

SZKOŁA WYŻSZA PSYCHOLOGII SPOŁECZNEJ

Andrzej Stencel

Wpływ informacji zdrowotnej zagrażającej Ja, na poziom lęku wśród kobiet biorących udział w badaniach wykrywania raka piersi metodą mammografii przesiewowej w Polsce

Słowa kluczowe: lęk, strach, emocja, rak piersi

Praca magisterska
napisana pod kierunkiem
dr Magdaleny Błażek

Sopot 2010

SPIS TREŚCI

Streszczenie	3
Wstęp	3
Rozdział I. Lęk – strach przed nieznanym. Teoria i proces powstawania lęku	5
1.1. Istota raka piersi	5
1.2. Pojęcie lęku i strachu	6
1.3. Nieświadome procesy lęku i strachu	8
1.4. Teorie powstawania lęku	9
1.4.1. Teoria uczenia się	9
1.4.2. Teoria Poznawcza	9
1.4.3. Model Integrujący	9
Rozdział II. Poznanie – Umysł – Działanie. Podejście Poznawcze	13
2.1. Umysł – system przetwarzania informacji	13
2.2. Dynamiczna koncepcja umysłu	14
2.2.1. Teoria schematów	14
2.2.2. Spostrzeganie	14
2.2.3. Gotowość i obronność percepcyjna	15
2.2.4. Spostrzeganie emocji	16
2.3. Teoria Wegnera - ironiczny proces kontroli umysłu	17
Rozdział III. Problemy badawcze i metoda badań własnych	19
3.1. Wprowadzenie	19
3.2. Główny problem badawczy	20
3.2.1. Opis zmiennych	21
3.2.2. Metodologia badań	21
3.2.3. Procedura	22
Rozdział IV. Wyniki badania	24
4.1. Wprowadzenie	24
4.2. Wyniki pomiaru stanu lęku w poszczególnych grupach	25
4.3. Różnice w wynikach mierzonego w grupach eksperymentalnych lęku jako stan	31
4.4. Wykształcenie a poziom stanu lęku	35
4.5. Wykształcenie a cechy lęku	38
4.6. Zgłaszalność do populacyjnych przesiewowych badań wykrywających raka piersi a poziom lęku	39
Podsumowanie i dyskusja	43
Bibliografia	45
Załączniki 1, 2, 3, 4, 5.	49

Wpływ informacji zdrowotnej zagrażającej Ja, na poziom lęku wśród kobiet biorących udział w populacyjnych badaniach wykrywania raka piersi metodą mammografii przesiewowej w Polsce.

Streszczenie

Prowadzenie profilaktycznych badań populacyjnych jest nieodzownym warunkiem do polepszania się stanu zdrowia całego społeczeństwa. W Polsce, w ramach prowadzonych badań profilaktycznych wykrywających raka piersi metodą mammografii przesiewowej, natrafiono na problem z uzyskaniem satysfakcjonującego poziomu uczestnictwa w tych badaniach. Słabą frekwencję tłumaczy się między innymi lękiem przed nowotworem. Celem niniejszej pracy magisterskiej było uzyskanie odpowiedzi na pytanie, czy informacja o potrzebie przeprowadzenia badania mammograficznego powoduje wzrost pobudzenia lękowego, którego następstwem może być podjęcie negatywnej decyzji, co do uczestnictwa w programie przesiewowych badań mammograficznych? Czy, jeżeli takie pobudzenie występuje, jego poziom różni się w zależności od czasu i okoliczności, w których informacja o badaniu mammograficznym staje się głównym obiektem uwagi kobiety biorącej udział w programie profilaktycznym? Czy występują istotne różnice w zależności od wykształcenia i dotychczasowej ilości wykonanych badań mammograficznych, wśród badanych Kobiet w poziomie odczuwanego lęku?

Do przeprowadzenia eksperymentu wykorzystano ulotki opracowane przez Polski Komitet Zwalczenia Raka, standardowe ankiety, które wypełniają wszystkie kobiety uczestniczące w badaniach mammograficznych, opracowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, oraz zaproszenia na badania mammograficzne, również opracowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. W badaniu uczestniczyło 247 kobiet. Zebrane i przeanalizowane za pomocą analizy „Anova” dane, wykazały istotne różnice w poziomie lęku mierzonego u badanych kwestionariuszem STAI, w zależności od sytuacji, w której znajduje się badana. Wnioski płynące z analizy otrzymanych danych, poprzez pryzmat teorii poznawczej, percepcji społecznej oraz teorii powstawania emocji lęku, dają podstawy do twierdzenia, że to braki poznawcze odpowiadają za podwyższenie wśród badanych poziomu odczuwanego lęku. Wprowadzenie narzędzi pozwalających na polepszenie zachowań prozdrowotnych, w postaci zwiększonej ilości działań edukacyjnych i promocyjnych o problematyce nowotworowej, może spowodować spadek mierzonego poziomu stanu lęku. Występowanie lęku przed nowotworem, czy badaniem mammograficznym, nie ma wpływu na udział kobiet w populacyjnych programach wykrywania raka piersi metodą mammografii przesiewowej.

Wstęp

Problem lęku przed rakiem piersi wśród kobiet biorących udział w populacyjnych badaniach wykrywania raka metodą mammografii przesiewowej, wydaje się być jednym z kluczowych zagadnień, z którym muszą się zmierzyć świadczeniodawcy i organizatorzy tych badań. Bardzo często spotyka się ze stereotypowymi stwierdzeniami, nie tylko ze strony zainteresowanych kobiet, ale również z instytucji odpowiedzialnych za monitorowanie programów profilaktycznych, że bardzo słaba frekwencja towarzysząca badaniom profilaktycznym spowodowana jest obawami i lękiem kobiet przed nowotworem złośliwym. Po analizie danych dostępnych na portalach Narodowego Funduszu Zdrowia, można zadać sobie pytanie:., dlaczego niektórzy świadczeniodawcy usług medycznych wykonują więcej badań mammograficznych niż inne jednostki świadczące te same usługi (mając taki sam potencjał ludzki i takie samo zaplecze sprzętowe)? Czy ich pacjentki odczuwają mniejszy lęk? Zdziwienie może budzić fakt, że te same instytucje, które z jednej strony wskazują na problem niskiej frekwencji kobiet w programach profilaktycznych związany właśnie z lękiem przed rakiem, z drugiej proponują takie rozwiązania problemu słabego uczestnictwa w badaniach, które najprawdopodobniej ten lęk jeszcze bardziej podsycają (np. jednym z takich

rozwiązań ma być masowe organizowanie przez gminy dojazdów autobusów, pełnych zakwalifikowanych na badania mammograficzne kobiet, do Centrów Onkologii).

Wydaje się, że pomimo wielu publikacji na temat raka piersi, problem lęku przed rakiem cały czas pozostawia przestrzeń do przedstawienia gruntownie udokumentowanej wiedzy dotyczącej mechanizmów jego powstawania i występowania. Praca ta, ma za zadanie przybliżenia się do źródeł etiologii lęku przed rakiem. Dlaczego, pomimo wielu innych bardziej niebezpiecznych aspektów naszego życia, to właśnie problemy onkologiczne – nowotworowe, powodują podwyższone bicie serca? Dlaczego słowo „rak” wywołuje u nas negatywne emocje, tzn. lęk?

W ramach tej pracy zmierzony zostanie poziom ewentualnego lęku za pomocą kwestionariusza STAI, opartego na teorii lęku Charlesa D. Spielbergera, i na końcu przedyskutuje się jego ewentualny wpływ na zgłaszalność do programów profilaktycznych.

Poszukiwania materiałów do tej pracy, dały świetne rezultaty. Natknięto się na wielką obfitość artykułów i prac naukowych traktujących o związku lęku z rakiem piersi (głównie jednak po angielsku). Badania Norweskie z 1990 roku (Gram, Inger, Tromso, Slenker, Suzanne, 1992), badania z USA (McCaul, Schroeder, Riedi, 1996), (Fuller, McDermott, Roetzheim, Marty, 1992), (Kash, Holland, Haller i Miller, 1992), (Calnan, 1984), (Lerman, Kash i Stefanek, 1994), (Kash, Holland, Osborne i Miller, 1995). Badania z Polski (Nęcki, Górniak, 1999) i inne. Prawie wszędzie podkreśla się negatywny wymiar lęku w chorobie nowotworowej. Bardzo mało badań, a w zasadzie tylko jedno (Arndt, Cook, Goldenberg, Cox, 2007), odnosi się do wpływu lęku na poziom frekwencji w badaniach profilaktycznych. Badania te, nie dają jednak jednoznacznych odpowiedzi. Może ta praca magisterska w większym stopniu przybliży czytelnikowi instytucję lęku przed rakiem, mechanizm jego powstawania, jak również rolę, jaką pełni w prowadzonych na szeroką skalę działaniach profilaktycznych?

W pierwszym rozdziale pracy przedstawiono zagadnienie raka piersi oczyma naszych przodków, etymologię słowa *rak*, oraz przedstawiono definicje lęku i czynniki odróżniające go od strachu. Przytoczono też kilka teorii mechanizmów postawania emocji lęku. Drugi rozdział skoncentrował się głównie na teorii poznawczej, w ramach której szczegółowo opisano mechanizm powstawania lęku i strachu. W trzecim rozdziale postawiono pytania na problemy badawcze, przedstawiono hipotezy i procedurę przeprowadzonych badań. Czwarty rozdział został poświęcony na analizę i interpretację otrzymanych wyników. Całość zakończono krótkim podsumowaniem.

Rozdział I

Lęk – strach przed nieznanym. Teoria i proces powstawania lęku.

1.1. Istota raka piersi

Paweł z Eginy (ok.625-690) tak opisuje etymologię tego słowa: „Rak pojawia się w każdej części ciała (...) ale szczególnie często w piersiach kobiet [...] i ulega owrzdzeniu. Żyły wokół są wypełnione i napięte niczym odnóża zwierzęcia zwanego krabem, i stąd choroba wzięła swą nazwę. Ale niektórzy powiadają, że jest ona tak nazywany dlatego, gdyż przytwierdza się do części ciała, którą zawładnie tak uporczywie, jak to czyni krab” (Wikipedia,2010).

Już Hipokrates (460 p.n.e.-370 p.n.e.) używał nazwy *rak*. Wypowiadając słowo *rak* większość kobiet ma na myśli raka piersi. Nic dziwnego, bo schorzenie to towarzyszyło rozwojowi ludzkości od ponad 5000 lat (Jassem, 1998). Dzisiaj wpisując w wyszukiwarce Google.pl frazę „breast cancer”, w ciągu zaledwie 0.40 sek. ukazuje się nam około 34 milionów wyników, co wskazuje jak często temat ten jest poruszany (nie poddaję osądowi ich zawartości merytorycznej). Wyniki te uświadamiają nam, z jak wielkim potencjałem słowa „rak” mamy do czynienia, i jak duże emocje może on wywoływać w naszej psychice. Warto również nadmienić, że słowo „rak” nie jest jednoznaczne ze słowem „nowotwór”. Polskie słowo *rak*, ang. *carcinoma*, oznacza złośliwy rozrost tkanek nabłonkowych. Polskie słowo *nowotwór* musimy rozważać w kategoriach ogólniejszych tzn., wszystkich rodzajów nowotworów takich jak chłonnaki, glejaki, mięśniaki i inne. Nowotwór może być również złośliwy. Angielskim odpowiednikiem frazy „nowotwór złośliwy” jest słowo „cancer”.

Nowotwór złośliwy piersi jest najczęściej występującym rakiem w populacji kobiet na świecie, a ryzyko zachorowania na tą chorobę cały czas rośnie. W Polsce jest on również najczęstszym nowotworem złośliwym wśród kobiet. Ponad 12 tysięcy nowych przypadków raka piersi każdego roku rejestrowanych jest w rejestrze nowotworów. Warty uwagi jest fakt, że w Polsce liczba corocznych zgonów z tego powodu wynosi około 6000 tysięcy. Badania wskazują, że wśród 12 krajów Europy, szansa wyleczenia raka sutka w Polsce była najmniejsza, a złe wyniki leczenia związane są ze znacznym zaawansowaniem nowotworu w momencie rozpoznania (Pawłęga, 1998).

Na świecie populacyjne badania przesiewowe mają swoją długą tradycję. Nikt nie kwestionuje ich pozytywnego wpływu na zachowania prozdrowotne. Dzięki temu, społeczeństwa stają się coraz zdrowsze i żyją coraz dłużej. W Polsce, w ostatnich czterech latach, wprowadzono kilka takich programów (program mammograficzny, program

cytologiczny, program jaskrowy). Głównym problemem tych programów jest brak chętnych do uczestnictwa w badaniach. Jedną z przyczyn upatruje się w obawach przed nowotworem. Niemniej jednak, w innych krajach te same programy profilaktyczne odnoszą sukcesy. Z danych dotyczących frekwencji np. w Wielkiej Brytanii wynika, że tam również na początku wprowadzania programów populacyjnych zmagano się z niską frekwencją. Dzisiaj sięga ona w programie wykrywania raka piersi poziomu 72% zgłaszalności (NHS Annual Review, 2006). Dlatego, aby nastąpiła poprawa, warto co najmniej zastanowić się nad tak wielkimi różnicami w poziomie udziału kobiet w populacyjnym programie wykrywania raka piersi metoda mammografii przesiewowej – Polska 33% zgłaszalności w 2006 roku (Narodowy Fundusz Zdrowia).

1.2. Pojęcia lęku i strachu

Lęk jest uczuciem ogólnej niepewności wobec nieokreślonego zagrożenia, czy też stanem nieukierunkowanego pobudzenia. Strach tym różni się od lęku, że obawy budzą konkretne sytuacje i przedmioty.

Mitariski (2002, s.326) uważa, że „w lęku, który towarzyszył człowiekowi od zawsze, wypełnia się pustkę nieznanego niebezpieczeństwa obrazami własnej imaginacji”. Lęk, szczególnie lęk przed śmiercią, jest jednym z pierwotnych uczuć towarzyszących człowiekowi. Jednym z wyróżnianych i opisywanych w literaturze lęków jest lęk biologiczny. Lęk biologiczny związany jest z postrzeganiem zagrożeń płynących z chorób. Często koncentruje się na jednej z nich. Zależnie od epoki czy kręgu kulturowego, jedna z chorób staje się swoistą „miss lęku biologicznego”, sama jej nazwa budzi strach wśród ludzi. Dotknięty tą chorobą człowiek już za życia ma znak śmierci na swoim czole. W naszym kręgu kulturowym ludzie boją się raka. Nowotwór jest zmorą naszych czasów i pomimo wielu danych informujących nas o możliwości jego leczenia, traktowany jest jako synonim śmierci (Kępiński, 2002). W publikacji *Cancer Anxiety and the perception of risk in alarmed Communities* (Trumbo, McComas, Kannaovakun, 2007) autorzy sugerują, że w naszej świadomości egzystuje specjalny rodzaj lęku, tj., lęk przed rakiem.

Inna różnica pomiędzy pojęciem „lęk” a pojęciem „strach” wynika z tego, że lęk ma charakter przedbodźcowy – antycypacyjny w stosunku do mniej lub bardziej realnego bodźca zagrażającego, strach z kolei wywoływany jest bezpośrednio przez bodziec zagrażający. Strach również wiąże się z czynnościami zaradczymi takimi jak unikanie czy ucieczka. Dopiero zawodność tych procedur może prowadzić do odczuwania lęku. Zarówno strach jak i lęk mogą być spostrzegane jako pewnego rodzaju stan emocjonalny, jak również jako stała

dyspozycja jednostki do reagowania na bodźce zagrażające. W tym drugim przypadku będziemy mówili o pewnych stałych cechach. Objawy strachu i lęku można podzielić na cztery główne grupy:

1. Poznawcze - rozpoznanie zagrożenia życia lub ciała.
2. Somatyczne - pocenie, ruminacja, kołatanie serca.
3. Emocjonalne – panika i przerażenie.
4. Behawioralne – ucieczka, walka, bezruch.

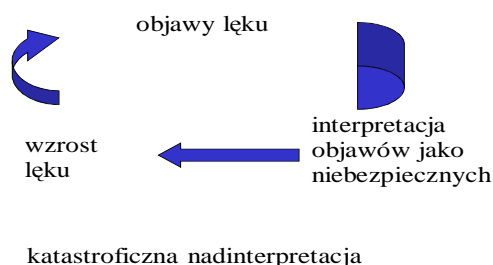
Właśnie aspekt poznawczy będzie najbardziej odróżniał strach od lęku. Strachem jest myśl, że istnieje wyraźne konkretne niebezpieczeństwo. Lęk w swoim aspekcie poznawczym, to myśl o rozproszonym niejasnym zagrożeniu (Seligman, Walker, Rosenhan, 2003)

W ramach prowadzonych prac i badań, w których dokonywano analizy czynnikowej, wydzielono czteroczynnikową strukturę składników lęku:

5. Lęki związane z wydarzeniami i sytuacjami interpersonalnymi
6. Lęki związane ze śmiercią, chorobami, krwią, obrażeniami cielesnymi
7. Lęki przed zwierzętami
8. Lęki agorafobiczne

Wszystkie one reprezentują sytuacje, które dla ludzkości mają bardzo duże znaczenie ewolucyjne. Szczególnie lęki przed śmiercią i chorobą (Öhman, 2005). Strach i lęk są zjawiskiem naturalnym, dopiero w swoich patologicznych rozmiarach przybierają postać błędnego koła, przedstawia to rysunek numer 1.

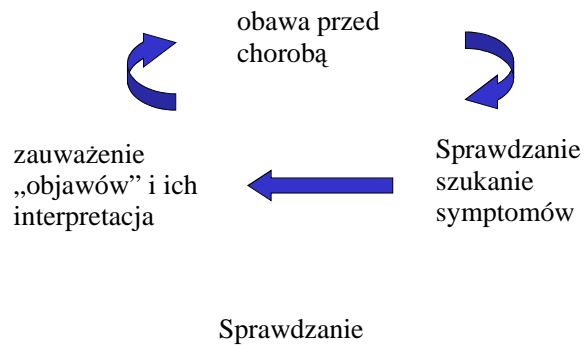
Rysunek numer 1. Patologiczny mechanizm powstawania lęku.



Źródło: Opracowanie na podstawie slajdów (Kuchczyński, 2010)

Ten sam mechanizm dotyczy lęku przed chorobą. Przedstawia to rysunek numer 2.

Rysunek numer 2. Patologiczny mechanizm powstawania lęku przed chorobą



Źródło: Opracowanie na podstawie slajdów (Kuchczyński, 2010)

1.3. Nieświadome procesy lęku i strachu

Z perspektywy ewolucyjnej wynika, że odpowiedzialność za wykrycie zagrożenia spoczywa na wczesnych percepcyjnych mechanizmach przetwarzania równoległego, które oceniają ładunek emotogeny bodźca na podstawie jego prostych cech. LeDoux (1990; za: Öhman, 2005) dzięki swoim eksperymentom udowodnił, że taka ścieżka bezpośredniego połączenia neuronalnego pomiędzy zmysłami sensorycznymi, a ciałem migdałowatym odpowiedzialnym za przechowywanie ładunków emocjonalnych zdarzeń istnieje, co powoduje wyprzedzeniową reakcję obronną, czy jak ujął to Zajonc (1980; za: Öhman, 2005, s.726) „afektywne poprzedzanie wnioskowania”. Automatyczne przetwarzanie bodźca (informacji) i monitorowanie jej pod kątem ewentualnego zagrożenia dokonuje się dzięki systemowi licznych kanałów percepcyjnych (słuch, wzrok, węch). Automatyczne wykrycie wydarzenia, czy informacji stymulującej zagrożenie, powoduje skierowanie uwagi na ten bodziec, a sterowanie jego dalszą analizą zostaje przełączone na kontrolowany (strategiczny) poziom przetwarzania informacji. Przeniesienie sterowania z poziomu automatycznego na strategiczny powoduje aktywację reakcji fizjologicznej. Automatyczne przetwarzanie informacji jest mimowolne, dokonuje się w wielu kanałach sensorycznych równoległe, trudno je świadomie stłumić, nie koliduje z koncentracją uwagi i z reguły nie jest dostępne świadomej introspekcji. Przetwarzanie informacji na poziomie strategicznym zachodzi sekwencyjnie (nie równoległe), wymaga wysiłku poznawczego i jest łatwo

dostępne świadomości. W trakcie ewolucji, zjawiska potencjalnie zagrażające zarówno w środowisku wewnętrznym jak i zewnętrznym, odgrywały znaczącą rolę. Dlatego wydaje się logicznym, że bodźce wywołujące te zjawiska były preferowane podczas selekcji do strategicznego przetwarzania. Wynika z tego, że lęk i strach może być aktywowany już po nieświadomej analizie bodźca zagrażającego (por. Marcel, 1983), (por. Berkes, 2004).

1.4. Teorie powstawania emocji lęku

1.4.1. Teoria uczenia się

W świetle poglądów psychologów uczenia się (Dollard i Miller, 1967), lęk jest stanem wyuczonym powstającym w odpowiedzi na bodźce środowiskowe. Strach pierwotnie powodowany był bólem. Uczymy się lęku, który jest swoistą odpowiedzią na ból. Czasami nawet lęk wywołany może być przez neutralny bodziec, który przywołuje dawne zapomniane już zdarzenia. Przeżyte zdarzenia zostawiają po sobie ślady emocjonalne, które są gotowe do ponownego wydobywania na zewnątrz w postaci lęku (Aouil, 2004).

1.4.2. Teoria Poznawcza

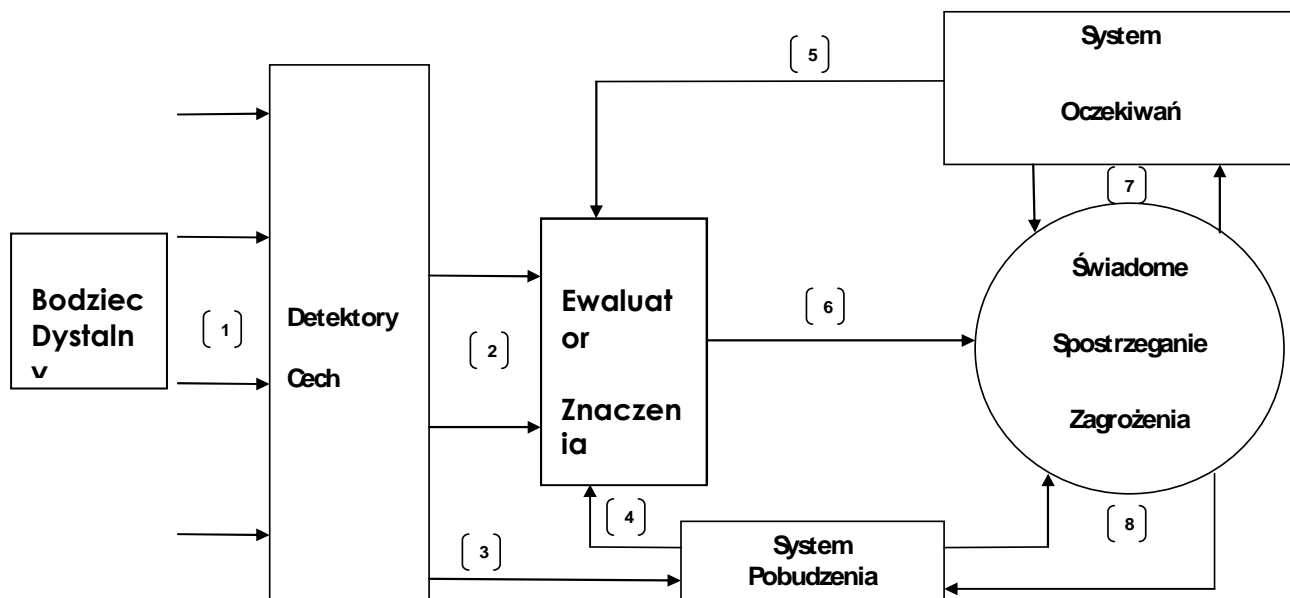
Teoria poznawcza (por. Pervin i John, 2002) wyjaśnia emocję lęku jako relację pomiędzy procesami poznawczymi a emocjonalnymi. Procesy poznawcze pośredniczą pomiędzy sytuacją a reakcją emocjonalną. Jednostka dokonuje stałej oceny bodźców napływających z punktu widzenia jej własnych celów i interesów. Oceny te poprzedzają pojawienie się reakcji emocjonalnej. Ocena przesądza o tym czy emocja pojawi się czy nie, jaka będzie to emocja, a dodatkowo jest wystarczającym i koniecznym warunkiem jej wystąpienia. Za pojawienie się lęku odpowiedzialna jest wzmożona aktywność neuronów w obszarze układu limbicznego (struktura podkorowa) i układu siatkowatego aktywizującego korę mózgową. Hipokamp zapamiętuje zdarzenia związane z przeżywaniem lęku, a ciało migdałowe przechowuje jego (tego zdarzenia) emocjonalny ładunek.

1.4.3. Model Integrujący

Lęk jest powstałą w czasie ewolucji, biologicznie zakorzenioną w systemach obronnych człowieka, emocją. Systemy obronne opierają się na mechanizmach przetwarzania informacji. Koncentrują się one na zagrożeniach i operują na kilku poziomach przetwarzania.

Mechanizm przetwarzania informacji generującej lęk opisał i przedstawił w swoim teoretycznym modelu Arne Öhman. Przedstawia go rysunek numer 3.

Rys. nr 3. Przetwarzanie informacji generującej lęk w Teoretycznym Modelu Integrującym Arne Öhman



Źródło: opracowane na podstawie (Öhman, 2005, s.733)

Detektory cech (1) odbierają informacje o bodźcu, wstępnie je segregują, zanim informacja osiągnie poziom ewaluacji znaczenia. Detektory cech kierują również uwagę w kierunku przypuszczalnie istotnych obszarów. Takie cechy bodźca jak wysoki poziom intensywności, szybkie tempo nasilania, czy prowokacja reakcji przestachu, powodują automatyczną aktywację systemu pobudzenia (3). Szczególnie bodźce zagrażające wykrywane są za pomocą uwagowego mechanizmu filtrującego, który uprzywilejowuje do odbioru bodźce biologicznie istotne. Bodźce biologicznie istotne, aktywują i wywołują natychmiastową reakcję systemu pobudzenia (3) - odruchową reakcję autonomiczną, a dodatkowo są bardziej preferowane do traktowania przez system ewaluacji znaczenia (2), który to system przekazuje informacje do systemu świadomego spostrzegania (6).

W przeciwieństwie do detektora cech, który poprzez mechanizm filtrowania selektywnie ocenia dane wejściowe, system ewaluacji znaczenia dokonuje selekcji z „góry” na „dół”, czyli z gotowego schematu uzyskanego z systemu oczekiwań (5), i wyszukuje konkretnych kategorii danych wejściowych zgodnych z tym schematem. Takie działanie powoduje, że system ewaluacji znaczenia bodźca przeprowadza całościową analizę pełnego

znaczenia tego bodźca. Wzajemnie ze sobą powiązane systemy pamięci - schematy pamięciowych reprezentacji nastrojów i reakcji emocjonalnych, mogą stymulować takie jej obszary, które skupione są na niebezpieczeństwie, co w efekcie ustawia system ewaluacji na reagowanie na zagrażający bodziec, i wywołuje aktywacja świadomej percepcji. Zakłada się, że kontrolowane przetwarzanie może być niedostępne świadomości.

Warunkowe bodźce biologiczne związane ze strachem aktywują system pobudzenia (3) bez potrzeby ich analizy w systemie ewaluacji znaczenia (2). Nieświadome wykrycie potencjalnego zagrożenia przez system ewaluacji znaczenia (2), wywołane przez bodźce zagrażające, które nie są uwarunkowane biologicznie (ewolucyjnie), aktywują system pobudzenia przez system świadomego spostrzegania zagrożenia (8). System pobudzenia dostraja system ewaluacji znaczenia (4), co powoduje wzmocnienie stronniczości jego uwagi w kierunku zagrożenia. Współdziałanie systemu pobudzenia z systemem świadomego spostrzegania jest dwukierunkowe (8).

Świadome spostrzeganie zagrożenia powoduje mobilizowanie mechanizmu metabolicznego wsparcia, niezbędnego do działań zaradczych. Centrum tego mechanizmu jest jego obieg współcześnie-adrenaliczny generujący zasoby cielesne potrzebne do energicznego działania. Charakter tej reakcji fizjologicznej zależy od cech bodźca, cech jednostki, oraz możliwości podjęcia konkretnych czynności. System oczekiwań bazuje na połączonych w sieci pamięci o epizodach emocjonalnych powiązanych w wzajemne węzły reprezentacji. W stanie aktywacji system ten ukierunkowuje stronniczo (5) system ewaluacji znaczenia, który reaguje na informacje pasujące do aktywowanych węzłów pamięci. Paradoksalnie, fakt dopasowania, stanowi dla świadomego systemu spostrzegania informację, która stronniczo podtrzymuje aktywację systemu oczekiwań w kierunku wykrywania zagrożenia. Zjawisko to zachodzi na nieświadomym poziomie przetwarzania. System oczekiwań działa również na poziomie świadomym, gdzie pełni funkcję kontekstu dla interpretacji danych docierających do systemu świadomego spostrzegania (7), pozwalając na werbalizację lub świadome oczekiwanie. Interpretacja danych napływających z ewaluatora znaczenia (6) oraz systemu pobudzenia (8), dokonywana przez system świadomego spostrzegania, zachodzi w ciągłej interakcji z systemem oczekiwań (7) i zawartymi w nim treściami pamięci.

Podsumowując, istnieje wiele teorii opisujących mechanizm powstawania lęku. Ze względu na ich mnogość, zdecydowano się na jedną, najbardziej odpowiadającą potrzebom tego badania. W badaniu skoncentrowano się na podejściu poznawczym, które pozwala na połączenie ze sobą zarówno aspektów biologicznych jak i emocjonalnych (model

integracyjny). Definicja lęku, jako pewnego rodzaju stanu nieukierunkowanego pobudzenia organizmu najbardziej przekonuje. Założono również, że stan pobudzenia organizmu zależy od sytuacji bodźcowej i różni się osobniczo.

Rozdział II

Poznanie – Umysł – Działanie. Podejście poznawcze

2.1 Umysł – system przetwarzania informacji

Jak podają Nęcka, Orzechowski, Szymura (2007), w psychologii ogólnej pamięć, myślenie, wyobraźnia, traktowane są jako jakościowo odrębne zjawiska lub procesy psychiczne. W psychologii poznawczej procesy te traktowane są jako różne fazy przetwarzania informacji, które dokonują się w naszym umyśle. Umysł traktowany jest jako system poznawczy, którego materialnym podłożem działania jest mózg. Na procesy przetwarzania informacji w umyśle składają się wszystkie operacje dzięki którym odbierane przez jednostkę bodźce są redukowane, transformowane, przekształcane, zachowywane, wzmacniane, przywoływane lub wykorzystywane w jakikolwiek inny sposób. Podstawowym założeniem procesów przetwarzania informacji jest założenie o ekonomii ich przebiegu. Człowiek to skąpiec poznawczy, który z reguły angażuje tylko część dostępnych jemu zasobów poznawczych. Skutkiem wstrzemięźliwości korzystania z zasobów poznawczych jest ogólna skłonność do stosowania uproszczonych heurystyk, schematów, stereotypów, do poznawczego upraszczania rzeczywistości. Jednocześnie dzięki wielokrotnemu wykonywaniu tych samych działań tworzy się coraz bardziej stabilne i elastyczne struktury poznawcze. Są to względnie trwałe elementy umysłu, które wykorzystujemy w różnych warunkach i sytuacjach. Do struktur tych zaliczamy elementy naszej wiedzy, nasze sądy, przekonania i schematy poznawcze.

Struktury poznawcze tworzą spójny, dobrze zorganizowany system, w którym występują procesy kontroli poznawczej polegające na samoregulacji i samoorganizacji. Pozwalają one na powstrzymanie się od reakcji, jak również wyzwolenie jej w odpowiednim momencie. Szczególnie odpowiadają za zdolność człowieka do samodzielnego wzbudzania własnych działań, wyłącznie w wyniku aktywności wewnętrznych stanów psychicznych, a nie w odpowiedzi na bodźce. Przetwarzanie informacji dokonuje się na wielu poziomach (semantycznym, sensorycznym). Informacja może być poddana obróbce z różną intensywnością i różną starannością. To, na jakim poziomie informacja będzie przetworzona, zależy od wymagań sytuacji lub zadania poznawczego. Ważnym elementem będzie również kontekst, zarówno otoczenia jak i wewnętrzny (zależny od wzbudzonych struktur poznawczych).

Umysł nie jest prostym odzwierciedleniem otaczającej go rzeczywistości, ale aktywnie i samodzielnie tworzy konstrukcję nazywaną poznawczą reprezentacją świata. Poznanie zatem można opisać jako cykl aktywności tworzenia reprezentacji poznawczych, interpretacji napływających informacji poprzez te reprezentacje, zmianie treści reprezentacji pod wpływem napływających danych i ponownie na interpretowaniu nowych danych poprzez wcześniej zmienione reprezentacje. W taki właśnie sposób nabywamy i poszerzamy wiedzę o świecie.

2.2. Dynamiczna Koncepcja Umysłu

2.2.1. Teoria schematów

W swojej publikacji Nęcka i inni (2007), schematy są to dobrze zintegrowane fragmenty sieci semantycznej, w których zakodowany jest sens typowej sytuacji do jakiej dany schemat się odnosi, oraz znaczenie typowej formy zachowania, która powinna zostać wygenerowana w reakcji na typową sytuację. W ramach schematów możliwe jest generowanie brakujących elementów systemu reprezentacji pojęciowych, jeśli relacje pomiędzy zidentyfikowanymi elementami schematu takiemu elementowi odpowiadają. Już istniejące schematy rozwijane są poprzez rejestrację nowych sytuacji bodźcowych, w których taki schemat może mieć swoje zastosowanie. Taki typ nabywania wiedzy poprzez jej przyrost określamy mianem asymilacji. Asymilacja nowych informacji do już istniejących struktur poznawczych powoduje akomodację tych struktur (modyfikowanie wewnętrznych schematów poznawczych tak, aby doszło do dopasowania zmieniającego się procesu poznawania rzeczywistości). Schematy poznawcze są zorganizowane i funkcjonują jako złożone sieciowe struktury poznawcze, których zadaniem jest umożliwienie człowiekowi szybkiej i adekwatnej reakcji na zmienne warunki bodźcowe, na podstawie wcześniej ukształtowanej wiedzy o świecie. Dzięki schematom nasz system poznawczy może działać rutynowo i elastycznie.

2.2.2. Spostrzeganie

Zdaniem Maruszewskiego (2001), percepcja czyli spostrzeganie jest to proces aktywnej interpretacji danych zmysłowych z wykorzystaniem wskazówek kontekstualnych, nastawienia i wcześniej nabytej wiedzy. W wyniku spostrzegania dochodzi do rozpoznania bodźca. Proces spostrzegania nie jest biernym odzwierciedleniem w umyśle rzeczywistych obiektów, ale aktywnym konstruowaniem reprezentacji tych obiektów. Spostrzeganie jest to

proces konfrontacji danych zmysłowych z danymi umysłowymi. Energią zdolną do zapoczątkowania spostrzegania jest bodziec dystalny znajdujący się poza systemem poznawczym, którego bezpośredni kontakt z narządem zmysłu zamienia go na bodziec proksymalny, który odpowiedzialny jest za powstawanie wrażeń. Wyróżniamy cztery fazy spostrzegania:

1. Rejestracja sensoryczna - w której następuje zmiana bodźca zewnętrznego na impuls nerwowy. W wielu wypadkach impulsy te już zawierają informacje na temat specyficznych cech przedmiotu. Dane z tej fazy nie są dostępne naszej świadomości. Przechowywane są one w buforze sensorycznym (pamięć sensoryczna) do czasu, kiedy system poznawczy dokona na nich operacji związanych z oceną emocjonalną i kategoryzacją percepcyjną.

2. Ocena emocjonalna – następuje za pomocą włókien aksonów neuronów (kolaterali) biegnących od dróg czuciowych do struktur podkorowych odpowiedzialnych za pierwotną ocenę emocjonalną. Bodźce oceniane są jako przyjemne i nieprzyjemne, jako korzystne i niekorzystne. O wstępnej fazie oceny emocjonalnej bodźca mogą świadczyć badania nad efektem obronności percepcyjnej.

3. Rozpoznanie treści bodźca – inaczej nazywana oceną semantyczną bodźca. W fazie tej określamy kategorię do której należy bodziec. Porównujemy dane sensoryczne z istniejącymi już w pamięci kategoriami. Proces ten jest procesem sekwencyjnym i zależy od tzw. efektu wielkości zbioru, który polega na tym, że im więcej bodźców należy wziąć pod uwagę w procesie porównania, tym więcej czasu to zajmuje. Im dłużej trwa przeszukiwanie tym lepiej dopasowaną kategorię udaje się odnaleźć (spozstrzeżenie będzie dokładniejsze).

4. Ocena znaczenia metaforycznego – spostrzeganie to nie tylko proste rozpoznanie że dany obiekt to np. rower. W tej fazie do oceny zmysłowej dołączony jest proces wnioskowania odwołujący się do indywidualnych systemów znaczeń danej osoby. Np. symbol sierpa i młota będzie różnie oceniany w zależności od przekonań politycznych. Dla jednego będzie symbolem wielkości, równości i dobrobytu, dla drugiego symbolem ucisku i terroru. Granice pomiędzy procesami poznawczymi i ich fazami są płynne.

2.2.3. Gotowość i Obronność Percepcyjna

Według Brunera (1978; za: Maruszewski, 2001) spostrzeganie jest rezultatem konfrontacji danych sensorycznych z danymi pamięciowymi. W przypadku spostrzegania bodźców z ładunkiem znaczeniowym, występuje proces poszukiwania kategorii, do

których najlepiej pasowałyby napływające dane sensoryczne. Bodziec mający jakieś znaczenie wyraźnie wyodrębnia się od innych i jest bardziej podatny na poddanie się kategoryzacji. Gdy dane sensoryczne i pamięciowe pokrywają się, obiekt rozpoznawany jest jako należący do danej kategorii. Spostrzeganie i rozpoznawanie nie zależą tylko od obiektywnych właściwości obiektu, ale również od aktualnego stanu organizmu nazywanego gotowością percepcyjną.

Gotowość percepcyjna to nic innego, jak łatwość wykorzystywania określonej kategorii pamięciowej do danego materiału percepcyjnego. Jeżeli człowiek będzie spodziewał się wystąpienia określonego bodźca, to łatwiej go będzie rozpoznawał. Świadome lub nieświadome, zarówno wewnętrzne jak i zewnętrzne, uprzedzenie o wystąpieniu określonego bodźca, nazywamy w psychologii torowaniem (*priming*). Im więcej i silniej powiązane są ze sobą kategorie poznawcze, tym większa gotowość i łatwość ich wykorzystania. I odwrotnie, im tych kategorii posiadamy mniej, tym mniejsze są nasze możliwości ich wykorzystania. Zjawisko to nazywa się monopolem. Im mniejsza ilość kategorii, tym monopol silniejszy.

Bodźce zagrażające powodują obniżenie gotowości percepcyjnej. Przykładem takiego mechanizmu jest zjawisko obronności percepcyjnej. Zjawisko to występuje na poziomie spostrzegania (ocena emocjonalna), nie na poziomie relacji. Wydaje się, że obronność percepcyjna steruje umysłem w taki sposób, że uruchamia procesy emocjonalne które blokują pełne rozpoznanie bodźca, pozwalając jednocześnie na przygotowania organizmu do energicznego działania. Działanie to sterowane jest poprzez znaczenie emocjonalne bodźca.

2.2.4. Spostrzeganie emocji

Według Maruszewskiego (2001), spostrzeganie emocji obejmuje odbieranie bodźców wewnętrznych, emotogennych bodźców napływających z zewnątrz, oraz kontekstu w jakim występują. Dostęp do własnych uczuć może mieć charakter bezpośredni lub pośredni. Człowiek wie jakie pojawiło się uczucie, lub odkrywa je na podstawie wskaźników takich jak bicie serca czy ściskanie w dołku. W zależności od rodzaju emocji (pierwotne lub wtórne), różne korelaty procesu emocjonalnego (podstawowe, pomocnicze) będą miały źródło w procesie spostrzegania. Źródło podstawowe wiąże się z automatycznym (podkorowym) procesem uruchamiania emocji pierwotnych. Źródła pomocnicze to aktywizowane struktury

korowe generujące wyobrażenie związane z sytuacją emotogenną. Wyobrażenia te aktywizują struktury podkorowe i proces uruchamiania emocji wtórnych.

2.3. Teoria Wegnera – Ironiczny Proces Kontroli Umysłu (Wegner, 1994)

Według Wegnera (1994), kontrola umysłu i proces ironiczny wpływają z działania dwóch wzajemnie oddziaływujących na siebie prostych mechanizmów: intencjonalnego procesu operacyjnego i ironicznego procesu monitorującego.

W trakcie kontrolowania stanu umysłu, system operacyjny dokłada starań aby wywołać pożądany świadomą intencją stan umysłu. Działania te polegają na świadomym i energicznym poszukiwaniu elementów spójnych z tym stanem. System operacyjny kontynuuje pracę aż do momentu, kiedy ta próba jest przerwana przez dystraktory, które wymagają ponownego energicznego poszukiwania. Proces operacyjny orientuje osobę w kierunku elementów odczuwania i pamięci, które to elementy są spójne z pożądanym stanem umysłu, tak żeby zwiększyć prawdopodobieństwo, że stan ten zostanie osiągnięty. Generalnie, pożądanie odpowiedniego stanu umysłu kreuje proces operacyjny, który poszukuje elementów zgodnych z tym stanem, a zarazem pożądanie aby uniknąć np. niekomfortowego stanu umysłu, aktywuje proces operacyjny w kierunku poszukiwania elementów niezgodnych z tym stanem. W tym wypadku, poszukiwania skierowane są na dystraktory, aby w całości osiągnąć kontrolę umysłu. Proces operacyjny aktywowany jest przez proces monitorujący. W jakimkolwiek czasie, kiedy proces monitorujący jest zaalarmowany, że nastąpiło załamanie w procesie operacyjnym poszukującym elementów spójnych z intencją, proces operacyjny jest resetowany i rozpoczyna poszukiwania od nowa. Proces operacyjny rzadko pracuje w kontinuum. Występuje cyklicznie, w odpowiedzi na sygnały systemu monitorującego informujące go o swojej niewydolności.

Proces monitorujący w trakcie kontrolowania stanu umysłu, w sposób ciągły, poszukuje uczuć i myśli niezgodnych z pomyślnym osiągnięciem kontroli. W odróżnieniu od systemu operacyjnego, te poszukiwania nie są uświadomione, nie wymagają poznawczego wysiłku i kontynuowane są tak długo dopóki próba kontroli umysłu nie zostanie zakończona przez świadomy wybór. W momencie gdy próbujemy monitorować stan umysłu świadomie, występuje efekt ironiczny. Takie świadome ograniczenie jest najbardziej widoczne i jasne w przypadku intencjonalnego tłumienia myśli. System monitorujący poszukujący niespójnych z intencją elementów w trakcie tłumienia myśli, poszukuje właśnie tych myśli, które mają być

stłumione (w celu zresetowania procesu operacyjnego). Obecność tych myśli w świadomości (nawet jako część procesu monitorującego), niweluje możliwość jakiegokolwiek znaczącego rodzaju tłumienia. Aktywacja procesu monitorującego dokonuje się poprzez zainicjowanie kontroli umysłu. Implementacja intencji kontroli umysłu, powoduje kontinuum działania procesu monitorującego do czasu kiedy intencja ta jest odwołana. Kontrola umysłu bywa zawodna. Zdarza się, że podejmowane próby prowadzą do rezultatów paradoksalnych, a więc do rezultatów przeciwnych niż zamierzone - efektów ironiczných. O skuteczności kontroli decyduje dostępność zasobów poznawczych. Ograniczenie dostępu do tych zasobów następuje najczęściej w sytuacji presji czasowej, obciążenia poznawczego oraz obciążenia emocjonalnego (Ledzińska, 2010).

Teoria poznawczego spostrzegania, pozwala nam na zrozumienie mechanizmów zachodzących podczas przetwarzania przez nasz umysł informacji o sytuacji zagrażającej. Duża część tego procesu zachodzi poza naszą świadomością, bez możliwości jego kontrolowania. Dzieje się tak szczególnie wtedy, kiedy mamy do czynienia z biologicznie uwarunkowanymi bodźcami zagrażającymi. Spostrzeganie jest podstawowym procesem w psychologii poznawczej (Maruszewski, 2001). Przetwarzanie informacji, szczególnie na poziomie strategicznym (świadomym) zależy od wielu czynników. Są to czynniki zewnętrzne (czas, kontekst, siła bodźca), jak również wewnętrzne (zasoby poznawcze – wykształcenie, temperament – osobowość). Od tych czynników zależało będzie jak sobie poradzimy z sytuacją zagrażającą; do jakiego stanu pobudzenia doprowadzimy nasz organizm w sensie fizjologicznym i psychologicznym.

Rozdział III

Problem badawczy i metoda badań własnych

3.1. Wprowadzenie

Na przestrzeni czasów człowiek został wyposażony w zdolności komunikacji i abstrakcyjnego myślenia. Zdolności te pozwalają ludziom na podejmowanie decyzji, wyprzedzanie myślami (antycypacji) przyszłych zdarzeń, umysłowe oderwanie się od teraźniejszych zdarzeń, przetwarzanie i syntezę doświadczeń oraz wymianę doświadczeń z innymi. Dzięki takim umiejętnościom zdajemy sobie również sprawę z naszych słabości i kruchości jako gatunku. Prowadzi nas to do rozważań o własnej śmiertelności, nie tylko na poziomie pocuciowym, ale czasami przybierają one wymiar świadomych przekonań. Poczucie to i/lub przekonanie, może aktywizować się w pewnych warunkach (Łukaszewski, Boguszewska, 2008). Jednym z takich warunków może być obcowanie w świadomości z zagrażającą informacją zdrowotną. Niewątpliwie, obecność w polu percepcji czynników takich jak ulotka z napisem „Rak Piersi” czy „Mammografia”, może pobudzić wyobraźnię w kierunku lękowym.

Lęk przed nowotworem złośliwym będzie nam towarzyszył całe życie (Kempiński, 1973). Jeżeli jednak nie przekroczy on naszych zdolności adaptacyjnych, to może zostać czynnikiem pozytywnie motywującym do działania. W większości przypadków powstawanie lęku spowodowane jest zagrażającą sytuacją lub zdarzeniem. Człowiek sam dokonuje oceny i podejmuje decyzję o tym, czy jest to zagrożenie czy nie. Ocena ta jest wypadkową indywidualnych doświadczeń jednostki, a wrodzone predyspozycje determinują podatność na zaistnienie lęku (Aouil, 2007). Wiąże się to z poznawczym spostrzeganiem bodźca zagrażającego Ja. Treści zagrażające Ja powodują obniżenie gotowości percepcyjnej. W związku z tym, prawdopodobnie będą one w większym stopniu odczytywane zgodnie ze ścieżką emocjonalną (Maruszewski, 2001). W takim wypadku, ilość i jakości kategorii poznawczych możliwych do przeszukiwania w celu prawidłowego odczytania treści bodźca, będzie miała wpływ na poziom mierzonego lęku.

Bardzo często posługujemy się stereotypami. Sposób ich aktywacji w swoim badaniu: *The Trouble of Thinking: Activation and Application of Stereotypic Beliefs*, opisali Gilbert i Hixon (1991). Sugerują oni, że obciążenie poznawcze może zmniejszyć wpływ na prawdopodobieństwo, że ten konkretny stereotyp będzie aktywowany, ale z drugiej strony, może zwiększyć prawdopodobieństwo, że już aktywowany stereotyp zostanie zastosowany.

Lęk jest pewnym stanem, który został wykształcony na przestrzeni ewolucji człowieka. Ewolucja wyposażyła nas w umiejętność kojarzenia strachu z sytuacjami nam zagrażającymi. W bardzo interesującym badaniu (Arndt, Cook, Goldenberg, Cox, 2007), badacze wykorzystując *Teorię Opanowania Trwogi* oraz *Ironiczną Teorię Kontroli Umysłu*, bardzo zgrabnie udowodnili, że po pierwsze myślenie o raku prowadzi do intensyfikacji tłumienia myśli o śmierci (może wystąpić proces ironiczny), a po drugie w sytuacji przetwarzania informacji o raku, może podnosić się dostępność myśli o śmierci. Badania te, jak również teorie lęku, pozwalają na bezpośrednie powiązanie sytuacji, w których znajdują się kobiety biorące udział w badaniach mammograficznych, z ewentualnym występowaniem podwyższonego poziomu lęku.

3.2. Główny problem badawczy

Podsumowując rozważania teoretyczne, można wysnuć tezę, że lęk będzie towarzyszył kobietom biorącym udział w populacyjnych badaniach mammograficznych. Podstawowym, zatem zadaniem do rozwiązania w tym badaniu będzie odpowiedź na pytania badawcze:

1. czy informacja o profilaktycznych badaniach mammograficznych wykrywających raka piersi jest informacją wywołującą lęk?
2. czy istnieją inne mierzalne determinanty różnicujące badane w poziomie odczuwania lęku?

Sformułowano cztery hipotezy:

Hipoteza 1 - Wystąpi istotna różnica w poziomie mierzonego stanu lęku pomiędzy grupą kontrolną a grupami eksperymentalnymi. W grupach eksperymentalnych poziom lęku będzie wyższy niż w grupie kontrolnej.

Hipoteza 2 – Poziom stanu lęku w grupie I, będzie wyższy niż w grupie II.

Hipoteza 3 – Im wyższe wykształcenie tym niższy poziom stanu lęku.

Hipoteza 4 – Im wyższy poziom wykształcenia tym niższy poziom lęku jako cechy.

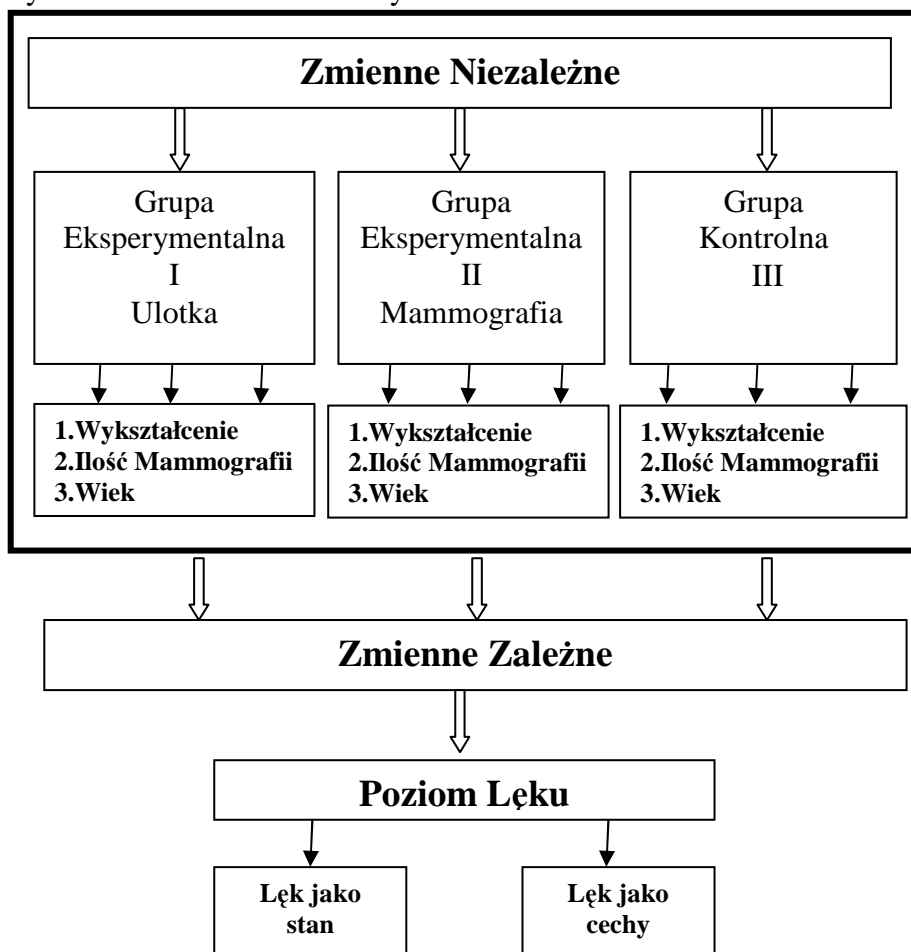
Zwrócono również uwagę na fakt, że wyniki badań innych badaczy, które miały na celu wskazać ewentualny związek lęku z uczestnictwem w badaniach profilaktycznych, nie dawały jednoznacznych odpowiedzi. Dodatkowo, znacząco wyższa frekwencja kobiet w badaniach profilaktycznych w innych krajach niż Polska, również zastanawiała. W związku z tym, sformułowano problem badawczy o braku wpływu lęku na zgłaszalność do badań mammograficznych. Brak przesłanek do założenia związku spowodował, że nie postawiono hipotezy badawczej dotyczącej tego problemu, ale zaznaczono występowanie pewnego

problemu badawczego: Czy zostanie zaobserwowany związek pomiędzy ilością wykonanych mammografii a poziomem lęku jako stanu i cechy?

3.2.1. Opis zmiennych

Dla potrzeb niniejszej pracy wyodrębniono trzy podstawowe zmienne niezależne, w ramach, których występują trzy drugoplanowe zmienne niezależne, oraz dwie zmienne zależne. Graficzne przedstawienie zmiennych obrazuje rysunek 4: „Schemat zmiennych”.

Rysunek 4. Schemat Zmiennych.



3.2.2. Metodologia

Do udziału w badaniach wytypowano kobiety w wieku 50 – 69, biorące udział w populacyjnym profilaktycznym programie wykrywania raka piersi metodą mammografii przesiewowej. W tym zakresie skorzystano z bazy danych świadczeniodawców NFZ. Rolę ankieterów pełnili pracownicy firm oraz zatrudnieni przez badaczy studentki i studenci SWPS oddział w Sopocie. Wszyscy ankieterzy zostali przeszkoleni zgodnie z wytycznymi

dotyczącymi wypełniania kwestionariusza STAI. Przed każdą wizytą ankieterów w danej miejscowości, informowano o tym fakcie miejscową jednostkę policji. W celu uzyskania odpowiedzi na postawione pytania badawcze postanowiono przebadąć trzy grupy kobiet:

1. **Grupa I – eksperymentalna.** Kobiety, którym podczas wizyty ankietera przedstawiono ulotki na temat raka piersi, i poproszono o wypełnienie ankiety mammograficznej.
2. **Grupa II – eksperymentalna.** Kobiety uczestniczące bezpośrednio w badaniu mammograficznym.
3. **Grupa III – kontrolna.** Kobiety, które podczas wizyty ankietera zostały poinformowane o tym, że prowadzi on badanie psychologiczne związane ze zdrowiem kobiet.

3.2.3. Procedura

Dla poszczególnych grup określono następujące procedury:

- a. **Grupa I eksperymentalna** - dobór miejscowości wiązał się bezpośrednio z miejscem zamieszkania ankieterów. Ankieterzy byli poproszeni o odwiedzanie kobiet w wieku 40 – 70 lat w sposób dowolny, w ich miejscu zamieszkania. Ankieter miał za zadanie poproszenie kobiet o rozmowę na temat profilaktyki raka piersi, przedstawienie dwóch ulotek (załącznik nr 1, załącznik nr 2), wypisanie ankiety mammograficznej (załącznik nr 3), i na samym końcu o wypełnienie w jego obecności kwestionariusza STAI (załącznik nr 4). Cała procedura musiała się zamknąć w ciągu 30 minut.
- b. **Grupa II eksperymentalna** – dobór miejscowości wynikał z możliwości obecności w niej mammobusu. Przeszkoleni pracownicy byli poinstruowani, aby prosić kobiety, które już wypełniły ankietę mammograficzną (załącznik nr 3) i czekały na wykonanie badania mammograficznego, o wypełnienie przed badaniem mammograficznym dodatkowego kwestionariusza STAI.
- c. **Grupa III kontrolna** – w tej grupie znalazły się kobiety, które kilka dni przed wizytą ankietera wykonały już badanie mammograficzne i zostały zakwalifikowane przez lekarza radiologa do dalszej pogłębionej diagnostyki. W dniu wizyty ankietera, kobiety nie wiedziały o tym, że muszą przystąpić do dodatkowych badań. Ankieterzy, na wstępie wizyty prosili badane o podpisanie świadomej zgody na udział w badaniu (załącznik nr 5), a następnie o wypełnienie kwestionariusza STAI. W celu ograniczenia wpływu ankieterów na wyniki badania, nie byli oni informowani o stanie zdrowia badanej, jak również nie byli

poinformowani o prawdziwym celu badania. Ankieterzy wiedzieli, że zbierają informacje, które ewentualnie pozwolą na określenie potrzeb zdrowotnych populacji kobiet. Dane dotyczące ilości badanych, miejscowości, oraz średniego wieku w grupach przedstawia tabela numer 1.

Tabela 1. Informacja o badanych.

Nazwa:	Grupa I - eksperymentalna	
Miejscowość	Ilość Osób	Średni wiek badanych kobiet
Gdańsk	44	55,36
Stężycza	20	
Radunica	29	
Razem	93	
Procent Ważnych:		37,70%
Nazwa:	Grupa II- eksperymentalna	
Miejscowość	Ilość Osób	Średni wiek badanych kobiet
Lubin	36	56,25
Stężycza	39	
Działdowo	11	
Byczyna	25	
Razem	111	
Procent Ważnych:		44,95%
Nazwa:	Grupa III - kontrolna	
Miejscowość	Ilość Osób	Średni wiek badanych kobiet
Świnoujście	6	59,97
Kłodzko	29	
Pr. Gdański	8	
Razem	43	
Procent Ważnych:		17,40%

Dobór miejscowości nie jest zgodny z rozkładem normalizacyjnym STAI. Powodem takiego stanu, były uwarunkowania logistyczne związane z dostępnością do badanych grup. W związku z tym, że dane normalizacyjne STAI nie przytaczają wyników poziomu lęku jako stanu ze względu na miejsce zamieszkania, wnioskuje się, że nie były one istotne dla grupy normalizacyjnej.

Rozdział IV

Wyniki badania

4.1. Wprowadzenie

Ten rozdział poświęcimy na przedstawienie wyników naszych badań oraz przeanalizowanie ich zgodnie z teorią i postawionymi hipotezami. Wyniki te i ich analiza posłużą nam, jako podstawa do dalszej dyskusji. Rzetelna ocena założeń i potwierdzenia wyników wymagała sprawdzenia, czy zastosowane narzędzie pomiaru, jakim był kwestionariusz STAI było odpowiednie, czy otrzymane wyniki potwierdzały teoretyczne założenia narzędzia badawczego?

Przeprowadzona analiza korelacji Pearsona zmiennych lęku jako stanu i lęku jako cechy, wyniosła $r(245)=0,66$; $p<0,05$, co świadczy o silnym dodatnim związku pomiędzy mierzonym poziomem lęku jako stanu, a mierzonym poziomem lęku jako cechy. Interkorelacja stanu lęku i cechy lęku, mierzona na potrzeby opracowywania kwestionariusza STAI, wśród kobiet w wieku 55-69 lat $N=100$, wyniosła $r= 0,66$ (Wrześniewski, 2006). Można więc powiedzieć, że badanie spełniło wymagania teoretyczne dotyczące przeprowadzenia pomiaru testem STAI, jak również potwierdziło teorię koncepcji lęku Charlesa D. Spielbergera. Dodatkowo, pomiary poziomu lęku jako cechy w poszczególnych grupach, potwierdziły hipotezę badaczy opracowujących kwestionariusz STAI zakładającą, że poziom lęku jako cechy charakteryzuje względnie duża stałość (Sosnowski, 1997). Wyniki pomiarów lęku jako cechy przedstawia tabela nr 3.

Tabela 3. Poziom lęku jako cechy w grupach.

Grupy	Liczebność	Średni poziom lęku jako cechy	SD	Błąd standardowy	95% przedział ufności dla średniej	
					Dolna granica	Górna granica
Grupa I - Ulotka	93	41,88	9,60	1,00	39,90	43,86
Grupa II - Mammografia	111	44,36	8,51	0,81	42,76	45,96
Grupa III - Kontrolna	43	40,93	8,36	1,27	38,36	43,50
Ogółem	247	42,83	8,99	0,57	41,70	43,96

Średnie poziomy zaobserwowanego poziomu lęku jako cechy w grupach, nie różniły się między sobą istotnie, co świadczy o względnie stałym jego poziomie w trzech badanych grupach.

4.2. Wyniki pomiaru stanu lęku w poszczególnych grupach

Pierwszą postawioną hipotezą było założenie, że wystąpi istotna różnica w poziomie mierzonego lęku jako stanu pomiędzy grupą kontrolną, a grupami eksperymentalnymi. W celu zweryfikowania tej hipotezy dokonano analizy w programie SPSS za pomocą jednoczynnikowej Anovy. Analiza wykazała, że badane kobiety w grupie II mammograficznej, wykazywały najwyższy poziom stanu lęku ($M=42,93$; $SD=8,81$), badane w grupie I z ulotką wykazywały pośredni poziom mierzonego lęku jako stanu ($M=40,20$; $SD=10,38$), a badane z grupy III kontrolnej wykazywały najniższy poziom stanu lęku ($M=34,37$; $SD=11,56$). Wyniki te przedstawia tabela numer 4.

Tabela 4. Poziomy mierzonego w grupach lęku jako stan

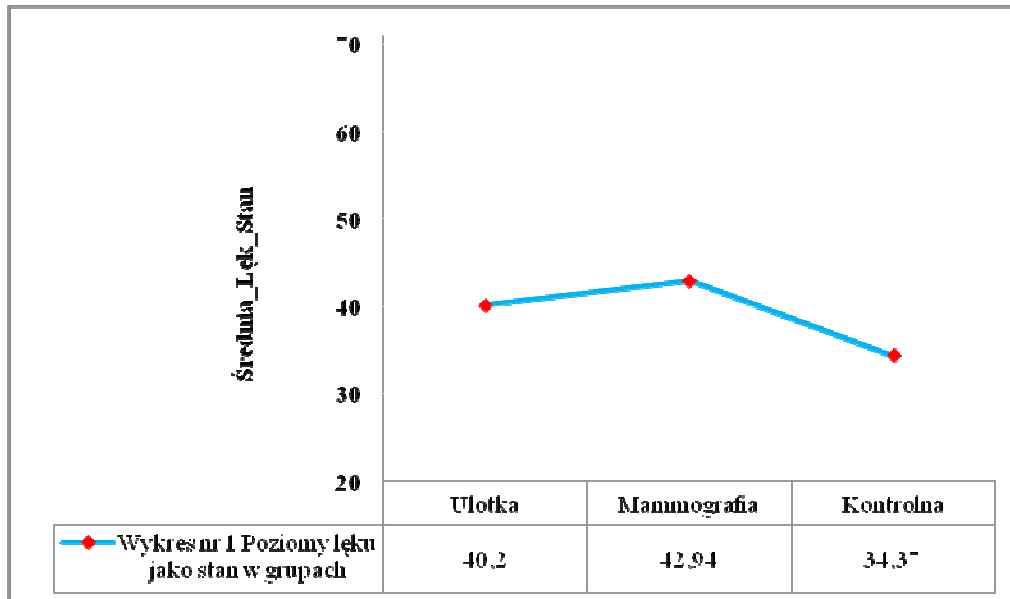
Grupy	Liczebność	Średni poziom lęku jako stan	SD
Grupa I - Ulotka	93	40,20	10,38
Grupa II - Mammografia	111	42,93	8,81
Grupa III – Kontrolna	43	34,37	11,56

Przeprowadzona analiza wariancji wykazała istotne różnice pomiędzy grupami w mierzonym poziomie lęku jako stanu ($F_{(2;244)}=11,54$; $p<0,01$). Aby dokonać dalszej analizy danych, i sprawdzić, które grupy różnią się między sobą istotnie, przeprowadzono analizę testów post hoc. W związku z tym, że wariancje w porównywanych grupach są jednorodne ($F_{(2;244)}=2,91$; $p>0,05$), do analizy wykorzystano test post hoc Sidaka. Umiarkowanie konserwatywny test Sidaka pokazał, że:

1. Poziom mierzonego stanu lęku w grupie I z ulotką ($M=40,20$; $SD=10,38$), jest istotnie wyższy od mierzonego poziomu lęku jako stanu w grupie III kontrolnej ($M=34,37$; $SD=11,56$)
2. Poziom mierzonego stanu lęku w grupie II mammograficznej ($M=42,93$; $SD=8,81$), jest istotnie wyższy od mierzonego poziomu lęku jako stanu w grupie III kontrolnej ($M=34,37$; $SD=11,56$)
3. Poziom mierzonego stanu lęku nie różnił się istotnie pomiędzy grupą I z ulotką ($M=40,20$; $SD=10,38$), a grupą II mammograficzną ($M=42,93$; $SD=8,81$).

Uzyskane wyniki obrazuje wykres numer 1: „Poziomy lęku jako stanu w grupach”.

Wykres numer 1. Poziomy lęku jako stanu w grupach $F(2;244)=11,54; p<0,01$.



Wyniki potwierdzają hipotezę, że informacja zdrowotna, która w swoich treściach zawiera element zagrożenia Ja, w postaci słowa „rak” czy „mammografia”, wywoła negatywną reakcję odbierających taką informację kobiet, która uwidoczni się podwyższonym poziomem lęku jako stanu. Potwierdzają to również polskie badania, gdzie 85% badanej grupy ($N=832$) werbalnie zadeklarowało zdecydowanie silną i negatywną emocję, jako reakcję na słowo „rak” (Nęcki, Górniak, 1999). Mając na uwadze powyższe dane można podsumować, że podczas prowadzenia populacyjnych programów profilaktycznych badań wykrywania raka piersi metodą mammografii przesiewowej, w trakcie ich wykonywania lub nawet podczas zapoznawania się z zaproszeniem na takie badania, będziemy mieli do czynienia z odczuwaniem przez kobiety negatywnych emocji, skutkujących podwyższeniem mierzonego poziomu lęku. Przeprowadzone badania potwierdziły występowanie mechanizmów powstawania emocji lęku opisanych w teoriach umysłowego przetwarzania informacji Wegnera (1994) i w integracyjnym modelu Chmura (2005).

Wiemy już, że podwyższony poziom stanu lęku, będzie towarzyszył badaniom mammograficznym. Wiemy również, że nie jest to stan permanentny. Emocje są zazwyczaj krótkotrwałe (Kolańczyk, Jankowska, Fusiara, Sterczyński, 2004). Najprawdopodobniej występuje on tylko podczas procesu wykonywania badania mammograficznego, oraz przetwarzania informacji o tym procesie. Wykazane w badaniu istotne różnice w reagowaniu na zdrowotną informację zagrażającą Ja, uwidaczniające się różnym poziomem odczuwania lęku jako stanu, skłaniają do zadania pytania: Czy lęk ten może zagrozić dobrostanowi

psychicznemu kobiet biorących udział w programach profilaktycznych? Możliwość odpowiedzi na to pytanie daje porównanie uzyskanych wyników do wyników uzyskanych w normalizacyjnych badaniach populacyjnych dotyczących poziomu odczuwanego lęku jako stanu. Według *Inwentarza Stanu i Cechy Lęku STAI* (Wrześniewski, 2006), normalny poziom odczuwania lęku jako stanu, wśród kobiet ($N=100$) w wieku 55-69 lat wynosi ($M=39,01$; $SD=9,79$).

W grupie III kontrolnej ($N=43$), uzyskano wynik poziomu stanu lęku ($M=34,37$; $SD=11,56$). Średnia wieku kobiet w grupie III kontrolnej wyniosła ($M=59,97$) lat. Niższy od normalnego poziom lęku, uzyskany w przeprowadzonym badaniu, może być spowodowany inną reprezentacją pod względem wykształcenia i miejsca zamieszkania. W grupie normalizacyjnej (Wrześniewski, 2006), tylko trzy osoby miały wykształcenie wyższe, a w grupie III kontrolnej, aż siedem osób wykazało wyższe wykształcenie. Jest to znacząca różnica, tym bardziej, że opisane w dalszej części interpretacje wyników, jednoznacznie świadczą o pozytywnym wpływie wykształcenia na niższy poziom odczuwanego lęku jako stanu.

W grupie I z ulotką ($N=93$), wynik mierzonego poziomu lęku jako stanu wynoszący ($M=40,20$; $SD=10,38$), nie różni się istotnie od znormalizowanego pomiaru poziomu lęku jako stanu wśród kobiet w wieku 55-69 lat. Średnia wieku w naszej grupie I z ulotką wynosiła ($M=55,36$) lat (zobacz: tabela numer 6 „Analiza eksperymentalna”).

W grupie II mammograficznej ($N=111$), uzyskano wynik pomiaru poziomu stanu lęku ($M=42,93$; $SD=8,81$). Średnia wieku w grupie II mammograficznej wynosiła ($M=56,25$) lat. Jak można zaobserwować, kobiety biorące udział w naszym badaniu mieściły się w przedziałach wiekowych jak dla grupy znormalizowanej, a średnie poziomy zaobserwowanego pomiędzy grupami eksperymentalnymi a grupą normalizującą poziomu lęku jako stanu, nie różniły się od siebie znacząco. Wyniki przedstawia tabela numer 5.

Tabela numer 5. Porównanie wyników uzyskanych w badaniu, z danymi znormalizowanymi dla populacji kobiet 55-69 lat.

Grupy	Liczebność	Średni poziom lęku jako stan	SD	Średni wiek w latach
Grupa I - Ulotka	93	40,20	10,38	55,36
Grupa II - Mammografia	111	42,93	8,81	56,25
Grupa III - Kontrolna	43	34,37	11,56	59,97
Grupa Normalizacyjna kobiety w wieku 55-69 lat	100	39,01	9,97	b/d

Czy to oznacza, że odczuwany lęk, którego poziom zmierzylimy, związany z uczestnictwem w populacyjnych badaniach wykrywających raka piersi metodą mammografii przesiewowej, nie odbiega od normy?

Aby odpowiedzieć na to pytanie, za pomocą testu t dla jednej próby, przeprowadzono analizę polegającą na zbadaniu czy wartość testowana (w naszym przypadku $M=39,01$, który oznacza normalny poziom lęku jako stan w populacji), różni się istotnie od zaobserwowanego w naszym badaniu poziomu lęku jako stanu w grupie I z ulotką i grupie II mammograficznej. Wyniki tej analizy przedstawia tabela numer 6.

Tabela numer 6. Porównanie średnich wartości lęku jako stanu w grupie I i II.

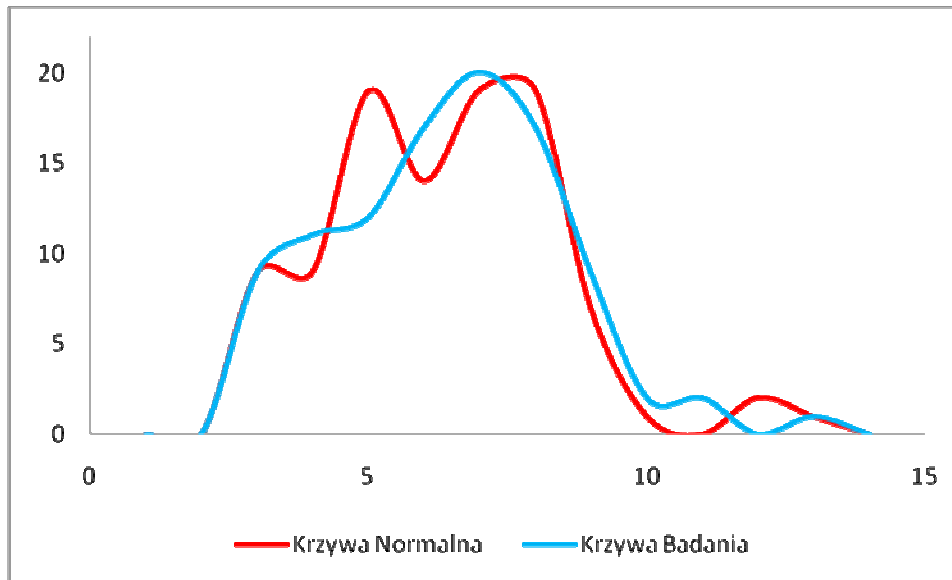
Grupy	t	df	Istotność (dwustronna)	Błąd standardowy
Wartość Testowana =39,01				
Grupa I – Ulotka, lęk_stan	1,109	92	,270	1,19
Grupa II – Mammografia, lęk_stan	4,692	110	,000	3,92

Przeprowadzona, dla znormalizowanego poziomu lęku jako stanu w grupie kobiet 55-69 lat, wyrażającego się w wartości testowanej $M=39,01$, analiza testu t dla jednej próby (grupa I z ulotką) dała wynik nieistotny ($t_{(92)}=1,109$; $p>0,05$) pokazujący, że nie ma istotnych różnic pomiędzy lękiem jako stan w grupie I z ulotką ($M=40,20$; $SD=10,38$), a lękiem mierzonym w populacyjnej grupie normalizacyjnej ($M=39,01$; $SD=9,97$). Odpowiadając na wyżej postawione pytanie można stwierdzić, że zmierzony w naszym badaniu poziom lęku jako stan w grupie I z ulotką, nie odbiega od normalnego poziomu stanu lęku dla populacyjnej grupy kobiet w wieku 55-69 lat, zmierzonego dla polskich potrzeb normalizacyjnych kwestionariusza STAI. Równolegle przeprowadzona, dla znormalizowanego poziomu lęku jako stanu w grupie kobiet 55-69 lat, wyrażającego się w wartości testowanej $M=39,01$, analiza testu t dla jednej próby (grupa II mammograficzna), dała wynik istotny ($t_{(110)}=4,692$; $p<0,05$) pokazujący, że występują istotne różnice pomiędzy stanem lęku w grupie II mammograficznej ($M=42,93$; $SD=8,81$), a lękiem mierzonym w populacyjnej grupie normalizacyjnej ($M=39,01$; $SD=9,97$). Oznacza to, że kobiety przed wykonaniem badania mammograficznego mogą odczuwać pewien, odbiegający od normy dyskomfort psychiczny związany z tym badaniem.

W celu porównania ogólnego poziomu lęku jako stanu w badanych grupach, do stanu lęku z grupy normalizacyjnej, korzystając z tabel normalizacyjnych (Wrześniewski, 2006),

wykreślono krzywą normalizacyjną dla ogólnej próby Kobiet (N=100), w wieku 55-69 lat. Następnie na krzywą normalizacyjną, naniesiono krzywą dla ogólnej grupy kobiet (N=247), biorącej udział w badaniu. Obrazowo przedstawia to wykres numer 2.

Wykres numer 2. Krzywa normalna i krzywa badania.



„Krzywa badania” wyraźnie wskazuje, że wyniki w mierzonym poziomie stanu lęku, wśród wszystkich kobiet uczestniczących w badaniu, nie odbiegają od rozkładu krzywej normalizacyjnej w populacji kobiet w wieku 55-69 lat.

Badacze amerykańscy w swoim badaniu stanu lęku i uczestnictwa w badaniach profilaktycznych, wśród kobiet z wysokim ryzykiem wystąpienia raka piersi (Lindberg, Wellisch, 2001), gdzie:

1. Zbadano N=430 kobiet od 15 do 78 lat (M=42,62)
2. Średnia ilość krewnych dotkniętych rakiem piersi (M=2)
3. Średnie i wyższe wykształcenie reprezentowało 72, 6% badanych
4. Odczuwany lęk przed rakiem piersi był mierzony deklaratorywnie od 0% do 100%, mierzyli podczas konsultacji psychologicznych, w trakcie, których zadawali pytania o lęk przed badaniem mammograficznym, oraz o uczestnictwo w populacyjnych badaniach profilaktycznych, poziom lęku. Na skali lęku jako stan, uzyskali średni wynik (M=37,89; SD=12, 05). Badacze Ci, niestety nie odnoszą swoich wyników do norm populacyjnych, a taki poziom uważają, jako wykazujący znaczący symptom lęku (pomimo tego, że jednocześnie powołują się na granicę pomiędzy normalnym stanem lęku, a występowaniem

klinicznych symptomów tego lęku wynoszącą $M=40$). Według nich, kobiety biorące udział w programach (szczególnie te, które odczuwają zagrożenie rakiem piersi) prawdopodobnie cierpią z powodów odczuwania symptomów depresji i lęku.

W świetle uzyskanych wyników, nie można zgodzić się z tak daleko idącymi wnioskami. Wynikałoby z nich, że większość populacji kobiet uczestniczącej w mammograficznych badaniach przesiewowych jest depresyjna, i znacząco (*significant*) odczuwa poczucie lęku. W krajach gdzie populacyjne programy mammograficzne działają od ponad 20 lat, frekwencja wynosi 75% (Anglia, 2009). W badaniach mammograficznych na całym świecie biorą udział dziesiątki milionów kobiet rocznie.

W innym badaniu, tym razem Australijskim, dotyczącym psychologicznego przystosowania kobiet zagrożonych zwiększonym ryzykiem zachorowania na raka piersi (Meiser i inni, 2000), za pomocą przesłanych pocztą ankiet, zbadano poziom lęku jako stan u 355 kobiet, gdzie średnia wieku wynosiła 39 lat, i uzyskano średni jego wynik ($M=35,8$; $SD=12,7$). Badacze z Australii przytoczyli również średnie wyniki mierzonego poziomu lęku jako stanu z badań w innych krajach:

1. Szkocja $N=450$ ($M=35,4$)
2. Londyn $N=283$ ($M=38,7$)
3. USA ($M=34,9$)

W dyskusji tego badania, powołując się na powyższe wyniki, oraz takie determinanty lęku jako stan jak:

- wiek
- zdarzenie związane z informacją o raku piersi
- dokładność przewidywania zagrożenia
- status małżeński

jak również na determinanty lęku przed rakiem piersi takie jak:

- zdarzenie związane z rakiem piersi
- dokładność przewidywania zagrożenia
- śmierć krewnego z powodu raka piersi

Badacze dochodzą do wniosku, że dokładna ocena zagrożenia, może efektywnie korygować przesadne jego spostrzeganie, tym samym redukując lęk przed nowotworem piersi i psychologiczne cierpienie (*accurate risk assessment may effectively correct exaggerated risk perceptions, thereby reducing breast cancer anxiety and psychological distress* cyt. za: Meiser i inni, 2000, s.385). Tłumacząc to na „język psychologiczny” możemy powiedzieć, że wykształcone schematy poznawcze dotyczące raka piersi, mogą efektywnie wpływać na

prawidłową ocenę zagrożenia z nim związanym, tym samym redukując lęk przed nim. Taki wniosek według nas jest oczywisty, z tym jednak zastrzeżeniem, że wyniki, które badacze Ci przytaczają, tego nie odzwierciedlają. Według nas, przedstawiane w dwóch powyższych badaniach, średnie poziomy mierzonego lęku jako stanu, nie pozwalają na wyciąganie wniosków, że jest to lęk sprawiający cierpienie psychiczne. Tym bardziej, że w publikacji *Measuring Trait Anxiety in General Population Samples* (por. Ray, 1984), co prawda dotyczącej norm poziomu cechy lęku w Australii, autor podaje normy dla populacji wiejskiej ($M=37,33$; $SD=9,53$) i dla populacji miejskiej ($M=38,69$; $SD=10,34$). Wydaje się więc, że uzyskany wynik mierzonego poziomu lęku jako stanu ($M=35,8$; $SD=12,7$) nie może być interpretowany, jako sprawiający doświadczanie psychologicznego cierpienia. Według badaczy z Australii, ich badanie jest pierwszym takim badaniem, które przedstawia związek pomiędzy psychologicznym cierpieniem, a doświadczeniem związanym ze zdarzeniem zawierającym informacje o raku piersi. Badacze Ci twierdzą, że doświadczone zdarzenie zawierające informacje o raku piersi, którego w ostatnim czasie uczestnikami byli badani, było znacząco kojarzone z rakiem piersi i z poziomem lęku jako stanu. Badanie ukazało się w „*Psychology, Health & Medicine, Vol.5, No.4, 2000*”.

Analizując wyniki z powyższych badań, jak również dane z naszego badania, skłaniamy się w kierunku twierdzenia, że odczuwana w trakcie badań mammograficznych przez ich uczestniczki emocja lęku, nie ma wpływu na poczucie psychologicznego cierpienia.

4.3. Różnice w wynikach mierzonego w grupach eksperymentalnych poziomu lęku jako stanu

W badaniu założono, że kobiety, które zapoznały się z informacją zdrowotną zagrażającą Ja, w postaci np. zaproszenia na badanie mammograficzne, skoro przyszły na to badanie, to znaczy, że przetworzyły poznawczo tę informację, i nie będą wykazywać wyższego poziomu lęku, niż podczas pierwotnego zapoznawania się z tą informacją.

Dla weryfikacji tej hipotezy dokonano analizy w programie SPSS za pomocą jednoczynnikowej Anovy. Pomiarów średnich poziomów lęku jako stanu w grupach wykazały, że badane w grupie II mammograficznej, miały wyższy poziom lęku jako stanu ($M=42,93$; $SD=8,81$), niż badane w grupie I z ulotką ($M=40,20$; $SD=10,38$). Przeprowadzona analiza post hoc Sidaka, wykazała brak istotnych różnic pomiędzy eksperymentalnymi grupami I i II, w mierzonym poziomie lęku jako stanu ($F_{(2,244)}=11,54$; $p>0,05$). Hipoteza badawcza nie sprawdziła się. Co prawda, wynik różnicy w grupach eksperymentalnych jest nieistotny, to jednak poziom mierzonego stanu lęku w grupie II mammograficznej jest istotnie wyższy od

poziomu normalnego ($M=39,01$; $SD=9,97$). Różnicę tę zbadano już wcześniej testem t dla jednej próby ($t_{(110)}=4,692$; $p<0,05$). Ze względu na tę istotną różnicę warto się zastanowić, dlaczego kobiety pomimo tego, że już zapoznały się wcześniej z informacją zagrażającą, i miały możliwość przeanalizowania treści tej informacji, podczas wizyty w mammobusie – przed wykonaniem badania mammograficznego, wykazują podwyższony poziom lęku jako stan. Zapoznając się z teorią dotyczącą mechanizmów powstawania emocji lęku, można dojść do wniosku, że w przypadku grupy II mammograficznej, sytuacja w odczuwaniu lęku się komplikuje. Najprawdopodobniej, na poziom mierzonego lęku jako stanu przed badaniem mammograficznym, poza takimi determinantami jak: temperament, wiek, wykształcenie, kontekst sytuacyjny, samopoczucie, nakłada się również strach poznawczy przed samą procedurą wykonaniem badania mammograficznego.

Dla zweryfikowania tej tezy przeprowadzono analizę regresji. Zrekodowano zmienną „grupa” na zmienną „Informacja_rak” i zmienną „Badanie_mammograficzne”. Model liniowy analizy regresji okazał się istotny ($F_{(2,244)}=11,54$; $p<0,05$). Zmienne „Informacja_rak” i „Badanie_mammograficzne”, tłumaczą razem 8% zmienności zmiennej zależnej lęku jako stanu. Zmienna „informacja_rak” ($B=0,214$), prawie dwa razy mocniej wpływa na mierzony lęk jako stan, od zmiennej „Badanie_mammograficzne” ($B=0,132$). Możemy powiedzieć, że zmierzony poziom stanu lęku w trakcie wykonywania badań mammograficznych przez grupę II mammograficzną, który wyniósł ($M=42,93$; $SD=8,81$), jest wypadkową dwóch równoległe działających i nakładających się na siebie mechanizmów powstawania emocji lęku. Pierwszym z nich jest lęk wynikający z nieświadome przetwarzanie zagrażającej informacji zdrowotnej „rak”. Drugim strach, związany z poznawczym przetwarzaniem informacji o bezpośrednim zagrożeniu, jakim jest procedura wykonywania badania mammograficznego.

Jeszcze raz wartym podkreślenia jest fakt występowania zasadniczej różnicy pomiędzy odczuwanym strachem, którego obiektem jest wykonanie badania mammograficznego, a nieokreślonym ogólnym poczuciem lęku przed śmiercią, wywołanym w dużej mierze przez nieświadome mechanizmy przetwarzanej informacji „rak”. To strach przed badaniem mammograficznym spowodował możliwość zaobserwowania podwyższonego poziomu lęku w grupie II mammograficznej, w stosunku do grupy I z ulotką. W grupie I z ulotką, w sytuacji dnia codziennego, zmierzono poziom lęku związany z nieświadomym automatycznym aktywizowaniem systemu pobudzenia, co zaowocowało podwyższonym jego stanem. Natomiast w grupie II mammograficznej, dokonano pomiaru poziomu stanu lęku, związanego zarówno z automatyczną aktywizacją systemu pobudzenia, jak również ze świadomym spostrzeganiem zagrożenia, jakim było badanie mammograficzne.

W badaniach ankietowych (Marcinkowska, Mazurkiewicz, Stencel, 2007), 25% kobiet odpowiedziało, że badanie mammograficzne jest bolesne. Za faktem, że w grupie II mammograficznej mamy do czynienia nie tylko z lękiem jako wewnętrznym, subiektywnym niedostrzegalnym zagrożeniem, ale również z nakładającym się na niego strachem przed samym badaniem, jako obawą przed rzeczywistym – realnym zagrożeniem, przemawiają również wyniki uzyskane w innych badaniach, w których badano poziom odczuwanego strachu w sytuacjach zagrożenia związanego z pobytem w szpitalu: przed operacją raka piersi poziom lęku ($M=44,0$; $SD=11,64$) (Millar, Jelcic, Bonke, Asbury, 1995), przed operacją chirurgiczną i otolaryngologiczną ($M=44,6$; $SD=10,5$) (Romanik, Kański, Soluch, Szymańska, b/d). W Grecji (Michopoulos i inni, 2008), zbadano poziom lęku przed hospitalizacją i uzyskano średni wynik pacjentów przychodzących i wychodzących na poziomie ($M=43,1$; $SD=12,7$). W Polskiej adaptacji STAI nie podaje się granic rozdzielających poziom normalny od klinicznego poziomu mierzonego lęku. W publikacji: *The Spielberger State – Trait Anxiety Inventory (STAI): the state scale in detecting mental disorders in geriatric patients* (Kvaal, Ulstein, Hilde, Engedal, 2005) uzyskano informację, że wynik na skali lęku jako stanu:

1. $M = 39 - 40$, jest granicą pomiędzy normą, a klinicznie znaczącymi symptomami lęku jako stan (Knight *et al.*, 1983; Forsberg and Bjorvell, 1993; Addolorato *et al.*, 1999; cyt. za Kvaal i inni, 2005, s.630).
2. $M = 44/45$, jest granicą dla pacjentów oczekujących na badanie/operację (Millar *et al.*, 1995; Kindler *et al.*, 2000; cyt. za Kvaal i inni, 2005, s.630).
3. Wyniki pomiędzy $M = 44 - 51$, uzyskują pacjenci chronicznie chorzy cierpiący na zaburzenia lęku (Kaneda and Fuji, 2000; Stanley *et al.*, 2001; Stark *et al.*, 2002; cyt. Za Kvaal i inni, 2005, s. 630).
4. $M = 53$, jest normą dla pacjentów z zaburzeniami nastroju (*ibidem*).

Porównując wyniki zmierzonego lęku jako stanu w grupie II mammograficznej ($M=42,93$; $SD=8,81$), do powyższych danych, jak również do polskich danych normalizacyjnych ($M=39,01$; $SD=9,97$), gdzie test t dla jednej próby grupy II mammograficznej okazał się istotny ($t_{(110)}=4,692$; $p<0,05$), wnioskuje się, że kobiety, które wykonują badanie mammograficzne, odczuwają pewien krótkotrwały dyskomfort fizjologiczno – psychiczny. Dyskomfort ten nie ma jednak wpływu na ogólny dobrostan psychiczny jednostki. Ewentualnie dokonany pomiar poziomu lęku następnego dnia, nie będzie odbiegał swoim wynikiem od normy. Potwierdzają to badania ze Stanów Zjednoczonych (por. Heckman i inni, 2004), gdzie zbadano poziom lęku jako stan u kobiet,

które miały historię raka piersi w rodzinie (ZH) i tych, które takiej historii nie miały (BH), w trzech odległych od siebie czasowo okresach :

1. Telefoniczne, jeden dzień po wykonaniu badania mammograficznego ZH(M=35,8; SD=10,1), BH(M=35,8; SD=8,9)
2. Po otrzymaniu telefonicznej informacji (drugi telefon) o potrzebie wykonania dodatkowego badania (5-7 dni po wykonaniu badania mammograficznego) ZH(M=45,0; SD=8,0), BH(M=40,7; SD=8,7)
3. Po czterech tygodniach od drugiego telefonu ZH(M=27,9; SD=4,4), BH(M=29,8; SD=4,7)

Również kobiety badane w grupie III kontrolnej, które wypełniły kwestionariusz STAI w 1-2 dni od wykonanego badania mammograficznego, nie wykazywały podwyższonego średniego lęku jako stanu $M= 34,37$; $SD=11,56$. Świadczy to jednoznacznie na korzyść koncepcji, że lęk wywołany przetwarzaniem informacji o raku piersi, jak również strach przed procedurą wykonania badania mammograficznego, w podwyższonym swoim stanie występują tylko przez krótki okres czasu.

Z racji tej, że w profilaktycznych badaniach populacyjnych wykrywających raka piersi metodą mammografii przesiewowej, kobiety zdrowe powinny brać udział raz na dwa lata, a kobiety mające w swojej rodzinie historię raka piersi raz na rok, wydaje się mało prawdopodobne, aby dyskomfort wywołany negatywnym postrzeganiem badania mammograficznego, mógł powodować przejście organizmu od zdrowego, do chorego jego stanu. Teza, że uczestnictwo w programach profilaktycznych nie przynosi żadnych strat w ogólnym dobrostanie psychicznym zdrowych kobiet, pozostaje cały czas aktualna. Niemniej jednak, organizatorzy badań mammograficznych powinni stworzyć takie warunki ich przeprowadzania, aby zmniejszały one do minimum poczucie takiego dyskomfortu.

W krajach wysoko rozwiniętych, gdzie populacyjne programy profilaktyczne mają swoją długą historię np. w Wielkiej Brytanii, gabinety mammograficzne są tak zaaranżowane, aby przypominały raczej wnętrze ciepłego domowego salonu, niż gabinetu szpitalnego. Oddzielono tam również placówki wykonujące profilaktyczne badania mammograficzne, od dużych Centrów Onkologicznych, które bezpośrednio kojarzą się ze śmiercią. Nie możemy również pod żadnym pozorem zapominać, że kobiety uczestniczące w populacyjnych badaniach mammograficznych to kobiety zdrowe.

4.4. Wykształcenie a poziom stanu lęku

W swoim artykule (por. Schachter, Singer, 1962) *Poznawcze, społeczne, i psychologiczne detreminanty stanu emocjonalnego*, badacze opisali i udowodnili, że głównym czynnikiem determinującym stan emocjonalny jest czynnik poznawczy. Aktywizowane, na styku z bezpośredniością sytuacji schematy poznawcze, jako interpretacje dotychczasowego doświadczenia jednostki, są podstawą do zrozumienia i nazywania swoich uczuć. Z badań fokusowych (Kozaka, Marcinkiewicz, Mazurkiewicz, Stencel, 2006) *Przyczyny niskiej frekwencji kobiet w profilaktycznych badaniach mammograficznych* wynika, że kobiety często nie rozumieją, na czym polega profilaktyka, i mają małą wiedzę na temat choroby „rak piersi”. Ich wiadomości i przekonania o profilaktyce i sposobach leczenia są wyrywkowe, oparte na stereotypach, a źródłem tej wiedzy są osoby z najbliższego otoczenia (sąsiadki, koleżanki, rodzina).

U kobiet dominuje myślenie stereotypowe na temat chorób nowotworowych. Według części z nich, rak jest chorobą śmiertelną, niezależnie od momentu, w którym się go wykryje. Kobiety sądzą, że po prześwietleniu lub operacji, nowotwór może stać się złośliwy. Uważają, że fakt zachorowania na raka, jest jednoznaczny z wyrokiem śmierci. Kobiety najczęściej nie wierzą w możliwość wyleczenia, w dużej mierze przekonane są, że nowotworu najlepiej nie ruszać.

Część kobiet woli nie uczestniczyć w badaniach profilaktycznych, ponieważ ich skutkiem mogłoby być uzyskanie informacji o zmianach chorobowych. Dopóki nie wiedzą, nie denerwują się i uważają, że ten problem ich nie dotyczy. Jeśli nie odczuwają żadnego bólu, to nie widzą potrzeby zrobienia badania mammograficznego. Uważają, że odpowiednim momentem na wizytę u lekarza jest czas, w którym zaczynają odczuwać dolegliwości.

Schachter i Singer udowodnili (Schachter, Singer, 1962), że stan emocjonalny, dla którego nie mamy wytłumaczenia, będzie klasyfikowany zgodnie ze ścieżką poznawczą, która w tym momencie jest dla nas najbardziej dostępna. Mając na uwadze powyższe, ważnym wydaje się zagadnienie, czy faktycznie poziom wykształcenia okaże się znaczącym determinantem występowania lęku jako stanu w sytuacji zagrożenia? W tym celu przeprowadzono analizę regresji. W naszym badaniu zmienna wykształcenia posiadała następujące wartości: 1=niepełne podstawowe, 2=podstawowe, 3=zasadnicze, 4=średnie, 5=niepełne wyższe, 6=wyższe. Dla potrzeb przeprowadzenia analizy regresji dokonano rekodowania zmiennej „wykształcenie” na zmienną „wykształta” i założono, że wykształcenie: podstawowe=8, zasadnicze=10, średnie=12, niepełne wyższe=15, wyższe=17.

W celu sprawdzenia możliwości przewidywania wysokości poziomu lęku jako stanu, na podstawie liczby lat poświęconych na naukę, badacze przeprowadzili analizę regresji. Model liniowy tej analizy okazał się istotny ($F_{(1,246)} = 8,09$; $p < 0,01$), wyjaśnia nam on 3% zmienności (wariancji) zmiennej zależnej. Wartość współczynnika b_1 wyniosła $-0,60$; $t_{(246)} = -2,84$; $p < 0,01$.

Oznacza to, że każdy dodatkowy rok nauki, w sytuacji konfrontacji z informacją zdrowotną zagrażającą Ja, ma szansę obniżyć, na skali stanu lęku kwestionariusza STAI, poziom tego lęku o wartość 0,6. Zastosowany model regresji pozwala nam na obliczenie poziomu lęku jako stanu np. dla osoby o wyższym wykształceniu (w naszym przypadku 17 lat nauki). Taka osoba powinna uzyskać wynik stanu lęku $47,17 + (-0,60) * 17 = 36,97$, policzony według wzoru: $Y_i = b_0 + b_1 * X_i$, gdzie:

Y_i = wynik na skali lęku jako stan kwestionariusza STAI

b_0 = jest to stała, która mówi nam, że gdybyśmy nie byli wykształceni to powinniśmy otrzymać wynik na skali lęku jako stan kwestionariusza STAI = 47,17

b_1 = wartość ta oznacza, że z każdym rokiem nauki powinniśmy obniżać swój wynik o 0,6.

Analogicznie, osoba o wykształceniu podstawowym powinna otrzymać wynik na skali lęku jako stan kwestionariusza STAI: $47,17 + (-0,60) * 8 = 42,37$, a osoba z wykształceniem średnim $47,17 + (-0,60) * 12 = 39,97$. Wyniki przedstawia tabela numer 8.

Tabela nr 8: Porównanie wyników poziomu lęku jako stan z analizy regresji do średnich statystyk opisowych badania i polskich norm STAI.

Analiza regresji przewidywany lęk jako stan	Wykształcenie	Średni poziom lęku jako stan w badaniu	Polskie Normy STAI Kobiety 55-69 lat*
42,37	podstawowe	42,30	40,47**
39,97	średnie	40,19	34,13***
36,97	wysokie	36,87	34,13***

*Polska edycja STAI (K.Wrzeźniewski, 2006; tabela 31),

***wykształcenie podstawowe i zasadnicze razem, *** wykształcenie średnie i wyższe razem.

Dla potrzeb dalszej analizy wpływu wykształcenia na odczuwany poziom stanu lęku, dokonano dodatkowej, wielokrotnej analizy regresji. Przeprowadzona, w celu sprawdzenia możliwości przewidywania wysokości poziomu lęku jako stanu, na podstawie liczby lat poświęconych na naukę („wykształta”), oraz przynależności do grupy badanej („informacja_rak” i „Badanie_mammograficzne”), analiza regresji modelem liniowym

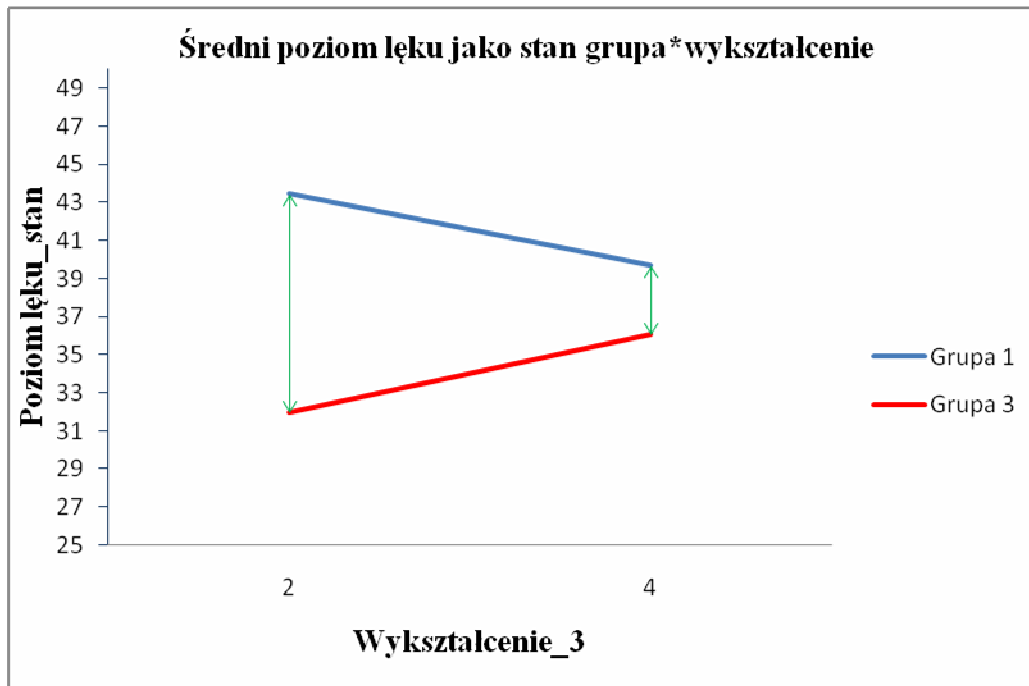
okazała się istotna ($F_{(3,243)} = 9,94$; $p < 0,05$), wyjaśnia nam ona 11% zmienności (wariancji) zmiennej zależnej lęku jako stanu. Przynależność do grupy i wykształcenie, w sytuacji obcowania z informacją zdrowotną zagrażającą Ja, tłumaczą w 11% - procentach mierzony poziom lęku jako stan.

W zależności od wykształcenia, powinniśmy zaobserwować w poszczególnych grupach, względnie stały poziom stanu lęku. Do zbadania tej hipotezy wykorzystano analizę interakcji „grupa2”*„wykształcenie_3” („wykształcenie_3” po rekodowaniu „wykształcenia” gdzie $1 > 2 > 3 = 2$ i $4 > 5 > 6 = 4$). Analiza ta wykazała istotny efekt interakcji grupy i wykształcenia, na mierzony poziom stanu lęku ($F_{(1,246)} = 5,49$; $p < 0,05$). Efekt prosty grupy dla kobiet z niskim wykształceniem okazał się istotny ($F_{(1,243)} = 20,91$; $P < 0,05$). Znaczący to, że lęk mierzony jako stan, kobiet z niskim wykształceniem w grupie kontrolnej „3” ($M = 32,0$; $SD = 9,70$), był istotnie niższy od stanu lęku u kobiet z tym samym wykształceniem z grupy eksperymentalnej „1” ($M = 43,47$; $SD = 9,35$). Hipoteza o stałości poziomu stanu lęku w poszczególnych grupach, w zależności od wykształcenia, dla kobiet z niskim wykształceniem, nie sprawdziła się. Kobiety z niskim wykształceniem reagowały na informację zagrażającą Ja, podwyższonym poziomem lęku jako stan. Natomiast to, co dla badaczy było równie istotne, to efekt prosty grupy dla kobiet z wysokim wykształceniem. Efekt ten jest nieistotny ($F_{(1,243)} = 2,71$; $p > 0,05$). Osoby z wyższym wykształceniem w grupie kontrolnej „3” uzyskały wynik ($M = 36,08$; $SD = 12,65$), a w grupie eksperymentalnej „1” ($M = 39,72$; $SD = 9,60$). To oznacza, że kobiety z wyższym wykształceniem lepiej radziły sobie zarówno z informacją zagrażającą Ja, jak i z procedurą badania mammograficznego. Wyniki mierzonego lęku jako stanu u kobiet z wyższym wykształceniem, są na poziomie polskiej normy dla kobiet w wieku 55-59 lat ($M = 39$; $SD = 9,97$). Graficznie przedstawia to wykres numer 2 : „Średnie poziomy stan lęku w odniesieniu do grup i wykształcenia”.

Otrzymane wyniki prowadzą do konkluzji, że głównie kobiety z niskim wykształceniem, przetwarzały informację zdrowotną zagrażającą Ja w taki sposób, że mierzony stan lęku, wykazywał wyższy od normalnego jego poziom. Pomimo tego, że ilość odbytych lat nauki tłumaczy „tylko” 3% zmienności mierzonego stanu lęku, wiedza ma kapitalne znaczenie co do sposobu i umiejętności analizowania informacji w sytuacji zagrażającej. Można powiedzieć, że mierzony poziom lęku jako stan, w trakcie poznawczego przetwarzania informacji zdrowotnej zagrażającej Ja, będzie wypadkową funkcji psychologicznego pobudzenia wywołanego tą informacją, do poziomu wiedzy na jej temat (por. Schachter, Singer, 1962). Wydaje się również, że lęk, który według Tolmana (za: Eriksen, 1954; s.180) cyt., działa tak, aby zawęzić mapę poznawczą jednostki”, dotyczy

wszystkich; ale szczególnie osoby z niskim wykształceniem, pod presją zagrożenia, będą wykazywały jego podwyższony poziom, istotnie różny od przyjętych norm stanu lęku.

Wykres numer 2. Średnie poziomy stanu lęku w odniesieniu do grup i wykształcenia



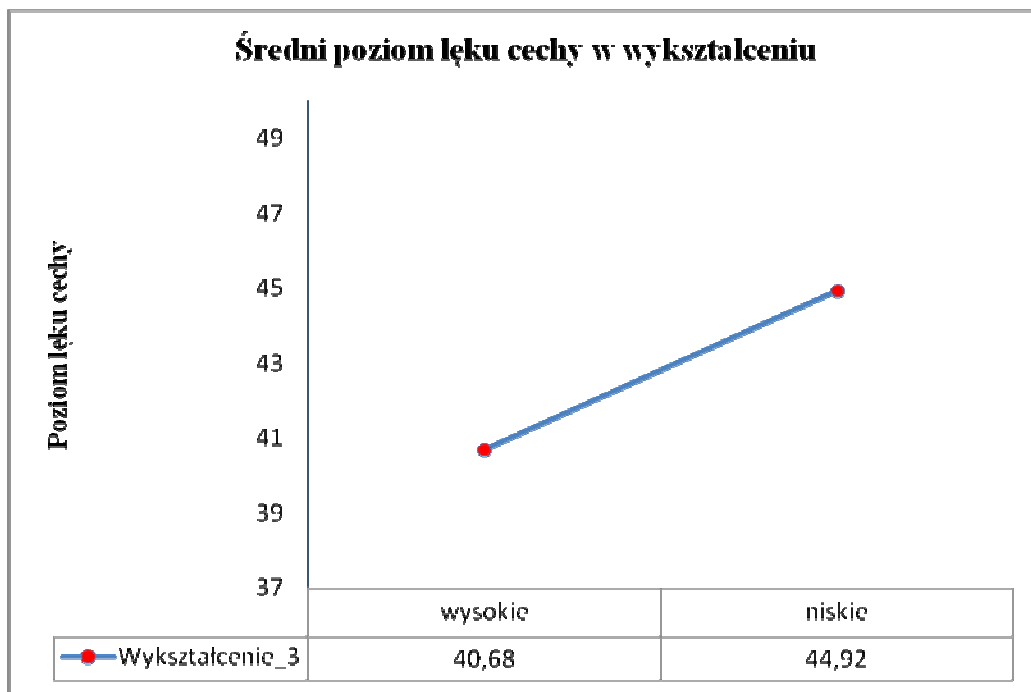
4.5. Wykształcenie a cechy lęku.

W związku z tym, że ilość odbytych lat nauki ma ogromne znaczenie na mierzony poziom stanu lęku, jak również z uzyskanymi wynikami potwierdzającymi, że osoby z niskim wykształceniem reagują na sytuacje zagrożenia wyższym poziomem lęku jako stan, warto ten fakt przeanalizować na zgodność z teorią lęku Spielbergera (Sosnowski, Wrześniewski, 1983). Według tej teorii, osoby o wysokim poziomie lęku jako cechy, w sytuacji zagrożenia *ego*, będą wykazywały wyższy poziom reakcji w mierzonym poziomie stanu lęku, niż osoby z niskim poziomem cechy lęku. Badana hipoteza badawcza zakłada, że im wyższy poziom wykształcenia tym niższy poziom cechy lęku.

W celu zweryfikowania hipotezy, dokonano pomiaru w programie SPSS za pomocą jednoczynnikowej Anovy. Przeprowadzona analiza wariancji wykazała istotne różnice w mierzonym poziomie cechy lęku ($F_{(1;243)}=8,04$; $p<0,05$). Pomiar wykazały, że badane kobiety z wykształceniem wyższym, wykazywały niższy poziom lęku jako cechy ($M=40,68$; $SD=$

8,80), niż osoby z wykształceniem niższym (M=44,92; SD=8,70). Uzyskane wyniki obrazuje wykres numer 3. Hipoteza badawcza się potwierdziła.

Wykres numer 3. Poziomy lęku jako cechy w wykształceniu.



Przeprowadzona analiza wariancji w mierzonym poziomie lęku jako cechy w grupach, nie wykazała istotnych różnic $F(1;243)=8,04$; $p<0,05$). Potwierdza to założenia teoretyczne, że poziom lęku jako cechy, jest względnie stały.

Wykazano, że ilości odbytych lat nauki, ma wpływ na mierzony poziom lęku jako cechy, który jest względnie stały osobniczo. Od wysokości poziomu lęku jako cechy będzie zależała wysokość mierzonego lęku jako stanu. Kobiety z niskim poziomem lęku jako cechy, w sytuacji zagrożenia, będą wykazywały niższy poziom stanu lęku. Najprawdopodobniej będą to kobiety z wyższym wykształceniem. Kobiety z wyższym poziomem lęku jako cechy, w sytuacji zagrożenia, będą wykazywały wyższy od normalnego poziom stanu lęku. Najprawdopodobniej będą to kobiety z niższym wykształceniem.

4.6. Problem badawczy. Zgłaszalność do populacyjnych przesiewowych badań wykrywających raka piersi metodą mammografii przesiewowej, a poziom lęku.

Badacze w wielu krajach próbowali znaleźć związek pomiędzy lękiem przed nowotworem złośliwym, a późniejszym zachowaniem pro lub anty zdrowotnym.

W badaniach Norweskich z 1990 roku (Gram, Inger, Tromso, Slenker, Suzanne, 1992), uzyskano wyniki świadczące o tym, że 33% ogólnej populacji kobiet wykazuje lęk przed rakiem piersi, ale tylko 18% badanych w eksperymencie kobiet, które pomimo zaproszenia nie uczestniczyły w badaniach przesiewowych wykazywało taki lęk. Wyniki badań pokazały również, że u kobiet, które bały się choroby nowotworowej przed badaniem mammograficznym, prawdopodobnie obawa ta pozostawała również po badaniu. Badacze zaskoczeni byli faktem, że dodatkowa informacja prozdrowotna poprzedzająca badanie nie zapobiegała odczuwaniu tego lęku.

Z kolei badacze z USA (McCaul, Schroeder, Riedi, 1996) dowodzą, że dane empiryczne dotyczące związku lęku przed rakiem piersi, a zachowaniami prozdrowotnymi, są niejednoznaczne. Można znaleźć badania, które wykazują, że nie ma takiego związku (1992, Fuller, McDermott, Roetzheim, Marty; cyt. za McCaul i inni, 1996, s.430), że jest pozytywny związek (1984, Calnan; 1994, Lerman, Kash i Stefanek; cyt. za McCaul i inni, 1996, s.430), że jest negatywny związek (1995, Kash, Holland, Osborne, Miller; cyt. za McCaul i inni, 1996, s.430), i w końcu, że jest krzywoliniowy związek (1992, Kash, Holland, Haller, Miller; cyt. za McCaul i inni, 1996, s.430). Inni badacze z USA (Halabi i inni, 2000) twierdzą, że kobiety, które nie przychodzą na badania mammograficzne, postrzegały ich ryzyko zachorowania na raka piersi, jako niskie.

W publikacji: *Przekonania i postawy społeczne wobec chorób nowotworowych* (Nęcki, Górniak, 1999), zsumowano wszystkie stany psychiczne kojarzące się z chorobą nowotworową w jedną postawę, nazwali ją ogólną postawą wobec raka (Po) i wyrazili wzorem $Po = PZ + PT + WR$ gdzie:

PZ - poczucie zagrożenia chorobą, możliwość zachorowania

PT – pesymizm terapeutyczny

WR – czynnik ogólnomedyczny, waga raka jako problemu

Za pomocą skonstruowanej skali postaw, ankiety i testu wiadomości o raku, przeprowadzono w różnych częściach kraju badanie, w którym udział wzięło 403 kobiet i 429 mężczyzn. Okazało się, że postawy wobec raka pokrywają się prawie zgodnie z krzywą Gaussa - lekko prawo skośnie w kierunku lękowym. 30% badanych przejawia stany lękowe ponadprzeciętne, 60% normalne, 10% wykazuje zdecydowany brak lęku. Najbardziej zbliżonym w kierunku lękowym jest czynnik – waga raka, jako problem społeczny. W badaniu tym, 85% badanych zadeklarowało, że ze słowem „rak” kojarzone są zdecydowanie silne i negatywne emocje. Lęk u kobiet w tym badaniu przybiera natężenie średnie i niskie, tylko 30% kobiet w skali postaw deklarowało lęk jako bardzo wysoki. Wiek negatywnie

korelował z postawą wobec raka (im starszy człowiek tym mniejszy lęk). Z kolei w badaniach CBOS (BS/57, 2002) na pytanie: „Dlaczego nie miała Pani wykonanej mammografii? Proszę podać jeden najważniejszy powód, tylko 1% z 383 badanych odpowiedziało: „Bałam się, że wykryją u mnie raka”, i tylko 1% z 383 badanych odpowiedziało: „ Bałam się, że badanie będzie bolesne lub szkodliwe”. Dane te są podobne w przypadku pytania o badanie cytologiczne, tylko 2% z 263 kobiet odpowiedziało: „Bałam się, że wykryją u mnie raka”.

Chojnacka - Szawłowska (Chojnacka – Szawłowska, 2003), zwraca uwagę na duże koszty psychiczne (głównie lęku), osób uczestniczących w badaniach przesiewowych. W badaniu „Wpływ edukacji zdrowotnej na uczestnictwo kobiet ze środowisk wiejskich województwa kujawsko-pomorskiego w badaniach profilaktycznych” (Bannach, Mierzwa, Grabiec, Walentynowicz, 2005), za pomocą ankiet rozdawanych w trakcie prowadzenia szkoleń, uzyskano wynik stwierdzający, że 63% badanych respondentek obniżyło swój lęk przez rakiem z powodu edukacji zdrowotnej w dużym stopniu, a 27% w niewielkim stopniu. Pogłębiło swój lęk 2, 4% respondentek. Hipoteza postawiona przez badaczy, że powodem niewykonywania samobadania piersi jest strach przed wykryciem raka się nie potwierdziła.

W 2007 roku, przeprowadzono metodą *Grupa Fokusowa* badanie *Przyczyny niskiej frekwencji kobiet w profilaktycznych badaniach mammograficznych* (Marcinkowska i inni, 2007). Opisowe wyniki tych badań potwierdzają stereotypowe myślenie na temat chorób nowotworowych, jak również wskazują, że lęk może być związany z tego typu myśleniem poprzez brak odpowiedniej wiedzy na temat profilaktyki cyt.: „*mnie to się wydaje, że okropne wrażenie. No bo idziesz, tak jak byś na śmierć szła*” (Marcinkowska i inni, 2007, s.60). Wszystkie przytoczone wyżej badania łączy jeden wspólny element. Mierzono poziom lęku, a następnie starano się udowodnić wpływ tego lęku na postawę prozdrowotną. W tym zakresie badania okazały się niejednoznaczne. Biorąc pod uwagę różnice poziomu udziału Polskich kobiet w badaniach mammograficznych, w stosunku do kobiet z Wielkiej Brytanii, jak również wyniki ww. badań, można by było zadać sobie pytanie: Czy lęk faktycznie wpływa na frekwencję w badaniach mammograficznych?

Większość przedstawionych powyżej informacji, jak również uzyskane w badaniu wyniki, mogą świadczyć o tym, że lęk nie ma znaczącego wpływu na uczestnictwo kobiet w populacyjnych programach profilaktycznych. Wskazuje się na pewien problem związany z metodologią prowadzonych badań, które miały taki związek wykazać.

W jaki sposób doprowadzić, według tezy, że lęk powoduje brak zgłaszalności na badania mammograficzne, do uczestnictwa w tak zaaranżowanym badaniu kobiety, które odczuwają taki lęk i nigdy nie były na badaniu mammograficznym? Jeszcze raz warto

przytoczyć wyniki badań CBOS (BS/57, 2002). Na pytanie: „Dlaczego nie miała Pani wykonanej mammografii, proszę podać jeden najważniejszy powód?”, tylko 1% z 383 badanych odpowiedziało: cyt.: „Bałam się, że wykryją u mnie raka”, i tylko 1% z 383 badanych odpowiedziało: cyt.: „Bałam się, że badanie będzie bolesne lub szkodliwe”.

Wydaje się, że kobiety, które posiadają bezpośredni dostęp do badań mammograficznych a ich nie wykonują, w większości przypadków prawdopodobnie nie chcą tego robić. Stawianie tezy naukowej, że powodem tego jest strach przed tym badaniem, wydaje się być nieadekwatne. Powoływanie się również na wyniki uzyskiwane za pomocą danych deklaracyjnych, w celu uzasadnienia tak sformułowanej tezy, umiejscawia te badania raczej w dogmacie paranaukowym niż naukowym.

W obecnym badaniu zadano kobietom pytanie o ilość wykonanych mammografii. Gdyby okazało się, że ilość wykonanych mammografii koreluje z mierzonym poziomem lęku jako stan, moglibyśmy zastanawiać się nad tym faktem i dowodzić np., że lęk może mieć jakiś wpływ na częstotliwość wykonywania badań mammograficznych. Czy istnieje związek między ilością wykonanych badań mammograficznych, a poziomem mierzonego lęku jako stan? Analiza korelacji pokazała, że związek między badanymi zmiennymi jest nieistotny ($r = -0,035$; $p > 0,05$).

Może w takim razie nie stan lęku, ale raczej mierzona cecha lęku, decyduje o tym czy kobiety zgłoszą się na badanie? Analiza korelacji wykazała, że nie ma istotnego związku pomiędzy mierzonym lękiem jako cechy, a ilością wykonanych badań mammograficznych ($r=0,027$; $p > 0,05$). Najprawdopodobniej, zasadnicza zgłaszalność do badań mammograficznych zależy od dostępności do tych badań, a nie od lęku przed nimi. Kraje, które realizują programy profilaktyczne, posiadają rozbudowaną sieć placówek medycznych zarówno stacjonarnych jak i mobilnych. Placówki te skoncentrowane są głównie na zadaniach związanych z profilaktyką. W Polsce niestety, rozdrobnienie świadczeniodawców jest tak ogromne, że przewyższa np. Wielką Brytanię w ich liczebności cztery razy. Niedość tego, zadania profilaktyczne tych placówek stanowią niekiedy ułamek procenta ich działalności. Pomimo czterokrotnie większej ilości świadczeniodawców w Polsce, w stosunku do Wielkiej Brytanii, wykonuje się trzy razy mniej badań mammograficznych. Wydaje się, że priorytetem powinno być wyeliminowanie tej zasadniczej, raczej organizacyjno – logistycznej niż psychologicznej ułomności, równoległe jednak badając takie determinanty braku uczestnictwa w badaniach mammograficznych jak: postrzegane ryzyko zachorowania na raka piersi, postrzeganie badania mammograficznego, zachowania pro czy anty zdrowotne (por. Erblich,

Montgomery, Valdimarsdottir, Cloitre, Bovbjerg, 2003), (por. McGarvey i inni, 2003), (por. Schwarzer, 2001), czy teorie opanowania trwogi (por. Taubman, Ari, Findler, 2005).

4.7. Podsumowanie i dyskusja

Zadaniem niniejszego badania było przedstawienie jasnych argumentów dotyczących występowania lęku, przydatnych do posługiwania się nimi w trakcie częstych dyskusji na temat raka piersi. Celem tej pracy było również odczarowanie panującego wśród kobiet mitu lęku przed rakiem piersi, i w dostępny sposób wytłumaczenie procesów jego powstawania. Nie można zgodzić się z twierdzeniami, że to Kobiety odpowiedzialne są za niski poziom uczestnictwa w programach profilaktycznych.

Teorie lęku, mechanizmy powstawania emocji, teoria opanowania trwogi, schematy poznawcze, obronność percepcyjna, faktycznie mogą u niewtajemniczonego czytelnika powodować trudności w zrozumieniu, i ból głowy. Nic dziwnego, że ogół społeczeństwa posługuje się wyrobionymi stereotypami dotyczącymi raka piersi i badań mammograficznych.

W badaniu wyjaśniono różnice pomiędzy lękiem a strachem. Dowiedziono, że lęk i strach to dwa niezależne, wzajemnie nakładające się na siebie determinanty ogólnie odczuwanego stanu lęku. W przypadku procedury wykonania badania mammograficznego, możemy mieć do czynienia z nieświadomym występowaniem lęku egzystencjonalnego przed śmiercią, na który nakłada się strach przed procedurą, wywołany poznawczym jej przetwarzaniem. W badaniu wykazano, że odczuwanie lęku, przez kobiety biorące udział w populacyjnych badaniach wykrywających raka piersi metodą mammografii przesiewowej, nie odbiega od norm populacyjnych. Krótkotrwały dyskomfort psychiczny może się pojawić jedynie w trakcie procedury wykonywania badania mammograficznego.

Lęk przed rakiem jest kojarzony ze śmiercią. W tym sensie będzie on zawsze występował w ogólnej populacji, i nie uda się go wyeliminować z naszej świadomości. Zawdzięczamy to ewolucji, która oprócz wielu innych cennych darów, wyposażyła nas również w zmysły, które wywołując nieokreślony stan pobudzenia organizmu, w sposób nieświadomy ostrzegają nas przed niebezpieczeństwem. Próby pozbycia się takich uczuć paradoksalnie, szczególnie u osób z niższym wykształceniem, prowadzą do ich wzmacniania.

Badanie w dosyć przejrzysty sposób udowodniło, że podwyższony poziom lęku w trakcie wykonywania badań mammograficznych, występuje tylko wśród populacji kobiet o niskim poziomie wykształcenia. Taka informacja daje bardzo duże nadzieje, gdyż edukacja jest narzędziem sprawdzonym, i wydaje się być równie łatwym do zaaplikowania.

Występowanie podwyższonego stanu lęku w krótkim przedziale czasowym, pozwala

stwierdzić, że lęk przed rakiem piersi i badaniem mammograficznym nie jest lękiem dezadaptacyjnym. Nie można również od tego lęku „zachorować”.

Niektóre przytoczone badania, w swoich treściach bardzo mocno podkreślają związek lęku i jego wpływ na poziom odczuwania psychicznego cierpienia. Ten fakt nie dziwi, gdyż w większości przypadków, są to badania prowadzone przez lekarzy, a nie psychologów. Wątek biomedyczny w takich badaniach musi być bardzo mocno zaakcentowany. Polemika z wnioskami płynącymi z tych badań wydaje się być jak najbardziej na miejscu. Pogląd, że lęk ma znaczny wpływ na niedostateczny udział kobiet w programach profilaktycznych wydaje się być co najmniej niesprawdzony, jak nie nieprawdziwy. Taką ocenę stanu rzeczy można traktować tylko w kategoriach polepszania sobie dobrego samopoczucia, lub niewiedzy osób, które poglądy takie formułują.

Lęk jest wygodnym argumentem, gdyż w swojej istocie, dla ogółu społeczeństwa jest niezrozumiały. Informacja zawierająca treści zagrażające, aktywizuje mechanizm obronności percepcyjnej, który działa szczególnie mocno u osób ze słabo rozwiniętymi schematami poznawczymi, a przy dodatkowo dużej częstotliwości pojawiania się, powodując tej informacji stereotypizację. Według danych GUS za rok 1988 (Rocznik demograficzny, 2009), 73,4% osób mieszkających na wsi ma wykształcenie niższe, a 14,9% wykształcenie wyższe. Natomiast w mieście, 55,5% osób ma wykształcenie niższe, a 41,2% wykształcenie wyższe. Z kolei wśród całej populacji kobiet, 57,8 % ma wykształcenie niższe, a 34,3 % wyższe (wykształcenie niższe znaczy tyle, co podstawowe i zasadnicze razem, zaś wykształcenie wyższe, to średnie, ogólnokształcące, policealne i wyższe, zsumowane w jedno).

Jedną z wielu do wdrożenia idei, jest tworzenie programów edukacyjnych w zakresach zarówno organizacyjno-logistycznych, jak i psychologicznych aspektów dziedzin zdrowia publicznego, szczególnie tych związanych z nowotworami. Programy powinny być realizowane równolegle, wśród populacji objętej badaniami profilaktycznymi, jak również dla osób, które są odpowiedzialne za wdrażanie i monitorowanie medycznych programów profilaktycznych.

Czy badanie to wyczerpuje zapotrzebowanie na informacje o lęku i strachu przed rakiem piersi? Odpowiedź uzależniona jest od czytelnika. Są oczywiście obszary niszowe, dotyczące bardzo małej populacji kobiet w wieku 50-69 lat, związane z patologią występowania raka piersi, czy też patologią niektórych warstw społecznych. Te obszary powinny być domeną bardziej doświadczonych badaczy.

Bibliografia:

- Aouil, B. (2007). *Psychologia lęku – lęk i jego natura*. Materiał niepublikowany, Psycholog Bydgoszcz.
- Arndt, J., Cook, A., Goldenberg, J. L., Cox, C. (2007). Cancer and the Treat of Death: The Cognitive Dynamics of Death-Thought Suppression and its Impact on Behavioral Health Intentions. *Journal of Personality and Social Psychology, 1*, 12-29.
- Bannach, M., Mierzwa, T., Grabiec, M., Walentynowicz, M. (2005). Wpływ edukacji zdrowotnej na uczestnictwo kobiet ze środowisk wiejskich województwa kujawsko-pomorskiego w badaniach profilaktycznych. *Annales Academiae Medicae Silesiensis, 4*, 251-256.
- Berkes, J. E., (2004). *Subliminal Perception. Does “subliminal perception” (perception without awareness) occur, and how can it be measured?* Materiał niepublikowany, University of Manitoba.
- Centrum Badań Opinii Społecznej (2002). Kobiety o profilaktyce raka piersi i raka szyjki macicy. *Komunika z badań BS/57/2002*.
- Chojnacka – Szawłowska, G. (2003). Zachowania zdrowotne w profilaktyce onkologicznej. *Psychoonkologia, 7(1)*, 1-5.
- Daventes - Heckman, B., Fisher, E. B., Monsees, B., Merbaum, M., Ristvedt, S., Bishop, C. (2004). Coping and Anxiety in Women Recalled for Additional Diagnostic Procedure Following an Abnormal Screening Mammogram. *Health Psychology, 1*, 42-48.
- Dollard, J., Miller, N. R. (1967). *Osobowość i Psychoterapia*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Erblich, J., Montgomery, G. H., Valdimarsdottir, H. B., Cloitre, M., Bovbjerg, D. H. (2003). Biased Cognitive Processing of Cancer – Related Information Among Women with Family Histories of Breast Cancer: Evidence From a Cancer Stroop Task. *Health Psychology, 3*, 235-244.
- Eriksen, C. W. (1954). The Case of Perceptual Defence. *Psychological Review, 3*, 175-182.
- Gilbert, D. T., Hixon, J. G. (1991). The Trouble of Thinking: Activation and Application of Stereotypic Beliefs. *Journal of Personality and Social Psychology, 4*, 509-517.
- Gram, I. T., Slenker, S. E. (1992). Cancer Anxiety and Attitudes Toward Mammography Among Screening Attenders, Nonattenders, and Women Never Invited. *American Journal of Public Health, 2*, 249-251.
- Halabi, S., Sugg Skinner, C., Samsa, G. P., Strigo, T. S., Crowford, Y. S., Rimer, B. K. (2000). Factors Associated with Repeat Mammography Screening. *The Journal of Family Practice, 12*, 1104-1112.

- Jassem, J. (1998). Historia Leczenia Raka Sutka. W : *Rak Sutka*. Jassem, J. (red.) s. 23-30. Warszawa: Springer PWN.
- Kęmpiński, A. (1973). *Lęk*. Warszawa : Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Kolańczyk, A., Fila-Jankowska, A., Pawłowska-Fusiara, M., Sterczyński, R. (2004). Serce w Rozumie. Afektywne podstawy orientacji w otoczeniu. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Kvaal, K., Ulstein, I., Hilde Nordhus, I., Engedal, K. (2005). The Spielberger State-Trait Inventory (STAI): The state scale in detecting mental disorders in geriatric patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 629-634.
- Ledzińska, M. (2008). *O możliwych sposobach radzenia sobie z nadmiarem danych: znaczenie kontroli poznawczej*. Maszynopis niepublikowany, przygotowany w ramach programu BST Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego numer 1134/19.
- Lindberg, N. M., Welisch, D. (2001). Anxiety and Compliance Among Women at High Risk for Breast Cancer. *The Society of Behavioral Medicine*, 4, 298-303.
- Łukaszewski, W., Boguszewska, J. (2008). Strategie obrony przed lękiem egzystencjonalnym. *Nauka*, 4, 23-34.
- Marcel, (1983). *Subliminal perception. Experiment Four*. Materiał niepublikowany.
- Marcinkowska M., Mazurkiewicz P., Kozaka J., Stencel A. (2007). Przyczyny niskiej frekwencji kobiet w profilaktycznych badaniach mammograficznych. *Psychoonkologia*, 2, 57-63.
- Marcinkowska, M., Mazurkiewicz, P., Stencel, A. (2007). *Populacyjne badanie ankietowe wśród kobiet w wieku 45-70 lat*. Badanie niepublikowane.
- Maruszewski, T. (2001). *Psychologia poznania. Sposoby rozumienia siebie i świata*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- McCaul, K. D., Schroeder, D. M., Ried, P. A. (1996). Brief Reports. Breast Cancer Worry and Screening: Some prospective data. *Health Psychology*, 6, 430-433.
- McGarvey, E. L., Clavet, G. J., Johnson, J. B., Butler, A., Cook, K. O., Penino, B. (2003). Cancer Screening Practices and Attitudes: Comparison of Low-income Women in Three Ethnic Groups. *Ethnicity and Health*, 1, 71-82.
- Meiser, B., Butow, P., Schnieden, V., Gattas, M., Gaff, C., Harrop, K., Bankier, A., Young, M. A., Tucker, K. (2000). Psychological adjustment of women at increased risk of developing hereditary breast cancer. *Psychology, Health and Medicine*, 4, 377-388.
- Michopoulos, I., Douzenis, A., Kalkavoura, Ch., Christodoulou, Ch., Michalopoulou, P., Kalemi, G., Fineti, K., Patapis, P., Protopapas, K., Lykouras, L. (2008). Hospital Anxiety and Depression

- Scale (HADS): validation in a Greek general hospital sample. *Annals of General Psychiatry*, 7:4, 1-5.
- Millar, K., Jelicic, M., Bonke, B., Asbury, J. (1995). Assessment of preoperative anxiety: comparison of measures in patients awaiting surgery for breast cancer. *British Journal of Anaesthesia*, 74, 180-183.
- Mitarski, J. (1972). Demonologia lęku. Niektóre formy ekspresji i symboliki lęku w dziejach kultury. W: *Lęk Kempiniński*, A. (red.) s. 326-361. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Nęcka, E., Orzechowski, J., Szymura, B. (2007). *Psychologia Poznawcza*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Nęcki, Z., Górniak, L. (1999). Przekonania i postawy społeczne wobec chorób nowotworowych. W: Kubacka - Jasiocka, D., Łosiaka, W. (red.) *Zmagając się z chorobą nowotworową. Psychologia współczesna wobec pacjentów onkologicznych* (s.100-122). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- National Health Service, Breast Screening Programme, Annual Review (2006, 2009).
- Öhman, A. (2005). Strach i Lęk z Perspektywy Ewolucyjnej, Poznawczej i Klinicznej. W: Lewis, M., Haviland-Jones, J. M. (red.) *Psychologia emocji*, s.719-744. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Pawłęga, J. (1998). Epidemiologia. W: Jassem, J. (red.) *Rak sutka*, s. 31-59. Warszawa: Springer PWN.
- Pervin, L. A., John, O. P. (2002). *Osobowość. Teoria i badania*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Ray, J. J. (1984). Measuring Trait Anxiety in General Population Sample. *The Journal of Social Psychology*, 12, 189-193.
- Romanik, W., Kański, A., Soluch, P., Szymańska, O. (2007). *Kwestionariuszowy i deklaracyjny poziom lęku chorych przed operacją*. Materiał niepublikowany, II Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Warszawski UM, Klinika Neurochirurgii, Warszawski UM.
- Schachter, S., Singer, J. (1962). Cognitive, Social, and Physiological Determinants of Emotional State. *Psychological Review*, 5, 379-399.
- Schwarzer, R. (2001). Social – Cognitive Factors in Changing Health – Related Behaviors. *American Psychological Society*, 2, 47-51
- Seligman, M. E. P., Walker, E. F., Rosenhan, D. L. (2003). *Psychopatologia*. Poznań: Zysk i S-ka Wydawnictwo s.j..
- Sosnowski, T. (1977). Lęk jako Stan i jako Cecha w Ujęciu Chrlesa D. Sppielbergera. *Przegląd Psychologiczny*, 2, 349-359.

- Sosnowski, T., Wrześniewski, K., (1983). Polska Adaptacja Inwentarza STAI do Badania Stanu i Cechy Lęku. *Przegląd Psychologiczny*, 2, 393-411.
- Taubman, O., Ari, B., Findler, L. (2005). Proximal and distal effects of mortality salience on willingness to engage in health promoting behavior along the life span. *Psychology and Health*, 3, 303-318.
- Trumbo, C. W., Mc Comas, K., Kannaovakun, P. (2007). Cancer Anxiety and the Perception of Risk in Alarmed Communities. *Risk Analysis*, 2, 337-350.
- Wegner, D. M., (1994). Ironic Processes of Mental Control. *Psychological Review*, 1, 34-52.
- Wrześniewski, K., Sosnowski, T., Jaworowska, A., Fecenec, D. (2006). *Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI. Polska adaptacja STAI*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.

ZAŁĄCZNIK 1

ZAŁĄCZNIK 2

ZAŁĄCZNIK 3

ZAŁĄCZNIK 4

ZAŁĄCZNIK 5