

Prof. dr hab. Antonina Ostrowska  
Instytut Filozofii i Socjologii Polskiej Akademii Nauk

**Profilaktyka ginekologiczna dla kobiet  
zagrożonych wykluczeniem społecznym.**

*na podstawie badania wykonanego na zlecenie Fundacji MSD dla Zdrowia Kobiet w 2010 roku*

## **Profilaktyka ginekologiczna dla kobiet zagrożonych wykluczeniem społecznym.**

Z wielu badań prowadzonych na świecie (także w Polsce) wynika, że stosunek do praktyk leczniczych - podobnie jak stan zdrowia - jest zdeterminowany w znacznej mierze pozycją społeczną i kulturą medyczną. Różnice w pozycji społecznej uwidaczniają się szczególnie wyraźnie w korzystaniu z profilaktyki. Wiadomo, że im niżej na drabinie społecznej ulokowana jest jednostka – tym mniej korzyści osiąga z wszelkich proponowanych przez system medyczny działań profilaktycznych. Obserwacja ta ma znaczne implikacje praktyczne, jednak ciągle jeszcze nie pojawiają się programy, które potrafiłyby zmienić w znaczący sposób te tendencje.

Programy profilaktyczne w większości bazują na przekazaniu treści edukacyjnych dotyczących zagrożenia chorobą i sposobami ich unikania. Jak wiadomo, programy takie napotyka u nas znaczne trudności w osiągnięciu wysokiego poziomu realizowalności. Wiadomo też, że najrzadziej w programach tych uczestniczą kobiety z najniższych warstw społecznych. Przykładem może tu być choćby skrining cytologiczny, realizowany pod kątem raka szyjki macicy. Za brak zainteresowania profilaktyką ginekologiczną wini się na ogół same kobiety i ich niską świadomość zdrowotną. Coraz częściej pojawia się jednak wątpliwość czy przekaz edukacyjny jest dostosowany do poziomu intelektualnego kobiet i do sposobu, w jaki myślą one o swoim zdrowiu i sposobach jego chronienia. Innymi słowy, chodzi także o społeczny i kulturowy kontekst, w jakim funkcjonują wartości i zachowania związane ze zdrowiem. Są one szczególnie istotne w zakresie profilaktyki ginekologicznej – naruszającej obszary intymności kobiet.

Poznanie tego społeczno – kulturowego kontekstu jest niewątpliwie warunkiem odpowiedniego ukierunkowania działalności profilaktycznej i w ostatecznym efekcie – jej skuteczności. Z tego też powodu Fundacja MSD dla Zdrowia Kobiet zainicjowała w roku 2010 badania socjologiczne zrealizowane przez Instytut Filozofii Socjologii PAN, mające na celu rozpoznanie wiedzy, przekonań, nawyków i barier związanych z realizacją badań cytologicznych wśród kobiet żyjących w ubóstwie i zagrożonych wykluczeniem społecznym. Kwestie te były badane przede wszystkim z uwzględnieniem trzech głównych perspektyw:

- Określenie sytuacji, w których kobiety kontaktują się z lekarzem ginekologiem i motywacji, które je do tego skłaniają. Stosunek do badań cytologicznych. Źródła informacji o badaniach, rozumienie ich sensu i znaczenia.
- Wiedza, stereotypy, przekonania i zachowania zdrowotne, miejsce zdrowia i profilaktyki w systemie wartości, postaw wobec chorób nowotworowych.
- Ogólny poziom życia i doświadczane trudności życiowe ograniczające (subiektywnie lub obiektywnie) dostęp do opieki lekarskiej a szczególnie badań cytologicznych.

W ramach badania poświęconego powyższym celom przeprowadzono 24 pogłębione wywiady (w całości rejestrowane na magnetofon) z kobietami utrzymującymi się trwale z zasiłków Ośrodków Pomocy Społecznej. Zostały one zrealizowane na terenie wsi (w tym upadłych PGR-ów) i małych miast trzech województw: Lubuskiego, Śląskiego i Lubelskiego. Respondentki rekrutowały się z dwóch grup wiekowych: 25 – 35 lat oraz 50 – 60 lat (po 12 osób w każdej grupie). Wywiad trwał przeciętnie ok. 1,5 godziny i dotyczył kilku bloków tematycznych:

1. Struktura i ogólne problemy rodziny, ze szczególnym uwzględnieniem występowania czynników powodujących wykluczenie społeczne.
2. Stan zdrowia kobiet - ogólny i ginekologiczny.
3. Znajomość własnego ciała, narządów rodnych.
4. Korzystania z opieki lekarskiej ( ogólnej i ginekologicznej) i ocena dostępności tej opieki. Przyczyny unikania.
5. Identyfikacja sytuacji skłaniających do wizyty u ginekologa, doświadczenia i preferencje związane z korzystaniem z opieki ginekologicznej.
6. Wykonywanie badań cytologicznych i mammograficznych, wiedza na ich temat, rozumienie ich celu i sensowności.
7. Stosunek do chorób nowotworowych, wiedza o raku szyjki macicy. Doświadczenie chorób nowotworowych w najbliższym otoczeniu.
8. Dostępne kanały informacji – źródła wiedzy i wykorzystywane środki przekazu.

Nie sposób przedstawić w krótkim tekście ogromnych ilości materiału jakościowego zgromadzonego w czasie badania. Ograniczę się więc do ogólnych obserwacji i wniosków, które mogą być szczególnie przydatne dla konstruowania programów profilaktycznych.

- Kobiety znają na ogół takie terminy jak **cytologia, mammografia** jednak mało która wie tak naprawdę, co one oznaczają (nawet te kobiety, które kiedyś wykonywały np. cytologię, nie potrafią powiedzieć, po co się takie badanie robi, lub myślą je z innymi badaniami – np że cytologia polega na pobraniu krwi). Wyjaśnienia jakie oferują, są niekompetentne , a czasem wręcz humorystyczne (np. że szyjka macicy, to taka narośl na macicy).
- Tylko kilka kobiet potrafiło wyjaśnić, co to jest **szyjka macicy**, chociaż wszystkie słyszały o raku szyjki macicy lub macicy. Na ogół nie wiedzą też, jakie kobiety są tym schorzeniem najbardziej zagrożone. Przeważnie uważają, że chorują na to kobiety starsze, które rodziły dzieci, choć pojawiają się także opinie, że chorują te, które nie leczą nadżerek i nie dbają o higienę intymną. Były także wskazania na kobiety, które wiele razy przerywały ciążę, lub mają wielu partnerów seksualnych (można jednak wywnioskować, że nie kryje się za tym wiedza o HPV tylko potępienie moralne). Sposób **wystrzegania się choroby** – jest na ogół postrzegany właściwie - to przede wszystkim regularne badania "na wykrycie", jest to jednak w wielu przypadkach wiedza teoretyczna i nie do końca potwierdzona praktyką.
- Istnieje znaczna różnica w korzystaniu z profilaktycznej opieki ginekologicznej pomiędzy kobietami z obu **badanych grup wieku**, na korzyść kobiet młodszych, które takie badania robią bardziej regularnie. Różnica ta nie polega jednak na większej wiedzy i świadomości zdrowotnej tych ostatnich. Na ogół podobnie jak starsze, mało wiedzą o chorobach kobiecych i sposobach chronienia się przed nimi.
- Kluczem do częstszych wizyt u ginekologa i wykonywania badań cytologicznych są więc przede wszystkim ciążę. Wszystkie badane kobiety z **młodszej grupy wieku** mają już co najmniej 2- 3 dzieci, a więc mają za sobą obligatoryjne wizyty

u ginekologa związane z prowadzeniem ciąży. Przy okazji każdej ciąży lekarz kieruje je na badania cytologiczne.

- **Ciąże są punktem zwrotnym** w życiu kobiet, podstawowym przeżyciem egzystencjalnym. Nawet kobiety małowówne, z którymi trudno nawiązać dialog, chętnie i obszernie opowiadają o swoich ciążach. Ciąże traktowane są jako przypadki "nagłe" wymagające interwencji. Niejednokrotnie pierwsza w życiu wizyta u ginekologa wiąże się z zatrzymaniem miesiączki i podejrzeniem (na ogół potwierdzonym) o ciążę. Także dalsze nieregularności czy zatrzymania miesiączki są sygnałem, że należy iść do lekarza.
- W ciąży, wszystkie kobiety **odwiedzają regularnie ginekologa** i wszystkie odbywają porody w szpitalach. Niestety, po urodzeniu kolejnego dziecka zainteresowanie zdrowiem ginekologicznym maleje.
- Prawie wszystkie badane kobiety w swoim doświadczeniu życiowym stykały się z przypadkami osób **chorujących na raka**, często w najbliższej rodzinie. Mówią o raku, jako chorobie powodującej ogromne cierpienia i prowadzącej do śmierci. Na słowo rak reagują lekko. Niejednokrotnie przytaczają przypadki szybkich zgonów, także osób, które rzekomo dbały o zdrowie i profilaktykę (stąd pojawiające się wątpliwości co do sensowności badań kontrolnych). Pojawiają się też przekonania, że „raka lepiej nie ruszać”, że „boi się noża” itp. są one jednak sporadyczne.
- Kobiety na ogół nie znają szczegółów przebiegu chorób i leczenia u znajomych, posługują się raczej uogólnieniami. Uważają też, że chorych nie wypada pytać, bo to „nieprzyjemna jednak taka choroba”.
- Opinie na temat rozpowszechnienia i **genezy raka** w ogóle są zróżnicowane. Dominuje przekonanie, że jest to choroba, na którą może zachorować każdy i trudno powiedzieć od czego to zależy. Jest to raczej sprawa losowa. Pojawiają się np. takie poglądy, że „wszyscy go mają, tylko niektórzy mają złośliwy a niektórzy niezłośliwy”. Niejednokrotnie dominuje fatalizm: „wszystko zależy od tego, co jest zapisane na górze”, „widocznie tak musiało być”. Pokazuje to, że brak wiedzy jest często kompensowany przekonaniem, które zwalniają od odpowiedzialności za własne zdrowie.
- Jednocześnie jednak wierzą, że **rak wcześnie wykryty jest uleczalny**, a zbyt późna diagnoza prowadzi do śmierci. Poglądy na ten temat nie są więc spójne, a posiadana wiedza o uleczalności wcześnie rozpoznanego raka przekłada się w małym stopniu na ich własne postępowanie w sprawie wykonywania badań cytologicznych i mammograficznych. Niektóre kobiety (szczególnie starsze) wręcz przyznają, że nie robią badań, „bo nie chcą wiedzieć i się denerwować”. Postawy wobec leczenia i wykrywania zagrożeń zdrowotnych są zróżnicowane. Jedne wołałyby mieć jak najszybciej zdiagnozowaną chorobę, aby się leczyć - inne (mniej liczne) uważają, że lepiej „do końca nie wiedzieć” bo lęk jest gorszy niż choroba.
- Respondentki zdają sobie sprawę, że **leczenie raka jest bardzo kosztowne**, szczególnie gdy nowotwór jest już zaawansowany. Jednak, gdy o tym mówią chodzi im nie tyle o koszt ponoszony przez służbę zdrowia, ale także przez samego pacjenta (łącznie z tym, że „i tak trzeba zawsze dać w łapę”).
- Stały kontakt z ginekologiem i **pobyty na oddziale ginekologicznym** sprzyjają wykonywaniu badań i ewentualnemu leczeniu. Kobiety, które były hospitalizowane, przeszły zabiegi czy operacje ginekologiczne w przeszłości (bez względu na ich rodzaj), są bardziej uwrażliwione na profilaktykę. Szpital czy

oddział ginekologiczny powinien być ważnym ośrodkiem planowanej i świadomie prowadzonej edukacji w zakresie profilaktyki zdrowia kobiet.

- Wiele kobiet miało „**nadżerki**” i „**wypalanki**”. Są to terminy powszechnie znane przez kobiety, jak również objawy tych dolegliwości (wyraźne i nieprzyjemne). Wiedzą, że nadżerki trzeba leczyć. Nie wywołują one przy tym takiego lęku jak choroby nowotworowe. Wydaje się, że program badań profilaktycznych powinien się odwoływać do takich właśnie doświadczeń kobiet - wartych leczenia, a nie obarczonych lękiem i stereotypami.
- Brak zainteresowania zdrowiem ginekologicznym jest szczególnie widoczne **w starszej grupie wieku**. Kobiety są najczęściej przekonane, że nie ma potrzeby chodzenia do ginekologa, kiedy nic im nie dolega, szczególnie po okresie menopauzy. Zanik funkcji rozrodczych, brak miesiączki, przez niektóre starsze kobiety traktowany jest niemal jak brak organów kobiecych. Zapytane, jakie objawy uznałyby za dostatecznie alarmujące, aby iść do lekarza – przede wszystkim wymieniają silne bóle w dole brzucha. Tylko nieliczne robiły w ciągu ostatnich kilku lat cytologię lub mammografię. Te z nich, które miały wyraźne dolegliwości w czasie menopauzy kontaktowały się z lekarzem lub same przyjmowały np tabletki sojowe.
- **Starsze kobiety** są już na ogół bardzo schorowane i leczą się ( lub powinny się leczyć) z powodu wielu chorób przewlekłych. Ponieważ na leczenie wszystkiego brak pieniędzy, koncentrują się przede wszystkim na tych dolegliwościach, które są najbardziej dokuczliwe lub postrzegane jako zagrażające życiu. Skarżą się najczęściej na choroby układu krążenia, stawów i kości. Zdrowie ginekologiczne – jeżeli nie ma żadnych niekorzystnych objawów, przesuwa się na dalszy plan.
- Znaczna część kobiet zgodnie twierdzi, że w zasadzie powinno się regularnie badać. Ale „jak co do czego przychodzi, to jakoś tak się składa,” że o takich badaniach zapominają (jeżeli nie zleci lekarz). W praktyce dominuje przekonanie, że bez wyraźnych objawów nie ma potrzeby robienia badań i chodzenia do lekarza. A nawet takie symptomy jak bolesność brzucha czy piersi przed okresem można leczyć samemu przy pomocy tabletek przeciwbólowych.
- W hierarchii wartości kobiet młodszych **zdrowie dzieci** (lub wnuków) znajduje się wyżej niż ich własne. Najszybciej reaguje się na problemy zdrowotne dzieci, choć najpowszechniejszą reakcją jest próba leczenia ich domowymi środkami, a dopiero później idzie się do lekarza. W przypadku niekorzystnych objawów zaobserwowanych u siebie, próbuje się czekać, aż same ustąpią. Jeżeli nie przechodzą – wtedy na ogół następuje wizyta u lekarza. O **zdrowie mężów i konkubentów** dba się mniej; w tej grupie wiekowej są oni jednak na ogół jeszcze zdrowi. Problemy zdrowotne mężów pojawiają się wśród kobiet ze starszej grupy wiekowej. Problemem są wówczas pieniądze na leczenie i lekarstwa dla partnera.
- Istotnym elementem różnicującym stosunek do profilaktycznych badań ginekologicznych jest **poziom wykształcenia**. Zdecydowana większość respondentek ma wykształcenie podstawowe, lub zasadnicze zawodowe. Tylko trzy badane kobiety miały wykształcenie relatywnie wyższe. Jednak w każdym z tych trzech przypadków widać było większe zrozumienie sensu profilaktycznych wizyt u ginekologa i troskę o regularnie wykonywane badania.
- Niezmiernie ważnym czynnikiem determinującym racjonalny stosunek do zdrowia i profilaktyki okazuje się być **sytuacja materialna i poziom uzależnienia**

**od opieki społecznej.** Sytuacja ta przedstawia się szczególnie niekorzystnie wśród osób **żyjących od lat na zasiłkach**, szczególnie młodych, nigdy nie pracujących i nie wykazujących zainteresowania podjęciem pracy. Kobiety z tej grupy mieszkają na ogół w bardzo zniszczonych, brudnych i źle utrzymanych lokalach, najczęściej w rodzinach wielopokoleniowych, z rodzicami lub teściami (którzy często wnoszą do gospodarstwa domowego rentę lub emeryturę), z aktualnym konkubentem i dziećmi aktualnego i poprzedniego. Kobiety takie charakteryzuje **bierność, apatia i bezradność**, które przekładają się także na ich sposoby myślenia o zdrowiu. Są jeszcze młode i nie uskarżają się aktualnie na żadne problemy zdrowotne, jednak ich świadomość zdrowotna i stosunek do profilaktyki sprawiają, że stanowią one grupę ryzyka.

- Nie udało nam się ustalić **rozmiaru patologii** w badanych rodzinach (nikt nie przyznaje się do picia alkoholu), jednak można oszacować, że nie są to zjawiska rzadkie. Pośrednio świadczy o tym liczba pustych butelek po alkoholu czy np. fakt, że otrzymywana pomoc z opieki społecznej ma charakter pomocy żywieniowej, a nie pieniężnej. Niewątpliwie jednak obecność patologii w rodzinie, szczególnie alkoholizmu męża nie tylko nie sprzyja trosce o zdrowie kobiety, ale nawet możliwości wychodzenia do lekarza.
- Można odnieść wrażenie, że kobiety reagują większą gotowością do wykonania badań mammograficznych niż cytologicznych. Zachętą do realizacji badań mammograficznych jest **przyjazd mammobusu** i możliwość łatwego wykonania badania, które w normalnych warunkach uchodzi za trudno dostępne, a zrobione prywatnie byłyby kosztowne. Stosunkowo większa dostępność w przychodni i niższy koszt badania cytologicznego nie jest w takim samym stopniu „okazją” i zachętą do realizacji badań cytologicznych w ramach nieodpłatnych programów, w każdym razie nie dla wszystkich.
- Badanie ginekologiczne jest oceniane, jako **nieprzyjemne**. Wiele zależy od sposobu w jaki lekarz traktuje kobiety. Brak zadowolenia z relacji z lekarzem powoduje poszukiwanie innego lekarza (nie zawsze jest wybór), lub zaniechanie wizyt w ogóle. Lekarze na ogół nie udzielają kobietom żadnych wyjaśnień związanych z przeprowadzonymi badaniami. Mówią jedynie, że wyniki są w porządku, lub nie.
- Zapytane dlaczego w ogóle kobiety unikają wizyt u ginekologa – respondenci nie potrafiły odpowiedzieć. **„Może się boją, może się wstydzą?”**. Wspominają także, że czasem objawy są krępujące – np. nieprzyjemne zapachy. Starsze kobiety wspominają, że kiedyś się wstydziły, ale obecnie nie jest to dla nich takie ważne. Badanie zawsze jednak traktowane jest jako nieprzyjemne.
- Ważną kwestią jest **zapewnienie kobietom należytej intymności**, co jak wskazują badania, nie zawsze ma miejsce. Na przykład w jednym przypadku w czasie badania otwarte były drzwi na korytarz i nie było parawanu. Jest to szczególnie źle odbierane przez te z nich, które i tak odbierają badanie u ginekologa jako żenujące i wstydliwe.
- Różne są preferencje argumentacji dotyczące wyboru lekarza **ginekologa - mężczyzny lub kobiety**. Nie można jednak odnieść wrażenia, że jest to czynnik istotny dla wielu z nich. Stwierdzają na ogół, że „jak trzeba iść – to trzeba”. Problem nie zawsze więc polega na wstydzieniu, a raczej na definicji sytuacji „kiedy trzeba”.
- Czynnikiem **dostępności** opieki ginekologicznej - jest dość oczywisty i wiąże się z większą obecnością infrastruktury medycznej na terenach miast, zwłaszcza

większych. Możliwości korzystania z niej ( i szerszej oferty usług) obejmują także kobiety, zamieszkałe w tych małych miejscowościach lub na wsi które położone są w bliskiej odległości od leczenia dużego miasta ( łatwy, tani dojazd). Fizyczne dotarcie do lekarza (odległość) nie jest na ogół jednak sygnalizowane jako problem.

- Kobiety, zwłaszcza zamieszkałe na wsi, skarżą się jednak na ograniczone możliwości dostępu do lekarzy specjalistów w ogóle. Chodzi tu przede wszystkim o **odległe terminy zapisów i długi czas oczekiwania**. Wszędzie obowiązują wcześniejsze zapisy i często ustawienie się w kolejce jeszcze przed otwarciem przychodni. W jednej z miejscowości, w której odbywało się badanie, respondentka twierdziła, że ginekolog przyjmuje raz na tydzień i tylko 10 pacjentek, a nieproporcjonalnie do czasu oczekiwania – wizyta jest dość krótka ( trwa np. 10 minut wraz z badaniem). Stanowi to źródło dyskomfortu szczególnie w przypadku tych pacjentek, które nie potrafią zwerbalizować swoich problemów i nie wynoszą z kontaktów z lekarzem żadnej wiedzy. Nie ma też praktycznie **wyboru między lekarzami**.
- Zdarzają się zastrzeżenia w stosunku do lekarzy przyjmujących w przychodniach NFZ – że za bardzo się spieszą, spóźniają na wizyty, a pacjentki nie są pewne, czy będą przyjęte. Nie jest to jednak regułą. Pojawiają się także zastrzeżenia związane z brakiem zrozumienia dla ich sytuacji życiowej i nierealistycznymi oczekiwaniami (np trudność hospitalizacji gdy nie ma zagrożenia życia, czy udanie się na badanie do innej miejscowości – co wiąże się z zostawieniem dzieci bez opieki). Nie zanotowano natomiast żadnych zastrzeżeń respondentek jeśli chodzi o przyjazd pogotowia lub przyjęcie do szpitala. Nie było sytuacji gdy one same, lub ktoś z domowników nie uzyskał pomocy.
- Kobiety **rzadko same zadają pytania** lekarzowi i próbują się dowiedzieć czegoś dodatkowo, ponad to, co lekarz sam powie. Są raczej biernymi słuchaczkami komunikatów lekarzy. Więcej się dowiadują te, które korzystają z porad lekarzy przyjmujących prywatnie. Te, które korzystały z usług lekarzy prywatnych otrzymywały od lekarza znacznie więcej informacji.
- Program promujący profilaktyczne badania cytologiczne powinien być wzmocniony partnerstwem z lekarzami – ginekologami, którzy powinni przekazywać wiedzę o badaniach, i zachęcać kobiety do zadawania pytań w kwestiach których nie znają lub do końca nie rozumieją.
- Badane kobiety na ogół nie czytają książek czy czasopism (jeżeli już to kolorowe, popularne magazyny ilustrowane dla kobiet). **Głównym źródłem informacji** o świecie jest telewizja, ale oglądanie jej to przede wszystkim oglądanie seriali. Kobiety twierdzą, że kiedy już są u lekarza i oczekują na wizytę, chętnie czytają różne ulotki i plakaty informacyjne dotyczące różnych chorób. W praktyce jednak nie wszystko rozumieją, zapamiętują i nie bardzo też umieją powiedzieć co w praktyce powinny robić. Komunikaty adresowane do kobiet muszą być zrozumiałe i nie tyle straszyć, co dawać jasne instrukcje.
- Niezależnie od sytuacji materialnej – począwszy od znośnej do wręcz tragicznej – w zasadzie wszystkie domy, niezależnie od wyposażenia dysponują co najmniej jednym **telefonem komórkowym**. Może on być skutecznym narzędziem bezpośredniego porozumiewania się z kobietami i przypominania o badaniach.
- Na **otrzymywane pocztą zaproszenia** na badania kobiety reagują różnie; jedne uważają, że jest to okazja, którą należy wykorzystać, inne wyrzucają, bo "nie chcą o tym słyszeć". Jednak widać, że w ostatnich latach (rok, dwa)

reakcja na te badania znacznie się poprawia, nawet wśród kobiet, które uprzednio przez wiele lat takich badań nie robiły. Ważne jest, aby zaproszenia skierowane były **osobiście** do kobiet i podpisane przez kogoś, kogo znają. Skraca to dystans i jest bardziej obligujące.

- Widać pewne **zmiany w transmisji pokoleniowej** "wiedzy ginekologicznej". Kobiety rzadko kiedy pamiętają, aby ich matki wdrażały je do jakichkolwiek praktyk dotyczących zdrowia reprodukcyjnego. Natomiast co światlejsze z nich rozmawiają już o tym z ze starszymi, lub dorosłymi córkami. Wynik ten wskazuje, że należy propagować i wspierać wzory edukacji profilaktycznej w obrębie rodzin i małych grup społecznych
- Niewiele kobiet – nawet spośród tych, które wykazują się przeciętnie lepszą wiedzą zdrowotną – **jest pewna tej wiedzy**. Charakterystycznie jest, że często na pytania odpowiadają pytaniem, jakby chciały zweryfikować słuszność tego, co mówią. Potwierdza to luki w tej wiedzy, nawet wtedy, gdy udzielane odpowiedzi są poprawne. Odpowiedzi są też często stereotypowe - a używane sformułowania zaczerpnięte są z kampanii medialnych, np. slogan typu „zrób badanie – nie pakuj się do trumny”.

Analiza przedstawionych wyników badań skłania do postawienia pytania o to, czy aby w przypadku wszystkich kobiet w Polsce standardowa edukacja zdrowotna jest adekwatnym i wystarczającym narzędziem do kształtowania ich zachowań zdrowotnych. Pytanie to zresztą warto jeszcze rozszerzyć: czy w ogóle nawet najbardziej zindywidualizowana i dostosowana do potrzeb kobiet edukacja zdrowotna wystarczy, aby zachęcić je do profilaktyki? W natłoku codziennych spraw, problemów i trudności nie ma wokół nich atmosfery do myślenia o własnym zdrowiu, gdy nie sygnalizuje ono jakichś dramatycznych potrzeb. Ich intencjonalne myślenie o zdrowiu jest wypierane przez okoliczności życiowe i wydarzenia związane z warunkami zewnętrznymi, nad którymi nie sprawuje się kontroli. Niewątpliwym warunkiem powszechności odpowiedzialnych postaw wobec własnego zdrowia i zapobiegania chorobom jest nie tylko odpowiednia wiedza o zdrowiu i chorobie, ale także właściwy poziom życia i wykształcenia obywateli, rozwój ich kapitału indywidualnego i społecznego. Realizacja tych postulatów nie leży jednak w gestii medycyny. Aby to osiągnąć, potrzebna jest KOALICJA medycyny ze światem instytucji społecznych – państwa, organizacji samorządowych, pozarządowych i zaangażowania wielu środowisk.