

Wonatowska Patrycja, Skonieczna Joanna. Opieka ginekologiczna z perspektywy pacjentek ze szczególnym uwzględnieniem osób w wieku 12-25 lat, LBTQ oraz z niepełnosprawnościami = Gynecological care from the perspective of patients with special focus on patients aged 12-25 years, LBTQ and with disabilities. Journal of Education, Health and Sport. 2015;5(8):343-352. ISSN 2391-8306. DOI [10.5281/zenodo.29170](https://doi.org/10.5281/zenodo.29170)

<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.29170>

<http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/2015%3B5%288%29%3A343-352>

<https://pbn.nauka.gov.pl/works/612123>

POL-index <https://pbn.nauka.gov.pl/polindex/browse/article/article-ca1a826b-2888-486c-b598-007eab8b6672>

Formerly Journal of Health Sciences. ISSN 1429-9623 / 2300-665X. Archives 2011–2014

<http://journal.rsw.edu.pl/index.php/JHS/issue/archive>

Deklaracja.

Specyfika i zawartość merytoryczna czasopisma nie ulega zmianie.

Zgodnie z informacją MNISW z dnia 2 czerwca 2014 r., że w roku 2014 nie będzie przeprowadzana ocena czasopism naukowych; czasopismo o zmienionym tytule otrzymuje tyle samo punktów co na wykazie czasopism naukowych z dnia 31 grudnia 2014 r.

The journal has had 5 points in Ministry of Science and Higher Education of Poland parametric evaluation. Part B item 1089. (31.12.2014).

© The Author (s) 2015;

This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, Poland and Radom University in Radom, Poland

Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.

Received: 22.08.2015. Revised 24.08.2015. Accepted: 24.08.2015.

Opieka ginekologiczna z perspektywy pacjentek ze szczególnym uwzględnieniem osób w wieku 12-25 lat, LBTQ oraz z niepełnosprawnościami

Gynecological care from the perspective of patients with special focus on patients aged 12-25 years, LBTQ and with disabilities

Wonatowska Patrycja (1), Skonieczna Joanna (2)

(1) Grupa Edukatorów Seksualnych "Ponton", Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny

(2) Zakład Zdrowia Publicznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny

(1) Group of Sex Educators "Ponton", Federation for Women and Family Planning

(2) Public Health Department, Medical University of Warsaw

Słowa kluczowe: promocja zdrowia, ginekologia, młodzież, osoby niepełnosprawne.

Key words: health promotion, gynecology, adolescence, people with disabilities.

Streszczenie

Wprowadzenie i cel pracy: Zdrowie reprodukcyjne i seksualne to stan całkowitego fizycznego, psychicznego i społecznego dobrego samopoczucia. Celem pracy była ocena stanu opieki ginekologicznej z perspektywy osób z niej korzystających, ze szczególnym uwzględnieniem osób w wieku od 12. do 25. roku życia, osób LBTQ oraz osób z niepełnosprawnościami.

Materiał i metoda: Wykorzystanym narzędziem był autorski kwestionariusz wypełniany anonimowo w trybie online. Badaniem objęto 2501 respondentek.

Wyniki: Największą grupę, która wypełniła ankietę, stanowiły osoby w wieku 21-30 lat (62%). Blisko 18% to osoby nieheteroseksualne, a prawie 8% to osoby z niepełnosprawnościami. Najczęstszym powodem pójścia na wizytę do ginekologa była troska o własne zdrowie (38,7%). Prawie 15% traktuje wizytę jako „zło konieczne”, a u 9,7% budzi ona skrępowanie. Na wybór lekarza zdecydowanie największy wpływ ma opinia znajomych osób (67,2%). Najważniejszym oczekiwaniem podczas wizyty jest, aby lekarz wyczerpująco odpowiadał na pytania (80,4%). Pacjentki z niepełnosprawnościami ruchowymi zwracały uwagę na brak udogodnień lub bariery architektoniczne.

Wnioski: Brakuje u kobiet wykształconego od najmłodszych lat poczucia odpowiedzialności za własne zdrowie reprodukcyjne i seksualne, które przekładałoby się na potrzebę regularnego odbywania wizyt ginekologicznych. Za wykształcenie odpowiednich nawyków prozdrowotnych powinni być odpowiedzialni rodzice młodych kobiet oraz szkolna edukacja seksualna. W toku edukacji ginekologów należy położyć większy nacisk na umiejętności właściwego podejścia do pacjentki jako osoby, w tym odpowiedniego sposobu komunikowania się i przekazywania rzetelnej wiedzy. Ginekolog powinien stanowić główne źródło informacji kobiety nt. jej zdrowia reprodukcyjnego i seksualnego.

Abstract

Introduction: Reproductive health is defined as a state of physical, mental, and social well-being in all matters relating to the reproductive system, at all stages of life. The aim of this research was to evaluate gynecological care from the perspective of people using it, especially people between 12 to 25 years old, LBTQ and people with disabilities.

Material and Methods: The study covered 2501 respondents. Author's questionnaire was available on-line.

Results: Most questionnaires were filled by people aged 21-30 years (62%). Nearly 18% belonged to the LBTQ group, and almost 8% were people with disabilities. The most common reason to have a gynecological visit was a concern for their own health (38,7%). Almost 15% treated visits as a „necessary evil” and in 9,7% of responders feel ashamed. The biggest impact on choosing a doctor have the opinions of friends and close people (67,2%). During the visit the most important is that the doctor fully answers all questions (80,4%). There are significant barriers to access to gynecological care, especially for those women who have serious mobility problems.

Conclusions: There is a necessity to increase a sense of responsibility among women from an early age for their own sexual and reproductive health which would alter into the regular gynecological care. Parents and school sex education should take part into creation of appropriate healthy habits of young women. Future gynecologist should be educated how important are skills of suitable approach to the patient including appropriate method of communication and sharing of reliable knowledge. The gynecologist should be the main source of information about reproductive and sexual health among women.

Wprowadzenie

Współcześnie podkreśla się zasadniczą funkcję zdrowia w życiu zarówno jednostki jak i zbiorowości (Maszczak, 2005). Stan zdrowia zależy od stylu życia, warunków środowiskowych, czynników genetycznych oraz systemu opieki zdrowotnej (Lalonde, 1974). Ich zależność modyfikowana jest poprzez działania z zakresu promocji zdrowia, które swoim zasięgiem powinny obejmować również zdrowie seksualne i reprodukcyjne. Jednak przez długie lata zdrowie reprodukcyjne kobiet postrzegano wyłącznie jako zdolność do rodzicielstwa (Lew-Starowicz, 2010). Młode osoby nadal mają ograniczony dostęp do wysokiej jakości usług ginekologicznych, ich podstawowe prawa niejednokrotnie są pomijane (Braeken i in., 2007).

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia, zdrowie reprodukcyjne i seksualne to stan całkowitego fizycznego, psychicznego i społecznego dobrego samopoczucia, a nie tylko braku choroby lub niemocy związanego z funkcjami reprodukcyjnymi organizmu człowieka oraz jego seksualnością (www.who.int).

Programy profilaktyczne oraz edukacja zdrowotna, mające na celu m.in. zwiększenie świadomości i zmianę zachowań zdrowotnych społeczeństwa, nie zawsze przynoszą oczekiwane rezultaty (Ostrowska, 2011). Z powodu niskiej świadomości społecznej zdrowie reprodukcyjne nie jest traktowane jako komponent ogólnego stanu zdrowia, z tego powodu kampanie prozdrowotne nie skutkują oczekiwanym zainteresowaniem.

Reprezentatywne badania ankietowe, przeprowadzone w 1996 r., mające na celu zgromadzenie opinii na temat własnego stanu zdrowia Polaków i Polek wykazały, że kobiety znacznie częściej niż mężczyźni patrzą krytycznie na własne zdrowie. Niespełna 48,6% respondentek wyraziło opinię, że ich stan zdrowia można określić jako taki sobie, zły lub bardzo zły, podczas gdy tak oceniło swój stan zdrowia tylko ok. 38% mężczyzn. Ponowne przeprowadzenie badań 2004 r. pozwalają konkludować, że stan zdrowia kobiet uległ zmianie na lepsze (Główny Urząd Statystyczny, 2007).

Zaledwie niewielki odsetek osób decyduje się na wizytę ginekologiczną bądź badania profilaktyczne. Dzięki imiennym zaproszeniom na badania przesiewowe zgłasza się jedynie niewielki odsetek kobiet biorących udział w programie profilaktycznym. Z doświadczeń innych krajów prowadzących podobne programy wynika, iż zaproszenia są mało skutecznym narzędziem do poprawy zgłaszalności kobiet na badania (Spaczyński, 2009).

W szczególnej sytuacji znajdują się młode kobiety, osoby z niepełnosprawnościami oraz osoby LGBTQ (z ang. *lesbians, bisexuals, transsexuals, queers* – skrót odnoszący się do lesbijek, gejów, osób biseksualnych, transpłciowych oraz nieheteroseksualnych), dla których pójście do ginekologa wiąże się z licznymi wyzwaniem takimi jak dyskryminacja czy wypowiedzi powielające szkodliwe stereotypy (Aragon, 2014) . Dane ze spisów powszechnych wskazują na stały wzrost liczby kobiet niepełnosprawnych), zwłaszcza na wsiach (Zielińska, Nowicka, 2009; Główny Urząd Statystyczny, 2007).

Cel pracy

Celem pracy jest wzbogacenie wiedzy dotyczącej wizyt ginekologicznych w oparciu o doświadczenia i oczekiwania osób odbywających wizyty regularnie, sporadycznie, będących tylko jeden raz lub niebędących jeszcze w ogóle, ze szczególnym uwzględnieniem osób w wieku od 12. do 25. roku życia, osób LGBTQ oraz osób z niepełnosprawnościami.

Materiał i metody

Badanie zostało przeprowadzone metodą sondażu diagnostycznego. Wykorzystanym narzędziem był autorski kwestionariusz wypełniany anonimowo w trybie online w okresie od 13.02.2013 do 28.05 2013 roku. Ankieta zawierała pytania otwarte i zamknięte. Podzielona była na cztery części, zbudowana łącznie z 65 pytań, w tym 10 pytań otwartych oraz 23 pytań wielokrotnego wyboru. Pierwszą część stanowiła obowiązkowa dla wszystkich respondentek metryczka zawierająca 7 pytań. Druga część skierowana była do osób, które chodzą na wizyty ginekologiczne regularnie. Składała się z 18 pytań. Pośród nich 2 pytania dotyczyły gabinetu lekarskiego, a 11 ginekolożka. Kolejne pytania przeznaczono dla osób, które chodzą na wizyty ginekologiczne sporadycznie lub był 1 raz. Zawierała łącznie 20 pytań, wśród których 2 dotyczyły gabinetu, a 12 lekarza. Część trzecia ankiety składała się z 10 pytań, z czego 2 dotyczyły gabinetu ginekologicznego.

Badanie przeprowadzono wśród kobiet powyżej 12. roku życia. Wzięło w nim udział 2501 respondentek.

Wyniki

Badaniem objęto łącznie 2501 kobiet. Największy odsetek stanowiły osoby w wieku 21-25 lat (32,3%, 808 osób) oraz 26-30 lat (29,7%, 742 osoby). Najmniej liczne grupy wiekowe stanowiły respondentki w wieku 12-15 lat (0,6%, 16 osób) oraz 40+ (5%, 125 osób).

Większość respondentek (52,4%, 1311 osób) zamieszkiwała miasto powyżej 500 tys. mieszkańców. Blisko 9,1% (228 osób) zamieszkiwało wieś, 6,5% (162 osoby) małe miasto (do 20 tys.); 12,9% (322 osoby) średnie miasto (20-100 tys. mieszkańców); 19,1% (478 osób) duże miasto (100-500 tys. mieszkańców).

Ponad 60% (1520 osób) ankietowanych deklarowała wykształcenie niepełne wyższe lub wyższe.

Blisko 81,9% (2049 osób) badanych identyfikowało się jako osoba heteroseksualna, 9,8% (245 osób) jako osoba biseksualna, 4% (101 osób) jako osoba homoseksualna, 2% (51 osób) jako osoba queer. Blisko 1,2% (31 osób) respondentek identyfikowało się jako transpłciowe; 0,3% (7 osób) jako transseksualne, natomiast 0,2% (5 osób) deklarowało transseksualną przeszłość.

Badaniem objęto blisko 38 osób deklarujących niepełnosprawność ruchową (1,5% ogółu), dwie osoby z niepełnosprawnością intelektualną (0,1%) oraz 182 (6,9%) deklaru10jących inne formy niepełnosprawności.

Respondentki podzielono ze względu na częstość odbywania wizyt ginekologicznych. Blisko 74,1% (1852 osoby) badanych deklarowało regularne wizyty, 17,7% (442 osoby) - wizyty sporadyczne bądź wyłącznie jedną wizytę. Około 8,3% (207 osób) respondentek nigdy nie odbyło wizyty w gabinecie ginekologicznym. Wśród osób w przedziale wiekowym 12 - 15 lat wizyty ginekologicznej nie odbyło 13 dziewczyn (81,3%), a trzy osoby (18,7%) chodziły na wizyty sporadycznie lub były tylko raz.

Poniżej przytoczone wyniki dotyczą osób, które zadeklarowały odbywanie regularnych wizyt ginekologicznych.

Wśród respondentek odbywających regularne wizyty ginekologiczne blisko 35,7% (893 osoby) wybiera wizyty prywatne, 16% (400 osób) wizyty w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia („państwowe”), natomiast 22,3% odbywa wizyty zarówno prywatne jak i państwowe.

Przeważająca liczba osób wskazała, że pojawia się u ginekologa co pół roku – 35,3% (653 osób). W przypadku 33% respondentek poczucie dyskomfortu stanowiło motywację, by udać się na wizytę ginekologiczną (612 osób). Rokrocznie na wizytę chodzi 29% grupy (537 osób). Podobna liczba osób udzieliła odpowiedzi: co dwa-trzy miesiące (20,4%, 377 osób) oraz kiedy potrzebuje recepty na antykoncepcję (19%, 352 osoby).

Badanie wykazało, iż pierwsza wizyta ginekologiczna najczęściej przypada na wiek 16-20 lat (64,4%, 1190 osób). Blisko 16,4% (303 osób) respondentek odbyła swoją pierwszą wizytę w wieku 12-15 lat, 16,8% (311 osób) w wieku 21-25 lat, 1,8% (34 osoby) w wieku 26-30 lat. Najczęściej wskazywanym powodem pójścia na wizytę do ginekologa była troska o własne zdrowie: 33,3% (617 osób). Współżycie seksualne i chęć zabezpieczenia się oraz planowanie rozpoczęcia współżycia seksualnego były równie często wskazywane, kolejno 26% (482 osoby) i 23,8% (441 osób). Udanie się na wizytę wiązało się także z opinią, że w pewnym wieku jest to konieczne: 22,5% (416 osób). Niemalże tyle samo osób udało się do gabinetu ginekologicznego z powodu bolesnych/nieregularnych miesiączek 22,2% (411 osób); z powodu dolegliwości okolic intymnych: (17,7%, 328 osób).

Przy wyborze ginekologa respondentki najczęściej kierowały się:

- opiniami od znajomych osób na temat ginekologa (51,8%, 1295 osób),
- opiniami przeczytanymi w Internecie (29,6%, 741 osób),
- odległością od domu/miejsca pracy (26,8%, 671 osób).

Mniejsze znaczenie dla badanych miały:

- godziny przyjęcia (22,8%, 571 osób),
- płeć lekarza (22,4%, 561),
- specjalizacja lekarza (17,9%, 447 osób),
- cena wizyty (16%, 399),
- możliwość bezpośredniego kontaktowania się z lekarzem przez telefon w celu udzielenia pilnych informacji, porad (10%, 249 osób).

Najmniejsze znaczenie dla ogółu badanych miały wiedza lekarza na temat potrzeb osób nieheteroseksualnych i/lub transpłciowych (0,7%, 18 osób) oraz wiedza lekarza na temat potrzeb osób z niepełnosprawnościami (0,3%, 8 osób).

Ważne dla respondentek podczas wizyty jest, by ginekolog wyczerpująco odpowiadał na pytania (86,1%, 1595 osób) oraz wypisał skierowanie na badania lub wykonał niezbędne czynności medyczne (82,2%, 1523 osoby). Istotnymi elementami są także fachowość (78,1%, 1447 osób) oraz delikatność (77,9%, 1442 osoby). Warto zwrócić uwagę na fakt, że według 66,4% (1229 osób) ginekolog powinien informować dokładnie o tym, co robi, jednocześnie nie wygłaszając własnych prywatnych opinii, by gabinet lekarski wolny był od komentowania osobistych decyzji życiowych pacjentek (67,3%, 1247 osób). Najniższym odsetkiem, ale nie

mniej ważnym, oznaczono następujące odpowiedzi: zapytał Cię o to, jak się do Ciebie zwracać i używał właściwej formy (2,4%, 44 osoby) oraz był wyrozumiały wobec cech fizycznych związanych z tranzycją (1,2%, 23 osoby).

Pacjentki LBTQ (15,9%, 397 osób) częściej wybierają wizyty prywatne (33,8%, 134 osoby), podczas gdy na wizyty tzw. państwowe udaje się 11,6% badanej grupy (46 osób). Niemalże 23% (91 osób) badanych deklaruje, że do ginekologa udaje się co pół roku lub w wypadku problemów zdrowotnych (22,4%, 89 osób).

Blisko 33,2% (134 osoby) kobiet doświadczyło ze strony lekarza traktowania z góry, protekcjonalności. Zdaniem 30% (119 osób) respondentek, wyniki badań nie są tłumaczone dostatecznie lub nie są w ogóle objaśniane. Badań nie zlecono 21,9% respondentek (87 osób). Komentowania wyborów własnych na temat podjętych decyzji doświadczyło 24,4% (97 osób). Zdarzało się, że podczas badania w gabinecie pojawiały się osoby trzecie, a jeden z lekarzy zaproponował pacjentce relację seksualną.

Poniższe wyniki dotyczą osób, które zadeklarowały sporadycznie odbywające się wizyty ginekologiczne lub były na wizycie raz.

Dla porównania, w tej grupie osób niespełna połowa ankietowanych (46,6%, 206 osób) po raz ostatni była na wizycie ginekologicznej ponad rok temu. Pół roku temu na wizycie było 19,7% (87 osób).

Najczęściej wskazywanym powodem udania się na wizytę ginekologiczną była troska o własne zdrowie (52,3%, 231 osób). Dla blisko 32,1% ankietowanych (142 osoby) wizyta była motywowana dolegliwościami okolic intymnych. Współżycie seksualne i chęć zabezpieczenia się oraz bolesne/nierregularne miesiączki zadeklarowało kolejno 27,6% (122 osoby) i 27,6% (122 osoby). Część respondentek udała się do ginekologa, ponieważ planowała rozpoczęcie współżycia (17,8%, 52 osoby).

Poniższe wyniki dotyczą osób, które zadeklarowały, że jeszcze nie były na wizycie ginekologicznej.

Osoby, które nie były jeszcze na wizycie, wskazały jako powód, dla którego powinno się udać do ginekologa, dokuczliwe infekcje okolic intymnych lub zaburzenia hormonalne (83,1%, 172 osoby). Brak miesiączki stanowiłby podłoże wizyty dla 63,8% ankietowanych (132 osób). Z powodu podejrzenia ciąży do lekarza wybrałoby się 57,5% (119 osób), natomiast z powodu podjęcia współżycia seksualnego i chęci zabezpieczenia się na wizytę wybrałoby się 50,2% grupy (104 osoby). Blisko 47,8% badanej grupy (99 osób) udałoby się na wizytę ze względu na bolesne/nierregularne miesiączki. Blisko 38,6% respondentek (80 osób) poszłaby do ginekologa z powodu planowania rozpoczęcia życia seksualnego.

Ponad 60% (125 osób) badanej grupy jako powód niewybrania się do ginekologa wskazała wstyd. Brak czasu wskazało około 30% osób (62 osoby). Kolejną przyczyną były obawy przed negatywną oceną ze strony lekarza (23,2%, 48 osób). Blisko 13,5% (28 osób) ankietowanych bało się zdiagnozowania jakiejś choroby. Odpowiedzi z kategorii „inne” (12,6%, 26 osób) w głównej mierze dotyczyły konieczności odbycia tej wizyty z rodzicem. 21 respondentek (10,1%) było zdania, iż są zbyt młode na odbycie wizyty ginekologicznej.

Zadaniem 56% (1388 osób) badanych lekarze posiadają wiedzę na temat antykoncepcji i chorób (55%, 1372 osób). 31% respondentek uznało (796 osób), że ginekolodzy posiadają niepełną wiedzę na temat profesjonalnego kontaktu. Jednocześnie 13,4% osób wskazało, że lekarze nie posiadają wiedzy z zakresu profesjonalnego kontaktu (334 osób). W zakresie stanu bieżącej wiedzy ginekologów na temat transpłciowości oraz potrzeb osób z niepełnosprawnościami osoby badane wiedzą niewiele bądź wcale – kolejno po 1874 osób, co stanowi 75% wszystkich odpowiedzi.

Dyskusja

Ginekolog jest lekarzem odpowiedzialnym za zdrowie kobiety. Do jego zadań należy prowadzenie działań promocyjnych, profilaktycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, przy czym dwa pierwsze elementy są kluczowe (Łepecka-Klusek, 2010). Istotnym elementem prozdrowotnego stylu życia jest opieka ginekologiczna dostosowana do wieku, która obejmuje odbywanie regularnych wizyt, samoobserwację oraz wykonywanie badań profilaktycznych. Niezbędna jest również edukacja pacjentki w zakresie zdrowia seksualnego. Z racji swojego wykształcenia, ginekolog powinien stanowić jedno z głównych źródeł wiedzy kobiety na temat zdrowia seksualnego, w tym profilaktyki, stosowania antykoncepcji, metod planowania rodziny (Piróg, 2014).

W badaniu własnym poproszono respondentki o ocenę wiedzy ginekologów na temat antykoncepcji. Zdaniem blisko 64% (1184 osób) ginekolodzy zdecydowanie posiadają wiedzę w zakresie antykoncepcji, w opinii 27% (498 osób) posiadają wiedzę, ale częściową bądź nie wszyscy ją posiadają. Około 8% respondentek nie potrafiło ocenić wiedzy lekarza w tym zakresie, natomiast 1% (27 osób) uważa, iż ginekolodzy nie posiadają bieżącej wiedzy o metodach antykoncepcyjnych.

Badanie z 2013 roku wykazało, iż głównym źródłem wiedzy młodych kobiet na temat metod antykoncepcyjnych jest lekarz (69%), następnie strony internetowe (57%), koleżanki (40%) oraz fora internetowe (38%) (Pozdał, 2014).

Badanie z 2014 roku przeprowadzone metodą wywiadów grupowych pokazało, iż głównym źródłem wiedzy w tym zakresie jest Internet, następnie znajome kobiety oraz ginekolog. Dla mężczyzn głównym źródłem wiedzy jest również Internet, następnie ich partnerki, które w ich opinii swoją wiedzę czerpią od lekarza (Pozdał, 2014).

Badanie Cichońskiej i wsp. wykazało, iż informację na temat programów profilaktycznych respondentki najczęściej uzyskiwały z rozwieszonych ogłoszeń (22%), czasopism (20%), radia (12%) oraz telewizji (18%). Najrzadziej tego typu informacje otrzymują w wyniku rozmowy z pielęgniarką (12%) i od znajomych (4%). Zdaniem respondentek, najlepszą formą udzielania informacji na temat zapobiegania chorobom jest bezpośrednia rozmowa z lekarzem, pielęgniarką (72%) (Cichońska i in., 2012). Jednocześnie, jedno z badań wykazało, iż około 41% kobiet uskarża się na niewystarczającą ilość czasu, który poświęca im lekarz (Synowiec-Piłat, 2003).

Zgodnie z zaleceniami Amerykańskiego Stowarzyszenia Lekarzy Ginekologów i Położników kobieta powinna odbyć swoją pierwszą wizytę ginekologiczną w wieku 13 - 15 lat, kolejne co roku. W niektórych przypadkach wizyta może odbyć się odpowiednio wcześniej. Opieka ginekologiczna powinna być dostosowana do rozwoju fizycznego, seksualnego, psychologicznego i poznawczego pacjentki (The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2010).

Badanie własne wykazało, iż pierwsza wizyta ginekologiczna najczęściej przypada na wiek 16-20 lat (64,4%, 1190 osób). Wyniki przeprowadzonego badania zbliżone są do wyników badania z 2014 roku, według którego największy odsetek kobiet na odbycie pierwszej wizyty ginekologicznej decyduje się w wieku 16-19 lat (48%). Blisko 16% badanych odbyło ją w wieku 11-15 lat, natomiast 21% - po 20. roku życia (Sowińska-Przepiera i in., 2013). Badanie Mazurkiewicz i wsp., przeprowadzone wśród uczennic w wieku od 19 do 25 lat, wykazało, iż blisko 85,1% (57 osób) badanych odbyło pierwszą wizytę i kolejne u ginekologa, natomiast 14,9% (10 osób) nie było jeszcze na pierwszej wizycie (Mazurkiewicz i in., 2014). Badanie Gruszki i wsp., w którym udział wzięły kobiety z przedziału wiekowego 17-47 ze środowiska wiejskiego i miejskiego, wykazało, że 55,3% osób odbyło wizytę ginekologiczną między 18. a

22. rokiem życia (Gruszka i in., 2014). Badanie Słopieckiej wykazało, iż 69,5% kobiet, pierwszy raz do lekarza ginekologa zgłosiła się dopiero w okresie ciąży (Słopiecka, 2013).

Kobiety powinny odbywać swoją pierwszą wizytę u ginekologa w młodszym wieku niż obecnie. Warto przy tym podkreślić szczególną sytuację osób przed ukończeniem 16. roku życia, które nie mogą samodzielnie realizować praw pacjenta. Zgodnie z prawem mogą odbyć stosunek seksualny z chwilą ukończenia 15. roku życia, natomiast nie mogą same stanowić o korzystaniu z antykoncepcji hormonalnej czy badań profilaktycznych (Sowińska-Przepiera i in., 2013). Rodzice bądź opiekunowie oraz szkoła powinny kształtować u młodych kobiet poczucie odpowiedzialności za swoje zdrowie, w tym zdrowie reprodukcyjne i seksualne, co jest skorelowane z traktowaniem ginekologa jak „zwykłego lekarza” i zasięgnięciem porad ginekologicznych również w przypadku braku dolegliwości.

Badanie własne pokazało, iż najwyższy odsetek osób badanych odbywa wizyty ginekologiczne co pół roku (26,1% 653 osób) oraz co rok (21,5%, 537 osób). Według badania Cichońskiej i wsp. kobiety najczęściej chodzą na wizyty ginekologiczne raz w roku (44%) bądź co pół roku (16%). Co cztery miesiące i rzadziej do ginekologa uczęszcza blisko 10% badanych. Często gabinet ginekologiczny odwiedza około 6% respondentek, natomiast nigdy z wizyty nie skorzystało 2% (Cichońska i in., 2012). Wyniki badań Gruszki i wsp., 43% kobiet uczęszcza na wizyty ginekologiczne raz na pół roku. Raz na rok do ginekologa chodzi 20% (81 osób). Wizyty raz w miesiącu (4%, 16 osób) związane były z wypisaniem leków antykoncepcyjnych lub wizytami kontrolnymi w ciąży (Gruszka i in., 2014).

W pracy Słopieckiej wykazano, że 58,1% respondentek z porad ginekologa korzystało rzadziej niż raz w roku lub nigdy. Pozostałe 41,9% zgłaszały się systematycznie, co najmniej raz w roku (Słopiecka, 2013).

Badanie własne wykazało, iż najczęstszym powodem odbycia wizyty ginekologicznej była troska o własne zdrowie (38,7%, 967 osób). Następnie respondentki wskazywały na współżycie seksualne i chęć zabezpieczenia się bądź planowanie rozpoczęcia współżycia seksualnego.

Głównym powodem pierwszej wizyty ginekologicznej wg badania z 2014 r. było uznanie przez respondentki, iż „nastał już na to czas” (28%). Blisko 13% respondentek odbyło wizytę w celu doboru odpowiedniej metody antykoncepcji, a dla 11% wizyta poprzedzała podjęcie współżycia seksualnego (Pozdał, 2014).

Badanie Cichońskiej i wsp. wykazało, iż o częstości badania ginekologicznego decyduje najczęściej brak objawów i dolegliwości (40%), brak czasu na badania (26%), obawa przed wykryciem choroby (14%), wymagania okresowych badań pracowniczych (6%), obawa o wydatek finansowy (6%) oraz odczuwanie skrępowania i wstydu (4%) (Cichońska i in., 2012).

Według badań z 2014 roku celem pierwszej wizyty kobiet w gabinecie ginekologicznym są badania profilaktyczne (33,8%, 136 osób) oraz niepokojące objawy ze strony narządów płciowych (33,5%, 135 osób), (Gruszka i in., 2014).

W 2012 r. zgłaszalność na badania cytologiczne ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia wyniosła 35,71%, a w 2013 r. 44,10%, natomiast zgłaszalność na badania mammograficzne wyniosła w 2012 r. - 46,96%, a w 2013 r. 47,18%, co może świadczyć o rosnącej zgłaszalności na badania profilaktyczne (Minister Zdrowia, 2014).

Badanie Słopieckiej pokazało, iż blisko 21% badanych udało się na wizytę ginekologiczną, gdyż nie odczuwając żadnych niepokojących objawów chciało zasięgnąć porady, a 9% kobiet do poradni ginekologicznej udało się z powodu odczuwanych dolegliwości. Zaobserwowano następujące zależności - im wyższa grupa wiekowa i wyższy poziom

wykształcenia, tym mniejszy odsetek kobiet udających się do ginekologa w celu zasięgnięcia opinii (Słopiecka, 2013).

Blisko 35,7% (893 osoby) badanych kobiet regularne wizyty ginekologiczne odbywa w gabinecie prywatnym, natomiast 16% (400 osób) wybiera wizyty w ramach NFZ. Według badania Cichońskiej i wsp. najwyższy odsetek kobiet badania ginekologiczne wykonuje w wybranym lub dostępnym gabinecie prywatnym (52%) bądź w najbliższej poradni lub w wybranej poradni (28%). Znacznie mniej, blisko 14% respondentek, wykonuje badania w gabinecie prywatnym lub NFZ, gdzie przyjmuje wybrany lekarz (Cichońska, 2012).

Badanie własne wykazało, iż pacjentki LBTQ częściej wybierają wizyty prywatne (33,8%, 134 osoby). W badaniu Charzyńskiej obejmujących kobiety mające stosunki seksualne z kobietami, 74% respondentek, które odbyły pierwszą wizytę u ginekologa, wyraziło potrzebę zmian w kontakcie pacjentka-lekarz. Najczęściej (44,5%) zgłaszano potrzebę większej świadomości lekarzy dotyczącej występowania stosunków seksualnych między kobietami (Charzyńska, 2013).

Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. 1997 Nr 28 poz. 152) reguluje sytuacje, w której lekarz może powstrzymać się od wykonania świadczeń zdrowotnych, które są niezgodne z jego sumieniem (tzw. klauzula sumienia). Lekarz, powołując się na klauzulę sumienia, ma obowiązek wskazać realne możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w innej placówce ochrony zdrowia. Lekarz powinien uzasadnić swoją decyzję i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej, a także powiadomić na piśmie swojego przełożonego. Komitet Bioetyki uważa, że lekarz nie ma prawa, powołując się na racje sumienia, odmówić wypisania recepty na produkt leczniczy lub wyrób medyczny, którego stosowanie pozostaje wyłącznie w gestii pacjenta (Komitet Bioetyki przy Prezydium Polskiej Akademii Nauk, 2013). Badanie własne wykazało, iż blisko 7,8% (195 osób) badanych spotkało się z odmową przepisania antykoncepcji. Wyniki innego badania (z 2013 roku) wskazują, iż około 9% młodych kobiet lekarz odmówił wypisania recepty na środki antykoncepcyjne (Pozdał, 2014).

Wnioski

Na podstawie wyników badań własnych oraz dyskusji można sformułować poniższe wnioski:

- Brakuje u kobiet wykształconego od najmłodszych lat poczucia odpowiedzialności za własne zdrowie reprodukcyjne i seksualne, które przekładałoby się na potrzebę regularnego odbywania wizyt ginekologicznych w celu wzmacniania zdrowia, a nie tylko leczenia chorób. Za wykształcenie odpowiednich nawyków prozdrowotnych powinni być odpowiedzialni rodzice/opiekunowie prawni młodych kobiet oraz szkoła i prowadzona w niej rzetelna edukacja seksualna.
- Pacjentki dokonują wyboru ginekologa głównie w oparciu o opinie najbliższych osób. W toku edukacji ginekologów należy położyć większy nacisk na zdobycie umiejętności właściwego podejścia do pacjentki jako osoby, w tym odpowiedniego sposobu komunikowania się i przekazywania rzetelnej wiedzy. Ginekolog powinien stanowić główne źródło informacji kobiety nt. jej zdrowia reprodukcyjnego i seksualnego.
- Respondentki z niepełnosprawnościami zgłaszały brak przystosowania gabinetów w podjazdy, windy, dające się obniżyć fotele czy toalety dla osób z niepełnosprawnościami. Respondentki LBTQ zgłaszały przypadki dyskryminacji m.in. z powodu heteronormatywnego podejścia do pacjentki. W procesie kształcenia i samokształcenia ginekologów należy zwrócić dodatkową uwagę na relację lekarz - pacjentka, w której pacjentka posiada niepełnosprawności bądź jest osobą LBTQ.

Podziękowania

Badanie zostało przeprowadzone dzięki zaangażowaniu Grupy Edukatorów Seksualnych Ponton działających przy Federacji na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny oraz organizacji, które objęły patronat nad ankietą. Szczególne podziękowania należą się także pomysłodawczyni projektu Małgorzacie Kot.

Piśmiennictwo:

1. Aragon S, Poteat V, Espelage D i wsp. The Influence of Peer Victimization on Educational Outcomes for LGBTQ and Non-LGBTQ High School Students. *Journal of LGBT Youth*. 2014; 11(1): 1-19.
2. Charzyńska E. Uczęszczanie do ginekologa i relacja pacjentka-lekarz wśród kobiet mających stosunki seksualne z kobietami. *Seksuologia Polska*. 2013; 11(1).
3. Cichońska M, Borek M, Krawczyk W i wsp. Wiedza kobiet w zakresie zapobiegania nowotworom piersi i raka szyjki macicy. *Acta Scientifica Academiae Ostroviensis*. 2012; 1: 5-25.
4. Główny Urząd Statystyczny. *Kobiety w Polsce*. Warszawa. 2007; str. 21. http://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/Kobiety_w_Polsce.pdf (dostęp: 2015.08.22).
5. Gruszka J, Wrześniewska M, Adamczyk-Gruszka O. Wizyta u ginekologa – aspekt psychologiczny, diagnostyczny i leczniczy. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*. 2014; 20(2): 126-130.
6. Health topics. Reproductive health. http://www.who.int/topics/reproductive_health/en/ (dostęp: 2014.09.11).
7. <http://www.schoolhealthcenters.org/wp-content/uploads/2012/06/2010-ACOG-primary-care-for-female-adolescents-guide.pdf> (dostęp: 2015.08.22).
8. Komitet Bioetyki przy Prezydium Polskiej Akademii Nauk. Stanowisko KB nr 4/2013. Stanowisko Komitetu Bioetyki przy Prezydium PAN nr 4/2013 z dnia 12 listopada 2013 roku w sprawie tzw. klauzuli sumienia. 2013. <http://www.bioetyka.pan.pl/> (dostęp: 2015.08.22).
9. Lalonde M. A New Perspective on the Health of Canadians. Ministry of Health and Welfare. 1974. <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf> (dostęp: 2015.05.15).
10. Lew-Starowicz Z. Zdrowie seksualne kobiet. W: Lew-Starowicz Z, Skrzypulec V (red.). *Podstawy seksuologii*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2010: 122.
11. Braeken D, Otoo-Oyortey N, Serour G. Access to sexual and reproductive health care: Adolescents and young people. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2007; 98(2): 172-174.
12. Łepecka-Klusek C. Zdrowie i płodność kobiety. W: Łepecka-Klusek C. (red.). *Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie i ginekologii*. Podręcznik dla studiów medycznych. Wyd. 2. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2010: 1-44.
13. Maszczak T. Zdrowie jako wartość uniwersalna. *Roczniki Naukowe. AWF w Poznaniu*. 2005; 54: 73-81.
14. Mazurkiewicz B, Ochocka-Stępień J, Dmoch-Gajzlerska E. Profilaktyka raka sutka wśród młodzieży na przykładzie medycznej szkoły policealnej. *Zdrowie i dobrostan*. 2014; 2: 101-123.
15. Minister Zdrowia. Sprawozdanie z realizacji Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych w 2013 r. Warszawa. 2014.

- http://www.mz.gov.pl/_data/assets/pdf_file/0004/18850/Sprawozdanie-NPZCHN-2013r.pdf (dostęp: 2015.08.22).
16. Ostrowska A. Profilaktyka zdrowotna: interpretacje, definicje sytuacji, racjonalności (przypadek profilaktyki ginekologicznej kobiet). *Studia Socjologiczne*. 2011; 3(202): 73-94.
 17. Piróg M, Podgórnjak M, Putowski M, Zawiślak J, Sadowska M, Padała O. Opieka ginekologiczna wśród młodych kobiet w Polsce z zastosowaniem technologii medycznych. *European Journal of Medical Technologies*. 2014; 3(4): 17-23.
 18. Pozdał M. Materiały prasowe. Ogólnopolski raport „Współczesna Seksualność i Nowoczesna Antykoncepcja Polaków 2014”.
http://www.takdlazdrowia.pl/images/portal_TDZ/lektura_na_zdrowie/PDF/raport.pdf (dostęp: 2015.08.22).
 19. Słopiecka A. Korzystanie przez kobiety z porad lekarza ginekologa. *Problemy Pielęgniarstwa*. 2013; 21(1): 47–54
 20. Sowińska-Przepiera E, Jarząbek-Bielecka G, Andrysiak-Mamos E i wsp. Wybrane aspekty prawne w ginekologii wieku rozwojowego. *Ginekologia Polska*. 2013; 84: 131-136.
 21. Spaczyński M, Nowak-Markwitz E, Januszek-Michalecka L i wsp. Profil socjalny kobiet a ich udział w Programie Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy w Polsce. *Ginekologia Polska*. 2009; 80: 833-838.
 22. Synowiec-Piłat M. Percepcja umiejętności interpersonalnych (komunikacyjnych) lekarzy ginekologów. *Ginekologia Praktyczna*. 2003; 11(3): 19-24.
 23. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Primary and Preventive Health Care for Female Adolescents. Tool Kit for Teen Care second edition. 2010.
 24. USTAWA z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. 1997 Nr 28 poz. 152).
 25. Zielińska E, Nowicka W. Zdrowie kobiet w Polsce. Federacja na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny. 2009.
http://www.federa.org.pl/dokumenty_pdf/raporty/Raport%20Zdrowie%20Kobiet%20EZ_WN%202009.pdf (dostęp: 2015.08.22).