



# Raport de cercetare calitativă

## Cuprins

Introducere.....	2
Context .....	3
Abordare.....	12
„Mă duc la doctor doar când am o problemă de sănătate” .....	12
„Dacă mă simt bine nu este cazul să fac investigații medicale.” .....	15
„Dacă am un stil de viață sănătos, urmez o dietă echilibrată și fac exerciții în mod regulat, nu cred că este necesar să fac analize medicale în mod constant.” .....	17
Prevenție - General.....	24
Percepții.....	32
„Cancerul de sân reprezintă o condamnare la moarte.” .....	32
„Cancerul de sân nu poate fi vindecat, doar se prelungește suferința.” .....	35
„Chiar dacă este descoperit din timp cancerul de sân, o femeie obișnuită nu are ce face pentru a reduce șansele de a muri din cauza lui.” .....	36
„Dacă o femeie este sortită cu cancer de sân, ea va face cancer de sân, nu prea are cum să schimbe soarta” .....	37
„Tratamentul pentru cancerul de sân presupune mutilarea mea ca femeie.” .....	39
Informare. Comunicare .....	59
Concluzii și Recomandări.....	72
Raport metodologic cercetare calitativă .....	81





## Introducere

Studiul calitativ a avut în vedere construirea unei imagini asupra stării de fapt în ce privește percepțiile și atitudinile persoanelor de gen feminin, din grupul țintă 50-69 de ani, cu privire la comportamentul de prevenție medicală, în general, dar și concret, raportat la cancerul mamar.

În cadrul studiului au fost derulate discuții de grup și interviuri individuale cu persoane din categoria menționată anterior dar și discuții individuale cu reprezentanți ai sistemului medical, mai exact, medici de familie și asistenți comunitari din regiunile luate în calcul pentru desfășurarea studiului.

Instrumentele de cercetare utilizate în cadrul studiului au fost construite în așa manieră încât să ne permită să ne creăm, în primul rând, o imagine asupra contextului și percepțiilor generale în ce privește sistemul de sănătate, cunoștințele, modul de informare și practicile participantelor atât înainte de a apela la sistemul medical, cât și după ce au făcut acest lucru. De asemenea, s-a concretizat o perspectivă asupra cunoștințelor participantelor în ce privește prevenția medicală, în general și apoi, în particular, raportat la cancerul de sân.

De asemenea studiul și-a propus descoperirea metodelor cele mai potrivite prin care informații despre programul de prevenție avut în calcul, ar putea ajunge la grupul țintă astfel încât acestea să aibă efectul scontat, determinarea participării lor la programul de prevenție.



UNIUNEA EUROPEANĂ



## Context

Percepțiile asupra unui stil de viață sănătos împreună cu perspectiva generală asupra stării de sănătate din ultima perioadă reprezintă factori principali în abordarea pe care o persoană o are în ce privește interacțiunea cu sistemul medical și reprezentanții acestuia, respectiv comportamentul de prevenție medicală.

Stilul de viață sănătos este asociat în primul rând cu alimentația sănătoasă de către toate participantele la studiu. Produsele bio, „de la țărani” și produsele naturale sunt aduse în discuție. Cu cât un produs conține sau este contaminat cât mai puțin de chimicale cu atât este mai sănătos.

„Dacă ai în grădină și pui, acela e produs sănătos. Că degeaba îl iei de la piață, de la olteni sau cine vine. Și ei le stropesc, că vor să le facă mai repede, să le vândă. Bagă îngrășămintă. Bagă de astea, chimicale.” (FG. Timișoara)

De asemenea, un nivel redus de grăsimi, prăjeli, zahăr, sare este menționat ca fiind recomandat pentru un stil de viață sănătos. Totodată, consumul ridicat de pâine și produse de panificație este adus în discuție.

„Să evităm grăsimile, zaharurile. Cât posibil. În alimente se găsește foarte multă sare, zahăr. Și pâinea conține și sare și zahăr.” (FG. Timișoara)

În ce privește alimentația ar trebui să fie avut în vedere consumul de legume și fructe, în principiu, ca aceasta să fie cât mai echilibrată.

„Legume, fructe, pe cât se poate crude. Așa.” (IDI Grup țintă HD)

Sportul și mișcarea ies în evidență de asemenea în cadrul tuturor focus-grupurilor ca elemente esențiale pentru un stil de viață sănătos.

„Sport, cât de mult, dacă se poate.” (FG. Deva)

„Mișcarea în aer liber” (FG. Brodina)

Traiful la țară prezintă ca un avantaj din acest punct de vedere, treburile gospodărești implicând un grad ridicat de activitate fizică.

„... dar la țară se face sport că alergi.../ Sport facem toată ziua.” (FG. Chiuiești)

Evitarea pe cât posibil a spațiilor poluate este un alt factor de luat în considerare pentru o viață sănătoasă.





„[...] și aer curat, că de multe ori de aceea evadez din... Ultima oară clar, când am mers la Praid, m-am decis într-o zi. Într-o zi m-am decis. Era așa o poluare apăsătoare în noiembrie, știi? [...] Și zic „Atâta poluare”. Și am noroc că am o nepoțică... am o nepoțică. [...] Și am plecat la Praid. Zic „Vreau la Praid”. Și mergem la salină, și cutare, și ieșim, ieșim din...” (IDI Grup țintă TM)

Consumul necesar de lichide este menționat ca alt factor asociat unui stil de viață sănătos, dar și calitatea apei sunt aduse în discuție corelat cu stilul de viață sănătos.

„Să bem apă bună” (FG. Dancu)

Reducerea, absența sau eliminarea viciilor sunt menționate ca fiind asociate cu un stil de viață sănătos.

„Și, evident, fără vicii. Acum eu zic... eu zic că nu am vicii, în sensul de fumat și alcool, înțelegi? Deci la asta mă refer. [...] Că, în rest, vicii am și eu, că mănânc slănină și de alea.” (IDI Grup țintă TM)

Igiena personală, dar și curățenia de acasă sunt elemente pe care participantele le prezintă în asociere cu stilul de viață sănătos.

„Acasă, la curățenie, la dezinfecție, totul. Să îți placă, când intri în casă să îți placă” (FG. Dancu)

„Cel mai mult, spălatul pe mâini cu săpun. Cu apă și săpun. De oriunde vii, spălatul cu apă și săpun. Și dacă mergi până la magazin. Umbli cu bani. Bani sunt cei mai murdari în ziua de azi că sunt prin toate mâinile.” (FG. Chiuiești)

De asemenea mai sunt aduse în discuție modul de a gândi, starea generală de spirit a fiecăruia, dar și mediul înconjurător, cu factorii specifici zonei geografice de referință, respectiv calitatea aerului, ca factori ce ar putea influența stilul de viață.

„Să ne bucurăm de soare în fiecare dimineață. [...] Să gândim pozitiv.” (FG. Brodina)

Nu în ultimul rând, stilul de viață sănătos este asociat un stil de viață ordonat, respectarea orelor de masă și a orelor de somn fiind principalele mențiuni.

„Contează și mesele. Ei nu merg dimineața la muncă și nu mai mănâncă. [...] Dimineața mănâncă, la prânz mănâncă, seara mănâncă.” (FG. Dancu)



„[...] , eu din păcate lucrez numai de noaptea. [...] niciodată somnul de zi nu se compară cu cel de noapte. [...] deja nu îmi mai place să dorm seara [...] sunt cam dependentă de dulce pentru că sunt obosită și atunci simt nevoia de dulce.” (FG. Timișoara)

Un stil de viață sănătos implică în opinia unei respondente o viață de familie echilibrată și liniștită, în care petrecerea timpului de calitate cu copii este un aspect principal pentru o minte relaxată.

„Relaxare în sensul de discuții lungi cu copiii, pentru mine e foarte important. Discuții lungi de care poate nu ai chef acum sau nu vezi sensul cuvintelor. Sau nu vezi sensul discuției. Dar petrecut așa și discutând absolut tot felul de nebunii și bucurat de prezența copiilor și natură. [...] Da. pentru că dacă ești tot timpul pe fugă, un stil de viață sănătos nu înseamnă numai alimentație. E și mintea liberă și liniștită.” (IDI Grup țintă VN 3)

Păstrarea unui echilibru în lista activităților zilnice ajută păstrarea unei minți active, fapt necesar pentru un stil de viață sănătos. Păstrarea pasului chiar și cu evoluția tehnologică este un factor suficient în acest sens, chiar dacă prin intermediul copiilor sau nepoților.

„Și, în afară de asta, să citești, să faci un rebus, să joci un joc pe calculator. [...] Mă mai antrenează și nepoțelul, „Buni, vezi că a apărut variantă nouă la nu știu ce”. Așa, da.” (IDI Grup țintă CJ)

Starea generală de sănătate pe parcursul ultimilor doi ani variază de la o respondentă la alta, problemele de sănătate asociate vârstei, cât și alte probleme de sănătate mai vechi, fiind aspecte care fac parte din viața de zi cu zi și sunt tratate ca atare.

„ [...] tratament de tensiune, de inimă, de glanda tiroidă sunt operată, dar de 13 ani de zile.” (FG. Chiuești)

Printre afecțiunile de care suferă unele participante sunt unele care implică tratament medicamentos, ceea ce determină implicit păstrarea legăturii cu medicul de familie. De asemenea unele afecțiuni implică un control mai mult sau mai puțin strict asupra regimului alimentar, dar și a stilului de viață, respectiv nivelului de efort pe care acestea îl pot depune pe parcursul unei zile obișnuite. Există însă și afecțiuni care afectează participantele în ce privește starea de spirit. Tratamentele medicamentoase au devenit pe parcursul timpului odată cu apariția afecțiunilor o parte din viața acestora și pot fi luate în calcul ca fiind parte dintr-un stil de viață „mai sănătos”, medicamentele ținând sub control unele dintre afecțiunile de care acestea suferă cum ar fi



hipertensiunea arterială, problemele cardiace, reumatismul, și altele. Nivelul de rezistență la efortul vieții cotidiene, este de la sine înțeles că, pe măsură ce vârsta înaintază, se reduce simțitor, oboseala fiind un aspect menționat în aproape toate focus grupurile realizate. Sunt aduse în discuție afecțiunile care generează alte afecțiuni. Utilizarea de medicamente nu este însă un comportament general, utilizarea acestora fiind pentru unele participante un factor de luat în calcul doar în situații accentuate.

Părerile sunt împărțite în ce privește sistemul medical din România în rândul participantelor la studiu. Atât sistemul de sănătate public, cât și cel privat prezintă atât avantaje cât și dezavantaje. Pe de o parte unele aspecte s-au îmbunătățit pe parcursul timpului în ce privește sistemul public de sănătate, unele participante având ocazia să interacționeze din tinerețe cu sistemul medical, cum ar fi nivelul de igienă din spitale dar și nivelul de pregătire al cadrelor medicale. Și numărul cadrelor medicale este menționat ca un factor ce îngreunează desfășurarea activităților în cadrul spitalelor.

„Personal medical deficitar. Ca număr. [...] Foarte puțini. Nu mai fac față bieții oameni. Sunt copleșiți de numărul de pacienți.” (FG. Timișoara)

Medicii de familie sunt menționați tot în acest context al supraaglomerării cât și din perspectiva birocrăției excesive în ce privește activității în sine, care le reduce timpul pentru analize efective.

„[...] medicul de familie, foarte aglomerat, mult prea aglomerat, adică medicii de familie sunt transformați în niște administratori care se ocupă mai mult de hârțogărie și de statistici, și de raportări la Casa de Asigurări, nemaiapucând să se ocupe efectiv de pacient. Deci mi se pare îngrozitor de greu și de anevoios, și de... cu tot efortul lor. [...] Asistenta îți dă semnezi un registru, doamna doctor te întreabă altceva, ca să scrie în computer, altă asistentă îți dă altă... alt registru să semnezi. Pe cuvântul meu, mi se pare îngrozitor de aglomerat.” (IDI Grup țintă CJ)

În contextul plății asigurărilor de sănătate, și implicit, al veniturilor reduse, participantele la studiu preferă să opteze la sistemul public de sănătate pentru analizele de bază.

„Deci prin Casa de Asigurări, da. Deci de la medicul de familie [...] La laboratorul care tine de spital.” (IDI Grup țintă HD)

Limitările sistemului public de sănătate în ce privește lipsa de medicamente, aparatura avută la dispoziție cât și pregătirea unora dintre cadrele medicale sunt aduse în discuție de către



UNIUNEA EUROPEANĂ



participantele la studiu, iar faptul că în unele spitale încă se mai practică datul de mită, este dur criticat.

„Nu cu aceleași probleme. Nu elimină de exemplu șpaga. Că dacă mergi la medic de stat degeaba ți-ai plătit asigurările că trebuie să învârți ceva în buzunar. Eu nu am înțeles-o pe asta. Adică nu că nu am înțeles dar nu accept. Adică dacă eu am plătit asigurările e problema ta dacă mă operezi sau nu, dar eu nu îți mai dau nimic. Eu am făcut trei cezariene, dar ce înseamnă asta că îngrop doctorii în bani? Eu la ce plătesc asigurare? În schimb, atitudinea lor este aceeași. Adică te repede atunci când ceri informații. Nu au interesul să ți le dea foarte repede și cu amabilitate.”(IDI Grup țintă VN 3)

Trebuie menționat faptul că sunt aduse în discuție și exemple de medici care au refuzat, în experiența participantelor, să primească atenții din partea acestora.

„Lasă de dorit foarte mult. [...] În sensul că mergi la spital și trebuie și nu au medicamente. Recent a fost soacră-mea în spital și a trebuit să cumpăr absolut toate medicamentele. Nimic nu au avut. Până și fluturaș de acela am luat. Plus mizeria, să nu vă spun.” (FG. Timișoara)

„Am fost la Deva, la cardiologie am găsit o doctoriță extraordinar de bună. Nu a vrut o floare să ia. De aia vă spun că sunt medici și medici. [...] A zis că nu. Că baniiăștia care vrei să mi-i dai mie, îți trebuie la medicamente. Am fost în Cluj la institutul inimii la Magherășanu. Nu a vrut să îmi ia o cutie de ciocolată.” (FG. Deva)

Unul dintre principalele aspecte menționate în majoritatea focus-grupurilor a fost acela că medici angajați în sistemul de stat, cu activitate în cadrul spitalelor locale au și activitate în privat, pe parcursul timpului, aceștia deschizându-și cabinete particulare, unde, contra cost oferă servicii calitativ superioare celor oferite în cadrul instituțiilor publice.

„[...] într-adevăr la privat, dacă își programează un număr de pacienți, probabil că au mai mult timp să stea de vorbă cu pacienții și așa.” (FG. Chiuești)

„Într-adevăr, la particular, condițiile în care ești primit sunt altele decât la stat, dar e tot același personal. [...] În sensul de... aparatură. Da. Deci o dată, aparatura o avea mai bună și știu eu... acolo în sala de așteptare...” (FG. Deva)

Pe lângă aspectele ce țin de dotarea tehnică superioară în cadrul cabinetelor private atitudinea cadrelor medicale față de pacient este descrisă ca fiind una diferită, în sensul pozitiv.







UNIUNEA EUROPEANĂ



„Vin cu cât trebuie, dar nu mă tot îmbârliga. Mă duc în cabinet și te văd tot pe tine. [...] Da, sigur. Aceleași persoane – mult mai drăguțe în privat. Mult mai drăguțe, mult mai amabile, cu mult mai mult timp la dispoziție. [...] Cu mult mai multă răbdare.” (IDI Grup țintă CJ)

„Dacă te duci la privat ai parte de alt comportament. Te îngrijește.” (FG. Timișoara)

Accesul la serviciile medicale de stat pare să fie unul redus, implicând o listă de așteptare semnificativă în unele situații, creând o senzație de nesiguranță participantelor, acestea alegând, în cazuri să apeleze la sistemul de sănătate privat pentru a obține rezultatele mai repede.

„Și dacă suni prin telefon să știți că nu avem loc numai la anul. Și atunci trebuie să aștepți un an.” (FG. Dancu)

Încrederea, deci, în sistemul privat de sănătate pare să fie mai ridicată, dar doar din perspectiva faptului că aparatura avută la dispoziție, contra-cost, este mai performantă, medicii fiind practic aceiași ca și în sistemul public de sănătate.

„Bine, la privat este super. / Dar e și preț” (FG. Timișoara)

„Încredere ca om, mai ales dacă îl cunoști și ai mai fost la el și știi câte parale face, nu-i așa?, un medic sau... sigur că ai încredere în el în orice sistem.” (IDI Grup țintă CJ)

Pașii obișnuiți pe care îi abordează pacienții, în general sunt de a apela la medicul de familie, și de a urmări trimiterea către clinicile de stat. Această abordare nu este însă, întotdeauna cea mai funcțională în contextul în care este și timpul un factor de luat în calcul.

„Păi, acum, în general, o pornești de la stat. Cam așa e... cum să zic, tendința. Dar pornești de la stat și probabil îți pare rău după ce ai pornit, că ei te trimit să te duci în altă parte – cum vă zic, am pățit la endocrinologie – că nu e performant ori aparatul, ori... mă rog, ce investigații vrea să îți faci. Și atunci constăți că ai pierdut niște vreme în care puteai să afli rezultatul sau în care puteai să îți faci o internare sau chestii de genul ăsta. Și atunci mai bine te scapi prin invers și o iei din partea cu plată, că măcar acolo sigur ai și o rezolvare [mai rapidă] într-un fel sau altul.” (IDI Grup țintă CJ)

Participantele la studiu recunosc faptul că în unele situații, de obicei, situații care nu pun viața în pericol, apelează și la cunoștințele lor personale în ce privește tratarea unei situații de natură medicală, fie cu medicamente care sunt eliberate fără rețetă de la farmacie sau suplimente alimentare, magneziu, calciu, respectiv vitamine, fie cu „leacuri băbești”, ceaiuri și alte tratamente naturiste.







UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale  
2014-2020

„Deci un ceai făcut din toate plantele care mănâncă animalele, deci se numește fân. Iarbă din aia cosită și acolo rămâne strohul acela, partea aia mărunță, mărunță. Și ceaiul acela desfundă nasul... faci o inhalatie... Nu trebuie apă de mare. Foarte bun... asta se știe... făcea și bunica.” (FG. Chiuiești)

Ceaiurile din plante medicinale sunt menționate ca abordare în ce privește atât afecțiuni ale sistemului respirator, dar și ale sistemului digestiv. În privința sistemului respirator mai sunt menționate inhalatiile, tot pe bază de plante. De asemenea mierea, ridichea neagră, propolisul cât și alte siropuri pe bază de plante sunt aduse în discuție de către participante pentru tratarea afecțiunilor ușoare ale sistemului respirator.

„Fie ridiche neagră am folosit, cu miere, fie am făcut inhalatii în cazul în care am avut nasul înfundat, am avut probleme de respirație.” (IDI Grup țintă HD)

Pentru afecțiunile reumatice, având în vedere categoria de vârstă a respondentelor, compresele cu varză sunt menționate ca abordare inițială, înainte de apelarea la medicație, respectiv sfaturile medicului de familie.

„Păi pui o seară, două, frunze de varză și dacă vezi că nu se dezumflă, nu trece, atunci te duci la medic.” (FG. Chiuiești)

Produsele naturiste sunt aduse în discuție raportat la întărirea sistemului imunitar, participantele consumând diverse suplimente alimentare, dar și extracte din plante, ceaiuri medicinale etc.

„Acesta e dezavantajul produselor naturiste. Deci nu pe moment, da. Le simți după un timp. Deci sunt preventiv mai mult decât când ești în situație mai critică, atunci trebuie să apelezi [la medic]. Dacă vrei. Acuma depinde. Eu de exemplu mai bine prefer să stau 5 zile în plus decât să mă duc să iau medicamente, mai bine trag de mine în jur de o săptămână că și la medicamente de la 3 tot cam în jur de o săptămână ajungi, dacă te duci să tratezi. Asta e mentalitatea mea.” (FG. Timișoara)

Pe lângă consumul crescut de sucuri naturale din fructe, legume, menționat de unele dintre respondente ca ajutor pentru un sistem imunitar fortificat, una dintre participante menționează magnetizarea apei pentru influențarea metabolismului.

„[...] și beau multă apă, o magnetizez că am un aparat, care l-am luat acum 5 ani și apă... avem aici un izvor aici foarte bun care...curat... și ne aducem de acolo [...]”.





UNIUNEA EUROPEANĂ



Utilizarea alcoolului pe post de tratament împotriva răcelilor este de asemenea menționată în cadrul unui focus grup.

În situațiile în care participantele la studiu nu au informații suficiente despre o situație de natură medicală, cel mai des, acestea se informează de la medicul de familie în legătură cu modul de abordare a situației în sine, medicul de familie fiind menționat în toate focus grupurile realizate dar și în cadrul interviurilor.

Televizorul este de asemenea o sursă de informare importantă pentru unele persoane. La televizor sunt menționate emisiunile cu tematică medicală în care sunt prezentate diverse afecțiuni de natură medicală, dar și anumite produse medicinale, cu efectele și reacțiile lor.

„Sănătatea pentru toți. [...] Mai sunt invitați medici și prezintă fel de fel de medicamente dar de la asta până nu mergi în cabinet să spui ce ai. [...] Se prezintă boala și medicamentul.” (FG. Brodina)

Unele persoane utilizează în completare pentru informațiile obținute de la televizor, internetul pentru a-și completa informațiile necesare despre un anumit subiect sau altul.

„La televizor și caut și pe internet. [...] Compar și îmi fac o părere. Și atunci când am ceva la o adică știu și sunt cât de cât informată.” (FG. Timișoara)

Unele persoane apelează la internet din start pentru a afla informațiile necesare despre o anumită afecțiune sau alta.

„Internetul. Domnul Google ne dă răspunsul./ Și o sun pe fiică-mea și se uită ea pe internet. [...] Și am avut niște rezultate la niște analize și nu eram în clar și zic, uite-te să vezi care e... acesta. și s-a uitat și mi-a spus.” (FG. Deva)

De asemenea sunt menționate și persoane din cadrul familiei la care se apelează, fie că acestea au sau nu pregătire medicală.

„Vorbesc cu soțul în mare parte.” (FG. Timișoara)

„Eu când am o problemă mă duc la băiat la spital și e rezolvat tot.” (FG. Timișoara)

Unele persoane apelează de asemenea, deși este vorba de tratamente medicamentoase, și la farmaciști când vine vorba de situații de natură medicală. „Mă duc la farmacie și farmacistul îmi spune.” (FG. Dancu).

Apelarea la farmaciști poate aduce cu sine anumite riscuri, lipsa de pregătire a acestora fiind în detrimentul participantelor la studiu. Neatenția la unele reacții ale medicamentelor recomandate





de către farmaciști sau slaba pregătire a angajaților din farmacii poate aduce cu sine reacții neașteptate sau pot conduce la complicații sau reacții neprevăzute prin combinații cu alte medicamente pe care participantele le consumă și nu le declară, în încercarea de a trata un anumit simptom supărător.

„Acum vreo 3 ani aveam probleme cu picioarele. Și lucram. Seara când mergeam acasă mă duce la farmacie și ziceam dați-mi vă rog și mie ceva de picioare că așa mă dor picioarele. Da, vă dau cheron, chenaton. Și nu îmi dădea pentru stomac.” (FG. Dancu)

Discuții mai au loc în aceeași măsură cu colegi de muncă sau vecini, dar participantele nu aplică tratamentele medicamentoase folosite de interlocutori, în contextul în care, conștientizează faptul că acestea au fost prescrise în mod specific interlocutorilor și că aceste tratamente nu sunt transferabile.

„Se discută, dar nu poți să iei un medicament ce a luat doamna Lucia pentru nu știu ce, să îl iau și eu că mă doare, că nu știi înăuntru ce îi. / Cine ți-l recomandă, ți-l recomandă pentru tine, nu pentru alții.” (FG. Brodina)

În majoritatea cazurilor tratamentele medicamentoase se rezumă la medicamente obținute fără rețetă de la farmacie și de obicei pentru afecțiuni sau simptome care nu pun în pericol viața. În ce privește informarea în legătură cu aspecte de natură medicală pe care participantele la studiu nu cunosc cum să le abordeze, fie se apelează la medic, fie la rude sau alte cunoștințe cu pregătire medicală. Informațiile obținute din alte surse, cum ar fi internetul, televizorul sau radio sunt în majoritatea timpului coroborate cu informații de la cadre medicale.

„Și doctorul din nou, varianta. E varianta cea mai sigură pentru că nu știi cum să tratezi și nu te poți lua după sfaturile altora. [...] Și am mers la medic și medicul mi-a spus că m-ați înnebunit cu google-ul.” (IDI Grup țintă VN 3)



UNIUNEA EUROPEANĂ



## Abordare

O privire de ansamblu asupra celor trei afirmații nu ne creează o imagine neașteptată asupra stării de fapt a lucrurilor în ce privește prevenția, în general, a situațiilor de natură medicală. Deficiențele percepute, pe care le prezintă sistemul medical în perspectiva participantelor, sunt factori care le determină pe unele să țină la un nivel redus interacțiunea cu medicii.

„Mori și nu îți vine rândul la ecograf. La trei luni, la patru luni, la cinci luni.” (FG. Deva)

Chiar dacă participantele sunt conștiente de cum ar trebui abordate lucrurile în ce privește starea de sănătate pe partea de prevenție, când vine vorba despre punerea în practică a acțiunilor în acest sens.

„Eu sunt foarte conștientă că analizele sunt bune de făcut în mod constant, cel puțin o dată pe an sau, eu știu?... Nu le fac eu, dar cred că trebuie făcute. Adică sunt convinsă că este bine să le faci.” (IDI Grup țintă IS)

De asemenea, încrederea în starea de sănătate bună a participantelor este un alt factor de luat în calcul.

„Cam așa e omul, se lasă. Dacă mă simt bine de ce să merg la medic?” (FG. Dancu)

„Mă duc la doctor doar când am o problemă de sănătate”

Vârsta mai înaintată a persoanelor luate în calcul pentru studiu este caracterizată de apariția unor afecțiuni care sunt ținute sub control cu ajutorul medicamentelor. Este de înțeles faptul că aceste medicamente sunt în mare parte obținute prin rețete compensate obținute de la medicul de familie. Interacțiunea constantă cu medicul de familie a participantelor la studiu le permite acestora un control relativ ridicat asupra stării de sănătate, având oportunitatea să abordeze din timp majoritatea afecțiunilor medicale care pot apărea pe parcursul timpului.

„Eu acum, vreau, nu vreau, mă duc în fiecare lună. Să scot rețeta. Mai profit de ocazie, mai întreb de una de alta...” (FG. Deva)

Existența unor afecțiuni cronice însă, nu este suficientă pentru a determina o atitudine preventivă în ce privește evoluția acestor afecțiuni.





UNIUNEA EUROPEANĂ



„Ar trebui să mă văd mai des, adică anumite chestii să le țin sub control, cum ar fi tensiunea, știu eu?, chiar și această gonartroză de la genunchi, pe care nu am mai... Am investigat-o, știu că o am și mă duc înainte. Nu e ok, că o boală nu rămâne în aceeași fază. Ar trebui să vezi din când în când ce a mai evoluat sau dacă e la fel, sau... Nu prea fac chestia asta.” (IDI Grup țintă CJ)

Unele afecțiuni de care suferă participantele implică de asemenea analize medicale care trebuie realizate la intervale predeterminate de timp, mai exact 3 luni, 6 luni, un an. Aceste analize medicale, necesitatea cărora survenind din afecțiuni anterioare le permite să păstreze un control ridicat asupra felului în care afecțiunile evoluează și implicațiile pe care aceste afecțiuni le pot avea asupra celorlalte sisteme din corpul uman.

„Deci se merge la control periodic, mai ales dacă ai ceva boli. [...] Pentru că am probleme cu glanda tiroidă, dar nu am ajuns în faza doamnelor. Deci nu sunt operată, nu sunt nimic. Dar în momentul în care s-a descoperit la analize că au crescut niște indici, am luat legătura cu un medic endocrinolog și mi-a spus, atunci la început... din lună în lună. Mai s-a stabilizat, și mi-a spus, din șase în șase luni. Dacă vrei să... Mi-a explicat clar. Dacă vrei, atunci când apar niște noduli, dacă apar, să îi vedem la început. Dacă îmi vii după trei ani, e prea târziu. Și atunci, din șase în șase luni mă duc și fac acele analize care le știu eu că trebuie făcute și nu mă cheamă nimeni. Mă duc.” (FG. Chiuiești)

Există și persoane care preferă să păstreze interacțiunea cu medicul de familie la minimum. Doar în situații critice, sau percepute ca fiind grave se apelează la serviciile lui.

„Când nu mai pot de durere, văd astăzi, mâine, nu mai pot, mă duc.” (FG. Chiuiești)

“Nu-s toată ziua, să mă scuzați, la ușa doctorului. Dar când văd că ceva nu-i în regulă, trebuie să mă duc.” (FG. Deva)

Accesul la medicii specialiști se face în general prin intermediul trimiterilor obținute de la medicul de familie, pentru a reduce costurile asociate cu vizitele medicale, dar de asemenea pentru a reduce timpul de așteptare, unele participante la studiu apelează, ocazional, la serviciile cabinetelor private pentru o parte din analize. Este posibil ca setul de analize de bază, compensate din asigurarea medicală obligatorie să nu aibă în componență o analiză sau alta din cele necesare în mod specific pentru afecțiunile pe care participantele le au, motiv pentru care acestea optează să apeleze din start la un cabinet care are posibilitatea de a realiza acele analize, persoanele





UNIUNEA EUROPEANĂ



alegând să plătească și restul analizelor de bază tot la cabinetul privat, fără a mai lua contact cu medicul de familie.

Sunt menționate exemple de medici de familie care din diverse motive nu sunt apreciați din punct de vedere profesional, acesta fiind un alt motiv pentru care nu sunt căutați, acest lucru aducând cu sine un control mai redus în ce privește starea de sănătate.

De asemenea este adusă în discuție atitudinea unor medici în ce privește comportamentul delăsător de prevenție medicală.

„Aș vrea să punctez așa, un lucru. Deci... preventiv... să te duci preventiv la medic, poate că tu ți-ai dori ca persoană, dar nu știu dacă medicul de familie, sau medicul la care te duci este dispus la chestia asta. N-ai nimic. Care este problema?” (FG. Deva).

Pe parcursul focus grupurilor realizate, însă, s-a observat o atitudine generală de indiferență față de actul prevenției medicale, cu toate că din punct de vedere teoretic, majoritatea participantelor la studiu sunt conștiente de riscurile asociate acestei indiferențe.

„Deci ar trebui să mergem să... sunt anumite... mai ales la femei, sau așa. Ar trebui să mergem permanent la medic, să ne facem niște analize, niște consultații, dar ca omul. Până nu mai poți. Știi? Și când nu mai poți, e cam târziu. Deci e cam târziu.” (FG. Chiuiești)

„Da. Eu așa fac.” (FG. Deva)

„Păi dacă mă simt bine, să mă duc să fac analize pentru ce?” (FG. Timișoara)

„Teoretic trebuie să mergem de mai multe ori la doctor că să... pentru că a fost odată acum nu știu...în 2004 sau când, niște analize obligatorii de stat și atunci au descoperit foarte mulți oameni că au anumite boli care nu știau că...dar, eu nu respect și nu merg. [...] Numai când este neapărată nevoie.” (FG. Brodina)

„Suntem delăsători și nu ne interesează sănătatea. / Decât să mă duc la spital mai bine stau acasă.” (FG. Dancu)

Un factor oarecum argumentat ce merită să fie luat în calcul raportat la acest subiect este bazat în opinia unei participante pe un cumul de variabile, precum, precauția exagerată a medicilor, încercarea lor de a trata anumite aspecte de natură medicală și teama pacientului de a ajunge la un grad ridicat de dependență medicamentoasă.

„Mă simt bine și atunci mă gândesc că dacă aș avea ceva, mi-ar da un semn, o amețelă, o tensiune, ceva. Bine, acuma pentru tensiune, mai ia și vecina, mai iau ceva. Dar cum să zic? Nu îmi





UNIUNEA EUROPEANĂ



place, nu sunt pe ideea să scormonesc. Mă duc pe ideea că și la medic nu am fost vreodată în viața mea la medic, să nu ies cu o rețetă. Că mi-a trebuit, că nu mi-a trebuit. Și dacă a zis ca sunt ok, dacă mi-au ieșit analizele bune, dar măcar niște vitamine. Deci nu mă duc. Că dacă ajungi și ai luat o pastilă, nu știu acuma dacă ați observat. Pornești de la o tensiune, de la o pastilă ajungi la trei și de la trei la cinci și de la cinci iei cu pumnul. Mulțumesc lui Dumnezeu că nu iau nici o pastilă până la vârsta asta dar în schimb am prietene, colege care la 40 și iau cu pumnul. Deci nu mă duc să scormonesc așa să știu eu ce.” (FG. Timișoara)

Teama de unele posibile rezultate ale analizelor medicale reiese și mai târziu în cadrul discuțiilor, uneori mai voalat, alteori mai precis, deci este un factor de luat în considerare în momentul în care se pune problema prevenției medicale, fie că ne referim la modul general, cât și când ajungem să vorbim despre aspecte mai concrete.

„Dacă mă simt bine nu este cazul să fac investigații medicale.”

Principalele aspecte de luat în calcul raportat la această afirmație sunt vârsta participantelor și afecțiunile de care acestea suferă, tratamentul medicamentos pe care ele sunt forțate să îl urmeze, dar și analizele medicale necesare pentru a ține aceste afecțiuni sub control prin ajustarea tratamentelor medicamentoase. Toate aceste aspecte implică un contact constant cu personalul medical, fie din cabinetele de medicină de familie, cât și, în unele cazuri, din cabinetele de specialitate din mediul privat. Controlul avut asupra stării de sănătate este, în consecință, unul ridicat, simptomele noi apărute putând să fie evaluate și abordate în timp util.

„Eu... la medic mă duc... pot să zic, tot la trei luni, poate mă duc și mai repede. Mai ales de când am avut accidentele vasculare. Cu tiroida, nu vorbesc. 20 de ani... în tăt anul și mai mult, că eram programată pentru...” (FG. Chiuiești)

„De când mi s-a descoperit anemia, o dată... măcar o dată pe an merg să îmi verific... nu îmi mai fac programare, mă duc unde pot, adică la privat și mi le fac, ca să vedem cum stau.” (FG. Chiuiești)

Este adus în discuție programul prin care în luna în care o persoană își sărbătorește ziua de naștere avea ocazia să își facă analizele de bază, ca fiind un instrument util de descoperire timpurie







a unor posibile afecțiuni. Această, să-i spunem, regulă este încă în practică la unele cabinete de medicină de familie și este considerat un aspect pozitiv în ce privește prevenția medicală.

„Când împlinește vârsta, se duce și se programează... și îți faci... strictul necesar. Că nu îți dă nu știu câte. Vreo 10 analize, parcă. [...] Dar să vezi, ficat, rinichi...” (FG. Deva)

Atitudinea pro-activă în direcția prevenției medicale nu este însă una generală. Accesul la medicul de familie pare să fie unul redus în unele cazuri, fiind implementată abordarea pe bază de prioritate a cazurilor pacienților veniți la consultație la cabinetele de medicină de familie.

„E aglomerat. La cabinetul oricărui medic e aglomerație cu sau fără programare. [...] Eu am fost într-o zi că îmi trebuia pentru comisie, pentru dosar, și am stat de la 11 și jumătate până la 9 fără un sfert. [...] M-a luat ultima, de ce? Că au venit din spital, au venit din policlinică, au venit cunoștințe, au venit cu tratamentul asta nou, i-au trimis întâi la analize și după aia au venit să le dea rețeta și tot așa. Și atunci stai și aștepti cu toate că tu ai boală. Ai o programare.” (FG. Dancu)

Cu toate că din punct de vedere personal, percepția asupra stării personale de sănătate este una bună, membrii familiei participante la studiu pot avea un cuvânt de spus în ce privește interacțiunea lor cu sistemul medical, reprezentând în unele cazuri factori de influență în abordarea pe care o au acestea raportat la sistemul medical.

„Pentru liniștea familiei. [...] Anul acesta le-am făcut. [...] Cred că pentru liniștea mea personală și a celor din jurul meu cred că totuși sunt indicate aceste analize.” (IDI Grup țintă HD)

Absența oricărui fel de simptome este asociată cu o stare de sănătate bună în opinia mai multor participante la studiu.

„Cam așa e omul, se lasă. Dacă mă simt bine de ce să merg la medic?” (FG. Dancu)

Din nou se observă faptul că, teoretic, participantele sunt conștiente de felul în care ar trebui abordate lucrurile pe partea de prevenție medicală, dar, practic, lucrurile stau cu totul altfel.

„Analizele trebuie făcute în mod constant indiferent că te simți bine. Că noi nu facem, asta e altceva.” (FG. Brodina)

Diferența dintre teorie și practică iese în evidență în cadrul unui interviu raportat la această afirmație în momentul în care discuția s-a concretizat pe una din afecțiunile de care suferea respondentă. Apelarea la medic se face doar în ultimă instanță, după ce auto-medicația la recomandarea farmaciștilor nu dă rezultatele scontate.



„Corect nu este așa, pentru că e bine să faci investigații medicale, că poți să te simți bine [...] Oboseala de la serviciu și stresul m-au făcut să mă simt rău și bineînțeles că m-am dus la medicul de familie și, pe urmă, la medicul specialist. Și am văzut că am tensiune. Dar prima dată... prima reacție a fost să merg la o farmacie care îți ia tensiunea, când mi-era rău. Și, după aia...” (IDI Grup țintă IS)

Cu toate acestea în ce privește analizele de bază, percepția generală este, că ar trebui făcute, participantele oferind exemple de situații în care acestea au oferit ocazia descoperirii unor afecțiuni cu simptome suportabile, luând în calcul nivelul de avansare al bolilor.

Din nou transpare teama de posibile rezultate ale analizelor de prevenție ca factor în decizia de a nu realiza analizele respective.

„Eu mă duc pe ideea că până nu știu e bine. E mai bine să nu știu. [...] E mai bine de multe ori să nu știu decât să știu cine știe ce tâmpenii.” (FG. Timișoara)

„Dacă am un stil de viață sănătos, urmez o dietă echilibrată și fac exerciții în mod regulat, nu cred că este necesar să fac analize medicale în mod constant.”

Discuția evoluează înspre ideal-tip, înmulțindu-se numărul de răspunsuri favorabile pe măsură ce sunt enumerate cazuri în care lipsa analizelor în mod constant, respectiv a păstrării controlului asupra stării de sănătate a condus la situații neplăcute. Diferența dintre cum ar trebui să fie lucrurile într-o situație ideală și ce se întâmplă în practică transpare încă, dar mult mai firav.

„Analizele trebuie făcute în mod constant indiferent că te simți bine. Că noi nu facem, asta e altceva.” (FG. Brodina)

Una dintre participantele la studiu consideră că pentru persoanele încă angajate în câmpul muncii, realizarea analizelor ar trebui să fie sub forma de obligație de serviciu, cu atât mai mult când activitatea în sine presupune programul cu publicul.

„Ar trebui analizele făcute anual, mai ales în cadrul funcționarilor, cum suntem noi. De mult, înainte, pe timpul lui Ceaușescu, în fiecare an ne trimitea, trebuia să aducem fișa medicală la început de an. [...] Era lege care trebuia, fiecare. Mai ales persoane care lucrează cu publicul. [...] Sau eventual spunea așa: dacă nu mai des măcar odată pe an. Da ar fi trebuit trimestrial.” (IDI Grup țintă SV)





UNIUNEA EUROPEANĂ



Teama de rezultatul unor potențiale analize apare din nou ca factor în decizia de a realiza analizele medicale.

„Poate și de frică, Doamne ferește dacă mai afli ceva.” (FG. Brodina)

Totuși unul dintre principalele argumente pentru realizarea constantă a analizelor este pentru unele participante faptul că unele afecțiuni nu se manifestă simptomatic decât în stadii avansate.

„Pentru că sunt anumite afecțiuni care se depistează în ultima fază, deci când e prea târziu și atunci, mai bine mai devreme. Și cum nu suntem medici, nu ne dăm seama de simptomele pe care le avem sau nu le avem. Nu ne dăm întotdeauna seama. Deci frumos ar fi să mergem. Și nu o prea facem.” (FG. Timișoara)

Realizarea analizelor în mod constant este o necesitate pentru unele participante în contextul în care afecțiunile cronice pe care le au acestea, necesită supraveghere constantă.

Factorii menționați în afirmație sunt analizați de către participante, în ideea în care aceștia neputând fi bifați, o atenție sporită este necesară în ce privește starea de sănătate, în general prin analize suplimentare care pot fi foarte costisitoare.

Necesitatea apelării la cabinete private pentru unele analize care sunt cruciale în experiența unei participante este împiedicată de costurile ridicate ale unor analize specifice ce pot face diferența dintre o viață sănătoasă și posibile afecțiuni ce pot pune în pericol viața.

Se observă ca factor de diferențiere între mediul urban și mediul rural, efectul activităților fizice asupra organismului. Traiul la țară implică un nivel de mișcare mult mai ridicat decât în mediul urban iar una dintre participante consideră acest factor ca fiind decisiv în ce privește starea ei de sănătate. Și alimentația sau calitatea apei din mediul rural sunt aspecte de luat în calcul în această ecuație, oferind un avantaj participantelor din acest areal. Un stil de viață activ este esențial pentru o viață sănătoasă în opinia unei participante care preferă să păstreze la minimum interacțiunile cu medicii.

„Eu dacă aș sta, să am să stau... uite, azi, să stau aici să nu lucrez nimic, mâine tot așa, ailaltă mâine, n-aș mai putea să mă scol de pe scaun. [...] Și ies afară, mă duc la acele animale, unde mă duc și pot să umblu toată ziua. Și dacă stau, abia mai mă scol. Și mă dor oasele de nu mai pot. La mine am nevoie să umblu. Că de câte ori, zic, trebuie să umblu și de nu am de mers.” (FG. Chiuiești)





UNIUNEA EUROPEANĂ



Famiilele participantelor sunt primul cerc social în care acestea discută despre starea lor de sănătate. Încrederea și siguranța pe care acest mediul le-o oferă este factorul principal, dar și contactul strâns și permanent cu membrii familiei explică acest lucru. Partenerul de viață este menționat ca prima persoană cu care acestea vorbesc, iar în cazul în care acesta nu mai există, din diverse motive, copii sunt cei care sunt în capul listei. Sunt prezentate situații în care copiii sunt protejați de anumite informații, în contextul atât în situații în care partenerul de viață trăiește sau nu, în sensul în care acestora nu li se dau toate informațiile în legătură cu starea de sănătate a participantelor.

„Păi de câte ori nu voiam să mă duc și fetele nu mă lăsau, și băiatul, nimic, la doctor. Zice, nu vezi că nu mai poți?” (FG. Chiuiești)

Membrii familiei sunt primii care îndeamnă participantele să acceseze serviciile medicale, fie de specialitate, fie cele ale medicului de familie, dar pe lângă aceștia, se mai adaugă vecinii și, unde este cazul, colegi de muncă.

„Și ei mai zic, și vecinii zic și de ce tot rabzi atât. De ce nu mergi la doctor? [...]De ce tot aștepți și nu te duci. Ce tot vrei să stai aici bolnavă. Care sunt vecini buni, care nu-s vecini buni...” (FG. Chiuiești)

Discuțiile despre starea de sănătate a participantelor, fie cu membri ai familiilor, vecini sau colegi de muncă se finalizează prin recomandări de a lua legătura cu medicul în majoritatea timpului, cu toate că aceste sfaturi nu sunt ascultate de fiecare dată. Nu sunt prezentate situații în care să fie sugerate de către o persoană sau alta de cum ar trebui abordate diferitele simptome pe care le prezintă participantele în discuțiile despre starea de sănătate.

Subiectele legate de starea de sănătate însă, în majoritatea cazurilor sunt discutate cu medicul de familie, fie cu ocazia vizitelor regulate realizate pentru obținerea rețetelor pentru medicamentele pe care acestea le folosesc cu scopul de a-și trata afecțiunile preexistente, fie cu alte ocazii.

„Da, de exemplu dacă mergem cu părinții la medicul de familie discutăm și despre noi.” (FG. Brodina)

Încrederea pe care unele participante o au în medicul de familie le facilitează acestora într-o anumită formă comunicarea cu medicul de familie, fiind mult mai deschise să îl abordeze pentru aspectele cu care se confruntă.





„Prima dată medicul și după... / E mare încrederea în medic. Și depinde și fiecare ce noroc are cu medicul de familie. / Eu am medic bun.” (FG. Deva)

Principalele situații în care se apelează la medicul de familie sunt cele în care auto-medicația nu funcționează, un exemplu întâlnit fiind cel al unei răceli care nu mai trece sau al câte unui simptom pe care participantele fie nu îl cunosc, sau pe care nu îl pot asocia cu nici una din afecțiunile pe care acestea le au.

„O boală sau ceva dureri pe care poate nu le-ai mai avut până acum. Sigur că te gândești, măi, trebuie să merg, să vedem despre ce e vorba că atunci nu poți să stai. Chiar nu poți să stai. / Pentru o tuse care nu se mai termină, sau pentru o răceală foarte mare... pentru orice eventualitate, luăm legătura cu doctorul de familie.” (FG. Chiuiești)

În majoritatea cazurilor accesul la medicul de familie nu este sub nici o formă îngrădit. Sunt oferite exemple, mai degrabă în mediul urban unde este necesară programarea, dar în mediul rural, nu este absolut necesară, conform spuselor participantelor. Medicul de familie poate fi contactat și telefonic, o practică utilizată de unele participante, iar situațiile de urgență, sunt tratate ca atare de către cei însărcinați cu protejarea sănătății populației.

„Pot să îl contactez și telefonic. Și din concediu mi-a răspuns. Nu știam că e în concediu și am sunat și mi-a răspuns.” (IDI Grup țintă CJ)

Încrederea pe care participantele la studiu o au în pregătirea medicilor lor de familie facilitează și mai mult comunicarea cu aceștia, contactul fiind unul și mai strâns din acest motiv.

„Medicul meu de familie este medicul... este un medic pediatru primar, cu care am avut relații de când am născut copiii, de când erau mici. [...] Și doamna doctor e bătrână de acum, este în vârstă adică, dar avem o relație foarte...apropiată de dânsa.” (IDI Grup țintă IS)

În mediul rural sunt prezentate situații în care medicul de familie, la solicitarea participantelor, sau a membrilor familiilor acestora, realizează vizite medicale.

„Și o mers, chiar știu că odată, tușeam de nici nu puteam nici noaptea să dorm, stăteam... trebuia să stau sus. Și s-a dus o fată și a adus pe doctorul acasă. O zis, că nu mai vrea să vină... [...] Și eu eram în grajd și l-a chemat pe doctorul să vie și l-o sfădit și pe bărbat și pe noră, păi cum, zice, voi, zice, în casă, că ne cunoaștem cu domnul doctor și dumneaei bolnavă” (FG. Chiuiești)

Accesul la medicul de familie se face pe bază de programare în contextul în care nu este vorba despre situații de urgență medicală, iar pentru obținerea rezultatelor în timp util, rezultate pe



UNIUNEA EUROPEANĂ



care participantele ar trebui să le obțină de la un cabinet de specialitate, acestea pot opta ocazional la a plăti investigațiile din start, în contextul în care timpul de așteptare pentru programările subsecvente este perceput ca fiind prea lung.

„Eu mai mult merg la particular, nu mai merg la medicul de familie. [...] La...acuma la reumatologia asta, am înțeles că sunt mai bune serviciile în... În privat. [...] Plus de asta aici trebuie să ai...să te programeze și trebuie să aștepți mai mult până la...dar așa...Te-ai dus, ai plătit, ai intrat” (IDI Grup țintă SV)

Accesul la medicii specialiști se face în majoritatea cazurilor doar prin medicul de familie, ca intermediar, trimerile de la acesta fiind considerate necesare de către participantele la studiu, acestea oferind exemple de situații în care, chiar dacă au mers la medicul specialist, la o clinică privată, cu intenția de a plăti consultația, li s-a cerut totuși trimiterea de la medicul de familie.

„Dar uneori și în privat îți trebuie trimitere de la medicul de familie.” (FG. Deva)

Doar în situațiile urgente care le sunt cunoscute participantelor, se apelează în mod direct la medicii specialiști.

“Și având experiență cu mușcătura de păianjen, m-a mușcat un păianjen de deget, mi s-a umflat degetul, eram sigură că e păianjen și m-am dus direct la medicul specialist. Care m-a consultat, mi-a dat tratamentul respectiv și a fost bine. Deci nu a trebuit să merg prin medicul de familie.” (FG. Timișoara)

Medicii specialiști sunt considerați de majoritatea participantelor ca medicii la care se ajunge prin trimitere de la medicul de familie și cu recomandarea acestuia. Asta le permite acestora, fie să plătească mai puțin, în contextul în care ar apela la serviciile unei clinici private, fie să nu plătească deloc analizele, apelând la o clinică de stat.

„Numai dacă e ceva acut te duci, până la urmă, de aia am plătit asigurare.” (FG. Deva)

Principala dificultate pe care o întâmpină participantele în accesarea medicilor specialiști apare în contextul în care ar avea nevoie rapid de rezultatele analizelor. Listele de așteptare sunt foarte lungi în ce privește unele analize în sistemul public de sănătate, iar timpul de așteptare este unul prea lung pentru ca rezultatul obținut să le mai fie util participantelor.

„Nu că nu am mai vrut să aștept. Nu am mai putut să aștept. Adică am dat telefon să mă programeze pentru o ecografie și mi-a spus, anul viitor în mai. Ori eu, până atunci puteam să fac cancer. Și atunci a trebuit să...” (FG. Deva)





Sunt prezentate și situații în care eficiența funcționării sistemului, raportat la programul de zi cu zi al participantelor la studiu.

„Sunt cazuri și cazuri în care te duci direct la medicul specialist. Eu am pățit-o. Lucram cam toată ziua și la medicul de familie să zicem că trebuie programare sau e întotdeauna foarte multă lume și nu poți să îți permiți să aștepți.” (FG. Timișoara)

Oferta de servicii medicale chiar și în mediul privat poate fi limitată, ceea ce impune un anumit interval de timp pentru a fi accesată, aglomerația fiind principalul factor negativ în acest context.

„sunt puține cabinete de o anumită specialitate într-o anumită zonă. / Atunci aștepți până ajungi la medic. / Aștepți că nu ai unde în altă parte.” (FG. Dancu)

Aglomerația la cabinetele de specialitate din sistemul public de sănătate este menționată și în contextul în care persoana este încă în câmpul muncii, tot raportat la timpul avut la dispoziție. Opțiunea în astfel de situații

„Timpul este un impediment, adică, în general, nu te poți duce atunci când vrei. Trebuie să îți faci programare. De pildă, la un dermatolog la stat, cu trimitere de la medicul de familie, nu este loc și trebuie să aștepți. Poate că tu ai nevoie mai repede sau e mai bine să te vezi mai repede cu el. Sunt ocupați și nu... aglomerați adică.” (IDI Grup țintă IS)

Problema fondurilor alocate de către stat pentru compensarea analizelor medicale este adusă în discuție raportat la acest subiect.

„Dar la sistemul de stat, nu prea ajungi la analize. Eu, cel puțin, nu am făcut în ultimii cinci ani... oricând am primit bilet de trimitere. Nu am mai nimerit...” (FG. Chiuiești)

Opțiunea care le mai rămâne este aceea de a apela la serviciile clinicilor private pentru serviciile de care au nevoie, dificultatea în această situație fiind aceea de a acoperi costurile analizelor de care au nevoie. Participantele la studiu aduc în discuție exemple în care acestea ajung să apeleze la economii pentru acoperirea cheltuielilor analizelor de care au nevoie.

„Eu personal am lucrat în străinătate niște ani și mi-am pus niște bani deoparte, că dacă nu i-aș fi avut pe ăia, nu m-aș fi dus la niciun privat. Stăteam la toate... cu trimiterile de la medicul de familie în mână și așteptam să îmi vină rândul.” (IDI Grup țintă CJ)

Dacă participantele nu au fondurile necesare pentru a plăti analizele respective, fie amână analizele, fie apelează la ajutorul rudelor pentru a completa sumele cerute de către cabinete.





„Apelez la copii. Doar de-aia am doi copii. [...]Păi da. Și ei, când au fost mici au apelat la noi, așa că...” (FG. Deva)

Ca factor în viața de zi cu zi totuși, în majoritatea discuțiilor apare ideea că atunci când vine vorba despre sănătate, oricine ar face tot posibilul să depășească orice obstacole de natură financiară pentru a obține fie un rezultat, fie un consult necesar.

„Cred că omul ar face orice pentru sănătate. Ar apela și la cei din jur, s-ar împrumuta ca să fie sănătos, să afle diagnosticul corect și să fie sănătos.” (FG. Deva)

De asemenea, este de menționat că anumite afecțiuni cronicizate de care suferă unele din participantele la studiu implică analize de specialitate în mod constant și la intervale de timp regulate. Existența acestor vizite regulate la aceleași cabinete pentru analize similare, le permite participantelor să își programeze resursele financiare astfel încât să nu apară probleme în cazul excepțional în care acestea ar trebui plătite și de asemenea și resursele de timp pentru ca acestea să fie făcute în baza analizelor compensate de către stat.



UNIUNEA EUROPEANĂ



## Prevenție - General

Opiniile variază în ce privește posibilitatea prevenirii bolilor, deși în toate discuțiile avute au fost enumerate boli ce pot fi prevenite printr-o metodă sau alta. Afecțiunile ce țin de sistemul respirator precum răcelile sau bronșitele sunt cel mai des menționate din cauza faptului că sunt și cele mai frecvente, dar de asemenea sunt aduse în discuție afecțiuni ale sistemului digestiv, circulator, nervos și reproducător.

Toate bolile pot fi prevenite în opinia unei participante, printr-un stil de viață echilibrat cu o atenție accentuată pentru sistemul imunitar.

„Eu cred că toate dacă stăm bine să ne gândim. Dacă avem grijă de noi și de imunitate. Și facem toate astea și mișcare și mâncare cât mai naturistă și tot, atunci da.” (FG. Timișoara)

Evitarea exceselor este o altă abordare pe care oricine ar putea să o ia în calcul privitor la prevenție, cancerul pulmonar, ciroza hepatică, diabetul fiind printre bolile aduse în discuție.

„Eu zic că așa ai mai multe șanse să nu ajungi la bolnavi dacă nu bei nu știu cât, dacă nu fumezi nu știu cât, chestii de genul asta.” (FG. Timișoara)

Prevenția, în opinia participantelor la studiu se realizează prin analize frecvente, iar în funcție de rezultatul acestora, cu ajustarea, stilului de viață, alimentației, activităților fizice și nu în ultimul caz, a medicației pe care acestea o întreprind.

Deși este confundată în repetate rânduri cu descoperirea timpurie a anumitor afecțiuni, prevenția medicală este asociată atât cu informarea în legătură cu respectiva afecțiune pentru care se face prevenția cât și cu planul de acțiune și combatere a efectelor, consecințelor, respectiv simptomelor afecțiunii respective în cazul în care aceasta ar evolua necontrolat.

Prevenția implică în primul rând protejarea personală prin evitarea aglomerațiilor, spre exemplu, în cazul afecțiunilor respiratorii.

„Să evităm aglomerațiile. Unde vedem că tușesc, unde... să nu mergem acolo.” (FG. Chiuiești)

Unele participante asociază stresul bolii, eliminarea lui ca factor din viața de zi cu zi fiind cel considerat cel mai înțelept. În cazul în care eliminarea lui nu este posibilă, reducerea nivelului de stres este următoarea opțiune.

„Deci eliminarea stresului ar putea ajuta la eliminarea, la prevenirea unor boli.” (FG. Deva)





UNIUNEA EUROPEANĂ



Implicarea părinților și a școlilor în construirea unui mecanism de prevenție în ce privește starea de sănătate este necesar în opinia unei participante, care consideră că i-ar fi fost util și ei în tinerețe, pentru a nu ajunge la stadiul din momentul discuției, părerea ei fiind că nu se pune suficient accent pe acest tip de educație pentru sănătate.

„Prevenția este la bază. Și ea trebuie cultivată din copilărie. / Deci prin educație. Asta e.”  
(FG. Deva)

Păstrarea igienei în gospodărie este o altă metodă de prevenire a unor afecțiuni. Dezinfectarea și curățarea suprafețelor din locuință sunt oferite ca exemplu, spiritul, respectiv clorul fiind substanțe utilizate de către participante.

Sunt aduse în discuție afecțiunile ereditare cărora trebuie acordată o atenție sporită, șansele de manifestare al acestora fiind unul ridicat. Sunt oferite exemple precum predispoziția la diabet, afecțiuni cardiace sau circulatorii.

„Eu am spus că dacă de exemplu tatăl meu a avut diabet, știți, s-ar putea să am și eu... la un moment dat.. [...] Da... sunt predispoziții ca să am, acum tot trebuie să am grijă, mănânc mai puțin pâine care să...” (FG. Brodina)

Aceste afecțiuni nu pot fi decât întârziate, dar cu atenție sporită în ce privește factorii care favorizează apariția lor. Atenția acordată acestor tipuri de afecțiuni ar trebui să fie una sporită.

„Deci fiecare persoană are specificul ei. Poate eu sunt mai predispusă, iată, pe respirator sau nu știu ce, că așa au fost condițiile. Dar fiecare pe ce este predispus.” (IDI Grup țintă TM)

Utilizarea vaccinurilor antivirale este un alt element discutat și discutabil, în opinia unei participante a cărei încredere în acești factori este una mai redusă. Asocierea unui șir de răceli strict cu realizarea vaccinării la un anumit moment a determinat-o pe o participantă să nu mai facă vaccinuri subsecvente.

„Nu îl fac. Primul an când l-am făcut am răcit toată iarna. Vă spun cinstit. Aici la școală că am lucrat 25 de ani. Toată iarna aceea am răcit. Și de atunci nu am mai făcut. Și mulțumesc lui Dumnezeu nu am mai făcut.” (FG. Dancu)

Informarea în legătură cu starea de sănătate este însă principalul aspect menționat. Realizarea de analize de prevenție pentru evaluarea stării de sănătate, periodic, este o acțiune ce ar trebui întreprinsă cât mai des, în opinia participantelor. Informarea în legătură cu starea personală de sănătate permite o abordare specifică și individuală. Este oferit un exemplu relativ concret raportat





UNIUNEA EUROPEANĂ



la acest subiect prin care o persoană cu hipertiroidie ar trebui să consume o cantitate redusă de iod. Neavând informații despre funcționarea sistemului endocrin, un individ nu ar putea să ia măsuri în ce privește consumul recomandat de iod. Acesta este un exemplu care este dat și în școală, dar participanta ce îl aduce în discuție consideră că nu este suficient pentru o abordare corespunzătoare în lipsa informațiilor exacte obținute prin analize hormonale.

„Asta influențează sănătatea. Dar sunt persoane cărora nu le trebuie iod în sare, pentru că au boala hipertiroidiei, ele au prea mult și atunci nu au cum să... Și ei nu știu, că dacă ar ști, și-ar cumpăra, că există [...] sare neiodată, mai puțin găsești, dar există și din aia. E mai scumpă, dar mă rog. Dar tot la educație venim. Deci dacă nu are de unde să știe cineva asta... Că nu e obligatoriu să știe, că nu e medic, dacă în școală nu faci. [...] că omul nu are de unde să știe ce tiroidă are, nu are de unde să știe ce sare să ia.” (FG. Deva)

Informarea în legătură cu aspecte de prevenție medicală aduce și anumite dezavantaje în ce privește starea de spirit în contextul în care regulile de prevenție nu sunt respectate.

„... cu cât ești mai informat și nu te ții de chestiile de care ai aflat că nu îți fac bine sau așa, sau așa, dar tu știi că îți fac rău, că ești informat, cu atât e mai mare dezastrul din capul tău. [...] Adică mi-o fac cu mâna mea. Adică eu știu că nu mi-i bine să... nu știu, să beau trei cafele pe zi, sau două, și una mi-ar fi suficient, dar atât mi-i de poftă, că e aici cafetiera și o mai beau și pe cealaltă. Sau nu mai mănânc ciocolată, că zice medicul patru pătrate pe zi și aia amăruie. Serios?! Păi, mie nu îmi place amăruie. Eu mănânc opt și de aialaltă; opt pătrate.” (IDI Grup țintă CJ)

Persoanele pot avea și o abordare constructivă a informațiilor raportate la prevenția medicală, fiecare fiind capabil să adapteze posibilitățile personale pentru beneficiul

„... pentru că sigur că nu strică să știi niște lucruri și le poți după aia... ce-ai aflat adaptezi eventual, dacă ești, așa, înțelept, la organismul tău, la bugetul tău” (IDI Grup țintă CJ)

În ce privește prevenția medicală sunt oferite exemple de abordări naturiste cu ajutorul ceaiurilor și altor plante medicinale, dar și utilizarea analizelor medicale periodice.

Principalul avantaj al prevenției medicale repetat în mai multe din discuțiile realizate este acela că este „mai ușor să previi decât să tratezi”.

Ar exista anumite avantaje de natură financiară în ce privește actul prevenției având în vedere că multe tratamente sunt considerate ca fiind foarte costisitoare, dar părerile sunt împărțite în privința acestui aspect, o participantă considerând că pentru a avea un grad ridicat de sănătate





prevenția este aproximativ la fel de costisitoare ca un potențial tratament al afecțiunilor pe care încerci să le previi. Este de menționat că participanta nu suferea de afecțiuni la momentul focus grupului.

Controlul avut asupra stării de sănătate prin analize periodice oferă un grad de siguranță și liniște participantelor.

Aspectele de natură financiară sunt considerate de către unele participante ca fiind mai degrabă dezavantaje decât avantaje, costurile fiind prea ridicate pentru a putea fi luate în calcul în viața de zi cu zi.

„Acum, dacă îmi cere nu știu câte sute de lei pe lună ca să vadă dacă... eu ce aș putea avea sau ce boli m-ar putea pândi, ca să fiu sinceră, nu știu cât... Sincer!” (IDI Grup țintă TM)

Dezavantajele de natură psihologică percepute sunt menționate într-unul dintre focus-grupuri ca fiind un factor în alegerea de a nu apela la serviciile de prevenție. Teama că rezultatul unei analize va fi pozitiv le determină pe participante să nu încerce să prevină anumite afecțiuni.

„Să-mi fac niște analize... nu am curajul. Parcă mă gândesc că atâta timp cât nu știu... dar dacă am... dacă nu știu... ar fi bine totuși să-mi fac un curaj să mă duc să văd ce... și atunci persoanele, mă gândesc că multe ca mine au o frică.” (FG. Brodina)

Atât avantajele cât și dezavantajele prevenției sunt asociate cu gradul de încredere în personalul medical și în pregătirea acestora, fiind oferite exemple în care refacerea analizelor conduce la rezultate contradictorii, sau în care apelarea la cabinete medicale mai „profesioniste” pentru refacerea analizelor rezultate fals pozitive sunt infirmate. Informațiile contradictorii primite din partea sistemului medical oferă o stare de incertitudine la fel de dăunătoare precum incertitudinea creată din lipsa apelării la sistemul de prevenție.

„Adevărul e da, că nu se simte bine. Și acuma care e adevărul? Când trei îți spun că e cancer și trei că nu e. Cum poți să mergi pe ce doresc eu? Mă duc pe chimioterapie și dacă nu am cancer?” (FG. Timișoara)

Teama de o potențială dependență față de medicamente iese la iveală din nou într-una din discuțiile de grup realizate.

„Și tratamentul. De aia se umblă și la un doctor și la altul și la altul. Fiecare îți dă câte un tratament că ei așa știu, așa au învățat.” (FG. Brodina)



Una dintre dificultățile pe care le întâmpină participantele în ce privește actul prevenției este cea asociată modificării/ajustării stilului de viață.

„Orice metodă de prevenție implică schimbarea stilului de viață. Și se știe că acesta e cel mai greu lucru. Să îți schimbi obiceiurile.” (FG. Timișoara)

Focus grupurile realizate relevă cunoștințe inconsistente în ce privește programele de prevenție realizate la nivel național sau regional în rândul participantelor. Sunt oferite exemple în ce privește programele de vaccinare, dar și programe pentru prevenția cancerului de col uterin, respectiv cancerului mamar.

„Fusesse odată, de era șefă, sau cine a coordonat, soția lui Adrian Năstase. Știu că linia roz, nu știu ce, cutare și așa. Știi? Deci chiar era... Și poate că au mai fost și altele, acum nu-mi dau bine seama.” (IDI Grup țintă TM)

Mai sunt oferite ca exemple programe ce vizează afecțiuni ale sistemului respirator, sau analize oftalmologice și chiar un program ce oferea sprijin în abandonarea viciului fumatului. Din participantele la studiu, doar câteva au beneficiat de analize gratuite în cadrul unor astfel de programe, majoritatea participând la cel de prevenție pentru cancerul de col uterin. Unele programe menționate erau, din cunoștințele participantelor la studiu, realizate și de către mediul non-guvernamental.

Deși unele programe de prevenție au prezentat inițiative de mobilizare a cadrelor medicale și în localități rurale precum cele selectate de desfășurare a focus grupurilor, percepția asupra stării de sănătate a participantelor le-a determinat să nu participe la acestea. Nici membrii ai familiilor participantelor nu au beneficiat de programele de sănătate pe care le cunosc.

„N-am luat în seamă să mă mai duc. Zic nu mă mai duc până în sat și gata. Asta a fost. Poate dacă mă durea ceva, poate mergeam, dar așa, n-am luat în seamă. / [...] A ajuns la concluzia ta. / Că e sănătoasă, de aia” (FG. Chiuiești)

Programele de screening menționate de către cadrele medicale, medici de familie, respectiv asistenți comunitari, în cadrul studiului au făcut referire la cancerul de col uterin. Programele de screening menționate, cât și programele de sănătate în general, au fost percepute ca fiind foarte binevenite în mediul rural, sub formă de caravane în contextul veniturilor scăzute, și în unele cazuri dezinteresului față de starea de sănătate, vârstei înaintate, nivelului redus de educație, sau comorbidităților asociate vârstei. Aceste programe sunt binevenite și din perspectiva faptului că





reprezintă o ocazie perfectă de informare a populațiilor țintă în ce privește afecțiunile care sunt avute în vedere în cadrul programelor.

„Păi gândiți-vă că e foarte bună pentru că noi aici la sat, deci nu prea sunt materiale de informare. Omul este om simplu. Mai mult sunt bătrâni aici. Tineret, foarte puțin. Doar mass-media, unde se mai uită ei. Dar aici se iau cu lucrul, cu stânga, cu dreapta, și gândiți-vă că nu prea au ei așa cunoștințe, nu știu cât de multe despre campaniile acestea, de promovare a sănătății.” (IDI Asistent comunitar TM)

Informațiile despre aceste programe de sănătate au ajuns la participantele la studiu fie prin intermediul televizorului, fie prin intermediul medicului de familie sau al vecinilor (în comunitățile rurale). Televizorul este considerat ca fiind o metodă eficientă de transmitere a informațiilor raportate la aceste aspecte, dar și medicii de familie sunt percepuți ca fiind niște intermediari potriviți. Avantajul primirii informațiilor prin intermediul medicului de familie este acela că se pot clarifica anumite aspecte prin comunicarea directă cu cadrul medical, în comparație cu televizorul unde metoda de informare este unidirecțională.

În ce privește programele de sănătate/screening desfășurate în cadrul comunităților studiate, asistentul comunitar, fiind într-un contact foarte strâns cu populația din cadrul comunității a avut un rol esențial pe partea de informare a populației. Programele de sănătate implementate având caracteristici specifice raportat la categoriile de vârstă, ce implică și o diferențiere în ce privește formularea informațiilor au necesitat explicații individualizate în funcție de nivelul de educație, categorie de vârstă, situație familială, etc.

Înțelegerea mesajelor programelor de sănătate este facilitată de nivelul de încredere pe care asistentul comunitar îl are în comunitatea în care activează. Relațiile asistentului cu comunitatea, pe cât sunt mai profunde și mai de calitate, determină o comunicare mai eficientă.

„, De obicei... v-am spus că au încredere în noi, cadrele medicale. Știu că nu îi sfătuim... mai ales că lucrăm de mult împreună și știu că noi nu îi îndrumăm la ce e rău.” (IDI Asistent comunitar IS)

De asemenea unele participante la studiu consideră că internetul ar fi un spațiu de promovare a informațiilor în legătură cu programele de sănătate, ce-i drept, pe care l-ar utiliza mai degrabă persoanele mai tinere. Informația prezentată prin intermediul televizorului ar trebui să se regăsească





complementar și pe internet unde participantele ar putea să o acceseze la orice moment pentru a-și completa cunoștințele despre un subiect sau altul.

„Și pe internet acum caută lumea, dar nu chiar toată lumea. Bunăoară cei mai în vârstă poate că nu intră sau te miri cine. Dar e mai la îndemână, adică stând prin casă, auzi cutare „Pentru ca să stopăm nu știu ce, e bine să vă... contra gripei – să vă vaccinați”, antigripalul acesta, știi? și nu știu ce. Și atunci îți intră... Măi, ia să vedem!” (IDI Grup țintă TM)

O altă metodă de promovare a informațiilor în legătură cu programele de prevenție este cea realizată prin intermediul pliantelor sau afișelor, asocierea informațiilor cu imagini făcându-le mult mai ușor de reținut, înțeles.

„Și impactul poate e mult mai mare la pliante, afișe, la unde te duci la un cabinet, sau te mai duci cine știe pe unde și stai și ca să îți pierzi timpul dai de niște pliante vrei nu vrei, îți bagi nasul în ele. Deci impactul vizual cred că este mult mai bun. [...] Au o prezentare mai frumoasă, mai atractivă. Chiar dacă prezintă nu neapărat lucruri frumoase.” (IDI Grup țintă BZ 1)

Limbajul utilizat în promovarea programelor de sănătate este considerat ca fiind unul ușor de înțeles de către participantele la studiu; aspectele mai greu de înțeles se pot fi clarificate fie prin interacțiunea cu medicul de familie, fie pe internet. De asemenea urmărirea cu atenție și în întregime a emisiunilor, în contextul în care informațiile ar fi prezentate prin această modalitate oferă posibilitatea de înțelegere într-o măsură suficientă.

„Accesibil, pe înțelesul tuturor. Nu sofisticat și cu termeni medicali.” (IDI Grup țintă IS)

Asistenții comunitari, ca și medicii de familie consideră că au un rol esențial în ce privește promovarea acestor programe cu scopul de a formula clarificările necesare în mod specific pentru o categorie de populație sau alta.

„Na, informează populația că există un screening, cine poate participa. Na, este un rol destul de important, adică e binevenită funcția asta pe zone.” (IDI Asistent comunitar IS)

Rolul de mediator atât al medicului cât și al asistentului comunitar este, de asemenea unul important, având în vedere una dintre problemele menționate în cadrul unuia din focus grupurile realizate, mai exact lipsa de educație medicală a populației, care este un lucru evident în opinia cadrelor medicale din mediul rural.

„Na, informează populația că există un screening, cine poate participa. Na, este un rol destul de important, adică e binevenită funcția asta pe zone. [...] dacă sunt probleme, mai îndrumăm, mai



UNIUNEA EUROPEANĂ



colaborăm cu persoanele care se deplasează – mă refer la specialiștii care se deplasează. Altfel... Vă dați seama că lor le e greu și să se exprime la telefon. De multe ori le fac programări numai ca să văd că se duc și discută, că le e greu să comunice. [...]Acum e peste tot cu programare, nu ai cum să te duci, efectiv să faci un drum degeaba. Și apoi vin, mă roagă „Nu știți pe unde m-aș putea duce? Hai, nu sunați? Hai...”. Deci treaba asta oricum o fac, că – v-am spus – e greu. Și îi explic, îi scriu pe hârtiuță unde să meargă, cum să se ducă.” (IDI Asistent comunitar IS)

În mediul rural principalele piedici care ar exista în ce privește accesul la servicii de prevenție medicală sunt distanța ce trebuie parcursă, dar și resursele de timp limitate, mai degrabă pentru persoanele care încă sunt încadrate în muncă. În mediul urban lipsa accesului la informație se poate dovedi a fi un factor important pentru neparticiparea la programele de sănătate. Lipsa informațiilor se explică și printr-un contact mai redus cu medicul de familie.

Așa cum problemele de natură financiară sunt depășite în momentul în care nevoia le împinge înspre accesarea serviciilor medicale, participantele la studiu recunosc că în cazul în care și-ar schimba atitudinea față de serviciile de prevenție și ar dori să le acceseze, atât piedicile legate de timp, distanță respectiv nivel de informare ar putea fi depășite cu ușurință în majoritatea cazurilor.





UNIUNEA EUROPEANĂ



## Percepții

Discuția în privința cancerului mamar începe prin prezentarea unui set de afirmații cu scopul de crea o imagine asupra felului în care este percepută această boală. Părerile sunt împărțite, factorii principali fiind, la o imagine de ansamblu, gradul de informare asupra acestei afecțiuni și oportunitatea interacțiunii cu persoane care au avut de suferit la un anumit moment de această boală. Experiența persoanelor care au trecut prin aceste încercări se imprimă în percepția participantelor la studiu în ce privește reprezentările despre această boală, respectiv asupra potențialelor capacități sau resurse de a depăși afecțiunea. Dacă există cu predilecție experiențe pozitive în rândul cunoștințelor în ce privește lupta cu cancerul, perspectiva participantelor este, în consecință, că boala poate fi învinsă, cu unele consecințe, chiar dacă aceasta nu este o regulă. Pe de altă parte, cu toate că există o explicație în raport cu momentul întârziat de descoperire a cancerului și implicit în ce privește începerea tratamentului, exemplele aduse în discuție care prezintă persoane ce au pierdut lupta cu boala determină o perspectivă negativă.

„Cancerul de sân reprezintă o condamnare la moarte.”

Detecția timpurie a cancerului de sân permite instituirea unui tratament ce oferă șanse de vindecare persoanelor afectate.

„Deci cancerul de sân, dacă este descoperit într-o fază incipientă, atunci se poate trata.” (FG. Chiuiești)

Tratamentele sunt considerate ca fiind eficiente inclusiv în cazul în care cancerul este depistat în stadii mai avansate.

„Poate durează mai mult tratamentul, și totuși să stopeze.” (FG. Chiuiești)

Încrederea că această boală poate fi învinsă se bazează și pe faptul că există un grad ridicat de încredere în sistemul medical și tehnicile avansate pe care acesta le utilizează.

„După cât sunt de avansate toate la noi în țară, eu cred că nu este o condamnare la moarte]. Asta e părerea mea.” (FG. Chiuiești)





UNIUNEA EUROPEANĂ



Existența în cercul de cunoștințe sau în localitate, în mediul rural, în mod specific, a unor exemple de persoane care au depășit, chiar și prin operație această afecțiune permite o perspectivă pozitivă asupra acesteia.

„Știu una de la Strâmbu, care a fost operată la sân, a avut cancer și după ce a operat-o, și și în ziua de astăzi trăiește. / Și Măriuța Vicului, de câți ani este operată de sân? / Saveta, da. O cunosc așa, ca pe sora mea.” (FG. Chiuiești)

Majoritatea exemplurilor oferite în cadrul studiului, ca exemple pozitive sunt de persoane care au supraviețuit în urma operației de extirpare a sânului, respectiv sânilor. De asemenea, după operație, controlul periodic este adus în discuție pentru protejarea sănătății.

„Și s-a operat în America și... ambii sâni [...] Că o fi mers din timp... Nu știu dacă a mers chiar din timp din moment ce i-a extirpat sânul. [...] Și cum merge la Cluj o dată la an sau ceva să vadă, să îi mai facă analize sau ceva. Dar e bine, mersi.” (IDI Grup țintă TM)

În ce privește lupta cu boala, participantele consideră că o atitudine pozitivă, deși greu de menținut, este de ajutor. Suportul membrilor familiei este esențial în acest sens, în opinia unor participante la studiu.

„Eu zic că cu boala trebuie să lupți. Mai ales la partea de [...] La partea asta cu cancerul, trebuie să lupți să fii tot timpul. Nu. Dacă te gândești că eu mâine mor, mâine mor. Atunci, automat, corpul tău și organismul tău ți-l determini spre a cădea. Dar dacă tu zici, nu, eu o să trăiesc și lupți... ai șanse.” (FG. Chiuiești)

O stare de spirit pozitivă poate aduce cu sine, în percepția unor participante, chiar și în cazuri mai grave o rezistență crescută în timpul tratamentului.

„Acum depinde și de pacient. Adică de starea de spirit. [...] Eu vă spun de o colegă de-a mea de facultate... de liceu, din... a dus 10 ani... cu o voință... nu vă spun, prin ce a trecut... [...] Dar a avut o voință extraordinară și altă persoană care în câțiva ani s-a dus. Deci contează și de persoana respectivă.” (FG. Deva)

Este adusă în discuție, relativ voalat, ideea responsabilității în ce privește starea de sănătate de către una dintre participantele la studiu, acțiunile medicului în încercarea de a salva pe cineva de această afecțiune nefiind suficiente.

„Dacă te duci din timp nu are cum să fie o condamnare la moarte. Și nu cred că este cineva care să se ducă în faza de metastază, nu cred. [...] Nu. este o condamnare la moarte spre exemplu,





am cunoscut persoane care au avut cancer, nu au respectat toate minunile alea de chimioterapie, pe care trebuie să le faci, că am înțeles că sunt niște condiții ale existenței sale, că nu poți să te alimentezi cu ce vrei, să faci ce vrei și dacă nu respecti, atunci ce vrei să îți faci doctorul? Ce ține de el a făcut.” (IDI Grup țintă VN 3)

Au fost prezente pe parcursul studiului, în schimb, și percepții fataliste. Aceste percepții se atribuie fie experiențelor negative ale persoanelor cu care au interacționat participantele pe parcursul timpului, fie cunoștințelor teoretice pe care participantele le dețin despre boală, fie unei percepții specifice asupra realității legată de divinitate.

„Ce să... acum ce dă Dumnezeu. Poate să fie și o sută de doctori.” (FG. Deva)

Într-o altă formă, ancorată mai puternic în realitatea palpabilă, sunt cunoștințele legate de recidivitatea bolii, raportat la această afirmație.

„după maximum 18 ani el recidivează și tot sfârșitul vine. [...]Asta o știu demult, de la o doamnă asistentă care... Deci când a ajuns... Așa țin eu minte de când eram mai tânără, că am auzit chestia asta.” (IDI Grup țintă IS)

Un alt factor determinant în lupta cu cancerul este și starea generală de sănătate a persoanei la momentul în care această boală se manifestă.

„Asta depinde de fiecare. De organism. Cât e de rezistent tratamentului, în primul rând... și depinde și de om.” (FG. Chiuiești)

Tratamentele existente împotriva cancerului au efectul negativ de slăbire a organismului ceea ce poate duce la apariția problemelor de altă natură afectând alte zone ale organismului.

„Posibil și asta. Sau e posibil să mori de altceva. Cu citostaticele, nu mori de cancer, dar dacă ai altă afecțiune. Îți pot afecta... / Mori din cauza citostaticelor. / Foarte agresive.” (FG. Deva)

Cancerul, în general, este perceput ca fiind o boală care recidivează, aspect ce determină un grad redus de încredere în ce privește supraviețuirea în unele cazuri.

„Cancerul e o boală recidivă. Și recidivează în 5 ani, în 10 ani, în 15. și e din păcate ca o condamnare la moarte.” (FG. Timișoara)

În cazul în care nu este descoperit la timp, mai exact, în fazele incipiente, cancerul la sân, reprezintă o condamnare la moarte în opinia majorității participantelor la studiu.



„Cancerul de sân nu poate fi vindecat, doar se prelungeste suferința.”

Și în ce privește această afirmație există opinii diametral opuse. Existența în cercul de cunoștințe de persoane care au supraviețuit bolii, determină un dezacord. Lipsa unor astfel de exemple, cât și existența cazurilor de persoane care au încetat din viață, înclină balanța în sens opus.

„Păi aia, Saveta, de câți ani... cred că și de 20 de ani e... / Sunt care s-au vindecat și cu operație, sau cu radioterapie, deci...” (FG. Chiuiеști)

Depistat din vreme, cancerul mamar poate fi vindecat în opinia unor participante, cu toate că este adus în discuție faptul că metodele de tratament sunt dificil de suportat, uneori slăbind organismul pacientelor foarte tare.

„Îți slăbește organismul. Pur și simplu. Pe lângă faptul că îți face bine într-o parte, îți slăbește tot organismul. [...] așa cum cred eu... au șanse.” (FG. Deva)

Operația, ca metodă de tratament în ultimă instanță, trebuie realizată cu un grad înalt de precizie, în opinia unei participante, lipsa acestei precizii aducând cu sine efecte nedorite.

„Idea este să nu-ți rămână celulă pentru că recidivează. [...]Nu am auzit de cancer malign și să mori de bătrânețe. Recidivează. Deci vindecat complet, nu.” (FG. Timișoara)

Efectele psihologice pe care le are boala asupra unei persoane sunt menționate ca negative asupra vieții pacientelor creând în sine suferință.

„Fata de care am zis. Fata la prietena mea, că are copilaș mic. Dar și gândul că 20 dacă trăiește. [...] E o apăsare. Veșnic cu frica. Treci de viață la 50.” (FG. Timișoara)

O atitudine pozitivă și pro-activă în ce privește starea de sănătate este considerată utilă în ce privește această boală.

„Trebuie să fie o persoană optimistă și într-adevăr o simți, trebuie să faci ceva, să nu stai nepăsătoare.” (FG. Timișoara)

O atitudine pro-activă în ce privește starea de sănătate ar împinge pe oricine la realizarea de analize în mod periodic, ceea ce ar permite descoperirea în timp util a acestor afecțiuni. Descoperindu-le din timp, posibilitățile de scăpa de cancer sunt mai ridicate.

„Da, da... să îl descoperi din timp... Și și mulți îl descoperă [...] Dacă mergi de două ori pe an la analize...” (FG. Brodina)



UNIUNEA EUROPEANĂ



„Chiar dacă este descoperit din timp cancerul de sân, o femeie obișnuită nu are ce face pentru a reduce șansele de a muri din cauza lui.”

Ca factori pozitivi, în ce privește o femeie obișnuită, sunt menționați nivelul de educație și informare, suportul din partea familiei și o atitudine pro-activă în ce privește sănătatea, în general. Ca factori negativi sunt menționate aspecte de natură financiară, respectiv veniturile și chiar informarea care aduce cu sine un anumit nivel de stres suplimentar.

O femeie obișnuită, pentru a avea ce face ca să reducă șansele de a muri din cauza cancerului mamar, trebuie să fie informată în legătură cu pașii pe care îi poate face în a trata boala. În opinia unei participante la studiu, nivelul de educație este un factor important în acest sens.

„O femeie cu patru clase poate nu ar insista așa de mult să se informeze, dar cineva care a fost mai mult la școală, poate să citească, să așa... normal că se zbate.” (FG. Deva)

Informarea în legătură cu această afecțiune poate aduce cu sine și efecte negative, ridicând nivelul de stres al persoanei în cauză.

„Și informația poate să devină un fel de stres, un pic.” (FG. Deva)

Sunt menționate, pe lângă persoanele cu un nivel redus de educație, persoanele din mediul rural ca fiind, practic, grupuri vulnerabile.

„O femeie de la țară care nu are nici televizor, nu are nimic în jurul ei, care stă mai izolată, normal că de unde să aibă informație.” (FG. Deva)

Dar chiar și cu un nivel satisfăcător de informație, în unele cazuri, o persoană obișnuită are șanse reduse de supraviețuire, în opinia unei participante.

„Părerea mea, cred că, când te lovește o boală grea, poți să fii tot informat și nu mai ai ce-i face, nu mai ai ce face.” (FG. Deva)

În ce privește cancerul mamar, activitățile terapeutice trebuie abordate în primele stadii ale dezvoltării afecțiunii pentru a avea șanse de succes, indiferent de nivelul de informare, sau educație, în opinia altei participante.

„Dacă nu au medicii ce-i face... atunci o femeie, poți să te informezi cât te-ai informa, dacă nu e atunci... când e la început să poți să faci ceva, mai târziu nu se mai poate...” (FG. Deva)

Sprejuzul familiei este adus în discuție în privința acestei afirmații, ca fiind de ajutor pentru situațiile în care apare această boală.







„Dacă se ia din timp și cum a spus și doamna... ajutat să... cum să zic... și împinși de familie și sprijiniți cum ar fi de familie, cred că [...] E posibil.” (FG. Brodina)

Nu numai familia poate oferi suport în ce privește lupta cu cancerul mamar.

„Odată ce știi că ești bolnav s-ar putea să nu te poți descurca singur. Dacă ești ajutat, cineva să te poarte, să te ducă, să te aducă, să te încurajeze.” (IDI Grup țintă TM)

Unele participante la studiu consideră că o femeie obișnuită, cu venituri medii, nu are aceleași șanse ca o persoană cu venituri mai ridicate. Un anumit confort financiar ar permite cuiva să opteze pentru a efectua, de exemplu, intervențiile chirurgicale, în străinătate.

„Care merg în Austria și se operează. Că noi nu avem posibilitatea să mergem. [...] Noi suntem medii.” (FG. Dancu)

Încrederea în cadrele medicale este de asemenea un factor ce trebuie luat în calcul raportat la acțiunile întreprinse în lupta cu cancerul mamar. O încredere ridicată în medic împreună cu urmărirea pașilor recomandați de către acesta, pot suprima efectele negative ale lipsei de informare, sau nivelului redus de educație astfel încât o pacientă să ajungă să beneficieze de tratamentul necesar pentru a-și îmbunătăți starea fizică.

„Că chiar și o femeie obișnuită se duce la medic și o trimite unde trebuie. [...] Și de acolo nu o scoate afară. [...] Se tratează chiar dacă nu știe citi, să zic.” (FG. Chiuiești)

Atitudinea pro-activă în ce privește boala este considerată în general ca fiind un factor pozitiv. Resemnarea nu este o soluție, în contextul în care sunt cunoscute suficiente metode de tratament.

„Adică trebuie să fie optimistă și să caute toate remediile atunci, posibile, la momentul respectiv. Tratamente acum sunt multe, din câte tot aud și eu, că s-au descoperit multe.” (IDI Grup țintă TM)

Ca factor negativ este prezentată atitudinea delăsătoare a unor femei bazată, într-o anumită măsură pe o oarecare prioritizare în general defectuoasă în ce privește aspectele legate de sănătate.

„Eu cred că uite, de exemplu, cum spuneau fetele că nu își fac Papanicolau că îl lasă pe altă dată. Sau la altă analiză, lasă că nu am bani.” (IDI Grup țintă VR)

„Dacă o femeie este sortită cu cancer de sân, ea va face cancer de sân, nu prea are cum să schimbe soarta”



Perspectivile referitor la această afirmație se despart în două categorii, cele care se concentrează asupra explicațiilor de moștenire genetică, respectiv cele care implică existența divinității ca factor în ecuație. De menționat în acest context este că participantele percep că ar avea un control mai mare raportat la sănătate în cazul primei raportat la a doua.

Faptul că la întâlnirile cu medicii unele participante la studiu sunt întrebate cauzele deceselor părinților, în contextul acestei afirmații, le pune pe gânduri faptul că această afecțiune, cancerul mamar poate să fie moștenit ereditar.

„Dar cancerul este o boală care se moștenește? / Nu e ereditară, nu știu dacă... / Nu. Dar când mergi la un medic, te întreabă, oriunde mergi, te întreabă, părinții de ce ți-au murit? / Dar alte boli sunt. De inimă. / Dar și asta.” (FG. Chiuiești)

Pentru alte participante faptul că această afecțiune se poate transmite genetic este chiar o certitudine.

„Există o predispoziție genetică spre cancer, deci cu care te naști.” (FG. Deva)

Chiar în cazul în care astfel de afecțiuni ar fi transmise ereditar, evoluția tehnologică actuală, în opinia unei participante, oferă posibilitatea de a modifica soarta.

„... acum 10 ani și eu spuneam tot așa. Acum zic că știința a evoluat și deja se fac studii și sunt persoane care reușesc să schimbe, dar cu mult exercițiu și probabil că ar fi trebuit să începi să faci... și să nu mai ai alte preocupări. Acum epigenetica zice că poți să modifici soarta.” (FG. Deva)

Schimbarea de perspectivă adusă de această afirmație asupra subiectului sănătății ne oferă o imagine asupra modului în care pot fi convinse, în anumite contexte, să abordeze unele participante o problemă de sănătate, atât în general, cât și în mod particular.

„Păi acum cu siguranță, că dacă o luăm așa, că ce ți-e sortit, aia e... Ce ți-i scris... trebuie să ți se întâmple, deci dacă o luăm așa, hai, poate, să zici că într-adevăr.” (FG. Chiuiești)

O participantă consideră că nu are deloc control asupra ceea ce-i este dat să trăiască, fiind irelevante aspectele de natură financiară.

„Dacă nu ai zile, poți să faci orice. Poți să ai bani... știi cum?” (FG. Deva)

Într-o tentă similară, unele participante asociază această afirmație cu perspectiva religioasă asupra ordinii lucrurilor. Deși nu cu o perspectivă fatalistă asupra îmbolnăvirii cu cancerul mamar, îmbolnăvirea în sine este înțeleasă ca făcând parte din ordinea lucrurilor, o atenționare din partea divinității.



UNIUNEA EUROPEANĂ



„... nu sunt de accord cu ce ți-e scris în frunte ți-e pus. Dacă o luăm pe partea religiei, deci, îți dă un semn și de sus, dar nu înseamnă că ai să mori din cauza asta. / [...] Deci, nu, gata, dacă e sortită. Face cancer de sân dar se va vindeca.” (FG. Brodina)

Pentru unele participante controlul divinității asupra vieții lor este interpretat ca fiind mai degrabă coercitiv, indiferent dacă rezultatul acestei coerciții este unul pozitiv sau negativ. Luată ca atare, o decizie a unei entități superioare, aceasta nu poate fi modificată.

„Și eu am mai spus, degeaba vrei să o iei la stânga dacă cel de sus, ori azi ori mâine vrea să te îndrepte tot la dreapta. Deci tot drumul acela care ți-i sortit îl iei.” (FG. Dancu)

Sunt prezentate în acest context exemple de clerici care au un rol de mediatori care îndeamnă oamenii la apelarea la servicii medicale, prezentând cadrele medicale ca făcând parte din schema logică a divinității.

„Mie un părinte mi-a spus că medicii sunt trimiși tot de cei de sus. Și așa trebuie să mergem cu încredere și la operație. [...] Și-l ajută și pe doctor să fie atent atunci, în timpul operației. Tot Dumnezeu îi dă putere.” (FG. Dancu)

### „Tratamentul pentru cancerul de sân presupune mutilarea mea ca femeie.”

Deși au existat în cadrul studiului participante care sunt de acord cu această afirmație, majoritatea consideră că adaptarea la o potențială operație de extirpare, respectiv chimioterapie, nu ar fi una foarte dificilă având în vedere rezultatul final ar fi unul pozitiv.

Mai multe participante consideră că, cu cât o femeie este mai tânără, ar exista un potențial mai mare de a fi afectată de o astfel de operație, dat fiind stilul de viață mai alert, respectiv schimbările dese survenite în viața de zi cu zi, dar în aceeași măsură și gradul de adaptare la astfel de schimbări ar fi unul mai ridicat în ceea ce le privește.

„Depinde cât este de tânără femeia. [...] Și cât de expusă e. [În sensul că, s]ă fie fizicul corect. [...] Da, cu atâta probabil suferi că nah, nu ai sâni și nu ești normală. [...] Depinde unde lucrezi, dacă ești tânăr, cum trebuie să te îmbraci, cum...” (FG. Brodina)

Vârsta este un factor important de luat în calcul raportat la această afirmație și în sens invers, aspectul fizic nemaifiind considerat un lucru de valoare în ce privește viața de zi cu zi pentru unele participante.





UNIUNEA EUROPEANĂ



„Sunt unele consecințe ale tratamentului dar nu ar trebui să o considerăm [...] ca mutilare. Pe mine nu m-ar deranja, doamne ferește, că nu aş avea sâni. Că nu sunt o mândrie la vârsta asta.” (FG. Chiuiești)

Tot în aceeași notă, un exemplu dorința de a supraviețui este mai puternică în unele cazuri decât dorința de a păstra anumite standarde în ce privește aspectul fizic.

„... dar dacă vrei să trăiești și, mai ales, dacă ai și niște ani, nu îți mai pasă.” (IDI Grup țintă TM)

Participantele recunosc că, cel mai probabil, șocul inițial al pierderii sânilor, în cazul unei operații, ar fi unul semnificativ, dar că s-ar adapta ușor în contextul valorizării mai puternice a faptului că s-au vindecat în urma operației.

„Bineînțeles că la o chestie de asta în primul moment ești supărat.” (FG. Dancu)

Sprijinul familiei în contexte de genul acesta este un factor important în opinia unor participante, aducând exemple de situații în care soți și-au părăsit soțiile în urma unor astfel de operații.

„Depinde și cine te sprijină de acasă. [...] Am auzit pe cineva. După ce s-a operat, s-au despărțit. / Înseamnă că nu era om.” (FG. Dancu)

Vârsta la care are loc operația este un criteriu semnificativ, în contextul în care un astfel de tratament poate avea efecte negative asupra vieții de familie sau de cuplu.

„Dar deja la o femeie de 40 de ani... Deci am văzut și căsnicii care s-au destrămat din cauza unei chestii de genul, cum și bărbații acceptă sau nu sau sunt pregătiți psihic pentru asta” (IDI Grup țintă CJ)

Adaptarea se poate face și în condiții mai puțin favorabile, mai exact în absența suportului familial. Existența unor astfel de exemple în cercul de cunoștințe aduc un licăr de speranță în întreaga imagine despre ce înseamnă lupta cu această boală.

„S-a adaptat la situația respectivă. Și ce admir la ea foarte mult e faptul că e singură, nu mai are bărbat de foarte mulți ani și a avut un copil, și a murit și ăla prin Arad, și nu are nici nepoți. Și cu toate astea e foarte optimistă și nu se plânge. Cred că ăsta e un lucru grozav.” (IDI Grup țintă TM)





Chiar dacă există și exemple de femei care au suferit de depresie în urma unor astfel de experiențe, opțiunile existente la momentul actual, din oferta de chirurgie estetică pot fi utilizate cu foarte mare succes.

„În primă fază e impactul dar după aceea după nu știu cât timp e voie, poți să-ți pui implantul fără nici o problemă. / Dar sigur. Și poți să arăți mai bine decât înainte.” (FG. Timișoara)

„Orice rău trebuie tăiat de la rădăcină. Dacă nu ai scos răul acela... atunci preferi să stai și fără un sân, că acum se pot face lucruri care să pari doamna doamnelor.” (FG. Deva)

Confortul psihologic oferit de o operația de extirpare, ca soluție salvatoare în ce privește supraviețuirea, este în opinia participantelor un lucru mai important și de valoare decât pierderea sânilor.

„Da, dacă trebuie scos răul, nu cred că e așa de important esteticul. [...] Da, e mai important să supraviețuim.” (FG. Brodina)

Concentrarea pe aspectele pozitive ale unei situații în care o persoană se confruntă cu cancerul este o soluție conform unei alte participante.

„Deci ar trebui să gândești pozitiv în situații de genul acesta, pentru faptul că trăiești efectiv.” (FG. Deva)

Lupta pentru supraviețuire este absolut necesară în opinia câtorva participante.

„Principalul este că te-ai vindeca. Chiar dacă... pui o proteză. / Dacă trăiești... ce contează? / E mai important să te vindeci, chiar dacă nu... / Dar tot așa, cum spun doamnele. Dacă ajungi acolo, trebuie să faci orice.” (FG. Chiuiești)

În opinia unei participante accentul ar trebui pus pe faptul că persoana supraviețuiește, aspectul estetic trecând pe un plan secundar.

„E mutilare impropriu spus, la asta se gândesc femeile. Mă duc și îmi taie sânul și nu mai sunt om. Serios? Dar nu ți-a luat capul. Ai capul pe umeri. Adică na, depinde de fiecare cum gândește. Pentru mine nu ar fi mutilare, ar fi o șansă la viață. Și dacă trebuie să faci asta, fă-o. Nu știu, îmi pun din burete. Habar nu am.” (IDI Grup țintă VN 3)

Recuperarea stării de spirit este inevitabilă în opinia unei alte participante, chiar dacă procesul în sine este unul dificil. Aspectele negative fiind depășite în timp, în ritmul în care fiecare persoană afectată este capabilă să meargă mai departe. Existența unui partener de discuții cu care să împărtășească trăirile ce se nasc din această experiență este un factor de mare ajutor totuși.





UNIUNEA EUROPEANĂ



„Aici nu știu ce să zic pentru că în primă fază e o mutilare, că rămâi fără un sân, iar vă spun din caz concret, dar pe urmă acceptți, lupți cu tine și mergi mai departe. Deci fizic vorbind și chiar și psihic. În primă fază e destul de dur. Adică eu când am văzut prima femeie fără un sân eu am făcut șoc. Și nu eram eu în cauză. Dar pe urmă îți acceptți soarta, îți acceptți soarta când nu îl mai ai, nu altceva. Și vezi că poți trăi mai departe și poți merge mai departe și devii aceeași colegă jovială, asta o colegă de servicii care în primă fază clacase și eu chiar nu știam ce să fac în cazul asta și atunci am dirijat-o și eu către o altă colegă de servicii care se operase cu doi ani înainte. Și de atunci au trecut și la ele, una de vreo 10 ani, cealaltă de 8. și chiar sunt foarte bine amândouă.” (IDI Grup țintă BZ 1)

În ce privește factorii de risc specifici cancerului de sân este de menționat faptul că majoritatea celor prezentați de către participante sunt la nivel de opinii personale și informații obținute din contexte în care au discutat despre cazuri concrete de persoane care au suferit de această maladie. Cazurile de persoane care să fi discutat cu persoane din domeniul medical despre potențiali factori de risc au fost foarte puține pe parcursul discuțiilor avute atât de grup cât și individuale. Unele din participantele la studiu nu cunoșteau nici un exemplu de factori de risc, acest lucru făcându-se evident mai degrabă în discuțiile individuale, atât în mediul urban cât și în mediul rural.

Unul dintre factorii de risc specifici cancerului de sân cel mai des menționați pe parcursul focus-grupurilor realizate sunt loviturile. Sunt enumerate exemple atât din cercurile apropiate ale participantelor cât și altele mai îndepărtate, cazuri care au avut răsunet în comunitatea locală, în cazul localităților rurale, în special. Este de menționat în legătură cu acest factor de risc că în unele cazuri, a fost singurul factor menționat în ce privește apariția cancerului mamar.

„Sau dintr-o lovitură, încă... poate s-a lovit undeva foarte rău... și asta poate să...” (FG. Chiuiești)

Loviturile duc la apariția unor noduli, în opinia participantelor care au un potențial ridicat de a se transforma în cancer.

„Te lovești puternic și se face un acesta, nodul și îl lași, nu îi dai importanță și poate... altceva, nu știu.” (FG. Chiuiești)



UNIUNEA EUROPEANĂ



În ce privește protejarea de lovituri în zona sânilor, o participantă afirmă că a fost învățată de către mama ei, în tinerețe.

„Deci în afară de lovituri, pe mine mama de mică m-a educat să am grijă, să nu mă lovesc, să mă feresc.” (FG. Timișoara)

Majoritatea exemplilor oferite de cazuri de persoane care au decedat din cauza cancerului mamar au fost puse pe seama loviturilor netratate.

„Păi am avut o vecină, a murit la 17 ani de cancer la sân. A fost pișcată de un băiat la școală. / Cumnata care v-am spus că a murit tot de cancer, a fost lovită. S-a lovit la sâni și din cauza asta s-a tras. / Pe Mihaela Pisălău, a lovit-o o văcuță, a băgat capu, cornul și tot așa nu...” (FG. Brodina)

Din cunoștințele unei alte participante, utilizarea unui sutien strâns o perioadă îndelungată ar fi un alt factor în apariția nodulilor.

„Mi-a spus că nu am voie să port mai mult de 4 ore pe zi un sutien foarte strâns pe mine.” (IDI Grup țintă VN 3)

Dezechilibrele hormonale sunt amintite ca factori de risc în ce privește apariția cancerului mamar. Indiferent de cum apar aceste dezechilibre hormonale, fiind asociate de către participante cu alimentația, stilul de viață, nivelul de stres sau menopauza, ele trebuie tratate cu foarte mare atenție, în opinia unor participante.

„Și mai ales femeile când intră la menopauză. / Dar e tot hormonal.” (FG. Deva)

„De la dereglări tot așa pe bază de stres, de alimentație de fel și fel. [...] Și alimentația. Nu vedeți că la 20 de ani au 100 de kg?” (FG. Timișoara)

Utilizarea anticoncepționalelor poate fi un alt factor în opinia unei participante la studiu.

„femeile acestea tinere, foarte tinere, atâtea anticoncepționale iau. Și eu mă gândesc... nu o fi asta un motiv?” (IDI Grup țintă TM)

Pe lângă lovituri și dezechilibrele hormonale mai este menționată în câteva cazuri, predispoziția genetică pentru această boală. Nu este o certitudine pentru nimeni predispoziția genetică ci doar o inferență raportată la discuții avute cu diverși medici pe parcursul timpului, în experiența unor participante.

„Că de aia te întreabă doctorul, ai avut pe cineva bolnav în familie? Automat, când te duci la medic, ai avut pe cineva în familie?” (FG. Deva)







UNIUNEA EUROPEANĂ



Moștenirile genetice sunt prezentate de către unele de participante ca fiind inerente grupului de factori determinanți în apariția cancerului, singurul aspect ce diferă fiind momentul în care acesta ajunge să se manifeste.

„Da. Cică toți avem, am înțeles eu, celule canceroase. Dar depinde la care erupe. / Da, cam la toți există. / Există. Dar depinde când se declanșează. Pe ce bază.” (FG. Timișoara)

O predispoziție mai ridicată la cancerul mamar pot avea inclusiv femeile care au fost expuse radiațiilor nucleare, în opinia unei participante, dar și persoanele care trăiesc într-un mediu toxic, sau cu un grad crescut de poluare.

Femeile care nu au copii, sunt, în opinia unor participante, mai susceptibile cancerului mamar.

„Se spune că se regenerează prin naștere. Organismul unei femei la naștere se regenerează mai mult.” (FG. Timișoara)

Absența alăptării este un factor, în opinia unei participante, chiar dacă persoana în cauză are copii.

„deci, în primul rând, persoane care au copii și nu alăptează sau nu alăptează la viața lor.” (IDI Grup țintă IS)

Un alt potențial factor este absența unei vieți sexuale active, din cunoștințele unei alte participante la studiu. O viață sexuală inactivă, sau puțin activă ar determina, din cunoștințele participantei, anumite dereglări hormonale. Gradul de certitudine în legătură cu acest fapt nu este foarte mare, însă, deși informația este primită de la un cadru medical.

„Păi asta am întrebat-o eu pe doctoriță. Acuma dacă asta era specific vârstei mele, nu știu. Mi-a spus că cancerul la o femeie, indiferent că e de sân sau de col uterin șansele mai mari sunt la femeile care nu au o viață sexuală activă.” (IDI Grup țintă VN 3)

O altă participantă asociază consumul de alcool, respectiv narcotice cu acest tip de cancer, având exemple din experiența personală de muncă, în străinătate de astfel de cazuri.

„Iarăși, nu știu ce să zic de alcool. [...] Și nu știu dacă nu avea un impact, cel puțin la un moment dat, faza cu narcoticele, că acolo am întâlnit femei de vârsta mea... Deci eu am fost în America vreo 10 ani; am mers, am venit acum vreo... ultima dată acum vreo 10-12 ani. Deci femei de vârsta mea care atunci, la 50, 40 și ceva, 50, 50 și ceva, aveau probleme cu narcoticele și aveau cancer de sân.” (IDI Grup țintă CJ)





Nu toate participantele la discuțiile de grup au discutat cu medici despre cancerul mamar în ultimii doi ani de zile. Deși unele dintre ele au discutat, totuși, cu mai mult timp înainte despre acest subiect, unele nu au abordat subiectul niciodată. Pentru unele persoane subiectul nu este unul ușor de abordat.

„Știți cum e? Câteodată, nici nu vrei să deschizi subiectul.” (FG. Deva)

Discuțiile, în cazul în care acestea au existat au fost fie cu medicul oncolog, specialist, ginecolog fie chiar cu medicul de familie. Pe lângă aspectul de informare în legătură cu boala, discuțiile au avut și rezultatul de a crește nivelul de înțelegere asupra riscurilor asociate bolii și că după o anumită vârstă, o femeie intră într-o categorie de risc, risc ce trebuie abordat și minimizat.

„Era medic specialist și atunci am întrebat mai multe lucruri că m-a determinat, că eu până atunci nu o consideram o problemă, lucrul acesta și atunci m-a determinat mai mult ca să înțeleg că de la vârsta asta, trebuie să mă gândesc că ar putea apărea unele probleme” (FG. Chiuiești)

Un alt aspect ce a fost abordat în cadrul discuțiilor cu medicii este reprezentat de către simptomele cărora participantele ar trebui să le acorde atenție.

„Dacă am dureri sau am noduli sau așa ceva.” (FG. Chiuiești)

Medicii pot oferi informații și în situațiile în care un alt membru al familiei este suspect de această afecțiune, sau chiar

„La fata mea a venit de la servicii și m-am speriat foarte tare și-a dat bluza și sutienul jos și i se umflase pieptul. [...] și m-am speriat din cale afară. [...] Da. L-am sunat.” (FG. Timișoara)

Atât medicii cât și asistenții comunitari consideră că principalul lor input ar chiar acesta de a crește nivelul de conștientizare a populației în ce privește felul în care abordează pericolul unei astfel de boli. Aceasta este o activitate perpetuă care necesită foarte multă implicare și dedicație, având în vedere și specificul populației țintă. Lupta cu dezinteresul general în ce privește starea de sănătate a grupului țintă de vârstă este cel mai dificil aspect de gestionat din întregul ansamblu de factori. Dezinteresul generalizat cu privire la menținerea sănătății este menționat în majoritatea discuțiilor avute cu cadre medicale, fie ele asistenți comunitari, fie medici de familie.

„Deci prima dată trebuie să informăm. Deci dacă ar fi să vină la noi, să informăm populația despre acest program.” (IDI Asistent comunitar TM)



„Deci prima dată trebuie să informăm. Deci dacă ar fi să vină la noi, să informăm populația despre acest program.” (IDI Asistent comunitar TM)

Subiectul apare în discuții și în mediul familial, membrii familiei fiind cei mai apropiați dintre cei cu care participantele interacționează. Chiar dacă partenerii de viață sunt excluși, uneori din aceste discuții, pentru că „*domnii nu se pricep*”, participantele la studiu au tot timpul o persoană de gen feminin cu care să abordeze acest subiect. Aceste discuții iau în calcul, uneori, inclusiv factori de risc specifici în ce privește cancerul mamar.

„Alți membrii, da. Eu personal am avut o verișoară primară care s-a operat la sân, a avut cancer. Și exact ce spuneam, nici ea nu a avut copii și îmi tot spunea mie ai grijă, ai grijă că nici tu nu ai. Dar slavă domnului că e bine momentan.” (FG. Timișoara)

Discuții despre cancerul mamar au loc și între prieteni, vecini respectiv colegi de muncă. Recomandările sunt în general direcționate înspre realizarea de analize.

„Și toți ne sfătuiesc să mergem să ne facem analize. / Control. / Mamografie. / Că sunt tot felul de programe.” (FG. Timișoara).

Există și exemple de persoane din cercurile sociale ale participantelor care au o atitudine mult mai constructivă în ce privește controlul raportat la această boală.

„Acum poate că am discutat de... Da, o colegă care își face în fiecare an mamografie, fiindcă zicea că... mai tânără ca mine cu vreo 10 ani, cred, că zicea că o colegă de-a ei, așa, fără niciun fel de simptom, cutare, a făcut așa și a murit în foarte scurt timp. Știa ea pe cineva, știi?” (IDI Grup țintă TM)

Discuțiile acestea nu au un subiect ușor de abordat, motiv pentru care numărul persoanelor cu care participantele se simt confortabil să le abordeze este unul redus.

„Discutăm! Așa... [...] între prieteni. / În grup restrâns” (FG. Brodina)

Unii medici de familie au chiar o atitudine pro-activă în ce privește cancerul mamar. Există exemple în care subiectul este abordat de către medic.

„Doctorul meu, adică doctorița de familie a spus că ne va obliga, pe noi, pacientele peste 40 de ani să mergem la control. [...] nu am ajuns să mă oblighe, dar a zis că urmează. [...] Nu am ajuns să mă trimită.” (FG. Timișoara)

În aceeași măsură, trebuie menționat că, în ultimii doi ani, unele participante nu au deschis subiectul cu absolut nimeni, nici măcar cu membri ai familiei.



„Da! Nu a fost un subiect.” (IDI Grup țintă SV)

Dintre metodele de descoperire timpurie a cancerului la sân sunt menționate atât auto-examinarea, examenul clinic mamar cât și ecografia, respectiv mamografia. Ce reiese la un prim contact cu informația este că deși auto-examinarea, respectiv examenul clinic mamar sunt metode mai la îndemâna participantelor, ecografia, respectiv mamografia au un grad mai ridicat de încredere în ce privește rezultatul oferit.

Auto-examinarea este o metodă pe care unele participante la studiu au învățat-o fie de la cadre medicale cu care acestea au interacționat, fie în cadrul familiei, de la părinți, respectiv bunici.

„De la medic. [...] Sigur că da. Mi-a și arătat” (FG. Timișoara)

„Eu știam de la mama.” (FG. Deva)

„În familie. De la bunică.” (FG. Timișoara)

Informații despre auto-examinare sunt obținute și de la televizor sau pliante.

„Când mergi la doctor are o masă cu tot felul de pliante. [...] Și acolo găsești.” (FG. Brodina)

Pașii ce trebuie urmați pentru a determina modificări semnificative prin auto-examinare sunt descriși în pliantele respective.

„Îți explică exact ce ai de făcut.” (FG. Brodina)

Principala avantaj al acestei metode este că faptul că poate fi practicat de către oricine. Este metoda cea mai la îndemână în privința acestei cancerul mamar.

„Și cred că e cea mai apropiată pe care poți să faci... ca să poți tu controla. Nu trebuie să mai aștepti.” (FG. Chiuiești)

În unele situații nodulii pot fi descoperiți în timp util pentru a lua o decizie în acest sens și a opta pentru a acționa cu pași ulteriori împotriva lui. Masajul, respectiv auto-examinarea în timpul dușurilor luate de către participante sunt metodele prin care participantele au ocazia să descopere dacă ceva nu este în regulă din acest punct de vedere.

„Descoperirea imediată. Dacă te palpezi și vezi că nu e ok îți pui întrebarea.” (FG. Dancu)

Cu toate că această metodă este la îndemână pentru toată lumea, ea nu este considerată ca fiind cea mai eficientă în contextul în care pot exista noduli pe care prin autoanaliză să nu fie descoperiți.

„Poate să apară nodul și tu să nu-l descoperi.” (FG. Chiuiești)





În cazul în care cancerul de sân poate fi descoperit, unele participante consideră că prin auto-examinare, existența cancerului este descoperită tardiv. Exemple în care cunoștințe de-ale lor au suferit de cancer pe care l-au descoperit prin auto-examinare s-au dovedit a fi exemple avansate de cancer mamar, momente din care doar tratamente serioase mai pot fi implementate, cu șanse de succes reduse.

„Am avut o vecină care tot așa... a avut cancer la sân și zicea că nu a simțit decât în momentul în care s-a întors odată pe o parte și a simțit ceva [...] în neregulă... s-a dus la medicul de familie, imediat i-a dat trimitere la mamografie și avea deja stadiul 3. Deci acea vecină nu mai există. Nu mai este printre noi. I s-a tăiat sânul la Cluj. [...] A fost operată, i s-a tăiat sânul, a făcut citostatice... cam a durat, de la operație... cam... șase ani a mai trăit.” (FG. Deva)

De asemenea, apariția nodulilor hormonalți este un lucru des întâlnit, în experiența unor participante, aspect care ar putea induce în eroare în momentul în care unul cancerigen s-ar manifesta.

„Dar nu poți să știi... că poate să fie... nu este obligatoriu să faci un cancer de sân și să ai un nodul sau ceva. [...] Dacă nu ai rămas la menopauză, se fac la sân, se fac noduli hormonalți, dar nu sunt toți cancer.” (FG. Deva)

Auto-examinarea este o metodă de prevenție pe care nu toată lumea o cunoaște sau folosește adecvat.

„Da, ar trebui făcut cu metodele adecvate și nu când te speli. [...] Trebuie să faci asta și să fie atent. Și cu mâinile sus, ridicate brațele, cu sfârcurile la același nivel, am înțeles. Palparea se face prin mișcări circulare. Pe toată suprafața.” (FG. Timișoara)

Un alt dezavantaj la această metodă este acela că, fiind o metodă de detectare personală/intimă, în sensul că nu mai este implicat nimeni altcineva, ea nu este realizată nici cum trebuie și nici cât de des ar fi necesar.

„Doar comoditatea. [...] Că nu o facem [...] Mizăm pe faptul că mă deranjează, simt eu ceva și atunci fac. Că altfel...” (FG. Timișoara)

Examenul clinic mamar are avantajul de a fi făcut de o persoană cu instruire medicală și cu experiență.



„Da. Știți de ce? Poate că noi ne palpăm aici, dar nodulii pot să fie de la subraț în sus. Și noi nu ne palpăm pe unde [...] El când m-a palpat,, numai pe aici. Deja m-a luat pe aici pe subraț și atunci... sigur că noi acasă, ne palpăm la sân.” (FG. Deva)

Pregătirea și experiența unui medic este descrisă ca fiind un aspect foarte important în opinia participantelor la studiu.

„Cunoaște... / Deci simte, probabil, zic eu, ar simți mai repede. / Găsește, își dă seama că e ceva. / Mai repede ca noi.” (FG. Chiuiеști)

Opinia unui medic specialist este mai pertinentă și oferă un grad mai ridicat de încredere în comparație cu auto-examinarea.

„[...] știi că prezintă încrederea mai mare opinia unui specialist.” (FG. Timișoara)

Pregătirea unui cadru medical i-ar permite acestuia să ia în considerare factori pe care o femeie obișnuită are șanse să-i rateze.

„Poate nici nu știi ce simți. Că astăzi te pipăi, mâine oare mi-a ieșit ceva în plus? / Și sânul nu mai este ca la domnișoare, e normal să fie așa. / Și probabil că depinde și de o anumită fază, a femeii, care este. [...] Astăzi poate să fie mai tare, mâine să fie mai moale. Știți?” (FG. Timișoara)

Ecografiile mamare oferă un grad mai ridicat de siguranță în ce privește situația de fapt, atât comparativ cu auto-examinarea, cât și cu examenul clinic mamar.

„Deci dacă e un început de nodul... ceva se vede. Deci se vede la ecograf. / Ești mai sigur” (FG. Chiuiеști)

Ecografia mamară este o analiză care prezintă un grad crescut de precizie comparativ cu metodele prezentate anterior, în opinia participantelor.

„E mult mai sigură. / E mai concret. / Se vede mai bine. / Se vede tot și țesutul și adâncime și profunzime.” (FG. Timișoara)

Contactul cu medicul poate oferi explicații suplimentare și poate de asemenea clarifica posibile nelămuriri ale pacienților, acestea chiar având posibilitatea să învețe metoda auto-examinării.

„Am fost odată la medic, la un ecograf, am făcut după care mi-a spus cum să fac acasă.” (FG. Brodina)

Au fost întâmpinate pe parcursul studiului situații în care diferența dintre ecografie și mamografie nu era una foarte clară.



UNIUNEA EUROPEANĂ



„Dar mamografie am făcut când a venit echipa? / Nu. Acela a fost ecograf. / Ecograf a fost?”  
(FG. Chiuiești)

Un avantaj în ce privește ecografia este acela de lipsă a radiațiilor. Una dintre participante, dorind să își facă o mamografie, medicul i-a recomandat, în primă fază ecografia.

„Păi, nu te radiază, zic eu. Cred că nu te radiază ecograful, da. Mi-am făcut atunci, că atunci am mers... am mers pregătită la medicul de familie – aveam un alt medic. Zic „Domnule, aș vrea să îmi fac și eu o mamografie”. Și ea m-a consultat. Zice „Știi cum e? Mai degrabă ți-aș propune un eco”.” (IDI Grup țintă TM)

Deși în cadrul focus grupurilor diferențierea între cele două metode s-a realizat de la sine, în cadrul interviurilor cu persoane din grupurile țintă, acest lucru nu s-a întâmplat. Acest fapt se explică prin lipsa contactului participantelor cu acest domeniu al medicinei, sau informațiile insuficiente despre o metodă sau alta.

Despre mamografie, participantele au auzit atât la medicii de familie pe care îi au, cât și la televizor, în unele cazuri. De asemenea și unele cunoștințe personale pe care participantele le au, care au avut experiența unei mamografii sunt surse de informare.

Mamografia este analiza cea mai performantă în opinia majorității participantelor, oferind o imagine certă asupra aspectelor care sunt analizate.

„E mai sigură. E mai sigură decât... [...] Se descoperă cred că... și stadiul, dacă... în cazul în care există ceva, deci se vede... / Că e mai la început, sau e mai avansată situația și...” (FG. Chiuiești)

Un aspect negativ adus în discuție de către participante este existența radiațiilor. Cu toate acestea, având în vedere că recomandarea este ca această analiză să fie făcută odată la doi ani, acest aspect nu prezintă probleme în opinia lor.

„Sunt ceva radiații. / Sunt radiații, sigur că sunt raze X, dar... / Ca și la radiografia de plămâni, dar nu e... / Păi dar nu le faci așa des. / Nu faci frecvent.” (FG. Chiuiești)

Un alt aspect negativ în ce privește mamografia este faptul că este o analiză dureroasă.

„Mamografia este dureroasă, mai ales la cine are sânul mai mare. Cum am avut eu atunci inflamația așa puternică, a fost foarte dureroasă. [...] Păi durerea e foarte mare, nu e chiar de neglijat.” (FG. Deva)





UNIUNEA EUROPEANĂ



Doar aflând că această analiză este dureroasă de la alte persoane, acest lucru poate determina pe cineva să nu dorească să își facă mamografia.

„Și la mamografie – că îmi spune colega aceasta, că eu nu mi-am făcut niciodată, ti-am zis – și mi-a spus colega aceasta... zice „Să știi...”... zic „Cum a fost?”, că dacă îmi spune că merge azi, o întreb mâine cum a fost. Zice „Știi cum a fost? Traumatizant”. Așa mi-a spus – traumatizant, știi? [...] e greu de făcut. O zis că presează nu știi cum [...] E dureros să... poziția în care trebuie, metoda respectivă, știi?, că în rest, nu, când te radiază, te radiază, dar nu... Deci traumatizant.” (IDI Grup țintă TM)

Nu toate participantele au avut parte de mamografie, deși este cea mai precisă dintre analize, motivul fiind decizia doctorului care le-a recomandat ecografia, iar în urma acesteia, rezultatele nu au determinat că ar fi necesară mamografia. Sunt prezente și exemple în care unele persoane au făcut doar mamografie, fără să se apeleze la ecografie. O explicație în acest sens este oferită de către o participantă care spune că mamografia a fost gratis, iar pentru ecografie trebuia plătit.

Sunt prezentate, în contextul plății analizelor, timpii de așteptare pentru realizarea mamografiilor ca fiind un factor negativ. Acestea se pot face gratuit, dar în experiența unei participante, timpul de așteptare era de câteva luni. O astfel de situație împinge pe cei care își permit să apeleze la serviciile private care oferă aceste tipuri de analize. Participantele declară că nu și-ar permite să le facă contra-cost.

Deși există și persoane care să nici nu fi făcut mamografie și să nici nu cunoască pe nimeni care să fi făcut, majoritatea participantelor la studiu, fie au trecut ele personal prin experiența mamografiei, fie cunosc pe altcineva care să fi trecut prin această experiență, fie ambele. În majoritatea cazurilor, nu li s-a povestit despre cum a fost mamografia pentru cealaltă persoană.

Din interviurile realizate cu cadre medicale, atât asistenți cât și medici de familie au reieșit mai mulți factori care ar frâna accesarea populației în ce privește serviciile de descoperire timpurie, respectiv serviciile de prevenție în ce privește cancerul de sân.

Vârsta persoanelor din grupul țintă, după cum s-a observat și în cadrul focus grupurilor, poate determina un anumit grad de dezinteres în ce privește starea de sănătate.

„Sunt care da... nu mai... de acum sunt bătrână, fie ce o fi.” (IDI Asistent comunitar TM)

Dezinteresul poate fi determinat și de o lipsă de educație atât generală, cât și medicală în particular. Lipsa informațiilor în legătură cu aceste aspecte ar putea fi corelată de asemenea cu





UNIUNEA EUROPEANĂ



dezinteresul menționat, soluția pentru depășirea dezinteresului fiind, în opinia cadrelor medicale fiind chiar informarea în sine a populației în legătură cu aspecte specifice legate de boală, cu tot cu consecințele ei asupra organismului. Dezinteresul este de asemenea corelat, în opinia cadrelor medicale și cu veniturile reduse ale populației din grupurile țintă. Conștientizând faptul că analizele subsecvente, respectiv tratamentul ar fi unul costisitor, unele persoane renunță la face chiar și primii pași în acest proces de prevenție. De asemenea, un aspect sesizat și în cadrul discuțiilor de grup, vârsta în sine poate determina un anumit grad de dezinteres în ce privește o viață sănătoasă.

„Am avut pacienți cu clar semne de malignitate și nu s-au grăbit să facă. Acum cele mai tinere cred că conștientizează totuși altfel. În jur de 40-50 de ani. Dar la o vârstă mai avansată nu am văzut să fie dornice să îmbătrânească sănătos, să zic așa.” (IDI Medic VN)

Dezinteresul față de procedurile de prevenție poate fi determinat, în opinia cadrelor medicale și de un stil de viață nesănătos, fiind adus în discuție consumul de alcool, în contextul unui număr ridicat de membri în gospodărie. Situațiile sunt, totuși, excepționale și în număr redus.

„[...] deci persoanele care au mulți copii de obicei ei sunt ruși, așa, de realitate, că unul dintre membri sau poate și unul dintre părinți e consumator de alcool. Și pe asta, dacă consumă alcool, nu îl mai interesează nimic altceva. Ce îi trebuie lui analize[?]” (IDI Asistent comunitar IS)

Dezinteresul pare să fie mai ridicat, în corelație cu veniturile avute la dispoziție, în opinia unui medic în rândul persoanelor din grupurile vulnerabile. Asociat cu comorbidități specifice unui stil de viață specific și cu o speranță de viață mai redusă, dezinteresul pentru astfel de programe sau servicii de prevenție este cu atât mai redus.

„Le văd mai conștiente de gravitatea bolii, dar în același timp dacă nu fac eu o testare activă, ele se adresează mai târziu. Adică dacă nu le dezbrac eu să le fac o palpăre, ele se adresează foarte târziu de teamă că trimit să fac nu știu ce și nu am bani acuma. [...] Dar mă gândesc că nu asta cu banii, totuși. Ci vârsta. La ele nu foarte multe femei ating vârsta de 70 de ani. Adică probabil și stilul lor de viață, consumatoare. Sunt mai expuse altor patologii care să împiedice cumva calitatea vieții la 70 de ani. Și la vârsta asta nu se mai gândesc să prevină ceva boală pentru ca la 80 să fie sănătoasă.” (IDI Medic VN)

Deplasările în sine, respectiv distanțele dintre comunitățile în care au fost luate interviurile, și cele mai apropiate centre medicale ce ar putea oferi analizele acestea de prevenție, corelate cu



veniturile reduse sau infrastructura de transport incomodă sunt factori ce determină un nivel de accesare redus al acestui tip de servicii.

„Da, și deplasarea. Sigur că da. Pentru că noi, aici nu avem tren, să spunem, doar mijloc de transport. Și atunci nici autobuz nu avem, și atunci, ele să meargă să își facă această analiză ar trebui să își ia o mașină particulară și atunci costă până în Timișoara de exemplu, un milion 700, asta e tariful care îți ia mașina de aici până acolo și atunci gândiți-vă că nimeni nu s-ar duce.” (IDI Asistent comunitar TM)

Deplasările pot fi afectate inclusiv de anumite comorbidități asociate vârstei grupului țintă, aspect ce a ieșit în evidență și în cadrul focus grupurilor realizate.

„Bolile asociate, comorbidităților. Că la grupa de vârstă 50-69 de ani deja intervin comorbidități. Acestea sunt de multe ori, e un factor principal în a se deplasa și până la medicul de familie. [...] Deci comorbidităților ar fi al treilea factor care ar împiedica.” (IDI Asistent comunitar CJ 1)

Lipsa de educație a persoanelor din grupul țintă de vârstă poate determina în sine o eficiență redusă a campaniilor de mediatizare în opinia cadrelor medicale intervievate. Unele categorii de populație, în special cele din grupurile vulnerabile, prezintă un nivel de reticență ridicat raporta5t la astfel de programe și necesită explicații suplimentare cât și o atenție deosebită atât din partea medicilor cât și din partea asistenților comunitari.

„[...] persoanele pe care le-ați enumerat – care educația... sau deloc, sau cu mulți membri – vă dați seama că ei sunt cei mai reticenți la chestiile astea.” (IDI Asistent comunitar IS)

Jena sau rușinea față de cadrele medicale care ar realiza analizele este menționată ca factor în accesarea redusă a serviciilor de prevenție, indiferent de recomandările primite de la cadrele medicale cele mai accesibile, cele intervievate.

„Pentru faptul că sunt romi, poate v-ați mai lovit de ideologiile lor și de reticențele lor, din punct de vedere etnic, că ele nu se expun, că au anumite lucruri mai mult ca și celelalte naționalități și etnii. La ele, într-adevăr încă ne lovim de astfel de ideologii. Că eu sunt țigancă, sau eu sunt romă, mă rog, eu nu am voie să mă arăt, eu nu am voie să umblu nu știu cum [...] Probabil că acolo cea mai mare ar fi pudoarea. La astfel de categorie.” (IDI Asistent comunitar CJ 1)



UNIUNEA EUROPEANĂ



Jena se poate manifesta și în ceea ce privește unele din persoanele din comunitate care ar afla, observându-le participarea, de faptul că potențialele beneficiare au probleme de o astfel de natură. Acest factor este specific în comunitățile rurale și apare și în discuțiile cu potențialele beneficiare. Din punctul de vedere al cadrelor medicale, totuși, este un factor controlabil prin creșterea gradului de conștientizare în ce privește efectele sau consecințele bolii.

„Față de noi, așa, chiar dacă la început să spunem că „Eh, dar, știți, mi-e rușine să vă arăt” sau așa, noi insistăm „Haideti, că doar nu mă interesează altceva decât strict problema care vă deranjează”. Dar, pe de o parte, poate de vecini, de prieteni, de... „Nu mă duc, că e și vecina”, „Nu mă duc, că e și cutare” și să nu se afle poate sau.... Na, cam asta e mai mult.” (IDI Asistent comunitar IS)

„Și oricum și oamenii sunt foarte răi, să vă spun, dacă aud că ai cancer se uită la tine ca și cum ai avea ceva ce se ia.” (IDI Asistent comunitar AR)

Teama de analiza în sine, adusă în discuție de participantele din grupul țintă, nu a fost menționată de către cadrele medicale participante la studiu decât tangențial. În schimb, teama de un potențial rezultat pozitiv apare ca factor pe care beneficiarele îl iau în calcul în momentul în care vine vorba despre prevenție în general, dar și în particular, referitor la cancerul mamar. Faptul că persoanele din grupul țintă nu ar ști ce să facă în cazul unui rezultat pozitiv, sau că nu s-ar descurca raportat la respectarea pașilor subsecvenți în urma unui rezultat pozitiv, sau faptul că acești pași de urmat ar implica un set de costuri pe care venitul personal sau al gospodăriei nu ar putea să le acopere, le determină pe potențialele beneficiare să nu abordeze serviciile de prevenție în general, nu numai raportat la această afecțiune.

„Și multe, multe și mulți oameni merg pe premisa asta. Și dacă o fi să am ceva mai bine nu știu și când e gata e gata. Și așa mă tot duc la doctor și numai tot mă poartă și mă chinuie și mă întoarce și mă răstoarce. Deci cu siguranță și frica.” (IDI Asistent comunitar CJ 1)

Aproape în fiecare localitate în care au avut loc discuții cu cadre medicale a existat acest factor, chiar dacă sunt puține cazuri de astfel de persoane.

„[...] sunt puține care spun „Mai bine nu mă mai duc decât să îmi spună că am ceva”. Dar și aici, la fel, sunt puține persoane.” (IDI Asistent comunitar IS)

Un ultim aspect care ar trebui menționat în ce privește participarea la programe de screening este reprezentat de reticența pe care unele potențiale beneficiare care au avut experiențe nefericite





cu sistemul medical, ar putea să o aibă față de acesta și de calitatea rezultatelor obținute în urma analizelor care pot reieși în urma unui astfel de program.

„Da, dar să fie un ecograf bun, ca să nu inducă în eroare, și citit ca lumea, să nu inducă în eroare, pentru că am avut situație când în centru universitar, la clinică privată, care... ecograf și mamograf, nu a recunoscut tumora. Și peste un an, când pacienta s-a dus la control, era în stadiul III. Și când a dus în altă parte filmele din anul anterior, i s-a spus că mamografia a fost făcută incorect și că pe ecografie se vedea cu un an înainte. Deci poate că era în anul II... în stadiul II, nu era în stadiul III când s-ar fi văzut.” (IDI Medic HD)

Încrederea redusă în calitatea rezultatelor raportat la programe precedente pot determina rețineri în participare.

„Erau aproape trase la indigo. Deci nu a fost serioasă treaba. Și, în general, oamenii, la programele astea de screening, se gândesc că nu e serios. Și atunci aici au rețineri. [...] Și la programul ăla de evaluare, cu analize, cam jumătate din populație a...participat. Și cealaltă jumătate a zis că „Lasă că și așa nu mi le face bine!”.” (IDI Medic HD)

Sunt aduse în discuție corelat cu exemplul oferit anterior gradul de pregătire al cadrelor medicale care citesc și interpretează rezultatele, dar și calitatea aparatelor utilizate pentru recoltarea analizelor.

„Pregătirea cadrelor, ca să nu greșescă. Deci asta chiar am avut în familie. [...] Hai, că și dacă e fals pozitiv... Dar dacă e fals pozitiv, nu dormi trei noți și, pe urmă, afli că ești negativ. [...] Dar cu astea negative e problema mai mare. [...] Cu rezultatele negative. Ca să fie sigur că e negativ. [...] Ar avea medici suficient de pregătiți să citească bine, tehnicieni să facă bine... analiza respectivă?” (IDI Medic HD)

Faptul că mamografiile trebuie făcute o dată la doi ani pentru a depista mai repede boala este perceput ca fiind unul pozitiv, chiar și participante care nu și-au făcut mamografiile până la momentul discuțiilor de grup fiind de această părere.

„De acord! Da, ar fi foarte bine! / Ar fi foarte bine ca să facă.” (FG. Brodina)

Participantele la studiu consideră ca fiind importantă verificarea periodică, dar faptul că grupul țintă vizat ar respecta o astfel de recomandare este îndoielnic.





UNIUNEA EUROPEANĂ



„Adică ori ai, ori n-ai ceva, să te duci să îți faci la doi ani [...] Bine ar fi, dar nu face lumea așa ceva.” (FG. Deva)

Este prezentă totuși și o atitudine delăsătoare în ce privește această analiză preventivă ce merită menționată, fiind corelată cu absența durerilor.

„Ar fi bine, dar neglijăm. Că zicem că dacă nu ne doare...” (FG. Brodina)

Interacțiunea cu sistemul medical, în genere, este una costisitoare raportat la resursa de timp. Având în vedere modul în care participantele percep limitările sistemului medical afectează dispoziția acestora de a lua contact cu acesta, aducând cu sine un oarecare nivel de stres.

„Dacă e așa, trebuie să stăm... numai pe la ușa doctorilor. / Numai pe la ușa medicilor am sta. / Ne mai ducem așa cu diabetul, cu picioarele. / Nu am răbdare să mai stau pe la ușile lor.” (FG. Dancu)

Este menționată de asemenea și o oarecare teamă în ce privește nivelul de radiații la care o persoană ar fi expusă cu ocazia unei mamografii.

„Dar și radierea sânului contează. [...] Să o faci de mai multe ori, e un dezavantaj să radiezi sânul...” (FG. Deva)

Una dintre participantele la studiu exprimă chiar o îngrijorare în ce privește această metodă investigativă.

„Am înțeles că uneori se declanșează cancerul datorită mamografiei.” (FG. Brodina)

Perioada de doi ani de zile ridică anume întrebări uneia dintre participante, având în vedere lipsa de informare în legătură cu această metodă investigativă.

„Nu știi dacă examinarea în sine prezintă și vreun efect secundar, dacă e cât de cât recomandată o perioadă de doi ani sau poate fi mai scurtă de atât.” (IDI Grup țintă HD)

În opinia unor participante această analiză ar trebui să fie obligatorie, obligativitatea trebuind să fie impusă de Ministerul Sănătății.

„Ar fi bine să fie obligatorie. [...] Atunci nu am avea încotro și am merge. Chiar dacă ne simțim bine.” (FG. Brodina)

Perioada de timp, doi ani, la care este indicat să fie făcută mamografia este considerată ca fiind una potrivită în majoritatea cazurilor.

„Apare... că nu e tot una... să găsești... dacă ai ceva, în doi ani de zile, sau să îl găsești la patru ani de zile. Deja e mult mai avansat...” (FG. Chiuiești)







Disconfortul creat prin această analiză o determină pe una dintre participante să considere intervalul de doi ani ca fiind cam strâns, fiind dispusă să își facă analiza dar la intervale de timp mai mari.

„Păi, ar fi bine, ar fi bine la doi, că chiar în fiecare an mi se pare poate prea mult, știi?, dar la doi ani ar fi mai rezonabil [dar] nu. Poate așa merge o dată la [o perioadă] mai lungă de timp, da” (IDI Grup țintă TM)

De asemenea de menționat este o perspectivă asupra stării de sănătate în general, prezentată de o persoană mai în vârstă (69 ani) din mediul rural, care consideră ca nemaifiind de importanță controlul asupra stării de sănătate după o anumită vârstă.

„Atunci pentru ce am merge toate babele acolo. Meargă alea tinere să vadă ce au. Nu noi babele. Noi trebuie să murim de-acum.” (FG. Chiuiești)

În ce privește tratamentul pentru cancerul de sân, majoritatea participantelor la studiu cunosc cel puțin una dintre variantele existente. Atât chimioterapia/citostaticele cât și radioterapia și operația sunt menționate în cadrul focus grupurilor realizate.

Cu toate că sunt menționate și câteva exemple de persoane care au avut cancer mamar și au scăpat, prin operație (dublă mastectomie), majoritatea exemplurilor menționate de către participantele la studiu au avut un final nefericit.

Operația de mastectomie este considerată în ultimă instanță de către participante, ca fiind un lucru pozitiv care îți permite să supraviețuiești, în cazurile menționate, persoanele fiind suficient de mulțumite că au rămas în viață.

„Cum e Saveta, da. S-a obișnuit așa. Pe aceea am cunoscut-o foarte bine că am lucrat cu ea mulți ani. [...] Mă întâlneam cu ea în Dej de câte ori și cum e de când s-a operat. Și [...] E mulțumită că a trăit așa și nu a murit.” (FG. Chiuiești)

Pe lângă operații, participantele susțin că un factor important în păstrarea sănătății este menținerea unui regim alimentar adecvat și un stil de viață sănătos.

„Alimentație specială, deci în ultimii ani, deci ea mânca numai totul, crud. Nimic preparat termic.” (FG. Deva)

În ce privește cazurile de persoane pe care boala le-a răpus sunt oferite exemple de persoane care au descoperit cancerul prea târziu, când șansele de supraviețuire sunt oricum reduse.





Este conștientizat de către majoritatea participantelor la studiu că descoperirea cancerului mamar în stadii inițiale permite un tratament mai puțin invaziv, dar și că șansele de supraviețuire în astfel de situații sunt mai ridicate. De asemenea este menționat că poate fi utilă și rezistența psihologică la stresul acumulat din cauza unei astfel de boli.

„Depinde de stadiu. / Și un caracter deosebit de puternic, luptător, răzbatător. / Doamne ferește că dacă e metastază poți să lupti cât ai lupta că nu mai ai ce să lupti.” (FG. Timișoara)



UNIUNEA EUROPEANĂ



## Informare. Comunicare

Comunicarea cu persoanele din grupul țintă, 50-69 ani, se realizează cu ușurință în majoritatea cazurilor. Asistenții comunitari, având o relație strânsă cu comunitățile pe care la au în grijă, și-au creat pe parcursul timpului canalele de comunicare cu fiecare categorie de populație în parte. În mediile rurale asistenții comunitari iau în calcul aspecte specifice ce țin de fiecare persoană în parte și reușesc să își ajusteze nivelul discursului astfel încât să poată transmite informația necesară persoanelor cu care intră în contact. Medicii de familie intervievați sunt de asemenea într-o relație bună cu grupul țintă, având ocazia să ofere explicațiile suplimentare necesare pentru fiecare caz în parte.

Principalele dificultăți pe care le întâmpină în comunicarea cu persoanele din grupul țintă țin de nivelul de educație și nivelul de informare în ce privește sănătatea în general, și în particular, în ce privește cancerul. Nivelul de informare a fost menționat de toate cadrele medicale intervievate. Absența aspectelor ce țin de educația sanitară sunt în continuare un mare impediment în determinarea unui comportament bazat pe prevenție și nu tratament. Lipsa educației sanitare în corelație cu teama de un potențial rezultat pozitiv determină descoperirea afecțiunii în stadii avansate în care intervenția medicului este mai puțin eficientă.

„[...] ci frica de a afla diagnosticul. Asta am observat-o la foarte multe femei că vai de mine dacă nu mă duc, nu știu, sunt fericită. Nu, nu asta e ideea. [...] Du-te că vorba aia trădare, trădare, dar să știu și eu. [...] Să știu ce se întâmplă că mai ușor pot să intervin în fazele inițiale decât să îmi vină într-o fază avansată că dup-aia ce fac? Sunt legat de mâini și de picioare.” (IDI Medic CJ)

Majoritatea participantelor la discuțiile de grup apreciază pozitiv ideea recepționării unei scrisori de invitație de prezentare la un cabinet pentru realizarea unei mamografii. Reacțiile pozitive la această idee le-ar determina aproape pe toate să participe în aceste condiții la programul de prevenție. Unele participante ar considera invitația „o onoare”, această metodă de includere în program fiind „de apreciat”. Oportunitatea de a participa la un astfel de program este percepută ca un lucru „super”, „pozitiv” și chiar „o bucurie” de către unele participante. O participantă consideră că ar fi o idee bună în contextul în care analiza ar fi făcută gratis.





UNIUNEA EUROPEANĂ



Unul din posibilele impedimente menționate în ce privește participarea la program este că participantele ar uita, motiv pentru care una dintre ele consideră că ar fi potrivita să le fie reamintit la câteva zile înainte de data programării de data acesteia.

„Dacă nu uităm. Am mai uitat de programări” (FG. Chiuiești)

Programarea mai multor persoane din aceeași localitate în aceeași zi ar fi, în opinia unei participante din mediul rural, motivant pentru a participa la program a unui grup de prietene.

„De exemplu din Brodina să mergem un grup de femei, ar fi foarte bine. O idee.” (FG. Brodina)

O altă piedică în accesarea serviciilor de prevenție într-o astfel de situație, pentru unele participante din mediul rural, ar putea fi considerată deplasarea în sine pentru analiză.

„Să ne pună și transport.” (FG. Brodina)

Pentru majoritatea participantelor la focus grupuri distanța până la cel mai apropiat oraș, respectiv reședința de județ nu reprezintă o problemă pe partea de accesare a serviciilor de prevenție.

„Nu contează că nu ar fi în localitate.” (FG. Chiuiești)

Faptul că data programării menționată în scrisoarea mai sus menționată este modificabilă este de asemenea perceput ca fiind un aspect pozitiv în întreaga ecuație în contextul în care unele participante la discuțiile de grup încă lucrează iar varianta reprogramării obligațiilor de serviciu nu este întotdeauna o opțiune.

„În cazul în care doamne ferește, în ziua aia nu se poate... dintr-un anumit motiv care chiar e serios motivul. [...] Că dacă e în ziua când sunt cu salariile, nu pot să-mi las colegii toți fără salariu, în ziua respectivă să mă duc la aia.” (FG. Chiuiești)

De asemenea în scrisoare ar trebui menționată ora programării în opinia respondentei. Prezența orei, ar putea oferi o notă de organizare, în cazul în care acestea ar fi respectate.

„Ideal ar fi și ora, dacă ar fi respectată într-adevăr.” (IDI Grup țintă HD)

O perspectivă asupra contextului ar fi și aceea că și ora ar fi potrivit să fie negociabilă, mai ales pentru participantele care ar trebui să se deplaseze pentru această analiză în contextul în care cel mai comod ar fi să se poată întoarce în aceeași zi la domiciliu.

„Păi ca să ne putem întoarce tot în [...] în ziua respectivă.” (FG. Brodina)



O piedică în participarea la acest program este, așa cum a fost menționat și înainte și teama. Teama că mamografie în sine ar fi periculoasă și că ar putea determina apariția cancerului este menționată de către una din participantele la studiu.

„Nu vreau să fac mamografie. [...] Am înțeles că uneori [...] Uneori nu e bine de făcut. [...] Că poate declanșa” (FG. Brodina)

Cu toate acestea, în cazul în care ar exista semne că ar putea fi probleme în acest sens, varianta ecografiei ar fi acceptabilă în opinia participantei.

„Dacă un medic ar spune: este un nodul, trebuie văzut [...] Mai degrabă ecograf.” (FG. Brodina)

Teama de rezultatul obținut în urma analizei este de asemenea menționată de către o participantă care declară că ar putea să fie convinsă totuși să își facă analiza în sine. Persoanele care ar putea să o convingă să ia parte la program sunt în opinia ei, membrii familiei. Șansele sunt crescute ca această variantă de abordare totuși să fie în contextul discuției, doar o formă de răspuns dezirabil.

„De rezultate. [...] Poate nu, că nu m-aș duce. Poate că m-ar convinge cineva și tot...poate aș merge chiar. [...] Din familie. Părinții ar fi. Dacă îmi spune că ar fi bine, normal că m-aș duce.” (FG. Brodina)

Un alt impediment în participarea la un astfel de program ar fi rușinea pe care ar simți-o față de cadrul medical care pune în practică procedurile analizei. Participante din mediul rural consideră că ar fi mai deschise să participe la program dacă personalul medical ar fi de gen feminin. Exemple similare sunt oferite și în ce privește examenele ginecologice.

„Da. Ți-i incomod. / Ca și la ginecologie. [...] Dacă e doamna doctor mă duc.” (FG. Dancu)

Personalul de gen feminin este de asemenea considerat ca fiind o problemă în contextul în care participantele l-ar cunoaște din afara cercului profesional.

„Nu e chiar confortabil. [...] Eu am nimerit chiar la o fată de aici din cartier. Stă în blocul dumneavoastră dar nu în scară. Scara de alături. [...] Nu știu cum o cheamă.” (FG. Dancu)

Nu în ultimul rând, o altă piedică în ce privește participării la acest program este un oarecare grad de indiferență față de analiza în sine și implicit în ce privește starea generală de sănătate, caracteristică unei vârste mai înaintate.

„Ăștia care suntem în pensie, ne gândim că poate nu mai avem nevoie...” (FG. Chiuiești)





Scrisoarea de participare la program ar putea să vină de la medicul de familie, dar și de la clinica la care ar fi programate participantele. Casa de Asigurări de Sănătate ar mai fi o posibilitate sau chiar Ministerul Sănătății.

Scrisoarea de invitație ar fi primită cu un nivel de încredere ridicat dacă ar veni din partea entităților mai sus menționate. Dar, de asemenea ar putea fi primită cu un grad de încredere similar dacă ar conține semne de identificare ale unor instituții în care participantele să aibă încredere, ca de exemplu, un antet, stampilă, semnătură a unor persoane autorizate.

„Păi măcar, o semnătură, o șampilă, un antet, undeva... un antet undeva care să știm precis că noi suntem. Să nu mergem în Cluj, să te trezești acolo, că de fapt... după ce ați venit, sau...” (FG. Chiuiești)

Scrisoarea ar putea veni atât prin intermediul medicului de familie, cât și prin intermediul clinicii la care participantele ar urma să realizeze analiza mamografiei.

„Dacă scrie că-s clinica cutare și vă invităm în ziua respectivă... atunci te-ai duce, că știi că e de la clinică.” (FG. Chiuiești)

Prezența medicului de familie în contextul scrisorii ar oferi un grad de încredere semnificativ, mai ales în contextul unei relații constante cu acesta.

„Până la urmă, chiar și de la medicul de familie. Eu, cum merg... că doar aia nu vine pe... aia vine, ne spune „Domnule, în 2-3 luni probabil”, că eu trec pe la cabinet bunăoară, știi?” (IDI Grup țintă TM)

Pentru unele participante, date de contact ar fi necesare din partea clinicii pentru a putea fi contactată, context în care participantele ar putea clarifica și stabili gradul de încredere asupra autenticității scrisorii, cât și eventuale reprogramări, dacă ar fi cazul.

„Sau dacă este un număr de telefon să putem suna... / Să ne putem interesa. [...] / Să confirmăm că mergem, sau așa... / Domnule, se face așa ceva, sau numai vin în Cluj să dau o plimbare?” (FG. Chiuiești)

În unele contexte, există un singur loc în care această analiză poate fi realizată, participantele având la dispoziție mijloacele pentru a contacta și a obține informațiile necesare clarificării situației.





„Știți care e treaba? Dacă trimite scrisoare, de exemplu, cum e la noi în Deva, nu are unde... tot la spital. Noi ca și cum... cunoaștem, orașenii spitalul... știm acolo se poate face, sau acolo se face.” (FG. Deva)

Din perspectiva cadrelor medicale intervievate deși implicarea lor în trimiterea scrisorilor ar determina un grad ridicat în ce privește aglomerarea, acestea consideră că ar putea clarifica anumite aspecte pe care potențialele beneficiare nu le-ar înțelege în ce privește întregul proces de screening populațional. Implicarea cadrelor medicale în procesul de mobilizare a populației țintă la program ar avea un potențial de creștere al gradului de participare la program, atât din perspectiva lor cât și din perspectiva populației angrenate în cadrul studiului.

Cadrelor medicale care au participat la studiu consideră că, în majoritatea cazurilor, persoane care au suferit din cauza acestei afecțiuni nu s-ar simți confortabil să povestească în comunitate despre experiența lor, cu atât mai mult cu cât persoanelor le este dificil să facă toți pașii necesari în procesul de prevenție. Unul dintre motivele principale este acela că întregul proces este considerat traumatizant de către persoanele care s-au aflat la un moment dat în luptă cu boala. Au existat totuși și cazuri în care unele cadre medicale consideră că ar putea determina câte o persoană să povestească altora despre experiențele personale cu boala.

„Deci tot așa, acum chiar îmi vin în minte niște persoane simple, și nu știu dacă ar accepta. Dintre ele sunt care nici nu vor să se știe că au avut așa ceva. Că au fost și au scăpat de...” (IDI Asistent comunitar TM)

Au existat totuși și cazuri în care unele cadre medicale consideră că ar putea determina câte o persoană să povestească altora despre experiențele personale cu boala. În mediul urban deschiderea pe care o percep cadrele medicale, în ce privește potențialele paciente pentru capacitarea lor în a mobiliza alte persoane să participe la program, este mai mare decât în mediul rural.

„Da. Da. Cele care au trecut deja prin experiența respectivă și sunt la câțiva ani și am paciente care sunt exemple foarte bune. Bun, nu mai au un sân, nu mai au amândoi sânii, pot să fie vectori de penetrare foarte buni în cadrul comunității. [...] Pentru că deja au trecut prin experiența asta, știu ce pot să vorbească, știu ce vorbesc. [...] Din punctul lor de vedere. Ca doctor e o chestie mai obiectivă dar ele pot veni cu partea subiectivă și cu trăirile și cu tot.” (IDI Medic CJ)



Mobilizarea populației din comunități în ce privește participarea la acest program de screening populațional poate fi facilitată de gratuitatea programului, dar și de existența unei caravane, în special în zonele rurale.

„Și asta era cumva un stimulent și pentru medicii de familie, dar și femeile, dacă le spuneai că e gratuit, că pot să meargă să facă gratuit, atunci mai ușor acceptau, știți?” (IDI Medic Dej)

Asistenții comunitari sunt dispuși să ajute la promovarea informației în rândul grupului țintă și de asemenea și medicii, deși într-o măsură mai mică, date fiind obligațiile lor obișnuite. Atât medicii cât și asistenții comunitari, însă, își oferă disponibilitatea în a oferi explicații suplimentare și clarificări în rândul grupului țintă, pentru a crește gradul de participare, cu atât mai mult cu cât ar fi vorba de vizita unei caravane în cadrul comunității în care funcționează.

„Păi, dacă ni se solicită ajutorul nostru și al medicilor de familie, vă dați seama că noi ajutăm și ne ocupăm de toată programarea.” (IDI Asistent comunitar IS)

Existența unei astfel de caravane, însă, nu ar garanta participarea persoanelor din grupul țintă la program. Prioritățile pe care le are fiecare persoană, dezinteresul pentru starea de sănătate, dezvoltat cel mai probabil din lipsa de informare asupra subiectului, jena față de ceilalți membri ai comunității sau chiar față de cadre medicale diferite de asistentul comunitar sau medicul de familie cunoscut și agreat, sau chiar vremea capricioasă au potențial să devină factori care să crească absenteismul în cadrul unui program de screening.

„Și așa, venind în... în ambele sate a fost – și în Ploscoș, și în Valea Florilor –, s-au prezentat femeile... doar că a fost o vreme capricioasă, așa, mai de toamnă-iarnă, a început o lapoviță, o vreme urâtă și nu... din cauza vremii nu au ajuns așa de...” (IDI Asistent comunitar CJ 1)

În opinia unui cadru medical, în ce privește comunitățile rurale, caravana ar trebui să își stabilească vizita abia în momentul în care există un anumit număr de persoane care doresc să participe la programul de screening.

„Păi, eu cred că, în primul rând, medicul de familie din localitatea respectivă trebuie să discute, să le convingă. [...] Și atunci... atunci când are un număr de pacienți sigur, care... pot să știu clar că „Uite, am... câți? 10... 20. Câte vin astăzi?” și atunci treaba să fie anunțată. [...] Exact. Și femeile să fie examinate. Cred că ar fi o chestie optimă.” (IDI Medic Dej)





Partea de mediatizare a programului ar putea fi realizată prin intermediul televizorului, fie prin reclame scurte, cum sunt cele care îndeamnă populația să respecte niște minime instrucțiuni pentru o viață sănătoasă.

„Cum spune să bei 2 litri de apă pe zi, așa ar trebui să o spună și pe asta.” (FG. Dancu)

Repetitivitatea unor astfel de mesaje este în opinia unei participante un factor pozitiv în ce privește memorarea mesajului.

„Ceva rămâne, că așa e. Un lucru care se tot repetă, așa, picătură cu picătură, ceva rămâne undeva.” (IDI Grup țintă CJ)

Această variantă de mediatizare este propusă inclusiv de către cadrele medicale interviewate, ca fiind una dintre cele mai eficiente. Anunțurile de interes public ar putea lua forma celor care fac referire la pandemia de COVID.

„[...] de exemplu, cum se fac acum cu COVID-ul ăsta tot felul de informații între reclame, între... Cred că ar fi bine și așa – la un anumit film sau între... E anunț de interes public” (IDI Asistent comunitar IS).

De asemenea informația transmisă în format audio ar fi foarte potrivită și utilă în contextul în care există probleme pe partea de citit în unele cazuri.

„[...] degeaba scrie pe prompter, știți cum e... nici nu se uită, nici nu le interesează, citesc foarte greu unele dintre ele [...]” (IDI Asistent comunitar TM)

Inclusiv în ceea ce privește grupurile vulnerabile, percepția este că mesaje scurte, concise, clare și repetitive ar permite transmiterea mai facilă a mesajului, comparativ cu emisiuni în care informația să fie prezentată detaliat.

Canalele de televiziune locale sunt iarăși menționate ca fiind potrivite, în situații cum este orașul Cluj sau Timișoara. Televizorul este un canal de informare potrivit pentru persoanele mai în vârstă. Sunt menționate emisiuni în care ar putea fi invitați profesioniști din domeniu care să explice atât metodele de prevenție cât și să descrie boala cu efectele ei.

„Cel mai mult la televiziunile locale, așa, cât ne uităm. Nu știu ce e... Pe TVR 2, parcă, pe TVR 1, la astea locale. Nu știu, nici nu știu unde sunt, că mai prind câteodată, mă mai uit când sunt medici – nutriționiști, am văzut pe domnul Hâncu, pe... Mă rog, sunt niște medici clujeni pe care îi știu; pe ăia i-am mai urmărit. [...] Păi, în primul rând, medici de specialitate – asta să fie clar. Oncologi, ginecologi; medici de specialitate.” (IDI Grup țintă CJ)



Informațiile prezentate sub formă de emisiuni au totuși și dezavantaje, în contextul în care unele cadre medicale consideră că ar atrage în măsură mică telespectatorii să le urmărească.

De asemenea programul de prevenție ar putea fi mediatizat în cadrul programelor de actualități într-o formă succintă, indiferent că e vorba de canale de televiziune naționale sau locale.

„... că toată lumea se uită. Toată lumea. La 7 este ora potrivită când și omul de la servicii vine acasă.” (IDI Grup țintă VN 3)

Posturile de televiziune menționate în ce privește mediatizarea unui astfel de program, diferă în funcție de preferințele participantelor. Posturile de televiziune naționale, TVR1, TVR2 sunt menționate cel mai des, dar sunt menționate ocazional și posturi precum Antena 1, sau DIGI ca fiind potrivite pentru astfel de informații.

Informările prin intermediul televiziunilor pot fi făcute de asemenea și sub formă de reportaj de știri în opinia unui asistent comunitar.

„La știri, de exemplu, că lumea urmărește mult știrile.” (IDI Asistent comunitar IS)

Informări despre program pot fi făcute și la radio, deși acest canal de comunicare nu a fost adus în discuție decât în cadrul unui singur focus grup, și de menționat, în mediul rural. Cu toate acestea radioul apare ca mediu potrivit de informare în cadrul unor interviuri.

„Mă gândesc că tot prin radio, dar să fie pe mai multe posturi de radio, pentru că cred că totuși este cel mai urmărit, chiar în detrimentul televizorului” (IDI Grup țintă HD)

Un alt spațiu de mediatizare este internetul, cu Facebook ca spațiu oferit ca exemplu în mai multe situații. Părerile sunt împărțite în ce privește această variantă, deschidere mai mare față de ea, având participantele din mediul urban.

„Facebook. / Mie și internetul mi se pare o idee foarte bună. / E comod e și relaxant. / Să cauți pe internet.” (FG. Timișoara)

Medicii de familie ar putea fi implicați și pe partea aceasta de mediatizare a campaniei, fie personal, fie prin pliante sau materiale informaționale pe care fie să le afișeze, fie să le distribuie în spațiile de așteptare de la cabinetele în care aceștia funcționează.

„La circă ar putea să lase acolo pe masă. / La medicul de familie niște afișe.” (FG. Dancu)

Afișele, respectiv pliantele pot fi promovate în orice sală de așteptare ale cabinetelor medicale existente.



UNIUNEA EUROPEANĂ



„Și mă duc la dentist, dacă e nevoie că nici acolo nu mă duc. Indiferent ce programare ai, că și acolo se mai întârzie câte un sfert de oră, să găsesc pliante despre așa ceva.” (IDI Grup țintă BZ 1).

Astfel de materiale pot fi distribuite inclusiv în spații publice, fiind oferite ca exemplu, primăriile din mediile rurale, sau magazinele mai mari din mediile rurale, care au un flux de clienți ridicat, dar și complexe comerciale. Saloanele de coafură sunt menționate ca fiind spații potrivite de promovare.

„Sau se duce tanti de la coafor, că eu nici acolo nu mă duc, mă duc la frizerie, iarăși ca să își piardă timpul să aibă pe acolo pe lângă ea, iarăși ar fi un lucru bun. În locurile unde nu sunt foarte mult stresați, unde trebuie să aștepte 10 minute, dacă găsește pe masă e în regulă.” (IDI Grup țintă BZ 1)

Materialele informative ar trebui să fie cât mai ușor de înțeles indiferent de categoria de populație către care se face informarea și pe cât posibil să stârnească și curiozitatea acestora, ideal fiind să îndemne potențialele beneficiare să se adreseze medicului de familie pentru mai multe informații și clarificări.

„Păi cât mai simplu fără multe amănunte, doar cât mai simplu. [...] Exact. Să stârnească și curiozitatea.” (IDI Medic CJ)

Mediatizarea unui astfel de program poate fi făcută și în colaborare cu autoritățile locale prin plasarea de banere în zone circulate ale orașelor, sau prin afișarea de mesaje legate de program pe mijloacele de transport în comun.

„Sau afișe prin orașe că și asta ar fi. [...] Niște afișe pe benere mari, puse, poate că n-ar strica. [...] și pe autobuse. Ar fi o chestie. Măcar atenționarea să meargă la medicul de familie. Asta ar fi prima chestie, primul pas.” (IDI Medic CJ)

De asemenea o variantă ar fi transmiterea de mesaje telefonice. Un program de colaborare cu marile firme de telecomunicații ar putea fi implementat pentru facilitarea acestei metode de comunicare și informare.

„Eu mă gândeam să primim mesaj pe telefon, dar să specifice Vodafone sau Orange sau nu știu, când dă un mesaj.” (FG. Timișoara)





O campanie de informare în legătură cu afecțiuni cardiace a fost oferită ca exemplu, campanie ce includea sesiuni de prezentări, întrebări și răspunsuri susținute de către cadre medicale, iar câteva participante consideră că ar putea fi aplicabile și pe acest subiect. Această variantă de informare ar fi aplicabilă în contexte organizate pentru persoanele încă active din punct de vedere ocupațional.

„Și întâlniri din astea ar fi, eu le văd foarte bune. Cum a fost și atunci când au venit medicii ăia despre inimă, tot așa, ne-au adunat pe toți și în 15-20 de minute ne-a spus. [...] Și atunci îți dai seama, măi, uite trebuie să încerc mai mult, să văd despre sănătatea mea, despre viața mea, să nu o las până nu mai pot. Să stau așa. Domnule, dacă nu mă doare nimic, înseamnă că sunt sănătos și gata.” (FG. Chiuiești)

Nu în ultimul rând în ce privește persoanele active ocupațional, angajatorii ar putea fi implicați în partea de mediatizare a acestui program. Această variantă de informare, vine din partea unor angajate în sistemul public atât din mediul rural cât și din mediul urban.

„La noi puteți trimite ori o scrisoare ori pe email ori dacă nu...dacă ar trimite pe mail la primărie, atunci ar anunța primăria pe toți care nu au acces la internet sau nu...sunt mai prostuți sau ceva.” (IDI Grup țintă SV)

Astfel de metode ar putea fi aplicabile și în ce privește mediul privat. Prezența unui medic de specialitate la astfel de ședințe este considerată necesară totuși.

„În momentul în care s-ar tine [...] o ședință, ar fi bine să fie un medic specialist. Ai căpăta mai multă încredere sau, nu știu, ar spune altfel lucrurilor pe nume decât niște persoane care citesc, învață și îți transmit.” (IDI Grup țintă IS)

Mediatizarea, în mediul rural se va face, în mod inevitabil, inclusiv pe cale orală. Comunitățile rurale au încă acest specific de diseminare a informației. Având în vedere aspectele menționate până acum, acest aspect poate fi considerat ca fiind unul pozitiv, dat fiind că informația poate ajunge inclusiv la cele mai retrase persoane, dar în aceeași măsură, poate avea și consecințe negative, prin felul în care este diseminat, luând în calcul încărcături ce țin de judecăți de valoare personale, încărcături emoționale, respectiv distorsiuni determinate de absența informațiilor complete.

„Și informația fuge foarte repede, mai ales așa, din om în om. [...] Asta e cea mai bună... cum se cheamă? [...] Metodă de... da, de mediatizare în mediul rural.” (IDI Asistent comunitar IS)



„Și atunci chiar și cu pliante... Și se mai anunță... să știți – aici se anunță oamenii între ei foarte mult. Deci e destul să spui la o casă și foarte-foarte repede se răspândește informația în cadrul comunității. [...] Foarte-foarte mult, da. Deci e destul să spui... să zici la magazin, că a doua zi, când merg la ei personal și le spun, „Păi, am auzit, că mi-a zis cutare” sau „Am fost la magazin și am auzit acolo”. [...] Deci comunică între ei mult.” (IDI Asistent comunitar CJ 2).

Implicarea asistenților comunitari pe partea de mediatizare a programului este considerată ca fiind esențială, unul dintre aceștia oferind inclusiv un interval de timp în care ar putea disemina informația tuturor persoanelor vizate de un astfel de program.

„Păi, eu aș fi un pion important în treaba asta, deci eu aș putea anunța și cu pliante aș putea foarte ușor să informez, să zic, toată populația comunei într-o săptămână, să zic așa.” (IDI Asistent comunitar CJ 2)

Persoanele cele mai potrivite să promoveze genul acesta de program sunt fie cadre medicale de renume în domeniu, fie personalități din media, fiind oferită ca exemplu Mihaela Rădulescu sau chiar persoane din viața publică românească, fiind menționată Mihaela Geoană, în contextul în care participantele știau despre dumneaei că a suferit de această afecțiune.

„Un medic de specialist, cum ați venit și dumneavoastră acuma, de exemplu să vină un medic specialist, tot așa adună femeile din comună.” (FG. Brodina)

Medicii de familie sunt menționați în mediul rural ca fiind categoria indicată care să se ocupe de această informare.

„Cadrele medicale. Pentru că ele sunt, cum să spun eu, cuvântul suprem într-o comună. [...] Dar de medic ascultă. El are exact numărul de pacienți, ar ști exact cine ar trebui să se ducă. Și știe și cum să îi convingă. Că dacă omul primește acasă se duce sau nu se duce. Dar dacă mediul îi spune e program gratuit, te duci pur și simplu și faci. Și în momentul în care faci treaba asta, medicul îi poate spune, vii înapoi cu rezultatele să le citesc. Deci e la o obligativitate și din partea pacientului și din partea medicului să se ducă, pentru că trebuie să aducă niște rezultate înapoi.” (IDI Grup țintă VN 3)

Este adus în discuție faptul că unele persoane din mediul rural nu au cunoștințe despre ce implică o astfel de procedură, în ce privește activitățile ce trebuie realizate sau pașii ce trebuie



UNIUNEA EUROPEANĂ



urmați. Medicul de familie ar putea fi persoana care să explice etapele unui astfel de proces facilitând gradul de înțelegere asupra întregii problematice.

„Pentru că omul când primește un plic [...] nu știe ce înseamnă, și se duce la vecinul, la vecina și fiecare își spune punctul de vedere dar niciunul nu are o părere avizată și evidentă. Că scrie foarte clar în plic ce trebuie să faci. Dar nu a înțeles niciuna nimic. [...] Dacă acea hârtie este ca o invitație, dacă cu acea hârtie trebuie să se ducă la medicul de familie sau ginecolog, hârtiile trebuie să fie duse la medic. După ce medicul îi spune ce ar trebui să facă, îi înmânează hârtia și semnează că a luat la cunoștință. Că un medic explică mult mai bine.” (IDI Grup țintă VN 3)

Cadre medicale, atât de specialitate, cât și din rândul medicilor de familie ar fi potrivite pentru mediatizarea unui astfel de program, dar și persoane obișnuite care au învins lupta cu cancerul mamar, indiferent de lupta pe care au dus-o cu boala.

„Da! Din județ, cineva... o doamnă pe care o știe toată lumea, care s-a [făcut] bine, Doamne nu le doresc, Doamne ferește, dar să știe să ne spună [...] Da... care a... da care a trecut prin așa ceva...” (FG. Brodina)

Experiența unei persoane obișnuite cu această boală ar avea un impact mai puternic asupra grupului țintă, în opinia unei participante.

„Sigur că da. Poate că faptul că un om care a suferit și a trăit spaimile respective și ti le descrie și... poate chiar să te împingă de la spate, „Măi, totuși, dacă asta zice și amărâta e pățită, înseamnă că într-adevăr e mai bine să o iau din timp decât să ajung în starea ei sau în situația ei”. Și ca mamă, și ca... o femeie e mult mai implicată și în familie: e și mamă, e și bunică, e și soție, e de tot felul. Și atunci parcă te lupți să rămâi mai mult, așa, pe linia de plutire, să nu devii o povară pentru cei din jur; nu un ajutor, ci o povară.” (IDI Grup țintă CJ)

Dacă aceste persoane ar prezenta experiența lor în grupuri de care aparțin, efectul ar fi unul și mai puternic, atenția care li s-ar acorda fiind mult mai mare.

„Faptul că vorbești cu o persoană care e trecut... cum zic că am vorbit cu prietena respectivă – și vezi spaima ei și așa, inclusiv chestia asta te poate face ca, dacă auzi de orice cale de... o astfel de investigație, să mergi să o faci, pentru că e cumplit să ajungi în situația unui om pe care îl cunoști. [...] Că impactul, cel puțin la mine, impactul e mult mai mare dacă știu că... dacă eu cunosc persoana respectivă. [...] Dar dacă e vorba de vară-mea, de prietena, de colegă de birou cu vecina,





UNIUNEA EUROPEANĂ



de nu știu ce, deja altfel ciulesc urechile, „Da, e o chestie reală, deci nu e o poveste”, știți? În sensul ăsta. Nu e o fabulație. Chiar e real.” (IDI Grup țintă CJ)

Informații suplimentare despre program ar putea fi transmise odată cu scrisoarea de invitație la program, sau prin intermediul medicului de familie.

„Pe mine m-ar interesa la ce folosește? Persoana respectivă ce solicită? Vine la mine o scrisoare în ce scop? Uite spre exemplu azi am spus că da, să vin, pentru a mă informa. Acolo pentru ce să mă duc să fac mamografia? Probabil tot pentru un studiu, tot spre așa sau spre binele meu?” (FG. Dancu)

Astfel de informații ar putea fi prezentate și în cadrul unor emisiuni cu medici specialiști, care, în termeni ușor de înțeles pentru populație să scoată în evidență avantajele și dezavantajele metodelor de descoperire timpurie a cancerului. Prezența specialiștilor în cadrul acestor emisiuni este adusă în discuție și de către cadrele medicale intervievate. Acești specialiști ar prezenta un grad ridicat de încredere raportat la informațiile pe care le promovează. Atât în ce privește metodele de prevenție cât și în ce privește boala cu consecințele ei.

„Să îmi spună... dacă nu pot prin palpare sau ceva, să îmi spună sau, nu știu, să zică „Domnule, doar așa se poate depista”, nu știu. Să mă informeze medical, cumva să mă convingă în termenii mei, pe care îi cunosc.” (IDI Grup țintă TM)







UNIUNEA EUROPEANĂ



## Concluzii și Recomandări

Majoritatea participantelor la studiu asociază „stilul de viață sănătos” cu o alimentație sănătoasă și cu mișcarea sau activitățile fizice. În ce privește exercițiile fizice și mișcarea, în general, persoanele din mediul rural sunt avantajate, având în vedere activitățile pe care le au de întreprins în gospodărie, fie că e vorba de animalele domestice, sau munca pământului. De asemenea, în mediul urban, persoanele care dețin locuință și la țară sunt avantajate din aceeași perspectivă.

Încrederea în sistemul de sănătate variază, fiind influențată de mai mulți factori cum ar fi nivelul de acces la servicii medicale, calitatea relației cu medicul de familie, problemele de sănătate anterioare, personale sau ale membrilor familiilor lor, nivelul de educație, respectiv educație sanitară, venituri, etc. Nivelul de tehnologizare al clinicilor cu care participantele la studiu au intrat în contact este un alt factor important în ce privește nivelul de încredere în sistem, fie că este vorba de cel privat sau cel de stat. Percepția participantelor asupra pregătirii cadrelor medicale cu care au interacționat pe parcursul timpului, este de asemenea un aspect ce merită menționat. S-a observat pe parcursul studiului o relație mai strânsă între participante și medicii lor de familie în mediul rural, în zona de nord-est a țării observându-se cel mai puternic acest lucru. Explicația vine din partea cadrelor medicale intervievate, nivelul de educație al beneficiarelor fiind mai redus, ajustarea comunicării și interacțiunii necesitând o atenție ridicată din partea acestora, cu scopul atingerii obiectivelor de tratament.

Participantele obișnuiesc să folosească metode de tratament naturiste raportat la afecțiuni ușoare ce țin de sistemul respirator sau circulator, spre exemplu, răceli ușoare sau tensiune arterială crescută, dar dacă aceste afecțiuni nu se ameliorează după o perioadă de timp de câteva zile, majoritatea apelează la sfatul medicului de familie. Ceaiurile din plante, inhalările, consumul de miere sunt menționate ca fiind utilizate cel mai des. De asemenea s-a observat pe parcursul cercetării calitative și fenomenul de auto-medicație. Recomandările farmaciștilor sunt prezente totuși când vine vorba de auto-medicație, dar nu de fiecare dată. În cazul în care nici recomandărilor farmaciștilor nu sunt prezente, în ce privește auto-medicația, este vorba frecvent de afecțiuni sau simptome pe care participantele le-au mai întâlnit pe parcursul timpului.





UNIUNEA EUROPEANĂ



În ce privește situațiile în care participantele nu au cunoștințe despre anumite situații de natură medicală, majoritatea apelează la medicul de familie sau alte persoane cu pregătire medicală pentru informații. Și internetul este menționat, în mediul urban mai mult decât în mediul rural, ca sursă de informații, iar pentru persoanele încă active din punct de vedere ocupațional, colegi de muncă cu care au o relație mai strânsă. Modul de acțiune se stabilește împreună cu medicul de familie, însă, în majoritatea situațiilor.

În ce privește comportamentul de prevenție medicală, există un nivel ridicat de conștientizare raportat la modul ideal de acțiune, chiar dacă realitatea relevă că este pus în practică în foarte mică măsură. Dintre participantele la studiu, s-a observat un nivel de conștiinciozitate mai ridicat raportat la prevenție la persoanele care sufereau și de alte afecțiuni cronice. Nivelul lor de informare în legătură cu potențiale riscuri asociate acestor afecțiuni este mult mai ridicat, având în vedere contactul constant cu cadrele medicale. Comportamentul de prevenție variază și odată cu vârsta, o atenție mai redusă acestuia fiind oferită de către persoanele vârstnice. Pe parcursul discuțiilor atitudinea în ce privește prevenția medicală a alunecat înspre răspunsurile dezirabile, principalele distorsiuni fiind cauzate de eterogenitatea grupurilor de discuție, respectiv modului categoric de a aborda unele subiecte în cadrul discuțiilor de grup din partea unor participante. Cel mai pregnant diferența dintre cum consideră participantele că ar trebui făcute lucrurile raportat la prevenție și cum se întâmplă în realitate s-a observat în cadrul discuțiilor individuale.

Comportamentul de apelare a medicului doar în situațiile percepute ca fiind problematice este unul răspândit, atât în mediul rural cât și în cel urban. O percepție pozitivă asupra stării de sănătate în general, respectiv absența durerilor sunt motive suficiente pentru a nu aborda serviciile medicului, în contextul în care programul acestuia este perceput ca fiind foarte încărcat, timpul avut la dispoziție de către participante fiind limitat în unele cazuri, pașii necesari în întregul proces de prevenție fiind considerați complicați, costisitori sau ca putând fi amânați, respectiv, accesul la anumite servicii, analize medicale fiind unul redus.

Starea de sănătate este un subiect abordat de către participantele la studiu în primul rând în mediul familial, deși există și excepții raportat la acest cerc social, fiind oferite exemple atât de către persoane din grupul țintă cât și de către cadre medicale intervievate. De asemenea colegii de muncă sau prietenii sunt persoane față de care participantele se deschid în ce privește subiectul stării de sănătate. Nu în ultimul rând, medicii de familie sunt abordați în ce privește starea de



sănătate în general fiind considerat cea mai pertinentă persoană care să poată oferi și metode eficiente de abordare. Nu au fost întâmpinate pe parcursul studiului probleme în accesul la medicul de familie în nici una din localitățile vizate de studiu.

Participantele la studiu accesează medicii specialiști în mare parte prin intermediul medicilor de familie. Momentele în care medicii specialiști sau cabinetele de specialitate sunt apelate direct sunt cele în care participantele au nevoie de anumite analize care nu sunt decontate prin Casa de Asigurări de Sănătate sau situații în care participantele nu își permit să aștepte până la programarea pentru realizarea gratuită a investigațiilor, dar rezultatele sunt în majoritatea timpului prezentate ulterior medicului de familie. Accesul la analize de specialitate este mai redus pentru persoanele din mediul rural, motiv pentru care acesta se face în mare parte prin intermediul medicului de familie.

Perspectivile sunt variate în ce privește potențialitatea prevenției bolilor. Se face distincția în repetate rânduri între bolile obișnuite și cele ereditare atât în cadrul focus grupurilor cât și în interviurile realizate. În opinia participantelor la studiu, pot fi prevenite atât boli ale sistemului respirator cât și digestiv, circulator, osos și nervos. Activitățile de prevenție nu sunt folosite decât în mică măsură de participantele la studiu, fiind asociate cu analize la care fie nu au un acces facil, fie sunt considerate ca fiind costisitoare atât din punct de vedere financiar cât și din perspectiva resursei de timp. Cu toate acestea este percepută utilitatea lor, avantajele fiind corelate cu expresia „mai ușor previi decât să tratezi”. Percepția asupra costurilor asociate prevenției este totuși, în general, că acestea sunt mai mici comparativ cu cele asociate unui potențial tratament, dar există și excepții.

Programele de sănătate le sunt cunoscute majorității participantelor la studiu. În majoritatea localităților avute în eșantion au fost prezente programe de sănătate fie regionale, fie naționale, însă participarea declarată nu a fost una foarte ridicată. Au existat și exemple de participante care să beneficieze de programe de prevenție în ce privește cancerul de col uterin, programe de vaccinare împotriva gripei și altele, dar și exemple în care membrii ai familiilor lor au beneficiat de astfel de programe fără ca participantele în sine să participe.

Principala sursă de informare în legătură cu aceste programe de prevenție a fost în majoritatea cazurilor medicul de familie, în mediul rural, sau informații obținute de la televizor. Limbajul utilizat în promovarea programelor de sănătate a fost considerat unul suficient de accesibil



UNIUNEA EUROPEANĂ



pentru majoritatea participantelor la studiu, cu atât mai mult cu cât informarea a venit din partea medicului de familie.

Resursele limitate avute la dispoziție, fie ele financiare, fie de timp sunt considerate ca fiind un impediment în accesarea serviciilor de prevenție, atât în mediul rural cât și în mediul urban. Resursele de timp, în ce privește persoanele angajate sunt o problemă mai importantă comparativ cu restul participantelor aflate în pensie. Distanța în sine până la clinica unde analizele ce țin de prevenție ar putea fi accesate este de asemenea un impediment, de obicei, corelată cu o infrastructură de transport deficitară, cu costurile asociate deplasării sau cu alte boli care se dovedesc a fi o piedică în ce privește transportul, în cazul persoanelor cu venituri mai reduse, sau cu timpul consumat pe drumul în sine. Aceste dificultăți percepute, însă, pot fi depășite cu o doză de efort variabilă de la o participantă la alta, în funcție de gradul de importanță asociat stării bune de sănătate, în fiecare caz particular.

Percepțiile, raportat la afirmațiile despre cancerul mamar, prezentate în cadrul discuțiilor variază de la o persoană la alta, corelându-se cu experiența de interacțiune cu persoane care au suferit din cauza acestei afecțiuni. Existența în cercul de cunoștințe sau în comunitate a exemplurilor de persoane care au supraviețuit bolii, chiar și prin intermediul operației, permite o abordare pozitiv-constructivă asupra pașilor ce ar trebui urmați în cazul în care aceasta s-ar manifesta. În cadrul focus grupurilor realizate acest efect asupra discuțiilor este unul relativ puternic, fiind corelat și cu încrederea în sistemul medical, specificul acestei metode fiind fluiditatea discuției în sine. În cadrul câtorva dintre interviurile realizate, tensiunea creată de aceste afirmații își face simțit efectul asupra modului de desfășurare a conversațiilor, în absența factorilor de detensionare sau echilibrare, prezente în discuțiile de grup. S-a observat, în ce privește aceste afirmații însă, în mediul rural un accent mai puternic în ce privește aspectul predestinării unei astfel de afecțiuni, chiar dacă, per ansamblu aceasta nu a fost de fiecare dată una fatalistă. Încrederea în evoluția tehnologică și în sistemul medical per ansamblu, diminuează, însă, efectul acestor afirmații în cadrul discuțiilor.

Variatatea factorilor de risc specifici cancerului de sân menționați în cadrul studiului denotă gradul de informare asupra bolii pe care îl au participantele la studiu. Nivelul de cunoștințe raportat la această afecțiune s-a dovedit a fi unul relativ redus, existând și cazuri de persoane, în cadrul focus grupurilor realizate, care să dețină mai multe informații. Persoanele respective erau informate, de asemenea în ce privește metodele de prevenție pentru această afecțiune.





UNIUNEA EUROPEANĂ



Subiectul cancerului mamar nu este unul ușor de abordat de către participantele la studiu, foarte puține dintre ele deschizând subiectul, fie cu medicul de familie, ginecologul sau alt medic cu altă specializare. Discuțiile avute, în cazul în care acestea au existat, au constat în detalierea metodelor de prevenție, de la auto-examinare la mamografie. Subiectul nu este unul ușor de gestionat nici în discuții cu colegi, prieteni, vecini și nici chiar în familie, fiind abordat doar în contexte în care o cunoscută, vecină, sau colegă a participantelor a descoperit că suferă de această boală. În caz de necesitate, însă, participantele la studiu, în majoritate ar avea o persoană de încredere cu care să abordeze subiectul, fie că e vorba de o prietenă, sau un membru al familiei. Au existat de asemenea exemple de persoane care nu au deschis niciodată subiectul cu nimeni, fie că e vorba de membri ai familiei, cunoștințe, colegi de muncă, prieteni sau cadre medicale.

În cadrul focus grupurilor s-a concretizat o imagine completă în ce privește metodele cele mai utilizate de descoperire timpurie a cancerului mamar. Au fost menționate toate, deși s-au putut observa confuzii în ce privește diferențele între ecografie și mamografie. Acest aspect a fost cu atât mai evident în interviurile realizate cu potențialele beneficiare ale acestui program în contextul în care nu a existat plasa de siguranță a unui grup de persoane care prin cunoștințe puse la comun să permită conturarea unei imagini corecte și complete asupra metodelor existente.

Persoanele intervievate sunt conștiente de avantajele și dezavantajele fiecărei metode de prevenție în parte, deși acest lucru reiese din imaginea de ansamblu asupra discuțiilor, foarte puține participante deținând toate informațiile. Cel mai des, deși incomplet, este utilizată metoda auto-examinării în rândul participantelor la studiu. Examenul clinic mamar nu este menționat decât în câteva cazuri, deși participantele consideră că un cadru medical ar fi mult mai experimentat în ce privește descoperirea potențialilor noduli, fiind considerată o metodă mai pertinentă de prevenție decât auto-examinarea.

Ecografia mamară este considerată ca fiind o metodă mai precisă comparativ cu auto-examinarea, respectiv examenul clinic mamar, dar nu la fel de precisă comparativ cu mamografia, dar este o metodă ce nu implică riscuri și care poate fi reluată oricând, comparativ cu mamografia. Confuziile între ecografie și mamografie fac referire atât la gradul de precizie al fiecărei metode de descoperire timpurie a cancerului mamar, cât și în ce privește perioada de timp la care ar trebui refăcute pentru a depista mai repede boala.





UNIUNEA EUROPEANĂ



A fost observabil pe parcursul derulării studiului calitativ un anumit grad de dezinteres asupra utilizării metodelor de prevenție, inclusiv în ce privește auto-examinarea, deși participantele la studiu consideră că este cea mai la îndemână dintre toate cele existente. Acest dezinteres se trage atât din lipsa de informații în legătură cu consecințele bolii, cât și dintr-o percepție pozitivă în ce privește starea de sănătate în general. Alți factori care ar fi de menționat sunt frica de un potențial rezultat pozitiv, vârsta înaintată, accesul redus la servicii de prevenție medicală de calitate în special în zonele rurale, dar nu numai, un grad redus de încredere în sistemul medical, teama de riscuri adiacente metodelor de prevenție, respectiv o prioritizare deficitară a aspectelor ce țin de sănătate.

Nivelul de informare împreună cu cel de educație mai reduse determinând abilități de comprehensiune mai reduse sunt singurele diferențe în ce privește grupurile vulnerabile raportat la subiectul prevenției medicale. Cadrele medicale reușesc, deși cu mai mult efort decât în cazul populației generale, să le determine și pe persoanele din aceste categorii să urmeze pașii necesari, prin adaptarea discursului persuasiv la nivelul acestora.

Subiectul mamografiei, fiind corelat cu cancerul mamar este un subiect de discuție considerat ca fiind delicat. Foarte puține dintre participantele la studiu au menționat situații în care să vorbească despre mamografii, inclusiv cu persoane despre care cunosc faptul că utilizează această metodă de descoperire timpurie a afecțiunii. Perioada de doi ani între analize în ce privește mamografiile este considerată ca fiind potrivită de către majoritatea participantelor la studiu, deși unele consideră că ar putea fi făcute și mai des de atât, în comparație cu altele care consideră perioada ca fiind prea scurtă.

Majoritatea participantelor la studiu cunosc ce presupune tratamentul pentru cancerul mamar și inclusiv persoane care au suferit de această afecțiune. Nu toate, însă, cunosc și persoane care să fi avut afecțiunea și să se fi recuperat. Existența în comunitate sau în cercul de cunoștințe a unor astfel de exemple de persoane care să fi supraviețuit bolii oferă un grad de încredere ridicat atât în ce privește potențialele tratamente cât și asupra rezistenței pe care organismul o are la boală.

Primirea invitației de participare la screening prin intermediul unei scrisori este considerată ca fiind o metodă potrivită de către majoritatea participantelor, cât și prezența datei de programare pentru analiză în cadrul invitației, atât timp cât aceasta ar putea fi primită la timp pentru a le permite participantelor să își planifice activitățile astfel încât să se poată prezenta la analiză. Faptul că





această dată ar putea fi modificată, în funcție de nevoi sau necesități personale, este considerată ca fiind plusvaloare.

Scrisoarea ar trebui să fie primită fie de la medicul de familie, fie de la clinica unde ar fi programate persoanele pentru mamografie sau Casa de Asigurări de Sănătate. Medicul de familie este cea mai de încredere sursă de unde ar putea fi primită scrisoarea, deși chiar din partea clinicii unde participantele ar realiza analiza, scrisoarea acompaniată de un antet sau stampilă cu semnături și date de contact, pentru a putea verifica autenticitatea scrisorii ar fi suficiente în opinia participantelor. În oricare dintre variante, este important pentru participante să aibă posibilitatea să obțină clarificări în ce privește procedurile sau pașii ce trebuie urmați pentru realizarea analizei.

Televizorul este principala sursă de informare menționată de către participante, indiferent de modalitatea de formulare a mesajelor. Canalele radio sunt de asemenea menționate ca fiind potrivite, deși într-o măsură mai redusă. Promovarea pe internet prin intermediul rețelelor de socializare este considerată ca fiind eficientă dar este adusă în discuție de către participantele mai tinere. Nu în ultimă instanță, medicii de familie sunt persoanele cele mai potrivite să promoveze un astfel de program, în contextul în care ar putea oferi orice lămuriri suplimentare necesare în ce privește programul de screening, în opinia participantelor la studiu. Mihaela Rădulescu, respectiv Mihaela Geoană sunt menționate ca exemple de persoane potrivite pentru promovarea unui astfel de program de screening, dar opinia că un cadru medical de specialitate („image feminină”) ar putea să facă acest lucru a fost împărțită de majoritatea participantelor.

Lipsa de informare atât în legătură cu consecințele și efectele bolii, cât și în ce privește metodele de prevenție sunt menționate de către majoritatea cadrelor medicale intervievate ca fiind principala piedică raportat la accesarea metodelor existente de prevenție timpurie a cancerului mamar. Informarea, fie că ia forma educației, sau chiar mai specific a educației sanitare, este considerată ca fiind esențială în schimbarea perspectivei asupra actului de prevenție și abordării asupra stării de sănătate, atât la modul general, cât și în ce privește cancerul mamar, în particular.

Lipsa de informare poate determina un grad înalt de dezinteres, după cum am menționat anterior, corelat cu absența durerilor, cel puțin în primele etape de dezvoltare a cancerului, minimizează impactul încercărilor de ajustare a comportamentului preventiv venite din partea cadrelor medicale și poate conduce la nehotărâre și în final la inactivitate. Gradul de importanță pe





UNIUNEA EUROPEANĂ



care participantele îl acordă sănătății din această perspectivă poate fi corectat prin insistență, contact persuasiv și repetat, în alte cuvinte o interacțiune cât mai frecventă cu subiectul.

Diferențele dintre nivelul declarativ al potențialelor beneficiare și realitatea palpabilă a comportamentului lor în ce privește prevenția în sănătate sunt pe primul loc după gradul de informare asupra subiectului prevenției în ce privește cancerul mamar.

Aspectele ce țin de prevenția cancerului mamar nu sunt unele care să fie ușor de abordat din perspectiva participantelor, teama de potențialitatea unui rezultat pozitiv determinându-le pe acestea să prefere să nu deschidă subiectul în interacțiunea cu cadrele medicale. Medicii de familie ar trebui să aibă în vedere acest lucru, iar încă dinainte de momentul în care o persoană ajunge la vârsta recomandată pentru analize, să înceapă să determine și să pregătească pacientele pentru aceste etape esențiale în menținerea unui control asupra stării de sănătate din această perspectivă, luând în calcul atât nivelul de educație, educație sanitară și abilitățile de comprehensiune ale pacienților lor. Comunicarea constantă dintre medicii de familie și pacienți în legătură cu acest subiect este absolut necesară, în contextul în care acesta este primul pas în determinarea înțelegerii consecințelor unei astfel de afecțiuni. Medicul de familie este și cel mai potrivit să explice toți pașii necesari de realizat în cadrul unui astfel de program de screening, cât și importanța lor, respectiv ramificațiile determinate de absența punerii lor în practică. Un factor important în acest context este încrederea acordată de pacienți cadrului medical ce ar cunoaște, în consecință, tot istoricul medical al persoanei cu care stă de vorbă, găsind cel mai ușor modalitatea de formulare a unui îndemn în acest sens pentru ca pacienta să parcurgă toți acești pași. Comunicarea constantă în ce privește subiectul cancerului și metodelor de prevenție ar permite transformarea lui din subiect tabu într-un aspect ușor de abordat, ca orice altă boală.

Abordarea pașilor necesari în programul de screening, prin intermediul comunicării constante în ce privește subiectul cancerului mamar și a metodelor de prevenție, ar putea determina la nivel de comunități inclusiv dezinhibarea populației în ce privește acest aspect al realității, dar în aceeași măsură conștientizarea faptului că este o afecțiune ce poate fi tratată și fără repercusiuni severe atât timp cât este descoperită la timp, percepția asupra stigmatului pe care această boală îl aduce asupra individului fiind în continuare o piedică în implementarea pașilor necesari pentru tratament.

O soluție în ce privește programul de screening este, în opinia unui cadru medical, extinderea intervalului de vârstă la 40-69 de ani în contextul în care persoane mai tinere cu un nivel mai ridicat





de educație ar putea determina mai multe persoane să participe. De asemenea un potențial pachet de screening pentru mai multe tipuri de cancer ar putea determina un grad de participare mai ridicat în opinia unui alt cadru medical.

Gratuitatea unui astfel de program, cât și a pașilor subsecvenți unui potențial rezultat pozitiv în urma unei mamografii ar putea fi un factor determinant pentru participarea la program a mai multor persoane. Existența caravanei care să se deplaseze în mediul rural ar fi de asemenea de ajutor în contextul în care persoane cu venituri reduse, ce nu și-ar permite deplasări până în cea mai apropiată unitate administrativ teritorială cu acces la astfel de servicii de prevenție, ar putea participa la program. Dezvoltarea accesului la serviciile de prevenție în ce privește cancerul mamar este de asemenea un aspect important în mobilizarea populației țintă la program, în opinia cadrelor medicale intervievate, iar o astfel de caravană ar putea ajuta în acest sens. Pe partea de organizare a intervenției caravelor în mediul rural, atât asistenții comunitari, cât și unele cadre medicale ar fi dispuși să se implice pe partea de programare a pacientelor la analize, o potențială soluție fiind ca această caravană să poată să fie solicitată periodic, dar și pe perioada weekendului, sau în condițiile în care un anumit număr de persoane au confirmat deja prezența lor într-un anumit moment pentru efectuarea analizei.

Promovarea pe cât mai multe canale de comunicare a programului de screening ar putea permite un contact mai puternic atât cu avantajele realizării analizei pentru toate categoriile de femei, indiferent de vârstă. Explicații suplimentare referitor la consecințele descoperirii în faze avansate ale bolii ar putea fi de folos în ce privește mobilizarea populației țintă la program, fie direct prin intermediul mediatizării în sine, raportat la persoanele, fie indirect, prin intermediul rudelor acestora care ar putea avea un cuvânt de spus în ce privește grija pentru starea de sănătate a persoanelor din grupul țintă. Campania de mediatizare ar trebui să aibă în vedere un spectru mai amplu în ce privește populația țintă și de asemenea să aibă ca scop, cel puțin parțial, în contextul asistenței oferite de cadrele medicale cu care populația țintă intră în contact, desensibilizarea populației la acest aspect care se dezvoltă pe nesimțite, ca incidență, în cadrul populației, având efecte traumatizante și devastatoare în absența parcurgerii pașilor necesari.



## Raport metodologic cercetare calitativă

În cadrul studiului calitativ au fost realizate următoarele:

### Distribuție focus grupuri

Nr crt	Regiune	Tip localitate	Județ	Localitate	Focus
1	V	Urban	TM	Timișoara	Femei categoria 50-69 ani
2	V	Urban mic	HD	Deva	Femei categoria 50-69 ani
3	NV	Rural	CJ	Chiuiești	Femei categoria 50-69 ani
4	NE	Rural	SV	Brodina	Femei categoria 50-69 ani
5	NE	Rural	IS	Dancu	Femei categoria 50-69 ani

### Distribuție interviuri

Nr crt	Regiune	Tip localitate	Județ	Localitate	Interviuri
1	V	Urban	TM	Timișoara	Medic Familie
2	V	Rural	TM	Jamu Mare	Asistent Comunitar
3	V	Urban	TM	Timișoara	Beneficiară Potențială
4	V	Urban mic	HD	Deva	Medic Familie
5	V	Rural	AR	Târnova	Asistent Comunitar
6	V	Urban mic	HD	Deva	Beneficiară Potențială
7	NV	Urban	CJ	Cluj	Medic Familie
8	NV	Rural	CJ	Fizeșu Gherlii	Asistent Comunitar
9	NV	Urban	CJ	Cluj	Beneficiară Potențială
10	NV	Urban mic	CJ	Dej	Medic Familie
11	NV	Rural	CJ	Ploscoș	Asistent Comunitar



UNIUNEA EUROPEANĂ



12	NV	Urban mic	CJ	Dej	Beneficiară Potențială
13	NV	Urban mic	CJ	Dej	Beneficiară Potențială
14	NE	Rural	SV	Ostra	Medic Familie
15	NE	Rural	SV	Ostra	Asistent Comunitar
16	NE	Rural	SV	Brodina	Beneficiară Potențială
17	NE	Rural	IS	Mironeasa	Asistent comunitar
18	NE	Rural	IS	Plugari	Asistent Comunitar
19	NE	Rural	IS	Dancu	Beneficiară Potențială
20	SE	Rural	VN	Chiojdeni	Medic Familie
21	SE	Rural	VN	Reghiu	Asistent Comunitar
22	SE	Rural	VN	Reghiu	Beneficiară Potențială
23	SE	Rural	VN	Reghiu	Beneficiară Potențială
24	SE	Rural	VN	Reghiu	Beneficiară Potențială
25	SE	Rural	BZ	Zărnești	Medic Familie
26	SE	Rural	BZ	Zărnești	Asistent Comunitar
27	SE	Rural	BZ	Zărnești	Beneficiară Potențială
28	SE	Rural	BZ	Zărnești	Beneficiară Potențială
29	SE	Rural	BZ	Zărnești	Beneficiară Potențială

Motivele principale în ce privește devierea de la propunerea finală de distribuție a focus grupurilor și interviurilor:

- În contextul pandemiei COVID, măsurile de siguranță impuse prin implementarea stării de urgență au făcut imposibilă realizarea ultimelor 3 focus grupuri. S-a stabilit de comun acord realizarea de interviuri telefonice în plus cu potențiale beneficiare din cele selectate inițial





pentru participarea la focus grupuri pentru a crea o imagine completă asupra situației în localitățile din eșantion;

- Absența asistenților comunitari în mediul urban;
- Dezinteresul pentru studiu al cadrelor medicale din localitățile selectate de comun acord, în contextul finalizării terenului prin intermediul canalelor telefonice;
- Gradul ridicat încărcare a programului cadrelor medicale (în mediul rural cadrele medicale au arondate mai multe sate sau chiar comune) și lipsa disponibilității pentru comunicare în afara programului de lucru.

Nu au fost întâmpinate dificultăți în ce privește activitatea de teren pe parcursul derulării acesteia.

