



AGNIESZKA SKORUPA

Rak szyjki macicy w świadomości młodzieży ponadgimnazjalnej Na przykładzie projektu kampanii społecznej dotyczącej profilaktyki raka szyjki macicy

Cervical cancer in awareness of high school youths Analyse on the basis of the social campaign project

Abstract: Among many problems which should be provided with health promotion one of the most important is a cervical cancer (WHO, 2009). In Poland are being run many social campaigns but none of them is directed toward high school youths. An unique project of social campaign aimed at youths was created in close collaboration of University of Silesia with Medical University of Silesia. The campaign is being run since September 2009.

The project is divided into two stages. Firstly, we diagnosed level of awareness and attitudes toward cancer among high school youths (622 respondents). Secondly, basing on the knowledge from the first stage we created an interactive workshop. Students who are participating in workshops are filling in two questionnaires diagnosing change of their attitudes towards health (in the process).

The analyse of scientific material from the first stage shows that most of respondents have not visited gynaecologist so far. 39,5% students are unrealistic optimists as far as their own potential illness is considered. There are serious lacks in knowledge about cervical cancer, moreover, the lowest level of health awareness is observed among girls who are sexually active (23% of respondents).

Key words: cervical cancer, social campaign, pro-health attitude, youths.

Nowotwór szyjki macicy — diagnoza problemu

Jeden z bardziej aktualnych i epidemiologicznie znaczących problemów, który jest objęty programami profilaktycznymi i kampaniami społecznymi, to nowotwór szyjki macicy. Zgodnie z doniesieniami WHO za 2009 rok, w Polsce populacja kobiet znajdujących się w grupie ryzyka zachorowania na ten nowotwór wynosi 16,7 mln (kobiety powyżej 15. roku życia). Rak szyjki macicy każdego roku, szacunkowo, rozpoznawany jest u 4 901 kobiet, z czego 2 278 umiera z tego powodu. Nowotwór ten znajduje się na trzecim miejscu pod względem częstości występowania nowotworów złośliwych w Polsce w całej populacji kobiet oraz na drugim miejscu w populacji kobiet w przedziale wiekowym od 15 do 44 lat.

Co ważne, we wczesnym stadium rak szyjki macicy nie daje żadnych objawów, rozwija się na podłożu zmian przednowotworowych średnio od 3 do 10 lat (Markowska, Mądry, 2008). Moment wykrycia raka szyjki macicy stanowi o długości przeżycia chorego. Wykrycie choroby na wczesnym etapie ratuje życie. Jeśli rak ma zasięg miejscowy, to 5-letnie przeżycie uzyskuje się u 92% kobiet. Natomiast jeśli dojdzie do przerzutów, wówczas szanse przeżycia ma jedynie 13% chorych (WHO, 2009).

Zachorowalność na raka szyjki macicy oraz umieralność z jego powodu może być zmniejszona dzięki stosowaniu przesiewowych badań cytologicznych materiału pobieranego z szyjki macicy. Trudno jest jednak ustalić optymalny wiek rozpoczęcia i zakończenia badań przesiewowych. Istnieje niewiele bezpośrednich danych na ten temat. Dane pośrednie wskazują, że najkorzystniejsze jest rozpoczęcie badania w ciągu 3 lat od podjęcia aktywności seksualnej lub też po ukończeniu 20. roku życia. Następnie należy przeprowadzać badania co najmniej raz na 3 lata (WHO, 2009).

W obliczu takich faktów wyraźna staje się potrzeba kształtowania nawyku regularnych badań oraz rozwijania świadomości epidemiologicznej tego zjawiska u młodych dorosłych. Dopiero wykształcenie prawidłowych zachowań zdrowotnych, poczynając od młodzieży ponadgimnazjalnej, daje w przyszłości szansę na zminimalizowanie śmiertelności powodowanej nowotworem szyjki macicy. Działanie to wydaje się uzasadnione jeszcze z innego powodu. Młodzież (osoby w wieku 11—18 lat; por. Kielar-Turska, 2003), jako specyficzna grupa docelowa, jest na etapie rozwoju, który sprzyja kształtowaniu psychologicznych mechanizmów sterujących zachowaniem jednostki, żywi spontaniczną potrzebę angażowania się w różnego rodzaju aktywności (por. Tyszkowa, 1997), a ponadto, wchodząc w świat dorosły, zaczyna patrzeć bardziej refleksyjnie na życie, integrować i analizować dotychczasowe doświadczenia

(Straś-Romanowska, 2005). Tym bardziej warto właśnie tę grupę uczynić odbiorcami komunikatu perswazyjnego kształtującego prawidłowe nawyki zdrowotne.

Kampania społeczna jako narzędzie kształtowania postaw

Jednymi z efektywniejszych komunikatów perswazyjnych umożliwiających modelowanie postaw prozdrowotnych są kampanie społeczne. Jako takie, kampanie społeczne można spostrzegać dwojako. Z jednej strony są elementem marketingu społecznego, z drugiej strony stanowią ustrukturalizowane działania profilaktyki zdrowotnej. Marketing społeczny „polega na wykorzystywaniu koncepcji i technik marketingowych w celu wywołania społecznie pożądanых postaw i zachowań. Zgodnie z definicją, istotą tego procesu jest zatem powstanie zmian społecznych” (Lipska, 2009). Podstawą przy tworzeniu kampanii społecznej jest tzw. marketing mix, w którego skład wchodzi 4 elementy: produkt, cena, dystrybucja i promocja.

W marketingu społecznym produktami mogą być: promowane postawy lub zachowania, korzyści dla grupy docelowej lub konkretne produkty i usługi, np. badanie cytologiczne. Ceną natomiast są koszty nieodłącznie towarzyszące przyjęciu promowanej postawy, choćby poczucie wstydu podczas wykonywania badań na obecność HPV. Zadaniem dystrybucji jest ułatwienie odbiorcom przyjęcia danego zachowania poprzez na przykład dostarczenie listy miejsc, w których można wykonać badanie cytologiczne. Promocja natomiast dotyczy sposobu i narzędzia przekazywania informacji na temat pożądanego postawy, np. event, reklama, prezentacja, happening. Jednym z bardzo użytecznych narzędzi marketingowych jest edukacja (Lipska, 2009).

Biorąc pod uwagę fakt, iż postawy ulegają najefektywniejszej zmianie pod wpływem osobistych doświadczeń, a jednocześnie repertuar doświadczeń dostępnych człowiekowi w trakcie życia jest ograniczony, konieczność stanowi przyjmowanie dużej ilości postaw w gotowej postaci od innych ludzi (Wojciszke, 2005). Zjawisko to nadaje jeszcze większe znaczenie działaniom marketingu społecznego. Jego wpływ jest niezwykle istotny. Twórcy reklam komercyjnych wiedzą to doskonale, a zapominają o tym często społecznie zaangażowani twórcy kampanii prozdrowotnych, że aby osiągnąć pożądaną zmianę postawy, należy niezwykle precyzyjnie stworzyć przekaz perswazyjny. Wszelkie techniki perswazyjne, takie

jak: wzbudzanie lęku, identyfikacja z nadawcą komunikatu, efekt autorytetu, nadanie znaczenia osobistego, stosowanie określonej kolorystyki, wykorzystanie reguły konformizmu, wykorzystanie reguły wzajemności, sprzyjają skutecznemu kształtowaniu pożądanej postawy (Aronson, Wilson, Akert, 1997; Maison, Prochenko, Stafiej, 2002; Doliński, 2003).

Dopiero uwzględnienie wszystkich wymienionych czynników pozwala na stworzenie szerokokresowej i efektywnej kampanii społecznej. Niekompetentna kampania może przynieść efekty odwrotne do zamierzonych i zniechęcić odbiorców do angażowania się w dane zachowanie, powodujące reaktancję lub wyparcie.

Ze względu na aktualność i wagę problemu epidemiologii raka szyjki macicy w Polsce toczy się wiele kampanii profilaktycznych dotyczących tej tematyki. Można wśród nich wymienić kampanie: „Wybierz życie” (<http://www.wybiezzycie.pl/>), „Chronię życie przed rakiem szyjki macicy” (<http://www.hpv.pl/>), „Nie pakuj się do trumny, zrób cytologię” (<http://www.zrobcytologie.pl/>), czy też „Kwiat kobiecości: Rak szyjki macicy ZABIJA kobiety” (<http://www.kwiatkobiecosci.pl/>). Jednak żadna z wymienionych kampanii nie jest kierowana bezpośrednio do młodzieży. Biorąc pod uwagę fakt, że trudno ustalić optymalny wiek rozpoczęcia badań cytologicznych, a badania te są najskuteczniejszą¹ formą profilaktyki, istnieje potrzeba stworzenia kampanii społecznej, której adresatem będzie młodzież uczęszczająca do szkół ponadgimnazjalnych.

„Nie wycofuj się rakiem” — autorski projekt kampanii społecznej

Kierując się przytoczonymi przesłankami, w 2009 roku zainicjowano projekt kampanii społecznej dotyczącej profilaktyki raka szyjki macicy pod hasłem „Nie wycofuj się rakiem”. Odbiorcami tej kampanii są uczennice szkół ponadgimnazjalnych. Projekt ten trwa do dnia dzisiejszego.

¹ Kampania „Nie wycofuj się rakiem” nie uwzględnia promocji szczepień. Na interaktywnych warsztatach wspomina się o tej metodzie, jednakże ze względu na jej koszt i selektywną skuteczność większy nacisk położony jest na promocję badań cytologicznych.

Cel

Nadrzędnym celem projektu jest promowanie postaw prozdrowotnych i podwyższanie świadomości społecznej dotyczącej raka szyjki macicy. Cele szczegółowe natomiast to: zapoznanie uczniów z problematyką raka szyjki macicy, obalenie mitów dotyczących tej choroby, oswojenie lęków związanych z badaniami cytologicznymi i wizytą u ginekologa, dostarczenie listy miejsc w województwie śląskim, w których można wykonać badania cytologiczne. Ponadto przy obecnym coraz szybszym tempie życia i coraz bardziej agresywnym modelu kariery, kampania zwraca uwagę na kobiecość oraz potrzebę troski o jedność ducha i ciała, dbałości o wygląd zewnętrzny, ale także konieczność wsłuchania się w swój organizm, uważności co do procesów w nim zachodzących. Są to wartości niejednokrotnie tracone lub powierzchownie traktowane we współczesnym konsumpcyjnym turbospółeczeństwie (por. Sztumski, 2006). W meta-perspektywie natomiast zdrowie nie jest tu tylko celem samym w sobie, stanowi również środek pozwalający człowiekowi na takie wykorzystanie istniejących możliwości, by życie było bardziej produktywnie, satysfakcjonujące — lepsze (Sęk, 1997).

Twórcy

Złożoność zarysowanego problemu wymaga wielopłaszczyznowej współpracy specjalistów z różnych dziedzin. „Marketing społeczny funkcjonuje w obszarze, w którym niezbędna jest współpraca z innymi podmiotami, ponieważ żadna kampania [...] nie wpłynie na zmianę zachowań, jeśli nie jest wspomagana przez podmioty związane z danym problemem. Podejście ograniczające pole działania do grupy docelowej nie wykorzystuje pełnego potencjału marketingu społecznego, a tym samym zmniejsza szanse powodzenia kampanii” (Goldberg, 1997, s. 293 — cyt. za: Lipska, 2009, s. 6). Ponadto tworzenie programów profilaktycznych tylko przez osoby ze środowisk medycznych powoduje koncentrację przekazu jedynie na sferze wiedzy; udział środowisk psychologicznych w tworzeniu programów pozwala na poszerzenie oglądu o teorię działania i teorię wpływu społecznego, sięgnięcie do motywów zachowania (Puchalski, 2008). Mając na uwadze te fakty, do realizacji kampanii „Nie wycofuj się rakiem” zaangażowane zostały akademickie i studenckie środowiska Śląskiego Uniwersytetu Medycznego oraz Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach; zapewniono w ten sposób interdyscyplinarne podejście do problemu. Nawiązano także współpracę ze środowiskami szkolnymi, bez której cała akcja nie miałaby szansy powodzenia.

Etapy realizacji

Przebieg kampanii można podzielić na pięć etapów. Pierwszy, rozpoczęty w 2009 roku, polegał na diagnozie problemu i analizie dostępnej literatury przedmiotu. Drugi miał na celu stworzenie ankiety diagnozującej poziom wiedzy oraz unaoczniającej przekonania na temat raka szyjki macicy, nawiązanie kontaktu ze szkołami ponadgimnazjalnymi z województwa śląskiego oraz przeprowadzenie badania wśród uczniów tych szkół. Trzeci etap bazował na informacjach zdobytych w dwóch poprzednich. Na podstawie wyników badania ankietowego stworzono interaktywny warsztat oraz graficzną oprawę kampanii (plakaty, prezentację, hasła reklamowe), odbyła się także edukacja osób prowadzących zajęcia w szkołach. Czwarty etap kampanii² obejmuje właściwe przeprowadzanie warsztatów (wraz z rozdawnictwem i reklamą) w szkołach województwa śląskiego, które są chętne do przystąpienia do kampanii. Piąty etap uwzględnia powtórne badania wraz z ich analizą, wyciągnięciem wniosków i podsumowaniem całości kampanii. Badania na tym etapie dotyczą zmiany postawy po udziale w kampanii, jak też trwałości tejże zmiany. Ta sama ankieta rozdawana jest dwa razy: tuż po wzięciu udziału w warsztatach oraz po upływie miesiąca od uczestnictwa w nich.

Badanie ankietowe — prezentacja wyników

Kampania jest ciągle w trakcie realizacji, niemożliwe więc byłoby przedstawienie pełnych wyników dotyczących utrzymywania się zmiany postawy i efektywności realizowanej akcji. Tym samym w niniejszej pracy zostaną zaprezentowane wyniki pierwszego badania ankietowego (etap drugi kampanii), które posłużyło twórcom do opracowania interaktywnych warsztatów jako przekazu perswazyjnego odpowiedniego dla młodzieży ponadgimnazjalnej.

Badanie ankietowe składało się z 21 pytań, zarówno otwartych, jak i zamkniętych. W myśl podejścia biopsychospołecznego pytania dotyczyły: trzech komponentów postawy (poznawczego, behawioralnego i emocjonalnego), poziomu wiedzy na temat raka szyjki macicy oraz percepcji choroby nowotworowej jako takiej (wiedza o percepcji była pomocna przy tworzeniu efektywnego przekazu reklamowego). Odpowiedzi na pytania otwarte poddano kategoryzacji. Pytania dotyczące poziomu wiedzy zo-

² Faza w trakcie realizacji.

stały ocenione przez zespół sędziów kompetentnych i zakwalifikowane do trzech kategorii: brak wiedzy, niski poziom wiedzy, wysoki poziom wiedzy. Następnie w odniesieniu do wszystkich wyników dokonano analizy częstości występowania danej odpowiedzi; przeprowadzono też analizę krzyżową wyników.

Przedmiotem rozważań w niniejszym artykule jest potrzeba poszerzania świadomości młodych ludzi oraz kształtowania postaw prozdrowotnych od najwcześniejszych lat. W tekście zaprezentowane zostaną wyniki ankiety dotyczące diagnozy świadomości epidemiologii raka szyjki macicy. Pytania ankietowe, z których płyną wnioski dotyczące tworzenia efektywnego komunikatu perswazyjnego w grupie docelowej kampanii, nie zostaną tu przeanalizowane. Stanowią bowiem podłoże rozważań teoretycznych z osobnego zakresu tematycznego. Warto nadmienić jednak, iż pytania te obejmowały między innymi skojarzenia z rakiem szyjki macicy, preferowane przez młodzież zachowania prozdrowotne czy też formy graficzne, jakie najbardziej do nich przemawiają.

Grupa badawcza

Tabela 1

Specyfika socjodemograficzna badanej grupy, wybrane charakterystyki

Zmienne demograficzne		Liczba osób	Liczba odpowiedzi	
			ważnych	nieważnych
Wiek	15 lat	4	612	10
	16 lat	203		
	17 lat	310		
	18 lat	90		
	19 lat	5		
Typ szkoły, do której uczęszcza osoba badana	liceum ogólnokształcące	552	617	5
	liceum profilowane	25		
	technikum	40		
Wykształcenie ojca	podstawowe	15	603	19
	zasadnicze zawodowe	176		
	średnie	224		
	wyższe	188		
Wykształcenie matki	podstawowe	12	608	14
	zasadnicze zawodowe	98		
	średnie	255		
	wyższe	243		

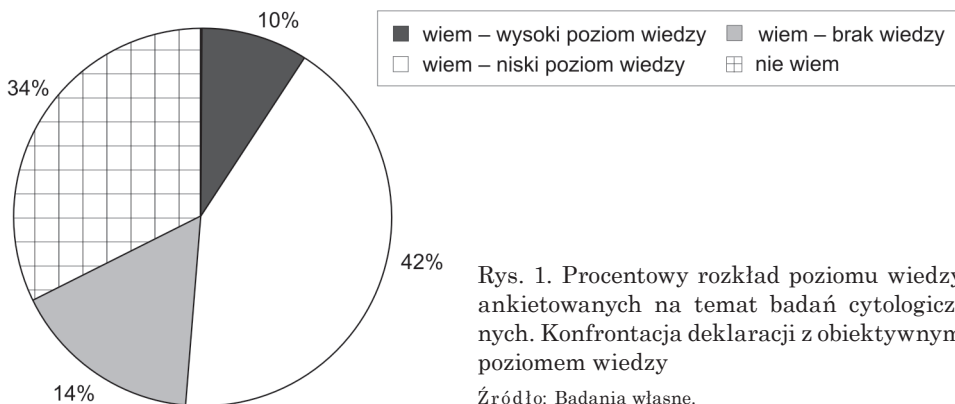
Źródło: Badania własne.

Grupę badawczą stanowiły 622 uczennice szkół ponadgimnazjalnych pochodzące z 41 miast województwa śląskiego. W tabeli 1 przedstawiono specyfikę socjodemograficzną badanej grupy. Warto nadmienić, że pytanie o wykształcenie matki i ojca spotkało się z największym oporem badanych, który był sygnalizowany werbalnie.

Wyniki

Badane, którym zadano pytanie: „Czy dbasz o własne zdrowie?”, w 78% odpowiadały twierdząco; proszone o opisanie, co ich zdaniem robi człowiek dbający o zdrowie, wymieniały zachowania dające się zakwalifikować do trzech kategorii: zdrowe odżywianie (82% odpowiedzi), zachowania prozdrowotne medyczne, w tym wykonywanie badań profilaktycznych (73% odpowiedzi), uprawianie sportu (63% odpowiedzi).

Na pytanie o powody korzystania z porad lekarza ginekologa 66% ankietowanych odpowiada, iż nigdy nie była u lekarza ginekologa, 20% badanych korzysta z porad tego lekarza specjalisty, gdy występują niepokojące objawy, 7% odwiedza gabinet ginekologa rutynowo raz w roku. 66% ankietowanych deklaruje, że wie, po co wykonuje się badanie cytologiczne, jednakże po analizie pełnej odpowiedzi można stwierdzić, że jedynie 15% z nich prezentuje wysoki poziom wiedzy, 64% udziela odpowiedzi świadczących o niskim poziomie wiedzy, a 21% wykazuje brak wiedzy (rys. 1). Na pytanie: „Kiedy powinno się przeprowadzać badania cytologiczne?”, prawidłowej odpowiedzi udziela 22% ankietowanych.

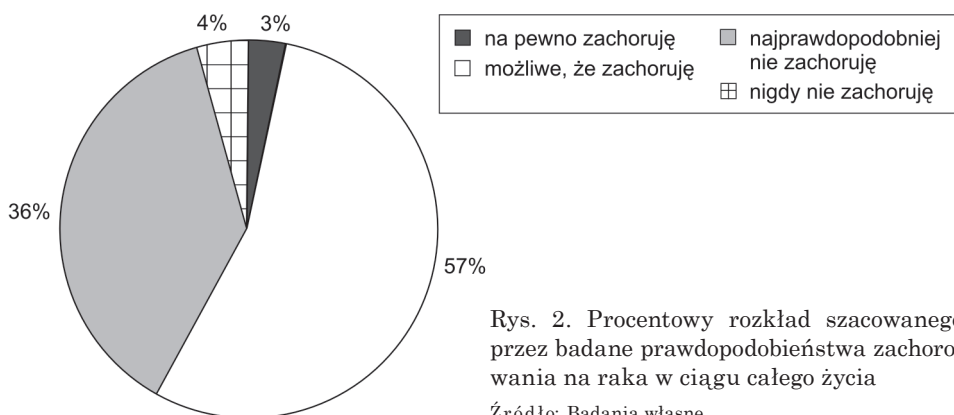


Spośród pytan: „Czy wiesz, co to jest rak szyjki macicy?”, 98% odpowiada, iż słyszało o tym nowotworze, jednak tylko 26% deklaruje, że zna przyczyny tego schorzenia. Pytane o to: „Czy wiesz, co to jest HPV?”,

20% dziewcząt deklaruje, że wie, co to jest. Spośród nich jednak obiektywnie wysoki poziom wiedzy przejawia 42%, niskim poziomem wiedzy odznacza się 16%, a odpowiedzi 42% osób zostały zaklasyfikowane jako brak wiedzy.

U 55% ankietowanych w najbliższej rodzinie wystąpiły przypadki zachorowań na raka. Spośród tych ankietowanych 61% zna przyczyny raka szyjki macicy, a 58% wie, co to jest HPV. Dziewczeta, u których w rodzinie był przypadek zachorowania na nowotwór, lepiej znają czynniki zmniejszające prawdopodobieństwo zachorowania na raka szyjki macicy; wiedza ta nie jest jednak duża w porównaniu z wiedzą osób, które nie miały w rodzinie takiego przypadku.

Spośród dziewcząt proszonych o oszacowanie prawdopodobieństwa zachorowania na raka w ciągu całego swojego życia 57% uważa, że choroba jest możliwa, 3% jest przekonana, że na pewno zachoruje, 36% twierdzi, że najprawdopodobniej nie zachoruje, a 4% uważa, że nigdy nie zachoruje (rys. 2).

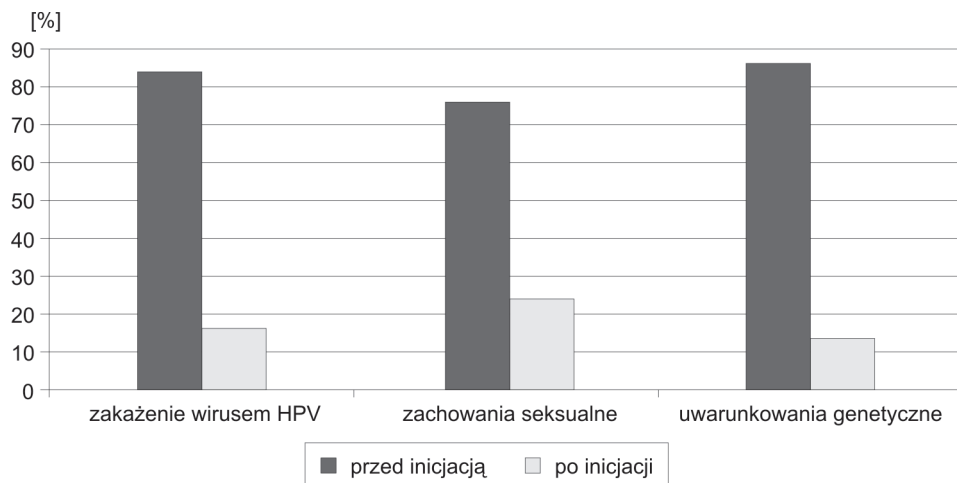


Rys. 2. Procentowy rozkład szacowanego przez badane prawdopodobieństwa zachorowania na raka w ciągu całego życia

Źródło: Badania własne.

Oceniając możliwość zachorowania w wieku respondentki, 44% dziewcząt twierdzi, że to możliwe, 2% uważa, że to wykluczone, natomiast 53% deklaruje brak wiedzy na ten temat. Spośród tych, które uważają, że zachorowanie w wieku respondentki jest możliwe, dominuje uzasadnienie, iż „rak nie zależy od wieku” (58%), 8% uważa, że to możliwe, ponieważ już rozpoczęły życie seksualne, a 7% tłumaczy to nieprzewidywalnością występowania choroby jako takiej. Wśród odpowiedzi, że zachorowanie w wieku respondentki nie jest możliwe, 50% można zaklasyfikować jako nierealistyczny optymizm; 38% ankietowanych tłumaczy swoją postawę nieznaną przyczyną zachorowania młodej osoby, a 13% podaje jako czynnik wyjaśniający niepodjęcie współżycia seksualnego.

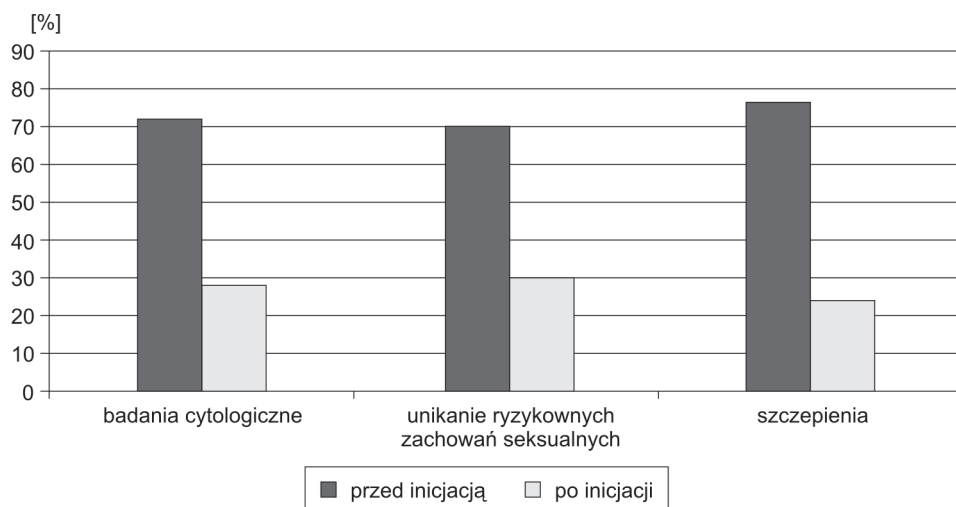
Spośród badanych dziewcząt 23% jest już po inicjacji seksualnej. Wiek inicjacji to od 11 do 18 lat, z czego najwyższa częstotliwość przypada na 15., 16. i 17. rok życia. Dziewczyny, które nie mają za sobą inicjacji seksualnej, wykazują większy poziom wiedzy na temat przyczyn zachorowania na raka szyjki macicy niż osoby po inicjacji. Wśród dziewcząt niewspółżyjących jako przyczynę raka szyjki macicy: 83% wymienia zakażenie wirusem HPV, 77% — zachowania seksualne, 87% — uwarunkowania genetyczne. Wśród dziewcząt aktywnych seksualnie 17% wskazuje na zakażenie wirusem HPV, 23% — na zachowania seksualne, a uwarunkowania genetyczne wymienia 13% dziewcząt (rys. 3). W odpowiedzi na pytanie dopuszczalne było wymienienie kilku przyczyn.



Rys. 3. Częstość odpowiedzi dotyczących przyczyn raka szyjki macicy wśród dziewcząt przed inicjacją seksualną i po inicjacji seksualnej

Źródło: Badania własne.

Spośród dziewcząt przed inicjacją 72% wskazuje badanie cytologiczne jako sposób na zmniejszenie ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy, 70% mówi o potrzebie unikania niebezpiecznych zachowań seksualnych, natomiast 77% docenia wagę szczepień. Odpowiednio, przyczyny te wśród dziewcząt po inicjacji wymienia — kolejno — 28%, 30% i 23% badanych (rys. 4).



Rys. 4. Częstość odpowiedzi dotyczących sposobów zmniejszenia ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy wśród dziewcząt przed inicjacją seksualną i po inicjacji seksualnej

Źródło: Badania własne.

Interpretacja wyników

Uczennice szkół ponadgimnazjalnych deklarują wysoki poziom wiedzy na temat raka szyjki macicy i badania cytologicznego. Ich odpowiedzi poddane ocenie merytorycznej przez sędziów kompetentnych wykazują jednak odmienny stan rzeczy — znaczne braki w wiedzy. Większość badanych deklaruje, że słyszała o raku szyjki macicy, jednakże znikomy procent dziewcząt zna jego przyczyny. Faktyczny poziom wiedzy uczennic na temat badania cytologicznego jest również bardzo niski. Tylko 1/5 badanych deklaruje, że wie, co to jest HPV, a spośród nich ponad połowa udziela błędnych odpowiedzi na ten temat.

Zgodnie ze społeczno-poznawczą koncepcją Alberta Bandury, kampania społeczna „Nie wycofuj się rakiem” należy do czynników środowiskowych ułatwiających pokonywanie przeszkód w drodze do zachowań prozdrowotnych. Zadaniem kampanii jest — obok podwyższania poziomu wiedzy — motywowanie uczestniczek do zmiany zachowań zdrowotnych, demitologizacja błędnych przekonań oraz oswojanie lęków (Łuszczynska, 2004). Uzyskane wyniki naświetliły potrzebę (obok potrzeby podniesienia wiedzy) koncentracji na budowaniu poczucia sprawstwa i własnej skuteczności u uczennic szkół ponadgimnazjalnych. Własna skuteczność

bowiem decyduje o tym, jak efektywnie ludzie wykorzystują osobiste zasoby poznawcze, jak trafnie oceniają sytuację zagrażającą zdrowiu (w przypadku 40% dziewcząt obserwowalne było zaniżanie prawdopodobieństwa zachorowania) oraz jak skutecznie poszukują sposobów radzenia sobie, jeśli występują trudności na drodze do osiągnięcia celu (Maddux, Lewis, 1995 — podaje za: Łuszczyńska, 2004, s. 31).

Niepokojący jest fakt, że ponad połowa badanych nie była jeszcze ani razu u ginekologa. W tej grupie znajdują się również dziewczęta, które rozpoczęły już współżycie seksualne. Ze względu na niezwykle istotny aspekt zachowań zdrowotnych, jakim jest oczekiwanie zysku i straty (por. Łuszczyńska, 2004), i znaczny odsetek dziewcząt, które nie były jeszcze u ginekologa, jednym z celów warsztatów uczyniono oswojenie lęków uczennic związanych z wizytą u ginekologa oraz samym badaniem cytologicznym (percypowanymi jako strata) oraz podkreślenie własnego sprawstwa przy regularnych badaniach (percypowanego jako zysk). Tym samym podczas promocji profilaktyki raka szyjki macicy propagowanie badań cytologicznych musi być nieodłącznie związane z demitologizacją samego zjawiska ginekologa.

Zgodnie z obecną wiedzą epidemiologiczną, główne czynniki wpływające na powstanie nowotworu szyjki macicy to: przewlekłe zakażenie wirusem brodawczaka ludzkiego HPV 16 i 18 lub innymi typami onkogennymi, wiek, wczesne rozpoczęcie współżycia płciowego, duża liczba partnerów seksualnych, wieloletnie palenie papierosów, niski status socjoekonomiczny, śródnabłonkowa neoplazja szyjki macicy (CIN I i CIN II) (Markowska, Mądry, 2008). W obliczu tych danych dużej wagi nabiera fakt, iż w badanej grupie ponad 1/5 dziewcząt rozpoczęła już współżycie seksualne. Średnia wieku inicjacji to 15,5. Dziewczęta współżyjące seksualnie odznaczają się niższym poziomem wiedzy na temat przyczyn raka szyjki macicy, wiedzy na temat cytologii i HPV niż dziewczęta będące przed inicjacją seksualną. Biorąc pod uwagę fakt, iż badania cytologiczne należy rozpocząć do trzech lat od rozpoczęcia współżycia (U.S. Preventive Services Task Force, 2003), osoby po inicjacji seksualnej są w grupie, która powinna zostać objęta szczególnie intensywną edukacją zdrowotną.

Mimo tego, iż w teoriach zmiany postaw osobiste przeżycie desygnowane jest jako najefektywniejszy sposób zmiany postawy, w przeprowadzonej ankiecie nie zanotowano istotnych różnic w wiedzy i podejściu do raka szyjki macicy wśród mających i niemających przypadku zachorowania na nowotwór w rodzinie. U blisko połowy ankietowanych odnotowane zostały zachorowania na raka w najbliższej rodzinie, jednakże nawet bezpośrednie doświadczenie nie jest gwarantem posiadania większej wiedzy na temat nowotworu szyjki macicy, cytologii i HPV niż wie-

dza rówieśniczek, w których rodzinach przypadki zachorowań nie miały miejsca.

Blisko 2/5 badanych uważa, że choroba nowotworowa (w jakiegokolwiek postaci) nie będzie w życiu ich problemem, spostrzegają tym samym prawdopodobieństwo własnego zachorowania niezgodnie z realnym ryzykiem, zaniżając szanse wystąpienia nowotworu raka szyjki macicy zarówno u osoby w swoim wieku, jak i u siebie samych w ciągu całego życia. Jest to naturalna tendencja różnicująca względne i bezwzględne ryzyko choroby, świadcząca o nierealistycznym optymizmie badanych (Łuszczyńska, 2004), mająca jednakże negatywny wpływ na zachowania prozdrowotne jednostki. Obok dziewcząt już współżyjących, a odznaczających się niskim poziomem wiedzy na temat nowotworu i jego profilaktyki, grupa osób wykazujących największy poziom nierealistycznego optymizmu została w sposób szczególnie uwzględniona w oddziaływaniach marketingu społecznego niniejszej kampanii.

Kierując się klasyfikacją Krzysztofa Puchalskiego (2008), za ogólny cel kampanii, wyłaniający się na podstawie analizy podstaw teoretycznych projektu oraz wyników badania ankietowego, uznano doprowadzenie do jednoznacznej oceny zachowań zdrowotnych zarówno w subiektywnej ocenie podmiotu, jak i obiektywnej ocenie medycznej. W następstwie takiej oceny zmianie *in plus* będzie ulegał behavior jednostki (wykonywanie badań cytologicznych i prewencja raka szyjki macicy). Żeby osiągnąć ów cel, należy uwzględnić wszelkie wyniki uzyskane podczas badania jako istotne dla konstrukcji efektywnego przekazu społecznego, zgodnego z percepcją stanu rzeczy uczennic szkół ponadgimnazjalnych.

Podsumowanie

Wśród licznych problemów epidemiologicznych, z którymi borykają się Polacy, jednym z bardziej znaczących jest rozpowszechnienie się w populacji wirusa brodawczaka ludzkiego (Human Papilloma Virus), który odpowiedzialny jest między innymi za powstanie nowotworu szyjki macicy. W obliczu problemu wysokiego odsetka śmiertelności wywołanego rakiem szyjki macicy należy podjąć szerokozakresowe działania prewencyjne oraz profilaktyczne. Ze względu na specyfikę choroby postawy prozdrowotne, polegające w tym wypadku na wczesnym rozpoczęciu i regularnym wykonywaniu badań cytologicznych, warto kształtować już w wieku młodzieńczym.

Dostrzegając głęboką potrzebę, a także zasadność szerzenia profilaktyki wśród młodzieży, interdyscyplinarny zespół studentów, pod nadzorem merytorycznym specjalistów danych dziedzin, w 2009 roku stworzył projekt kampanii społecznej „Nie wycofuj się rakiem”. Środowiska szkolne, medyczne, psychologiczne czy społeczno-marketingowe mogą nie mieć nawyku współpracy, jednak tylko interdyscyplinarne podejście do problemu gwarantuje wielopłaszczyznowość działań, która jest predykatem lepszej zmiany postawy. Niestety, analizy poziomu świadomości młodzieży ponadgimnazjalnej wykazały duże braki wiedzy oraz potrzebę zmiany postaw i błędnych przekonań na temat raka szyjki macicy w badanej grupie.

Jak pisze Marek Próchenko, Prezes Zarządu Fundacji Komunikacji Społecznej, „aby dokonywać trwałych i znaczących zmian społecznych, niezbędne jest konsekwentne i przede wszystkim długofalowe działanie. Nie można zakładać, że jednorazowa reklamowa kampania społeczna może na stałe zmienić postawy” (Próchenko, 2009). Choć twórcy kampanii „Nie wycofuj się rakiem” zastosowali działania o szerszym zakresie niż sama reklama społeczna, zdają sobie sprawę, że to jedynie kropla w morzu potrzeb. Im więcej będzie tego typu akcji, im bardziej kompetentnie i wszechstronnie zostaną one przygotowane oraz im więcej środowisk będzie z sobą efektywnie współpracować, tym większe są szanse na trwałe zmiany w postawach młodzieży. Dzięki akcjom takim jak „Nie wycofuj się rakiem” możemy nie tylko kształcić w młodzieży zachowania i postawy prozdrowotne. Przez inwestycje w młodego człowieka wpływamy na jakość jego całego życia. Inwestując w jednostkę, inwestujemy w całe społeczeństwo. A to działania nie do przecenienia.

Bibliografia

- Aronson E., Wilson T.D., Akert R.M., 1997: *Psychologia społeczna. Serce i umysł*. Przeł. A. Bezwińska et al. Poznań.
- Doliński D., 2003: *Psychologiczne mechanizmy reklamy*. Gdańsk.
- Heszen-Niejodek I., 1997: *Psychologia zdrowia jako dziedzina badań i zastosowań praktycznych*. W: *Psychologia zdrowia*. Red. I. Heszen-Niejodek, H. Sęk. Warszawa, s. 21—39.
- Kielar-Turska M., 2003: *Rozwój człowieka w pełnym cyklu życia*. W: *Psychologia. Podręcznik akademicki*. Red. J. Strelau. T. 1. Gdańsk, s. 286—332.
- Lipska E., 2009: *Nowy wymiar marketingu społecznego i jego rola w kształtowaniu zmian społecznych*. Tryb dostępu: <http://konferencjapr.id.uw.edu.pl/pliki/lipska-pelny.pdf>. Data dostępu: 14.02.2013 r.
- Łuszczzyńska A., 2004: *Zmiana zachowań zdrowotnych. Dlaczego dobre chęci nie wystarczają?* Gdańsk.

- Maison D., Prochenko P., Stafiej A., 2002: *Propaganda dobrych serc, czyli rzecz o reklamie społecznej*. Kraków.
- Markowska J., Mądry R., 2008: *Ginekologia onkologiczna*. Wydanie kieszonkowe. Wrocław.
- Prochenko P., 2013: *Marketing społeczny. Bardzo to miłe, ale czy ma sens?*. Opoka Biznes. Tryb dostępu: <http://www.opoka.org.pl/biblioteka/X/XB/marketingspoleczny.html>. Data dostępu: 14.02.2013 r.
- Puchalski K., 2008: *Uwarunkowania aktywności zdrowotnej w kontekście promocji zdrowia — szkic socjologicznego modelu*. W: *Psychologia zdrowia w poszukiwaniu pozytywnych inspiracji*. Red. I. Heszen, J. Życińska. Warszawa, s. 205—222.
- Sęk H., 1997: *Psychologia wobec promocji zdrowia*. W: *Psychologia zdrowia*. Red. I. Heszen-Niejodek, H. Sęk. Warszawa, s. 40—61.
- Straś-Romanowska M., 2005: *Jakość życia w świetle założeń psychologii zorientowanej na osobę*. „Kolokwia Psychologiczne”, nr 13, s. 262—273.
- Sztumski W., 2006: *Turboświat i zasada odśpieszania*. „Problemy Ekorozwoju / Problems of Sustainable Development”, vol. 1, no. 1, s. 49—57.
- Tyszkowa M., 1997: *Aktywność i działalność dzieci i młodzieży*. Warszawa.
- U.S. Preventive Services Task Force, 2003: *Badania przesiewowe w kierunku raka szyjki macicy*. „Medycyna Praktyczna. Ginekologia i Położnictwo”, nr 3. Tryb dostępu: http://www.mp.pl/artykuly/index.php?aid=14981&_tc=924BC24A1B1048FAA5C834B7AB045FFB. Data dostępu: 14.02.2013 r.
- WHO/ICO Information Centre on HPV and Cervical Cancer, 2009: *Human papillomavirus and related cancers in Poland. Summary report 2009*. Tryb dostępu: <http://apps.who.int/hpvcentre/statistics/dynamic/ico/SummaryReportsSelect.cfm>. Data dostępu: 01.02.2010 r.
- Wojciszke B., 2005: *Postawy i ich zmiana*. W: *Psychologia. Podręcznik akademicki*. Red. J. Strelau. T. 3. Gdańsk, s. 79—106.