W „SPIRALI FATALIZMU NOWOTWOROWEGO”. REKOMENDACJE I POSTULATY PRAKTYCZNE DLA PROMOCJI ZDROWIA I PROFILAKTYKI ONKOLOGICZNEJ

DR HAB. N. SPOŁ. MAŁGORZATA SYNOWIEC-PIŁAT

Fundacja Kreatywnie dla Zdrowia
Sekcja Socjologii Zdrowia i Medycyny Polskiego Towarzystwa Socjologicznego

kontakt: m.synowiecpilat@gmail.com

CHOROBY NOWOTWOROWE.
POTRZEBA WYPRACOWANIA NOWEJ STRATEGII WALKI Z „RAKIEM”

Nowotwory to drugi, po chorobach układu krążenia, zabójca współczesnego człowieka w Europie, w tym także w Polsce.

Od 100 lat utrzymują się wysokie wskaźniki zachorowalności i umieralności na nowotwory.

- konsekwencje dla jednostki i rodziny / konsekwencje społ.

Nieskuteczność dotychczasowych działań antynowotworowych w Polsce realizowanych w oparciu o model biomedyczny.

Konieczność wypracowania nowych strategii walki z „rakiem” :

- postulat uwzględnienia perspektywy społeczno-kulturowej, ze szczególnym zwróceniem uwagi na **laickie przekonania związane z „rakiem” oraz ich wpływ na postawy i zachowania zdrowotne**;

- potrzeba wzmacniania podmiotowości poszczególnych społeczności w ich dążeniu do utrzymania i pomnażania potencjału zdrowia.

STRATEGIE ANTYNOWOTWOROWE

DZIAŁANIA MAKROSTRUKTURALNE

- zwiększenie jakości i dostępności do usług onkologicznych: leczenia, rehabilitacji oraz profilaktyki
- zmniejszenie skażenia środowiska
- działania legislacyjne na rzecz poprawy stylu życia społeczeństwa: kształtowanie postaw i zachowań prozdrowotnych

DZIAŁANIA NA POZIOMIE MIKROSTRUKTURALNYM

(czynniki społeczno-kulturowe wpływające na styl życia jednostek i grup społ.)

- społ.-demograficzne i społ.-strukturalne determinanty zdrowia
- normy społeczne dotyczące zdrowia
- wartości związane ze zdrowiem
- zachowania zdrowotne
- przekonania zdrowotne

METODOLOGIA BADAŃ WŁASNYCH

Badania porównawcze: **I etap**: X-XII 2012 r. / **II etap**:V-VII 2018 r.
Populacja badana: dorośli (od 18 roku życia), zdrowi (bez diagnozy nowotworowej) mieszkańcy Wrocławia (**N=910/898**)
Metoda: sondaż
Narzędzie badawcze: autorski ustrukturyzowany kwestionariusz wywiadu o wysokim poziomie standaryzacji.
Próba kwotowa, wyróżniona ze względu na 3 zmienne: wiek, płeć i wykształcenie.
Populację generalną w badaniu stanowili dorośli (od 18 roku życia) mieszkańcy Wrocławia (2011 r., n=538 222) (*Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011, Główny Urząd Statystyczny*) (Urząd Statystyczny we Wrocławiu, 2012)

Źródło: Synowiec-Piłat M., ***Przekonania i wiedza dotyczące chorób nowotworowych a uczestnictwo w onkologicznych badaniach profilaktycznych. Studium socjologiczne***, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław 2020, ss. 564. ISBN 978-83-7055-626-6

CHOROBY NOWOTWOROWE W PERSPEKTYWIE SPOŁECZNO-KULTUROWEJ. SYMBOLIKA RAKA

„RAK TO CHOROBA SPOWITA W KOSTIUM METAFORY”

(Susan Sontag, 1999:9).

Inwazyjny charakter nowotworu: **rak jako „morderca” a chorzy to jego „ofiary”.**

Przepełnienie metaforyki raka terminologią wojskową (lata 80. XX w.): **nowotwór „atakuje”, z „rakiem” się „walczy”, „stacza bitwy” i „toczy batalie”**

Symbolika zaczerpnięta z science fiction: **rak to mutant**

„Rak” w świadomości społecznej jest **synonimem cierpienia, bólu i śmierci.**

Tabela 6.1. Symbolika „raka" – znaczenia nadawane chorobom nowotworowym.
Porównanie danych w latach 2012 ($n = 876$) i 2018 ($n = 837$)
(dane: liczebność, struktura procentowa)

Z czym kojarzy się Pani/Panu nowotwór?	n (% z $n = 876$)[1] 2012 r.	n (% z $n = 837$)[2] 2018 r.
Fizyczne konsekwencje choroby		
Śmierć (łącznie), w tym:	503 (57,42)	465 (55,55)
śmierć ogólnie	414 (47,26)	409 (48,86)
nieuleczalna, śmiertelna choroba	69 (7,88)	31 (3,70)
powolne umieranie w cierpieniach	10 (1,14)	3 (0,36)
śmierć bliskich osób	2 (0,23)	17 (2,03)
inne	8 (0,91)	5 (0,60)
Cierpienie, ból, męczarnie	395 (45,10)	500 (59,74)
Przewlekła, ciężka, trudna do wyleczenia choroba	198 (22,60)	309 (36,92)
Fizyczne konsekwencje choroby w ciele pacjenta, w tym:	93 (10,62)	92 (11,00)
okaleczone ciało / niepełnosprawność	14 (1,60)	8 (0,96)
wyniszczenie organizmu	18 (2,05)	26 (3,11)
nieestetyczne zmiany w ciele	11 (1,26)	6 (0,72)
wypadanie / utrata włosów	50 (5,71)	52 (6,21)
Konkretne objawy choroby	94 (10,73)	74 (8,84)
Konkretny rodzaj nowotworu	17 (1,94)	14 (1,67)
Czynniki ryzyka nowotworów	34 (3,88)	13 (1,55)
Negatywne emocje (łącznie)	204 (23,29)	217 (25,93)
Lęk	85 (9,70)	113 (13,50)
Smutek, rozpacz, tragedia życiowa	70 (8,00)	66 (7,89)
Bezradność, bezsilność	38 (4,34)	24 (2,87)
Niepewność, zagubienie	11 (1,26)	10 (1,19)
Złość	–	4 (0,48)

[26] Rozkład procentowy odpowiedzi w I etapie badania / II etapie badania.

Badania własne:
M. Synowiec-Piłat
2012/2018

Tabela 6.3. Najczęstsze obawy respondentów związane z chorobą nowotworową.
Porównanie danych w latach 2012 ($n = 746$) i 2018 ($n = 791$)
(dane: liczebność, struktura procentowa)

Czego najbardziej obawia się Pani/Pan, myśląc o chorobie nowotworowej?	2012 r. n (% z $n = 746^{*}$)	2018 r. n (% z $n = 791^{**}$)
Fizyczne konsekwencje choroby		
Śmierci (łącznie), w tym:	426 (57,10)	373 (47,16)
śmierci (ogólnie)	305 (40,88)	289 (36,54)
nieuleczalnej formy raka prowadzącej do śmierci	38 (5,09)	26 (3,29)
śmierci najbliższych	19 (2,55)	12 (1,52)
pozostawienia bliskich osób / osierocenia dzieci	–	28 (3,54)
zbyt późnej diagnozy prowadzącej do śmierci	27 (3,62)	–
przedwczesnej śmierci	14 (1,88)	9 (1,14)
śmierci w bólu i mękach	10 (1,34)	4 (0,51)
powolnego umierania	7 (0,94)	4 (0,51)
umierania w samotności	6 (0,80)	–
Cierpienia, bólu, męczarni, w tym:	333(44,64)	228 (28,82)
cierpienia bliskich	53 (6,94)	11 (1,39)
Zachorowania na raka	–	32 (4,05)
zachorowania bliskiej osoby	–	15 (1,54)
Konsekwencji choroby i zastosowanych terapii widocznych w ciele chorego, takich jak:	33 (4,42)	25 (3,16)
niepełnosprawność	18 (2,41)	9 (1,14)
guzy, deformacje ciała, okaleczenia ciała	7 (0,94)	4 (0,51)
wyniszczenie organizmu	8 (1,07)	3 (0,38)
wypadanie włosów / łysienie	–	5 (0,63)
inne	–	4 (0,50)
Proces terapeutyczny		
Ciężkiego przebiegu leczenia	100 (13,40)	31 (3,92)
Dysfunkcjonalności służby zdrowia	38 (5,09)	5 (0,63)
Psychiczne konsekwencje choroby		
Bezsilności, bezradności	26 (3,49)	21 (2,65)
Załamania się / stanów depresyjnych	–	5 (0,63)
Społeczne konsekwencje choroby		
Obniżenia jakości życia	27 (3,62)	14 (1,77)
Negatywnego wpływu choroby na relacje z innymi ludźmi, na funkcjonowanie społeczne	41 (5,50)	25 (3,16)
Wykluczenia z życia społecznego, izolacji społecznej	31 (4,16)	9 (1,14)

* $n = 746$ (910 – 164 osoby, które zadeklarowały, że nie odczuwają lęku przed rakiem).
** $n = 791$ (898 – 107 osób, które zadeklarowały, że nie odczuwają lęku przed rakiem).
Uwaga: % nie sumują się do 100 ze względu na możliwość podania więcej niż 1 odpowiedzi. Źródło: badania własne.

CHOROBY NOWOTWOROWE. PERSPEKTYWA SPOŁECZNO-KULTUROWA

Badania potwierdzają istnienie wysokiego poziomu lęku przed rakiem, określanego terminem **„rakofobii”**
(Jokiel, 1990; Beata Tobiasz-Adamczyk et al., 1999; Niederdeppe & Levy, 2007; Rabinowitz & Peirson, 2006; Reich et al., 2009).

fobia nowotworowa (*cancer phobia; carcinophobia*) ≠ „rakofobia” (*cancerophobia*)

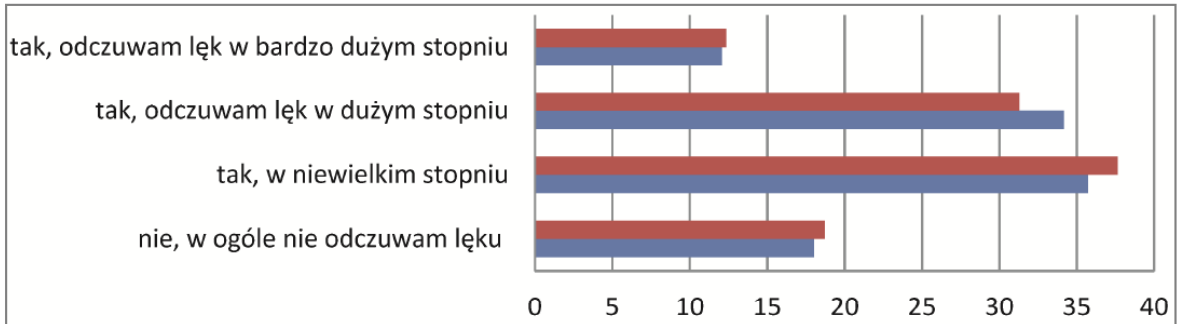
„Rakofobia” jako zjawisko społeczno-kulturowe:

- ⊗ powszechność występowania w społeczeństwie;
- ⊗ konsekwencje zdrowotne, psychiczne i społeczne.

Alina Szapocznikow, *Wielki Nowotwór*, 1969

POZIOM „RAKOFOBII”

- **81.98% / 81.29%** respondentów **odczuwało lęk przed „rakiem”**, choć w różnym natężeniu.
- Zaledwie 18.02% / 18.71% respondentów deklaruje, że w ogóle nie boi się „raka”.
- Łacznie, **w bardzo dużym i dużym stopniu odczuwa lęk 46,27% / 43,65%** respondentów.
- Na przestrzeni 6 lat odnotowano bardzo niewielki (2.59%) spadek procentowy odpowiedzi wśród osób deklarujących wysoki poziom subiektywnego zagrożenia „rakiem”.



	nie, w ogóle nie odczuwam lęku	tak, w niewielkim stopniu	tak, odczuwam lęk w dużym stopniu	tak, odczuwam lęk w bardzo dużym stopniu
2018 r.	18,71	37,64	31,29	12,36
2012 r.	18,02	35,71	34,18	12,09

Ryc. 6.1. Subiektywny/deklarowany poziom zagrożenia chorobami nowotworowymi. Porównanie danych w latach 2012 (% z *n* = 910) i 2018 (% z *n* = 898) Źródło: badania własne.

Źródło: Synowiec-Piłat M., ***Przekonania i wiedza dotyczące chorób nowotworowych a uczestnictwo w onkologicznych badaniach profilaktycznych. Studium socjologiczne***, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław 2020, ss. 564. ISBN 978-83-7055-626-6

Ryc. 7.3. Uwarunkowania poziomu lęku przed chorobami nowotworowymi – zależność od zmiennych społeczno-demograficznych, społeczno-strukturalnych oraz „rodzinnej historii raka" (I/II etap badania)
Wyniki testu χ^2; p – poziom istotności statystycznej; V – wartość współczynnika korelacji V Cramera. Opracowanie: badania własne.

Badania własne (M. Synowiec-Piłat 2012/2018)

PRZEKONANIA FATALISTYCZNE DOTYCZĄCE CHORÓB NOWOTWOROWYCH

Wysokiemu poziomowi lęku przed nowotworami towarzyszą **przekonania fatalistyczne** na temat tej grupy chorób.
(Bloom & Kessler, 1994; Chapple et al., 2004; Holland, 1990; Miles et al., 2008; Powe & Finnie, 2003)

Fatalizm to przekonanie, zgodnie z którym wydarzenia i/lub problemy zdrowotne, z którymi mamy do czynienia, są kontrolowane przez czynniki zewnętrzne, a zatem są poza kontrolą indywidualną.
(Beeken et al., 2011; Niederdeppe & Levy, 2007; Straughan & Seow, 1998)

Przekonania fatalistyczne charakteryzują się **pesymizmem, bezsilnością i zagubieniem** odnośnie możliwości uniknięcia raka oraz poradzenia sobie z chorobą.
(Becker, 2006; Beeken et al., 2011; Freeman, 1991; Mayo et al., 2001; Powe, 2001; Reich et al., 2009; Straughan & Seow, 1998; Underwood, 1992)

Przekonania fatalistyczne nie są budowane w odniesieniu do faktów oraz do własnego wkładu w daną sytuację i własnych możliwości kontroli oraz wpływu, a w związku z tym **ograniczają, demotywują jednostkę w jej postawach i zachowaniach zdrowotnych**.
(Beeken et al., 2011; Lyratzopoulos et al., 2015)

Przekonania fatalistyczne ograniczają / blokują aktywność prozdrowotną jednostek.

Alina Szapocznikow, Nowotwory nawarstwione, 1969-70

PRZEKONANIA FATALISTYCZNE DOTYCZĄCE CHORÓB NOWOTWOROWYCH

Fatalizm nowotworowy został zoperacjonalizowany na wielu etapach kontinuum nowotworowego.

Badania wskazują jednoznacznie, że **przekonania fatalistyczne blokują / negatywnie wpływają na**: **podejmowanie zachowań prozdrowotnych, w tym prewencyjnych**
(np. *„Nie ma nic, co dana osoba może zrobić, aby zapobiec rakowi"*)
(Berman & Wandersman, 1990; Chavez, Hubbell, Mishra, & Valdez, 1997; Hubbell, Chavez, Mishra, & Valdez, 1996; Lannin et al., 1998; Perez-Stable et al., 1992; Pill & Stott, 1987; Powe & Finnie, 2003; Straughan & Seow, 1998)

uczestnictwo w badaniach profilaktycznych
w tym – **w badaniach przesiewowych** ze strachu, że pozytywny wynik testu oznacza wyrok śmierci
(np. „Jeśli nie umrzesz z jednego powodu, umrzesz z innego, więc nie ma sensu robić testów przesiewowych”) ,
(Lannin et al., 1998; Niederdeppe & Levy, 2007; Pill & Stott, 1987; Straughan & Seow, 1998; Hubbell et al., 1996; Niederdeppe & Levy, 2007; Perez-Stable et al., 1992; Underwood, 1992; Michielutte et al., 1996; Powe & Finnie, 2003; Straughan & Seow, 1998, Synowiec-Piłat 2012,2018);

zgłaszalność do lekarza w przypadku zaobserwowania niepokojących objawów
(np. *„Rak jest wyrokiem śmierci”*).
(Beeken et al., 2011; Chojnacka-Szawłowska et al., 2013; EEOC, 2018; Lyratzopoulos et al., 2015; Rabinowitz & Peirson, 2006; Chavez et al., 1997; Mayo et al., 2001; Perez-Stable et al., 1992; Powe, 1996, 2001)

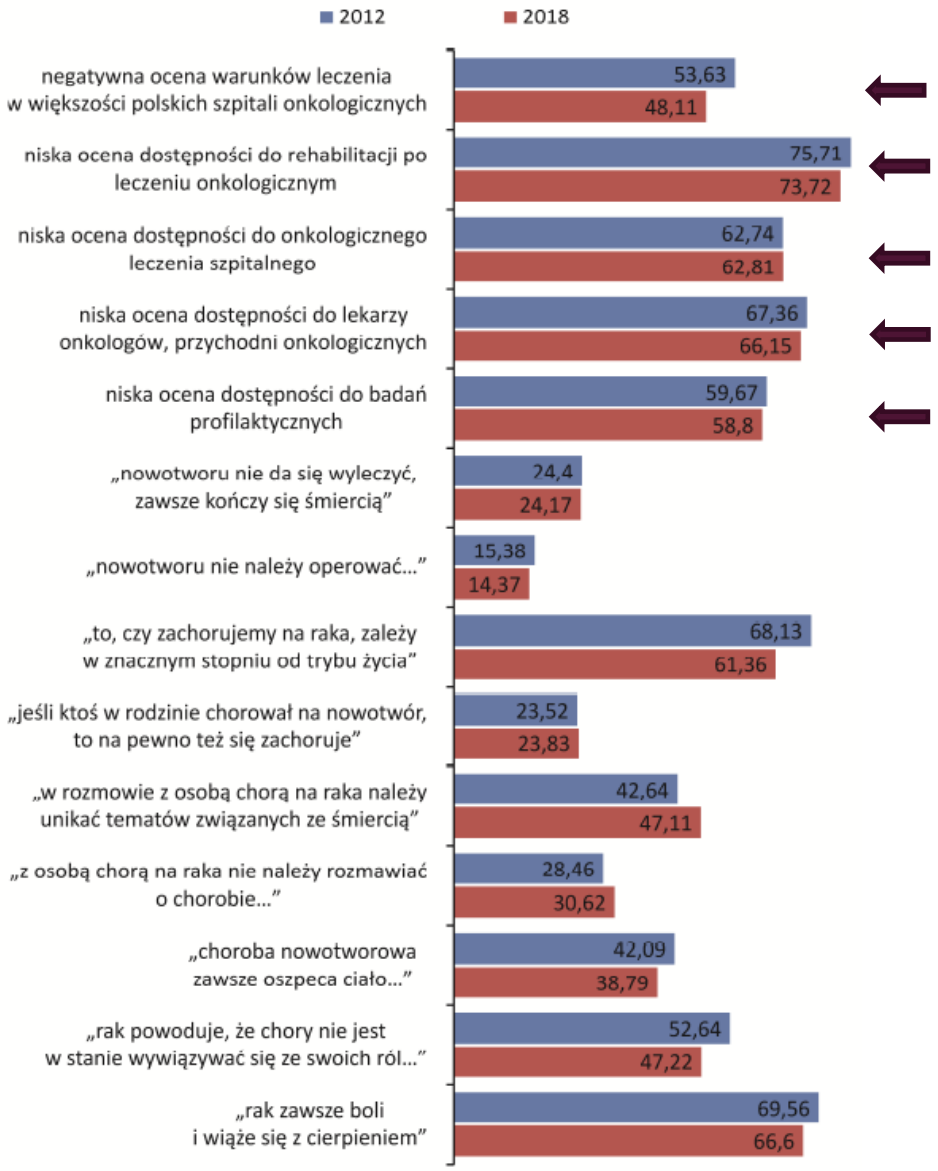
stosowanie się do zaleceń lekarskich i kontynuowanie leczenia (Powe & Finnie, 2003)

A w konsekwencji **przekonania fatalistyczne negatywnie wpływają na przeżywalność**
(Grunfeld, Ramirez, Hunter, & Richards, 2002; Mayo et al., 2001; Steptoe & Wardle, 2001).

POZIOM FATALIZMU NOWOTWOROWEGO. WYNIKI BADAŃ WŁASNYCH (M. SYNOWIEC-PIŁAT, 2012/2018)

Wysoki poziom fatalizmu nowotworowego – np.:

- „rak zawsze boli i wiąże się z cierpieniem" (70% / 67%);
- „nowotworu nie da się wyleczyć, zawsze kończy się śmiercią" (24.40% / 24.17%);
- „to, czy zachorujemy na raka zależy w znacznym stopniu od trybu życia i od naszego otoczenia" (68% / 61%), czyli 1/3 respondentów nie widzi zależności pomiędzy stylem życia a możliwością zachorowania na „raka" (31,87%/ 38,64; wzrost o 6,77 punktów procentowych).
- ¼ respondentów oceniała jako niskie kompetencje zawodowe onkologów w naszym kraju (wiedzę i umiejętności);
- Ponad 40% (43,19%/48,89%) negatywnie ocenia umiejętności interpersonalne onkologicznego personelu med. (spadek pozytywnych ocen o 5,70 punktów procentowych).
- NISKA OCENA JAKOŚCI I DOSTĘPNOŚCI DO ONKOLOGICZNYCH USŁUG MEDYCZNYCH



Ryc. 7.5. Poziom przekonań fatalistycznych dotyczących chorób nowotworowych (I/II etap badania) – % z *n* = 910 w 2012 r. / % z *n* = 898 w 2018 r.
Opracowanie: badania własne.

Badania własne (M. Synowiec-Piłat 2012/2018)

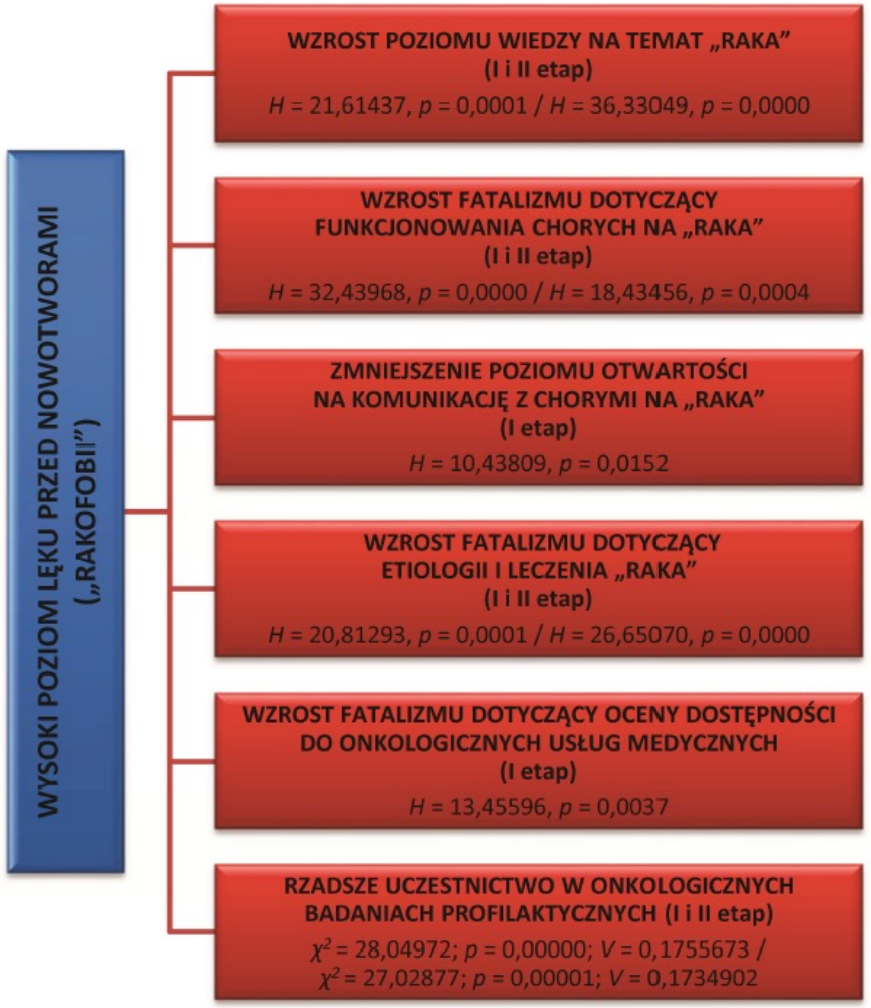
Częściej przekonania fatalistyczne (w różnych obszarach) przejawiają:

- mężczyźni;
- osoby starsze;
- osoby niżej wykształcone;
- osoby mniej zamożne;
- osoby gorzej oceniające swoją sytuację ekonomiczną;

Ponadto!

- **wraz ze wzrostem poziomu lęku** respondentów przed „rakiem”, **rośnie również poziom przekonań fatalistycznych.**

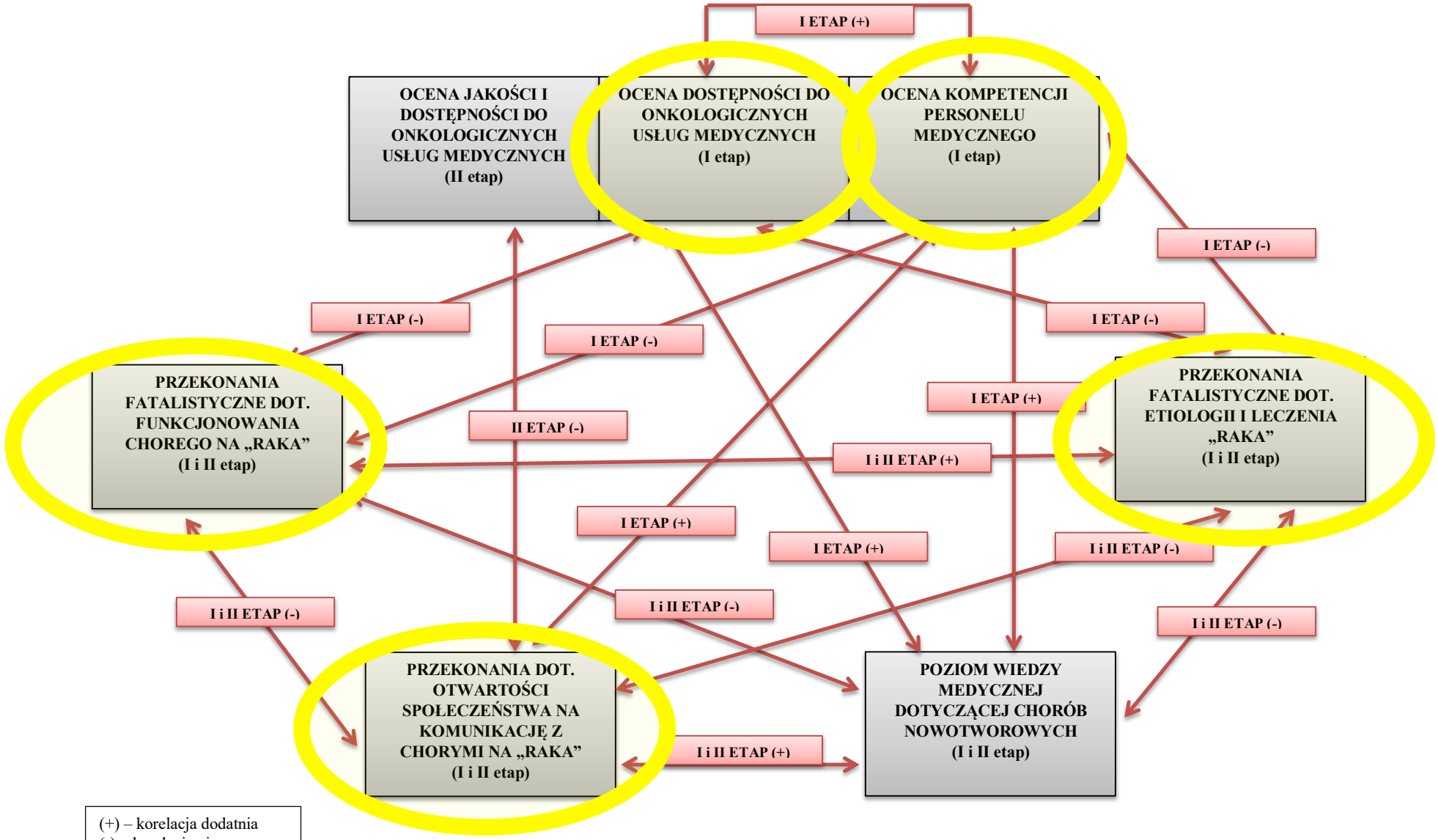
Badania własne (M. Synowiec-Piłat 2012/2018)



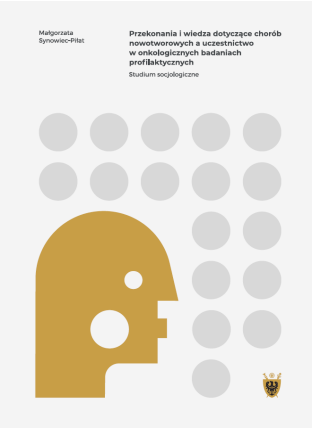
Ryc. 7.4. Wpływ lęku przed chorobami nowotworowymi na poszczególne wymiary przekonań fatalistycznych, poziom wiedzy na temat „raka” oraz uczestnictwo w onkologicznych badaniach profilaktycznych (I/II etap badania)

H – wartość statystyki testowej dla testu ANOVA rang Kruskala–Wallisa;
p – poziom istotności statystycznej.
Opracowanie: badania własne.

”Spirala fatalizmu nowotworowego”. Wzajemne zależności pomiędzy różnymi wymiarami przekonań (I i II etap badania)



(+) – korelacja dodatnia
(-) – korelacja ujemna



Badania własne
(M. Synowiec-Piłat 2012/2018)

WYBRANE PRZYCZYNY RAKOFOBII I PRZEKONAŃ FATALISTYCZNYCH

wysoki poziom zachorowalności i umieralności na raka, niskie wskaźniki wyleczalności

obawa przed poważnymi skutkami procesu chorobowego rzutującego na wiele sfer życia pacjenta (ból, zmiany w ciele, wyniszczająca organizm terapia)

aktywne unikanie mówienia i myślenia o raku;

myślenie magiczne

Kampania Servier - włącz raka!, Zwrotnik Raka

WYBRANE PRZYCZYNY RAKOFOBII

Lęk przed niemożnością pełnienia ról społecznych, zależnością, bezradnością, izolacją społeczną, samotnością

lęk przed skutkami choroby dla najbliższych

szum informacyjny wokół zagadnień związanych z rakiem

Chronię życie przed rakiem szyjki macicy
www.hpv.pl

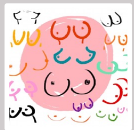
fundacja NIEZAPOMINAJKA

2008

Zadbaj o życie! Swoje i swoich bliskich

CHOROBY NOWOTWOROWE JAKO CHOROBY Z PIĘTNEM

izolowanie lub unikanie chorych z widocznymi objawami raka (np. rak piersi czy skóry) lub sutkami leczenia (np. amputacje, poparzenia po radioterapii, wyniszczenie organizmu po chemioterapii czy okaleczenia po zabiegach chirurgicznych)



przypisywanie etykiet deprecjonujących atrakcyjność seksualną oraz kobiecość / męskość (w przypadku raka piersi, raka jąder);

Kampania Pomacaj się, Fundacja Kochasz Dopilnuj

TABUIZACJA RAKA

odraza (np. objawy raka skóry, wrzodziejące rany)

wstyd i zażenowanie (np. w przypadku raka odbytu, raka jelita, badania per rectum, kolonoskopii)

unikanie badań, które odbierane są przez pacjentów jako upokarzające lub bolesne (np. badanie ginekologiczne, mammografia, badanie per rectum, kolonoskopia)

Kampania Servier - włącz raka!, Zwrotnik Raka

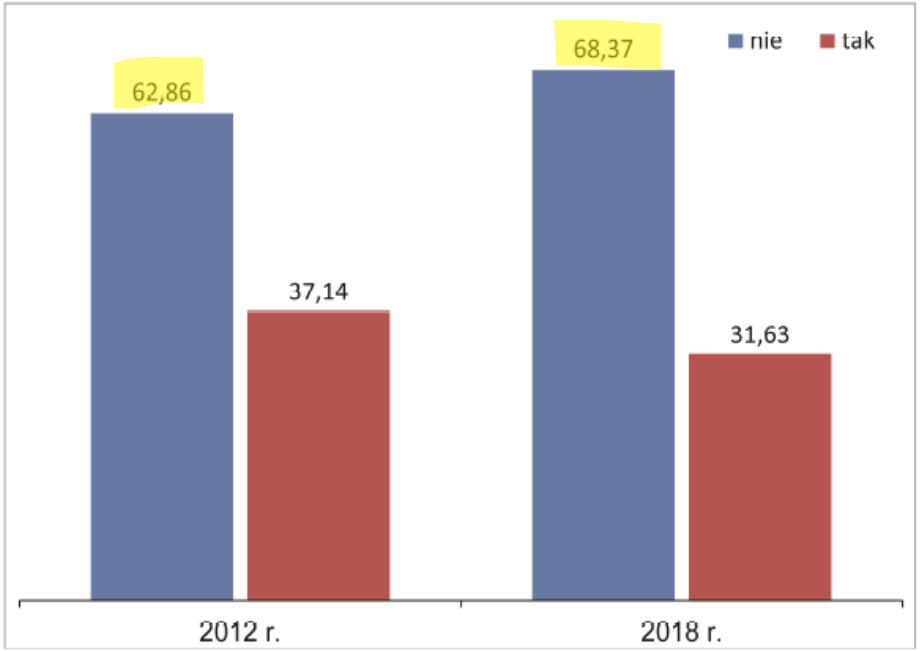
TABUIZACJA RAKA

nowotwory kobiece i męskie związane są ze sferą seksualną, intymną, a więc dodatkowo objętą społecznym tabu - unikanie badań profilaktycznych dotyczących miejsc intymnych (badania piersi, narządów rodnych, jąder, prostaty)

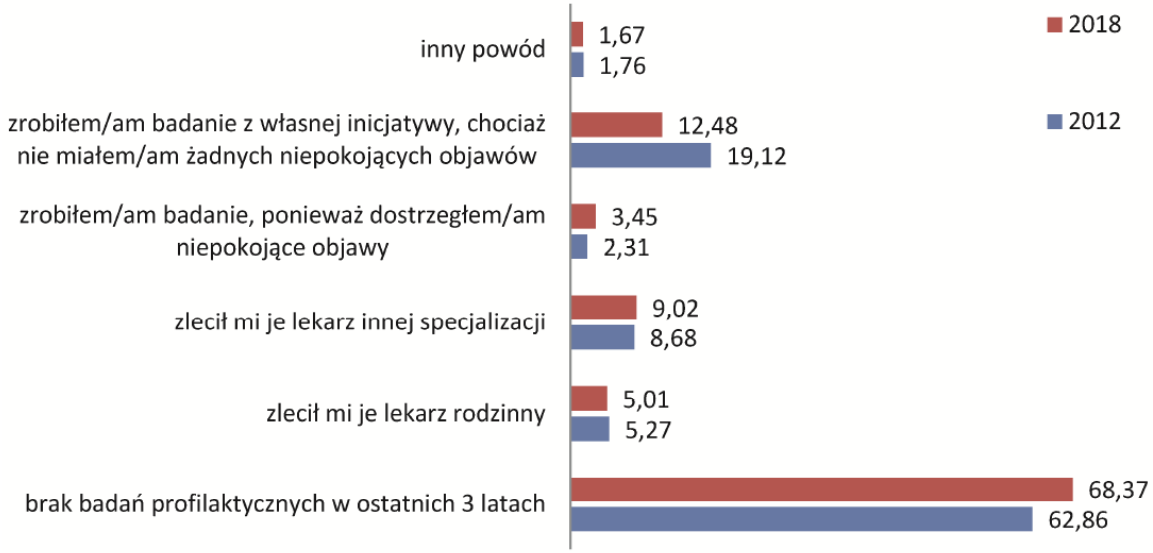
Kampania Odważni wygrywają, Fundacja Gdyński Most Nadziei

Kampania Pomacaj się, Fundacja Kochasz Dopilnuj

UCZESTNICTWO W ONKOLOGICZNYCH BADANIACH PROFILAKTYCZNYCH. WYNIKI BADAŃ WŁASNYCH (M. SYNOWIEC-PIŁAT, 2012/2018)



Ryc. 6.39. Wykonywanie badań profilaktycznych w ciągu ostatnich 3 lat.
Porównanie danych w latach 2012 (% z *n* = 910) i 2018 (% z *n* = 898)
Źródło: badania własne.



Ryc. 6.40. Powód wykonania badania profilaktycznego pod kątem chorób nowotworowych.
Porównanie danych w latach 2012 (% z *n* = 910) i 2018 (% z *n* = 898)

Badania własne (M. Synowiec-Piłat 2012/2018)

ZMIENNE SPOŁECZNO-DEMOGRAFICZNE

- częściej uczestniczą kobiety (I i II etap)
- osoby powyżej 45. r.ż. (I i II etap)
- osoby z wyższym wykształceniem (I i II etap)
- osoby w związku małżeńskim, wdowcy i rozwodnicy (I i II etap)
- osoby o wyższych dochodach (I i II etap)

„RODZINNA HISTORIA RAKA"

- doświadczenie choroby nowotworowej w rodzinie (I i II etap)
- opieka nad osobą chorą na „raka" (I i II etap)

POZIOM „RAKOFOBII" I FATALIZMU

- niższy poziom lęku przed „rakiem" (I i II etap)
- niższy poziom prz. fatalistycznych dot. funkcjonowania chorych na „raka" (II etap)
- wyższy poziom otwartości na komunikację z chorymi na „raka" (I etap)
- niższy poziom przekonań fatalistycznych dot. etiologii i leczenia „raka" (I i II etap)
- wyższa ocena jakości i dostępności do onkologiczych usług medycznych (II etap)
- wyższa ocena kompetencji personelu medycznego (I etap)
- wyższy poziom wiedzy na temat chorób nowotworowych (I i II etap)

Ryc. 7.16. Co sprzyja uczestnictwu w onkologicznych badaniach profilaktycznych? (I/II etap badania)
Źródło: badania własne.

Badania własne
(M. Synowiec-Piłat 2012/2018)

KULTUROWE UWARUNKOWANIA UCZESTNICTWA W ONKOLOGICZNYCH BADANIACH PROFILAKTYCZNYCH.
WYNIKI BADAŃ WŁASNYCH (M. SYNOWIEC-PIŁAT, 2012/2018)

wysoki poziom „rakofobii” ↑

wysoki poziom fatalizmu nowotworowego ↑ → uczestnictwo w badaniach profilaktycznych ↓

REKOMENDACJE I POSTULATY PRAKTYCZNE DLA PROMOCJI ZDROWIA I PROFILAKTYKI ONKOLOGICZNEJ

- Konieczność **szerokiego i wnikliwego uwzględniania czynników społeczno-kulturowych, w tym przekonań dotyczących nowotworów,** w tworzonych interwencjach prozdrowotnych.

- Poznanie wielowymiarowego obrazu, na który składałyby się **przekonania dotyczące nowotworów**, dotykające różnorodnych aspektów funkcjonowania jednostki, ma szczególne **znaczenie diagnostyczne,** ale przede wszystkim **implementacyjne – zastosowanie w budowaniu i wdrażaniu strategii antynowotworowych**.

- W związku z wysokim poziomem zależności chorób nowotworowych od stylu życia, we współczesnej promocji zdrowia akcentuje się potrzebę podejmowania **stałych i cyklicznych interwencji na rzecz wzmacniania podmiotowości jednostek i grup społecznych w utrzymaniu i utrwalaniu potencjału zdrowia** .

- **Podmiotowości** tej, braniu odpowiedzialności za swoje zdrowie, **nie sprzyja jednak „rakofobia" oraz wysoki poziom przekonań fatalistycznych** dotyczących chorób nowotworowych. W kontekście badanej społeczności, na szczególną uwagę zasługuje ponadto fakt istnienia tzw. „spirali fatalizmu nowotworowego".

- Konieczność prowadzenia **cyklicznych interwencji prozdrowotnych i kampanii społecznych, mających na celu zmniejszenie poziomu „rakofobii" i fatalizmu nowotworowego**.

- **Dogłębne poznanie przekonań laików odnośnie chorób nowotworowych oraz ich wpływu na postawy i zachowania zdrowotne** (np. udział w badaniach profilaktycznych) jawi się zatem jako obiecująca droga do wypracowania bardziej **skutecznych strategii walki z nowotworami**.

Kampania „Pomacaj się"
https://www.facebook.com/PomacajSie/

Porysunki, Magda Danaj

Kampania „Pomacaj się”

Kampania Fundacji Rak&Roll

DZIĘKUJĘ ZA UWAGĘ!

dr hab. n. społ. Małgorzata Synowiec-Piłat

kontakt: m.synowiecpilat@gmail.com