

Wydział Filozofii i Socjologii UMCS

STANISŁAW TOKARSKI

*Postawy mieszkańców wsi wobec choroby nowotworowej,  
ze szczególnym uwzględnieniem kobiet województwa radomskiego*

---

The attitudes of rural residents towards neoplastic diseases,  
with a particular emphasis on women in the Radom province

WSTĘP

W okresie ostatniego stulecia w następstwie rozwoju wiedzy medycznej, poznania zasad profilaktyki, postępu metod diagnostyki i leczenia zmienia się struktura zachorowalności w Polsce. Postęp medycyny, w tym szczepienia ochronne, poprawa warunków sanitarno-higienicznych, wzrost świadomości zdrowotnej spowodowały spadek umieralności wskutek chorób zakaźnych, główną zaś przyczyną umieralności stały się choroby przewlekłe, wynikające ze starzenia się organizmu lub będące wynikiem stylu życia i skażenia środowiska naturalnego<sup>1</sup>.

W gradacji przyczynowości zgonów dominują choroby układu krążenia, nowotwory oraz urazy, wypadki i zatrucia, powodujące łącznie prawie 80 % ogółu zgonów. Z badań demografów i epidemiologów wynika, że obok wymienionych czynników ryzyka, podstawową przyczyną takiego obrazu chorób i ich natężenia jest niekorzystna struktura wiekowa ludności.

W Polsce odsetki zgonów mężczyzn spowodowanych nowotworami złośliwymi wzrosły z 11,9% w r. 1960 do 20,1% w r. 1989. W populacji kobiet wzrost odsetka zgonów z powodu nowotworów był niższy i uległ czasowo pewnej stabilizacji – 13,8% w r. 1960, 17,4% w r. 1970, 17,2% w r. 1989.

---

<sup>1</sup> M. Spaczyński, *Onkologia ginekologiczna*, Wrocław 1997; *Sytuacja demograficzna w Polsce w 1995. Raport Rządowej Komisji Ludnościowej*, Warszawa 1996, s. 49; Z. Wronkowski i wsp., *Epidemiologia nowotworów w Polsce*, „Medycyna 2000”, 45–46 (V), s. 5; W. Zatoński i wsp., *Nowotwory złośliwe w Polsce*, Warszawa 1993.

Standaryzowany według wieku współczynnik umieralności mężczyzn w okresie 1965–1990 wzrósł ze 143,7 do 204,2, w populacji kobiet wartość współczynnika jest bardziej stabilna – odpowiednio 105,8 i 107,4 na 10 tysięcy. Najwyższy poziom standaryzowanej umieralności spowodowanej chorobami nowotworowymi występuje w województwach: śląskim, gdańskim, toruńskim, szczecińskim, koszalińskim, elbląskim i katowickim<sup>2</sup>. Województwo radomskie, podobnie jak lubelskie znalazło się w grupie województw poniżej średniego poziomu dla kraju.

#### TYPOLOGIA POSTAW

Postawa jest pojęciem, które do analiz socjologicznych wprowadzili po raz pierwszy w 1918 r. W. I. Thomas i F. Znaniecki. Oznaczała ona stan umysłu jednostki wobec pewnych wartości społecznych<sup>3</sup>.

W socjologii i psychologii społecznej pojawiło się wiele definicji terminu „postawa”. Większość z nich akcentuje stosunek nosiciela postawy do jej przedmiotu. Postawa jest zatem gotowością jednostki do reagowania w określony sposób na odpowiednie obiekty, jakimi mogą być zarówno przedmioty materialne, jak i idee.

Każda postawa składa się z trzech elementów:

– poznawczego, na który składają się wiadomości o jej przedmiocie, przekonania, przypuszczenia lub zwątpienia (wiem, że na raka umierają ludzie, przypuszczam, że mnie to nie dotyczy, wątpię, żebym przeżył leczenie). Najważniejsze z tych składników są przekonania. Przekonanie jest intelektualnym stanem pewności o realności lub złudności jakiegoś przedmiotu lub zjawiska.

– emocjonalnego, które tworzą uczucia wyższe: radość, miłość, szacunek oraz ich przeciwieństwa. Uczuciowy element postawy obejmuje doznania moralne, estetyczne, społeczne i in., które zwykle jednostka przejawia w określonych sytuacjach. Ściśle z nimi zazębiają się motywy, czyli pragnienia, dążenia, aspiracje i życzenia, odzwierciedlające psychospołeczne potrzeby człowieka. Proste emocje i motywy wynikające z potrzeb biologicznych nie mają większego znaczenia w postawach.

– behawiorystycznego, tj. czynności zorganizowanych i ukierunkowanych na konkretny cel, jakim na przykład w przypadkach wystąpienia choroby jest powrót do zdrowia. Ten element jest istotny, umożliwia bowiem diagnozowanie i podział postaw na werbalne i niewerbalne, zwane też motorycznymi.

Typową formą reakcji werbalnych i manifestacją postaw są opinie, których nie należy utożsamiać z przekonaniami, gdyż opinie nie zawsze je wyrażają, będąc często przypuszczeniami, powątpieniami i przewidywaniami.

<sup>2</sup> W. Zatoński, J. Tyczyński, *Nowotwory złośliwe w Polsce 1994*, Warszawa 1997.

<sup>3</sup> S. Kosiński, *Socjologia ogólna. Zagadnienia podstawowe*, Warszawa 1987.

W każdej postawie zaznaczają się dwie strony: wewnętrzna i zewnętrzna. Pierwsza z nich jest uświadamiana i poddana introspekcji. Druga zaś jest dostępna poznaniu obiektywnemu, ekstraspektywnemu.

Wszystkie postawy cechują: treść przedmiotowa, zakres, kierunek, siła, złożoność, zwartość i trwałość.

Treść przedmiotowa wskazuje, czego postawa dotyczy. W przypadku postaw wobec zdrowia i choroby treścią jest zdrowie i choroba.

Zakres postawy informuje o liczebności jej przedmiotów. Określona postawa może występować wobec jednej lub wielu różnych chorób.

Kierunek postawy to uszeregowanie postaw od zdecydowanie pozytywnych przez obojętne do zdecydowanie negatywnych. Silniejsze od postaw umiarkowanych są postawy krańcowo zdecydowane, pozytywne bądź negatywne.

Złożoność i zwartość to cechy postaw ściśle związane z elementem poznawczym, emocjonalnym i behawioralnym.

Trwałość to cecha postawy, która z czasem ulega zmianom.

Choroba stymuluje zachowanie człowieka. Dla sporej liczby ludzi stanowi swego rodzaju wyzwanie, jako jedna z wielu trudnych sytuacji życiowych, dostosowując się w sposób elastyczny do jej przewyciężenia. Innym rodzajem postawy do choroby jest pojmowanie jej jako kary, słusznej lub niesprawiedliwej. Jeżeli uznaje się ją jako zasłużoną, wówczas wyzwała postawę bierną, a nawet akceptującą. Gdy zaś uznaje się chorobę jako niezasłużoną karę, wówczas chory popada w depresję, wpływając demobilizująco na proces leczenia. Choroba traktowana jako „wróg” zwalczana bywa dostępnymi środkami w celu zmniejszenia napięcia wynikającego z poczucia zagrożenia. Czasami choroba przyjmowana jest jako ulga, pomagająca w uwolnieniu się od trudnych problemów. Ucieczka w „chorobę” bywa wykorzystywana do zwolnienia się z normalnych obowiązków rodzinnych bądź zawodowych.

Zachowania w roli chorego zależne są od rodzaju choroby. Odmienne będą kształtowały się w przypadku grypy, złamania kończyny i odmiennie w przypadku zawału serca lub nowotworu. W znacznej bowiem mierze zależne to jest od stanów emocjonalnych i reakcji w postaci lęku, poczucia zagrożenia, apatii.

S. Greer skategoryzował następująco postawy kobiet wobec choroby nowotworowej:

– fatalizm, zwany stoicką akceptacją. Występuje on najczęściej wśród kobiet chorych na nowotwór. Uznając zagrożenie życia, akceptują los, nie okazując emocjonalnego stresu;

– pozytywne unikanie, wyraża się „lekceważeniem” groźby wynikającej z choroby;

– bezradność i beznadziejność, tj. postawa pasywna. Chory jakkolwiek godzi się na leczenie, to zazwyczaj nie przejawia samodzielnej inicjatywy w walce z chorobą;

- postawa „walczącego ducha” skłania chorego do przyjęcia wyzwania. Chory w zakresie leczenia szuka terapii komplementarnej;
- niespokojna troska polega na samowyjaśnianiu. Pacjenci, będący nawet w stanie remisji, interpretują każdą zmianę fizyczną jako sygnał nawrotu choroby<sup>4</sup>.

#### POSTAWY LUDNOŚCI WOBEC CHOROBY

W wyniku narastania częstości występowania chorób przewlekłych oraz rozwoju medycyny psychosomatycznej, gerontologii czy medycyny pracy, choroba przestała być traktowana wyłącznie jako zjawisko biologiczne, zmieniając tym samym i rozszerzając dotychczas czysto biologiczne zainteresowanie człowiekiem na sferę jego psychospołecznego funkcjonowania.

Do niedawna panowało powszechne przekonanie, że zdrowie społeczeństwa zależy przede wszystkim od efektywności opieki medycznej. Obecnie coraz częściej przyjmuje się założenie, iż zdrowie każdego z nas zależy od nas samych. Przesuwa się zatem ciężar odpowiedzialności za zdrowie z państwa i instytucji medycznych na ludzi w wymiarze jednostkowym.

Zmieniają się również interakcje lekarza z pacjentem, wynikające nie tyle z większej aktywności przedstawicieli zawodów medycznych bądź wyższej świadomości zdrowotnej społeczeństwa, ile ze zrozumienia przez lekarzy faktu, iż dominujące i przewlekłe choroby wymagają wzajemnej akceptacji i współdziałania lekarza z pacjentem.

W wyniku przeobrażeń społecznych w II połowie XX w. uległa zmianie nie tylko struktura zachorowań, lecz także zmieniają się potrzeby i oczekiwania pacjentów.

Współczesny pacjent posiada często znaczny zasób wiedzy na temat różnych chorób, a głównie własnej choroby, szczególnie jeżeli jest to choroba przewlekła. Znaczącą rolę w podnoszeniu wiedzy zdrowotnej odgrywają środki masowego przekazu. Niewielu jest obecnie chorych, którzy z pokorą wysłuchują zaleceń lekarza jako autorytetu. Coraz częściej pacjent domaga się partnerskiej dyskusji z lekarzem na temat własnej choroby, metod leczenia i oczekiwanych rezultatów<sup>5</sup>.

W zasadzie wszyscy chorzy powinni być traktowani w analogiczny sposób, należy jednakże uwzględniać środowiskowe wyznaczniki postaw i zachowań.

Rozważając postawy człowieka wobec choroby, szczególnie typu przewlekłego, należy uwzględnić definicję zdrowia sformułowaną przez WHO, która wykracza poza obszar tradycyjnej medycyny.

<sup>4</sup> J. Barraclough, *Cancer and emotion. A practical Guide to psychooncology*, [b.m.w.] 1994.

<sup>5</sup> G. Chojnacka-Szawłowska, G. Krzykowski, *Niektóre psychologiczne i społeczne uwarunkowania obrazu chorób nowotworowych*, „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna” IV, 1997, 10–11, s. 75.

Według Parsonsa, człowiek jest w pełni zdrowy, jeżeli jest zdolny do wykonywania zadań, które sam sobie wyznacza lub które są mu społecznie narzucane, np. obowiązki w rodzinie, grupie zawodowej lub innych grupach nieformalnych oraz wykazuje się umiejętnościami związanymi z pełnieniem tych ról.

Dubois twierdzi, że „zdrowie to także zespół cech pozytywnych pozwalających człowiekowi na wykorzystywanie wszelkich możliwości twórczych oraz osiągnięcie siły i szczęścia”.

Ważna jest ponadto subiektywna ocena stanu zdrowia, niezależna od diagnoz stawianych przez lekarzy, ponieważ często ma wpływ na podejmowane decyzje terapeutyczne i może być wskaźnikiem nieobserwowanych potrzeb medycznych.

Nieprawidłowe funkcjonowanie organizmu w przypadku choroby wywołuje zachowania, których następstwem może być zaburzenie lub niemożność wywiązania się z realizacji swoich zadań społecznych.

W sensie subiektywnym choroba, jako wyraz samooceny jednostki, powoduje zwykle zmianę jej zachowań. Wiele chorób stwierdzonych później w sensie obiektywnym objawia się początkowo tylko dolegliwościami subiektywnymi.

Prawidłowa komunikacja między lekarzem a pacjentem i ich wzajemne interakcje w procesie leczenia wymagają, by lekarz wiedział, w jaki sposób pacjent ocenia własną sytuację życiową uwarunkowaną stanem zdrowia.

Postawy wobec choroby w znacznym stopniu uzależnione są od:

- rodzaju choroby,
- czasu trwania,
- zakresu i wyleczalności
- stopnia sprawności,
- potencjalnej degradacji społecznej.

Osoba przewlekłe chora niejednokrotnie zmuszona jest do zmiany normalnego zachowania. Badania socjomedyczne wykazują znaczne różnicowanie zachowań w czasie choroby. Z badań m.in. Z. Butrym wynika, że badani mieszkańcy wsi określili zdrowie w wymiarze socjomedycznym nie tylko jako dobrą pracę organizmu, bez potrzeby kontaktu z lekarzem, natomiast chorobę jako stan przewlekłe występujących dolegliwości.

Wyeksponowanie czasu jako atrybutu choroby posiada przełożenie praktyczne na wiele obserwowanych zachowań ludzi. Jeżeli stan niedomagania trwa krótko, rzadko traktowany jest jako choroba.

Większość mieszkańców wsi zaspokaja potrzeby zdrowotne poprzez samolecznictwo, które ich zdaniem, jest tańsze i łatwiej dostępne<sup>6</sup>.

W wymiarze subiektywnym dla mieszkańców wsi atrybutem zdrowia jest młodość, a choroby – starość. Człowiek zdrowy to jednostka wykonująca czynno-

---

<sup>6</sup> Z. Kawczyńska-Butrym, *Pojęcia: zdrowie i choroba w poglądach mieszkańców wsi*, „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna” IV, 1997, 10–11, s. 65.

ści codziennego życia i samoobsługi, chory natomiast to człowiek mało sprawny, oczekujący na pomoc osób trzecich.

W świadomości większości ludzi zdrowie jest dobrem pożądanym, niezbędnym do realizacji pozytywnych celów. Jest zatem dobrem sytuowanym na jednym z pierwszych miejsc w gradacji innych poświadanych wartości.

Oceniając znaczenie zdrowia przez pryzmat stylu życia i postaw wobec zdrowia, w wielu przypadkach można zaobserwować, że postępowanie ludzi jest zaprzeczeniem traktowania zdrowia jako wartości nadrzędnej.

Sposób traktowania zdrowia zmienia się zwykle w sytuacjach jego zagrożenia lub utraty. Następuje wtedy uświadomienie sobie wartości zdrowia, które staje się dla wielu wartością autoteliczną. Część jednak chorych, u których dążenie do zdrowia nie jest przymusem wewnętrznym, stawia w hierarchii wartości inne potrzeby, stąd wynikają u nich inne postawy.

W rozumieniu zdrowia jako wartości wśród mieszkańców wsi wciąż duże znaczenie posiadają elementy religijne i mistyczno-magiczne. Zdrowie jest „darem od Boga”. Źródło zdrowia istnieje poza człowiekiem i od niego nie zależy. Choroba natomiast jest karą od Boga, złem, które dotyka człowieka i na które nie ma on wpływu.

#### POSTAWY KOBIET WIEJSKICH RADOMSZZCZYNY WOBEC CHOROBY NOWOTWOROWEJ

Analizy porównawcze stanu zdrowia ludności wsi i miast wskazują na wiele niekorzystnych dla mieszkańców wsi parametrów zdrowia.

Czynnikami warunkującymi tę negatywną sytuację są m.in. niekorzystne warunki socjoekonomiczne, niższy standard sanitarno-higieniczny, mniejsze możliwości dostępu do świadczeń medycznych, a ponadto niższa świadomość zdrowotna.

Industrializacja, urbanizacja, migracje, przemiany w zakresie oświaty czy oddziaływanie środków masowego przekazu nie doprowadziły do zasadniczych zmian we wzorach zachowań ludności wiejskiej wobec choroby.

W dekadzie lat osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych wyraźnie wzrosła na wsi zachorowalność spowodowana nowotworami.

Z badania socjomedycznego przeprowadzonego w 1997 roku wśród 300 kobiet wiejskich woj. radomskiego leczonych z powodu choroby nowotworowej żeńskiego narządu rodnego wyłania się wiele cech, statystycznie istotnych, kształtujących postawy wobec własnej choroby.

Stwierdzono powiązanie cech społeczno-demograficznych badanej populacji, w szczególności wieku, poziomu wykształcenia, zawodu, stanu cywilnego, sytuacji materialnej – ze stosunkiem do nowotworu.

Z korelacji poziomu chorobowości nowotworowej żeńskiego narządu rodne- go ze strukturą wieku wynika, że największe natężenie występuje w grupie 55–59 lat, z czego u prawie połowy kobiet rozpoznano chorobę w I stopniu zaawanso- wania klinicznego, w II i III w granicach 20–25%, a jedynie w 7,7% w stadium przedinwazyjnym. Wraz z wiekiem wzrasta liczba rozpoznań nowotworów w wy- ższych stopniach zaawansowania klinicznego.

Nie stwierdzono natomiast zależności stopnia zaawansowania klinicznego nowotworu od stanu cywilnego. Ze względu na to, iż istotne znaczenie w pozio- mie wyleczalności posiada wczesne wykrycie nowotworu, zasadniczą wagę przy- wiązuje się do badań profilaktycznych.

Z badania wynika, że wśród panien 47,6% poddawało się tego typu bada- niom kontrolnym, zaś wśród mężatek i kobiet rozwiedzionych jedynie 20%.

W populacji kobiet wiejskich stopień zaawansowania nowotworu zależał od poziomu wykształcenia. Wraz ze wzrostem wykształcenia zwiększała się liczba nowotworów rozpoznanych w stadiach niższych. Charakterystyczny jest poziom badań profilaktycznych według stopnia wykształcenia. Tak więc wśród kobiet z wy- kształceniem podstawowym badania kontrolne przeprowadzało 14,1%, z wykształ- ceniem zasadniczym zawodowym – 30,8%, z wykształceniem wyższym – 57%.

W badanej grupie kobiet nie wykazano zależności stopnia zaawansowania klinicznego choroby od wykonywanego zawodu. Istniała natomiast zależność wykonywanej pracy od poziomu badań kontrolnych. Wraz ze wzrostem pozycji zawodowej zwiększała się potrzeba przeprowadzania badań profilaktycznych.

Sytuacja materialna w dużym stopniu stymulowała stopień zaawansowania klinicznego nowotworu. Wśród kobiet, które określały swą sytuację materialną jako złą, nie stwierdzano postaci przedinwazyjnych nowotworu, natomiast wśród kobiet w dobrej i bardzo korzystnej sytuacji materialnej rozpoznawano wyłącznie wczesne stopnie zaawansowania. Ponadto kobiety w złej sytuacji finansowej w przeważającej większości (86,9%) nie przeprowadzały badań profilaktycznych. Wraz ze wzrostem dobrobytu zwiększały się grupy kobiet kontrolujących swoje zdrowie.

Poziom dzietności nie posiadał wpływu na poziom zaawansowania nowo- tworu. Również nie wykazano stopnia zależności przeprowadzonych badań profi- laktycznych od liczby urodzonych i wychowywanych dzieci.

Podobnie nie udowodniono związku stopnia zaawansowania i częstotliwości badań profilaktycznych z samodzielnym prowadzeniem domu, jednak kobiety, na których ciążył obowiązek samodzielnego utrzymania gospodarstwa domowego, statystycznie częściej poddawały się badaniom kontrolnym.

Przewlekły stres nie wpływał na stopień zaawansowania nowotworu, podob- nie jak rytm pracy zawodowej i domowej oraz rodzaj i forma wypoczynku.

Stwierdzono natomiast korelację między zaawansowaniem choroby a samo- oceną własnego zdrowia. Kobiety, które oceniały swoje zdrowie jako dobre, rza-

dziej przeprowadzały badania profilaktyczne i znamienne częściej rozpoznawano u nich wyższy stopień zaawansowania klinicznego nowotworu.

W badaniu wykazano, iż prawie 75% mieszkanek wsi potwierdziło pewien zasób wiedzy o etiologii, metodach i efektach leczenia nowotworów; nie wpływało to jednak na zwiększenie częstotliwości wykonywania badań kontrolnych. Wiedza ta jednak była powierzchowna, czego dowodem była znajomość czynników ryzyka choroby nowotworowej żeńskich narządów rodnych jedynie wśród 5% badanej populacji.

Poziom wiedzy na temat nowotworów nie korelował również z częstotliwością badań kontrolnych. W grupie 11% badanej populacji choroba została wykryta w czasie badań profilaktycznych, na które pacjentki zgłaszały się z własnej woli, z zaleceń pracodawcy lub zostały skierowane przez lekarza leczącego z powodu innej choroby. Ponad 6% kobiet trafiło do szpitala natychmiast na skutek silnego bólu lub krwotoku. Wśród pozostałych kobiet mimo krwawienia, dolegliwości bólowych 19,3% szukało pomocy medycznej po 3 miesiącach, 22% po pół roku, 14,3% czekało rok, a 6,7% chorych po okresie dłuższym niż jeden rok.

W polskiej praktyce ambulatoryjnej istnieje dowolność informowania pacjenta o chorobie nowotworowej. Lekarz uzależnia to w głównej mierze od odpowiedzialności psychicznej pacjenta. W badanej grupie kobiet nowotworowych prawie 60% z nich uzyskało informacje o własnej chorobie od lekarza leczącego. Prawie 95% z nich uznało informację uzyskaną od lekarza za wystarczającą, pozostałe szukały potwierdzenia diagnozy u innych lekarzy. Zdecydowana większość kobiet poddała się leczeniu w placówce specjalistycznej, niemniej jednak 12,7% leczyło się wyłącznie bądź równolegle metodami niekonwencjonalnymi. Rodzaj reakcji na chorobę nie korelował z wiekiem. Prawie 29% kobiet postanowiło walczyć z chorobą, 42,3% wpadło w depresję, niecałe 10% walczyło z okresami załamania, a prawie 20% badanej populacji pogodziło się z chorobą.

Chorobie tak poważnej jak nowotwór, który w dużej mierze wskazuje na kres życia, towarzyszą różnorodne uczucia. Dominował wśród nich lęk (60%), w minimalnym odsetku (2–3%) gniew i bezsilność. Prawie 15% kobiet wierzyło w pozytywne efekty terapii.

Rozpoznanie choroby nowotworowej wiąże się dla wielu kobiet z jednej strony z zagrożeniem życia, a z drugiej z okaleczeniami i pozbawieniem kobiecości oraz utratą fizjologicznych atrybutów małżeńskich.

Zmienia się również stosunek otoczenia do osoby chorej, dostrzegającego nadchodzącą stratę osoby najbliższej lub, zależnie od poziomu świadomości zdrowotnej, potencjalne zagrożenie zarażeniem chorobą. W opinii kobiet wiejskich w 8% zmienił się stosunek męża, w prawie 3% dzieci i na poziomie 1,5% dalszej rodziny. Rozważając zmiany stosunku otoczenia do osoby chorej nowotworowo, należy uwzględnić fakt, iż szczególnie w populacji wiejskiej przeważa zasada, zgodnie z którą wiadomość o chorobie nie może przedostać się poza najbliższą rodzinę.



Choroba, szczególnie nowotworowa, zmienia w sposób istotny hierarchię wartości. Następuje wtedy pełne uświadomienie sobie wartości zdrowia, które dopiero wówczas dla wielu staje się wartością uznawaną za jedną z naczelnych. W świadomości większości ludzi zdrowie kojarzy się z dobrem pożądanym, będąc koniecznym i niezbędnym warunkiem realizacji innych wartości.

Potrzeby zdrowotne należą bowiem do podstawowych, warunkując realizację potrzeb wyższego rzędu. Dowodem tego przewartościowania jest fakt, iż przed rozpoznaniem choroby nowotworowej jedynie 3% kobiet wiejskich stawiało w gradacji wartości zdrowie na pierwszym miejscu, natomiast po rozpoznaniu uznało je za wartość najważniejszą 69% populacji kobiet wiejskich.

#### WNIOSKI

Zróżnicowanie zachowań pacjentów, u których stwierdzono chorobę nowotworową, wynika z odmiennego traktowania tej roli w różnych grupach społecznych. Wiąże się to ściśle ze społeczną koncepcją choroby lub złego samopoczucia, a także z rodzajem ról pełnionych przez chorego, wówczas gdy był on w dobrym stanie zdrowia, z reprezentowanym przez niego systemem wartości i miejscem, jakie zajmuje w nim zdrowie, z całokształtem obiektywnych stosunków określających leczenie w systemie instytucji medycznych.

Uznanie siebie za chorego zmienia dotychczasowe zachowania, które są zależne od poziomu intelektualnego i rodzaju emocjonalności pacjenta oraz od jego dotychczasowej sytuacji życiowej.

Z literatury przedmiotu oraz badań własnych wynika pewna zbieżność postaw chorych nowotworowo, jakkolwiek istnieją pewne zróżnicowania w układzie: środowisko miejskie – środowisko wiejskie. Zasadnicze różnice polegają na odmienności postaw wobec własnej choroby.

W środowisku wiejskim dominują postawy depresji i godzenia się z losem, zwłaszcza w populacji powyżej 55 roku życia, i to wyłącznie wśród kobiet wiejskich. Postawa walki z chorobą i depresją występowała przede wszystkim u kobiet młodszych.

Ten typ postaw kształtowany jest głównie przez środki masowego przekazu, które w sposób jednostronny, w większości negatywny, informują społeczeństwo o czynnikach ryzyka nowotworów i szansach wyleczalności.

Zmianę postaw i zachowań zdrowotnych można osiągnąć poprzez nadawanie wyższej rangi promocji zdrowia prowadzonej przez przedstawicieli medycyny, którzy w sposób profesjonalny kształtować mogą świadomość społeczeństwa.

## SUMMARY

Neoplastic diseases are the second most important cause of death on the grade scale of mortality and disease incidence. Currently, one out of five deaths in Poland is caused by a cancerous disease.

Chances of curability of a tumorous disease, even if they are twice as low as in Western Europe, depend on many factors, primarily on the kind and location of a tumour, and on its quick detection, i.e. in the early stages of the cancerous process. The latter factor largely depends on the patient herself, her attitudes and behaviour.

Sociometric studies carried out in the mid-1990s among women in the rural areas of the Radom province demonstrated that there is a statistically corroborated relation between social-demographic characteristics of the population investigated and the incidence of tumour type. The highest intensity of the tumour of the female genitals occurs in the 55–59 years age group, of which about fifty percent of women were diagnosed to be in the clinical phase I, 20–25% each in clinical phases II and III, with only 7.7% being in the pre-invasive stage. It was also observed that the incidence of tumorous diseases in higher clinical stages increases with age. In the studied population the degree of tumour progression also depended on the level of education: thus, with a higher level of education lower neoplastic stages were diagnosed.

One of the attitudes towards health is to undergo preventive examinations, which results from one's health awareness. It follows from the studies that the frequency rate of follow-up examinations depended on the marital status, level of education and the occupational position. Among single women, 47.6% systematically underwent this type of examinations while in married and divorced women only 20%. Similarly, 57% of women with higher education had preventive examinations, those with basic vocational education had a 30.8% rate, while those with primary education – 14.1%. The occupational position was closely connected with a financial standing. Among women having a good and very good financial situation early stages of tumours were diagnosed, which unequivocally demonstrates a high degree of systematic preventive examinations.

The study showed that almost 75% of women living in the Radom province's rural areas confirmed having knowledge of the aetiology, methods and effects of tumour treatment, yet this did not significantly affect the frequency of preventive examinations. This knowledge appears therefore superficial, which is evidenced by the fact that only 5% of the population investigated knew the risk factors of the tumorous diseases of the female genitals. Another fact that substantiates this thesis is that almost two thirds of women, despite complaints of pain and bleeding, sought medical help only after three months, and ca. 7% after one year.

The fact of tumour appearance changed the hierarchy of values: prior to falling ill, only 3% of women regarded health as the highest value, whereas after becoming ill as many as 69% of women recognized health as the highest value.

In the rural milieus the attitudes of depression and resignation to fate dominate, especially among older women, while the attitude of fighting against the disease and depression is found among younger women. This type of attitudes should be largely attributed to the media, which inform the society in a clearly negative way about the risk factors of tumours and chances of being cured.