom deklarowanych zachowań zdrowotnych uczestników programów profilaktycznych?

6. W jakim stopniu zmienne społeczno-demograficzne różnicują postawy wobec zdrowia uczestników programów profilaktycznych?
7. W jakim stopniu udział w programie profilaktycznym wpływa na deklarowaną zmianę postaw wobec zdrowia na sprzyjające zdrowiu?
8. W jakim stopniu satysfakcja ze świadczonych usług wpływa na zapotrzebowanie społeczne w zakresie kolejnych edycji danego programu profilaktycznego?
9. Jakie jest zapotrzebowanie społeczne na programy profilaktyczne Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach i działania edukacyjne realizowane w ramach poszczególnych programów?

3.3. Zmienne i wskaźniki

Zgodnie z celem badania i problemami badawczymi przyjęty został następujący układ zmiennych (Tab. 1).

Tab. 1. Operacjonalizacja zmiennych ujętych w modelu badawczym

Zmienne	Wskaźniki
Zmienne zależne	
Postawy wobec zdrowia uczestników programów profilaktycznych obejmujące nasilenie zachowań zdrowotnych	<p>Dane uzyskane z kwestionariusza IZZ.</p> <p>Ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych, w tym również:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ prawidłowych nawyków żywieniowych, ▫ zachowań profilaktycznych, ▫ praktyk zdrowotnych, ▫ pozytywnego nastawienia psychicznego, <p>Jest przedstawiony w postaci wartości punktowej, mieszczącej się w zakresie od 24 do 120 pkt. – im wyższy wynik, tym większe nasilenie deklarowanych zachowań zdrowotnych.</p> <p>Ogólny wskaźnik, po dokonaniu przekształcenia na jednostki standaryzowane – steny, podlega następującej interpretacji:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ▫ poziom niski (1-4 sten); ▫ poziom przeciętny (5-6 sten); ▫ poziom wysoki (7-10 sten).
<p>Postawy wobec zdrowia uczestników programów profilaktycznych obejmujące umiejscowienie kontroli zdrowia</p>	<p>Dane uzyskane z kwestionariusza MHLC–B.</p> <p>Wyników skali nie można zaprezentować pod postacią jednego wskaźnika. Zakres wyników dla każdej skali obejmuje przedział od 6 do 36 punktów. Im wyższy wynik, tym silniejsze przekonanie, że dany czynnik wpływa na stan zdrowia. Mogą występować następujące wymiary kontroli:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ wewnętrzna – kontrola nad własnym zdrowiem zależy ode mnie; ▫ wpływ innych – własne zdrowie jest wynikiem oddziaływania innych, zwłaszcza personelu medycznego; ▫ przypadek – o stanie zdrowia decyduje przypadek lub inne czynniki zewnętrzne.
<p>Postawy wobec zdrowia uczestników programów profilaktycznych obejmujące poczucie własnej skuteczności</p>	<p>Dane uzyskane z kwestionariusza GSES.</p> <p>Jest to ogólne przekonanie jednostki na temat własnych możliwości skutecznego radzenia sobie z sytuacjami trudnymi. Suma wszystkich ocen daje ogólny wskaźnik poczucia skuteczności. Im wyższa ocena, tym większe poczucie własnej skuteczności:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ poziom niski (1-4 sten); ▫ poziom przeciętny (5-6 sten); ▫ poziom wysoki (7-10 sten).
<p>Satysfakcja uczestników programów profilaktycznych ze świadczonych usług</p>	<p>Dane uzyskane z kwestionariusza ankiety własnego opracowania dotyczące satysfakcji ze świadczonych usług medycznych w ramach uczestnictwa w programie profilaktycznym.</p>

Zmienne niezależne	
Zmienne społeczno-demograficzne	<p>Dane uzyskane z kwestionariusza ankiety własnego opracowania:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Wiek: 18-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70 lat i więcej; ▫ Płeć: kobieta, mężczyzna; ▫ Stan cywilny: panna/kawaler, zamężna/zonaty, rozwódka/rozwodnik, wdowa/wdowiec; ▫ Miejsce zamieszkania: miasto, wieś; ▫ Wykształcenie: podstawowe, zasadnicze zawodowe, średnie, wyższe licencjackie, wyższe magisterskie; ▫ Sytuacja zawodowa: uczący/a się, pracujący/a, emeryt/ka, rencista/ka, bezrobotny/a; ▫ Wykonywany zawód: pracownik fizyczny, pracownik umysłowy; ▫ Warunki materialne: niewystarczające, średnie, dobre, bardzo dobre.

3.4. Metody, techniki i narzędzia badawcze

W badaniach została wykorzystana metoda sondażu diagnostycznego, w ramach którego została zastosowana technika ankietowania oraz badania dokumentów/materiałów dotyczących programów profilaktycznych.

W pracy zastosowane zostały następujące narzędzia badawcze:

1. Standaryzowany kwestionariusz Inwentarz Zachowań Zdrowotnych – IZZ, pochodzący z Pracowni Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego;
2. Standaryzowany kwestionariusz Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności – GSES, pochodzący z Pracowni Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego;

3. Standaryzowany kwestionariusz Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia, wersja B – MHLC-B, pochodzący z Pracowni Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego;
4. Kwestionariusz ankiety własnego opracowania.

3.4.1. Analiza programów profilaktycznych

Analiza programów profilaktycznych realizowanych przez Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach obejmowała programy, które były prowadzone w okresie od lipca 2021 roku do grudnia 2021 roku. Miała ona na celu przedstawienie ich specyfiki. Źródło informacji stanowiła dokumentacja placówki medycznej.

Do analizy zostały włączone następujące programy:

1. „Szczepienia dla chorych onkologicznie” (RPSW. 08.02.02.-26-0006/18) (Tab. 2);
2. „Profilaktyka nowotworów płuc” (POWR.05.01.00-00-0002/19) (Tab. 3);
3. „Twój świadomy wybór – program profilaktyki nowotworów głowy i szyi” (Tab. 4);
4. „Profilaktyka obrzęku limfatycznego po leczeniu raka piersi – moduł regionalny” (POWR.05.01.00-00-0031/20) (Tab. 5);
5. Program Badań Przesiewowych raka jelita grubego (Tab. 6);
6. „Profilaktyka raka piersi – subregion północny” (RPSW.08.02.02-26-0001/20) oraz „Profilaktyka raka piersi – subregion południowy” (RPSW.08.02.02-26-0003/20) (Tab. 7);
7. „Profilaktyka raka szyjki macicy – subregion północny” (RPSW.08.02.02-26-0002/20) oraz „Profilaktyka raka szyjki macicy – subregion południowy” (RPSW.08.02.02-26-0004/20) (Tab. 8).

Tab. 2. Program „Szczepienia dla chorych onkologicznie” – analiza

Nazwa programu	„Szczepienia dla chorych onkologicznie” (RPSW. 08.02.02.-26-0006/18)
Okres realizacji	01.05.2019 r. – 30.06.2023 r.
Obszar działania	Województwo świętokrzyskie
Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia	Jest to pierwszy w Polsce i w Europie projekt profilaktyczny, którego celem jest zmniejszenie zapadalności na chorobę pneumokokową u chorych z najczęstszymi nowotworami litymi i hematologicznymi. Opiera się na podaniu 13-walentnej szczepionki przeciwko

programu	<p>pneumokokom (PCV-13), co chroni przed występującymi w Polsce serotypami pneumokoka.</p> <p>Pneumokoki są najczęstszą przyczyną pozaszpitalnych, bakteryjnych zakażeń układu oddechowego oraz pozaszpitalnego zapalenia płuc. Najczęstszą postacią zakażenia pneumokokowego jest tzw. inwazyjna choroba pneumokokowa (IChP). Pojęcie to obejmuje zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, sepsę i zapalenie płuc z bakterią.</p> <p>Szczególnie narażonymi na inwazyjne oraz nieinwazyjne zakażenia pneumokokowe są osoby z chorobami przewlekłymi i obniżoną odpornością, w tym chorzy onkologicznie.</p> <p>Zwiększona zapadalność na infekcje, w tym zapalenie płuc, skutkuje większą śmiertelnością wśród chorych onkologicznych. Pneumokoki są poważnym czynnikiem wywołującym bakteryjne zapalenie płuc u dorosłych. Chorzy umierają bezpośrednio w związku z ciężkim zakażeniem, a nawracające zakażenia mogą skutkować nieterminowym podawaniem kolejnych cykli chemioterapii. W sposób bezpośredni wpływa to na obniżenie skuteczności leczenia przeciwnowotworowego oraz zwiększa odsetek niepowodzeń terapii. Najefektywniej można zapobiegać pneumokokom poprzez stosowanie powszechnych szczepień ochronnych. Chorzy onkologicznie powinni być brani pod uwagę jako priorytetowa grupa do wykonywania szczepień ochronnych przeciwko pneumokokom.</p>
Cele programu	<p>Zmniejszenie o co najmniej 10% zapadalności na chorobę pneumokokową u chorych z województwa świętokrzyskiego z najczęstszymi nowotworami litymi i hematologicznymi. Zwiększenie efektywności leczenia przeciwnowotworowego poprzez poprawę systematyczności kolejnych cykli chemioterapii – wydłużenie czasu wolnego od choroby, wydłużenie całkowitego przeżycia chorych. Zwiększenie świadomości zdrowotnej wśród pacjentów i ich rodzin na temat chorób wywoływanych przez pneumokoki. Podniesienie świadomości na temat roli szczepień w profilaktyce chorób zakaźnych.</p>
Charakterystyka populacji	<p>Odbiorcami programu jest populacja mieszkańców województwa świętokrzyskiego leczonych z powodu najczęstszych złośliwych</p>

docelowej	<p>chorób nowotworowych (rak płuca, rak sutka, raka trzonu macicy, rak szyjki macicy, rak jelita grubego, rak odbytnicy, rak pęcherza moczowego, przewlekła białaczka limfocytowa).</p> <p>W ramach programu 5 400 osób (2955 kobiet i 2445 mężczyzn) będzie mogło otrzymać 13-walentną szczepionkę przeciwko pneumokokom.</p> <p>W ramach programu minimum 7 200 osób (min. 3940 kobiet i 3260 mężczyzn) zostanie objętych wsparciem w postaci działań informacyjno-edukacyjnych. Zostanie ono także zapewnione rodzinom osób chorych onkologicznie w celu zwiększenia ich świadomości i zachęcenia do wykonania szczepień ochronnych wśród najbliższych członków rodziny (tworzenie kokonu ochronnego).</p>
Kryteria włączenia do programu i wyłączenia	<p>Kryteria włączenia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ osoby, które ukończyły 18 rok życia; ▫ rozpoznanie min. jednego z nowotworów złośliwych: rak płuca, rak piersi, rak trzonu macicy, rak szyjki macicy, rak jelita grubego, rak odbytnicy, rak pęcherza moczowego lub przewlekła białaczka limfocytowa; ▫ osoby, które nie rozpoczęły jeszcze leczenia radykalnego immunochemioterapią; ▫ osoby, które nie były szczepione szczepionką przeciwko pneumokokom; ▫ osoby, które nie posiadają przeciwwskazań lekarskich do szczepienia, w tym przeciwwskazań wskazanych przez lekarza prowadzącego leczenie onkologiczne; ▫ osoby mieszkające na terenie woj. świętokrzyskiego; ▫ wyrażenie zgody na wykonanie badania i szczepienie. <p>Kryteria wyłączenia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ osoby poniżej 18 roku życia; ▫ brak rozpoznania min. jednego z nowotworów złośliwych: rak płuca, rak piersi, rak trzonu macicy, rak szyjki macicy, rak jelita grubego, rak odbytnicy, rak pęcherza moczowego lub przewlekła białaczka limfocytowa; ▫ wcześniejsze rozpoczęcie chemioterapii przez pacjenta lub okres

	<p>poniżej dwóch tygodni do rozpoczęcia chemioterapii;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ zaszczepienie szczepionką przeciwko pneumokokom; ▫ przeciwwskazania do szczepienia za pomocą skoniugowanej szczepionki 13-walentnej przeciwko <i>Streptococcus pneumoniae</i>; ▫ osoby niemieszkające na terenie woj. świętokrzyskiego; ▫ brak zgody na udział w badaniu i zaszczepienie.
Działania w programie	<p>Uczestnicy programu zostaną zaszczepieni przeciwko pneumokokom szczepionką 13-walentną, która daje szeroką ochronę przed występującymi w Polsce serotypami pneumokoka. Schemat szczepień i sposób ich realizacji będzie zgodny z aktualnym ChPL (charakterystyka produktu leczniczego) tych produktów leczniczych. Jednocześnie chorym, a także ich rodzinom, będą przekazywane materiały informacyjno-edukacyjne dotyczące szczepień ochronnych.</p>
Działania promocyjno-edukacyjne	<p>Głównym miejscem zapraszania pacjentów do programu szczepień są poradnie onkologiczne, hematologiczne, chirurgii onkologicznej, w których pacjenci kwalifikowani są do leczenia onkologicznego. Dodatkowo przekazywane są informacje do lokalnych mediów tradycyjnych i internetowych w celu zwiększenia zasięgu oraz zachęcenia do uczestnictwa w programie. Informacje zawarte są też na stronie internetowej szpitala.</p>
Sposób monitorowania i ewaluacji	<p>Ocena zgłaszalności uczestników programu jest na bieżąco monitorowana przez realizatorów.</p>
Budżet i źródło finansowania	<p>Wartość projektu: 2 568 244, 58 zł. Dofinansowanie z UE: 2 311 420, 58 zł</p>

Źródło: opracowanie własne na podstawie dokumentacji Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach.

Tab. 3. Program „Profilaktyka nowotworów płuc” – analiza

Nazwa programu	„Profilaktyka nowotworów płuc” (POWR.05.01.00-00-0002/19)
Okres realizacji	1.01.2020 r. – 31.12.2022 r.
Obszar działania	Województwo: świętokrzyskie, małopolskie, podkarpackie.
Partnerzy w	Nazwa podmiotu leczniczego współpracującego w ramach programu:

programie	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Szpital Specjalistyczny Ducha Świętego w Sandomierzu, ul. Z. Schinzla 13, 27-600 Sandomierz; ▫ Szpital Specjalistyczny im. J. Śniadeckiego w Nowym Sączu, ul. Młyńska 10, 33-300 Nowy Sącz; ▫ Szpital Specjalistyczny Chorób Płuc „Odrodzenie” im. Klary Jelskiej, ul. Gładkie 1, 34-500 Zakopane.
Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu	<p>Projekt przewiduje wdrożenie Ogólnopolskiego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Płuca za Pomocą Niskodawkowej Tomografii Komputerowej. Nowotwory złośliwe są drugą przyczyną zgonów w Polsce i powodują około 25% wszystkich zgonów. Zgodnie z danymi ujętymi w mapach potrzeb zdrowotnych przewiduje się, że nowotwór złośliwy płuca będzie nadal dominującym nowotworem pod względem zachorowań. Od 2007 r. rak płuca jest najczęstszą nowotworową przyczyną zgonów nie tylko u mężczyzn (13% w 2013 r.), ale także u kobiet (16% w 2013 r.). Według WHO rak płuca jest najczęstszym nowotworem na świecie. Rocznie odnotowuje się około 1,8 mln zachorowań, co stanowi prawie 13% wszystkich nowych zachorowań. Rak płuca jest co roku przyczyną zgonu około 1,2 miliona osób, co stanowi 17% wszystkich zgonów nowotworowych.</p>
Cele programu	<p>Celem głównym programu jest poprawa wykrywalności raka płuca na wczesnym etapie jego rozwoju poprzez wdrożenie programu polityki pn. Ogólnopolski Program Wczesnego Wykrywania Raka Płuca (WWRP) i objęcie badaniami skryningowymi (za pomocą Niskodawkowej Tomografii Komputerowej – NDTK) 2 300 osób. Dodatkowo program obejmuje przeszkolenie personelu medycznego w zakresie profilaktyki nowotworów raka płuca.</p>
Charakterystyka populacji docelowej	<p>Grupę docelową, 2 300 osób (1606M/694K), która zostanie objęta badaniami skryningowymi stanowią osoby z konsumpcją tytoniu większą lub równą 20 paczkolet i okresem abstynencji tytoniowej nie dłuższym niż 15 lat w wieku 55-74 (ok. 90%) oraz osoby w wieku 50-74 (ok. 10%) u których dodatkowo stwierdzi się jeden z czynników ryzyka. Program obejmuje też przeszkolenie min. 200 osób z personelu medycznego w zakresie profilaktyki nowotworów raka</p>

	<p>płuca (141 kobiet/59 mężczyzn).</p> <p>Projekt przewiduje działalność informacyjno-edukacyjną, szkoleniową oraz komponent medyczny obejmujący wizyty kwalifikacyjne, badania NDTK oraz wizyty wynikowe. Przystąpienie do badania przesiewowego NDTK jest równoznaczne z chęcią skorzystania z dostępnego poza programem poradnictwa antytytoniowego. Osoba spełniająca warunki włączenia do programu może być jego uczestnikiem, jeżeli ma świadomość ewentualnej konieczności przeprowadzenia inwazyjnych procedur diagnostycznych i ewentualnego zabiegu chirurgicznego.</p>
<p>Kryteria włączenia do programu i wyłączenia</p>	<p>Kryteria włączenia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ osoby w wieku 55-74 lat z konsumpcją tytoniu większą lub równą 20 paczkolet (1 paczka papierosów dziennie przez 20 lat), okresem abstynencji tytoniowej nie dłuższym niż 15 lat; ▫ osoby w wieku 50-74 lat z konsumpcją tytoniu większą lub równą 20 paczkolet, okresem abstynencji tytoniowej nie dłuższym niż 15 lat, u których stwierdza się jeden z czynników ryzyka: <ul style="list-style-type: none"> • ekspozycja zawodowa na krzemionkę, beryl, nikiel, chrom, kadm, azbest, związki arsenu, spaliny silników diesla, dym ze spalania węgla kamiennego, sadza; • ekspozycja na radon; • indywidualna historia zachorowania na raka: przebyty rak płuca, w wywiadzie chłoniak, rak głowy i szyi lub raki zależne od palenia tytoniu, np. rak pęcherza moczowego; • rak płuca w wywiadzie u krewnych pierwszego stopnia (rodzice, dzieci, rodzeństwo); • historia chorób płuc: przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) lub włóknienie płuc (IPF); ▫ osoby mieszkające na terenie województwa świętokrzyskiego, małopolskiego lub podkarpackiego; ▫ złożenie formularza zgłoszeniowego do udziału w projekcie; ▫ wyrażenie zgody na wykonanie badania. <p>Kryteria wyłączenia:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ▫ osoby w wieku do 54 roku życia lub powyżej 75 roku życia, niekonsumujące tytoniu, z okresem abstynencji tytoniowej dłuższym niż 15 lat; ▫ osoby w wieku do 49 roku życia lub powyżej 75 roku życia, z konsumpcją tytoniu mniejszą niż 20 paczolat, okresem abstynencji tytoniowej dłuższym niż 15 lat, u których nie stwierdza się żadnego z czynników ryzyka: <ul style="list-style-type: none"> • ekspozycja zawodowa na krzemionkę, beryl, nikiel, chrom, kadm, azbest, związki arsenu, spaliny silników diesla, dym ze spalania węgla kamiennego, sadza; • ekspozycja na radon; • indywidualna historia zachorowania na raka: przebyty rak płuca, w wywiadzie chłoniak, rak głowy i szyi lub raki zależne od palenia tytoniu, np. rak pęcherza moczowego; • rak płuca w wywiadzie u krewnych pierwszego stopnia (rodzice, dzieci, rodzeństwo); • historia chorób płuc: przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) lub włóknienie płuc (IPF); ▫ osoby niemieszkające na terenie województwa świętokrzyskiego, małopolskiego lub podkarpackiego; ▫ brak złożenia formularza zgłoszeniowego do udziału w projekcie; ▫ brak wyrażenia zgody na wykonanie badania.
Działania w programie	<p>Zapewnienie wsparcia profilaktyki nowotworowej dotyczącej wczesnego wykrywania nowotworów płuc, w tym szybszego dostępu do badań specjalistycznych umożliwiających wykrycie choroby we wczesnym stadium. Działania informacyjno-edukacyjne (ulotki, plakaty, ogłoszenia prasowe, strona internetowa), szkolenia i warsztaty dla lekarzy, pielęgniarek, personelu medycznego na temat profilaktyki nowotworów płuc i realizowanego programu. Działania informacyjno-edukacyjne z zakresu profilaktyki raka płuca dla uczestników. Wizyta kwalifikacyjna dla uczestników, badanie Niskodawkowej Tomografii Komputerowej (do trzech razy w ramach Programu) dla uczestników oraz wizyta wynikowa dla uczestników.</p>

Działania promocyjno-educacyjne	Działania informacyjno-educacyjne polegają na rozmieszczeniu drukowanych form przekazu w POZ na terenie woj. świętokrzyskiego, małopolskiego, podkarpackiego i organizacji akcji profilaktycznych w trakcie których prowadzone są działania edukacyjne dla pacjentów z grupy ryzyka. Materiały o projekcie emitowane są w prasie, radiu, telewizji i obejmują zasięgiem obszar realizacji projektu. Edukacja jest prowadzona przez stronę internetową (dostosowaną do potrzeb osób z niepełnosprawnościami) i media społecznościowe.
Sposób monitorowania i ewaluacji	Ocena zgłaszalności uczestników programu jest na bieżąco monitorowana przez realizatorów.
Budżet i źródło finansowania	Wartość projektu: 3 482 968,20 zł Kwota dofinansowania z UE: 2 935 445,59 zł

Źródło: opracowanie własne na podstawie dokumentacji Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach.

Tab. 4. Program „Twój świadomy wybór – program profilaktyki nowotworów głowy i szyi” – analiza

Nazwa programu	„Twój świadomy wybór – program profilaktyki nowotworów głowy i szyi”
Okres realizacji	01.09.2017 r. – 31.12.2022 r.
Obszar działania	Województwo: świętokrzyskie, podkarpackie, mazowieckie i lubelskie.
Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu	Nowotwory obszaru głowy i szyi stanowią istotny problem kliniczny i społeczny, gdyż dotyczą wielu ważnych okolic anatomicznych: krtani, gardła, język, wargi i nos, wpływając bezpośrednio na najważniejsze funkcje życiowe człowieka: połykanie, oddychanie, mowę. Zgodnie z danymi KRN, nowotwory głowy i szyi w 2013 roku, rozpoznano w Polsce u 10 801 osób, a 5 990 zmarło. Ta grupa chorób stanowiła 8% wszystkich nowotworów rozpoznanych u mężczyzn oraz 5% u kobiet. W ostatniej dekadzie nastąpił gwałtowny wzrost zachorowalności na nowotwory głowy i szyi. Liczba nowych rozpoznań wzrosła o 25%, rośnie również liczba zgonów, o 18%. Problem niedostatecznego poziomu wiedzy społeczeństwa w temacie

	<p>nowotworów głowy i szyi w połączeniu z ogólną dostępnością do alkoholu oraz wyrobów tytoniowych, których nadużywanie jest jednym z głównych czynników ryzyka, powoduje, iż zachorowania na tę grupę nowotworów są powszechne. Niestety diagnozuje się je w zaawansowanym stadium. W związku z tym podniesienie świadomości społecznej i wiedzy pracowników ochrony zdrowia w tym zakresie jest konieczne. Stworzenie dostępu do badań profilaktycznych wpłynie na poprawę wyników leczenia tej grupy nowotworów.</p>
Cele programu	<p>Celem głównym jest wczesne wykrywanie nowotworów głowy i szyi, poprzez objęcie badaniami skriningowymi osób znajdujących się w grupie podwyższonego ryzyka. Ponadto objęcie tych osób kompleksową opieką wysokospecjalistycznego ośrodka, jakim jest ŚCO oraz prowadzenie działań edukacyjnych podnoszących świadomość społeczną w zakresie tych schorzeń.</p> <p>Ponadto: wzrost motywacji do zmiany zachowań - eliminowanie czynników ryzyka, wzrost świadomości w zakresie wczesnego rozpoznawania objawów nowotworów, wzrost wiedzy lekarzy/pielęgniarek POZ na temat chorób nowotworowych, wzrost świadomości przedstawicieli władz i organizacji skupiającej pacjentów z nowotworami głowy i szyi w zakresie potrzeby współpracy z lekarzami POZ w celu eliminacji zagrożeń związanych z chorobami nowotworowymi głowy i szyi, zwiększenie wsparcia emocjonalnego dla chorych leczonych z powodu tych nowotworów oraz dla ich rodzin. ŚCO realizuje zadania we współpracy z partnerami, 90. zakładami POZ.</p>
Charakterystyka populacji docelowej	<p>Badania skriningowe podczas porad laryngologicznych kierowane są wobec 6 200 osób znajdujących się w grupie podwyższonego ryzyka zachorowania na nowotwory głowy i szyi.</p> <p>Działania edukacyjne w zakresie profilaktyki nowotworów głowy i szyi obejmą grupę 360 pracowników POZ (lekarze/pielęgniarki).</p>
Kryteria włączenia do programu i	<p>Kryteria włączenia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ osoby w wieku 40-65 lat; ▫ osoby znajdujące się w grupie ryzyka tj. będące wieloletnimi

<p>wylaczenia</p>	<p>palaczami tytoniu, naduzywajace alkoholu, majace podwyzszone ryzyko zakazenia wirusem brodawczaka ludzkiego, u ktorych przez ponad 3 tygodnie wystepuje jeden z objawow nie zwiazanych z infekcja gornych dróg oddechowych, takich jak:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pieczenie języka; • niegojace się owrzodzenie oraz/lub czerwone albo białe naloty w jamie ustnej; • ból gardła; • przewlekła chrypka; • guz na szyi; • niedrożność nosa lub krwawy wyciek z nosa; • ból w trakcie oraz/lub problemy z połykaniem. <ul style="list-style-type: none"> ▫ osoby mieszkajace na terenie województwa: świętokrzyskiego, podkarpackiego, mazowieckiego lub lubelskiego; ▫ brak dotychczasowego leczenia z powodu nowotworów głowy i szyi; ▫ brak uczestnictwa w programie w ciągu ostatnich 24 miesięcy; ▫ wyrażenie zgody na wykonanie badania. <p>Kryteria wylaczenia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ osoby w wieku do 39 roku życia lub powyżej 66 roku życia; ▫ osoby nie będuce wieloletnimi palaczami, nie naduzywajace alkoholu, jak również nie majace podwyzszonego ryzyka zakażenia wirusem brodawczaka ludzkiego, a u ktorych przez ponad 3 tygodnie wystepuje co najmniej jeden z nastepujacych objawow: <ul style="list-style-type: none"> • pieczenie języka; • niegojace się owrzodzenie oraz/lub czerwone albo białe naloty w jamie ustnej; • ból gardła; • przewlekła chrypka; • guz na szyi; • niedrożność nosa lub krwawy wyciek z nosa; • ból w trakcie oraz/lub problemy z połykaniem.
-------------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> ▫ osoby spoza terenu województwa: świętokrzyskiego, podkarpackiego, mazowieckiego lub lubelskiego; ▫ przebyte dotychczas leczenie z powodu nowotworów głowy i szyi; ▫ uczestnictwo w programie w ciągu ostatnich 24 miesięcy; ▫ brak wyrażenia zgody na wykonanie badania.
Działania w programie	Zapraszanie do badania odbywa się dwutorowo: poprzez lekarza POZ (jako partnera programu) lub poprzez samodzielne zgłoszenie się osoby do ośrodka specjalistycznego (ŚCO). Kolejnym etapem jest badanie przez specjalistę laryngologa połączone z badaniem fiberoskopowym. Na jego podstawie pacjent otrzymuje informację czy wykryto u niego zmiany podejrzane oraz zostanie skierowany na etap pogłębionej diagnostyki. Ponadto otrzymuje materiały edukacyjne. Edukacja kadry medycznej POZ w zakresie profilaktyki nowotworów.
Działania promocyjno-edukacyjne	Organizowane są seminaria dla interesariuszy, spotkania edukacyjne dla personelu medycznego POZ oraz osób, u których wykryto nowotwory głowy i szyi, a także ich rodzin. Prowadzone są działania w postaci akcji profilaktycznych w trakcie których prowadzone są działania edukacyjne dla pacjentów z grupy ryzyka. Materiały o projekcie emitowane są jako artykuły prasowe i audycje radiowe, obejmują zasięgiem obszar realizacji projektu, przekazywane są do placówek POZ współpracujących z ŚCO w realizacji projektu. Edukacja jest prowadzona także za pośrednictwem strony internetowej.
Sposób monitorowania i ewaluacji	Ocena zgłaszalności uczestników programu jest na bieżąco monitorowana przez realizatorów.
Budżet i źródło finansowania	Wartość projektu: 2 498 099,00 zł Dofinansowanie z UE: 2 105 397,84 zł

Zródło: opracowanie własne na podstawie dokumentacji Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach.

Tab. 5. Program „Profilaktyka obrzęku limfatycznego po leczeniu raka piersi – moduł regionalny” – analiza

Nazwa programu	„Profilaktyka obrzęku limfatycznego po leczeniu raka piersi – moduł regionalny”
----------------	---

	(POWR.05.01.00-00-0031/20)
Okres realizacji	01.01.2021 r. – 31.03.2023 r.
Obszar działania	Województwo: świętokrzyskie, małopolskie, podkarpackie.
Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu	<p>Projekt stanowi wdrożenie modułu centralnego programu polityki zdrowotnej pn. „Ogólnopolski program profilaktyki obrzęku limfatycznego po leczeniu raka piersi”. Zgodnie z Mapą potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla Polski w 2012 r. drugim najczęściej rozpoznawanym nowotworem w Polsce był nowotwór złośliwy piersi. Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym wśród kobiet.</p> <p>Jedną z głównych opcji leczenia w raku piersi jest zabieg chirurgiczny. Wykonywane są zabiegi operacyjne w obrębie regionalnych węzłów chłonnych – biopsja węzła wartowniczego (SLNB) oraz limfadenektomia pachowa (ALND). Biopsja węzła wartowniczego jest standardową procedurą diagnostyczną u chorych na raka piersi, u których w badaniu klinicznym stwierdza się wolne od przerzutów pachowe węzły chłonne. Procedura ta pozwala na wiarygodną ocenę stanu pachowych węzłów chłonnych. Jeśli w węzle wartowniczym nie stwierdza się przerzutów, można bezpiecznie odstąpić od limfadenektomii pachowej. Stwierdzenie przerzutów w węzle wartowniczym (z wyjątkiem obecności w węzle pojedynczych komórek raka lub mikroprzerzutów) jest na ogół wskazaniem do limfadenektomii pachowej. ALND jest to operacja wycięcia węzłów chłonnych jamy pachowej i wiąże się z ryzykiem nieodwracalnych powikłań czynnościowych. Po interwencji chirurgicznej niezbędne jest podjęcie kompleksowej rehabilitacji onkologicznej, która ma na celu zapobieganie obrzękom limfatycznym oraz powrót do pełnej sprawności ruchowej, a także poprawę stanu psychicznego i pomoc w akceptacji choroby. Obrzęk limfatyczny dotyczy od 24% do 49%, a nawet do 60% (w zależności od kryteriów) kobiet po ALND i od 4% do 28% kobiet po biopsji węzła wartowniczego. Dlatego istotne jest wprowadzenie odpowiednich działań rehabilitacyjnych nie tylko niezwłocznie po operacji, ale także przed zabiegiem.</p>

Cele programu	<p>Wdrożenie Ogólnopolskiego programu profilaktyki obrzęku limfatycznego po leczeniu raka piersi”, którego zamierzeniem jest zmniejszenie o 10% ryzyka wystąpienia obrzęku limfatycznego u kobiet po leczeniu raka piersi poprzez edukację i rehabilitację oraz poprawę lub podtrzymanie wydolności fizycznej.</p> <p>Cele szczegółowe:</p> <p>Zwiększenie skuteczności wczesnej oceny ryzyka wystąpienia obrzęku limfatycznego oraz monitorowania wielkości kończyn górnych przez personel medyczny u co najmniej 50% uczestniczek programu.</p> <p>Podniesienie poprzez edukację, świadomości profilaktyki przeciwochrzątkowej i wprowadzenie działań prewencyjnych z nią związanych u co najmniej 70% uczestniczek programu.</p> <p>Poprawa sprawności funkcjonalnej pacjentek poddanych leczeniu chirurgicznemu raka piersi w okresie wczesnym i kształtowanie/podtrzymywanie aktywności fizycznej w okresie późniejszym poprzez kinezyterapię ogólnokondycyjną u co najmniej 50% uczestniczek programu.</p> <p>Zwiększenie dostępności do wiedzy i edukacji dla grupy docelowej w zakresie konieczności podnoszenia aktywności fizycznej, utrzymania właściwej masy ciała i zastosowania odpowiedniej diety oraz wsparcia psychologicznego przez konsultacje z właściwymi specjalistami oraz działania informacyjno-edukacyjne i udział w warsztatach psychologicznych u co najmniej 70% uczestniczek programu.</p>
Charakterystyka populacji docelowej	<p>Działania informacyjno-edukacyjne dla 1200 kobiet w wieku aktywności zawodowej z rozpoznaniem rakiem piersi zakwalifikowanych do leczenia chirurgicznego, także wielochorobowością, w trakcie i po zakończeniu chemioterapii, z powikłaniami leczenia chirurgicznego i uzupełniającego. Pośrednio wsparciem informacyjno – edukacyjnym objęte zostaną też rodziny kobiet z grupy docelowej, przedstawiciele organizacji pozarządowych, placówki ochrony zdrowia.</p>
Kryteria włączenia do	<p>Kryteria włączenia</p> <p>Program jest skierowany do kobiet w wieku aktywności zawodowej z</p>

<p>programu i wyłączenia</p>	<p>terenu makroregionu południowo-wschodniego tj.: województwa świętokrzyskiego, małopolskiego i podkarpackiego z rozpoznany rakiem piersi zakwalifikowanych do leczenia chirurgicznego. Jest to pierwsze kryterium kwalifikacji.</p> <p>Dalszy dobór uczestniczek opiera się na następujących kryteriach:</p> <p>a. Grupa 1 – kobiety zagrożone wystąpieniem obrzęku limfatycznego kończyny górnej BCRL: poddane limfadenektomii pachowej ALND i chirurgicznemu leczeniu raka piersi (12 mies.) – kryterium kwalifikacji - limfadenektomia pachowa ALND;</p> <p>b. Grupa 2a – kobiety w mniejszym stopniu zagrożone wystąpieniem obrzęku limfatycznego kończyny górnej po zabiegach z biopsją węzła wartowniczego SLNB i chirurgicznym leczeniu raka piersi (6 mies.) - kryterium kwalifikacji - biopsja węzła wartowniczego SLNB;</p> <p>c. Grupa 2b – kobiety po zabiegach z biopsją węzła wartowniczego SLNB i chirurgicznym leczeniu raka piersi z późniejszym zastosowaniem radioterapii zagrożone, na skutek promieniowania wystąpieniem obrzęku limfatycznego (12 mies. po RTH – czyli ok. 13 mies. po operacji) - kryterium kwalifikacji - biopsja węzła wartowniczego SLNB wraz z późniejszą radioterapią.</p> <p>Kobiety z grupy 1 zostaną objęte programem przez okres 12 miesięcy, z grupy 2a przez 6 miesięcy, natomiast grupy 2b przez około 13 miesięcy. Czas interwencji w ostatniej grupie będzie uzależniony od momentu rozpoczęcia i zakończenia radioterapii.</p> <p>Kryteria wyłączenia</p> <p>a. Kobiety po leczeniu raka piersi zakwalifikowane do zabiegu mastektomii z rozpoznany obrzękiem limfatycznym kończyny górnej,</p> <p>b. Kobiety po leczeniu raka piersi z odległymi przerzutami, znajdujące się w terminalnym okresie leczenia onkologicznego,</p> <p>c. Kobiety po leczeniu raka piersi z oznakami zakażenia w rejonie kończyny górnej, z objawami niewydolności serca lub nerek, z zakrzepicą żył, ciężką niewydolnością płuc lub wątroby.</p>
<p>Działania w</p>	<p>Świadczenia realizowane są w następujący sposób:</p>

programie	<p>1. Wizyta u lekarza rehabilitacji medycznej.</p> <p>Podczas wizyty kwalifikacyjnej zostanie zebrany wywiad lekarski i przeprowadzone badanie z oceną funkcjonalną. Lekarz wypisze skierowania na badania laboratoryjne potrzebne w późniejszym etapie.</p> <p>2. Wizyta przedoperacyjna u fizjoterapeuty.</p> <p>Po zakwalifikowaniu przez lekarza rehabilitacji medycznej odbywa się wizyta u fizjoterapeuty oceniająca stan wydolności pacjentki za pomocą testu wysiłkowego (6 - minutowy marsz z pomiarem tętna i saturacji, określeniem masy ciała i wzrostu, a w niektórych grupach pacjentek – liniowych obwodów kończyn górnych). Wizyta ta musi odbyć się przed operacją, obejmuje edukację prozdrowotną i dopasowanie profilaktycznego rękawa kompresyjnego.</p> <p>3. Wizyty pooperacyjne w pierwszej dobie po operacji w Klinice Chirurgii Onkologicznej:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fizjoterapeuty – wprowadzi gimnastykę ruchową dostosowaną do stanu chorej, w niektórych grupach nauczy automasażu oraz przekaze instrukcje i materiały informacyjne potrzebne do poprawy funkcji kończyny górnej i samoobserwacji w warunkach domowych. • Psychologa – udzieli porady psychologicznej obejmującej: wstępną rozmowę, wywiad i obserwację, określenie problemu chorej (diagnozę) oraz zakończenie kontaktu przez przekazanie chorej psychologicznych obserwacji, wyjaśnień i skierowanie do odpowiedniej formy leczenia. • Dietetyka – oceni stan odżywiania za pomocą: wywiadu żywieniowego, oceny wskaźnika BMI wraz z pomiarem tkanki tłuszczowej podskórnej i trzewiowej, mięśniowej, oceny metabolizmu spoczynkowego. Pomoże w wykształceniu prawidłowych nawyków żywieniowych. <p>4. Wizyty 1 miesiąc po operacji:</p> <ul style="list-style-type: none"> • U fizjoterapeuty – zostaną przeprowadzone: ocena poprawności wykonywania ćwiczeń i otrzymanych wcześniej zaleceń, w niektórych grupach pomiary obwodów kończyn czy ocena stanu skóry. Zostaną zaplanowane terminy ćwiczeń ogólnokondycyjnych.
-----------	---

	<ul style="list-style-type: none"> • U psychologa – pacjentka zostanie zaproszona do udziału w warsztatach psychologicznych w formie grupowej organizowanej średnio 1 raz w tygodniu przez okres 12 tygodni. • U dietetyka – zostanie dokonana ocena czy pacjentka wykształciła prawidłowe nawyki żywieniowe i jak zmienił się wskaźnik BMI. Zostaną przeanalizowane wyniki badań laboratoryjnych i udzielone dalsze zalecenia. <p>5. Kolejne badania i konsultacje – odbędą się u wszystkich specjalistów w różnych okresach w zależności od grupy pacjentek.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grupa pacjentek po limfadenektomii: wizyty w 4-6 miesiącu i 10-12 miesiącu po operacji. • Grupa pacjentek po biopsji węzła wartowniczego: wizyty w 5-6 miesiącu po operacji. • Grupa pacjentek po operacji i radioterapii: wizyty w 4-6 miesiącu i 10-12 miesiącu po radioterapii.
Działania promocyjno-edukacyjne	<p>Informacje o projekcie zawarte są na stronie internetowej ŚCO, w mediach społecznościowych oraz przekazane do organizacji pozarządowych. Edukacja jest prowadzona za pośrednictwem utworzonej strony internetowej, która zawiera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • broszurę informacyjną w zakresie koniecznych do wykonania ćwiczeń, zaleceń dietetycznych; • film/filmy instruktażowe z przykładowymi ćwiczeniami, zaleceniami dla kobiet po leczeniu raka piersi; • informacje o zachorowalności na raka piersi, metodach i formach leczenia, profilaktyce, krokach niezbędnych do podjęcia po leczeniu raka piersi; • informacje, gdzie można otrzymać pomoc psychologiczną, wskazanie organizacji pozarządowych wspierających kobiety po leczeniu raka piersi, grupy wsparcia. <p>Dodatkowo jest zapewnione wsparcie specjalistów – lekarza onkologa, lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej, fizjoterapeuty, psychologa i dietetyka w formie forum prowadzonego na stronie internetowej.</p>
Sposób	Ocena zgłaszalności uczestników programu jest na bieżąco

monitorowania i ewaluacji	monitorowana przez realizatorów.
Budżet i źródło finansowania	Wartość projektu: 1 924 459,20 zł Dofinansowanie z UE: 1 621 934,21 zł

Źródło: opracowanie własne na podstawie dokumentacji Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach.

Tab. 6. Program Badań Przesiewowych raka jelita grubego – analiza

Nazwa programu	Program Badań Przesiewowych raka jelita grubego
Okres realizacji	2021 r.
Obszar działania	Województwo: świętokrzyskie.
Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu	Rak jelita grubego jest drugim najczęściej występującym nowotworem złośliwym w Polsce – co roku notuje się około 18 000 nowych zachorowań. Rak jelita rozwija się ze zmian łagodnych – polipów, taka przemiana trwa zwykle kilkanaście lat, dlatego istotna jest profilaktyka. Dzięki badaniom profilaktycznym i usuwaniu polipów możliwe jest istotne obniżenie ryzyka zachorowania na raka jelita grubego, a także skuteczne leczenie już istniejących, bezobjawowych nowotworów we wczesnym stadium choroby. Częstość występowania polipów i ryzyko ich zezłośliwienia wzrasta z wiekiem. Znacząca większość nowych zachorowań występuje u osób po 60 roku życia. Objęcie badaniami kobiet i mężczyzn między 50 a 65 rokiem życia ma na celu wykrycie zmian potencjalnie wyleczalnych. W tym wieku 25% osób posiada polipy, a 5% jest zagrożonych rozwojem raka.
Cele programu	Obniżenie zachorowalności i umieralności na raka jelita grubego. Zwiększenie odsetka raków wykrywanych we wczesnych stadiach zaawansowania oraz odsetka wyleczenia (5-letnich przeżyć). Obniżenie kosztów leczenia raka w skali kraju (dzięki leczeniu raków wykrywanych we wczesnych stadiach zaawansowania i dzięki usuwaniu stanów przedrakowych).
Charakterystyka populacji docelowej	Program polega na wykonywaniu kolonoskopii przesiewowych w populacji osób średniego ryzyka zachorowania na raka jelita grubego. Liczba zleconych badań w ŚCO na podstawie umowy w 2021 r. to 700

		<p>badania kolonoskopowych.</p>
<p>Kryteria włączenia do programu i wyłączenia</p>		<p>Kryteria włączenia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Osoby w wieku 50 – 65 lat, niezależnie od wywiadu rodzinnego. • Osoby w wieku 40 – 49 lat, które mają krewnego pierwszego stopnia, u którego rozpoznano raka jelita grubego. • Osoby w wieku 25 – 49 lat z rodziny z zespołem Lyncha (konieczne jest potwierdzenie rozpoznania z poradni genetycznej). • Osoby w wieku 20 – 49 lat z rodziny z zespołem polipowatości rodzinnej gruczolakowatej (FAP) (potwierdzenie z poradni genetycznej). • Brak objawów klinicznych sugerujących istnienie raka jelita grubego (tj. krew w kale/anemia, niezamierzone chudnięcie, zmiana rytmu wypróżnień – trwające dłużej niż 3 miesiące). <p>Kryteria wyłączenia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objawy kliniczne sugerujące istnienie raka jelita grubego (krew w kale/anemia, niezamierzone chudnięcie, zmiana rytmu wypróżnień – trwające dłużej niż 3 miesiące). • Kolonoskopia w ciągu ostatnich 10 lat.
<p>Działania w programie</p>		<p>Badanie przesiewowe polega na wykonaniu pełnej kolonoskopii z uwidocznieniem dna kątnicy i proksymalnego fałdu zastawki Bauchina. Kolonoskopia przesiewowa obejmuje również:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pobranie wycinków z nacieku nowotworowego lub zmian podejrzanych o charakter nowotworowy, • usunięcie polipów wielkości do 15 mm.
<p>Działania promocyjno- edukacyjne</p>		<p>Kandydaci do badań są identyfikowani przez lekarzy rodzinnych lub lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, którzy oceniają czy dana osoba kwalifikuje się do badania. Kandydaci do badań są kierowani do ośrodków przesiewowych z wypełnioną Ankietą. Osoby, których Ankiety są prawidłowo wypełnione i nie budzą wątpliwości mają wykonywaną kolonoskopię przesiewową. Osoby, których Ankiety wskazują, że dana osoba nie spełnia kryteriów udziału w badaniu przesiewowym zapraszane są na wizytę u konsultanta gastroenterologa, który w zależności od przyczyn podejmuje różne</p>

	<p>działania:</p> <ul style="list-style-type: none"> • gdy występują objawy sugerujące raka kieruje na badanie kolonoskopowe diagnostyczne w ramach systemu finansowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia, • gdy podejrzewa inne problemy gastroenterologiczne podejmuje odpowiednie działania diagnostyczne i ewentualne lecznicze w ramach działań finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
Sposób monitorowania i ewaluacji	Ocena zgłaszalności uczestników programu jest na bieżąco monitorowana przez realizatorów.
Budżet i źródło finansowania	Profilaktyczne badanie kolonoskopowe wykonane w ramach Programu Badań Przesiewowych raka jelita grubego jest finansowane przez Ministerstwo Zdrowia.

Źródło: opracowanie własne na podstawie dokumentacji Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach.

Tab. 7. Program „Profilaktyka raka piersi” – analiza

Nazwa programu	<p>„Profilaktyka raka piersi - subregion północny” (RPSW.08.02.02-26-0001/20)</p> <p>„Profilaktyka raka piersi - subregion południowy” (RPSW.08.02.02-26-0003/20)</p>
Okres realizacji	01.03.2021 r. – 30.06.2023 r.
Obszar działania	<p>Gminy w powiatach na terenie woj. świętokrzyskiego: kieleckim, koneckim, ostrowieckim, skarżyskim, starachowickim, miasto Kielce (tzw. subregion północny).</p> <p>Gminy w powiatach na terenie woj. świętokrzyskiego: buskim, jędrzejowskim, kazimierskim, opatowskim, pińczowskim, sandomierskim, staszowskim, włoszczowskim (tzw. subregion południowy).</p>
Partnerzy w programie	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Świętokrzyski Klub Amazonki przy Świętokrzyskim Centrum Onkologii w Kielcach (subregion północny i południowy). ▫ Samorządowy Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Chęcinach (subregion północny). ▫ Gminny Ośrodek Zdrowia w Wodzisławiu (subregion południowy).

<p>Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu</p>	<p>Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym u kobiet. Stanowi około 23% wszystkich zachorowań z powodu nowotworów złośliwych u kobiet i około 14% zgonów z tego powodu. Szacuje się, że rocznie raka piersi rozpoznaje się u 1,5 miliona kobiet na całym świecie, a około 400 tysięcy umiera z tego powodu. W 2016 r. w województwie świętokrzyskim odnotowano 576 zachorowań oraz 204 zgonów na raka piersi wśród kobiet. W strukturze zgonów na nowotwory złośliwe ogółem stanowił 13,7% i był drugą przyczyną zgonów z powodu nowotworów złośliwych u kobiet. Dane epidemiologiczne i prognozy zachorowań wskazują na konieczność zwiększenia działań z zakresu profilaktyki nowotworów piersi.</p> <p>Program ma na celu poprawę sytuacji w zakresie niskiej świadomości społecznej oraz niskiej zgłaszalności na profilaktyczne badania populacyjne, a w konsekwencji późną wykrywalność raka piersi.</p>
<p>Cele programu</p>	<p>Celem głównym jest wsparcie profilaktyki nowotworowej dotyczącej wczesnego wykrywania raka piersi poprzez zachęcenie kobiet do przeprowadzenia badań profilaktycznych w zakresie raka piersi (w tym kobiet, które nigdy nie wykonywały badań oraz kobiet z obszarów tzw. „białych plam”).</p> <p>Celami szczegółowymi są: zwiększenie dostępności do badań profilaktycznych, poprzez zapewnienie badań w miejscu zamieszkania lub zapewnienie bezpłatnego transportu na badania (w tym dla osób z niepełnosprawnością), zapewnienie opieki nad osobą niesamodzielną na czas badania. Ponadto zapewnienie dostępu do wiedzy z zakresu profilaktyki poprzez działania informacyjno-edukacyjne dla kobiet z grupy docelowej (indywidualne konsultacje), osób z ich otoczenia (akcje edukacyjno-informacyjne) oraz lekarzy POZ.</p>
<p>Charakterystyka populacji docelowej</p>	<p>Subregion północny. Projekt skierowany jest do kobiet w wieku 50-69 lat pracujących lub biernych zawodowo z powodu złego stanu zdrowia, które uczą się, pracują lub zamieszkują na terenie województwa świętokrzyskiego – subregionu północnego.</p> <p>Grupa docelowa w projekcie obejmuje minimum 4367 kobiet kwalifikujących się na badania w tym minimum 1311 kobiet z</p>

	<p>obszarów tzw. białych plam, które w przypadku profilaktyki raka piersi obejmują wszystkie gminy z powiatu skarżyskiego, starachowickiego i miasto Kielce. Minimum 874 kobiet będzie należeć do grupy, która do tej pory nie wykonywała badań profilaktycznych w kierunku wykrywania raka piersi. W celu zwiększenia kompleksowości i efektywności oferowanych usług projekt pośrednio będzie także skierowany do minimum 1747 osób z otoczenia kobiet z grupy docelowej (894 kobiet i 853 mężczyzn) oraz 50 lekarzy POZ (36 kobiet i 14 mężczyzn).</p> <p>Subregion południowy. Projekt skierowany jest do kobiet w wieku 50-69 lat pracujących lub biernych zawodowo z powodu złego stanu zdrowia, które uczą się, pracują lub zamieszkują na terenie województwa świętokrzyskiego – subregionu południowego.</p> <p>Grupa docelowa w projekcie obejmuje minimum 2565 kobiet kwalifikujących się na badania, w tym minimum 770 kobiet z obszarów tzw. „białych plam” (powiat włoszczowski, staszowski oraz Miasto i Gmina Zawichost – pow. sandomierski). Minimum 514 kobiet będzie należeć do grupy, która nigdy nie wykonywała badań profilaktycznych w kierunku wykrywania raka piersi. W celu zwiększenia kompleksowości i efektywności oferowanych usług projekt pośrednio będzie także skierowany do minimum 3621 osób (3112 kobiet i 509 mężczyzn) w tym 30 lekarzy (21 kobiet i 9 mężczyzn).</p>
<p>Kryteria włączenia do programu i wyłączenia</p>	<p>Kryteria włączenia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ kobiety w wieku 50-69 lat; ▫ osoby, które nie chorowały na raka piersi, bez objawów klinicznych choroby; ▫ osoby, które nie wykonywały badania mammograficznego w ciągu ostatnich dwóch lat w ramach Populacyjnego Programu Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Piersi; ▫ osoby uczące się, pracujące lub mieszkające na terenie województwa świętokrzyskiego; ▫ wyrażenie zgody na wykonanie badania.

	<p>Kryteria wyłączenia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ kobiety w wieku do 49 roku życia lub powyżej 70 roku życia; ▫ osoby, które chorowały na raka piersi; ▫ osoby, które wykonywały badanie mammograficzne w ciągu ostatnich dwóch lat w ramach Populacyjnego Programu Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Piersi; ▫ osoby uczące się, pracujące lub mieszkające poza terenem województwa świętokrzyskiego; ▫ brak wyrażenia zgody na wykonanie badania.
Działania w programie	<ul style="list-style-type: none"> • Przygotowanie materiałów informacyjno-edukacyjnych: ulotek, plakatów, broszur edukacyjnych na terenie wszystkich gmin subregionów; przygotowanie i realizacja akcji profilaktycznych; działania informacyjno-edukacyjne w mediach; wysyłka zindywidualizowanych zaproszeń na badania. • Indywidualne konsultacje dla pacjentek z zakresu profilaktyki; infolinia dla uczestniczek projektu. • Zapewnienie dostępu do badań profilaktycznych. Realizacja bezpłatnego transportu na badania; realizacja badań w ŚCO i w miejscu zamieszkania uczestniczek poprzez mobilne punkty badań; zapewnienie opieki nad osobą niesamodzielną, którą opiekuje się osoba objęta wsparciem w ramach projektu. • Badania profilaktyczne: mammografia, a dla każdej kobiety, która wykona badanie atrakcyjne gadżety przypominające o profilaktyce.
Działania promocyjno-edukacyjne	<p>Rekrutacja do projektu prowadzona będzie w trybie otwartym w sposób ciągły, co wynika z charakteru wsparcia przewidzianego w projekcie. W celu rekrutacji nawiązana zostanie współpraca z JST, NGO, przedsiębiorcami. Informacja o projekcie zostanie przekazana poprzez stronę internetową ŚCO (ułatwienia dla osób niedowidzących), media społecznościowe, kampanie prasowe, współpracujące podmioty lecznicze, lokalne grupy działania, organizacje pacjentów. Udział w projekcie będzie dostępny także dla osób z niepełnosprawnościami.</p>
Sposób	<p>Ocena zgłaszalności uczestników programu jest na bieżąco</p>

monitorowania i ewaluacji	monitorowana przez realizatorów.
Budżet i źródło finansowania	Subregion północny: Wartość projektu 1 483 999,20 zł, w tym dofinansowanie z EFS 1 259 999,20 zł. Wkład własny w postaci badań w projekcie wynosi 224 000,00 zł. Subregion południowy: Wartość projektu 824 000,00 zł, dofinansowanie 740 000,00 zł, w tym dofinansowanie z EFS 700 400,00 zł. Wkład własny w projekcie wynosi 84 000,00 zł.

Źródło: opracowanie własne na podstawie dokumentacji Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach.

Tab. 8. Program „Profilaktyka raka szyjki macicy” – analiza

Nazwa programu	„Profilaktyka raka szyjki macicy - subregion północny” (RPSW.08.02.02-26-0002/20) „Profilaktyka raka szyjki macicy - subregion południowy” (RPSW.08.02.02-26-0004/20)
Okres realizacji	01.03.2021 r. – 30.06.2023 r.
Obszar działania	Gminy w powiatach na terenie woj. świętokrzyskiego: kieleckim, koneckim, ostrowieckim, skarżyskim, starachowickim, miasto Kielce (subregion północny). Gminy w powiatach na terenie woj. świętokrzyskiego: buskim, jędrzejowskim, kazimierskim, opatowskim, pińczowskim, sandomierskim, staszowskim, włoszczowskim (subregion południowy).
Partnerzy w programie	<ul style="list-style-type: none"> • Stowarzyszenie na rzecz walki z rakiem jajnika Niebieski Motyl (subregion północny i południowy). • Samorządowy Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Chęcinach (subregion północny). • Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krasocinie (subregion południowy).
Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia	Rak szyjki macicy jest obecnie trzecim pod względem częstości zachorowań nowotworem u kobiet na świecie. Ponad 85% nowych zachorowań dotyczy kobiet zamieszkałych w krajach rozwijających się, z czego ponad 54 tysiące zarejestrowano w

programu	<p>Europie w 2009 roku. Rak ten był wówczas na 5. miejscu pod względem liczby zachorowań na nowotwory złośliwe u kobiet w Europie. Polska należy do krajów o średniej zachorowalności na ten nowotwór. Ma jednak jeden z najwyższych wskaźników zachorowalności i umieralności w Europie. W Polsce notujemy również jeden z najniższych w Europie odsetek przeżyć 5-letnich, będący miarą wyleczalności tego raka. Odsetek ten wynosił 48,3% przy średniej europejskiej 62,1%.</p> <p>Projekt ma na celu poprawę sytuacji w zakresie niskiej świadomości społecznej i niskiej zgłaszalności na profilaktyczne badania, w konsekwencji późną wykrywalność raka szyjki macicy.</p>
Cele programu	<p>Główne cele to zwiększenie dostępności do badań profilaktycznych – cytologii, poprzez zapewnienie badań w miejscu zamieszkania lub zapewnienie bezpłatnego transportu na badania (w tym dla osób z niepełnosprawnością), zapewnienie opieki nad osobą niesamodzielną na czas badania. Ponadto zapewnienie dostępu do wiedzy z zakresu profilaktyki raka szyjki macicy poprzez działania informacyjno-edukacyjne dla kobiet z grupy docelowej oraz osób z ich otoczenia. Efektem podejmowanych działań będzie również wydłużenie aktywności zawodowej osób w wieku produkcyjnym poprzez udział w programach zdrowotnych.</p>
Charakterystyka populacji docelowej	<p>Subregion północny. Grupa docelowa obejmuje minimum 7307 kobiet kwalifikujących się na badania w tym minimum 2193 kobiety z obszarów tzw. białych plam, które w przypadku profilaktyki raka szyjki macicy obejmują wszystkie miasta i gminy z powiatu ostrowieckiego i skarżyskiego. Minimum 1462 kobiet będzie należeć do grupy, która do tej pory nie wykonywała badań profilaktycznych w kierunku wykrywania raka szyjki macicy. W celu zwiększenia kompleksowości i efektywności oferowanych usług projekt pośrednio będzie także skierowany do minimum 2923 osób z otoczenia kobiet z grupy docelowej (1496 kobiet i 1427 mężczyzn) oraz do 50 lekarzy POZ (36 kobiet i 14</p>

	<p>mężczyzn).</p> <p>Subregion południowy. Grupa docelowa obejmuje minimum 4478 kobiet kwalifikujących się na badania w tym minimum 1344 kobiet z obszarów tzw. „białych plam” (powiat pińczowski, kazimierski, opatowski). Minimum 896 kobiet będzie należeć do grupy, która do tej pory nie wykonywała badań profilaktycznych w kierunku wykrywania raka szyjki macicy. W celu zwiększenia kompleksowości i efektywności oferowanych usług projekt pośrednio będzie także skierowany do minimum 6299 osób z otoczenia kobiet z grupy docelowej (5416 kobiet i 883 mężczyzn) w tym 30 lekarzy POZ (21 kobiet i 9 mężczyzn).</p>
Kryteria włączenia do programu i wyłączenia	<p>Kryteria włączenia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • kobiety w wieku 25-59 lat; • osoby, które nie chorowały na raka szyjki macicy, bez objawów klinicznych choroby; • osoby, które nie wykonywały badania cytologicznego w ciągu ostatnich trzech lat w ramach Populacyjnego Programu Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy; • osoby uczące się, pracujące lub mieszkające na terenie województwa świętokrzyskiego; • wyrażenie zgody na wykonanie badania. <p>Kryteria wyłączenia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • kobiety w wieku do 24 roku życia lub powyżej 60 roku życia; • osoby, które chorowały na raka szyjki macicy; • osoby, które wykonywały badanie cytologiczne w ciągu ostatnich trzech lat w ramach Populacyjnego Programu Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy; • osoby uczące się, pracujące lub mieszkające poza terenem województwa świętokrzyskiego; • brak wyrażenia zgody na wykonanie badania.
Działania w programie	<ul style="list-style-type: none"> • Przygotowanie materiałów informacyjno-edukacyjnych: ulotek, plakatów, broszur edukacyjnych na terenie wszystkich gmin subregionów; przygotowanie i realizacja akcji

	<p>profilaktycznych; działania informacyjno-edukacyjne w mediach; wysyłka zindywidualizowanych zaproszeń na badania.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indywidualne konsultacje dla pacjentek z zakresu profilaktyki; infolinia dla uczestniczek projektu. • Zapewnienie dostępu do badań profilaktycznych. Realizacja bezpłatnego transportu na badania; realizacja badań w ŚCO i w miejscu zamieszkania uczestniczek poprzez mobilne punkty badań; zapewnienie opieki nad osobą niesamodzielną, którą opiekuje się osoba objęta wsparciem w ramach projektu. • Badania profilaktyczne: cytologia. Ponadto dla każdej kobiety, która wykona badanie atrakcyjne gadżety przypominające o profilaktyce.
Działania promocyjno-edukacyjne	Rekrutacja do projektu prowadzona będzie w trybie otwartym w sposób ciągły, co wynika z charakteru wsparcia przewidzianego w projekcie. W celu rekrutacji nawiązana zostanie współpraca z JST, NGO, przedsiębiorcami. Informacja o projekcie zostanie przekazana poprzez stronę internetową ŚCO (ułatwienia dla osób niedowidzących), media społecznościowe, kampanie prasowe, współpracujące podmioty lecznicze, lokalne grupy działania, organizacje pacjentów. Udział w projekcie będzie dostępny także dla osób z niepełnosprawnościami.
Sposób monitorowania i ewaluacji	Ocena zgłaszalności uczestników programu jest na bieżąco monitorowana przez realizatorów.
Budżet i źródło finansowania	Subregion północny: Wartość projektu 2 088 000,00 zł, dofinansowanie projektu 1 878 000,00 zł w tym dofinansowanie z EFS 1 774 800,00 zł. Wkład własny w postaci badań cytologicznych w projekcie wynosi 210 000,00 zł. Subregion południowy: Wartość projektu 1 456 974,00 zł, dofinansowanie projektu 1 291 974,00 zł w tym dofinansowanie z EFS 1 238 427,10 zł. Wkład własny w postaci badań cytologicznych w projekcie wynosi 165 000,00 zł.

Źródło: opracowanie własne na podstawie dokumentacji Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach.

3.4.2. Inwentarz Zachowań Zdrowotnych – IZZ

Inwentarz Zachowań Zdrowotnych autorstwa Z. Juczyńskiego. Kwestionariusz IZZ składa się z 24 stwierdzeń opisujących różne zachowania zdrowotne. Biorąc pod uwagę wskazaną przez badanych częstotliwość poszczególnych zachowań, ustala się ogólne nasilenie zachowań sprzyjających zdrowiu oraz stopień nasilenia czterech kategorii zachowań zdrowotnych: prawidłowych nawyków żywieniowych – PNŻ, zachowań profilaktycznych – ZP, praktyk zdrowotnych – PZ, pozytywnego nastawienia psychicznego – PNP [140].

Badany zaznacza w arkuszu IZZ, jak często w przeciągu ostatniego roku wykonywał daną czynność wg skali pięciostopniowej (1 – prawie nigdy, 2 – rzadko, 3 – od czasu do czasu, 4 – często, 5 – prawie zawsze). Suma punktów oznacza ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych. Ogólny wskaźnik przelicza się na jednostki standaryzowane w skali stenowej. Autor proponuje, aby przyjąć następujące przedziały stenowe: wyniki w granicach 1–4 sten/wyniki niskie, 5–6 sten/wyniki przeciętne, 7–10 sten/wyniki wysokie. Oprócz tej interpretacji oblicza się oddzielnie nasilenie czterech kategorii zachowań zdrowotnych. Jest to skala trafna i rzetelna. Stosowana z innymi narzędziami może być pomocna w programowaniu działań profilaktycznych, ustalaniu kierunków modyfikacji zachowań i monitorowaniu zmian w praktykach zdrowotnych [141].

3.4.3. Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności – GSES

Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności, w polskiej adaptacji: Ralf Schwarzer, Michael Jerusalem i Zygryd Juczyński. Skala mierzy jeden psychometrycznie wyodrębniony czynnik – ogólne przekonanie jednostki na temat własnych możliwości skutecznego radzenia sobie z sytuacjami. Skala składa się z 10 twierdzeń. Na każde pytanie możliwe są do wyboru 4 odpowiedzi, od „NIE” – oceniane 1 punktem, do „TAK” – oceniane 4 punktami. Suma wszystkich ocen daje ogólny wskaźnik poczucia własnej skuteczności. Im wyższa ocena, tym większe poczucie własnej skuteczności. Wyniki surowe przekształca się na standaryzowane normy stenowe: 1–4 sten jako wyniki niskie, 5–6 sten jako wyniki średnie, 7–10 sten jako wyniki wysokie. Jest to skala trafna i rzetelna [140, 141].

3.4.4. Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia, wersja B MHLC-B

Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia, wersja B (Autorzy: Kenneth A. Wallston, Barbara S. Wallston, Robert DeVellis. Adaptacja: Zygryd Juczyński). Skala MHLC-B zawiera 18 stwierdzeń na temat przekonań dotyczących zgeneralizowanych oczekiwań w trzech wymiarach umiejscowienia kontroli zdrowia: wewnętrzne (W) – kontrola nad własnym zdrowiem zależy ode mnie, wpływ innych (I) – własne zdrowie jest wynikiem oddziaływania innych (zwłaszcza personelu medycznego), wpływ przypadku (P) – o stanie zdrowia decyduje przypadek czy inne czynniki zewnętrzne [140].

Badany wyraża swój stosunek do stwierdzeń w 6-stopniowej skali, gdzie 1 oznacza „zdecydowanie się nie zgadzam”, a 6 „zdecydowanie się zgadzam”. Zakres wyników dla każdej skali obejmuje przedział 6–36 punktów. Im wyższy wynik, tym silniejsze przekonanie, że dany czynnik wpływa na stan zdrowia. Jest to skala trafna i rzetelna [140, 141]. Skala znajduje zastosowanie w badaniach epidemiologicznych i programach profilaktycznych promujących zdrowie. U jej podstaw leży przekonanie o tym, że wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia sprzyja zachowaniom prozdrowotnym, takim jak: wzmożona aktywność fizyczna, ograniczenie palenia tytoniu i picia alkoholu, kontrola masy ciała, uczestnictwo w badaniach profilaktycznych [142].

3.4.5. Kwestionariusz ankiety własnego opracowania

Kwestionariusz składa się z 32 pozycji. Opisuje dane społeczno-demograficzne badanych, takie jak: wiek, płeć, stan cywilny, miejsce zamieszkania, wykształcenie, sytuację zawodową, wykonywany zawód, warunki materialne. Określa również deklarowaną chęć zmiany zachowań na sprzyjające zdrowiu oraz satysfakcję ze świadczonych usług medycznych w ramach uczestnictwa w programie profilaktycznym.

3.5. Organizacja i przebieg badań

Badanie postaw wobec zdrowia wśród uczestników programów profilaktycznych zostało wykonane w Świętokrzyskim Centrum Onkologii w Kielcach, po uzyskaniu pisemnej zgody Dyrektora placówki. Badania zostały przeprowadzone w okresie od lipca 2021 roku do grudnia 2021 roku. Dobór grupy był dobozem celowym. Każdy z uczestników badania

udzielił odpowiedzi na pytania zawarte w kwestionariuszu ankiety własnego opracowania oraz w trzech standaryzowanych narzędziach badawczych mających zastosowanie w dyscyplinie nauki o zdrowiu: Inwentarzu Zachowań Zdrowotnych – IZZ, Wielowymiarowej Skali Umiejscowienia Kontroli Zdrowia, wersja B – MHLC-B oraz Skali Uogólnionej Własnej Skuteczności – GSES. Standaryzowane kwestionariusze zostały zakupione z Pracowni Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego w Warszawie, po przedstawieniu dokumentów potwierdzających wykształcenie i kwalifikacje badacza oraz informacji o celu wykorzystania.

Badania zostały przeprowadzone po uzyskaniu pozytywnej opinii Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Jana Kochanowskiego w Kielcach oraz zgodnie z wymogami Deklaracji Helsińskiej. Udział w badaniach był dobrowolny i anonimowy, poprzedzony uzyskaniem pisemnej zgody badanego. Każda osoba została poinformowana o celu badania oraz wykorzystaniu uzyskanych wyników. Ponadto otrzymała informację o możliwości wycofania się z badania na każdym etapie, bez ponoszenia konsekwencji.

3.6. Metody analizy statystycznej

Metody statystyczne wykorzystane w pracy były uzależnione od typu analizowanych zmiennych. Dla zmiennych jakościowych podano rozkład (n) oraz częstość (%), a do zweryfikowania niezależności badanych zmiennych zastosowano test niezależności χ^2 lub w przypadku niewielkiej liczebności najmniej licznych klas ($n < 5$), test χ^2 oparty o funkcje największej wiarygodności (NW). Test niezależności χ^2 opiera się na porównaniu liczności obserwowanych z oczekiwanymi (liczności oczekiwane wyznaczamy przy założeniu, że hipoteza zerowa jest prawdziwa).

Dla zmiennych ilościowych porządkowych podano miary położenia: średnią (M), medianę (Me), kwartył dolny (Q1) i górny (Q3) oraz miarę zmienności – odchylenie standardowe (SD). Dla porównania badanych wymiarów (czynników) poszczególnych narzędzi standaryzowanych w zależności od dwóch grup niezależnych (płeć badanych) wykorzystano nieparametryczny test U Manna–Whitneya, a w przypadku wielu prób niezależnych (rodzaj programu profilaktycznego) nieparametryczny test ANOVA rang Kruskala–Wallisa (potwierdzony testem post-hoc).

Analizę korelacji rho Spearmana wykorzystano w celu określenia zależności zmiennych typu porządkowego.

Za pomocą modelu regresji logistycznej o jakościowych zmiennych objaśniających określono determinanty satysfakcji ze świadczonych usług medycznych oraz mające wpływ na zapotrzebowanie społeczne w zakresie realizacji programów profilaktycznych. Weryfikację dobroci dopasowania modelu dokonano za pomocą testu Hosmera–Lemeshowa (HS). Zbudowano ponadto krzywą ROC, za pomocą której oceniono zgodność wskazań zadowolenia i niezadowolenia pacjentów wynikających z modelu ze wskazaniami faktycznymi. Wyliczono pole pod wykresem krzywej ROC, oznaczone jako AUC (ang. area under curve), stanowiące miarę dobroci modelu. Przy weryfikacji i budowie modelu logistycznego oparto się na statystyce Walda.

Rzetelność poszczególnych narzędzi standaryzowanych określono za pomocą Alfa Cronbacha i porównano wyniki własne ze standaryzowanymi.

We wszystkich testach statystycznych przyjęto poziom istotności $\alpha=0,05$. Analizę statystyczną wykonano za pomocą oprogramowania statystycznego STATISTICA ver 13.1.

4. WYNIKI BADAŃ

4.1. Charakterystyka badanej grupy

Grupę badaną stanowiło 606 osób, w tym 461 kobiet (76,07%) oraz 145 mężczyzn (23,93%) (Tab. 9). Byli to uczestnicy programów profilaktycznych realizowanych przez Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach.

Tab. 9. Charakterystyka badanej grupy ze względu na płeć

Płeć	n	%
Kobieta	461	76,07
Mężczyzna	145	23,93
Razem	606	100,00

Najliczniejsza grupa badanych osób była w przedziale wiekowym od 50 do 59 lat (220; 36,30%), kolejno od 60 do 69 lat (192; 31,68%) i od 40 do 49 lat (103; 17,00%). Najmniej liczne grupy badanych to osoby w wieku: 70 lat i więcej (51; 8,42%), od 30 do 39 lat (30; 4,95%) oraz od 18 do 29 lat (10; 1,65%) (Tab. 10).

Tab. 10. Charakterystyka badanej grupy ze względu na wiek

Wiek	n	%
18-29 lat	10	1,65
30-39 lat	30	4,95
40-49 lat	103	17,00
50-59 lat	220	36,30
60-69 lat	192	31,68
70 lat i więcej	51	8,42
Razem	606	100,00

Dokonując analizy badanej grupy pod względem stanu cywilnego należy stwierdzić, że zdecydowana większość osób była zamężna/żonata (446; 73,60%). Mniej liczną grupę stanowili wdowy/wdowcy (60; 9,90%). Najmniej wśród badanych było osób stanu wolnego (50; 8,25%) i po rozwodzie (50; 8,25%) (Tab. 11).

Tab. 11. Charakterystyka badanej grupy ze względu na stan cywilny

Stan cywilny	n	%
Panna/kawaler	50	8,25
Zamężna/żonaty	446	73,60
Rozwódka/rozwodnik	50	8,25
Wdowa/wdowiec	60	9,90
Razem	606	100,00

Biorąc pod uwagę miejsce zamieszkania, większy udział w badanej grupie miały osoby mieszkające w mieście (368; 60,73%) niż osoby mieszkające na wsi (238; 39,27%) (Tab. 12).

Tab. 12. Charakterystyka badanej grupy ze względu na miejsce zamieszkania

Miejsce zamieszkania	n	%
Miasto	368	60,73
Wieś	238	39,27
Razem	606	100,00

Analizując badanych pod względem wykształcenia, największą grupę stanowiły osoby z wykształceniem wyższym magisterskim (229; 37,79%) i średnim (220; 36,30%). Mniejsza grupa posiadała wykształcenie zasadnicze zawodowe (108; 17,82%), a najmniejsza wyższe licencjackie (35; 5,78%) i podstawowe (14; 2,31%) (Tab. 13).

Tab. 13. Charakterystyka badanej grupy ze względu na wykształcenie

Wykształcenie	n	%
Wyższe magisterskie	229	37,79
Wyższe licencjackie	35	5,78
Średnie	220	36,30
Zasadnicze zawodowe	108	17,82
Podstawowe	14	2,31
Razem	606	100,00

Biorąc pod uwagę sytuację zawodową badanych, największą grupę stanowiły osoby pracujące (359; 59,24%), a w drugiej kolejności będące na emeryturze (178; 29,37%). Najmniej liczną grupę badanych stanowiły osoby będące na rencie (34; 5,61%), bezrobotne (32; 5,28%) i uczące się (3; 0,50%) (Tab. 14).

Tab. 14. Charakterystyka badanej grupy ze względu na sytuację zawodową

Sytuacja zawodowa	n	%
Uczący/a się	3	0,50
Pracujący/a	359	59,24
Emeryt/ka	178	29,37
Rencista/ka	34	5,61
Bezrobotny/a	32	5,28
Razem	606	100,00

Największy udział w badanej grupie miały osoby pracujące umysłowo (265; 43,73%), mniejszy osoby pracujące fizycznie (146; 24,09%). Osoby nieaktywne zawodowo stanowiły 32,18% (195) badanych (Tab. 15).

Tab. 15. Charakterystyka badanej grupy ze względu na wykonywany zawód

Wykonywany zawód	n	%
Pracownik fizyczny	146	24,09
Pracownik umysłowy	265	43,73
Nieaktywny zawodowo	195	32,18
Razem	606	100,00

Większość osób deklarowała dobre warunki materialne (326; 53,80%). Poziom średni wskazała mniejsza grupa (191; 31,52%), a najmniejsza niewystarczający (23; 3,80%). Bardzo dobry status materialny zadeklarowało tylko 10,89% (66) badanych osób (Tab. 16).

Tab. 16. Charakterystyka badanej grupy ze względu na warunki materialne

Warunki materialne	n	%
Niewystarczające	23	3,80
Średnie	191	31,52
Dobre	326	53,80
Bardzo dobre	66	10,89
Razem	606	100,00

Analizując badanych pod względem stanu zdrowia, należy zauważyć, iż największa grupa oceniła swoje zdrowie jako dobre (307; 50,66%). Poziom zadowolający zadeklarowało 25,74% (156) badanych, a słaby 12,21% (74). Bardzo dobry stan zdrowia wskazało 10,40% (63) badanych, a najmniejsza grupa (6; 0,99%) wskazała na poziom doskonały (Tab. 17).

Tab. 17. Charakterystyka badanej grupy ze względu na stan zdrowia

Stan zdrowia	n	%
Słaby	74	12,21
Zadowolający	156	25,74
Dobry	307	50,66
Bardzo dobry	63	10,40
Doskonały	6	0,99
Razem	606	100,00

Styl życia to kolejny istotny czynnik, który został poddany analizie w toku przeprowadzonych badań. Najliczniejsza grupa osób (414; 68,32%) wskazała, iż prowadzi styl życia umiarkowanie sprzyjający zdrowiu. Znacznie mniejsza grupa (124; 20,46%) określiła, iż ich styl życia jest w pełni sprzyjający zdrowiu. Jako negatywną ocenę – poziom umiarkowanie niekorzystny dla zdrowia styl życia określiło 9,74% (59) badanych oraz 1,49% (9) jako całkowicie niekorzystny dla zdrowia (Tab. 18).

Tab. 18. Charakterystyka badanej grupy ze względu na styl życia

Styl życia	n	%
Niekorzystny dla zdrowia	9	1,49
Umiarkowanie niekorzystny dla zdrowia	59	9,74
Umiarkowanie sprzyjający zdrowiu	414	68,32
Sprzyjający zdrowiu	124	20,46
Razem	606	100,00

4.2. Zachowania zdrowotne uczestników programów profilaktycznych

Do zbadania zwyczajów zdrowotnych badanej grupy wykorzystano standaryzowany kwestionariusz Inwentarz Zachowań Zdrowotnych – IZZ. Narzędzie to obejmuje cztery czynniki: pozytywne nastawienia psychiczne, zachowania profilaktyczne, prawidłowe nawyki żywieniowe oraz praktyki zdrowotne. Dla każdej grupy czynników zdefiniowane zostało 6 pytań, gdzie badani mogli wskazać swoje zachowania w pięciostopniowej skali (1-5). Określono również steny (1-10) dla punktacji uzyskanej z sumy otrzymanych wyników odrębnie dla kobiet i mężczyzn. Rzetelność narzędzia sprawdzono za pomocą Alfa Cronbacha, które dla całego narzędzia wyniosło 0,87, a dla czynnika pozytywne nastawienia psychiczne 0,69, zachowania profilaktyczne 0,64, prawidłowe nawyki żywieniowe 0,75 oraz praktyki zdrowotne 0,65 (Tab. 19).

Tab. 19. Alfa Cronbacha dla narzędzia Inwentarz Zachowań Zdrowotnych – IZZ

Alfa Cronbacha	Wyniki własne	Wyniki standaryzowane
Ogółem	0,87	0,85
Pozytywne nastawienia psychiczne	0,69	0,65
Zachowania profilaktyczne	0,64	0,61
Prawidłowe nawyki żywieniowe	0,75	0,60
Praktyki zdrowotne	0,65	0,64

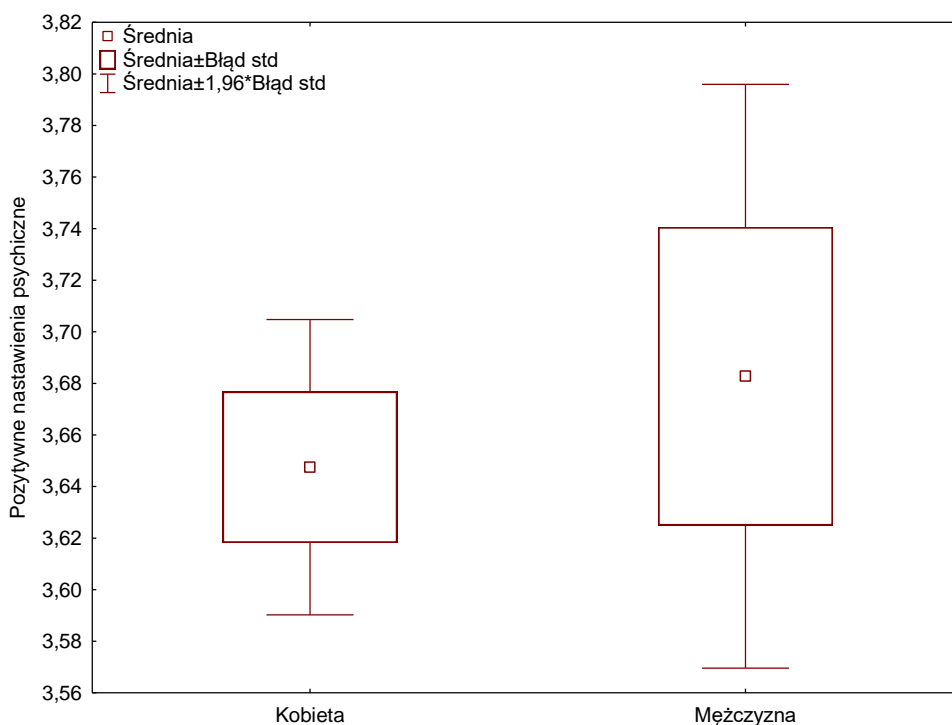
Zgodnie z normalizacją danych standaryzowanego narzędzia IZZ podano wartości średnich, odchylenia standardowego i wartości stenowe. Dla poszczególnych czterech wymiarów i całości narzędzia. Dla wszystkich wymiarów wartości minimalne przyjęły wartość 1 a maksymalne 5 (Tab. 20).

Tab. 20. Wymiary zachowań zdrowotnych (IZZ) a płeć badanych

Wymiary IZZ	Płeć	M	SD	Me	Q1	Q3	p-value*
Pozytywne nastawienia psychiczne	Ogółem	3,66	0,64	4,00	3,00	4,00	0,479
	Mężczyzna	3,68	0,70	4,00	3,00	4,00	
	Kobieta	3,65	0,63	4,00	3,00	4,00	
Zachowania profilaktyczne	Ogółem	3,78	0,68	4,00	3,50	4,50	0,006**
	Mężczyzna	3,64	0,72	4,00	3,50	4,50	
	Kobieta	3,83	0,67	4,00	3,00	4,50	
Prawidłowe nawyki żywieniowe	Ogółem	3,62	0,69	4,00	3,00	4,00	0,001**
	Mężczyzna	3,43	0,71	4,00	3,00	4,00	
	Kobieta	3,68	0,67	3,50	3,00	4,00	
Praktyki zdrowotne	Ogółem	3,47	0,67	3,50	3,00	4,00	0,851
	Mężczyzna	3,48	0,66	3,50	3,00	4,00	
	Kobieta	3,46	0,71	3,50	3,00	4,00	
Łączna suma punktów IZZ	Ogółem	87,13	13,15	88,00	80,00	96,00	0,039**
	Mężczyzna	85,25	14,59	85,00	78,00	95,00	
	Kobieta	87,72	12,62	89,00	81,00	96,00	
Steny IZZ	Ogółem	6,07	1,87	6,00	5,00	7,00	0,082
	Mężczyzna	6,32	1,95	6,00	5,00	7,00	
	Kobieta	5,99	1,84	6,00	5,00	8,00	

*Test U Manna-Whitneya, ** $p < \alpha$; $\alpha = 0,05$ (stwierdzono istotność statystyczną)

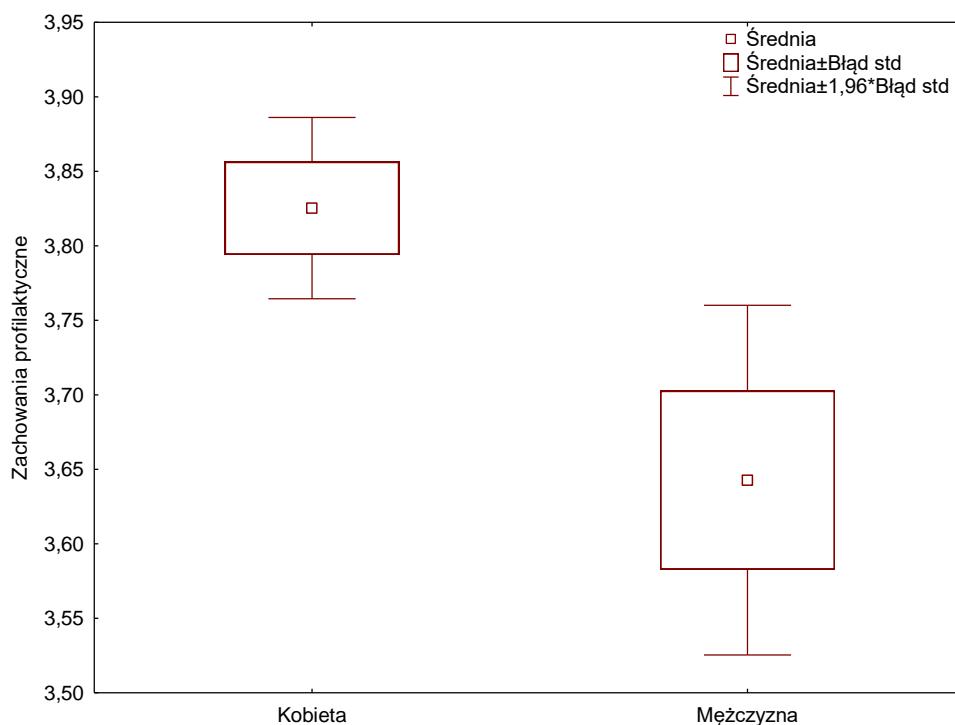
W badanej grupie ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych wynosił 87,13 ($\pm 13,15$), co odpowiada w przeliczeniu na jednostkę standaryzowaną 6,07 stena ($\pm 1,87$) i jest interpretowane jako wartość przeciętna. Kobiety (87,72 $\pm 12,62$) charakteryzowały się ogólnie wyższymi wynikami w obszarze zachowań zdrowotnych niż mężczyźni (85,25 $\pm 14,59$). Ogółem wśród badanych największe nasilenie zachowań sprzyjających zdrowiu odnotowano w kategorii zachowań profilaktycznych ($M=3,78$; $SD\pm 0,68$), a następnie w kategorii pozytywnego nastawienia psychicznego ($M=3,66$; $SD\pm 0,64$), prawidłowych nawyków żywieniowych ($M=3,62$; $SD\pm 0,69$) oraz praktyk zdrowotnych ($M=3,47$; $SD\pm 0,67$). Zachowania zdrowotne badanych w poszczególnych wymiarach narzędzia IZZ są zróżnicowane ze względu na płeć badanych (Tab. 20).



Ryc. 1. Pozytywne nastawienia psychiczne (PNP) w zależności od płci badanych

Średnie wyniki dla wymiaru pozytywne nastawienia psychiczne kwestionariusza IZZ są nieznacznie wyższe w grupie mężczyzn ($M=3,68$; $SD\pm 0,70$), niż w grupie kobiet ($M=3,65$; $SD\pm 0,68$). Rozkład analizowanego czynnika nie jest istotnie statystycznie zróżnicowany ze względu na płeć badanych pacjentów ($p=0,479$) (Tab. 20, Ryc. 1). W wynikach standaryzowanych grupa kobiet charakteryzowała się wyższym poziomem pozytywnego nastawienia psychicznego względem grupy mężczyzn. Nieco odwrócony trend zaobserwowano w badaniach własnych. Może być to spowodowane okresem w jakim zostały przeprowadzone badania, czyli wpływ pandemii COVID-19. Kobiety, z uwagi na dominujący model rodziny w Polsce, gdzie łączne obciążenie obowiązkami rodzinnymi, domowymi i zawodowymi spoczywa częściej na nich – mogły w tym czasie zmagać się z wyższym poziomem stresu niż mężczyźni.

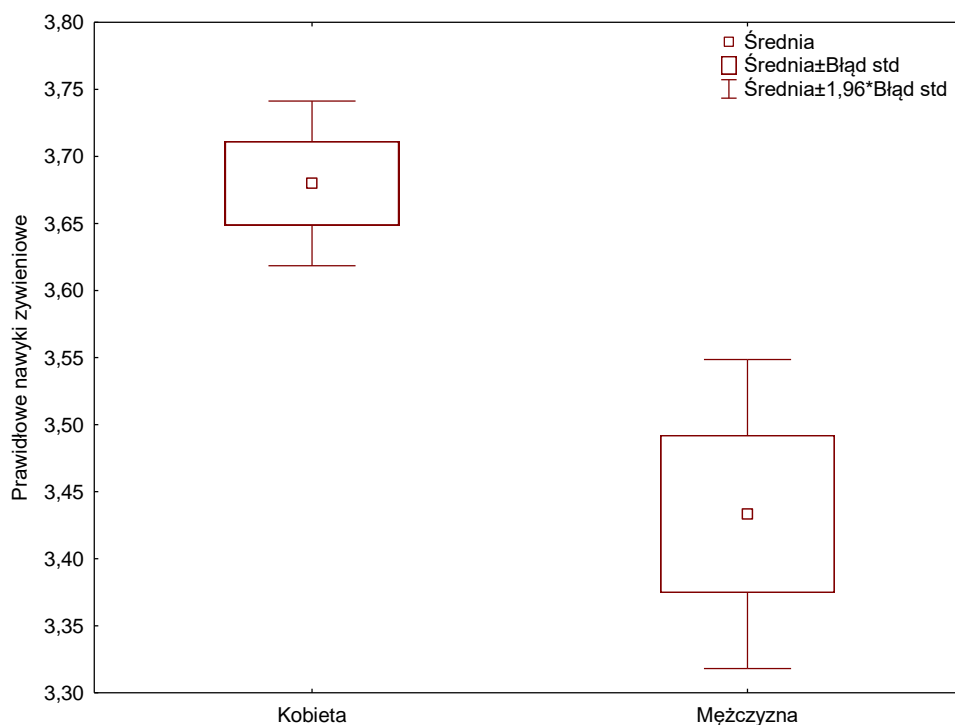
W ramach omawianego wymiaru składowymi elementami wpływającymi na wynik końcowy były zachowania takie jak: unikanie sytuacji, które wpływają przygnębiająco na jednostkę; unikanie silnych emocji, stresów, napięć, gniewu, lęku, depresji; wsparcie przyjaciół; unormowane życie rodzinne oraz pozytywne myślenie.



Ryc. 2. Zachowania profilaktyczne (ZP) w zależności od płci badanych

Średnie wyniki dla wymiaru zachowania profilaktyczne kwestionariusza IZZ są wyższe w grupie kobiet ($M=3,83$; $SD\pm 0,67$), niż w grupie mężczyzn ($M=3,64$; $SD\pm 0,72$). Rozkład analizowanego czynnika jest istotnie statystycznie zróżnicowany ze względu na płeć badanych pacjentów ($p=0,006$) (Tab. 20, Ryc. 2). W wynikach standaryzowanych grupa kobiet charakteryzowała się wyższym poziomem podejmowanych zachowań profilaktycznych względem grupy mężczyzn. Podobne wyniki zaobserwowano w badaniach własnych. Jako przyczynę można wskazać, iż kobiety częściej od mężczyzn dostrzegają potrzebę dbania o własne zdrowie, wykonywania badań profilaktycznych, prowadzenia prozdrowotnego stylu życia oraz podejmowania konsultacji lekarskich.

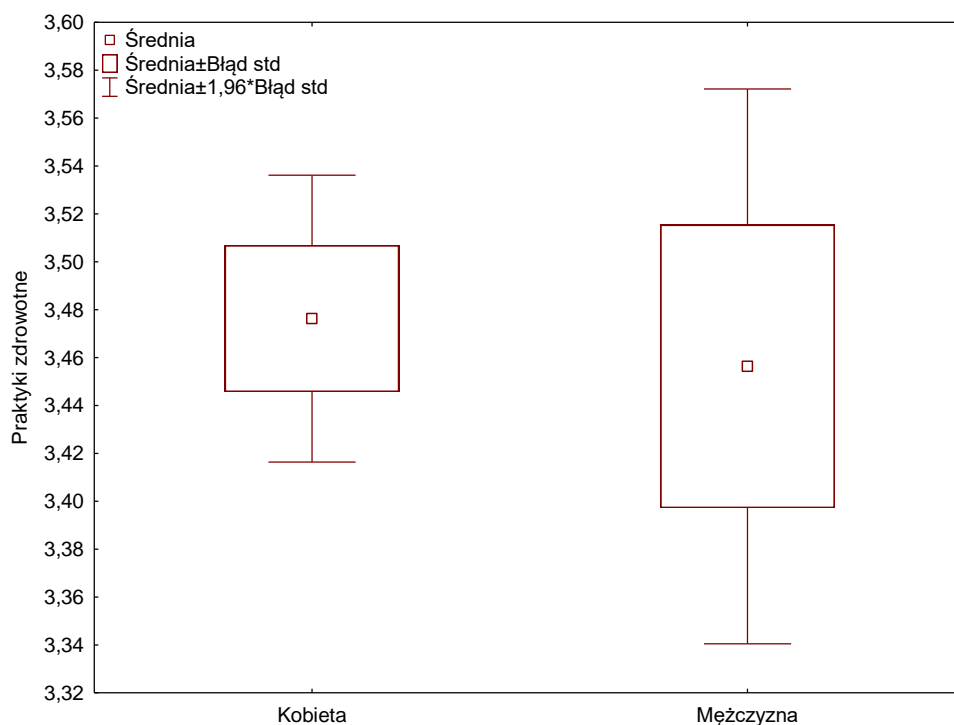
W ramach omawianego wymiaru składowymi elementami wpływającymi na wynik końcowy były zachowania takie jak: unikanie przeziębień; przestrzeganie zaleceń lekarskich; regularnie zgłaszanie się na badania lekarskie; unikanie chorób; pozyskiwanie informacji medycznych oraz zrozumienie przyczyn zdrowia oraz choroby.



Ryc. 3. Prawidłowe nawyki żywieniowe (PNŻ) w zależności od płci badanych

Średnie wyniki dla wymiaru prawidłowe nawyki żywieniowe kwestionariusza IZZ są wyższe w grupie kobiet ($M=3,68$; $SD\pm 0,67$), niż w grupie mężczyzn ($M=3,43$; $SD\pm 0,71$). Rozkład analizowanego czynnika jest istotnie statystycznie zróżnicowany ze względu na płeć badanych pacjentów ($p=0,001$) (Tab. 20, Ryc. 3). W wynikach standaryzowanych i własnych grupa kobiet częściej podejmowała prawidłowe nawyki żywieniowe w stosunku do grupy mężczyzn. Kobiety często kształtują właściwy sposób odżywiania całej rodziny i najbliższego otoczenia. Większą wagę przywiązują do dbania o zbilansowaną dietę niż mężczyźni.

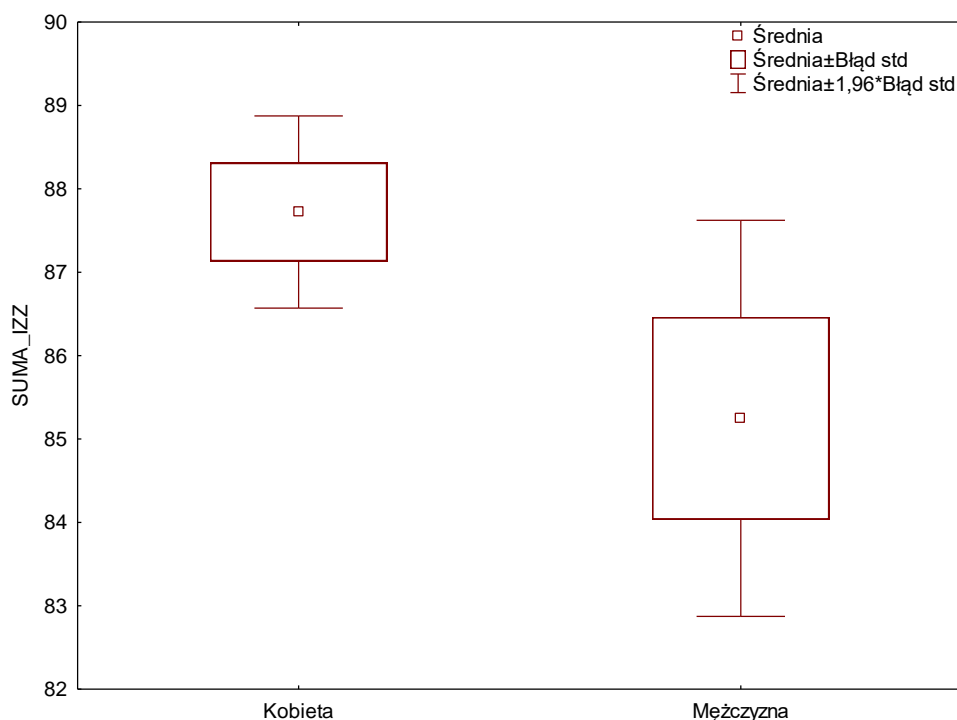
W ramach omawianego wymiaru składowymi elementami wpływającymi na wynik końcowy były zachowania takie jak: dbanie o prawidłowe odżywianie; spożywanie dużej ilości warzyw i owoców; ograniczenie spożywania tłuszczu zwierzęcych i cukru; unikanie spożywania żywności z konserwantami, soli i silnej solonej żywności oraz spożywanie pieczywa pełnoziarnistego.



Ryc. 4. Praktyki zdrowotne (PZ) w zależności od płci badanych

Średnie wyniki dla wymiaru praktyki zdrowotne kwestionariusza IZZ są nieznacznie wyższe w grupie mężczyzn ($M=3,48$; $SD\pm 0,66$), niż w grupie kobiet ($M=3,46$; $SD\pm 0,71$). Rozkład analizowanego czynnika nie jest istotnie statystycznie zróżnicowany ze względu na płeć badanych pacjentów ($p=0,851$) (Tab. 20, Ryc. 4). Wyniki standaryzowane wskazują, że praktyki zdrowotne są częściej podejmowane w grupie kobiet niż mężczyzn. Badania własne pokazują, iż różnica w tym zakresie ulega zmniejszeniu, z niewielką przewagą zjawiska w grupie mężczyzn. Istotnym jest, iż od kilku lat występuje trend zmiany zachowań zdrowotnych podejmowanych przez mężczyzn na bardziej sprzyjające zdrowiu. Przejawia się to w ograniczaniu palenia tytoniu, udziale w programach profilaktycznych, a także w zmianie kierunku polityki zdrowotnej państwa, co sprzyja realizacji tego typu programów.

W ramach omawianego wymiaru składowymi elementami wpływającymi na wynik końcowy były zachowania takie jak: wystarczająco dużo czasu badani przeznaczali na wypoczynek i sen; unikanie przepracowania; kontrola masy ciała; ograniczenie palenia tytoniu oraz unikanie nadmiernego wysiłku fizycznego.



Ryc. 5. Suma IZZ surowych wyników w zależności od płci badanych

Zarówno wyniki uzyskane w narzędziu standaryzowanym jak i w badaniach własnych wskazują na istotną statycznie różnicę w rozkładzie Inwentarza Zachowań Zdrowotnych (IZZ) ($p=0,039$) w zależności od płci badanych (Tab. 20, Ryc. 5). Wyniki przeprowadzonych badań, w aspekcie ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych, są wyższe niż w narzędziu standaryzowanym. Należy zauważyć, iż sam udział w programie profilaktycznym badanej grupy wskazuje na dostrzeżenie potrzeby dbania o zdrowie, przestrzegania zasad prawidłowego sposobu odżywiania, wykonywania badań profilaktycznych oraz podejmowania zachowań sprzyjających zdrowiu.

Określono steny (1-10) dla punktacji uzyskanej z sumy otrzymanych wyników odrębnie dla grupy kobiet i mężczyzn. Mimo, iż łączna suma punktów IZZ jest wyższa w grupie kobiet niż mężczyzn to, po przekształceniu na wartości stenowe, u kobiet stwierdzono niższe wymiary zachowań zdrowotnych (przedziały wyników surowych są wyższe w grupie kobiet). Pozwoliło to na określenie ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych badanych. Wyniki stenowe w granicach 1 – 4 określono, zgodnie z normalizacją narzędzia jako wyniki niskie, 4 – 6 przeciętne oraz 7 – 10 wysokie (Tab. 21).

Tab. 21. Ogólny wskaźnik dla narzędzia IZZ w zależności od płci badanych

Wskaźnik	Mężczyzna		Kobieta		Razem	
	n	%	n	%	n	%
Niski	22	15,17	93	20,17	115	18,98
Średni	57	39,31	169	36,66	226	37,29
Wysoki	66	45,52	199	43,17	265	43,73
Ogółem	145	100,00	461	100,00	606	100,00
$\chi^2=1,800982, df=2, p=0,406, p>\alpha; \alpha=0,05$						

Po kategoryzacji wyników stenowych można zaobserwować, iż najczęściej badani, zarówno mężczyźni (66; 45,52%) jak i kobiety (199; 43,17%), wskazują na wysoki wskaźnik zachowań zdrowotne, kolejno średni (57; 39,31% vs 169, 36,66%) i niski (22; 15,17% vs 93; 20,17%). Ogółem dla badanej grupy wyniki wysokie osiągnęła blisko połowa uczestników programów profilaktycznych (265; 43,73%), przeciętne niewiele mniej badanych osób (226; 37,29%), a niskie najmniejsza grupa badanych (115; 18,98%). Rodzaj zachowań zdrowotnych dla wartości stenowych narzędzia IZZ nie jest zależny od płci badanych ($p=0,406$) (Tab. 21).

4.3. Ocena umiejscowienia kontroli zdrowia uczestników programów profilaktycznych

Do zbadania kontroli zdrowia badanej grupy wykorzystano standaryzowany kwestionariusz Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia, wersja B – MHLC–B. Narzędzie to obejmuje przekonania dotyczące zgeneralizowanych oczekiwań w trzech wymiarach umiejscowienia kontroli zdrowia: kontrola wewnętrzna (kontrola nad własnym zdrowiem zależy ode mnie), wpływ innych (własne zdrowie jest wynikiem oddziaływania innych, szczególnie personelu medycznego) oraz przypadek (o stanie zdrowia decyduje przypadek lub inne czynniki zewnętrzne). Dla każdej grupy czynników zdefiniowane zostało 6 pytań, gdzie badani mogli wskazać swoje zachowania w sześciostopniowej skali (1 – 6). Rzetelność narzędzia sprawdzono za pomocą Alfa Cronbacha, które dla całego narzędzia wyniosło 0,77, a dla czynnika kontrola wewnętrzna 0,60, wpływ innych 0,71, oraz przypadek 0,65 (Tab. 22).

Tab. 22. Alfa Cronbacha dla narzędzia MHLC

Alfa Cronbacha	Wyniki własne	Wyniki standaryzowane
Kontrola wewnętrzna	0,60	0,64
Wpływ innych	0,71	0,63
Przypadek	0,65	0,59

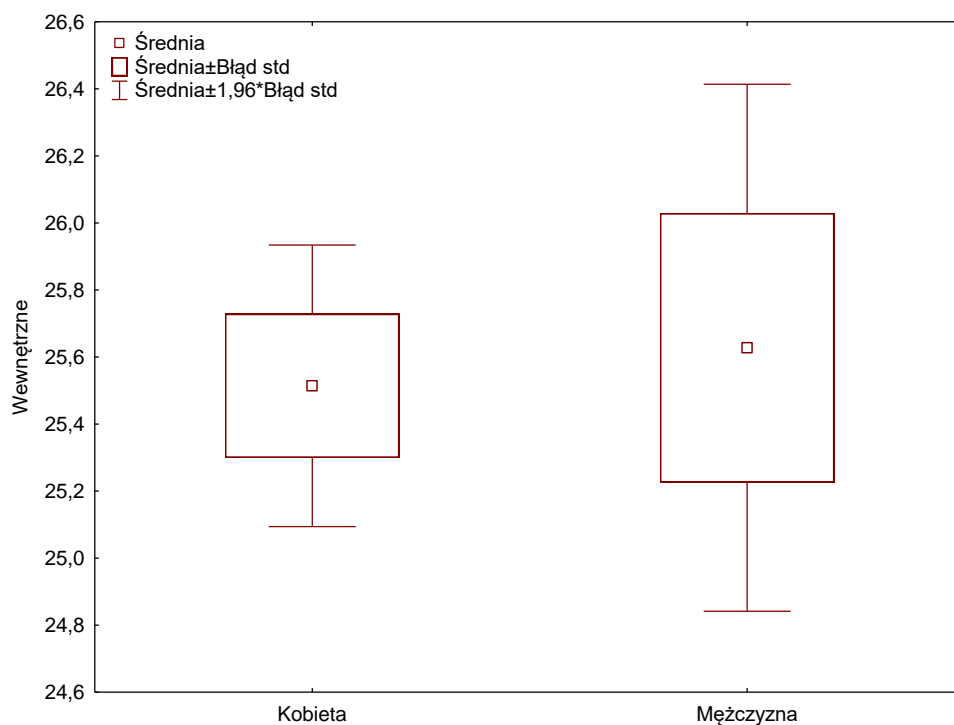
W badanej grupie najwyższy poziom osiągnęło wewnętrzne umiejscowienie kontroli ($M=25,54$; $SD\pm 4,65$). Na drugim miejscu znalazło się umiejscowienie kontroli w kategorii wpływu innych ($M=24,67$; $SD\pm 5,47$), a na trzecim w kategorii przypadku ($M=21,38$; $SD\pm 5,39$). Dokonano analizy poszczególnych wymiarów MHLC w zależności od płci badanych (Tab. 23).

Tab. 23. Poszczególne wymiary narzędzia MHLC

Wymiary MHLC	Płeć	M	SD	Me	Q1	Q3	Min	Max	p-value*
Kontrola wewnętrzna	Ogółem	25,54	4,65	26,00	22,00	29,00	11,00	26,00	-
	Mężczyzna	25,63	4,83	25,00	22,00	29,00	13,00	36,00	0,815
	Kobieta	25,51	4,60	26,00	23,00	29,00	11,00	36,00	
Wpływ innych	Ogółem	24,67	5,47	25,00	21,00	29,00	10,00	36,00	-
	Mężczyzna	24,16	5,66	24,00	20,00	29,00	12,00	36,00	0,122
	Kobieta	24,83	5,42	25,00	21,00	29,00	10,00	36,00	
Przypadek	Ogółem	21,38	5,39	22,00	18,00	25,00	7,00	36,00	-
	Mężczyzna	21,11	5,36	21,00	18,00	24,00	9,00	35,00	0,312
	Kobieta	21,46	5,41	22,00	18,00	25,00	7,00	36,00	

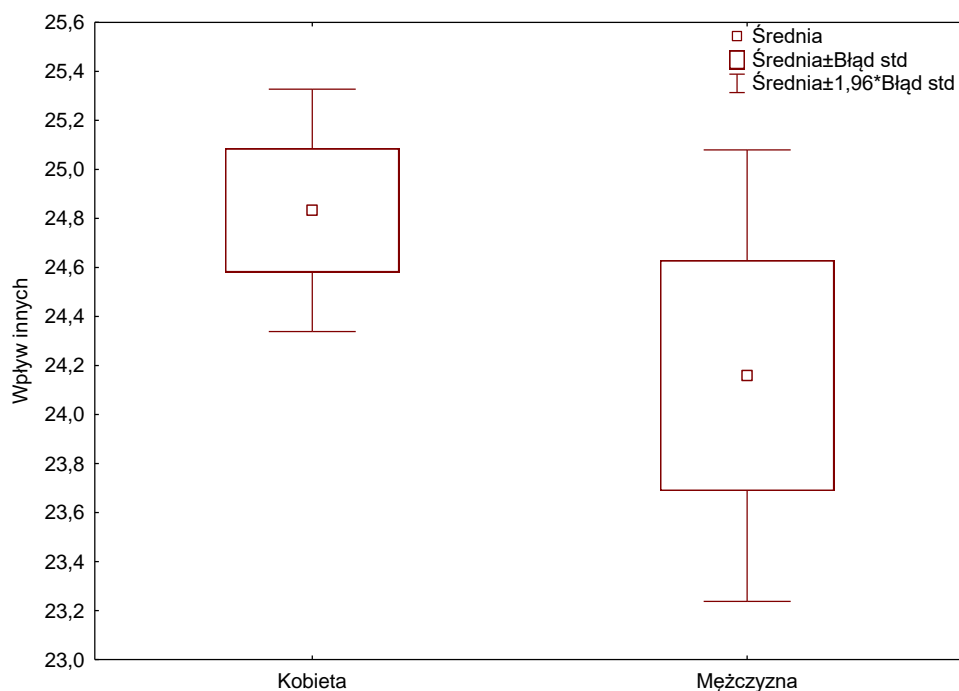
*Test U Manna-Whitneya

Zgodnie z normalizacją standaryzowanego narzędzia MHLC, wyniki otrzymane we wszystkich wymiarach omawianego narzędzia są wyższe od wartości mediany (za każdy wymiar łączna liczba punktów wynosi 36, mediana – środkowa wartość przedziału jest równa 18). Można zatem określić, że ocena umiejscowienia kontroli zdrowia badanych ma typ niezróżnicowany silny. Jest to jeden z 8 typów powiązań możliwy do uzyskania wśród badanych, zgodnie z typologią narzędzia. Poszczególne rozkłady wymiarów MHLC nie są istotnie statystycznie zróżnicowane ze względu na płeć badanych (Tab. 23).



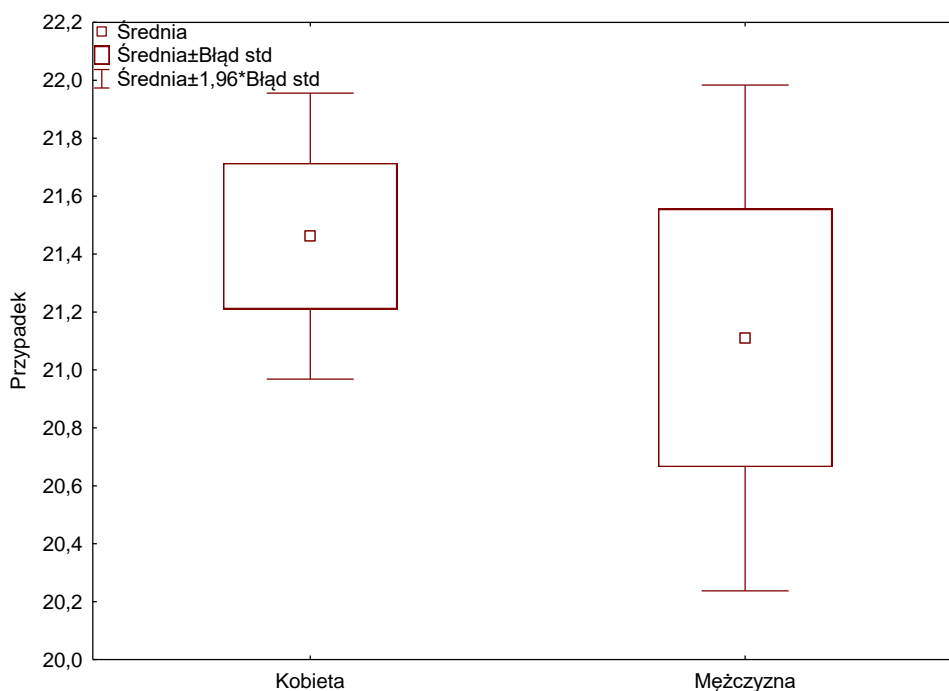
Ryc. 6. MHLC – wymiar kontrola wewnętrzna w zależności od płci badanych

Średnie wyniki dla wymiaru kontrola wewnętrzna kwestionariusza MHLC są nieznacznie wyższe w grupie mężczyzn ($M=25,63$; $SD\pm 4,83$), niż w grupie kobiet ($M=25,51$; $SD\pm 4,60$). Rozkład analizowanego czynnika nie jest istotnie statystycznie zróżnicowany ze względu na płeć badanych ($p=0,815$) (Tab. 23, Ryc. 6). Uzyskane wyniki wskazują na wysokie zaangażowanie badanych w kontrolę własnego stanu zdrowia.



Ryc. 7. MHLC – wymiar wpływ innych w zależności od płci badanych

Średnie wyniki dla wymiaru wpływ innych kwestionariusza MHLC są nieznacznie wyższe w grupie kobiet ($M=24,83$; $SD\pm 0,42$), niż w grupie mężczyzn ($M=24,16$; $SD\pm 0,66$). Rozkład analizowanego czynnika nie jest istotnie statystycznie zróżnicowany ze względu na płeć badanych ($p=0,122$) (Tab. 23, Ryc. 7). Uzyskane wyniki wskazują na wysokie oddziaływanie innych (w tym personelu medycznego) w kontrolę stanu zdrowia badanych.



Ryc. 8. MHLC – wymiar przypadek w zależności od płci badanych

Średnie wyniki dla wymiaru przypadek kwestionariusza MHLC są nieznacznie wyższe w grupie kobiet ($M=21,46$; $SD\pm 5,41$), niż w grupie mężczyzn ($M=21,11$; $SD\pm 5,36$). Rozkład analizowanego czynnika nie jest istotnie statystycznie zróżnicowany ze względu na płeć badanych ($p=0,312$) (Tab. 23, Ryc. 8). Uzyskane wyniki wskazują na niski wpływ przypadku czy innych czynników zewnętrznych na stan zdrowia badanych.

Otrzymane wyniki badań pozwoliły stwierdzić, iż w badanej grupie dominujące jest umiejscowienie kontroli zdrowia o typie: niezróżnicowany – silny. Oznacza to, iż wśród badanych wysoki wpływ na kontrolę zdrowia mają takie czynniki, jak: zdrowie własnej osoby i działań (wysokie oddziaływanie wewnętrzne), oddziaływania innych w tym personelu medycznego (wysoki wpływ innych) oraz wpływ przypadku i innych czynników zewnętrznych (wysoki wpływ przypadku).

4.4. Poczucie ogólnego przekonania jednostki o skuteczności u uczestników programów profilaktycznych

Do zbadania siły ogólnego przekonania jednostki co do skuteczności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami i przeszkodami wykorzystano standaryzowany kwestionariusz Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności – GSES. Rzetelność narzędzia sprawdzono za pomocą Alfa Cronbacha, które dla całego narzędzia wyniosło 0,93 (Tab. 24).

Tab. 24. Alfa Cronbacha dla narzędzia GSES

Alfa Cronbacha	Wyniki własne	Wyniki standaryzowane
Dla całości	0,93	0,85

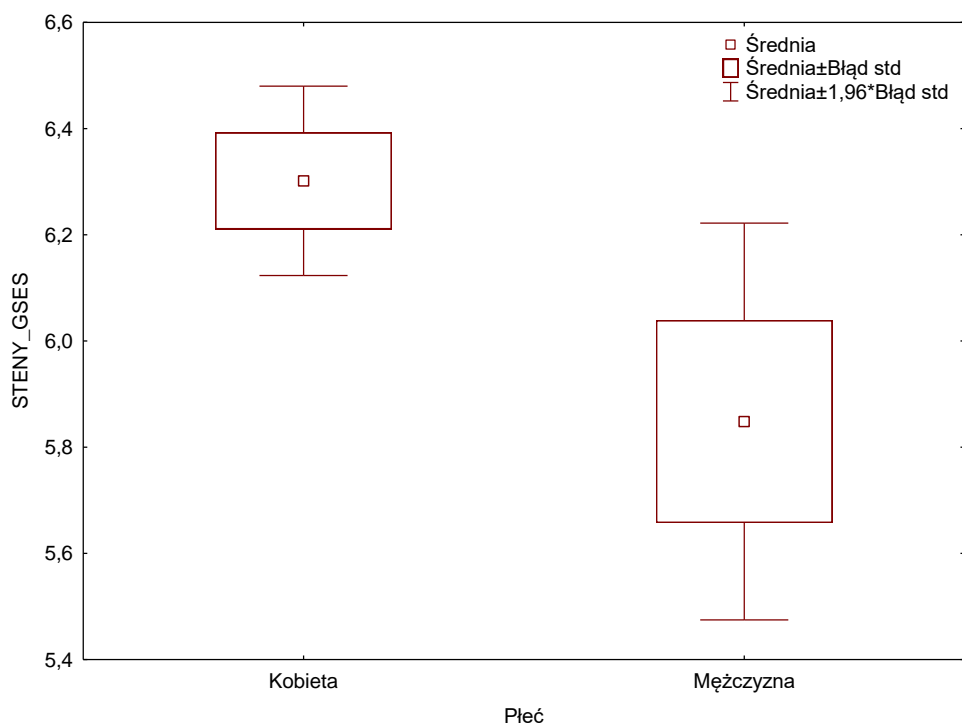
Zgodnie z normalizacją danych standaryzowanego narzędzia GSES podano wartości średnich i odchylenia standardowego oraz wartości stenowe.

Tab. 25. Wartości dla narzędzia GSES w zależności od płci badanych

GSES	Płeć	M	SD	Me	Q1	Q3	Min	Max	p-value*
SUMA GSES	Ogółem	28,87	5,47	30,00	26,00	32,00	12,00	40,00	-
	Mężczyzna	27,96	6,13	29,00	25,00	32,00	13,00	40,00	0,114
	Kobieta	29,15	5,22	30,00	27,00	32,00	12,00	40,00	
STENY GSES	Ogółem	6,19	2,04	7,00	5,00	7,00	1,00	10,00	-
	Mężczyzna	5,85	2,30	6,00	5,00	7,00	1,00	10,00	0,089
	Kobieta	6,30	1,95	7,00	5,00	7,00	1,00	10,00	

*Test U Manna-Whitneya

W badanej grupie średni wynik dla wskaźnika poczucia własnej skuteczności w skali GSES wynosi $28,87 \pm 5,47$. Średnie wyniki są wyższe w grupie kobiet ($M=29,15$; $SD \pm 5,22$), niż w grupie mężczyzn ($M=27,96$; $SD \pm 6,13$). Rozkład analizowanego czynnika nie jest istotnie statystycznie zróżnicowany ze względu na płeć badanych ($p=0,114$). Średni wynik dla grupy normalizacyjnej w narzędziu standaryzowanym jest nieznacznie niższy niż zaobserwowano w badaniach własnych (Tab. 25).



Ryc. 9. Wartości stenowe dla narzędzia GSES w zależności od płci badanych

Wyniki skali GSES w całej badanej grupie wynoszą 6,19 sten, co stanowi granicę pomiędzy wynikami średnimi i wysokimi (Tab. 25). Wartości stenowe dla wskaźnika poczucia własnej skuteczności są nieznacznie wyższe w grupie kobiet ($M=6,30$; $SD\pm 1,95$), niż w grupie mężczyzn ($M=5,85$; $SD\pm 2,30$). Rozkład analizowanego czynnika nie jest istotnie statystycznie zróżnicowany ze względu na płeć badanych ($p=0,089$) (Tab. 25, Ryc. 9).

Tab. 26. Ogólny wskaźnik poczucia własnej skuteczności (GSES) w zależności od płci badanych

Wskaźnik	Mężczyzna		Kobieta		Razem	
	n	%	n	%	n	%
Niski	34	23,45	69	20,17	103	17,00
Średni	42	28,97	146	31,67	188	31,02
Wysoki	69	47,59	246	53,36	315	51,98
Ogółem	145	100,00	461	100,00	606	100,00
$\chi^2=5,635838, df=2, p=0,060, p>\alpha; \alpha=0,05$						

Po kategoryzacji wyników stenowych można zaobserwować, iż w całej badanej grupie wysokie poczucie własnej skuteczności wykazuje 51,98% (315) uczestników programów profilaktycznych, 31,02% (188) przeciętne, a jedynie 17,00% (103) niskie. Podobnie kształtowało się to biorąc pod uwagę płeć badanych. Najczęściej badani, zarówno mężczyźni (69; 47,59%) jak i kobiety (246; 53,36%) wskazują na wysoki wskaźnik poczucia własnej skuteczności, kolejno średni (42; 28,97% vs 146, 31,67%) oraz najrzadziej niski (34; 23,45% vs 69; 20,17%). Ogólny wskaźnik wartości poczucia własnej skuteczności (GSES) nie jest istotnie zależny od płci badanych ($p=0,060$) (Tab. 26).

4.5. Różnice w zachowaniach zdrowotnych, ocenie umiejscowienia kontroli zdrowia oraz poczuciu ogólnego przekonania jednostki o skuteczności u uczestników poszczególnych programów profilaktycznych

Dokonano analizy różnic pomiędzy uczestnikami poszczególnych programów zdrowotnych w zakresie: zachowań zdrowotnych, oceny umiejscowienia kontroli zdrowia oraz poczucia ogólnego przekonania jednostki o skuteczności. Przyjęto skrócony zapis rodzaju programu:

PGŁSZ [1] – Program profilaktyki nowotworów głowy i szyi

PRP [2] – Program profilaktyki raka piersi

PRPŁ [3] – Program profilaktyki nowotworów płuc

PSZCZ [4] – Program szczepienia dla chorych onkologicznie

PRSM [5] – Program profilaktyki raka szyjki macicy

Tab. 27. Wymiary zachowań zdrowotnych (IZZ) a rodzaj programów profilaktycznych

Wymiary IZZ	Program	M	SD	Me	Q1	Q3	p-value*/ test post-hoc
Pozytywne nastawienia psychiczne	PGŁSZ [1]	3,68	0,52	4,00	3,00	4,00	0,229
	PRP [2]	3,55	0,64	4,00	3,00	4,00	
	PRPŁ [3]	3,64	0,70	4,00	3,00	4,00	
	PSZCZ [4]	3,72	0,70	4,00	3,00	4,50	
	PRSM [5]	3,69	0,63	4,00	3,00	4,00	
Zachowania profilaktyczne	PGŁSZ [1]	3,66	0,63	4,00	3,50	4,00	0,011** [1]vs [5] 0,005***
	PRP [2]	3,74	0,67	4,00	3,50	4,50	
	PRPŁ [3]	3,78	0,70	4,00	3,50	4,50	
	PSZCZ [4]	3,78	0,73	4,00	3,50	4,50	
	PRSM [5]	3,95	0,66	4,00	4,00	5,00	
Prawidłowe nawyki żywieniowe	PGŁSZ [1]	3,52	0,63	3,50	3,00	4,00	0,050
	PRP [2]	3,74	0,67	4,00	3,50	4,00	
	PRPŁ [3]	3,50	0,75	3,50	3,00	4,00	
	PSZCZ [4]	3,60	0,72	4,00	3,00	4,00	
	PRSM [5]	3,74	0,64	4,00	3,00	4,00	
Praktyki zdrowotne	PGŁSZ [1]	3,38	0,60	3,50	3,00	4,00	0,008** [3] vs [4] 0,013***
	PRP [2]	3,50	0,59	3,50	3,00	4,00	
	PRPŁ [3]	3,34	0,75	3,50	2,50	4,00	
	PSZCZ [4]	3,60	0,74	4,00	3,00	4,00	
	PRSM [5]	3,54	0,63	3,50	3,00	4,00	
Steny IZZ	PGŁSZ [1]	5,97	1,62	6,00	5,00	7,00	0,550
	PRP [2]	5,95	1,82	6,00	5,00	7,00	
	PRPŁ [3]	6,02	1,90	6,00	5,00	7,00	
	PSZCZ [4]	6,21	2,23	7,00	5,00	8,00	
	PRSM [5]	6,20	1,76	6,00	5,00	7,00	

*Test ANOVA rang Kruskala-Wallis, ** $p < \alpha$; $\alpha = 0,05$ (stwierdzono istotność statystyczną),

*** wartość testu wielokrotność porównań średnich rang dla wszystkich prób

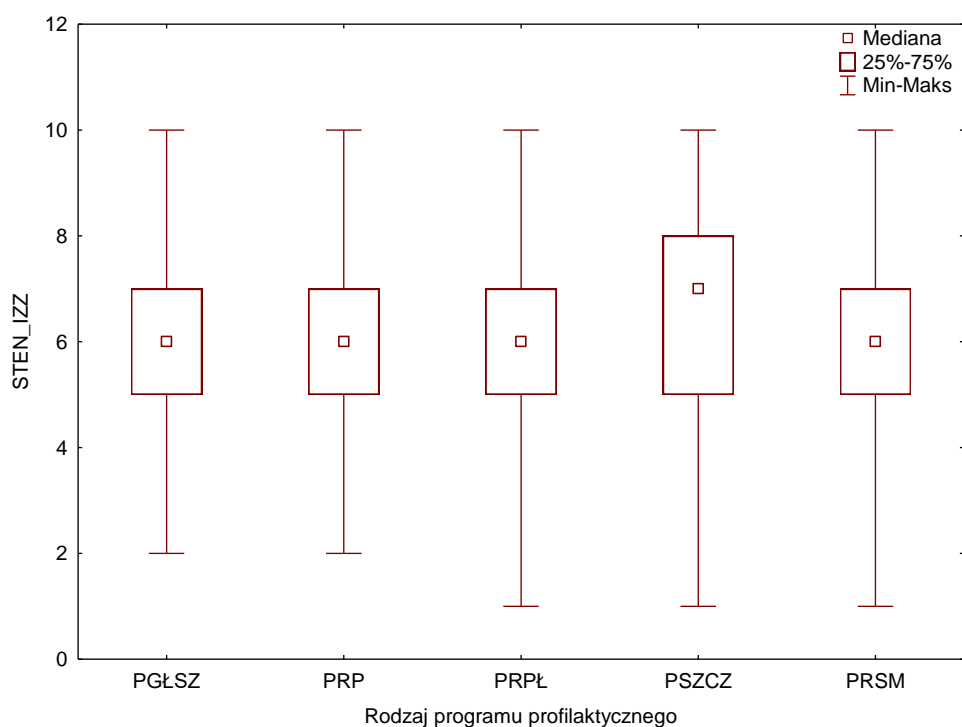
Rozkład zmiennej pozytywne nastawienia psychiczne jest nieistotnie statystycznie zróżnicowany w zależności od rodzaju programu profilaktycznego ($p=0,229$). Najwyższe wartości omawianego wymiaru stwierdzono wśród uczestników programu szczepienia dla chorych onkologicznie (PSZCZ) (Tab. 27).

Rozkład zmiennej zachowania profilaktyczne jest istotnie statystycznie zróżnicowany w zależności od programu profilaktycznego ($p=0,011$). Stwierdzono istotną statystycznie zależność pomiędzy rozkładem odpowiedzi badanego wymiaru między uczestnikami programów profilaktyki nowotworów głowy i szyi (PGŁSZ), a profilaktyki raka szyjki macicy (PRSM) ($p=0,005$), gdzie badany parametr jest wyższy w grupie uczestników programu profilaktyki raka szyjki macicy (Tab. 27).

Rozkład zmiennej prawidłowe nawyki żywieniowe jest nieistotnie statystycznie zróżnicowany w zależności od rodzaju programu profilaktycznego ($p=0,050$). Wartości omawianego wymiaru są najwyższe wśród pacjentów programu profilaktyki raka szyjki macicy (PRSM) oraz profilaktyki raka piersi (PRP) (Tab. 27).

Rozkład zmiennej praktyki zdrowotne jest istotnie statystycznie zróżnicowany w zależności od programu profilaktycznego ($p=0,008$). Stwierdzono istotną statystycznie zależność pomiędzy rozkładem odpowiedzi badanego wymiaru między uczestnikami programów profilaktyki nowotworów płuc (PRPŁ), a szczepień dla chorych onkologicznie (PSZCZ) ($p=0,013$), gdzie badany parametr jest wyższy w grupie uczestników programu szczepień (Tab. 27).

Rozkład zmiennej określającej wartości stenowe dla całego narzędzia Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) jest nieistotnie statystycznie zróżnicowany w zależności od rodzaju programu profilaktycznego ($p=0,550$). Najwyższe wartości omawianego wymiaru zaobserwowano wśród uczestników programu szczepień dla chorych onkologicznie (PSZCZ) (Tab. 27, Ryc. 10).



Ryc. 10. Wartości stenowe IZZ a rodzaj programu profilaktycznego

Ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych dla narzędzia IZZ wskazuje na wysoki poziom zachowań zdrowotnych najczęściej wśród uczestników programu szczepień dla chorych onkologicznie (PSZCZ) (63; 52,07%). Wysoki wskaźnik odnotowano też najczęściej wśród uczestników programu profilaktyki raka szyjki macicy (PRSM) (54; 44,63%) oraz profilaktyki raka piersi (54; 44,26%). Średni wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych zaobserwowano w największym stopniu wśród uczestników programu profilaktyki nowotworów głowy i szyi (PGŁSZ) (56; 46,28%) oraz profilaktyki nowotworów płuc (PRPŁ) (50; 41,32%). Rodzaj zachowań zdrowotnych dla wartości stenowych narzędzia IZZ nie jest zależny od rodzaju programu profilaktycznego ($p=0,052$) (Tab. 28).

Tab. 28. Ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych dla narzędzia IZZ w zależności od rodzaju programu

Zmienne	PGŁSZ	PRP	PRPŁ	PSZCZ	PRSM	Razem
Niski	19 (15,70)	28 (22,95)	23 (19,01)	27 (22,31)	18 (14,88)	115 (18,98)
Średni	56 (46,28)	40 (32,79)	50 (41,32)	31 (25,62)	49 (40,50)	226 (37,29)
Wysoki	46 (38,02)	54 (44,26)	48 (39,67)	63 (52,07)	54 (44,63)	265 (43,73)
Ogółem	121 (100)	122 (100)	121 (100)	121 (100)	121 (100)	606 (100)
Test $\chi^2=15,35982$, $df=8$, $p=0,052$, $p>\alpha$; $\alpha=0,05$						

Kolejnym elementem przeprowadzonej analizy jest wskazanie różnic w zakresie oceny umiejscowienia kontroli zdrowia (MHLC) wśród badanych uczestników programów profilaktycznych.

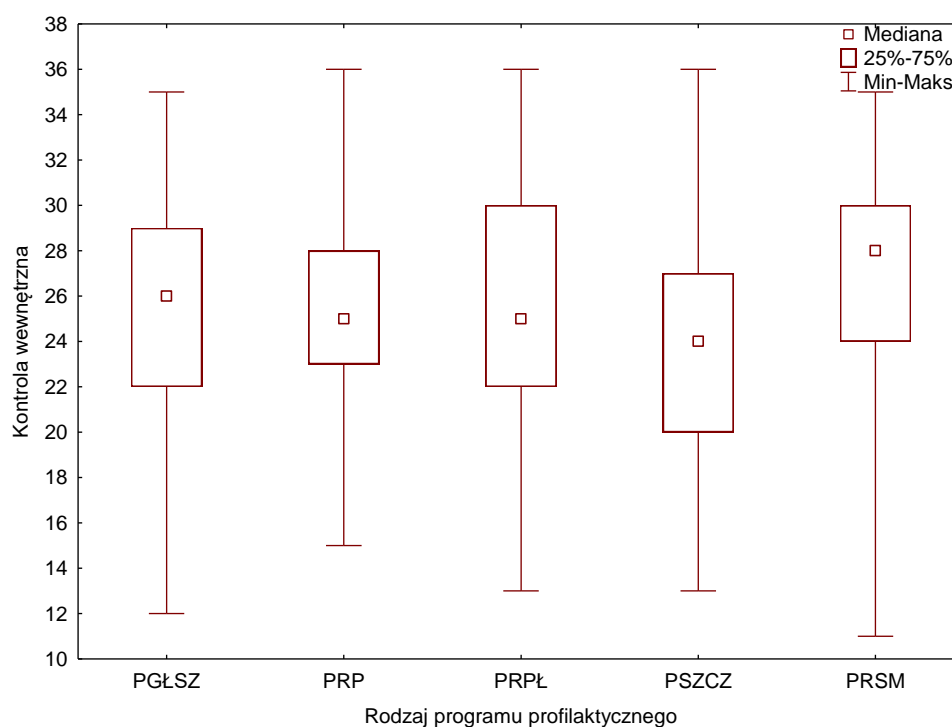
Tab. 29. Poszczególne wymiary narzędzia MHLC a rodzaj programu profilaktycznego

Wymiary MHLC	Program	M	SD	Me	Q1	Q3	p-value*/ test post-hoc
Kontrola wewnętrzna	PGŁSZ [1]	25,49	4,64	26,00	22,00	29,00	0,000**
	PRP [2]	25,20	4,24	25,00	23,00	28,00	[2] vs [5]
	PRPŁ [3]	25,88	4,95	25,00	22,00	30,00	0,009***,
	PSZCZ [4]	24,18	4,84	24,00	20,00	27,00	[4] vs [5]
	PRSM [5]	26,97	4,16	28,00	24,00	30,00	0,000***
Wpływ innych	PGŁSZ [1]	23,59	5,18	23,00	20,00	27,00	0,031**
	PRP [2]	24,64	5,53	25,00	21,00	29,00	
	PRPŁ [3]	25,81	4,57	25,00	23,00	30,00	[1] vs [3]
	PSZCZ [4]	24,45	6,68	24,00	19,00	30,00	0,015***
	PRSM [5]	24,88	5,06	25,00	21,00	28,00	
Przypadek	PGŁSZ [1]	20,02	4,86	20,00	17,00	23,00	0,011**
	PRP [2]	21,66	5,60	22,00	18,00	26,00	[1] vs [3]
	PRPŁ [3]	21,97	5,36	22,00	19,00	25,00	0,014***,
	PSZCZ [4]	22,12	5,23	22,00	19,00	25,00	[1] vs [4]
	PRSM [5]	21,12	5,70	22,00	17,00	25,00	0,049***

*Test ANOVA rang Kruskala-Wallisa, ** $p < \alpha$; $\alpha = 0,05$ (stwierdzono istotność statystyczną),

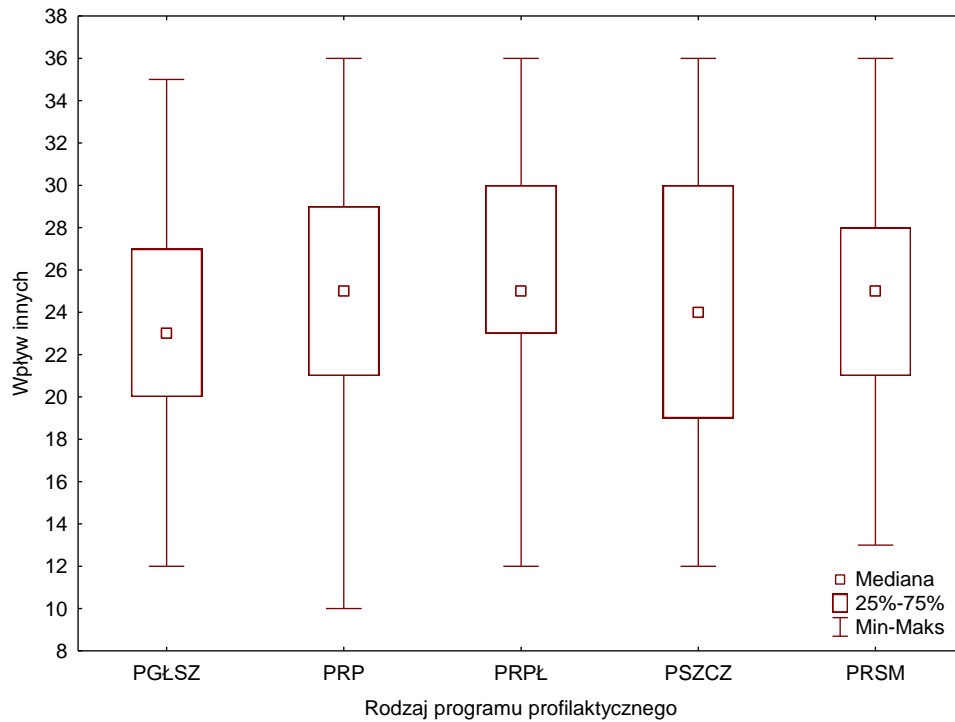
*** wartość testu wielokrotność porównań średnich rang dla wszystkich prób

Rozkład zmiennej kontrola wewnętrzna jest istotnie statystycznie zróżnicowany w zależności od programu profilaktycznego ($p=0,000$). Stwierdzono istotną statystycznie zależność pomiędzy rozkładem odpowiedzi badanego wymiaru między uczestnikami programów profilaktyki raka piersi (PRP) a profilaktyki raka szyjki macicy (PRSM) ($p=0,009$) oraz programu szczepień dla chorych onkologicznie (PSZCZ) a profilaktyki raka szyjki macicy (PRSM) ($p=0,000$), gdzie badany parametr jest wyższy w grupie uczestników programu profilaktyki raka szyjki macicy (Tab. 29, Ryc. 11).



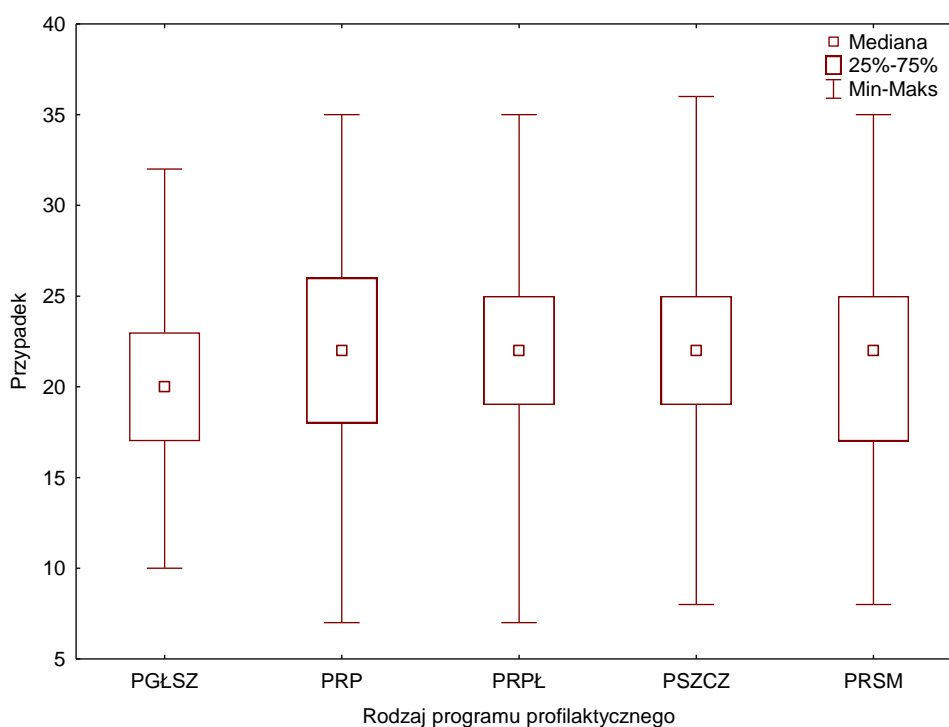
Ryc. 11. MHLC – wymiar kontrola wewnętrzna a rodzaj programu profilaktycznego

Rozkład zmiennej wpływ innych jest istotnie statystycznie zróżnicowany w zależności od programu profilaktycznego ($p=0,031$). Stwierdzono istotną statystycznie zależność pomiędzy rozkładem odpowiedzi badanego wymiaru między uczestnikami programów profilaktyki nowotworów głowy i szyi (PGŁSZ) a profilaktyki nowotworów płuc (PRPŁ) ($p=0,015$), gdzie badany parametr jest wyższy w grupie pacjentów programu profilaktyki nowotworów płuc (Tab. 29, Ryc. 12).



Ryc. 12. MHLC – wymiar wpływ innych a rodzaj programu profilaktycznego

Rozkład zmiennej przypadek jest istotnie statystycznie zróżnicowany w zależności od programu profilaktycznego ($p=0,011$). Stwierdzono istotną statystycznie zależność pomiędzy rozkładem odpowiedzi badanego wymiaru między uczestnikami programów profilaktyki nowotworów głowy i szyi (PRGŁSZ) a profilaktyki nowotworów płuc (PRPŁ) ($p=0,014$) oraz profilaktyki nowotworów głowy i szyi (PRGŁSZ) a programu szczepień dla chorych onkologicznie (PSZCZ) ($p=0,049$), gdzie badany parametr jest niższy w grupie pacjentów programu profilaktyki nowotworów głowy i szyi (Tab. 29, Ryc. 13).



Ryc. 13. MHLC – wymiar przypadek a rodzaj programu profilaktycznego

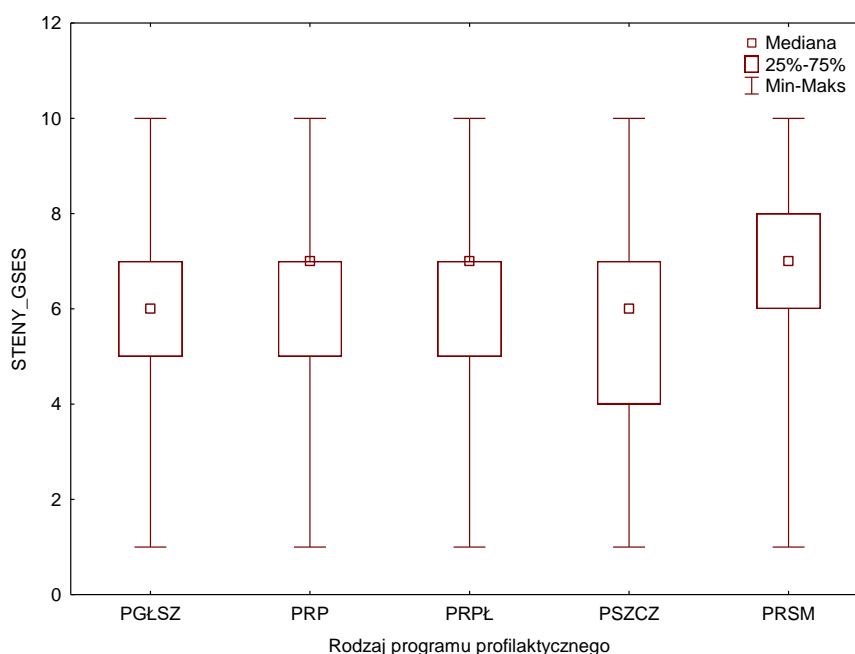
Kolejnym elementem przeprowadzonej analizy jest wskazanie różnic w zakresie poczucia ogólnego przekonania jednostki o skuteczności wśród badanych uczestników programów profilaktycznych.

Tab. 30. Wartości stenowe dla narzędzia GSES a rodzaj programu profilaktycznego

GSES	Płeć	M	SD	Me	Q1	Q3	p-value*/ test post-hoc
STENY GSES	PGŁSZ [1]	5,84	2,27	6,00	5,00	7,00	0,000**
	PRP [2]	6,39	1,75	7,00	5,00	7,00	[1] vs [5]
	PRPŁ [3]	6,16	2,09	7,00	5,00	7,00	0,005***
	PSZCZ [4]	5,69	2,19	6,00	4,00	7,00	[4] vs [5]
	PRSM [5]	6,88	1,69	7,00	6,00	8,00	0,000***

*Test ANOVA rang Kruskala-Wallisa, ** $p < \alpha$; $\alpha = 0,05$ (stwierdzono istotność statystyczną),
*** wartość testu wielokrotność porównań średnich rang dla wszystkich prób

Rozkład zmiennej steny dla narzędzia GSES jest istotnie statystycznie zróżnicowany w zależności od programu profilaktycznego ($p=0,000$). Stwierdzono istotną statystycznie zależność pomiędzy rozkładem odpowiedzi narzędzia standaryzowanego pomiędzy uczestnikami programów profilaktyki nowotworów głowy i szyi (PGŁSZ) a profilaktyki raka szyjki macicy (PRSM) ($p=0,005$), a także pomiędzy uczestnikami programu szczepień dla chorych onkologicznie (PSZCZ) a profilaktyki raka szyjki macicy (PRSM) ($p=0,000$), gdzie wartości skali uogólnionej własnej skuteczności są wyższe w grupie pacjentów programu profilaktyki raka szyjki macicy (Tab. 30, Ryc. 14).



Ryc. 14. Wartości stenowe dla narzędzia GSES a rodzaj programu profilaktycznego

Uczestnicy wszystkich analizowanych programów profilaktycznych najczęściej wskazywali na wysoki wskaźnik poczucia własnej skuteczności, największa grupa wśród badanych z programu profilaktyki raka szyjki macicy (PRSM) (82; 67,77%), a najmniejsza wśród badanych z programu szczepień dla chorych onkologicznie (PSZCZ) (45; 37,19%).Wskaźnik średni poczucia własnej skuteczności zaobserwowano w największym stopniu u badanych z programu profilaktyki raka piersi (PRP) (45; 36,89%) i w najmniejszym zakresie u badanych z programu profilaktyki raka szyjki macicy (PRSM) (32; 26,45%). Najrzadziej odnotowano niski wskaźnik, w każdej grupie. Najmniejszy wśród uczestników programu profilaktyki raka szyjki macicy (PRSM) (7; 5,79%). Ogólny wskaźnik wartości poczucia własnej skuteczności (GSES) jest zależny od rodzaju programu profilaktycznego ($p=0,000$) (Tab. 31).

Tab. 31. Ogólny wskaźnik dla GSES w zależności od rodzaju programu profilaktycznego

Zmienne	PGŁSZ	PRP	PRPŁ	PSZCZ	PRSM	Razem
Niski	29 (23,97)	11 (9,02)	23 (19,01)	33 (27,27)	7 (5,79)	103 (17,00)
Średni	34 (28,10)	45 (36,89)	34 (28,10)	43 (35,54)	32 (26,45)	188 (31,02)
Wysoki	58 (47,93)	66 (54,10)	64 (52,89)	45 (37,19)	82 (67,77)	315 (51,98)
Ogółem	121 (100)	122 (100)	121 (100)	121 (100)	121 (100)	606 (100)
Test $\chi^2=39,81461$, $df=8$, $p=0,000$, $p<\alpha$; $\alpha=0,05$						

4.6. Wpływ umiejscowienia kontroli zdrowia na poziom zachowań zdrowotnych uczestników programów profilaktycznych

Umiejscowienie kontroli zdrowia wpływa na zachowania zdrowotne badanych i jest zróżnicowane ze względu na płeć.

Tab. 32. Kontrola wewnętrzna (MHLC) a poszczególne wymiary zachowań zdrowotnych (IZZ)

Para zmiennych	rho Spearmana	t(N-2)	p-value*
Kontrola wewnętrzna a pozytywne nastawienia psychiczne	0,176	4,399	0,001**
Kontrola wewnętrzna a zachowania profilaktyczne	0,169	4,214	0,001**
Kontrola wewnętrzna a prawidłowe nawyki żywieniowe	0,075	1,847	0,065
Kontrola wewnętrzna a praktyki zdrowotne	0,059	1,439	0,151
Kontrola wewnętrzna a steny narzędzia IZZ	0,137	3,404	0,001**

* Analiza korelacji rho Spearmana, ** $p < \alpha$; $\alpha = 0,05$ (stwierdzono istotność statystyczną)

Wraz ze wzrostem kontroli wewnętrznej własnego zdrowia, stwierdzono zależność pomiędzy pozytywnym nastawieniem psychicznym badanych ($r=0,176$; $p=0,001$) oraz zachowaniami profilaktycznymi ($r=0,169$; $p=0,001$) (Tab. 32).

Tab. 33. Kontrola wewnętrzna (MHLC) a poszczególne wymiary zachowań zdrowotnych (IZZ) w zależności od płci badanych

Para zmiennych	Płeć	rho Spearmana	t(N-2)	p-value*
Kontrola wewnętrzna a pozytywne nastawienia psychiczne	Kobieta	0,143	3,087	0,002**
Kontrola wewnętrzna a zachowania profilaktyczne	Kobieta	0,180	3,899	0,001**
Kontrola wewnętrzna a prawidłowe nawyki żywieniowe	Kobieta	0,081	1,733	0,084
Kontrola wewnętrzna a praktyki zdrowotne	Kobieta	0,077	1,648	0,100
Kontrola wewnętrzna a steny narzędzia IZZ	Kobieta	0,141	3,055	0,002**
Kontrola wewnętrzna a pozytywne nastawienia psychiczne	Mężczyzna	0,275	3,423	0,001**
Kontrola wewnętrzna a zachowania profilaktyczne	Mężczyzna	0,141	1,710	0,090
Kontrola wewnętrzna a prawidłowe nawyki żywieniowe	Mężczyzna	0,046	0,551	0,583
Kontrola wewnętrzna a praktyki zdrowotne	Mężczyzna	0,001	0,012	0,990
Kontrola wewnętrzna a steny narzędzia IZZ	Mężczyzna	0,125	1,502	0,135

* Analiza korelacji rho Spearmana, ** $p < \alpha$; $\alpha = 0,05$ (stwierdzono istotność statystyczną)

W grupie badanych kobiet, wraz ze wzrostem kontroli wewnętrznej własnego zdrowia, stwierdzono istotną statystycznie zależność pomiędzy zachowaniami profilaktycznymi ($r=0,180$; $p=0,001$) oraz pozytywnym nastawieniem psychicznym ($r=0,143$; $p=0,002$). W grupie badanych mężczyzn, wraz ze wzrostem kontroli własnego zdrowia, stwierdzono istotną statystycznie zależność tylko pomiędzy pozytywnym nastawieniem psychicznym ($r=0,275$; $p=0,001$) (Tab. 33). Warto zauważyć, iż jedynie w grupie kobiet uznanie kontroli nad własnym zdrowiem jako zależnej od swojej osoby przekłada się na podejmowanie zachowań profilaktycznych.

Tab. 34. Wpływ innych (MHLC) a poszczególne wymiary zachowań zdrowotnych (IZZ)

Para zmiennych	rho Spearmana	t(N-2)	p-value*
Wpływ innych a pozytywne nastawienia psychiczne	0,158	3,942	0,000**
Wpływ innych a zachowania profilaktyczne	0,248	6,284	0,000**
Wpływ innych a prawidłowe nawyki żywieniowe	0,122	3,009	0,003**
Wpływ innych a praktyki zdrowotne	0,146	3,637	0,000**
Wpływ innych a steny narzędzia IZZ	0,180	4,490	0,000**

* Analiza korelacji rho Spearmana, ** $p < \alpha$; $\alpha = 0,05$ (stwierdzono istotność statystyczną)

Wraz ze wzrostem oddziaływania innych (zwłaszcza personelu medycznego) na zdrowie badanych, zaobserwowano istotnie statystyczną zależność pomiędzy wszystkimi omawianymi wymiarami zachowań zdrowotnych (IZZ) badanej grupy. W największym stopniu dotyczy to ogólnego wskaźnika zachowań profilaktycznych ($r=0,248$; $p=0,000$), kolejno pozytywnego nastawienia psychicznego ($r=0,158$; $p=0,000$), podejmowanych praktyk zdrowotnych ($r=0,146$; $p=0,000$) oraz przestrzegania prawidłowych nawyków żywieniowych ($r=0,122$; $p=0,003$) (Tab. 34).

Tab. 35. Wpływ innych (MHLC) a poszczególne wymiary zachowań zdrowotnych (IZZ) w zależności od płci badanych

Para zmiennych	Płeć	rho Spearmana	t(N-2)	p-value*
Wpływ innych a pozytywne nastawienia psychiczne	Kobieta	0,153	3,316	0,001**
Wpływ innych a zachowania profilaktyczne	Kobieta	0,275	6,129	0,000**
Wpływ innych a prawidłowe nawyki żywieniowe	Kobieta	0,110	2,360	0,019**
Wpływ innych a praktyki zdrowotne	Kobieta	0,157	3,407	0,001**
Wpływ innych a steny narzędzia IZZ	Kobieta	0,200	4,375	0,000**
Wpływ innych a pozytywne nastawienia psychiczne	Mężczyzna	0,199	2,425	0,017**
Wpływ innych a zachowania profilaktyczne	Mężczyzna	0,142	1,721	0,087
Wpływ innych a prawidłowe nawyki żywieniowe	Mężczyzna	0,088	1,060	0,291
Wpływ innych a praktyki zdrowotne	Mężczyzna	0,113	1,361	0,176
Wpływ innych a steny narzędzia IZZ	Mężczyzna	0,141	1,700	0,091

* Analiza korelacji rho Spearmana, ** $p < \alpha$; $\alpha = 0,05$ (stwierdzono istotność statystyczną)

W grupie badanych kobiet, wraz ze wzrostem oddziaływania innych (zwłaszcza personelu medycznego) na zdrowie jednostki, stwierdzono istotną statystycznie zależność pomiędzy wszystkimi wymiarami zachowań zdrowotnych. W największym stopniu były to zachowania profilaktyczne ($r=0,275$; $p=0,000$), praktyki zdrowotne ($r=0,157$; $p=0,001$), pozytywne nastawienia psychiczne ($r=0,153$; $p=0,001$) i prawidłowe nawyki żywieniowe ($r=0,110$; $p=0,019$). W grupie mężczyzn, wraz ze wzrostem oddziaływania innych (zwłaszcza personelu medycznego) na zdrowie jednostki, zaobserwowano istotną statystycznie zależność jedynie w wymiarze pozytywnego nastawienia psychicznego ($r=0,199$; $p=0,017$) (Tab. 35). Wskazuje to na różnice w omawianym zakresie zależnie od płci badanych.

Tab. 36. Przypadek (MHLC) a poszczególne wymiary zachowań zdrowotnych (IZZ)

Para zmiennych	rho Spearmana	t(N-2)	p-value*
Przypadek a pozytywne nastawienia psychiczne	-0,023	-0,576	0,565
Przypadek a zachowania profilaktyczne	0,046	1,143	0,254
Przypadek a prawidłowe nawyki żywieniowe	-0,015	-0,363	0,717
Przypadek a praktyki zdrowotne	0,026	0,639	0,523
Przypadek a steny narzędzia IZZ	0,001	0,020	0,984

* Analiza korelacji rho Spearmana

Wraz ze wzrostem oddziaływania przypadku, nie zaobserwowano istotnie statystycznej zależności między żadnym z wymiarów zachowań zdrowotnych (Tab. 36).

Tab. 37. Przypadek (MHLC) a poszczególne wymiary zachowań zdrowotnych (IZZ) w zależności od płci badanych

Para zmiennych	Płeć	rho Spearmana	t(N-2)	p-value*
Przypadek a pozytywne nastawienia psychiczne	Kobieta	-0,016	-0,351	0,726
Przypadek a zachowania profilaktyczne	Kobieta	0,056	1,202	0,230
Przypadek a prawidłowe nawyki żywieniowe	Kobieta	-0,047	-1,004	0,316
Przypadek a praktyki zdrowotne	Kobieta	0,050	1,067	0,286
Przypadek a steny narzędzia IZZ	Kobieta	0,007	0,159	0,873
Przypadek a pozytywne nastawienia psychiczne	Mężczyzna	-0,041	-0,490	0,625
Przypadek a zachowania profilaktyczne	Mężczyzna	-0,009	-0,108	0,914
Przypadek a prawidłowe nawyki żywieniowe	Mężczyzna	0,011	0,128	0,899
Przypadek a praktyki zdrowotne	Mężczyzna	-0,051	-0,613	0,541
Przypadek a steny narzędzia IZZ	Mężczyzna	-0,001	-0,005	0,997

* Analiza korelacji rho Spearmana

Wraz ze wzrostem oddziaływania przypadku czy innych czynników zewnętrznych na zdrowie jednostki, nie zaobserwowano istotnie statystycznej zależności pomiędzy żadnym z omawianych wymiarów zachowań zdrowotnych (IZZ) w zależności od płci badanych osób (Tab. 37).

4.7. Związek zmiennych społeczno – demograficznych z postawami wobec zdrowia uczestników programów profilaktycznych

W celu zaobserwowania związku zmiennych społeczno-demograficznych z rodzajami postaw wobec zdrowia uczestników programów profilaktycznych, przeprowadzono analizy wyników otrzymanych w autorskim kwestionariuszu ankiety, kwestionariuszu Inwentarzu Zachowań Zdrowotnych – IZZ, kwestionariuszu Wielowymiarowej Skali Umiejscowienia Kontroli Zdrowia – MHLC (wersja B) oraz kwestionariuszu Skali Uogólnionej Własnej Skuteczności – GSES. Na podstawie otrzymanych wyników badań można stwierdzić, iż miejsce zamieszkania nie determinuje zachowań zdrowotnych badanych. Wiek, wykształcenie, warunki materialne, stan zdrowia, styl życia są to zmienne różnicujące postawy wobec zdrowia wśród uczestników programów profilaktycznych.

Tab. 38. Wiek a postawy wobec zdrowia badanych

Wiek a postawy wobec zdrowia	rho Spearmana	t(N-2)	p-value*
Wiek a pozytywne nastawienia psychiczne	-0,018	-0,436	0,663
Wiek a zachowania profilaktyczne	-0,051	-1,249	0,212
Wiek a prawidłowe nawyki żywieniowe	-0,041	-1,005	0,315
Wiek a praktyki zdrowotne	0,077	1,899	0,058
Wiek a steny narzędzia IZZ	0,033	0,802	0,423
Wiek a kontrola wewnętrzna	-0,179	-4,462	0,000**
Wiek a wpływ innych	0,041	1,003	0,316
Wiek a przypadek	0,095	2,351	0,019**
Wiek a steny narzędzia GSES	-0,165	-4,120	0,000**

* Analiza korelacji rho Spearmana, ** $p < \alpha$; $\alpha = 0,05$ (stwierdzono istotność statystyczną)

Stwierdzono istotną statystycznie zależność pomiędzy dwoma wymiarami Wielowymiarowej Skali Umiejszczenia Kontroli Zdrowia (MHLC): zmniejszeniem kontroli wewnętrznej ($r=-0,179$; $p=0,000$) oraz zwiększeniem wpływu przypadku ($r=0,095$; $p=0,019$) wraz z wiekiem badanych. Ogólne przekonanie jednostki co do skuteczności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami i przeszkodami według Skali Uogólnionej Własnej Skuteczności – GSES zmniejsza się wraz z wiekiem badanych ($r=-0,165$; $p=0,000$). Nie wykazano istotnie statystycznego związku pomiędzy zachowaniami zdrowotnymi wg Inwentarza Zachowań Zdrowotnych (IZZ) a wiekiem badanych (Tab. 38).

Tab. 39. Wykształcenie a postawy wobec zdrowia badanych

Wykształcenie a postawy wobec zdrowia	rho Spearmana	t(N-2)	p-value*
Wykształcenie a pozytywne nastawienia psychiczne	0,055	1,364	0,173
Wykształcenie a zachowania profilaktyczne	0,067	1,659	0,098
Wykształcenie a prawidłowe nawyki żywieniowe	0,132	3,267	0,001**
Wykształcenie a praktyki zdrowotne	0,062	1,522	0,129
Wykształcenie a steny narzędzia IZZ	0,059	1,451	0,147
Wykształcenie a kontrola wewnętrzna	0,118	2,909	0,004**
Wykształcenie a wpływ innych	-0,022	-0,546	0,585
Wykształcenie a przypadek	-0,207	-5,193	0,000**
Wykształcenie a steny narzędzia GSES	0,145	3,593	0,000**

* Analiza korelacji rho Spearmana, ** $p < \alpha$; $\alpha = 0,05$ (stwierdzono istotność statystyczną)

Wykazano korelację pomiędzy wykształceniem, a jednym wymiarem zachowań zdrowotnych wg Inwentarza Zachowań Zdrowotnych (IZZ), tj. prawidłowymi nawykami żywieniowymi ($r=0,132$; $p=0,001$). Prawidłowy sposób odżywiania wzrasta wraz z poziomem wykształcenia badanych. Stwierdzono istotną statystycznie zależność pomiędzy dwoma wymiarami Wielowymiarowej Skali Umiejszczenia Kontroli Zdrowia (MHLC): zwiększeniem kontroli wewnętrznej ($r=0,118$; $p=0,004$) oraz zmniejszeniem wpływu przypadku ($r=-0,207$; $p=0,000$) wraz z wyższym wykształceniem badanych. Ogólne przekonanie jednostki co do skuteczności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami i przeszkodami według Skali Uogólnionej Własnej Skuteczności (GSES) zwiększa się wraz z poziomem wykształcenia pacjentów ($r=0,145$; $p=0,000$) (Tab. 39).

Tab. 40. Warunki materialne a postawy wobec zdrowia badanych

Warunki materialne a postawy wobec zdrowia	rho Spearmana	t(N-2)	p-value*
Warunki materialne a pozytywne nastawienia psychiczne	0,106	2,615	0,009**
Warunki materialne a zachowania profilaktyczne	0,048	1,184	0,237
Warunki materialne a prawidłowe nawyki żywieniowe	0,086	2,116	0,035**
Warunki materialne a praktyki zdrowotne	0,083	2,058	0,040**
Warunki materialne a steny narzędzia IZZ	0,075	1,836	0,067
Warunki materialne a kontrola wewnętrzna	0,106	2,626	0,009**
Warunki materialne a wpływ innych	-0,002	-0,061	0,951
Warunki materialne a przypadek	-0,033	-0,819	0,413
Warunki materialne a steny narzędzia GSES	0,124	3,073	0,002**

* Analiza korelacji rho Spearmana, ** $p < \alpha$; $\alpha = 0,05$ (stwierdzono istotność statystyczną)

Stwierdzono istotną statystycznie zależność pomiędzy warunkami materialnymi badanych, a trzema wymiarami zachowań zdrowotnych wg Inwentarza Zachowań Zdrowotnych (IZZ), tj. pozytywnym nastawieniem psychicznym ($r=0,106$; $p=0,009$), prawidłowymi nawykami żywieniowymi ($r=0,086$; $p=0,035$) oraz praktykami zdrowotnymi ($r=0,083$; $p=0,040$). Wraz z wyższym poziomem warunków materialnych badanych wzrasta pozytywne nastawienie psychiczne, właściwy sposób odżywiania oraz praktyki zdrowotne w zakresie prozdrowotnego stylu życia. Wykazano korelację pomiędzy jednym wymiarem Wielowymiarowej Skali Umiejscowienia Kontroli Zdrowia (MHLC), czyli zwiększeniem kontroli wewnętrznej ($r=0,106$; $p=0,009$) wraz z wyższym poziomem warunków materialnych badanych. Ogólne przekonanie jednostki co do skuteczności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami i przeszkodami według Skali Uogólnionej Własnej Skuteczności (GSES) zwiększa się wraz z poziomem warunków materialnych badanych ($r=0,124$; $p=0,002$) (Tab. 40).

Tab. 41. Stan zdrowia a postawy wobec zdrowia badanych

Stan zdrowia a postawy wobec zdrowia	rho Spearmana	t(N-2)	p-value*
Stan zdrowia a pozytywne nastawienia psychiczne	0,039	0,950	0,342
Stan zdrowia a zachowania profilaktyczne	-0,021	-0,521	0,603
Stan zdrowia a prawidłowe nawyki żywieniowe	0,072	1,779	0,076
Stan zdrowia a praktyki zdrowotne	0,047	1,145	0,253
Stan zdrowia a steny narzędzia IZZ	0,034	0,847	0,397
Stan zdrowia a kontrola wewnętrzna	0,004	0,088	0,930
Stan zdrowia a wpływ innych	-0,157	-3,899	0,000**
Stan zdrowia a przypadek	-0,134	-3,317	0,001**
Stan zdrowia a steny narzędzia GSES	0,047	1,160	0,247

* Analiza korelacji rho Spearmana, ** $p < \alpha$; $\alpha = 0,05$ (stwierdzono istotność statystyczną)

Wykazano korelację pomiędzy dwoma wymiarami Wielowymiarowej Skali Umiejscowienia Kontroli Zdrowia (MHLC): zmniejszeniem wpływu innych ($r = -0,157$; $p = 0,000$) oraz zmniejszeniem wpływu przypadku ($r = -0,134$; $p = 0,001$) wraz z wyższą subiektywną oceną stanu zdrowia badanych. Nie wykazano istotnie statystycznego związku pomiędzy ogólnym przekonaniem jednostki co do skuteczności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami i przeszkodami według Skali Uogólnionej Własnej Skuteczności (GSES) oraz zachowaniami zdrowotnymi wg Inwentarza Zachowań Zdrowotnych (IZZ), a stanem zdrowia badanych (Tab. 41).

Tab. 42. Styl życia a postawy wobec zdrowia badanych

Styl życia a postawy wobec zdrowia	rho Spearmana	t(N-2)	p-value*
Styl życia a pozytywne nastawienia psychiczne	0,229	5,778	0,000**
Styl życia a zachowania profilaktyczne	0,232	5,862	0,000**
Styl życia a prawidłowe nawyki żywieniowe	0,280	7,157	0,000**
Styl życia a praktyki zdrowotne	0,212	5,343	0,000**
Styl życia a steny narzędzia IZZ	0,250	6,339	0,000**
Styl życia a kontrola wewnętrzna	0,060	1,481	0,139
Styl życia a wpływ innych	0,095	2,354	0,019**
Styl życia a przypadek	-0,025	-0,624	0,533
Styl życia a steny narzędzia GSES	0,136	3,384	0,001**

* Analiza korelacji rho Spearmana, ** $p < \alpha$; $\alpha = 0,05$ (stwierdzono istotność statystyczną)

Stwierdzono istotną statystycznie zależność pomiędzy wyższą, subiektywną oceną stylu życia badanych, a wszystkimi wymiarami zachowań zdrowotnych wg Inwentarza Zachowań Zdrowotnych (IZZ), a mianowicie: pozytywnym nastawieniem psychicznym ($r=0,229$; $p=0,000$), prawidłowymi praktykami profilaktycznymi ($r=0,232$; $p=0,000$), właściwymi nawykami związanymi ze sposobem odżywiania ($r=0,280$; $p=0,000$) oraz podejmowanymi praktykami zdrowotnymi ($r=0,212$; $p=0,000$). Wykazano korelację pomiędzy jednym wymiarem Wielowymiarowej Skali Umiejscowienia Kontroli Zdrowia (MHLC): zwiększeniem wpływu innych ($r=0,095$; $p=0,019$) wraz z wyższą subiektywną oceną stylu jako sprzyjający zdrowiu przez badanych. Ogólne przekonanie jednostki co do skuteczności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami i przeszkodami według Skali Uogólnionej Własnej Skuteczności (GSES) zwiększa się wraz z oceną stylu życia jako prozdrowotny wśród badanych ($r=0,136$; $p=0,001$) (Tab. 42).

4.8. Wpływ udziału w programie profilaktycznym na zmianę postaw wobec zdrowia jako sprzyjające zdrowiu

Udział w programach profilaktycznych przyczynił się do zdecydowanej zmiany postaw wobec zdrowia wśród badanych. Jednocześnie należy zwrócić uwagę, iż system ochrony zdrowia nie realizuje w pełni swoich założeń. Determinantami (czynnikami), które wpłynęły na udział pacjentów w danym programie profilaktycznym nie było skierowanie na badanie przez lekarza czy ogłoszenie informacyjne w placówkach ochrony zdrowia, ale ogłoszenie informacyjne o programie w mediach.

Tab. 43. Zmiana postaw wobec zdrowia na sprzyjające zdrowiu wśród badanych w zależności od rodzaju programu

Zmienne	PGLSZ	PRP	PRPL	PSZCZ	PRSM	Razem
Zdecydowanie wpłynął	79 (65,83)	89 (72,95)	90 (75,63)	91 (75,21)	89 (74,17)	438(72,76)
W średnim stopniu wpłynął	36 (30,00)	27 (22,13)	29 (24,37)	30 (24,79)	24 (20,00)	146(24,25)
Wcale nie wpłynął	5 (4,17)	6 (4,92)	0 (0,00)	0 (0,00)	7 (5,83)	18(2,99)
Test $\chi^2=22,44766$, $df=8$, $p=0,004$, $p<\alpha$; $\alpha=0,05$						

Analizując poszczególne programy profilaktyczne można zaobserwować, iż w największym stopniu udział w programie profilaktycznym wpłynął na zmianę postaw wobec zdrowia na sprzyjające zdrowiu wśród uczestników programu profilaktyki nowotworów płuc (90; 75,63%), programu szczepień dla chorych onkologicznie (91; 75,21%) oraz programu profilaktyki raka szyjki macicy (89; 74,17%). W niewiele mniejszym stopniu w grupie uczestników programu profilaktyki raka piersi (89; 72,95%), a w najmniejszym stopniu wśród uczestników programu profilaktyki nowotworów głowy i szyi (79; 65,83%). Ogólnie nie odnotowano chęci zmiany stylu życia na prozdrowotny (pod wpływem udziału w programie) jedynie wśród 2,99% (18) badanych, w średnim stopniu wśród 24,25% (146) badanych, natomiast u zdecydowanej większości zaobserwowano taką zależność (438; 72,76%). Zmiana postaw wobec zdrowia na sprzyjające zdrowiu wśród badanych jest istotnie statystycznie zależna od ich rodzajów ($p=0,004$) (Tab. 43).

Tab. 44. Zmiana postaw wobec zdrowia na sprzyjające zdrowiu w zależności od płci badanych

Zmienna	Mężczyzna		Kobieta		Razem	
	n	%	n	%	n	%
Zdecydowanie wpłynął	92	64,34	346	75,38	438	72,76
W średnim stopniu wpłynął	48	33,57	98	21,35	146	24,25
Wcale nie wpłynął	3	2,10	15	3,27	18	2,99
Test $\chi^2=8,644858$, $df=2$, $p=0,013$, $p<\alpha$; $\alpha=0,05$						

Większość badanych kobiet (346; 75,38%) wskazała na zdecydowaną chęć zmiany postaw wobec zdrowia na sprzyjające zdrowiu pod wpływem udziału w programie, a mniej liczna grupa mężczyzn (92; 64,34%) deklarowała taki zamiar. Z kolei udział w programie „w średnim stopniu” wpłynął na zmianę stylu życia na prozdrowotny częściej wśród mężczyzn (48; 33,57%) niż kobiet (98; 21,35%). Brak wpływu odnotowano odpowiednio u 3,27% (15) kobiet i 2,10% (3) mężczyzn. Zmiana postaw wobec zdrowia na sprzyjające zdrowiu jest istotnie statystycznie zależna od płci badanych ($p=0,013$) (Tab. 44).

Tab. 45. Czynniki wpływające na udział w programie profilaktycznym w zależności od płci badanych

Zmienna	Mężczyzna		Kobieta		Razem	
	n	%	n	%	n	%
Otrzymanie imiennego zaproszenia w formie papierowej						
Tak	4	2,76	32	6,94	36	5,94
Nie	141	97,24	429	93,06	570	94,06
Test $\chi^2=3,453828$, df=1, p=0,063, p> α ; $\alpha=0,05$						
Otrzymanie zaproszenia drogą telefoniczną						
Tak	35	24,14	81	17,57	116	19,14
Nie	110	75,86	380	82,43	490	80,86
Test $\chi^2=3,073822$, df=1, p=0,079, p> α ; $\alpha=0,05$						
Skierowanie na badanie/konsultację przez lekarza/pielęgniarkę						
Tak	22	15,17	62	13,45	84	13,86
Nie	123	84,83	399	86,55	522	86,14
Test $\chi^2=,2743841$, df=2, p=0,601, p> α ; $\alpha=0,05$						
Ogłoszenie informacyjne o programie w mediach						
Tak	55	37,98	232	50,33	287	47,36
Nie	90	62,07	229	49,67	319	52,64
Test $\chi^2=6,796982$, df=1, p=0,009, p< α ; $\alpha=0,05$						
Ogłoszenie informacyjne o programie w placówkach ochrony zdrowia						
Tak	8	5,52	37	8,03	45	7,43
Nie	137	94,48	424	91,97	561	92,57
Test $\chi^2=1,009937$, df=1, p=0,315, p> α ; $\alpha=0,05$						
Zachęcenie przez rodzinę/znajomych						
Tak	27	18,62	47	10,20	74	12,21
Nie	118	81,38	414	89,80	532	87,79
Test $\chi^2=5,350347$, df=1, p=0,021, p< α ; $\alpha=0,05$						

Realizatorzy programów profilaktycznych podejmują liczne działania w celu zwiększenia liczby uczestników oraz rozpowszechnienia informacji o danym programie. Stanowi to istotny element planowanych działań, wymagający dużych nakładów pracy oraz środków finansowych ze strony organizatorów. Wyniki przeprowadzonych badań wskazują,

iz otrzymanie imiennego zaproszenia w formie papierowej przyczyniło się do wzięcia udziału w programie niewielkiej liczby kobiet (32; 6,94%) i mężczyzn (4; 2,76%). Udział w programie profilaktycznym wskutek otrzymania imiennego zaproszenia w formie papierowej nie jest istotnie statystycznie zależny od płci badanych ($p=0,063$) (Tab. 45). Nie są to działania przynoszące oczekiwane efekty, w postaci zgłoszenia się na badania przesiewowe.

Otrzymanie zaproszenia drogą telefoniczną skutkowało udziałem w programie niewielkiej liczby badanych, odpowiednio 24,14% (35) mężczyzn i 17,57% (81) kobiet (ogółem 116; 19,14% badanych). Częściej odpowiadali na to w postaci uczestnictwa mężczyźni. Udział w programie profilaktycznym wskutek otrzymania zaproszenia telefonicznego nie jest istotnie statystycznie zależny od płci badanych ($p=0,079$) (Tab. 45).

Podobne tendencje zaobserwowano w zakresie wzięcia udziału w programie pod wpływem skierowania na badanie/konsultację przez lekarza/pielęgniarkę. Był to czynnik decydujący o zgłoszeniu dla 15,17% (22) mężczyzn oraz 13,45% (62) kobiet, zatem nieznacznie częściej mężczyźni odpowiadali na takie zalecenie personelu medycznego. Udział w programie profilaktycznym wskutek skierowania na badanie/konsultację przez lekarza/pielęgniarkę nie jest istotnie statystycznie zależny od płci badanych ($p=0,601$) (Tab. 45). Od wielu lat w polskim systemie ochrony zdrowia podejmowane są działania mające na celu zwiększenie roli lekarza POZ w obszarze profilaktyki zdrowotnej społeczeństwa.

Na podstawie wyników badań można wskazać, iż ogłoszenie informacyjne o programie w mediach to najbardziej skuteczne z podejmowanych działań, które prowadzi do zgłoszenia się na badanie przesiewowe wśród badanej grupy. Częściej zostało to zaobserwowane w grupie kobiet (232; 50,33%) niż mężczyzn (55; 37,98%). Udział w programie profilaktycznym wskutek ogłoszenia informacyjnego o programie w mediach jest istotnie statystycznie zależny od płci badanych ($p=0,009$) (Tab. 45).

Ogłoszenie informacyjne o programie w placówkach ochrony zdrowia przyczyniło się do uczestnictwa w programie niewielkiej liczby ogółu badanych (45; 7,43%), częściej zostało to zaobserwowane w grupie kobiet (37; 8,03%) niż mężczyzn (8; 5,52%). Udział w programie profilaktycznym wskutek ogłoszenia informacyjnego o programie w placówkach ochrony zdrowia nie jest istotnie statystycznie zależny od płci badanych ($p=0,315$) (Tab. 45).

Wyniki badań pokazują, iż zachęcenie przez rodzinę/znajomych to czynnik, który wpłynął na udział w programie profilaktycznym większej grupy badanych mężczyzn (27; 18,62%) niż kobiet (47; 10,20%). Jednak łącznie wśród badanych w niewielkim zakresie (74; 12,21%). Udział w programie profilaktycznym wskutek zachęcenia przez rodzinę/znajomych jest istotnie statystycznie zależny od płci badanych ($p=0,021$) (Tab. 45).

4.9. Wpływ satysfakcji ze świadczonych usług na zapotrzebowanie w zakresie kolejnych edycji danego programu profilaktycznego

Pytania w kwestionariuszu ankiety odnoszące się do oceny jakości świadczonych usług dotyczyły: ogólnej oceny związanej z udziałem w programie profilaktycznym, warunków opieki zdrowotnej w placówce (sposób zapisania się na badanie/konsultację, czasu oczekiwania na wizytę i przyjęcie pod gabinetem), oceny przebiegu wizyty oraz oceny personelu medycznego i niemedycznego.

Ocena jakości usług zdrowotnych (zmienna zależna w modelu regresji logistycznej) określona została jako zmienna dychotomiczna, która przyjmuje dwa warianty: zadowolenie oraz umiarkowane zadowolenie pacjenta z otrzymanego świadczenia medycznego. Konstrukcja modelu została poprzedzona wstępnym doбором predyktorów poprzez ocenę ich jakości za pomocą współczynnika V Crammera. Na tym etapie odrzucono część predyktorów. Reszta predyktorów znalazła się w sekwencyjnej konstrukcji modelu regresji logistycznej. W tym celu skorzystano z regresji krokowej w przód, a istotność różnicy pomiędzy kolejnymi, sekwencyjnie budowanymi modelami oceniano z użyciem testu LR (ilorazu wiarygodności, likelihood ratio). W ostatnim kroku odrzucono kolejną grupę zmiennych, które okazały się nieistotne (Tab. 46). Natomiast pozostałe zmienne utworzyły ostateczną wersję modelu (Tab. 47). Statystyczna istotność predyktorów weryfikowana była za pomocą testu Walda.

Tab. 46. Pominięte predyktory nieistotne statystycznie

Predyktory	Wartość statystyki Walda	p-value
Przebieg wizyty (skłonność personelu do udzielania informacji (pomocy) podczas badania/konsultacji)	3,160	0,206
Czas oczekiwania na badanie/konsultację	7,734	0,052
Poczucie bezpieczeństwa podczas badania/konsultacji	2,803	0,094
Ocena uciążliwości oczekiwania	2,087	0,149
Życzliwość i uprzejmość pielęgniarek	1,248	0,536
Życzliwość i uprzejmość – personel pomocniczy	5,489	0,064
Życzliwość i uprzejmość lekarzy	1,550	0,213

Za pomocą regresji logistycznej ustalono determinanty, które w opinii uczestników programów Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach, wpływają na zadowolenie (satysfakcję) z usług medycznych w zakresie realizacji programu profilaktycznego.

Tab. 47. Predyktory ostatecznie wchodzące w skład modelu (regresji logistycznej)

Zmienna – wariant odniesienia	Oszacowanie parametru regresji logistycznej	OR (95% CI)	p-value
Wyraz wolny	1,533	4,634 (1,784-12,036)	0,002
Trudności w zapisaniu się na badanie w zakresie programu profilaktycznego (ocena negatywna)	-0,653	0,521 (0,278-0,976)	0,042
Zrozumiałość przekazywanych informacji podczas badania jest tylko częściowa	-1,833	0,160 (0,066-0,387)	0,000
Poszanowanie intymności badanych nie jest w pełni zachowane	-1,183	0,306 (0,132-0,712)	0,006
Czas oczekiwania na przyjęcie przed gabinetem wynosi do 15 minut	1,526	4,598 (1,517-13,939)	0,007
Czas oczekiwania na przyjęcie przed gabinetem wynosi od 15 do 30 minut	1,021	2,775 (1,038-7,414)	0,042

Na podstawie wyestymowanej regresji logistycznej można stwierdzić, że szansa na wystąpienia zadowolenia pacjenta z usługi medycznej jest 4,6 razy większa, gdy czas oczekiwania na przyjęcie przed gabinetem wynosi do 15 minut (OR = 4,598; 95% CI: 1,517-13,939; p 0,007) oraz 2,8 razy większa, gdy ten okres mieści się w przedziale od 15 do 30 minut (OR = 2,775; 95% CI: 1,038-7,414; p 0,042) (Tab. 47).

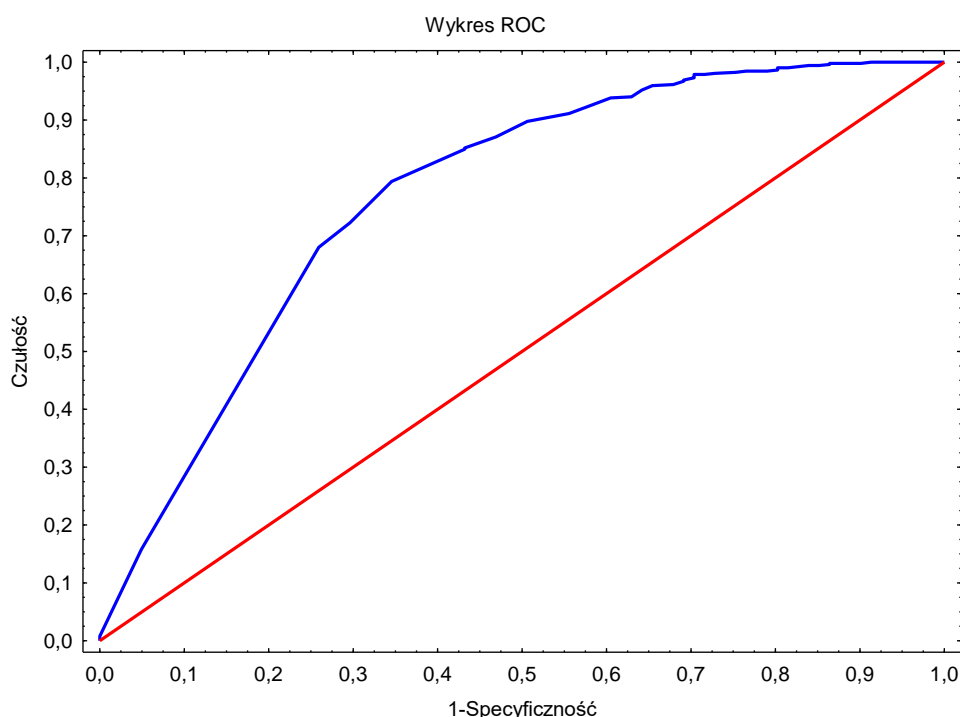
Brak empatii oraz zrozumiałej komunikacji pomiędzy pacjentem a pozostałym personelem pracującym w placówkach ochrony zdrowia powoduje, że pacjent ma negatywne odczucia związane z odbytą wizytą medyczną. Podstawą usług medycznych jest zrozumienie informacji o stanie własnego zdrowia, co w konsekwencji warunkuje właściwe działania i postępowania pacjentów w ramach programów profilaktycznych. Pacjenci, wskazując

niezadowolenie z jakości usług medycznych, uważają, że przekazywane informacje dotyczące programów profilaktycznych nie są do końca przez nich zrozumiałe (OR = 0,160; 95% CI: 0,066-0,3871; p = 0,000). Kolejnym czynnikiem, który wpływa na niezadowolenie z omawianych usług jest niepełne poszanowanie intymności podczas badania (OR = 0,306; 95% CI: 0,132-0,712; p = 0,006) (Tab. 47).

Kolejną determinantą jest trudność w zapisaniu się na badanie w zakresie programu profilaktycznego (OR = 0,521; 95% CI: 0,278-0,976; p = 0,042) (Tab. 47). Należy zwrócić uwagę, że badania profilaktyczne wpływają na poprawę stanu zdrowia pacjentów, a zdiagnozowana choroba pozwala na szybsze działanie interwencyjne i zwiększa szansę na powodzenie w leczeniu.

Powyższe czynniki wpływają na satysfakcję z jakości realizacji programów profilaktycznych. Ważną kwestią, która ma wpływ na zadowolenie z jakości usług medycznych przez pacjentów jest nie tylko stosunek lekarza, ale również pozostałego personelu medycznego (pielęgniarek, położnych) i niemedycznego (recepjonistek, sekretarek medycznych). W badaniach pacjenci bardzo dobrze i dobrze ocenili życzliwość i uprzejmość personelu medycznego i niemedycznego, mimo, że te zmienne nie znalazły się w ostatecznym modelu regresji logistycznej warunkującym satysfakcję z usług medycznych.

Wartość statystyki HS = 2,618, przy wartości p = 0,624 świadczy o istotnym dopasowaniu modelu regresji logistycznej. Na podstawie analizy powierzchni pod krzywą ROC także można stwierdzić, że model jest dobrze dopasowany do danych (pole powierzchni wynosi AUC = 0,770) (Ryc. 15) i charakteryzuje się dobrą zdolnością predykcyjną wynikającą z uzyskanych wykresów czułości i swoistości dla różnych poziomów prawdopodobieństwa.



Ryc. 15. Krzywa ROC dla modelu regresji logistycznej jakości usług medycznych

Ogólna ocena jakości usługi medycznej jest nieistotnie statystycznie zróżnicowana i nie jest zależna od danego rodzaju programu profilaktycznego ($p=0,137$). Najwyżej jakość tych działań oceniają uczestnicy programu profilaktyki raka szyjki macicy (109; 90,08%), a najniżej programu szczepień dla chorych onkologicznie (99; 81,82%) (Tab. 48).

Tab. 48. Rodzaj programu profilaktycznego a ogólna ocena jakości usług medycznych

Zmienne	PGŁSZ	PRP	PRPŁ	PSZCZ	PRSM	Razem
Pozytywna	100(82,64)	110(90,16)	107(88,43)	99(81,82)	109(90,08)	525(86,63)
Pozytywna w stopniu umiarkowanym	21(17,38)	12(9,84)	14(11,57)	22(18,18)	12(9,92)	81(12,37)
Ogółem	121 (100)	122(100)	121(100)	121(100)	121(100)	606(100)
Test $\chi^2=6,978915$, $df=4$, $p=0,137$, $p>\alpha$; $\alpha=0,05$						

Po wskazaniu predyktorów wpływających na satysfakcję ze świadczonych usług, określono, czy wpływa ona na zapotrzebowanie społeczne w zakresie kolejnych edycji danego programu profilaktycznego realizowanego przez Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach oraz zmianę postaw badanych.

Tab. 49. Ocena jakości usług w zakresie programu profilaktycznego a zapotrzebowanie społeczne

Zmienna	Pozytywna		Pozytywna w stopniu umiarkowanym		Razem	
	n	%	n	%	n	%
Zapotrzebowanie społeczne na programy profilaktyczne Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach						
Tak	437	83,24	58	71,60	495	81,68
Trudno powiedzieć	88	16,73	23	28,40	111	18,32
Test $\chi^2=6,347226$, $df=1$, $p=0,012$, $p<\alpha$; $\alpha=0,05$						
Chęć zmiany postaw wobec zdrowia na sprzyjające zdrowiu na skutek udziału w programie profilaktycznym						
Zdecydowanie wpłynął	391	74,90	47	58,75	438	72,76
W średnim stopniu wpłynął	116	22,22	30	37,50	146	24,25
Wcale nie wpłynął	15	2,87	3	3,75	18	2,99
Test $\chi^2=8,671592$, $df=2$, $p=0,013$, $p<\alpha$; $\alpha=0,05$						

Badani, którzy pozytywnie ocenili świadczone usługi w zakresie programu profilaktycznego częściej wskazują zapotrzebowanie społeczne na kolejne edycje (437; 83,24% vs 58; 71,60%); $p=0,012$) w ramach programów profilaktycznych Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach niż pacjenci, którzy ocenili te działania pozytywnie w stopniu umiarkowanym. Co trzeci badany, który nie jest w pełni zadowolony ze świadczonych usług, nie jest w stanie wskazać potrzeby opisanych powyżej takich działań (Tab. 49).

Chęć zmiany postaw wobec zdrowia na sprzyjające zdrowiu na skutek udziału w programie profilaktycznym częściej deklarują pacjenci, którzy pozytywnie ocenili ogólną jakość opieki zdrowotnej ($p=0,013$) (Tab. 49).

Ocena zapotrzebowania społecznego na programy profilaktyczne Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach (zmienna zależna w modelu regresji logistycznej) określona

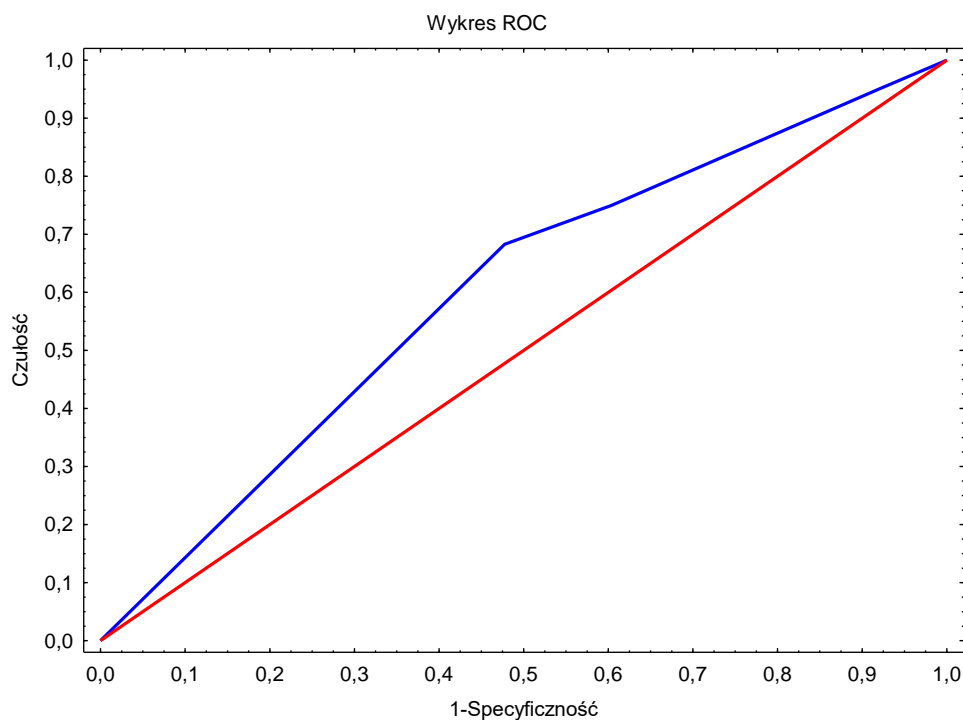
została jako zmienna dychotomiczna, która przyjmuje dwa warianty: istnieje potrzeba oraz trudność z określeniem potrzeby (trudno powiedzieć). Do modelu włączono dwie zmienne: ogólną ocenę świadczonych usług w zakresie programu profilaktycznego oraz wpływ udziału w programie profilaktycznym na chęć zmiany postaw wobec zdrowia na sprzyjające zdrowiu.

Tab. 50. Predyktory ostatecznie wchodzące w skład modelu (regresji logistycznej)

Zmienna – wariant odniesienia	Oszacowanie parametru regresji logistycznej	OR (95% CI)	p-value
Wyraz wolny	0,585	1,796 (1,049-3,073)	0,033
Ogólna ocena świadczonych usług w zakresie programu profilaktycznego (ocena pozytywna)	0,581	1,787 (1,038-3,076)	0,036
Wpływ udziału w programie profilaktycznym na chęć zmiany postaw wobec zdrowia na sprzyjające zdrowiu (zdecydowanie wpłynął)	0,620	0,858 (1,201-2,875)	0,000

Na podstawie wyestymowanej regresji logistycznej można stwierdzić, że szansa na wystąpienie deklaracji zapotrzebowania społecznego na programy profilaktyczne Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach dwukrotnie wzrasta, jeżeli pacjenci pozytywnie oceniają ogólną jakość świadczonych usług w zakresie programu profilaktycznego (OR = 4,598; 95% CI: 1,517-13,939; p 0,007) oraz w przypadku wpływu programu profilaktycznego na zmianę postaw wobec zdrowia na sprzyjające zdrowiu (OR = 2,775; 95% CI: 1,038-7,414; p 0,042) (Tab. 50).

Wartość statystyki HS = 2,5847, przy wartości p = 0,764 świadczy o istotnym dopasowaniu modelu regresji logistycznej. Na podstawie analizy powierzchni pod krzywą ROC także można stwierdzić, że model jest umiarkowanie dopasowany do danych (pole powierzchni wynosi AUC= 0,600) (Ryc. 16) i charakteryzuje się umiarkowaną zdolnością predykcyjną wynikającą z uzyskanych wykresów czułości i swoistości dla różnych poziomów prawdopodobieństwa.



Ryc. 16. Krzywa ROC dla modelu regresji logistycznej zapotrzebowanie społeczne

4.10. Zapotrzebowanie społeczne na programy profilaktyczne Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach

Zapotrzebowanie społeczne na programy profilaktyczne Świętokrzyskiego Centrum Onkologii oraz działania edukacyjne jest zróżnicowane i zależne od rodzaju programu, a także płci badanych.

Tab. 51. Zapotrzebowanie na programy profilaktyczne i działania edukacyjne ŚCO w zależności od rodzaju programu

Zmienne	PGLSZ	PRP	PRPŁ	PSZCZ	PRSM	Razem
Zapotrzebowanie społeczne na programy profilaktyczne Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach						
Tak	91(75,21)	111(90,98)	94(77,69)	87(71,90)	112(92,56)	495(81,68)
Trudno powiedzieć	30(24,79)	11 (9,02)	27(22,31)	34(28,10)	9(7,44)	111(18,32)
Test $\chi^2=29,04784$, $df=4$, $p=0,000$, $p<\alpha$; $\alpha=0,05$						
Potrzeba wdrażania działań edukacyjnych z zakresu profilaktyki chorób nowotworowych w Polsce						
Tak	101(83,47)	111(90,98)	102(84,30)	92(76,03)	117(96,69)	523(86,30)
Trudno powiedzieć	20(16,53)	11(9,02)	19(15,70)	29(23,97)	4 (3,31)	83(13,70)
Test $\chi^2=25,34348$, $df=4$, $p=0,000$, $p<\alpha$; $\alpha=0,05$						
Częstość udziału w programie profilaktycznym						
1 raz	108(89,26)	57(47,11)	111(91,74)	112(92,56)	70(57,85)	458(75,70)
2 raz	11(9,09)	24(19,83)	8(6,61)	5(4,13)	37(30,58)	85(14,05)
3 raz	2(1,65)	40(33,06)	2(1,65)	4(3,31)	14(11,57)	62(10,25)
Test $\chi^2=156,2900$, $df=8$, $p=0,000$, $p<\alpha$; $\alpha=0,05$						
Chęć ponownego udziału w programie profilaktycznym						
Tak	109(90,08)	118(96,72)	109(90,08)	100(83,33)	116(97,48)	552(91,54)
Trudno powiedzieć	12(9,92)	4(3,28)	12(9,92)	20(16,67)	3(2,52)	51(8,46)
Test $\chi^2=20,75386$, $df=4$, $p=0,001$, $p<\alpha$; $\alpha=0,05$						
Polecenie udziału w programie profilaktycznym innym osobom						
Tak	113(93,39)	118(97,52)	110(90,91)	111(91,74)	115(95,04)	567(93,72)
Trudno powiedzieć	8(6,61)	3(2,48)	11(9,09)	10(8,26)	6(4,96)	38(6,28)
Test $\chi^2=5,784369$, $df=4$, $p=0,216$, $p>\alpha$; $\alpha=0,05$						

Analizując poszczególne programy profilaktyczne można zaobserwować, iż na zdecydowaną potrzebę ich realizacji najczęściej wskazują uczestnicy programu profilaktyki

raka szyjki macicy (112; 92,56%) oraz programu profilaktyki raka piersi (111; 90,98%), a najrzadziej uczestnicy programu szczepień dla chorych onkologicznie (87; 71,90%). Ogólnie większość badanych wskazała na występowanie takiego zapotrzebowania (495; 81,68%), a jedynie blisko 1/5 twierdzi, iż jest to trudne do stwierdzenia (111; 18,32%). Zapotrzebowanie społeczne na programy profilaktyczne Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach jest istotnie statystycznie zależne od ich rodzajów ($p=0,000$) (Tab. 51). Należy zauważyć, iż program profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi jest realizowany w ŚCO od wielu lat, stąd wyniki badań mogą wskazywać na wyższy poziom deklarowanego zapotrzebowania na ich realizację przez uczestników. Pozostałe programy są realizowane po raz pierwszy w ŚCO.

Podobne tendencje zaobserwowano w zakresie potrzeby wdrażania działań edukacyjnych z zakresu profilaktyki chorób nowotworowych w Polsce. Zdaniem ogółu badanych istnieje taka potrzeba (523; 86,30%). Najczęściej dostrzegali ją uczestnicy programu profilaktyki raka szyjki macicy (117; 96,69%) oraz programu profilaktyki raka piersi (111; 90,98%), a najrzadziej uczestnicy programu szczepień dla chorych onkologicznie (92; 76,03%). Potrzeba wdrażania działań edukacyjnych z zakresu profilaktyki chorób nowotworowych w Polsce jest istotnie statystycznie zależna od ich rodzajów ($p=0,000$) (Tab. 51). Grupę, dla której dedykowany jest program szczepień p. pneumokokom stanowią osoby z rozpoznaniem choroby nowotworowej, które nie rozpoczęły jeszcze leczenia onkologicznego. Początkowy etap diagnostyki choroby i planowania leczenia, duża ilość badań i konsultacji, samo rozpoznanie choroby i stres z tym związany, może wpływać na wskazaną przez tę grupę badanych potrzebę wdrażania działań edukacyjnych z zakresu profilaktyki chorób nowotworowych w Polsce w mniejszym stopniu.

Zdecydowana większość badanych (458; 75,70%) bierze pierwszy raz udział w programie profilaktycznym, nieznaczna grupa drugi raz (85; 14,05%) oraz trzeci raz (62; 10,25%). W ramach poszczególnych programów zaobserwować można różnice. W programie szczepień dla chorych onkologicznie najczęściej jest to udział pierwszy raz (112; 92,56%), w programie profilaktyki nowotworów płuc również pierwszy raz (111; 91,74%) i podobnie w programie profilaktyki nowotworów głowy i szyi – pierwszy raz (108; 89,26%). Odmienne kształtuje się sytuacja w pozostałych grupach badanych. W programie profilaktyki raka piersi pierwszy raz bierze udział 47,11% (57) badanych, drugi raz 19,83% (24) badanych oraz trzeci raz 33,06% (40) badanych. W grupie uczestników programu profilaktyki raka szyjki macicy najczęściej badani wskazywali na udział po raz pierwszy (70; 57,85%), kolejno drugi raz (37; 30,58%) oraz trzeci (14; 11,57%). Częstość udziału w programie profilaktycznym jest istotnie statystycznie zależna od jego rodzaju ($p=0,000$) (Tab. 51).

Wyniki badań wyraźnie wskazują na chęć ponownego udziału w programie profilaktycznym przez badanych (552; 91,54%), a dla 8,46% (51) jest to trudne do stwierdzenia. Analizując poszczególne programy można zauważyć najwyższe wskaźniki w omawianym zakresie w grupie uczestników programu profilaktyki raka szyjki macicy, gdzie chęć ponownego udziału deklaruje 97,48% (116) badanych oraz w grupie uczestników programu profilaktyki raka piersi, gdzie chęć ponownego udziału deklaruje 96,72% (118) badanych. Chęć ponownego udziału w programie profilaktycznym jest istotnie statystycznie zależna od jego rodzaju ($p=0,001$) (Tab. 51).

Badania własne wskazują na zdecydowaną chęć polecenia udziału w programie profilaktycznym innym przez badanych (567; 93,72%). W największym stopniu zostało to zaobserwowane wśród uczestników programu profilaktyki raka piersi (118; 97,52%), programu profilaktyki raka szyjki macicy (115; 95,04%) oraz programu profilaktyki nowotworów głowy i szyi (113; 93,39%). Polecenie udziału w programie profilaktycznym innym osobom nie jest istotnie statystycznie zależne od jego rodzaju ($p=0,216$) (Tab. 51).

Tab. 52. Zapotrzebowanie na programy profilaktyczne i działania edukacyjne ŚCO w zależności od płci badanych

Zmienna	Mężczyzna		Kobieta		Razem	
	n	%	n	%	n	%
Zapotrzebowanie społeczne na programy profilaktyczne Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach						
Tak	104	71,72	391	84,82	495	81,68
Trudno powiedzieć	41	28,28	70	15,18	111	18,32
Test $\chi^2=12,63546$, $df=1$, $p=0,001$, $p<\alpha$; $\alpha=0,05$						
Potrzeba wdrażania działań edukacyjnych z zakresu profilaktyki chorób nowotworowych w Polsce						
Tak	112	77,24	411	89,15	523	86,30
Trudno powiedzieć	33	22,76	50	10,85	83	13,70
Test $\chi^2=13,24272$, $df=1$, $p=0,001$, $p<\alpha$; $\alpha=0,05$						
Częstość udziału w programie profilaktycznym						
1 raz	133	91,72	325	70,65	458	75,70
2 raz	10	6,90	75	16,30	85	14,05
3 raz	2	1,38	60	13,04	62	10,25
Test $\chi^2=28,04833$, $df=2$, $p=0,001$, $p<\alpha$; $\alpha=0,05$						
Chęć ponownego udziału w programie profilaktycznym						
Tak	131	90,34	421	91,92	552	91,54
Trudno powiedzieć	14	9,66	37	8,08	51	8,46
Test $\chi^2=0,3535639$, $df=1$, $p=0,552$, $p>\alpha$; $\alpha=0,05$						
Polecenie udziału w programie profilaktycznym innym						
Tak	130	89,66	437	95,00	567	93,72
Trudno powiedzieć	15	10,34	23	5,00	38	6,28
Test $\chi^2=5,350347$, $df=1$, $p=0,021$, $p<\alpha$; $\alpha=0,05$						

Wyniki przeprowadzonych badań wskazują, iż częściej kobiety (391; 84,82%) dostrzegają zapotrzebowanie społeczne na programy profilaktyczne ŚCO niż mężczyźni (104; 71,72%). Dla 28,28% (41) mężczyzn oraz 15,18% (70) kobiet było to trudne do stwierdzenia. Zapotrzebowanie społeczne na programy profilaktyczne Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach jest istotnie statystycznie zależne od płci badanych ($p=0,001$) (Tab. 52). Może to wynikać z częstszego udziału kobiet w tego rodzaju inicjatywach prozdrowotnych.

Analizując potrzebę wdrażania działań edukacyjnych można zauważyć różnice względem płci badanych. Częściej kobiety (411; 89,15%) wskazują na jej występowanie, niż mężczyźni (112; 77,24%). Natomiast było to trudne do stwierdzenia dla większej grupy mężczyzn (33; 22,76%) niż kobiet (50; 10,85%). Potrzeba wdrażania działań edukacyjnych z zakresu profilaktyki chorób nowotworowych w Polsce jest istotnie statystycznie zależna od płci badanych ($p=0,001$) (Tab. 52).

Częstość udziału w programie profilaktycznym jest odmienna w zależności od płci badanych. Po raz pierwszy na udział w programie profilaktycznym wskazała większość badanych mężczyzn (133; 91,72%). Wśród badanych kobiet mniejsza grupa wzięła udział po raz pierwszy (325; 70,65%), po raz drugi 16,30% (75) oraz po raz trzeci (60; 13,04%). Częstość udziału w programie profilaktycznym jest istotnie statystycznie zależna od płci badanych ($p=0,001$) (Tab. 52). Na zaobserwowane dane może mieć wpływ kolejna edycja programów kierowanych do kobiet.

Zdecydowana większość badanych (552; 91,54%) zamierza ponownie uczestniczyć w danym programie profilaktycznym, jeśli będzie taka możliwość, zarówno w grupie kobiet (421; 91,92%) jak i mężczyzn (131; 90,34%). Chęć ponownego udziału w programie profilaktycznym nie jest istotnie statystycznie zależna od płci badanych ($p=0,552$) (Tab. 52). Może to wskazywać na skuteczność prowadzonych działań edukacyjnych, które podnoszą potrzebę regularnego wykonywania badań przesiewowych, w zależności od rodzaju programu.

Ponadto większość uczestników (567; 93,72%) zdecydowanie poleciłaby wzięcie udziału w programie innym osobom, a jedynie dla 6,28% (38) było to trudne do określenia. Częściej wolę zachęcania wykazują kobiety (437; 95,00%) niż mężczyźni (130; 89,66%). Polecenie udziału w programie profilaktycznym innym osobom jest istotnie statystycznie zależne od płci badanych ($p=0,021$) (Tab. 52). Wskazuje to na bardzo dobrą organizację programów, co przekłada się na zadowolenie uczestników i wolę zachęcania do udziału najbliższych osób.

5. DYSKUSJA

Niniejsze badanie zostało zaprojektowane w celu określenia pozytywnych zmian w postawach wobec zdrowia obejmujących styl życia i prezentowane zachowania zdrowotne u osób uczestniczących w programach profilaktycznych, które są realizowane przez Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach. Główną przesłanką podjęcia tematu było uznanie działań profilaktycznych w zakresie onkologii jako najskuteczniejszej metody poprawy stanu zdrowia społeczeństwa polskiego w obliczu wyzwań demograficznych. Badania podjęte w grupie osób biorących udział w programach profilaktycznych, analiza nasilenia zachowań sprzyjających zdrowiu, przekonania na temat własnych możliwości skutecznego radzenia sobie z sytuacjami, rodzaju umiejscowienia kontroli zdrowia pozwalają przybliżyć charakterystykę odbiorców programów. Ponadto istotne dla właściwego projektowania działań z tego obszaru jest poznanie poziomu satysfakcji uczestników, a także rodzaju oddziaływania na podejmowane praktyki prozdrowotne jako bardzo ważny komponent edukacyjny.

Obecnie w Polsce nadal obserwuje się niewystarczający poziom zgłaszalności na badania przesiewowe oferowane w ramach programów profilaktycznych. Od lat podejmowane są liczne inicjatywy w zakresie rozwiązania tej kwestii, ale problemem jest podejście społeczeństwa do zdrowia, dla którego nie stanowi ono najważniejszej wartości. Nadal aktywności opierają się w głównej mierze na medycynie naprawczej, a nie na działaniach z zakresu profilaktyki zdrowotnej. Należy to rozpatrywać w kontekście indywidualnym, ale też szerzej jako dobro publiczne.

Stan piśmiennictwa wskazuje na niewątpliwą skuteczność programów skriningowych (przesiewowych). Jako potwierdzenie przybliżyć można statystyki z Finlandii, gdzie zachorowalność na raka szyjki macicy osiąga najniższy wskaźnik. Badania przesiewowe obejmujące badanie cytologiczne kierowane są do grupy kobiet w przedziale wiekowym od 30 do 60 lat. Co 5 lat kobieta otrzymuje imienne zaproszenie na badanie, a zgłaszalność osiąga poziom 93%. Dzięki temu umieralność na raka szyjki macicy szacowana jest na poziomie 1,7 na 100 000 kobiet. Przykładowo w Polsce, pomimo podejmowanych od wielu lat różnorodnych działań promujących profilaktykę raka szyjki macicy, nadal niewielka grupa kobiet korzysta z profilaktycznych badań przesiewowych. Jest to około 1/3 kobiet w wieku od 25 do 59 lat [142]. Warto dodać, iż wysoka frekwencja w programach profilaktycznych stanowi zasadniczy element skutecznej prewencji chorób.

Na podstawie przeprowadzonej kwerendy piśmiennictwa zaobserwowano znaczącą liczbę opracowań z zakresu analizy zachowań zdrowotnych, oceny uogólnionej własnej skuteczności oraz oceny umiejscowienia kontroli zdrowia przy użyciu standaryzowanych narzędzi IZZ, GSES, MHLC-B, które zostały wykorzystane w badaniach własnych. W niewielkim stopniu odnoszą się one do uczestników programów profilaktycznych, obejmują jednak zbliżone grupy badanych pod względem wieku czy wykształcenia. Stanowi to o istotnym wkładzie przeprowadzonych badań w możliwość poprawy efektywności programów profilaktycznych, przybliżenie charakterystyki ich uczestników, poznania mocnych i słabych stron programów oraz czynników przyczyniających się do uczestnictwa.

Przeprowadzona analiza wyników badań własnych wykazała, że ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych w badanej grupie (wg Inwentarza Zachowań Zdrowotnych – IZZ), wynosił 87,13 ($\pm 13,15$), co odpowiada w przeliczeniu na jednostkę standaryzowaną 6,07 stena ($\pm 1,87$) i jest interpretowane jako wartość przeciętna. Kobiety (87,72; $\pm 12,62$) charakteryzowały się ogólnie wyższymi wynikami w obszarze zachowań zdrowotnych niż mężczyźni (85,25; $\pm 14,59$). Ogółem wśród badanych największe nasilenie zachowań sprzyjających zdrowiu odnotowano w kategorii zachowań profilaktycznych, a następnie w zakresie pozytywnego nastawienia psychicznego, prawidłowych nawyków żywieniowych oraz praktyk zdrowotnych.

W badaniach Nowickiego i wsp. [143], w których dokonano analizy zachowań zdrowotnych w grupie osób wykonujących zawody medyczne i pozamedyczne, podobnie jak w badaniach własnych odnotowano przeciętny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych (80,20; SD=11,76), co odpowiada w przeliczeniu na jednostkę standaryzowaną 5,64 stena (SD=1,65). Nieznacznie wyższy poziom zachowań zdrowotnych odnotowano w badaniach własnych. Najwyżej ocenione kategorie zachowań zdrowotnych wśród osób wykonujących zawód medyczny to podobnie jak w badaniach własnych: zachowania profilaktyczne (21,08; SD=4,04), kolejno pozytywne nastawienia psychiczne (20,86; SD=3,62), prawidłowe nawyki żywieniowe (20,14; SD=4,11) i praktyki zdrowotne (18,13; SD=3,88). W grupie osób wykonujących zawody pozamedyczne ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych przyjął wartość niższą (72,70; SD=14,77) niż w badaniach własnych, a po przeliczeniu na jednostkę standaryzowaną 4,73 (SD=1,82), co jest przyjmowane jako poziom przeciętny. Najwyżej ocenione podkategorie zachowań zdrowotnych to: pozytywne nastawienie psychiczne (19,45; SD=4,46), a także zachowania profilaktyczne (18,15; SD=4,65). Niewiele niżej ocenionymi kategoriami były: prawidłowe nawyki żywieniowe (17,81; SD=4,78) i praktyki zdrowotne (17,29; SD=4,26).

Otrzymane wyniki badań własnych są zbliżone do prezentowanych w badaniach Łabuzek [144], gdzie dokonano analizy zachowań zdrowotnych osób w przedziale wieku od 65 do 82 lat oraz Koziół i wsp. [145], gdzie największe nasilenie zachowań zdrowotnych odnotowano w kategorii zachowań profilaktycznych, w drugiej kolejności w nasileniu wskaźnika pozytywnego nastawienia psychicznego, kolejno praktyk zdrowotnych oraz prawidłowych nawyków żywieniowych. W badaniach własnych nasilenie jedynie praktyk zdrowotnych było niższe niż właściwego sposobu odżywiania.

Podobnie w badaniach Wiraszki i wsp. [146], które koncentrowały się na ocenie praktyk zdrowotnych młodych, dorosłych Polek wskazano na ich umiarkowane nasilenie ($82,2; \pm 7,8$). Jest to wynik nieznacznie niższy od ogólnego wyniku w badaniach własnych. Najniższy średni wynik uzyskano w kategorii praktyk zdrowotnych ($18,6; \pm 2,8$), podobnie jak w niniejszym opracowaniu.

W badaniach własnych zaobserwowano, iż zachowania zdrowotne w poszczególnych wymiarach narzędzia IZZ są zróżnicowane ze względu na płeć uczestników programów. Średnie wyniki dla wymiaru zachowania profilaktyczne są wyższe w grupie kobiet ($M=3,83; SD\pm 0,67$), niż w grupie mężczyzn ($M=3,64; SD\pm 0,72$). Składowymi elementami tego obszaru były takie zachowania jak: unikanie przeziębień, przestrzeganie zaleceń lekarskich, regularnie zgłaszanie się na badania lekarskie, unikanie chorób oraz pozyskiwanie informacji medycznych i zrozumienie przyczyn zdrowia oraz choroby. Średnie wyniki dla wymiaru pozytywne nastawienia psychiczne są nieznacznie wyższe w grupie mężczyzn ($M=3,68; SD\pm 0,70$), niż w grupie kobiet ($M=3,65; SD\pm 0,68$). Składowymi elementami tego obszaru były takie zachowania jak: unikanie sytuacji, które wpływają przygnębiająco na jednostkę, unikanie silnych emocji, stresów, napięć, gniewu, lęku, depresji, wsparcie przyjaciół, unormowane życie rodzinne oraz myślenie pozytywne. Średnie wyniki dla wymiaru prawidłowe nawyki żywieniowe są wyższe w grupie kobiet ($M=3,68; SD\pm 0,67$), niż w grupie mężczyzn ($M=3,43; SD\pm 0,71$). Składowymi elementami tego obszaru były takie zachowania jak: dbanie o prawidłowe odżywianie, spożywanie dużej ilości warzyw i owoców, ograniczenie spożywania tłuszczu zwierzęcych i cukru, unikanie spożywania żywności z konserwantami, soli i silnej solonej żywności oraz spożywanie pieczywa pełnoziarnistego. Średnie wyniki dla wymiaru praktyki zdrowotne są nieznacznie wyższe w grupie mężczyzn ($M=3,48; SD\pm 0,66$), niż w grupie kobiet ($M=3,46; SD\pm 0,71$). Składowymi elementami tego obszaru były takie zachowania jak: wystarczająco dużo czasu badani przeznaczali na wypoczynek i sen, unikanie przepracowania, kontrola masy ciała, ograniczenie palenia tytoniu oraz unikanie nadmiernego wysiłku fizycznego. Po dokonaniu kategoryzacji wyników

stenowych można zauważyć, iż najczęściej badani, zarówno mężczyźni (66; 45,52%) jak i kobiety (199; 43,17%), wskazują na wysokie zachowania zdrowotne, kolejno średnie (57; 39,31% vs 169, 36,66%) i niskie (22; 15,17% vs 93; 20,17%). Ogółem dla badanej grupy wyniki wysokie osiągnęła blisko połowa uczestników programów (265; 43,73%), przeciętne niewiele mniej osób (226; 37,29%), a niskie najmniejsza grupa badanych (115; 18,98%).

Podobne dane odnotowano w pracy Wysokińskiego i wsp. [147], gdzie największy odsetek badanych osób (47%) przejawiał wysoki poziom zachowań zdrowotnych, nieznacznie mniej (39%) wskazywało przeciętny poziom zachowań zdrowotnych, natomiast poziom niski deklarowało 14% osób. Średni wynik oceny zachowań zdrowotnych w całej badanej grupie kształtował się na poziomie 84,01 pkt. (nieznacznie niżej, niż jak wskazano w badaniach własnych na poziomie 87,13 pkt.). Kobiety charakteryzowały się wyższym poziomem zachowań zdrowotnych w porównaniu z mężczyznami. Różnica ta była istotna statystycznie we wszystkich zakresach, z wyjątkiem pozytywnego nastawienia psychicznego. W badaniach własnych różnica ta była istotna statystycznie w dwóch obszarach: zachowaniach profilaktycznych oraz prawidłowych nawykach żywieniowych.

W wyniku badań przeprowadzonych przez Baumgart i wsp. [148] wśród studentów Fizjoterapii uzyskano ogólny wynik zachowań zdrowotnych wynoszący 6,76 sten, co stanowi granicę między wynikami średnimi a wysokimi. Stanowi to wynik nieznacznie wyższy niż w badaniach własnych (6,07 sten). W całej badanej grupie najgorsze wyniki uzyskano w kategorii praktyki zdrowotne, co stanowi potwierdzenie badań własnych. Nie wykazano różnic istotnych statystycznie w poszczególnych kategoriach zachowań zdrowotnych między kobietami i mężczyznami.

Na podstawie analizy wyników badań własnych wykazano korelację pomiędzy wykształceniem, a jednym wymiarem zachowań zdrowotnych wg IZZ, tj. prawidłowymi nawykami żywieniowymi ($r=0,132$; $p=0,001$). Prawidłowy sposób odżywiania wzrasta wraz z poziomem wykształcenia badanych. Ponadto stwierdzono istotną statystycznie zależność pomiędzy warunkami materialnymi badanych, a trzema wymiarami zachowań zdrowotnych, tj. pozytywnym nastawieniem psychicznym ($r=0,106$; $p=0,009$), prawidłowymi nawykami żywieniowymi ($r=0,086$; $p=0,035$) oraz praktykami zdrowotnymi ($r=0,083$; $p=0,040$). Wraz z wyższym poziomem warunków materialnych badanych wzrasta pozytywne nastawienie psychiczne, właściwy sposób odżywiania oraz praktyki zdrowotne w zakresie prozdrowotnego stylu życia. Stwierdzono również istotną statystycznie zależność pomiędzy wyższą, subiektywną oceną stylu życia badanych, a wszystkimi wymiarami zachowań zdrowotnych, a mianowicie: pozytywnym nastawieniem psychicznym ($r=0,229$; $p=0,000$),

prawidłowymi praktykami profilaktycznymi ($r=0,232$; $p=0,000$), właściwymi nawykami związanymi ze sposobem odżywiania ($r=0,280$; $p=0,000$) oraz podejmowanymi praktykami zdrowotnymi ($r=0,212$; $p=0,000$).

Wyniki badań własnych w obszarze poziomu nasilenia zachowań zdrowotnych – prawidłowych nawyków żywieniowych wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia badanych korespondują z wynikami innych badaczy. Podobnie w badaniach Ślusarskiej i wsp. [149] prawidłowe nawyki żywieniowe uzyskały najwyższą wartość punktową wśród osób z wykształceniem wyższym. Wraz z wykształceniem wzrastają pozytywne zachowania zdrowotne w opracowaniach Sygit-Kowalkowskiej [150] oraz Wysokińskiego i wsp. [147]. Praca Fideckiego i wsp. [151] wyraźnie podkreśla, że wyższy poziom wykształcenia ma związek ze stylem życia, który sprzyja zdrowiu jak również stopniem zatroskania o własne zdrowie. Także wyniki badań Gruszczyńskiej i wsp. [152] wskazują, że wybór określonych zachowań zdrowotnych uwarunkowany jest wykształceniem.

Zależność między wykształceniem a poziomem zachowań zdrowotnych została potwierdzona również w badaniach Górniak i wsp. [153], które zostały przeprowadzone w grupie pielęgniarek aktywnych zawodowo. Ogólnie pielęgniarki charakteryzowały się przeciętnym poziomem nasilenia zachowań zdrowotnych ($80,44$; $\pm 14,87$) i jest to wynik niższy niż w badaniach własnych. Pielęgniarki posiadające wykształcenie licencjackie i magisterskie cechowały się wyższym poziomem zachowań prozdrowotnych, niż osoby z ukończonym liceum czy studium medycznym.

Istotny wpływ na stan zdrowia człowieka ma prowadzony przez niego styl życia, składający się z różnych zachowań, w tym zdrowotnych rozumianych jako wszelkie przejawiane przez ludzi formy zachowań, które są związane ze sferą zdrowia. Wywołują one określone skutki zdrowotne, pozytywne lub negatywne. Poprzez zachowania sprzyjające utrzymaniu dobrego stanu zdrowia można oddziaływać na wydłużenie średniego czasu życia, zmniejszenie ryzyka zachorowań i zgonów na różne choroby, w tym nowotworowe [32]. Przedstawiona charakterystyka uczestników programów profilaktycznych pod kątem nasilenia zachowań zdrowotnych i poszczególnych jego elementów może przyczynić się do programowania działań profilaktycznych, wytyczania kierunków modyfikacji zachowań i monitorowania zmian w praktykach zdrowotnych.

Podsumowując można stwierdzić, iż przedstawione wyniki badań, szczególnie zależność między wykształceniem a poziomem zachowań zdrowotnych, wyraźnie wskazują na potrzebę intensyfikacji działań w obszarze edukacji zdrowotnej. Znaczna część programów profilaktycznych zawiera komponent edukacyjny, obejmujący samych uczestników,

członków ich rodzin, jak również przedstawiciele zawodów medycznych i jednostek samorządowych. Są to kierunki działania warte utrzymania. Zasadnym jednak wydaje się włączenie problematyki edukacji zdrowotnej w większym stopniu na etapie kształcenia, począwszy od najmłodszych lat w przedszkolu i szkole podstawowej.

Poczucie umiejscowienia kontroli traktowane jest jako wymiar osobowości, który decyduje o autonomii jednostki, a także przejawia się w różnych zachowaniach w sposób niezależny od sytuacji. Odnosi się to do oczekiwań człowieka dotyczących tego, w jakim stopniu wzmocnienie lub wynik zachowania uwarunkowany jest własnym zachowaniem. Czy zależy od niej samej, czy od losu, szczęścia, zbiegu okoliczności, innych sił [154]. Umiejscowienie kontroli odnosi się w sposób szczególnie do kontroli zdrowia. Osoby charakteryzujące się wewnętrznym umiejscowieniem kontroli mają świadomość wpływania na swój los i przebieg wydarzeń, mają wyższe aspiracje i lepiej oceniają prawdopodobieństwo sukcesu we własnych działaniach, a także są bardziej samodzielne w podejmowaniu decyzji. Występuje u nich przekonanie, że stan zdrowia uzależniony jest od nich samych. Osoba z zewnętrznym umiejscowieniem kontroli uważa, że to, co ją spotyka (również w kwestii zdrowia) jest niezależne od jej działań i pozostaje poza jej kontrolą. Sprzyja to bierności i zależności w zachowaniu. Osoby takie nie ufają sobie i własnym możliwościom, a w sytuacjach trudnych stosują mechanizmy obronne polegające na wypieraniu. Charakteryzuje je poczucie braku wpływu na otoczenie oraz tendencja do negowania objawów i pomniejszania konieczności przestrzegania prawidłowych zachowań [142]. Z kolei przypisywanie głównego wpływu na zdrowie przypadkowi jest często przyczyną braku poczucia odpowiedzialności za własne zdrowie [155]. W odniesieniu do osób zdrowych, inicjując nowe zachowania zdrowotne, wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia jest korzystniejsze niż kontrola zewnętrzna [142]. Poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia ma istotne znaczenie w modyfikacji zachowań dotyczących zdrowia, stąd zostało to poddane analizie w badaniach własnych.

Wyniki przeprowadzonych badań (na podstawie kwestionariusza Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia – MHLC) uwiaryściły, iż wśród uczestników programów profilaktycznych najwyższy poziom osiągnęło wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia ($M=25,54$; $SD\pm 4,65$). Na drugim miejscu znalazło się umiejscowienie kontroli w kategorii wpływu innych ($M=24,67$; $SD\pm 5,47$), a na trzecim w kategorii przypadku ($M=21,38$; $SD\pm 5,39$). Analizując szczegółowo wyniki badań własnych zauważono, iż średnie wyniki dla wymiaru kontrola wewnętrzna są nieznacznie wyższe w grupie mężczyzn ($M=25,63$; $SD\pm 4,83$) niż w grupie kobiet ($M=25,51$; $SD\pm 4,60$). Uzyskane wyniki wskazują

na wysokie zaangażowanie badanych w kontrolę własnego stanu zdrowia. Średnie wyniki dla wymiaru wpływ innych są nieznacznie wyższe w grupie kobiet ($M=24,83$; $SD\pm 5,42$), niż w grupie mężczyzn ($M=24,16$; $SD\pm 5,66$). Uzyskane wyniki wskazują na wysokie oddziaływanie innych (w tym personelu medycznego) w kontrolę stanu zdrowia badanych. Średnie wyniki dla wymiaru przypadek są nieznacznie wyższe w grupie kobiet ($M=21,46$; $SD\pm 5,41$), niż w grupie mężczyzn ($M=21,11$; $SD\pm 5,36$). Uzyskane wyniki wskazują na niski wpływ przypadku czy innych czynników zewnętrznych na stan zdrowia badanych. Poszczególne rozkłady otrzymanych wymiarów MHLC-B nie są istotnie statystycznie różnicowane ze względu na płeć badanych.

W opracowaniu Nowickiego i wsp. [143], gdzie dokonano oceny umiejscowienia kontroli zdrowia w grupie osób wykonujących zawody medyczne i pozamedyczne, podobnie jak w badaniach własnych najwyższy poziom osiągnęło wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia w obu badanych grupach. W grupie zawodów medycznych o wartości $M=26,24$ ($SD=4,63$), gdzie znajdowały się pielęgniarki i położne, opiekunowie medyczni oraz technicy sterylizacji medycznej. W drugiej kolejności odnotowano wśród nich kategorię wpływu przypadku ($M=20,15$; $SD=5,42$), a najniższy wynik wystąpił dla kategorii wpływu innych ($M=19,29$; $SD=5,52$). W grupie zawodów pozamedycznych dominowała kontrola wewnętrzna ($M=25,44$; $SD=4,63$), gdzie znajdowali się górnicy, nauczyciele i pracownicy służby więziennej. Następnie na niemal identycznym poziomie znalazły się kategoria wpływu innych ($M=19,98$, $SD=5,48$) oraz przypadku ($M=19,62$; $SD=5,21$).

W badaniach Rogali i wsp. [156] analiza skali MHLC również wykazała, że u ankietowanych kobiet po przebytych operacjach ginekologicznych przeważało wewnętrzne poczucie kontroli zdrowia ($M=25,33$) wskazujące, że kontrola nad własnym zdrowiem zależy od nich samych. Jest to wynik nasilenia nieznacznie niższy niż odnotowano w badaniach własnych.

Podobnie wyniki kształtowały się w badaniach Smoleń i wsp. [157], gdzie spośród trzech wymiarów umiejscowienia kontroli zdrowia najwyżej oceniony został wymiar wewnętrznego umiejscowienia kontroli zdrowia ($M=26,56$; $SD\pm 4,66$). Niższe wyniki uzyskano w wymiarze przypadku ($M=20,73$; $SD\pm 5,81$) oraz wpływu innych ($M=20,76$; $SD\pm 5,34$), które jednak nieznacznie różniły się nasileniem. Badania obejmowały grupę pielęgniarek z terenu województwa lubelskiego i podkarpackiego.

Wyniki badań Cybulskiej i wsp. [158] podobnie wykazały, że w badanej grupie osób w wieku od 52 do 88 lat najwyższy poziom w umiejscowieniu kontroli zdrowia osiągnięto w wymiarze wewnętrznym ($25,6\pm 5,4$), czyli zależności stanu zdrowia od własnych działań. W

mniejszym stopniu ankietowani wiązali swój stan zdrowia z wpływem innych osób ($24,2 \pm 6,1$), a w najmniejszym stopniu z przypadkiem ($21,7 \pm 7,1$).

Na podstawie przeprowadzonych analiz wyników badań własnych zaobserwowano, iż umiejscowienie kontroli zdrowia wpływa na zachowania zdrowotne badanych. Wraz ze wzrostem kontroli wewnętrznej własnego zdrowia, stwierdzono zależność pomiędzy dwoma wymiarami zachowań zdrowotnych (wg IZZ), tj. pozytywnym nastawieniem psychicznym badanych ($r=0,176$; $p=0,001$) oraz zachowaniami profilaktycznymi ($r=0,169$; $p=0,001$). Wraz ze wzrostem oddziaływania innych (zwłaszcza personelu medycznego) na zdrowie badanych, zaobserwowano istotnie statystyczną zależność pomiędzy wszystkimi omawianymi wymiarami zachowań zdrowotnych badanej grupy. W największym stopniu dotyczy to ogólnego wskaźnika zachowań profilaktycznych ($r=0,248$; $p=0,000$), kolejno pozytywnego nastawienia psychicznego ($r=0,158$; $p=0,000$), podejmowanych praktyk zdrowotnych ($r=0,146$; $p=0,000$) oraz przestrzegania prawidłowych nawyków żywieniowych ($r=0,122$; $p=0,003$). Wraz ze wzrostem oddziaływania przypadku czy innych czynników zewnętrznych na zdrowie jednostki, nie zaobserwowano istotnie statystycznej zależności pomiędzy żadnym z omawianych wymiarów zachowań zdrowotnych wśród badanych osób.

Podobne zależności odnaleźć można w badaniach Bąk-Sosnowskiej i wsp. [159], w których silne wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia zwiększa prawdopodobieństwo przestrzegania zaleceń lekarskich wśród pacjentów z chorobami przewlekłymi. W badaniach własnych stanowi to element składowy wymiaru zachowania profilaktyczne.

W badaniach Nowickiego i wsp. [142] przeprowadzona analiza korelacji pomiędzy ogólnym wskaźnikiem zachowań zdrowotnych a umiejscowieniem kontroli zdrowia wykazała istotny statystycznie dodatni związek pomiędzy wewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia ($r = 0,2258$; $p < 0,01$) i wpływem innych ($r = 0,2703$; $p < 0,01$), a ogólnym poziomem zachowań zdrowotnych. Są to wyniki wskazujące na niewielkie różnice względem badań własnych.

Ponadto na podstawie analizy wyników badań własnych stwierdzono istotną statystycznie zależność pomiędzy dwoma wymiarami Wielowymiarowej Skali Umiejscowienia Kontroli Zdrowia: zwiększeniem kontroli wewnętrznej ($r=0,118$; $p=0,004$) oraz zmniejszeniem wpływu przypadku ($r=-0,207$; $p=0,000$) wraz z wyższym wykształceniem badanych.

W badaniach Cybulskiej i wsp. [158], gdzie poddano analizie wpływ wykształcenia na umiejscowienie kontroli zdrowia otrzymano wyniki nieco odmienne. Mianowicie zaobserwowano istotną zależność pomiędzy wykształceniem a przekonaniem o wpływie

innych oraz przekonaniem o wpływie przypadku na zdrowie respondentów. U osób z wykształceniem podstawowym przekonanie o wpływie innych osób na zdrowie było silniejsze ($27,5 \pm 6,6$) niż u osób z wykształceniem zawodowym ($24,3 \pm 5,1$), średnim ($23,4 \pm 5,7$) i wyższym ($22 \pm 7,4$). Ponadto u osób z wykształceniem podstawowym i zawodowym przekonanie o wpływie przypadku było silniejsze niż u osób z wykształceniem średnim i wyższym. W obszarze wewnętrznej kontroli zdrowia nie odnotowano różnic istotnych statystycznie ($p > 0,05$).

Podsumowując należy zauważyć, iż osoby o dominacji jedynie wewnętrznej kontroli zdrowia są częściej samodzielne w podejmowaniu decyzji, bardziej aktywne prozdrowotnie oraz w większym stopniu odpowiedzialne za własne zdrowie. Czynniki te dotyczą jednak w większym stopniu ogólnej postawy niż przewidywania konkretnego zachowania, gdzie jako bardziej sprzyjający wskazuje się na typ niezróżnicowany – który dominuje w badaniach własnych (typ niezróżnicowany silny). Dla przykładu łatwiej jest osiągnąć zmianę zachowania zalecaną przez personel medyczny w sytuacji, gdy dana osoba przejawia silne przekonanie dotyczące wpływu innych (lekarza zalecającego np. rzucenie palenia), a jednocześnie dotyczące wpływu własnej osoby (wewnętrzne), co efektywnie mobilizuje do rzucenia palenia.

Kolejnym istotnym elementem przeprowadzonych badań była analiza poczucia własnej skuteczności u uczestników programów profilaktycznych. Jest to przekonanie jednostki o posiadaniu zdolności do realizacji celu w każdych, też stresogennych warunkach. Nie stanowi ogólnej predyspozycji człowieka. Odnosi się do jednostkowych działań, które w danym momencie są podejmowane. Przekonanie o swojej skuteczności jest wymiarem, który determinuje zachowania człowieka, dlatego też często w badaniach podejmowane są korelacje tej zmiennej z zachowaniami zdrowotnymi, akcentując ich pozytywny związek [160]. Wyniki badań przeprowadzone w grupie kobiet z diagnozą raka piersi i osób z diagnozą przewlekłej obturacyjnej choroby płuc potwierdziły związek między poczuciem własnej skuteczności a prozdrowotnymi zachowaniami. Wskazują, iż przekonanie o własnej skuteczności w sposób pozytywny wpływa na zachowania zdrowotne i poczucie ogólnego dobrostanu [154]. Na znaczenie uogólnionego poczucia własnej skuteczności w realizacji zdrowego stylu życia wskazują wyniki badań nad aktywnością fizyczną i odżywianiem. Wysokie poczucie omawianej zmiennej pomaga w wykonywaniu ćwiczeń oraz sprzyja przestrzeganiu zaleceń lekarskich wśród osób przewlekle chorych [160].

Analiza wyników badań własnych wykazała, że w badanej grupie uczestników programów profilaktycznych średni wynik dla wskaźnika poczucia własnej skuteczności w

skali GSES wynosi $28,87 \pm 5,47$. Średnie wyniki są nieznacznie wyższe w grupie kobiet ($M=29,15$; $SD\pm 5,22$), niż w grupie mężczyzn ($M=27,96$; $SD\pm 6,13$). Rozkład analizowanego czynnika nie jest istotnie statystycznie zróżnicowany ze względu na płeć badanych ($p=0,114$). Wyniki skali GSES w całej badanej grupie wynoszą 6,19 sten, co stanowi granicę pomiędzy wynikami średnimi i wysokimi. Wartości stenowe dla wskaźnika poczucia własnej skuteczności są nieznacznie wyższe w grupie kobiet ($M=6,30$; $SD\pm 1,95$), niż w grupie mężczyzn ($M=5,85$; $SD\pm 2,30$). Rozkład analizowanego czynnika nie jest istotnie statystycznie zróżnicowany ze względu na płeć badanych ($p=0,089$). Po kategoryzacji wyników stenowych można zaobserwować, iż w całej badanej grupie wysokie poczucie własnej skuteczności wykazuje 51,98% (315) uczestników programów profilaktycznych, 31,02% (188) przeciętne, a jedynie 17,00% (103) niskie. Podobnie kształtowało się to biorąc pod uwagę płeć badanych. Najczęściej badani, zarówno mężczyźni (69; 47,59%) jak i kobiety (246; 53,36%) wskazują na wysoki wskaźnik poczucia własnej skuteczności, kolejno średni (42; 28,97% vs 146, 31,67%) oraz najrzadziej niski (34; 23,45% vs 69; 20,17%). Ogólny wskaźnik wartości poczucia własnej skuteczności (GSES) nie jest istotnie zależny od płci badanych ($p=0,060$).

Podobne rezultaty uzyskała Duda [160], gdzie badane kobiety czynne zawodowo w większości ujawniały wysoki (48,5%) i przeciętny (38,5%) poziom poczucia własnej skuteczności, a w grupie 13% badanych odnotowano wynik niski.

Wyniki badań własnych znalazły odzwierciedlenie w opracowaniu Wojcieszek i wsp. [161], w którym największą grupę spośród ankietowanych stanowiły osoby o wysokim poczuciu własnej skuteczności (60,40%), kolejno przeciętnym (34,65%), a najmniejszą z niskim poziomem (4,95%). Badania obejmowały osoby pracujące, funkcjonariuszy Państwowej Straży Pożarnej.

W pewnym zakresie odmienne dane odnotowano w badaniach Kozłowskiej i wsp. [162], gdzie w wyniku analizy GSES okazało się, że 56% badanych prezentowało wysoki poziom poczucia własnej skuteczności, ale poziom przeciętny osiągnęło 12%, a niski aż 32% ankietowanych. Odnotowano jednak porównywalnie wysoki wskaźnik poczucia własnej skuteczności u pacjentów, jak w badaniach własnych. Badaniem objęto osoby hospitalizowane na oddziale chirurgicznym.

Wyniki badań własnych uwiaryściły, iż ogólne przekonanie jednostki co do skuteczności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami i przeszkodami zmniejsza się wraz z wiekiem badanych ($r= -0,165$; $p=0,000$), natomiast zwiększa się wraz z poziomem

wykształcenia ($r=0,145$; $p=0,000$), poziomem warunków materialnych ($r=0,124$; $p=0,002$), a także wraz z oceną stylu życia jako prozdrowotny wśród badanych ($r=0,136$; $p=0,001$).

W badaniach Rybka i wsp. [163] również odnotowano zależność w zakresie poziomu wykształcenia ankietowanych i poczucia własnej skuteczności. Wyższe poczucie własnej skuteczności wskazywała grupa badanych z wykształceniem średnim oraz wyższym, a najniższy z wykształceniem podstawowym. Badania obejmowały pacjentów w wieku powyżej 60. roku życia., z rozpoznaną cukrzycą typu 2.

Obszerna ilość opracowań z zakresu spostrzegania własnej skuteczności wskazuje, iż jest to wyznacznik zamiarów i działań różnych obszarów zachowań zdrowotnych. Podobnie zamiar zaangażowania się w działanie zdrowotne, np. spożywanie większej ilości produktów bogatych w błonnik jako profilaktyka raka jelita grubego, jak i obecnie już realizowane działanie – są w sposób pozytywny powiązane z przekonaniami dotyczącymi własnej skuteczności. Ponadto pojmowanie własnej skuteczności wpływa na ocenę osobistych zasobów w sytuacjach stresowych [140]. Ponadto wraz ze wzrostem poziomu własnej skuteczności stawiane są wyższe cele do realizacji oraz rośnie zaangażowanie. Dotyczy to obszarów związanych z utrzymaniem dobrego stanu zdrowia, ale też innych płaszczyzn życia, stąd warto położyć większy nacisk na rozwijanie tej cechy.

Analiza wyników badań własnych oraz innych autorów pozwala na wyciągnięcie wniosku, iż planowanie działań z zakresu edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia powinno obejmować praktyki służące wzmocnieniu poczucia własnej skuteczności oraz wewnętrznego umiejscowienia kontroli zdrowia, co sprzyja kształtowaniu zachowań prozdrowotnych. Istotnym jest, iż w ostatnich latach dokonały się pewne zmiany w świadomości ludzi, skutkujące uznaniem wiodącej roli zachowań zdrowotnych w procesie utrzymania i umacniania zdrowia. Uzyskane wyniki mogą stanowić punkt wyjścia do przeprowadzania dalszych analiz wśród osób biorących udział w programach profilaktycznych. Z punktu widzenia praktyki istnieje potrzeba podnoszenia świadomości społeczeństwa w zakresie własnej odpowiedzialności za swój stan zdrowia.

6. WNIOSKI

1. Udział w programach profilaktycznych zdecydowanie pozytywnie wpływa na zmiany postaw wobec zdrowia. Dotyczy to zwłaszcza wymiaru umiejscowienia kontroli zdrowia i zachowań zdrowotnych u uczestników programów profilaktycznych.
2. Ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych u uczestników programów profilaktycznych jest na przeciętnym poziomie. W poszczególnych zakresach, największe nasilenie odnotowano w kategorii zachowań profilaktycznych, pozytywnego nastawienia psychicznego, prawidłowych nawyków żywieniowych i praktyk zdrowotnych.
3. Uczestnicy programów profilaktycznych większą rolę w oddziaływaniu na własne zdrowie przypisują sobie samym, natomiast mniejszą oddziaływaniom innych osób i przypadku. Umiejscowienie kontroli zdrowia wpływa na zachowania zdrowotne badanych, którzy najczęściej przejawiają wysokie poczucie własnej skuteczności.
4. Zaobserwowano różnice w poziomie ogólnego wskaźnika nasilenia zachowań zdrowotnych, ocenie umiejscowienia kontroli zdrowia i poczuciu ogólnego przekonania jednostki o skuteczności pomiędzy uczestnikami poszczególnych programów profilaktycznych.
5. Wykazano związek między zmiennymi społeczno-demograficznymi a postawami wobec zdrowia badanych. Zmiennymi różnicującymi są wiek, wykształcenie, warunki materialne, stan zdrowia i styl życia.
6. Udział w programach profilaktycznych przyczynił się do zmiany postaw wobec zdrowia badanych. Zmiana postaw na sprzyjające zdrowiu jest istotnie statystycznie zależna od rodzaju programu i płci badanych. Ponadto chęć zmiany postaw częściej deklarują osoby, które pozytywnie oceniły ogólną jakość świadczonych usług.

PIŚMIENNICTWO

- [1] Nojszewska E. Straty ekonomiczne i koszty leczenia wybranych ośmiu nowotworów w województwie dolnośląskim w latach 2014-2016 – wnioski dla polityki zdrowotnej. SGH. Warszawa 2018.
- [2] Leśniowska J, Pawłowska A. Poprawa opieki nad pacjentem onkologicznym – pacjentocentryczne mierniki w opiece onkologicznej. Razem dla zdrowia. Warszawa 2018.
- [3] Kalbarczyk WP, Gujski M, Brzozowski S, et al. Walka z nowotworami i opieka onkologiczna w Polsce wobec wyzwań demograficznych i epidemiologicznych-proponowane rozwiązania. Instytut Ochrony Zdrowia. Warszawa 2015.
- [4] Principles for Making Health Care Measurement Patient-Centered. American Institutes for Research. Washington 2017.
- [5] Futyma K, Śliwczyński A. A preliminary model for assessing real costs incurred by a healthcare entity in connection with the implementation of an oncological drug programme. *Med Og Nauk Zdr.* 2022; 28(2): 149-156.
- [6] Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 2 lipca 2018 r. w sprawie mierników oceny prowadzenia diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego, *Dz.U. MZ*, Warszawa, dnia 3 lipca 2018 r., poz. 52.
- [7] Systemy opieki onkologicznej w wybranych krajach. Raport opracowany przez EY na zlecenie Fundacji Onkologia 2025. Warszawa 2014.
- [8] <https://www.termedia.pl/mz/Jaworska-Glos-pacjentow-nigdy-nie-byl-brany-pod-uwage-przy-organizacji-systemu-opieki-zdrowotnej,31983.html> – 2021.04.07
- [9] Manterys KB, Błażek M. Ocena jakości życia chorych na raka piersi i raka szyjki macicy. *Onkol Prakt Klin Edu* 2021; 7(6): 394-401.
- [10] Tyszko P, Kanecki K, Nitsch-Osuch A, et al. Health in all policies: health of the population in development policies in Poland, with particular focus on health inequalities. *Med Og Nauk Zdr* 2021; 27(1): 54-59.
- [11] Kaczor-Szkodny PM, Szkodny W. Wybrane elementy wpływające na powstawanie i kształtowanie postaw i zachowań zdrowotnych. *Med Og Nauk Zdr* 2021; 27(1): 45-49.
- [12] Stawiarska P. Kierunki współczesnej promocji zdrowia i prewencji zaburzeń. *Profilaktyka XXI wieku. Zagrożenia i wyzwania. Teoria i praktyka.* Difin. Warszawa 2019.

- [13] Jędrzejczak A, Dyzmann-Sroka A. Profilaktyka chorób cywilizacyjnych. W: Programy zdrowotne. Skuteczna profilaktyka zachorowań. Przykłady dobrych praktyk. Red. Dyzmann-Sroka A, Piotrowski T. PZWL. Warszawa 2019; 51-55.
- [14] Andruszkiewicz A, Banaszekiewicz MB. Interdyscyplinarne programy edukacji zdrowotnej w obszarze promocji zdrowia. W: Edukacja zdrowotna w praktyce pielęgniarstwa. Red. Sierakowska M, Wrońska I. PZWL. Warszawa 2015; 125-135.
- [15] Pająk A, Balcerzyk A. Postawy i wiedza społeczeństwa na temat dziedziczenia nowotworów oraz ich diagnostyki genetycznej. *Med Og Nauk Zdr* 2021; 27(3): 318-323.
- [16] Baumgart M, Szpinda M, Radziwińska A, et al. Poczucie własnej skuteczności a zachowania zdrowotne = Self-efficacy and health behavior. *Journal of Education, Health and Sport* 2015; 5(8): 226-235.
- [17] Badanie postaw wobec zachowań zdrowotnych w zakresie profilaktyki nowotworowej wśród mieszkańców Polski ze szczególnym uwzględnieniem postaw Polek wobec raka szyjki macicy i raka piersi. MZ, Kantar Millward. Warszawa 2017.
- [18] Śliż D. Medycyna stylu życia w prewencji chorób nowotworowych. W: Medycyna stylu życia. Red. Śliż D, Mamcarz A. PZWL. Warszawa 2020; 462-466.
- [19] Woynarowska B. Styl życia i zachowania zdrowotne. W: Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne, metodyka, praktyka. Red. Woynarowska B. PWN. Warszawa 2018; 57-69.
- [20] Cianciara D, Lewczuk-Wesołowska A, Zalewska E, et al. Trwałość samorządowych programów zdrowotnych. *Hygeia Public Health* 2015; 50(1): 104-111.
- [21] Dubas K, Seweryn M, Koperny M. Samorządowe programy zdrowotne – praktyczne aspekty realizacji. *Hygeia Public Health* 2014; 49(4): 747-754.
- [22] Nowicki A, Ponczek D. Współczesne strategie zapobiegania chorobom nowotworowym, wprowadzenie. W: Promocja zdrowia w praktyce pielęgniarstwa i położnictwa. Red. Andruszkiewicz A, Banaszekiewicz M. PZWL. Warszawa 2019; 60-71.
- [23] Kulik TB. Koncepcja zdrowia w medycynie. W: Zdrowie publiczne. Red. Kulik TB, Pacian A. PZWL. Warszawa 2015; 3-17.
- [24] Sygit M. Zdrowie publiczne. Wolters Kluwer. Warszawa 2017.
- [25] Cianciara D. Promocja zdrowia, czyli wszystkie ręce na pokład do zmniejszania nierówności w zdrowiu. W: Zagrożenia zdrowia publicznego. Naukowe podstawy promocji zdrowia. Red. Michalak J. Wolters Kluwer. Warszawa 2016; 189-212.

- [26] Lik P, Zadrozny M. Prewencja chorób nowotworowych. W: Zagrożenia zdrowia publicznego. Rola edukacji w prewencji chorób. Red. Tokarski Z. Wolters Kluwer. Warszawa 2016; 120-135.
- [27] Renn-Żurek A. Profilaktyka chorób nowotworowych. W: Zagrożenia zdrowia publicznego. Vademecum promotora zdrowia. Red. Tokarski Z, Denys A. Wolters Kluwer. Warszawa 2018; 81-94.
- [28] Grygorowicz M, Adamkiewicz P, Woźniak-Kasperek E, et al. Definicja i podział fizjoprofilaktyki. W: Kompendium fizjoprofilaktyki. Red. Grygorowicz M, Podhorecka M. Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Poznań 2020; 17-19.
- [29] Informacja o wynikach kontroli. Profilaktyka zdrowotna w systemie ochrony zdrowia. Najwyższa Izba Kontroli. Warszawa 2017.
- [30] Wiszniewska M, Magnuska J, Lipińska-Ojrzanowska A, et al. Model działań profilaktycznych zintegrowany z opieką profilaktyczną nad pracownikami – zapobieganie niektórym nowotworom wśród kobiet. *Medycyna Pracy* 2018; 69(4): 439-455.
- [31] Skóbel B, Rudka R. Programy polityki zdrowotnej bez tajemnic. Związek Powiatów Polskich. Warszawa 2016.
- [32] Skiba M, Duda S, Nowak D, et al. Health care and a feeling of one's self-efficacy and control of emotions in patients with cancer. *Hygeia Public Health* 2018; 53(4): 363-370.
- [33] Kulpa M, Kosowicz M, Flaga-Łuczkiwicz M, Stypuła-Ciuba BJ. Strategie radzenia sobie z chorobą i poczucie własnej skuteczności u pacjentów chorych onkologicznie. *Medycyna Paliatywna* 2019; 11(2): 81-87.
- [34] Węsierska-Gądek JA. Czy można świadomym stylem życia zredukować indywidualne ryzyko zachorowania na raka? Fakty i mity o etiologii chorób nowotworowych. *Psychoonkologia* 2018; 22(1): 23-33.
- [35] Patyna M, Płusa A, Ziębińska A. Kluczowe zagadnienia dotyczące projektowania i realizacji programów polityki zdrowotnej. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* 2019; 17(4): 203-216.
- [36] Mariańczyk K, Steuden S. Oczekiwania oraz intencje zachowań zdrowotnych jako czynniki warunkujące wykonywanie profilaktycznej cytologii w grupie kobiet po 45. roku życia. *Psychoonkologia* 2011; 2: 55-64.

- [37] Gacek M. Poczucie własnej uogólnionej skuteczności a wybrane aspekty stylu życia grupy żołnierzy zawodowych. *Hygeia Public Health* 2018; 53(1): 79-84.
- [38] Kurowska K, Horodecka A. Umieszczenie kontroli zdrowia a oczekiwania pacjentów objętych opieką medyczną w POZ. *Forum Medycyny Rodzinnej* 2014; 8(3): 105-116.
- [39] Wojtczak A. *Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku*. PZWL. Warszawa 2017.
- [40] Didkowska J, Wojciechowska U, Olasek P, dos Santos FC, Michałek I. *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2019 r.* Ministerstwo Zdrowia. Warszawa 2021.
- [41] WHO, *The World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance*, World Health Organization, Geneva 2000.
- [42] Borkowska I. Ocena kondycji publicznej opieki zdrowotnej w Polsce. *SiP* 2018; 165: 27-48.
- [43] Zgliczyński WS. System ochrony zdrowia w Polsce – wybrane zagadnienia. *Studia BAS* 2018; 4(56): 9-46.
- [44] Wrześniewska-Wal I, Waszkiewicz M, Hajdukiewicz D, Augustynowicz A. Wybrane prawne i etyczne podstawy działania systemu ochrony zdrowia w Polsce. *Studia BAS* 2018; 4(56): 47–75.
- [45] Pietryka E. Finansowanie systemu opieki zdrowotnej w Polsce w kontekście wprowadzenia systemu sieci szpitali. *Journal of Management and Finance* 2018; 3(1): 229-244.
- [46] *The 2018 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2016-2070)*, Institutional Paper 079, Komisja Europejska, 2018.
- [47] Lalonde M. *A New Perspective on the Health of Canadians*. Kanada 1981.
- [48] *Raport: System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian*. Najwyższa Izba Kontroli. Warszawa 2019.
- [49] Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz.U. z 1997 r. nr 78, poz. 483 ze zmianami.
- [50] Suhecka J, Michalak J. *Inwestycje w zdrowie. W: Zagrożenia zdrowia publicznego. Zdrowie człowieka a środowisko*. Red. Denys A. Wolters Kluwer. Warszawa 2015; 376-389.
- [51] <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/wydatki-na-ochrone-zdrowia-w-latach-2019-2021,27,2.html> – 2022.08.26

- [52] Health expenditure and financing. OECD Statistics
<https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=SHA> – 2022.08.26
- [53] Nowak-Starz G. Ocena jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce w opinii pacjentów z województwa świętokrzyskiego. W: Jakość usług medycznych – możliwości modelowania i dostosowania do oczekiwań pacjenta. Red. Nowak-Starz G, Strzelecka A, Kordyżon M. Wydawnictwo Naukowe Semper. Warszawa 2020; 43-71.
- [54] Euro Health Consumer Index 2018 Report. Health Consumer Powerhouse.
<https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-report.pdf> -2022.08.26
- [55] Więckowska B, Maciejczyk A. Innowacyjna onkologia. Potrzeby, możliwości, system. PZWL. Warszawa 2020.
- [56] Chrobot M, Kowalska A, Gózdź S, et al. Polski pakiet onkologiczny a regulacje w zakresie diagnostyki i leczenia nowotworów w wybranych krajach. Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu 2017; 4(53): 496-507.
- [57] Kita A. Koordynacja jako element nowoczesnej opieki nad pacjentem onkologicznym. Specyfika aktywności zawodowej koordynatorów. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie 2019; 17(2): 74-80.
- [58] Mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii. Ministerstwo Zdrowia, grudzień 2015 r. <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-onkologiczne/> - 2022.08.24
- [59] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej, Dz.U. 2018 poz. 2423 z późn. zm.
- [60] <https://www.gov.pl/web/premier/projekt-ustawy-o-krajowej-sieci-onkologicznej2> - 2022.08.24
- [61] Maciejczyk A, Gózdź S, Walewski J. Krajowa Sieć Onkologiczna w zakresie nowotworów litych. Biuletyn Polskiego Towarzystwa Onkologicznego Nowotwory 2020; 5(6): 305-315.
- [62] Narodowa Strategia Onkologiczna. Ministerstwo Zdrowia. Warszawa 2020.
<https://www.gov.pl/web/zdrowie/narodowa-strategia-onkologiczna-nso> - 2022.08.24
- [63] Uchwała nr 10 Rady Ministrów z dnia 4 lutego 2020 r. w sprawie przyjęcia programu wieloletniego pn. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020-2030
- [64] <https://www.termedia.pl/mz/100-euro-na-pacjenta-onkologicznego,36961.html> - 2022.08.13

- [65] Włodarczyk WC. Ochrona zdrowia: od pełnego dostępu do koszyka świadczeń gwarantowanych i współpłacenia. W: Polityka społeczna w Polsce – osiągnięcia i wyzwania. Red. Bednarski M, Wiśniewski Z. Wydawnictwo Dialog i IPiSS. Warszawa 2018; 65-88.
- [66] Prognoza ludności na lata 2014-2050. Główny Urząd Statystyczny. Warszawa 2014.
- [67] Synowiec-Piłat M, Zmysłona B, Pałęga A. Zaufanie do lekarzy oraz przekonania osób starszych na temat efektywności medycyny w walce z chorobami nowotworowymi. *Pomeranian J Life Sci* 2017; 63(4): 94-103.
- [68] Bray F, Laversanne M, Weiderpass E, Soerjomataram I. The ever-increasing importance of cancer as a leading cause of premature death worldwide. *Cancer* 2021; 127(16): 3029-3030.
- [69] Krstic MN, Mijac DD, Popovic DD, et al. General Aspects of Primary Cancer Prevention. *Dig Dis*. 2019; 37(5): 406-415.
- [70] White MC, Holman DM, Goodman RA, Richardson LC. Cancer Risk Among Older Adults: Time for Cancer Prevention to Go Silver. *Gerontologist* 2019; 59(1): 1-10.
- [71] Coll PP, Korc-Grodzicki B, Ristau BT, et al. Cancer Prevention and Screening for Older Adults: Part 2. Interventions to Prevent and Screen for Breast, Prostate, Cervical, Ovarian, and Endometrial Cancer. *J Am Geriatr Soc* 2020; 68(11): 2684-2691.
- [72] Kowalczyk A, Kozłowska E, Dąbska O, Wołoszynek E. Epidemiologia nowotworów złośliwych wśród Polek w wieku około- i pomenopauzalnym w latach 1999–2012. *Piel Zdr Publ* 2017; 7(2): 101-106.
- [73] Siegel RL, Miller KD, Fuchs HE, Jemal A. Cancer statistics, 2022. *CA Cancer J Clin* 2022; 72: 7-33.
- [74] Zhdan VM, Holovanova IA, Vovk OY, Korosh MV. Relationship Between Cervical Cancer And The Level Of Preventive Oncological Examinations. *Wiad Lek* 2021; 74(6): 1428-1432.
- [75] Di Sebastiano KM, Murthy G, Campbell KL, et al. Nutrition and Cancer Prevention: Why is the Evidence Lost in Translation? *Adv Nutr* 2019; 10(3): 410-418.
- [76] Pelosi E, Castelli G, Testa U. Understanding mechanisms of cancer initiation and development supports the need for an implementation of primary and secondary cancer prevention. *Ann Ist Super Sanita* 2019; 55(4): 371-379.

- [77] Sirokman A. AMA Policies and Code of Medical Ethics' Opinions Related to Cancer Prevention in Low- and Middle-Income Countries. *AMA J Ethics* 2020; 22(2): 112-115.
- [78] Michałek IM, Sulkowska U, Wojciechowska U, Didkowska J. Zgłaszanie zachorowań na nowotwory złośliwe w Polsce – apel Krajowego Rejestru Nowotworów. *Biuletyn PTO* 2021; 71: 162-163.
- [79] Pysz-Waberski D, Bulska-Będkowska W, Wachuła E. Treatment of chronic pain in the oncology: cooperation between oncologist and psychooncologist. *Oncol Clin Pract* 2019; 15: 208-216.
- [80] Szlitkus P. Epidemiologia nowotworu płuc w Polsce. *Zeszyty Naukowe WCO, Letters in Oncology Science* 2018; 15(2): 71-77.
- [81] Kołłątaj W, Karwat ID, Kołłątaj B, et al. Profilaktyka nowotworów u kobiet w Polsce. Sukces czy niepowodzenie? Opinie pacjentów, lekarzy i instytucji odpowiedzialnych za stan zdrowia – metaanaliza. *Journal of Education, Health and Sport* 2016; 6(6): 318-328.
- [82] <http://onkologia.org.pl/nowotwory-wprowadzenie/#h> - 2022.09.02
- [83] https://health.ec.europa.eu/non-communicable-diseases/cancer_pl - 2022.09.02
- [84] Stewart BW, Bray F, Forman D, et al. Cancer prevention as part of precision medicine: 'plenty to be done'. *Carcinogenesis* 2016; 37(1): 2-9.
- [85] European Code Against Cancer: <http://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/en/> - 2022.09.05
- [86] Gierczyński J, Bidziński M, Blecharz P, et al. Raport: Bezpieczeństwo pacjenta onkologicznego: profilaktyka, diagnostyka, terapie, czas odchodzenia. *Medyczna Racja Stanu*. Warszawa 2020 r.
- [87] Schüz J, Espina C, Wild CP. Primary prevention: a need for concerted action. *Mol Oncol* 2019; 13(3): 567-578.
- [88] Srkalović G. Lung Cancer: Preventable Disease. *Acta Med Acad* 2018; 47(1): 39-49.
- [89] Cormier AC. Precautionary Principle: Cancer Prevention Efforts During Critical Periods of Growth and Development. *CJON* 2019; 23(6): 659-663.
- [90] Morrow L, Greenwald B. How nurse practitioners can advocate for local, state, and federal policy to promote colorectal cancer prevention and screening. *J Am Assoc Nurse Pract* 2020; 33(11): 852-856.
- [91] Ilbawi AM, Anderson BO. Cancer in global health: how do prevention and early detection strategies relate? *Sci Transl Med* 2015; 7(278): 1-5.

- [92] <https://pulsmedycyny.pl/eksperci-nowotwory-najczestsza-przyczyna-zgonow-kobiet-w-wieku-25-64-lata-najwieksze-zniwo-zbiera-rak-pluca-1133336> - 2022.09.03
- [93] Zatoński WA, Sulkowska U, Didkowska J. Kilka uwag o epidemiologii nowotworów w Polsce. *Nowotwory Journal of Oncology* 2015; 65(3): 179-196.
- [94] Sagan A, Kowalska-Bobko I, Gałązka-Sobotka M, et al. Assessing Recent Efforts to Improve Organization of Cancer Care in Poland: What Does the Evidence Tell Us? *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022; 19(9369): 1-11.
- [95] <https://www.zwrotnikraka.pl/nawotwory-zlosliwe-w-polsce-krajowy-rejestr-nowotworow/> - 2022.09.03
- [96] Wójta-Kempa M, Wolska-Zogaty I. *Zdrowie kobiet. Ujęcie interdyscyplinarne. Continuo*. Wrocław 2020.
- [97] Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin* 2021; 71(3): 209-249.
- [98] Eriksson M, Czene K, Strand F, et al. Identification of Women at High Risk of Breast Cancer Who Need Supplemental Screening. *Radiology* 2020; 297(2): 327-333.
- [99] Broncel-Czekaj D, Kowalska M. Przegląd wybranych programów profilaktycznych w chorobach cywilizacyjnych. *Hygeia Public Health* 2018; 53(1): 1-8.
- [100] Constitution of the World Health Organization. <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf> - 2022.09.07
- [101] Wypych-Ślusarska A, Głogowska-Ligus J, Słowiński J. Społeczne uwarunkowania nierówności w zdrowiu. *Piel Zdr Publ* 2019; 9(3): 229-236.
- [102] Borzucka-Sitkiewicz K, Leksy K. Środowiskowe konteksty nierówności w zdrowiu na przykładzie epidemiologii chorób nowotworowych w Polsce i województwie śląskim. *Chowanna* 2019; 21: 383-396.
- [103] Borzucka-Sitkiewicz K. Profilaktyka chorób nowotworowych - możliwości wykorzystania doświadczeń europejskich. *Pedagogika Społeczna* 2019; 2(72): 61-74.
- [104] Cianciara D. Zdrowie publiczne w Polsce – problemy i wyzwania. *Studia BAS* 2018; 4(56): 77-102.
- [105] <https://www.pzh.gov.pl/podstawowe-funkcje-zdrowia-publicznego-essential-public-health-operations-ephos-cz-1/> - 2022.09.10

- [106] Ostaszewski K. Edukacja zdrowotna w profilaktyce chorób i zachowań ryzykownych dla zdrowia. W: Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne, metodyka, praktyka. Red. Woynarowska B. PWN. Warszawa 2018; 112-119.
- [107] Wiszniewska M, Lipińska-Ojrzanowska A, Witkowska A, et al. Choroby nowotworowe pochodzenia zawodowego – epidemiologia i aspekty orzecznicze. *Medycyna Pracy* 2018; 69(1): 93-108.
- [108] Hreńczuk MK, Sidorczuk P. The evaluation of young adults' knowledge on risk factors and prevention of colorectal cancer. *Med Og Nauk Zdr* 2022; 28(1): 52–57.
- [109] Bojkowski Ł. Wyznaczanie celów w kontekście zachowań zdrowotnych. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu* 2019; 1(58): 18-21.
- [110] Borowiec SA, Szymanowski B, Duchnowska R. Badania przesiewowe raka jelita grubego. *LW* 2022; 100(2): 77-80.
- [111] Mann RM, Hooley R, Barr RG, Moy L. Novel Approaches to Screening for Breast Cancer. *Radiology* 2020; 297(2): 266-285.
- [112] Beer TM. Novel blood-based early cancer detection: diagnostics in development. *Am J Manag Care* 2020; 26(14): 292-299.
- [113] Hofmarcher T, Lindgren P, Wilking N. Diagnosed but not treated: how to improve patient access to advanced NSCLC treatment in Europe. *IHE Report 2022:2*. IHE: Lund, Szwecja.
- [114] Curyło-Sikora P, Kaczmarska A. Rola profilaktyki pozytywnej w kształtowaniu zdrowia holistycznego. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2016; 22(4): 253-259.
- [115] Cierzniańska K, Szewczyk M, Kozłowska E, Popow A. Factors determining the level of health behaviours amongst patients and healthy individuals. *Surgical and Vascular Nursing* 2018; 12(1): 20-26.
- [116] Soerjomataram I, Bray F. Planning for tomorrow: global cancer incidence and the role of prevention 2020-2070. *Nat Rev Clin Oncol* 2021; 18(10): 663-672.
- [117] Stefanowicz A. Profilaktyka chorób cywilizacyjnych i społecznych. W: *Zdrowie publiczne*. Red. Kulik TB, Pacian A. PZWL. Warszawa 2015; 123-140.
- [118] Woynarowska B, Woynarowska-Sołdan M. Działania ukierunkowane na profesjonalizację w promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej na świecie i w Polsce. *Hygeia Public Health* 2018; 53(3): 221-231.
- [119] Wittczak T, Wittczak A, Jakubowski J. Promocja zdrowia w praktyce lekarzy medycyny pracy w Polsce – doświadczenia pacjentów. *Med Og Nauk Zdr* 2020; 26(3): 286-290.

- [120] Dyzmann-Sroka A, Nowak A. „Europejski kodeks walki z rakiem” w aspekcie praktycznym. *Psychoonkologia* 2015; 3: 110-115.
- [121] <https://planujedlugiezycie.pl/index.php/aktualnosci/co-mozemy-zrobic-juz-dzis-aby-uniknac-choroby-nowotworowej-w-przyszlosci/> - 2022.09.11
- [122] Couespel N, et al. Poprawa walki z rakiem w Europie, badanie dla Komisji Ochrony Środowiska Naturalnego, Zdrowia Publicznego i Bezpieczeństwa Żywności, Departament Tematyczny ds. Polityki Gospodarczej, Naukowej i Jakości Życia. Parlament Europejski. Luksemburg 2020.
- [123] Lipowski P. Ustawowe programy zdrowotne – uwarunkowania prawne i systemowe. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* 2021; 19(2): 68-76.
- [124] Kurowska P, Królak A, Giermaziak W. Health policy programs realised in Poland in 2016-2017. *Rocz Panstw Zakl Hig* 2018; 69(2): 209-217.
- [125] Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030. Ministerstwo Zdrowia. Warszawa 2021.
- [126] Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2012 r., poz. 159).
- [127] Kister A, Vovk V. Ocena jakości usług medycznych – aktualne problemy badawcze w świetle doświadczeń międzynarodowych. W: Nowa jakość usług w warunkach serwicyzacji. Red. Skrzypek E, Kijek T, Kowalska A. UMCS. Lublin 2017; 47-58.
- [128] Kister A. Jakość usług i bezpieczeństwo pacjenta w sektorze opieki zdrowotnej. *Problemy Jakości* 2019; 1(12): 14-18.
- [129] Mińko M. Dobre praktyki zarządzania jakością w placówce medycznej na podstawie rozwiązań stosowanych w Klinik Thalkichner Strasse STKM w Monachium – Case Study. *Studenckie Zeszyty Naukowe* 2015; 25(17): 79-81.
- [130] Trzcińska H. Wybrane modele doskonałości jako przykład kształtowania jakości w placówkach medycznych. *Studia Ekonomiczne. Gospodarka, Społeczeństwo, Środowisko* 2020; 1(5): 85-107.
- [131] Bemnowska M, Joško-Ochojska J. Quality management in health care system. *Hygeia Public Health* 2015; 50(3): 457-462.
- [132] Nowak-Starz G, Siwek M, Salwa A, et al. Rola jakości usług medycznych we współczesnym systemie ochrony zdrowia. W: *Zdrowie publiczne standardem dobrostanu*. Red. Asienkiewicz R, Markocka-Mączka K, Biskup M. Wydawnictwo Naukowe NeuroCentrum. Lublin 2018; 237-247.

- [133] Pinal-Ślimak M, Eusebio MO, Pietruczuk M. Quality in health care. *Journal of Laboratory Diagnostics Diagn Lab* 2018; 54(3): 197-200.
- [134] Furtak-Niczyporuk M, Felicka J, Jaroszyński J, et al. Nowe zawody medyczne – asystent lekarza i asystent pielęgniarski – szansą i wyzwaniem dla systemu ochrony zdrowia w Polsce. *Hygeia Public Health* 2019; 54(1): 23-29.
- [135] Raczyńska E. Efektywność w ochronie zdrowia jako wyzwanie dla zarządzania. *Przegląd Organizacji* 2020; 5(964): 27-34.
- [136] Trzcńska H. Satysfakcja pacjenta w wybranych aspektach oceny jakości usług medycznych. *Studia Ekonomiczne. Gospodarka, Społeczeństwo, Środowisko* 2019; 1(3): 119-136.
- [137] Makar A, Wrońska I. Poziom satysfakcji pacjentów z opieki pielęgniarskiej w lubelskich szpitalach akredytowanych i bez akredytacji. W: *Wyzwania współczesnego pielęgniarstwa*. Red. Wysokiński M, Sienkiewicz Z, Fidecki W. *Warszawski Uniwersytet Medyczny*. Warszawa 2021; 26-35.
- [138] Nowak-Starz G, Strzelecka A, Kordyzon M. Jakość usług medycznych – możliwości modelowania i dostosowania do oczekiwań pacjenta. *Wydawnictwo Naukowe Semper*. Warszawa 2020.
- [139] Maconko M, Kopański Z, Strychar J, Małek Ł. Satysfakcja pacjenta i metody jej pomiaru. *Journal of Clinical Healthcare* 2016; 3: 14-19.
- [140] Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. *Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego*. Warszawa 2012.
- [141] <https://www.practest.com.pl/npppz-narz%C4%99dzia-pomiaru-w-promocji-i-psychologii-zdrowia> – 08.04.2021
- [142] Nowicki GJ, Ślusarska B, Młynarska M, et al. Umiejscowienie kontroli zdrowia a deklarowane zachowania zdrowotne w grupie osób wykonujących zawody medyczne i pozamedyczne. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu* 2017; 1(50): 38-48.
- [143] Nowicki G, Rudnicka-Drożak E, Ślusarska B, et al. Różnice deklarowanej częstości samokontroli stanu zdrowia u osób pracujących w zawodach medycznych i pozamedycznych. *Journal of Education, Health and Sport* 2016; 6(5): 236-254.
- [144] Łabuzek M, Grochowska A, Moździerz K, Wstawska W. Zachowania zdrowotne osób starszych powiatu dębickiego. *Pol Prz Nauk Zdr* 2019; 59: 138-144.

- [145] Kozieł D, Kaczmarczyk M, Naszydlowska E, Gałuszka R. Wpływ kształcenia w Uniwersytecie Trzeciego Wieku na zachowania zdrowotne osób starszych. *Stud Med* 2008; 12: 23-28.
- [146] Wiraszka G, Góral K, Stępień R, Kielar M. Cancer prevention awareness among young adult Polish females on the basis of the assessment of knowledge and health behaviours. *Medical Studies* 2016; 32(2): 77–85.
- [147] Wysokiński M, Dmowska P, Fidecki W, Dziedzic B. Zachowania zdrowotne a akceptacja choroby osób w podeszłym wieku. *Geriatrics* 2019; 13: 77-82.
- [148] Baumgart M, Weber-Rajek M, Radziwińska A, et al. Zachowania zdrowotne studentów Fizjoterapii. *Journal of Education, Health and Sport* 2015; 5(6): 211-224.
- [149] Ślusarska B, Nowicki G. Zachowania zdrowotne w profilaktyce chorób układu krążenia wśród osób pracujących. *Probl Hig Epidemiol* 2010; 91: 34–40.
- [150] Sygit-Kowalkowska E. Zachowania zdrowotne osób w okresie późnej dorosłości - socjodemograficzne korelaty i różnice między środowiskami społecznymi. *Ann Acad Med Stetin*. 2013; 59(1): 103-13.
- [151] Fidecki W, Wysokiński M, Królik W, et al. Ocena zachowań zdrowotnych mężczyzn w podeszłym wieku. *Geriatrics* 2018; 12: 130-135.
- [152] Gruszczyńska M, Bąk-Sosnowska M, Plinta R. Zachowania zdrowotne jako istotny element aktywności życiowej człowieka. *Stosunek Polaków do własnego zdrowia*. *Hyg Public Health* 2015; 50: 558-565.
- [153] Górniak E, Fidecki W, Wysokiński M, et al. Wybrane aspekty zachowań zdrowotnych pielęgniarek. W: *Wyzwania współczesnego pielęgniarstwa*. Red. Wysokiński M, Sienkiewicz Z, Fidecki W. *Warszawski Uniwersytet Medyczny*. Warszawa 2021; 26-35.
- [154] Kościelak R. *Poczucie umiejscowienia kontroli i przekonania o własnej skuteczności w zdrowiu i chorobie*. Oficyna Wydawnicza Impuls. Kraków 2010.
- [155] Piasecka H, Nowicki G, Ślusarska B. Sposób żywienia i umiejscowienie kontroli zdrowia w grupie studentów medycyny. *Piel XXI w.* 2014; 2(47): 17–22.
- [156] Rogala A, Janiszewska M, Dziedzic M, et al. Self-assessment and woman's health control location after gynaecological operations. *Medical Studies* 2016; 32(2): 86–95.
- [157] Smoleń E, Dobrowolska B. The health locus of control and chosen health behaviors of nurses from the Lublin and Podkarpackie voivodeships. *Problemy Pielęgniarstwa* 2018; 26(4): 290–299.

- [158] Cybulska AM, Rachubińska K, Dembicka W, Grochans E. Poszukiwanie czynników wpływających na umiejscowienie kontroli zdrowia i zachowania zdrowotne osób przebywających na emeryturze. *Med Og Nauk Zdr* 2019; 25(4): 295–299.
- [159] Bąk-Sosnowska M, Gruszczyńska M, Wyszomirska J, Daniel-Sielańczyk A. The Influence of Selected Psychological Factors on Medication Adherence in Patients with Chronic Diseases. *Healthcare* 2022; 10: 426-438.
- [160] Duda M. Personal factors as predictors of working women's health behaviour. *Social Dissertations* 2021; 15(2): 100-116.
- [161] Wojcieszek A, Nawalana A, Majda A. The sense of self-efficacy and the satisfaction with life in the group of Małopolska officers from the State Fire Service. *Problemy Pielęgniarstwa* 2017; 25(1): 56–61.
- [162] Kozłowska E, Cierzniałowska K, Popow A, Szewczyk M. The level of life satisfaction and self-efficacy in the group of patients hospitalized in the surgical ward. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2022; 16(3): 96–101.
- [163] Rybka M, Haor B. Selected aspects of functional efficiency and own effectiveness in patients with diabetes type 2. *Long-Term Care Nursing* 2018; 3(3): 28–34.

STRESZCZENIE

Wstęp. Działania profilaktyczne są istotnym narzędziem poprawy sytuacji zdrowotnej i ograniczenia negatywnych skutków chorób cywilizacyjnych. Czynnikiem mającym ogromny wpływ na zdrowie są prezentowane postawy wobec zdrowia jednostki.

Cel. Analiza programów profilaktycznych realizowanych przez Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach pod kątem pozytywnych zmian w postawach wobec zdrowia, obejmujących styl życia i prezentowane zachowania zdrowotne ich uczestników.

Materiał i metodyka. Grupę badaną stanowiło 606 osób powyżej 18. roku życia. Byli to uczestnicy programów profilaktycznych realizowanych w Świętokrzyskim Centrum Onkologii w Kielcach. W badaniach została wykorzystana metoda sondażu diagnostycznego, w ramach którego została zastosowana technika ankietowania oraz badania dokumentów dotyczących programów profilaktycznych. W pracy zastosowane zostały cztery narzędzia badawcze, w tym trzy standaryzowane narzędzia: Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ), Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności (GSES), Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia, wersja B (MHLC-B) oraz kwestionariusz ankiety własnego opracowania.

Wyniki. W badanej grupie ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych był na przeciętnym poziomie ($6,07$ stena $\pm 1,87$). Wśród badanych najwyższy poziom osiągnęło wewnętrzne umiejscowienie kontroli ($M=25,54$; $SD\pm 4,65$). W całej grupie wysokie poczucie własnej skuteczności wskazało 51,98% uczestników programów profilaktycznych, 31,02% przeciętne, natomiast 17,00% niskie.

Wnioski.

1. Udział w programach profilaktycznych zdecydowanie pozytywnie wpływa na zmiany postaw wobec zdrowia. Dotyczy to zwłaszcza wymiaru umiejscowienia kontroli zdrowia i zachowań zdrowotnych u uczestników programów profilaktycznych.
2. Ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych u uczestników programów profilaktycznych jest na przeciętnym poziomie. W poszczególnych zakresach, największe nasilenie odnotowano w kategorii zachowań profilaktycznych, pozytywnego nastawienia psychicznego, prawidłowych nawyków żywieniowych i praktyk zdrowotnych.
3. Uczestnicy programów profilaktycznych większą rolę w oddziaływaniu na własne zdrowie przypisują sobie samym, natomiast mniejszą oddziaływaniom innych osób i przypadku. Umiejscowienie kontroli zdrowia wpływa na zachowania zdrowotne badanych, którzy najczęściej przejawiają wysokie poczucie własnej skuteczności.

4. Zaobserwowano różnice w poziomie ogólnego wskaźnika nasilenia zachowań zdrowotnych, ocenie umiejscowienia kontroli zdrowia i poczuciu ogólnego przekonania jednostki o skuteczności pomiędzy uczestnikami poszczególnych programów profilaktycznych.
5. Wykazano związek między zmiennymi społeczno-demograficznymi a postawami wobec zdrowia badanych. Zmiennymi różnicującymi są wiek, wykształcenie, warunki materialne, stan zdrowia i styl życia.
6. Udział w programach profilaktycznych przyczynił się do zmiany postaw wobec zdrowia badanych. Zmiana postaw na sprzyjające zdrowiu jest istotnie statystycznie zależna od rodzaju programu i płci badanych. Ponadto chęć zmiany postaw częściej deklarują osoby, które pozytywnie oceniły ogólną jakość świadczonych usług.

Słowa kluczowe: profilaktyka, programy profilaktyczne, zachowania zdrowotne, onkologia.

ABSTRACT

Introduction. Preventive actions are an important tool for improving the health situation and reducing the negative effects of lifestyle diseases. The factors that have a huge impact on health are the attitudes towards the health of an individual.

Objective. Analysis of preventive programs implemented by the Świętokrzyskie Oncology Center in Kielce in terms of positive changes in attitudes towards health, including lifestyle and health behaviors of their participants.

Material and methodology. The study group consisted of 606 people over 18 years of age. They were participants of preventive programs implemented at the Świętokrzyskie Oncology Center in Kielce. The study used the method of diagnostic survey, within which the technique of surveying and examining documents concerning prevention programs was used. Four research tools were used in the study, including three standardized tools: Health Behavior Inventory (IZZ), Generalized Self-Efficacy Scale (GSES), Multidimensional Health Locus of Control Scale, version B (MHLC-B) and a self-developed questionnaire.

Results. In the study group, the general indicator of the severity of health behaviors was at an average level (6.07 sten \pm 1.87). Among the respondents, the highest level was achieved by the internal locus of control (M=25.54; SD \pm 4.65). In the entire group, high self-efficacy was indicated by 51.98% of participants in prevention programs, average by 31.02%, and low by 17.00%.

Conclusions.

1. Participation in prevention programs has a positive impact on changes in attitudes towards health. This applies in particular to the dimension of locus of health control and health behaviors of participants in prevention programmes.
2. The general indicator of the intensity of health behaviors among participants of prevention programs is at an average level. In particular areas, the greatest intensity was recorded in the category of preventive behaviors, positive mental attitude, proper eating habits and health practices.
3. Participants of prevention programs attribute a greater role in influencing their own health to themselves, and a smaller role to the influence of other people and chance. The health locus of control influences the health behaviors of the respondents, who most often show a high sense of self-efficacy.
4. Differences were observed in the level of the general indicator of the intensity of health behaviors, the assessment of the locus of health control and the general sense of the

individual's belief in effectiveness between the participants of particular prevention programmes.

5. The relationship between socio-demographic variables and attitudes towards the health of the respondents was demonstrated. Differentiating variables are age, education, material conditions, health and lifestyle.

6. Participation in prevention programs contributed to the change of attitudes towards the health of the respondents. The change of attitudes to health-promoting ones is statistically significantly dependent on the type of program and the gender of the respondents. In addition, the willingness to change attitudes is more often declared by people who positively assessed the overall quality of services provided.

Key words: prevention, prevention programs, health behaviors, oncology.

SPIS RYCIN I TABEL

Spis rycin

Rycina 1. Pozytywne nastawienia psychiczne (PNP) w zależności od płci badanych	76
Rycina 2. Zachowania profilaktyczne (ZP) w zależności od płci badanych.....	77
Rycina 3. Prawidłowe nawyki żywieniowe (PNŻ) w zależności od płci badanych	78
Rycina 4. Praktyki zdrowotne (PZ) w zależności od płci badanych.....	79
Rycina 5. Suma IZZ surowych wyników w zależności od płci badanych.....	80
Rycina 6. MHLC – wymiar kontrola wewnętrzna w zależności od płci badanych	83
Rycina 7. MHLC – wymiar wpływ innych w zależności od płci badanych	84
Rycina 8. MHLC – wymiar przypadek w zależności od płci badanych	85
Rycina 9. Wartości stenowe dla narzędzia GSES w zależności od płci badanych	87
Rycina 10. Wartości stenowe IZZ a rodzaj programu profilaktycznego	91
Rycina 11. MHLC – wymiar kontrola wewnętrzna a rodzaj programu profilaktycznego.....	93
Rycina 12. MHLC – wymiar wpływ innych a rodzaj programu profilaktycznego.....	94
Rycina 13. MHLC – wymiar przypadek a rodzaj programu profilaktycznego.....	95
Rycina 14. Wartości stenowe dla narzędzia GSES a rodzaj programu profilaktycznego.....	96
Rycina 15. Krzywa ROC dla modelu regresji logistycznej jakości usług medycznych	115
Rycina 16. Krzywa ROC dla modelu regresji logistycznej zapotrzebowanie społeczne.....	118

Spis tabel

Tabela 1. Operacjonalizacja zmiennych ujętych w modelu badawczym.....	37
Tabela 2. Program „Szczepienia dla chorych onkologicznie” – analiza.....	40
Tabela 3. Program „Profilaktyka nowotworów płuc” – analiza.....	43
Tabela 4. Program „Twój świadomy wybór – program profilaktyki nowotworów głowy i szyi” – analiza	47
Tabela 5. Program „Profilaktyka obrzęku limfatycznego po leczeniu raka piersi – moduł regionalny” – analiza.....	50
Tabela 6. Program Badań Przesiewowych raka jelita grubego – analiza.....	56
Tabela 7. Program „Profilaktyka raka piersi” – analiza.....	58
Tabela 8. Program „Profilaktyka raka szyjki macicy” – analiza.....	62
Tabela 9. Charakterystyka badanej grupy ze względu na płeć.....	70
Tabela 10. Charakterystyka badanej grupy ze względu na wiek	70
Tabela 11. Charakterystyka badanej grupy ze względu na stan cywilny.....	71

Tabela 12. Charakterystyka badanej grupy ze względu na miejsce zamieszkania	71
Tabela 13. Charakterystyka badanej grupy ze względu na wykształcenie.....	72
Tabela 14. Charakterystyka badanej grupy ze względu na sytuację zawodową.....	72
Tabela 15. Charakterystyka badanej grupy ze względu na wykonywany zawód	72
Tabela 16. Charakterystyka badanej grupy ze względu na warunki materialne	73
Tabela 17. Charakterystyka badanej grupy ze względu na stan zdrowia.....	73
Tabela 18. Charakterystyka badanej grupy ze względu na styl życia.....	74
Tabela 19. Alfa Cronbacha dla narzędzia Inwentarz Zachowań Zdrowotnych – IZZ.....	74
Tabela 20. Wymiary zachowań zdrowotnych (IZZ) a płeć badanych	75
Tabela 21. Ogólny wskaźnik dla narzędzia IZZ w zależności od płci badanych.....	81
Tabela 22. Alfa Cronbacha dla narzędzia MHLC.....	82
Tabela 23. Poszczególne wymiary narzędzia MHLC	82
Tabela 24. Alfa Cronbacha dla narzędzia GSES.....	86
Tabela 25. Wartości dla narzędzia GSES w zależności od płci badanych.....	86
Tabela 26. Ogólny wskaźnik poczucia własnej skuteczności (GSES) w zależności od płci badanych.....	88
Tabela 27. Wymiary zachowań zdrowotnych (IZZ) a rodzaj programów profilaktycznych...	89
Tabela 28. Ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych dla narzędzia IZZ w zależności od rodzaju programu	91
Tabela 29. Poszczególne wymiary narzędzia MHLC a rodzaj programu profilaktycznego....	92
Tabela 30. Wartości stenowe dla narzędzia GSES a rodzaj programu profilaktycznego	96
Tabela 31. Ogólny wskaźnik dla GSES w zależności od rodzaju programu profilaktycznego	97
Tabela 32. Kontrola wewnętrzna (MHLC) a poszczególne wymiary zachowań zdrowotnych (IZZ).....	98
Tabela 33. Kontrola wewnętrzna (MHLC) a poszczególne wymiary zachowań zdrowotnych (IZZ) w zależności od płci badanych	99
Tabela 34. Wpływ innych (MHLC) a poszczególne wymiary zachowań zdrowotnych (IZZ)	100
Tabela 35. Wpływ innych (MHLC) a poszczególne wymiary zachowań zdrowotnych (IZZ) w zależności od płci badanych	101
Tabela 36. Przypadek (MHLC) a poszczególne wymiary zachowań zdrowotnych (IZZ).....	102
Tabela 37. Przypadek (MHLC) a poszczególne wymiary zachowań zdrowotnych (IZZ) w zależności od płci badanych.....	102
Tabela 38. Wiek a postawy wobec zdrowia badanych.....	103
Tabela 39. Wykształcenie a postawy wobec zdrowia badanych.....	104

Tabela 40. Warunki materialne a postawy wobec zdrowia badanych	105
Tabela 41. Stan zdrowia a postawy wobec zdrowia badanych	106
Tabela 42. Styl życia a postawy wobec zdrowia badanych	107
Tabela 43. Zmiana postaw wobec zdrowia na sprzyjające zdrowiu wśród badanych w zależności od rodzaju programu.....	108
Tabela 44. Zmiana postaw wobec zdrowia na sprzyjające zdrowiu w zależności od płci badanych.....	109
Tabela 45. Czynniki wpływające na udział w programie profilaktycznym w zależności od płci badanych.....	110
Tabela 46. Pominięte predyktory nieistotne statystycznie	112
Tabela 47. Predyktory ostatecznie wchodzące w skład modelu (regresji logistycznej)	113
Tabela 48. Rodzaj programu profilaktycznego a ogólna ocena jakości usług medycznych..	115
Tabela 49. Ocena jakości usług w zakresie programu profilaktycznego a zapotrzebowanie społeczne	116
Tabela 50. Predyktory ostatecznie wchodzące w skład modelu (regresji logistycznej)	117
Tabela 51. Zapotrzebowanie na programy profilaktyczne i działania edukacyjne ŚCO w zależności od rodzaju programu.....	119
Tabela 52. Zapotrzebowanie na programy profilaktyczne i działania edukacyjne ŚCO w zależności od rodzaju programu.....	122

ANEKS

Załącznik nr 1. Kwestionariusz ankiety własnego opracowania

Załącznik nr 2. Standaryzowany kwestionariusz Inwentarz Zachowań Zdrowotnych – IZZ, pochodzący z Pracowni Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego

Załącznik nr 3. Standaryzowany kwestionariusz Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności – GSES, pochodzący z Pracowni Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego

Załącznik nr 4. Standaryzowany kwestionariusz Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia, wersja B – MHLC-B, pochodzący z Pracowni Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego

Załącznik nr 5. Zgoda na udział w badaniach

Załącznik nr 6. Zgoda na przetwarzanie danych

Kwestionariusz ankiety

Szanowni Państwo, celem badań jest określenie satysfakcji ze świadczonych usług w ramach uczestnictwa w programie profilaktycznym. Poniższa ankieta jest anonimowa, a uzyskane wyniki zostaną wykorzystane do celów naukowych. W kwadracie przy wybranej odpowiedzi proszę o wstawienie znaku „X”. Serdecznie dziękuję Panu/Pani za wypełnienie kwestionariusza.

1. Płeć

- 1.1. Kobieta
- 1.2. Mężczyzna

2. Wiek

- 2.1. 70 lat lub więcej
- 2.2. 60-69 lat
- 2.3. 50-59 lat
- 2.4. 40-49 lat
- 2.5. 30-39 lat
- 2.6. 18-29 lat

3. Stan cywilny

- 3.1. Panna/kawaler
- 3.2. Zameężna/żonaty
- 3.3. Rozwódka/rozводnik
- 3.4. Wdowa/wdowiec

4. Miejsce zamieszkania

- 4.1. Miasto
- 4.2. Wieś

5. Wykształcenie

- 5.1. Wyższe magisterskie
- 5.2. Wyższe licencjackie
- 5.3. Średnie
- 5.4. Zasadnicze zawodowe
- 5.5. Podstawowe

6. Sytuacja zawodowa

- 6.1. Uczący/a się
- 6.2. Pracujący/a
- 6.3. Emeryt/ka
- 6.4. Rencista/ka
- 6.5. Bezrobotny/a

7. Wykonywany zawód (jeśli dotyczy)

- 7.1. Pracownik fizyczny
- 7.2. Pracownik umysłowy

8. Sytuacja rodzinna

- 8.1. Osoba samotna
- 8.2. Osoba pozostająca w stałym związku

9. Warunki materialne

- 9.1. Bardzo dobre
- 9.2. Dobre
- 9.3. Średnie
- 9.4. Niewystarczające

10. Jak ogólnie ocenia Pan/i stan swojego zdrowia?

- 10.1. Doskonały
- 10.2. Bardzo dobry
- 10.3. Dobry
- 10.4. Zadawalający
- 10.5. Słaby

11. Jaki styl życia Pan/i prowadzi?

- 11.1. Sprzyjający zdrowiu
- 11.2. Umiarkowanie sprzyjający zdrowiu
- 11.3. Umiarkowanie niekorzystny dla zdrowia
- 11.4. Niekorzystny dla zdrowia

12. Jak ogólnie ocenia Pan/i świadczone usługi w zakresie programu profilaktycznego?

- 12.1. Pozytywnie
- 12.2. Pozytywnie w stopniu umiarkowanym
- 12.3. Negatywnie

13. Proszę określić w skali od 1 do 5 łatwość zapisania się na badanie/konsultację w zakresie programu profilaktycznego?

- 13.1. 5 – bardzo dobrze
- 13.2. 4 – dobrze
- 13.3. 3 – raczej dobrze
- 13.4. 2 – źle
- 13.5. 1 – bardzo źle

14. Czas oczekiwania na badanie/konsultację?

- 14.1. W dniu zgłoszenia
- 14.2. 1-2 dni wcześniej
- 14.3. 3-5 dni wcześniej
- 14.4. Powyżej 5 dni

15. Czas oczekiwania na przyjęcie przed gabinetem?

- 15.1. Powyżej 60 min.
- 15.2. 45-60 min.
- 15.3. 30-45 min.
- 15.4. 15-30 min.
- 15.5. Do 15 min.

16. Ocena uciążliwości oczekiwania?

- 16.1. Uciążliwe
- 16.2. Nieuciążliwe

17. Przebieg wizyty (skłonność personelu do udzielania informacji/pomocy)?

- 17.1. Tak
- 17.2. W stopniu umiarkowanym
- 17.3. Nie

18. Zrozumiałość przekazywanych informacji podczas badania/konsultacji?

- 18.1. Tak, rozumiałe w pełni
- 18.2. Zrozumiałe tylko częściowo
- 18.3. Wcale nie były zrozumiałe

19. Ogólne poczucie bezpieczeństwa podczas badania/konsultacji?

- 19.1. Tak
- 19.2. W stopniu umiarkowanym
- 19.3. Nie

20. Jak Pani/Pan ocenia poszanowanie intymności podczas badania/konsultacji?

- 20.1. Zdecydowanie pozytywnie
- 20.2. Trudno powiedzieć

20.3. Zdecydowanie negatywnie

21. Proszę określić w skali od 1 do 5 życzliwość i uprzejmość personelu pielęgniarskiego/położniczego podczas badania/konsultacji? (jeśli dotyczy)

21.1. 5 – bardzo dobrze

21.2. 4 – dobrze

21.3. 3 – raczej dobrze

21.4. 2 – źle

21.5. 1 – bardzo źle

22. Proszę określić w skali od 1 do 5 życzliwość i uprzejmość personelu lekarskiego podczas badania/konsultacji? (jeśli dotyczy)

22.1. 5 – bardzo dobrze

22.2. 4 – dobrze

22.3. 3 – raczej dobrze

22.4. 2 – źle

22.5. 1 – bardzo źle

23. Proszę określić w skali od 1 do 5 życzliwość i uprzejmość pozostałego personelu pomocniczego podczas badania/konsultacji? (jeśli dotyczy)

23.1. 5 – bardzo dobrze

23.2. 4 – dobrze

23.3. 3 – raczej dobrze

23.4. 2 – źle

23.5. 1 – bardzo źle

24. Co przyczyniło się do wzięcia przez Pana/Panią udziału w programie profilaktycznym?

24.1. Otrzymanie imiennego zaproszenia w formie papierowej

24.2. Otrzymanie zaproszenia drogą telefoniczną

24.3. Skierowanie na badanie/konsultacje przez lekarza/pielęgniarkę

24.4. Ogłoszenie informacyjne o programie w mediach

24.5. Ogłoszenie informacyjne o programie w placówkach ochrony zdrowia

24.6. Zachęcenie przez rodzinę/znajomych

24.7. Inne (jakie?)

25. Kto w Pana/i rodzinie chorował na nowotwór?

25.1. Matka/ojciec

25.2. Siostra/brat

- 25.3. Babcia/dziadek
- 25.4. Ciotka/wujek
- 25.5. Nie wiem
- 25.6. Nikt w rodzinie nie chorował na nowotwór

26. W jakim stopniu poleciliby/aby Pan/i udział w programie profilaktycznym innym?

- 26.1. Zdecydowanie tak
- 26.2. Trudno powiedzieć
- 26.3. Zdecydowanie nie

27. Który raz bierze Pan/i udział w programie profilaktycznym?

- 27.1. Pierwszy raz
- 27.2. Drugi raz
- 27.3. Trzeci raz i więcej

28. Czy zamierza Pan/i ponownie wziąć udział w danym programie profilaktycznym, jeśli będzie to możliwe?

- 28.1. Zdecydowanie tak
- 28.2. Trudno powiedzieć
- 28.3. Zdecydowanie nie

29. W jakim stopniu Pana/i udział w programie profilaktycznym wpłynął na chęć zmiany postaw wobec zdrowia na sprzyjające zdrowiu?

- 29.1. Zdecydowanie wpłynął
- 29.2. W średnim stopniu
- 29.3. Wcale nie wpłynął

30. W jakim stopniu Pana/i zdaniem istnieje potrzeba wdrażania działań edukacyjnych z zakresu profilaktyki chorób nowotworowych w Polsce?

- 30.1. Zdecydowanie istnieje taka potrzeba
- 30.2. Trudno powiedzieć
- 30.3. Zdecydowanie nie ma takiej potrzeby

31. W jakim stopniu Pana/i zdaniem występuje zapotrzebowanie społeczne na programy profilaktyczne Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach?

- 31.1. Zdecydowanie jest takie zapotrzebowanie
- 31.2. Trudno powiedzieć
- 31.3. Zdecydowanie nie ma takiego zapotrzebowania

**32. Własne opinie i spostrzeżenia związane z udziałem w programie profilaktycznym,
proszę o zamieszczenie ich poniżej:**

.....
.....

Załącznik nr 2. Standaryzowany kwestionariusz Inwentarz Zachowań Zdrowotnych – IZZ, pochodzący z Pracowni Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.

Załącznik nr 3. Standaryzowany kwestionariusz Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności – GSES, pochodzący z Pracowni Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.

Załącznik nr 4. Standaryzowany kwestionariusz Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia, wersja B – MHLC-B, pochodzący z Pracowni Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.

Brak zgody Pracowni Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego na udostępnianie i rozpowszechnianie oryginalnej wersji testów według wytycznych Międzynarodowej Komisji ds. Testów (International Test Commission – ITC) w sprawie stosowania testów i innych narzędzi oceny w badaniach naukowych, wersja 1.2 z dnia 10 kwietnia 2014 r., numer referencyjny: ITC-S_20140410.

OŚWIADCZENIE BADANEGO
– zgoda na udział w badaniach

Nazwisko i imię osoby badanej.....
.....Lat.....

Adres:
.....

Temat badań: Programy profilaktyczne realizowane przez Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach a postawy wobec zdrowia ich uczestników

Niniejszym oświadczam, że zostałem/am szczegółowo poinformowany/na o sposobie przeprowadzenia badań i moim w nich udziale. Rozumiem, na czym polegają badania i do czego potrzebna jest moja zgoda.

Zostałem/am poinformowany/na, że mogę zadawać pytania prowadzącemu badania i otrzymam na nie odpowiedzi.

Zostałem poinformowany/na, że mogę odmówić uczestnictwa w badaniach w trakcie trwania realizacji projektu badawczego.

Wyrażam świadomą zgodę na uczestnictwo w badaniach.

.....
podpis badacza

.....
podpis badanego

....., data

OŚWIADCZENIE BADANEGO
– zgoda na przetwarzanie danych

Nazwisko i imię osoby badanej.....
.....Lat.....

Adres:
.....

Temat badań: Programy profilaktyczne realizowane przez Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach a postawy wobec zdrowia ich uczestników

Niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie niezbędnym do realizacji projektu badawczego, w którym biorę udział.

.....
podpis badacza

.....
podpis badanego

....., data