



Wiedza kobiet na temat profilaktyki raka szyjki macicy

Awareness of women about cervical cancer prevention

Anna Ewa Tałaj, Danuta Cichostępska

Faculty of Health Sciences, Academy of Applied Medical and Social Sciences in Elbląg, Poland

Publishing info

Received: 2023-10-30
Accepted: 2023-12-14
Online first: 2023-12-31

Keywords:

prevention
cervical cancer
health education

User license:

This work is licensed under a Creative Commons License: CC-BY-NC-ND.



Original version of this paper is available here



Abstract

Introduction: Despite the fact that over the years there has been progress in the field of cervical cancer prevention, a very large number of diagnoses of this disease are still observed, both in Poland and around the world.

Aim: The aim of the study is to check the level of knowledge of women living in the city of Elbląg and nearby towns about the prevention of cervical cancer.

Material and methods: The work used a diagnostic survey method, a survey technique and a research tool, which is a survey questionnaire addressed to residents of Elbląg and its nearby towns. The research took place in 2022 between January and March.

Results and discussion: The study confirms that women's awareness of cervical cancer prevention is not high enough. One of the important reasons for this conclusion is the insufficient stress of knowledge and awareness about cervical cancer in society and the need to regularly visit a gynecologist and perform cytological tests.

Conclusions: Too low level of health education in the field of health and sexology is the reason for insufficient knowledge of women about RSM. Doctors, nurses and midwives are the most important promoters of knowledge about cervical cancer. The still insufficient level of knowledge and awareness of women in the field of cervical cancer prevention results in the still high problem of diagnosing these diseases among women both in Poland and around the world. Compared to other countries in the European Union, Poland is one of the most frequently diagnosed new cases of cervical cancer.

Corresponding author:

Anna Ewa Tałaj, Faculty of Health Sciences, Academy of Applied Medical and Social Sciences in Elbląg, Lotnicza 2, 82-300 Elbląg, Poland.

E-mail: anna_t2@o2.pl

1. WPROWADZENIE

Dane szacunkowe WHO z 2019 r. zakładają, że aktualnie na świecie żyje około 1 mln chorych na raka szyjki macicy (RSM), co stawia go na czwartej pozycji wśród nowotworów wykrywanych u kobiet na świecie. Na świecie rocznie rozpoznawanych jest około 500 tys. nowych przypadków RSM. Zgon następuje u blisko 270 tys. kobiet, z czego 85% ma miejsce w krajach słabo rozwiniętych. Polska pod względem zachorowalności na RSM plasuje się na końcowej pozycji wśród krajów na świecie¹.

Stany przednowotworowe i wczesne stadia RSM nie dają szczególnych objawów. Pierwsze charakterystyczne symptomy, które wskazywać by mogły na rozwój RSM, to brudnoszare, wodniste, cuchnące upławy, pojawiające się między miesiączkami. Przy nowotworowych zmianach nabłonka szyjki macicy bardzo często pojawiają się krwawienia kontaktowe (badanie ginekologiczne, stosunek seksualny, irygacja). Ponadto obserwuje się bóle okolicy lędźwiowo-krzyżowej, mogące świadczyć o rozprzestrzenieniu się zmian nowotworowych do przymacicza oraz węzłów chłonnych, a także bóle podbrzusza. Dalszy rozwój RSM może powodować pojawianie się nacieków na odbytnicy lub ścianie pęcherza moczowego, a także krwawienia z odbytu bądź cewki moczowej. Rozwijająca się choroba stopniowo wyniszcza cały organizm, a nieleczona prowadzi do zgonu.

Rokowania pacjentów z RSM są zależne od zaawansowania choroby. Symptomy wykryte na wczesnym etapie schorzenia dają dobre rokowania (odsetek pięcioletnich przeżyć mieści się w granicach 75–90%).

Głównym badaniem w diagnostyce RSM jest cytologia. Polega ona na pobraniu i ocenie materiału w postaci komórek nabłonka z kanału i tarczy szyjki macicy. Systematyczne powtarzanie badania cytologicznego pozwala na wykrycie niekorzystnych zmian już na wczesnym etapie i wdrożeniu jak najszybszego leczenia.

Profilaktyka RMS obejmuje edukację zdrowotną dziewcząt i kobiet w tym zakresie, a także w zakresie zachowań seksualnych, zdrowego trybu życia, higieny intymnej, szczepień przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV) oraz profilaktycznych badań cytologicznych².

Mimo że na przestrzeni lat odnotowuje się postęp w dziedzinie profilaktyki RSM, wciąż stawiane są liczne diagnozy tej choroby zarówno w Polsce, jak i na świecie. Za sprawą coraz częstszego nagłaśniania konieczności wykonywania regularnych badań cytologicznych, pozwalających na wczesne rozpoznanie nieprawidłowości szyjki macicy, zmniejsza się liczba rozpoznanych RSM w zaawansowanym stadium. Wczesne wdrożenie leczenia wykrytych zmian często hamuje rozwój choroby.

Najczęstszą przyczyną RSM jest wirus brodawczaka ludzkiego (HPV), który sprzyja powstawaniu środowiska wspierającego przekształcanie zdrowych komórek w nowotworowe. Zakażenie przebiega bezobjawowo. Najbardziej znane i niebezpieczne są podtypy 16 oraz 18. Ryzyko zachorowania na RSM wzrasta aż dwukrotnie u kobiet palących wyroby nikotynowe. Ponadto wskazaniem do diagnostyki w kierunku RSM są infekcje narządów rodnych (rzeżączka, chlamydia, wirus opryszczki narządów płciowych), duża liczba przebytych ciąż i porodów (powyżej 5), wieloletnie stosowanie antykoncepcji³.

2. CEL

Celem głównym pracy jest sprawdzenie poziomu wiedzy kobiet zamieszkałych na terenie miasta Elbląg i pobliskich miejscowości na temat profilaktyki RSM. Skupiono się na następujących zagadnieniach:

- 1) Czy wiedza kobiet o profilaktyce RSM jest na dobrym poziomie?
- 2) Z jakich źródeł respondentki czerpały wiedzę dotyczącą profilaktyki RSM?
- 3) Czy respondentki wiedzą, czym jest wirus HPV?
- 4) Czy ankietowane mają świadomość, na czym polega badanie cytologiczne i co ile czasu należy je wykonywać?
- 5) Czy wiek ankietowanych ma wpływ na poziom ich wiedzy z zakresu profilaktyki RSM?
- 6) Czy wykształcenie kobiet wpływa na poziom ich wiedzy na temat profilaktyki RSM?
- 7) Czy liczba porodów ankietowanych ma znaczący wpływ na poziom ich wiedzy z zakresu profilaktyki RSM?

3. MATERIAŁ I METODY

Badania przeprowadzono od stycznia do marca 2022 r. Wzięło w nich udział 100 kobiet w różnym wieku, będących mieszkankami Elbląga oraz pobliskich miejscowości. Główne badanie było poprzedzone badaniem pilotażowym, które miało miejsce pod koniec grudnia 2021 r. i w którym uczestniczyło 15 kobiet. Pozwoliło ono potwierdzić przydatność opracowanego narzędzia badawczego i zasadność kontynuowania badania.

W pracy wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, technikę ankiety oraz narzędzie badawcze w postaci kwestionariusza ankiety. Uzyskane odpowiedzi zostały poddane analizie statystycznej. Kwestionariusz ankiety stanowi materiał załącznikowy do artykułu (załącznik 1 online).

Za istotne statystycznie zależności pomiędzy zmiennymi uznano wyniki, gdzie $p < 0,05$. Zmienne wyrażone na poziomie porządkowym lub nominalnym analizo-

wano z wykorzystaniem testów opartych na rozkładzie χ^2 . W przypadku tabel 2×2 stosowano poprawkę na ciągłość, natomiast gdy nie zostały spełnione warunki stosowania testu χ^2 , wykorzystywany był dokładny test Fishera z rozwinięciem dla tabel większych niż 2×2 .

Obliczenia wykonano w środowisku statystycznym R v. 3.6.0, programie PSPP oraz MS Office 2019.

4. WYNIKI I Dyskusja

W badaniu ankietowym wzięto udział 100 respondentek, którym zadano 15 pytań z możliwością jedno- lub wielokrotnego wyboru.

Na pytanie, czy palenie papierosów ma wpływ na wystąpienie RSM, 51 (51%) osób twierdziło, że raczej ma wpływ, 33 (33%) było zdania, że wpływ ten jest zdecydowany, 15 (15%) osób nie miało zdania na ten temat, a 1 (1%) uważała, że palenie raczej nie ma wpływu na tę chorobę.

Zdaniem 11 (11%) respondentek zmiana partnerów zdecydowanie nie ma wpływu na wystąpienie RSM, 17 (17%) sądziło, że raczej nie ma to znaczenia, 12 (12%) nie miało na ten temat zdania, 34 (34%) twierdziło, że ma to istotne znaczenie, zaś 26 (26%) było zdania, że ma to zdecydowany wpływ.

Według 76 (76%) respondentek najistotniejsze przyczyny zachorowania na RSM to stany zapalne pochwy, 74 (74%) – palenie tytoniu, a 64 (64%) – nieprawidłowy wynik cytologii. Za ważne czynniki 43 (43%) respondentki uznały także antykoncepcję hormonalną, zaś 42 (42%) – dużą liczbę bądź częstą zmianę partnerów seksualnych. Na choroby dziedziczne i wczesne rozpoczęcie współżycia intymnego wskazały po 33 osoby (33%). Tylko 25 (25%) respondentek było zdania, że na wystąpienie RSM ma wpływ zakażenie wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV). Najmniejsze znaczenie dla rozwoju RSM w opinii 19 (19%) badanych ma wielodzietność. Tyle samo osób wskazało na zakażenie HIV (19; 19%).

Wśród ankietowanych kobiet 48 (48%) było zdania, że wczesne objawy kliniczne w RSM raczej mogą się pojawiać, 29 (29%) nie miało wiedzy na ten temat, 11 (11%) uważało, że RSM raczej nie daje klinicznych objawów, 7 (7%) – że zdecydowanie je daje, a 5 (5%) – że zdecydowanie ich nie daje.

Na pytanie o objawy RSM (z możliwością wielokrotnego wyboru) 29 (29%) respondentek było zdania, że RSM objawia się krwawieniem w trakcie stosunku seksualnego, 29 (29%) – po stosunku seksualnym, 20 (20%) – bólem przy oddawaniu moczu, 19 (19%) – pieczeniem przy oddawaniu moczu, 27 (27%) – bolesnością podbrzusza, 24 (24%) – świądem okolic intymnych, 75 (75%) – ropno-słuzowymi upławami z pochwy, 35 (35%) – bólami krzyżo-

wo-łędźwiowymi, 78 (78%) – upławami o nieprzyjemnym zapachu, a 35 (35%) – nieregularnymi miesiączkami.

Przy pytaniu dotyczącym szybkości pojawiania się objawów RSM 53 (53%) ankietowane kobiety odpowiedziały, że ukazują się one raczej szybko, 26 (26%) nie miało wiedzy w tym zakresie, 9 (9%) uważało, że RSM raczej nie daje szybkich objawów, 7 (7%) – że zdecydowanie nie daje szybkich objawów, a 5 (5%) – że zdecydowanie daje szybkie objawy.

Kolejne pytanie dotyczyło określenia, na czym polega profilaktyka pierwotna w RSM. Wśród badanych 20 (20%) osób wskazało na edukację, 30 (30%) na badania profilaktyczne, 25 (25%) na szczepienia. Aż 25 (25%) respondentek nie znało odpowiedzi.

Na pytanie o profilaktykę wtórną w RSM 15 (15%) respondentek odpowiedziało, że polega ona na edukacji, 50 (50%) – na badaniach profilaktycznych, a 7 (7%) – na szczepieniach. Aż 28 (28%) ankietowanych nie miało wiedzy w tym zakresie.

Przy pytaniu o zalecany termin wykonania pierwszej cytologii 45 (45%) respondentek odpowiedziało, że musi się ona odbyć między 20. a 25. roku życia, 24 (24%) – po pierwszej miesiączce, 21 (21%) – do 3 lat od rozpoczęcia współżycia, 2 (2%) – po menopauzie. Odpowiedzi nie potrafiły udzielić 22 (22%) badane.

Aż 59 (59%) ankietowanych uznała prawidłowo, że badanie cytologiczne powinno być przeprowadzane regularnie co 3 lata, 27 (27%) – że co 5 lat, 1 (1%) – że co 7 lat i 1 (1%) – że co miesiąc. Z kolei 12 (12%) respondentek nie znało odpowiedzi.

Na pytanie dotyczące znajomości sposobu przeprowadzania badania cytologicznego 60 (60%) respondentek odpowiedziało, że polega ono na pobraniu rozmazu z szyjki macicy, 34 (34%) – na pobraniu rozmazu z pochwy, 1 (1%) – na badaniu palpacyjnym pochwy. Odpowiedzi nie znało 5 (5%) osób.

Na pytanie dotyczące terminu, w którym powinno być wykonane badanie cytologiczne, znaczna część, bo aż 81 (81%) ankietowanych, nie znała odpowiedzi. Cytologię należy wykonać między miesiączką a owulacją, najlepiej w pierwszej fazie cyklu. Prawidłowej odpowiedzi udzieliły 14 (14%) respondentki, 4 (4%) stwierdziły, że badanie to należy wykonać po owulacji, a 1 (1%) – że w czasie miesiączki.

Kolejne pytanie dotyczyło bolesności badania cytologicznego. W badanej grupie 41 (41%) respondentek stwierdziło, że badanie raczej nie jest bolesne, 29 (29%) – że zdecydowanie nie jest bolesne, 8 (8%) – że raczej jest bolesne, 7 (7%) – że zdecydowanie jest bolesne. Odpowiedzieć na to pytanie nie potrafiło 15 (15%) respondentek.

Zdaniem 66 (66%) badanych kobiety nie poddają się regularnym badaniom cytologicznym z powodu wstydu, 40 (40%) – z obaw o wynik badania, 32 (32%) –

z obaw przed bólem, 31 (31%) – z braku takiej potrzeby. Pozostałe 2 (2%) ankietowane nie znały odpowiedzi.

Na pytanie, czym jest HPV, prawidłowej odpowiedzi udzieliły 42 (42%) ankietowane. Zdaniem 13 (13%) HPV to bakteria, a 11 (11%) uznało, że grzyb. Odpowiedzi nie znały 34 (34%) kobiety.

Kolejne pytanie dotyczyło konieczności szczepień przeciwko HPV w przypadku kobiet już zakażonych. Jak wiadomo, nosicielka HPV nie musi wykonywać szczepienia, gdyż nie wpływa ono na przebieg zakażenia, tzn. nie pogarsza ewentualnie istniejących zmian chorobowych, ale też nie eliminuje zakażenia i nie działa leczniczo. Na to pytanie prawidłową odpowiedź znały zaledwie 2 (2%) ankietowane. Aż 66 (66%) kobiet nie miało wiedzy na ten temat, 23 (23%) uznały, że zakażone HPV powinny wykonać szczepienie, a 9 (9%) – że nie powinny tego robić.

Na pytanie, czy szczepienie przeciwko HPV daje trwałą oraz całkowitą odporność na zachorowanie, 7 (7%) respondentek stwierdziło, że szczepienie zdecydowanie trzeba powtarzać co roku, 13 (13%) – że szczepienie raczej trzeba powtarzać co 8 lat, 15 (15%) – że szczepienie jest zdecydowanie skuteczne i jednorazowe. Odpowiedzi nie znało 65 (65%) ankietowanych.

Wśród badanych 57 (57%) osób uznało prawidłowo, że stosowanie prezerwatywy zmniejsza ryzyko zakażenia HPV, lecz nie eliminuje go całkowicie. Zdaniem 33 (33%) prezerwatywa całkowicie zabezpiecza przed zakażeniem HPV, a 10 (10%) uznało, że nie daje żadnego zabezpieczenia przed zachorowaniem.

4.1. POZIOM WIEDZY RESPONDENTEK O PROFILAKTYCE RSM

W badanej grupie 36 kobiet (36%) reprezentowało najwyższy poziom wiedzy, 35 (35%) – przeciętny, a 29 (29%) najniższy. Uzyskane wyniki okazały się nieistotne statystycznie (tabela 1). Respondentki reprezentowały najwyższy poziom wiedzy nieistotnie statystycznie częściej ($p > 0,05$) niż pozostałe poziomy wiedzy. Zważywszy jednak na fakt, iż blisko dwie trzecie kobiet (64%) uzyskało wynik nie wyższy niż 55% poprawnych odpowiedzi, należy uznać, że poziom wiedzy w badanej grupie nie był wysoki.

4.2. ZALEŻNOŚĆ POMIĘDZY WYKSZTAŁCENIEM A ŹRÓDŁAMI CZERPANIA WIEDZY O RSM

Ze względu na małe liczebności kategorii źródeł wiedzy „położna i pielęgniarka” scalono je z kategorią „lekarz” i nadano wspólną nazwę „personel medyczny”. Było to konieczne w celu rzetelnego badania zależności (alternatywą byłoby całkowite usunięcie mało licznych kategorii). Weryfikacji istnienia zależności dokonano przy zastosowaniu testu χ^2 . Występowanie istotnych zależ-

ności między zmiennymi stwierdzano, gdy $p < 0,05$. Wyniki testu zestawiono w tabeli 2.

Zależność pomiędzy wykształceniem a źródłami wiedzy o RSM okazała się istotna statystycznie ($p < 0,05$). Kobiety z wykształceniem podstawowym lub zawodowym najczęściej (69,2%) czerpały wiedzę od personelu medycznego, podczas gdy kobiety z wykształceniem średnim (63,3%) oraz wyższym (96,8%) – z mediów i Internetu.

4.3. ZALEŻNOŚĆ POMIĘDZY WIEKIEM A WIEDZĄ, CZYM JEST HPV

Z powodu małych liczebności poszczególnych kategorii wiekowych kategorię „30–39 lat” scalono z kategorią „18–29 lat”, a kategorię „40–49 lat” z „50–59 lat” oraz „powyżej 59 lat”. Było to niezbędne dla wykonania rzetelnej analizy.

Zarówno kobiety w wieku 18–39 lat (45,5%), jak i powyżej 39 lat (39,3%) najczęściej wskazywały, że HPV to wirus brodawczaka ludzkiego. Występujące różnice były niewielkie, w związku z czym należało je uznać za statystycznie nieistotne ($p > 0,05$). Oznacza to, iż umiejętność poprawnej kategoryzacji skrótu HPV nie była w sposób statystycznie istotny zależna od wieku respondentek (tabela 3).

Tabela 1. Analiza poziomu wiedzy respondentek o RSM

Poziom zmiennej / Wartości	N	Proporcja	Reszta	Wynik testu	
Najniższy					
Obserwowane	36,00	0,360	-2,67	$\chi^2 = 0,86$ $df = 2$ $p = 0,651$	
Oczekiwane	33,33	0,333			
Przeciętny					
Obserwowane	35,00	0,350	-1,67		
Oczekiwane	33,33	0,333			
Najwyższy					
Obserwowane	29,00	0,290	4,33		
Oczekiwane	33,33	0,333			

Uwagi: χ^2 – statystyka testu; df – stopnie swobody; N – liczebność; p – istotność statystyczna

Tabela 2. Zależność pomiędzy wykształceniem a źródłami czerpania wiedzy o RSM

Źródła wiedzy o profilaktyce	Wykształcenie			Wynik testu
	podstawowe lub zawodowe	średnie	wyższe	
Bliscy	10 (25,6)	9 (30,0)	18 (58,1)	$\chi^2 = 34,356$ $df = 6$ $p = 0,001$
Media, Internet	18 (46,2)	19 (63,3)	30 (96,8)	
Personel medyczny	27 (69,2)	13(43,3)	15 (48,4)	

Uwagi: χ^2 – statystyka testu; df – stopnie swobody; N – liczebność; p – istotność statystyczna

Tabela 3. Zależność pomiędzy wiekiem ankietowanych a ich wiedzą o HPV, N (%)

Kategoryzacja HPV	Wiek		Wynik testu
	18–39 lat	powyżej 39 lat	
Bakteria	4 (9,1)	9 (16,1)	$\chi^2 = 1,156$ $df = 3$ $p = 0,763$
Wirus brodawczaka ludzkiego	20 (45,5)	22 (39,3)	
Grzyb	5 (11,4)	6 (10,7)	
Nie wiem	15 (34,1)	19 (33,9)	
Ogółem	44 (100,0)	56 (100,0)	

Uwagi: χ^2 – statystyka testu; df – stopnie swobody; N – liczebność; p – istotność statystyczna

4.4. ZALEŻNOŚĆ POMIĘDZY WYKSZTAŁCENIEM A WIEDZĄ, NA CZYM POLEGA BADANIE CYTOLOGICZNE I CO JAKI CZAS SIĘ JE WYKONUJE

Na potrzeby badania całkowicie wykluczono skrajnie mało liczne podkategorie wiedzy, na czym polega badanie cytologiczne: „badanie palpacyjne pochwy” oraz „nie wiem”, a także podkategorie wiedzy, jak często wykonuje się cytologię: co „7 lat” oraz co „2 miesiące”. Wynik badania był istotny statystycznie ($p < 0,05$). Kobiety z wykształceniem podstawowym lub zawodowym najczęściej wskazywały, że badanie cytologiczne polega na pobraniu rozmazu z pochwy (53,8%), zaś kobiety z wykształceniem średnim (72,4%) oraz wyższym (80,6%) najczęściej wskazywały na pobranie rozmazu z szyjki macicy. Kobiety z najniższym wykształceniem istotnie statystycznie częściej ($p < 0,05$) udzielały niepoprawnej odpowiedzi wskazującej na pobranie rozmazu z pochwy (tabela 4). Zależność pomiędzy wiedzą, na czym polega badanie cytologiczne, a wykształceniem okazała się istotna statystycznie ($p < 0,05$).

Następnie zbadano zależność między poziomem wykształcenia a wiedzą na temat częstotliwości wykonywania badania cytologicznego. Uzyskany wynik był statystycznie nieistotny ($p > 0,05$). Kobiety z wykształceniem

Tabela 4. Zależność pomiędzy wykształceniem ankietowanych a ich wiedzą dotyczącą sposobu oraz czasu wykonania cytologii, N (%)

Pytanie z ankiety	Wykształcenie			Wynik testu
	podstawowe lub zawodowe	średnie	wyższe	
Na czym polega badanie cytologiczne				$\chi^2 = 17,682$ $df = 4$ $p = 0,001$
pobranie rozmazu z pochwy	21 (53,8)	7 (24,1)	6 (19,4)	
pobranie rozmazu z szyjki macicy	14 (35,9)	21 (72,4)	25 (80,6)	
Czas pomiędzy badaniami cytologicznymi				$\chi^2 = 34,356$ $df = 6$ $p = 0,001$
5 lat	11 (28,2)	5 (16,7)	11 (37,9)	
3 lata	21 (53,8)	20 (66,7)	18 (62,1)	
nie wiem	7 (17,9)	5 (16,7)	0 (0,0)	

Uwagi: χ^2 – statystyka testu; df – stopnie swobody; N – liczebność; p – istotność statystyczna

podstawowym lub zawodowym (53,8%), podobnie jak kobiety z wykształceniem średnim (66,7%) oraz wyższym (62,1%), najczęściej wskazywały, że badanie cytologiczne wykonuje się co 3 lata. Występujące różnice były nieznaczne, a co za tym idzie statystycznie nieistotne ($p > 0,05$). Badanie wykazało więc, że znajomość częstotliwości wykonywania badań cytologicznych nie była istotnie zależna od poziomu wykształcenia (tabela 4).

4.5. ZALEŻNOŚĆ POMIĘDZY WIEKIEM A OGÓLNYM POZIOMEM WIEDZY NA TEMAT PROFILAKTYKI RSM

Ankietowane panie w wieku 18–39 lat najczęściej reprezentowały najwyższy poziom wiedzy (40,9%), podczas gdy starsze panie reprezentowały najczęściej poziom najniższy (46,4%). Zależność ta była istotna statystycznie ($p < 0,05$). Oznacza to występowanie znacznych różnic w rozkładzie poziomu wiedzy w podziale na wiek (tabela 5).

4.6. ZALEŻNOŚĆ POMIĘDZY WYKSZTAŁCENIEM A OGÓLNYM POZIOMEM WIEDZY NA TEMAT PROFILAKTYKI RSM

Podczas sprawdzania zależności pomiędzy wykształceniem a ogólnym poziomem wiedzy na temat profilaktyki RSM uzyskano wynik istotny statystycznie ($p < 0,05$). Oznacza to, iż występują duże różnice w rozkładzie poziomu wiedzy w podziale na wykształcenie. Badane kobiety z wykształceniem podstawowym lub zawodowym najczęściej reprezentowały najniższy poziom wiedzy (48,7%), z wykształceniem średnim najczęściej reprezentowały poziom przeciętny (43,3%), a z wyższym – poziom najwyższy (51,6%). Kobiety z podstawowym bądź zawodowym wykształceniem charakteryzowały się istotnie statystycznie ($p < 0,05$) najniższą wiedzą o profilaktyce RSM, a im wyższy był poziom wykształcenia, tym istotnie większa była wiedza respondentek (tabela 6).

4.7. ZALEŻNOŚĆ POMIĘDZY LICZBĄ PORODÓW A OGÓLNYM POZIOMEM WIEDZY NA TEMAT PROFILAKTYKI RSM

Na potrzeby badania całkowicie wykluczono ekstremalnie mało liczną kategorię „poronienie”. Podczas sprawdzania zależności pomiędzy liczbą porodów a ogólnym poziomem wiedzy na temat profilaktyki RSM wynik badania okazał się być statystycznie nieistotny ($p > 0,05$).

Tabela 5. Zależność pomiędzy wiekiem ankietowanych a ich ogólnym poziomem wiedzy o RSM, N (%)

Poziom wiedzy	Wiek		Wynik testu
	18–39 lat	powyżej 39 lat	
Najniższy	10 (22,7)	26 (46,4)	$\chi^2 = 7,729$ $df = 2$ $p = 0,021$
Przeciętny	16 (36,4)	19 (33,9)	
Najwyższy	18 (40,9)	11 (19,6)	
Ogółem	44 (100,0)	56 (100,0)	

Uwagi: χ^2 – statystyka testu; df – stopnie swobody; N – liczebność; p – istotność statystyczna

Tabela 6. Zależność pomiędzy wykształceniem ankietowanych a ich ogólnym poziomem wiedzy o RSM, N (%)

Poziom wiedzy	Wykształcenie			Wynik testu
	podstawowe lub zawodowe	średnie	wyższe	
Najniższy	19 (48,7)	8 (26,7)	9 (29,0)	$\chi^2 = 16,265$ $df = 4$ $p = 0,003$
Przeciętny	16 (41,0)	13 (43,3)	6 (19,4)	
Najwyższy	4 (10,3)	9 (30,0)	16 (51,6)	
Ogółem	39 (100,0)	30 (100,0)	31 (100,0)	

Uwagi: χ^2 – statystyka testu; df – stopnie swobody; N – liczebność; p – istotność statystyczna

Kobiety, które nie przebyły żadnego porodu, najczęściej reprezentowały przeciętny poziom wiedzy (55,6%). Panie, które przebyły do 2 porodów, reprezentowały najczęściej poziom najwyższy (38,0%), a panie, które przebyły więcej niż 2 porody, najczęściej reprezentowały poziom najniższy (50,0%). Wskazane różnice, choć wyraźne, okazały się statystycznie nieistotne ($p > 0,05$). Badanie wykazało więc, że poziom wiedzy o profilaktyce RSM nie był istotnie zależny od liczby przebytych porodów (tabela 7).

Wyniki badań potwierdzają, że świadomość kobiet na temat profilaktyki raka szyjki macicy nie jest dostatecznie wysoka. Jedną z istotnych przyczyn jest zbyt małe rozpowszechnianie w społeczeństwie wiedzy na temat RSM. Kobiety powinny regularnie uczęszczać na wizyty do gabinetu lekarza ginekologa oraz wykonywać badania cytologiczne. Dzięki temu nawet przy rozpoznaniu niepokojącej zmiany można reagować już na wczesnym etapie rozwoju choroby. Ponadto temat edukacji o RSM powinien być promowany przez pedagogów już w szkołach oraz w większym nasileniu w placówkach medycznych.

Dzięki nagłaśnianiu tego tematu już w wieku szkolnym młodzież rozpoczynająca współżycie seksualne miałaby znacznie szerszą wiedzę i pojęcie na temat niebezpieczeństw związanych z przygodnymi kontaktami seksualnymi lub z niedostatecznym dbaniem o swoje zdrowie i ciało. Ważnym aspektem jest także obowiązek promowania profilaktyki RSM przez personel medyczny, czyli lekarzy, pielęgniarki i położne. To właśnie te grupy zawodowe powinny wykazywać się największą i aktualną wiedzą z dziedziny edukacji zdrowotnej i promowania zdrowego stylu życia⁴.

5. WNIOSKI

- 1) Zbyt niski poziom edukacji zdrowotnej z zakresu prozdrowotności oraz seksuologii jest przyczyną niedostatecznej wiedzy kobiet o RSM.
- 2) Profilaktyka RSM powinna stanowić ważny element w edukacji dziewcząt, np. w szkole, a także rodziców, opiekunów i pedagogów.

Tabela 7. Zależność pomiędzy liczbą porodów ankietowanych a ich ogólnym poziomem wiedzy na temat profilaktyki RSM, N (%)

Poziom wiedzy	Liczba porodów			Wynik testu
	0	0–2	>2	
Najniższy	6 (22,2)	17 (34,0)	10 (50,0)	$\chi^2 = 8,839$ $df = 4$ $p = 0,065$
Przeciętny	15 (55,6)	14 (28,0)	6 (30,0)	
Najwyższy	6 (22,2)	19 (38,0)	4 (20,0)	
Ogółem	27 (100,0)	50 (100,0)	20 (100,0)	

Uwagi: χ^2 – statystyka testu; df – stopnie swobody; N – liczebność; p – istotność statystyczna

- 3) Lekarze, pielęgniarki i położne to grupy zawodowe, które powinny być jednym z podstawowych źródeł wiedzy na temat RSM.
- 4) Personel medyczny powinien promować badania profilaktyczne o RSM w znacznie szerszym charakterze.
- 5) Wciąż niedostateczny poziom wiedzy oraz świadomość kobiet z dziedziny profilaktyki RSM skutkuje wciąż utrzymującym się na wysokim poziomie problemie rozpoznawania tych chorób wśród kobiet, zarówno w Polsce, jak i na całym świecie.
- 6) Polska zalicza się do jednego z krajów unijnych, w którym najczęściej diagnozuje się nowe przypadki RSM.

KONFLIKT INTERESÓW

Nie zgłoszono.

ŹRÓDŁA FINANSOWANIA

Nie zgłoszono.

PIŚMIENNICTWO

- 1) Załącznik do uchwały nr 58/808/19/VI Zarządu Województwa Warmińsko-Mazurskiego z dnia 9 grudnia 2019 r. Program Polityki Zdrowotnej województwa warmińsko-mazurskiego na lata 2018–2022 w zakresie profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) – w szczególności działania edukacyjne oraz szczepienia dziewcząt w wieku 11–13 lat (aktualizacja). Olsztyn 2019, s. 7–9.
- 2) Bejda G, Lewko J, Krajewka-Kułak E. *Zachowania prozdrowotne jako element aktywności życiowej człowieka*. Białystok: Uniwersytet Medyczny w Białymstoku; 2020:55–57.
- 3) Kaczmarska-Boroń A, Wiercińska-Drapała A. *Choroby zakaźne i pasożytnicze*. Warszawa: PZWL; 2017.
- 4) Kędzia W, Nowak-Markwitz E, Spaczyński M. *Rak szyjki macicy. Profilaktyka, diagnostyka, leczenie*. Warszawa: PZWL; 2020.