

„Europejski kodeks walki z rakiem” w aspekcie praktycznym

European Code Against Cancer in practical aspects

Agnieszka Dyzmann-Sroka, Agata Nowak

Zakład Epidemiologii i Profilaktyki Nowotworów, Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu

Psychoonkologia 2015, 3: 110–115

DOI: 10.5114/pson.2015.55120

Adres do korespondencji:

dr Agnieszka Dyzmann-Sroka
Zakład Epidemiologii i Profilaktyki
Nowotworów
Wielkopolskie Centrum Onkologii
ul. Garbary 15, 61-866 Poznań
e-mail: agnieszka.dyzmann-sroka@wco.pl

Streszczenie

Wstęp: Obserwowany w Europie wzrost zachorowań na nowotwory złośliwe stał się motorem napędowym do opracowania w 1987 r. prostych zaleceń, które poprzez kształtowanie motywacji, wiedzy i umiejętności miały doprowadzić do zmiany stylu życia.

Cel pracy: Przedstawienie zaleceń „Europejskiego kodeksu walki z rakiem” jako narzędzia służącego do obniżenia zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe.

Materiał i metody: Autorskie tłumaczenie czwartej, anglojęzycznej edycji „Europejskiego kodeksu walki z rakiem” wraz z analizą podstawowych wskaźników statystycznych z bazy GLOBOCAN i Krajowego Rejestru Nowotworów.

Wyniki i wnioski: Kodeks zawiera 12 prostych zaleceń: Nie pal! Uczyń dom miejscem wolnym od dymu tytoniowego! Dbaj o utrzymanie prawidłowej masy ciała! Bądź aktywny fizycznie! Odżywiaj się zdrowo! Ogranicz spożycie alkoholu! Rozsądnie korzystaj ze słońca! Chroń się przed szkodliwym działaniem substancji rakotwórczych! Chroń się przed szkodliwym promieniowaniem! Staraj się karmić piersią, ogranicz HTZ. Pamiętaj o szczepieniach! Uczestnicz w programach badań przesiewowych w kierunku wczesnego wykrywania raka piersi, szyjki macicy, jelita grubego! Badania wykazują, że przynajmniej 1/3 zachorowań na nowotwory złośliwe można uniknąć poprzez zdrowy styl życia, a kolejną 1/3 można wcześniej wykryć i skutecznie leczyć. Niestety, jak dowodzą badania, Polacy nie mają świadomości komplementarności profilaktyki pierwotnej i wtórnej, pomimo wiedzy o tym, jak zdrowo żyć, nie zmieniają swojego stylu życia: palą tytoń, nie stosują zdrowej diety, są otyli i mało aktywni fizycznie. Poprzez budowanie świadomości onkologicznej należy przekonywać i zachęcać społeczeństwo do zmiany postaw zdrowotnych. Jeśli edukatorom nie uda się zmienić stylu życia Polaków, za 20–40 lat może się okazać, że nie będzie miał nas kto i za co leczyć.

Abstract

Introduction: The growth in the incidence of cancer that had been observed in Europe gave rise in 1987 to the development of simple recommendations which were aimed to promote lifestyle changes by generating appropriate motivation, knowledge and skills.

Aim of the study: The European Code Against Cancer (ECAC) as an effective tool to fight with cancers.

Material and methods: The Code (English version), analysis of the Globocan and the National Cancer Registry data.

Results and conclusions: The Code comprises twelve simple messages: Do not smoke. Make your home smoke free. Take action to be a healthy body weight. Be physically active. Have a healthy diet. Limit your alcohol intake. Avoid too much sun. Protect yourself against cancer-causing substances. Protect yourself against harmful radiation. Try to breastfeed your baby. Remember to take part in vaccination programmes. Take part in organised cancer screening pro-

grammes for early detection of breast cancer, cervical cancer and bowel cancer. As shown by epidemiological studies, a third of cancer cases can be avoided by a healthy lifestyle, another third can be detected at an early stage and effectively treated. Unfortunately, as studies show, the Polish are not aware of the complementary roles of primary and secondary prevention, and do not change their habits despite knowing how to live a healthy lifestyle. If we do not manage to change our lifestyles, in some 20-40 years we may run short of human and financial resources to treat the disease.

Słowa kluczowe: epidemiologia, promocja zdrowia, profilaktyka pierwotna i wtórna.

Key words: health epidemiology, promotion, primary and secondary prevention.

Wstęp

W ciągu ostatnich 30 lat liczba zachorowań na nowotwory złośliwe w Polsce zwiększyła się ponad dwukrotnie (w 1980 r. do Krajowego Rejestru Nowotworów zgłoszono 64 820 nowych zachorowań, a w 2010 r. – 140 564 przypadki – ryc. 1.) [1].

Zgodnie z prognozami badania GLOBOCAN tendencja wzrostowa utrzyma się i w 2030 r. liczba nowych zachorowań może osiągnąć prawie 192 000 [2]. Nowotwory złośliwe stały się poważnym zagrożeniem dla polskiego społeczeństwa i jeśli tendencja wzrostowa zachorowalności się utrzyma, wkrótce staną się one zarówno u kobiet, jak i mężczyzn pierwszą przyczyną zgonów przed 65. rokiem życia, wyprzedzając zgony z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego [3]. Obserwacje epidemiologiczne wykazały, że 80–90% zachorowań na nowotwory złośliwe w populacjach krajów zachodnich można przypisać czynnikom środowiskowym, takim jak styl życia, sposób żywienia, miejsce pracy i zamieszkania, zachowania społeczno-kulturowe [4, 5].

Celem pracy było przedstawienie zaleceń „Europejskiego kodeksu walki z rakiem” jako narzędzia służącego do obniżenia zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe.

Material i metody

Materiał do pracy stanowiło autorskie tłumaczenie czwartej, anglojęzycznej edycji „Europejskiego kodeksu walki z rakiem” wraz z analizą podstawowych wskaźników statystycznych z bazy GLOBOCAN i Krajowego Rejestru Nowotworów (takich jak: liczby bezwzględne, wskaźnik struktury).

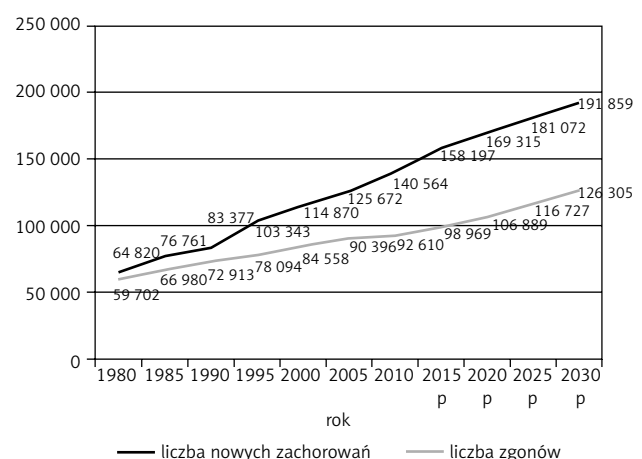
Wyniki

Najistotniejszymi czynnikami wzrostu zagrożenia chorobami nowotworowymi w Polsce są:

- wzrost liczebności populacji polskiej – w 1950 r. Polska liczyła 25 mln obywateli, w 2013 r.

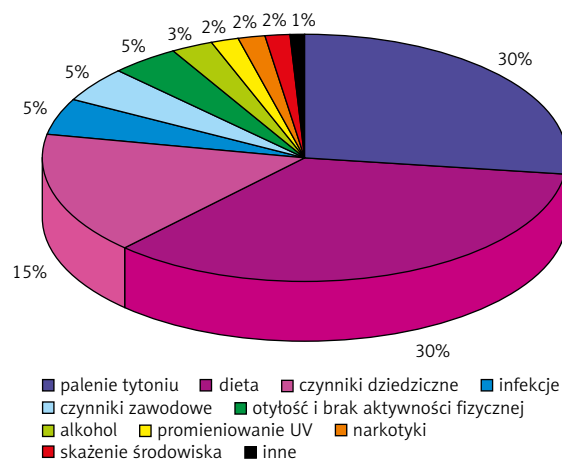
38,5 mln, zgodnie z prognozami w 2030 r. będzie to 39,6 mln [6, 7], co w konsekwencji będzie prowadzić do zwiększenia liczby diagnozowanych przypadków, nawet jeśli współczynniki standaryzowane wieku pozostaną na dotychczasowym poziomie;

- globalne starzenie się społeczeństwa – w 1956 r. osoby w wieku 65 lat i starsze stanowiły 6% ogółu społeczeństwa, w 2013 r. – 15% (w 2030 r. ma to być 22%). Z uwagi na zwiększenie ryzyka zachorowania na raka wraz ze wzrostem wieku, należy przewidywać, że nawet jeśli wielkość populacji i długość życia pozostaną na niezmiennym poziomie, liczba nowych chorych wzrośnie ze względu na starzenie się społeczeństwa [6, 7];
- trzecim elementem, który może prowadzić do zwiększenia liczby chorych na raka, nawet wtedy, gdy liczebność populacji pozostanie na stałym poziomie, jest zwiększenie ekspozycji na czynniki rakotwórcze związane ze stylem życia



Rycina 1. Prognozowane zmiany w zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe kobiet i mężczyzn w Polsce. Opracowanie własne na podstawie danych Krajowego Rejestru Nowotworów oraz prognoz badania GLOBOCAN [1, 2]

Figure 1. Forecast variations in cancer incidence and mortality rates in Polish women. Source: author's study based the National Cancer Registry data and GLOBOCAN estimates [1, 2]



Rycina 2. Czynniki zwiększające ryzyko zachorowania na raka (opracowanie własne na podstawie [8, 9])

Figure 2. Factors increasing the risk of cancer (author's study based the [8, 9])

(palenie tytoniu, picie wysokoprocentowego alkoholu, niewłaściwa dieta, mała aktywność fizyczna, otyłość) [7].

Na podstawie aktualnej wiedzy o czynnikach ryzyka zachorowania na nowotwory oraz badań naukowych oszacowano, że znaczącej liczbie przypadków zachorowań na nowotwory (30–50%) można zapobiec poprzez zdrowy styl życia, tj. niepalenie tytoniu, abstynencję alkoholową, prawidłową dietę, aktywny tryb życia [8, 9] (ryc. 2.).

Znajomość czynników zwiększających ryzyko zachorowania na nowotwory złośliwe stała się podstawą do przygotowania w 1987 r. przez Komisję Ekspertów Onkologii Unii Europejskiej dokumentu o nazwie *European Code Against Cancer* (w polskim tłumaczeniu: „Europejski kodeks walki z rakiem”). Stopniowe rozszerzanie się Unii Europejskiej prowadzące do zwiększenia zróżnicowania społeczności pod względem stylu życia i ryzyka zachorowań wymusiło stałą aktualizację kodeksu. W opracowaniu wersji trzeciej z 2003 r. uczestniczyło ponad 100 specjalistów reprezentujących różne dziedziny medycyny. Aktualna, czwarta edycja „Europejskiego kodeksu walki

Tabela 1. Palenie jako przyczyna nowotworów złośliwych
Table 1. Smoking as a cause of cancer

Określenie siły związku przyczynowo-skutkowego	Typ nowotworu
silny związek przyczynowo-skutkowy (40–90%)	płuca, przełyku, nerki, pęcherza moczowego, gardła, jamy ustnej, trzustki, krtani
słaby związek przyczynowo-skutkowy (10–30%)	wątroby, nosa, wargi, ostrej białaczki szpikowej, trzustki, żołądka
jedna z wielu przyczyn	jelita grubego, szyjki macicy, jajnika

z rakiem”, opublikowana przez Światową Organizację Zdrowia (*World Health Organization – WHO*) w październiku 2014 r., to zbiór 12 prostych zaleceń [10]:

1. Nie pal! Nie stosuj żadnych form tytoniu!
2. Uczyn dom miejscem wolnym od dymu tytoniowego!
3. Dbaj o utrzymanie prawidłowej masy ciała!
4. Bądź aktywny fizycznie każdego dnia!
5. Stosuj zdrową dietę!
6. Ogranicz spożycie alkoholu!
7. Rozsądnie korzystaj ze słońca!
8. W miejscu pracy stosuj przepisy BHP, zawsze chroń się przed szkodliwym działaniem substancji rakotwórczych!
9. Chroń się przed szkodliwym promieniowaniem (radon)!
10. Jeśli możesz, karm piersią, ogranicz HTZ.
11. Bierz udział w programach szczepień ochronnych!
12. Uczestnicz w programach badań przesiewowych w kierunku wczesnego wykrywania raka piersi, szyjki macicy, jelita grubego!

Zarówno w podziale Beliveau i Gingrasa [8], jak i Kordka [9] najistotniejszym, pojedynczym czynnikiem rakotwórczym jest palenie tytoniu (czynne i/lub bierne), któremu można przypisać do 91% zachorowań na raka płuca u mężczyzn i 86% u kobiet. Udowodniono, że wśród 4 tys. związków chemicznych zawartych w dymie tytoniowym przynajmniej 40 ma działanie rakotwórcze. Palenie jest nie tylko przyczyną raka płuca, udowodniono związek przyczynowy z innymi nowotworami, takimi jak rak przełyku, nerki, pęcherza moczowego (tab. 1.).

Jak wykazało badanie GATS, codziennie tytoń pali 33,5% dorosłych Polaków (5,2 mln) i 21% Polek (3,5 mln) [11]. O tym, że warto rzucić palenie, przekonuje nie tylko fakt, iż 10 lat po rzuceniu palenia ryzyko zgonu z powodu raka płuca jest o połowę mniejsze niż u palacza, lecz także to, że w badaniu PBS DGA deklarację „Nie palę, ograniczam” złożyło aż 80,5% lekarzy z Wielkopolski [12]. Wobec coraz szerszego przechodzenia palaczy na e-papierosy warto powiedzieć, że do rozpuszczania nikotyny używa się w nich gliceryny i propylen glikolowego, które podgrzewane do wysokich temperatur rozpadają się na dwa rakotwórcze związki karbonylowe: formaldehyd i acetaldehyd.

Kolejny problem w naszym społeczeństwie stanowią otyłość i brak aktywności fizycznej. Choć badanie „Wiedza o zdrowym stylu życia, nowotworach i profilaktyce nowotworów w społeczeństwie polskim” przeprowadzone przez Pracownię Badań Społecznych DGA w 2006 r. w grupie 8 tys. Polaków (w tym 508 Wielkopolan) wykazało, że

Wielkopolanie zdają sobie sprawę z faktu, iż sami powinni dbać o swoje zdrowie i są przekonani, że o zdrowie dbają [13] – niezwykle trudnym zadaniem jest zmiana ich stylu życia.

W opinii Instytutu Ochrony Zdrowia najważniejszymi czynnikami ryzyka chorób stanowiących główne zagrożenie zdrowotne dla populacji polskiej są złe nawyki żywieniowe, palenie tytoniu i niska aktywność fizyczna [14]. Im wyższy wskaźnik masy ciała (*body mass index* – BMI), tym większe ryzyko zachorowania na różne choroby cywilizacyjne. Dotyczy to szczególnie takich chorób, jak: nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca, cukrzyca typu 2, nowotwory złośliwe – rak jelita grubego, piersi, trzonu macicy, nerki. W świetle tego poważne obawy budzi fakt, że aż 20% polskich chłopców i 14,5% dziewcząt cierpi na nadwagę i otyłość [14]. Nadwagę lub otyłość ma także 61% dorosłych mężczyzn i 44% kobiet [14]. Nic dziwnego, skoro już w grupie młodzieży w wieku 17–18 lat wystarczającą aktywność ruchową wykazuje zaledwie 18% chłopców i 4% dziewcząt. Jak wykazały badania PBS DGA, Polacy nie lubią się ruszać. Zarówno lekarze, jak i statystyczny Kowalski najchętniej wolny czas spędzają, ćwicząc ruchy kciuka na pilocie telewizora [12, 13]. O istotnej statystycznie różnicy można mówić jedynie w przypadku intensywnych form ruchu i treningu, ale to stosuje niewielki odsetek ankietowanych (tab. 2.).

Ponad 1/5 Polaków nie jada śniadania, a kolejne 24% przynajmniej trzech posiłków każdego dnia. Polacy jedzą tylko 56 kg owoców rocznie na osobę, wobec blisko dwukrotnie wyższej średniej unijnej (103 kg w 2009 r.). Zdaniem ekspertów „współcześni ludzie pracują na śmierć z powodu nowotworów bez specjalnego wysiłku, robią to siedząc,

jedząc, pijąc i paląc, a narzędziami służącymi kopaniu grobu nie jest bynajmniej łopata, jak by się mogło wydawać, ale są nimi nóż i widelec, kieliszek, a przede wszystkim papieros” [15].

Należy uświadamiać Polakom, że nadmierne spożywanie alkoholu ma znaczący wpływ na wystąpienie nowotworów jamy ustnej, gardła, krtani, przełyku, jelita grubego i odbytnicy, a także piersi. Rodzaj wypitego alkoholu nie ma znaczenia, głównym czynnikiem zwiększonego ryzyka jest ilość spożywanego etanolu. Maksymalne dzienne limity spożycia alkoholu wg kodeksu to 20 g etanolu dla mężczyzn i 10 g dla kobiet [0,5 l piwa = 25 g etanolu, a kieliszek wódki (50 ml) to 20 g etanolu].

Kodeks dużą wagę przykładają do unikania nadmiernej ekspozycji na promienie słoneczne. Każda ekspozycja na słońce powoduje pewne uszkodzenia skóry. Liczba uszkodzeń wzrasta wraz z wydłużaniem czasu ekspozycji na słońce. Szkody będą największe, gdy ekspozycja ma miejsce w czasie, gdy słońce świeci najintensywniej, tj. w południe, w najcieplejszym momencie dnia (między 11.00 a 15.00) oraz w miesiącach letnich. Na przykład przy indeksie UV 6 (który jest częsty w południe wiosną i latem) osoba z typem skóry I lub II ulegnie poparzeniu słonecznemu w ciągu 10–15 minut.

Kto z nas pamięta, by podczas wakacyjnych wyjazdów chronić najbardziej narażone na ekspozycję słoneczną części ciała, takie jak twarz, szyja i ręce? Opalona skóra to znak, że była ona narażona bardziej, niż jest to bezpieczne. Należy pamiętać, że częste oparzenia słoneczne, zwłaszcza w dzieciństwie i okresie dojrzewania, znacznie zwiększają ryzyko raka skóry w późniejszym życiu. Niebezpieczne są wszystkie ekspozycje na promieniowanie ultrafioletowe (UV), w każdym

Tabela 2. B1 – badanie PBS DGA z 2006 r. w grupie 8 tys. Polaków (508 w Wielkopolsce), B2 – badanie PBS DGA z 2007 r. w grupie 4203 lekarzy (268 w Wielkopolsce) [12, 13]

Table 2. B1 – PBS DGA study in 2006 on the population 8,000 Polish individuals (508 in the Wielkopolska region), B2 – PBS DGA study in 2007 on the population of 4,203 doctors (268 in the Wielkopolska region) [12, 13]

Próba badawcza	W czasie wolnym wykonuje czynności niewymagające ruchu (np. czytanie, oglądanie TV itp.)	W czasie wolnym wykonuje prace wymagające wysiłku (np. sprzątanie, majsterkowanie itp.)	W czasie wolnym wykonuje niezbyt intensywny ruch (np. spacer, gimnastyka itp.)	W czasie wolnym wykonuje niezbyt intensywny ruch (np. bieganie, pływanie itp.)	W czasie wolnym wykonuje intensywny trening (np. siłownia, regularne uprawianie sportu itp.)
tak	99,0%	92,3%	84,3%	50,0%	9,8%
nie	1,0%	7,7%	15,7%	50,0%	90,2%
B1 = 508	100%	100%	100%	100%	100%
tak	98,9%	94,0%	94,4%	61,2%	13,4%
nie	1,1%	6,0%	5,6%	38,8%	86,6%
B2 = 268	100%	100%	100%	100%	100%
test istotności dla „TAK”	$p = 0,8959$	$p = 0,3813$	$p = 0,9543$	$p = 0,0030$	$p = 0,0000$

wieku, ponieważ zwiększają ryzyko zachorowania na raka skóry. Łóżka opalające (solaria) emitują promieniowanie UV tak samo szkodliwe dla skóry jak źródła naturalnego światła słonecznego, dlatego jeśli nie ma szczególnych wskazań, należy unikać takiej ekspozycji.

Człowiek w swym otoczeniu ma kontakt z zanieczyszczeniami powietrza (np. azbest, spaliny samochodowe, policykliczne węglowodory aromatyczne), żywności i wody (w tym: związki arsenu, trwałe zanieczyszczenia organiczne, takie jak dioksyny). Niektóre osoby z czynnikami rakotwórczymi mają do czynienia także w miejscu pracy (np. technicy elektroradiologii), dlatego kodeks zaleca, by w miejscu pracy stosować przepisy BHP i zawsze chronić się przed szkodliwym działaniem substancji rakotwórczych.

Od wielu lat personel medyczny zachęca matki do karmienia piersią. Ostatnie badania dowodzą, że karmienie piersią poza korzyściami dla noworodka przynosi korzyści także matce, zmniejszając ryzyko zachorowania na raka piersi (zmniejszenie ryzyka o ok. 4,3% za każdy rok laktacji) [7, 16]. Hormonalna terapia zastępcza jest natomiast czynnikiem ryzyka (wzrost ryzyka o ok. 2,7% na każdy rok stosowania), dlatego kodeks zaleca jej ograniczenie [7, 16].

Niektóre typy nowotworów uważa się za silnie związane z pewnymi infekcjami (np. HPV – *human papilloma virus*), dlatego w kodeksie znalazło się zalecenie: Pamiętaj o szczepieniach! Niektóre typy nowotworów poprzedzone są stanami przednowotworowymi, których wystąpienie zwiększa ryzyko rozwinęcia się raka. Podjęcie wczesnego leczenia (przy wysokiej podatności na nie) zapobiega powstaniu nowotworu. Przykładem jest rak szyjki macicy.

Ostatnie zalecenie kodeksu dotyczy uczestniczenia w programach badań przesiewowych w kierunku wczesnego wykrywania raka piersi, szyjki macicy, jelita grubego. W Polsce rocznie rozpoznaje się ok. 17 tys. nowych zachorowań na raka piersi, a ponad 5500 kobiet umiera z powodu tego nowotworu. Populacyjny program wczesnego wykrywania raka piersi skierowany jest do kobiet w wieku 50–69 lat. Jego celem jest podniesienie świadomości kobiet dotyczącej konieczności wykonywania badań profilaktycznych, w tym mammografii, oraz zmniejszenie wskaźnika umieralności na raka piersi poprzez zwiększenie liczby zmian wykrywanych we wczesnym stadium. W ramach programu wykonywane jest badanie mammograficzne (raz na 24 miesiące), a u kobiet, u których zostaną wykryte nieprawidłowości, wykonywane są dodatkowe badania, takie jak mammografia celowana, USG, biopsja cienko- i/lub gruboigłowa

(w zależności od decyzji lekarza). Mammografia nie chroni przed zachorowaniem na raka piersi, ale umożliwia wykrycie choroby we wczesnym stadium zaawansowania, kiedy leczenie może być bardziej skuteczne. Profilaktyczne badania mammograficzne mogą zmniejszyć umieralność z powodu raka piersi o ok. 25% (adresy ośrodków i więcej informacji na stronie: <http://profilaktykara.coi.waw.pl/>).

Populacyjny program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy, skierowany do kobiet w wieku 25–59 lat, oferuje bezpłatne badanie cytologiczne raz na trzy lata (oraz dodatkowe badania w razie stwierdzenia nieprawidłowości). Profilaktyczne badania cytologiczne mogą się przyczynić do zmniejszenia umieralności z powodu raka szyjki macicy o ok. 80%. Program badań przesiewowych „Wczesne wykrywanie raka jelita grubego” zapewnia kobietom i mężczyznom w wieku 50–69 lat (bez objawów raka jelita grubego) oraz w wieku 40–49 lat (również bez objawów raka jelita grubego, ale u których w rodzinie przynajmniej jeden krewny pierwszego stopnia, tj. rodzice, rodzeństwo, dzieci, chorował na raka jelita grubego) badanie kolonoskopowe (adresy ośrodków: <http://pbp.org.pl/osrodki>).

Dyskusja

Pod względem wydatków na profilaktykę i zdrowie publiczne na osobę w USD PPP (*purchasing power parity*) w roku 2010 Polska zajmowała niechlubne, przedostatnie miejsce z wydatkami na poziomie 27 USD [17]. Dla porównania, w Holandii wydatki te wynoszą 227 USD na osobę, trudno się zatem dziwić, że wskaźniki związane z czynnikami ryzyka chorób cywilizacyjnych w Polsce są zdecydowanie wyższe w porównaniu z krajami, które w praktyce od lat stosują zasadę, że lepiej zapobiegać niż leczyć. Równocześnie wyniki 5-letnich przeżyć np. Polek z rakiem piersi są wysoce niezadowolające (zwłaszcza w porównaniu z innymi krajami Europy: Polska – 74,1%, Francja – 86,9%, Finlandia – 86,8%, Włochy – 86,2%) [18]. Za ten stan rzeczy w opinii specjalistów odpowiada zbyt późne wykrywanie choroby. W Polsce, pomimo zaleceń WHO [19], zdecydowanie największy nacisk kładzie się na medycynę naprawczą. Niemniej w państwach, w których w ochronie zdrowia osiąga się lepsze rezultaty i wyższy poziom zadowolenia, duży nacisk jest kładziony na integrację opieki medycznej z opieką społeczną. Znacznie większą wagę przywiązuje się do profilaktyki zdrowotnej i zdrowia publicznego.

Choć wiele elementów badania DGA potwierdziło dobrą wiedzę Polaków o zdrowym stylu ży-

cia, to niestety stwierdzono równocześnie, że wiedza ta nie przekłada się w stopniu zadowalającym na zachowania [13]. Zarówno Polacy, jak i Polki nie mają świadomości komplementarności profilaktyki pierwotnej (tj. stylu życia) i wtórnej (badania przesiewowe), dlatego na badania profilaktyczne zgłaszają się rzadko, a większość przypadków chorób nowotworowych wykrywanych jest w stadiach zaawansowanych.

W badaniu Siemens częstszy udział w profilaktycznych badaniach cytologicznych stwierdzono wśród kobiet między 31. a 50. rokiem życia (w porównaniu z kobietami w wieku 18–30 lat i powyżej 50 lat), z wyższym wykształceniem, wyższym statusem społeczno-ekonomicznym, żyjących w miastach mających powyżej 500 tys. mieszkańców, pracujących na pełny etat, zamężnych lub żyjących w związku nieformalnym (w porównaniu z samotnymi, wdowami, w separacji czy rozwiedzionymi) [20]. Polaków do zdrowego stylu życia i badań należy motywować (również ekonomicznie), a różnice w dostępie do badań należy niwelować także poprzez organizację badań w zakładach pracy, zwrot kosztów dojazdu czy transport na badania.

Wnioski

Doświadczenia Polski i innych krajów Unii Europejskiej pozwalają zauważyć, że sama edukacja zdrowotna społeczeństwa nie wystarcza, by wpłynąć na zmianę zachowania i stylu życia. Wydanie publicznych funduszy na edukację powinno zostać poprzedzone zidentyfikowaniem tych interwencji, które są najbardziej skuteczne w trwałej zmianie zachowania na zdrowsze. Warto pamiętać, że poprawa świadomości zdrowotnej społeczeństwa, w tym na temat zagrożeń chorobami nowotworowymi i skutecznej profilaktyki, stanowi długotrwały proces polegający na ciągłym i powtarzalnym podejmowaniu działań edukacyjno-informacyjnych, które w efekcie mają uświadomić każdemu obywatelowi kwestię odpowiedzialności za własne zdrowie, zmotywować do zmiany stylu życia i regularnego wykonywania badań profilaktycznych (np. w Finlandii poziom zgłaszalności kobiet na badania profilaktyczne wynosi 80–90%, po 20 latach realizacji skriningów populacyjnych). Przecież „lepiej jest zapobiegać niż leczyć”.

Oświadczenie

Autorki nie zgłaszają konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

1. Wojciechowska U, Didkowska J. Zachorowania i zgonu na nowotwory złośliwe. Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onko-

- logii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie. Dostępne na stronie: <http://85.128.14.124/krn/> (dostęp z dnia 14.05.2015 oraz 3.09.2015).
2. GLOBOCAN2012: <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx> (data wejścia 14.05.2015).
3. Załącznik do projektu uchwały Rady Ministrów w sprawie ustanowienia programu wieloletniego na lata 2016–2024 pod nazwą „Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych”: <http://www.bip.mz.gov.pl/legislacja/projekty/projekt-uchwaly-rady-ministrow-w-sprawie-ustanowienia-programu-wieloletniego-na-lata-20162024-pod-nazwa-narodowy-program-zwalczania-chorob-nowotworowych> (data wejścia 20.08.2015 r.).
4. Doll R, Peto R. The causes of cancer: quantitative estimates of avoidable risk of cancer in the United States today. *J Natl Cancer Inst* 1981; 66: 1191-1308.
5. Zatoński W (red.). Europejski Kodeks Walki z Rakiem 2003. Wydanie polskie. Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, Warszawa 2009.
6. Główny Urząd Statystyczny: <http://stat.gov.pl/sprawozdawczosc/> (data wejścia: 14.05.2015 r.).
7. Boyle P, Levin B (red.). *World Cancer Report 2008*. WHO, Lyon 2008.
8. Beliveau R, Gingras D. Dieta w walce z rakiem. Profilaktyka i wspomaganie terapii przez odżywianie. Wydawnictwo Delta, Warszawa 2007.
9. Pasz-Walczak G. Zapobieganie. W: Kordek R (red.). *Onkologia. Podręcznik dla studentów i lekarzy*. Wyd. 4. Via Medica, Gdańsk 2013, 46-51.
10. European Code Against Cancer: <http://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/en/> (data wejścia: 20.08.2015 r.).
11. Globalny sondaż dotyczący używania tytoniu przez osoby dorosłe (GATS). Polska 2009–2010. Opracowanie: Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie. Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2010.
12. Dyzmann-Sroka A, Trojanowski M, Kończalik A, Jędrzejczak A. Wiedza lekarzy o nowotworach i profilaktyce – raport dla województwa wielkopolskiego. *Zeszyty Naukowe nr 4, tom 5. Wielkopolskie Centrum Onkologii*, Poznań 2008.
13. Dyzmann-Sroka A, Jędrzejczak A, Kubiak A, Trojanowski M. Wiedza o nowotworach i profilaktyce – raport dla województwa wielkopolskiego. *Wielkopolskie Centrum Onkologii*, Poznań 2008.
14. Gujski M, Kalbarczyk WP, Tytko Z, Ścibek A. Raport: Zdrowie priorytetem politycznym państwa – analiza i rekomendacje. Instytut Ochrony Zdrowia, Warszawa 2013.
15. Kalbarczyk WP, Gujski M, Brzozowski S i wsp. Walka z nowotworami i opieka onkologiczna w Polsce wobec wyzwań demograficznych i epidemiologicznych – propozycje rozwiązań. Instytut Ochrony Zdrowia, Warszawa 2015.
16. Didkowska J. Epidemiologia, czynniki ryzyka i profilaktyka. W: *Rak piersi. Praktyczny przewodnik dla lekarzy*. Via Medica, Gdańsk 2009.
17. Wołyniak B, Goryński P, Moskalewicz B. Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania. Warszawa 2012.
18. Allemani C, Weir HK, Carreira H i wsp. Global surveillance of cancer survival 1995-2009: analysis of individual data for 25 676 887 patients from 279 population-based registries in 67 countries (CONCORD-2). *Lancet* 2015; 385: 977-1010.
19. Rantanen J, Kim R. Ocena i zalecenia dotyczące wzmocnienia stanowiska i roli zarządczej Ministerstwa Zdrowia w działaniach związanych z poprawą promocji zdrowia w miejscu pracy w Polsce. WHO 2012.
20. Łuszczzyńska A, Bukowska-Durawa A. Tysiąc kobiet, tysiąc barier. Dlaczego Polki nie robią badań cytologicznych? Badanie przeprowadzone na zlecenie firmy Siemens. Siemens, Warszawa 2011.