

# Profil socjalny kobiet a ich udział w Programie Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy w Polsce

## Women's social conditions and their participation in Cervical Cancer Population Screening Program in Poland

Spaczyński Marek<sup>1,2</sup>, Nowak-Markwitz Ewa<sup>1,2</sup>, Januszek-Michalecka Lucyna<sup>2</sup>, Karowicz-Bilińska Agata<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup> Klinika Onkologii Ginekologicznej Katedry Ginekologii, Położnictwa i ginekologii Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny, Poznań

<sup>2</sup> Centralny Ośrodek Koordynujący Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy, Poznań

<sup>3</sup> Klinika Patologii Ciąży, I Katedra Ginekologii i Położnictwa, Uniwersytet Medyczny, Łódź

### Streszczenie

**Cel pracy:** Badanie cytologiczne stanowi podstawowy element profilaktyki wtórnej raka szyjki macicy.

Celem pracy była ocena socjoekonomicznych warunków wpływających na decyzję o poddaniu się kobiet badaniu cytologicznemu.

**Materiał i metoda:** Ocenie poddano ankiety uzyskane w latach 2008-2009 od 1625 kobiet (25-59 lat), które zgłosiły się z różnych powodów do poradni ginekologicznych na terenie Polski.

Ankiety zawierały pytania dotyczące wykształcenia, miejsca zamieszkania, stanu cywilnego, diety, otrzymania zaproszenia na badanie cytologiczne oraz czynników wpływających na podjęcie decyzji o wzięciu udziału w badaniu. Określono profil socjalny pacjentki uczestniczącej i nieuczestniczącej w programie i dokonano analizy przyczyn niezgłaszania się na badanie. Dane dotyczące liczby wykonanych badań, liczby świadczeniodawców oraz odpowiedzi na zaproszenia uzyskano z programu SIMP. Do wnioskowania użyto technik analizy korespondencji.

**Wyniki:** Cytologię wykonało 1261 ankietowanych kobiet (77,5%), 894 (55%) otrzymało imienne zaproszenie a 340 (38%) z nich nie zgłosiło się na badanie. Na zaproszenia (2009 r.) zgłosiło się w Polsce 55467 kobiet (5,5%) i ich liczba była niezależna od liczby świadczeniodawców ( $p=0,0001$ ).

W skryningu nie uczestniczą kobiety zamieszkałe na wsi w porównaniu do zamieszkałych w miastach (15,2% vs 8%), panny i wdowy w porównaniu do mężatek i rozwiedzionych (25% vs 5%), kobiety słabo wykształcone w porównaniu do tych z wykształceniem średnim i wyższym (20% vs 6%). Brak czasu (24%), niechęć do zbadania się u nieznanego lekarza (23%) oraz niechęć do badań (15%) to główne przyczyny nieuczestniczenia w skryningu. W programie nie uczestniczą głównie kobiety zamieszkałe na wsi i o niskim poziomie wykształcenia. Kobiety z wyższym wykształceniem korzystają często tylko z opieki w gabinecie prywatnym (38%).

**Wnioski:** Imienne zaproszenia nie są skuteczną metodą zwiększenia zgłaszalności kobiet na badania cytologiczne. Kampanię informacyjną powinno się prowadzić szczególnie na terenach wiejskich i wśród kobiet słabiej wykształconych. Organizatorzy Programu powinni zadbać o łatwy dostęp kobiet do ginekologa przez stałe zwiększanie liczby gabinetów prowadzących badania.

Słowa kluczowe: rak szyjki macicy / profilaktyka / cytologia / zgłaszalność na badania /

### Adres do korespondencji:

Marek Spaczyński  
Klinika Onkologii Ginekologicznej Katedry Ginekologii, Położnictwa i Ginekologii Onkologicznej,  
Uniwersytet Medyczny, Poznań  
60-535 Poznań, ul. Polna 33  
tel. 61 8419 330; fax 61 8419 465  
e-mail: onko@gpsk.am.poznan.pl

Otrzymano: 21.10.2009  
Zaakceptowano do druku: 05.11.2009

## Abstract

**Objectives:** The Aim. Early diagnosis and screening are of vital importance in Poland because of high morbidity and mortality cervical cancer statistics. Polish cervical cancer screening programme is based on personal invitations which are sent to women aged from 25 to 59 every three years. The aim of the study was to assess socioeconomic conditions of the women who decided to accept or refuse that invitation.

**Material and method:** The data was collected from questionnaires filled in by 1625 women (age: 25-59) who sought medical help from gynecologists in Poland. The questions included: age, place of living, education, marital status, children, reaction to the invitation acceptance and its reasons. Social profiles of women, both participating or not in screening, were characterized. Reasons for refusing the invite were analyzed. Data regarding the amount of PAP smear collected, number of practices cooperating with screening programme and invitation responses were obtained from SIMP. Statistical techniques for correspondence analyses was used in the study.

**Results:** 1261 respondents (77.5%) had PAP smear, 894 women received a personal invitation for screening and 38% of them ignored it. In Poland 55467 women (5,5%) responded to the personal invitation (2009) and the number was independent of the number of cooperating practices ( $p=0.0001$ ). Women from rural areas do not participate in the screening programme comparing to city dwellers (15,2% vs. 8%), single, unmarried and widows comparing with married and divorced (25% vs. 5%), and low-educated women in comparison to high-educated (20% vs. 6%). Lack of time (24%), dislike for seeing an unknown physician (23%) and the examination itself (15%) constitute the main reasons for the refusal. Women from villages and low-educated ones comprise the group not participating in screening. High-educated women undergo screening mainly in private medical institutions (38%).

**Conclusions:** Personal invitations for Pap smear examination constitute an ineffective method of increasing participation. The effectiveness of cervical cancer prophylaxis depends on medical education and at random access to medical care. Information campaign should be mainly directed at rural areas and among less educated people. The screening programme management should make sure women have easy access to a gynecologist by steadily increasing the number of cooperating medical practices.

Key words: **uterine cervical neoplasms / prevention / Papanicolae smear / attendance /**

## Wstęp

Profilaktyka od wielu lat jest postrzegana jako skuteczne działanie prowadzące do poprawy zdrowia populacyjnego oraz obniżenia kosztów społecznych wynikających z leczenia. Profilaktyka wtórna służy wczesnemu wykrywaniu chorób, co zwiększa szanse na ich szybkie i skuteczne leczenie [1, 2].

Polska jest krajem o wysokim odsetku zachorowalności i śmiertelności z powodu raka szyjki macicy, i dlatego w 2007 roku wprowadzono Populacyjny Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy (Program) [3].

Założeniem Programu jest aktywny skrining, stosowany od lat w wielu krajach Europy, co przyniosło pożądaną efekt w postaci obniżenia liczby zachorowań i zgonów z powodu raka szyjki macicy [4]. Regularne wizyty u ginekologa i uzyskiwanie w ten sposób informacji o konieczności wykonywania rozmazów cytologicznych są ważnym elementem skriningu, ale równie ważne jest, aby informacje na temat potrzeby i korzyści z regularnego wykonywania badania cytologicznego docierały do wszystkich kobiet [4]. Oceniając ze strony socjologicznej przyczynę zgłaszania się na badania profilaktyczne uznano, że podwyższanie poziomu świadomości społecznej, w tym zdrowotnej prowadzi do wzrostu zainteresowania wykonywaniem badań profilaktycznych [9]. Krótki czas prowadzenia Programu w Polsce powoduje konieczność poznania mechanizmów, które mogą skutecznie zwiększyć zainteresowanie społeczne profilaktyką zdrowotną [10].

Postanowiono poddać ocenie socjalne uwarunkowania w grupie kobiet, które poddały się badaniu cytologicznemu i porównać dane z grupą kobiet, które pomimo otrzymania imiennego zaproszenia nie zgłosiły się na badanie.

## Materiał i metody

W anonimowym badaniu ankietowym wzięło udział 1690 kobiet w wieku 25-59 lat, które zgłaszały się z różnych przyczyn do poradni ginekologicznych na terenie całego kraju w 2008 i 2009 roku. Na wszystkie pytania ankiety udzieliło odpowiedzi 1638 kobiet i one stanowią grupę badaną. Anonimowe ankiety zawierały pytania dotyczące wykształcenia, miejsca zamieszkania, stanu cywilnego, dietności, otrzymania pisemnego zaproszenia na badanie cytologiczne oraz decyzji o wzięciu lub nie udziału w badaniu cytologicznym. Dokonano porównania danych uzyskanych od kobiet, które wykonały badanie cytologiczne z tymi, które nie wzięły udziału w takim badaniu. Zanalizowano także przyczyny nieuczestniczenia kobiet w badaniu cytologicznym i odniesiono je do wyżej opisanych cech socjoekonomicznych.

Dane opisujące uczestnictwo kobiet polskich w Programie uzyskano z programu SIMP. Do wnioskowania statystycznego wykorzystano techniki analizy korespondencji. Obliczeń i wykresów dokonano przy użyciu pakietu Statistica 6.0 PL firmy Stat Soft. Porównano wyniki uzyskane w obydwu grupach i przedstawiono je w formie rycin i tabel. Za poziom istotny statystycznie przyjęto  $p<0,05$

## Wyniki

Do 30 września 2009 pobrano w Polsce 73 651 rozmazów, zaś liczba świadczeniodawców wynosiła 2293. Najwięcej rozmazów pobrano w województwie mazowieckim – 9459, a najmniej w województwie podlaskim – 2248.

Wykazano statystycznie istotną zależność pomiędzy liczbą świadczeniodawców a liczbą pobranych rozmazów ( $p=0,0001$ ).

**Tabela I.** Liczba pobranych rozmazów, liczba świadczeniodawców, liczba wysłanych zaproszeń oraz liczba pobranych rozmazów w odpowiedzi na zaproszenie (do 20 października 2009) w poszczególnych województwach.

Województwo	Liczba świadczeniodawców	Liczba pobranych rozmazów cytologicznych	Liczba wysłanych zaproszeń	Liczba zgłoszeń na zaproszenie (%)
Dolnośląskie	224	6588	107 427	5 807 (5,42)
Kujawsko-Pomorskie	147	4597	95 655	4 646 (4,91)
Lubelskie	112	4086	60 415	2 749 (4,59)
Lubuskie	39	2248	46 032	2 055 (4,52)
Łódzkie	167	4056	6 234	9 (0,14)
Małopolskie	171	4354	22 578	1 798 (8,21)
Mazowieckie	234	9459	190 552	10 153 (5,35)
Opolskie	52	2248	38 859	2 376 (6,19)
Podkarpackie	103	4101	65 997	2 889 (4,39)
Podlaskie	55	2244	24 446	1 312 (5,39)
Pomorskie	143	5643	64 460	4 640 (7,24)
Śląskie	390	9057	131 551	5 386 (4,13)
Świętokrzyskie	103	2668	38 219	1 579 (4,18)
Warmińsko-Mazurskie	116	4114	51 732	5 543 (10,73)
Wielkopolskie	125	4736	26 352	1 870 (7,21)
Zachodniopomorskie	112	3452	45 432	2 665 (5,86)
<b>OGÓŁEM</b>	<b>2293</b>	<b>73 651</b>	<b>1 015 941</b>	<b>55 467 (5,5)</b>

Oceniono także zgłaszalność kobiet na badanie cytologiczne po otrzymaniu zaproszenia w ramach Programu w czasie od lipca do 20 października 2009 roku. Na podstawie otrzymanych zaproszeń zgłosiło się do Programu 55467 kobiet, co stanowi 5,5% wszystkich wysłanych zaproszeń. Nie wykazano statystycznej korelacji pomiędzy liczbą świadczeniodawców a zgłaszalnością kobiet na otrzymane zaproszenia ( $p > 0,05$ ). (Tabela I).

### Cechy populacji badanej

Wszystkie ankietowane kobiety udzieliły twierdzącej odpowiedzi na pytanie o celowość prowadzenia badań profilaktycznych w kierunku raka szyjki macicy, czyli posiadały wiedzę o konieczności pobierania rozmazu cytologicznego.

1261 ankietowanych kobiet (77,5%) poddało się w ostatnich trzech latach procedurze skринingowej, a 1081 (66%) otrzymało imienne zaproszenie na badanie. 411 (38%) kobiet nie zgłosiło się na badania w odpowiedzi na zaproszenie.

Grupa, która otrzymała zaproszenie i zgłosiła się na badanie (670 kobiet) stanowiła 53% wszystkich kobiet poddających się badaniu cytologicznemu, ale często było ono wykonywane poza Programem profilaktycznym. Kobiety zamieszkałe na wsi stanowiły 23% respondentek ankiety, mieszkanki małych miast 34,4%; największą grupę stanowiły mieszkanki dużych aglomeracji miejskich (41,6%). Wśród kobiet biorących udział w badaniu ankietowym stwierdzono najwyższy udział mężatek (69%), następną grupę stanowiły kobiety stanu wolnego oraz panny (18,5%), rozwódki (7,2%) i wdowy (5,8%).

Oceniono, że grupa respondentek z wykształceniem średnim była najliczniej reprezentowana (47,5%), na drugim miejscu znalazła się grupa kobiet w wykształceniu wyższym (33,9%) a następnie z wykształceniem zawodowym (12,8%) i podstawowym (5,8%). Stwierdzono wyższy udział osób pracujących umysłowo (52,0%) w stosunku do grupy osób pracujących fizycznie (20,5%). Na pytania ankiety odpowiedziało 1235 kobiet (75,4%) będących w stałym związku z jednym partnerem, 287 kobiet (17%) w momencie udzielania odpowiedzi nie prowadziło współżycia seksualnego. Kobiety zmieniające często partnerów stanowiły 7,6% grupy badanej. Kobiety, posiadające choć jedno dziecko stanowiły 76% respondentek ankiety.

Wśród kobiet, które miały wykonane badanie cytologiczne było ono najczęściej przeprowadzone w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia (66,8%). Kobiety, które leczyły się w gabinetach prywatnych i w nich miały wykonywane badanie cytologiczne stanowiły grupę mniej liczną (23,7%). W gabinetach prywatnych wykonywało badanie najczęściej mieszkanki dużych miast (27,3%). Stan cywilny nie miał wpływu na miejsce wykonywania badania cytologicznego.

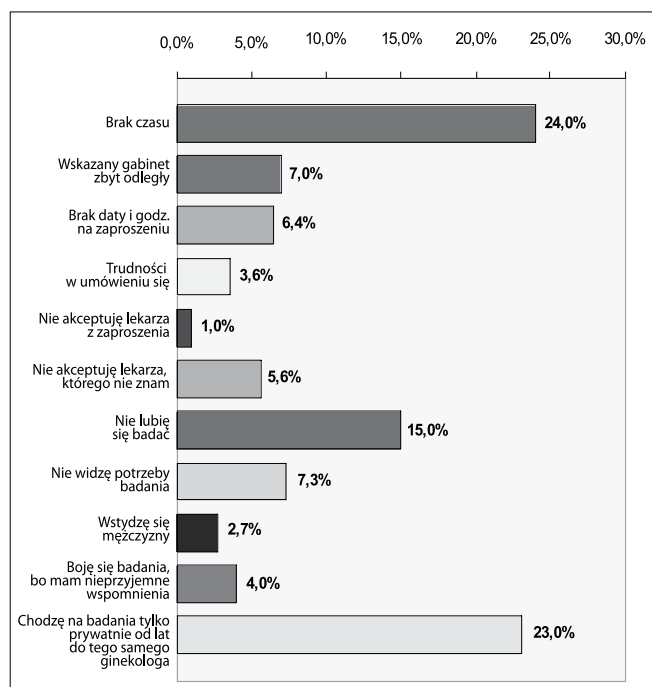
### Profil socjalny kobiet nieuczestniczących w badaniach przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy

Po dokonaniu porównania grupy kobiet uczestniczących i nieuczestniczących w badaniach przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy stwierdzono, że grupy nie różnią się statystycznie w zakresie wieku i posiadania potomstwa.

Cytologię wykonują najczęściej kobiety zamężne, wykształcone i mieszkające z dużym mieście. Natomiast znacznie rzadziej uczestniczą w badaniach skriningowych kobiety zamieszkałe na wsi w porównaniu do kobiet zamieszkałych w miastach (15,2% vs 8%), panny i wdowy w porównaniu do mężatek i rozwiedzionych (25% vs 5%) oraz kobiety słabo wykształcone, z wykształceniem podstawowym i zawodowym w porównaniu do tych z wykształceniem średnim i wyższym (20% vs 6%).

### Analiza przyczyn odmowy udziału w Programie

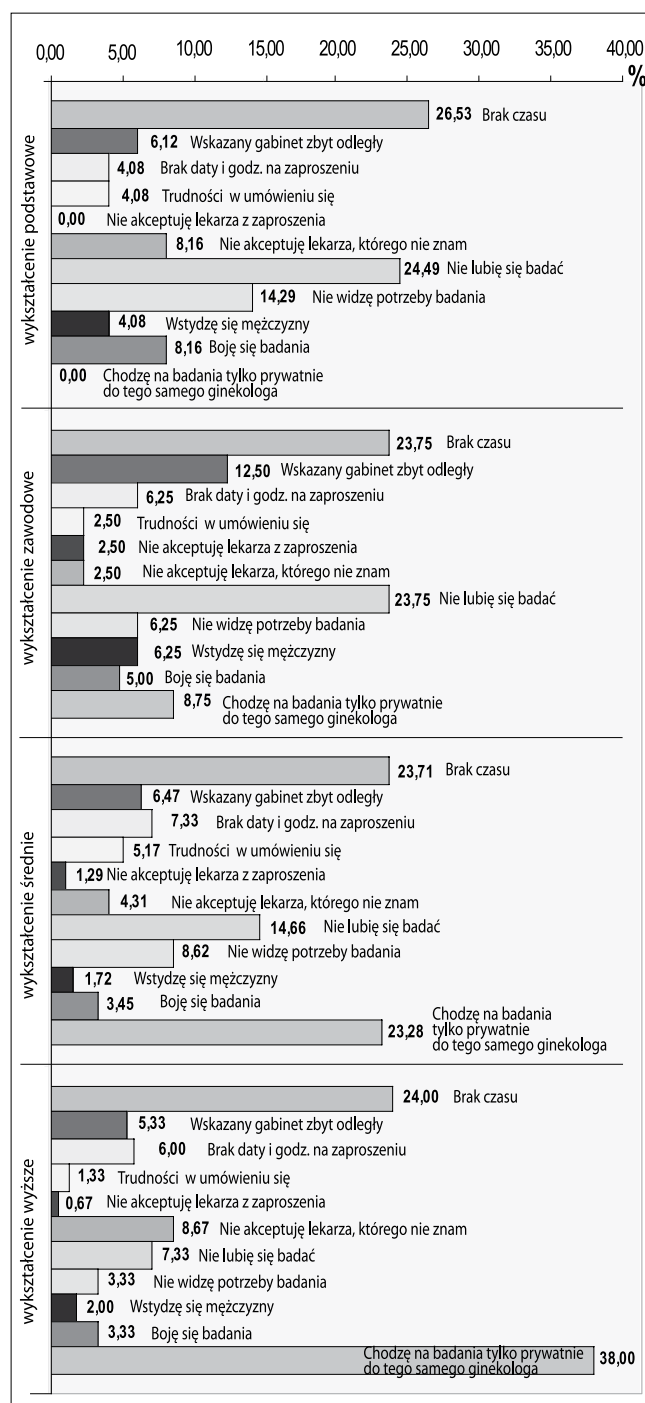
Dokonano analizy przyczyn niezgłoszenia się na badanie mimo otrzymania zaproszenia. Najczęściej respondentki podawały brak czasu (24%) oraz korzystanie ze stałej opieki u 'swojego' ginekologa (23%) a na trzecim miejscu wymieniono niechęć do badań (15%) i dalej brak potrzeby badania (7,3%). Te dwie ostatnie przyczyny podała jako główny powód odmowy udziału w badaniach co piąta ankietowana kobieta (22,3%). (Rycina 1).



Rycina 1. Przyczyny niezgłoszenia się na otrzymane zaproszenie na badania profilaktyczne.

Nie wykazano korelacji pomiędzy podawanymi przyczynami niezgłoszenia się na badanie a ich stanem cywilnym oraz posiadaniem potomstwa. Poziom wykształcenia odgrywał rolę przy analizie przyczyn braku uczestniczenia w badaniach. Obok braku czasu, drugą przyczyną niezgłoszenia się na badania cytologiczne kobiet z wykształceniem podstawowym i zawodowym jest niechęć do przeprowadzania badań (24%) a następnie brak potrzeby badania (14% kobiet z wykształceniem podstawowym i tylko 3% z wykształceniem wyższym). Kobiety z wyższym wykształceniem, jako główną przyczynę niezgłoszenia się na zaproszenie zgłaszały fakt, że są pod stałą opieką ginekologiczną w gabinecie prywatnym (38%). (Rycina 2).

Dla kobiet zamieszkałych na wsi jedną z głównych przyczyn nieuczestniczenia w badaniach był fakt, że wskazany gabinet był zbyt odległy od ich miejsca zamieszkania (14,6%). Rycina 3).



Rycina 2. Przyczyny niezgłoszenia się na badanie cytologiczne z podziałem na wykształcenie.

### Omówienie i dyskusja

Mimo pisemnych zaproszeń oraz prowadzenia akcji medialnych niska zgłaszalność na badania kobiet z grup największego ryzyka stanowi barierę trudną do pokonania. Ogromną wagę przywiązuje się w związku z tym do oceny skuteczności różnych metod zachęcania kobiet do wzięcia udziału w badaniach profilaktycznych [6].

Pięćdziesiąt lat temu, kiedy w Finlandii po raz pierwszy w historii wysłano imienne zaproszenia były one najważniejszym narzędziem zachęcającym do wzięcia udziału w skriningu.

Działania odniosły całkowite powodzenie z uwagi na niewielką populację Finek, brak innych możliwości powiadamiania o badaniu oraz duże zdyscyplinowanie społeczeństwa. Obecnie, jak wynika z wielu badań głównym nośnikiem informacji, także zdrowotnej są media, a przede wszystkim telewizja. Jej powszechna dostępność w każdym miejscu, jest bardzo ważnym czynnikiem, który może uzupełnić a nawet zastąpić zaproszenia i spowodować znacznie wyższą zgłaszalność kobiet na badania profilaktyczne.

Dzisiaj, dzięki imiennym zaproszeniom na badania zgłasza się niewielki odsetek wszystkich kobiet biorących udział w programie profilaktycznym i jak wynika z doświadczeń innych krajów prowadzących podobne programy, są miernie skutecznym narzędziem służącym poprawie uczestniczenia kobiet w badaniach [7].

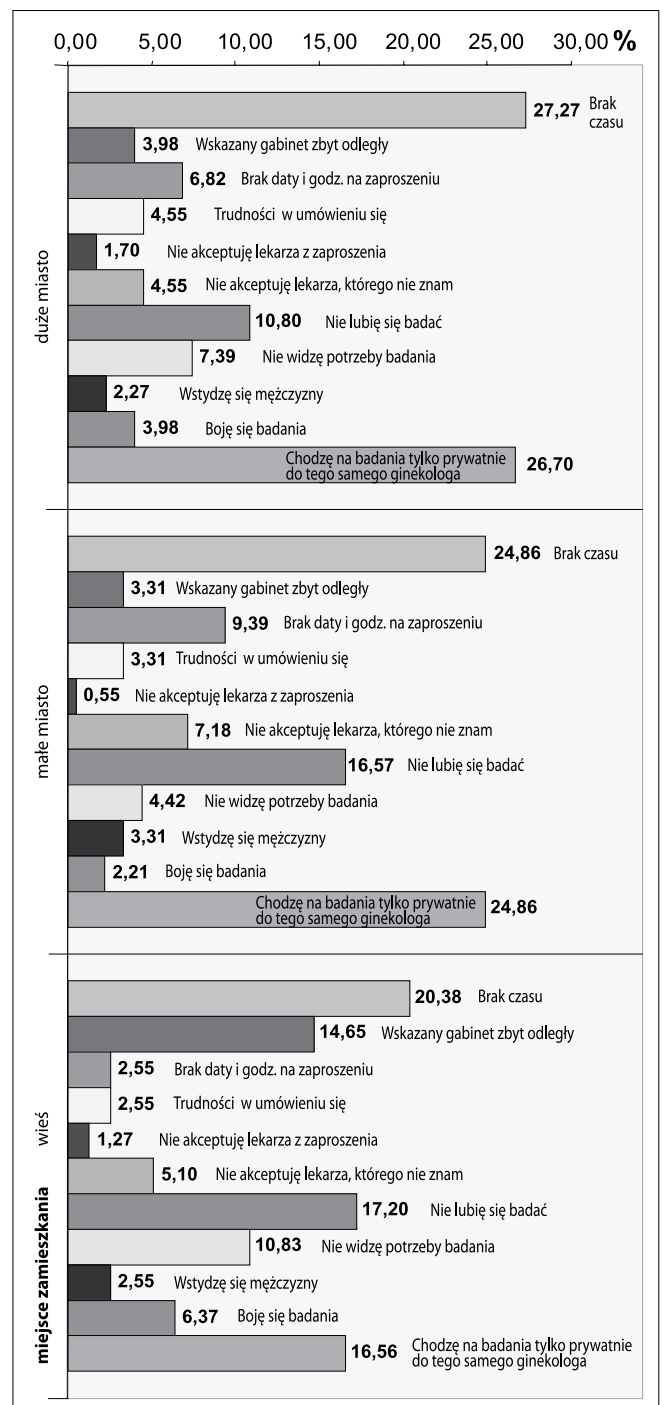
Pozostała część kobiet zachęcona zostaje innymi metodami. Szkolenie lekarzy pierwszego kontaktu, nie tyle w sposobie pobierania badania cytologicznego lecz w prowadzeniu działań edukacyjnych, wzmacniających motywację do wzięcia udziału w programie profilaktycznym jest oceniane jako jeden z ważniejszych elementów powodzenia działań profilaktycznych [8].

W przeprowadzonym badaniu stwierdzono, że rozmaz cytologiczny najczęściej wykonywały kobiety zamężne, posiadające potomstwo, wykształcone i mieszkające w dużym mieście. Podobny wynik uzyskała Twinn i wsp., w którego badaniach znacznie częściej kobiety biorące udział w programie były zamężne i posiadały dzieci [11]. Również wyniki uzyskane w Holandii wskazywały na wysoki udział w skryningu kobiet będących w stałym monogamicznym związku [2].

Oceniając udział kobiet w programie profilaktyki raka szyjki macicy w Polsce stwierdzono, że te, które pomimo zaproszenia nie zgłosiły się na bezpłatne badanie cytologiczne, najczęściej podawały, jako powód brak czasu oraz opiekę prywatną u osobistego ginekologa. Z badań przeprowadzonych w Szwecji, wynika, że kobiety nie uczestniczyły w programie ze względu na brak poczucia korzyści z programu, ze złych doświadczeń dotyczących wcześniejszego udziału w profilaktyce, z przekonania o możliwości samodzielnego rozpoznawania zmian w stanie zdrowia. Jedną z ważnych przyczyn niezgłaszania się na badania był, podobnie jak u kobiet polskich krytyczny stosunek do programu profilaktycznego. Samo zetknięcie z programem i zaproszenie na piśmie budziło negatywne nastawienie. Wydaje się też, że na wzięcie udziału w badaniu większy wpływ miało wyjaśnienie sposobu działania programu niż posiadanie lub brak wiedzy na temat zagrożenia chorobą [12]. Przeczy temu wynik badań Tacken i wsp., którzy stwierdzili silny związek między zasobem wiedzy na temat raka szyjki macicy u pacjentek a zgłaszalnością na badanie [2].

W naszych badaniach wykazano istotną różnicę w zgłaszalności na badanie cytologiczne w zależności od miejsca zamieszkania i poziomu wykształcenia. Kobiety, które korzystały z badań profilaktycznych stanowiły homogenną grupę pod względem ogólnego poziomu wiedzy, co dowodzi łatwości dotarcia do kobiet o wysokiej świadomości potrzeby kontrolowania stanu zdrowia.

W badaniu ankietowym prowadzonym przez Twinn i wsp. stwierdzono brak istotnej różnicy w zgłaszalności w zależności od wykształcenia kobiet, a jedynie od zasobu wiedzy na temat czynników ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy [11].



Rycina 3. Przyczyny nieuczestniczenia w badaniu cytologicznym z podziałem na miejsce zamieszkania.

Ta obserwacja wskazuje na niedocenianą rolę poszerzania zasobu wiedzy nie tylko u kobiet, ale również wśród pracowników opieki zdrowotnej, od których zależy jej propagowanie wśród osób mniej świadomych zagrożeń. Zarówno więc poziom wiedzy jak i umiejętność jej przekazania może mieć decydujący wpływ na powodzenie badań profilaktycznych [1]. Tego samego zdania są również Taken i wsp., którzy wskazują na tylko pomocniczą rolę zaproszeń na badanie oraz przypominanie o nim przy okazji wizyt u lekarzy pierwszego kontaktu [2].

Pisemne zaproszenie wyraźnie zachęcało grupę kobiet wykształconych do wzięcia udziału w badaniu, a możliwość poznania wyniku badania była głównym podawanym powodem zgłoszenia się. Ostatecznie uznano, że prezentowany przez kobiety biorące udział w skriningu poziom wiedzy ogólnej pozwalał im na łatwiejsze zaadaptowanie się do sposobu i formy prowadzonego badania, ale ze względu na zróżnicowane potrzeby i odmienności w oczekiwaniach konieczne jest odpowiednie przygotowanie programu [1]. Wysłanie indywidualnych pisemnych zaproszeń również nie przynosiło spodziewanych efektów. Na badania zgłaszało się około 25-27% zaproszonej populacji mieszkającej w dużych miastach, co wskazuje na konieczność prowadzenia innej metody zachęcania do badania [13].

W krajach o bardzo wysokim standardzie opieki socjalnej i zdrowotnej, również istnieje problem niskiej zgłaszalności na badania profilaktyczne. Pomimo braku wykonania badania cytologicznego w okresie ostatnich pięciu lat kobiety odmawiały wzięcia udziału w bezpłatnym programie. Mimo pozytywnego nastawienia do programu jako takiego, kobiety postrzegające się jako osoby zdrowe nie widziały powodu do wzięcia udziału w badaniach. Innymi powodami braku uczestnictwa w programie było niezadowolenie ze swego wyglądu i skrępowanie związane z wizytą u ginekologa. Strach przed uzyskaniem nieprawidłowego wyniku badania, złe wcześniejsze doświadczenia oraz brak zaufania również były często wymieniane jako powód odmowy badania [4, 14, 15]. Innym podkreślanym czynnikiem decydującym o nieuczestniczeniu w programie profilaktycznym jest przekonanie o braku posiadania czynników ryzyka oraz przekonanie, że raka nie można wyleczyć [2]. Jak więc widać uzyskanie poprawy sytuacji wymaga kompleksowych działań, poprawy kontaktów interpersonalnych w opiece zdrowotnej, lepszego zrozumienia odległych efektów aktualnych działań profilaktycznych oraz poszerzenia wiedzy na temat czynników ryzyka i możliwości leczenia raka.

W krajach o dłuższej trwających działaniach profilaktycznych, mimo różnego rodzaju zachęt, ciągle obserwuje się wysoki odsetek osób uchylających się od udziału w nich. W Danii stanowi to około 25% kobiet [15]. Stwierdzono, że kobiety unikają rozmów na temat profilaktyki raka szyjki macicy z bliskimi i zapoznanie ich z badaniami przez lekarzy pierwszego kontaktu, lekarzy rodzinnych mogłoby pomóc przełamać barierę psychologiczną [12, 15]. Badania wskazują, że kobiety podają jednocześnie kilka powodów nie zgłaszania się na badania, wynika z tego, że nie jest to tylko problem niedostatecznej wiedzy, czy informacji. Im więcej barier zostanie pokonanych, tym bardziej wzrosną szanse na poprawę udziału w badaniach [8, 9 15]. W grupie kobiet starszych również zaobserwowano niższą zgłaszalność niż w młodszych grupach wiekowych, co usprawiedliwiane było ograniczonym dostępem do opieki w wiejskich regionach oraz trudnościami ekonomicznymi [16].

Skuteczność programów profilaktycznych różni się w różnych regionach świata. Udział 59% kobiet w programie wiąże się z wysokim poziomem wiedzy na temat raka szyjki macicy i jakością systemu skriningu [11]. Nie można jednak nie docenić również roli lekarza ginekologa, od którego umiejętności zachęcania zależna jest liczba kobiet, które wyrażają zgodę na pobranie badania cytologicznego przy okazji wizyty. Stwierdzono również, że większą skuteczność w tym zakresie osiągano u pacjentek będących pod ich stałą opieką [17].

Metaanaliza oceniająca główne przyczyny odmowy wzięcia udziału w programie profilaktycznym skazuje na strach i niepewność, które wywoływane są w różny sposób. Najczęściej jest to strach przed badaniem ginekologicznym, procedurami diagnostycznymi, brak wiedzy na temat ryzyka zachorowania na raka szyjki oraz przekonanie o trwałości dobrego stanu zdrowia. Kobiety biorące udział w badaniu również obawiały się zachorowania na raka, ale równocześnie miały zaufanie do przedstawicieli służb medycznych, były zainteresowane uzyskiwaniem informacji na temat raka, rozumiały ryzyko i ograniczenia opieki medycznej [6, 7, 13].

Powodzenie programu profilaktycznego raka szyjki macicy zależy od jego akceptacji przez kobiety, w tym współpracy z osobami ją prowadzącymi, motywacji i wiedzy na temat raka szyjki, znajomości pojęcia zdrowia i choroby [4, 5, 18].

## Wnioski

1. Imienne zaproszenia nie są skuteczną metodą zwiększenia zgłaszalności kobiet na badania cytologiczne.
2. Efektywność programu profilaktyki raka szyjki macicy uzależniona jest od poziomu edukacji zdrowotnej pacjentek i dostępu do opieki medycznej.
3. Kampanię informacyjną powinno się prowadzić szczególnie na terenach wiejskich i wśród kobiet słabiej wykształconych.
4. Organizatorzy Programu powinni zadbać o łatwy dostęp kobiet do ginekologa przez stałe zwiększanie liczby gabinetów prowadzących badania.

## Piśmiennictwo

1. Forss A, Tishelman C, Widmark C, [et al.]. 'I got a letter...' a qualitative study of women's reasoning about attendance in a cervical cancer screening program in urban Sweden. *Psychooncology*. 2001, 10, 76-87.
2. Tacken M, Braspenning J, Hermens R, [et al.]. Uptake of cervical cancer screening in The Netherlands is mainly influenced by women's beliefs about the screening and by the inviting organization. *Eur J Publ Health*. 2007, 17, 178-185.
3. Spaczyński M, Michalska M, Januszek- Michalecka L. Centralny Ośrodek Koordynujący. Raport z realizacji Populacyjnego programu Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy za okres 01.01.2008 do 31.12.2008. *Ginekol Pol.* 2009, 80,220-226.
4. Eaker S, Adami H, Sørensen P. Reasons women do not attend screening for cervical cancer: a population - based study in Sweden. *Prev Med*. 2001, 32, 482-491.
5. Fylan F. Screening for cervical cancer: a review of women's attitudes, knowledge, and behaviour. *Br J Gen Pract*. 1998, 48, 1509-1514.
6. Chew-Graham C, Mole E, Evans L, [et al.]. Informed consent? How do primary care professionals prepare women for cervical smears: a qualitative study. *Patient Educ Couns*. 2006, 61, 381-388.
7. Ackerson K, Preston S. A decision theory perspective on why women do or do not decide to have cancer screening: systematic review. *J Adv Nurs*. 2009, 65, 1130-1140.
8. Park S, Chang S, Chung C. Effects of a cognition-emotion focused program to increase public participation in Papanicolaou smear screening. *Public Health Nurs*. 2005, 22, 289-298.
9. Rodvall Y, Kemetli L, Tishelman C, [et al.]. Factors related to participation in a cervical cancer screening program in urban Sweden. *Eur J Cancer Prev*. 2005, 14, 459-466.
10. Knapp P, Zbroch T, Knapp P. Zastosowanie interaktywnego przekazywania danych dla wzrostu efektywności program skringowego. *Ginekol Pol.* 2004, 75, 896-903.
11. Twinn S, Shiu A, Holroyd E. Women's knowledge about cervical cancer and cervical screening practice: a pilot study of Hong Kong Chinese women. *Cancer Nurs*. 2002, 25, 377-384.
12. Blomberg K, Ternstedt B, Törnberg S, [et al.]. How do women who choose not to participate in population-based cervical cancer screening reason about their decision? *Psychooncology*. 2008, 17, 561-569.
13. Branca M, Rossi E, Cedri S, [et al.]. The STF Project: Female Tumor Screening. *Pathologica*. 2001, 93, 20-27. Italian.
14. Oscarsson M, Wijma B. 'I do not need to... I do not want to... I do not give it priority...' - why women choose not to attend cervical cancer screening. *Health Expect*. 2008, 11, 26-34.
15. Espersen M, Holten I. Barriers in screening for cervical cancer. *Ugeskr Laeger*. 2005, 167, 4371-4374. Danish.
16. Leach C, Schoenberg N. The vicious cycle of inadequate early detection: a complementary study on barriers to cervical cancer screening among middle-aged and older women. *Prev Chronic Dis*. 2007, 4, A95.
17. Sarkadi A, Widmark C, Törnberg S, [et al.]. The 'hows', 'whos', and 'whens' of screening: gynecologists' perspectives on cervical cancer screening in urban Sweden. *Soc Sci Med*. 2004, 58, 1097-1108.
18. Conway K. Attitudes to Papanicolaou smears. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 1996, 17, 189-194.