

Nowicki Grzegorz Józef, Rudnicka-Drożak Ewa, Ślusarska Barbara, Piasecka Honorata, Zarzycka Danuta, Brodowicz-Król Magdalena. Różnice deklarowanej częstości samokontroli stanu zdrowia u osób pracujących w zawodach medycznych i pozamedycznych = The difference between the declared frequency of self-health monitoring carried out by representatives of the medical and the non-medical professions. Journal of Education, Health and Sport. 2016;6(5):236-254. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.45122>
<http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/3522>

The journal has had 7 points in Ministry of Science and Higher Education parametric evaluation. Part B item 755 (23.12.2015).
755 Journal of Education, Health and Sport eISSN 2391-8306 7

© The Author (s) 2016;

This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, Poland

Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited. The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper. Received: 05.04.2016. Revised 25.04.2016. Accepted: 14.05.2016.

Różnice deklarowanej częstości samokontroli stanu zdrowia u osób pracujących w zawodach medycznych i pozamedycznych

The difference between the declared frequency of self-health monitoring carried out by representatives of the medical and the non-medical professions

Grzegorz Józef Nowicki¹, Ewa Rudnicka-Drożak², Barbara Ślusarska¹, Honorata Piasecka¹, Danuta Zarzycka³, Magdalena Brodowicz-Król³

1. Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego, Katedra Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
2. Przychodnia Lekarza Rodzinnego, CRH ŻagielMed, ul. Onyksowa 12, 20-582 Lublin
3. Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Pediatricznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

dr n. o zdrowiu Grzegorz Józef Nowicki¹, dr hab. n. med. Ewa Rudnicka-Drożak², dr hab. n. o zdrowiu Barbara Ślusarska¹, mgr Honorata Piasecka¹, dr hab. n. o zdrowiu Danuta Zarzycka³, mgr Magdalena Brodowicz-Król³

1. Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego, Katedra Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
2. Przychodnia Lekarza Rodzinnego, CRH ŻagielMed, ul. Onyksowa 12, 20-582 Lublin
3. Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Pediatricznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Słowa klucze: profilaktyka, zachowania kontroli zdrowia, osoby pracujące
Key words: prevention, behavior health checks, people working

Streszczenie

Wstęp: Uczestnictwo w populacyjnych badaniach profilaktycznych oraz regularne samobadanie narządów to zachowania zdrowotne zmierzające do wczesnego wykrycia chorób.

Cel pracy: Określenie różnic w zakresie deklarowanej samokontroli stanu zdrowia (uczestnictwo w programach profilaktyki i samobadania narządów) pomiędzy osobami wykonującymi zawód medyczny i pozamedyczny.

Materiał i metody: Badania przeprowadzono wśród 598 dorosłych osób pracujących, wykonujących zawody medyczne i pozamedyczne. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety własnego autorstwa.

Wyniki: Uzyskane wyniki badań wskazują, że osoby wykonujące zawód niemedyczny istotnie częściej deklarowały uczestnictwo w Ogólnopolskim Programie Profilaktyki Chorób Odtyniowych (w tym POChP) oraz w Ogólnopolskim Programie Profilaktyki Raka Jelita ($p < 0,001$) niż badani wykonujący zawód medyczny. Natomiast kobiety, które wykonywały zawód medyczny, istotnie częściej deklarowały uczestnictwo w Ogólnopolskim Programie Profilaktyki Raka Szyjki Macicy oraz częściej wykonywały samobadanie piersi. ($p < 0,001$).

Wnioski: Istnieje wyraźne zróżnicowanie zachowań kontrolnych stanu zdrowia w badanych grupach. Praca w zawodach pozamedycznych warunkuje pozytywnie częstość uczestnictwa w ogólnopolskich programach profilaktyki chorób cywilizacyjnych. Natomiast regularne samobadanie piersi częściej deklarują kobiety wykonujące zawód medyczny.

Abstract

Introduction: Participation in national disease-prevention programmes and regular self-examinations are health-related activities that facilitate early diagnoses.

Objective: The determination of the difference between the declared extent of self-health monitoring (participation in disease prevention programmes and self-examinations) carried out by representatives of the medical and the non-medical professions.

Materials and methods: The research was conducted with 598 adults employed in the medical and the non-medical professions. The research tool was a questionnaire prepared by the researcher.

Results: The results obtained indicate that persons employed in the non-medical professions significantly more often declared participation in the Nationwide Smoking-Related Disease Prevention Programme (including the COPD), and the Nationwide Bowel Cancer Prevention Programme ($p < 0.001$), than subjects who worked in the medical professions. Women employed in the medical professions, on the other hand, significantly more often than women in the non-medical professions declared participation in the Nationwide Cervical Cancer Prevention Programme and more frequently performed breast self-examinations ($p < 0.001$).

Conclusion: There is a significant difference in health-monitoring practices found between the examined groups. Employment in non-medical professions positively influences participation in nationwide civilisation-diseases prevention programmes, whereas regular breast self-examination is more often declared by women who work in the medical professions than by women in the non-medical professions.

Wstęp

Zachowania zdrowotne stanowią część ogółu zachowań człowieka, a „formy tych zachowań, ich standard są ściśle powiązane ze wszystkimi przejawami sposobu życia ludzi, z całą strukturą ich egzystencji” [1]. Już od wielu lat funkcjonuje dość kontrowersyjne i różne definiowanie pojęcia zachowań zdrowotnych, w zależności od dziedziny naukowej psychologii, medycyny, socjologii czy pedagogiki. [2]. Podstawowym wyznacznikiem zachowań zdrowotnych spośród innych zachowań ludzkich jest fakt, że pozostają one konsekwentnie nieobojętne dla zdrowia [3].

W naukach o zdrowiu i w praktyce zdrowia publicznego w katalogu definicyjnym terminu „zachowania zdrowotne” kładzie się nacisk na tzw. zdrowy styl życia. Na to, czy dane zachowanie będzie wliczone w skład zdrowego stylu życia, wpływa przede wszystkim siła, jaką wywiera ono na stan zdrowia poprzez redukcję ryzyka zachorowania. Siłę wpływu natomiast ustala się na podstawie populacyjnych badań epidemiologicznych. Wśród najczęściej ekspozowanych zachowań znajdują się: sposób żywienia, regularna aktywność fizyczna, sposób spędzania wolnego czasu i odpoczynek, radzenie sobie ze stresem, niepalenie tytoniu i unikanie dymu tytoniowego, nienadużywanie alkoholu, rezygnacja z konsumpcji środków psychoaktywnych. W grupie zachowań zdrowotnych w ujęciu medycznym wymienia się również: zachowania mające na celu ochronę zdrowia podczas pracy, bezpieczne zachowania w ruchu drogowym i bezpieczne zachowania seksualne. Kolejną grupą zachowań w tym ujęciu stanowią działania z medycyny prewencyjnej, a mianowicie: regularne wykonywanie badań profilaktycznych ukierunkowane na wczesne wykrywanie chorób, jak najszybsze zgłaszanie się po pomoc profesjonalną w przypadku

wykrycia niepokojących objawów czy stosowanie tylko niezbędnych leków i nienadużywanie leków [4]. Woynarowska określiła zachowania zdrowotne „(...) jako *postępowanie, działania (lub ich zaniechanie), które bezpośrednio lub pośrednio wpływają na zdrowie i samopoczucie człowieka*” [5]. Zdaniem autorki można wyróżnić następujące zachowania zdrowotne: sprzyjające zdrowiu oraz zagrażające zdrowiu.

Na podstawie przeglądu literatury [7-9] dla potrzeb pracy przyjęto następującą definicję zachowań kontrolnych stanu zdrowia: są to wszystkie zachowania podejmowane aktywnie (świadomie albo poprzez stymulację zewnętrzną) przez jednostkę w ramach programów profilaktyki najczęściej występujących w populacji chorób cywilizacyjnych dających największą śmiertelność (w populacji polskiej będą to choroby układu krążenia oraz nowotwory, w tym: piersi, szyjki macicy, prostaty, płuc, jelita grubego) oraz inne zachowania mające na celu kontrolę stanu zdrowia, związane z najczęstszymi problemami zdrowotnymi w Polsce, w tym regularne badania stomatologiczne.

Czynniki determinujące zachowania zdrowotne mogą być: związane z jednostką (wykształcenie, pozycja społeczno-ekonomiczna, stan cywilny, poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia), związane z kulturą (standard mieszkaniowy, ukształtowane nawyki higieniczne, tradycje kulinarne, tryb życia, wzory życia seksualnego i rodzinnego, wypoczynek), związane z wychowaniem (tworzenie nawyków bezpośrednio lub pośrednio związanych z ochroną i doskonaleniem zdrowia w toku ontogenetycznego rozwoju) [10-12]. Jednym z czynników istotnie wpływających na poziom prezentowanych zachowań zdrowotnych jest pozycja społeczno-ekonomiczna (SES, socioeconomic status), wyrażana najczęściej przez wykonywany zawód. Ponadto, wykonywany zawód ma związek także z zakresem informacji i rozumieniem wpływu różnych czynników na stan zdrowia. Osoby wykonujące zawód medyczny z powodu swojego profesjonalnego przygotowania oraz posiadanej praktyki zawodowej cechują się wyższym poziomem wiedzy na temat zdrowia i choroby oraz ich determinantów. Osoby z branży pozamedycznej pozostają zawsze w mniej uprzywilejowanej pozycji ze względu na zakres wiedzy zdrowotnej. Powstaje zatem pytanie: czy te realne różnice w wiedzy zdrowotnej są wystarczające do odrębności w reprezentacji zachowań kontrolnych stanu zdrowia w grupach zawodów medycznych i pozamedycznych?

Cel pracy

Określenie różnic w zakresie deklarowanej samokontroli stanu zdrowia (uczestnictwo w programach profilaktyki i samobadania narządów) pomiędzy osobami wykonującymi zawód medyczny i pozamedyczny.

Material i metoda

Wydaje się, iż najbardziej odpowiednim rodzajem doboru próby był dobór celowy, a kryterium doboru był charakter wykonywanego zawodu – medyczny bądź pozamedyczny – oraz wyrażenie zgody przez respondenta na przeprowadzenie badania i miejsce zamieszkania na terenie województwa lubelskiego. Dla zachowania porównywalnego statusu SES wśród przedstawicieli zawodów medycznych znalazły się pielęgniarki i położne, opiekun medyczny i technik sterylizacji medycznej, natomiast zawody pozamedyczne były reprezentowane przez: górników, nauczycieli i pracowników służby więziennej.

Badania właściwe zostały przeprowadzone od czerwca 2014 roku do marca 2015 roku wśród 598 osób czynnych zawodowo, przedstawicieli 7 zawodów, w tym 4 zawodów medycznych i 3 pozamedycznych. Metodą badawczą był sondaż diagnostyczny, a narzędziem - kwestionariusz ankiety własnego autorstwa.

W celu oceny wybranych elementów samokontroli stanu zdrowia, wszystkich badanych pytano o uczestnictwo w ogólnopolskich programach profilaktyki chorób, w tym: Ogólnopolskim Programie Chorób Odytoniowych (w tym POCHP) - ostatnie 3 lata, Ogólnopolskim Programie Profilaktyki Chorób Układu Krążenia - ostatnich 5 lat, Ogólnopolskim Programie Profilaktyki Raka Jelita Grubego - ostatnie 10 lat oraz czy w ciągu ostatniego roku respondent był na wizycie kontrolnej u stomatologa. Ponadto kobiety pytano czy uczestniczyły w: Ogólnopolskim Programie Profilaktyki i Wczesnego wykrywania Raka piersi - ostatnie 2 lata oraz Ogólnopolskim Programie Profilaktyki Raka Szyjki Macicy - ostatnie 3 lata. Mężczyzn natomiast zapytano kiedy lekarz wykonywał im palpacyjne badanie gruczołu krokowego (w ciągu ostatniego roku / w ciągu ostatnich 5 lat / nigdy) oraz kiedy wykonywali badanie antygeny gruczołu krokowego (PSA) w surowicy krwi (w ostatnim roku, w ostatnich 5 latach lub wcale).

Druga część ankiety dotyczyła deklarowanej częstości wykonywania samobadania narządów. Kobiety pytano z jaką częstością wykonują samobadanie piersi. Zśród możliwych odpowiedzi, badane mogły zaznaczyć: raz w miesiącu, raz na kilka miesięcy oraz

nie wykonuje. Mężczyzn pytano z jaką częstością wykonują samobadanie jąder. Kafeteria obejmowała odpowiedzi jak w pytaniu powyżej.

Kwestionariusz ankiety zakończony był metryczką, w której oceniano: płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, charakter wykonywanego zawodu oraz palenie papierosów.

Badania zostały przeprowadzone po uzyskaniu pozytywnej opinii Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym w Lublinie (KE-0254/281/2013) oraz zgodnie z wymogami Deklaracji Helsińskiej

Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej. Wartości analizowanych parametrów niemierzalnych przedstawiono przy pomocy licznosci i odsetka. Dla cech jakościowych do wykrycia istnienia zależności pomiędzy analizowanymi zmiennymi użyto testu Chi². Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$ wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic lub zależności. Bazę danych i badania statystyczne prowadzono w oparciu o oprogramowanie komputerowe Statistica 9.1 (StatSoft, Polska).

Wyniki

Charakterystyka badanej grupy

Badaniami objęto 598, dorosłych osób pracujących, z których 305 badanych wykonywało zawód medyczny, a 293 respondentów - pozamedyczny. Osoby wykonujące zawód medyczny, reprezentowane były przez: pielęgniarki i położne (61,97%; n=189), opiekunów medycznych (16,72%; n=51) oraz techników sterylizacji medycznej (21,31%; n=65). Natomiast zawody pozamedyczne reprezentowali: górnicy (42,66; n=125), nauczyciele (23,21%; n=68) oraz pracownicy służby więziennej (34,13%; n=100). Średnia wieku ankietowanych wynosiła 36,49 lat (SD=7,33). Szczegółową charakterystykę badanej grupy przedstawia tabela I.

Tabela I. Charakterystyka badanej grupy.

Kategoria	Zawody medyczne (N=305) [n (%)]	Zawody niemedyczne (N=293) [n (%)]	Razem (N=598) [n (%)]
Płeć:			
<i>kobiety</i>	269 (88,20)	69 (23,55)	338 (56,52)
<i>mężczyźni</i>	36(11,80)	224 (76,45)	260 (43,48)
Wiek: średnia (\pmSD) 36,49 \pm 7,33			
<i>20–30</i>	68 (22,30)	82 (27,99)	150 (25,08)
<i>31–40</i>	133 (43,61)	153 (52,22)	286 (47,83)
<i>41–50</i>	90 (29,51)	50 (17,06)	140 (23,41)
<i>51 i powyżej</i>	14 (4,58)	8 (2,73)	22 (3,68)
Miejsce zamieszkania:			
<i>wieś</i>	102 (33,44)	116 (39,59)	218 (36,45)
<i>miasto</i>	203 (66,56)	177 (60,41)	380 (63,55)
Wykształcenie:			
<i>zawodowe</i>	–	34 (11,60)	34 (5,69)
<i>średnie (technikum, liceum)</i>	155 (50,82)	109 (37,20)	264 (44,15)
<i>wyższe I stopnia (licencjackie)</i>	86 (28,20)	46 (15,70)	132 (22,07)
<i>wyższe II stopnia (magisterskie)</i>	64 (20,98)	104 (35,49)	168 (28,09)
Palenie papierosów:			
<i>tak</i>	75 (24,59)	97 (33,11)	172 (28,76)
<i>nie</i>	183 (60,00)	144 (49,15)	327 (54,68)
<i>w przeszłości</i>	47 (15,41)	52 (17,75)	99 (16,56)

Wśród osób pracujących 28,76% (n=172) paliło papierosy, 16,56% (n=99) paliło papierosy w przeszłości, pozostałe 54,68% (n=327) respondentów było wolne od nałogu. Chęć rzucenia palenia zadeklarowało 60,23% (n=104) spośród osób palących, 22,81% (n=39) nie jest zdecydowanych, natomiast 16,96% (n=29) nie chce rozstać się z nałogiem. Przeprowadzona analiza statystyczna wykazała istotną statystycznie zależność pomiędzy charakterem wykonywanego zawodu a nałogiem palenia papierosów ($p = 0,024$). Wyniki badań wskazują, że w grupie zawodów niemedycznych znajduje się więcej osób palących (33,11%; n=97) lub palących w przeszłości (17,75%; n=52) niż wśród osób wykonujących zawody medyczne (odpowiednio: 24,59%, n=75; 15,41%; n=47).

Deklarowana częstość uczestnictwa w programach profilaktycznych

Analiza szczegółowa uzyskanych wyników w zakresie wykonywania badań profilaktycznych przez respondentów wskazuje, że tylko 6,89% (n = 21) badanych osób wykonujących zawód medyczny, co stanowiło 28% osób palących wykonujących zawód medyczny i 17,06% (n = 50) wykonujących zawód niemedyczny, co stanowiło 57,47% osób palących wykonujących zawód niemedyczny w przeciągu ostatnich 3 lat uczestniczyło w Ogólnopolskim Programie Profilaktyki Chorób Odytoniowych (w tym POChP). Badani wykonujący zawód niemedyczny statystycznie częściej uczestniczyli w Ogólnopolskim Programie Profilaktyki Chorób Odytoniowych (w tym POChP) niż osoby wykonujące zawód niemedyczny ($p < 0,001$).

Jeżeli chodzi o badanie poziomu cholesterolu i trójglicerydów w surowicy krwi w ramach Ogólnopolskiego Programu Profilaktyki Chorób Układu Krążenia, to w takim badaniu uczestniczyło 36,72% (n = 112) badanych wykonujących zawód medyczny i 36,52% (n = 107) respondentów wykonujących zawód niemedyczny. Jakkolwiek do oznaczenia poziomu cholesterolu i triglicerydów we własnym zakresie w przeciągu ostatnich 5 lat przyznało się 23,93% (n = 79) osób wykonujących zawód medyczny i 22,87% (n = 67) respondentów wykonujących zawód niemedyczny. Nie zaobserwowano istotnych statystycznie zależności pomiędzy uczestnictwem w Ogólnopolskim Programie Profilaktyki Chorób Układu Krążenia a charakterem wykonywanego zawodu ($p = 0,935$).

W Ogólnopolskim Programie Profilaktyki Raka Jelita Grubego uczestniczyło 3,93% (n = 12) badanych z grupy zawodów medycznych i 11,60% (n = 34) z grupy zawodów niemedycznych. Respondenci wykonujący zawód niemedyczny istotnie statystycznie częściej uczestniczyli w Ogólnopolskim Programie Profilaktyki Raka Jelita Grubego niż badani wykonujący zawód medyczny ($p < 0,001$).

W przeciągu ostatniego roku na wizycie kontrolnej u stomatologa było 87,21% (n = 266) osób wykonujących zawód medyczny i 82,94% (n = 243) respondentów wykonujących zawód niemedyczny. Analiza statystyczna nie wykazała istotnych statystycznie zależności pomiędzy charakterem zawodu a deklarowaną częstością wizyt stomatologicznych ($p = 0,142$).

W kolejnej części ankiety zapytano kobiety o wykonywanie badań (mammografii lub USG piersi) w ramach Ogólnopolskiego Programu Profilaktyki Wczesnego Wykrywania Raka Piersi. Spośród ankietowanych kobiet wykonujących zawód medyczny w programie uczestniczyło 8,92% (n = 24), natomiast 91,08% (n = 245) nie brało udziału w badaniu, a jako

powód zaznaczyło wiek poniżej 50 lat 94,29% (n = 231) respondentek. W grupie zawodów medycznych badanie mammografii lub USG piersi miało wykonywanych 8,70% (n = 6) ankietowanych pań, natomiast takich badań nie wykonywało 91,30% (n = 63), z których w wieku poniżej 50 lat było 96,83% (n = 61) badanych. Przeprowadzona analiza statystyczna nie wykazała istotnych statystycznie różnic pomiędzy respondentkami wykonującymi zawód medyczny i niemedyczny (p = 0,859).

W Ogólnopolskim Programie Profilaktyki Raka Szyjki Macicy uczestniczyło 79,55% (n = 214) badanych kobiet wykonujących zawód medyczny, we własnym zakresie cytologię wykonało 5,58% (n = 15), natomiast 14,87% (n = 10) respondentek w przeciągu 3 ostatnich lat nie miało wykonywanej cytologii. Jeżeli chodzi o panie wykonujące zawód niemedyczny, to większość – bo aż 66,67% (n = 46) – w przeciągu ostatnich 3 lat miała wykonaną cytologię w ramach programu profilaktycznego, 5,80% (n = 4) badanie to wykonało sobie poza programem, a 27,54% (n = 19) nie miało wykonanego badania. Przeprowadzona analiza statystyczna wykazała istotną statystycznie zależność pomiędzy charakterem zawodu, a uczestnictwem w Ogólnopolskim Programie Profilaktyki Raka Szyjki Macicy. Kobiety, które wykonywały zawód medyczny, statystycznie częściej deklarowały, że uczestniczyły w programie (p < 0,001).

Kolejne dwa pytania ankiety dotyczyły mężczyzn. W pierwszym zapytano panów, w jakim okresie mieli wykonywane badanie palpacyjne gruczołu krokowego. Wśród osób reprezentujących zawody medyczne aż 94,44% (n = 34) badanych nie miało wykonywanego nigdy takiego badania, natomiast 5,56% (n = 2) badanie miało wykonane w ciągu ostatnich 5 lat. Aż 83,93% (n = 188) mężczyzn wykonujących zawód niemedyczny przyznało się, że nigdy nie miało badania palpacyjnego gruczołu krokowego, 9,82% (n = 22) badanie miało wykonane w przeciągu ostatniego roku, a 6,25% (n = 14) w ciągu ostatnich 5 lat. Badaniu poziomu PSA w surowicy krwi raz w roku poddaje się 2,78% (n = 1) mężczyzn wykonujących zawód medyczny i 2,23% (n = 5) wykonujących zawód niemedyczny. Ponadto wśród przedstawicieli zawodów niemedycznych 2,68% (n = 6) badanie takie miało wykonane w ciągu ostatnich 5 lat. Badania poziomu PSA nigdy nie wykonało 87,22% (n = 35) mężczyzn wykonujących zawód medyczny i 95,09% (n = 213) panów wykonujących zawód niemedyczny. Nie zaobserwowano istotnej statystycznie zależności pomiędzy charakterem pracy a deklarowaną częstością badania gruczołu krokowego i badania PSA w surowicy krwi (p > 0,05). Szczegółowe dane przedstawia tabela II.

Tabela II. Rozkład odpowiedzi na pytania o wykonywanie badań profilaktycznych w badanej grupie.

Zakres pytania	Zawód	Medyczny	Niemedyczny	Analiza statystyczna
	kategorie odpowiedzi	n (%)	n (%)	
Czy brał/a Pan/i udział w ciągu 3 lat w badaniach w ramach Ogólnopolskiego Programu Profilaktyki Chorób Odtyniowych (w tym POChP)?	tak	21 (6,89)	50 (17,06)	Chi2 = 14,80; p < 0,001*
	nie	284 (93,11)	243 (82,94)	
Czy w przeciągu 5 lat wykonywał/a Pan/i badanie poziomu cholesterolu i trójglicerydów w surowicy krwi w ramach Ogólnopolskiego Programu Profilaktyki Chorób Układu Krążenia?	tak	112 (36,72)	107 (36,52)	Chi2 = 0,135; p = 0,935
	nie	120 (39,93)	119 (40,61)	
	we własnym zakresie	73 (23,93)	67 (22,87)	
Czy w przeciągu 10 lat wykonywał/a Pan/i kolonoskopię w ramach Ogólnopolskiego Programu Profilaktyki Raka Jelita Grubego?	tak	12 (3,93)	34 (11,60)	Chi2 = 12,380; p < 0,001*
	nie	293 (96,07)	259 (88,40)	
Czy w przeciągu ostatniego roku był/a Pan/i na wizycie kontrolnej u stomatologa?	tak	266 (87,21)	246 (82,94)	Chi2 = 2,159; p = 0,142
	nie	39 (12,79)	50 (17,06)	
Czy w przeciągu 2 ostatnich lat wykonywała Pani badanie mammograficzne lub USG piersi w ramach Ogólnopolskiego Programu Profilaktyki Wczesnego Wykrywania Raka Piersi?*	tak	24 (8,92)	6 (8,70)	Chi2 = 0,032; p = 0,859
	nie	245 (91,08)	63 (91,30)	
	jestem w wieku poniżej 50 lat	231 (94,29)	61 (96,83)	
Czy w przeciągu 3 ostatnich lat wykonywała Pani badanie cytologiczne w ramach Ogólnopolskiego Programu Profilaktyki Raka Szyjki Macicy (NFZ)?*	tak	214 (79,55)	46 (66,67)	Chi2 = 18,815; p < 0,001*
	nie	10 (14,87)	19 (27,54)	
	wykonałam sama odpłatnie	15 (5,58)	4 (5,80)	
Badania palpacyjne (palcem przez odbyt), gruczołu krokowego (prostaty) miał Pan wykonywane przez lekarza:**	w ciągu ostatniego roku	0 (0)	22 (9,82)	Chi2 = 3,962; p = 0,138
	w ciągu ostatnich 5 lat	2 (5,56)	14 (6,25)	
	nigdy	34 (94,44)	188	
Badanie poziomu PSA (antygeny gruczołu krokowego) w surowicy krwi wykonuje Pan co:**	raz w roku	1 (2,78)	5	Chi2 = 1,019; p = 0,601
	raz na 5 lat	0 (0)	6	
	nie wykonuję	35 (87,22)	213	

* Pytania skierowane tylko do kobiet. ** Pytanie skierowane tylko do mężczyzn.

Chi² – test jednorodności, p – poziom statystycznej istotności różnic.

Deklarowana częstość samobadania narządów w profilaktyce nowotworów

W kolejnych dwóch pytaniach: kobiety pytano o częstość wykonywania samobadania piersi, a mężczyźn o częstość wykonywania samobadania jąder. Szczegółowe dane przedstawia tabela III.

Tabela III. Rozkład odpowiedzi na pytania o wykonywanie samobadania narządów w badanej populacji.

Zawód	Zakres pytania	Kategoria odpowiedzi	n (%)	Analiza statystyczna
Medyczny	Samobadanie piersi wykonuje Pani:*	raz w miesiącu	150 (55,76)	Chi2 = 18,815; p < 0,001*
		raz na kilka miesięcy	97 (36,06)	
		nie wykonuję	22 (8,18)	
Niemedyczny		raz w miesiącu	23 (33,33)	
		raz na kilka miesięcy	29 (42,03)	
		nie wykonuję	17 (24,64)	
Medyczny	Samobadanie jąder wykonuje Pan:**	raz w miesiącu	9 (25,00)	Chi2 = 1,192; p = 0,551
		raz na kilka miesięcy	9 (25,00)	
		nie wykonuję	18 (50,00)	
Niemedyczny		raz w miesiącu	39 (17,41)	
		raz na kilka miesięcy	63 (28,13)	
		nie wykonuję	122 (54,46)	

* Pytania skierowane tylko do kobiet. ** Pytanie skierowane tylko do mężczyźn.

Chi² – test jednorodności, p – poziom statystycznej istotności różnic.

Analiza szczegółowa uzyskanych wyników badań wskazuje, że kobiety wykonujące zawód medyczny w większości – 55,76% (n = 150) – same badają sobie piersi raz w miesiącu. 36,06% (n = 97) kobiet bada piersi raz na kilka miesięcy, a 8,18% (n = 22) wcale. Wśród przedstawicielek zawodów niemedycznych raz w miesiącu bada piersi 33,33% (n = 23) respondentek, 42,03% (n = 29) raz na kilka miesięcy, a 24,64% (n = 17) wcale. Przeprowadzona analiza statystyczna wykazała, że panie wykonujące zawód medyczny

statystycznie częściej zaznaczały, że piersi badają raz w miesiącu lub raz na kilka miesięcy niż respondentki wykonujące zawód niemedyczny ($p < 0,001$).

25% ($n = 9$) mężczyzn wykonujących zawód medyczny samobadanie jąder wykonuje raz w miesiącu, 25% ($n = 9$) raz na kilka miesięcy, a 50% ($n = 18$) samobadania nie wykonuje wcale. Jeżeli chodzi o przedstawicieli zawodów niemedycznych, to samobadanie jąder raz w miesiącu wykonuje 17,41% ($n = 39$) badanych, 28,13% ($n = 63$) raz na kilka miesięcy, a 54,46% ($n = 122$) wcale. Nie zaobserwowano istotnych statystycznie zależności pomiędzy charakterem wykonywanego zawodu a częstością samobadania jąder wśród mężczyzn ($p = 0,551$).

Dyskusja

Biomedyczny model zdrowia ukierunkowuje medycynę naprawczą, na podejmowanie wszelkich działań mających na celu powrót pacjenta ze stanu choroby do zdrowia, oraz medycynę profilaktyczną, której celem jest uniknięcie rozwoju choroby bądź minimalizowanie jej skutków. Wiadomym jest jednak, że medycyna naprawcza jest nieporównywalnie mniej skuteczna i bardziej kosztowna niż medycyna prewencyjna, a mimo to w systemie ochrony zdrowia nadal kładzie się na tę działkę medycyny duży nacisk.

W przypadku profilaktyki chorób nowotworowych działania zmierzają do wykrycia choroby w jak najwcześniejszym stopniu jej zaawansowania lub do wykrycia stanu przedchorobowego. Analiza danych epidemiologicznych jednoznacznie wskazuje, iż choroby nowotworowe wykryte we wczesnym stadium rozwoju dają szansę 100% wyleczenia w większości przypadków. Wczesnemu wykrywaniu chorób nowotworowych sprzyjają: wzrost świadomości społeczeństwa, odpowiednie przygotowanie personelu medycznego oraz wprowadzenie programów profilaktycznych jako głównego narzędzia medycyny profilaktycznej. Przykładem działań mających na celu wczesne wykrycie choroby są badania przesiewowe, inaczej zwane skriningowymi, tzn. badania wykonywane wśród zdrowej części populacji w określonym wieku, wykrywające wczesne stadium choroby lub stan, który predysponuje do wystąpienia choroby. Powinny być powtarzane wobec docelowej populacji w określonym interwale czasowym [13].

Skuteczność programów skriningowych jest niewątpliwa. Potwierdzają to statystyki z Finlandii, gdzie notuje się najmniejszą zachorowalność na raka szyjki macicy. Badania przesiewowe w kierunku profilaktyki raka szyjki macicy skierowane są tam do kobiet

w przedziale wiekowym 30–60 lat. Kobieta co 5 lat dostaje imienne zaproszenie na badanie, a zgłaszalność sięga 93%. Dzięki tak szeroko zakrojonej akcji profilaktycznej i wysokiemu odsetkowi kobiet biorących w niej udział umieralność na raka szyjki macicy szacowana jest na poziomie 1,7 na 100 000 kobiet. Natomiast w Anglii zgłaszalność na badania profilaktyczne w kierunku wczesnego wykrycia raka szyjki macicy wynosi 80%, a umieralność sięga 2,8 na 100 000 mieszkańców [14]. W Polsce, mimo podejmowanych działań i akcji promujących profilaktykę raka szyjki macicy, nadal stosunkowo niewiele kobiet korzysta z bezpłatnych, profilaktycznych badań przesiewowych (jedynie około 1/3 kobiet w wieku 25-59 lat) [15].

W badaniach własnych jako wyznaczniki samokontroli stanu zdrowia analizowano deklarowaną częstość uczestnictwa w ogólnopolskich programach profilaktycznych i częstość samobadania narządów.

Wyniki badań własnych wskazują, że tylko 6,89% (n = 21) osób wykonujących zawód medyczny i 17,06% (n = 50) respondentów wykonujących zawód niemedyczny uczestniczyło w Ogólnopolskim Programie Profilaktyki Chorób Odotytoniowych (w tym POChP). Potwierdza to mały odsetek osób uczestniczących w tym programie profilaktycznym. Jakkolwiek wyniki badań Książka i wsp. [16] przeprowadzone na grupie 193 studentów gdańskich uczelni wskazują, że w opinii badanych najczęściej wymienianym przyzwyczajeniem i zachowaniem, które wpływa na rozwój nowotworów płuc, jest palenia tytoniu, 95,9% respondentów tak odpowiedziało. Natomiast w badaniach Kurowskiej i Olejniczak 136 studentom Uniwersytetu Medycznego w Warszawie, podzielonym na dwie grupy: I grupa – studenci kierunku pielęgniarstwo studiów magisterskich niestacjonarnych, II grupa – studenci kierunku pielęgniarstwo studiów licencjackich niestacjonarnych, zadano pytanie: „Jaki jest cel wykonywania badań przesiewowych?”. Ankietowani z grupy I w 78% stwierdzili, że robi się je w celu wczesnego wykrywania raka płuc, a 20% uważało, że w celu zapobiegania wystąpieniu raka płuc. Również w grupie II ankietowani w 93% wskazali jako cel wczesne wykrycie raka płuc, a tylko 6% badanych stwierdziło, że w celu zapobiegania wystąpieniu raka płuc. Niepokój budzi nieznaną przez 20% respondentów z grupy I celu badań przesiewowych, więc także pojęcia profilaktyki II poziomu [17].

Ciekawe wyniki badań z zakresu profilaktyki chorób układu krążenia uzyskali Maciąg i wsp. [18] Do badań w kierunku profilaktyki chorób układu krążenia autorzy pracy zaprosili 464 osoby z rejonu działania przychodni medycyny rodzinnej, która opieką lekarsko-

pielęgniarską obejmuje 3000 zadeklarowanych osób. Autorzy stwierdzili, że mimo zaproszeń listownych i telefonicznych zgłosiło się tylko 239 osób, co stanowiło 51,73% badanych, z czego kobiet było 152 kobiety, a mężczyzn 87. Autorzy pracy wnioskują, że promowanie zdrowia i doradztwa zdrowotnego powinno stać się podstawowym zadaniem profesjonalistów medycznych pracujących w POZ, a jako argument potwierdzający tę tezę podają, że działania z zakresu profilaktyki chorób układu krążenia nie przynoszą jak dotąd w Polsce zadowalających rezultatów. Wyniki badań własnych korespondują z wynikami cytowanymi wyżej. W badanej grupie, w ramach Ogólnopolskiego Programu Profilaktyki Chorób Układu Krążenia 36,72% (n = 112) osób wykonujących zawód medyczny i 36,52% (n = 107) wykonujących zawód niemedyczny miało wykonany lipidogram. Pocieszający jest fakt, że wykonanie lipidogramu we własnym zakresie deklarowało 23,93% (n = 73) respondentów wykonujących zawód medyczny i 22,87% (n = 67) reprezentujących zawody niemedyczne. Pozostali badani przyznali, że w ciągu ostatnich 5 lat nie wykonywali lipidogramu.

Analiza dokumentacji pacjentów hospitalizowanych na Oddziale Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii Szpitala MSWiA w Białymstoku w okresie od 01.01.2009 do 31.12.2009, obejmująca 422 przypadki, wykonana przez Kobus i wsp. [19], wskazuje, że na nowotwór jelita grubego częściej chorują mężczyźni w wieku ok. 63 lat, pochodzący z miasta, mający wskaźnik BMI <30 kg/m². Jak pokazują wyniki badań Bazalińskiego i wsp. [20] przeprowadzone na grupie 283 osób, które miały wykonaną kolonoskopię w ramach Programu Profilaktyki Raka Jelita Grubego, motywami, jakimi kierowali się respondenci, podejmując decyzję o wykonaniu profilaktycznego wziernikowania jelita grubego, były: objawy świadczące o czynnościowych zaburzeniach dolnego odcinka przewodu pokarmowego (47%), informacje w mediach o możliwości udziału w badaniu profilaktycznym (56,9%) oraz sugestia lekarza domowego lub członków rodziny (18%). Z badań Sapielkin i Gotlib [21] oceniających poziom wiedzy pacjentów oddziału endoskopii wynika, że większość przez ankietowanych respondentów wie, że podstawowym badaniem przesiewowym w kierunku chorób jelita grubego jest kolonoskopia (91%), pomimo to Polska jest krajem, gdzie w ponad połowie przypadków rak jelita grubego jest rozpoznawany zbyt późno, w momencie, gdy jest już znacznie zaawansowany. Badania własne wskazują na niski odsetek ankietowanych, którzy w ciągu ostatnich 10 lat mieli wykonaną kolonoskopię w ramach programu profilaktycznego – badanie wykonało 3,93% (n = 12) osób

wykonujących zawód medyczny i 11,60% (n = 34) respondentów wykonujących zawód niemedyczny. Analiza statystyczna wykazała, że badani wykonujący zawód niemedyczny częściej uczestniczyli w profilaktycznym wziernikowaniu jelita grubego.

Województwo lubelskie znajduje się obecnie w czołówce pod względem statystyk dotyczących liczby kobiet objętych Programem Profilaktyki Raka Piersi w Polsce – z wynikiem 47,77%. Odsetek zamieszkujących Lubelszczyznę kobiet uczestniczących w badaniach również z roku na rok – nieznacznie – ale wzrasta [22]. Publikowane przez Bogusz i wsp. [23] wyniki badań przeprowadzonych wśród 100 kobiet mieszkających w Chełmie i okolicach wskazują, że deklarowana częstość zgłaszania się respondentek na profilaktyczne badania w kierunku raka piersi wyglądała następująco: 12% deklarowało, że zgłasza się często, 54% – czasami, 23% – bardzo rzadko, a 11% – trudno powiedzieć. W badaniach własnych 8,92% (n = 24) respondentek wykonujących zawód medyczny i 8,70% (n = 6) wykonujących zawód niemedyczny deklarowało w ciągu ostatnich dwóch lat uczestnictwo w Programie Profilaktyki Raka Piersi, jakkolwiek 231 badanych wykonujących zawód medyczny i 61 wykonujących zawód niemedyczny było w wieku poniżej 50 lat i program profilaktyczny ich nie obejmował.

Dane statystyczne obejmujące lata 2007–2009 wskazują na systematyczny wzrost uczestnictwa kobiet w badaniach przesiewowych raka szyjki macicy. Założona populacja do zbadania w latach 2007–2009 wynosiła 9 727 842 kobiety. W roku 2007 do badań zgłosiło się 686 036 kobiet (21,25% populacji do przebadania wynoszącej 3 227 918 kobiet), w 2008 roku – 793 411 kobiet (24,39% populacji do przebadania liczącej 3 252 88 kobiet), a w 2009 roku – 876 538 kobiet (26,77% populacji do przebadania liczącej 3 274 036 kobiet). Jakkolwiek województwo lubelskie znajduje się w środku w skali wszystkich województw w Polsce pod względem zgłaszalności kobiet na to badanie profilaktyczne [24]. W badaniach własnych uczestnictwo w Programie Profilaktyki Raka Szyjki Macicy deklarowało 79,55% (n = 214) respondentek wykonujących zawód medyczny i 66,67% (n = 46) wykonujących zawód niemedyczny. Ponadto cytologię we własnym zakresie wykonało 5,58% (n = 15) badanych wykonujących zawód medyczny i 5,80% (n = 4) wykonujących zawód niemedyczny. Wyniki badań własnych wskazują, że kobiety wykonujące zawód medyczny częściej wykonywały cytologię ($p < 0,001$). W badaniach Kalinowskiego i Wali [25] przeprowadzonych wśród 150 studentek uczelni wyższych w Lublinie, w tym Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Uniwersytetu Przyrodniczego i Uniwersytetu Medycznego, stwierdzono, że 57% studentek

odbyło wizytę u ginekologa w ciągu ostatniego roku, 18% w okresie dłuższym niż rok, a 25% jeszcze nigdy. Aż 65% badanych jeszcze nigdy nie miało wykonywanego badania cytologicznego. W cytowanych badaniach zaobserwowano, że studentki Uniwersytetu Medycznego statystycznie częściej deklarowały, że w ciągu roku były na wizycie kontrolnej u ginekologa i miały wykonywane badanie cytologiczne, co poniekąd koresponduje z wynikami badań własnych. Natomiast badania Ulman-Włodarczyk i wsp. [26] przeprowadzone na grupie 250 kobiet w wieku od 18 do 60 lat wskazują, że wymaz cytologiczny w ciągu ostatniego roku wykonało 59% kobiet, 9% miało pobraną cytologię przed dwoma laty, a 6% przed trzema lub czterema laty. Powyżej 5 lat temu cytologię miało pobrane 2% badanych kobiet, natomiast 21% respondentek podało, że nigdy nie wykonywano im badania cytologicznego. Co ciekawe, równocześnie 95% badanych kobiet uznało badanie cytologiczne za bardzo istotne w profilaktyce raka szyjki macicy.

W swojej pracy Gruszka i wsp. [27] analizowali aspekt psychologiczny, diagnostyczny i leczniczy wizyty ginekologicznej. Ich badania objęły 403 studentki z województwa świętokrzyskiego i mazowieckiego. Tylko 33,5% (n = 136) badanych kobiet jako cel wizyty wskazało badanie profilaktyczne, a jako najbardziej krępujące elementy wizyty u ginekologa respondentki wskazywały: siadanie na fotel ginekologiczny (34,7%), badanie ginekologiczne (26,1%), wywiad (11,9%), wejście do gabinetu (10,4%), przygotowanie do badania ginekologicznego (9,2%), badanie piersi (6,5%); ogólnie całą wizytę wskazało 1,2% badanych. Aż 354 badanych kobiet przyznało, że miało nieprzyjemną sytuację w gabinecie ginekologicznym. Autorzy pracy na podstawie przeprowadzonych badań i przeglądu literatury wysuwają wniosek, że te kobiety, które mają dobry kontakt z lekarzem, chętniej korzystają z wizyty w gabinecie ginekologicznym, natomiast te, które nie uzyskały od swojego lekarza zrozumiałych dla nich informacji, z takich wizyt korzystają rzadziej, co wpływa także na częstość zgłaszania się kobiet w celu profilaktyki raka szyjki macicy.

W przypadku raka gruczołu krokowego wykonywanie badań przesiewowych jest kontrowersyjne. Skrining pozwala na wczesne wykrycie tego schorzenia, brakuje jednak dowodów naukowych, że spowodowało to zmniejszenie śmiertelności. Istnieje natomiast ryzyko nieuzasadnionego stosowania nadmiernych procedur diagnostyczno-terapeutycznych, w tym narażenie na powikłania w leczeniu. W badaniach przesiewowych w kierunku raka gruczołu krokowego potencjalne zastosowanie może mieć palpacyjna ocena gruczołu krokowego przez odbytnicę, oznaczanie stężenia PSA w surowicy i ultrasonograficzne

badanie przezodbytnicze. Rozważa się możliwość wykonywania badań przesiewowych polegających na seryjnym oznaczaniu antygenu swoistego dla gruczołu krokowego (PSA) w surowicy krwi u mężczyzn o przewidywanym czasie dalszego życia powyżej 10 lat [28]. Niektóre amerykańskie towarzystwa lekarskie i Komitet Badań Przesiewowych Nowotworów Unii Europejskiej zalecają przeprowadzenie badań przesiewowych u mężczyzn powyżej 40. roku życia (coroczne badanie poziomu PSA i ocenę palpacyjną przez odbyt) jedynie w grupie mężczyzn obciążonych rodzinnie (ojciec, wuj) i Afroamerykanów [29].

W badaniach własnych wśród przedstawicieli zawodów medycznych palpacyjne badanie gruczołu krokowego deklarowało 5,56% (n = 2) osób wykonujących zawód medyczny w ciągu ostatnich 5 lat, natomiast 94,44% (n = 34) nigdy nie miało wykonywanego takiego badania. 2,78% (n = 1) badanych wykonujących zawód medyczny poziom PSA oznaczało w ciągu ostatniego roku, a 87,22% (n = 35) nigdy. 9,82% (n = 22) mężczyzn wykonujących zawód niemedyczny w ciągu ostatniego roku miało wykonywane palpacyjne badanie gruczołu krokowego, 6,25% (n = 14) w przeciągu 5 lat, a 83,93% (n=188) nigdy. Poziom PSA w ciągu ostatniego roku miało oznaczane 2,23% (n = 5) badanych mężczyzn wykonujących zawód niemedyczny, 2,68% (n = 6) w przeciągu ostatnich 5 lat, a 95,09% (n = 213) nigdy.

Wnioski

Istnieje wyraźne zróżnicowanie zachowań kontrolnych stanu zdrowia w badanych grupach. Praca w zawodach pozamedycznych warunkuje pozytywnie częstość uczestnictwa w ogólnopolskich programach profilaktyki chorób cywilizacyjnych. Natomiast regularne samobadanie piersi częściej deklarują kobiety wykonujące zawód medyczny.

Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak/None

Adres do korespondencji:

Mgr Magdalena Brodowicz-Król
Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Pediatricznego
Uniwersytet Medyczny w Lublinie
ul. Antoniego Gębali 6 (USzD) 20-093 Lublin
+48 81718 5375
brmagdalena@gmail.com

Piśmiennictwo

1. Nosko J. Zachowania zdrowotne i zdrowie publiczne: aspekty historyczno-kulturowe. Wydawnictwo Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi, Łódź 2005.
2. Puchalski K. Czynniki kształtujące stan zdrowia. W: Gniazdowski A. (red.) Zachowania zdrowotne. Wydawnictwo Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi, Łódź 1990: 305–317.
3. Jacennik B. Strategie dla zdrowia. Kształtowanie zachowań zdrowotnych przez środowisko. Vizja Press & IT, Warszawa 2008.
4. Puchalski K. Uwarunkowania zachowań zdrowotnych i możliwości ich kształtowania. W: Korzeniowska E, Puchalski K. (red.) Nisko wykształceni pracownicy a zdrowie – wyzwania dla edukacji zdrowotnej. Wydawnictwo Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi, Łódź 2010; 33–44.
5. Woynarowska B. (red.) Jak tworzymy szkołę promującą zdrowie. Doświadczenia z realizacji projektu „Szkoła promująca zdrowie” w latach 1992–1995: poradnik dla szkolnych koordynatorów i zespołów ds. promocji zdrowia oraz osób ich wspierających. Polski Zespół ds. Projektu „Szkoła promująca zdrowie”, Warszawa 1995: 16.
6. Banaszekiewicz A, Andruszkiewicz A. Zachowania zdrowotne. W: Andruszkiewicz A, Banaszekiewicz M, Basińska M. (red.) Promocja zdrowia dla studentów studiów licencyjnych kierunku pielęgniarstwo i położnictwo. Tom I. Teoretyczne podstawy promocji zdrowia. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2008: 70-83.
7. Gochman DS. Health behavior research: definitions and diversity. W: Gochman D. S. (eds.) Handbook of Health Behavior Research. Vol. 1. Personal and Social Determinants. Plenum Press, New York 1997.
8. Sęk H. Zdrowie behawioralne. W: Strelau J. (red.) Psychologia. Podręcznik akademicki. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej. Tom 3. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2000: 534–535.
9. Puchalski K. Zachowania związane ze zdrowiem jako przedmiot nauk socjologicznych. Uwagi wokół pojęcia. W: Gniazdowski A. (red.) Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego. Wydawnictwo Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi, Łódź 1990: 23–57.
10. Lau RR. Beliefs about control and health behavior. W: Gochman DS. (eds.) Health behavior: research perspectives. Plenum Press, New York 1988: 43–63.

11. Skommer M. Uwarunkowania zachowań zdrowotnych człowieka. W: Bartkowiak G. (red.) Czynniki kształtujące zachowania zdrowotne człowieka na przestrzeni życia. Nauka i praktyka. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2008: 11–30.
12. Tobiasz-Adamczyk B. Wybrane elementy socjologii zdrowia. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1995.
13. Zejda JE. Populacyjne badania przesiewowe – potrzeby badawcze i działania praktyczne. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2009;90(4): 435–440.
14. Szwec K. Skrining cytologiczny – potrzebny czy zbędny w profilaktyce raka szyjki macicy? *Położna. Nauka i Praktyka* 2013;1(21): 12–18.
15. Paślawska A, Mrożek-Budzyn D, Majewska R. Wiedza młodych kobiet na temat znaczenia badań cytologicznych w profilaktyce raka szyjki macicy. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2014; 95(1): 170-174.
16. Księżek J, Korczyńska J, Terech S. Problem nikotynizmu w aspekcie profilaktyki raka płuca wśród studentów gdańskich uczelni. *Medycyna Rodzinna* 2013;4: 137–142.
17. Kurowska M, Olejniczak D. Ocena wiedzy studentów na temat czynników ryzyka i profilaktyki nowotworów płuc. *Medycyna Rodzinna* 2013;4: 143–148.
18. Maciąg D, Grzegorska K, Chichońska M, Marcinkowski T J. Profilaktyka chorób układu krążenia prowadzona w podstawowej opiece zdrowotnej. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2012;93(2): 377–384.
19. Kobus G, Łagoda K, Tyniewicka I, i wsp. Częstość występowania raka i polipów jelita grubego u chorych zakwalifikowanych do diagnostyki kolonoskopowej. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2012;93(2): 327–333.
20. Bazaliński D, Kaczmarek D, Chmiel Z, i wsp. Determinanty warunkujące satysfakcję z profilaktycznej endoskopii jelita grubego. *Nowa Medycyna* 2011;3: 42–50.
21. Sapielkin B, Gotlib J. Wiedza pacjentów oddziału endoskopii na temat profilaktyki i leczenia nowotworu jelita grubego. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2013;43(2): 23–27.
22. Raport Objęcie populacji Programem profilaktyki raka piersi na terenie Polski z podziałem na województwa. Lubelski Wojewódzki Ośrodek Koordynujący Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi. www.onkologia.lublin.pl (20.07.2015).

23. Bogusz R, Charzyńska-Gula M, Majewska A, i wsp. Wiedza kobiet w wieku okołomenopauzalnym na temat profilaktyki raka piersi. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2013;19(4): 523–529.
24. Spaczyński M, Karowicz-Bilinska A, Rokita W, i wsp. Uczestnictwo kobiet w Populacyjnym Programie Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy w latach 2007–2009. *Ginekologia Polska* 2010;81(9): 655–663.
25. Kalinowski P, Wala S. Wiedza o czynnikach ryzyka i metodach profilaktyki raka szyjki macicy wśród studentek szkół wyższych w Lublinie. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2014;94(2): 460–464.
26. Ulman-Włodarczyk I, Nowosielski K, Romanik M, i wsp. Świadomość profilaktyki raka szyjki macicy wśród kobiet zgłaszających się do poradni K. *Ginekologia Polska* 2011;82(1): 22–25.
27. Gruszka J, Wrześniewska M, Adamczyk-Gruszka O. Wizyta u ginekologa – aspekt psychologiczny, diagnostyczny i leczniczy. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2014;20(2): 126–130.
28. Krawczyk J, Kraj L, Świeboda-Sadlej A. Profilaktyka nowotworów. *Medycyna po Dyplomie* 2012;10: 85–86.
29. Schulman CC, Anderson JB, Bangma CH, et al. Prevention and Screening. *European Urology; Suppl.* 2002;1: 3–9.