Anna Tylikowska

Co modelują artykuły o raku piersi publikowane w prasie kobiecej?

Jeśli nie jesteś kobietą, wyobraź sobie, że nią jesteś. Jednym z największych zagrożeń dla Twojego zdrowia, dobrostanu psychicznego i życia jest rak piersi. Jeśli jesteś Polką, ryzyko Twojego zachorowania na tę formę raka wynosi 1:16 i stale zwiększa się[1]. Jeśli masz poniżej 65. lat i umrzesz nie osiągnąwszy tego wieku, statystycznie najbardziej prawdopodobną przyczyną Twojej śmierci będzie nowotwór złośliwy. Najprawdopodobniej będzie to nowotwór gruczołu sutkowego, potocznie nazywany rakiem piersi (por. np. Kowalczyk, 2001).

Bez względu na to, czy z zagrożenia rakiem piersi zdajesz sobie sprawę czy nie dopuszczasz go do świadomości, gromadzisz na jego temat informacje. Jeśli dopuszczasz myśl o zachorowaniu, przypuszczalnie gromadzisz te informacje celowo, tworząc sobie umysłowy model sposobów minimalizowania ryzyka rozwoju nowotworu oraz sytuacji jego rozpoznania i terapii wraz ze wszystkim, co temu towarzyszy. Część tego umysłowego modelu dotycząca sposobów minimalizowania zagrożenia przypuszczalnie reguluje Twoje zachowanie w sposób faktycznie zmniejszający ryzyko rozwoju raka. Jeśli sądzisz, że Ciebie rak piersi nie dotknie, także zbierasz na jego temat informacje, choć w tym przypadku Twój umysłowy model wszystkiego, co z nim związane, będzie przypuszczalnie mniej szczegółowy i wyrazisty, być może utajony, nieświadomy – uaktywni się dopiero w sytuacji diagnozy lub niezaprzeczalnego podejrzenia jej możliwości. W takim przypadku prawdopodobnie nie będziesz stosować środków minimalizujących ryzyko rozwoju nowotworu lub jego późnego wykrycia. Jeśli natomiast usłyszałaś diagnozę – na przykład: *carcinoma intraductale in situ*[2] – prawdopodobnie będziesz szukać informacji gorączkowo.

W każdym z zarysowanych powyżej przypadków jednym ze źródeł informacji prawdopodobnie będą dla Ciebie czasopisma skierowane do kobiet.

---

[1] Wśród Polek ryzyko zachorowania na raka piersi określa się jako średnie; dla porównania, w USA wynosi ono 1:8, w innych krajach rozwiniętych 1:12 (por. np.: „Rak piersi na świecie i w Polsce”).

[2] Jest to rak wewnątrzprzewodowy, czyli stosunkowo mało zaawansowana forma raka piersi, dająca szansę na usunięcie tylko fragmentu sutka i całkowite wyleczenie (zob. np. Ozga-Michalski, Rosochowicz, Sarosiek). Lekarzom zdarza się – rzadko, ale jednak – podawać diagnozę w terminach fachowych, bez wyjaśnień.

Nawet jeżeli nie czytujesz „Twojego Stylu”, „Claudii”, „Olivii”, „Gali” itp. ani nie dotrzesz do ich stron internetowych, to przypuszczalnie zetkniesz się z odpryskami zawartych w nich informacji przekazywanymi przez czytające je kobiety. W związku z tym budowany w tych czasopismach obraz profilaktyki, diagnozy i leczenia raka piersi, ich kontekstu i konsekwencji ma niebagatelne znaczenie indywidualne i społeczne.

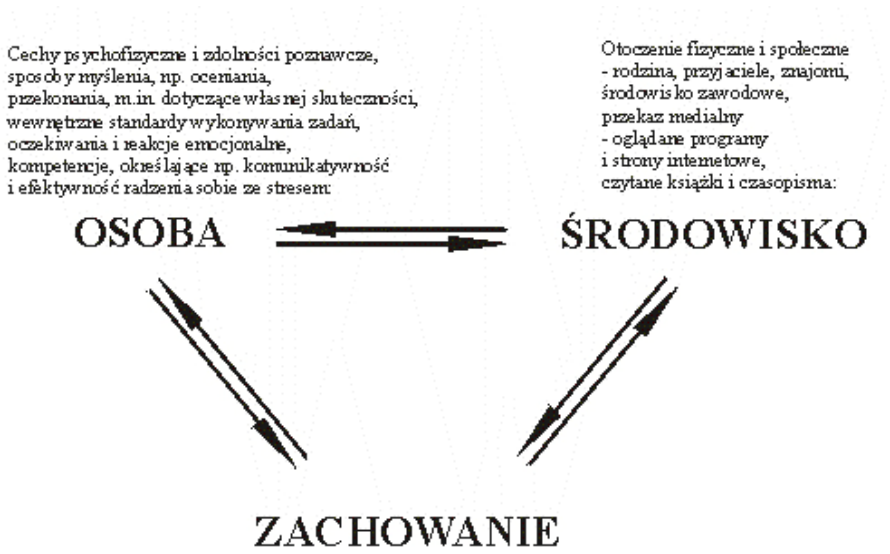
Narzędziem analizy obrazu raka piersi prezentowanego w prasie kobiecej i jego możliwych oddziaływań będzie psychologiczna teoria Alberta Bandury. Wybór tej teorii jest nieprzypadkowy. Bandura bywa określany jako najwybitniejszy żyjący psycholog, który zrewolucjonizował swoją dziedzinę badań, jednak w tym miejscu ważniejsze jest wykorzystywanie jego teorii w profilaktyce zdrowotnej oraz projektowaniu działań wspierających kobiety z rakiem piersi (por. np. Maddux i Rogers, 1983; Rogers, Courneya, Verhulst, Markwell, Lanzotti i Shah, 2006; Schwarzer i Fuchs, 1996). Odpowiedź na tytułowe pytanie – Co modelują artykuły o raku piersi publikowane w prasie kobiecej? – zostanie poprzedzona wprowadzeniem w podstawowe twierdzenia teorii Bandury, zwłaszcza przydatne dla bieżącej analizy twierdzenia dotyczące jednej z zasadniczych form uczenia się, nazywanej modelowaniem, oraz znaczenia poczucia własnej skuteczności.

Wzajemne determinowanie

Kulturową ikoną psychologii jest Zygmunt Freud i jego psychoanalityczna kozetka, na której pacjenci ujawniali na co dzień nieświadome, w dużej mierze seksualne i konfliktowe pragnienia i impulsy, będące potężną siłą odpowiedzialną za ich uczucia, myśli, intencje i zachowania. Alternatywnym symbolem psychologa jest eksperymentujący na szczurach behawiorysta, traktujący człowieka jako przedmiot zewnętrznych, inżynieryjnych oddziaływań. Psychoanaliza i behawioryzm – dwa nurty dominujące w psychologii przez pierwsze dziesięciolecia jej rozwoju i wciąż z nią kojarzone – przedstawiały ludzi jako istoty popychane wewnętrznymi impulsami albo sterowane zewnętrznymi nagrodami i karami, których myśli, uświadamiane uczucia i zamiary nie mają większego znaczenia.

Społeczno-poznawcza teoria Alberta Bandury była zdecydowaną kontrą wobec wizerunku człowieka kreowanego przez tradycyjną psychologię. Jej fundamentalne twierdzenie głosi, że funkcjonowanie człowieka jest procesem interakcji między jego osobowymi charakterystykami i zachowaniem a czynnikami środowiskowymi. Żyjący w specyficznym środowisku człowiek posiada określone doświadczenie, więc także sposoby myślenia, przekonania, oczekiwania, standardy działania i kompetencje, które decydują o jego zachowaniu, zwrotnie oddziałującym na jego środowisko (Bandura, 1986). Trzy rodzaje

czynników – osobowe, behawioralne i środowiskowe – są od siebie przyczynowo uzależnione, nieustająco wzajemnie się determinują:



Ilustracja 10. Wzajemne determinowanie (oprac. własne, na podstawie: Monte, 1999, s. 842).

Jakkolwiek łatwiej nam myśleć we fragmentarycznych kategoriach wyróżnionych, względnie niezależnych „atomów", nie jest tak, że kontrolują nas czynniki wewnętrzne, takie jak popędy czy cechy, albo biernie przyjmowane zdarzenia zewnętrzne. Nie ma albo-albo. Jesteśmy skomplikowanymi istotami aktywnie przetwarzającymi informacje, działającymi w ramach określonych doświadczeń, uzależnionych od środowiska i jego wielowątkowych oddziaływań.

Jeśli nie jesteś kobietą, wyobraź sobie, że nią jesteś. Twoje wyobrażenia o raku piersi, związane z nim przekonania i emocje nie powstały w próżni i nie pozostają bez konsekwencji. Uformowałaś je na bazie kulturowo-społecznego przekazu – możesz aktywnie ten przekaz przetwarzać, jednak jego znaczenia nie unikniesz – i korzystasz z nich podejmując działania wywierające wpływ na Twoje życie i otoczenie. Ludzka rzeczywistość jest złożona i nie ma przed tym ucieczki. Ważnym składnikiem tej rzeczywistości jest proces modelowania.

Modelowanie

W jaki sposób nauczyliśmy się pozdrawiać innych ludzi, wyrażać radość i smutek, jeździć na rowerze, korzystać z komputera? Skąd wiemy jak zacho-

wywać się w urzędach i kinach, co ubrać, żeby wyglądać modnie lub ekstrawagancko, jak zatankować paliwo i reagować na konflikty? Psychoanalitycy odpowiedzieliby, że nasza aktywność jest efektem identyfikacji z innymi ludźmi lub ich naśladowania. Behawioryści twierdzą, że uczymy się na zasadzie prób i błędów – podejmujemy różne zachowania, które są przez środowisko nagradzane lub karane, więc podejmujemy je ponownie lub ich unikamy. Zdaniem Bandury:

> Uczenie się byłoby niezmiernie żmudne, a co więcej ryzykowne, gdyby ludzie polegali wyłącznie na informacyjnej wartości rezultatów własnych działań. Na szczęście większość ludzkich zachowań jest wyuczana obserwacyjnie poprzez modelowanie: przyglądając się innym tworzymy sobie wyobrażenie sposobu wykonywania nowego zachowania, a zakodowana w ten sposób informacja staje się dla nas przewodnikiem działania w określonych okolicznościach (1997, s. 22).

Modelowanie jest szczególną formą uczenia się, zachodzącą na podstawie obserwacji otoczenia społecznego, zatem przebiegającą stosunkowo szybko i bez wysiłku, nie wymagającą podejmowania działań narażonych na niepowodzenie. Podstawą modelowania może być zarówno obserwowanie konkretnych osób z otoczenia, tak zwanych modeli, jak i oglądanie obrazowych reprezentacji w telewizji lub kinie czy zapoznawanie się z opisami zawartymi w czyichś wypowiedziach, książkach, prasie bądź internecie. Różnorodne społeczne obserwacje prowadzą nie tylko do nabywania i zmieniania zachowań oraz rozwijania złożonych umiejętności, lecz także do kształtowania i modyfikowania sposobów myślenia, oczekiwań i przekonań, wewnętrznych standardów i reakcji emocjonalnych. Szeroki zakres oddziaływania modelowania jest związany z tym, że nie przebiega ono mechanicznie, lecz angażuje procesy poznawcze i emocjonalno-motywacyjne. Procesy te można zaprezentować jako zespół czynników warunkujących uruchomienie modelowania i jego efektywność:

1. Uwaga. Decyduje o tym, że modelowana aktywność lub charakterystyki oraz ich kontekst są spostrzegane, a następnie o tym, że związane z nimi informacje podlegają umysłowemu przetworzeniu. Możliwości modelowania są w podstawowy sposób warunkowane:

- Właściwościami modelowanej aktywności lub charakterystyk – tym, czy wyróżniają się one z kontekstu, na ile są złożone, czy wzbudzają emocje, wydają się interesujące, przydatne itd.
- Właściwościami modela, czyli osoby prezentującej modelowaną aktywność lub charakterystyki w realnych sytuacjach, filmie lub programie telewizyjnym bądź artykule prasowym. Zwracamy uwagę na ludzi, którzy są dla nas atrakcyjni, czyli posiadają pożądany przez nas status społeczny, sytuację rodzinną, rodzaj władzy, kompetencje, wygląd, a jednocześnie są do nas pod jakimś względem podobni. Dobry model jest posiadaczem upragnionych przez nas, jeszcze nie posiada-

nych właściwości, i zarazem człowiekiem, z którym możemy się utożsamić. Dobry model powinien ponadto przejawiać zaangażowanie i entuzjazm wobec modelowanych aktywności bądź charakterystyk, gdyż jego postawa jest dla nas wzorcem stosunku do nich.

- Obserwowanymi konsekwencjami modelowanej aktywności lub charakterystyk. Jeśli konsekwencje te są zdaniem obserwatora pozytywne, prawdopodobieństwo wymodelowania u niego prezentowanych przez modela zachowań lub charakterystyk wzrasta. Jeśli natomiast działania, postawy bądź inne charakterystyki modela nie prowadzą go do osiągnięcia zamierzonych celów, są karane przez otoczenie lub mają inne skutki oceniane przez obserwatora jako negatywne, prawdopodobieństwo ich wymodelowania zmniejsza się.
- Właściwościami obserwatora – jego spostrzegawczością i innymi zdolnościami poznawczymi, oczekiwaniami i przekonaniami, reakcjami emocjonalnymi, aktualnym stanem psychofizycznym. Jeśli np. czekając na wezwanie do gabinetu lekarskiego, zestresowana, biorę do ręki czasopismo, o którym nie mam najlepszego zdania, jest mało prawdopodobne, żeby którakolwiek z prezentowanych w nim postaci stała się dla mnie efektywnym modelem.

2. **Zapamiętanie.** Aktywność lub charakterystyki modela, które zostały zauważone, mogą lecz nie muszą zostać utrwalone w pamięci. Trwałe zapamiętanie obserwowanych aktywności lub charakterystyk jest uzależnione od zdolności wytworzenia ich psychicznych reprezentacji, czyli umysłowych obrazów lub werbalnych opisów, które staną się wewnętrznym wzorcem umożliwiającym ich wykorzystanie. Jeśli działania, postawy, oczekiwania czy reakcje emocjonalne modela są dla osoby obserwującej zbyt skomplikowane, niezrozumiałe, to uformowanie ich wewnętrznych reprezentacji, a w konsekwencji ich wyuczenie, nie powiedzie się.
3. **Odtwarzanie.** Wytworzenie psychicznej reprezentacji określonej aktywności lub charakterystyki nie jest równoznaczne z jej wykorzystywaniem. W toku uczenia się społecznego formujemy wiele wewnętrznych reprezentacji, które pozostają nieaktywne na zawsze lub do momentu, w którym – zwykle na bazie obserwacji bądź słuchania innych ludzi lub czytania ich tekstów – uznajemy, że ich wykorzystanie będzie korzystne (Bandura, 1986, 1997; Niedźwieńska, 1995). Przykładowo, większość z nas posiada psychiczną reprezentację posługiwania się bronią palną, na skutek wielokrotnego obserwowania w telewizji i kinie związanej z tym sekwencji czynności. Mimo to w zwykłych warunkach większość z nas, dysponując taką bronią, nie użyłaby jej, mając świadomość negatywnych konsekwencji. Jednak w okolicznościach nietypowych, np. wojny domowej, przekonując się o pozytywnych rezulta-

tach posługiwania się bronią, spora część z nas zdecydowałaby się jej użyć i potrafiłaby to zrobić.

Odtwarzaniem wymodelowanych aktywności rządzą dwie ważne zależności. Pierwsza z nich jest oczywista i polega na tym, że wykonywanie nabytych zachowań doskonalimy wraz z ich praktykowaniem. Druga zależność jest mniej oczywista lecz bardzo interesująca – możemy doskonalić określone czynności tylko wyobrażając sobie ich wykonywanie. Przykładowo, jeśli czytając w czasopismach papierowych i internecie informacje na temat profilaktyki raka piersi wytworzę sobie psychiczną reprezentację dotyczącą wizyty na badaniu ultrasonograficznym lub mammograficznym, to mogę najpierw przećwiczyć taką wizytę w umyśle, dokładnie i wielokrotnie wyobrażając sobie jej kolejne etapy: znalezienie miejsca badania, proces rejestracji w kilku wariantach, rozmowy z innymi czekającymi na badanie itd. Wykorzystanie wyobraźni skutecznie przygotuje mnie na faktyczną wizytę, której pomyślny przebieg ułatwi mi odbywanie kolejnych badań kontrolnych.

4. **Motywacja.** Psychiczną reprezentację wymodelowanej aktywności lub charakterystyki wykorzystujemy pod warunkiem, że mamy do tego powód. Do podejmowania wyuczonych zachowań i aktywizowania nabytych charakterystyk, na przykład postaw, skłaniają nas konsekwencje pozytywne lub przewidywanie takich konsekwencji jako skutku wykonania danej aktywności lub przejawiania określonej charakterystyki (Bandura, 1986). Warto tutaj podkreślić dwie sprawy. Po pierwsze, konsekwencją pozytywną może być uniknięcie jakiejś formy konsekwencji negatywnych, na przykład pozytywną konsekwencją badań profilaktycznych może być uniknięcie diagnozy choroby w zaawansowanym i trudnym do leczenia stadium. Po drugie, konsekwencji pozytywnych możemy dostarczać sobie sami, nagradzając się poczuciem zadowolenia lub konkretnymi przyjemnościami, takimi jak wypicie kawy z przyjaciółmi czy popołudnie spędzone na czytaniu książki.

   Jeśli w rezultacie podjęcia wymodelowanej aktywności lub przejawiania wyuczonej charakterystyki przewidujemy lub doświadczamy konsekwencji negatywnych, nasza gotowość do wykonania tej aktywności lub utrwalenia tej charakterystyki zmniejszy się. Przykładowo, jeśli wytworzyłam sobie umysłowy wzorzec wizyty na USG lub mammografii, lecz wcielając go w życie natrafiłam na niewyobrażalnie skomplikowany proces rejestracji, a osoba przeprowadzająca badanie była wyjątkowo niemiła, być może nie zmobilizuję się do pójścia na badanie po raz kolejny. Jeśli przewiduję, że skutkiem badania mammograficznego będzie wykrycie zmian nowotworowych, mogę na takie badanie nie udać się nigdy.

Ostatni przykład zasługuje na szczególną uwagę. Nasza motywacja do aktywizowania wymodelowanych zachowań lub charakterystyk jest uzależniona nie tylko od realnych lub przewidywanych konsekwencji osobistych, lecz także od znanych nam konsekwencji ponoszonych przez innych ludzi. Jedną z przyczyn stosunkowo rzadkiego profilaktycznego wykorzystywania USG i mammografii jest prawdopodobnie częste spotykanie się kobiet ze schematem: „poszłam na USG / mammografię → wykryto u mnie raka". Wydaje się, że taki negatywny schemat powtarza się zarówno w życiu, jak i w przekazach medialnych, m.in. w prasie kobiecej, częściej niż pozytywny schemat: „poszłam na USG/mammografię → jestem zdrowa, spokojna i zadowolona". Powszechność schematu negatywnego może prowadzić do unikania badań kontrolnych na skutek lęku przed diagnozą zmian nowotworowych – diagnozą będącą konsekwencją negatywną, pierwotną wobec dalszej konsekwencji pozytywnej w postaci wczesnego wykrycia zmian dającego dużą szansę wyleczenia. Efektem takiego lęku jest postawa typu: „Jakbym poszła, to by mi na pewno coś znaleźli"[3].

Podkreślić trzeba, że chociaż motywacja jest uzależniona od doświadczanych, przewidywanych i obserwowanych konsekwencji zarówno pozytywnych, jak i negatywnych, to chcąc skłonić kogoś do aktywizacji wymodelowanych aktywności lub charakterystyk lepiej odwoływać się do konsekwencji pozytywnych. Już behawioryści odkryli, a Bandura zgadza się z nimi, że lepiej nagradzać niż karać. Lepiej zachęcać ukazując korzyści niż grożąc wzbudzać strach. Reguła ta jest ważna zwłaszcza w kontekście modelowania postaw wobec badań profilaktycznych – lepiej prezentować konkretne pozytywne efekty badań ultrasonograficznych lub mammograficznych, takie jak pewność co do własnego stanu zdrowia i związane z tym radość i spokój, niż wywoływać lęk, prezentując fatalne skutki lekceważenia tych badań lub powielać schemat „poszłam na badania wykryto raka". Wprawdzie opisana reguła jest w prasie kobiecej wykorzystywana rzadko, zdarzają się dobre wyjątki. Zaliczyć do nich można wypowiedź Anny Marii Jopek opublikowaną w „Twoim Stylu": „Ja po każdych badaniach, po których wszystko jest w porządku, wpadam w euforię. Natychmiast wkładam sukienkę z najgłębszym dekoltem i śmieję się do świata" (Wielgosz, 2007).

Podsumowując, modelowanie jest uczeniem się społecznym, które – mimo że jest złożone – przebiega łatwo i szybko, nie wymagając od nas więk-

[3] Jest to dosłowna wypowiedź jednej z uczestniczek badania nad przyczynami niskiej frekwencji na mammografii. Tę samą postawę inna uczestniczka tego samego badania wyraziła słowami: „Ja nie poszłam dlatego, że mi się zdaje, że jakby wziął nowy materiał i dłubał w nim i dłubał, to by coś wydłubał. Tak to nic mnie nie boli". (Marcinkowska *et al*., 2006, s. 59.)

szego zaangażowania ani wysiłku. Dzięki temu bywa procesem bardzo korzystnym – nie musimy długo praktykować, żeby wiedzieć jak zachować się w restauracji ani czytać elaboratów na temat właściwego stosunku wobec szefa w nowej pracy; wystarczy, że zaobserwujemy jak radzą sobie z tym inni. Łatwość i tempo modelowania mają jednak swoją „ciemną stronę": bezrefleksyjność i bezwiedność. Rzadko zastanawiamy się nad tym, że wykonując swoją pracę, mówiąc, pisząc dostarczamy innym wzorców, a przyglądając się ludziom, słuchając ich, czytając ich teksty sami różne wzorce nabywamy – wzorce postaw, zachowań, umiejętności, myślenia, reakcji emocjonalnych.

Chcąc u człowieka wymodelować jakąś aktywność lub charakterystyki, należy prezentować je w formie dla niego atrakcyjnej, pozwalającej na zwrócenie i przytrzymanie jego uwagi, możliwej do umysłowego przetworzenia i zapamiętania, czyli niezbyt skomplikowanej lecz szczegółowej i realistycznej, pamiętając o akcentowaniu ich pozytywnych konsekwencji. Nie przestrzegając tych zaleceń i tak pewne wzorce u ludzi modelujemy. Świadomość tego faktu ma znaczenie zwłaszcza wtedy, gdy nasze działania i wypowiedzi, mówione czy pisane, docierają do większego grona odbiorców i dotyczą spraw ważnych. Nie posiadając tej świadomości, możemy niechcący modelować wzorce niekorzystne z indywidualnego i społecznego punktu widzenia, na przykład poczucie, że nasze zdrowie leży wyłącznie w rękach lekarzy, postawę typu „rak jest śmiertelny, lepiej dowiedzieć się o nim jak najpóźniej", przekonanie o tym, że piersi są zasadniczym atrybutem kobiecości czy niefunkcjonalne oczekiwanie, że efektem diagnozy nowotworu będzie samotność lub – przeciwnie – bezwzględne wsparcie ze strony otoczenia.

„Niech moc skuteczności będzie z Tobą"

Tym zdaniem Albert Bandura podpisuje wiele swoich e-maili (Foster, 2006). Poczucie własnej skuteczności jest spostrzeganiem swojego potencjału radzenia sobie z określonego typu sytuacjami lub zadaniami. Innymi słowy, poczucie to jest przekonaniem dotyczącym własnych możliwości działania i osiągania pożądanych rezultatów w określonych okolicznościach (Bandura, 1997; Niedźwieńska, 1995).

Rozwijając swoją teorię, Bandura przypisał poczuciu własnej skuteczności zasadnicze znaczenie w regulacji ludzkiego funkcjonowania psychicznego i zachowania. Podpierając się wynikami wielu badań, stwierdził, że poczucie to kształtuje nasze interakcje społeczne, zarówno bliskie, jak i formalne czy okazjonalne, naszą postawę wobec pracy i czasu wolnego, nasze zdrowie psychofizyczne i stosunek wobec niego. Tak rozległe oddziaływanie poczucia własnej skuteczności wynika z tego, że pośredniczy ono w podstawowych procesach psychicznych, poznawczych i emocjonalno-motywacyjnych:

- Poczucie własnej skuteczności decyduje o sposobie postrzegania siebie i otoczenia. Ludzie o wysokim poczuciu własnej skuteczności są przekonani o posiadaniu kontroli nad sobą i zdarzeniami wywierającymi wpływ na ich życie. Ludzie charakteryzujący się niskim poczuciem własnej skuteczności są przekonani o braku lub niewielkiej kontroli nad zarówno własnym funkcjonowaniem, jak i rozgrywającymi się wokół nich zdarzeniami.
- Wysokie poczucie własnej skuteczności powoduje traktowanie trudnych zadań i sytuacji jako wyzwań, którym można sprostać. W konsekwencji, prowadzi ono do dużego zainteresowania realizowanymi zadaniami i zaangażowania w ich wykonywanie. W obliczu zagrożenia niepowodzeniem osoby o wysokim poczuciu własnej skuteczności nie wycofują zaangażowania w realizowane zadanie, lecz zwiększają swoje wysiłki, a w przypadku porażki upatrują jej przyczyn we własnej niewystarczającej wiedzy lub niedostatecznych staraniach, które traktują jako podlegające kontroli i zmianom. Przekonanie o kierowaniu sobą i rozgrywającymi się wokół zdarzeniami jest podstawą realnych osiągnięć, zwiększa odporność na stres i inne nieprzyjemne, niefunkcjonalne stany psychiczne, takie jak lęk. Tym sposobem przekonanie to jest źródłem psychofizycznego dobrostanu.
- Niskie poczucie własnej skuteczności powoduje traktowanie trudnych zadań jako zagrożeń, których lepiej unikać. W konsekwencji, prowadzi ono do stosunkowo niskiego poziomu aspiracji, niewielkiego zaangażowania w osiąganie ważnych celów i wysokiej gotowości do rezygnowania z ich realizacji. Skonfrontowani z trudnym zadaniem, ludzie o niskim poczuciu własnej skuteczności koncentrują się na swoich słabościach, np. niewystarczających zdolnościach, i potencjalnych przeszkodach, zamiast na możliwościach jego wykonania. W obliczu trudności ograniczają wysiłki i szybko się poddają. Ponieważ osoby o niskim poczuciu własnej skuteczności upatrują przyczyn nie dość dobrego wykonania zadania lub jego niezrealizowania w brakach własnych zdolności, łatwo tracą wiarę we własne możliwości. W związku z tym, osoby te są podatne na stres, lęk, poczucie bezradności i depresję, które obniżają jakość ich życia, także w wymiarze zdrowia fizycznego (Bandura, 1997; Monte, 1999).

Poradzenie sobie z diagnozą raka piersi, podobnie jak podejmowanie działań profilaktycznych, jest szczególnego rodzaju zadaniem. Poziom wykonania tego zadania jest w podstawowy sposób warunkowany poczuciem własnej skuteczności w tym zakresie. Im wyższe poczucie skuteczności posiada kobieta, u której wykryto nowotwór:

- tym mniej lękotwórczym doświadczeniem będzie dla niej diagnoza;
- tym mniejszą będzie miała skłonność do tworzenia związanych z diagnozą, zagrażających wyobrażeń nasilających lęk;
- tym słabsze będzie u niej nieprzyjemne i niekorzystne dla zdrowia pobudzenie fizjologiczne towarzyszące lękowi i stresowi;
- tym silniejsza będzie jej skłonność do przekształcenia diagnozy w wyzwanie, z którym może sobie poradzić;
- tym więcej będzie podejmowała realnych, korzystnych dla swojego zdrowia działań.

Analogicznie, im wyższe poczucie skuteczności w zakresie swojego zdrowia posiada kobieta, tym bardziej prawdopodobne jest podejmowanie przez nią rozsądnych – niekoniecznie takich, które zaleca jeden lekarz lub ulubione czasopismo – działań profilaktycznych. Natomiast im niższe kobieta posiada poczucie własnej skuteczności w odniesieniu do swojego zdrowia lub radzenia sobie z nowotworem, tym mniejsze jest prawdopodobieństwo podejmowania przez nią sensownej, systematycznej aktywności profilaktycznej i pozytywnej dla zdrowia reakcji na diagnozę raka.

W związku z powyższym, ważne pytanie brzmi: od czego nasze poczucie skuteczności jest uzależnione? Poczucie to jest warunkowane:

- własnymi doświadczeniami porażek i sukcesów w danej sferze;
- obserwacjami swoich stanów fizjologicznych, zwłaszcza stanów pobudzenia, które pozwalają na oszacowanie własnej odporności na stres;
- werbalnymi komunikatami o własnych możliwościach radzenia sobie uzyskiwanymi od innych ludzi;
- kulturowo-społecznymi komunikatami dotyczącymi ludzkich możliwości radzenia sobie z określonymi sytuacjami i zadaniami;
- informacjami o zachowaniach innych ludzi w określonych sytuacjach i konsekwencjach tych zachowań (Bandura, 1997; Niedźwieńska, 1995).

Ostatnie dwa czynniki mają ścisły związek z modelowaniem. Co zatem modelują artykuły o raku piersi publikowane w prasie kobiecej?

Modele radzenia sobie z rakiem piersi prezentowane w prasie kobiecej

Jeśli nie jesteś kobietą, wyobraź sobie, że nią jesteś. Jednym z największych zagrożeń dla Twojego życia jest rak piersi. Jeśli jesteś Polką, ryzyko Twojego zachorowania na tę formę raka wynosi 1:16 i stale zwiększa się. Jeśli masz poniżej 65. lat i umrzesz nie osiągnąwszy tego wieku, statystycznie najbardziej prawdopodobną przyczyną Twojej śmierci będzie nowotwór złośliwy.

Najprawdopodobniej będzie to nowotwór gruczołu sutkowego, potocznie nazywany rakiem piersi...

Swój artykuł celowo zaczęłam w taki, a nie inny sposób. Co myślisz i czujesz czytając takie lub podobne twierdzenia? Czy czujesz dreszczyk niepokoju i jedynie prześlizgujesz się po danych statystycznych lub po całym tekście? Może myślisz coś w rodzaju: „to zimne, abstrakcyjne liczby, mnie nie dotyczą”? Informacje statystyczne, podobnie jak medyczne, są danymi „chłodnymi”, nie wzbudzającymi emocji, więc nie przykuwającymi naszej uwagi. Jeśli zdarzy się nam przyjrzeć im uważniej, mają szansę wzbudzić w nas lęk. A jeśli coś wywoła w nas lęk, prawdopodobnie uznamy, że lepiej dłużej się temu nie przyglądać.

Ogólnie rzecz biorąc, danych statystycznych ani medycznych nie ma sensu w prasie popularnej nadmiernie eksponować – robiąc to zmniejszamy prawdopodobieństwo modelowania wśród jej odbiorców pozytywnych wzorców myślenia, odczuwania i działania. Na szczęście podkreślanie informacji statystycznych zdarza się w prasie kobiecej rzadko. Jednym z wyjątków jest artykuł pod tytułem „Nie zdążyłam przed rakiem, ale udało mi się go pokonać!”, zaczynający się zdaniem: „Onkolodzy alarmują: co czternasta Polka zachoruje na raka piersi” (Zagdańska, 2006, s. 94). W artykule tym Joanna Zagdańska opowiada swoją historię samodzielnego wykrycia guzka, onkologicznego rozpoznania, przejścia operacji oszczędzającej i radzenia sobie z pooperacyjnymi procedurami. Historia ta została zarejestrowana jako mocno medyczna; kiedy ją czytałam, wątpiłam w jej prawdziwość. Musiałabym dostać za tekst wysokie honorarium i wielokrotnie się przeredagowywać, żeby w niedługi czas po usłyszeniu diagnozy raka napisać:

> Przez sześć tygodni jeździłam codziennie do Centrum Onkologii na naświetlania. To standardowe leczenie, zapobiegające wznowie, czyli odbudowie guza w miejscu, z którego go usunięto (Ibidem, s. 97).

Powyższy cytat jest reprezentatywny dla całości artykułu, przedstawiającego rozmaite medyczne zabiegi w informacyjny, pozbawiony emocji sposób. Co więcej, opowieść Zagdańskiej jest najeżona ramkami wyjaśniającymi onkologiczne procedury fachowym językiem, na tle mikroskopowych zdjęć komórek lub odciętej od ciała, pozbawionej właścicielki piersi. Przekaz artykułu jest prosty: regularnie monitoruj swoje piersi i jeśli wyczujesz coś niepokojącego, oddaj się w ręce lekarzy. Nawet gdyby przekaz taki nie był zły – a to podlega dyskusji – jest w tym przypadku nieprzekonywający. Ze względu na suchy, nieomalże bezosobowy język i kontekst, historia Zagdańskiej wydaje się być albo formą psychicznej, wysoce racjonalnej obrony autorki przed faktyczną diagnozą albo fikcją stworzoną na użytek reklamy preparatu przyśpieszającego rekonwalescencję (por. Ibidem, s. 95). Koniec końców, omawiany artykuł – być może niechcący, lecz jednak – modeluje przede wszystkim brak zainteresowa-

nia nowotworowym ryzykiem i własną cielesnością, wymykającą się wiedzy i kontroli nie posiadającej medycznego wykształcenia kobiety.

O ile pod względem akcentowania danych statystycznych tekst Zagdańskiej jest nietypowy, o tyle charakterystyczna dla niego medykalizacja problemu zdarza się w prasie kobiecej często. Na trzynaście przeanalizowanych artykułów dotyczących raka piersi, które ukazały się w prasie kobiecej w latach 1995-2008, sześć uznałam za silnie nasyconych słownictwem medycznym, cztery umiarkowanie i trzy w stopniu niewielkim[4]. Dodatkowo niektórym artykułom zawierającym wiele pojęć medycznych towarzyszą *stricte* fachowe ramki zawierające wypowiedzi lekarzy (por. np. Koper, 2005) lub opisy procedur onkologicznych, bywa że z cennikiem i miejscami ich wykonywania (por. np. Kaniewska, 2005). Podobnie jak artykuł Zagdańskiej, silnie medyczne teksty – niezależnie od przyświecających im intencji – modelują przede wszystkim brak zainteresowania problemem raka piersi lub brak poczucia skuteczności wobec własnego ciała i zdrowia. Teksty takie komunikują bowiem coś w rodzaju: „Twoje ciało nie należy do Ciebie, jesteś wobec niego bezradna. Oddaj je ekspertom". W reakcji na taki komunikat kontrolę nad własnym zdrowiem umiejscawiamy poza sobą. W konsekwencji takiego zewnętrznego – zamiast wewnętrznego – umiejscowienia kontroli oczekujemy odgórnej, fachowej inicjatywy i opieki, przestajemy zbierać miarodajne informacje, bo ich zrozumienie i wykorzystanie wydaje się nam zbyt trudne, przekraczające nasze kompetencje. W rezultacie, zazwyczaj bezwiednie, gromadzimy wiedzę potoczną, będącą społecznie, stereotypowo przetrawionymi mitami w dużym stopniu nasyconymi lękiem przed „śmiertelną" diagnozą, opartymi między innymi na informacjach prasowych. W efekcie nie wykorzystujemy możliwości profilaktyki, a w przypadku diagnozy możliwości mierzenia się z nowotworem, w dużym stopniu wymagającego samodzielności.

Brak poczucia własnej skuteczności obniża szansę na utrzymanie lub przywrócenie zdrowia w sposób bardzo realny. Ludzie o zewnętrznym umiejscowieniu kontroli swojego zdrowia, o niskim poczuciu własnej skuteczności w tym zakresie, nie tylko mają stereotypową, niefunkcjonalną wiedzę na temat możliwości zapobiegania rozwojowi raka i jego leczenia, lecz także rzadziej podejmują działania profilaktyczne (Schwarzer, 2000; Schwarzer i Fuchs, 1996). Co więcej, im niższe poczucie własnej skuteczności osoba posiada, tym gorzej działa jej układ immunologiczny, zwiększając ryzyko rozwoju nowotworu i zmniejszając szansę wyleczenia w przypadku jego rozwinięcia (O`Leary, 1985, 1990).

---

[4] W silnie nasyconych medycznym słownictwem tekstach, niezależnie od opowiadanej w nich historii, można znaleźć fragmenty typu: „Marlena wyczuwa w prawej piersi bolesne zgrubienie. Ginekolog uspokaja ją. W badaniu USG wygląda to na niegroźną torbiel, ale na wszelki wypadek zleca biopsję" (Koper, 2005, s. 157; por. także np.: Morek, 2007; Łuniewska, 2004).

Najczęściej prezentowanym w prasie kobiecej modelem postępowania wobec raka piersi jest oddanie kontroli nad własnym ciałem i zdrowiem ekspertom. Nie jest to jednak jedyny model radzenia sobie z zagrożeniem nowotworem lub jego rozpoznaniem zawarty w czasopismach skierowanych do kobiet. Niezależnie od stopnia medykalizacji artykułów dotyczących raka piersi, można w nich odnaleźć trzy zasadnicze wzorce radzenia sobie kobiet, u których go zdiagnozowano:

- **Samotna wilczyca**. Istotą tego modelu jest odkrycie, dzięki diagnozie, wartości samej siebie i życia: „Choroba okaleczyła mnie" – przyznaje pani Magdalena Salamon. „Jej ślady będę pewnie odczuwać do końca życia. Ale gdyby nie ona, pewnie nie odważyłabym się być szczęśliwa. Robić to, na co mam ochotę. Kiedyś wydawałam tylko na męża i dzieci. Dziś potrafię i sobie sprawić przyjemność" (Augustyn-Protas i Woźniczko, 2006, s. 36).
  Wilczyca – nawet samotna – jest stworzeniem stadnym. Wraz z samodzielnością uzyskaną dzięki onkologicznemu rozpoznaniu i leczeniu, kobiety zazwyczaj podejmują działania na rzecz innych, czasami najbliższych (Lewicka, 1995), często na rzecz profilaktyki i terapii raka piersi. Zacytowana Magdalena Salamon jest współorganizatorką Stowarzyszenia Kobiet po Mastektomii *Femina Fenix* (Augustyn-Protas i Woźniczko, 2006), Małgorzata Pieńkowska oprowadza po planie swojego serialu młode pacjentki szpitala onkologicznego (Grigo, 2005), Dorota Kiałka wraz z przyjaciółką angażuje się w działania wspierające młode amazonki (Morek i Jankowska, 2007; por. także: Pieńkowska, 2007).
- **Kobieta wspierana**. Bez chłopaka, męża, dziecka lub przyjaciółki miałaby z przetrwaniem trudności. W obliczu diagnozy znajduje siłę po to, „żeby kochać" (Koper, 2005), jednak siła ta jest warunkowa, oparta na obecności i akceptacji bliskich. Jak w przypadku Oli, którą mąż pokochał mimo braku piersi, której rytm życia wyznacza córeczka (Kaniewska, 1996). Kobieta wspierana nie tyle wchodzi z ludźmi w niezawisły, pozytywny kontakt – jak wilczyca – co raczej jest od nich, w pewien sposób, uzależniona.
- **Kobieta, która o raka się potknęła**. Ma poczucie własnej skuteczności w odniesieniu do kariery zawodowej, jak Kylie Minogue w artykule Magdy Tereszczuk (2008), lub planowanej przyszłości rodzinnej, jak Marlena w tekście Katarzyny Koper (2005). Rak jest dla niej czymś, co zdarzyło się przez przypadek i nie powinno mieć większego wpływu na wcześniej zaprojektowane życie.

Ostatni model radzenia sobie z diagnozą jest niezły, zwłaszcza w przypadku kobiet, które mają duże szanse wyleczenia – poczucie własnej skuteczności, nawet jeśli nie dotyczy zdrowia, mobilizuje psychikę i układ immunologiczny. Jeśli jednak rokowania na wyleczenie są kiepskie, model ten może okazać się zdradliwy, na skutek zaniechania pewnych działań sprzyjających rekonwalescencji. Model drugi jest najmniej korzystny – kobieta wspierana rozszerza brak poczucia skuteczności z własnego ciała i zdrowia na swoje emocje i dobrostan psychiczny. Wycofanie wsparcia przez otoczenie w jakiejkolwiek formie grozi jej poważnymi trudnościami z poradzeniem sobie ze zwielokrotnionym stresem.

Najbardziej funkcjonalny jest model pierwszy. Model ten nie tylko jest nasycony poczuciem własnej skuteczności, lecz także zawiera ważną sugestię dotyczącą prawidłowości ludzkiego rozwoju, polegającego na przechodzeniu od działania na rzecz przede wszystkim siebie albo przede wszystkim innych do działania na rzecz zarazem siebie i otoczenia (por. np. Maslow, 1990; Wilber, 2000). Niestety, model samotnej wilczycy wielu czytelniczkom może wydawać się obcy – prezentujące go bohaterki zmieniły się na skutek granicznego doświadczenia diagnozy i terapii raka piersi. Zarówno to doświadczenie, jak i będąca jego rezultatem samodzielność i odpowiedzialność za własne życie mogą być dla wielu kobiet niezrozumiałe, wręcz lękotwórcze.

Wszystkie powyższe modele są pozytywne w tym sensie, że pozwalają na bazie porównań społecznych budować poczucie własnej skuteczności, zgodnie z formułą: „skoro one mogły sobie poradzić, to ja też". Pozytywna jest także wielość modeli, wśród których różne kobiety mogą znaleźć to, co dla nich atrakcyjne. Jednak to w szczegółach tkwi diabeł i mieszka dobra bogini. Prezentowane w medycznym kontekście, nawet najlepsze wzorce radzenia sobie z rakiem piersi lub jego zagrożeniem są mało skuteczne. Co więcej, zmedykalizowane modele mogą zniechęcać do rozsądnej profilaktyki, podobnie jak dane statystyczne powodując niechęć do tematu, prześlizgiwanie się po nim.

Zakończenie

Modele radzenia sobie z rakiem piersi przedstawiane w prasie kobiecej są prawdopodobnie reprezentatywne dla rzeczywistych modeli postępowania kobiet z rozpoznaniem onkologicznym[5]. Modele te wydają się odzwierciedlać dwa kulturowo-społeczne zjawiska o szerokim zasięgu. Pierwsze z nich polega na rezygnacji z gromadzenia i wykorzystywania wiedzy zdroworozsądkowej

[5] Jest tak niezależnie od tego, że modele prezentowane w prasie są przypuszczalnie bardziej medyczne niż te życiowe, na skutek mechanizmów marketingowych rządzących światem wydawniczym.

i oddawaniu kontroli nad ważnymi dla siebie sprawami w ręce ekspertów (por. np. Bohme, 1998). Mechanizm przenoszenia kontroli nad własnym życiem na zewnątrz jest, z jednej strony, związany z narastaniem złożoności wiedzy, narzędzi i procedur, których przeciętny człowiek nie jest w stanie ogarnąć ze względu na ograniczone zasoby czasu i możliwości przetwarzania informacji. Z drugiej strony, mechanizm ten jest opłacalny dla rzeszy fachowców utrzymujących się ze swojego eksperctwa. Zrzeczenie się osobistej kontroli jest pod pewnymi względami korzystne, daje nam oszczędności czasowe i energetyczne oraz poczucie bezpieczeństwa. Jego odwrotną stroną jest jednak brak poczucia własnej skuteczności ze wszystkimi tego konsekwencjami i lęk w sytuacji realnego zagrożenia; lęk powodujący zwykle ucieczkę przed problemem zamiast prób jego rozwiązania.

Drugim zjawiskiem leżącym prawdopodobnie u podstaw modeli radzenia sobie z zagrożeniem lub diagnozą raka piersi jest odcieleśnienie. Otwierając jakiekolwiek pismo dla kobiet, lub choćby tylko patrząc na jego okładkę można odnieść wrażenie, że nasza kultura jest mocno cielesna. W gruncie rzeczy jednak żyjemy w kulturze nie ciała, lecz wyglądu (Dobroczyński, 2007). Zwłaszcza my, kobiety, od wczesnego dzieciństwa jesteśmy systematycznie wywłaszczane z własnych ciał – o ile chłopcy mogą wypróbowywać siłę mięśni wspinając się na drzewa lub bijąc z kolegami, o tyle dziewczętom takie doświadczenia są dane rzadko, a jeśli po nie sięgają, często ponoszą niemiłe konsekwencje. Tym, co dziewczynkom jest dane, jest noszenie w ciepłe dni paseczka materiału na niewykształconych piersiach, w ramach szkolenia do odpowiedniego wyglądu, a kiedy podrosną, wysłuchiwanie publicznych dyskusji na temat swojej funkcji reprodukcyjnej. Nic zatem dziwnego, że dla wielu kobiet istotną przyczyną lęków związanych z rakiem jest potencjalna utrata piersi (por. np. Kaniewska, 1996; Zagdańska, 2006), oznaczająca pozbawienie zarówno odpowiedniego wyglądu, jak i reprodukcyjnego atrybutu kobiecości.

W kulturze wyglądu ciała są narzędziami, które mają służyć realizacji planów rodzinnych lub zawodowych. W kulturze wyglądu ciała są obiektami, nad którymi należy panować przy użyciu diet, odpowiednich ćwiczeń, a jeśli to konieczne – zabiegów medycznych zwalczających ich niefunkcjonalne części. Na szczęście kobiety są silne. Na skutek granicznego doświadczenia potrafią odnaleźć drogę samotnej wilczycy wędrującej obrzeżami, których perspektywa pozwala zdystansować się wobec kultury i wprowadzać w siebie i nią zmiany. Potrafią odkryć, jak Grażyna Sajak, że nasze ciała są nami:

> Moja metoda współżycia z rakiem, a nie jak proponują inni – walki, skutkuje. Próbuję zrozumieć, polubić »to coś«, co było integralną częścią mojego ciała (Józefowicz, 1999, s. 141).

Bibliografia podmiotowa:

Augustyn-Protas A., Woźniczko G., 2006, „Ścieżki życia. Historia Magdaleny Salamon”, „Claudia”, nr 3.

Grigo A., 2005, „Po prostu żyję Teraz”, „Twój Styl”, nr 10.

Józefowicz K., 1999, „Dziennik mojego cierpienia, Grażyny Sajak wysłuchała Katarzyna Józefowicz”, „Marie Claire”, nr 10.

Kaniewska M., 1996, „Straciłam pierś, ale żyję!”, „Olivia”, nr 6, http://www.kobieta2000.pl/readarticle.php?article_id=10 (dostęp: 10 sierpnia 2008).

Koper K., 2005, „Będę zdrowa, żeby kochać”, „Twój Styl”, nr 10.

Lewicka J. A., 1995, „Cudowne uzdrowienie”, „Claudia”, nr 7.

Łuniewska L., 2004, „Rak piersi – dlaczego tak się go boimy”, „Claudia”, nr 10, http://www.kobieta.pl/zdrowie/medycyna/zobacz/artykul/rak-piersi-dlaczego-tak-sie-go-boimy/ (dostęp: 10 sierpnia 2008).

Morek G., 2007, „Różowa przyszłość”, „Twój Styl”, nr 10, http://www.styl24.pl/article.php/art_id,59/title,Rozowa-przyszlosc/-place,1/#art-top (dostęp: 10 sierpnia 2008).

Morek G., Jankowska M., 2007, „Niejedna z jedną”, „Twój Styl”, nr 10, http://www.styl24.pl/article.php/art_id,70/title,Niejedna-z-jedna/place/ (dostęp: 10 sierpnia 2008).

Pieńkowska J., 2007, „Od redakcji”, :Twój Styl”, nr 10, http://www.styl24.pl/article.php/art_id,47/title,Od-redakcji/place,1/ (dostęp: 10 sierpnia 2008).

Tereszczuk M., 2008, „Wróciła do gry”, „Gala”, nr 29, http://www.gala.pl/gwiazdy/emocje-gwiazd/zobacz/view-pointer/1/artykul/kylie-minogue-1/ (dostęp: 10 sierpnia 2008).

Wielgosz B., 2007, „Nie będę milczeć”, „Twój Styl”, nr 10, http://www.styl24.pl/article.php/art_id,48/title,Nie-bede-milczec/place,1/ (dostęp: 10 sierpnia 2008).

Zagdańska J., 2006, „Nie zdążyłam przed rakiem, ale udało mi się go pokonać”, „Claudia”, nr 10.

Bibliografia przedmiotowa:

Bandura A., 1986, *Social Foundations of Thoughts and Action*, Englewood Cliffs, NJ.

Bandura A., 1997, *Self-efficacy: The Exercise of Control*. New York.

Bohme G., 1998, *Antropologia filozoficzna*, przeł. P. Domański, Warszawa.

Dobroczyński B., 2007, „To przeklęte ciało”, „List” nr 4, http://www.opoka.org.pl/biblioteka/T/TS/przeklete_cialo.html (dostęp: 10 sierpnia 2008).

Foster C., 2006, „Confidence Man", „STANFORD Magazine", nr wrzesień/październik,http://www.stanfordalumni.org/news/magazine/2006/sepoct/features/bandura.html (dostęp: 10 sierpnia 2008).

Kowalczyk Bogdan, 2001, „Wiadomości podstawowe o raku piersi", http://mediweb.pl/diseases/wyswietl_vad.php?id=598 (dostęp: 10 sierpnia 2008).

Maddux J. E., Rogers R.W., 1983, „Protection Motivation and Self-efficacy: A Revised Theory of Fear Appeals and Attitude Change", **„**Journal of Experimental Social Psychology"**,** vol. 19, nr 5.

Marcinkowska M., Mazurkiewicz P., Kozaka J., Stencell A., 2006, „Przyczyny niskiej frekwencji kobiet w profilaktycznych badaniach mammograficznych", „Psychoonkologia", t. 10, nr 2.

Maslow A., 1990, *Motywacja i osobowość*, przeł. P. Sawicka, Warszawa.

Monte C., 1999, *Beneath the Mask: An Introduction to the Theories of Personality*, Harcourt Brace College Publishers.

Niedźwieńska A., 1995, „Geneza, struktura i mechanizmy motywacyjne osobowości w ujęciu Alberta Bandury", [w:] *Współczesne koncepcje osobowości*, red. A. Gałdowa, Kraków.

O`Leary A., 1985, „Self-efficacy and Health", „Behavior Research and Therapy", nr 23, s. 437-451.

O`Leary A., 1990, „Stress, Emotion, and Human Immune Function", „Psychological Bulletin", t. 108.

Ozga-Michalski E., Rosochowicz T. W., Sarosiek T., „Rak piersi – interaktywny słownik onkologiczny", http://www.pfm.pl/u235/navi/199615 (dostęp: 10 sierpnia 2008).

„Rak piersi na świecie i w Polsce", http://www.rak-piersi.pl/php/ogolne_2_1_17_0.html. (dostęp: 10 sierpnia 2008).

Rogers L. Q., Courneya K. S., Verhulst S., Markwell S., Lanzotti V., Shah P., 2006, „Exercise Barrier and Task Self-efficacy in Breast Cancer Patients During Treatment", „Supportive Care in Cancer, vol. 14, nr 1.

Schwarzer R., 2000, „Social-cognitive Predictors of Health Behavior: Action Self-efficacy and Coping Self-efficacy", „Health Psychology: Official Journal Of The Division Of Health Psychology", vol. 19, nr 5.

Schwarzer R., Fuchs R., 1996, „Self-efficacy and Health Behaviours", [w:] *Predicting Health Behaviour: Research and Practice with Social Cognition Models***,** red. M. Conner, P. Norman, Buckingham.

Wilber K., 2000, *Psychologia integralna. Świadomość, duch, psychologia, terapia*, przeł. H. Smagacz, Warszawa.