



Metodologia activității de informare, educare, conștientizare a grupului țintă a serviciilor de screening pentru cancerul de col uterin

„Integrarea screeningului primar HPV în programul național de screening pentru cancerul de col uterin”



1	Context.....	5
2	Introducere	6
3	Bariere în programul de screening.....	7
3.1	Alfabetizarea consumatorilor și minoritățile etnice	8
4	Informarea	9
4.1	Grupul țintă.....	9
4.2	Strategia de informare	11
4.3	Activități de informare în comunități.....	12
4.4	Informarea din „ușă în ușă”	12
4.5	Accesul la informații și participarea la screening.....	13
4.6	Luarea deciziilor	14
4.7	Alegerea informată	14
4.8	Informarea despre HPV.....	18
4.9	Screening și tratament.....	20
4.10	Semne și simptome ale cancerului de col uterin	20
4.11	Gestionarea dezinformării	20
5	Educarea	21
5.1	Obiectivele activității de educare	21
5.2	Educatorii din domeniul sănătății.....	22
6	Comunicarea	22
6.1	Modele de comunicare	23
6.2	Tipuri de comunicare	23
6.3	Strategii de comunicare	24
6.4	Comunicarea informațiilor despre screening	25



6.5	Abilități de comunicare	26
6.6	Instrumente de comunicare	27
6.7	Comunicarea între furnizorii de screening	27
6.8	Indicatori de calitate ai comunicării.....	28
7	Mobilizarea	29
7.1	Mobilizarea comunitară.....	29
7.2	Elementele mobilizării	30
7.3	Plan de mobilizare.....	31
8	Furnizorii de servicii medicale.....	32
8.1	Caracteristicile furnizorilor de servicii medicale	33
8.2	Mesaje transmise de furnizorii de servicii medicale.....	33
8.3	Mediatorii sanitari / mediatorii comunitari	35
8.4	Recrutarea mediatorilor.....	36
8.5	Instruirea mediatorilor comunitari	36
9	Schimbarea comportamentului	37
9.1	Teorii despre schimbarea comportamentului	40
9.2	Rolul IEC în schimbarea comportamentului	41
10	Scrisoarea de invitare.....	41
10.1	Conținutul scrisorii de invitare.....	42
10.2	Pliantul informativ	43
10.3	Sfaturi stilistice.....	44
11	Mass-media.....	45
12	Mediul online	46
12.1	Internetul	46
12.2	Social-Media.....	47



12.2.1	Influența Social-Media asupra sănătății	49
12.2.2	Crearea contului / conținutului.....	50
13	Mesaje cheie	51
13.1	Mesaje cheie despre cancerul de col uterin	51
13.2	Mesaje cheie despre screening-ul pentru cancerul de col uterin.....	52
13.3	Mesaje cheie despre HPV	52
13.4	Mesaje cheie despre testarea HPV	53
13.5	Mesaje cheie despre tratament.....	53
13.6	Mesaje cheie pentru bărbați.....	53
14	Principii etice.....	54
15	Bibliografie	55



1 Context

Conform datelor Globocan pentru 2018, cancerul de col uterin ocupă locul 4 în rândul localizărilor neoplazice la sexul feminin în Europa și locul 2 în rândul femeilor cu vârsta cuprinsă între 15 și 44 de ani. În ciuda progreselor semnificative realizate în Europa în ultimele decenii în reducerea sarcinii cancerului de col uterin, ratele de deces atribuite bolii sunt încă mari în multe dintre statele membre care au aderat la UE după 2003.

Potrivit Organizației Mondiale a Sănătății, o treime din cancere sunt prevenibile, iar jumătate din decese ar putea fi evitate.

România își menține ratele înalte de incidență și mortalitate prin cancer de col uterin, înregistrându-se peste 3300 de cazuri noi în fiecare an, reprezentând 12% din totalul cazurilor de cancer de col uterin din Uniunea Europeană.

La 2 decembrie 2003, Consiliul European a adoptat în unanimitate Recomandarea privind screeningul în vederea depistării cancerului (denumită în continuare recomandarea Consiliului) care recunoaște importanța atât a poverii reprezentate de cancer, cât și a probelor privind eficacitatea screeningului pentru cancerul mamar, de col uterin și colorectal. Recomandarea invită statele membre să întreprindă o acțiune comună pentru a pune în aplicare programe naționale de screening populațional pentru depistarea cancerului, cu asigurarea adecvată a calității, în conformitate cu orientările privind cele mai bune practici europene. În plus, aceasta invită Comisia Europeană să prezinte un raport cu privire la punerea în aplicare a programelor de screening pentru depistarea cancerului, să analizeze dacă măsurile propuse sunt eficiente și să analizeze necesitatea unor eventuale acțiuni viitoare.

La 6 februarie 2019, Parlamentul European a adoptat o rezoluție referitoare la problemele de politică și strategiile de combatere a cancerului și a bolilor asociate la femei unde la punctul 4 invită Comisia și statele membre să continue să acorde prioritate luptei împotriva cancerului în cadrul politicii de sănătate, prin elaborarea și punerea în aplicare a unei strategii cuprinzătoare



la nivelul UE și a unor politici bazate pe dovezi și eficiente împotriva cancerului și a bolilor asociate; subliniază că acestea ar trebui să ia în considerare nevoile specifice ale femeilor și bărbaților, prin strângerea de date exacte și cuprinzătoare privind raportul dintre incidența cancerului și rata de supraviețuire, defalcate pe sexe, astfel încât să se garanteze că acțiunile specifice sunt orientate către pacienții bolnavi de cancer, efectuând, în același timp, activități de cercetare, inițiind acțiuni preventive împotriva anumitor tipuri de cancer și oferind acces la informații exacte, depistare, diagnosticare, monitorizare, tratament și asistență post-terapie pentru a garanta asistența medicală; De asemenea la punctul 6 invită Comisia și statele membre să organizeze campanii de sensibilizare cu privire la formele de cancer specifice în funcție de sex care afectează în mod disproporționat femeile și la modul de prevenire a cancerului, oferind informații cu privire la factorii de stil de viață care pot fi modificați în vederea prevenirii, cum ar fi schimbările în alimentație, cele privind consumul de alcool și exercițiile fizice; subliniază că acestea ar trebui și să încurajeze femeile să participe la programele de depistare a cancerului mamar sau a cancerului de col uterin; La punctul 13 invită Comisia și statele membre să inițieze campanii de informare și de sensibilizare cu privire la virusul papiloma uman (HPV), cu scopul de a informa fetele și femeile tinere cu privire la această infecție;

2 Introducere

Activitatea de informare, educare, conștientizare (IEC) este o componentă crucială în promovarea unei sănătăți mai bune și își propune să îmbunătățească bunăstarea generală a persoanelor, a familiilor și a comunităților, prin încurajarea oamenilor să fie responsabili pentru propriile acțiuni, prin propriile eforturi. Această activitate are ca scop îmbunătățirea gradului de sănătate a populației prin creșterea cunoștințelor, schimbarea atitudinilor și schimbarea comportamentului. IEC reprezintă un instrument important în promovarea sănătății pentru crearea mediului de sprijin și consolidarea acțiunilor comunitare, pe lângă faptul că joacă un rol important în schimbarea comportamentului.



Un accent deosebit este pus pe comportamentele care pot fi modificate prin intervenții IEC. Intervențiile IEC trebuie să implice participarea activă a publicului țintă și să adopte canale, metode și tehnici care sunt familiare cu viziunea lor asupra lumii.

Activitatea de screening a cancerului de col uterin diferă de alte activități de îngrijire a sănătății, deoarece, furnizorii de servicii medicale sunt cei care inițiază procesul de testare, la o femeie aparent sănătoasă. Prin urmare, este absolut imperativ ca informațiile despre screening să fie comunicate într-o manieră adecvată și imparțială, fiind menționate atât avantajele, cât și dezavantajele testării, permițând astfel femeilor implicate să facă o alegere informată. Pentru a realiza acest lucru, furnizorii de servicii medicale de screening trebuie să dezvolte abordări de informare noi și inovatoare bazate pe înțelegerea complexității comunicării cu persoanele invitate să participe la screening.

Obiectivul este de a oferi o perspectivă asupra problemelor de comunicare, a informațiilor despre screening și de a oferi câteva sugestii pragmatice privind planificarea și dezvoltarea scrisă a instrumentelor de screening.

Activitatea de IEC are ca scop creșterea utilizării serviciilor de prevenire și control a cancerului de col uterin. Prevenirea salvează vieți și resurse! Costul pierderii unei femei prin cancer de col uterin este enorm, atât pentru familie, cât și pentru comunitate. O bună informare, educare și consiliere îi ajută pe oameni să înțeleagă și să-și reducă riscul personal de îmbolnăvire și riscurile pentru membri familiei lor, prietenilor lor, acceptând și utilizând opțiuni de prevenire cum ar fi vaccinarea și screening-ul, evitând comportamente dăunătoare și adoptând un stil de viață mai sănătos.

Informarea, educarea, conștientizarea, comunicarea, mobilizarea, schimbarea comportamentului și consilierea comunității, în domeniul sănătății sunt componente esențiale ale unui program eficient de prevenire și control al cancerului de col uterin pentru a asigura o acoperire cât mare și o adresabilitate ridicată la tratament.

3 Bariere în programul de screening



În stadiul planificării activităților de informare este esențial să se înțeleagă principalele obstacole care pot împiedica fetele tinere și femeile mature să primească servicii medicale preventive.

Multe bariere ale programului de prevenire și control a cancerului de col uterin pot fi abordate prin educarea și implicarea comunității. Rezistența la programul de screening pentru cancerul de col uterin poate reflecta lipsa de înțelegere a faptului că acesta poate fi prevenit prin testare și tratament precoce. De asemenea, poate fi dificil pentru femei să-și pună propria sănătate pe primul loc, atunci când au atât de multe cerințe pe timpul și resursele lor. Această situație poate fi exacerbată de prejudecățile de gen și poate contribui la scăderea adresabilității fetelor și femeilor la serviciile de prevenire. În plus, neînțelegerile și preocupările comunității legate de programele de screening pot crea obstacole.

Multe femei și multe familii pot avea nevoie de sprijin pentru a depăși provocările care le împiedică să primească aceste servicii. Provocările pot varia de la teama de a afla că au o infecție sau o boală, la rușinea de a fi supuse unui examen al organelor genitale, de la confuzia cu privire la siguranța și eficacitatea vaccinului HPV, la lipsa de timp sau de transport accesibil pentru a ajunge la furnizorii de servicii medicale. Mobilizarea comunității e un instrument esențial pentru depășirea provocărilor comune care împiedică accesul la îngrijirea preventivă; aceste bariere comune includ tabuurile sociale, barierele lingvistice, lipsa de informații și lipsa transportului către furnizorii de servicii. Mobilizarea presupune un proces de colaborare cu comunitatea pentru a identifica provocările și de a dezvolta strategii pentru a le depăși.

3.1 Alfabetizarea consumatorilor și minoritățile etnice

Din partea consumatorilor, abilitățile scăzute de alfabetizare în materie de sănătate pot reprezenta un obstacol major în înțelegerea informației. Persoanele variază în ceea ce privește capacitatea lor de a citi, de a înțelege și de a utiliza informații. Sărăcia, etnia și vârsta sunt de asemenea considerați predictorii ai alfabetizării limitate. Furnizorii de programe de screening trebuie să răspundă în mod frecvent tuturor problemelor legate de comunicare în rândul populațiilor multiculturale și multilingvistice. Depășirea acestor probleme necesită mai mult



decât traducerea materialului informativ. Trebuie depuse eforturi pentru a înțelege valorile etno-culturale, credințele, practicile de sănătate și stilurile de comunicare ale acestor grupuri variate și trebuie identificat specificul lor informațional.

4 Informarea

Informarea reprezintă furnizarea/transmiterea unor date, a unor cunoștințe despre un anumit subiect. În cazul unui program de screening organizat, informarea, dincolo de eforturile depuse de a ajunge la populațiile țintă, are ca scop creșterea cunoștințelor despre anumite probleme de sănătate, cum este prevenirea cancerului de col uterin, și îmbunătățirea accesului la serviciile medicale.

Furnizarea de informații exacte și ușor de înțeles reprezintă un lucru important în prevenirea cancerului. Primul pas îl reprezintă identificarea populației țintă și comunicarea clară a mesajului. Scopul informării este de a maximiza acoperirea populației și de a utiliza servicii de prevenire și control a cancerului de col uterin.

4.1 Grupul țintă

Există o serie de grupuri țintă sau prioritare care trebuie să fie abordate cu mesaje referitoare la prevenirea cancerului de col uterin:

1. Adolescențele (și familiile acestora): Cercetările indică faptul că vaccinul HPV este cele mai eficient dacă este oferit fetelor și / sau femeilor înainte de debutul activității sexuale și a expunerii la infecția cu HPV; prin urmare, populația țintă pentru vaccinul împotriva HPV, așa cum recomandă Organizația Mondială a Sănătății (OMS), sunt fetele tinere, adolescențele cu vârsta cuprinsă între de 9 și 13 ani. Cu toate acestea, este important ca și băieții să fie incluși în campanii de sensibilizare și informare.
2. Femeile adulte cu vârsta cuprinsă între 30 și 64 de ani. Beneficiile cele mai mari ale unui program de screening pentru cancerul de col uterin le au femeile din grupa de vârstă 30-49 de ani. Acest lucru se datorează faptului că majoritatea femeilor sunt infectate cu



HPV în adolescență, iar virusul are nevoie în mod normal de 10-15 ani ca să producă modificări precanceroase. Includerea membrilor familiei și, în special, a partenerilor de sex masculin, atunci când se transmit mesaje medicale educative, este esențială pentru asigurarea acceptării serviciilor de screening.

3. Grupurile vulnerabile: Dovezile arată că serviciile tind să fie utilizate cel mai puțin de persoanele cele mai expuse riscului. Nu este suficient să se creeze servicii și să se presupună că fetele și femeile care sunt expuse riscului vor utiliza aceste servicii. Trebuie depuse eforturi deosebite pentru a ajunge la populațiile cele mai vulnerabile. Aceste grupuri includ:

- fetele din zonele greu accesibile, în special cele care nu frecventează învățământul formal;
- femeile care locuiesc departe de furnizorii de servicii medicale și care au mai puține resurse;
- femeile emigrante, refugiate și alte grupuri marginalizate și defavorizate;
- femeile și fetele care sunt infectate cu HIV și alte persoane imunosupresate, care pot necesita un program de screening mai intens.
- femeile sărace;
- femeile șomere;
- femeile neasigurate;
- femeile din centre de plasament;
- femeile care au părăsit sistemul de protecție a copilului;
- femeile fără adăpost;
- femeile de etnie romă sau alte grupuri etnice;
- femeile cu dizabilități, inclusiv persoane invalide și cu nevoi complexe;
- femeile care au copii cu dizabilități;
- femeile din familii monoparentale;
- femeile care suferă de dependență de alcool, droguri și alte substanțe toxice;
- femeile lipsite de libertate sau aflate sub control judiciar;



- femeile aflate în evidențele serviciilor de probațiune;
 - femeile victime ale violenței domestice;
 - femeile victime ale traficului de ființe umane;
4. Liderii comunitari: angajarea liderilor comunitari poate facilita în mare măsură eforturile de informare. Câțiva lideri puternici care devin susținători ai cauzei pot aduce sprijin comunitar care să asigure un program de succes. Contribuțiile lor pot include asigurarea suportului financiar pentru familiile aflate în dificultate, organizarea transportului către furnizorii de servicii medicale sau asigurarea unui loc de întâlnire pentru un eveniment de socializare sau de realizare a campaniei.
5. Bărbații: Ca și în cazul altor aspecte ce țin de sănătatea reproductivă a femeilor, este esențial să se abordeze și să se implice și bărbații. Bărbații pot contribui la convingerea partenerelor, soțiilor, fiicelor și mamelor lor de a accesa serviciile medicale, astfel încât sprijinul lor este necesar. În unele cazuri extreme, li se solicită chiar și permisiunea. Creșterea cunoștințelor și a înțelegerii cu privire la problemele de sănătate ale femeilor îi ajută pe bărbați să sprijine femeile pentru ca acestea să poată lua decizii medicale mai bune pentru ele și astfel ajută la construirea unor programe mai eficiente. Informațiile despre HPV și cancerul de col uterin pot fi date bărbaților în medii clinice și comunitare, cu mesaje despre importanța încurajării partenerelor lor de a fi supuse testării și tratamentului atunci când acesta este necesar.

4.2 Strategia de informare

Strategia de informare poate cuprinde:

- mediatori sanitari / comunitari
- asistenți sanitari / sociali
- asociații sau societăți non-guvernamentale
- unități mobile care să se deplaseze și să ofere servicii în comunități
- postere, broșuri, radio, televiziune și medii sociale bazate pe internet pentru a ajunge la toate segmentele populației țintă, precum și la persoanele care le pot influența



- comunicarea de la persoană la persoană pentru a furniza informații și a motiva populația să se adreseze serviciilor medicale;
- târguri sau sărbători locale unde se pot disemina informații cu ușurință

4.3 Activități de informare în comunități

Sesiunile de informare organizate de furnizorii de servicii de medicale sau de mediatorii comunitari sanitari instruiți pot crește utilizarea serviciilor de prevenire și control a cancerului de col uterin.

Activitățile culturale comunitare, târgurile sau festivalurile, tabelele cu informații sau anunțurile la evenimentele comunitare reprezintă oportunități utile de a transmite mesaje educative în comunitate. Și zilele de piață, în care atât comercianții, cât și cumpărătorii sunt predominant femei, se pretează la informarea comunității. Acestea sunt, de asemenea, foarte populare dacă sunt realizate bine și furnizate în locuri unde femeile se adună sau așteaptă pentru orice motiv.

4.4 Informarea din „ușă în ușă”

Vizitele la domiciliu efectuate de mediatorii sanitari / comunitari sau alți asistenți comunitari / sociali pot furniza informații despre serviciile de sănătate preventivă. Aceștia pot adresa întrebări și pot ajuta femeile să ia măsuri pentru a participa la serviciile de sănătate. Dacă un partener de sex masculin și / sau alți membri ai familiei sunt prezenți și sunt de acord, aceștia pot fi incluși în discuție.

Informarea din „ușă-în-ușă” este destinată în special grupurilor defavorizate (populație de etnie romă și alte grupuri etnice) din zonele rurale izolate prin intermediul mediatorilor comunitari, asistenților medicali, experților comunitari locali.

Efortul comunitari de succes necesită mesaje consecvente, repetate printr-o mare varietate de materiale informative și întărite prin contactul interpersonal și prin alte canale de comunicare (mass media, radio local, tv local). Astfel, este esențial ca managerii să planifice cu atenție, să implementeze și să utilizeze în mod adecvat eforturile de mobilizare în comunități. În comunitățile sensibilizate, experții comunitari locali vor fi implicați în principal în diseminarea



informațiilor, vor asigura distribuirea materialelor informative și vor transmite informații, atât despre cancerul de col uterin, cât și informații incluse în Codul European Împotriva Cancerului.

Diseminarea informațiilor va viza întreaga populație a comunităților cu privire la :

- factori de risc suplimentari
- informații despre programele de vaccinare și de screening.
- ghidare și acces la resurse pentru prevenirea primară și secundară a cancerului

În cele din urmă, experții comunitari locali vor asigura accesul la teste a populației informate, atât prin programarea femeilor la unitățile mobile, în ambulatorii de proximitate, la medicul de familie, dar și prin autorecoltare.

4.5 Accesul la informații și participarea la screening

Informațiile corecte ar trebui să fie disponibile și accesibile tuturor femeilor care beneficiază de screening-ul cancerului de col uterin. Este important ca femeile să știe locul de unde pot obține informații despre screening, ce fel de informații sunt disponibile și în ce format (materiale scrise, site-uri web, linii telefonice de informare etc.). Accesibilitatea include furnizarea unor astfel de informații și grupurilor defavorizate (adică persoane cu handicap, grupuri etnice, grupuri izolate).

Au fost multe dezbateri în ultimii ani, despre dorința de a atinge rate ridicate de participare la screening, fără a permite participanților să ia în mod clar o decizie informată cu privire la activitățile de testare. Ca urmare, încă există tensiuni între promovarea în luarea deciziilor, în care individul poate decide să nu se supună testării, și strategiile de promovare a participării, ca o formă eficientă de îngrijire a sănătății.

Furnizarea limitată și inexactă a informațiilor cu privire la programul de screening ar putea avea ca rezultat:

- scăderea ratei de participare și reducerea beneficiilor populației;
- posibilă inechitate, deoarece ar putea fi descurajate, mai ales persoanele defavorizate social;



- creșterea costurilor, deoarece ar fi nevoie de mai mult timp pentru a da explicații despre programul de screening și consecințele acestuia;
- reducerea eficienței costurilor dacă participarea este atât de scăzută încât serviciul devine nefezabil

4.6 Luarea deciziilor

- Femeile au dreptul să ia propriile decizii cu privire la sănătatea lor. Pentru a lua decizii informate, femeile au nevoie de informații corecte.
- Femeile ar putea dori să implice partenerii sau familiile lor în luarea deciziilor. În timp ce screening-ul pentru cancerul de col uterin și tratamentul leziunilor precanceroase sunt foarte recomandate, femeile trebuie să fie libere să refuze orice test sau tratament.

4.7 Alegerea informată

În contextul screeningului, problema informării devine mai complexă deoarece, specialiștii din domeniul sănătății (atât personalul administrativ, cât și medical) se apropie de un individ, aparent sănătos, în legătură cu efectuarea unui test. Femeile invitate pentru a efectua un test de screening nu sunt bolnave, și doar câteva dintre ele vor dezvolta cancer de col uterin pe parcursul vieții lor. Prin urmare, este vital ca aceste femei să cunoască aspectele pro și contra ale screening-ului pentru a le ajuta să ia o decizie informată cu privire la participarea la screening. Când o femeie alege să efectueze un test de screening, ea alege voluntar să facă acest lucru. Totuși, aceasta nu înseamnă că are cunoștințe și înțelegere pentru ceea ce i s-a propus.

Conceptul de recunoaștere a rolului activ și responsabil al femeilor și participarea acestora la programele de screening, bazate pe alegerea informată, au fost propuse ca o înlocuire a ideii de conformare.

Există o preocupare din ce în ce mai mare cu privire la faptul că persoanele invitate să participe la screening sunt adesea informate despre beneficiile pozitive ale screening-ului, ignorând aspectele negative pentru a crește rata de participare și pentru a asigura eficacitatea



programului de screening. Femeile trebuie să facă o alegere informată cu privire la participarea la un program de screening și să li se ofere informații suficiente și adecvate. Aceste informații ar trebui să fie oneste, veridice, bazate pe dovezi, accesibile, imparțiale, respectuoase și adaptate nevoilor individuale. În caz contrar, pot apărea probleme. De exemplu, concepția greșită despre cancer și procesul de screening pot duce la nivele mari de anxietate. Există o diversitate de „public”, fiecare având caracteristici specifice care trebuie luate în considerare. Astfel, programul de screening de cancer de col uterin este un program populațional, profesioniștii din domeniul sănătății trebuie să se ocupe de indivizi cu vârste, culturi, valori și credințe diferite. Din aceste motive, informațiile furnizate pot fi văzute diferit și ceea ce este cel mai bine pentru un destinatar poate să nu fie la fel pentru altul. În plus, factorii contextuali și personali pot influența direct modul în care o persoană procesează informațiile despre sănătate și impactul asupra motivației de a participa la screening. De asemenea, educația poate avea un impact asupra înțelegerii informațiilor prezentate.

Eforturile activității de informare ar trebui să ajute femeile și bărbații să poată răspunde la următoarele întrebări:

- Ce sunt leziunile pre-canceroase?
- Ce este cancerul de col uterin?
- Cum poate fi prevenit cancerul de col uterin?
- Cine ar trebui să fie vaccinat?
- Cine ar trebui să fie testat?
- Care sunt serviciile de prevenire disponibile la nivel local?
- Unde, când și cum pot fi accesate aceste servicii?

Femeile obțin informații despre cancerul de col uterin dintr-o varietate de surse. În majoritatea țărilor UE, medicii de familie, ginecologii și cei care prelevează probe au un rol important în furnizarea acestor informații. Acest lucru poate contribui la reducerea anxietății și fricii legate de testare. Acești profesioniști sunt, de obicei, persoane de încredere pentru femei și, în general, implicarea lor în procesul de luare a deciziilor este acceptat de femei. Cercetările indică



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

faptul că implicarea lor este un factor important care influențează rata de acoperire a programului de screening.

Dacă femeile sunt primite într-o atmosferă calmă, relaxată și prietenoasă, în care li se răspunde la întrebări și li se explică cu atenție procedurile, se generează încredere și astfel crește cooperarea, reducând în același timp anxietatea. Educația, formarea și motivarea profesioniștilor din domeniul sănătății joacă un rol important, în facilitarea și sprijinirea femeilor în luarea deciziilor informate cu privire la participarea la screening, reprezentând o parte semnificativă din funcționarea corectă a unui program de screening.

Informațiile pe care trebuie să le primească femeile sunt clasificate astfel:

Informații accesibile: Informațiile trebuie să fie accesibile tuturor femeilor care beneficiază de programul de screening pentru cancerul de col uterin. Este important ca o femeie care are nevoie de informații să le poată găsi și accesa cu ușurință.

Informații relevante: Informațiile despre programul de screening trebuie să fie relevante pentru femeile destinate. Programul ar trebui să fie "centrat pe femei" și ar trebui să răspundă nevoilor lor. În trecut, profesioniștii programelor de screening au avut tendința de a presupune că știu cel mai bine de ce informații au nevoie femeile. Din păcate, majoritatea materialelor pe care le-au dezvoltat nu au reușit să abordeze problemele pe care femeile le-au considerat importante. Este vitală dobândirea unei înțelegeri a informațiilor care trebuie transmise despre programul de screening pentru cancerul de col uterin și este importantă implicarea femeilor în dezvoltarea materialelor informative. Cu toate acestea, acest lucru este rar făcut. Furnizorii de servicii de medicale ar trebui să știe ce informații vor să afle femeile și ar trebui să le implice pe acestea în dezvoltarea materialelor informative.

Informații comprehensibile: Informațiile trebuie să fie clare, să evite jargonul și limbajul tehnic.

Recomandări pentru realizarea materialelor:

- Interesul femeilor trebuie să primeze.
- Folosirea conceptelor pe care femeile le vor înțelege.
- Evitarea cuvintelor inutile.



- Utilizarea propozițiilor scurte.
- Folosirea regulilor de gramatică și sintaxă.

Informații cuprinzătoare: Informațiile trebuie 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, rezultate fals pozitive, fals negative și incertitudini, informații despre beneficiile și calitatea programului de screening. Ar putea fi oportune informațiile despre indicatori, cum ar fi rata de participare, timpii de așteptare, proporția evaluării, pentru a ajuta femeile să înțeleagă programul de screening și pentru a-i valida rezultatele.

Informații adaptate: Informațiile ar trebui adaptate cât mai mult posibil pentru a răspunde nevoilor specifice ale diferitelor grupuri și diferitelor situații. În timp ce este dificil să se ofere servicii personalizate pentru programele populaționale, ar trebui să fie posibilă furnizarea unor informații relevante pentru sub-grupuri speciale adaptate nevoilor lor specifice într-o anumită etapă a procesului de screening.

Informații specifice fazelor: Ar fi oportun ca femeilor să li se ofere diferite tipuri de informații în funcție de diferitele faze ale programului de screening (exemplu: prima invitație, rechemarea, etc.). Cercetările au arătat un nivel ridicat de anxietate cu care se confruntă femeile care au fost rechemate pentru o evaluare ulterioară în programul de screening pentru cancerul de col uterin. Acest lucru poate fi diminuat, în primul rând, prin informarea femeilor despre posibilitatea unui test pozitiv care necesită repetarea și urmărirea adecvată sau chiar tratamentul în momentul respectiv.

Informarea pe niveluri diferite: Informațiile de bază pot fi considerate ca informații transmise tuturor femeilor (în general, la momentul primei invitații). Trebuie să fie complete și cuprinzătoare și să respecte îndrumările privind lizibilitatea și claritatea, cum ar fi evitarea prea multor detalii, prezentarea greșită 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 etapă de screening pot necesita grade diferite de informare, adică de la un nivel de bază la unul mai detaliat despre anumite aspecte. 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, furnizorii de screening, medicii de familie, site-uri web etc.). Este important ca programele de screening să furnizeze aceste informații suplimentare, utilizând diferite instrumente de comunicare în acest scop.

4.8 Informarea despre HPV

Cancerul de col uterin este cauzat de infecția cu virusul HPV. Acest virus se transmite prin contact sexual și este foarte frecvent, atât în rândul bărbaților, cât și al femeilor.

Aproape toți bărbații și toate femeile pot fi expuși la infecția cu HPV în timpul vieții. Cele mai multe infecții cu HPV sunt eliminate spontan într-un timp scurt, fără tratament.

La unele femei, infecția cu HPV este persistentă și poate produce lent modificări celulare la nivelul colului uterin. Aceste modificări se numesc leziuni precanceroase. Dacă nu sunt tratate, ele se pot dezvolta în cancer de col uterin.

Odată stabilit rolul tipurilor de HPV cu risc înalt în etiologia majorității cazurilor de cancer de col uterin, există o dorință la scară largă pentru testare HPV în screening-ul cancerului de col uterin și imunizare împotriva virusului printr-un vaccin.

Introducerea testelor HPV în screeningul cancerului de col uterin va fi inevitabil însoțită de o schimbare în înțelegerea publică a bolii. Legarea cancerului de col uterin de o posibilă stigmatizare sexuală transmisă prin infecția HPV ar putea influența impactul psihologic al rezultatelor anormale de screening.

Acesta poate să aibă, de asemenea, implicații pentru participarea informată a femeilor la screening-ul HPV. Multe femei nu știu legătura dintre cancerul de col uterin și actul sexual și pot fi șocate să descopere că este cauzat de un virus transmis sexual.

Deși există o literatură limitată privind reacțiile psihosociale la diagnosticul de infecție HPV, cercetările arată că femeile care au primit rezultate anormale indică faptul că acestea experimentează adesea consecințele psihologice, inclusiv anxietatea, temeri legate de cancer,



probleme relaționale, dificultăți sexuale, modificări ale imaginii organismului și preocupări legate de pierderea funcțiilor de reproducere.

Efectul psihologic cauzat de comunicarea unui rezultat pozitiv al testului și temerile legate de investigațiile ginecologice și tratamente s-au dovedit că diminuează complianța la recomandările de follow-up. Prin urmare, consilierea femeilor are potențialul de a spori atât bunăstarea la nivel psihologic, cât și îmbunătățirea follow-up-ului și a rezultatelor clinice. În situația unei infecții cu HPV, informarea femeilor devine și mai mult necesară cu date clare și coerente pentru a minimiza anxietatea și stresul asociat cu incertitudinea și confuzia.

Personalul medical și furnizorii de servicii medicale de screening trebuie să dezvolte strategii educaționale pentru a explica HPV-ul, abordând natura transmiterii sexuale a virusului, dar și istoricul natural și consecințele infecției cu HPV.

De asemenea, trebuie identificate cu acuratețe mijloacele prin care pot fi transmise informații despre această problemă. Site-urile web și pliantele care se adresează femeilor ar trebui să fie structurate în așa fel încât să furnizeze informații mai detaliate despre infecția cu HPV. Având în vedere complexitatea acestui tip de comunicare, ajustarea informațiilor HPV, conectate la caracteristicile femeilor, trebuie să țină seama în special de vârstă și nivelul de alfabetizare al femeilor.

De exemplu, femeile și-au exprimat mai mult interes în primirea informațiilor despre depistarea HPV, infecție și transmitere, precum și a rolului său în dezvoltarea cancerului de col uterin.

În plus, femeile pot întâmpina dificultăți în gestionarea informațiilor cu privire la HPV, din cauza informațiilor insuficiente sau inexacte în materie de sănătate. O atenție deosebită în programul de screening pentru cancerul de col uterin trebuie acordată nevoilor de informare ale femeilor supuse altor disparități, cum ar fi femeile cu venituri reduse care trăiesc în mediul rural, femeile în vârstă și imigrantele. Provocarea este de a dezvolta modalități de comunicare a informațiilor corecte despre beneficiile și riscurile asociate, astfel încât femeile să înțeleagă atât metodele de prevenire cât și problemele de management asociate cu virusul.



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

4.9 Screening și tratament

- Femeile ar trebui să efectueze un test de screening cel puțin o dată între vârsta de 25 de ani și 64 de ani.
- Femeile ar trebui să urmeze recomandările furnizorilor de servicii medicale cu privire la momentul în care trebuie revenit la examinare.
- Există teste de screening pentru depistarea precoce a cancerului de col uterin;
- Testele de screening sunt simple, rapide și nedureroase.
- Pentru prevenirea cancerului de col uterin, toate femeile cu teste pozitive trebuie să beneficieze de tratament.
- Femeile infectate cu HIV sunt expuse unui risc mai mare de cancer de col uterin. Aceste femei trebuie să fie re-examinate la 12 luni, în cazul unor leziuni precanceroase sau la 3 ani dacă rezultatele de screening sunt negative.

4.10 Semne și simptome ale cancerului de col uterin

Nu există semne sau simptome pentru modificările celulare care apar la nivelul colului uterin. Screeningul este singura modalitate de a le depista. Totuși, există o serie de semnale care nu ar trebui ignorate:

- secreție vaginală urât mirositoare
- sângerare vaginală
- sângerare în timpul contactului sexual sau după contactul sexual
- sângerare după menopauză.

Femeile cu aceste simptome ar trebui să solicite prompt asistență medicală.

4.11 Gestionarea dezinformării

Deseori există stigmatizări legate de afecțiunile tractului reproducător, în special infecțiile cu transmitere sexuală, inclusiv HPV. Stigmatul referitor la HPV și cancer poate interfera cu accesul la îngrijire și tratament. Părinții ar putea fi îngrijorați de vaccinarea fiicelor lor cu un vaccin nou. Femeile se pot teme de faptul că screening-ul poate fi dureros, examinările genitale le pot



produce discomfort și jenă, pot manifesta îngrijorare cu privire la lipsa confidențialității, ceea ce le poate împiedica să participe la testare.

Educarea părinților cu privire la siguranța vaccinului și eficacitatea acestuia împotriva cancerului de col uterin, reduce preocupările. Educarea femeii despre ceea ce implică screening-ul și reasigurarea că procedura de testare este sigură și nedureroasă este un mod-cheie de abordare a oricărei temeri și concepții greșite.

Furnizorii de servicii medicale joacă un rol important în prevenirea dezinformării și stigmatizării privind prevenirea cancerului de col uterin.

5 Educarea

Activitatea de educare reprezintă transmiterea de informații printr-un efort **continuu și constant** cu scopul de a crește gradul de conștientizare, de a schimba comportamentul și de a reduce boala și decesul.

Activitatea de educare presupune transmiterea informațiilor într-un limbaj simplu, coerent, adecvat din punct de vedere cultural, ușor de înțeles pentru toată lumea și nu trebuie să reprezinte un eveniment unic, trebuie să fie o activitate continuă cu eforturi constante pentru a menține informațiile actualizate.

5.1 Obiectivele activității de educare

În programele de prevenire și control a cancerului de col uterin, obiectivele cheie ale educării includ:

- abordarea ignoranței, fricii, jenei și stigmatizării legate de HPV și cancerul de col uterin.
- informarea oamenilor despre cancerul de col uterin, cauzele sale (în special despre HPV) și istoria naturală;
- promovarea vaccinurilor HPV pentru fete, atunci când acestea sunt disponibile;
- promovarea screening-ului pentru femeile din grupa de vârstă eligibilă;
- asigurarea tratamentului la femeile cu teste pozitive;



- creșterea gradului de conștientizare a semnelor și a simptomelor cancerului de col uterin și încurajarea femeilor să caute îngrijire în cazul în care descoperă aceste simptome;

5.2 Educatorii din domeniul sănătății

Un educator din domeniul sănătății trebuie să aibă o bază de cunoștințe largă cu informații relevante, să fie confortabil cu subiectul pe care îl discută și să-și aleagă cu grijă cuvintele. Trebuie să demonstreze abilități de comunicare în domeniul sănătății cu privire la cancerul de col uterin, pentru a se asigura că mesajul a fost pe deplin înțeles.

Activitatea de educare poate avea loc într-o varietate de locații, cum ar fi centrele comunitare, locuri de cult și școli, la activitățile sportive, la zilele locale de conștientizare a sănătății sau în contextul unei campanii de screening. Membri comunității pot fi instruiți pentru a furniza mesaje-cheie. Aceștia pot fi profesioniștii din domeniul sănătății, profesorii, liderii comunității, mediatorii sanitari, mediatori comunitari, asistenți medicali, asistenți sociali, moașe.

Munca în parteneriat cu comunitatea creează sprijin pentru programul de screening și va facilita abordarea populațiilor țintă.

6 Comunicarea

Comunicarea reprezintă un schimb de informații, schimb de idei și cunoștințe. Este un proces bidirecțional în care informațiile, gândurile, ideile, sentimentele sau opiniile sunt împărtășite prin cuvinte, acțiuni sau semne, pentru a ajunge la o înțelegere reciprocă. O bună comunicare înseamnă ca oamenii să fie implicați activ. Acest lucru îi ajută să experimenteze un nou mod de a gândi sau de a face lucrurile și este uneori numit învățare participativă.

Toate activitățile umane implică comunicare, dar nu ne gândim întotdeauna la modul în care comunicăm cu ceilalți și dacă facem sau nu acest lucru în mod eficient. O bună comunicare presupune înțelegerea modului în care oamenii se raportează între ei, ascultându-i ce spun și învățând de la ei.



6.1 Modele de comunicare

Au fost dezvoltate diferite modele pentru a ajuta la explicarea procesului de comunicare.

Un model de comunicare are loc atunci când există un expeditor, un mesaj care trebuie trimis, un canal pentru transportul mesajului și un destinatar al mesajului. Persoana care primește mesajul trebuie să-l interpreteze pentru a-l înțelege corect. Scopul acestui model este de a efectua schimbări în atitudinea sau comportamentul destinatarului. Principala sa slăbiciune este că nu permite un dialog real între „expeditor” și „destinatar”.

Un alt model de comunicare implică dialog și schimb de informații sau idei pentru a ajunge la o înțelegere comună. Cuprinde ideea că indivizii sunt participanți activi care își aduc propria experiență în procesul de comunicare, care are loc de-a lungul timpului și constă în activități precum ascultarea, reflecția, exprimarea ideilor și adaptarea sentimentelor și a comportamentelor. Pe măsură ce are loc o comunicare mai amplă, aria de înțelegere reciprocă crește. Acest model ilustrează mai multe principii de comunicare:

- Oamenii selectează ceea ce văd
- Oamenii interpretează selectiv ceea ce văd
- Oamenii aleg ce vor să țină minte și ce vor să uite
- Comunicarea nu este un produs, este un proces care apare în timp

6.2 Tipuri de comunicare

Există două tipuri principale de comunicare relevante pentru IEC:

- Comunicarea interpersonală
- Comunicarea în masă

Comunicarea interpersonală, numită uneori comunicare „față în față”, este una dintre cele mai eficiente metode de comunicare. Comunicarea interpersonală se poate face între două persoane sau cu grupuri mici și promovează schimbul de informații, încurajează dialogul și îi ajută pe oameni să ia propriile decizii.

Comunicarea în masă implică, de obicei, o audiență mult mai largă și folosește metode de comunicare în masă pentru a ajunge la un număr cât mai mare de persoane simultan.



Comunicarea interpersonală și comunicarea în masă joacă roluri diferite, dar complementare în IEC. De exemplu, un spot de televiziune sau radio poate introduce sau poate face atrăgătoare o idee nouă sau un comportament cum ar fi participarea la screening sau motivarea oamenilor de a se adresa unui furnizor de servicii medicale. Comunicarea interpersonală poate consolida mesajul pe care oamenii l-au primit prin intermediul comunicării în masă și le poate oferi posibilitatea de a pune întrebări și de a primi mai multe informații

6.3 Strategii de comunicare

Strategia de comunicare pentru programul de screening al cancerului de col uterin trebuie să fie susținută de principii etice solide și să se asigure că informațiile dezvoltate și furnizate sunt bazate pe dovezi și sunt livrate în mod eficient.

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

- Acceptarea și implicarea femeilor ca parteneri dinamici. Implicarea acestora în elaborarea materialelor informative.
- Comunicarea mesajului astfel încât să le permită femeilor să facă o alegere informată.
- Sensibilizarea la diferențele educaționale, lingvistice, culturale și religioase în rândul indivizilor și adaptarea informațiilor la nevoile personale.
- Luarea în considerare a nevoilor grupurilor defavorizate (persoane cu dizabilități, grupuri minoritare etnice, persoane cu deficiențe, etc.).
- 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.
- Evitarea situațiilor în care stimulentele economice sau politice ar putea afecta transmiterea mesajelor.



- 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 servicii medicale de screening).
- Colaborarea cu mass-media pentru a asigura diseminarea informațiilor corecte asupra screening-ului cancerului de col uterin.
- Exploatarea instrumentelor noi de comunicare (internet, video, rețele sociale, etc)
- Bugetarea fondurilor și existența unui personal dedicat comunicării.
- Formarea continuă și adecvată a profesioniștilor în domeniul comunicării.
- Acordarea unei atenții deosebite în cazul testelor HPV, pentru informarea corespunzătoare a femeilor cu privire la natura transmiterii sexuale a virusului, istoricul și consecințele infecției și rolul său în dezvoltarea cancerului de col uterin.
- Discutarea opțiunilor disponibile, dacă un test este pozitiv, pentru a urma recomandările furnizorilor de servicii medicale
- Luarea în considerare a principiilor bioeticii (principiul respectului autonomiei – respectarea capacității persoanei de a înțelege, principiul binefacerii – grija pentru binele persoanei în cauză, principiul nefacerii răului – evitarea cauzării răului, principiul dreptății – distribuția beneficiilor dar și a costurilor în mod echitabil).

6.4 Comunicarea informațiilor despre screening

În timp ce termenul „informare” se referă la simplul transfer de date, comunicarea este un proces mai complex. Comunicarea despre sănătate nu include doar transmiterea informațiilor. Aceasta implică faptul că persoana care primește informațiile le poate înțelege și le poate folosi. Pentru a comunica eficient și adecvat în ceea ce privește screeningul, este important să fim conștienți de aspectele sociale și culturale, factorii 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 de luare a deciziilor.

6.5 Abilități de comunicare

Modul în care sunt prezentate informațiile este la fel de important ca informația însăși. Acuratețea informațiilor depinde nu numai de conținutul lor, ci și de abilitățile de comunicare a profesioniștilor din domeniul sănătății implicați în furnizarea acestora. Personalul implicat trebuie să fie sensibil la diferențele de educație, lingvistice și religioase în rândul femeilor. Ar trebui utilizat limbajul fără jargon și evitate statisticile pentru ca oamenii să înțeleagă ceea ce este comunicat. Pentru a evita aceste probleme, este esențial ca profesioniștilor din domeniul sănătății să li se ofere o formare adecvată a aptitudinilor de comunicare.

O serie de sarcini importante ale cadrelor medicale sunt prezentate în cele cu urmează:

1. Medicii de familie trebuie să discute cu femeile din grupa de vârstă vizată, despre programul de screening pentru a le motiva să participe la testare.
2. Medicii de familie trebuie să completeze informațiile legate de test și de tratament în fișele medicale ale femeilor.
3. Ginecologii sau specialiștii care recoltează frotiurile și laboratoarele citologice unde se prelucrează acestea trebuie să se asigure că medicii de familie sunt informați asupra rezultatelor testelor.
4. Laboratoarele (private sau publice) trebuie să acorde o prioritate deosebită în furnizarea informațiilor pentru actualizarea registrelor de screening.
5. Informațiile privind histologia și necesitățile de follow-up sau tratament trebuie raportate din nou la laboratoare de citologie la care au fost citite respectivele frotiuri de screening.
6. Medicii de familie, ginecologii, citopatologii și alți profesioniști din domeniul sănătății implicați în programul de screening pentru cancerul de col uterin ar trebui să primească feedback din partea serviciilor statistice naționale sau regionale.



6.6 Instrumente de comunicare

Mai multe instrumente au fost utilizate pentru a transmite informații cu privire la programele de screening (pliante, broșuri, postere, spoturi audio, spoturi video, etc.). În prezent există, puține dovezi disponibile despre cele mai eficiente metode de prezentare a informațiilor despre riscurile și beneficiile programului de screening.

Totuși, următoarele întrebări ar trebui adresate atunci când se dezvoltă instrumente de comunicare și pachete informative pentru depistarea cancerului de col uterin:

- Care este cel mai accesibil format media?
- Poate fi împărtășit cu familia și prietenii?
- Cât de ușor se face actualizarea?
- Care ar fi costurile de actualizare, reproducere și distribuire?
- Ar fi adecvat și acceptabil pentru publicul vizat?

Informațiile furnizate femeilor invitate să participe la programul de screening pentru cancerul de col uterin trebuie să fie accesibile, relevante, inteligibile, cuprinzătoare; trebuie să includă atât beneficiile, cât și riscurile / dezavantajele, și trebuie să adapte pentru a satisface nevoile grupurilor speciale. În plus, informațiile ar trebui să fie atât specifice, cât și multiple, pentru a ține seama de nevoile femeilor (un test pozitiv necesită follow-up și / sau tratament).

6.7 Comunicarea între furnizorii de screening

În plus față de comunicarea bidirecțională între profesioniștii din domeniul sănătății și femei, eficiența unui program de screening de succes depinde, de asemenea, de intercomunicarea în cadrul echipei implicate în procesul de screening, inclusiv furnizorii de screening și specialiștii implicați în follow-up și tratament. Ar fi benefic să se creeze echipe de sprijin reciproc, pentru înțelegerea relațiilor de echipă, definirea rolurilor și a responsabilităților și împărtășirea experiențelor comune. La un nivel mai general, ar trebui stabilită și cooperarea eficientă și comunicarea între autoritățile sanitare, factorii de decizie și profesioniștii din domeniul sănătății.



O bună comunicare între toate sectoarele / interfețele implicate în programele de screening reprezintă un factor esențial pentru furnizarea unei informări și comunicări de bună calitate către publicul țintă, contribuind la creșterea gradului de satisfacție al femeilor și la maximizarea performanței programului de screening.

6.8 Indicatori de calitate ai comunicării

Dezvoltarea indicatorilor pentru evaluarea calității informațiilor furnizate femeilor în fiecare program de screening ar trebui să fie un aspect important al strategiei de comunicare în viitor. Există mai mulți indicatori tehnici pentru a evalua performanța programelor de screening și a activităților programului. Aceștia au fost incluși în procesul de asigurare a calității din multe programe de screening în curs de desfășurare și sunt în mod constant revizuiți în lumina recentelor experiențe și cercetări. În plus, se recomandă evaluarea standardelor minime de calitate a programelor de screening. Cu toate acestea, nu sunt disponibili indicatori de calitate pentru a evalua standardul de comunicare în programele de screening. Este esențial ca astfel de standarde să fie elaborate pentru a evalua relevanța și felul în care informațiile sunt furnizate. În plus, ar trebui elaborați indicatori pentru a evalua modul în care informațiile despre programul de screening pentru cancerul de col uterin sunt comunicate femeilor invitate la testare în diferitele faze de testare sau follow-up.

Indicatori pentru evaluarea calității comunicării în programul de screening:

- Disponibilitatea unui serviciu telefonic de informații pentru femeile invitate la testare
- Disponibilitatea unor moduri diferite din care femeile pot obține informații despre programul de screening
- Materiale informative scrise care au fost testate pe populația țintă pentru eficacitate și acceptabilitate
- Materiale informative disponibile pentru diferite grupuri etnice sau grupuri cu nevoi speciale
- Implicarea organizațiilor non-medicale (biserici, asociații, ONG-uri, magazine, etc.) în diseminarea informațiilor



- Implementarea protocoalelor de consiliere
- Disponibilitatea, la cerere, de a comunica „față-în-față” cu femeile
- Disponibilitatea voluntarilor comunitari și a grupurilor de susținere
- Organizarea de cursuri de comunicare pentru furnizorii de servicii de screening (personalul de recepție, factorii de decizie, medicii de familie, ginecologii, etc)
- Implicarea femeilor în elaborarea și evaluarea materialului informativ
- Administrarea chestionarelor de satisfacție pentru populația țintă
- Disponibilitatea unui site web, actualizat la zi

7 Mobilizarea

Mobilizarea este un proces de interes general care implică adunarea / convocarea persoanelor la o anumită activitate sau la o acțiune susținută, organizată și coordonată, într-un anumit loc, cu un anumit scop.

Promovarea serviciilor de prevenire poate fi o provocare în orice situație. Oamenii sunt adesea mai înclinați să caute îngrijire atunci când ei sau membri familiei lor sunt bolnavi decât atunci când trebuie să se adreseze serviciilor preventive, iar femeile de multe ori plasează propria lor îngrijire preventivă pe ultimul loc. Îngrijirea preventivă eficientă în centrele de furnizare ale serviciilor medicale necesită nu numai adresarea către servicii, ci și, la fel de important, implicarea comunității.

7.1 Mobilizarea comunitară

Mobilizarea comunitară este procesul de motivare și unire a oamenilor pentru identificarea problemelor și soluțiilor, folosind mijloace proprii pentru a-i sprijini pe toți cei care se adresează serviciilor de sănătate preventivă, ceea ce are drept rezultat o participare comunitară sustenabilă.

Mobilizarea comunitară implică o serie de sarcini și depinde de următoarele aspecte:



- Mediatorul comunitar are încrederea comunității și este capabil să ajute comunitatea să identifice problemele, să acorde prioritate nevoilor, să identifice soluții și să ia decizii
- Implicarea liderilor formali, cum ar fi administratorii locali și profesorii școlari
- Implicarea liderilor informali, cum ar fi vindecătorii / tămăduitorii tradiționali
- Recunoașterea credințelor și valorilor tradiționale / locale
- Acceptarea statutului de egalitate, în comunitate, în luarea deciziilor
- Participarea voluntară a cât mai multor membri ai comunității

Chiar dacă oamenii decid să facă schimbări în viața lor, deseori le este greu să mențină schimbarea. Prin urmare, oamenii ar putea avea nevoie de:

- Politici care susțin schimbarea la nivel individual, la nivel comunitar și la nivel național
- Oportunități de a discuta probleme, de a pune întrebări și de a obține mai multe informații sau clarificări
- Analizarea și soluționarea problemelor în comunitate, discutând credințele, atitudinile și acțiunile care afectează comportamentele.
- Stabilirea priorităților pentru problemele care trebuie abordate cu grupul țintă
- Folosirea metodelor participative pentru a ajuta comunitatea să identifice problemele și soluțiile
- Dezvoltarea activităților culturale
- Încurajarea participării persoanelor defavorizate, inclusiv a celor săraci și marginalizați
- Implicarea oamenilor în elaborarea planurilor, implementarea activităților, luarea deciziilor privind metodele de monitorizare și evaluarea
- Acordarea de sprijin din partea familiei, prietenilor și comunității

7.2 Elementele mobilizării

Pentru o adresabilitate cât mai mare la programul de screening, au fost identificate o serie de elemente privind mobilizarea:



- Cordonarea / identificarea organizațiilor, a persoanelor care au cel mai mare potențial de a îndeplini funcția de mediatori comunitari / sanitari, care sunt persoane respectate în comunitate, de exemplu, lideri comunitari, biserici, sindicate, asociații profesionale, societăți non-guvernamentale, grupuri de femei și tineri, cluburi, persoane importante și recunoscute în comunitate.
- Identificarea nevoilor și obiectivelor sociale - mobilizarea trebuie să fie pentru un scop, este mai eficientă atunci când există o problemă comună concretă de abordat
- Evaluarea resurselor și a infrastructurii disponibile
- Alegerea momentului potrivit / oportun pentru activitatea de mobilizare
- Organizarea condițiilor și a metodelor de funcționare pentru a permite comunității mobilizate să își atingă obiectivele, inclusiv stabilirea unor structuri administrative eficiente, acceptabile pentru comunitate, realizarea unui management eficient
- Identificarea instrumentelor pentru a realiza o mobilizare de succes: cercetarea, planificarea, instruirea, coordonarea, utilizarea mass-media și a internetului, comunicarea interpersonală, realizarea campaniilor de informare

7.3 Plan de mobilizare

Elaborarea unui plan de mobilizare trebuie să includă:

- Prezentarea tuturor activităților IEC planificate (ce activități se vor realiza? / unde se vor desfășura activitățile? / când se vor finaliza? / cum vor fi realizate? / cine le va realiza?)
- Prezentarea tuturor resurselor (umane, materiale) disponibile
- Dezvoltarea planurilor de formare (Cine va fi instruit, când, unde, cât timp și cu cine? / Care sunt nevoile de formare? / Ce va acoperi pregătirea inițială? Care sunt abilitățile de comunicare? / Care sunt aptitudinile în utilizarea echipamentelor și a materialelor? / care sunt tehnicile de consiliere? / Cum se poate realiza îmbunătățirea cunoștințelor?)
- Pregătirea unui orar și a unui calendar pentru desfășurarea activităților planificate
- Alocarea sarcinilor pentru personal pentru ca aceștia să fie disponibili atunci când este necesar



- Pregătirea unui buget, care să includă toate componentele: personalul, activitățile, dezvoltarea materialelor, producția și distribuirea materialelor, pre-testarea, instruirea, echipamentele, transportul, monitorizarea, supravegherea și evaluarea programului de screening.

8 Furnizorii de servicii medicale

Furnizorii de servicii medicale joacă un rol central în prevenirea și gestionarea screeningului pentru cancerul de col uterin prin creșterea utilizării serviciilor de către beneficiari. Furnizorii de servicii medicale preventive pot să fie medici de familie, medici ginecologi, asistente medicale, moașe instruite, mediatori sanitari, mediatori comunitari, cabinete de planning familial, asociații sau ONG-uri sau orice altă persoană sau entitate care oferă servicii medicale preventive și sunt validați ca furnizori de servicii medicale în cadrul programului de screening. Acești furnizori sunt actori-cheie ai unei echipe mai mari care, împreună, pot să compileze și să transmită informații despre infecția HPV și cancerul de col uterin, informații despre prevenire și despre tratament pentru femeile cu rezultate pozitive de screening. Experiența a arătat că informarea și comunicarea directă între furnizorii de servicii medicale și cei care caută aceste servicii reprezintă cea mai eficientă metodă de a împărtăși informații importante în materie de sănătate și de a influența comportamentul în căutarea sănătății.

Furnizorii de servicii medicale preventive trebuie instruiți pentru a discuta despre sex și sexualitate fără prejudecăți și pentru a aborda problema legată de cancerul de col uterin și de infecția HPV, protejând în același timp viața privată și confidențialitatea femeii.

În ultimii ani, asociațiile și ONG-urile au încurajat femeile să evolueze din poziția participării pasive în parteneri influenți. Rolul acestor asociații și al altor societăți de acest fel este de a se asigura că femeile înțeleg pe deplin orice opțiune de testare și tratament propus, atunci când este cazul, și că pot face diferența în succesul efortului de reducere a cancerului de col uterin.

Mediatorii sanitari, mediatorii comunitari, voluntarii, managerii de unități, liderii comunitari, liderii religioși, profesorii și membri grupurilor locale de femei trebuie implicați pentru a



contribui la identificarea populației țintă și pentru a oferi informare și educare și pentru a contribui, de asemenea, la înlăturarea barierelor din calea accesului la testare și la tratament. Eforturile comunitare pot extinde impactul resurselor limitate al centrelor de sănătate și al furnizorilor.

8.1 Caracteristicile furnizorilor de servicii medicale

Caracteristicile unui furnizor de servicii medicale preventive, care poate fi un bun educator în domeniul sănătății sunt:

- Să fie o persoană învățată: să înțeleagă corect problema cancerului de col uterin și cum să prevină apariția acestuia, inclusiv motivele pentru care anumite grupe de vârstă sunt prioritare pentru a beneficia de serviciile medicale preventive. Să poată anticipa și răspunde la întrebări și să caute informații suplimentare dacă este necesar.
- Să fie o persoană confortabilă cu subiectul: să vorbească fără jenă și fără prejudecăți despre anatomia femeii, despre sex și sexualitate.
- Să fie o persoană clară și coerentă: să distribuie mesaje cheie care să fie ușor de înțeles și potrivite pentru public și să fie consecventă în transmiterea acestor mesaje.
- Să fie o persoană sensibilă și lipsită de prejudecăți: problemele legate de sănătatea sexuală pot fi foarte sensibile. Trebuie folosit un limbaj și un ton adecvat. Formularea nu trebuie să contribuie la stigmat sau să promoveze stereotipuri dăunătoare.
- Să fie o persoană empatică: să fie un bun ascultător. Să arate răbdare și înțelegere și să ajute femeile și familiile să găsească soluții la problemele lor și să ia cele mai bune decizii în ceea ce privește obținerea îngrijirii de care au nevoie.
- Să fie o persoană primitoare și încurajatoare: atunci când oamenii se simt bineveniți, este mult mai probabil să se întoarcă pentru îngrijire atunci când au nevoie de ea.

8.2 Mesaje transmise de furnizorii de servicii medicale

Pentru a fi cât mai eficienți în eforturile de informare și educare, este importantă înțelegerea acestui subiect și practica în prezentarea informațiilor. Legătura dintre cancerul de col uterin și



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

HPV, care este transmis prin contact sexual, ridică câteva întrebări dificile la care trebuie să răspundă furnizorii de servicii medicale. Mesajele trebuie să fie elaborate prin utilizarea unui limbaj netehnic și adecvat din punct de vedere cultural.

Deși prevenirea și controlul cancerului de col uterin pot fi subiecte complicate, mesajele cheie pot fi scurte și simple pentru a ajuta oamenii să înțeleagă și să facă alegeri potrivite pentru sănătatea și bunăstarea lor.

Exemple de mesaje cheie despre screening și tratament:

1. Cancerul de col uterin este una din principalele cauze de deces prin cancer la femei.
2. Cancerul de col uterin este o boală care poate fi prevenită.
3. Există teste care pot depista precoce modificările ce apar la nivelul colului uterin (cunoscute sub numele de leziuni precanceroase) și care pot duce la cancer dacă NU sunt tratate.
4. Există tratamente sigure și eficiente pentru modificările celulare de la nivelul colului uterin.
5. Toate femeile cu vârsta cuprinsă între 25-64 de ani trebuie să fie testate cel puțin o dată pentru cancerul de col uterin. Femeile între 30-49 ani sunt cele mai expuse riscului.
6. Nicio femeie nu trebuie să moară de cancer de col uterin.

Pentru a sprijini eforturile educative, pot fi dezvoltate materiale și resurse suplimentare. Strategiile și materialele de comunicare sunt cele mai eficiente atunci când au fost adaptate sau create cu ajutorul membrilor grupului țintă. Trebuie luată în considerare utilizarea următoarelor instrumente și resurse:

- Flipchart-urile sunt deosebit de bune pentru sesiunile de educare în grup. Fotografiiile sunt ușor ușor de văzut și de înțeles. Relatarea unei povești despre o femeie care participă la screening și obține tratament poate fi mai eficientă și mai ușor de înțeles decât imaginile complicate de anatomie.
- Broșurile pot oferi mesaje informative și preventive simple pentru membri comunității pentru a le lua acasă și a le discuta cu familiile lor sau cu alte persoane.



- Experiențele de la egal la egal pot fi folosite fie în evenimente live, fie ca studii de caz pentru dramă și jocuri de rol.
- Clipurile audio și video sunt eficiente pentru a spune povestiri și pentru a transmite mesaje scurte sau anunțuri. Participarea ca invitat la un program de radio sau de televiziune permite prezentarea unei informații ample care să ajungă la cât mai multe persoane simultan. Posturile de radio locale sunt deosebit de utile pentru anunțarea furnizării serviciilor medicale și pentru a reaminti femeilor cu teste pozitive să revină pentru tratament.

Ori de câte ori este posibil, informarea și educarea privind cancerul de col uterin (inclusiv informațiile privind vaccinarea împotriva HPV și programul de screening) ar trebui să fie disponibile atunci când femeile ajung la o unitate sanitară indiferent de serviciile dorite, fie pentru ele sau pentru un membru al familiei, informațiile pot fi furnizate în zonele de așteptare prin postere.

8.3 Mediatorii sanitari / mediatorii comunitari

Furnizorii de servicii medicale sunt adesea suprasolicitați cu îngrijirea pacienților, ceea ce face dificil accesul în comunitate.

Multe sisteme de sănătate utilizează mediatorii sanitari / mediatorii comunitari instruiți pentru a educa membri comunității cu privire la serviciile medicale preventive și pentru a promova disponibilitatea acestora. Mediatorii sanitari / mediatorii comunitari pot servi ca o punte între serviciile de sănătate și comunitate și sunt recunoscuți la nivel mondial ca o parte esențială a oricărei echipe de furnizare de servicii medicale. Abordarea lor, ca de la egal la egal, contribuie la câștigarea încrederii familiilor care pot beneficia de informații și sfaturi cu privire la programele de screening, abordând orice temeri sau preocupări care ar putea fi prezente.



8.4 Recrutarea mediatorilor

Dacă există un grup de mediatori sanitari / mediatori comunitari care sunt implicați deja în furnizarea de servicii medicale, este mai bine să fie implicați aceștia ca resursă existentă decât să se recruteze persoane noi, în special pentru screeningul cancerului de col uterin.

Dacă nu există în comunitate mediatori sanitari / mediatori comunitari, colaborarea cu managerul unității furnizoare este esențială pentru a determina implicarea acestora în programul de screening.

Liderii comunității pot ajuta la identificarea potențialilor recruți și la crearea unui grup reprezentativ pentru comunitate, în ceea ce privește vârsta, sexul și etnia, pentru a ajunge la toți membri comunității cu informații și / sau servicii. Pentru a îmbunătăți eforturile de prevenire a cancerului de col uterin trebuie instruiți atât bărbații, cât și femeile.

Persoanele recrutate ca mediatori sanitari / mediatori comunitari ar trebui să aibă:

- bune abilități de comunicare, inclusiv bune abilități de ascultare;
- dorința de a servi comunitatea;
- disponibilitatea și interesul pentru a participa la program pentru cel puțin 1-2 ani, inclusiv pentru a participa la grupuri de lucru și întâlniri;
- capacitatea de a păstra confidențialitatea;
- dorința de a menține informațiile actualizate despre serviciile de sănătate preventive;
- abilitatea de a citi și de a scrie, dacă este posibil.

8.5 Instruirea mediatorilor comunitari

Este importantă planificarea unui curs de formare interactiv pentru noii mediatori sanitari / mediatori comunitari. Dacă este posibil, trebuie incluși și liderii comunitari în procesul de instruire.

Instruirea noilor mediatori sanitari / mediatori comunitari trebuie să acopere:

- informațiile de bază despre screening-ul și tratamentul cancerului de col uterin
- educarea și mobilizarea comunității
- prevenirea și gestionarea dezinformării și zvonurilor



- elementele de bază ale unei comunicări eficiente
- înregistrarea datelor
- sprijin pentru femeile care necesită îngrijire ulterioară.

Cursul ar trebui să includă, de asemenea, furnizarea de materiale relevante și, la final, trebuie să ofere participanților un certificat care să confirme încheierea instruirii.

Pentru o bună implementare a programului de screening trebuie planificate întâlniri regulate cu echipa de mediatori sanitari / mediatori comunitari. Ședințele de formare și perfecționare în domeniul sănătății servesc ca stimulente pentru mediatorii sanitari / mediatorii comunitari pentru a-și continua munca și, de asemenea, pentru a contribui la asigurarea informațiilor coerente și corecte pentru comunitate.

9 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

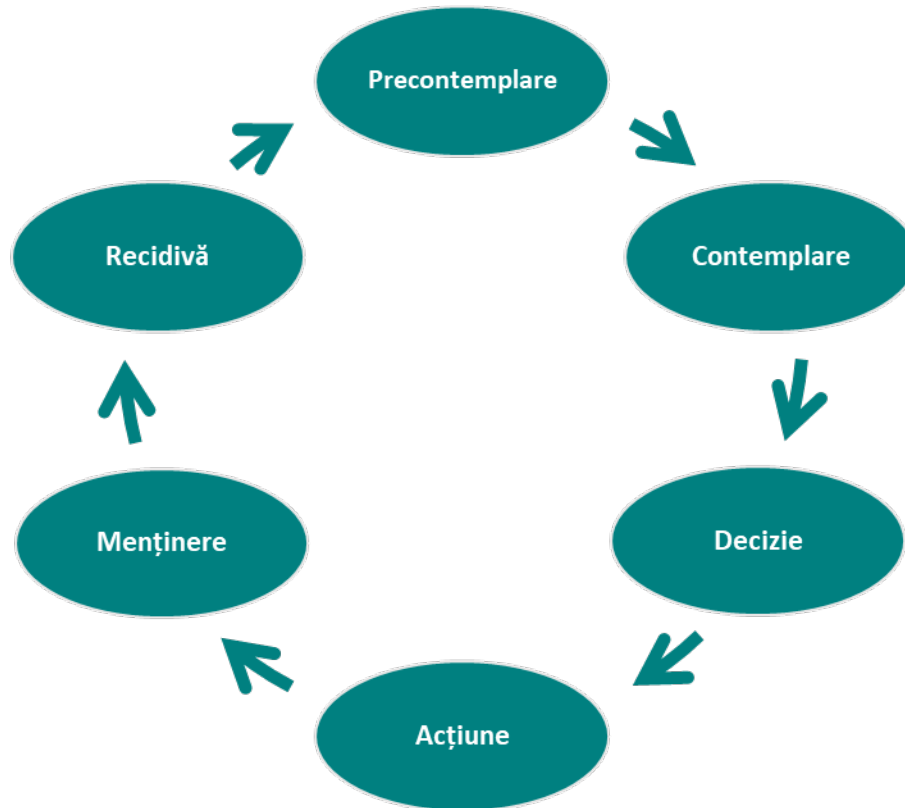


- Este percepută ca fiind compatibilă și în concordanță cu nevoile, valorile existente și experiența trecută
- Este simplă de preluat și nu necesită oameni să dezvolte noi abilități de înțelegere. Cu cât o idee nouă este mai complicată sau mai dificilă, este mai puțin probabil să fie adoptată
- Este 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.

9.1 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.

9.2 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 (credințe, 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).

10 Scrisoarea de invitare

Scrisoarea de invitare a femeilor la programul de screening este, în general, primul instrument de comunicare trimis direct femeilor. Aceasta include, de obicei, informații logistice / organizaționale referitoare la programarea pentru testare.



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

Fiind primul contact cu femeia, scrisoarea de invitație trebuie să fie scrisă într-un mod simplu, clar și ușor de citit; aceasta trebuie să includă informații despre scopul testării. Este recomandat ca toate informațiile suplimentare relevante să fie furnizate într-un pliant sau prin alte instrumente de comunicare trimise împreună cu scrisoarea. Scrisoarea trebuie să facă referire la pliant și să încurajeze femeile să îl citească.

Scrisorile de invitație și pliantele sunt concepute, de obicei, pentru a se completa reciproc și informațiile conținute în scrisoare pot fi reiterate în pliant. Pliantul livrat împreună cu scrisoarea de invitație oferă de obicei informații descriptive despre programul de screening, despre test și despre efectele acestuia. Acesta întărește adesea informațiile menționate deja în scrisoarea de invitație și adaugă informații suplimentare care pot fi utile femeilor.

10.1 Conținutul scrisorii de invitație

Scrisorile de invitație trebuie să includă informații despre:

1. Scopul programului de screening: cui îi este adresat testul (populația țintă, grupa de vârstă)
2. Detalii despre testul care va fi efectuat
3. Intervalul de testare
4. Dacă testul este gratuit sau nu
5. Programarea: cum se face, cum se schimbă
6. Când și cum se obțin rezultatele (menționând aproximativ timpii de așteptare)
7. Posibilitatea de a avea un rezultat neconcludent sau pozitiv (care necesită repetare, follow-up sau tratament)
8. Intervalul de retestare (un test efectuat oferă un risc scăzut, nu o lipsă totală de risc de dezvoltare a cancerului de col uterin).
9. Informații opționale: pregătirea înainte de testare (evitarea dușurilor vaginale și a medicamentelor vaginale cu minim 48 de ore înainte de efectuarea testului, evitarea contactului sexual înainte cu minim 24 h ore înainte, etc.)
10. Cum se pot obține informații suplimentare (de exemplu, servicii de informații, grupuri de pacienți și site-uri Web, linie telefonică disponibilă).



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

11. Protecția / confidențialitatea datelor.

10.2 Pliantul informativ

Pliantul informativ trebuie să includă informații despre:

1. Cui îi este adresat testul
2. Testul: natura, scopul, intervalul de retestare
3. Procesul de testare: cine efectuează testul, cât durează, ce implică, cum se simte
4. Intervalul de testare (menționând de ce este folosit intervalul specificat)
5. Ce înseamnă depistarea precoce
6. Beneficiile și dezavantajele programului de screening pentru cancerul de col uterin (inclusiv informații despre posibilitatea de a depista leziuni care de obicei regresează, dar care totuși necesită follow-up).
7. Cum se obține rezultatul (timpii de așteptare aproximați) și cum se interpretează (negativ, pozitiv, incert)
8. Evaluare suplimentară: explicarea posibilității unor teste suplimentare (ce și de ce?) și posibilitatea unor rezultate fals pozitive
9. Controlul calității procedurii de testare
10. În cazul în care femeile pot obține informații suplimentare (de exemplu, servicii de informații, grupuri de pacienți și site-uri Web, linie telefonică disponibilă)
11. Data și sursele informațiilor furnizate

Este esențial ca informațiile scrise să fie ghidate de principiile bunei comunicări, modalitatea în care informațiile sunt prezentate joacă un rol important în determinarea înțelegerii și acceptării lor. Unele recomandări privind textul, stilul, formularea și formatarea sunt furnizate mai jos. Ar trebui să fie luate în considerare cu atenție de furnizorii programului de screening pentru a face comunicarea mai eficientă și mai ușor de înțeles de către femei.



10.3 Sfaturi stilistice

1. Exprimarea:

- clară (clarificarea punctelor cu exemple)
- cinstită, respectuoasă, politicoasă
- simplă, de zi cu zi (fără termeni tehnici, jargon, abrevieri și acronime)
- informală (folosirea pronumelor ca "noi" și "tu" pentru a personaliza textul)
- imparțială
- fără stil prescriptiv sau ton paternalist

2. Stilul și formularea textului:

- credibil, fezabil (indicând sursa de informații)
- actualizat și contemporan
- prietenos și simpatic
- încadrat pozitiv (de exemplu, 9 din 10 femei rechemate rezultă că nu au leziuni mai degrabă decât 1 din 10 femei rechemate vor avea cancer)
- tonul pozitiv (se vor evita afirmațiile alarmante)

3. Formatul textului:

- preferabil aspectul simplu
- fraze și paragrafe scurte
- utilizarea diagramelor și a imaginilor
- utilizarea titlurilor și a subtitrărilor (pentru a distinge diferitele zone)
- litere îngroșate sau majuscule (pentru a sublinia punctele importante)
- imprimare pe coli mari (esențială pentru populațiile țintă mai în vârstă)
- utilizarea spațiilor albe (pentru a facilita citirea)
- preferabil întrebări / răspunsuri și formate de paragrafe
- culorile potrivite (deoarece unele culori sunt dificil de citit de către persoanele care nu disting culorile)



- să conțină un logo.

Sfaturi de prezentare:

- Informațiile oferite trebuie să fie exacte, transmise într-o manieră sensibilă și lipsită de prejudecăți.
- Materialele trebuie să fie ușor de înțeles și potrivite pentru public.
- Mesajele de bază trebuie să fie coerente, indiferent de public, dar totuși trebuie depuse eforturi pentru a adapta mesajele atât din punct de vedere local și cultural, cât și pentru a adapta limbajul către public, prin folosirea termenilor obișnuiți, ori de câte ori este posibil.
- Mesajele trebuie să fie dezvoltate în conformitate cu ghidurile naționale, dar trebuie să fie implicate și comunitățile, iar mesajele și materialele să fie pretestate cu persoane din comunitate; trebuie utilizat feedbackul și sfaturile acestora pentru a revizui mesajele astfel încât acestea să fie pe deplin înțelese și eficiente.
- Mesajele trebuie dezvoltate în așa fel încât să abordeze temerile și prejudecățile, precum și stigmatizarea atașată uneori cancerului și infecțiilor cu transmitere sexuală
- Abilitățile de comunicare trebuie îmbunătățite prin practică. Este importantă învingerea oricărui disconfort în a vorbi despre chestiuni sexuale sau boli care afectează organele genitale.

11 Mass-media

Un factor important care trebuie remarcat de cadrele medicale este influența pe care o are mass-media asupra populației cu privire la percepția și înțelegerea problemelor de sănătate. Cercetările au arătat că mass-media joacă un rol important în influențarea opiniei în utilizarea intervențiilor medicale. În general, mass-media a favorizat mesajul optimist că medicina în general, și screening-ul, în special, pot vindeca sau preveni toate bolile. Informațiile diseminate de mass-media au subliniat adesea doar beneficiile serviciilor medicale, trecând peste incertitudini, efecte adverse și efecte secundare, ignorând controversile științifice. În ceea ce



privesc programele de screening, mesajul din mass-media pare să fie acela că screening-ul este 100% corect și, prin urmare, orice rezultat fals pozitiv sau fals negativ trebuie să fie cauzat de erori din partea furnizorilor de servicii medicale. Acest lucru a dus la percepția că toate cancerurile apar după ce o examinare normală de screening trebuie să fi fost "ratată". Această neînțelegere a eficacității screening-ului a dus la așteptări ridicate din partea publicului și la furie și resentimente (uneori rezultând în litigii) atunci când așteptările nu sunt îndeplinite. Prin urmare, profesioniștii din domeniul medical trebuie să fie conștienți de rolul mass-media în furnizarea de informații și în puterea de influențare a deciziilor persoanelor. Este important ca persoanele responsabile de programul de screening să colaboreze strâns cu mass-media și să le furnizeze informații actuale, exacte și complete în mod activ și regulat. Informațiile diseminate de mass-media pot determina dezbateri informate și nu trebuie să ducă la așteptări false care nu pot să fie îndeplinite în mod realist prin serviciile de screening.

În cele din urmă, informațiile precise din mass-media vor avea, de asemenea, o mare importanță în eforturile de informare a femeilor despre opțiunile de screening și în gestionarea răspunsurilor psihosociale la rezultatele testelor HPV.

Informarea mass-media cu privire la HPV ar trebui să răspundă nevoilor educaționale ale femeilor prin includerea informațiilor despre tipurile de HPV cu risc scăzut și cu risc ridicat și despre diferențele semnificative în ceea ce privește cancerul de col uterin, care poate contribui la explicarea beneficiilor și consecințelor testării HPV.

12 Mediul online

12.1 Internetul

Apariția internetului a adăugat o nouă dimensiune în diseminarea informațiilor și tot mai mulți oameni se îndreaptă spre el pentru a găsi informații despre sănătate și cancer. Cercetările indică faptul că utilizarea mai mare a internetului este asociată cu vârsta tinerilor. Deși calitatea informației medicale de pe internet a fost o zonă de îngrijorare crescândă, nu se poate nega rolul pe care îl joacă mediul online în diseminarea informațiilor. Astăzi, internetul este o sursă



importantă pentru informarea în domeniul sănătății, deși 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 la medicamente dubioase și metode de tratament. Din acest motiv, viitoarele studii ar trebui să exploreze utilizarea acestei tehnologii în creștere și din ce în ce mai accesibilă ca sursă de informații.

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

Interacțiunea socială a fost puternic afectată de „creșterea” societății în rețea, sporirea urbanizării și sporirea individualismului. În special, generațiile mai tinere din lumea dezvoltată se confruntă (și de multe ori conduc) transformarea comunicării interpersonale. 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 comunicarea virtuală. Platformele online, susținute de tehnologii omniprezente wireless și mobile, creează noi spații pentru coeziunea socială și deschide potențialul pentru tineri de a accesa informațiile despre sănătate oriunde s-ar afla și ori de câte ori au nevoie.

12.2 Social-Media

Social-Media reprezintă un instrument important pentru captarea atenției populației țintă în promovarea sănătății. E un instrument din ce în ce mai important, folosit pe scară largă pentru diseminarea informațiilor legate de sănătate, și constituie o modalitate inovatoare de a crește conștientizarea privind mesajele de prevenire a cancerului de col uterin.

Social-Media îi ajută pe oameni să fie permanent conectați, în principal prin dispozitive portabile (de exemplu, smartphone-uri, tablete și laptop-uri). În ziua de azi multe întreprinderi private sau publice utilizează platformele Social-Media 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, Twitter, YouTube (video sharing) și LinkedIn (utilizare profesională).

Folosirea Social-Media în scopul sănătății publice 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 ai acestor platforme, și sunt, de asemenea, unul dintre grupurile țintă cheie pentru diseminarea mesajelor de prevenire a cancerului.

Dezvoltarea Social-Media ar trebui promovată și sprijinită financiar deoarece ar putea juca un rol esențial în dezvoltarea utilizării mijloacelor de informare în masă și în îmbunătățirea sănătății publice prin îmbrățișarea rolului integral al acestor tehnologii în campaniile actuale și viitoare de sănătate publică.

Facebook a avut aproape 2.5 miliarde de utilizatori la începutul anului 2019, și atrage atenția în rândul utilizatorilor, cu o medie de 35 de minute pe zi, aproximativ 17 ore pe lună (această cifră crește și mai mult în 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, platforma a reușit să-și valorifice popularitatea prin partajarea conținutului vizat și a conținutului promovat, care este adaptat la gusturile utilizatorilor. În acest proces, Facebook a devenit cel mai important canal de comunicare la nivel mondial, nu numai pentru utilizatorii individuali, ci și pentru companii, instituții publice, politicieni, etc.

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”. Numărul utilizatorilor lunari este de aproximativ 330 de milioane de persoane, Twitter devenind o modalitate populară de a urmări orice utilizator, de la un prieten la o celebritate, în timp real. Folosirea unor mecanisme precum hashtag(#) ajută la gruparea mesajelor pe un anumit subiect, făcând căutarea mai eficientă.

YouTube este un site web pentru vizionarea, încărcarea și partajarea videoclipurilor și este a 2-a cea mai populară platformă, cu 1.9 miliarde de utilizatori în 2019. Fondat în Februarie 2005, YouTube este disponibil acum în 91 de țări și 80 de limbi și se mândrește că "400 de ore de



videoclipuri sunt încărcate pe YouTube în fiecare minut". Cea mai mare parte a conținutului este furnizată de persoane fizice.

LinkedIn este cea mai mare rețea profesională online din lume. Lansat în 2003, a ajuns la 610 milioane de utilizatori la nivel mondial în 2019. Platforma se bazează pe conectarea profesioniștilor dintr-un anumit domeniu cu alți specialiști din alte companii, pe baza datelor existente sau legăturilor profesionale potențiale. Platforma permite utilizatorilor să caute locuri de muncă, oportunități de afaceri și colaborări cu un efort minim, bazat pe relațiile existente.

Instagram este una din cele mai populare rețele de Social-Media, numărând aproape 1 miliard de utilizatori lunar, cu o popularitate foarte mare în rândul tinerilor cu vârsta între 18 și 29 ani. Aceasta oferă un serviciu de „photo-sharing” și „video-sharing”, fiind una din cele mai utilizate rețele sociale în comunicarea companiilor cu consumatorii.

12.2.1 Influența Social-Media asupra sănătății

S-a constatat recent că 60% din departamentele de sănătate de stat utilizează cel puțin o platformă Social-Media care este folosită tot mai des 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 informarea comunității este probabil mai influentă asupra indivizilor decât interacțiunea online, iar utilizarea Social-Media pentru promovarea sănătății este un domeniu relativ nou care nu dispune de instrumente de evaluare a rezultatelor. Conținutul online de sănătate publică are, în general, un caracter științific, destul de conservator, și nu îi motivează pe oameni să îl împărtășească. Totuși, rețelele online au potențialul de a educa populația, cu privire la starea de sănătate, în moduri noi. Oportunitățile de a utiliza Social-Media pentru a îmbunătăți gradul de conștientizare a populației în legătură cu problemele legate de sănătate și, eventual, de schimbare a comportamentelor, sunt o zonă promițătoare care merită luată în considerare în mod activ de către organizațiile din domeniul sănătății / furnizorii de servicii medicale preventive.



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

Există, fără îndoială, un potențial de transmitere a informațiilor, de comunicare mai eficient cu privire la prevenirea cancerului prin intermediul Social-Media. Cu toate acestea, progresul realizat de comunitatea care luptă împotriva cancerului, în utilizarea Social-Media este în continuare modest fiind necesare inițiative moderne și noi.

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 la diversitatea publicului, diferit față de cel atins de mass-media tradițională.

12.2.2 Crearea contului / conținutului

Campania trebuie concepută în așa fel încât să împărtășească mesajele de prevenire a cancerului în rândul populației țintă într-un mod care ar putea influența schimbarea stilului de viață, ajutând în cele din urmă la reducerea numărului de cazuri noi de cancer, la reducerea poverii îmbolnăvirii prin această boală. Implicarea interactivă în informațiile transmise ar putea îmbunătăți cunoștințele despre prevenirea cancerului în rândul publicului larg, și acceptarea acestor informații ar putea genera o schimbare în atitudinea și comportamentul individului. În dezvoltarea conținutului ar trebui integrate mesaje din Codul European Împotriva Cancerului, o sursă care a fost deja aliniată la recomandările Uniunii Europene.

Pentru a stabili identitatea online, se crează mai întâi noi profiluri, cu informații de bază (persoane implicate, scop urmărit, etc), care trebuie setate pe Modul Public. Apoi se transmit invitații persoanelor cunoscute pentru a asigura o bază largă de conexiuni de nivel 1, astfel expunerea postărilor fiind mare. Acest lucru crește și expunerea la conexiuni de nivelul 2; prietenii prietenilor de nivel 1 pot vedea toată activitatea lor, lărgind în continuare diseminarea acestor postări.

Odată ce profilurile Social-Media au fost stabilite și primii prieteni / adepți invitați cu succes, ofițerii de comunicare ar putea începe să posteze conținutul. Platformele trebuie verificate zilnic pentru a actualiza conținutul adăugând surse relevante și informații noi referitoare la cancer. Conținutul trebuie să fie publicat cu prudență, să fie un echilibru între tipurile de mesaje distribuite (de exemplu, articole științifice sau de știri), narațiuni (rezultate pozitive



versus rezultate negative în domeniul sănătății) și surse (de exemplu, guvernamentale, neguvernamentale, reviste de știri și asociații profesionale de cancer, etc.). Acest lucru permite furnizarea unui conținut diversificat.

Prezența pe Social-Media a permis atingerea unor segmente de populație suplimentare cu informații despre cancer. Majoritatea utilizatorilor tind să fie tineri sau de vârstă mijlocie, aceste persoane fiind adesea principalele generatoare de idei noi și presiuni sociale pentru schimbare, inclusiv în domeniul politicilor de sănătate publică.

Astfel, vizibilitatea mesajelor despre prevenire într-un spațiu Social-Media puternic competitiv este o provocare importantă.

13 Mesaje cheie

ECCA (European Cervical Cancer Association – Asociația Europeană a Cancerului de Col Uterin) a identificat câteva mesaje și recomandări cheie pentru screening-ul cancerului de col uterin care ar putea fi utile în dezvoltarea materialelor informative.

13.1 Mesaje cheie despre cancerul de col uterin

- În fiecare an, aproximativ 60.000 de femei din Europa dezvoltă cancer de col uterin și aproape 30.000 de femei mor din cauza acestei boli. Majoritatea cazurilor apar la femeile care nu au fost testate în mod regulat. În cazul unui program de screening bine organizat, incidența și mortalitatea cauzată de cancerul de col uterin scad dramatic.
- Se estimează o perioadă de dezvoltare îndelungată, probabil de 10-15 ani.
- Cancerul de col uterin se dezvoltă atunci când infecția cu HPV este o infecție persistentă
- Cancerul de col uterin, dacă este depistat la timp, poate fi vindecat.
- Dispozitivul intrauterin nu crește riscul de apariție a cancerului de col uterin. Pilulele contraceptive pot provoca o ușoară creștere a riscului, dar beneficiile prevenirii sarcinii sunt mult mai mari decât riscul foarte mic de creștere a cancerului de col uterin.



13.2 Mesaje cheie despre screening-ul pentru cancerul de col uterin

- Screening-ul contribuie la prevenirea cancerului de col uterin prin depistarea precoce a modificărilor celulare ale colului uterin, astfel încât acestea pot fi tratate înainte ca acest cancer să se poată dezvolta.
- Cu cât modificările celulare ale colului uterin sunt depistate mai devreme, cu atât sunt mai ușor de tratat și tratamentul va fi mai eficient
- Programul de screening bine organizat, poate să aibă ca rezultat o reducere de 80% a ratei de incidență și mortalitate.
- Screening-ul oferă cea mai bună protecție, atunci când testarea se face în mod regulat.
- Screening-ul nu este același lucru cu efectuarea unei biopsii sau a unei intervenții chirurgicale. Testele de screening nu implică nicio tăietură.

13.3 Mesaje cheie despre HPV

- HPV (Virusul Papiloma Uman) se transmite prin contact sexual
- Există multe tipuri de HPV; unele provoacă negi de piele, unele condiloame genitale și unele pot provoca cancer de col uterin.
- Mai mult de jumătate dintre femeile care sunt depistate HPV pozitiv vor elimina infecția spontan în 6-12 luni fără tratament.
- Fumatul pare să întârzie sau să împiedice eliminarea virusului
- Infecțiile cu HPV pot provoca modificări ale celulelor colului uterin
- Numai infecțiile care nu sunt eliminate cresc riscul pentru dezvoltarea viitoare a cancerului de col uterin, dar după ce au fost identificate, riscul poate fi gestionat și redus prin screening-ul regulat.
- Nu există un tratament pentru infecția cu HPV, dar majoritatea infecțiilor dispar de la sine.
- Infecția cu HPV este foarte frecventă: 8 din fiecare 10 adulți activi sexual au avut o infecție la un moment dat în viața lor.



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

- Prezervativele nu protejează complet împotriva infecției cu HPV, dar protejează împotriva altor infecții cu transmitere sexuală.
- Infecțiile cu HPV nu produc simptome: puteți avea o infecție și să nu știți niciodată despre aceasta și nici despre data la care a fost contactată.

13.4 Mesaje cheie despre testarea HPV

- Nu se recomandă testarea HPV pentru a examina femeile sub vârsta de 30 de ani deoarece infecția cu HPV este foarte frecventă la femeile mai tinere. În prezent sunt efectuate studii clinice de screening pentru a verifica dacă screening-ul care folosește doar testarea HPV sau în combinație cu un frotiu Babeș-Papanicolaou este mai eficient decât în cazul frotiului Babeș-Papanicolaou singur.
- În prezent, există dovezi că testarea HPV este utilă pentru follow-up-ul femeilor cu teste pozitive pentru a identifica persoanele care ar putea avea nevoie de tratament.
- Introducerea speculilor vaginale poate fi incomfortabilă pentru unele femei, dar testul nu este dureros.
- Testul este simplu și durează doar câteva minute.

13.5 Mesaje cheie despre tratament

- Unele modificări celulare ale colului uterin, numite precancer, pot necesita tratament. Aceste tratamente se pot efectua, de obicei, în clinica ambulatorie folosind proceduri care au un grad foarte mare de succes.

13.6 Mesaje cheie pentru bărbați

Ce trebuie să știe bărbații pentru a ajuta la prevenirea cancerului de col uterin?

- Cancerul de col uterin este exclusiv o boală care apare la femei, dar bărbații pot juca un rol important în prevenirea și tratarea acesteia prin încurajarea partenerelor, mamelor, fiicelor, surorilor de a participa la programe de screening preventive și de a se vaccina împotriva virusului HPV.



- Majoritatea cancerelor de col uterin sunt cauzate de infecția cu virusul HPV. Infecția nu produce, de obicei, simptome sau probleme, dar o parte din femeile infectate vor dezvolta leziuni precanceroase mulți ani mai târziu. Dacă nu sunt tratate, unele dintre aceste femei vor dezvolta cancer de col uterin.
- Infecția cu HPV este ușor transmisibilă în timpul contactului sexual și, prin urmare, bărbații pot împiedica răspândirea acesteia prin reducerea numărului de parteneri sexuali.
- Unele tipuri de HPV, care nu cauzează cancer de col uterin, pot provoca negi genitali atât la bărbați, cât și la femei, dar aceștia nu cauzează cancer. În cazuri rare, tipurile de HPV care cauzează cancer de col uterin la femei pot provoca, de asemenea, cancere ale gurii, anusului sau penisului.
- Virusul HPV este transmis sexual, dar penetrarea nu este singurul mod de transmitere, deoarece virusul poate trăi și pe pielea din jurul zonei genitale. Utilizarea prezervativelor oferă o anumită protecție, dar nu completă împotriva infecției cu HPV.
- Tutunul poate crește riscul apariției mai multor tipuri de cancer atât la bărbați cât și la femei, incluzând cancerul de col uterin la femeile infectate cu HPV.
- Un bărbat a cărui parteneră are leziuni precanceroase sau cancer poate să o susțină, să o încurajeze și să o asiste în obținerea tratamentului recomandat, însoțind-o la întâlnirile clinice. O femeie are nevoie de sprijin (fizic și emoțional) atunci când este diagnosticată și tratată pentru leziuni precanceroase sau cancer.

14 Principii etice

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

- Principiul respectului autonomiei: Obligația de a respecta capacitatea fiecărei persoane de a lua propria decizie. Această obligație subliniază faptul că indivizii, ar trebui în mod normal, să fie în poziția de a alege dacă vor accepta sau nu luarea unei măsuri cu privire la sănătatea lor, ca parte a dreptului lor general de a determina situația asupra vieții proprii.



- Principiul binefacerii: Obligația de a promova bunăstarea pacienților de către personalul medical care posedă cunoștințe și competențe adecvate și de a lua măsuri pozitive pentru a preveni riscurile.
- Principiul non-vătămării: Obligația de a nu crea în mod intenționat un prejudiciu prin acte comise sau omise; articulează angajamentul profesioniștilor pentru protejarea pacienților de la rău.
- Principiul dreptății: Obligația de a distribui resursele pentru egalizarea rezultatelor; obligația de a asigura șanse egale la servicii medicale pentru toată populația (inclusiv grupuri defavorizate).

Aceste 4 principii oferă un cadru util pentru profesioniștii din domeniul sănătății pentru a fi utilizate atunci când se dezvoltă modalități de comunicare cu grupurile țintă.

15 Bibliografie

Adab P., Marshall T., Rouse A., Randhawa B., Sangha H., & Bhangoo N. (2003). Randomized controlled trial of the effect of evidence based information on women's willingness to participate in cervical cancer screening. *J. Epidemiol. Community Health* 57: 589-593.

Ajayi I.O. & Adewole I.F. (1998). Knowledge and attitude of general outpatient attendants in Nigeria to cervical cancer. *Cent. Afr. J. Med.* 44: 41-43.

Albert T. & Chadwick S. (1992). How readable are practice leaflets? *BMJ* 305: 1266-1268.
Anderson C.M. & Nottingham J. (1999). Bridging the knowledge gap and communicating uncertainties for informed consent in cervical cytology screening; we need unbiased information and a culture change. *Cytopathology* 10: 221-228.

Anhang R., Goodman A., & Goldie S.J. (2004a). HPV communication: review of existing research and recommendations for patient education. *CA Cancer J. Clin.* 54: 248-259.

Anhang R., Wright T.C., Smock L., & Goldie S.J. (2004b). Women's desired information about human papillomavirus. *Cancer* 100: 315-320.

Arkin E.B. (1999). Cancer risk communication-what we know. *J. Natl. Cancer Inst. Monogr* 182 185.



Aro A.R., de Koning H.J., Absetz P., & Schreck M. (1999). Psychosocial predictors of first attendance for organised mammography screening. *J. Med. Screen.* 6: 82-88.

Austoker J. (1999). Gaining informed consent for screening. Is difficult--but many misconceptions need to be undone. *BMJ* 319: 722-723.

Avery B. & Bashir S. (2003). The road to advocacy--searching for the rainbow. *Am. J. Public Health* 93: 1207-1210.

Baines C.J. (2003). Mammography Screening: Are Women Really Giving Informed Consent? *JNCI Cancer Spectrum* 95: 1508-1511.

Basen-Engquist K., Paskett E.D., Buzaglo J., Miller S.M., Schover L., Wenzel L.B., & Bodurka D.C. (2003). Cervical cancer. *Cancer* 98: 2009-2014.

Beauchamp T.L. & Childress J.G. (2001). *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford University Press, 1st ed, 1979; 5th ed.

Bell S., Porter M., Kitchener H., Fraser C., Fisher P., & Mann E. (1995). Psychological response to cervical screening. *Prev. Med.* 24: 610-616.

Brett J., Austoker J., & Ong G. (1998). 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.* 20: 396-403.

Brodie M., Foehr U., Rideout V., Baer N., Miller C., Flournoy R., & Altman D. (2001). Communicating health information through the entertainment media. *Health Aff. (Millwood.)* 20: 192-199.

Byrom J., Dunn P.D., Hughes G.M., Lockett J., Johnson A., Neale J., & Redman C.W. (2003). Colposcopy information leaflets: what women want to know and when they want to receive this information. *J. Med. Screen.* 10: 143-147.

Campion M.J., Brown J.R., McCance D.J., Atia W., Edwards R., Cuzick J., & Singer A. (1988). Psychosexual trauma of an abnormal cervical smear. *Br J Obstet Gynaecol* 95: 175-181. Clover K., Redman S., Forbes J., Sanson-Fisher R., & Callaghan T. (1996). Two sequential randomized trials of community participation to recruit women for mammographic screening. *Prev. Med.* 25: 126-134.

Committee of Ministers. Council of the Europe Recommendations n° R (1994). 11 of the Committee of Ministers to member states on screening as a tool of preventive medicine 94.



Coulter A. (1998). Evidence based patient information. *BMJ* 317: 225-226.

Coulter A. (2001.) Patient-centered decision making: empowering women to make informed choices. *Womens Health Issues* 11: 325-330

Coulter A., Entwistle V., & Gilbert D. (1999). Sharing decisions with patients: is the information good enough? *BMJ* 318: 318-322.

Davey H.M., Barratt A.L., Davey E., Butow P.N., Redman S., Houssami N., & Salkeld G.P. (2002). Medical tests: women's reported and preferred decision-making roles and preferences for information on benefits, side-effects and false results. *Health Expect.* 5: 330-340.

Davis T.C., Williams M.V., Marin E., Parker R.M., & Glass J. (2002). Health literacy and cancer communication. *CA Cancer J. Clin.* 52: 134-149.

Doak C.C., Doak L.G., Friedell G.H., & Meade C.D. (1998). Improving comprehension for cancer patients with low literacy skills: strategies for clinicians. *CA Cancer J. Clin.* 48: 151-162.

Dobias K.S., Moyer C.A., McAchrans S.E., Katz S.J., & Sonnad S.S. (2001). Mammography messages in popular media: implications for patient expectations and shared clinical decision-making. *Health Expect.* 4: 127-135.

Domenighetti G., Grilli R., & Maggi J.R. (2000). Does provision of an evidence-based information change public willingness to accept screening tests? *Health Expect.* 3: 145-150.

Entwistle V.A., Sheldon T.A., Sowden A., & Watt I.S. (1998). Evidence-informed patient choice.

Practical issues of involving patients in decisions about health care technologies. *Int. J. Technol. Assess. Health Care* 14: 212-225.

Fox S. (2000). The on line health care revolution: how the Web helps Americans take better care of themselves. Washington, DC, The Pew Internet & American Life Project 2000.

French D.P., Maissi E., & Marteau T.M. (2004). Psychological costs of inadequate cervical smear test results. *Brit J Cancer* 91: 1887-1892.

Fylan F. (1998). Screening for cervical cancer: a review of women's attitudes, knowledge, and behaviour. *Br. J. Gen. Pract.* 48: 1509-1514.

Ganz P.A. (1995). Advocating for the woman with breast cancer. *CA Cancer J. Clin.* 45: 114-126.
Giordano L, Webster P, Segnan N, Austoker J (2006). Chapter 12. Guidance on breast screening communication. in: European Commission (corporate author). European guidelines for quality



assurance in breast cancer screening and diagnosis. Fourth edition. Perry N, Broeders M, de Wolf C, Törnberg S, Holland R., von Karsa L, Puthaar E (eds). Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg, pp 379-394.

Giorgi D., Giordano L., Senore C., Merlino G., Negri R., Cancian M., Lerda M., Segnan N., & Del Turco M.R. (2000). General practitioners and mammographic screening uptake: influence of different modalities of general practitioner participation. Working Group. Tumori 86: 124-129.

Goldsmith M., Bankhead CR., Kehoe ST., Marsh G., Austoker J. (2007). Information and cervical screening: A qualitative study of English women's awareness, understanding and information needs about HPV. J. Med. Screen;14(1):29-33.

Goyder E., Barratt A., & Irwig L.M. (2000). Telling people about screening programmes and screening test results: how can we do it better? J. Med. Screen. 7: 123-126.

Grilli R., Freemantle N., Minozzi S., Domenighetti G., & Finer D. (2000). Mass media interventions: effects on health services utilisation. Cochrane Database Syst. Rev. CD000389. Harper D.M. (2004). Why am I scared of HPV? CA Cancer J Clin 54: 245-247.

Hoffman Goetz L. & Clarke J.N. (2000). Quality of Breast Cancer Sites on the World Wide Web. Can J Public Health 91: 281-284.

IARC (1995). Monographs on the evaluation of cancerogenic risks to humans. 35-86.

Jadad A.R. & Gagliardi A. (1998). Rating health information on the Internet: navigating to knowledge or to Babel? JAMA 279: 611-614.

Jepson R.G., Forbes C.A., Sowden A.J., & Lewis R.A. (2001). Increasing informed uptake and nonuptake of screening: evidence from a systematic review. Health Expect. 4: 116-126.

Jorgensen K.J. & Gotzsche P.C. (2004). Presentation on websites of possible benefits and harms from screening for breast cancer: cross sectional study. BMJ 328: 148.

Katz J., Arras J.D., & Steinbock B. (1995). Informed consent: ethical and legal issues. Anonymous Ethical Issues in Modern Medicine 87-96.

Lagerlund M., Sparen P., Thurfjell E., Ekblom A., & Lambe M. (2000). Predictors of non-attendance in a population-based mammography screening programme; socio-demographic factors and aspects of health behaviour. Eur. J. Cancer Prev. 9: 25-33.

Lerman C., Miller S.M., Scarborough R., Hanjani P., Nolte S., & Smith D. (1991). Adverse psychologic consequences of positive cytologic cervical screening. Am. J. Obstet. Gynecol. 165: 658-62.



Maissi E., Marteau T.M., Hankins M., Moss S., Legood R., & Gray A. (2005). The psychological impact of human papillomavirus testing in women with borderline or mildly dyskaryotic cervical smear test results: 6-month follow-up. *Brit J Cancer* 92: 990-994.

Marrett L.D., Robles S., Ashbury F.D., Green B., Goel V., & Luciani S. (2002). A proposal for cervical screening information systems in developing countries. *Int. J. Cancer* 102: 293-299.
Marteau T.M. (1989). Psychological costs of screening. *BMJ* 299: 527.

Mays R.M., Zimet G.D., Winston Y., Kee R., Dickes J., & Su L. (2000). Human papillomavirus, genital warts, Pap smears, and cervical cancer: knowledge and beliefs of adolescent and adult women. *Health Care Woman Int* 21: 361-374.

McCaffery K., Forrest S., Waller J., Desai M., Szarewski A., & Wardle J. (2003). Attitudes towards HPV testing: a qualitative study of beliefs among Indian, Pakistani, African-Caribbean and white British women in the UK. *Brit J Cancer* 88: 42-46.

McCaffery K., Waller J., Forrest S., Cadman L., Szarewski A., & Wardle J. (2004). Testing positive for human papillomavirus in routine cervical screening: examination of psychosocial impact. *BJOG*. 111: 1437-1443.

Monga U., Tan G., Ostermann H.J., & Monga T.N. (1997). Sexuality in head and neck cancer patients. *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 78: 298-304.

NHSCSP. Improving the quality of the written information sent to women about cervical screening: Evidence-based criteria for the content of letters and leaflets. Goldsmith M., Bankhead C., Austoker

J. NHSCSP (2006a). Publication N° 26. Sheffield: NHS Cancer Screening Programmes. NHSCSP. Improving the quality of the written information sent to women about cervical screening.

Guidelines on the content of letters and leaflets. Goldsmith M., Bankhead C., Austoker J. NHSCSP (2006b). Publication N° 27. Sheffield: NHS Cancer Screening Programmes.

Parker M. (2001a). The ethics of evidence-based patient choice. *Health Expect.* 4: 87-91.

Passalacqua R., Caminiti C., Salvagni S., Barni S., Beretta G.D., Carlini P., Contu A., Di Costanzo F., Toscano L., & Campione F. (2004). Effects of media information on cancer patients' opinions, feelings, decision-making process and physician-patient communication. *Cancer* 100: 1077-1084.



Pereira J.L., Koski S., Hanson J., Bruera E.D., & Mackey J.R. (2000). Internet usage among women with breast cancer: an exploratory study. *Clin. Breast Cancer* 1: 148-153.

Price S.L. & Hersh W.R. (1999). Filtering Web pages for quality indicators: an empirical approach to finding high quality consumer health information on the World Wide Web. *Proc.AMIA.Symp.* 911- 915.

Raffle A.E. (1997). Informed participation in screening is essential. *BMJ* 314, 1762-1763.

Raffle A.E. (2001a). Information about screening - is it to achieve high uptake or to ensure informed choice? *Health Expect.* 4: 92-98.

Rimer B.K., Briss P.A., Zeller P.K., Chan E.C., & Woolf S.H. (2004). Informed decision making: what is its role in cancer screening? *Cancer* 101: 1214-1228.

Rogstad K.E. (2002). The psychological impact of abnormal cytology and colposcopy. *BJOG* 109: 364-368.

Satterlund M.J., McCaul K.D., & Sandgren A.K. (2003). Information gathering over time by breast cancer patients. *J. Med. Internet.Res.* 5: e15.

Segnan N. & Armaroli P. (1999). Compliance, conscious participation, and informed consent in tumor screening programs. *Epidemiol Rev* 23(4): 387-391.

Silberg W.M., Lundberg G.D., & Musacchio R.A. (1997). Assessing, controlling, and assuring the quality of medical information on the Internet: Caveant lector et viewer--Let the reader and viewer beware. *JAMA* 277: 1244-1245.

Slater D.N. (2000). Are women sufficiently well informed to provide valid consent for the cervical smear test? *Cytopathology* 11: 166-170.

Theisen C. (2004). In different cultures cancer screening presents challenges. *J. Natl. Cancer Inst.* 96: 10-12.

Thornton H. (1995). Screening for breast cancer. Recommendations are costly and short sighted. *BMJ* 310: 1002. van Wieringen J.C., Harmsen J.A., & Bruijnzeels M.A. (2002). Intercultural communication in general practice. *Eur. J. Public Health* 12: 63-68.

Voog E. & Lowhagen G.B. (1992). Follow-up of men with genital papilloma virus infection. Psychosexual aspects. *Acta Derm. Venereol.* 72: 185-186.

Waller J., McCaffery K., Forrest S., Szarewski A., Cadman L., & Wardle J. (2003). Awareness of



human papillomavirus among women attending a well woman clinic. *Sex. Transm. Infect.* 79: 320- 322.

Waller J., McCaffery K., Nazroo J., & Wardle J. (2005). Making sense of information about HPV in cervical screening: a qualitative study. *Brit J Cancer* 92: 265-270.

Wells J., Marshall P., Crawley B., & Dickersin K. (2001). Newspaper reporting of screening mammography. *Ann. Intern. Med.* 135: 1029-1037.

Wilkinson C., Jones J.M., & McBride J. (1990). Anxiety caused by abnormal result of cervical smear test: a controlled trial. *BMJ* 300: 440.

Wilson R.M. (2000). Screening for breast and cervical cancer as a common cause for litigation. *BMJ* 320: 1352-1353.