

UMIEJSCOWIENIE KONTROLI ZDROWIA KOBIET SZCZEPIONYCH PRZECIWKO ZAKAŻENIOM WIRUSEM BRODAWCZAKA LUDZKIEGO (HPV)

HEALTH LOCUS OF CONTROL OF WOMEN VACCINATED AGAINST HPV

Beata Bąk^{1*}, Marek Sikorski², Marzena Wrześniewska³

¹ Zakład Onkologii i Pielęgniarstwa Onkologicznego

Institut Pielęgniarstwa i Późnictwa

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach

Kierownik Zakładu: prof. UJK dr hab. n. med. J. Starzewski

² Zakład Perinatologii i Pielęgniarstwa Ginekologiczno-Późniczego

Institut Pielęgniarstwa i Późnictwa

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach

Kierownik Zakładu: prof. UJK dr hab. n. med. M. Sikorski

³ Zakład Późnictwa, Ginekologii i Pielęgniarstwa Późniczo-Ginekologicznego

Institut Pielęgniarstwa i Późnictwa

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach

Kierownik Zakładu: prof. zw. dr hab. n. med. W. Baranowski

STRESZCZENIE

Związek wirusa brodawczaka ludzkiego HPV z rakiem szyjki macicy został dawno udowodniony. Jest on niezbędnym, choć niewystarczającym czynnikiem do rozwoju choroby. Wieloletnie badania pozwoliły na stworzenie szczepionki, która może być stosowana w ramach profilaktyki pierwotnej wobec dziewcząt, które nie miały jeszcze kontaktu z wirusem HPV. Obok niewątpliwej, udokumentowanej wynikami badań skuteczności szczepień, jednym z czynników ograniczających ich zastosowanie są obawy i niepewność rodziców co do możliwości podejmowania przez ich córki ryzykownych zachowań seksualnych wpływających z fałszywego przekonania o ochronie gwarantowanej dzięki implementacji szczepionki. Zachowania seksualne będące elementem zachowań zdrowotnych, uwarunkowane są poczuciem kontroli nad własnym zdrowiem. Aplikacja szczepionki może to poczucie kontroli zmniejszać, przesuwając punkt ciężkości z własnej odpowiedzialności za zdrowie na profesjonalną opiekę medyczną. Celem pracy było ustalenie przekonań na temat zakresu i typu kontrolowania własnego zdrowia grupy kobiet zaszczepionych przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego. Wyniki badań przeprowadzonych za pomocą kwestionariusza MHLC potwierdzone statystycznie wykazały, że wśród kobiet szczepionych dominuje wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia, które jest najkorzystniejsze, gdyż osoby je prezentujące są bardziej autonomiczne w podejmowaniu decyzji, częściej angażują się w aktywność prozdrowotną, mają duże poczucie odpowiedzialności za własne zdrowie oraz dążą do jego utrzymania i poprawy. Chociaż uzyskane wyniki mogą być wypadkową szerokiej kampanii informacyjno-edukacyjnej towarzyszącej szczepieniom, powinny być jednak stale udoskonalane tak, aby docierały do tych osób, które przejawiają niezdecydowanie w kwestiach kontroli nad własnym zdrowiem. Przyjęcie szczepionki przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego nie może być powodem mniejszej odpowiedzialności za własne zdrowie i zachęca do promowania tej formy profilaktyki pierwotnej.

Słowa kluczowe: HPV, szczepienie anty HPV, rak szyjki macicy, umiejscowienie kontroli zdrowia, edukacja zdrowotna.

SUMMARY

The correlation between HPV and cervical cancer was proven a long time ago. It is an essential nonetheless insufficient factor for the disease to develop. Many years of studies allowed for the development of a vaccine which can be used as part of primary prevention in young women who had not come into contact with HPV yet. Apart from the unquestionable efficiency of vaccination, that has been abundantly corroborated by test results, one of the factors limiting its use is parents' doubts and concerns about a possibility of their daughters starting risky sexual behaviour due to a false belief about protection that implementation of the vaccine is to guarantee. Sexual behaviours, being an element of health behaviours, are conditioned by the feeling of control over one's health. Application of the vaccine can reduce the feeling of control by shifting the point of balance in the responsibility for one's health from oneself to professional

* Autorka jest beneficjentką stypendium doktoranckiego przyznanego w ramach projektu pt. „Wiedza i Gospodarka – rozwój kompetencji naukowych i biznesowych dla wzrostu konkurencyjności gospodarki regionalnej” współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Priorytet VIII Regionalne Kadry Gospodarki, Działanie 8.2 Transfer Wiedzy, Poddziałanie 8.2.1 Wsparcie dla współpracy sfery nauki i przedsiębiorstw.

medical care. The aim of this study was to learn the opinions of a group of women vaccinated against HPV on the scope and type of their health control. Results of the study, which was carried out using the MHCL questionnaire, were proven statistically and showed that an internal, favourable locus of control in health tends to dominate among vaccinated women, which is most favourable, as the individuals that demonstrate it are more autonomous in making decisions, are more frequently involved in health-oriented activities, demonstrate a great amount of responsibility for their health and do their best to maintain and improve it. Although the results obtained may be an outcome of a vast educational campaign that accompanies vaccination, they should be constantly improved to affect individuals indecisive about how to control their own health. The fact of vaccinating oneself against HPV does not cause lesser responsibility for one's health and encourages to propagate this form of primary prevention.

Key words: HPV, vaccination against HPV, cervical cancer, health locus of control, health education.

WSTĘP

Szczepienia profilaktyczne przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego

Zakażenia wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV – *Human Papillomavirus*) są najbardziej powszechną infekcją przenoszoną drogą płciową. Dowiedziono, że przewlekłe zakażenia typami onkogennymi tego wirusa są niezbędnym czynnikiem rozwoju raka szyjki macicy [1]. Wieloletnie badania wykazały, że 96,6% przypadków raków płaskonabłonkowych i gruczołowych szyjki macicy jest pozytywnych pod względem obecności DNA HPV niezależnie od lokalizacji geograficznej badanej populacji, choć rozkład typów HPV zaangażowanych w kancerogenezę w tym narządzie wykazuje niewielką zmienność terytorialną [2]. Typami HPV najczęściej związanymi przyczynowo z rakiem szyjki macicy są typ 16 z gatunku alfa 9 i typ 18 z gatunku alfa 7, występujące w ponad 70% przypadków tych nowotworów [3]. Z wielokrotnie potwierdzonej zależności pomiędzy zakażeniem HPV a rozwojem raka szyjki macicy, dla której iloraz szans (OR) przekracza niespotykaną w innych przypadkach onkologicznych wartość 400, wypływa wniosek, że bez zakażenia HPV rak szyjki macicy praktycznie się nie rozwinię [4].

Aby doszło do rozwoju raka szyjki macicy, konieczny jest jednak wpływ innych czynników, takich jak palenie tytoniu, długotrwała antykoncepcja hormonalna, wysoka rodność, współzakażenia innymi patogenami – HIV, EBV, HSV, *Chlamydia trachomatis*, predyspozycje genetyczne, deficyty odpornościowe [5]. Klasyczne czynniki ryzyka rozwoju raka szyjki macicy – wczesna inicjacja seksualna, promiskuityzm seksualny, mnogość partnerów seksualnych – uważane są współcześnie za epidemiologiczne surrogaty zwiększonego ryzyka zakażeniem HPV, przekazywanego niemal wyłącznie drogą płciową.

Dane epidemiologiczne stawiają Polskę w niekorzystnej sytuacji jeśli chodzi o zapadalność (18/100 tys. kobiet) i umieralność (7,8/100 tys. kobiet) na raka szyjki macicy, pomimo prowadzonych od lat działań profilaktycznych opartych na mikroskopowej ocenie

rozmazów cytologicznych [6]. Uzasadnione zatem jest twierdzenie, że poprawa sytuacji epidemiologicznej związana jest głównie z aktywnym zapobieganiem zakażeniom wysokoonkogennymi typami HPV jako niezbędnym czynnikiem rozwoju raka szyjki macicy, które może być skutecznie realizowane poprzez stosowanie rekombinowanych szczepionek profilaktycznych.

Od kilku lat w Polsce dostępna jest na rynku czterowalentna szczepionka przeciw HPV obejmująca dwa najczęściej występujące wysokoonkogenne typy HPV – 16 i 18, związane z rozwojem raka szyjki macicy, oraz dwa typy niskoonkogenne – 6 i 11 – wywołujące rozwój brodawek płciowych (*condyloma acuminatum*) – łagodnych lecz uporczywych wytwórczych zmian skórno-śluzówkowych, oraz szczepionka dwuwalentna zawierająca w swym składzie antygenowym HPV typu 16 i 18. Skuteczność szczepionki czterowalentnej wykazano w 99% w zakresie zapobiegania zmianom przednowotworowym i nowotworowym związanych z HPV 16/18 u kobiet w wieku 16–26 lat uprzednio niezakażonych tymi typami wirusa [7]. Dodatkowo dla tej szczepionki udowodniono 100% skuteczność w zakresie zapobiegania HPV 16/18/6/11 – zależnym śródnabłonkowym zmianom wysokiego stopnia w obrębie sromu i pochwy oraz brodawkom płciowym w tej samej grupie wiekowej kobiet [8].

Dla szczepionki dwuwalentnej wykazano 92,9% skuteczność w zapobieganiu występowaniu zmian przednowotworowych związanych z zakażeniem HPV 16/18 w grupie kobiet w wieku 15–25 lat, uprzednio niezakażonych HPV [9]. Niski odsetek działań niepożądanych dodatkowo zachęca do stosowania szczepionek [10].

Istnieją jednak czynniki ograniczające szczepienia profilaktyczne przeciwko brodawczakowi ludzkiemu, pomimo rekomendowania ich w programach aktywnej pierwotnej profilaktyki populacyjnej. Wysoki koszt pojedynczej dawki powoduje, że nie istnieje w Polsce ogólnokrajowy system zorganizowanych i refundowanych szczepień przeciw HPV, chociaż populacyjny zysk zdrowotny prognozowany po zastosowaniu szczepień uzasadnia poniesione pierwotnie koszty [11].

Poza czynnikami natury ekonomicznej na skuteczność implementacji szczepionek wpływają w zasadniczy sposób poglądy i przekonania rodziców młodych dziewcząt dotyczące wpływu szczepień na zachowania seksualne ich córek. Z uwagi na to, że najwyższą efektywność szczepień uzyskuje się wśród tych kobiet, które nie uległy jeszcze zakażeniu HPV, zaleca się ich zastosowanie przed inicjacją seksualną. W Polsce rekomenduje się szczepienia dziewcząt w wieku 12–16 lat [12]. Tak wczesne podawanie szczepień przeciw zakażeniu przenoszonym drogą płciową wywołuje u rodziców poważne zastrzeżenia co do możliwości wystąpienia u córek niekorzystnych zachowań seksualnych, w tym zwłaszcza bardzo wczesnego rozpoczęcia życia seksualnego, dużej liczby partnerów seksualnych oraz ogólnie pojętego promiskuityzmu w sferze seksualnej. Zachowania te mają być, według tych opinii, pochodną procesu edukacyjnego związanego z aplikowaniem szczepionek oraz fałszywego poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego, jakie może wywołać u córek przekaz dotyczący skuteczności profilaktycznej szczepionek [13, 14]. Obawy rodziców, ograniczające możliwości czerpania profilaktycznych korzyści ze szczepień, wydają się być uzasadnione wobec wyników badań wskazujących na systematycznie obniżający się wiek inicjacji seksualnej, coraz to większy brak krytycyzmu w doborze partnerów, jak również instrumentalne traktowanie sfery seksualnej promowane wśród rówieśników i w mediach [15]. Jednym z czynników oddziałujących na podejmowanie ryzykownych zachowań seksualnych może być umiejscowienie kontroli zdrowia skoncentrowane u dziewcząt nie na własnej odpowiedzialności, lecz pozostawiające sprawy związane ze zdrowiem, na skutek implementacji szczepionki, poza ich wpływem i przerzucające odpowiedzialność za jego utrzymanie na opiekę medyczną.

Umiejscowienie kontroli zdrowia

Badania z dziedziny psychologii i promocji zdrowia pozwoliły na określenie czynników wpływających na zachowania zdrowotne, wśród których wyodrębnia się poczucie własnej skuteczności, wartościowanie zdrowia oraz umiejscowienie kontroli zdrowia [16, 17]. Literatura przedmiotu wewnętrznemu umiejscowieniu kontroli zdrowia przeciwstawia zewnętrzne, to ostatnie zaś różnicuje na wpływ innych i wpływ przypadku czy losu. Uważa się, że wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia jest korzystniejsze, gdyż osoby je prezentujące są bardziej autonomiczne w podejmowaniu decyzji, częściej angażują się w aktywność prozdrowotną, posiadają duże poczucie odpowiedzialności za własne zdrowie oraz dążą do jego utrzymania i poprawy

[18]. Wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia sprzyja zatem unikaniu ryzykownych zachowań seksualnych.

Szeroko zakrojona dyskusja na temat niekorzystnych skutków ubocznych szczepień przeciwko HPV w postaci wczesnego rozpoczęcia życia seksualnego, dużej liczby partnerów seksualnych oraz ogólnie pojętego promiskuityzmu w sferze seksualnej stała się przyczyną badania, w którym założono, że zaszczepione kobiety mają niskie wewnętrzne poczucie kontroli nad własnym zdrowiem, konsekwencją czego może być skłonność do podejmowania zachowań seksualnych uznawanych za ryzykowne, będących przyczyną chorób przenoszonych drogą płciową, oraz stanowiących problem psychospołeczny w postaci nieplanowanych ciąży i negatywnych, wczesnych doświadczeń w zaspakajaniu potrzeb seksualnych.

CEL PRACY

Celem pracy było określenie typu i zakresu kontroli zdrowia młodych kobiet zaszczepionych przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego. Ocena wpływu implementacji szczepień na umiejscowienie kontroli zdrowia ma istotne znaczenie w kontekście wypadkowej efektywności programu profilaktyki raka szyjki macicy i innych zmian HPV zależnych.

MATERIAŁ I METODA

Badaniem objęto 210 młodych kobiet z gminy Polkowice w województwie dolnośląskim, zaszczepionych szczepionką czterowalentną przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego w ramach finansowanego ze środków samorządowych programu szczepień nastolatków w wieku 16 lat (co najmniej 2 lata od przyjęcia szczepionki). Jest to najprawdopodobniej najbardziej jednorodna, unikalna na skalę Polski grupa kobiet. W 2007 roku władze gminy jako jedyne z samorządów w kraju wdrożyły długofalowy program polegający na szczepieniu nastolatków przeciwko infekcji HPV zgodnie z rekomendacjami m.in. Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, Polskiego Towarzystwa Profilaktyki Zakażeń HPV, a także Światowej Organizacji Zdrowia. Od 2007 roku konsekwentnie w sposób planowy i zorganizowany szczepione są dziewczęta ostatnich klas gimnazjum. W okresie do końca 2010 roku zaszczepiono ponad 900 dziewcząt. Ankietowaniem objęto wszystkie zaszczepione kobiety będące obecnie w wieku 18–20 lat.

Uzyskane wyniki umiejscowienia kontroli zdrowia 210 kobiet szczepionych przeciw HPV porównano z wynikami 456 kobiet zaproponowanymi przez autorów narzędzia badawczego [19].

Narzędziem wykorzystanym do badania była Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia – MHLC (The Multidimensional Health Locus of Control Scale) autorstwa K.A. Wallston, B.S. Wallston i R. DeVellis, w polskiej adaptacji Zygrydy Juczyńskiego. Skala będąca narzędziem samoopisu ujmuje przekonania dotyczące zgeneralizowanych oczekiwań w trzech wymiarach kontroli zdrowia: wewnętrzne (W) – kontrola nad własnym zdrowiem zależy ode mnie; wpływ innych (I) – własne zdrowie jest wynikiem oddziaływań innych, zwłaszcza personelu medycznego; przypadek (P) – o stanie zdrowia decyduje przypadek czy inne czynniki zewnętrzne. Badany wyraża swój stosunek do przedstawionych twierdzeń na sześciopunktowej skali: od *zdecydowanie nie zgadzam się* (1 punkt) do *zdecydowanie zgadzam się* (6 punktów). Wyniki poprzez sumowanie oblicza się oddzielnie dla każdego z trzech możliwych wymiarów kontroli zdrowia. Zakres wyników dla każdego wymiaru obejmuje przedział od 6 do 36 punktów. Im wyższy wynik, tym silniejsze przekonanie, że dany czynnik ma wpływ na stan zdrowia.

Uzyskane dane poddano analizie statystycznej przy użyciu testu – T dla prób niezależnych. Przyjęto poziom istotności alfa = 0,05 (za istotne statystycznie uznano wartości statystyk, dla których dwustronne prawdopodobieństwo $p < \alpha$).

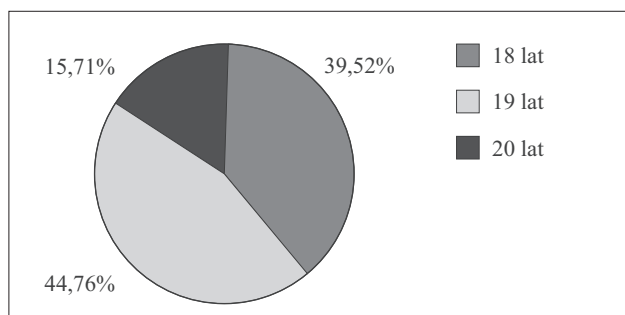
WYNIKI

Charakterystyka badanych

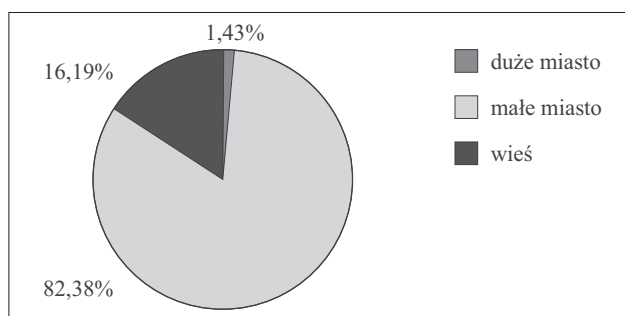
Charakterystykę wszystkich osób, które objęto badaniem przedstawiają rysunki 1, 2, 3, 4 i 5.

Umiejscowienie kontroli zdrowia

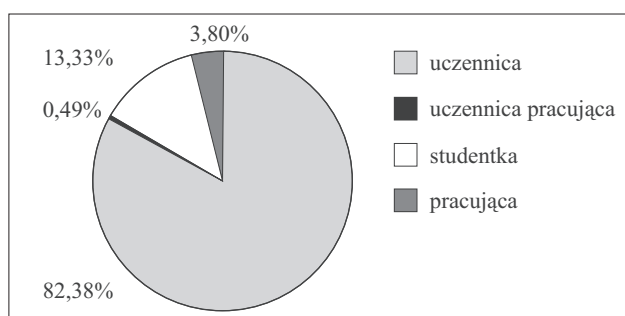
Po obliczeniu średnich wyników ustalono umiejscowienie kontroli zdrowia badanych w zakresie trzech wymiarów: kontroli wewnętrznej, wpływu innych i przypadku. Po zsumowaniu osobno dla wszystkich trzech wymiarów przy maksymalnej liczbie 36 okazało się, że w zakresie kontroli wewnętrznej zdrowia respondentki w grupie kobiet zaszczepionych przeciwko HPV uzyskały 25,73 punktu, natomiast w grupie kobiet badanych przez autorów narzędzia badawczego 24,68 punktu, co przy $p = 0,001$ daje różnicę istotną statystycznie. Wpływ innych w grupie szczepionych kobiet wynosił



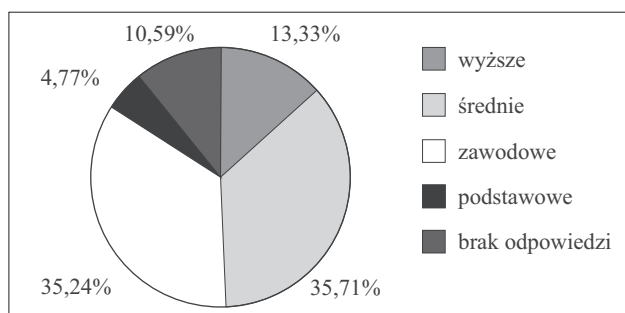
Rys. 1. Wiek badanych kobiet



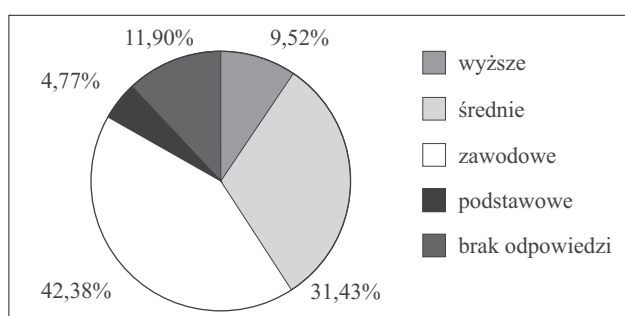
Rys. 2. Miejsce zamieszkania badanych kobiet



Rys. 3. Wykształcenie badanych kobiet



Rys. 4. Wykształcenie matek badanych kobiet



Rys. 5. Wykształcenie ojców badanych kobiet

średnio 22,65 punktu, natomiast wśród kobiet porównywanych 22,77 punktu, przy $p = 0,2$, co nie stanowi różnicy istotnej statystycznie. Najmniej punktów uzyskał wpływ przypadku zarówno wśród szczepionych kobiet – średnio 20,43 jak i wśród porównywanych kobiet 21,48, przy istotnej statystycznie różnicy $p = 0,001$. Szczegółowe wyniki przedstawiono w tabeli 1.

Korzystając z propozycji autora narzędzia badawczego, dokonano klasyfikacji wyników, przyjmując medianę za granicę podziału na wysokie i niskie w każdym z trzech wymiarów. Otrzymano kombinację ośmiu typów możliwych powiązań. Zwraca uwagę fakt istnienia typów nieodróżnicowanych zakwalifikowanych tu na podstawie wyników wysokich lub niskich we wszystkich trzech wymiarach. Kobiety uzyskujące wyniki kwalifikujące je do typów nieodróżnicowanych stanowią w grupie szczepionych przeciwko HPV w sumie 30,48%. Taki układ zdaniem autorów narzędzia badawczego jest typowy i poparty wynikami badań empirycznych. Na osoby o nieodróżnicowanym typie kontroli zdrowia możliwy jest wpływ zarówno innych, jak i przypadku. Szczegółową typologię umiejscowienia kontroli zdrowia zawiera rysunek 6.

Podsumowując wyniki badania, stwierdza się, że kobiety po implementacji szczepionki przeciwko brodawczakowi ludzkiemu prezentują wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia. Rzadziej przypisują znaczenie wpływowi innych, natomiast najmniejsze znaczenie w sprawach związanych z własnym zdrowiem pozostawiają przypadkowi. Kobiety po aplikacji szczepionki nie bardziej niż te, które jej nie przyjęły, przyczyniają decyzje związane z własnym zdrowiem na innych, w tym wypadku na służbę zdrowia. Szczególnie wyraźnie zaznacza się wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia, które jest wyższe wśród kobiet szczepionych w porównaniu z innymi, badanymi przez autorów kwestionariusza MHLC, co potwierdza analiza statystyczna. Mniejszy jest także wśród szczepionych wpływ przypadku na decyzje związane ze zdrowiem w stosunku do porównywanej grupy. Można zatem sądzić, że fakt zaszczepienia nie powoduje mniejszej odpowiedzialności za zdrowie. Biorąc pod uwagę typologię, dosyć duży jest odsetek osób o nieodróżnicowanym umiejscowieniu kontroli zdrowia. Jest ono dosyć korzystne, gdyż stanowi pole działania dla promocji i profilaktyki zdrowotnej. Osoby należące do tej kategorii łatwo mogą poddawać się wpływom innych.

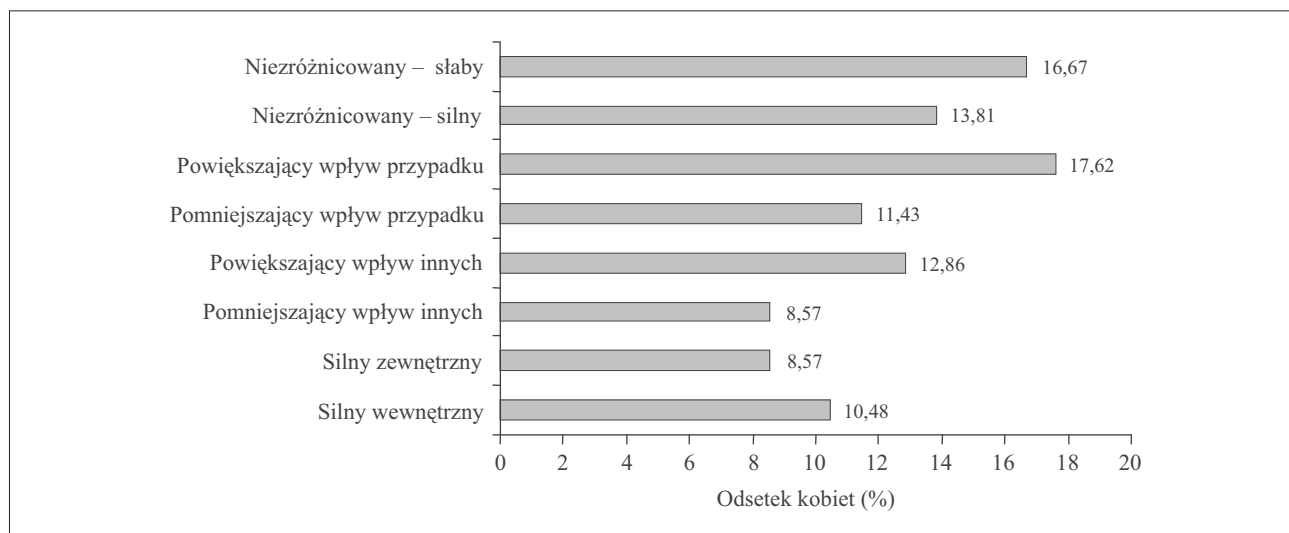
Tabela 1. Umiejscowienie kontroli zdrowia

Umiejscowienie kontroli zdrowia	Średnie wyniki badanych						Istotność statystyczna p
	kobiety szczepione N 210			kobiety* N 456			
	SA	SD	SB	SA	SD	SB	
Kontrola wewnętrzna	25,73	4,425	0,305	24,68	5,64	0,264	0,001
Wpływ innych	22,65	5,602	0,387	22,77	5,36	0,251	0,2
Przypadek	20,43	4,714	0,325	21,48	5,00	0,234	0,001

Przyjęto, że różnice są istotne statystycznie, gdy $p < 0,05$.

SA – średnia arytmetyczna, SD – odchylenie standardowe, SB – błąd standardowy średniej.

*Wyniki badań kobiet dorosłych wg K.A. Wallston, B.S. Wallston, R. DeVellis.



Rys. 6. Typy umiejscowienia kontroli zdrowia – kobiety szczepione przeciw HPV

DYSKUSJA

Unikanie zachowań ryzykownych jest tym skuteczniejsze, im bardziej osoba jest przekonana o swoim wpływie na zdrowie. Wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia jest wypadkową oddziaływań środowiska rodzinnego, szkoły, rówieśników, mediów i służby zdrowia. Stanowi wynik prawidłowej edukacji, a także wysokiego poczucia własnej skuteczności oraz wartościowania zdrowia [20, 21, 22]. Rolą edukacji i promocji zdrowia jest motywowanie do podejmowania zachowań prozdrowotnych i unikania tych niekorzystnych dla zdrowia. Doświadczenia wskazują, że działania ukierunkowane tylko na sferę poznawczą nie przynoszą oczekiwanych efektów. Konieczny jest również wpływ na emocje i motywację. Ogromne znaczenie ma także udzielanie wsparcia, co wymaga tworzenia oraz popularyzowania pozytywnych wzorców i postaw zdrowotnych [23].

Prezentowane wyniki badań dowiodły, że wewnętrzne poczucie kontroli nad własnym zdrowiem kobiet szczepionych przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego jest znacząco wyższe w porównaniu z wewnętrznym poczuciem kontroli zdrowia kobiet badanych przez autorów narzędzia badawczego. Prawie identyczne wyniki charakteryzują obie grupy – biorąc pod uwagę oddziaływania innych osób. Dostatecznie pozytywne znaczenie ma fakt, że częściej niż przypadkowi, młode kobiety przypisują instytucjom służby zdrowia wpływ na własne zachowania zdrowotne. Oznacza to, że mają zaufanie do profesjonalistów medycznych i chętnie podejmują zaproponowaną rzeczową współpracę. Rezultaty mogą stanowić argument do dyskusji z przeciwnikami powszechnych programów szczepień wysuwających zarzut fałszywego poczucia bezpieczeństwa i braku odpowiedzialności za własne zdrowie będących efektem aplikacji szczepionki, a w konsekwencji zachęcających do ryzykownych zachowań seksualnych.

Na podstawie obserwacji kampanii informacyjno-edukacyjnej towarzyszącej szczepieniom w gminie Polkowice i będącej częścią szerszego programu „Chronię życie przed rakiem” można przypuszczać, że uzyskane wyniki są właśnie jej efektem. Podkreślenia wymaga fakt, że nie jest to wydarzenie okazjonalne, ale zaprojektowane oraz rozłożone na wiele lat systematyczne działanie, w które zaangażowana została młodzież i jej rodzice. Temat świadomej ochrony przed rakiem w Polkowicach nie jest tematem tabu, nawet jeśli dotyczy sfery intymnej. Każdego roku do kampanii wprowadzane są nowe elementy, co sprawia, że stale jest atrakcyjna i wciąż przyciąga ludzi z różnych środowisk. Takie działanie wzbudza zainteresowanie mediów regionalnych i ogólnopol-

skich, a za ich pośrednictwem ośrodków zajmujących się promocją i edukacją zdrowotną z innych części kraju.

Obserwując kampanię w gminie Polkowice, można się było spodziewać, że kobiety zaszczerpione przeciwko HPV będą prezentować silniejsze wewnętrzne umiejscowienie kontroli. Być może z tego powodu należałoby zmodyfikować poszczególne elementy informacyjno-edukacyjne. Wykazano, że stosunkowo duża część badanych kobiet szczepionych prezentuje nieodróżniony typ kontroli zdrowia, który stanowi korzystne warunki dla promocji i edukacji zdrowia. Grupa ta wymaga zagospodarowania przez profesjonalistów i być może jej potrzeby należy wziąć pod uwagę przy tworzeniu nowych, mocniej akcentujących niektóre składowe elementów kampanii.

Badania prowadzone w Kanadzie opublikowane w 2010 roku wykazały, że pomimo skuteczności szczepień i uspokajających wyników jeśli chodzi o efekty uboczne, część rodziców odrzuca ten rodzaj profilaktyki, kierując się obawami o możliwość zbyt wczesnej inicjacji seksualnej ich córek i braku krytycyzmu w doborze partnerów [24]. W światowych dyskusjach nad ograniczeniami zastosowania szczepień pojawił się też argument poparty wynikami badań świadczący o tym, że rodzice nie są przygotowani do podejmowania rozmów ze swoimi córkami na temat problemów życia seksualnego, co skutkuje niechęcią do poddania szczepieniom ich dzieci [25]. Nawet po usunięciu bariery finansowej i pomimo rekomendacji autorytetów medycznych do rodziców należy kluczowa decyzja o zaszczepieniu ich dziecka. Biorąc pod uwagę fakt, że dom rodzinny jest miejscem kształtowania podejścia do spraw związanych ze zdrowiem, wymagać należy skierowania uwagi na rodziców jako potencjalnych odbiorców nie tylko informacji z zakresu umiejętności prowadzenia rozmów na tematy intymne, lecz także pogłębiania i aktualizowania ich wiedzy.

WNIOSKI

1. Implementacja szczepionki przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego nie jest przyczyną mniejszej odpowiedzialności za własne zdrowie przejawiającej się w zewnętrznym umiejscowieniu kontroli zdrowia, co zachęca do promowania tej formy profilaktyki pierwotnej.
2. W kampaniach promujących szczepienia ważną jest właściwa edukacja ukierunkowana nie tylko na profilaktykę raka szyjki, zakażenia HPV, lecz także zwracająca uwagę na inne zagrożenia bę-

dące konsekwencją ryzykownych zachowań seksualnych. Edukować należy młodzież i rodziców.

3. Korzystanie z doświadczeń ośrodków prowadzących kampanię szczepień połączoną z rzetelną edukacją i informacją jest uzasadnione.
4. Potrzebne są dalsze badania nad konkretnymi zachowaniami seksualnymi kobiet, które przyjęły szczepienie oraz badania nad innymi psychologicznymi elementami zachowań zdrowotnych tych kobiet.

PIŚMIENNICTWO

- [1] Bosch FX, Lorincz A, Munoz N et al. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. *J Clin Pathol* 2002; 55: 244–265.
- [2] Munoz N, Bosch FX, de Sanjose S et al. Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer. *N Engl J Med* 2003; 348: 518–527.
- [3] Castellsague X, de Sanjose S, Aguado T, et al. HPV and cervical cancer in the world 2007 report. *Vaccine* 2007; 25: 1–26.
- [4] Sikorski M. Zakażenia HPV – współczesne poglądy i praktyka. Termedia. Poznań 2008.
- [5] Moscicki AB, Schiffman M, Kjaer S et al. Chapter 5: Updating the natural history of HPV and anogenital cancer. *Vaccine* 2006; 24 Suppl 3: 42–51.
- [6] GLOBOCAN. GLOBOCAN 2002 database. URL: <http://www-dep.iarc.fr/globocan/dawnloads.htm> [dostęp: 01.01.2012].
- [7] Ault KA. Effect of prophylactic human papillomavirus L1 virus-like-particle vaccine on risk of cervical intraepithelial neoplasia grade 2, grade 3, and adenocarcinoma in situ: a combined analysis of four randomized clinical trials. *Lancet* 2007; 369: 1861–1868.
- [8] Joura EA, Leodolter S, Hernandez-Avila M et al. Efficacy of a quadrivalent prophylactic human papillomavirus (types 6, 11, 16, and 18) L1 virus-like-particle vaccine against high-grade vulval and vaginal lesions: a combined analysis of three randomised clinical trials. *Lancet* 2007; 369: 1693–1702.
- [9] Paavonen J, Naud P, Salmeron J et al. Efficacy of human papillomavirus (HPV)-16/18AS04-adjuvanted vaccine against cervical infection and precancer caused by oncogenic HPV types (PATRICIA): final analysis of a double-blind, randomised study in young women. *Lancet* 2009; 374: 301–314.
- [10] Einstein MH, Baron M, Levin MJ et al. Comparison of the immunogenicity and safety of Cervarix and Gardasil human papillomavirus (HPV) cervical cancer vaccines in healthy women aged 18–45 years. *Hum. Vaccin* 2009; 5: 705–719.
- [11] Sikorski M. Ekonomiczne aspekty populacyjnych szczepień profilaktycznych przeciw HPV. *Przeg Ginekol Poł* 2008; 8: 73–79.
- [12] Majewski S, Sikorski M. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Profilaktyki Zakażeń HPV (PTPZ-HPV) dotyczące stosowania profilaktycznych szczepionek przeciw HPV. *Fam Med Prim Care Rev* 2008; 10: 118–123.
- [13] Ferris D, Horn L, Waller JL. Parental acceptance of a mandatory human papillomavirus (HPV) vaccination program. *J Am Board Fam Med* 2010; 23: 220–229.
- [14] Perkins RB, Pierre-Joseph N, Marquez C, et al. Parents' opinions of mandatory human papillomavirus vaccination: does ethnicity matter? *Womens Health Issues* 2010; 20: 420–426.
- [15] Woynarowska B. Zachowania seksualne. W: *Zdrowie subiektywne, zadowolenie z życia i zachowania zdrowotne uczniów szkół ponadgimnazjalnych w Polsce w kontekście czynników psychospołecznych i ekonomicznych. Raport z badań.* Red. A Oblacińska, B Woynarowska. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2006; 78–82.
- [16] Waller KV, Bates RC. Health locus of control and self-efficacy beliefs in a healthy elderly sample. *American Journal of Health Promotion* 1992; 6: 302–309.
- [17] Weiss GI, Larsen DL. Health value, health locus of control, and the prediction of health protective behaviors. *Social Behavior and Personality* 1990; 18: 121–136.
- [18] Norman P, Bennet P. Health locus of control. In: *Predicting health behaviour.* Ed. M Conner, P Norman. Open University Press. Buckingham 1996; 62–94.
- [19] Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2009.
- [20] Woynarowska B, Mazur J. Zachowania zdrowotne. Zachowania zdrowotne i zdrowie młodzieży szkolnej w Polsce i innych krajach. Tendencje zmian w latach 1990–1998. Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i wychowania, Wydział Pedagogiczny UW, BOWI; Warszawa 2000: 27.
- [21] Sheridan ChL, Radmacher SA. *Psychologia Zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia.* Instytut Psychologii Zdrowia PTP. Warszawa 1998.
- [22] Bandura A. Health Proomotion by Social-Cognitive Means. *Health Education & Behavior* 2004; 31: 143–164.
- [23] Schwarzer R. Social-cognitive factors in changing health-related behavior. *Current Directions in Psychological Science* 2001; 10: 47–51.
- [24] Ogilvie G, Anderson M, Marra F et al. A Population-Based Evaluation of a Publicly Funded,

School-Based HPV Vaccine Program in British Columbia, Canada: Parental Factors Associated with HPV Vaccine Receipt. *PloS Medicine* 2010; 7(5).

[25] McRee AL, Reiter PL, Gottlieb SL et al. Mother-daughter communication about HPV vaccine. *J Adolesc Health* 2011; 48: 314–317.

Podziękowania

Składamy bardzo serdeczne podziękowania za profesjonalną pomoc w uzyskaniu materiału badawczego, podzielenie się doświadczeniami z prowadzenia kampanii szczepień profilaktycznych przeciw HPV oraz za ogromną życzliwość Pani mgr Marioli Kośmider dyrektorowi Polkowickiego Centrum Usług Zdrowotnych, Pani mgr Dorocie Pędłowskiej-Wojciech – specjalistce ds. marketingu i sprzedaży usług medycznych tamże, oraz Pani mgr Alicji Stęplowskiej – pielęgniarki szkolnej w Zespole Szkół im. Narodów Zjednoczonej Europy w Polkowicach.

Autorzy

Adres do korespondencji:

mgr Beata Bąk
25-637 Kielce, ul. Dewońska 19/16
e-mail: beatab5@onet.eu
tel. 692 113 477