

Wiedza i postawy kobiet wobec profilaktyki raka szyjki macicy

Knowledge and attitudes of women towards cervical cancer prevention

Grażyna J. Iwanowicz-Palus¹, Iwona Adamska-Kuźmicka², Agnieszka Bien³,
Grażyna Stadnicka³

¹ Samodzielna Pracownia Umiejętności Położniczych, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie;
Wydział Nauk o Zdrowiu Wyższa Szkoła Ekonomii i Prawa w Kielcach
² Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
³ Samodzielna Pracownia Umiejętności Położniczych, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

AUTOR DO KORESPONDENCJI:

Grażyna Iwanowicz-Palus
Samodzielna Pracownia Umiejętności Położniczych
Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny
Al. Raławickie 1
20-059 Lublin
Tel. /fax.: 081-528-88-09
e-mail: spupalus@gmail.com

STRESZCZENIE

WIEDZA I POSTAWY KOBIEC WOBEC PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACICY

Cel pracy. Celem pracy była próba oceny stanu wiedzy i określenia postaw wobec profilaktyki raka szyjki macicy.

Materiał i metody. Do udziału w badaniu poproszono 300 kobiet w wieku od 18-49 lat, zamieszkałych na terenie województwa małopolskiego i podkarpackiego. Badania przeprowadzono z zastosowaniem metody sondażu diagnostycznego przy użyciu autorskiego kwestionariusza ankiety.

Wyniki. Analiza statystyczna wykazała, że więcej kobiet uznawało swoją wiedzę jako dobrą lub bardzo dobrą niż miało to miejsce w rzeczywistości (80,5% - ocena subiektywna, 49,0% - ocena obiektywna). Pomiędzy obiema porównywanymi ocenami występuje wysoce istotna statystycznie korelacja na poziomie $p < 0,01$. Ponad połowa kobiet posiada wiedzę na temat istnienia związku pomiędzy wczesnie rozpoczętym współżyciem seksualnym (52,5%) oraz częstą zmianą partnerów seksualnych (57,0%) a zachorowalnością na raka szyjki macicy.

Ponad połowa kobiet ostatni raz z wizytą u ginekologa była w ciągu ostatniego roku (53,0%). W tej grupie znajdowały się osoby, które miały wykonane, co najmniej dwa badania cytologiczne w ciągu jednego roku (46,0%).

Wnioski. Należy dążyć do zwiększenia aktywnego udziału pracowników służby zdrowia w procesie edukacji kobiet w zakresie problematyki raka szyjki macicy, a tym samym przyczynić się do możliwości wczesnego wykrycia nowotworu w jego wyleczalnym stadium.

Słowa kluczowe: rak szyjki macicy, profilaktyka, wiedza kobiet

ABSTRACT

KNOWLEDGE AND ATTITUDES OF WOMEN TOWARDS CERVICAL CANCER PREVENTION

Aim. The work aimed to evaluate knowledge levels and specify attitudes towards cervical cancer prevention.

Material and methods. Three hundred (300) females living in the Małopolskie Voivodeship and in the Podkarpackie Voivodeship were invited to take part in the investigation. The research used the diagnostic poll method, using authors' original questionnaire form.

Results. Statistical analysis proved that more women considered their knowledge good or very good than it was actually the case (80.5% – subjective evaluation, 49.0% – objective evaluation). There was a statistically highly significant correlation at the level of $p < 0.01$ between both compared evaluations. Over half of the women had knowledge about the relation between the cervical cancer incidence and an early commencement of sexual life (52.5%) and frequent changes of sexual partners (57.0%).

The majority of women (53.0%) had had a gynecological appointment during the previous year and had had at least two cytological tests done (46.0%), the recent one during the previous year (41.0%).

Conclusions. An increase in health service workers' active participation in the process of educating women ought to be sought within the scope of cervical cancer issues, which would consequently contribute to facilitating early cancer detection in its curable phase.

Key words: cervical cancer, prevention, females' knowledge women

WPROWADZENIE

Rak szyjki macicy jest ogromnym problemem zdrowotnym na świecie. Pomimo prowadzonych badań profilaktycznych rak szyjki macicy pozostaje nadal drugim po raku piersi co do częstości występowania nowotworem złośliwym u kobiet w Polsce. Umieralność z powodu raka szyjki macicy w Polsce należy do najwyższych w Europie [1]. Przy utrzymującym się trendzie spadku zachorowalności, umieralność nie maleje, a nawet wzrasta w grupie kobiet młodych do 45 roku życia [2]. Rocznie umiera z powodu raka szyjki macicy około 2000 Polek. Wysoka umieralność z powodu raka szyjki macicy utrzymuje się pomimo zmniejszającej się, ale wciąż wysokiej zachorowalności od 29 w 1963 r., 21 w 1978 r. do 15 na 100 000 w 1996 r. Rak inwazyjny szyjki macicy występuje najczęściej u kobiet po 40 roku życia, stany przedrakowe i rak przedinwazyjny między 30 a 40 rokiem życia [1,3]. W Polsce częstość występowania wynosi 30-35 zachorowań na 100 tysięcy na rok, tzn. ponad 4000 nowych zachorowań rocznie (w 2000 roku), a umieralność wynosiła około 2000 zgonów rocznie. W USA w 2000 roku rozpoznano 12 800 nowych przypadków zachorowań i stwierdzono 4600 zgonów [3].

Zaniepokojenie budzi wzrost zachorowań u kobiet coraz młodszych, jak również duży odsetek chorych w stadiach zaawansowanych choroby tzn. II°, III° i IV° (około 70% wszystkich zachorowań) oraz niski procentowy udział raka przedinwazyjnego, poniżej 20%. Wynika to z ogólnie złego stanu zdrowia i życia Polek i świadczy o nieefektywności działań profilaktycznych, szczególnie badań scryningowych.[4]. W wielu krajach z prawidłowo rozwiniętym systemem ubezpieczeń kobiety są zobowiązane do okresowych badań profilaktycznych, niekiedy nawet pod rygorem utraty świadczeń ubezpieczeniowych [5,6,7,8].

CEL PRACY

Celem pracy była próba oceny stanu wiedzy i określenia postaw wobec profilaktyki raka szyjki macicy.

MATERIAŁ I METODYKA

Badanie zostało przeprowadzone na terenie województwa małopolskiego i podkarpackiego. Do udziału w badaniu poproszono 300 kobiet, a otrzymano zwrotnie 200 poprawnie wypełnionych kwestionariuszy ankiet.

Posłużono się autorskim narzędziem badawczym – kwestionariuszem ankiety, zawierającym 24 pytania dotyczące przedmiotu badań, podzielone na dwie grupy. Pierwsza grupa pytań dotyczyła wiedzy respondentek z zakresu raka szyjki macicy, a druga grupa pytań dotyczyła postaw respondentek wobec profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy. Pozostałe pytania zawarte w ankiecie pozwoliły na charakterystykę badanej grupy, stanowiąc tym samym zmienne niezależne tj. wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, stan cywilny, sytuację materialną, warunki socjalno – bytowe oraz doświadczenia prokreacyjne.

Informacje zebrane w 200 kwestionariuszach ankiet poddano statystycznej analizie komputerowej przy użyciu elektronicznej techniki obliczeniowej. Dane te były następnie sprawdzane i weryfikowane. Na podstawie uzyskanych informacji zostały stworzone tablice statystyczne obrazujące rozkłady analizowanych cech (tablice liczebności i frakcji). Dokonano testowania istotności statystycznej zależności pomiędzy zmiennymi za pomocą testu χ^2 Pearsona. Weryfikacja testu polegała na wyliczeniu wartości funkcji χ^2 i porównaniu jej z postulowanymi przez hipotezę zerową wartościami, przyjmując za prawdopodobieństwo popełnienia błędu wartości $p=0,05$, $p=0,02$ lub $p=0,01$.

Badania przeprowadzono po uzyskaniu zgody wydanej przez Komisję Bioetyczną Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. Badane kobiety wyraziły zgodę i chęć udziału w badaniach oraz zostały poinformowane o anonimowości badania.

WYNIKI BADAŃ

Badane kobiety były zróżnicowane pod względem wieku, wykształcenia, miejsca zamieszkania, stanu cywilnego, sytuacji materialnej, warunków socjalno – bytowych oraz doświadczeń prokreacyjnych. Szczegółowe wyniki zamieszczono w tabeli I.

Spśród 200 kobiet biorących udział w badaniu największą grupę stanowiły osoby w wieku 21-30 lat (84 kobiety – 42,0%). Ponad połowa (56,6%) respondentek posiadała wykształcenie średnie. Zdecydowana większość ankietowanych pochodziła z małych miast (136 kobiet – 68,0%). Przewagę stanowiły kobiety zamężne (55,5%). Wśród kobiet objętych badaniami przeważały osoby nie posiadające dzieci (83 kobiety – 41,5%), następną w kolejności była grupa kobiet posiadających jedno dziecko (47 kobiet – 23,5%).

Pod względem oceny własnej sytuacji materialnej największą grupę stanowiły kobiety o średnim poziomie dochodów. Na takim samym poziomie, średnim, respondentki w większości określiły swój stan zdrowia. Ankietowane najczęściej korzystały z państwowych zakładów opieki zdrowotnej (82 kobiety – 41,0%). Zaledwie 9 kobiet (4,5%) biorących udział w badaniu stwierdziło, że w najbliższej rodzinie (córki, siostry, matka, babcie) wystąpił nowotwór szyjki macicy.

Przedstawiając wiedzę kobiet na temat profilaktyki raka szyjki macicy, dokonywano oceny subiektywnej i obiektywnej. Ocena subiektywna była wskazaniem respondentek, a obiektywna zawierała się w odpowiedziach na ukierunkowane pytania ankietowe. Zdecydowana większość respondentek (84,0%) była przekonana o istnieniu związku pomiędzy wpływem zdrowego stylu życia na profilaktykę nowotworową. Obiektywnej oceny znajomości czynników ryzyka wystąpienia raka szyjki macicy dokonano na podstawie prawidłowych wskazań 15 dystraktorów. Co najmniej 2 prawidłowe elementy, uznano jako dobry poziom wiedzy. Analiza statystyczna wykazała, że więcej kobiet uznawało swoją wiedzę jako dobrą lub bardzo dobrą niż miało to miejsce w rzeczywistości (80,5% - ocena subiektywna, 49,0% - ocena obiektywna), tabela II. Pomie-

■ Tab. 1. Charakterystyka badanej grupy.

Lp.	Zmienne	Przedziały zmiennych	N	%
1.	Wiek	Do 20 r.ż.	18	9
		21-30 lat	84	42
		31-40 lat	46	23
		Powyżej 40 r.ż.	52	26
2.	Wykształcenie	Podstawowe i zawodowe	50	25
		Średnie	113	56,5
		Wyższe	32	18,5
3.	Miejsce zamieszkania	Duże miasto	12	6
		Małe miasto	136	68
		wieś	52	26
4.	Stan cywilny	Mężatka	111	55,5
		Panna	61	30,5
		Wdowa	6	3
		rozwidziona	22	11
5.	Doświadczenia macierzyńskie	Brak dzieci	83	41,5
		Jedno dziecko	47	23,5
		Dwoje dzieci	42	21
		Więcej niż dwoje dzieci	28	14
6.	Sytuacja materialna	Dobra	17	8,5
		Średnia	153	76,5
		zła	30	15
7.	Samoocena zdrowia	Wysoka	33	16,5
		Średnia	158	79
		niska	9	4,5
8.	Rodzaj zakładów opieki zdrowotnej, z których korzystały kobiety	Tylko państwowe	82	41
		Państwowe i prywatne	84	42
		Tylko prywatne	5	2,5
9.	Stwierdzenie występowania nowotworu w rodzinie (córka, siostra, matka, babcia)	Tak	9	4,5
		Nie	7	3,5
		Nie wiem	184	92

■ Tab. 2. Znajomość czynników ryzyka raka szyjki macicy.

Samoocena znajomości czynników ryzyka raka szyjki macicy	Ocena subiektywna		Ocena obiektywna	
	N	%	N	%
Dobra znajomość	161	80,5	98	49,0
Słaba znajomość	39	19,5	102	51,0
$\chi^2 = 7,982$ $p < 0,01$				

dzy obiema porównywanymi ocenami występuje wysoce istotna statystycznie korelacja na poziomie $p < 0,01$. Wśród innych zmiennych, jedynie zmienna - wykształcenie kobiet miała istotny wpływ na rozkład procentowy znajomości czynników ryzyka choroby nowotworowej wśród respondentek ($p < 0,05$), z wskazaniem na wzrost wiedzy wraz z wzrostem wykształcenia badanych kobiet. Dane zamieszczono w tabeli III.

Inną cechą występującą w wywiadzie ginekologicznym, a mającym wpływ na rozwój nowotworu szyjki macicy jest wczesna inicjacja seksualna. Ponad połowa ankietowanych (52,5%) stwierdziła, iż ma wiedzę na temat istnienia związku pomiędzy wczesnie rozpoczętym współżyciem seksualnym a zachorowalnością na raka szyjki macicy.

Związek ten ma znaczenie dla trzech piątych (60,0%) kobiet z doświadczeniem prokreacyjnym, zależność ta jest istotna statystycznie $p < 0,02$, tabela IV. Nie wykazano związku między pozostałymi zmiennymi ($p > 0,05$).

Kobiety uczestniczące w badaniach, ponad połowa (57,0%) wykazały się dość dobrą wiedzą na temat istnienia związku pomiędzy częstą zmianą partnerów seksualnych a zachorowalnością na raka szyjki macicy. Analiza statystyczna wykazała istnienie jedynie związku w odniesieniu do wykształcenia badanych kobiet, $p < 0,01$. Ponad połowa (55,26%) badanych kobiet legitymujących się wykształceniem średnim jest zdania, że częsta zmiana partnerów seksualnych jest czynnikiem sprzyjającym rozwojowi raka szyjki macicy, tabela V.

■ Tab. 3. Samoocena znajomości czynników mających wpływ na powstawanie chorób nowotworowych w zależności od wykształcenia respondentek.

Znajomość czynników ryzyka choroby nowotworowej	WYKSZTAŁCENIE RESPONDENTEK										Razem	
	zasadnicze zawodowe		podstawowe		Średnie		wyższe zawodowe (licencjat)		Wyższe			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
TAK	26	16,15	6	3,73	86	53,42	22	13,66	21	13,04	161	100,00
NIE	5	12,82	6	15,38	12	30,77	5	12,82	11	28,21	39	100,00
$\chi_0^2 = 15,14901 \quad p < 0,05 \quad C = 0,27$												

■ Tab. 4. Opinie badanych kobiet na temat wcześniej rozpoczętego współżycia seksualnego w korelacji z doświadczeniami macierzyńskimi badanych kobiet.

Wcześniej rozpoczęte współżycie seksualne a rozwój nowotworów szyjki macicy	DOŚWIADCZENIA MACIERZYŃSKIE				RAZEM	
	MAJĄ DZIECI		NIE MAJĄ DZIECI			
	N	%	N	%	N	%
TAK	63	60,00	42	40,00	105	100,00
NIE	10	34,48	19	65,52	29	100,00
NIE WIEM	44	66,67	22	33,33	66	100,00
RAZEM	117	58,50	83	41,50	200	100,00
$\chi_0^2 = 8,800779 \quad p < 0,02 \quad C = 0,21$						

■ Tab. 5. Opinie badanych kobiet na temat częstej zmiany partnerów seksualnych jako czynnika choroby nowotworowej szyjki macicy w zależności od ich wykształcenia

Częsta zmiana partnerów seksualnych jako czynnik ryzyka ch. nowotworowej szyjki macicy	WYKSZTAŁCENIE RESPONDENTEK										RAZEM	
	zasadnicze zawodowe		podstawowe		średnie		wyższe zawodowe (licencjat)		wyższe			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
TAK	9	7,89	4	3,51	63	55,26	18	15,79	20	17,54	114	100,00
NIE	2	10,00	3	15,00	7	35,00	4	20,00	4	20,00	20	100,00
NIE WIEM	20	30,30	5	7,58	28	42,42	5	7,58	8	12,12	66	100,00
RAZEM	31	15,50	12	6,00	98	49,00	27	13,50	32	16,00	200	100,00
$\chi_0^2 = 24,19724 \quad p < 0,01 \quad C = 0,33$												

Drugą część badań poświęcono ocenie postaw i świadomości badanych kobiet wobec profilaktyki raka szyjki macicy.

Zdecydowana większość (88,0%) respondentek była świadoma faktu, że to od nich samych w największym stopniu zależy etap, w którym zdiagnozowana zostanie choroba nowotworowa. Zarysowuje się bezpośrednie przełożenie na liczbę ankietowanych (53,0%) kobiet, które wizytę u ginekologa odbyły w ciągu ostatniego roku. W odniesieniu do powyższych wyników zadowala niewielki stopień (6,0%) badanych, które nigdy nie były u ginekologa. Przeprowadzona analiza statystyczna wykazała, że istnieje bardzo wyraźna korelacja pomiędzy ostatnią wizytą u ginekologa a wiekiem badanych, tabela VI. Kobiety w wieku 26-35 lat stanowiły najliczniejszą (41,86%) grupę badanych, zgłaszających się do ginekologa. Najstarsze respondentki, powyżej 45 r.ż., rzadziej zgłaszały się do lekarza ginekologa ($p < 0,001$).

Na zmienną jaka jest ostatnia wizyta u ginekologa miało wpływ deklarowane doświadczenie macierzyńskie, istotność na poziomie $p < 0,01$ (tabela VI). W grupie respondentek, które nigdy nie były jeszcze u ginekologa ponad cztery piąte (83,33%), stanowiły kobiety nie mające dzieci. Natomiast w grupie badanych, których ostatnia wizyta u lekarza ginekologa miała miejsce 3-4 lata temu, przeważały kobiety z doświadczeniem macierzyńskim (76,19%). Zaobserwowano także korelację pomiędzy ostatnią wizytą u ginekologa a miejscem zamieszkania ($p < 0,02$). W grupie respondentek, które nigdy nie były u lekarza ginekologa ponad połowę (58,33%) stanowiły mieszkanki wsi. Natomiast w grupie badanych, które miały w ostatnim czasie wizytę, przeważały kobiety zamieszkałe w mieście powiatowym (65,12%). Kolejny istotny związek statystyczny to korelacja pomiędzy wizytami u ginekologa a wykształceniem respondentek ($p < 0,001$). W grupie badanych kobiet, które nigdy nie były u lekarza ginekologa dwie trzecie (66,67%) stanowiły respondentki legitymujące się wykształceniem średnim.

Dokonano także analizy deklarowanych przez kobiety wykonywanych badań cytologicznych szyjki macicy. Znacząca grupa respondentek (41,0%) ostatni raz badanie cytologiczne wykonywało w ciągu minionego roku. Niestety nigdy takiego badania nie wykonało 16,5% respondentek. Czas jaki upłynął od ostatniego badania korelował z wiekiem ($p < 0,05$), doświadczeniem macierzyńskim ($p < 0,01$), miejscem zamieszkania ($p < 0,01$) oraz wykształceniem ($p < 0,01$) badanych kobiet - tabela VII.

W ciągu ostatniego roku badanie cytologiczne wykonywały głównie kobiety w wieku 21-35 lat (58,54%), posiadające dzieci - 63,41% badanych i legitymujące się wykształceniem średnim - 48,78% badanych kobiet. W grupie kobiet, które nigdy nie miały wykonanego badania cytologicznego ponad połowa (51,52%) mieszka na wsi.

Głównymi powodami, które skłaniały respondentki do wykonania badania cytologicznego była: wizyta u ginekologa (39,5%), skierowanie przez lekarza (32,3%), własna inicjatywa (13,8%) oraz profilaktyczne badanie przesiewowe (10,8%).

Spośród 33 kobiet uczestniczących w badaniu, które nie miały wykonanego badania cytologicznego głównymi powodami, dla których zaniechały badania był: brak czasu (33,3%), brak dolegliwości (27,3%), koszt badania (21,2%), brak skie-

rowania (9,1%), mało przekonujące zaproszenie (6,1%) oraz strach przed diagnozą (3,0%).

Respondentki podając źródła wiedzy na temat różnych aspektów dotyczących raka szyjki macicy, najczęściej wymieniały lekarza ginekologa (od 25,9% wskazań jako źródło w przypadku czynników ryzyka raka szyjki macicy do 35,6% w przypadku leczenia), a także media (od 20,0% do 25,4%) oraz literaturę (od 21,8% do 26,4%). Pozostałe źródła, obejmujące innych pracowników służby zdrowia (lekarz poz, pielęgniarka, położna rodzinna) były wymieniane niezbyt często, rzadko przekraczając 5,0%.

■ DYSKUSJA

Kobiety biorące udział w powyższych badaniach uznały swoją wiedzę na temat wpływu stylu życia na rozwój nowotworów szyjki macicy za dobrą i je satysfakcjonującą. Niestety wskazania z zakresu wiedzy, obiektywne były niższe niż deklarowana znajomość w ocenie własnej samych respondentek. Podobnie przedstawia się znajomość wpływu stylu życia na rozwój nowotworów u kobiet w badaniach przeprowadzonych wśród lubelskich respondentek. Blisko połowa lublinianek uznaje, iż ich wiedza prezentuje się na dobrym poziomie, choć chętnie by ją poszerzyły [9].

Kolejnymi zagadnieniami zawartymi w badaniach była wiedza kobiet o wpływie poszczególnych składowych stylu życia na rozwój choroby nowotworowej. W etiopatogenezie raka szyjki macicy podkreśla się bardzo ważną rolę życia seksualnego. W badaniach własnych wykazano, iż największą wiedzę w tym zakresie miały kobiety, z doświadczeniem macierzyńskim i wykształceniem średnim. Jako decydujące czynniki wpływające na rozwój nowotworu respondentki wymieniały wczesną inicjację seksualną i częste zmiany partnerów seksualnych. Ich stan wiedzy jest zgodny z doniesieniami innych badaczy. Gerber podaje, iż u kobiet z rakiem szyjki macicy stwierdzano większą aktywność seksualną, niż u zdrowych przy zachowaniu tych samych warunków higienicznych [5]. Inni autorzy potwierdzają, że 2-krotnie większe ryzyko wystąpienia tej choroby jest u kobiet, które miały pierwszy stosunek płciowy przed 16 r.ż., niż u kobiet rozpoczynających życie płciowe ok. 20 r. ż. [10]. Natomiast posiadanie 10 i więcej partnerów seksualnych w życiu, 3-krotnie zwiększa ryzyko zachorowania w stosunku do kobiet mających jednego partnera. Stwierdzono także, częstsze zachorowania na raka szyjki macicy wśród prostytutek i stosunkowo rzadkie występowanie tej choroby u zakonnic [11].

Badanie cytologiczne jest jedną z najważniejszych metod stosowanych w profilaktyce raka szyjki macicy. W Polsce profilaktyka jest prowadzona na bardzo niskim poziomie, nadal wiele chorych trafia do lekarza w zaawansowanych stadiach choroby [12]. W badaniach własnych poproszono kobiety o wskazanie czasu w jakim ostatnio wykonały badanie cytologiczne i odbyły wizytę u ginekologa. W ostatnim roku wizytę u lekarza ginekologa i badanie cytologiczne odbyły w większości respondentki, które nie przekroczyły 35 lat, posiadały dzieci i były mieszkankami miasta powiatowego z wykształceniem średnim. Duży procent respondentek wskazywał wykonanie badań cytologicznych w ostatnich 2-3 latach. Wskazania kobiet są bardzo zbieżne z wynikami innych autorów. Ukazują

■ Tab. 6. Ostatnia wizyta u lekarza ginekologa w odniesieniu do zmiennych.

Ostatnia wizyta u lekarza ginekologa	WIEK RESPONDENTEK												DOŚWIADCZENIA MACIERZYŃSKIE				MIEJSCE ZAMIESZKANIA								WYKSZTAŁCENIE RESPONDENTEK										
	<21 r.ż.		21 - 25 lat		26 - 35 lat		36 - 45 lat		> 45 r.ż.		Posiadają dzieci		Nie posiadają dzieci		miasto powiatowe		miasto wojewódzkie		wieś		podst. / zawodowe		średnie		wyższe										
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%									
Nigdy nie były	6	3,00	4	2,00	2	1,00	0	0,00	0	0,00	2	1,00	10	5,00	4	2,00	1	0,50	7	3,50	2	1,00	8	4,00	2	1,00									
W ostatnim roku	8	4,00	30	15,00	32	16,00	16	8,00	20	10,00	63	31,50	43	21,50	71	35,50	8	4,00	27	13,50	10	5,00	54	27,00	42	21,00									
2 lata temu	1	0,50	12	6,00	18	9,00	8	4,00	4	2,00	27	13,50	16	8,00	34	17,00	2	1,00	7	3,50	16	8,00	19	9,50	8	4,00									
3-4 lata temu	0	0,00	4	2,00	6	3,00	7	3,50	4	2,00	16	8,00	5	2,50	17	8,50	0	0,00	4	2,00	11	5,50	10	5,00	5	2,50									
Ponad 5 lat temu lub nie pamięta	3	1,50	5	2,50	0	0,00	3	1,50	7	3,50	9	4,50	9	4,50	10	5,00	1	0,50	7	3,50	9	4,50	7	3,50	2	1,00									
RAZEM	18	9,00	55	24,50	58	29,00	34	17,00	35	17,50	117	58,50	83	41,5	126	63,00	12	6,00	52	26,00	43	21,50	98	49,00	59	29,50									
												$\chi^2 = 12,257$ $p < 0,02$ $C = 0,24$				$\chi^2 = 15,82028$ $p < 0,02$ $C = 0,27$								$\chi^2 = 47,55697$ $p < 0,001$ $C = 0,44$											
												$\chi^2 = 51,15969$ $p < 0,001$ $C = 0,45$																							

■ Tab. 7. Ostatnio wykonane badanie cytologiczne w korelacji z zmiennymi.

Ostatnio wykonane badanie cytologiczne	WIEK RESPONDENTEK								DOŚWIADCZENIA MACIERZYŃSKIE				MIEJSCE ZAMIESZKANIA						WYKSZTAŁCENIE RESPONDENTEK												
	<21 r.ż.		21 - 25 lat		26 - 35 lat		36 - 45 lat		>45 r.ż.		mają dzieci		nie mają dzieci		miasto powiatowe		miasto wojewódzkie		wieś		podst. / zawodowe		średnie		wyższe						
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%					
W ciągu ostatniego roku	4	2,00	22	1,00	26	13,00	17	8,50	13	6,50	52	26,00	30	15,00	65	32,50	6	3,00	11	5,50	7	3,50	40	20,00	35	17,50					
W ciągu ostatnich 2 lat	4	2,00	10	5,00	12	6,00	6	3,00	7	3,50	29	14,50	10	5,00	27	13,50	2	1,00	10	5,00	12	6,00	21	10,50	6	3,00					
W ciągu ostatnich 3 lat	1	0,50	9	4,50	9	4,50	0	0,00	3	1,50	11	5,50	11	5,50	12	6,00	3	1,50	7	3,50	40	20,00	12	6,00	6	3,00					
Ponad 4 lata lub nie pamięta	2	1,00	3	1,50	9	4,50	3	1,50	7	3,50	15	7,50	9	4,50	17	8,50	0	0,00	7	3,50	10	5,00	8	4,00	6	3,00					
Nigdy	7	3,50	11	5,50	2	1,00	8	4,00	5	2,50	10	5,00	23	11,50	15	7,50	1	0,50	17	8,50	10	5,00	17	8,50	6	3,00					
RAZEM	18	9,0	55	22,5	58	29,0	34	17,0	35	17,5	117	58,50	83	41,50	136	68,00	12	6,00	52	26,00	43	21,50	98	49,0	59	24,50					
										$\chi^2 = 27,43112$ $p < 0,05$ $C = 0,35$										$\chi^2 = 30,20882$ $p < 0,01$ $C = 0,36$						$\chi^2 = 43,09862$ $p < 0,001$ $C = 0,42$					

blisko 90% grupę kobiet nieregularnie wykonujących wymazy, a 30% Polek deklaruje wykonanie badania cytologicznego raz na 2-3 lata [13]. Także w piśmiennictwie odnajdziemy rozbieżności i kontrowersje co do poprawności i częstości pobierania wymazów. Do niedawna przeważał pogląd, że badanie cytologiczne należy powtarzać co rok. Obecnie coraz bardziej przeważa opinia, że jest to zbyt duża, niepotrzebna częstotliwość, i że badanie to powinno być przeprowadzone raz na 3 lata. Zwolennicy tej tezy, na podstawie przeprowadzonych badań, uważają, że częstsze pobieranie wymazów nie zmniejsza liczby zachorowań na inwazyjną postać raka szyjki macicy, a jedynie zwiększa koszty programu badań. Być może, licząc się z pewną zwłoką ze strony kobiet, co spowodowałoby wydłużenie tego okresu, należy zalecać częstsze badanie cytologiczne np. co 2 lata [11]. Rozbieżności i kontrowersje widoczne są w badaniach Jokiel, gdzie odsetek kobiet zgłaszających się na tego typu badania przesiewowe nie przekracza 10%, choć wykazuje tendencje wzrostowe [14].

Kozakiewicz podaje, że częstość badań ginekologicznych połączonych z badaniem cytologicznym i ewentualnie kolposkopowym jest bardzo mała (cytologia u ok. 12%). Badaniu cytologicznemu powinna poddać się każda kobieta, bez względu na wiek, przynajmniej raz w roku [15]. Wyniki badań własnych wskazują, że blisko połowa ankietowanych posiadała wiedzę, że kobiety powinny zgłaszać się na badania cytologiczne co 2-3 lata. Potwierdza to fakt, iż ponad połowa ankietowanych ostatni raz z wizytą u ginekologa było w ciągu ostatniego roku, a co piąta badana mniej więcej dwa lata temu. Nie odbiega to od wytycznych stosowanych co do częstości badania ginekologicznego. Cox podaje, że pierwsze badanie ginekologiczne powinno się odbyć nie później niż 3 lata od pierwszego stosunku płciowego, a kolejne co 2 lata, bez względu na częstość współżycia, ale z uwzględnieniem samopoczucia pacjentki [16].

Najczęściej wymienianym przez ankietowane źródłem wiedzy na temat różnych aspektów dotyczących raka szyjki macicy jest lekarz ginekolog. Jest to wskazanie ukazujące poszukiwanie informacji u osób kompetentnych i z dużą wiedzą w danym zakresie. Pokazuje też zaufanie jakim pacjenci dążą swoich lekarzy. Znacząco wskazywały także na dużą rolę zdobywania wiedzy poprzez czytanie materiałów edukacyjnych. Stąd wynikałoby, że edukacja zdrowotna jest nieocenionym sprzymierzeńcem w walce z nowotworami. Powinna być ona propagowana równoległe z prowadzonymi badaniami profilaktycznymi przez bezpośrednie kontakty z kobietą oraz za pomocą środków masowego przekazu [17]. Edukacja zdrowotna ma na celu przekonanie kobiet o słuszności i konieczności prowadzonych badań oraz zlikwidowanie lub złagodzenie niekorzystnego i głęboko zakorzenionego w społeczeństwie zjawiska tzw. kancerofobii. Przemilczenie zagrożenia nie zapobiega zachorowaniu na raka.

Szeroka edukacja społeczna odgrywa podstawową rolę w zwiększaniu liczby kobiet poddających się profilaktycznym badaniom cytologicznym. W działaniach skłaniających kobiety do regularnego badania cytologicznego szyjki macicy konieczne jest zaangażowanie zarówno lekarzy jak i placówek ochrony zdrowia. Znaczącą rolę w badaniach profilaktycznych odgrywają lekarze rodzinni i położne rodzinne a ich działania powinny obejmować wszystkie kobiety ze szczególnym uwzględnieniem grup podwyższonego ryzyka.

WNIOSKI

- Większość kobiet oceniło swoją wiedzę na temat wpływu zdrowego stylu życia na profilaktykę nowotworową jako dobrą.
- Ponad połowa ankietowanych kobiet, z doświadczeniem macierzyńskim i wykształceniem średnim, posiada wiedzę na temat wpływu inicjacji seksualnej i częstej zmiany partnerów seksualnych na rozwój nowotworu szyjki macicy.
- W ostatnim roku wizytę u lekarza ginekologa odbyły w większości respondentki w wieku 26-35 lat, posiadające dzieci, mieszkanki miasta powiatowego.
- Na badania cytologiczne szyjki macicy najczęściej zgłaszały się kobiety w wieku 21 – 35 lat, mające dzieci i legitymujące się wykształceniem średnim.
- Najczęściej wymienianym przez ankietowane źródłem wiedzy na temat różnych aspektów dotyczących raka szyjki macicy jest lekarz ginekolog.

PIŚMIENNICTWO

- Hempling R. E. Rak szyjki macicy. [w:] Piver S. M., red. Podręcznik onkologii ginekologicznej. Warszawa: PZWL; 1999. s. 150-191.
- Kozakiewicz B. Nowotwory złośliwe narządu rodowego. *Nowa Medycyna* 2003; 3 (122): 117 – 120.
- Markowska J. Epidemiologia i etiopatogeneza raka szyjki macicy. [w:] Markowska J., red. *Onkologia ginekologiczna*. Wrocław: Wyd. Urban & Partner, 2002. s. 410 – 416.
- Głyda A., Pawelczyk L. Okres dojrzalości - cykl miesięczkowy. [w:] Pisarski T., red. *Położnictwo i ginekologia*. Podręcznik dla studentów. Warszawa: PZWL; 1996. s. 92–95.
- Gerber J. Profilaktyka onkologiczna na co dzień w ginekologii. *Pol. Med. Rodz.* 2000. 2 (2): 135 – 138.
- Monsonego J. Profilaktyka raka szyjki macicy - stan obecny oraz założenia na przyszłość. *Kolposkopia* 2002. 2 (1): 1 – 6.
- Sajdak S. Badania diagnostyczne. Histeroskopia. [w:] Pisarski T., red. *Położnictwo i ginekologia*. Podręcznik dla studentów medycyny. Warszawa: PZWL; 1996. s. 622–624.
- Strzyżowski P., Kędzia H. Rak szyjki macicy. [w:] Słomko Z, red. *Ginekologia*. Podręcznik dla lekarzy i studentów. Warszawa: PZWL, 1997. s. 526–527.
- Ślusarska B., Wysokiński M., Sadurska A., Zarzycka D., Adamska-Kuźmicka I. Edukacja zdrowotna w profilaktyce nowotworowej. *Pol. Med. Rodz.* 2004. 6 (1): 510-514.
- Schiffman M, Bauer H, Hoover R, [et al.]. Epidemiologic evidence showing that human papillomavirus infection causes most cervical intraepithelial neoplasia. *J Natl Cancer Inst.* 1993. 85: 958-964.
- Kozakiewicz B. Nowotwory złośliwe narządu rodowego. *Nowa Medycyna* 2003. 3 (122): 117 – 120.
- Rzepka-Górska I. Problemy ginekologiczne u młodych kobiet. *Med. Dyplom.* 2002. 11 (9): 56–64.
- Knihinicka-Mercik Z, Kazimierzczak I, Mess E, [i wsp.]. Styl życia kobiet przed rozpoznaniem raka szyjki macicy. *Onkol Pol.* 2006. 9: 141-144.
- Jokiel M, Bielska-Lasota M, Kraszewska E. Zmiany uświadomienia i zachowań zdrowotnych kobiet dotyczące profilaktyki raka szyjki macicy w latach 1976, 1986, 1990 i 1998. *Przeegl Epidemiol.* 2001. 55: 323-330.
- Kozakiewicz B. Podstawowe badania podmiotowe i przedmiotowe wykorzystywane w onkologii - nowotworach złośliwych narządu rodowego i raka piersi. *Nowa Medycyna* 2003. 3 (122): 98 – 103.
- Cox J. Wytyczne profilaktyki raka szyjki macicy: znaczenie częstotliwości badań. Część 1. *Ginekol. Dypl.* 2006, 7, 13-19.
- Nowicki 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.

Praca przyjęta do druku: 02.02.2010

Praca zaakceptowana do druku: 25.05.2010