

Oczekiwania oraz intencje zachowań zdrowotnych jako czynniki warunkujące wykonywanie profilaktycznej cytologii w grupie kobiet po 45. roku życia

Expectations and intentions of health behaviours as factors determinating performance of preventive Pap smear among women aged over 45

Katarzyna Mariańczyk, Stanisława Steuden

Institut Psychologii, Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II

Psychoonkologia 2011, 2: 55–64

Adres do korespondencji:

Katarzyna Mariańczyk
Katedra Psychologii i Rehabilitacji KUL JP II
Al. Raclawickie 14
20-950 Lublin
tel. 600 722 113
e-mail: k.marianczyk@gmail.com

Streszczenie

Wstęp: Profilaktyka raka szyjki macicy to obszar, w który zbyt słabo angażują się, narażone na tę chorobę w największym stopniu, kobiety po 45. roku życia. Bazując na procesualnym modelu zachowań zdrowotnych Schwarzera, celem badań ustanowiono określenie uwarunkowań zachowania prozdrowotnego z obszaru profilaktyki raka szyjki macicy, tzn. wykonywania regularnych badań cytologicznych. Sprawdzano, czy kobiety o odmiennym stopniu zaangażowania w tę profilaktykę różnią się między sobą w zakresie oczekiwań dotyczących: własnej skuteczności, wyników działania, zagrożenia chorobą oraz w zakresie intencji podejmowania/kontynuowania profilaktycznych badań onkologicznych.

Materiał i metody: W badaniu wzięły udział 244 kobiety w wieku powyżej 45 lat. Zastosowano metody kwestionariuszowe: 1) *Skalę Uogólnionej Własnej Skuteczności* (GSES) Schwarzera i Jerusalema, 2) skonstruowany na podstawie procesualnego modelu zachowań zdrowotnych Schwarzera *Kwestionariusz zachowań zdrowotnych* Mariańczyk oraz 3) *Arkusze personalny* dla danych socjodemograficznych.

Wyniki: Porównania związane z oczekiwaniami oraz intencją wykonywania profilaktycznych badań cytologicznych zostały dokonane pomiędzy kobietami o różnym stopniu zaangażowania w profilaktykę raka szyjki macicy: grupą C-, czyli kobietami, które nie wykonywały regularnie badań cytologicznych, oraz grupą C+, czyli kobietami wykonującymi regularnie badania cytologiczne. Istotne statystycznie różnice pomiędzy tymi grupami odnotowano w obszarze oczekiwań dotyczących wyników działania oraz własnej skuteczności, a także intencji wykonywania różnych badań profilaktyki onkologicznej. Treściowa analiza intencji pozwoliła dookreślić czynniki przyczyniające się do podjęcia (lub nie) takich działań.

Wnioski: Uzyskane wyniki badań wskazują na istotne znaczenie zmiennych podmiotowych o charakterze oczekiwań oraz intencji dla zaangażowania kobiet powyżej 45. roku życia w profilaktykę raka szyjki macicy. Zasadne zatem staje się uwzględnianie tych czynników w budowaniu motywacji prozdrowotnej tych kobiet, w zachęcaniu ich do angażowania się w proces ochrony własnego zdrowia, m.in. poprzez profilaktykę raka szyjki macicy.

Abstract

Objective: Cervical cancer is an illness where the women aged 45 and older are the most exposed to and they care about prevention of cervical cancer too little. Based on *Health Action Process Approach* by Schwarzer, the aim of this study was to find the predictors that determine the participation in health-promoting activities concerning cervical cancer prevention: having regular Pap smear.

We wanted verify which variables (expectations concerning self efficacy, threat of cancer disease, results of activity and intention of oncological health prevention behaviour) are different to women with different level of involvement in having preventive Pap smear.

Material and methods: 244 women aged over 45 have participated in the research. Survey methods i.e. *Generalized Self-Efficacy Scale* (GSES) by Schwarzer i Jerusalem, *Health Behaviour Questionnaire* (based on *Health Action Process Approach*) by Mariańczyk as well as *Personal Information Sheet* for collecting social-demographic data have been employed.

Results: Answers concerning expectations and intention given by groups of women distinguished by a different level of involvement in having preventive Pap smear have been compared: group "C–" – women who don't undertake regular Pap smear, group "C+" – women who are engaged in regular Pap smear. Significant differences have been observed between groups C– and C+ in following areas: expectations concerning results of activity, expectations concerning self efficacy and intention of oncological health prevention behaviours. Detailed analysis of intention allowed to expand factors that helping women to engaged in this health activity.

Conclusions: The findings indicate that expectations and intention of health behaviours have a great impact on participation in cervical cancer preventive examination among women aged over 45. Hence those factors should be taken into consideration in building pro-health motivation, in encouraging women to involve in process of health care e.g. prophylaxis of cervical cancer.

Stowa kluczowe: cytologia, rak szyjki macicy, profilaktyka onkologiczna, profilaktyczne zachowania zdrowotne.

Key words: Pap smear, cervical cancer, oncological prophylaxis, preventive health behaviours.

Wstęp

We współczesnych rozważaniach dotyczących zdrowia coraz większy nacisk kładzie się na zapobieganie występowaniu niepożądanych zjawisk zdrowotnych. Zwraca się uwagę na relację pomiędzy medycyną naprawczą, czyli lecnictwem, a medycyną zapobiegawczą, czyli profilaktyką [1]. Znaczenie tej drugiej jest coraz bardziej dookreślane, warto zatem poznawać specyfikę zachowań profilaktycznych, zwłaszcza tych dotyczących zapobiegania chorobom cywilizacyjnym, do których zalicza się m.in. choroby nowotworowe. Termin „choroba nowotworowa” obejmuje te jednostki chorobowe, które związane są z nienaturalnym i niepohamowanym podziałem komórek w organizmie. Powstające nowe masy komórek są różne od normalnych tkanek i mają zdolność do autonomicznego rozrostu [2].

W kontekście funkcjonowania psychologicznego obserwuje się zachowania zdrowotne o charakterze profilaktycznym. Należy jednak podkreślić, że zachowania te nie przynoszą natychmiastowych i widocznych efektów, w przeciwieństwie do dostrzegalnych w przypadku innych zachowań zdrowotnych, np. stosowania ćwiczeń fizycznych w celu poprawy sprawności organizmu. W przypadku działań profilaktyki onkologicznej kobiety poddające się bada-

niom liczą się z tym, że skutek, jaki przyniosą, może być negatywny (odkrycie choroby). Badania profilaktyczne wymagają umiejętności zarządzania własnymi sprawami, zorganizowania, kontrolowania działań i podtrzymywania intencji przez dłuższy czas.

Podstawowym elementem profilaktyki raka szyjki macicy jest regularne wykonywanie badań cytologicznych. Każda dorosła kobieta powinna poddawać się tym badaniom w celu kontroli i ochrony zdrowia [3] – rak szyjki macicy jest bowiem po raku piersi drugą co do częstości występowania chorobą nowotworową kobiet w Polsce. Każdego roku odnotowuje się ok. 4 tys. zachorowań. Najwięcej dotyczy grupy wiekowej 45–50 lat.

Wykonywanie badań profilaktycznych należy do grupy zachowań zdrowotnych o charakterze profilaktycznym i stanowi element stylu życia, wpływając tym samym na rzeczywisty stan zdrowia. Szacuje się, że zdrowie w ponad 50% zależy od aktywności własnej, od podejmowanych samodzielnie działań [4, 5]. Jako mające wymierny wpływ na zdrowie człowieka zachowania zdrowotne wpisują się coraz dobitniej w obszar zainteresowań różnych nauk, w tym także psychologii. Helena Sęk definiuje zachowania zdrowotne jako „reaktywne, nawykowe i/lub celowe formy aktywności człowie-

ka, które pozostają – na gruncie wiedzy obiektywnej o zdrowiu i subiektywnego przekonania – w istotnym, wzajemnym związku ze zdrowiem” [6]. Podążając za sugestiami Dolińskiej-Zygmunt, można wyodrębnić trzy główne sposoby ujmowania zachowań zdrowotnych. Pierwszy akcentuje cel podejmowanych działań, drugi – związek między zachowaniem a zdrowiem, trzeci zaś koncentruje się na relacji zachowanie–zdrowie [6]. Cel podejmowanych działań jest zawarty w definicji zaproponowanej przez Heszen-Klemens [7], w której ujmuje się działania zdrowotne jako wszelkie formy aktywności celowej, ukierunkowane na ochronę lub osiągnięcie poprawy stanu zdrowia. Należą do nich działania profilaktyczne, diagnostyczne i terapeutyczne.

Druga grupa definicji akcentuje związki zachowań ze zdrowiem – podkreśla ich pozytywny lub negatywny wpływ na stan zdrowia oraz wyróżnia dwie grupy zachowań: prozdrowotne (właściwa dieta, aktywność fizyczna, odpoczynek) i antyzdrowotne (np. nadużywanie alkoholu, niewłaściwe stosowanie leków, brak ćwiczeń fizycznych).

Do trzeciej grupy można zaliczyć definicję zaproponowaną przez Puchalskiego: „zachowania zdrowotne (uznawszy tę nazwę za najbardziej ogólną) określić można jako: wybrane przez obserwatora lub/i podmiot działania, zachowania (czy typy zachowań), które na gruncie pewnego systemu wiedzy (np. przekonań potocznych, danej koncepcji naukowej, ideologii społecznej itp.) pozostają w istotnym, określonym w przyjętej opcji związku ze zdrowiem ujmowanym w znaczeniu ustalonym w tym systemie wiedzy” [8].

Profilaktyczne badanie onkologiczne

Pod względem częstości występowania rak szyjki macicy jest drugim, po raku piersi, nowotworem złośliwym u kobiet [9]. W ciągu roku na całym świecie stanowi przyczynę zgonu 350 tys. kobiet [10]. W Polsce zachorowalność na raka szyjki macicy należy do najwyższych w Europie [11] – co roku w naszym kraju odnotowuje się ok. 4000 zachorowań oraz ok. 2400 zgonów [10, 12]. Zachorowalność na raka szyjki macicy wzrasta wraz z wiekiem – ocenia się, że najwięcej zachorowań dotyczy kobiet w wieku 45–55 lat [13] czy też 40–49 lat [14].

Profilaktykę chorób nowotworowych określa się mianem profilaktyki onkologicznej. Jej zadanie to wzmacnianie zdrowia poprzez zmniejszenie prawdopodobieństwa wystąpienia choroby, co jest możliwe do osiągnięcia poprzez realizowanie określonych zachowań zdrowotnych. W odniesieniu do profilaktyki raka szyjki macicy Światowa Organizacja Zdrowia wskazuje na trzy rodzaje profilaktyki:

pierwotną, wtórną i trzeciorzędową. Profilaktyka pierwotna ma na celu eliminowanie czynników prowadzących do powstawania nowotworów, np. poprzez informowanie o czynnikach ryzyka zachorowania czy też realizację szczepień przeciw onkogennym typom wirusa HPV. Profilaktyka wtórna ma za zadanie wykrycie i wyeliminowanie stanów przednowotworowych i wczesnych postaci raka. Profilaktyka trzeciorzędowa obejmuje prawidłową diagnostykę i leczenie raka [15], a także badania kontrolne i rehabilitację [16].

Badania prowadzone w zakresie profilaktyki wtórnej określa się mianem badań przesiewowych, skriningowych (ang. *screening*). Powinny być one wykonywane u osób, u których nie występują objawy wskazujące na chorobę nowotworową, ale płeć, wiek i inne czynniki łączą się z ryzykiem jej wystąpienia. Profilaktyka wtórna raka szyjki macicy opiera się przede wszystkim na regularnym wykonywaniu badania cytologicznego (polega ono na pobraniu przez lekarza rozmazów z tarczy i kanału szyjki macicy i ocenie, czy komórki są prawidłowe czy patologiczne). W Polsce realizowany jest *Populacyjny program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy*. Pozwala on kobietom w wieku 25–59 lat na wykonanie bezpłatnego badania cytologicznego.

W myśl Rekomendacji Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego corocznymi badaniami profilaktycznymi powinny być objęte kobiety po 25. roku życia (najpóźniej w wieku 30 lat). U kobiet uzyskujących prawidłowe wyniki wymazów cytologicznych i niemających zwiększonego ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy badania przesiewowe mogą być prowadzone co 3 lata, natomiast corocznym badaniami cytologicznym powinny się poddawać kobiety zakażone HIV, przyjmujące leki immunosupresyjne, zakażone HPV – typem wysokoonkogennym oraz leczone w przeszłości z powodu śródnabłonkowej neoplazji szyjki macicy lub raka szyjki macicy [3].

Ze względu na to, że wśród Polek zachorowalność na raka szyjki macicy jest duża, można przyjąć, że kobiety w naszym kraju przykładają zbyt małą wagę do realizowania zachowania profilaktycznego, jakim jest regularne wykonywanie cytologii.

W ramach współpracy nauk medycznych i społecznych podejmowane są próby analizy różnych zachowań zdrowotnych oparte na proponowanych w literaturze teoriach i modelach. Jednym z nich jest procesualny model zachowań zdrowotnych Schwarzer (Health Action Process Approach – HAPA). Model ten składa się z dwóch faz: motywacyjnej i działaniowej. Pierwsza z nich obejmuje kształtowanie intencji zachowania zdrowotnego, która będzie zależała m.in. od oczekiwań dotyczących: wyniku działania, własnej skuteczności oraz spostrzegane-

go zagrożenia. Oczekiwania dotyczące wyniku działania to przewidywanie pozytywnych zmian, które mogą nastąpić jako efekt realizacji zachowania zdrowotnego [5]. Oczekiwania dotyczące własnej skuteczności to poczucie posiadania kompetencji do podejmowania i wytrwania w działaniu zdrowotnym. Spostrzegane zagrożenie, jako predyktor intencji działania profilaktycznego i zachowania profilaktycznego, obejmuje: spostrzeganą powagę choroby oraz spostrzeganą podatność na chorobę. Dla ukształtowania intencji działania profilaktycznego optymalny jest umiarkowany poziom zagrożenia, a niekorzystny zarówno brak takiego poczucia (gdyż powoduje brak zainteresowania wpływem danego zachowania na zdrowie), jak również zbyt duże poczucie zagrożenia (wywołujące lęk i paraliż działania) [17]. Drugą fazą w procesualnym modelu zachowań zdrowotnych Schwarzera jest

faza działaniowa. Wynika ona z fazy motywacyjnej oraz z intencji [18]. Może zostać ona opisana na trzech poziomach: poznawczym (planowanie i kontrola działania), społecznym (wsparcie społeczne) oraz behawioralnym (działanie zdrowotne) [5, 17–20]. Istotne znaczenie w profilaktyce onkologicznej ma identyfikacja czynników warunkujących jej podejmowanie. Zagadnienie to stanowi przedmiot rozważań podjętych w tym artykule. Celem opracowanego projektu badań jest określenie uwarunkowań zachowań prozdrowotnych odnoszących się do profilaktyki raka szyjki macicy, tzn. wykonywania regularnych badań cytologicznych. Pytanie badawcze, na które poszukiwano odpowiedzi, brzmi, czy kobiety o różnym stopniu zaangażowania w profilaktykę raka szyjki macicy (cytologia) różnią się między sobą w zakresie oczekiwań dotyczących: własnej skuteczności, wyników działania, zagrożenia chorobą oraz w zakresie intencji podejmowania/kontynuowania profilaktycznych badań onkologicznych.

Cel był realizowany poprzez analizę istotnych różnic w zakresie oczekiwań dotyczących zagrożenia chorobą, wyników działania oraz własnej skuteczności, a także intencji zachowania zdrowotnego pomiędzy kobietami o różnym stopniu zaangażowania w realizację profilaktycznych badań cytologicznych.

Materiał i metody

W badaniu wzięły udział 244 kobiety w wieku powyżej 45 lat. Przyporządkowano je do dwóch grup. Do grupy pierwszej, oznaczonej „C–”, włączono kobiety, które nie miały przeprowadzonego badania cytologicznego ($N = 14$) lub też wykonywały je rzadziej niż raz na 3 lata (33,6%), do grupy drugiej, „C+”, włączono kobiety, które w okresie 3 lat wykonały więcej niż jedno badanie cytologiczne (66,4%).

Strukturę badanej grupy kobiet z uwagi na zmienne socjodemograficzne i związane z profilaktyką onkologiczną przedstawiono w tab. 1.

Ponad 3/4 badanych to mieszkanki miast. Prawie 50% kobiet mieszka w miastach o średniej wielkości (od 25 tys. do 100 tys. mieszkańców). Miasta małe (do 25 tys. mieszkańców) oraz duże (powyżej 100 tys. mieszkańców) są reprezentowane przez równoliczne grupy kobiet – po 33 osoby (po 13,5%). Uczestniczki badań mieszkające na wsi stanowiły 23% grupy.

Ponad 80% badanych kobiet posiada wykształcenie przynajmniej średnie. Edukację na poziomie szkoły średniej ukończyło 33,3% kobiet, wykształcenie policealne ma 19,3%, a wykształcenie wyższe uzyskało 33,1% badanych. Najmniej liczne grupy stanowią kobiety z wykształceniem podstawowym (4,9%) oraz zasadniczym zawodowym (11,5%).

Tabela 1. Struktura badanej grupy z uwagi na wybrane zmienne socjodemograficzne i związane z profilaktyką onkologiczną
Table 1. Structure of studied group concerning chosen sociodemographic variables and variables related to oncological prevention

| Zmienna | Grupa badana | |
|---------------------------------------|--------------|------|
| | N | % |
| Miejsce zamieszkania | | |
| wieś | 56 | 23,0 |
| miasto do 25 tys. mieszkańców | 33 | 13,5 |
| miasto 25–100 tys. mieszkańców | 119 | 48,8 |
| miasto powyżej 100 tys. mieszkańców | 33 | 13,5 |
| brak danych | 3 | 1,2 |
| Wykształcenie | | |
| podstawowe | 12 | 4,9 |
| zasadnicze zawodowe | 28 | 11,5 |
| średnie | 81 | 33,2 |
| policealne | 47 | 19,3 |
| wyższe | 76 | 31,1 |
| Stan cywilny | | |
| mężatka | 176 | 72,1 |
| panna | 23 | 9,4 |
| wdowa | 20 | 8,2 |
| rozwidziona | 24 | 9,8 |
| brak danych | 1 | 0,4 |
| Choroba nowotworowa w rodzinie | | |
| tak | 113 | 46,3 |
| nie | 131 | 53,7 |
| Wizyty u lekarza ginekologa | | |
| raz na pół roku lub częściej | 36 | 14,8 |
| raz na rok | 88 | 36,1 |
| rzadziej | 118 | 48,4 |
| brak danych | 2 | 0,8 |

W kontekście analizy stanu cywilnego badanych kobiet najliczniejszą grupę stanowią mężatki (72,1%). Pozostałe osoby należą do, zbliżonych pod względem liczebności, podgrup: rozwiedzionych, panien, wdów.

Prawie połowa badanych kobiet zetknęła się z problemem różnych chorób nowotworowych wśród członków bliższej (np. mama, siostra) i dalszej (np. ciotka, wujek) rodziny.

Określając częstość wizyt u lekarza ginekologa, prawie połowa badanych przyznaje, że mają one miejsce rzadziej niż raz w roku. W badanej grupie 36% kobiet deklaruje, że odwiedza lekarza ginekologa raz w roku, a 15% podaje, że raz na pół roku, a nawet częściej pojawiają się w gabinecie lekarza ginekologa.

W badaniu wykorzystano następujące metody:

- 1) **Kwestionariusz zachowań zdrowotnych** Mariańczyk (wybrane części) do badania oczekiwań dotyczących zagrożenia chorobą nowotworową oraz wyników działania. Pomiaru zmiennej *Oczekiwanie dotyczące zagrożenia chorobą nowotworową* dokonano na podstawie odpowiedzi na pytanie: „Czy czuje się Pani zagrożona wystąpieniem choroby nowotworowej?”. Możliwe odpowiedzi to: tak, raczej tak, raczej nie, nie. Pomiaru zmiennej *Oczekiwanie dotyczące wyników działania* dokonano na podstawie ustosunkowania się kobiet wobec czterech twierdzeń dotyczących korzyści związanych z podejmowaniem zachowania prozdrowotnego, jakim jest wykonywanie profilaktycznej cytologii (mniejsze zagrożenie stanu zdrowia, poczucie spokoju o los swojej rodziny, zadowolenie z powodu dbałości o własne zdrowie, lepsze samopoczucie).
- 2) **Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności (Generalized Self-Efficacy Scale – GSES)** Schwarzera i Jerusalema do badania oczekiwań dotyczących własnej skuteczności.
- 3) **Kwestionariusz zachowań zdrowotnych** Mariańczyk (wybrane części) do badania intencji (zamiaru) podjęcia/kontynuacji zachowania zdrowotnego, w tym badań cytologicznych. Pierwszy sposób pomiaru intencji opierał się na analizie odpowiedzi na pytanie: „Czy zamierza Pani podjąć lub kontynuować wykonywanie badań profilaktycznych w kierunku raka szyjki macicy (badanie cytologiczne) i/lub w kierunku raka piersi (samobadanie piersi i badanie mammograficzne)?”. Osoby badane udzielały odpowiedzi na 4-stopniowej skali: tak, raczej tak, raczej nie, nie. Drugi ze sposobów objął aspekt treściowy intencji. Badane otrzymały macierz twierdzeń dotyczących przyczyn wykonywania lub braku realizowania profilaktycznych badań onkologicznych. Ich zadaniem było ustosunkowanie się do każ-

Tabela 2. Liczebności (N), procenty (%) oraz test χ^2 dla oczekiwań dotyczących zagrożenia chorobą nowotworową w grupach C– i C+

Table 2. Numbers (N), percentage (%) and χ^2 test for expectations concerning threat of cancer disease in C– and C+ groups

| Poczucie zagrożenia chorobą | C– | | C+ | |
|--|----|------|----|------|
| | N | % | N | % |
| nie | 14 | 17,1 | 28 | 17,3 |
| raczej nie | 42 | 51,2 | 75 | 46,3 |
| raczej tak | 19 | 23,2 | 43 | 26,5 |
| tak | 7 | 8,5 | 16 | 9,9 |
| $\chi^2 = 0,624$; df = 6; Istotność = 0,891 | | | | |

* $p \leq 0,05$

dego twierdzenia ze względu na jego ważność dla wykonywania bądź niewykonywania badań profilaktycznych.

- 4) **Arkusz personalny** do pomiaru zmiennych socjodemograficznych.

Wyniki

W myśl procesualnego modelu zachowań zdrowotnych Schwarzera [19] analizie poddano oczekiwania kobiet z grup C– i C+ w zakresie zagrożenia chorobą nowotworową, wyników działania i własnej skuteczności, a następnie intencję zachowań zdrowotnych związanych z profilaktyką onkologiczną.

Wyniki uzyskane przez grupy C– i C+ w zakresie oczekiwań dotyczących zagrożenia chorobą nowotworową przedstawiono w tab. 2.

Powyższe wyniki wskazują na brak istotnych różnic w rozkładzie zmiennej poczucia zagrożenia chorobą nowotworową w grupach C– i C+. W obu analizowanych grupach największy odsetek osób (w grupie C– ponad 51%, w grupie C+ ponad 46%) deklaruje, że raczej nie czuje się zagrożone wystąpieniem choroby nowotworowej. Taki sam odsetek osób (17%) w obu grupach deklaruje, że w ogóle nie czuje się zagrożonych wystąpieniem choroby nowotworowej. Najmniejszy odsetek osób z obu grup to te kobiety, które czują się zagrożone chorobą nowotworową.

Oczekiwanie dotyczące wyników działania oraz własnej skuteczności to kolejne zmienne, które w procesualnym modelu zachowań zdrowotnych zostały uwzględnione jako czynniki wpływające na kształtowanie się intencji zachowania zdrowotnego oraz jego realizację. Porównanie kobiet z grup C– i C+ w zakresie oczekiwań dotyczących wyników działania związanych z podejmowaniem badań profilaktycznych oraz oczekiwań dotyczących własnej skuteczności przedstawiono w tab. 3.

Tabela 3. Wyniki średnie (M), odchylenia standardowe (SD) oraz istotności różnic w zakresie oczekiwań dotyczących wyników działania oraz własnej skuteczności pomiędzy grupami C- i C+**Table 3.** Median scores (M), standard deviation (SD) and significances of differences in expectations concerning results of activity and self efficacy between group C- and C+

| Oczekiwania | C- | | C+ | | t | p |
|---|-------|------|-------|------|--------|--------|
| | M | SD | M | SD | | |
| dotyczące wyników działania | | | | | | |
| mniejsze zagrożenie stanu zdrowia | 3,46 | 0,82 | 3,73 | 0,54 | -2,710 | 0,008* |
| poczucie spokoju o los własnej rodziny | 3,28 | 0,96 | 3,60 | 0,69 | -2,673 | 0,009* |
| zadowolenie z powodu dbałości o zdrowie | 3,41 | 0,67 | 3,56 | 0,64 | -1,674 | 0,096 |
| lepsze samopoczucie | 3,52 | 0,67 | 3,61 | 0,65 | -0,972 | 0,332 |
| dotyczące własnej skuteczności | | | | | | |
| wynik GSES | 28,15 | 4,55 | 30,07 | 4,64 | -3,075 | 0,002* |

* $p \leq 0,05$ **Tabela 4.** Wyniki średnie (M), odchylenia standardowe (SD) oraz istotności różnic w zakresie zamiaru podejmowania badań profilaktycznych pomiędzy grupami C- i C+**Table 4.** Median scores (M), standard deviation (SD) and significances of differences in intention of undertaking oncological health prevention behavior between group C- and C+

| Zamiar podjęcia/kontynuowania badań profilaktycznych | C- | | C+ | | t | p |
|--|------|------|------|------|--------|--------|
| | M | SD | M | SD | | |
| cytologia | 3,29 | 0,82 | 3,86 | 0,37 | -5,923 | 0,000* |
| mammografia | 3,38 | 0,81 | 3,74 | 0,56 | -3,630 | 0,000* |
| samobadanie | 3,24 | 0,90 | 3,57 | 0,72 | -2,840 | 0,005* |

* $p \leq 0,05$

Wszystkie zaznaczone w tab. 3. wyniki działań związanych z badaniami profilaktycznymi jawią się dla porównywanych grup jako dość ważne. Na pierwszy plan wysuwają się oczekiwania „mniejszego zagrożenia stanu zdrowia” oraz „poczucia spokoju o los własnej rodziny”. W ich przypadku zanotowano różnice istotne statystycznie pomiędzy grupami C- i C+. W kontekście podejmowania badań profilaktycznych, dla kobiet z grupy dbającej o regularne wykonywanie badań cytologicznych (C+), oczekiwania w postaci „poczucia mniejszego zagrożenia stanu zdrowia” oraz „spokoju o los własnej rodziny” są istotnie ważniejsze niż dla kobiet z grupy C-.

Wyniki uzyskane w skali uogólnionej własnej skuteczności (GSES) wskazują, że kobiety z grupy poddającej się regularnym badaniom cytologicznym (C+) mają istotnie wyższe poczucie własnej skuteczności, przekładające się na częstsze podejmowanie i wytrwałą realizację działań, w stosunku do osób z grupy C-.

Zmienna o dużej wadze dla podejmowania i realizowania działań w obszarze zdrowia to intencja zachowania zdrowotnego [17, 19]. Uznawana jest za jeden z ważniejszych predyktorów działań prozdrowotnych. Wyniki, jakie uzyskały badane kobiety z grup C- i C+ w zakresie intencji podejmowania/kontynuowania profilaktycznych badań onkologicznych, przedstawiono w tab. 4.

Najsilniejszą intencję podejmowania/kontynuowania badań cytologicznych zanotowano w grupie C+, istotnie niższy wynik w grupie C-. Także w zakresie intencji podejmowania/kontynuowania pozostałych badań profilaktycznych istotnie wyższe wyniki stwierdzono w grupie kobiet, które właściwie realizują badania cytologiczne (C+). Kobiety te zatem, oprócz większego zamiaru angażowania się w profilaktykę raka szyjki macicy, mają także większą intencję podejmowania innych działań związanych z profilaktyką onkologiczną.

Aby poznać uzasadnienia dla intencji podejmowania lub niepodjęwania zachowań profilaktycznych, badane kobiety poproszono o określenie, jakie są, ich zdaniem, powody wykonywania oraz niewykonywania profilaktycznych badań onkologicznych. Uzyskane wyniki przedstawiono w tab. 5. i tab. 6.

Wyniki zaprezentowane w tabelach wskazują na istotne różnice w zakresie wskazywanych powodów wykonywania profilaktycznych badań onkologicznych przez kobiety z grup C- i C+. Kobiety z grupy C+, regularnie realizujące badania cytologiczne, istotnie częściej wskazywały na: kontrolę stanu zdrowia, obecność w rodzinie chorób nowotworowych oraz odpowiedzialność za osoby bliskie jako powody motywujące do wykonywania badań profilaktycznych.

Tabela 5. Wyniki średnie (M), odchylenia standardowe (SD) oraz istotności różnic w zakresie powodów podejmowania badań profilaktycznych pomiędzy grupami C– i C+

Table 5. Median scores (M), standard deviation (SD) and significances of differences in reasons of undertaking oncological health prevention behaviour between group C– and C+

| Powody wykonywania badań profilaktycznych | C– | | C+ | | t | p |
|---|------|------|------|------|--------|--------|
| | M | SD | M | SD | | |
| chęć zabezpieczenia się przed chorobą | 3,61 | 0,73 | 3,73 | 0,59 | -1,339 | 0,183 |
| kontrola stanu zdrowia | 3,45 | 0,79 | 3,69 | 0,58 | -2,378 | 0,019* |
| troska o swoje zdrowie | 3,70 | 0,54 | 3,68 | 0,58 | 0,211 | 0,833 |
| łatwy dostęp do badań profilaktycznych | 2,73 | 0,89 | 2,83 | 0,94 | -0,812 | 0,418 |
| motywacja ze strony rodziny | 2,57 | 0,94 | 2,58 | 1,08 | -0,053 | 0,958 |
| dyspozycyjność czasowa | 2,37 | 0,92 | 2,37 | 1,02 | -0,034 | 0,973 |
| możliwości finansowe | 2,27 | 0,99 | 2,40 | 1,04 | -0,912 | 0,363 |
| choroba nowotworowa w rodzinie | 2,35 | 1,20 | 2,79 | 1,18 | -2,719 | 0,007* |
| zalecenie lekarza | 3,04 | 1,06 | 3,28 | 0,96 | -1,833 | 0,068 |
| odpowiedzialność za osoby bliskie | 3,17 | 0,87 | 3,53 | 0,71 | -3,469 | 0,001* |
| obawa przed zachorowaniem | 3,48 | 0,79 | 3,66 | 0,65 | -1,829 | 0,070 |

* $p \leq 0,05$

Tabela 6. Wyniki średnie (M), odchylenia standardowe (SD) oraz istotności różnic w zakresie powodów niepodjęcia badań profilaktycznych pomiędzy grupami C– i C+

Table 6. Median scores (M), standard deviation (SD) and significant differences in reasons of not undertaking oncological health prevention behaviour between group C– and C+

| Powody niewykonywania badań profilaktycznych | C– | | C+ | | t | p |
|---|------|------|------|------|--------|--------|
| | M | SD | M | SD | | |
| poczucie, że nigdy się nie zachoruje na chorobę nowotworową | 2,68 | 0,99 | 2,79 | 1,01 | -0,790 | 0,430 |
| skrępowanie, niechęć do wykonywania takich badań | 3,23 | 0,79 | 3,14 | 0,92 | 0,755 | 0,451 |
| brak dbałości o własne zdrowie | 3,07 | 0,87 | 3,07 | 0,99 | 0,041 | 0,967 |
| lęk przed negatywnymi wynikami | 3,35 | 0,79 | 3,30 | 0,87 | 0,501 | 0,617 |
| brak czasu na troskę o własne zdrowie | 2,98 | 1,05 | 2,93 | 0,94 | 0,375 | 0,708 |
| brak chorób nowotworowych w rodzinie | 2,87 | 1,07 | 2,96 | 0,96 | -0,671 | 0,503 |
| brak możliwości finansowych | 2,54 | 0,98 | 2,64 | 1,00 | -0,735 | 0,463 |
| brak wiedzy o miejscach, w których robi się badania | 2,54 | 1,01 | 2,48 | 0,99 | 0,408 | 0,684 |
| brak wiedzy o konieczności i istocie profilaktyki chorób onkologicznych | 2,61 | 0,95 | 2,67 | 1,06 | -0,409 | 0,683 |
| przekonanie o nieuchronności przeznaczenia, np. „Jeżeli mam zachorować, to i tak zachoruję” | 2,93 | 0,97 | 2,56 | 1,11 | 2,646 | 0,009* |

* $p \leq 0,05$

Analiza porównawcza wykazała istotne różnice pomiędzy grupami C– i C+ w kontekście przekonania o nieuchronności przeznaczenia. Na ten powód, jako utrudniający realizowanie profilaktyki onkologicznej, istotnie częściej wskazywały kobiety niewykonyjące regularnych badań cytologicznych. Obie grupy (tu nie odnotowano istotnych statystycznie różnic) najczęściej wskazywały na następujące czynniki przyczyniające się do rezygnacji i niepodjęcia badań profilaktycznych: lęk przed negatywnymi wynikami, skrępowanie i niechęć do tego typu badań oraz brak dbałości o własne zdrowie.

Dyskusja

Procesualny model zachowań zdrowotnych Schwarzera wskazuje na czynniki wpływające na kształtowanie intencji zachowania zdrowotnego oraz na rzeczywiste jego podjęcie. Opierając się na tym modelu, w rozważanym obszarze profilaktyki onkologicznej dotyczącej raka szyjki macicy skoncentrowano się na analizie oczekiwań dotyczących zagrożenia chorobą nowotworową, wyników działania oraz własnej skuteczności. Dokonano także oceny intencji podejmowanych zachowań zdrowotnych w obszarze profilaktyki onkologicznej.

W literaturze dość powszechne jest twierdzenie, że powstaniu intencji zachowania zdrowotnego sprzyja obecność poczucia zagrożenia na umiarkowanym poziomie [19]. Zarówno zbyt niskie, jak i zbyt wysokie poczucie zagrożenia ocenia się jako utrudniające budowanie intencji. W celu poznania oczekiwań dotyczących zagrożenia zadano badanym kobietom pytanie, czy czują się zagrożone wystąpieniem choroby nowotworowej. Procentowy rozkład odpowiedzi udzielonych przez grupy C- i C+ pokazuje, że w obydwu porównywanych grupach najczęściej wskazywano odpowiedź „raczej nie”. W dalszej kolejności „raczej tak”, „nie”, „tak” (tab. 2.). Można zaobserwować podobieństwo odpowiedzi w obu grupach kobiet i nie odnotowuje się istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupami. Rezultaty uzyskane w badaniach własnych można porównać z uzyskanymi w badaniu za pomocą skriningu cytologicznego, w których wzięły udział 1392 holenderskie kobiety. Wynika z nich, że małe poczucie zagrożenia wystąpieniem raka szyjki macicy stanowi zmienną współwystępującą z rezygnacją z korzystania z tego rodzaju badań [21]. Analizując oczekiwania dotyczące wyników działania, dokonano próby treściowego ujęcia tych oczekiwań w kontekście profilaktyki chorób nowotworowych. Różnicującymi w sposób istotny statystycznie okazały się stwierdzenia wyrażające następujące oczekiwania: mniejsze zagrożenie stanu zdrowia oraz poczucie spokoju o los własnej rodziny. Okazały się one znaczącymi wyznacznikami działań kobiet, które podejmują profilaktykę raka szyjki macicy. Można uznać, że dzięki podejmowaniu działań profilaktycznych mają one poczucie mniejszego zagrożenia zdrowia oraz uzyskania pewnego rodzaju kontroli związanej ze świadomością własnego ciała i stanu zdrowia. Drugą ważną cechą oczekiwań dotyczących wyników działania jest poczucie spokoju o los własnej rodziny. To oczekiwanie także w sposób istotny statystycznie różnicuje grupy C- i C+ (tab. 3.). Wydaje się, że oczekiwanie to jako motywujące do podejmowania profilaktyki jest także związane z poczuciem kontroli osobistej sytuacji, które ma związek z sytuacją życiową całej rodziny. Jako ostatnie w grupie oczekiwań analizowane było oczekiwanie dotyczące własnej skuteczności. Zmienna ta jest często uwzględniana w kontekście badań nad zachowaniami zdrowotnymi [22–25], a uzyskane w referowanych badaniach wyniki potwierdzają jej wagę w odniesieniu do zaangażowania w wykonywanie badań cytologicznych przez kobiety powyżej 45. roku życia. Pomiędzy porównywanymi grupami C- i C+ istnieją w tym zakresie istotne statystycznie różnice. Wyższe wyniki w zakresie poczucia własnej skuteczności uzyskują kobiety podejmujące właściwą profilaktykę raka szyjki maci-

cy (tab. 3.), co oznacza że od poziomu poczucia własnej skuteczności w dużej mierze zależy to, jak duży wysiłek osoba wkłada w realizację danej czynności i czy w swoim postępowaniu jest wytrwała [26]. Wszystkie zmienne dotyczące oczekiwań łączą się z potrzebą sprawowania osobistej kontroli w ochronie własnego stanu zdrowia [27, 28]. Obok nich, jako bardzo ważną, dla podjęcia i kontynuowania aktywności prozdrowotnej wymienia się intencję zachowania zdrowotnego [5, 19, 29, 30]. Porównanie wyników uzyskanych przez grupy C- i C+ potwierdzają to stanowisko. Kobiety z grupy C+ istotnie różnią się od tych z grupy C- w zamiarze wykonywania cytologii, a także pozostałych badań profilaktycznych (mammografia i samobadanie piersi), tzn. kobiety z grupy zaangażowanej w profilaktykę raka szyjki macicy (C+) wyrażają silniejszą intencję wykonywania badań w kierunku raka piersi i raka szyjki macicy (tab. 4.). Wynik ten jest zgodny z rezultatami szeroko zakrojonych badań holenderskich [21], z których wynika, że kobiety niewykonyjące badań cytologicznych deklarują istotnie mniejszy zamiar podjęcia ich w przyszłości, w porównaniu z tymi, które to zachowanie już realizują. Starając się dokonać bardziej szczegółowej analizy intencji omawianego zachowania prozdrowotnego, uwzględniono także treściowy aspekt intencji. Rozważano, opierając się na literaturze przedmiotu, bariery oraz czynniki sprzyjające zaangażowaniu w regularne wykonywanie cytologii [28, 31]. Analiza pytań o powody braku realizacji badań profilaktycznych (tab. 7.) ujawnia, że wyższy poziom przekonania kobiet z grupy C- (w porównaniu z kobietami z grupy C+) o nieuchronności przeznaczenia (jeżeli mam zachorować, to i tak zachoruję), jest istotnie częściej wskazywany jako powód blokujący realizowanie badań. Natomiast wśród powodów podejmowania badań takie zachowania, jak: „kontrola stanu zdrowia”, „obecność w rodzinie chorób nowotworowych” oraz „odpowiedzialność za osoby bliskie (dzieci, rodzinę)”, okazały się istotnie częściej wymieniane przez kobiety z grupy C+ w porównaniu z kobietami z grupy C- (tab. 6.). Chęć kontroli stanu zdrowia wydaje się silnie korespondować z wyższym wynikiem uzyskanym przez kobiety z grupy C+ w zakresie poczucia własnej skuteczności (tab. 3). Ponadto w literaturze podkreślana jest prawidłowość, że wystąpienie choroby nowotworowej u kogoś z bliskiej rodziny działa jako czynnik motywujący do skontrolowania własnego stanu zdrowia [32]. Doświadczenie w sposób pośredni, czym jest choroba nowotworowa, z jakimi przeżyciami wiąże się dla chorego i jego otoczenia, może zatem powodować mobilizację do zwrócenia uwagi na zdrowie i jego kontrolę. „Odpowiedzialność za osoby bliskie (dzieci, rodzinę)” to także czynnik, który istotnie czę-

ściej w grupie C+ jest wskazywany jako przyczyniający się do większej dbałości o profilaktykę. Szczególnie ważnym motywatorem do działania w zakresie profilaktyki onkologicznej kobiet był ich kontekst rodzinny, określany jako dbałość o „poczucie spokoju o los własnej rodziny” (tab. 3.). Odpowiedzialność za swoje zdrowie w odniesieniu do rodziny i najbliższych osób wskazuje na rodzaj motywacji, która wzmacnia aktywność w działaniach profilaktycznych.

Wnioski

Profilaktyka onkologiczna to ważny dział nauk medycznych, ale również związanych z psychospołecznym funkcjonowaniem człowieka. Okazuje się bowiem, że można wskazać na czynniki o charakterze psychologicznym, poznawczym, które mają związek z właściwym zaangażowaniem w realizację tego typu profilaktyki. Dokonując refleksji nad uzyskanymi w badaniu wynikami, można stwierdzić, że na zachowanie zdrowotne, jakim jest wykonywanie profilaktycznej cytologii, wpływają czynniki o charakterze psychologicznym, tj. oczekiwania oraz intencja zachowania zdrowotnego. W świetle przedstawionych danych staje się jasne, że sama dostępność do badań nie będzie gwarantowała uczestnictwa w nich. W formowaniu motywacji prozdrowotnej kobiet w wieku powyżej 45 lat ważne jest zwrócenie uwagi na zmienne, które wzbudzają i wzmacniają intencję zachowania zdrowotnego, w tym czynniki związane z rodziną oraz z własną skutecznością. Z pewnością zaangażowaniu w regularne wykonywanie cytologii będzie sprzyjało wzmacnianie poczucia własnej skuteczności. Osoby, które są przekonane, że mają wystarczające kompetencje, by podjąć działanie i w nim wytrwać, angażują się w profilaktykę – wymagającą podtrzymywania zamiaru przez długi czas, mimo że nie przynoszą one bezpośrednich, widocznych korzyści. Wytrwałość kobiet opiera się na poczuciu własnej skuteczności, samodzielności, przekonaniu o własnych umiejętnościach podtrzymywania podjętych działań. Dodatkowym czynnikiem, jakiego nie sposób pominąć, jest kontekst rodziny – który ujawnił się jako ważny dla podejmowania profilaktyki onkologicznej. Poczucie spokoju o los własnej rodziny okazało się ważnym elementem budującym motywację do realizacji badań. Jest to jeden z czynników, który uzyskał status „korzyści” wynikającej z przeprowadzania badań. Wydaje się zasadne poszukiwanie i wskazywanie coraz większej liczby korzyści wynikających z zaangażowania w profilaktykę raka szyjki macicy.

Uzyskane wyniki badań mogą być pomocne w doborze sposobów motywowania i zachęcania

kobiet do realizacji profilaktycznych badań onkologicznych. Wiedza ta może być ważna dla personelu medycznego, który ma bezpośredni kontakt z kobietami w placówkach służby zdrowia. Może zostać także wykorzystana do projektowania kampanii o charakterze promocji zdrowia, związanych z wykonywaniem przez kobiety profilaktycznych badań onkologicznych czy też w budowaniu programów szkoleniowych związanych z ochroną zdrowia dla kobiet po 45. roku życia.

Piśmiennictwo

1. Latański M. Zdrowie publiczne a medycyna społeczna. W: Kulik TB, Wrońska I (red.). Zdrowie w medycynie i naukach społecznych. Oficyna Wydawnicza Fundacji Uniwersyteckiej, Stalowa Wola 2000; 57-66.
2. Vulmiri SV, Digiovanni J. Karcynogeneza. W: Pawłega J (red. pol.). Podręcznik onkologii klinicznej. Wydawnictwo Przegląd Lekarski, Kraków 2001; 21-46.
3. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w sprawie diagnostyki, profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy. Źródło dostępne: <http://www.forumginekologiczne.pl/drukuj/artukul/200> pobrano: marzec 2011
4. Jacenik B. Strategie dla zdrowia. Kształtowanie zachowań zdrowotnych przez środowisko. WIZJA PRESS & IT, Warszawa 2008.
5. Sęk H. Zdrowie behawioralne. W: Strelau J (red.). Psychologia. Tom 3. GWP, Gdańsk 2000; 533-553.
6. Dolińska-Zygmunt G. Behawioralne wyznaczniki zdrowia – zachowania zdrowotne. W: Dolińska-Zygmunt G (red.). Podstawy psychologii zdrowia. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001; 33-70.
7. Heszen-Klemens I. Psychologia medyczna. Główne kierunki badań. Uniwersytet Śląski, Katowice 1983.
8. Puchalski K. Zachowania związane ze zdrowiem jako przedmiot nauk socjologicznych. Uwagi wokół pojęcia. W: Gniazdowski A (red.). Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego. Instytut Medycyny Pracy im. prof. dr med. Jerzego Nofera, Łódź 1990; 23-57.
9. Sloan DA. Badania przesiewowe (skrining) i wczesne wykrywanie. W: Pawłega J (red. pol.). Podręcznik onkologii klinicznej. Wydawnictwo Przegląd Lekarski, Kraków 2001; 177-191.
10. Zieliński J, Krzakowski M. Nowotwory złośliwe narządu płciowego kobiety. W: Krzakowski M (red.). Onkologia kliniczna. Tom 2. Wydawnictwo Medyczne Borgis, Warszawa 2006; 943-999.
11. Didkowska J, Wojciechowska U, Zatoński W. Nowotwory szyjki macicy w Polsce – bilans otwarcia perspektywy. *Gin Pol* 2006; 77: 660-666.
12. Kozakiewicz B. Nowotwory złośliwe narządu rodowego. W: Kułakowski A, Skowrońska-Gardas A (red.). Onkologia – podręcznik dla studentów medycyny. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2003; 182-204.
13. Zieliński J, Krzakowski M. Nowotwory złośliwe narządu płciowego kobiety. W: Krzakowski M (red.). Onkologia kliniczna. Tom 2. Wydawnictwo Medyczne Borgis, Warszawa 2001; 140-193.
14. Markowska J. Epidemiologia i etiopatogeneza raka szyjki macicy. W: Markowska J (red.). Onkologia ginekologiczna. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2002; 410-418.
15. Jassem J. Rak piersi. W: Krzakowski M, Herman K, Jassem J, Jędrzejczak W, Kowalczyk JR, Podolak-Dawidziak M, Reinfuss M (red.). Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych – 2009 r. część I. *Via Medica*, Gdańsk 2009; 185-230.
16. Zieliński J. Czy w Polsce można zmniejszyć śmiertelność z powodu raka szyjki macicy. *Kolposkopia* 2001; 1: 49-57.

17. Ziarko M. Zachowania zdrowotne młodych dorosłych – uwarunkowania psychologiczne. Bogucki Wydawnictwo Naukowe, Poznań 2006.
18. Sęk H. Wprowadzenie do psychologii klinicznej. Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2007.
19. Schwarzer R. Poczucie własnej skuteczności w podejmowaniu i kontynuacji zachowań zdrowotnych. Dotychczasowe podejścia teoretyczne i mowy model. W: Heszen-Niejodek I, Sęk H (red.). Psychologia zdrowia. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1997; 175-205.
20. Łuszczynska A. Zmiana zachowań zdrowotnych. Dlaczego dobre chęci nie wystarczają. GWP, Gdańsk 2004.
21. Tacken MAJB, Braspenning JCC, Hermens RPMG, Spreuuenberg PMM, van den Hoogen HJM, de Bakker DH, Groenewegen PP, Grol RPTM. Uptake of cervical cancer screening in the Netherlands is mainly influenced by women's beliefs about the screening and by the inviting organization. *Eur J Public Health* 2007; 17: 178-185.
22. Juczyński Z, Ogińska-Bulik N. Osobowość, stres a zdrowie. Wydawnictwo Difin, Warszawa 2008.
23. Strecher VJ, McEvoy DeVellis B, Becker MH, Rosenstock IM. The Role of Self-Efficacy in Achieving Health Behavior Change. *Health Education & Behavior* 1986; 13: 73-92.
24. Nothwehr F. Self-Efficacy and Its Association With Use of Diet-Related Behavioral Strategies and Reported Dietary Intake. *Health Education & Behavior* 2008; 35: 698-706.
25. Schwarzer R. Social-Cognitive Factors in Changing Health-Related Behaviors. *Current Directions in Psychological Science* 2001; 10: 47-51.
26. Juczyński Z. Poczucie własnej skuteczności jako wyznacznik zachowań zdrowotnych. *Promocja zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna* 1998; 14: 54-63.
27. Chojnacka-Szawłowska G, Majkovicz M. Jakość życia kobiet leczonych z powodu nowotworu złośliwego narządów rodnych. W: de Walden-Gałuszko K, Majkovicz M (red.). Jakość życia w chorobie nowotworowej. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1994; 113-119.
28. Agurto I, Bishop A, Sánchez G, Betancourt Z, Robles S. Perceived barriers and benefits to cervical cancer screening in Latin America. *Preventive Medicine* 2004; 39: 91-98.
29. Heszen I, Sęk H. Psychologia zdrowia. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
30. Schwarzer R. Self-regulatory processes in the adoption and maintenance of health behaviors: The role of optimism, goals, and threats. *J Health Psychol* 1999; 4: 115-127.
31. Waller J, Bartoszek M, Marlow L, Wardle J. Barriers to cervical cancer screening attendance in England: a population-based survey. *Journal of Medical Screening* 2009; 16: 199-204.
32. Cohen M. Breast cancer early detection, health beliefs, and cancer worries in randomly selected women with and without a family history of breast cancer. *Psychooncology* 2006; 15: 873-883.