



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

METODOLOGIA ACTIVITĂȚILOR DE INFORMARE, EDUCARE, CONȘTIENTIZARE A GRUPULUI ȚINTĂ AL SERVICIILOR DE SCREENING AL CANCERULUI DE SAN CORELATE CU STRATEGII DE TESTARE

1. Introducere

Metodologia activităților de informare, educare, conștientizare a grupului țintă al serviciilor de screening al cancerului de sân pentru Programul Național pentru Screeningul pentru Cancerul de Sân a fost elaborat în cadrul proiectului "Creșterea capacității instituționale și a competențelor profesionale ale specialiștilor din sistemul de sănătate în scopul implementării Programului Național de screening pentru cancerul de sân", contract de finanțare nr. POCU/259/4//9/120799 Cod SMIS: 120799 finanțat de Fondul Social European, Programul Operațional Capital Uman 2014-2020, Axa prioritară 4: Incluziunea socială și combaterea sărăciei, Prioritatea de investiții: Creșterea accesului la servicii accesibile, durabile și de înaltă calitate, inclusiv asistență medicală și servicii sociale de interes general implementat de Institutul Oncologic "Prof Dr. Ion Chiricuță" Cluj-Napoca în parteneriat cu Institutul Național de Sănătate Publică.

Metodologia urmărește stabilirea unor proceduri unitare pentru implementarea Programului Național de Screening pentru Cancerul de Sân care, pentru început, va fi finanțat în Regiunile de dezvoltare Nord-Vest, Vest, Nord-Est și Sud-Est prin Programul Operațional Capital Uman, proiectele "Fii responsabilă de sănătatea ta – programe regionale de prevenție, depistare precoce, diagnostic și tratament precoce al cancerului de sân - etapa II", AP 4/ PI 9.iv/ OS 4.9

Activitatea de IEC (Informare, educare, constientizare) este o componenta esentiala in promovarea unei sanataii mai bune si isi propune sa imbunatateasca bunastarea generala atat a persoanelor si familiilor cat si a comunitatilor prin incurajarea oamenilor sa fie responsabili pentru propriile actiuni, prin propriile eforturi. Activitatea are ca scop imbunatatirea gradului de sanatate a populatiei prin cresterea cunostintelor, schimbarea atitudinilor dar si schimbarea comportamentului. Aceste modificari fiind posibile prin interventii IEC.

Într-o campanie IEC , mesajele, practicile și ideile (informația) sunt diseminate grupurilor individuale sau țintă prin utilizarea mijloacelor de difuzare adecvate (comunicare) cu scopuri de sensibilizare, de motivare și îndrumare (educație) bunăstare. Cu alte cuvinte, este vorba despre un efort educațional concentrat pre-planificat și concentrat, cu un obiectiv specific, orientat către scopuri specifice ale programului, pentru a ajunge la o audiență fie în grupuri individuale, fie în grupuri mai largi, prin utilizarea cu îndemânare a unor metode și mijloace media adecvate pentru a aduce schimbări în cunoștințe, credință, atitudine și comportament.

Interventiile IEC trebuie sa implice participarea activa a publicului tinta si sa adopte canale, metode si tehnici care sunt familiare cu viziunea lor asupra lumii. Informarea , educarea, constientizarea reprezinta un instrument important in promovarea sanataii in vederea crearii unui mediu de sprijin si de consolidare a actiunilor comunitare, pe langa faptul ca joaca un rol important in schimbarea comportamentului.

2. Tipuri de activități de informare, educare, conștientizare a grupului țintă al serviciilor de screening al cancerului de sân

Screeningul este o investigație medicală care diferă de alte activități de îngrijire a sănătății, deoarece este adresată de obicei unei populații sănătoase și asimptomatice. În comparație cu practica medicală generală în care pacienții se adresează medicului pentru o problemă specifică, în screening, oamenii sunt invitați de un program populațional organizat să se supună unui test cu scopul de a detecta bolile înainte de apariția simptomelor și de a beneficia de un tratament mai eficient și mai puțin invaziv. Prin urmare, este imperativ ca celor invitați să participe în programele de screening să li se ofere informații adecvate cu privire la screening. În plus, aceste informații trebuie comunicate într-o manieră adecvată și imparțială pentru a permite femeilor să facă o alegere în cunoștință de cauză cu privire la participarea la screening. Pentru ca acest lucru să se întâmple, personalul programului de screening trebuie să înțeleagă complexitatea comunicării adecvate cu femeile invitate să participe la screening și să dezvolte abordări noi și inovatoare de comunicare a informațiilor către aceste femei.

Obiectivul acestui capitol este de a oferi o perspectivă asupra problemelor legate de comunicarea informațiilor privitoare la screening și de a oferi celor implicați în screening câteva sugestii pragmatice cu privire la modul de planificare și dezvoltare a instrumentelor scrise de informare.

2.1. Comunicarea informațiilor pentru a permite luarea deciziilor

"Informare" este un termen ce cuprinde un simplu transfer de date în timp ce termenul "comunicare" definește un proces mai complex. Comunicarea implică transmiterea și primirea de către o persoană a unor informații pe care le poate înțelege și poate face uz de ele. Comunicarea despre sănătate nu include doar transmiterea informațiilor. Pentru a comunica în mod eficient și adecvat cu privire la sănătate, este important să interpretăm factorii sociali și culturali care influențează nevoile și comportamentele indivizilor. În plus, comunicarea în domeniul sănătății a devenit mai complexă datorită creșterii exponențiale a cunoștințelor științifice. Acest lucru poate genera confuzie și poate duce la dificultăți în procesul decizional.

S-a sugerat că furnizarea de informații persoanelor cu scopul de a le ajuta să facă alegeri și să ia decizii necesită noi modalități de interacțiune și comunicare. Întrebări cum ar fi: Ce informații de bază trebuie să primească persoanele fizice? Cat de aprofundate și detaliate ar trebui să fie informațiile oferite de personalul medical pentru a asigura înțelegerea lor de către persoanele cărora le sunt adresate? Care sunt informațiile irelevante care tind doar să producă confuzii la nivelul celor cărora le sunt destinate? Ce

cuvinte și explicații facilitează înțelegerea? trebuie să își găsească răspuns. Personalul medical nu a avut obiceiul de a-și pune asemenea de întrebări.

Profesioniștii în domeniul sănătății trebuie să furnizeze indivizilor acele informații care le vor permite să decidă "în cunoștință de cauză" dacă urmează sau nu să se supună unei intervenții, luând în considerare alternativele disponibile, riscurile potențiale și rezultatele previzibile. În contextul screeningului, problema comunicării devine mai complexă, deoarece un profesionist din domeniul sănătății (poate fi personal administrativ sau personal medical) se apropie de o persoană aparent sănătoasă care urmează să fie supusă unui test. Femeile invitate să participe la screening-ul pentru cancerul de sân nu sunt bolnave, doar câteva dintre ei vor dezvolta cancer de sân în cursul vieții. Prin urmare, este vital ca aceste femei să cunoască avantajele și dezavantajele screening-ului mamar pentru a le ajuta să ia o decizie în cunoștință de cauză cu privire la participarea la screening.

Atunci când o femeie alege să participe la mamografia de screening, face în mod voluntar această decizie. Dar, această decizie nu implică neapărat faptul că ea are cunoștințele de care are nevoie și că a înțeles ceea ce i s-a propus. În elaborarea strategiilor de comunicare pentru cei invitați pentru mamografie trebuie luați în considerare următorii factori.

2.1.1. Principii etice

Orice cadru elaborat pentru a comunica informațiile privind sănătatea trebuie să fie susținut de următoarele principii etice:

1. **Autonomie:** obligația de a respecta capacitățile de luare a deciziilor ale unor persoane care sunt autonome. Se pune accent pe faptul că pacienții ar trebui, în mod normal, să fie în situația de a alege să accepte sau nu o intervenție ca parte a dreptului lor general de a-și determina propria viață.
2. **Lipsa de intenții rele:** obligația de a evita provocarea intenționată sau directă de daune (principiul nu este încălcat dacă pot exista și prejudicii în urma intervenției, cu condiția unui echilibru adecvat beneficii/prejudicii, adică dacă prejudiciul nu este direct urmărit, ci este un efect secundar nefericit al încercărilor de îmbunătățire a stării de sănătate a unei persoane).
3. **Intenția de a aduce beneficiu:** obligația de a oferi beneficii care să le echilibreze riscurile.
4. **Echitate:** obligația ca riscurile să fie echitabil împărțite cu beneficiile.

Aceste patru principii oferă un cadru util pentru profesioniștii din domeniul sănătății (inclusiv cei implicați în screening) pentru a dezvolta modalități adecvate de a comunica cu grupurile de clienți.

2.1.2. Elaborarea strategiei de comunicare

Strategia de comunicare pentru depistarea cancerului de sân trebuie să fie susținută de principii etice solide și să se asigure că informațiile dezvoltate sunt bazate pe dovezi, "centrate pe femei" și livrate în mod eficient.

De aceea, furnizorii de servicii de screening ar trebui să ia în considerare următoarele puncte-cheie atunci când planifică și dezvoltă strategii de comunicare pentru screening-ul cancerului de sân.

- Luarea în considerare a principiilor bioeticii (autonomie, bunăvoință, justiție).
- Deținerea de dovezi concludente conform cărora procedurile de screening îndeplinesc criteriile adecvate și pot să aibă un potențial beneficiu pentru indivizi (Comitetul Miniștrilor, 1994).
- Acceptarea și implicarea femeilor ca parteneri dinamici.
- Informarea persoanelor astfel încât să le permite să facă o alegere în cunoștință de cauză.
- Obținerea cunoștințelor complexe necesare pentru a informa oamenii despre argumentele pro și contra ale screening-ului.
- Sensibilizarea la diferențele educaționale, lingvistice, culturale și religioase în rândul indivizilor și adaptarea informațiilor la nevoile personale.
- Explorarea nevoii de informare a femeilor și implicarea acestora în dezvoltarea materialelor informative.
- Luarea în considerare a nevoilor grupurilor defavorizate (persoane cu dizabilități, grupuri minoritare etnice, persoane cu deficiențe de vedere, etc.).
- Furnizarea informațiilor în formate adecvate disponibile și accesibile populației țintă.
- Testarea diferitelor forme de informare, promovare pe un eșantion din populația țintă pentru a le evalua eficacitatea.
- Evaluarea satisfacției femeilor cu privire la serviciile de screening (prin sondaje sau chestionare).
- Dezvoltarea standardelor pentru evaluarea calității informațiilor furnizate.
- Oferirea ocaziei de a discuta opțiunile disponibile, dacă un test este pozitiv, cu profesioniștii ai screening-ului într-un mediu favorabil.
- Evitarea situațiilor în care stimulentele economice sau politice ar putea afecta mesajele.
- Implicarea medicilor de familie în programele de screening, deoarece femeile îi cunosc și au tendința de a avea o relație bună cu ei.
- Sporirea și îmbunătățirea comunicării în toate sectoarele / interfețele implicate în programele de screening (de la autoritățile din domeniul sănătății, factorii de decizie și furnizorii de screening).
- Colaborarea cu mass-media pentru a asigura diseminarea informațiilor corecte asupra screeningului cancerului de sân.
- Coordonarea și colaborarea cu alte surse credibile.

- Exploatarea instrumentelor noi de comunicare (Internet, video, etc)
- Bugetarea fondurilor și existența unui personal dedicat comunicării.
- Formarea continuă și adecvată în domeniul comunicării.
- Acordarea unei atenții deosebite în cazul testelor HPV, pentru informarea corespunzătoare a femeilor cu privire la natura transmiterii sexuale a HPV-ului, istoricul și consecințele infecției cu HPV și rolul său în dezvoltarea cancerului de sân.

2.1.3. Eterogenitatea populației și alegerea informată

Există o preocupare din ce în ce mai mare cu privire la faptul că, pentru a crește ratele de participare și a asigura eficacitatea programelor de screening, persoanele invitate pentru screening sunt adesea informate doar despre aspectele pozitive ale screening-ului, cele negative fiind ignorate sau minimizate.

Femeile pot face o alegere informată privind participarea la un program de screening doar dacă le sunt oferite informații suficiente și adecvate. Aceste informații trebuie să fie corecte, adecvate, bazate pe dovezi, accesibile, imparțiale, oferite cu respect și adaptate nevoilor individuale. În caz contrar, pot apărea probleme. De exemplu, concepțiile greșite despre cancer și procesul de screening pot duce la niveluri ridicate de anxietate.

În contextul de screening nu există un "public" omogen, monolit, ci o diversitate de "grupuri de public" cu caracteristici specifice diferite de care trebuie să se țină seamă. Chiar dacă programul de screening pentru cancerul mamar este un program populational, problemele cu care trebuie să se confrunte profesioniștii din domeniul sănătății ce oferă screeningul populațional sunt indivizii care au nevoi specifice și valori și credințe diferite. În plus, factorii contextuali, culturali sau de personalitate pot influența direct modul în care o persoană procesează informațiile despre sănătate și impactul asupra motivației ei de a participa la screening. Și nivelul educațional poate avea impact asupra înțelegerii informațiilor prezentate.

2.1.4. Rolul mass-mediei

Un factor important de care trebuie să țină cont profesioniștii din domeniul sănătății este influența mass-media asupra percepției și înțelegerii problemelor de sănătate ale indivizilor. Cercetările au arătat că mass-media joacă un rol important în influențarea opiniei în utilizarea intervențiilor medicale, cum ar fi screeningul mamar. În general, mass-media a favorizat mesajul optimist și lipsit de adevăr că medicina în general și screening-ul, în special, pot vindeca toate bolile. Informațiile difuzate de mass-media au subliniat adesea doar beneficiile serviciilor medicale, omitând incertitudinile, efectele adverse și cele secundare, nementionând controversile științifice legitime. În ceea ce

privește programele de screening, mesajul venit din mass-media pare a fi faptul că screening-ul este 100% corect și, prin urmare, orice rezultat fals pozitiv sau negativ este rezultatul unor erori comise de cei care furnizează serviciile de screening. Acest lucru a determinat falsa opinie conform căreia toate cancerule care apar după o un rezultat normal de screening trebuie să fi fost "ratate" și că întârzierile în diagnostic au semnificație pentru prognosticul cazurilor. Această înțelegere greșită privind eficacitatea examinării a condus la așteptări ridicate din partea publicului, la furie și resentimente (unele ducând chiar la litigii), atunci când rezultatele au fost diferite.

Prin urmare, este vital ca profesioniștii din domeniul sănătății să fie conștienți de rolul mass-media în furnizarea de informații și, ulterior, în influențarea deciziilor persoanelor. Este important ca furnizorii de servicii de sănătate să colaboreze îndeaproape cu mass-media și să le furnizeze informații actuale, corecte și exacte în mod proactiv și în mod regulat. Asemenea informații difuzate de către mass-media pot determina mai degrabă dezbateri informate ce cresc nivelul de constientizare al publicului decât crearea unor așteptări false care nu pot fi îndeplinite de către servicii.

2.2. Probleme privind comunicarea eficientă în screening

Problemele legate de comunicarea eficientă pot fi asociate atât cu furnizorii, cât și cu consumatorii și includ următoarele:

2.2.1. Accesul la informațiile despre screening-ul mamar

Informațiile adecvate în forme corespunzătoare ar trebui să fie disponibile și accesibile pentru toate femeile care ar beneficia de screening-ul cancerul de sân. Este important ca femeile să fie informate cu privire la locul unde pot obține informații despre screening-ul pentru cancerul de sân, ce fel de informații sunt disponibile și în ce format (materiale scrise, site-uri web, linii telefonice de informare etc.). Accesibilitatea include și furnizarea acestor informații grupurilor dezavantajate (adică persoane cu handicap, grupuri etnice etc.).

2.2.2. Lipsa de claritate a personalului medical implicat în programul de screening

Femeile obțin informații despre cancerul mamar dintr-o varietate de surse, dintre care profesioniștii din domeniul sănătății sunt una dintre cele mai evidente. Profesioniștii din domeniul sanataii care joaca un rol central in furnizarea de informatii includ personalul care lucreaza in asistenta primara si cel din unitatile de screening pentru canceru de sân. Este important ca acești oameni să dobândească cunoștințe cuprinzătoare necesare pentru a informa femeile despre avantajele și dezavantajele screening-ului. Acest lucru însă nu este întotdeauna real. Etica medicală este rareori inclusă în curriculum-ul personalului din sănătate. Comunicarea cu privire la riscuri, și anume comunicarea beneficiilor, a posibilelor prejudicii cauzate de intervențiile medicale și subtilitățile implicate de consimțământul informat real sunt rareori prezentate suficient în programele de educație medicală și educație pentru sănătate. În plus, nu toți

profioniștii din domeniul sănătății înțeleg și interpretează cu precizie datele epidemiologice (de exemplu, reducerea relativă sau absolută a riscului).

2.2.3. Abilități de comunicare ale personalului implicat în programe de screening necesare asigurării clarității mesajelor

În majoritatea țărilor UE, rolul specific al medicilor din asistenta medicală primară, fie ei medici generalişti sau medici de familie și a medicilor ginecologi în furnizarea de informații despre screening-ul mamar este bine documentat. În special, relația personală și continuă dintre medicii generalişti sau de familie și pacienții lor îi plasează într-o poziție privilegiată pentru furnizarea de informații relevante și specifice. Acest lucru poate contribui la reducerea anxietății și a temerilor legate de test. De asemenea, medicii generalişti/de familie beneficiază, de obicei, de un nivel ridicat de încredere din partea pacienților lor și, în general, implicarea lor în procesul de luare a deciziilor este acceptată de femei. Cercetările arată că implicarea lor este un factor important asociat utilizării mamografiei.

Pentru că implicarea medicilor în comunicarea informațiilor despre screening-ul pentru cancerul mamar este importantă, ei trebuie să fie bine informați cu privire la diferitele probleme și procese. Instruirea, educarea și motivarea medicilor generalişti/ de familie pentru a juca un rol adecvat în facilitarea și abilitarea femeilor pentru a lua decizii informate cu privire la participarea la screening-ul mamar este o parte importantă a desfășurării cu succes a unui program de screening.

Modul în care sunt prezentate informațiile este la fel de important ca și informația prezentată. Acuratetea informațiilor depinde nu numai de conținutul lor, ci și de abilitățile de comunicare ale profesioniștilor din domeniul sănătății implicați în furnizarea lor. Personalul medical trebuie să fie sensibil la diferențele educaționale, lingvistice și religioase din rândul femeilor și să recunoască impactul potențial al rasei, etniei, clasei sociale și culturii asupra deciziei de a participa sau nu la screening. Ei ar trebui să utilizeze un limbajul fără jargon tehnic și să evite conceptele matematice sau statistice greu de înțeles care exprimă riscurile, deoarece acestea îi împiedică pe oamenii obișnuiți să înțeleagă ce le este comunicat. Pentru a depăși aceste probleme, este esențial ca specialiștilor din domeniul sănătății să li se ofere o formare adecvată în domeniul abilităților de comunicare.

2.2.4. Nivelul de înțelegere al beneficiarilor în privința sănătății (“health literacy”)

Nivelurile de instruire scăzute ale consumatorilor în materie de sănătate pot reprezenta un obstacol major în înțelegerea informațiilor. Indivizii sunt diferiți din punctul de vedere al abilității lor de a citi, înțelege și utiliza informații. Sărăcia, etnia și vârsta sunt considerați la rândul lor, predictorii ai nivelului limitat de înțelegere. Furnizorii de programe de screening se confruntă în mod frecvent cu grupuri de populație cu culturi și limbi materne diferite multiculturale și multilingvistice, cu toate problemele de comunicare asociate. Abordarea acestor probleme nu implică doar traducerea materialelor informative ci și înțelegerea valorilor, convingerilor, practicilor de sănătate

și a stilurilor de comunicare diferite ale acestor grupuri și identificarea nevoilor lor specifice de informare.

Pe lângă barierele menționate, definite prin studiile și cercetările efectuate există și alți factori ce pot avea impact asupra furnizării de informații adecvate și relevante femeilor invitate pentru screeningul mamografic. Ei sunt prezentați în continuare.

2.2.5. Paradoxul comunicării

După cum s-a menționat mai sus, screening-ul este oferit pe bază populațională, iar informațiile trebuie să fie adaptate nivelurilor grupurilor ce constituie populația respectivă. Această diversitate a nevoilor de informare ale populației și ale indivizilor ce constituie populația poate duce la un paradox al comunicării. De exemplu, informațiile transmise populației trebuie să includă riscul de a face cancer de sân pe parcursul vieții dar acesta nu reprezintă riscul fiecărui individ în parte (deoarece riscul la nivelul individului trebuie să ia în considerare caracteristicile individuale, adică istoricul familial, vârsta la menarhă și alți factori de risc posibili). Prin urmare, pentru a se potrivi nevoilor individuale, ar putea fi necesară "personalizarea" sau "adaptarea" informațiilor. Dovezile arată că astfel de mesaje personalizate pot crește eficiența informațiilor. Însă și utilizarea "informațiilor personalizate" poate crea probleme deoarece nu este o opțiune ieftină și nu este fezabilă furnizarea de informații personalizate care să răspundă nevoilor individuale ale miilor de femei din grupurile înrolate în programele populaționale. Ceea ce se poate face din punct de vedere practic este "particularizarea, personalizarea" informațiilor pentru subgrupuri, de ex. minorități etnice, diferite grupe de vârstă, persoane rechemate pentru investigații suplimentare pentru a răspunde nevoilor lor specifice și diferite. Trebuie reținut însă și faptul că mesajele personalizate nu sunt întotdeauna eficiente pentru toate grupurile. Rezultatele cercetărilor sugerează că mesajele personalizate sunt mult superioare mesajelor nepersonalizate doar pentru unele persoane în timp ce pentru altele sunt doar puțin mai bune, existând și persoane pentru care ele sunt mai puțin eficiente decât mesajele nepersonalizate.

2.2.6. Dezvoltarea informațiilor centrate pe pacient

Punctul de pornire pentru informații de calitate bună, care să permită luarea deciziilor, este oferirea de informații despre problemele importante pentru cei care le primesc. Unele faze ale procesului de screening, în special faza de invitație, nu permit, de regulă, comunicarea unu-la-unu între personalul medical și individ ci includ o transmitere unidirecțională de informații dinspre profesioniștii din domeniul sănătății. Frecvent comunicarea este dezvoltată fără contribuția grupul de clienți sau nu a fost evaluată pentru a determina adecvarea la nevoile grupului căruia îi este destinată. Un aspect important al procesului de luare a deciziilor este faptul ca persoanele să aibă acces la informații relevante și adecvate, relevanta fiind importantă nu numai din punctul de vedere al personalului medical, ci și din punctul de vedere al individului. Prin urmare, pentru a asigura eficiența și adecvarea procesului de comunicare, este esențială cunoașterea punctele de vedere ale celor invitați la screening despre informațiile de care au nevoie pentru a face o alegere informată.

2.3. Îmbunătățirea calității comunicării în screeningul pentru cancerul mamar

Mai multe instrumente au fost utilizate pentru a transmite informații persoanelor despre intervențiile de screening (videoclipuri, pliante, casete audio, ecrane tactile, etc.). O analiză sistematică privind utilizarea informată sau neutilizarea screeningului a concluzionat că "în prezent există date limitate disponibile cu privire la modalitățile cele mai eficiente de a prezenta informații despre riscurile și beneficiile screening-ului". Următoarele întrebări ar trebui adresate atunci când se dezvoltă un instrument de comunicare și pachete de informații privind depistarea cancerului de sân

- Care este cel mai accesibil format media?
- Poate fi împărtășită cu familia și prietenii?
- Cât de ușor ar fi actualizarea?
- Cum rămâne cu costurile de actualizare, reproducere și distribuție?
- Ar fi adecvat și acceptabil pentru publicul vizat?

Atribute ale unui instrument bun de comunicare

- Ușor de înțeles
- Accesibil și cuprinzător
- Ușor de utilizat
- Ușor și rentabil pentru actualizare, reproducere și distribuire

2.4. Caracteristicile pe care trebuie să le includă informațiile furnizate femeilor invitate să participe la screening-ul cancerului de sân

Accesibil

Informațiile trebuie să fie accesibile tuturor femeilor care ar beneficia de screeningul la sân. Este important ca o femeie care are nevoie de informații despre screeningul la sân să fie capabilă să o găsească și să o acceseze cu ușurință

Relevant

Informațiile de screening trebuie să fie relevante pentru femeile pentru care este destinat. Ar trebui să fie "centrate pe femei" și să răspundă nevoilor femeilor. În trecut, profesioniștii de screening aveau tendința să presupună că știau cel mai bine ce informații aveau nevoie femeile și ce căutau. Din păcate, majoritatea materialelor pe care le-au dezvoltat nu au reușit să abordeze problemele pe care femeile le-au considerat importante. Este esențial să se obțină o perspectivă asupra înțelegerii de către femei a informațiilor despre screeningul mamar și totodată implicarea femeilor în dezvoltarea materialelor informative. Cu toate acestea, acest lucru este rar făcut, iar furnizorii de screening trebuie să afle ce informații au nevoie femeile și care să le implice în elaborarea unor materiale de informare adecvate și la timp.

Comprehensibil

Informațiile trebuie să fie clare, evitând jargonul și limbajul tehnic. S-au elaborat linii directoare pentru a permite producerea de materiale scrise bune. Acestea includ următoarele:

- Interesul femeilor ar trebui să fie extrem de important
- Folosiți concepte pe care femeile le vor înțelege
- Evitați cuvintele inutile
- Fii personal
- Utilizați fraze scurte și cuvinte scurte
- Urmați regulile de gramatică și sintaxă

Cuprinzător

Informațiile ar trebui să fie complete și mesajele să nu fie părtinitoare pentru a încuraja participarea. Este imperativ ca informațiile să fie bine echilibrate, adică să includă informații despre riscuri, false pozitive, negative false și incertitudini. Comunicările trebuie să conțină, de asemenea, informații despre beneficiile și calitatea programului de screening pentru cancerul de sân. Poate fi indicat să se adauge informații despre indicatorii de proces cum ar fi rata de participare, timpul de așteptare, rata de rechemare și proporția cazurilor de cancer mamar detectate prin mamografie, pentru a ajuta femeile să înțeleagă programul de screening și să verifice rezultatele acestuia.

Adaptat

Informațiile ar trebui adaptate cât mai mult posibil nevoilor specifice ale diferitelor grupuri și situațiilor diferite. Acest lucru va asigura faptul că informațiile au o relevanță mai personală. Deși este dificil să se furnizeze informații personalizate pentru programele populației, ar trebui să fie posibil să se asigure anumite subgrupe cu informații relevante adaptate nevoilor lor specifice într-o anumită etapă a procesului de screening.

Informații specifice fazelor

Femeile vor avea nevoie de diferite niveluri de informație în diferitele faze ale screening-ului. Cercetările au arătat că nivelul ridicat de anxietate cu care se confruntă femeile rechemate pentru o evaluare suplimentară poate fi diminuat inițial prin informarea cu privire la posibilitatea de rechemare în prima scrisoare de invitație și apoi prin furnizarea altor informații relevante la momentul evaluării.

Ar fi adecvat să se ofere femeilor diferite tipuri de informații în funcție de diferitele etape de screening (adică prima invitație, rechemare, etc.). De exemplu, femeile rechemate pentru evaluarea ulterioară ar putea avea nevoie de informații despre aceste proceduri și despre rezultatele obținute. În acest stadiu, ar fi oportun ca femeilor să li se furnizeze informații suplimentare și mai detaliate utilizând diferite formate. Este important ca în această fază femeile să aibă ocazia să se întâlnească cu profesioniști în

domeniul sănătății, cum ar fi cadrul medical specializat sau radiologi, și să poată discuta diverse opțiuni și rezultate cu profesioniștii într-un mediu favorabil.

Informații pe mai multe niveluri

Informațiile de bază pot fi considerate ca fiind informațiile transmise tuturor femeilor (în general la momentul primei invitații). Trebuie să fie completă, reală și cuprinzătoare și să respecte orientările privind lizibilitatea și claritatea, cum ar fi evitarea prea multor informații, prezentarea necorespunzătoare și folosirea jargonului care ar putea duce la confuzie. Informațiile furnizate ar trebui să fie adecvate și scurte, de preferință într-un format de întrebări și răspunsuri. Cu toate acestea, acest lucru poate limita cantitatea de informații furnizate, iar femeile în aceeași fază de screening pot necesita grade diferite de informații, adică de la un nivel de bază al informațiilor la informații mai detaliate despre anumite zone. Prin urmare, este important ca femeile care solicită informații suplimentare și mai detaliate să le poată accesa. Informațiile de bază furnizate tuturor femeilor ar trebui să indice, de asemenea, unde pot fi obținute informații mai detaliate (adică linia telefonică, operatorii de screening, medicii de familie, site-ul web etc.). Este important ca programele de screening să furnizeze aceste informații suplimentare, utilizând diferite instrumente de comunicare în acest scop.

2.5. Recomandări privind conținutul informației scrise (scrisoare de informare / pliant)

Scrisoarea de invitație este, de obicei, primul instrument de comunicare trimis direct femeilor, pentru a-i invita să participe la programul de screening. Acesta include, de obicei, informații logistice / organizaționale cu privire la programarea la screening.

Ca prim contact cu femeile, scrisoarea de invitație trebuie să fie scrisă într-un stil simplu, clar și ușor de citit și să includă informații despre scopul screeningului cancerului mamar. Se recomandă ca toate informațiile suplimentare relevante să fie furnizate într-un prospect sau alte instrumente de comunicare incluse în scrisoare. Scrisoarea ar trebui să se refere la prospect și să încurajeze femeile să o citească.

Scrisorile de invitație trebuie să includă informații despre:

Scopul examinării - Cui se adresează testul (populația țintă - grupa de vârstă)
Testul - ce tip de mamografie de testare este
Intervalul de screening
Dacă testul este gratuit sau nu
Programarea - cum să o faceți, cum să o schimbați
Când și cum să obțineți rezultatele (menționând timpii de așteptare aproximativ)
Menționați posibilitatea de a fi rechemat pentru teste suplimentare
Alte informații logistice: de ex. pentru a aduce rezultatele unor mamografii anterioare, haine care trebuie purtate în momentul testării
Atunci când femeile pot obține informații suplimentare (de exemplu, servicii de informare, linii telefonice de asistență telefonică, grupuri de pacienți și site-uri web)
Protecția datelor / confidențialitatea.

Scrisorile și pliantele de invitație sunt de obicei concepute să se completeze reciproc, iar informațiile conținute în acestea pot fi reluate în cele din urmă. Prospectul inclus în scrisoarea de invitație oferă, de obicei, informații descriptive despre programul de screening, despre test și despre efectele acestuia. Acesta întărește adesea informațiile deja menționate în scrisoarea de invitație și adaugă informații suplimentare care pot fi utile femeilor.

Beneficiile și dezavantajele ar trebui explicate în prospect. Pliantul trebuie să fie bine scris și vizibil acceptat publicului. Prin urmare, este important ca diferite formate și structuri să fie testate cu populația țintă. Tabelul 4 enumeră informațiile care ar trebui incluse în prospect.

Prospectul de invitație trebuie să includă informații despre:

Beneficiarul testului
Testul - natura, scopul, valabilitatea
Procesul testului - cine efectuează testul, cât durează, ce implică acest test?
Intervalul de screening
Ce înseamnă detectarea precoce?
Beneficiile și dezavantajele screening-ului pentru cancerul de sân (inclusiv informații privind efectele secundare, adică durerea, disconfortul și riscul de radiații)
Cum să obțineți rezultatul și cum să îl interpretați (negativ, pozitiv, incertitudini)
Evaluări suplimentare - explicând posibilitatea unor teste suplimentare (de ce și ce teste?) și posibilitatea unor rezultate false și incertitudini
Controlul calității procedurii de screening
Atunci când femeile pot obține informații suplimentare (de exemplu, servicii de informații, linii telefonice de asistență telefonică, grupuri de pacienți și site-uri web)
Data și sursele de informații furnizate

Este esențial ca informațiile scrise să fie ghidate de principiile bunei comunicări, deoarece modul de prezentare a informațiilor joacă un rol important în determinarea înțelegerii și acceptării. Unele recomandări privind stilul, textul și stilul de text, limbajul și formatul sunt enumerate în tabelul 5. Acestea ar trebui să fie luate în considerare cu atenție de personalul de screening pentru a face comunicarea mai eficientă și ușor de înțeles pentru femei.

Sfaturi stilistice

Limbajul folosit:

- clar (despre subiect: clarificați fiecare punctele cu exemple)
- real, respectuos, politicos
- limbaj simplu de zi cu zi (fără termeni tehnici, jargon, abrevieri și acronime)
- informal (utilizarea unor pronume ca "noi" și "tu" pentru a personaliza textul)
- imparțial
- nu de sus în jos (fără stil prescriptiv sau ton paternal)

- scris în voce activă

Stilul și formularea textului

- credibil, fiabil (indicând sursa de informații)
- la zi
- prietenos și compătitor
- actual
- încadrată în mod pozitiv (de exemplu, 9 din 10 femei recuperate se găsesc a fi mai degrabă normale decât 1 din 10 femei rechemate vor avea cancer)
- ton pozitiv (ar trebui evitate afirmațiile alarmante)

Formatul textului

- de preferință aspect simplu
- fraze scurte și scurte paragrafe
- utilizarea diagramelor și a imaginilor
- utilizarea titlurilor și a subtitrărilor (pentru a distinge diferitele zone)
- litere aldine sau majuscule (pentru a sublinia puncte importante)
- imprimare mai mare (esențială pentru populațiile țintă mai vechi)
- utilizarea spațiilor albe (pentru a facilita citirea)
- preferabil întrebări / răspunsuri și formate de paragrafe
- culori potrivite (deoarece unele culori sunt dificil de citit de către orbii de culoare)
- siglă

2.6. Alte aspecte importante în dezvoltarea strategiilor de comunicare din programele de screening pentru cancerul mamar

2.6.1. Relația dintre furnizarea de informații și participarea în screeningul pentru cancerul mamar

Sa argumentat că furnizarea de informații explicite privind limitările de screening ar putea avea ca rezultat:

- reducerea participării și reducerea beneficiilor populației
- posibilă inegalitate, deoarece cele mai susceptibile de a fi descurajate pot fi cele mai dezavantajate din punct de vedere social
- creșterea costurilor deoarece este nevoie de mai mult timp pentru a explica screening-ul și consecințele acestuia
- reducerea eficienței costurilor dacă participarea este atât de scăzută încât serviciul devine neviabil

Au fost multe dezbateri în ultimii ani, despre dorința de a atinge rate ridicate de participare la screening-ul "per se", fără a permite participanților să ia o decizie în cunoștință de cauză cu privire la posibilitatea de a fi supuși screening-ului. În consecință, există încă tensiuni între promovarea procesului de luare a deciziilor în cunoștință de

cauză, în care persoana poate decide să nu fie supusă examinării și strategiile care promovează participarea ca o formă eficientă de îngrijire a sănătății.

Conceptul de recunoaștere a rolului activ și responsabil al femeilor și participarea la programele de screening, bazat pe alegerea în cunoștință de cauză, a fost propus ca o înlocuire a ideii de conformitate.

Întrebarea cu privire la numărul de persoane care ar refuza screening-ul dacă limitele au fost incluse în informație poate fi considerată empirică, deoarece în acest domeniu s-au efectuat foarte puține lucrări. Cercetarea este necesară pentru a evalua impactul "factorului de informare" asupra participării.

2.6.2. Rolul grupurilor de advocacy

Rolul grupurilor de susținere în screening-ul mamar este din ce în ce mai important. În ultimii ani ei au încurajat femeile să evolueze din poziția participanților pasivi în parteneri influenți. Rolul lor include accentuarea necesității unui screening adecvat și a detectării precoce, asigurând că femeile înțeleg pe deplin orice opțiune de tratament propusă și oferă asistență de susținere de înaltă calitate în timpul și după tratament. Alte obiective ale acestor grupuri sunt promovarea unei formări adecvate pentru profesioniștii din domeniul sănătății, promovarea dezvoltării cercetării privind cancerul de sân și promovarea diseminării și a schimbului de informații și actualizate cu privire la cancerul de sân

2.6.3. Internetul

Apariția internetului a adus o nouă dimensiune în diseminarea informațiilor. În timp ce cercetarea indică faptul că în momentul de față o mică minoritate de femei tinere și mai educate utilizează Internetul pentru a accesa informații despre screening-ul mamar, va fi util în viitor să exploreze utilizarea acestei tehnologii tot mai accesibile ca sursă de informare

2.6.4. Indicatori privind calitatea comunicării

Dezvoltarea indicatorilor pentru evaluarea calității informațiilor furnizate femeilor în fiecare program trebuie să fie un aspect important al strategiei de comunicare în viitor. Există deja câțiva indicatori tehnici pentru a evalua performanța procedurii de screening și a activităților programului. Acestea au fost încorporate în procesul de asigurare a calității a multor programe în curs de desfășurare de screening pentru mamă și sunt revizuite și revizuite în mod constant în lumina experienței și cercetărilor recente. În plus, sunt recomandate standarde minime de calitate pentru evaluarea programelor. Cu toate acestea, nu sunt disponibili indicatori de calitate pentru evaluarea standardului de comunicare în screeningul mamar. Este esențial ca astfel de standarde să fie elaborate pentru a evalua relevanța și caracterul adecvat al informațiilor furnizate. În plus, ar trebui elaborate indicatori pentru a evalua modul în care informațiile despre screeningul mamar sunt comunicate femeilor invitate pentru screening și femeilor din diferitele faze ale screening-ului. Printre indicatorii potențiali de calitate a comunicării, unii sunt mai ușor de cuantificat decât alții, care sunt mai conceptuali. Tabelul 6 prezintă câțiva potențiali indicatori de calitate și parametri de evaluare care ar putea fi rafinate și implementate pentru a asigura comunicarea de bună calitate a ecranelor.

Indicatori potențiali de calitate a comunicării (în paranteze, exemple de posibili parametri de evaluare)

Disponibilitatea unui serviciu de informații telefonice pentru femeile invitate la screening (DA / NU; numărul de apeluri primite la 1000 de femei invitate)
Disponibilitatea formatelor de la care femeile pot obține informații despre programul de screening (DA / NU; tipuri de formate)
Materiale informative scrise care au fost testate pe populația țintă pentru acceptabilitatea și lizibilitatea acestora (DA / NU, rezultate de evaluare)
Materiale de informare disponibile pentru diferite grupuri etnice sau grupuri cu nevoi speciale (de exemplu persoane cu deficiențe de vedere)
Orientările europene pentru asigurarea calității în screeningul și diagnosticul cancerului mamar Ediția a patra
Grupuri minoritare dezavantajate în comparație cu cele prezente în populație
Implicarea organizațiilor non-medicale (biserici, piețe etc.) în diseminarea informațiilor (DA / NU)
Implementarea protocoalelor de consiliere (DA / NU, proporția sesiunilor de consiliere la 1000 de femei invitate)
Disponibilitatea comunicării față-în-față a femeilor la cerere (DA / NU)
Organizarea de cursuri de comunicare pentru furnizorii de servicii de screening (personalul din front office, radiologi, radiologi, etc.) (DA / NU, numărul de cursuri / an, proporția participanților care au beneficiat de formare comparativ cu cei eligibili)
Implicarea femeilor în elaborarea și evaluarea materialelor informative (DA / NU)
Administrarea chestionarelor de satisfacție pentru populația țintă (DA / NU, rezultatele evaluării)
Disponibilitatea unui site web (DA / NU; nivel de actualizare, număr de contacte)

3. Dezvoltarea de strategii locale de comunicare bazate pe principiile moderne ale marketingului social

3.1. Dezvoltarea unei strategii de comunicare pentru depistarea cancerului de sân

O strategie de comunicare pentru depistarea cancerului mamar trebuie să fie bazată pe principii etice robuste și să se asigure că informațiile dezvoltate sunt bazate pe dovezi, "centrate pe femei" și oferite eficient.

Prin urmare, furnizorii de screening pentru sân ar trebui să ia în considerare următoarele puncte-cheie atunci când planifică și dezvoltă strategii de comunicare pentru screeningul mamar:

- Țineți seama de principiile bioeticii (autonomie, non-maleficiență, bunăstare, justiție)

- Detinerea unor dovezi concludente conform cărora procedurile de screening îndeplinesc criteriile adecvate și pot avea un beneficiu potențial pentru persoane fizice
- Furnizarea de informații persoanelor, care le vor permite să facă o alegere în cunoștință de cauză
- Obținerea cunoștințelor cuprinzătoare necesare pentru a informa oamenii despre argumentele pro și contra de screening
- Sensibilitatea la diferențele educaționale, lingvistice, culturale și religioase în rândul indivizilor și să adaptezi informațiile la nevoile personale
- Cunoașterea nevoilor de informare ale femeilor și implicați-le în dezvoltarea materialelor informative
- Luarea în considerare a nevoilor grupurilor dezavantajate (persoane cu handicap, grupuri minoritare etnice, persoane cu deficiențe de vedere etc.)
- Furnizarea informațiilor adecvate în formate adecvate disponibile și accesibile populației țintă
- Testarea diferitelor ajutoare informative pe un eșantion din populația țintă pentru a evalua eficacitatea acestora
- Evaluarea satisfacției femeilor cu privire la serviciul de screening (adică prin sondaje sau chestionare)
- Elaborarea standardelor pentru evaluarea calității informațiilor furnizate
- Oferirea femeilor ocazia de a discuta rezultatele mamografiei și alte opțiuni cu profesioniștii de screening într-un mediu favorabil
- Evitarea situațiilor în care stimulentele economice sau politice ar putea afecta mesajele
- Implicarea medicilor de familie în programele de screening pentru cancerul mamar, deoarece femeile le cunosc de obicei și au tendința de a avea o relație bună cu aceștia
- Colaborarea cu grupurile de suport
- Colaborarea cu mass-media pentru a asigurarea difuzării informațiilor corecte privind depistarea cancerului de sân
- Exploatarea unor noi instrumente de comunicare (Internet, video, computere cu ecran tactil)
- Rezervarea fondurilor și personalului dedicat comunicării

4. Dezvoltarea mesajelor de campanie, personalizate pe baza caracteristicilor socio-demografice ale subgrupurilor de beneficiare

4.1. Determinanți ai participării la screening

Participarea la screeningul cancerului de sân nu este distribuită în mod egal. Factorii personali, socioeconomi și culturali care influențează participarea, precum și problemele legate de informații și alegerea în cunoștință de cauză sunt descrise și discutate. În cele din urmă, sunt abordate consecințele psihologice ale screeningului prin mamografie. Aceste informații pot fi mai mult sau mai puțin relevante pentru screening-

ul organizat sau screening-ul oportunist, în funcție de contextul programului sau practicii de screening.

4.1.1. Factorii personali și socioeconomi

Există numeroși factori socioeconomi cunoscuți care influențează participarea la screeningul cancerului de sân (Edgar și colab., 2013). Veniturile mai mici, starea educațională mai scăzută, lipsa asigurărilor de sănătate și șomajul sunt toate factori asociați cu niveluri mai reduse de participare. Acești factori pot fi, de asemenea, asociați cu mai puține cunoștințe despre screeningul cancerului de sân, atât în ceea ce privește beneficiile, cât și efectele adverse. Diferențele socioeconomice în cadrul practicilor de screening tind să scadă atunci când este promovată participarea, barierele culturale și economice sunt reduse, iar sprijinul social este oferit (Segnan, 1997).

(a) Venit, nivel de educație și statut socioeconomic

Venitul și nivelul de educație sunt factori importanți care influențează participarea la screeningul cancerului de sân. Un nivel mai mare de venit și educație este asociat cu o participare mai mare la screeningul mamografic. Teama de costuri a fost raportată ca o barieră pentru participarea în rândul femeilor cu venituri mici, iar asigurarea de sănătate este asociată cu faptul că nu percep costurile ca o barieră. În Japonia, furnizarea gratuită a screeningului nu influențează ratele de participare. Un program de screening organizat a părut, de asemenea, să atragă femei cu statut socioeconomic mai scăzut, care în mod uzual nu ar fi participat la screeningul mamografic. Într-un studiu realizat în Suedia, nivelul de învățământ nu a prezis participarea, dar femeile din quartilele cu venituri cele mai mari au fost mai puțin susceptibile să nu participe (non-attenders) în comparație cu cele din quartile cu venituri mai mici. În schimb, un studiu realizat în Danemarca a constatat că nivelul de educație a fost asociat cu participarea într-un tipar în formă de clopot, în care femeile din gama medie a scării educaționale au fost cele mai fidele participante. S-a demonstrat că nivelul de educație, venitul și asigurarea de sănătate cresc probabilitatea de a participa la screeningul mamografic. De asemenea, aceste tendințe au fost identificate într-un studiu randomizat controlat în India care a explorat factorii determinanți ai participării. Mai mult, în Columbia, analfabetismul a fost asociat cu o probabilitate mai mică de a participa la screening mamografic.

(b) Mediul de rezidență rural și urban

O meta-analiză a 28 de studii a constatat că proporția de femei care au avut vreodată o mamografie a fost mai mare în populația urbană decât în populația rurală din Australia, Canada și SUA; au fost constatări contrastante în Irlanda de Nord și Republica Coreea.

Chiar și în țările cu programe de screening, disponibilitatea acestora nu este distribuită în mod egal între districtele geografice, ceea ce poate influența ratele de participare. Studii atât din Republica Coreea, cât și din SUA au constatat că, în rândul femeilor din mediul rural, recomandarea specialiștilor din domeniul sănătății joacă un rol esențial în participarea la mamografie. Într-un studiu realizat în Suedia, factori la nivel de zonă, precum rata de ocupare a forței de muncă și imigrația, au fost factori determinanți importanți ai ratelor de ne prezentare la un program de screening mamografic urban.

De asemenea, distanța dintre domiciliu și unitatea de screening poate influența participarea. Un studiu britanic a constatat o ușoară scădere a participării odată cu creșterea distanței față de unitatea de screening. Într-un studiu efectuat în Quebec, distanța față de unitatea de screening a afectat participarea, dar distanța la care a început scăderea a variat în funcție de o clasificare rurală-urbană: pentru femeile care locuiesc în orașe mici, reducerea participării a fost observată începând de la distanțe de 12,5 km sau mai mult, în timp ce pentru femeile din mediul rural, o reducere clară a participării a fost observată pentru prima oară la distanțe de 50 km sau mai mult. În țările cu venituri mici și medii, accesul limitat la screening este o provocare majoră.

(c) Vârsta

Influența vârstei asupra participării la screening trebuie înțeleasă în contextul sistemului de screening sau în lipsa acestuia. Rezultatele studiilor privind vârsta ca predictor al participării la screeningul mamografic sunt controversate. Câteva studii au fost efectuate la femei de diferite vârste care au participat la screeningul oportun. Într-un grup de femei de peste 60 de ani în SUA, un grup femei cu vârsta cuprinsă între 50 și 75 de ani în Canada, sau într-un grup de femei de peste 65 de ani în Regatul Unit, femeile mai tinere aveau mai multe șanse să participe la mamografie. O recenzie despre femei latina din SUA a constatat că, în general, femeile cu vârste cuprinse între 50 și 64 de ani, și în special în intervalul de vârstă 55-59 ani, aveau mai multe șanse efectueze mamografia decât femeile cu vârsta cuprinsă între 40 și 49 de ani. Un alt studiu efectuat în SUA a arătat că femeile cu vârste cuprinse între 51 și 64 de ani aveau mai multe șanse să aibă mamografie decât femeile mai tinere sau mai în vârstă. Un alt studiu realizat în SUA a sugerat că participarea la screeningul mamografiei este mai mare la femeile în vârstă; de exemplu, femeile afro-americane în vârstă de 70 de ani și peste, aveau un risc mai scăzut să rateze programarea la mamografie în comparație cu femeile din patruzeci de ani. Alte studii au concluzionat că vârsta nu este un indicator al neprezentării. [Vârsta grupului țintă în programele de screening ar putea explica și de ce anumite grupuri de vârstă au rate mai mari de participare în anumite țări.]

(d) Starea de sănătate și dizabilitate

Starea de sănătate precară poate împiedica femeile să participe la screeningul cancerului de sân și să conducă la rate mai mici de participare în comparație cu femeile care au mai

puține probleme de sănătate. Cu toate acestea, s-a constatat că femeile cu diabet au rate de screening similare cu femeile fără diabet. S-a demonstrat că bariere precum limitările de sociabilitate și dizabilitățile fizice sau intelectuale scad participarea la screening. De asemenea, femeile obeze se pot confrunta cu bariere în calea participării.

Problemele de sănătate mintală pot fi, de asemenea, o barieră pentru participare. Un studiu a constatat că non-participantele erau în mod semnificativ mai deprimare pe Scala de Anxietate și Depresiune a Spitalului, iar un alt studiu a arătat că stresul psihologic a fost unul dintre cei mai puternici predictorii negativi ai participării la screeningul cancerului de sân (a se vedea mai jos).

(e) Sprijin social și rețele de suport

Rețelele sociale pot influența procesul decizional al femeilor cu privire la screeningul mamografic, în rândul tuturor grupurilor socioeconomice. Setări sociale diferite pot influența diferite grupuri de femei. Într-un studiu realizat în SUA, femeile afro-americane în vârstă de 65 de ani și mai mari, care au avut mamografie în anul precedent, în comparație cu cele care nu aveau, aveau mai multe șanse să aibă copii și nepoți în viață și să participe la activități sociale mai des.

Într-un studiu, colegii de muncă au fost identificați ca având o influență puternică pentru femeile de peste 50 de ani, în timp ce prietenii și familia au fost identificați ca fiind mai influenți pentru femeile din grupele de vârstă mai tinere. Datele dintr-un studiu efectuat la 260 de femei samoane în vârstă de 50 de ani și peste, în Los Angeles, SUA, pe o perioadă de 20 de ani au sugerat că rețelele interpersonale ar fi putut explica creșterea dramatică a ratei de adopție a screeningului în cei cinci ani precedenți studiului. Făcând parte dintr-o rețea de comunicare pentru sănătate bazată pe biserică, părea să crească probabilitatea de a avea o mamografie recentă. De asemenea, printre femeile musulmane iraniene care lucrează (angajate), s-a sugerat legătura între implicarea religioasă și participarea crescută la screeningul mamografic.

(f) Servicii de sănătate

Câțiva factori din cadrul sistemului de servicii de sănătate pot influența participarea la screeningul cancerului de sân. Într-un studiu efectuat în Canada pe trei grupe de vârstă (<30 ani, 30-49 ani și ≥ 50 ani), medicul a fost cea mai importantă influență pentru diferitele modalități de depistare a cancerului de sân la toate grupele de vârstă.

Într-un studiu realizat în SUA, femeile care au avut mamografie în anul precedent, în comparație cu cele care nu au avut, au avut o probabilitate de 3 ori mai mare de a avea un medic stabil și de aproximativ 6 ori mai probabil să aibă recomandarea medicului pentru o mamografie.

Satisfacția față de serviciile medicale ar putea influența participarea la screening. Un studiu efectuat în SUA, în rândul a 397 de femei supuse unei mamografii de screening la trei clinici de radiologie afiliate universității, a arătat importanța a patru componente majore: satisfacția cu serviciile medicale, experiența fizică, experiența psihologică și comunicarea cu personalul medical.

(g) Alte bariere

Probleme practice, cum ar fi să fii ocupat la serviciu sau acasă, să uiți programarea sau să ai alte sarcini mai pertinente, pot influența participarea. Acest lucru ar putea afecta femeile fie în cadrul screeningului organizat, fie în screeningul oportunist.

Experiența sau temerea durerii în timpul examenului de mamografie este o barieră pentru participarea la unele femei.

3.1.2 FACTORII CULTURALI

Înțelegerea culturală a screeningului cancerului de sân și a cancerului de sân s-a dovedit a influența deciziile femeilor cu privire la participarea la screening. Înțelegerea culturală a unor femei cu privire la screening poate fi contrară celor ale profesioniștilor din domeniul sănătății și poate fi prioritară față de recomandarea medicală. În SUA, în rândul a 321 de afro-americani din mediul urban, femeile care aveau mai multe cunoștințe despre cancer și prevenirea acestuia au fost mai probabil să fi fost examinate în mod corespunzător. Lipsa de cunoștințe despre cancerul de sân ar putea fi legată de grupul socioeconomic și ar putea fi o barieră pentru screening. Cu toate acestea, studiile din diferite contexte culturale diferite precum imigranții din Nigeria, Turcia și China în SUA indică faptul că mai multe cunoștințe despre cancerul de sân nu cresc automat ratele de screening. Un studiu efectuat în rândul a 58 de femei latino care au participat la interviuri focus-grup a arătat că, în general, femeile au perceput screeningul cancerului de sân ca fiind un comportament riscant din cauza numeroaselor consecințe personale și interpersonale asociate cu detectarea cancerului de sân.

Credințe culturale puternice ale fatalismului au fost identificate ca o barieră pentru depistarea femeilor latino (în Mexic și în SUA). Într-o revizuire a literaturii a 11 studii, majoritatea dintre ele (64%) au raportat o asociere semnificativă statistic între fatalism și nefolosirea serviciilor de depistare a cancerului în rândul latinoilor.). Studiile din Israel, Kenya și SUA au descoperit că fatalismul ar putea fi o barieră pentru screening. Dacă cancerul este văzut ca o boală care poate fi vindecată atunci când este detectat timpuriu, screeningul poate fi perceput ca demn, dar dacă cancerul este considerat întotdeauna fatal, diagnosticul precoce poate fi văzut ca având nicio valoare. Mai mult decât atât, femeile pot experimenta teama de mastectomie ca o barieră pentru participarea la screening, deoarece pierderea unui sân ar putea avea consecințe sociale.

În societățile moderne târzii, discursurile privind participarea femeilor la screeningul mamografiei s-au caracterizat prin moralitate, responsabilitate și obligația de a participa la examenele medicale disponibile.

(a) Grupuri minoritare și aculturație

Fundalul etnic în sine nu este un predictor independent al participării la screeningul mamografiei, dar s-au constatat diferențe de participare între grupurile etnice. Rezultatele privind efectul etnicității asupra screeningului cancerului de sân sunt ambigue. Un studiu din SUA a sugerat că, chiar și atunci când controlează educația și veniturile, există unele diferențe în ceea ce privește etnia. Cu toate acestea, etnia este conectată la cultură, iar valorile și credințele culturale explică parțial diferențele dintre grupurile etnice. Mai mult, situația socială în care trăiesc femeile este adesea asociată și cu etnia.

În rândul femeilor imigrante, gradul de aculturație la cultura în care s-au mutat ar putea prezice starea de sănătate. S-a constatat că aculturația lingvistică are o importanță specifică pentru participarea la screeningul mamografiei, în rândul femeilor imigrante din SUA din fosta Uniune Sovietică și în rândul femeilor mexican-americe. Aculturația a fost asociată cu o probabilitate mai mare de a avea o mamografie recentă, dar acest efect nu a fost semnificativ atunci când a fost controlat pentru factorii sociodemografici. Perioada de rezidență în țara de imigrare influențează ratele de screening. Pentru femeile refugiate irakiene, aspectele psihosociale, credințele mediate cultural și consecințele asupra sănătății ale războiului au fost identificate drept bariere majore pentru capacitatea și motivația lor de a obține screeningul cancerului de sân.

(b) Îngrijorarea și percepția riscului

Există o asociere între îngrijorarea pentru cancerul de sân sau riscul perceput de cancer de sân și participarea la screeningul mamografic. O meta-analiză a 12 studii care au măsurat îngrijorarea pentru cancerul de sân și comportamentul de screening la 3342 de femei a concluzionat că există o relație pozitivă între îngrijorarea cu privire la cancer și comportamentul de screening. O meta-analiză a 42 de studii a descoperit o asociere între riscul perceput și screeningul mamografic. Un alt studiu a descoperit că îngrijorarea cu privire la riscul de cancer de sân pare să fie asociată cu utilizarea mamografiei într-un model în formă de clopot, unde femeile care raportau niveluri moderate de îngrijorare au mai multe șanse să participe anual la mamografie decât cele care erau îngrijorați ușor sau grav.

3.1.3 INFORMAȚII ȘI ÎNȚELEGERE

Această secțiune abordează problema informațiilor furnizate de furnizorii de screening femeilor care sunt potențiale participante la screening și cum poate influența participarea la screening. În multe țări, mass-media acoperă probleme legate de screeningul cancerului de sân și contribuie potențial la comunicarea informațiilor despre screening la publicul larg, dar nu este inclusă în această secțiune.

(a) Luarea de decizii informate

Programele de screening pentru cancerul de sân invită femeile care, probabil, sunt nu au simptome la un examen medical. Participarea la screening poate avea atât efecte pozitive cât și negative pentru indivizi, iar considerațiile etice și legale sugerează că femeile ar trebui să fie informate pe deplin despre beneficiile, limitările și prejudiciile unui proces de screening și urmările acestuia. În timp ce unele femei au încredere în autoritățile medicale în luarea deciziei, multe femei doresc să ia o decizie în cunoștință de cauză cu privire la screeningul prin mamografie. Un studiu realizat în SUA a arătat că majoritatea adulților percep mamografia ca fiind valoroasă, probabil datorită în parte deceniilor de campanii de promovare a screeningului. Este important de menționat că literatura de specialitate și dezbaterile cu privire la luarea deciziilor informate provin în principal din țările cu venituri mari și că problemele din țările cu venituri mici și medii pot fi diferite.

Abordarea dominantă a informațiilor despre screeningul cancerului a accentuat beneficiile, pentru a îmbunătăți participarea la programele de screening. Multe studii au examinat modul în care informațiile adaptate pot crește participarea la screening. Albada și colab. a examinat 18 studii despre informații adaptate cu privire la screeningul mamografic, iar 6 dintre ele au raportat că intervențiile educaționale au sporit aderența la mamografie. [Autorii nu au evaluat dacă aceste intervenții au sporit procesul de luare a deciziilor în cunoștință de cauză a femeilor. [Grupul de lucru a menționat că nu a fost clar dacă acest lucru se datorează unei mai bune înțelegeri a informațiilor, iar analiza nu a explicat componentele eficiente ale intervențiilor care facilitează alegerea în cunoștință de cauză.]

Dacă libertatea de alegere este principiul etic conducător, femeilor ar trebui să li se ofere informații echilibrate bazate pe dovezi, care să le permită să ia decizii în cunoștință de cauză despre îngrijirea sănătății. Pentru a descrie acest proces, au fost folosiți mai mulți termeni, cum ar fi „luarea deciziilor informate” și „alegerea în cunoștință de cauză”. Alegerea informată include cunoștințele, atitudinile și alegerea testului și au fost dezvoltate cel puțin două scale diferite de măsură pentru a măsura luarea deciziilor în cunoștință de cauză (Măsura Multidimensională a Alegerii Informate și Scala de Conflict Decizional).

Problema privind ce constituie „informații echilibrate privind screeningul” este supusă dezbaterii. Pe baza a 12 articole, „echilibrul” poate fi definit ca „prezentarea completă și nepărtinitoare a opțiunilor relevante și a informațiilor despre aceste opțiuni - în conținut și în format - într-un mod care permite persoanelor să proceseze aceste

informații fără părtinire”. Prezentarea informațiilor într-o formă de afișare side-by-side a fost asociată cu mai mulți utilizatori / respondenți care apreciază informațiile ca fiind echilibrate. Cu toate acestea, uneori, „ajutoarele” de decizie ale pacientului pot devia de la neutralitate la prejudecățile preexistente, cum ar fi valorile și credințele preexistente. Un exemplu de prejudecată preexistentă a fost găsit în legătură cu diferitele recomandări pentru mamografie pentru femeile sub și peste 50 de ani. Preocuparea a fost reticenta de a accepta că mamografia nu este de obicei recomandată femeilor sub 50 de ani, ceea ce a fost în contrast cu acceptarea copleșitoare a screeningului cancerului de sân pentru femeile peste 50 de ani. Acest lucru indică dificultatea de a accepta „a nu face nimic”. Echilibrarea informațiilor înseamnă includerea opțiunii „a nu face nimic”. Alții au susținut că deciziile privind screeningul mamografic ar trebui individualizate pe baza profilurilor, preferințelor și valorilor de risc ale pacienților. Cu toate acestea, alții au susținut că proiectarea de ajutoare de decizie a pacientului care îi determină pe pacienți să facă o anumită alegere poate fi „mai etică” decât un conținut echilibrat, nedirector. Acest punct de vedere controversat ridică întrebări despre cine ar trebui să decidă care este cea mai etică opțiune și ce informații ar trebui furnizate femeilor.

Multe studii au evaluat cunoștințele femeilor cu privire la beneficiile și riscurile depistării mamografiei. Analizele text ale materialului informațional arată că femeile nu sunt adesea informate cu privire la probabilitatea de a avea un rezultat fals pozitiv, despre supradiagnostic și suprasolicitare, sau despre posibilitatea și implicațiile unui diagnostic de carcinom in situ. Mai recent, într-un studiu efectuat în Olanda care a măsurat 13 itemi - cunoștințe despre screeningul cancerului de sân, 95% dintre cei 229 de respondenți au fost considerați ca având cunoștințe suficiente pentru a face o alegere în cunoștință de screening mamografic; 68% dintre femei au răspuns corect la subiectul supradiagnosticului și a existat 90% coerență între intenția de participare (sau nu) și atitudine.

Alte studii au descoperit că femeile supraestimează beneficiile screeningului prin mamografie și propriul risc de cancer de sân. Multe femei care intenționează să participe la screeningul mamografiei consideră că cancerul de sân poate fi prevenit sau vindecat prin screening. În plus, femeile cu vârsta de screening pot supraestima reducerea mortalității din cauza screeningului prin mamografie. Femeile cu „credințe de utilitate” puternice la screening au fost mai înclinate să participe, în timp ce credința că screeningul prin mamografie este recomandat la fiecare 4 ani sau deloc poate duce la decizia de a nu participa. De asemenea, femeile ar putea crede că mamografia va detecta toate tipurile de cancer la sân, deoarece tehnologia de vizualizare le convinge de potențialul său. Credințele despre cancerul de sân și screening-ul pot fi văzute ca o piedică în luarea unei decizii în cunoștință de cauză. Cunoștințele despre beneficiile și consecințele negative ale screeningului mamografic trebuie să fie prezente pentru ca femeile să poată face o alegere în cunoștință de cauză despre participare

Într-un studiu al literaturii efectuat în Germania, șase studii asupra mamografiei de screening au arătat că majoritatea femeilor nu au fost informate cu privire la beneficiile screeningului și la incidența rezultatelor testelor fals-pozitive și fals-negative în mamografie. Într-un studiu transversal în sud-vestul Nigeria, unde un chestionar auto-administrat a fost utilizat pentru a evalua cunoștințele, atitudinile și practica programelor de depistare a cancerului de sân în rândul asistenților medicali dintr-un spital universitar de învățământ și în rândul femeilor din profesii non-medicale, autorii au ajuns la concluzia că cunoștințele bune nu implică rate de screening mai mari. Mai mult, într-un studiu realizat în Elveția, multe femei nu au fost interesate de informații detaliate despre screening-ul mamografiei care este considerat relevant de către autoritățile de sănătate publică. Femeile pot spune „nu” recomandărilor profesionale despre screeningul mamografic, deoarece se consideră că au un risc scăzut de cancer la sân, fiind proprii experți în sănătate și își revendică responsabilitatea pentru propria sănătate, mai degrabă decât conforme cu perspectivele profesionale privind îngrijirea sănătății.

Persoanele fizice pot conceptualiza alegerea informată în mod diferit față de factorii de decizie, iar informațiile despre boală ar putea fi la fel de importante ca informațiile despre riscuri și limitările screeningului. Studiile din Scandinavia au descoperit că femeile pot avea încredere în autoritățile de sănătate pentru a oferi programe de screening relevante și, astfel, să participe la screening în baza primirii unei invitații. Mai mult decât atât, femeile pot vedea participarea ca o acțiune responsabilă, ca fiind ceea ce trebuie să facă moral. Pentru unele femei, sentimentele foarte puternice duc la reticența de a accepta informații contrare. De exemplu, femeile cu cancer de sân care au participat la comisiile de discuții online despre cancerul de sân au fost în opoziție cu recomandarea din 2009 a serviciilor de prevenire a serviciilor preventive din SUA (USPSTF) împotriva mamografiei de screening de rutină pentru femeile din anii patruzeci.

Mai multe articole au argumentat că femeile trebuie să fie informate cu privire la toate rezultatele posibile ale screeningului mamografiei, cum ar fi să aibă o rechemare / rezultat fals-pozitiv, să aibă cancer de sân sau carcinom ductal in situ (DCIS) sau supradiagnostic la nivelul populației. Unele femei își exprimă surpriza în ceea ce privește extinderea diagnosticului excesiv. Aproximativ jumătate dintre femeile dintr-un studiu britanic au auzit vreodată de un diagnostic excesiv înainte de a fi confruntate cu acest termen în timpul unui sondaj. Conceptul de supradiagnostic a fost greu de înțeles, iar studiul a sugerat că informațiile scurte tipărite cu privire la supradiagnostic este puțin probabil să aibă un impact major asupra participării la screeningul mamar. Femeile care au primit informații despre proporția de vieți salvate față de supradiagnostic au avut o scădere mai mare a intenției de participare decât femeile care au primit informații despre numărul total de diagnostice în comparație cu viețile salvate în Regatul Unit. În prezent, în Australia se desfășoară un studiu controlat randomizat pentru a investiga consecințele furnizării de informații despre supradetectarea cancerului de sân femeilor care se apropie de vârsta invitației la screeningul mamografiei. Necunoașterea incertitudinilor de depistare a mamografiei ar putea

schimba încrederea femeilor în mamografie atunci când se confruntă cu un cancer fals-negativ / de interval. Un studiu calitativ cu interviuri semi-structurate la 10 femei diagnosticate cu DCIS ca urmare a screeningului mamografic a evidențiat că diagnosticul a schimbat nevoile de informații ale femeilor și că majoritatea ar fi dorit să aibă mai multe informații despre DCIS atunci când au fost invitate la screening de rutină.

Prezentul material este rezultatul cercetarilor pe internet, pornind de la articolul de mai jos, colaborat cu alte surse bibliografice mentionate in text: <http://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/Iarc-Handbooks-Of-Cancer-Prevention/Breast-Cancer-Screening-2016>

5. Dezvoltarea de parteneriate strategice naționale și locale prin implicarea comunităților

Mobilizarea

Mobilizarea se refera la procesul de implicare a comunitatilor in sprijinirea celor care au nevoie de servicii de sanatate.Promovarea acestor servicii de depistare precoce poate fi o provocare deoarece oamenii au tendinta sa se adreseze serviciilor medicale in momentul in care ei sau membrii familiei sunt bolnavi si nu pentru a beneficia de o depistare precoce.

Implicarea comunitatilor in programe de depistare precoce

Furnizorii de servicii medicale sunt de multe ori suprasolicitati de unde rezulta si dificultatea accesului in comunitate. Mediatorii comunitari, voluntarii si personalul unitatilor sanitare pot fi mobilizati pentru a oferi educatie comunitara si informare cu privire la depistarea precoce. Toti partenerii comunitari pot contribui la identificarea populatiei tinta si pot veni in ajutorul identificarii si inlaturarii barierelor din calea accesului la testare si tratament.

Mediatorii comunitari sanitari

Mediatorii comunitari sanitare sunt instruiti pentru a educa membrii comunitatii cu privire la prevenirea, depistarea precoce si pentru a promova totodata serviciile de sanatate disponibile.Mediatorii fac o legatura intre serviciile de sanatate si comunitate si sunt recunoscuti la nivel mondial ca o parte foarte importanta a oricarei echipe care furnizeaza servicii medicale.Fiind instruiti abordarea lor ca de la egal la egal in comunitate are ca rezultat increderea familiilor care pot beneficia de serviciile si informatiile cu privire la programele de depistare precoce.O relatie buna de colaborare intre mediatorii sanitari si comunitate vine in ajutorul femeilor care au un rezultat pozitiv si sunt indrumate pentru ingrijiri ulterioare, femeilor eligibile din comunitate care sunt supuse screeningului pentru depistare precoce, femeilor care vor sa obtina sprijin in luarea unei decizii in cunostinta de cauza cu privire la screening, in mare ajuta comunitatile care invata despre serviciile de depistare precoce a cancerului de san si importanta acestora.

Recrutarea si instruirea mediatorilor sanitari comunitari

Acesti mediatori sanitari care servesc ca o punte intre serviciile de sanatate si comunitate sunt membri apreciati ai comunitatii si isi pot folosi cunostintele pentru a implica toti membrii comunitatii in eforturile de depistare precoce a cancerului de san si de a recruta femeile eligibile pentru programul de screening

In vederea recrutarii lor, daca exista deja un grup de mediatori sanitari intr-o comunitate care lucreaza in alte domenii ale sanatatii, ar fi de interes sa fie implicati acestia ca resursa existenta decat sa se recruteze persoane noi fara experienta in comunitate. Daca nu exista deja mediatori sanitari in comunitate, o colaborare cu managerul clinicii este esentiala pentru a determina implicarea acestora in programul de screening.

Liderii din comunitate pot ajuta in identificarea si recrutarea personalului si la crearea unui grup reprezentativ pentru comunitate. Aceste persoane care vor fi recrutate ca mediatorii sanitari ar trebui sa aiba bune abilitati de comunicare, dorinta de a servi comunitatea, disponibilitate si interes pentru a participa la diferite campanii de educare si de a participa la grupuri de lucru si intalniri, capacitatea de a mentine actualizarea informatiilor despre serviciile de sanatate si dorinta de a pastra confidentialitatea.

In ceea ce priveste instruirea mediatorilor sanitari recrutati este importanta o planificare a unui curs de formare pentru noii membrii. Daca este posibil ar trebui inclusi si liderii comunitari in acest proces de instruire. Informatiile pe care ar trebui sa le cuprinda cursul de instruire sunt: informatii de baza despre depistarea precoce a cancerului de san, educarea si mobilizarea comunitatii, prevenirea si gestionarea dezinformarii si zvonurilor, elemente de baza ale unei comunicari eficiente, inregistrarea datelor pacientelor, ajutorul oferit femeilor care necesita ingrijire ulterioara.

In cadrul cursului ar trebui incluse si frunizarea de materiale relevante si la final trebuie sa ofere participantilor un certificat care sa confirme incheierea cursului.

Pentru o buna implementare ar trebui planificate intalniri regulate cu echipa de mediatorii sanitari comunitari, sedinte de formare si perfectionare in domeniul sanatatii pentru a contribui la asigurarea informatiilor coerente si corecte pentru comunitate.

6. Mediul online ca instrument de îmbunătățire prevenirea și prevenirea cancerului promovarea sănătății

Social media este un canal din ce în ce mai important și folosit pe scară largă pentru partajare

informații legate de sănătate, care constituie o modalitate inovatoare de a crește conștientizarea și înțelegerea publicului larg privind mesajele de prevenire a cancerului.

Unul dintre obiectivele stabilite de Comisia Europeană la lansarea proiectului

EPAAC urma să asigure prezența și vizibilitatea Parteneriatului în mediul online, în special prin utilizarea unor medii sociale online, cum ar fi Facebook, Twitter, YouTube și LinkedIn. Acest capitol descrie fundalul, raționamentul, execuția și rezultatele preliminare ale activităților desfășurate de echipa de diseminare în vederea realizării

acestui obiectiv. O descriere completă din toată munca - inclusiv sprijinul pentru promovarea sănătății EPAAC și Activitățile de prevenire - sunt menonate anterior.

Implicarea mass-media națională, regională, locală

Mass-media a influențat diferite aspecte ale culturii noastre, de la modul în care ne trezim la felul în care dormim. De-a lungul anilor, presa populară sa extins în societatea noastră datorită progresului tehnologiei; acum suntem capabili să accesăm aceste diferite medii media printr-o singură robinet.

Unul dintre cele mai influente subiecte din cultura noastră este sănătatea și mass-media a jucat un rol imens

în impactul asupra unui stil de viață sănătos. În acest fel oamenii sunt informați și despre medici, progrese care pot fi foarte utile în menținerea unui stil de viață sănătos dacă sunt expuse riscului unei boala. Cu informațiile prezentate, oamenii iau decizii. Carmelo Anthony a spus odată "Orice decizie pe care o fac este cea mai mare decizie din viața mea". Fiecare decizie pe care o facem în viața noastră este influențată de modul în care interpretăm cunoștințele pe care ni le dăm în acest moment, în special decizii medicale. Deciziile medicale sunt cele mai dificile deoarece; o decizie greșită poate să ridice complicații pe care ar trebui să le rezolvăm pentru restul vieților noastre.

Deși, acest mediu poate avea efectele sale pozitive, mass-media de-a lungul anilor are de obicei o afinitate

raportând doar o parte, de obicei doar pozitive în ceea ce privește progresele medicale. Este important sa se înțeleaga ca oamenii au evoluat si au devenit constienti de evolutia medicinei intr-un mod nefavorabil.

Examenle medicale de screening sunt un instrument excelent pentru prevenirea bolilor. Mulți oameni nu au fost conștienți de examenle medicale, când au ieșit pentru prima oară și mulți au fost sceptici cu privire la întregul proces. De-a lungul anilor, testele medicale au devenit mai populare; deși masa mass-media nu transmite informațiile într-un mod adecvat. Cele mai multe metode de publicare a screeningului pentru cancer mamar informează doar publicul despre beneficiile obținerii examenului, mai degrabă decât informarea pacientului despre cât de important este să înțelegi riscurile oricărui examen de screening pentru cancer. Există foarte puțini oameni care verifică de doua ori ce le prezintă mass-media, de cele mai multe ori, oamenii vor lua informațiile fără a fi sceptici.

6.1. Extinderea eforturilor de promovare a sănătății prin mass-media online: provocări și oportunități pentru sănătatea publică

Interacțiunea socială a fost puternic afectată de "creșterea societății în rețea, sporirea urbanizării și individualismului. În special, generațiile mai tinere în lumea dezvoltată se confruntă (și de multe ori conduc) transformarea comunicare interpersonală. Satele rurale și cartierele urbane, unde interacțiunile de grup au generat o identitate comunitară (de aici un sentiment a apartenenței și a sprijinului de la egal la egal) sunt tot mai mult înlocuite de virtuale comunicare. Canale social-media online, susținute de omniprezente tehnologii wireless și mobile, creează noi spații pentru coeziunea socială și deschide potențialul pentru tineri de a accesa informațiile despre sănătate oriunde s-ar afla sunt și ori de câte ori au nevoie.

Introducere în Social-Media

Social media ajută oamenii să fie permanent conectați, în principal prin dispozitive portabile de internet (de exemplu, smartphone-uri, tablete și laptop-uri). În ziua de azi multe întreprinderi private sau publice utilizează mijloacele de comunicare socială pentru a avea acces la un public foarte larg, pentru a schimba informații în timp real și pentru a avea o experiență interactivă îmbunătățită. Cele mai utilizate platforme includ Facebook (rețele sociale), Twitter, YouTube (video sharing) și LinkedIn (utilizare profesională).

Facebook, care a avut aproape un miliard de utilizatori în ianuarie 2012, atrage atenția în rândul utilizatorilor, pentru o medie de 5 ore pe lună (această cifră se ridică la 8,4 din rândul utilizatorilor 15-24 de ani). Ei pot să-și urmărească postările prietenilor și să-și împărtășească un număr mare de conținut online. În ciuda preocupărilor legate de confidențialitate, site-ul a reușit să-și valorifice popularitatea prin partajarea conținutului vizat și publicitate ("conținut promovat"), care este adaptat la gusturile utilizatorilor. În acest proces, acesta a devenit cel mai important canal de comunicare la nivel mondial nu numai pentru utilizatorii individuali, ci și pentru companii, instituții publice, politicieni.

Twitter și-a creat propria nișă online oferind un alt tip de serviciu de rețea, numit micro-blogging. Utilizatorii trimit și citesc mesaje scurte de până la 140 de caractere, cunoscute sub numele de tweets. Prin atingerea pragului de 500 de milioane utilizatorii în 2012, Twitter a devenit o modalitate populară de a urmări orice utilizator, de la un prieten la o celebritate, în timp real. Folosirea unor mecanisme precum hashtag(#) ajută mesajele să ajungă la partidul interesat mai eficient, în timp ce "liderii de opinie" și "re-tweets" promovează conectivitatea rețelei prin reciprocitate.

YouTube este un site web pentru vizionarea, încărcarea și partajarea videoclipurilor. Fondat în Februarie 2005, YouTube este disponibil acum în 56 de țări și 61 de limbi și se mândrește că "100 de ore de videoclipuri sunt încărcate pe YouTube în fiecare minut". Un studiu realizat la începutul anului 2013 a arătat că YouTube este cel de-al doilea site-ul social media popular pentru adolescenți după Facebook. Cea mai mare parte a conținutului este furnizat de persoane fizice.

LinkedIn este cea mai mare rețea profesională online din lume. Lansat în 2003, a ajuns la 200 de milioane de utilizatori la nivel mondial până în ianuarie 2013. Conectarea profesioniștilor cu colegi și companii (de asemenea relații de gradul doi și de gradul al treilea) pe baza datelor existente sau legăturile profesionale potențiale, platforma permite utilizatorilor să caute locuri de muncă, oportunități de afaceri și colaborări cu un efort minim și bazate pe relații existente.

6.2. Influențele social-media asupra sanatatii

In SUA s-a constatat recent că 60% din departamentele de sănătate de stat utilizează cel puțin o aplicație social media care este folosită tot mai des și de medici care comunică cu pacienții online și împărtășesc conținut medical.

Când discutăm despre impactul social media asupra modificării comportamentului, este cel mai bine să fim prudenți. Implicarea fizică în acțiunea comunității este probabil mai influentă asupra indivizilor decât interacțiunea on-line, și utilizarea socială media pentru promovarea sănătății este un domeniu relativ nou care nu dispune de instrumente de evaluare rezultat.

Utilizarea social-media în promovarea sănătății ar trebui să fie evaluate pentru potențialul său de a se angaja cu audiențe pentru o comunicare îmbunătățită și o capacitate îmbunătățită de promovare a programelor, produselor și a serviciilor. Rețelele online au potențialul de a educa populația în materie de sănătate în moduri noi.

Conținutul online de sănătate publică are, în general, un caracter destul de conservator, științific și nu îi motivează pe oameni să se angajeze să le împărtășească.

Pe scurt, oportunitățile de a utiliza social-media pentru a îmbunătăți gradul de conștientizare a populației în legătura cu problemelor legate de sănătate - și, eventual, de schimbare a comportamentelor - apar cuprind o zonă promițătoare care merită luată în considerare în mod activ de către organizațiile din domeniul sănătății.

6.3. Introducerea Prevenirii cancerului in mediul online prin realizarea de Parteneriate Europene

Există, de asemenea, un potențial de comunicare mai eficient cu privire la prevenirea cancerului prin intermediul canalelor online. Exemple inovatoare includ Cancer Research UK

Skindividual (29), o inițiativă care pune în discuție tinerii cetățeni ai Regatului Unit pentru a concepe cel mai bun mod de a organiza o petrecere cu mesaje de prevenire a cancerului de piele, și Made In The Shade (30), care a folosit un bine-cunoscut site de partajare a fotografiilor (www.tumblr.com) pentru a sprijini crearea de conținut simplu online pentru o campanie cu privire la protecția solară.

O campanie de constientizare a cancerului de piele cu ajutorul YouTube publicată de David

Cornfield Melanoma Fund din Canada, "Dear 16-year-old me" , a ajuns virală aproape imediat după ce a fost postată, provocând astfel de comentarii ca "Imi doresc sa o fi vazut acum cativa ani", „Diagnosticat acum trei săptămâni cu melanomul " "VĂ RUGĂM să nu folosiți solarul" și "Să luptăm împotriva cancerului împreună. "Un alt exemplu este pagina de constientizare a cancerului mamar (Facebook), cu aproape 4 milioane de like-uri. Gamificarea a fost încercată: „re-misiune” este un exemplu de joc creat pentru a educa și a motiva tinerii cu cancer.

Cu toate acestea, progresul realizat de comunitatea de cancer în utilizarea social media este în continuare modest fiind necesare inițiative moderne și noi. În crearea strategiei EPAAC pentru difuzare și comunicare, am luat în considerare diferite metode de comunicare de informații legate de cancer pentru populația și altele părțile interesate.

Cu un buget strâns și un peisaj mediatic competitiv, social media a apărut ca o comunicare promițătoare și relativ ieftină care ar putea permite crearea a ceva original care să facă apel publicului diferit față de cel atins de mass-media tradițională. În timp ce o mare parte din munca s-a axat pe creșterea vizibilității inițiativei EPAAC, credem ca cea mai importantă contribuție care s-a făcut a fost răspândirea conștientizării informațiilor generale privind cancerul. Scopul a fost să se demonstreze cum poate să fie folosit mediul online pentru acest scop special.

6.4. EPAAC, Social media online și prevenirea cancerului

Activitățile inițiale s-au axat pe crearea conturilor media sociale online pentru a extinde fluxul de informații despre cancer și EPAAC și pentru a atinge segmente suplimentare ale profesioniștilor și ale publicului larg. Obiectivul principal a fost să creeze și să difuzeze conținut prin intermediul profilurilor media sociale online (Facebook, Twitter, LinkedIn, YouTube) și pentru a spori implicarea online din populația țintă.

Campania a fost concepută pentru a împărtăși mesajele de prevenire a cancerului în rândul populației ținta într-un mod care ar putea influența schimbarea stilului de viață, ajutând în cele din urmă reducerea numărului de cazuri noi de cancer, ca parte a misiunii EPAAC către

reducerea prevalenței cancerului. De asemenea s-a coordonat activitatea cu cea europeană Cancer Leagues (ECL), care a lansat un concurs de tineret și a folosit rețelele media populare pentru acest grup de vârstă - Facebook și YouTube. S-a sperat că implicarea interactivă în informațiile de prevenire ar putea îmbunătăți cunoștințele despre prevenirea cancerului în rândul publicului larg, și că schimbul și acceptarea acestor informații ar putea fi eventual

o schimbare în atitudine și comportament. În dezvoltarea conținutului de prevenire a cancerului s-a invocat codul european împotriva cancerului, o sursă care a fost deja aliniată la UE.

Pentru a stabili identitatea online, s-a creat mai întâi noi profile, cu informații de bază (cine suntem și care este scopul nostru; resursele online pe care le urmărim etc.). Apoi am început să invităm colegii (Facebook), urmărirea altora (Twitter) și invitarea colegilor profesioniști ca conexiuni (LinkedIn) la profilul nostru. S-a asigurat conexiunea cu cele mai relevante inclusiv ECL, care a creat pagini pentru Săptămâna Europeană împotriva Cancer și Competiția pentru Tineret, ca parte a acțiunilor lor EPAAC. Toate profilele au fost puse pe modul Public să poată fi vizionate de oricine. Pe Facebook, este esențial să ai cât mai mulți prieteni, pentru a permite o bază largă de conexiuni la primul nivel, astfel expunerea mai multor oameni la orice postare va fi mai mare. Acest lucru crește și expunerea la conexiuni de nivelul doi; prietenii prietenilor de primul nivel pot vedea toată activitatea lor, lărgind în continuare diseminarea acestor postări.

Odată ce profilurile media sociale online au fost stabilite și primii prieteni și adepții invitați cu succes, ofițerii de comunicare ar putea începe să posteze și partaja conținutul. Ofițerul a început, de obicei, ziua, verificând zilnic mass-media și alte surse relevante pentru noi informații referitoare la cancer. S-a construit o listă cu site-uri demne de încredere privind domeniul sănătății - și legate de cancer.

Conținutul web trebuie să fie publicat cu prudență, să fie un echilibru între tipurile de mesaje distribuite (de exemplu, articole științifice sau de știri), narațiuni (pozitive vs. rezultate negative în domeniul sănătății) și surse (de exemplu, guvernamentale, neguvernamentale, reviste de știri și asociații profesionale de cancer). Acest lucru permite furnizarea conținuturilor mai diverse de cancer.

6.4.1. Impactul unei comunicări eficiente de sănătate publică

Promovarea sănătății și prevenirea bolilor primare reprezintă pietre de temelie ale sanatații publicului și intervențiile în aceste domenii sunt concepute pentru a produce rezultate pozitive, pe termen lung asupra sănătății cetățenilor. Acest obiectiv este împărțit de EPAAC care vizează stabilirea politicilor și a bunelor practici în domeniul sănătății publice

aplicabile în statele membre și la nivelul UE. Având în vedere acest lucru, activitățile de diseminare efectuate în EPAAC au servit mai multor scopuri și anume:

- Aplicarea de noi abordări și instrumente (medii sociale online, gamificare) promovarea sănătății și prevenirea cancerului într-un context european
- Elaborarea unui exemplu de bună practică care să poată fi reutilizat, adaptat și extins în fiecare stat membru și la nivelul UE
- Evaluarea unui exemplu practic al unei campanii de comunicare online care afla ce funcționează și ce nu pentru distribuirea mesajelor de sănătate publică în mediul social online, astfel încât părțile interesate și statele membre să poată învăța din experiența și adaptarea propriilor abordări în consecință

De asemenea, statele membre au avut de câștigat din această experiență. Diseminarea campania le-a oferit posibilitatea de a învăța dintr-o abordare inovatoare, oferind toate ingredientele necesare pentru a pune împreună un set de instrumente practice pentru aceste tipuri de intervenții în viitor. Lecții directe pentru statele membre includ următoarele:

- Cum se distribuie conținutul de sănătate publică online și să se ajunga la populația tinta pentru prevenirea cancerului.
- Cum se creează canale de comunicare online și diseminare.
- Cum să îmbunătățiți tintirea unui anumit public tinta.
- Cum se poate crea o motivație suplimentară pentru implicarea cetățenilor prin adăugarea jocurilor și elementelor de celebritate în lanțul valoric de intervenție.

Prezența pe social media a permis atingerea unor segmente de populație suplimentare

cu informații despre cancer care ar putea să nu fie accesibile prin pagini web. Majoritatea utilizatorilor de social media tind să fie tineri sau de vârstă mijlocie, în timp ce vizitatorii site-ului și cititorii de presă tind să fie ceva mai în vârstă. Când un proiectul are scopul de a informa, discuta sau educa, trebuie să angajeze generații mai tinere -; aceste persoane sunt adesea principalele generatoare de idei noi și presiuni sociale pentru schimbare, inclusiv în domeniul politici de sanatate publica.

Astăzi, internetul este o sursă importantă pentru informarea în domeniul sănătății, dar cetățenii se confruntă din ce în ce mai mult cu o avalanșă de inducere în eroare și de marketing mincinos doar pentru promovarea unor produse, de la promovarea suplimentelor alimentare, alcoolului și fast food la medicamente dubioase și metode de tratament.

Astfel, vizibilitatea a mesajelor despre prevenire într-un spațiu social media puternic competitiv este o provocare importantă. Trebuie să continuăm să dezvoltăm experiența în domeniul social media pentru a se deplasa în prim plan în acest domeniu și pentru a se dezvolta vizibilitate în aceste canale. În acest sens, conceptul de împărtășire a mesajelor de prevenire a cancerului folosind strategii de hazardare este unul care poate fi probabil unul generalizat în alte domenii ale sănătății publice.

Concluzie: valoarea adăugată a rețelelor sociale și a potențialul social media în sănătatea publică

Folosirea mediilor sociale online pentru scopuri de sănătate publică este o zonă promițătoare. S-a demonstrat de asemenea, că îmbunătățirea vizibilității mesajelor de prevenire a cancerului și atingerea unui public țintă format din tineri sunt posibile prin această abordare.

Tinerii sunt utilizatori mai activi pe Facebook, și sunt, de asemenea, unul dintre grupurile țintă cheie pentru diseminarea mesajelor de prevenire a cancerului.

UE ar putea juca un rol esențial în dezvoltarea utilizării mijloacelor de informare în masă și sociale în îmbunătățirea sănătății publice prin îmbrățișarea rolului integral al aceste tehnologii în campaniile actuale și viitoare de sănătate publică. UE ar trebui să promoveze și să sprijine financiar dezvoltarea de medii sociale online și campanii de jocuri de noroc și să facă schimb de bune practici în întreaga UE.

7. Schimbarea comportamentului

Având în vedere că unul din scopurile principale ale activității de IEC în programele de sănătate este schimbarea comportamentului, este important să înțelegem modul în care sunt răspândite ideile noi și factorii care afectează modul în care oamenii iau deciziile și adoptă comportamente diferite. Înțelegerea procesului de schimbare a comportamentului poate ajuta furnizorii de servicii medicale să implementeze activități IEC mai eficiente pentru sănătate.

Cum se răspândesc ideile noi?

Propagarea inovării este o teorie care a fost folosită pentru a explica modul în care sunt răspândite ideile noi. Mesajele inovative (o idee, o practică sau un produs care este introdus pentru prima dată, de exemplu, utilizarea prezervativelor pentru protejarea împotriva bolilor cu transmitere sexuală), sunt propagate sau răspândite publicului folosind diverse canale de comunicare. Depinde de caracteristicile inovării în sine și ale publicului vizat, dacă persoanele preiau sau adoptă o idee nouă, produs sau comportament nou.

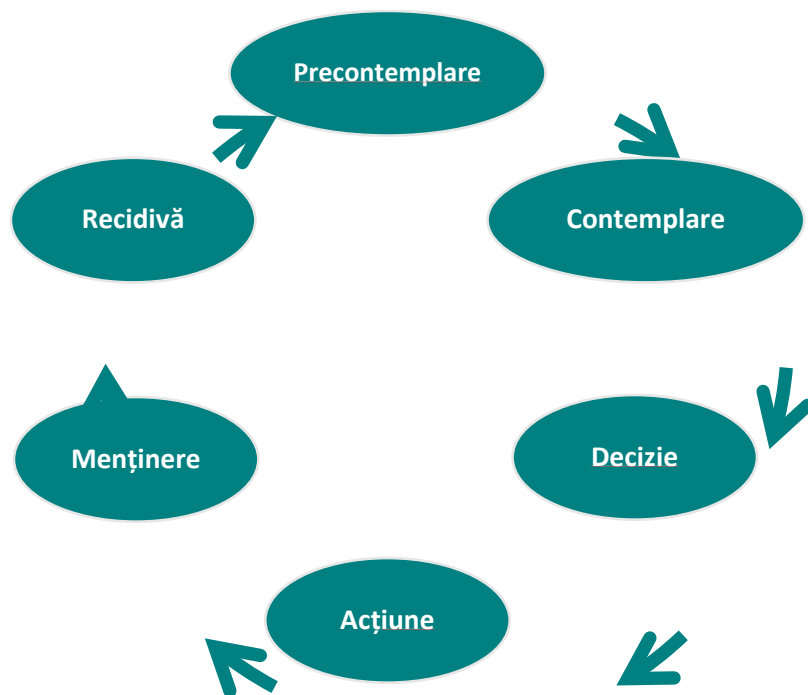
Inovarea este mai probabil să fie adoptată mai rapid dacă:

- Are avantaje în ceea ce privește prestigiul social, comoditatea, satisfacția sau economia
- Este percepută ca fiind compatibilă și în concordanță cu nevoile, valorile existente și experiența trecută
- Este simplă de preluat și nu necesită oameni să dezvolte noi abilități de înțelegere. Cu cât o idee nouă este mai complicată sau mai dificilă, este mai puțin probabil să fie adoptată
- Este încercată și experimentată cu ușurință
- Este vizibilă, ceea ce înseamnă că rezultatele utilizării acesteia pot fi văzute cu ușurință în comunitate

Cum își schimbă oamenii comportamentul?

Oamenii trec prin diferite etape în procesul de schimbare al comportamentului, descrise ca fiind procesul de luare a deciziilor inovatoare:

Stadiile schimbării (Modelul Prochaska)



În faza de precontemplare, individul nici măcar nu ia în calcul o posibilă schimbare, ar putea chiar să nu recunoască că are o problemă sau să considere că nu este ceva serios. În faza de contemplare individul este ambivalent, nehotărât în privința schimbării. În acest stadiu el cântărește argumentele pro și contra, beneficiile versus dezavantajele pe care le presupune schimbarea. În faza de decizie individul este pregătit să experimenteze schimbări. În faza de acțiune individul trece în mod ferm la schimbarea comportamentului. În faza de menținere individul se străduiește să mențină noul comportament pe termen lung și să-l practice în mod regulat. În faza de recidivă individul se întoarce la vechile obiceiuri și o ia de la capăt.

Acestea nu sunt etape egale și de multe ori oamenii necesită mult timp pentru a-și schimba comportamentul. Rareori vor adopta un nou comportament după ce au auzit despre el. De exemplu, oamenii pot dobândi rapid cunoștințe despre un concept nou, dar le ia ceva timp înainte de a lua o decizie.

Teorii despre schimbarea comportamentului

Există multe teorii care încearcă să explice procesul de schimbare al comportamentului. Toate au atuuiri și vulnerabilități. Aceste teorii ar trebui utilizate ca „instrumente” pentru a ne ajuta să ne gândim cum și de ce oamenii își schimbă comportamentul și ce tip de abordări și activități IEC ar putea atinge cel mai bine obiectivele noastre.

Modelul de credință în sănătate presupune că oamenii își schimbă comportamentul dacă cred că sunt expuși riscului de îmbolnăvire. Activitățile IEC sunt direcționate către individ, dar nu țin întotdeauna cont de contextul individual și de factorii sociali, culturali și economici care afectează comportamentul său (de exemplu, o femeie care crede că este în pericol de a se infecta cu HIV, poate nu este în măsură să negocieze utilizarea prezervativului cu partenerul său sexual).

Teoria învățării sociale presupune că schimbarea comportamentului este rezultatul interacțiunii dintre factorii personali (cunoștințe, abilități, autoeficiență, autocontrol) și influențele mediului (sprijin familial, social și așteptări). Utilizând acest model, pentru schimbarea comportamentului, activitățile IEC includ construirea de sprijin pentru influențele mediului, pe lângă vizarea convingerilor individuale.

Teoria comportamentului cognitiv presupune că oamenii au nevoie atât de abilități, cât și de informații. Activitățile IEC bazate pe această teorie subliniază intervențiile educaționale care includ activități de personalizare a informațiilor, instruire în luarea deciziilor și asertivitate și practică în aplicarea acestor abilități.

Un alt model se bazează pe ideea că educarea în domeniul sănătății este un proces dinamic care implică individul, familia și comunitatea, iar comportamentele sunt împărțite în pozitive și negative. Comportamentele negative sunt identificate ca ținte pentru schimbare.

Toate aceste teorii presupun că oamenii vor fi motivați să își schimbe comportamentul dacă sunt conștienți de riscurile pe termen lung. Dar schimbarea comportamentului nu este întotdeauna rezultatul deciziilor raționale, iar oamenii au adesea alte priorități și preocupări sau mai puțin control asupra vieții și mediului lor decât este necesar pentru luarea deciziilor raționale.

Rolul IEC în schimbarea comportamentului

La nivel individual, activitățile IEC pot oferi oamenilor oportunitatea de a-și dezvolta cunoștințele personale, abilitățile și încrederea și de a-și reconsidera atitudinile, credințele și comportamentul. Pot crește conștientizarea, oferi informații, convinge și motiva oamenii să-și schimbe comportamentul și pot oferi consolidare pentru a confirma și susține schimbarea comportamentului.

La nivel comunitar, activitățile IEC pot încuraja organizațiile locale, factorii de decizie, mass-media să schimbe atitudinile și normele sociale și mediul care influențează comportamentul oamenilor.

Factorii care afectează schimbarea comportamentului

Dacă oamenii își schimbă sau nu comportamentul este influențat de mai mulți factori:

- Ce știu sau ce nu știu (cunoștințele pe care le au)
- Ce gândesc sau ce simt (credițe, atitudini și stima de sine)
- Ce știu să facă (abilități)
- Cum se comportă, gândesc și se simt în comunitate (presiunea și influențele sociale)
- Influențele mediului (cultură, religie, factori economici, politici de sănătate, legislație și furnizarea de servicii).

Bibliografie

1. Arkin EB. Cancer risk communication-what we know. *J Natl Cancer Inst Monogr* 1999; (25):182-5.
2. Katz J. Informed consent: ethical and legal issues. 1995; 87-96.
3. Entwistle VA, Sheldon TA, Sowden A, Watt IS. Evidence-informed patient choice. Practical issues of involving patients in decisions about health care technologies. *Int J Technol Assess Health Care* 1998; 14(2):212-25.
4. Goyder E, Barratt A, Irwig LM. Telling people about screening programmes and screening test results: how can we do it better? *J Med Screen* 2000; 7(3):123-6.
5. Parker M. The ethics of evidence-based patient choice. *Health Expect* 2001; 4(2):87-91.
6. Raffle AE. Information about screening - is it to achieve high uptake or to ensure informed choice? *Health Expect* 2001; 4(2):92-8.
7. Coulter A. Patient-centered decision making: empowering women to make informed choices. *Womens Health Issues* 2001; 11(4):325-30.
8. Austoker J. Gaining informed consent for screening. Is difficult-but many misconceptions need to be undone. *BMJ* 1999; 319(7212):722-3.
9. Thornton H, Edwards A, Baum M. Women need better information about routine mammography. *BMJ* 2003; 327(7406):101-3.
10. Beauchamp TL, Childress G. Principles of biomedical ethics. New York: Oxford University Press, 1979.
11. Coulter A. Evidence based patient information. Is important, so there needs to be a national strategy to ensure it. *BMJ* 1998; 317(7153):225-6.
12. Baines CJ. Mammography screening: are women really giving informed consent? *J Natl Cancer Inst* 2003; 95(20):1508-11.
13. Anderson CM, Nottingham J. Bridging the knowledge gap and communicating uncertainties for informed consent in cervical cytology screening; we need unbiased information and a culture change. *Cytopathology* 1999; 10(4):221-8.
14. Raffle AE. Informed participation in screening is essential. *BMJ* 1997; 314(7096):1762-3.
15. Coulter A, Entwistle V, Gilbert D. Sharing decisions with patients: is the information good enough? *BMJ* 1999; 318(7179):318-22.
16. Brett J, Austoker J, Ong G. Do women who undergo further investigation for breast screening suffer adverse psychological consequences? A multi-centre follow-up study comparing different breast screening result groups five months after their last breast screening appointment. *J Public Health Med* 1998; 20(4):396-403.
17. Aro AR, de Koning HJ, Absetz P, Schreck M. Psychosocial predictors of first attendance for organised mammography screening. *J Med Screen* 1999; 6(2):82-8.
18. Lagerlund M, Sparen P, Thurfjell E, Ekblom A, Lambe M. Predictors of non-attendance in a population-based mammography screening programme; socio-demographic factors and aspects of health behaviour. *Eur J Cancer Prev* 2000; 9(1):25-33.
19. Davis TC, Williams MV, Marin E, Parker RM, Glass J. Health literacy and cancer communication. *CA Cancer J Clin* 2002; 52(3):134-49.
20. Passalacqua R, Caminiti C, Salvagni S et al. Effects of media information on cancer patients' opinions, feelings, decision-making process and physician-patient communication. *Cancer* 2004; 100(5):1077-84.
21. Grilli R, Freemantle N, Minozzi S, Domenighetti G, Finer D. Mass media interventions: effects on health services utilisation. *The Cochrane Library* 1997.
22. Dobias KS, Moyer CA, McAchran SE, Katz SJ, Sonnad SS. Mammography messages in popular media: implications for patient expectations and shared clinical decision-making. 4. 2001:127-35.

23. Wells J, Marshall P, Crawley B, Dickersin K. Newspaper reporting of screening mammography. *Ann Intern Med* 2001; 135(12):1029-37.
24. Jorgensen KJ, Gotzsche PC. Presentation on web sites of possible benefits and harms from screening for breast cancer: cross sectional study. *BMJ* 2004; 328(7432):148.
25. Wilson RM. Screening for breast and cervical cancer as a common cause for litigation. A false negative result may be one of an irreducible minimum of errors. *BMJ* 2000; 320(7246):1352-3.
26. Theisen C. In different cultures, cancer screening presents challenges. *J Natl Cancer Inst* 2004; 96(1):10-2.
27. Marshall KG. Prevention. How much harm? How much benefit? 4. The ethics of informed consent for preventive screening programs. 155. 1996:377-83.
28. Giorgi D, Giordano L, Senore C et al. General practitioners and mammographic screening uptake: influence of different modalities of general practitioner participation. Working Group. *Tumori* 2000; 86.(2):124-9.
29. Clover K, Redman S, Forbes J, Sanson-Fisher R, Callaghan T. Two sequential randomized trials of community participation to recruit women for mammographic screening. *Prev* 1996; 25. (2):126-34.
30. Doak CC, Doak LG, Friedell GH, Meade CD. Improving comprehension for cancer patients with low literacy skills: strategies for clinicians. *CA Cancer J Clin* 1998; 48(3):151-62.
31. van Wieringen JC, Harmsen JA, Buijnzeels MA. Intercultural communication in general practice. *Eur J Public Health* 2002; 12(1):63-8.
32. de Nooijer J , Lechner L, de Vries H. Tailored versus general information on early detection of cancer: a comparison of the reactions of Dutch adults and the impact on attitudes and behaviours. *Health Educ Res* 2002; 17(2):239-52.
33. Rakowski W, Ehrich B, Goldstein MG et al. Increasing mammography among women aged 40-74 by use of a stage-matched, tailored intervention. *Prev Med* 1998; 27(5 Pt 1):748-56.
34. Kreuter MW, Oswald DL, Bull FC, Clark EM. Are tailored health education materials always more effective than non-tailored materials? *Health Educ Res* 2000; 15(3):305-15.
35. Jepson RG, Forbes CA, Sowden AJ, Lewis RA. Increasing informed uptake and non-uptake of screening: evidence from a systematic review. *HealthExpect* 2001; 4(2):116-26.
36. Davey HM, Barratt AL, Davey E et al. Medical tests: women's reported and preferred decision-making roles and preferences for information on benefits, side-effects and false results. *Health Expect* 2002; 5(4):330-40.
37. Albert T, Chadwick S. How readable are practice leaflets? *BMJ* 1992; 305(6864):1266-8.
38. Brett J, Austoker J. Women who are recalled for further investigation for breast screening: psychological consequences 3 years after recall and factors affecting re-attendance. *J Public Health Med* 2001; 23(4):292-300.
39. Austoker J, Ong G. Written information needs of women who are recalled for further investigation of breast screening: results of a multicentre study. *J Med Screen* 1994; 1(4):238-44.
40. Thornton H. Screening for breast cancer. Recommendations are costly and short sighted. *BMJ* 1995; 310(6985):1002.
41. Segnan N, Armaroli P. "Compliance", partecipazione consapevole e consenso informato nei programmi di screening dei tumori. [Compliance, conscious participation, and informed consent in tumor screening programs]. *Epidemiol Prev* 1999; 23(4):387-91.
42. Domenighetti G, Grilli R, Maggi JR. Does provision of an evidence-based information change public willingness to accept screening tests? *Health Expect* 2000; 3(2):145-50.

44. Adab P, Marshall T, Rouse A, Randhawa B, Sangha H, Bhangoo N. Randomised controlled trial of the effect of evidence based information on women's willingness to participate in cervical cancer screening. *J Epidemiol Community Health* 2003; 57(8):589-93.
45. Ganz PA. Advocating for the woman with breast cancer. *CA Cancer J Clin* 1995; 45(2):114-26.
46. Avery B, Bashir S. The road to advocacy--searching for the rainbow. 93. 2003:1207-10.
47. Buchanan M. The role of women's advocacy groups in breast cancer. *Breast* 2003; 12(6):420-3.
48. Webster P. Information needs and the informed choice - investigating the information requirements of women who are invited to attend breast screening to enable them make an informed choice about participation. Oxford: 2004.
49. French J, Gordon R. *Strategic Social Marketing* London: Sage; 2014.
50. Klassen A. Performance measurement and improvement framework in health, education and Social services. Asystematic review. *International Journal for Quality of Health Care*. 2010; 22(1): p. 44-69.
51. Schorr LB. Determining "What works" in Social programs and Social policies: Towards a more inclusive knowledge base. The Brookings Institution; 2003.
52. Kotler P, Roberto W, Lee N. *Social Marketing - Improving the quality of life*. 2nd ed. New York: Sage; 2002.
53. Weinreich N. *Hands-on social marketing. A step by step guide to designing change for good*. 2nd ed: Sage; 2011.
54. McKenzie-Mohr D, Smith W. *Fostering Sustainable Behaviour. An introduction to community based social marketing*. 3rd ed. Gabriola Island: New Society Publishers; 2011.
55. Lefebvre C. *Social Marketing and social change* San Francisco: Jossey - Bass; 2013.
56. Halpen D. *Personal Responsibility and Changing Behaviour: the state of knowledge and its implications for public policy*. London:, Prime Minister's Strategy Unit; 2004.
57. Australian Public Service Commission. *Changing Behaviour. A public policy perspective*. Australian Public service Commission; 2007.
58. French J, Mayo E. *It's our health. National review of social marketing*. London: National Consumer Council; 2006.
59. Darnton A, Elster-Jones J, Lucas K, Brooks M. *Promoting Pro-Environmental Behaviour: Existing Evidence to Inform*
60. *Better Policy Making*. London: The Centre for Sustainable Development University of Westminster, The Department for
61. *Environment, Food and Rural Affairs (DEFRA)*; 2006.
62. McKenzie-Mohr D, Lee N, Wesley Schultz P, Kotler P. *Social Marketing to protect the environment. What works*: Sage; 2012.
63. Institute of Government. *Mindspace, Influencing behaviour through public policy*. London: Cabinet Office; 2009.
64. Dawney, Emma, and Hetan Shah. *Behavioural economics: seven principles for policy makers*. 2005 London: New Economics Foundation.
65. Mays D, James B, Weaver I, Rernhart J. *New Media in social marketing. Guide twelve in The Sage book of Social Marketing* London: Hastings G Angus K & Bryant C. Sage; 2011.
66. Kotler P, Lee N. *Corporate Social Responsibility - Doing the Most Good for Your Company and Your Cause* 2005: John Wiley & Sons Inc.
67. Bracht N, Kingsbury L, Rissel C. *A Five-Stage Community Organization Model for Health Promotion: Empowerment and Partnership Strategies*. In Bracht N. *Health Promotion at the Community Level: New Advance*. Second Edition SAGE Publications, Inc.; 1999.

68. Maycock B, Howat P, Slevin T. A decision Making model for health promotion advocacy. IUHPE Promotion and Education VIII/2; 2001.
69. Cabinet Office Cultural Change. A policy Framework. London:, Cabinet Office; 2008.
70. Hornik R. Public Health Communication: Evidence for Behaviour Change Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates; 2002.
71. Medical Research Council. Developing and evaluating Complex interventions. [Online].; 2010 [cited 2014 April 19. Available from: www.mrc.ac.uk/complexinterventionsguidance .
72. National Institute for Health and Clinical Excellence. Behaviour change at population, community and individual levels.. Reference Guide. London: NICE; 2007.
73. Kotler P, Lee N. Up and out of poverty. The Social Marketing solution: Wharton School Publishing; 2009.
74. Peattie K, Peattie S. The social Marketing mix a critical review. in The Sage book of Social Marketing London: Hastings G Angus K & Bryant C. Sage; 2011.
75. Gordon R. Re-thinking and re-tooling the social marketing mix. Australasian Marketing Journal. 2012; 20(2): p. 122-126.
76. Spotswood F, Tapp A. Beyond persuasion: a cultural perspective of behaviour. Journal of Social Marketing. 2013; 3(3): p. 275 - 294.
77. French J, Blair-Stevens C, Merritt R, McVey D. Social Marketing and Public health, theory and practice Oxford: Oxford University Press; 2010.
78. Haglind B, Jansson B, Petterson B, Tillgren P. A quality assurance instrument for practitioners. In Davis J, MacDonald G, editors. Designing health messages. Thousand Oaks: Sage.
79. Social marketing guide for public health managers and practitioners TECHNICAL DOCUMENT World Health Organization. A toolkit for behavioural and social communication in outbreak response. 2012. Available here: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75170/1/WHO_HSE_GCR_2012.13_eng.pdf?ua=1
80. Hastings GB, Elliot B. Social Marketing Practice in Traffic Safety. In OECD. Marketing of Traffic Safety.; 1993.
81. Kotler P, Lee N. Social Marketing: Influencing behavior for good. 3rd ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2008.
82. Smith W, Strand J. Social Marketing Behavior: A Practical Resource for Social Change Professionals. Washington DC: AED; 2008.
83. Nanacholas S. How to do (or not do) a logic framework. Health Policy and Planning. 1998; 12(2): p. 189-193.
84. Hills D. Logic Planning Hints and Tips. London: Tavistock Institute; 2010.
85. Molleman G, Peters L, Horsman C, Kok G. Implementation of a quality assurance instrument (Preffi 1.0) to improve the effectiveness of health promotion in The Netherlands. Oxford Journals Medicine. 2004; 20(4): p. 410-422.
86. Green LW. Toward cost-benefit evaluations of health education: some concepts, methods, and examples. Health Education. 1974: p. 34-64.
87. French J. Commissioning Social Marketing. In Social Marketing Theory and Practice: Oxford University Press; 2010.
88. Parrott S, Godfrey C. Economics of smoking cessation. BMJ. 2004;: p. 947.
89. Central Office of Information. Payback and return on marketing investment (ROMI) in the public sector. London: GNC; 2009
90. JRC Recommendations- European commission, Initiative on breast cancer

ANEXA 1. Recomandările JRC privind strategiile de comunicare

Strategii de comunicare adaptate nevoilor particulare ale grupului țintă

Strategie de comunicare direcționată vs. o strategie generală de comunicare pentru femeile cu dizabilități intelectuale

RECOMANDARE

Grupul de Dezvoltare a Orientărilor ECIBC sugerează în favoarea utilizării unei strategii de comunicare direcționată în loc de o strategie generală de comunicare pentru a îmbunătăți participarea la programele de screening a femeilor cu dizabilități intelectuale cu vârsta cuprinsă între 50 și 69 de ani (recomandare condiționată, certitudine scăzută în probe).

POPULAȚIE ȚINTĂ - femei cu dizabilitate intelectuală

INTERVENȚIE - o strategie de comunicare vizată

COMPARATIE - o strategie generală de comunicare

REZULTATE PRINCIPALE - Rata de participare - Femeile cu dizabilități intelectuale
Număr de persoane care fac alegeri în cunoștință de informații
Credibilitate mai mare /
accesibilitate la informații

PERSPECTIVA - Populație (Sistemul național de sănătate)

BACKGROUND - Cancerul de sân este cel mai frecvent cancer în rândul femeilor din întreaga lume, cu aproximativ 1,7 milioane de cazuri noi apărute în 2012 (Ferlay, 2018) și a doua cauză de deces prin cancer în rândul femeilor din țările cu venituri mari. Importanța depistării precoce și a tratamentului cancerului de sân este bine recunoscută (Cancer, 2016, Organizația, 2014) și este susținută de scăderea observată a deceselor prin cancer de sân în rândul femeilor din regiunile cu resurse în curs de screening mamografice (Moss SM, 2012, Broeders M1, 2012). Pentru programele de screening pentru cancerul de sân care să reducă mortalitatea prin cancer la sân la nivelul populației, trebuie să participe o proporție substanțială a populației. Pentru a vedea impactul depistării cancerului de sân la nivelul populației, > 70% din populația invitată ar trebui să participe (Perry N, 2006, Giordano L și colab., 2012). În plus, acele populații care sunt clasice departe de sistemul de sănătate ar trebui să fie specifice. Programele cu o absorbție scăzută pot fi ineficiente. Există mai multe bariere socio-demografice, economice, motivaționale și organizaționale care influențează participarea la programele de depistare a cancerului de sân și creează inegalități în îngrijirea cancerului (Deandrea S, 2016, Vahabi M, 2016, Moser K, 2009, Cuthbertson SA, 2009, Palència L, 2010). Din această cauză, anumite subpopulații de femei (de exemplu, femeile cu dizabilități intelectuale) reprezintă acele populații vulnerabile care participă mai puțin

la programele de screening de cancer de sân. Gestionarea conflictelor de interese (CoI): CoI pentru toți membrii Grupului de Dezvoltare a Orientărilor (GDG) au fost evaluați și gestionați de Centrul comun de cercetare (JRC) după o procedură stabilită în conformitate cu normele Comisiei Europene. Participarea membrilor GDG la elaborarea recomandărilor a fost restricționată, potrivit dezvoltării CoI. În consecință, pentru această întrebare particulară, următorii membri ai GDG au fost respinși de la vot: Roberto d'Amico. De asemenea, Miranda Langendam, în calitate de expert extern, nu avea voie să voteze, în conformitate cu regulile de procedură ale ECIBC. Pentru mai multe informații, vizitați <http://ecibc.jrc.ec.europa.eu/gdg-documents>

ANALIZĂ

<p>Problema este o prioritate?</p>	<p>Cancerul de sân este una dintre cele mai frecvente forme de cancer și principala cauză de deces la femeile din Europa (Ferlay, 2018). Implementarea programelor de screening mamografice a fost identificată ca o intervenție eficientă de sănătate publică pentru a reduce mortalitatea prin cancer de sân (Cancer, 2016, Organizație, 2014). Mai multe studii au demonstrat o reducere a mortalității pentru cancerul de sân în Europa după implementarea programelor de depistare a cancerului de sân bazate pe populație (Moss SM, 2012, Broeders M1, 2012). Din aceste motive, screeningul mamografiei este o intervenție de sănătate publică bine stabilită în Europa și în alte părți (Ponti A, 2017). Depistarea cancerului de sân organizat implică o modalitate de activități de la promovarea și invitarea potențialilor participanți care urmează procedura de testare, reamintirea după perioada de timp adecvată pentru cei care au analizat negativ și pentru cei care sunt pozitivi, oferind proceduri și tratament în timp util. Inegalitățile ar putea apărea în orice punct de-a lungul căii, iar inegalitățile în rezultate sunt probabil rezultatul efectelor cumulate ale inegalităților de-a lungul întregii căi. Mai mult, este intuitiv că, pentru a realiza o reducere a mortalității pentru cancerul de sân, este esențial să atingem majoritatea populațiilor țintă și să maximizăm ratele de participare. Programele care nu reușesc să realizeze acest lucru pot introduce inegalități grave în populație, deoarece se arată că femeile aparținând celor mai defavorizate grupuri ale populației sunt, de asemenea, cele care participă mai puțin (Deandrea S, 2016). Pentru a evita această situație, sunt necesare strategii orientate care să se axeze pe identificarea și abordarea barierelor pentru aceste subpopulații particulare ale femeilor.</p> <p>Considerații suplimentare GDG a acordat prioritate acestei întrebări pentru ECIBC.</p>
<p>DA</p>	

<p>Cât de substanțiale sunt efectele de dorit anticipate?</p> <p>Foarte substanțiale</p>	<p>Intervenția vizată în studiul identificată poate fi descrisă ca: Intervenție: Program de evaluare completă a sănătății (CAP). CHAP este o broșură de 21 de pagini dezvoltată pentru a fi atractivă, credibilă și ușor de utilizat. Prima parte, completată de îngrijitor, a cuprins istoricul medical și a fost adusă la chirurgia medicului. În a doua parte, medicul de familie a fost solicitat să completeze evaluarea CAP, care a implicat o revizuire a istoricului, o examinare vizată și asistarea îngrijitorului pentru a finaliza un plan de acțiune pentru sănătate. Instrumentul CHAP conținea, de asemenea, o listă de condiții frecvent nerecunoscute sau prost gestionate în această populație și o diagramă a comorbidității specifice sindromului, pentru a ajuta medicul de familie și pentru a informa îngrijitorul. Comparație: îngrijire obișnuită Autorii au raportat că femeile au fost alocate „îngrijirii obișnuite”, dar nu au oferit detalii suplimentare cu privire la tipul de intervenție implementat ca „îngrijire obișnuită”.</p> <p>Considerații suplimentare GDG a menționat că doar un studiu inclus a arătat o creștere a participării cu 10 la 100 de femei. GDG a menționat că rata de participare de bază a fost foarte scăzută pentru acest studiu. GDG a menționat că au existat doar dovezi de la un ECR care a efectuat un anumit tip de intervenție, un interviu la domiciliu cu îngrijitoarea și femeia cu handicap intelectual.</p>
--	---

<p>Cât de substanțiale sunt efectele anticipate nedorite?</p> <p>Fara importanta</p>	<p>Intervenția vizată în studiul identificată poate fi descrisă ca: Intervenție: Program de evaluare completă a sănătății (CAP). CHAP este o broșură de 21 de pagini dezvoltată pentru a fi atractivă, credibilă și ușor de utilizat. Prima parte, completată de îngrijitor, a cuprins istoricul medical și a fost adusă la chirurgia</p>
--	---

	<p>medicului. În a doua parte, medicul de familie a fost solicitat să completeze evaluarea CAP, care a implicat o revizuire a istoricului, o examinare vizată și asistarea îngrijitorului pentru a finaliza un plan de acțiune pentru sănătate. Instrumentul CHAP conținea, de asemenea, o listă de condiții frecvent nerecunoscute sau prost gestionate în această populație și o diagramă a comorbidității specifice sindromului, pentru a ajuta medicul de familie și pentru a informa îngrijitorul.</p> <p>Comparație: îngrijire obișnuită</p> <p>Autorii au raportat că femeile au fost alocate „îngrijirii obișnuite”, dar nu au oferit detalii suplimentare cu privire la tipul de intervenție implementat ca „îngrijire obișnuită”.</p> <p>Considerații suplimentare</p> <p>GDG a menționat că rezultatele legate de efectele nedorite nu au fost incluse în niciun studiu revizuit. Cu toate acestea, GDG nu a identificat în mod explicit niciun efect anticipat nedorit.</p>
--	---

<p>Care este certitudinea generală a dovezilor de efecte?</p> <p>MICA</p>	<p>Considerații suplimentare</p> <p>GDG a apreciat că certitudinea probelor este scăzută, din cauza indirectității și impreciziei, deoarece aceasta este calitatea singurului rezultat măsurat.</p>
---	---

<p>Există o incertitudine importantă sau variabilitate în ceea ce privește cât de mulți oameni apreciază rezultatele principale?</p> <p>Incertitudine sau variabilitate posibil importantă</p>	<p>Nu a fost efectuată nicio revizuire sistematică.</p> <p>Considerații suplimentare</p> <p>GDG a menționat că intervenția se adresează femeilor cu dizabilități intelectuale, unde poate fi dificil să-și determine preferințele, dar, în plus, deoarece intervenția a implicat și îngrijitorul, valorile și preferințele lor trebuie să fie luate în considerare.</p>
--	---

<p>Echilibrul dintre efectele de dorit și cele nedorite favorizează intervenția sau comparația?</p> <p>Favorizează probabil intervenția</p>	<p>Considerații suplimentare</p> <p>GDG a apreciat că intervenția favorizează probabil intervenția.</p>
---	---

<p>Cât de mari sunt cerințele (costurile) resurselor?</p> <p>Nu se stie</p>	<p>No relevant economic evaluations were identified</p>
<p>Care este certitudinea probelor privind cerințele (costurile) resurselor?</p> <p>Nu sunt incluse studii</p>	<p>No relevant economic evaluations were identified</p>
<p>Rentabilitatea intervenției favorizează intervenția sau comparația?</p> <p>Nu sunt incluse studii</p>	<p>No relevant economic evaluations were identified</p>
<p>Care ar fi impactul asupra echității în sănătate?</p> <p>VARIAZA</p>	<p>Nu a fost efectuată nicio revizuire sistematică.</p> <p>Considerații suplimentare GDG a presupus că intervențiile care vizează populații vulnerabile specifice, cum ar fi persoanele cu dizabilități, ar trebui să crească echitatea și să asigure un acces egal la programele de screening pentru cancerul de sân, în contextul în care echitatea în îngrijire există deja. Cu toate acestea, poate crește și inechitatea. În situațiile în care există deja inechitate, unde unele persoane cu dizabilități intelectuale sunt îngrijite mai bine, sunt înregistrate cu îngrijitori, inechitatea ar fi exacerbată, deoarece numai acest grup ar fi vizat de programele de screening.</p>
<p>Intervenția este acceptabilă pentru părțile interesate cheie?</p> <p>Probabil ca DA</p>	<p>Nu a fost efectuată nicio revizuire sistematică.</p> <p>Considerații suplimentare GDG a apreciat că anumite părți interesate-cheie nu ar fi de acord cu screening-ul țintit. Caregivers: GDG a remarcat faptul că timpul necesar pentru îngrijitorii de îngrijire pentru a participa la o comunicare vizată poate să nu fie acceptabil.</p>
<p>Este posibilă implementarea intervenției?</p>	<p>Nu a fost efectuată nicio revizuire sistematică.</p>

Probabil ca DA	<p>Considerații suplimentare</p> <p>GDG a considerat că fezabilitatea va fi dificilă în multe setări, datorită structurii actuale a programelor de screening. Majoritatea programelor de screening primesc liste de femei eligibile care nu ar include date despre dizabilitatea intelectuală, astfel încât ar fi dificil să se identifice populația țintă pentru acest tip de intervenție. În contextele în care aceste informații sunt ușor disponibile, GDG a considerat că fezabilitatea va fi mai mare.</p>
----------------	--

CONCLUZIE

Ar trebui să se folosească o strategie de comunicare direcționată vs. o strategie generală de comunicare pentru femeile cu dizabilități intelectuale?

TIP DE RECOMANDARE - Recomandare condiționată pentru intervenție

RECOMANDARE - Grupul de Dezvoltare a Orientărilor ECIBC sugerează în favoarea utilizării unei strategii de comunicare vizate în loc de strategie generală de comunicare pentru a îmbunătăți participarea la programele de screening a femeilor cu dizabilități intelectuale cu vârsta cuprinsă între 50 și 69 de ani (recomandare condițională, certitudine scăzută în probe).

JUSTIFICARE Justificare generală

GDG observă că nu a considerat etică intervențiile monetare pentru a spori participarea și că comunicarea vizată folosită nu include această formă de intervenție.

Justificare detaliată

Efecte dezirabile:

GDG a apreciat că o creștere a participării a 10 femei la 100 a fost o creștere mare.

Echitate: GDG a presupus că intervențiile care vizează populații vulnerabile specifice ar varia în funcție de context, unde echitatea există deja, ar crește-o în continuare, dar acolo unde nu o va agrava mai mult inechitatea.

acceptabilitatea:

GDG a apreciat că anumite părți interesate cheie, cum ar fi îngrijitorii, nu pot găsi o comunicare direcționată acceptabilă dacă acest lucru necesită timp suplimentar din partea acestora.

CONSIDERAȚII DE SUBGROUP

Niciuna nu a fost luată în considerare.

CONSIDERAȚII DE APLICARE

1. GDG observă că impactul asupra persoanelor care îngrijesc femeile cu dizabilități intelectuale ar trebui luat în considerare în implementarea acestei intervenții.
2. GDG observă că problemele legate de echitate pentru programele de screening pentru persoanele cu dizabilități intelectuale ar trebui luate în considerare împreună cu alte probleme de sănătate, în care echitatea este, de asemenea, o preocupare.
3. Accesul la numere de telefon nu poate fi disponibil sau poate fi limitat de legile care protejează accesul la numere de telefon în anumite contexte.
4. Trebuie dezvoltate strategii pentru a identifica grupul țintă corect și cum să le invitați, pentru toate problemele de sănătate, nu doar cancerul de sân.

MONITORIZARE SI EVALUARE

GDG a identificat că trebuie luate în considerare monitorizarea succesului direcționării comunicării către acest subgrup specific și impactul asupra ratelor de participare.

PRIORITĂȚI DE CERCETARE

GDG susține cercetări suplimentare privind strategiile de comunicare țintite pentru invitația la programe de screening pentru femeile cu dizabilități intelectuale.

Canale și modalități de comunicare

Scrisori vs. invitații verbale la screening organizat pentru a invita femeile asimptomatice la programe de screening pentru cancerul de sân?

Recomandare

Grupul de Dezvoltare a Orientărilor ECIBC recomandă să se folosească scrisori, fără invitație la screening organizat, pentru a invita femeile asimptomatice cu vârsta cuprinsă între 50 și 69 ani (la care se recomandă screeningul) să participe la programe de screening bazate pe populație (recomandare puternică, certitudine moderată).

EVALUARE

POPULATIE - femeile asimptomatice la programe de screening pentru cancerul mamar

INTERVENȚIE – scrisori

COMPARAȚIE - nici o invitație la screening-ul organizat

REZULTATELE PRINCIPALE - Rata de participare Număr de persoane care fac o alegere în cunoștință de cauză/ sporirea accesibilității la informații Incredibilitatea informațiilor Satisfacția cu procesul de luare a deciziilor Confidența în luarea deciziilor

LOCATIE - Uniunea Europeana

PERSPECTIVA - Populatia (Sistemul Național de Sănătate)

BACKGROUND - Cancerul de sân este cel mai frecvent cancer la femeile din întreaga lume, cu aproximativ 1,7 milioane de cazuri noi apărute în 2012 (Ferlay 2014) și a doua cauză principală de deces prin cancer în rândul femeilor din țările cu venituri ridicate. Importanța detectării timpurii și a tratamentului cancerului de sân este bine recunoscută (IARC 2016, WHO 2014) și este susținută de scăderea observată a deceselor cauzate de cancerul mamar în rândul femeilor din regiunile cu surse de vârstă supuse mamografiei de screening (Moss 2012, Broderers 2012). Pentru programele de screening pentru cancer pentru a determina reducerea mortalității prin cancer mamar, trebuie să participe o proporție substanțială a populației. Programele cu consum redus pot fi ineficiente și pot promova inegalitățile în serviciile de sănătate. Din aceste motive, rata de participare este un parametru cheie pentru a evalua atât impactul programului de screening, cât și acceptabilitatea acestuia în rândul populației țintă. Pentru a obține un impact semnificativ asupra mortalității globale a cancerului la sân și pentru a fi eficiente, ratele de participare ar trebui să atingă cel puțin 50% (nivelul acceptabil), dar > 70% din populația participantă este indicată ca un standard dezirabil (Perry 2006, Giordano 2012). Cu toate acestea, ratele globale de participare la programele de screening pentru mamografie din Europa au fost de 60,24%, variind de la 6,2% în Belgia, până la 83,5% în Danemarca (Ponti 2017). Comunicarea eficientă, echilibrând autonomia femeilor atunci când iau o decizie (alegerea în cunoștință de cauză), promovând adoptarea este, prin urmare, importantă (Giordano 2006). Pe de altă parte, dezbaterile privind screeningul mamografic a fost axată pe amploarea beneficiilor și a efectelor negative la nivel individual, precum și asupra echilibrului dintre ele (Paci 2014). Având în vedere acest lucru, sa sugerat că este necesară o schimbare de la abordări persuasive la alte abordări bazate pe informare și împuternicirea femeilor de a lua propriile decizii (Woloshin 2012). Strategiile bazate pe această abordare ar trebui evaluate nu numai în ceea ce privește impactul potențial asupra ratei de participare, ci și în ceea ce privește informațiile furnizate femeilor și încrederea lor rezultantă în luarea unei decizii în cunoștință de cauză cu privire la participarea sau nu. Gestionarea conflictelor de interese CoI pentru toți membrii Grupului de Dezvoltare a Orientărilor (GDG) au fost evaluați și gestionați de Centrul Comun de Cercetare (JRC) în urma unei proceduri stabilite în conformitate cu regulile Comisiei Europene. Participarea membrilor GDG la elaborarea recomandărilor a fost restricționată, conform comunicării CoI. În consecință, pentru această întrebare specială, membrii GDG au fost recușcați din voturi: Roberto d'Amico. Miranda Langendam, în calitate de expert extern, nu a avut, de asemenea, dreptul de a vota, conform regulilor de procedură ECIBC. Pentru mai multe informații, vizitați <http://ecibc.jrc.ec.europa.eu/gdg-documents>

DECIZII

<p>Este problema o prioritate?</p> <p>DA</p>	<p>Cancerul de sân este una dintre cele mai frecvente forme de cancer și principala cauză a decesului la femei în Europa (Ferlay 2014). Implementarea programelor de screening pentru mamografie a fost identificată ca o intervenție eficientă în domeniul sănătății publice pentru reducerea mortalității la cancer mamar (IARC 2016, OMS 2014). Mai multe studii au demonstrat o reducere a mortalității pentru cancerul de sân în Europa după implementarea programelor de screening pentru cancer mamar bazate pe populație (Moss 2012, Broderers 2012). Din aceste motive, screening-ul la mamografie este o intervenție bine stabilită în domeniul sănătății publice în Europa și în altă parte (Ponti 2017). Pentru programele de screening pentru cancer pentru a determina reducerea mortalității prin cancer mamar, trebuie să participe o proporție substanțială a populației. Programele cu consum redus pot fi ineficiente și pot promova inegalitățile în serviciile de sănătate. Din aceste motive, rata de participare este un parametru cheie pentru a evalua atât impactul programului de screening, cât și acceptabilitatea acestuia în rândul populației țintă.</p> <p>Cu toate acestea, ratele de participare la screeningul mamografic în Europa sunt în multe cazuri departe de standardul acceptabil (Ponti 2017).</p> <p>O comunicare eficientă, echilibrând autonomia pacienților atunci când luați o decizie (alegerea în cunoștință de cauză) cu promovarea absorbției este, prin urmare, importantă (Giordano 2006).</p> <p>Considerații suplimentare</p> <p>GDG a acordat prioritate acestei întrebări pentru ECIBC.</p>
--	---

<p>Cât de importante sunt efectele anticipate dorite?</p> <p>MARE Importanta</p>	<p>Considerații suplimentare</p> <p>Au fost găsite doar dovezi privind rata de participare. GDG a fost de acord că pentru grupul de vârstă 50-69 ani, în care a fost făcută o recomandare puternică, acest rezultat poate fi adecvat. Totuși, nu este suficient pentru celelalte grupuri de vârstă unde s-au făcut recomandări condiționate.</p> <p>GDG a convenit să utilizeze o rată de participare de 60%. GDG a discutat problema indirectității din cauza modului în care informațiile au fost prezentate femeilor în procese și a lipsei de informații în studiile privind conținutul scrisorilor care au fost trimise femeilor.</p> <p>GDG a considerat că există preocupări privind indirectitatea în această chestiune legată de stabilirea și conținutul scrisorii din intervenție. Cu toate acestea, GDG a considerat că există o consecvență în direcția tendinței efectului în aceste rezultate și al celor din studiile observaționale. GDG-ul și-a exprimat preocuparea cu privire la ratele scăzute de participare în grupul de comparație, comparativ cu ratele de participare cunoscute în contextul european. GDG a recunoscut că acest lucru se poate datora unui orizont scurt de timp care este utilizat în studiile privind rata de participare, care are o scurtă urmărire de aproximativ 6 luni.</p> <p>GDG a discutat, de asemenea, inconsecvența care a fost observată în cadrul parcele forestiere a meta-analizei, dar nu a fost identificată nicio explicație metodologică pentru această inconsecvență. GDG a discutat despre diferențele care pot fi văzute evaluând numai studii în context european. Cu toate acestea, cele două studii în contextul european (Bankhead 2001, Richards 2001) au fost în concordanță cu rezultatele</p>
--	--

	<p>generale ale meta-analize. GDG a constatat că, în conformitate cu revizuirea sistematică, a existat o creștere relativă de 43% a consumului de screening. Sa observat că în Europa GDG nu era conștient de nici o țară care nu folosește o formă de ajutor pentru luarea deciziilor sau de a invita femeile la screening. A fost, așadar, văzută ca o problemă că comparația folosită în studiile incluse nu conținea nici o scrisoare. Prin urmare, GDG a constatat că probabil există o subestimare a efectului scrisorii inițiale; dacă primiți scrisori anterior.</p> <p>GDG a convenit prin consens că efectele dorite ale scrisorii sunt mari.</p>
--	---

<p>Cât de importante sunt efectele anticipate nedorite?</p> <p>✓ Trivial</p>	<p>Considerații suplimentare</p> <p>GDG a fost de acord că nu au fost identificate în mod explicit efecte nedorite. Efectele au fost, prin urmare, considerate triviale.</p>
--	--

<p>Care este certitudinea generală a probelor de efecte?</p> <p>Moderat</p>	<p>Considerații suplimentare</p> <p>GDG a considerat că certitudinea probelor a fost moderată, deoarece aceasta este calitatea dovezilor pentru singurul rezultat critic (rata de participare).</p>
---	---

<p>Există o mare incertitudine sau variabilitate în ceea ce privește valoarea oamenilor principalele rezultate?</p> <p>Probabil nu există o incertitudine sau o variabilitate important</p>	<p>Nu sa efectuat nicio revizuire sistematică.</p> <p>Considerații suplimentare</p> <p>GDG a considerat că majoritatea femeilor care ar dori să participe la screening ar aprecia să fie invitate și, prin urmare, probabil că nu există o incertitudine sau o variabilitate importantă.</p>
---	--

<p>Echilibrul dintre efectele dorite și cele nedorite favorizează intervenția sau comparația?</p> <p>Probabil favorizează intervenția</p>	<p>Considerații suplimentare</p> <p>GDG a constatat că dovezile nu au fost identificate cu privire la rezultatele importante, cum ar fi luarea deciziilor în cunoștință de cauză. Din acest motiv, GDG a considerat că soldul poate varia.</p> <p>Având în vedere că dovezile au fost găsite doar pentru rata de participare, GDG a menționat că la femeile cu vârsta cuprinsă între 50 și 69 de ani, în cazul în care GDG a făcut o recomandare puternică în favoarea screening-ului, echilibrul ar favoriza intervenția. În acest grup de vârstă, rata de participare este un rezultat adecvat.</p> <p>The GDG therefore judged that the balance of effects favours the intervention in the 50-69 age group. For the conditional recommendations in the other age ranges (45-49 and 70-74), the GDG agreed that informed decision making is a more important outcome as they would really want to be sure benefits and harms are understood in greater detail by women, and GDG agrees the measurement only of participation is not appropriate.</p>
---	--

<p>Cât de mari sunt cerințele privind resursele (costurile)?</p> <p>Costuri moderate *</p>	<p>Nu au fost identificate evaluări economice relevante.</p> <p>Considerații suplimentare</p> <p>Indicații indirecte: Scrisoare de invitație: Un raport tehnic italian, bazat pe datele a patru organizații din domeniul sănătății, a raportat un cost mediu de 4,6 euro pentru fiecare femeie invitată (inclusiv o scrisoare cu data de programare și serviciul de call center care gestionează datele de întâlnire). Valoarea 2007) (Mantellini 2012).</p>
--	--

<p>Care este certitudinea dovezii cerințelor privind resursele (costurile)?</p> <p>Nu au fost incluse studii</p>	<p>Nu au fost identificate evaluări economice relevante.</p>
--	--

<p>Eficacitatea costurilor intervenției favorizează intervenția sau compararea?</p> <p>Nu au fost incluse studii *</p>	<p>Nu au fost identificate evaluări economice relevante.</p> <p>Considerații suplimentare</p> <p>GDG a menționat că nu au fost incluse studii. Cu toate acestea, pe baza costurilor estimate din literatura gri și a ratei de participare (rezultatul important doar în grupa de vârstă 50-69 în cazul în care GDG a făcut o recomandare puternică), GDG a convenit că eficiența costurilor probabil favorizează intervenția.</p>
--	---

<p>Care ar fi impactul asupra echității în sănătate?</p> <p>Probabil a crescut *</p>	<p>Nu sa efectuat nicio revizuire sistematică.</p> <p>Considerații suplimentare</p> <p>GDG a considerat că invitațiile ar crește, probabil, echitatea datorită unei distribuții mai largi a invitațiilor de depistare, în locul unor femei care au primit invitații, iar altele nu.</p>
--	---

Intervenția este acceptabilă pentru părțile interesate cheie?	Nu sa efectuat nicio revizuire sistematică. Considerații suplimentare
Probabil da *	GDG a considerat că intervenția ar fi probabil acceptabilă pentru părțile interesate cheie.

Este posibil ca intervenția să fie implementată?	Nu sa efectuat nicio revizuire sistematică. Considerații suplimentare
Da *	GDG a considerat că această intervenție ar fi fezabilă, după cum reiese din utilizarea pe scară largă a acesteia în prezent.

CONCLUZII

Ar trebui să fie folosite scrisori contra unei invitații la screening organizat pentru a invita femeile asimptomatice la programe de screening pentru cancerul de sân?

TIP DE RECOMANDARE

Recomandare puternică împotriva intervenției

Recomandarea condiționată împotriva intervenției

Recomandare condiționată fie pentru intervenție, fie pentru comparație

Condiție recomandată pentru intervenție

Recomandare puternică pentru intervenție

RECOMANDARE - Grupul de Dezvoltare a Ghidurilor ECIBC recomandă utilizarea scrisorilor, fără invitație la screening-ul organizat, pentru a invita femeile asimptomatice cu vârsta cuprinsă între 50 și 69 ani (la care se recomandă insistent screening-ul) să participe la programele de screening organizate pe bază de populație certitudine).

JUSTIFICARE

Justificare generală

GDG a sprijinit o recomandare puternică pentru utilizarea scrisorilor la femeile cu vârste cuprinse între 50-69 ani, deoarece a considerat că beneficiile măsurate prin creșterea participării la screening (un rezultat adecvat pentru această grupă de vârstă) ar depăși costurile de producere și trimitere a scrisoare. În plus, capitalul ar crește odată cu această intervenție.

Justificare detaliată

Efecte dorite:

GDG a constatat că există o creștere semnificativă a ratelor de participare la destinatarii de scrisori din probele de cercetare revizuite.

Efecte nedorite:

GDG nu a identificat efecte nedorite semnificative în utilizarea scrisorilor de invitație.

Resurse necesare:

GDG a convenit că costurile acestei intervenții au fost moderate, bazate pe cunoașterea costurilor de producție și distribuție a scrisorilor.

Echitate:

GDG a convenit că probabilitatea de majorare a capitalurilor proprii ar fi crescută odată cu această intervenție.

CONSIDERAȚII SUBGROUP

GDG a menționat că pentru femeile cu vârsta cuprinsă între 50 și 69 de ani, la care se recomandă insistent screening-ul, echilibrul ar favoriza intervenția deoarece participarea

CONSIDERAȚII SUBGROUP

GDG a constatat că pentru femeile cu vârsta cuprinsă între 50 și 69 de ani, la care se recomandă insistent screening-ul, echilibrul ar favoriza intervenția deoarece rata de participare este un rezultat adecvat. Rata de participare nu a fost considerată un rezultat adecvat pentru celelalte categorii de vârstă. Pentru femeile din grupele de vârstă 45-49 și 70-74, rezultatele ca încrederea și satisfacția femeii în luarea unei decizii informate sunt cruciale, iar GDG recomandă interpretarea acestei intervenții în contextul recomandărilor privind screeningul vârstelor (consultați punctul 2 în considerentele de punere în aplicare).

IMPLEMENTAREA CONSIDERAȚII

1. Comparația evaluată pentru această recomandare trebuie interpretată în contextul celorlalte comparații ale metodelor de invitare a femeilor la programele de screening evaluate de ECIBC.
2. Se remarcă faptul că pentru grupurile de vârstă în care recomandarea făcută de GDG pentru screening este condiționată (grupurile de vârstă 45-49 și 70-74 de ani), procesul de luare a deciziilor este crucial pentru implementare și ar exista îngrijorarea cu privire la creșterea screening-ului necorespunzător prin această intervenție . În cazul în care GDG a făcut o recomandare fermă pentru screening-

ul la femeile cu vârsta cuprinsă între 50 și 69 de ani, această intervenție este recomandată deoarece această intervenție este de dorit pentru a crește participarea la screening.

MONITORIZARE SI EVALUARE

Nu au fost identificate

PRIORITĂȚILE CERCETĂRII

1. GDG recomandă cercetarea efectului acestei intervenții asupra altor rezultate importante, cum ar fi luarea deciziilor în cunoștință de cauză, în special pentru femeile în care sa făcut o recomandare condiționată (45-49 și 70-74).
2. Cercetarea privind modalitatea cea mai bună de a invita femeile în intervalele de vârstă în care a fost făcută o recomandare condiționată (45-49 și 70-74).
3. Cercetare care evaluează utilizarea mesajelor electronice, inclusiv e-mail, social media și SMS, comparativ cu scrisorile de hârtie pentru invitația la screening.

Ar trebui să fie folosite scrisori plus un memento scris versus doar scrisori fara memento pentru a invita femeile asimptomatice la programele de screening pentru cancerul de sân?

Recomandare

Grupul de Dezvoltare a Orientărilor ECIBC sugerează utilizarea scrisorilor pentru a invita femeile asimptomatice cu vârsta cuprinsă între 50-69 de ani (la care screening-ul este recomandat) să participe la programele de screening pentru cancer mamar organizate pe bază de populație (recomandare condiționată, certitudine moderată).

EVALUARE

POPULATIE - invitand femeile asimptomatice la programe de screening pentru cancerul mamar

INTERVENȚIE - scrisori plus un memento scris

COMPARAREA – doar scrisori

Locatie – Uniunea Europeana

PERSPECTIVA - Populatia (Sistemul National de Sanatate)

BACKGROUND - Cancerul de sân este cel mai frecvent cancer la femeile din întreaga lume, cu aproximativ 1,7 milioane de cazuri noi apărute în 2012 (Ferlay 2014) și a doua cauză principală de deces prin cancer în rândul femeilor din țările cu venituri ridicate. Importanța detectării timpurii și a tratamentului cancerului de sân este bine recunoscută (IARC 2016, WHO 2014) și este susținută de scăderea observată a deceselor cauzate de cancerul mamar în rândul femeilor din regiunile cu surse de vârstă supuse

mamografiei de screening (Moss 2012, Broderers 2012). Pentru programele de screening pentru cancer pentru a determina reducerea mortalității prin cancer mamar, trebuie să participe o proporție substanțială a populației. Programele cu consum redus pot fi ineficiente și pot promova inegalitățile în serviciile de sănătate. Din aceste motive, rata de participare este un parametru cheie pentru a evalua atât impactul programului de screening, cât și acceptabilitatea acestuia în rândul populației țintă. Pentru a obține un impact semnificativ asupra mortalității globale a cancerului la sân și pentru a fi eficiente, ratele de participare ar trebui să atingă cel puțin 50% (nivelul acceptabil), dar > 70% din populația participantă este indicată ca un standard dezirabil (Perry 2006, Giordano 2012). Cu toate acestea, ratele globale de participare la programele de screening pentru mamografie din Europa au fost de 60,24%, variind de la 6,2% în Belgia, până la 83,5% în Danemarca (Ponti 2017). Comunicarea eficientă, echilibrând autonomia femeilor atunci când iau o decizie (alegerea în cunoștință de cauză), promovând adoptarea este, prin urmare, importantă (Giordano 2006). Pe de altă parte, dezbaterile privind screening-ul mamografic a fost axată pe amploarea beneficiilor și a efectelor negative la nivel individual, precum și asupra echilibrului dintre ele (Paci 2014). Având în vedere acest lucru, sa sugerat că este necesară o schimbare de la abordări persuasive la alte abordări bazate pe informare și împuternicirea femeilor de a lua propriile decizii (Woloshin 2012). Strategiile bazate pe această abordare ar trebui evaluate nu numai în ceea ce privește impactul potențial asupra ratei de participare, ci și în ceea ce privește informațiile furnizate femeilor și încrederea lor rezultantă în luarea unei decizii în cunoștință de cauză cu privire la participarea sau nu. Gestionarea conflictelor de interese Col pentru toți membrii Grupului de Dezvoltare a Orientărilor (GDG) au fost evaluați și gestionați de Centrul Comun de Cercetare (JRC) în urma unei proceduri stabilite în conformitate cu regulile Comisiei Europene. Participarea membrilor GDG la elaborarea recomandărilor a fost restricționată, conform comunicării Col. În consecință, pentru această întrebare specială, membrii GDG au fost recușcați din voturi: Roberto d'Amico. Miranda Langendam, în calitate de expert extern, nu a avut, de asemenea, dreptul de a vota, conform regulilor de procedură ECIBC. Pentru mai multe informații, vizitați <http://ecibc.jrc.ec.europa.eu/gdg-documents>

DECIZII

<p>Este problema o prioritate?</p> <p>DA</p>	<p>Cancerul de sân este una dintre cele mai frecvente forme de cancer și principala cauză a decesului la femei în Europa (Ferlay 2014). Implementarea programelor de screening pentru mamografie a fost identificată ca o intervenție eficientă în domeniul sănătății publice pentru reducerea mortalității la cancer mamar (IARC 2016, OMS 2014). Mai multe studii au demonstrat o reducere a mortalității pentru cancerul de sân în Europa după implementarea programelor de screening pentru cancer mamar bazate pe populație (Moss 2012, Broderers 2012). Din aceste motive, screening-ul la mamografie este o intervenție bine stabilită în domeniul sănătății publice în Europa și în altă parte (Ponti 2017). Pentru programele de screening pentru cancer pentru a determina reducerea mortalității prin cancer mamar, trebuie să participe o proporție substanțială a populației. Programele cu consum redus pot fi ineficiente și pot promova inegalitățile în serviciile de sănătate. Din aceste motive, rata de participare este un parametru cheie pentru a evalua atât impactul programului de screening, cât și acceptabilitatea acestuia în rândul populației țintă.</p> <p>Cu toate acestea, ratele de participare la screening-ul mamografic în Europa sunt, în multe cazuri, departe de standardul acceptabil (Ponti 2017).</p> <p>O comunicare eficientă, echilibrând autonomia pacienților atunci când luați o decizie (alegerea în cunoștință de cauză)</p>
--	---

	<p>cu promovarea absorbției este, prin urmare, importantă (Giordano 2006).</p> <p>Considerații suplimentare</p> <p>GDG a acordat prioritate acestei întrebări pentru ECIBC.</p>
--	---

<p>Cât de importante sunt efectele anticipate dorite?</p> <p>IMPORTANTA MARE</p>	<p>1. Riscul de bază pentru stabilirea la nivel european stabilit de grupul GDG în timpul reuniunii din februarie 2017.</p> <p>2. O mare eterogenitate statistică (I2 = 92%). Calitatea dovezilor nu a fost redusă din cauza neconcordanței, deoarece majoritatea studiilor arată o direcție consecventă a efectului, cu intervale de încredere de peste 95%.</p> <p>3. Un studiu (Pagina 2006) a fost la un risc ridicat de selecție părtinire. Cu toate acestea, o analiză de sensibilitate care exclude acest studiu a constatat încă un efect semnificativ (RR = 1,20 [1,06, 1,35]), prin urmare, calitatea probelor nu a fost redusă pentru riscul de prejudecăți.</p> <p>4. Devalorizat pentru indirectitate, deoarece majoritatea studiilor incluse au fost efectuate în afara Europei.</p> <p>Considerații suplimentare</p> <p>Rezultate similare au fost observate pentru alte programe de screening organizate (adică programe de screening pentru cancerul de sân: Jepson 2000 și Camilloni 2013).</p> <p>GDG a considerat că o creștere de 90-354 de femei care participă la 1000 de persoane invitate să facă parte din screening utilizând o scrisoare de reamintire scrisă este un efect anticipat important.</p>
--	--

<p>Cât de importante sunt efectele anticipate nedorite?</p>	<p>1. Riscul de bază pentru stabilirea la nivel european stabilit de grupul GDG în</p>
---	--

<p>Trivial</p>	<p>timpul reuniunii din februarie 2017.</p> <p>2. O mare eterogenitate statistică ($I^2 = 92\%$). Calitatea dovezilor nu a fost redusă din cauza neconcordanței, deoarece majoritatea studiilor arată o direcție consecventă a efectului, cu intervale de încredere de peste 95%.</p> <p>3. Un studiu (Pagina 2006) a fost la un risc ridicat de selecție părtinire. Cu toate acestea, o analiză de sensibilitate care exclude acest studiu a constatat încă un efect semnificativ ($RR = 1,20 [1,06, 1,35]$), prin urmare, calitatea probelor nu a fost redusă pentru riscul de prejudecăți.</p> <p>4. Devalorizat pentru indirectitate, deoarece majoritatea studiilor incluse au fost efectuate în afara Europei.</p> <p>Considerații suplimentare</p> <p>GDG notează că femeile care nu doresc să participe la programele de screening pot fi deranjate de scrisori sau mementouri repetate atunci când au luat deja o decizie informată de a nu participa.</p> <p>Deoarece acordul nu poate fi atins prin consens, votul a fost efectuat: 10 membri ai GDG au votat pentru "trivial"; opt membri ai GDG au votat pentru "mici"; un membru a votat "mare" și un membru a votat "variază".</p>
----------------	---

<p>Care este certitudinea generală a probelor de efecte?</p> <p>Moderat</p>	<p>Considerații suplimentare</p> <p>GDG a considerat că certitudinea probelor a fost moderată, deoarece aceasta este calitatea dovezilor pentru singurul rezultat critic (rata de participare).</p>
---	---

<p>Există o mare incertitudine sau variabilitate în ceea ce privește valoarea oamenilor principalele rezultate?</p> <p>Probabil nu există o incertitudine sau o variabilitate importantă</p>	<p>Nu sa efectuat nicio revizuire sistematică.</p> <p>Considerații suplimentare</p> <p>GDG a considerat că majoritatea femeilor care ar dori să participe la screening-ul ar aprecia să fie invitate.</p>
--	---

<p>Echilibrul dintre efectele dorite și cele nedorite favorizează intervenția sau comparația?</p> <p>Probabil favorizează intervenția</p>	<p>Considerații suplimentare</p> <p>GDG a considerat că echilibrul efectelor probabil favorizează intervenția</p>
---	---

<p>Cât de mari sunt cerințele privind resursele (costurile)?</p> <p>Costuri moderate</p>	<p>Scrisoare de amintire:</p> <p>Un studiu randomizat Australian (Pagina 2006) a raportat un cost mediu de 0,5 USD PPP (parități de putere de cumpărare) pentru o scrisoare de reamintire și niciun cost pentru scrisoarea de invitație singur (valoarea din 2004).</p> <p>Considerații suplimentare</p> <p>GDG a votat, deoarece acordul nu a putut fi obținut prin consens: 10 membri ai GDG au votat "costuri moderate"; șapte membri ai GDG au votat "costuri și economii neglijabile"; doi membri ai GDG au votat "economii moderate"; doi membri ai GDG au votat "diferă".</p>
--	--

<p>Care este certitudinea dovezii cerințelor privind resursele (costurile)?</p> <p>Moderat</p>	<p>Un singur studiu (vezi mai sus) care a fost realizat în Australia a fost prezentat.</p> <p>Considerații suplimentare</p> <p>GDG credea că există o certitudine moderată în evidența cerințelor de resurse din cauza impreciziei, deoarece există doar dovezi dintr-un studiu. Chiar dacă studiul este din Australia, GDG nu a crezut că aceasta este o problemă, deoarece programul australian este aproape de programele europene.</p> <p>GDG a fost de acord că costurile sunt ușor de măsurat în diferite țări.</p>
--	---

<p>Eficacitatea costurilor intervenției favorizează intervenția sau compararea?</p> <p>Nu au fost incluse studii</p>	<p>Un studiu australian randomizat (Pagina 2006) a evaluat consecințele costurilor pentru un participant suplimentar al unei scrisori de invitație plus un memento scris vs. o scrisoare de invitație într-un grup de 1.571 femei (scrisoare + scrisă memento N = 785, doar litera N = 786) .</p> <p>Considerații suplimentare</p> <p>GDG a constatat că datele incluse au provenit dintr-o analiză a costurilor și nu dintr-un studiu de cost-eficiență.</p> <p>Dovezile analizate au arătat un ICER de 16,8 US \$ PPP per participant suplimentar, dar consecințele nu au fost încorporate în aceste dovezi.</p> <p>Cu toate acestea, GDG a considerat că costul suplimentar pentru obținerea unui participant suplimentar, adăugat la dovezile privind eficiența costurilor în general, este scăzut, astfel încât se poate considera că acest lucru este destul de rentabil.</p>
--	---

Care ar fi impactul asupra echității în sănătate?	Nu sa efectuat nicio revizuire sistematică
Probabil a crescut	

Intervenția este acceptabilă pentru părțile interesate cheie?	Nu sa efectuat nicio revizuire sistematică. Considerații suplimentare Nu s-au exprimat îngrijorări cu privire la GDG.
Probabil da	

Este posibil ca intervenția să fie implementată?	Nu sa efectuat nicio revizuire sistematică.
Probabil da	

Concluzii

Ar trebui să fie folosite scrisori plus un memento scris versus doar scrisori pentru a invita femeile asimptomatice la programele de screening pentru cancerul de sân?

TIP DE RECOMANDARE :

Recomandare puternică împotriva intervenției

Recomandarea condiționată împotriva intervenției

Recomandare condiționată fie pentru intervenție, fie pentru comparație

Recomandare recomandată pentru intervenție

Recomandare puternică pentru intervenție

RECOMANDAREA - Grupul de Dezvoltare a Orientărilor ECIBC sugerează utilizarea scrisorilor cu memento pentru a invita femeile asimptomatice cu vârsta cuprinsă între 50-69 ani (la care screening-ul este recomandat) să participe la programele de screening pentru cancerul mamar organizate pe bază de populație (recomandare condiționată,

JUSTIFICARE

Justificare generală

Votarea a fost făcută deoarece nu sa putut ajunge la un acord prin consens. GDG a votat: 10 membri ai GDG au votat pentru o recomandare puternică pentru intervenție, nouă membri ai GDG au votat pentru o recomandare condiționată pentru intervenție și doi membri ai GDG s-au abținut. Majoritatea solicitate pentru o recomandare puternică, cu 80% din voturi, nu a fost atinsă conform procedurilor de vot ale ECIBC.

Justificare generală

GDG a sprijinit o recomandare condiționată pentru utilizarea scrisorilor și a memento-urilor scrise la femei cu vârste cuprinse între 50-69 ani, deoarece a considerat că beneficiile măsurate prin creșterea participării la screening (rezultatul adecvat pentru această grupă de vârstă) ar depăși efectele nedorite ale unele femei primind un memento atunci când probabil că deja au luat deja o decizie informată de a nu participa la screening, precum și costurile moderate ale intervenției.

Justificare detaliată

Efecte dorite:

GDG a constatat că a existat o creștere semnificativă a ratelor de participare la destinatarii de scrisori, plus mementouri scrise în comparație cu cei care au primit doar o scrisoare.

Efecte nedorite:

GDG consideră că efectele nedorite au fost banale, deși unele femei care nu doresc să participe la programe de screening pot fi deranjate de scrisori sau mementouri repetate atunci când au luat deja o decizie informată de a nu participa.

Resurse necesare:

GDG a considerat că vor fi necesare resurse moderate pentru această intervenție.

CONSIDERAȚII SUBGROUP

GDG a constatat că pentru femeile cu vârsta cuprinsă între 50 și 69 de ani, la care se recomandă insistent screening-ul, echilibrul ar favoriza intervenția deoarece rata de participare este un rezultat adecvat. Rata de participare nu a fost considerată un rezultat adecvat pentru celelalte categorii de vârstă. Pentru femeile din grupele de vârstă 45-49 și 70-74, rezultatele ca încrederea și satisfacția femeii în luarea unei decizii informate sunt cruciale, iar GDG recomandă interpretarea acestei intervenții în contextul recomandărilor privind screening-ul vârstelor (consultați punctul 3 din considerentele de punere în aplicare).

IMPLEMENTAREA CONSIDERAȚII

1. GDG a constatat că este ușor să se măsoare costurile suplimentare ale unei scrisori de reamintire, care se presupune că sunt mai mici decât costurile scrisorii inițiale.
2. Comparația evaluată pentru această recomandare trebuie interpretată în contextul celorlalte comparații ale metodelor de invitare a femeilor la programele de screening evaluate de GDG.
3. Se remarcă faptul că pentru grupurile de vârstă în care recomandarea făcută de GDG pentru screening este condiționată (grupurile de vârstă 45-49 și 70-74) informarea deciziilor este crucială pentru punerea în aplicare și ar exista îngrijorarea cu privire la creșterea screening-ului necorespunzător cu această intervenție. În cazul în care GDG a făcut o recomandare fermă pentru screening-ul la femeile cu vârsta cuprinsă între 50 și 69 de ani, această intervenție este recomandată deoarece această intervenție este de dorit pentru a crește participarea la screening.

MONITORIZARE SI EVALUARE

Nu au fost identificate.

PRIORITĂȚILE CERCETĂRII

1. GDG recomandă cercetarea efectului acestei intervenții asupra altor rezultate importante, cum ar fi luarea deciziilor în cunoștință de cauză, în special pentru femeile în care sa făcut o recomandare condiționată (45-49 și 70-74).
2. Cercetarea privind modalitatea cea mai bună de a invita femeile în intervalele de vârstă în care a fost făcută o recomandare condiționată (45-49 și 70-74).
3. Cercetare care evaluează utilizarea mesajelor electronice, inclusiv e-mail, social media și SMS, comparativ cu scrisorile de hârtie pentru invitația la screening.