

Aleksandra Słowiecka

Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

Korzystanie przez kobiety z porad lekarza ginekologa

Women who follow gynaecologist's advice

STRESZCZENIE

Wstęp. Przeszkodą w uzyskaniu znacznego obniżenia umieralności Polek z powodu chorób nowotworowych narządu rodowego jest małe zainteresowanie kobiet udziałem w badaniach profilaktycznych oraz ich niska aktywność w korzystaniu z porad lekarza ginekologa.

Cel pracy. Celem pracy była analiza postaw kobiet w zakresie korzystania z porad lekarza ginekologa.

Materiał i metody. Do badań zakwalifikowano 210 kobiet w wieku 18–73 lat. Badane kobiety były hospitalizowane z powodu potrzeby diagnozowania i/lub leczenia chorób w obrębie narządu rodowego. Terenem badań były cztery oddziały ginekologiczne funkcjonujące w szpitalach na terenie miasta Kielce. W badaniach zastosowano sondaż diagnostyczny i analizę dokumentów. Narzędziami badawczymi były autorski kwestionariusz ankiety oraz Karta Informacji Zdrowotnych.

Wyniki. Dla większości respondentek (69,5%) pierwsza wizyta u lekarza ginekologa odbyła się w okresie ciąży. Systematycznie, czyli co najmniej raz w roku, z porad lekarza ginekologa korzystało 41,9% kobiet. Wśród badanych zgłaszających się sporadycznie do poradni ginekologicznej, blisko 88% respondentek w uzasadnieniu swojego zachowania wymieniła argument: „czułam się zdrowa i nie odczuwałam takiej potrzeby”.

Wnioski.

- Większość respondentek (69,5%) do czasu zajścia w ciążę nie korzystała z porad lekarza ginekologa.
- Znaczna część badanych kobiet (87,7% analizowanej grupy) nie odczuwała potrzeby systematycznego korzystania z porad lekarza ginekologa i regularnego zgłaszania się na badania profilaktyczne.
- Poziom wykształcenia i miejsce zamieszkania w sposób istotny statystycznie różnicował zachowania kobiet w zakresie korzystania z porad lekarza ginekologa.

Problemy Pielęgniarstwa 2013; 21 (1): 47–54

Słowa kluczowe: kobiety, profilaktyka, choroby ginekologiczne

ABSTRACT

Introduction. Little interest of women in prophylactic examination and their low readiness to use the advice of gynaecologists is an obstacle in obtaining a major decrease in mortality of Polish women resulting from neoplastic diseases of the reproductive organ.

Aim. The object of the paper was an analysis of women's attitudes towards the use of a gynaecologist's advice.

Material and methods. Qualified for the research were 210 women aged 18 to 73. The respondents were hospitalized for the need to diagnose and/or treat diseases within their reproductive organ. The field of the research was the four gynaecological departments functioning in hospitals in the city of Kielce. In the research the method of diagnostic poll and the analysis of documents were used. The questionnaire prepared by the author and Health Information Form were used as the research tools.

Results. For most respondents (69.5%) their first visit to a gynaecologist took place when they were pregnant. 41.9% of the women visited a gynaecologist regularly, i.e. at least once a year. Among those who visited a gynaecologist sporadically nearly 88 % explained their behaviour using the argument "I felt healthy and I did not see the need".

Conclusions.

- The majority of respondents (69.5%) to the time of pregnancy has not benefited from gynaecologist's advice.
- The vast majority of respondents (87.7% of the analysed group) to the time of pregnancy has not benefited from gynaecologist's advice.
- The level of education and place of residence in a statistically significant way differentiated the behaviour of women in the use of gynecologist advice.

Nursing Topics 2013; 21 (1): 47–54

Key words: women, prevention, gynecologic diseases.

Adres do korespondencji: dr n. med. Aleksandra Słowiecka, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, 25–317 Kielce, ul. IX Wieków Kielc 19, e-mail: aleksaonet@op.pl

Wstęp

Według specjalistów w Polsce nadal utrzymuje się wysoka zachorowalność i śmiertelność kobiet z powodu chorób nowotworowych narządu rodowego [1–3]. Jedną z przyczyn tego zjawiska jest opóźnione rozpoznanie u kobiet zmian nowotworowych [1, 4]. Najlepszą metodą zapobiegania rozwojowi choroby jest systematyczne uczestnictwo kobiet w profilaktycznych badaniach ginekologicznych oraz regularne poddawanie się badaniom przesiewowym w kierunku raka szyjki macicy [1, 3, 4]. Celem badań profilaktycznych jest kontrola stanu zdrowia i wykrycie choroby we wczesnej fazie rozwoju, tj. w okresie bezobjawowym. Podjęcie w tym czasie procedur diagnostyczno-leczniczych warunkuje uzyskanie lepszych wyników leczenia i zwiększa szansę na całkowite wyleczenie [1, 5, 6].

Przeszkodą w uzyskaniu znacznego obniżenia umieralności Polek z powodu chorób nowotworowych narządu rodowego jest nie tylko ich małe zainteresowanie udziałem w programach profilaktycznych, ale także niska aktywność w korzystaniu ze świadczeń proponowanych przez poradnie dla kobiet [1–3, 7]. Wiedza na temat postępowania kobiet w zakresie ochrony zdrowia żeńskich narządów płciowych, w tym określenie przyczyn braku lub nieregularnego zgłaszania się na profilaktyczne badania ginekologiczne może być wykorzystana w planowaniu programów zdrowotnych realizowanych przez samorządy terytorialne oraz Oddziały Wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia.

Cel pracy

Celem pracy była analiza postaw kobiet w zakresie korzystania z porad lekarza ginekologa.

Materiał i metody

W badaniach uczestniczyło 210 kobiet w wieku 18–73 lat (śr. wieku dla ogółu badanych wynosiła 45,5 lat) z czterech kieleckich oddziałów ginekologicznych. Przyjęto następujące kryteria kwalifikacji pacjentek do badań: hospitalizacja z powodu choroby lub chorób narządu rodowego (z badań wyłączono kobiety w ciąży i po poronieniach), ukończenie 18. roku życia oraz pobyt na oddziale co najmniej 3 doby (przyjęte kryterium służyło zapewnieniu warunków spokoju i komfortu bio-psycho-społecznego kobietom przygotowującym się do zabiegu operacyjnego lub diagnostycznego). U pacjentek zakwalifikowanych do badań przestrzegano czasu wypełniania kwestionariusza ankiety. Był on zróżnicowany i zależał od rodzaju zastosowanego leczenia, co ściśle wiązało się ze stanem zdrowia pacjentki. Kobiety po zabiegach operacyjnych objęte były badaniem między 4. a 6. dobą po operacji, natomiast kobiety leczone zachowawczo badane były w 3. dobie pobytu na oddziale.

W badaniach zastosowano sondaż diagnostyczny i analizę dokumentacji medycznej pacjentek. Narzędziami

mi badawczymi były: autorski kwestionariusz ankiety i Karta Informacji Zdrowotnych. W kwestionariuszu ankiety, oprócz metryczki, zawarto pytania dotyczące okoliczności i częstości korzystania z porad lekarza ginekologa. Udział pacjentek w badaniach był anonimowy i dobrowolny. Istotność różnic pomiędzy skategoryzowanymi grupami oceniano testem niezależności χ^2 . Za istotne statystycznie uznawano wartości statystyk dla $p < 0,05$.

Charakterystyka badanej grupy

W badaniach uczestniczyło 210 kobiet, które podzielono na cztery grupy ze względu na wiek. Odsetek badanych w poszczególnych kategoriach wieku kształtował się następująco:

- ≤ 35 lat — 21,9% kobiet,
- 36–45 lat — 24,8% kobiet,
- 46–55 lat — 37,6% kobiet,
- ≥ 56 lat — 15,7% kobiet.

Wśród badanych, blisko połowa respondentek miała wykształcenie średnie i policealne (52,4%). Kobiety z wykształceniem wyższym stanowiły 23,8% badanych. Identyczny był odsetek kobiet z wykształceniem podstawowym i zasadniczym zawodowym — 23,8%. Ze względu na miejsce zamieszkania respondentki podzielono na trzy grupy: mieszkanki wsi (36,7%), mieszkanki miast powyżej 100 tys. ludności (35,7%) oraz mieszkanki miast do 100 tys. ludności (27,6%).

Za pomocą drugiego narzędzia, jakim była Karta Informacji Zdrowotnych, zebrano dane dotyczące choroby zasadniczej badanych. Rozpoznane u pacjentek stany chorobowe, zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (Rewizja X), przyporządkowano do trzech grup chorób [8]. U badanych kobiet lekarze najczęściej stwierdzali występowanie nowotworów niezłośliwych (59,5%) i chorób układu moczowo-płciowego (52,5%) (tab. 1).

Wyniki

Zachowania zdrowotne są wyrazem uznanych wartości wobec zdrowia i należą do wskaźników postaw jednostki przyjętych w określonej dziedzinie.

Analiza danych wykazała, że większość, czyli 69,5% kobiet, pierwszy raz do lekarza ginekologa zgłosiła się dopiero w okresie ciąży. Około 21% badanych chciało zasięgnąć porady (były zdrowe), a 9,0% kobiet do poradni ginekologicznej udało się z powodu odczuwanych dolegliwości (tab. 2). W ocenie statystycznej stwierdzono istotne zróżnicowanie udziału badanych według kategorii wieku i wykształcenia ($p < 0,001$). W podziale na klasy wieku zaobserwowano następujące zjawisko: im starsza grupa wieku, tym malejący był udział kobiet zgłaszających się do lekarza ginekologa w celu uzyskania porady lekarskiej. Jednocześnie odsetek kobiet udających się pierwszy raz do poradni ginekolo-

Tabela 1. Struktura rozpoznanej choroby zasadniczej (rozpoznanie ostateczne) — podział badanych kobiet według kategorii wieku, wykształcenia i miejsca zamieszkania
Table 1. The structure of the diagnosed primary disease (ultimate diagnosis) — studied women by category age, education and place of residence

Rozpoznanie ostateczne	Przedział wiekowy grupy (lata)					Wykształcenie				Miejsce zamieszkania			Ogółem
	≤ 35	36–45	46–55	≥ 56	Podstawowe i zasadnicze zawodowe	Średnie i policealne	Wysze	Wieś	Miejsce zamieszkania		Ogółem		
									≤ 100 tys. ludności	≥ 100 tys. ludności			
Nowotwory złośliwe żeńskich narządów płciowych	N %	1 1,9	5 6,3	3 9,1	4 8,0	5 4,5	–	4 5,2	3 5,2	2 2,7	9 4,3		
Nowotwory niezłośliwe	N %	20 43,5	40 76,9	55 69,6	10 30,3	30 60,0	39 78,0	50 64,9	34 58,6	41 54,7	125 59,5		
Choroby układu moczowo-płciowego	N %	29 63,0	25 48,1	33 41,8	23 69,7	26 52,0	20 40,0	40 51,9	32 55,2	38 50,7	110 52,4		
Razem badanych osób*	N %	46 100,0	52 100,0	79 100,0	33 100,0	50 100,0	50 100,0	77 100,0	58 100,0	75 100,0	210 100,0		

*Dane liczbowe i w odsetkach nie sumują się do podanych wartości ogółem, ponieważ część osób miało rozpoznaną więcej niż jedną chorobę

Tabela 2. Okoliczności zgłoszenia się pierwszy raz do lekarza ginekologa — podział badanych kobiet według kategorii wieku, wykształcenia i miejsca zamieszkania
Table 2. Circumstances of the first visit to a gynaecologist — studied women by category age, education and place of residence

Okoliczności zgłoszenia	Przedział wiekowy grupy (lata)					Wykształcenie				Miejsce zamieszkania			Ogółem
	≤ 35	36–45	46–55	≥ 56	Podstawowe i zasadnicze zawodowe	Średnie i policealne	Wysze	Wieś	Miejsce zamieszkania		Ogółem		
									≤ 100 tys. ludności	≥ 100 tys. ludności			
W okresie ciąży	N %	16 34,8	36 69,2	67 84,8	27 81,8	45 90,0	24 48,0	58 75,3	40 69,0	48 64,0	146 69,5		
Chciałam zasięgnąć porady (byłam zdrowa)	N %	19 41,3	13 25,0	10 12,7	3 9,1	5 10,0	20 40,0	9 11,7	13 22,4	23 30,7	45 21,4		
Byłam chora	N %	11 23,9	3 5,8	2 2,5	3 9,1	–	6 12,0	10 13,0	5 8,6	4 5,3	19 9,1		
Razem	N %	46 100,0	52 100,0	79 100,0	33 100,0	50 100,0	50 100,0	77 100,0	58 100,0	75 100,0	210 100,0		

Chi² = 40,89; DF = 6; p < 0,001

Chi² = 23,93; DF = 4; p < 0,001

Chi² = 9,60; DF = 4; p < 0,05

gicznej w czasie trwania ciąży rósł z wiekiem. Należy zaznaczyć, że pytania w kwestionariuszu ankiety dotyczyły przeszłości. Dlatego kobiety w wieku 46–55 oraz powyżej 56 lat mogły wskazać okres ciąży jako przyczynę udania się pierwszy raz do lekarza ginekologa. Stwierdzono również, że kobiety z wykształceniem wyższym na pierwszą wizytę częściej udawały się w celach profilaktycznych od badanych w pozostałych kategoriach wykształcenia. Uwzględniając miejsce zamieszkania badanych, stwierdzono zależność statystyczną na poziomie $p < 0,05$. Wykazano, że mieszkanki miast powyżej 100 tys. ludności blisko 3-krotnie częściej zgłaszały się do lekarza ginekologa w celu otrzymania porady od kobiet żyjących na wsi.

Do grupy badanych, które pierwszy raz do lekarza ginekologa zgłosiły się z powodu odczuwanych dolegliwości skierowano prośbę o podanie ich rodzaju. Szczegółowe dane na ten temat zamieszczono w tabeli 3. W analizowanej grupie najwięcej kobiet (42,1%) wskazało zaburzenia krwawienia miesięczkowego. W dalszej kolejności badane wymieniły: ból brzucha — 31,6%; upławy, swędzenie, pieczenie — 15,8%; bezpłodność — 10,5%. Ze względu na brak lub małą liczebność badanych w poszczególnych kategoriach analizowanej cechy, nie dokonano obliczeń zależności statystycznych.

W pracy wykazano, że 58,1% badanych z porad lekarza ginekologa korzystało rzadziej niż raz w roku lub nigdy. Pozostałe kobiety, czyli 41,9% do poradni ginekologicznej zgłaszały się systematycznie, to jest co najmniej raz w roku. W grupie tej stwierdzono 4-krotnie większy udział kobiet z wykształceniem wyższym (58,0%) od respondentek o najniższym poziomie wykształcenia (14,0%). Również udział mieszkanek dużych miast (> 100 tys. ludności) był tutaj blisko 2-krotnie wyższy (53,3%) niż mieszkanek wsi (23,4%). Z analizy danych wynika, że nie było istotnych różnic w rozkładzie odsetkowym między badanymi w podziale na klasy wieku. Istotne różnice wystąpiły wśród respondentek według kategorii wykształcenia i miejsca zamieszkania ($p < 0,001$) (tab. 4).

Ważnym aspektem profilaktyki chorób narządu rodowego jest poznanie przyczyn braku lub sporadycznego (rzadziej niż raz w roku) korzystania z porad lekarza ginekologa. Dane na ten temat zawarto w tabeli 5. W analizowanej grupie badanych zdecydowana większość kobiet (87,7%), tłumacząc swoje zachowanie, wymieniła argument: „czułam się zdrowa i nie odczuwałam takiej potrzeby”. Udział badanych w poszczególnych kategoriach wieku, wykształcenia i miejsca zamieszkania kształtował się na zbliżonym poziomie. Drugą grupę stanowiły kobiety, które czuły się chore i nie leczyły się w ogóle — 6,6%. Niewiele mniej, bo 5,7% badanych miało „bariery psychiczne” — głównie reprezentowane przez kobiety w wieku 36–45 lat i 46–55 lat, mieszkanki wsi oraz kobiety o najniższym poziomie wykształcenia (podstawowe i zasadnicze zawodowe). Ze

względu na małe liczebności badanych zrezygnowano z obliczeń zależności statystycznych.

Dyskusja

Regularne uczestniczenie kobiet w profilaktycznych badaniach ginekologicznych jest najlepszą metodą kontroli stanu zdrowia żeńskich narządów płciowych [3, 4]. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w budowie lub funkcjonowaniu układu płciowego, kobietę kieruje się na weryfikujące badania diagnostyczne. Takie postępowania stwarza największą szansę na wczesne rozpoznanie choroby i szybkie podjęcie optymalnej metody leczenia. Częste zachowania kobiet, polegające na uchylaniu się od udziału w badaniach profilaktycznych budzi wśród specjalistów niepokój o zdrowie Polek. Wielu autorów zwraca uwagę na fakt, że deklarowana świadomość zdrowotna i postawy kobiet w zakresie ochrony zdrowia narządu rodowego nadal są niewystarczające [4, 9–14].

Z przedstawionych wyżej danych wynika, że większość respondentek (69,5%) po raz pierwszy do lekarza ginekologa zgłosiło się dopiero w okresie ciąży. Jedyne, co czwarta badana świadomie chciała zasięgnąć porady lekarskiej (21,4%). Odmienne wyniki, być może wynikające z doboru badanej populacji (badanymi były pielęgniarki i położne w wieku 20–40 lat) otrzymała Łepicka-Klusek i wsp. [7]. Z prezentowanych przez autorów opisu badań wynika, że najliczniejsza grupa osób (46,8%) zgłosiła się na pierwszą wizytę z powodu niepokojących objawów. Drugą, także dość liczną grupę (41,7%) stanowiły osoby, które odczuwały osobistą potrzebę sprawdzenia stanu narządu rodowego. Stosunkowo niewiele kobiet (11,5%) udało się do poradni ginekologicznej w sprawach związanych z prokreacją, czyli po zajściu w ciążę czy doboru środka antykoncepcyjnego [7]. W omawianym zagadnieniu krańcowo różne wyniki uzyskali Charązka i Bieńkiewicz [6]. W badanej populacji jedynie 75% studentek miało już za sobą pierwszą wizytę u lekarza ginekologa, a najczęstszym powodem zgłoszenia się do lekarza była antykoncepcja lub stany zapalne sromu i pochwy [6]. Analizowany problem badany był również przez Zielińską [11]. Z przedstawionych danych wynika, że głównymi powodami pierwszej wizyty respondentek u ginekologa były: profilaktyka (43,0%), niepokojące symptomy (25,3%), obecna bądź planowana ciąża (14,3%), poradnictwo antykoncepcyjne (9,7%), bezpłodność (1,3%) i inne (6,4%).

Ważnym aspektem zapobiegania chorobom ginekologicznym jest częstość wykonywania badań profilaktycznych narządu rodowego. Należy przypomnieć, że zgodnie z zaleceniami Ministra Zdrowia, które obowiązywały do 31 sierpnia 2009 roku, lekarz ginekolog w celu profilaktyki chorób narządu rodowego powinien przeprowadzać badanie ginekologiczne u kobiet w wieku powyżej 35. roku życia w odstępach jednorocznych [15]. Warunkiem spełnienia powyższego zalecenia było zgłoszenie się kobiet do gabinetu lekarskiego.

Tabela 3. Rodzaje dolegliwości i objawów występujące u kobiet podczas pierwszej wizyty u lekarza ginekologa — podział badanych kobiet według kategorii wieku, wykształcenia i miejsca zamieszkania**Table 3.** Kinds of ailments and symptoms occurring in women at their first visit to a gynaecologist — studied women by category age, education and place of residence

Rodzaje dolegliwości i objawów	Przedział wiekowy grupy (lata)			Wykształcenie			Miejsce zamieszkania			Ogółem	
	≤ 35	36–45	46–55	≥ 56	Podstawowe i zasadnicze zawodowe	Średnie i policealne	Wyższe	Wieś	Miejsce		
									≤ 100 tys. ludności		≥ 100 tys. ludności
Zaburzenia krwawienia miesiączkowego	N 7 % 63,6	-	1	-	-	5	3	4	3	1	8 42,1
Bóle brzucha	N 3 % 27,3	1	1	1	-	4	2	4	1	1	6 31,6
Upławy, swędzenie, pieczenie	N - % -	1	-	2	-	3	-	1	-	2	3 15,8
Bezpłodność	N 1 % 9,1	1	-	-	-	1	1	1	1	-	2 10,5
Razem	N 11 % 100,0	3	2	3	-	13	6	10	5	4	19 100,0

Tabela 4. Częstość korzystania z porad lekarza ginekologa — podział badanych kobiet według kategorii wieku, wykształcenia i miejsca zamieszkania
Table 4. Frequency of visits to a gynaecologist — studied women by category age, education and place of residence

Częstość	Przedział wiekowy grupy (lata)				Wykształcenie			Miejsce zamieszkania			Ogółem	
	≤ 35	36–45	46–55	≥ 56	Podstawowe i zasadnicze zawodowe	Średnie i policealne	Wyższe	Wieś	Miasto ≤ 100 tys. ludności	Miasto ≥ 100 tys. ludności		
		N	24	26	51	21	43	58	21	59		28
Rzadziej niż raz w roku lub nigdy	%	52,2	50,0	64,6	63,6	86,0	52,7	42,0	76,6	48,3	46,7	58,1
Co najmniej raz w roku	N	22	26	28	12	7	52	29	18	30	40	88
	%	47,8	50,0	35,4	36,4	14,0	47,3	58,0	23,4	51,7	53,3	41,9
Razem	N	46	52	79	33	50	110	50	77	58	75	210
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Chi² = 3,83; DF = 3; p-n.i. Chi² = 22,62; DF = 2; p < 0,001 Chi² = 17,18; DF = 2; p < 0,001

Z badań własnych wynika, że 41,9% kobiet z porad lekarza ginekologa korzystało co najmniej raz w roku. Pozostałe pacjentki (58,1%) zgłaszały się rzadziej niż raz w roku lub nigdy. Podobne wyniki otrzymali również Nowicki i wsp. [12]. Według autorów, na wizytę w poradni ginekologicznej raz na 6 miesięcy lub raz na rok zgłaszało się 36,9% kobiet zatrudnionych na różnych stanowiskach w szpitalu w Przasnyszu i 43,3% kobiet niezwiązanych zawodowo z ochroną zdrowia [12]. W omawianym problemie nieco odmienne wyniki otrzymała Gajewska [16], według której przed zachorowaniem na chorobę nowotworową (nowotwór piersi lub nowotwór narządu rodne) jedynie 16,8% kobiet korzystało z porad lekarza ginekologa co pół roku lub raz w roku. Stosunkowo dość liczną grupę (26,3% osób) stanowiły kobiety, które przed zachorowaniem nigdy nie były u ginekologa. Najwięcej jednak badanych, czyli 38,2% osób do specjalisty zgłaszało się tylko wtedy, gdy występowały dolegliwości [16].

Natomiast Charązka i Bieńkiewicz [6] w badaniach dotyczących świadomości studentek w zakresie profilaktyki raka szyjki macicy wykazali, że co rok lub częściej na ginekologiczne badania kontrolne w celu wykrycia stanów przedrakowych lub raka szyjki macicy zgłaszało się 60% ogółem badanych. Na badanie narządu rodne rzadziej niż co 3 lata przychodziła piąta część badanej populacji (20%) [6]. Warto również przedstawić wyniki Klasy Mazurkiewicz i wsp. [17], według których dla największej grupy kobiet uczestniczących w badaniach (36,4%) okres czasu, jaki upłynął od ostatniego badania ginekologicznego wynosił 2–5 lat. Kobiety z regionu gdańskiego, u których rozpoznano raka szyjki macicy, nie zgłaszały się na okresowe badanie ginekologiczne od 1 roku do 26 lat, średni okres czasu wyniósł 8,6 lat [17]. Również Przestrzelska i wsp. [14] opisali badania realizowane wśród losowo wybranych mieszkank Wrocławia. Blisko połowa respondentek (50,2%) badania profilaktyczne miała wykonane przy okazji leczenia innych dolegliwości, jedynie 6,7% kobiet na wymienione badania zgłaszało się systematycznie [14]. Należy stwierdzić, że w omawianym problemie autorzy uzyskali raczej różne wyniki badań. Być może fakt ten wynika z doboru badanej grupy, zastosowania autorskich narzędzi badawczych czy specyficznej prezentacji uzyskanych wyników. W wielu publikacjach autorzy jednomyślnie wskazują na brak u kobiet regularnej praktyki kontroli zdrowia narządu rodne.

Mimo powszechnej dostępności przesiewowych badań cytologicznych i wzrostu świadczeniodawców realizujących powyższe usługi, brak satysfakcjonującej efektywności programu profilaktyki raka szyjki macicy w Polsce upatruje się w niskiej, niezadowolającej zgłaszalności kobiet na badania cytologiczne [3, 4, 9, 10, 13]. Z danych opublikowanych przez Kozimalę i wsp. [4] wynika, że w powiecie lubaczowskim w czasie realizacji programu badań profilaktycznych ukierunkowanych na zdrowie kobiety, na

Tabela 5. Przyczyny sporadycznego (rzadziej niż raz w roku lub nigdy) korzystania z porad lekarza ginekologa — podział badanych kobiet według kategorii wieku, wykształcenia i miejsca zamieszkania

Table 5. Causes of sporadic (less than once a year or never) visits to a gynaecologist — studied women by category age, education and place of residence

Rodzaje przyczyn	Przedział wiekowy grupy (lata)				Wykształcenie				Miejsce zamieszkania			Ogółem								
	≤ 35	36–45	46–55	≥ 56	Podstawowe i zasadnicze zawodowe	Średnie i policealne	Wyższe	Wieś	Miasto ≤ 100 tys. ludności	Miasto ≥ 100 tys. ludności	Miasto									
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N		%							
Czułam się zdrowa i nie odczuwałam takiej potrzeby	23	95,8	21	80,8	44	86,3	19	90,5	34	79,1	54	93,1	49	83,1	26	92,9	32	91,4	107	87,7
Czułam się chora i nie leczyłam się w ogóle	–	–	3	11,5	3	5,9	2	9,5	5	11,6	2	3,4	4	6,8	1	3,6	1	2,9	3	6,6
Miałam bariery psychiczne (wstydziałam się)	1	4,2	2	7,7	4	7,8	–	–	4	9,3	2	3,4	6	10,2	1	3,6	–	–	7	5,7
Razem	24	100,0	26	100,0	51	100,0	21	100,0	43	100,0	58	100,0	59	100,0	28	100,0	35	100,0	122	100,0

2202 wysłanych zaproszeń, badaniu cytologicznemu poddało się tylko 577 kobiet. Oznacza to, że aż 73,8% osób spełniających warunki udziału w programie nie zgłosiło się na badanie. Również Spaczyński i wsp. [9], w podsumowaniu działalności Populacyjnego Programu Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy za okres 01.01.2008 do 31.12.2008 roku zwrócili uwagę na niską zgłaszalność kobiet. Proponowane przez autorów usprawnienia Programu w przyszłości mają przyczynić się do uzyskania efektywnego skryningu.

Swoje uwagi na temat badań profilaktycznych kobiet w zakresie nowotworów narządów płciowych przedstawił także Pisarski [18], według autora wymienione badania muszą być „populacyjne — masowe, odbywać się w miejscu zamieszkania bądź w pobliskich gabinetach. Nie mogą być jednorazową akcją, należy przeprowadzać je cyklicznie, przy ścisłym współdziałaniu ginekologów, położnych środowiskowych i lekarzy rodzinnych”. W wielu krajach, dzięki realizacji ogólnokrajowego programu, opartego na systemie rejestracji wyników badania cytologicznego, uzyskano spadek liczby zachorowań i zgonów z powodu raka szyjki macicy [1, 3, 10, 12, 19, 20]. Nadal jednak, mimo prowadzenia centralnego programu, duża grupa kobiet nie zgłasza się na wykonanie testu we wskazanym terminie [20].

Ważnym czynnikiem warunkującym poprawę frekwencji pacjentek w badaniach profilaktycznych, wykonywanych także podczas rutynowej kontroli ginekologicznej, jest zapewnienie równego dostępu do informacji na temat ochrony zdrowia seksualnego i prokreacyjnego. Ze względu na zachodzące zmiany rekomendacji dla skryningu cytologicznego raka szyjki macicy, stałej aktualizacji podlegają informacje przekazywane kobietom. W praktyce klinicznej istotnym problemem, stwierdzonym już przez Yabroff i wsp. [21], jest brak wśród lekarzy różnych specjalności (ginekologów, internistów, lekarzy rodzinnych) zgodności pomiędzy rekomendacjami a zaleceniami dla skryningu z wykorzystaniem testu Papanicolaou (Pap).

W ocenie specjalistów, nadal w wielu rejonach świata kobiety posiadają raczej niski poziom wiedzy na temat ochrony zdrowia oraz brak umiejętności zapobiegania potencjalnym problemom zdrowotnym [22–24]. Na potrzebę powszechnego dostępu ludzi do aktualnej wiedzy na temat zdrowia seksualnego i rozrodczego zwróciła uwagę Shaw [24]. Według autorki, szczególnie młodzi mieszkańcy Afryki i Azji mają bardzo ograniczony dostęp do korzystania z usług lekarza ginekologa, szczególnie świadczeń związanych z antykoncepcją, bezpiecznym przerywaniem ciąży, opieką położniczą oraz zapobieganiem i leczeniem zakażeń przenoszonych drogą płciową [24]. Brak funkcjonowania masowych i regularnych badań przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy w krajach afrykańskich wskazano także w innych doniesieniach [22, 25]. Najgorsza

sytuacja w tym zakresie występuje w Etiopii, na terenie której testowi PAP w miastach poddaje się jedynie 1,6% kobiet, a w środowisku wiejskim — 0,4% kobiet [22]. W ocenie Mupepi i wsp. [25] aż 91% badanych kobiet (mieszkanek wsi w Zimbabwie) nigdy nie miało wykonane testu Pap, a 81% uczestniczek badań nie miało żadnej wiedzy na temat wymienionego badania.

Reasumując, poprawę stanu zdrowia kobiet współcześnie upatruje się nie tylko w rozwoju nowoczesnych metod wykorzystywanych w profilaktyce, diagnozowaniu, leczeniu i rehabilitacji chorób, ale także w zmianie niekorzystnych dla zdrowia postaw. Brak u kobiet umiejętności systematycznego poddawania się profilaktycznym badaniom lekarskim, bagatelizowanie dolegliwości oraz zbyt późne zgłaszanie się po poradę do ginekologa prowadzą do rozwoju choroby i zmniejszają szansę na całkowite wyzdrowienie. Dlatego konieczne jest większe upowszechnienie wiedzy o profilaktyce, możliwościach wykrywania i leczenia chorób żeńskich narządów płciowych oraz zwiększenie motywacji w zastosowaniu posiadanej wiedzy w praktyce.

Wnioski

- Większość respondentek (69,5%) do czasu zajścia w ciążę nie korzystała z porad lekarza ginekologa.
- Znaczna część badanych kobiet (87,7% analizowanej grupy) nie odczuwała potrzeby systematycznego korzystania z porad lekarza ginekologa i regularnego zgłaszania się na badania profilaktyczne.
- Poziom wykształcenia i miejsce zamieszkania w sposób istotny statystycznie różnicowały zachowania kobiet w zakresie korzystania z porad lekarza ginekologa.

Piśmiennictwo

- Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące diagnostyki, profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy. *Prz. Menopauz.* 2006; 4: 198–201.
- Raport „Zdrowie kobiety w wieku prokreacyjnym 15–49 lat. Polska 2006”. Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju, Warszawa 2007.
- Spaczyński M., Nowak-Markwitz E., Januszek-Michałowska L., Karowicz-Bilińska A. Profil socjalny kobiet a ich udział w Programie Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy w Polsce. *Ginek. Pol.* 2009; 80: 833–838.
- Kozimala M., Mrozowicz A., Ciechaniewicz W. Program badań profilaktycznych ukierunkowanych na zdrowie kobiet — ocena realizacji w powiecie lubaczowskim. *Zdr. Publ.* 2007; 117: 462–465.
- Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego i Funduszu Ludnościowego Narodów Zjednoczonych (UNFPA) w sprawie zdrowia reprodukcyjnego. *Racot*, 26–28 marca 2004. *Ginek. Dypl. wyd. specjalne* 2005: 20–23.
- Charązka A., Bieńkiewicz A. Profilaktyka raka szyjki macicy w świadomości studentek. *Zdr. Publ.* 2002; 112: 340–344.
- Łepecka-Klusek C., Bucholc M., Pilewska A., Kanadys K. Kobiety w wieku rozrodczym wobec profilaktycznych badań ginekologicznych. *Ginek. Pol.* 2001; 72: 1473–1477.

- Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. *Rewizja X. T. I.* Wyd. Vesalius, Kraków 1994.
- Spaczyński M., Michalska M., Januszek-Michałowska L. Raport z realizacji Populacyjnego Programu Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy za okres 01.01.2008 do 31.12.2008. *Ginek. Pol.* 2009; 80: 220–226.
- Barnaś E., Borowiec-Domka E., Kądziołka J., Grzegorzczak J. Czynniki wpływające na zgłaszalność kobiet z Podkarpacia na badania cytologiczne w ramach Ogólnopolskiego Programu Profilaktyki Raka Szyjki Macicy. *Probl. Hig. Epidemiol.* 2008; 89: 482–486.
- Zielińska M. Społeczne uwarunkowania zachowań zdrowotnych łódzkich kobiet w wieku prokreacyjnym. *Probl. Hig. Epidemiol.* 2008; 89: 367–372.
- Nowicka A., Borowa I., Maruszak M. Zachowania zdrowotne kobiet w zakresie zapobiegania, wczesnego wykrywania stanów przedrakowych i raka szyjki macicy. *Ginek. Pol.* 2008; 79: 840–849.
- Nowakowski A., Nowakowska H. Profilaktyka raka szyjki macicy. Możliwości i ograniczenia postępowania ginekologów oraz lekarzy POZ. *Lek. Rodz.* 2007; 12: 76, 78–80, 84–85.
- Przestrzelska M., Knihinicka-Mercik Z., Kazimierzczak I., Mess E. Zachowania zdrowotne kobiet w profilaktyce nowotworu szyjki macicy i sutka. *Onkol. Pol.* 2006; 9: 172–175.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2004 r. w sprawie zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, w tym badań przesiewowych, oraz okresów w których te badania są przeprowadzane. *Dz.U. Nr 276. poz. 2740.*
- Gajewska M. Ocena świadomości kobiet regionu środkowowschodniego o czynnikach ryzyka chorób nowotworowych narządu rodowego i raka piersi. Praca doktorska. Instytut Medycyny Wsi, Lublin 1996.
- Klasa-Mazurkiewicz D., Emerich J., Milczek T. Stopień zaawansowania klinicznego raka szyjki macicy, a czas od ostatniego badania ginekologicznego. *Kolposkopia* 2002; 2: 21–24.
- Pisarski T. Uwagi do badań profilaktycznych kobiet w zakresie nowotworów narządów płciowych. *Ginek. Prakt.* 2005; 13: 2–6.
- Hawkins N.A., Cooper C.P., Saraiya M., Gelb C.A., Polonec L. Why the Pap Test? Awareness and Use of the Pap Test Among Women in the United States. *Journal of Women Health* 2011; 20: 511–517.
- Hansen B.T., Hukkelberg S.S., Haldorsen T., Eriksen T., Skare G.B., Nygård M. Factors associated with non-attendance, opportunistic attendance and reminded attendance to cervical screening in an organized screening program: a cross-sectional study of 12,058 Norwegian women. *BM Public Health* 2011; 11: 264.
- Yabroff K.R., Saraiya M., Meissner H.I. i wsp. Specialty Differences in Primary Care Physician Reports of Papanicolaou Test Screening Practices: A National Survey, 2006 to 2007. *Annals of Internal Medicine* 2009; 151: 602–611.
- Louie K.S., de Sanjose S., Mayaud P. Epidemiology and prevention of human papillomavirus and cervical cancer in sub-Saharan Africa: a comprehensive review. *Tropical Medicine and International Health* 2009; 14: 1287–1302.
- Sandfort J.R., Pleasant A. Knowledge, Attitudes, and Informational Behaviors of College Students in Regard to the Human Papillomavirus. *Journal of American College Health* 2009; 58: 141–149.
- Shaw D. Access to sexual and reproductive health for young people: Bridging the disconnect between rights and reality. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2009; 106: 132–136.
- Mupepi S.C., Sampselle C.M., Johnson T.R.B. Knowledge, Attitudes, and Demographic Factors Influencing Cervical Cancer Screening Behavior of Zimbabwian Women. *Journal of Women Health* 2011; 20: 943–952.