

Włodzimierz Piątkowski\*, Anna Sadowska\*\*

**WOKÓŁ PROFILAKTYKI ONKOLOGICZNEJ.  
CHARAKTERYSTYKA UWARUNKOWAŃ ZACHOWAŃ  
ZDROWOTNYCH KOBIEŃ OBJĘTYCH POPULACYJNYM  
PROGRAMEM PROFILAKTYKI I WCZESNEGO  
WYKRYWANIA RAKA SZYJKI MACICY  
KOMUNIKAT Z BADAŃ**

**Abstrakt.** Przedmiotem analizy są zachowania zdrowotne kobiet w wieku 25–59 lat i ich uwarunkowania, stanowiące jednocześnie kontekst społeczny profilaktyki raka szyjki macicy w Polsce. Wśród interesujących nas zjawisk można wymienić: zadowolenie z życia (w tym: zdrowia, pracy, rodziny, życia seksualnego), warunki udanego i szczęśliwego życia, charakter i źródła wsparcia społecznego, doświadczanie trudnych sytuacji życiowych, obciążenie obowiązkami domowymi i rodzinnymi, potoczne definicje zdrowia, zachowania prozdrowotne i stan zdrowia (oceny w oparciu o diagnozy uzyskane od lekarzy). W badaniach uwzględniono także pytania dotyczące dostępności i korzystania z usług medycznych (lekarz rodzinny, lekarz specjalista, stomatolog), badań genetycznych związanych z ryzykiem wystąpienia choroby nowotworowej oraz porad lekarza ginekologa i profilaktyki cytologicznej.

Podstawę dla sformułowanych wniosków stanowią wyniki ogólnopolskich, reprezentatywnych badań przeprowadzonych w ramach grantu Narodowego Centrum Nauki przyznanego na realizację projektu pt. „Problem zgłaszalności kobiet na badania cytologiczne w Polsce. Próba analizy socjomedycznej”. Badania o charakterze ilościowym (wywiady kwestionariuszowe, CAPI) przeprowadzono na próbie 500 kobiet w wieku 25–59 lat w celu odzwierciedlenia cech populacji generalnej kobiet objętej *Populacyjnym Programem Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy*.

**Słowa kluczowe:** socjologia zdrowia, zachowania zdrowotne, profilaktyka, kobiety.

---

\* Dr hab., prof. UMCS, Zakład Socjologii Zdrowia, Medycyny i Rodziny, Instytut Socjologii, Wydział Filozofii i Socjologii, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Pl. Marii Curie-Skłodowskiej 4, 20-031 Lublin oraz Samodzielna Pracownia Socjologii Medycyny, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, ul. Staszica 4/6, 20-059 Lublin; e-mail: wlodzimierz.piatkowski@umlub.pl

\*\* Mgr, Zakład Socjologii Zdrowia, Medycyny i Rodziny, Instytut Socjologii, Wydział Filozofii i Socjologii, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Pl. Marii Curie-Skłodowskiej 4, 20-031 Lublin oraz Samodzielna Pracownia Socjologii Medycyny, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, ul. Staszica 4/6, 20-059 Lublin; e-mail: a.h.sadowska@gmail.com

## 1. Wstęp

Profilaktyka cytologiczna realizowana w ramach *Populacyjnego Programu Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy (PPPWWRSM)* była przedmiotem projektu pt. „Problem zgłaszalności kobiet na badania cytologiczne w Polsce. Próba analizy socjomedycznej” (2012–2015)<sup>1</sup>. Najistotniejsze wnioski płynące z projektu, dotyczące m.in.: częstotliwości i przyczyn poddawania bądź niepoddawania się profilaktycznym badaniom cytologicznym, źródeł wiedzy na temat tego typu badań, realizacji zaproszeń przesłanych w ramach *PPPWWRSM* oraz korzystania z opieki ginekologicznej są przedmiotem innego, wcześniejszego opracowania (Piątkowski i in. 2015). Integralnym elementem analizy były szeroko rozumiane zachowania zdrowotne Polek oraz ich uwarunkowania stanowiące społeczno-kulturowy kontekst poruszanego zagadnienia. Przyjmijmy tu klasyczną definicję zachowań zdrowotnych jako „tego rodzaju zachowań, które w świetle współczesnej wiedzy medycznej zwykle wywołują określone (pozytywne lub negatywne) skutki zdrowotne u osób, które je realizują” (Gniadzowski 1990: 1–2).

Tekst jest komunikatem dotyczącym części wyników badań o charakterze ilościowym, przeprowadzonych na zlecenie autorów przez TNS Polska jesienią 2014 r. na ogólnopolskiej reprezentatywnej próbie 500 kobiet w wieku 25–59 lat. Wykorzystano losowo-kwotowy dobór próby i technikę wywiadów bezpośrednich wspomaganych komputerowo (CAPI).

## 2. Charakterystyka badanej próby

Zastosowane kryterium wieku (25–59 lat) było konieczne dla uzyskania reprezentatywności populacji objętej *PPPWWRSM*, a więc kobiet, do których zgodnie z założeniami *Programu* co 3 lata kierowano zaproszenia na bezpłatne badania cytologiczne. Spośród 500 Polek 15% stanowiły kobiety w wieku 25–29 lat, 31% – kobiety w wieku 30–39 lat, 25% – 40–49 lat i 29% – 50–59 lat. Najwięcej respondentek wykazywało się wykształceniem średnim i pomaturalnym (43%), 34% – zasadniczym zawodowym, 21% – wyższym, zaś 2% – podstawowym. Ankietowane były mieszkankami wsi (37%), miast liczących 20–100 tys. mieszkańców (20%), miast 100–500 tys. (18%), miast do 20 tys. (13%) oraz największych ośrodków liczących powyżej 500 tys. mieszkańców (12%). W strukturze wykonywanych zawodów dominowały pracownice administracji i usług (41%),

---

<sup>1</sup> Projekt został sfinansowany ze środków Narodowego Centrum Nauki przyznanych na podstawie decyzji numer DEC-2011/003/B/HS6/04503 (zakończono go 16 lutego 2015 r.). Członkowie zespołu: prof. nadzw. dr hab. Włodzimierz Piątkowski (kierownik), prof. dr hab. n. med. Wiesława Bednarek, dr n. med. Marcin Stanisław Bobiński, mgr Anna Sadowska.

robotnice (18%), gospodynie domowe (10%), osoby zatrudnione na stanowiskach kierowniczych i specjalistycznych (9%), bezrobotne (7%), emerytki i rencistki oraz będące prywatnymi przedsiębiorcami (po 6%). Kobiety zatrudnione w rolnictwie i uczennice/studentki stanowiły odpowiednio jedynie 3 i 1%.

### 3. Wyniki

#### 3.1. Sytuacja rodzinna

Sytuacja rodzinna i życiowa była istotnym czynnikiem rozpatrywanym pod kątem obciążeń i deficytów czasu respondentek, dzielących go pomiędzy obowiązki zawodowe i rodzinne. W świetle potocznych racjonalizacji dotyczących własnego zdrowia to właśnie „brak czasu” i „nadmiar obowiązków” miał być przyczyną niepodjęcia aktywnych działań profilaktycznych (Łuszczyńska, Bukowska-Durawa 2011; Lorenc, Chełstowski 2012; Piątkowski i in. 2015). Ponad 2/3 kobiet biorących udział w badaniu (71%) żyło w związku małżeńskim, zaś 12% – w związku partnerskim; równocześnie 80% zadeklarowało posiadanie dzieci, a 46% ankietowanych było matkami dzieci poniżej 18. roku życia. Dodatkowym obciążeniem dla 26% ankietowanych był często odczuwany obowiązek zapewniania opieki i dbania o dobre samopoczucie rodziców lub starszych krewnych. Stałe nadmierne przeciążenie obowiązkami domowymi deklarowało 13% kobiet, a 51% odczuwało je często.

Z drugiej strony posiadanie rodziny i bliskich osób stanowiło ważny czynnik wsparcia informacyjnego i emocjonalnego dotyczącego zdrowia. Jego stan był najczęściej dyskutowany z mężem/partnerem (53%), z przyjaciółmi/przyjaciółkami (37%), rodzicami (28%) i rodzeństwem (21%) oraz innymi członkami rodziny (25%). Analiza statystyczna wykazała, że tego rodzaju wsparcie, szczególnie ze strony matki oraz partnera, pozytywnie przekładało się na regularność badań cytologicznych ( $p = 0,003$ ;  $p = 0,000$ ) i ginekologicznych ( $p = 0,002$ ;  $p = 0,000$ ). Co więcej połowa respondentek wspominała, że o dbałości o zdrowie dyskutowała niegdyś ze swoimi matkami, zaś 82% kobiet, które obecnie mają córki deklarowało, że także planuje przeprowadzić lub już prowadziło takie rozmowy. Jedynie 8% kobiet deklarowało, że nie rozmawiało o swoim zdrowiu z nikim z otoczenia.

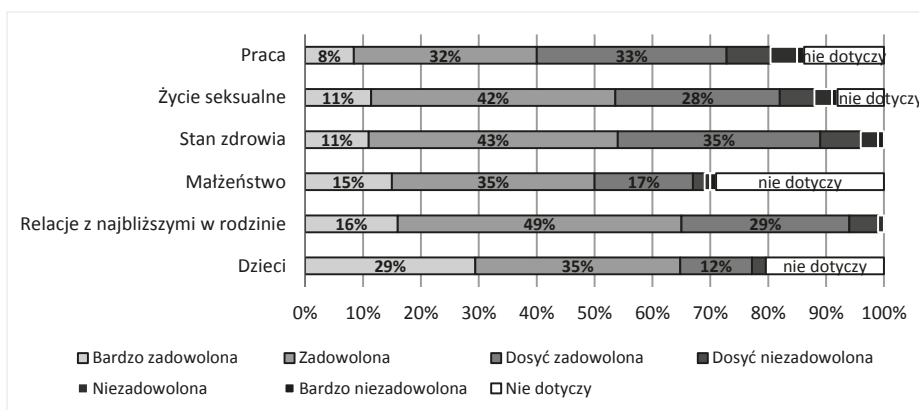
#### 3.2. Zadowolenie z życia

Kolejnym z uwarunkowań zachowań zdrowotnych była hierarchia preferencji i celów życiowych. Podobnie jak to miało miejsce w innych badaniach, za najważniejszy warunek udanego i szczęśliwego życia ankietowane uznały zdrowie (68%), następnie: dzieci (51%) i małżeństwo (37%), pracę (24%), pieniądze (17%). Wśród innych wartości wymieniały: uczciwość (14%), życzliwość

i szacunek otoczenia, pogodę ducha, opatrność (po 13%), przyjaciół (11%), poczucie wolności (7%), wreszcie – wykształcenie (4%). Silny charakter był warunkiem zadowolenia z życia dla 8% respondentek.

Na uwagę zasługuje fakt, że zdecydowana większość kobiet oceniała swoje dotychczasowe życie dobrze, przy czym dla 2% było ono „wspaniałe”, dla 39% – udane, a dla 43% „dosyć dobre”. Gorsze oceny pojawiały się w przypadku respondentek w starszych kategoriach wiekowych, być może z powodu trudnych sytuacji życiowych, których wcześniej doświadczały ankietowane, takich jak: śmierć bliskiej osoby (71%), problemy finansowe (69%), ciężka choroba w rodzinie (64%), utrata pracy (54%).

Powyższe uwagi znajdują odzwierciedlenie w zadowoleniu z poszczególnych aspektów życia kobiet (wykres 1.). Na uwagę zasługuje fakt, że pomimo najwyższej rangi przypisywanej zdrowiu, największe zadowolenie (odsetek „bardzo zadowolonych” i „zadowolonych”) dotyczyło przede wszystkim życia rodzinnego – dzieci i relacji z najbliższymi.



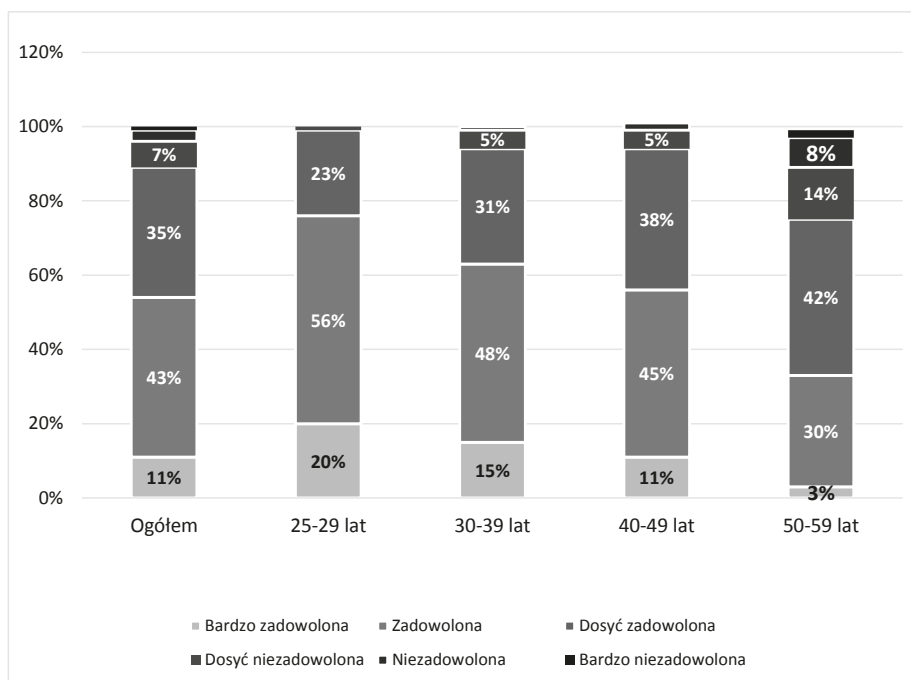
Wykres 1. Zadowolenie z poszczególnych aspektów życia wśród badanych kobiet (N = 500)

Źródło: Wyniki badań projektu

### 3.3. Stan zdrowia

Wyniki badań i literatura przedmiotu wskazują, że aktywna dbałość o zdrowie jest charakterystyczna dla jednostek, które są na ogół zadowolone ze swojego stanu zdrowia (CBOS 2012; Puchalski, Korzeniowska 2004: 114). Ankietowane w przeważającej części (89%) należały do tej grupy, przy czym lepsze oceny stanu zdrowia charakteryzowały respondentki w najmłodszej kategorii wiekowej (wykres 2.). Zadowolenie ze stanu zdrowia znalazło także odzwierciedlenie w odpowiedziach dotyczących chorób przewlekłych, do których zdiagnozowania przyznało się 15% kobiet. Najczęściej Polki chorowały na cukrzycę (21%), miały problemy z tarczycą (14%) lub stawami (stany zapalne, reumatyzm – 12%),

cierpiały na nadciśnienie (12%). Nieco mniejszy odsetek deklarował problemy z sercem i kręgosłupem (po 10%).



**Wykres 2.** Zadowolenie ze stanu zdrowia w zależności od wieku badanych kobiet (N = 500)

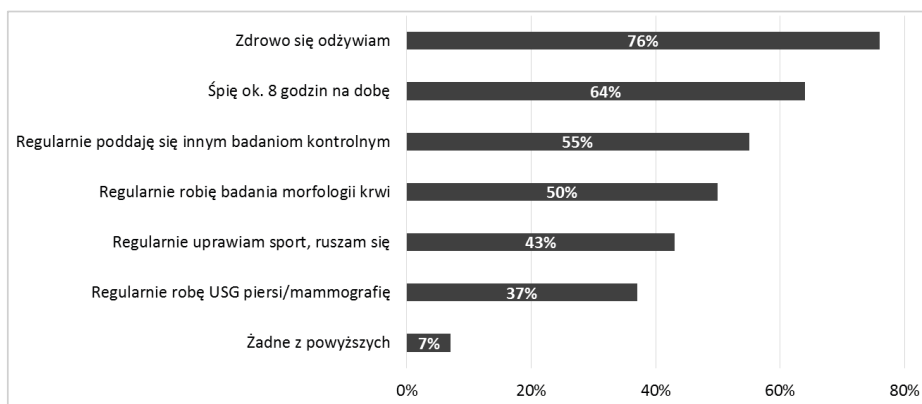
Źródło: Wyniki badań projektu

W kontekście problematyki badań istotne wydawało się także uwzględnienie zagrożenia chorobami nowotworowymi. Uzyskane wyniki wskazują na wysokie rozpowszechnienie tego typu chorób: aż 46% respondentek zetknęło się z nimi w bliskiej rodzinie, 56% – wśród znajomych, a 28% wśród przyjaciół. Można przypuszczać, że był to powód przeprowadzenia badań genetycznych związanych z ryzykiem wystąpienia nowotworu, którym poddało się 8% badanej grupy.

### 3.4. Definicja zdrowia i dbałość o zdrowie

Interesującym wnioskiem płynącym z badań jest sposób definiowania zdrowia. Dla 68% pytanых kobieta jest zdrowa, kiedy „jest pełna energii”, zaś po 51% respondentek zgodziło się z opinią, że zdrowie jest równoznaczne z brakiem wyraźnych objawów choroby (np. bólu), jak również z radzeniem sobie z „kłopotami życia codziennego”. Ponadto 1/3 ankietowanych kobiet (34%) utożsamiała zdrowie z „pomyślnymi na aktywne życie w przyszłości”.

W kwestionariuszu wywiadu uwzględniono pytania dotyczące szeroko rozumianej dbałości o zdrowie (wykres 3.). Aż 76% respondentek deklarowało zdrowe odżywianie, zaś 64% wysypianie się (8 godzin snu na dobę). Zdecydowanie mniejszy odsetek ankietowanych regularnie uprawiał sport (43%). Profilaktycznym badaniom medycznym, takim jak morfologia krwi i inne, poddawała się połowa badanych (50–55%). Najmniej popularne okazało się wykonywanie USG piersi/mammografii (37%), szczególnie w najmłodszej grupie wiekowej – tylko 21% wobec 52% pań powyżej 50 roku życia. Jedynie 7% respondentek przyznało, że nie podejmuje żadnych spośród wymienionych działań na rzecz zdrowia.



Wykres 3. Dbałość o zdrowie wśród badanych kobiet (N = 500)

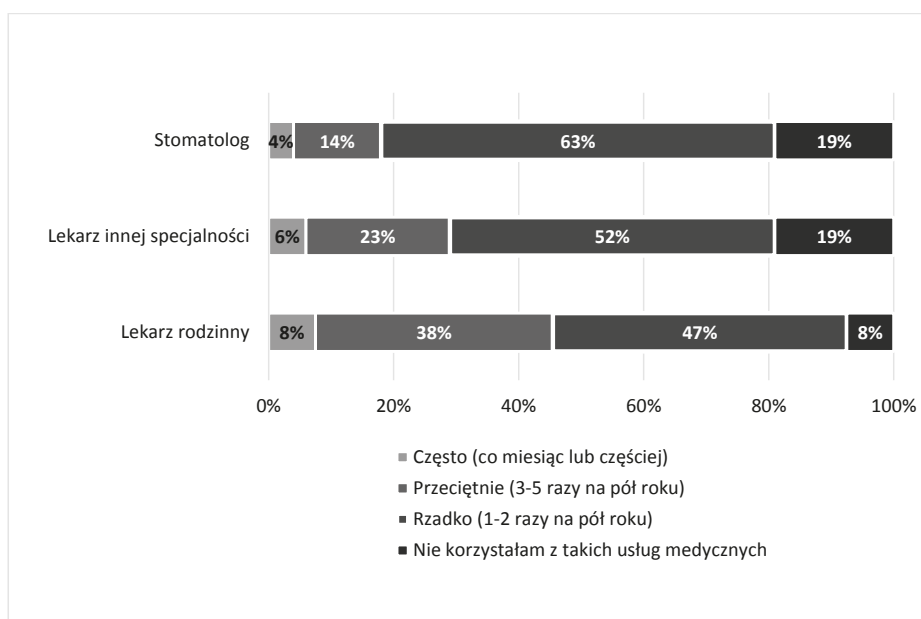
Źródło: Wyniki badań projektu

Po otrzymaniu pierwszych „surowych” wyników badań ilościowych uderzyła nas „zdrowotna poprawność” odpowiedzi udzielanych przez respondentki, np. w pytaniach dotyczących zakresu i form poszczególnych zachowań prozdrowotnych (także w zakresie wiedzy o profilaktyce, częstotliwości korzystania z profilaktycznych usług medycznych). Nawet w profesjonalnie zaplanowanych i wykonanych projektach opierających się na badaniach sondażowych nie można wykluczyć, że część respondentów deklaruje poglądy, które ich zdaniem są zgodne z oczekiwaniami ankietera.

### 3.5. Korzystanie z usług medycznych

Działania na rzecz zdrowia mogą także przyjmować formę „zachowań medycznych” (Ostrowska 1997: 217; Puchalski, Korzeniowska 2004: 110), polegających na korzystaniu z usług systemu opieki zdrowotnej. Szerszy kontekst profilaktyki cytologicznej ukazuje częstotliwość korzystania z placówek zdrowia, w tym usług lekarza rodzinnego, lekarzy specjalistów, lekarza stomatologa. Na podstawie uzyskanych wyników możemy stwierdzić, że najbardziej

rozpowszechnione jest konsultowanie się z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, o czym świadczy najwyższy odsetek kobiet, które często (8%) i z przeciętną częstotliwością (38%) udawały się po poradę do tego rodzaju specjalisty (wykres 4.). Niestety, pozostałe wyniki projektu wskazywały na niską aktywność lekarzy rodzinnych w działaniach na rzecz profilaktyki cytologicznej: jedynie 29% respondentek było zachęcane do wizyty u lekarza ginekologa przez swoich lekarzy rodzinnych, lekarz tej specjalności był też rzadko wymieniany jako czynnik motywujący do badań cytologicznych (9%). Jednocześnie jedynie 3% badanych kobiet widziało sposób na zwiększenie zgłaszalności cytologicznej w zlecaniu tego typu badań przez lekarzy pierwszego kontaktu.



Wykres 4. Korzystanie z usług medycznych w ciągu ostatnich 6 miesięcy (N = 386)

Źródło: Wyniki badań projektu.

Być może wynika to z faktu, że zdrowie jest nadal traktowane w sposób fragmentaryczny, a sprawy zdrowia reprodukcyjnego są „zarezerwowane” dla lekarzy ginekologów. W świetle uzyskanych wyników, Polki odbywają wizyty u tych specjalistów z zadowalającą częstością: 16% odwiedza lekarza częściej niż raz w roku, 38% – raz w roku, a 17% – co dwa lata. Co trzy lata i rzadziej udaje się na wizytę aż 25% kobiet, co należy uznać za wielkość alarmującą. Wśród głównych przyczyn konsultacji ginekologicznych podawane były: **chęć rutynowej kontroli (37%)**, profilaktyka (22%) i ciąża (12%). W tym kontekście jeszcze bardziej zadowalające wydają się odpowiedzi respondentek dotyczące terminu ostatniego badania cytologicznego: 31% ankietowanych odbyło je w tym samym roku,

w którym uczestniczyły w wywiadzie, 33% – w roku poprzedzającym wywiad, 15% – 2 lata wcześniej, zaś 18% – 3 lata wcześniej i dawniej. Zmiennymi warunkującymi częstotliwość wizyt ginekologicznych były: miejsce zamieszkania ( $p = 0,002$ ), wiek ( $p = 0,001$ ) oraz poziom wykształcenia ( $p = 0,000$ ), który istotnie wpływał także na termin ostatniej cytologii ( $p = 0,003$ ). Są to czynniki szeroko opisane w literaturze dotyczącej nierówności w zdrowiu (patrz: Cockerham 2013; Nettleton 2006; Thomas 2003).

### 3.6. Finansowanie świadczeń medycznych

Warto także zwrócić uwagę na finansowy aspekt korzystania ze świadczeń medycznych. Mimo że przeważająca większość respondentek (97%) była objęta publicznym ubezpieczeniem zdrowotnym (NFZ), a 16% – prywatnym, aż 28% kobiet deklarowało, że w ciągu 6 miesięcy poprzedzających wywiad korzystało z usług medycznych opłacanych z własnej kieszeni, zaś 15% – ze świadczeń finansowanych przez pracodawcę w ramach wykupionego abonamentu. W tym samym czasie z usług publicznej opieki zdrowotnej skorzystało 69%. Oznacza to, że część uprawnionych do świadczeń zdrowotnych nie zdecydowała się na ich realizację, a tym samym zrezygnowała z profilaktyki medycznej.

Mamy także do czynienia ze znacznym odsetkiem badanych, które poprzez objęcie dodatkowym rodzajem ubezpieczenia maksymalizowały szansę uzyskania satysfakcjonującego dostępu do opieki ginekologicznej: 22% ankietowanych korzystało z tego typu usług wyłącznie w ramach systemu prywatnego, wśród głównych przyczyn wymieniając: zaufanie i zadowolenie z usług lekarza (42%), dostępność lekarzy (39%) oraz lepszą jakość usług (13%). Dla 68% ankietowanych, które pozostały przy publicznej służbie zdrowia, najistotniejsze były: bezpłatne wizyty (33%), zaufanie i satysfakcja z usług lekarza („jedynie” 25%) oraz brak środków na prywatne wizyty (20%). Jednocześnie aż 38% badanych zadeklarowało, że badanie cytologiczne zrealizowało niezależnie od zaproszenia przesłanego w ramach (*PPPWWRSM*), co było jednym z powodów niezgłoszenia się na cytologię oferowaną w ramach *Programu* i finansowaną ze środków publicznych.

## 4. Uwagi podsumowujące

Przedstawione wyniki mogą stanowić punkt wyjścia do dalszych systematycznych i pogłębionych badań nad zachowaniami zdrowotnymi Polek, nie tylko w kontekście profilaktyki cytologicznej. Analizując zgromadzony materiał ilościowy, pamiętajmy że pomimo dowiedzionej większej skłonności kobiet do podejmowania aktywności prozdrowotnej, zbiorowość ta (podobnie jak populacja ogólna) charakteryzuje się dużym zróżnicowaniem ze względu na wiek, miejsce zamieszkania i poziom wykształcenia, co przekłada się na różny stopień



świadomości i kultury zdrowotnej. Zasadna byłaby analiza działań na rzecz zdrowia wybranej/wybranych kategorii kobiet, umożliwiającą wskazanie zarówno potencjału, jak i deficytów w zakresie wiedzy, umiejętności wchodzenia w relację i komunikacji z lekarzem, dostępu i korzystania z przysługujących świadczeń (np. badania jakościowe dotyczące profilaktyki ginekologicznej wśród ubogich kobiet, zrealizowane na grupie 24 respondentek przez A. Ostrowską, 2011). Tak przeprowadzona diagnoza potrzeb zdrowotnych, opierająca się na metodach jakościowych, umożliwiłaby zaplanowanie, a następnie wdrożenie skutecznego programu promocji zdrowia, skierowanego do wybranych kategorii odbiorców.

Pamiętajmy także, że wcześniejsze, przeprowadzone na szeroką skalę, udane programy edukacji zdrowotnej (np. *North Karelia Project* – Puskas 2002) wskazały, że nawet dobrze poinformowani adresaci programów profilaktycznych, świadomi występowania konkretnych czynników ryzyka, nie wykazywali się „automatyczną gotowością do modyfikacji poszczególnych elementów swojego dotychczasowego stylu życia. Prawie wszystkie badania sondażowe wykonane w Polsce w ostatnich latach wskazują, że zdrowie jest jedną z 2–3 najbardziej cenionych wartości życiowych” (CBOS 2014, 2013). Swoisty paradoks polega na tym, że droga do osiągnięcia tego celu wydaje się „długa i niepewna”, wymagająca wysiłku, konsekwencji i systematyczności, zaś nawet stale podejmowane działania na rzecz zdrowia nie dają gwarancji jego zachowania. Równocześnie dla wielu osób zdrowie jest czymś umownym, abstrakcyjnym i subiektywnym. Te uwagi o charakterze ogólnym powinny skłonić organizatorów programów profilaktycznych do szerszego wykorzystania dorobku nauk o zachowaniu i „socjologizacji” promocji zdrowia (Słoińska 2008).

## Bibliografia

- CBOS (2012), *Polacy o swoim zdrowiu oraz prozdrowotnych zachowaniach i aktywnościach*, Komunikat z badań nr BS/110/2012, Warszawa.
- CBOS (2013), *Wartości i normy*. Komunikat z badań nr BS/111/2013, Warszawa.
- CBOS (2014), *Co stanowi o udanym życiu?*, Komunikat z badań nr 167/2014, Warszawa.
- Cockerham W. (2013), *Social causes of health and disease*, Polity Press, Cambridge.
- Gniazdowski A. (1990) *Wprowadzenie*, [w:] A. Gniazdowski (red.), *Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań społeczeństwa polskiego*, Instytut Medycyny Pracy im. prof. dr med. Jerzego Nofera, Łódź, s. 1–2.
- Lorenc B., Chełstowski A. (2012), *Cytologia – wyniki omnibusu*, Millward Brown SMG/KRC, Warszawa.
- Łuszczzyńska A., Bukowska-Durawa A. (2011), *Dlaczego Polki nie robią badań cytologicznych?*, Badania przeprowadzone na zlecenie Firmy Siemens, Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Warszawa.
- Nettleton S. (2006), *The sociology of health and illness*, Polity Press, Cambridge, s. 169–202.
- Ostrowska A. (1997), *Prozdrowotne style życia*, [w:] H. Domański, A. Rychard (red.), *Elementy nowego ładu*, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa, s. 209–222.

- Ostrowska A. (2011), *Profilaktyka zdrowotna: interpretacje, definicje sytuacji, racjonalności (Przypadek profilaktyki ginekologicznej kobiet)*, „Studia Socjologiczne”, nr 3 (202), s. 73–94.
- Piątkowski W., Sadowska A., Bobiński M. S., Bednarek W. (2015), *Nierówności w zdrowiu w świetle wyników projektu „Problem zgłaszalności kobiet na badania cytologiczne w Polsce. Próba analizy socjomedycznej”*, „Acta Universitatis Lodziensis”, Folia Sociologica, nr 55, s. 149–165.
- Puchalski K., Korzeniowska E. (2004), *Dlaczego nie dbamy o własne zdrowie. Rola potocznych racjonalizacji w wyjaśnianiu zachowań zdrowotnych*, [w:] W. Piątkowski (red.), *Zdrowie, choroba, społeczeństwo. Studia z socjologii medycyny*, Wydawnictwo UMCS, Lublin, s. 107–126.
- Puska P. (2002), *Successful prevention of non-communicable diseases: 25 year experiences with North Karelia Project in Finland*, “Public Health Medicine”, Vol. 4, No. 1, s. 5–7.
- Słowska Z. (2008), *Nowe oblicze medykalizacji: redefinicja i marginalizacja promocji zdrowia*, [w:] W. Piątkowski, B. Piłonka-Syroka (red.), *Socjologia i antropologia medycyny w działaniu*, Oficyna Wydawnicza Arboretum, Wrocław, s. 83–94.
- Thomas R. K. (2003), *Society and health. Sociology for health professionals*, Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York–Boston, s. 179–276.

**Włodzimierz Piątkowski, Anna Sadowska**

## **THE ISSUE OF PREVENTIVE ONCOLOGY. THE DESCRIPTION OF HEALTH BEHAVIORS DETERMINANTS AMONG WOMEN INVOLVED IN THE POPULATION PROGRAM OF PREVENTION AND EARLY DETECTION OF CERVICAL CANCER. RESEARCH OVERVIEW**

**Summary.** The subject of the present analysis are health behaviors among women between 25 and 59 years of age and their determinants, which, simultaneously, constitute the social context for cervical cancer prevention in Poland. Among the factors which are of particular interest to the researchers, there are the following: life satisfaction (including: health, work, family and sex life), satisfactory life conditions, type and sources of social support, difficult life experiences, the amount of family and household responsibilities, lay definition of health, pro-health behaviors and health condition (judgment based on the medical evaluation). The present study also posed various questions concerning the availability and use of medical services (general practitioner, specialized doctor, dentist), genetic testing concerning cancer risk, gynecologist’s consultations and preventive smear tests.

The conclusions presented below are based on the nationwide representative survey conducted as a part of the National Science Centre’s grant awarded for the implementation of the project entitled “The problem of women attending cervical smear tests in Poland. An attempt of the socio-medical analysis”. Quantitative research (questionnaire-based interviews, Computer Assisted Personal Interviewing, or CAPI) was conducted on the sample of 500 women aged 25–59 years, and aimed at reflecting various characteristics of the overall population of women involved in the *Population Program of Prevention and Early Detection of Cervical Cancer (PPPWWRSM)*.

**Keywords:** sociology of health, health behaviors, prophylaxis, women.