

Aleksandra Słopiecka^{1(A,B,C,D,E,F)}, Grażyna Wiraszka^{2(E,F)}

Zachowania kobiet w zakresie profilaktyki chorób narządów płciowych

Women's attitudes towards reproductive system disease prevention

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach

¹ Instytut Zdrowia Publicznego, Pracownia Psychologii i Pedagogiki Medycznej

² Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Zakład Chorób Wewnętrznych, Kardiologii
i Pielęgniarstwa Internistycznego

STRESZCZENIE

Wstęp: W ocenie specjalistów, styl życia w największym stopniu determinuje stan zdrowia człowieka. Z tego względu zagadnienia profilaktyki, promocji zdrowia i propagowania zachowań prozdrowotnych zalicza się do priorytetowych zadań współczesnego systemu ochrony zdrowia. Celem pracy była analiza zachowań kobiet w zakresie profilaktyki chorób żeńskich narządów płciowych.

Materiał i metoda: Grupę badaną stanowiły pacjentki czterech oddziałów ginekologicznych. Badane kobiety hospitalizowane były z powodu potrzeby diagnozowania i/lub leczenia chorób w obrębie narządu rodowego. Metodą badawczą był sondaż diagnostyczny. Zastosowano kwestionariusz ankiety według własnego opracowania.

Wyniki: W badanej populacji przeważały kobiety, które zgłosiły się do lekarza ginekologa w związku z wystąpieniem objawów choroby (85,2% kobiet). W analizowanej grupie, najwięcej kobiet (29,6%) udało się do lekarza w ciągu 1-2 miesięcy po wystąpieniu niepokojących objawów, a około 20% respondentek czekało aż 10 miesięcy lub dłużej zanim zgłosiły się do specjalisty. Wśród badanych, które mimo odczuwanych dolegliwości nie zgłosiły się natychmiast (1-2-3 dni) do lekarza, najwięcej kobiet (46,4%) jako główny powód swojego zachowania wymieniło zaniedbanie.

Wnioski: 1. Mimo odczuwanych dolegliwości większość respondentek nie zgłosiła się natychmiast do lekarza ginekologa. 2. Zaniedbanie i niska świadomość zdrowotna kobiet

ABSTRACT

Introduction: According to the specialists, our health condition is significantly determined by our lifestyle. Consequently, prevention, health promotion and pro-health behavior pattern advertising are the priorities that should be taken into account while dealing with the modern health care system. The aim of this study was to analyse the women's attitudes towards the prevention of the female reproductive system diseases.

Research Material and Methods: The research was conducted among women from four gynecological wards. These women were hospitalized because of the need of diagnosis and/or treatment within the genital organ. A diagnostic survey was applied as a research method. The instrument for data collection was a specially designed questionnaire.

Results: Most of the respondents were women who saw a gynecologist because of the disease symptoms (85,2%). Most women (29,6%) saw a doctor within 1-2 months after having observed anxious symptoms and 20% of respondents had been waiting until 10 months or even longer before they saw a specialist. The most women (46,4%) who did not see a doctor immediately (1-3 days), in spite of complaints, claimed that the reason for that was their negligence.

Conclusions: 1. In spite of complaints, the most of respondents did not visit a gynecologist immediately; 2. Negligence and low health awareness were the main reasons for delaying a visit to the specialist; 3. To change women's attitudes towards

były głównymi przyczynami odwlekania wizyty u specjalisty. 3. Warunkiem uzyskania zmiany zachowań kobiet w zakresie ochrony własnego zdrowia jest nabycie umiejętności systematycznego zgłaszania się na badania profilaktyczne. 4. W celu zwiększenia frekwencji kobiet w profilaktycznych badaniach narządu rodowego należy stale prowadzić działania edukacyjne z wykorzystaniem nowoczesnych środków masowego przekazu.

Słowa kluczowe: kobiety, profilaktyka, objawy, choroby narządu rodowego

Wstęp

W ocenie specjalistów styl życia w największym stopniu determinuje stan zdrowia człowieka. Z tego względu zagadnienia profilaktyki, promocji zdrowia i propagowania zachowań prozdrowotnych zalicza się do priorytetowych zadań współczesnego systemu ochrony zdrowia. Poprawę zdrowia ludności upatruje się nie tylko w rozwoju nowoczesnych metod wykorzystywanych w profilaktyce, diagnozowaniu, leczeniu i rehabilitacji osób chorych, ale także w zmianie niekorzystnych dla zdrowia nawyków i przyzwyczajzeń.

Aktualnie jednym z najpilniejszych zadań w ochronie zdrowia narządu rodowego kobiet jest zapewnienie warunków i środków do realizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie prewencji, wczesnego rozpoznawania i leczenia nowotworów złośliwych. Należy zaznaczyć, że w 2009 roku z powodu wymienionej grupy chorób w Polsce zmarło 40 895 kobiet, w tym największą liczbę zgonów stanowiły nowotwory złośliwe żeńskich narządów płciowych (6 147 kobiet) [1]. Uważa się, że powyższy stan spowodowany jest między innymi niską zgłaszalnością Polek na badania profilaktyczne, które umożliwiają wykrycie choroby we wczesnej fazie rozwoju. Rzadkie i nieregularne korzystanie z proponowanych przez personel medyczny badań profilaktycznych świadczy o niskiej świadomości kobiet w zakresie ochrony zdrowia i braku efektów prowadzonych działań edukacyjnych. Dlatego dane na temat preferowanych zachowań kobiet oraz ich motywów postępowania w wybranych sytuacjach zdrowotnych są cennym źródłem informacji, które powinny być uwzględnione w prognozowaniu zachorowalności kobiet na przewlekłe choroby i opracowaniu odpowiedniej strategii prewencyjnej.

Celem pracy była analiza zachowań kobiet w zakresie profilaktyki chorób żeńskich narządów płciowych.

Materiał i metoda

Grupę badaną stanowiły pacjentki czterech oddziałów ginekologicznych. Badane kobiety hospitalizowane były z powodu chorób w obrębie narządu rodowego. Metodą badawczą był sondaż diagnostyczny. Zastosowano kwestionariusz ankiety według własnego opracowania. Wszystkim respondentkom zagwarantowano anonimowy udział w badaniach. W badaniach uczestniczyło 210

the health protection, it is necessary to acquire the ability of having preventive examinations in a systematic way; 4. In order to increase the women's attendance at the reproductive system preventive examinations, it is recommended to carry out educational activities supported by the application of the modern mass media.

Key words: women, prevention, symptoms, reproductive system diseases

Introduction

According to the specialists, our health condition is significantly determined by our lifestyle. In consequence, prevention, health promotion and pro-health behavior pattern advertising are the priorities that should be taken into account while dealing with the modern health care system. Health improvements result not only from the development of the modern methods used in prevention, diagnosing, treatment and rehabilitation of the patients, but from the change of unhealthy habits and routines as well.

Nowadays, one of the most urgent tasks to complete in the area of health protection related to the female reproductive system is creating conditions and measures to offer health services regarding prevention, early detection and treatment of the cancers. It is worth pointing out that 40895 women died in Poland in 2009 due to the mentioned group of diseases. The greatest number of deaths was caused by the reproductive cancers (6147 women) [1]. It is believed that such a situation is among others the result of the small number of Polish women who have preventive medical examinations leading to the disease detection in the early stage of development. Seldom and irregular preventive examinations recommended by the medical staff indicate low health protection awareness among women and the lack of effects resulted from the educational activities. Therefore, data on the preferable female attitudes and their motives of acting in the particular health situations is a valuable source of information which should be included while forecasting women morbidity of the chronic diseases and designing a suitable preventive strategy. The aim of this study was to analyse the women attitudes towards the prevention of the female reproductive system diseases.

Research material and methods

The research was conducted among women from four gynecological wards. These women were hospitalized because of the need of diagnosis and/or treatment within the genital organ. A diagnostic survey was applied as a research method. The instrument for data collection was a specially designed questionnaire. All the respondents were guaranteed anonymous participation in the research. 210 women aged 18-73 were examined. The average age

Tabela 1. Okoliczności rozpoznania choroby – badane kobiety według wieku, wykształcenia i miejsca zamieszkania
Table 1. The diagnosis of disease and its circumstances – studied women by age, education and place of residence

Okoliczności, w jakich pacjentka dowiedziała się o chorobie: The circumstances under which the patient received a diagnosis	Grupy wieku w latach Age groups in years				Wykształcenie Education			Miejsce zamieszkania Place of living				Ogółem Total
	≤35	36-45	46-55	≥56	podst. i zasad. zaw. basic/vocational	średnie i policealne secondary	wyższe higher	wieś country	miasto ≤100 tys. mieszk. city ≤100 thousand inhabitants	miasto >100 tys. mieszk. city >100 thousand inhabitants		
osoba zdrowa, badania profilaktyczne healthy person having preventive examinations	N	4	7	3	–	1	9	4	1	7	6	14
	%	8,7	13,5	3,8	–	2,0	8,2	8,0	1,3	12,1	8,0	6,7
zgłoszenie do lekarza po zaobserwowaniu objawów seeing a doctor after having observed symptoms	N	40	40	73	26	44	95	40	70	48	61	179
	%	87,0	76,9	92,4	78,8	88,0	86,4	80,0	90,9	82,8	81,3	85,2
podczas diagnozowania, leczenia, rehabilitacji innej choroby while diagnosing, treatment and rehabilitation of a different disease	N	2	5	3	7	5	6	6	6	3	8	17
	%	4,3	9,6	3,8	21,2	10,0	5,5	12,0	7,8	5,2	10,7	8,1
Razem Total	N	46	52	79	33	50	110	50	77	58	75	210
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Chi² = 17,90

Chi² = 4,48

Chi² = 7,77

DF = 6; p<0,01

DF = 4; p–n.i

DF = 4; p–n.i

kobiet w wieku od 18 do 73 lat. Średnia wieku dla ogółu badanych wynosiła 45,54. Udziały odsetkowe respondentek w wyodrębnionych klasach wieku kształtowały się następująco: 1. poniżej 35 lat (≤35 lat) – 21,9%; 2. 36-45 lat – 24,8%; 3. 46-55 lat – 37,6% i 4. powyżej 56 lat (≥56 lat) – 15,7% kobiet. Wśród badanych największą grupę tworzyły kobiety z wykształceniem średnim i policealnym (52,4%), w identycznym odsetku, tj. po 23,8% było kobiet z wykształceniem wyższym oraz podstawowym i zasadniczym zawodowym (podst. i zasad. zaw.). Ze względu na miejsce zamieszkania respondentki podzielono na trzy grupy: mieszkanki wsi (36,7% kobiet), mieszkanki miast powyżej 100 tysięcy mieszkańców (≤100 tys. mieszk.) – 35,7% pacjentek oraz badane żyjące w miastach do 100 tysięcy mieszkańców (≤100 tys. mieszk.) – 27,6%.

Przyjęto następujące kryteria kwalifikacji pacjentek do badań: 1. hospitalizacja z powodu choroby lub chorób narządu rodowego (wyłączono kobiety w ciąży i po poronieniach); 2. ukończenie 18 lat (osoby pełnoletnie); 3. pobyt w oddziale ginekologicznym co najmniej trzy doby; 4. uzyskanie od pacjentki zgody na udział w badaniach. Analizy statystyczne prowadzono przy użyciu pakietu statystycznego SPSS v.12 pl. Istotność różnic dla danych kategoryalnych oceniano testem niezależności χ^2 . Za istotne statystycznie uznawano wartości statystyk dla p<0,05.

was 45,54. Percentage shares of the respondents in the particular age groups were the following: 1. below 35 years old (≤35 years) – 21,9%; 2. 36-45 years old – 24,8%; 3. 46-55 years old – 37,6% and 4. above 56 years old (≥56 years) – 15,7%. Among the women, the biggest group consisted of women with the secondary education, the identical percentage 23,8% was for both women with higher education and women with basic/vocational education. The respondents were divided into three groups by place of living: rural inhabitants (36,7% of women), urban inhabitants above 100 thousand inhabitants (35,7% of women), and urban inhabitants below 100 thousand inhabitants (27,6 % of women).

The following qualification criteria were applied: 1. Hospitalization due to the reproductive system diseases (pregnant women and women after miscarriage were excluded); 2. Adults (turning 18); 3. Staying in the gynecological ward for at least three days; 4. Consent to examinations given by the patient. Statistical analyses were conducted according to the statistical package SPSS v.12 pl. The significance of differences for certain categories was assessed by a chi-squared test. The statistical values for p<0,05 were statistically significant.

Results

All women taking part in the examinations were asked about the circumstances under which the disease was

Tabela 2. Rodzaje dolegliwości i objawów występujących przed rozpoznaniem choroby – badane kobiety według wieku, wykształcenia i miejsca zamieszkania

Table 2. The types of ailments and symptoms before the diagnosis of disease according – studied women by age, education and place of residence

Rodzaje dolegliwości i objawów: Types of complaints and symptoms:		Grupy wieku w latach Age groups in years				Wykształcenie Education			Miejsce zamieszkania Place of living				Ogółem Total
		≥35	36-45	46-55	≥56	podst. i zasad. zaw. basic/vocational	średnie i policealne secondary	wyższe higher	wieś country	miasto ≤100 tys. mieszk. city ≤100 thousand inhabitants	miasto >100 tys. mieszk. city >100 thousand inhabitants		
ból brzucha cramps	N	28	21	29	9	23	45	19	39	19	29	87	
	%	70,0	52,5	39,7	34,6	52,3	47,4	47,5	55,7	39,6	47,5	48,6	
zaburz. krwawienia miesiączkowego menstrual disorders	N	12	23	22	2	10	34	15	20	19	20	59	
	%	30,0	57,5	30,1	7,7	22,7	35,8	37,5	28,6	39,6	32,8	33,0	
upławy Leucorrhea (Whites)	N	9	12	18	4	11	24	8	15	15	13	43	
	%	22,5	30,0	24,7	15,4	25,0	25,3	20,0	21,4	31,3	21,3	24,0	
plamienie bleeding	N	4	5	15	5	8	14	7	9	8	12	29	
	%	10,0	12,5	20,5	19,2	18,2	14,7	17,5	12,9	16,7	19,7	16,2	
nietrzymanie moczu urinary incontinence	N	1	6	12	7	5	15	6	10	6	10	26	
	%	2,5	15,0	16,4	26,9	11,4	15,8	15,0	14,3	12,5	16,4	14,5	
krwotoki haemorrhage	N	1	6	12	3	9	9	4	10	4	8	22	
	%	2,5	15,0	16,4	11,5	20,5	9,5	10,0	14,3	8,3	13,1	12,3	
ból ok. lędźwiowo-krzyżowej low back pain	N	7	2	7	1	3	10	4	9	5	3	17	
	%	17,5	5,0	9,6	3,8	6,8	10,5	10,0	12,9	10,4	4,9	9,5	
wypadanie narządu rodnego genital prolapse	N	–	–	6	10	1	13	2	4	3	9	16	
	%	–	–	8,2	38,5	2,3	13,7	5,0	5,7	6,3	14,8	8,9	
inne others	N	8	–	–	–	1	6	1	5	3	–	8	
	%	20,0	–	–	–	2,3	6,3	2,5	7,1	6,3	–	4,5	
Razem badanych osób* Total number of patients*	N	40	40	73	26	44	95	40	70	48	61	179	
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	

* Liczba osób i odsetki nie sumują się do wartości ogółem, ponieważ większość badanych podała więcej niż jeden objaw.
The number of patients and percentages do not give the total value as the most examined women mentioned more than one symptom.

Wyniki

Do wszystkich kobiet uczestniczących w badaniach skierowano pytanie dotyczące okoliczności rozpoznania choroby, z powodu której konieczna była hospitalizacja w oddziale ginekologicznym.

W badanej populacji zdecydowanie przeważały kobiety, które zgłosiły się do lekarza ginekologa po zaobserwowaniu objawów choroby – 85,2% osób. Największy ich udział stwierdzono wśród kobiet w wieku 46-55 lat (92,4%), a najmniejszy – w drugiej klasie wieku, tj. 36-45 lat (76,9%). Odsetki badanych w wydzielonych kategoriach wykształcenia i miejsca zamieszkania kształtowały się na zbliżonym poziomie. U 8,1% kobiet chorobę narządu rodnego rozpoznano w czasie diagnozowania, leczenia lub rehabilitacji innej choroby. W analizowanej grupie badanych wystąpiła przewaga najstarszych kobiet (≥56 lat) – 21,2% w porównaniu z pozostałymi

detected and which consequently led to the hospitalization in the gynecological ward.

In the examined group, the women who saw a doctor after having observed the symptoms were in majority – 85,2%. The biggest percentage was among the women aged 45-66 years old (92,4%), the smallest percentage was in the second age group, i.e. 36-45 years old (76,9%). The percentage of women in the separate categories of education and place of living was on the similar level. The reproductive system disease was detected in 8,1% of women while diagnosing, treatment and rehabilitating another illness. In the examined group, the oldest women were in majority (≥56 years old) – 21,2% in comparison to other age groups (≤35 years old – 4,3%, 36-45 years old – 9,6%, 46-55 years old – 3,8%). The third group, the smallest one included women whose diseases were diagnosed during the preventive examinations. It is

Tabela 3. Okres czasu, jaki upłynął od wystąpienia objawów do zgłoszenia się do lekarza – badane kobiety według wieku, wykształcenia i miejsca zamieszkania

Table 3. A period of time which elapsed from the occurrence of symptoms to visit to the doctor – studied women by age, education and place of residence

Okres czasu:		Grupy wieku w latach Age groups in years				Wykształcenie Education			Miejsce zamieszkania Place of living				Ogółem Total
		≤35	36-45	46-55	≥56	podst. i zasad. zaw. basic/ vocational	średnie i policealne secondary	wyższe higher	wieś country	miasto ≤100 tys. mieszk. city ≤100 thousand inhabitants	miasto >100 tys. mieszk. city >100 thousand inhabitants		
natychmiast (1-2-3 dni) immediately (1-2-3 days)	N	9	6	10	1	7	11	8	8	7	11	26	
	%	22,5	15,0	13,7	3,8	15,9	11,6	20,0	11,4	14,6	18,0	14,5	
<1 miesiąca (od 4 dni) <1 month (from 4 days)	N	12	9	11	3	5	23	7	14	12	9	35	
	%	30,0	22,5	15,1	11,5	11,4	24,2	17,5	20,0	25,0	14,8	19,6	
1-2 miesiące / months	N	9	12	23	9	15	27	11	24	10	19	53	
	%	22,5	30,0	31,5	34,6	34,1	28,4	27,5	34,3	20,8	31,1	29,6	
3-9 miesięcy / months	N	4	9	13	4	9	15	6	13	8	9	30	
	%	10,0	22,5	17,8	15,4	20,5	15,8	15,0	18,6	16,7	14,8	16,8	
≥10 miesięcy / months	N	6	4	16	9	8	19	8	11	11	13	35	
	%	15,0	10,0	21,9	34,6	18,2	20,0	20,0	15,7	22,9	21,3	19,6	
Razem	N	40	40	73	26	44	95	40	70	48	61	179	
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	

Chi² = 16,31

DF = 12; p–n.i.

Chi² = 5,04

DF = 8; p–n.i.

Chi² = 5,43

DF = 8; p–n.i.

grupami wieku (≤35 lat – 4,3%, 36-45 lat – 9,6%, 46-55 lat – 3,8%). Trzecią, najmniejszą grupę (6,7%) tworzyły kobiety, u których chorobę rozpoznano w trakcie badania profilaktycznego. Zwraca uwagę fakt, że w tej kategorii odpowiedzi brak było udziału kobiet najstarszych (≥56 lat). Uwzględniając poziom wykształcenia stwierdzono czterokrotnie mniejszy udział kobiet z wykształceniem podstawowym i zawodowym – 2,0% od kobiet z wykształceniem średnim (8,2%) i wyższym (8,0%). Różnice w proporcjach udziału badanych według kategorii wykształcenia i miejsca zamieszkania były statystycznie nieistotne. W zakresie omawianego problemu istotne różnice wystąpiły w zależności od wieku (p<0,01) – tabela 1.

Wśród ogółu badanych liczną grupę (85,2%) stanowiły kobiety, u których przed rozpoznaniem choroby wystąpiły objawy chorobowe. Do tej grupy pacjentek skierowano pytanie o rodzaj dolegliwości. W największym odsetku badane zgłaszały następujące objawy: bóle brzucha (48,9%), zaburzenia krwawienia miesięczkowego (33,0%), upławy (24,0%) oraz plamienie (16,2%). Szczegółowe dane na temat rodzajów dolegliwości i objawów zawarto w tabeli 2.

Celem lepszego zobrazowania zachowań kobiet w obliczu odczuwanych dolegliwości zapytano respondentki o czas, jaki upłynął od wystąpienia objawów do

worth pointing out that this category did not refer to the oldest women (≥56 years old). Taking into account the level of education, there were four fold fewer women with basic/vocational education – 2% than women with secondary education (8,2%) and with higher education (8,0%). The differences in share proportions of the examined patients by education and place of living were statistically insignificant. The significant differences for the analyzed problem arose for the age category (p<0,01) – table 1.

Among the total number of patients, the biggest group (85,2%) comprised women who had disease symptoms before being diagnosed. These women were asked about the type of complaint. The biggest percentage of the patients reported the following symptoms: cramps (48,9%), menstrual disorders (33%), leucorrhoea (whites) (24,0%) and bleeding (16,2%). The detailed data on the types of complaints and symptoms is included in the table 2.

In order to present women's attitudes towards experienced complaints in a better way, the respondents were asked about the time which elapsed from the occurrence of symptoms to the visit to the doctor – Table 3. The biggest group of women who experienced complaints went to see a doctor (in all categories: age, education

Tabela 4. Rodzaje przyczyn niezgłoszenia się do lekarza z objawami choroby w trybie natychmiastowym – badane kobiety według wieku, wykształcenia i miejsca zamieszkania**Table 4. Reasons for which respondents did not go to the doctor immediately – studied women by age, education and place of residence.**

Rodzaje przyczyn:	Grupy wieku w latach Age groups in years				Wykształcenie Education			Miejsce zamieszkania Place of living				Ogółem Total
	≤35	36-45	46-55	≥56	podst. i zasad. zaw. basic/ vocational	średnie i policealne secondary	wyższe higher	wieś country	miasto ≤100 tys. miesz. city ≤100 thousand inhabitants	miasto >100 tys. miesz. city >100 thousand inhabitants		
zaniedbanie negligence	N	7	19	33	12	23	36	12	30	20	21	71
	%	22,6	55,9	52,4	48,0	62,2	42,9	37,5	48,4	48,8	42,0	46,4
nie wiedziałam, że są to objawy choroby I was not aware of the disease symptoms	N	13	11	11	5	4	26	10	18	11	11	40
	%	41,9	32,4	17,5	20,0	10,8	31,0	31,3	29,0	26,8	22,0	26,1
objawy nasilały się powoli symptoms were exacerbating slowly	N	7	3	13	4	3	15	9	4	7	16	27
	%	22,6	8,8	20,6	16,0	8,1	17,9	28,1	6,5	17,1	32,0	17,6
bałam się (lęk, strach, wstyd) I was scared (anxiety, fear, embarrassment)	N	–	1	6	4	6	4	1	8	1	2	11
	%	–	2,9	9,5	16,0	16,2	4,8	3,1	12,9	2,4	4,0	7,2
miałam nadzieję, że zajdę w ciążę I hoped to get pregnant	N	4	–	–	–	1	3	–	2	2	–	4
	%	12,9	–	–	–	2,7	3,6	–	3,2	4,9	–	2,6
Razem Total	N	31	34	63	25	37	84	32	62	41	50	153
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

zgłoszenia się do lekarza – tabela 3. W grupie badanych z odczuwanymi dolegliwościami najczęściej było kobiet, które udały się do lekarza (w zbliżonym odsetku we wszystkich kategoriach wieku, wykształcenia i miejsca zamieszkania) w ciągu 1–2 miesięcy (29,6%). Dość liczną grupę, bo liczącą 19,6% kobiet stanowiły respondentki, które czekały 10 miesięcy lub dłużej zanim zgłosiły się do lekarza. Odwlekanie decyzji weryfikacji niepokojących objawów dla wielu pacjentek trwało kilka lat, najdłużej 10 lat. W tej kategorii odpowiedzi największy udział badanych wystąpił w najstarszej klasie wieku (≥56 lat) – 34,6% osób. W czasie poniżej jednego miesiąca po poradę lekarską zgłosiło się 19,6% osób, natomiast dla 16,8% kobiet czas oczekiwania trwał od 3 do 9 miesięcy. Spośród licznego grona kobiet, które odczuwały dolegliwości, natychmiast (1-2-3 dni) do lekarza ginekologa udało się jedynie 14,5% respondentek. Była to najmniejsza grupa badanych, reprezentowana najliczniej przez najmłodsze kobiety (≤35 lat) – 22,5%. W ocenie statystycznej nie stwierdzono istotnych różnic pod względem udziału badanych według kategorii wieku, wykształcenia i miejsca zamieszkania.

Do grupy kobiet, które po wystąpieniu niepokojących objawów nie zgłosiły się natychmiast do lekarza (w ciągu 1-2-3 dni), skierowano prośbę o podanie przyczyn

and place of living the percentage of women was almost similar) within 1-2 days. A relatively numerous group which counted 19,6 % of women included respondents who had been waiting for 10 months or even longer before they visited the doctor. Delaying the decision on the verification of the anxious symptoms by many patients lasted a few years, the longest time was 10 years. In this category, the biggest percentage of the examined women referred to the oldest age group (≥56 years old) – 34,6% of people. Within one month, 19,6% of women saw a doctor, however, 16,8% of women had been waiting from 3 to 9 months. Among the big number of women with complaints, only 14,5% of respondents went to see a doctor immediately (1-2-3 days). There was the smallest examined group which was represented by the youngest women in the most numerous way (≤35 years old) – 22,5%. According to the statistical assessment, no significant differences were established in terms of the respondents who were examined by age, education and place of living.

The group of women who did not see a doctor immediately (within 1-2-3 days) was asked about the reason for delaying to pay the visit to the doctor. The question was of open nature and the respondents could formulate their responses freely. Five categories of

opóźnionego zwrócenia się po pomoc lekarską. Pytanie miało charakter otwarty i respondentki mogły dowolnie sformułować swoją wypowiedź. Wyszczególniono 5 kategorii odpowiedzi. Ze względu na niskie wartości obserwowane nie wykonano oceny statystycznej.

Z analizy danych zamieszczonych w tabeli 4 wynika, że blisko połowa analizowanej grupy wymieniła zaniedbanie – 46,4% kobiet. Taką odpowiedź najczęściej udzielały pacjentki w drugiej (55,9%) i trzeciej (52,4%) klasie wieku oraz kobiety o najniższym poziomie wykształcenia (podstawowym i zawodowym) – 62,2%. Uwzględniając miejsce zamieszkania, udziały badanych były zbliżone. Blisko co czwarta badana, czyli 26,1% kobiet nie była świadoma faktu, że występujące dolegliwości były objawami choroby. Grupę tą reprezentowały głównie najmłodsze badane, mieszkanki wsi i kobiety z wykształceniem średnim i wyższym. Dla 17,6 % kobiet „objawy nasilały się powoli” i w związku z tym zgłosiły się one do lekarza w późniejszym terminie. Lęk, strach i wstyd jako motyw swojego zachowania podawany był przez niewiele kobiet – 7,2% osób. Najczęściej takiej odpowiedzi udzielały najstarsze badane (≥ 56 lat), kobiety z wykształceniem podstawowym i zawodowym oraz mieszkanki wsi. Najmniej kobiet, tj. 2,6% odwlekało wizytę u lekarza, gdyż miały nadzieję, że zajdą w ciążę.

Dyskusja

Sformułowanie diagnozy lekarskiej uwarunkowane jest przeprowadzeniem badania podmiotowego i przedmiotowego oraz wykonaniem licznych badań z wykorzystaniem technik laboratoryjnych i/lub obrazowych. Zgłaszane przez chorego dolegliwości chorobowe ułatwiają postawienie prawidłowej diagnozy, z drugiej jednak strony świadczą o wystąpieniu zaburzeń i nieprawidłowości w funkcjonowaniu narządów i układów. Wynik leczenia pacjenta w znacznym stopniu zależy od rodzaju choroby, zastosowanych metod leczenia i okresu, w jakim podjęto działania terapeutyczne. Szczególnie w przypadku zmian nowotworowych, wykrycie raka w początkowym stadium (najlepiej w stanie bezobjawowym) daje choremu największe szanse na całkowite wyleczenie. Najlepszą okazją do sprawdzenia stanu zdrowia są profilaktyczne badania wykonywane z częstotnością określaną przez lekarza.

Z badań własnych wynika, że u większości badanych (85,2%) chorobę narządu rodno rozpoznano w trakcie wizyty u lekarza, na którą respondentki zgłosiły się po zaobserwowaniu objawów chorobowych. Natomiast w czasie badania profilaktycznego chorobę narządu rodno rozpoznano jedynie u 6,7% kobiet. Podobne dane opublikowali inni autorzy. Według M. Gajewskiej, u 82,1% badanych kobiet chorobę nowotworową narządu rodno lub piersi rozpoznano po wystąpieniu dolegliwości [2]. Natomiast w badaniach prowadzonych przez I. Kamińską wykazano, że w czasie badań profilaktycz-

response were specified. Due to the low observed values, the statistical assessment was not carried out.

Data included in the Table 4 indicate that almost half of the respondents mentioned negligence – 46,4% of women. This response was given generally by the patients from the second (55,9%) and third (52,4%) age group and by the women with the lowest level of education (basic / vocational) – 62,2%. In terms of place of living, the percentages were similar. Almost every fourth respondent i.e. 26,1% of women did not realize that the complaints meant disease symptoms. This group was generally represented by the youngest respondents, rural inhabitants and women with the secondary and higher education. For 17,6% of women, “the symptoms were exacerbating slowly” and in consequence they went to see a doctor at a later date. The anxiety, fear and embarrassment were mentioned by few women – 7,2% of people. These reasons were generally given by the oldest respondents (≥ 56 years old), women with basic and vocational education and rural inhabitants. The fewest women, i.e. 2,6% of them delayed the decision to see a doctor because they hoped to get pregnant.

Discussion

A medical diagnosis is based on medical history, physical examination and numerous laboratory and/or screening tests. The complaints mentioned by the patient help a doctor to make a correct diagnosis, but on the other hand they indicate some disorders and abnormalities in the functioning of the organs and systems. The result of the patient treatment is considerably determined by the type of illness, treatment methods and the time when therapeutic activities started. Particularly, in cases of cancers, the detection in the early stage (preferably in the asymptomatic condition) gives a patient the greatest chance for the total recovery. The best opportunity to check health condition are preventive examinations carried out with the frequency defined by a doctor.

The research shows that in most women (85,2%) the reproductive system disease was detected while visiting the doctor after the observation of disease symptoms. However, during the preventive examination, the reproductive system disease was detected only in 6,7% of women. Similar data was published by other researchers. According to M. Gajewski, in 82,1% of women, the reproductive system cancer or breast cancer was detected after reporting the complaints [2]. However, the research conducted by I. Kaminska, indicates that during the preventive examinations taken by the patients voluntarily, recommended by an employer, or a doctor treating a different disease, the reproductive system disease was detected in 11% of women [3].

The time which elapsed from the occurrence of symptoms to the visit to the doctor is of great significance to make a diagnosis in the early stage of the disease

nych, na które pacjentki zgłaszały się z własnej woli, z zaleceń pracodawcy lub zostały skierowane przez lekarza leczącego z powodu innej jednostki chorobowej, chorobę nowotworową żeńskiego narządu rodowego rozpoznano u 11,0% badanej populacji [3].

Okres czasu, jaki upłynął od chwili zaobserwowania niepokojących objawów do momentu zgłoszenia się do lekarza ma istotne znaczenie w rozpoznaniu choroby we wczesnym jej stadium. Odwlekanie przez chorego wizyty u lekarza uniemożliwia wczesne postawienie diagnozy, a w niektórych przypadkach dokonanie wyboru optymalnej metody leczenia i podjęcia najbardziej skutecznych procedur terapeutycznych. Fakt bagatelizowania objawów choroby i niezgłaszanie się przez długi okres czasu do lekarza mimo odczuwanych dolegliwości decyduje o późnym rozpoznaniu choroby. Takie postępowanie jest stosunkowo częstym zjawiskiem wśród ogółu ludności. Z prezentowanych w pracy danych wynika, że wśród badanych, u których wystąpiły dolegliwości przed rozpoznaniem choroby, najwięcej kobiet (około 30%) czekało 1–2 miesiące, zanim udały się na wizytę lekarską, a 19,6% respondentek zgłosiło się do lekarza w czasie powyżej 10 miesięcy (≥ 10 miesięcy). Niewiele mniej, bo 16,8% osób zwlekało z wizytą u lekarza od 3 do 9 miesięcy. Łącznie aż 85,0% kobiet analizowanej grupy odwlekało (w różnym czasie) wizytę u specjalisty. Mimo pewnych różnic w wyodrębnionych kategoriach analizowanej cechy, zbliżone wyniki uzyskała I. Kamińska [3]. W analogicznych kategoriach czasu trwania dolegliwości poprzedzających rozpoznanie choroby autorka otrzymała nieco niższe udziały kobiet. Tutaj najliczniejszą grupę badanych stanowiły kobiety, które szukały pomocy lekarskiej po 6 miesiącach występowania dolegliwości (22,0%) [3].

W nawiązaniu do prezentowanych wyżej danych warto przedstawić opinie specjalistów na temat efektywności realizowanego w naszym kraju programu profilaktycznego. Według A. Basty i J. Madeja „wysokie współczynniki śmiertelności u kobiet z rakiem szyjki macicy w Polsce, zależą nie tyle od aktualnej sprawności skryningu postaci CIN i wczesnego raka, co od wysokiej częstości raków klinicznych – a jest to efektem (w pierwszym rzędzie) niezgłaszania się kobiet do ginekologa, pomimo pojawienia się niepokojących objawów ze strony narządu rodowego” [4]. Także inni autorzy potwierdzili brak satysfakcjonującej efektywności analizowanego programu profilaktycznego, która wynika między innymi z niskiej zgłaszalności kobiet na badania [5, 6, 7]. Należy zaznaczyć, iż w wielu krajach wysoko rozwiniętych uzyskano radykalny spadek umieralności na raka szyjki macicy [8, 9, 10, 11, 12]. Wysoką frekwencję kobiet w populacyjnych badaniach przesiewowych otrzymano w wyniku podjęcia różnorodnych działań, wśród których znaczna część ukierunkowana była na zwiększenie świadomości zdrowotnej kobiet [10, 11]. Odmierna sytuacja występuje

development. Delaying the decision to see a doctor by the patient prohibits the early establishing of the diagnosis and, in some cases, making a choice of the most optimal treatment method and adopting the most efficient therapeutic procedures. Ignoring disease symptoms and not seeing a doctor for a long time in spite of complaints affect the late disease detection. Such attitudes are a relatively common phenomenon among people. The data included in this study indicates that among the women with complaints before the diagnosis, the most women (about 30%) had been waiting 1-2 months before they went to see a doctor, and 19,6% of respondents saw the doctor after more than 10 months (≥ 10 months). A little fewer women (16,8%) delayed the decision to see the doctor from 3 to 9 months. Altogether so many women (85%) delayed the decision to see a specialist (in different periods of time). In spite of some differences in the selected categories of the analyzed feature, the similar results were obtained by I. Kamińska [3]. In analogical categories of duration of complaints before the disease diagnosis, the researcher received slightly lower percentages. The biggest group in this study included women who went to see a doctor after 6 months (22%) [3].

In relation to the mentioned above data, it is worth presenting ideas produced by the specialists on the effectiveness of the preventive program carried out in our country. According to A. Basta and J. Madej “high mortality rates in women with cervical cancer in Poland are determined not by the current CIN screening performance and early pre-cancerous stage, but by high clinical cancers frequency, which is the consequence of not seeing a gynecologist by women in spite of the reproductive system complaints” [4]. Other researchers also confirmed the lack of satisfying effectiveness of the preventive program which results from taking preventive examinations by few women [5, 6, 7]. It should be pointed out that in many highly developed countries there is a radical decrease of cervical cancer mortality [8, 9, 10, 11, 12]. High frequency of women in population health screening was generated by the variety of activities which most of them were oriented towards the increasing health awareness among the women [10, 11]. A different situation arises in developing countries, especially on the continent of Africa. Negligence in the area of preventive examinations performance, unequal access to modern diagnosing methods and cancer treatment and the lack of effective health education are the significant reason for high cervical cancer mortality [13, 14, 15].

The vital aspect of prevention and health promotion is to establish the reason for not seeing a doctor by patients despite the disease symptoms. The study presents that 46,4% of women with the disease symptoms did not see a doctor immediately (1-2-3 days) because of the their negligence. The lack of knowledge of the anxious complaints and symptoms was reported by 26,1% of

w krajach rozwijających się, szczególnie na kontynencie afrykańskim. Zaniedbania w zakresie prowadzenia badań profilaktycznych, nierówności w dostępie do nowoczesnych metod diagnozowania i leczenia zmian chorobowych oraz brak efektywnej edukacji zdrowotnej zaliczane są do istotnych przyczyn wysokiej śmiertelności kobiet z powodu nowotworu szyjki macicy [13, 14, 15].

Ważnym aspektem profilaktyki i promocji zdrowia jest ustalenie przyczyn braku zgłaszania się chorych do lekarza mimo wystąpienia objawów choroby. W pracy wykazano, że 46,4% kobiet z objawami choroby nie zgłosiło się natychmiast (1-2-3 dni) do lekarza z powodu własnego zaniedbania. Brak wiedzy dotyczącej niepokojących dolegliwości oraz objawów zgłosiło 26,1% pacjentek. Przyczyny opóźnień w rozpoczęciu leczenia chorych na nowotwory złośliwe były też przedmiotem badań M. Pawlickiego i B. Rysz-Postawy, którzy stwierdzili winę chorego w opóźnieniu zgłoszenia się do lekarza u 31% badanych. Autorzy podali, że czas trwania opóźnienia wynosił średnio 9 miesięcy [16]. Niepokój budzi fakt, że dość liczną grupę (35%) stanowili chorzy, u których stwierdzono opóźnienie w podjęciu leczenia z powodu winy lekarza pierwszego kontaktu (brak skierowania chorego do specjalistycznego ośrodka onkologicznego). Opóźnienie to wynosiło średnio 14 tygodni [16].

Specjaliści podkreślają znaczenie niskiego poziomu świadomości zdrowotnej ludności jako czynnika wpływającego na niską wyleczalność chorób, szczególnie chorób nowotworowych. Między innymi podejmowana jest kwestia braku znajomości przez ludność ogólnych objawów, które są wczesnymi „sygnałami” choroby nowotworowej. Dlatego w opinii wielu autorów, ważnym aspektem profilaktyki chorób jest prowadzenie stałej edukacji zdrowotnej dziewcząt i kobiet na temat możliwości uniknięcia lub zmniejszenia zagrożeń zdrowotnych w obrębie narządu rodowego, w szczególności tych onkologicznych [17]. W ocenie M. Jokiel i M. Bielskiej-Lasoty, w okresie 20 lat, tj. od 1980 roku „wiedza kobiet w zakresie profilaktyki wtórnej raka szyjki macicy zwiększyła się istotnie, ale ich zachowania zdrowotne tylko w niewielkim stopniu” [18]. Powyższe zjawisko autorki zakwalifikowały do przyczyn powolnego spadku umieralności na raka szyjki macicy w Polsce. Warto jeszcze przedstawić stanowisko K. Syrjanen i wsp., którzy w rozważaniach na temat projektowania programów ogólnonarodowych wymienili następujące działania profilaktyki raka szyjki macicy, były to: zmiana stylu życia, w szczególności w części związanej z zachowaniami seksualnymi, polepszenie statusu socjo-ekonomicznego, edukacja kobiet oraz eradykacja czynników sprawczych, tj. Wirusa Brodawczaka Człowieka [19]. Uzyskane przez D. Klasa-Mazurkiewicz i wsp. wyniki badań również wskazują na pilną potrzebę intensyfikacji działań na rzecz zwiększenia świadomości zdrowotnej kobiet i ich systematycznego udziału w badaniach profilaktycznych [20]. Według autorów, średni okres czasu, jaki upłynął

patients. The reasons for delaying the decision to start treating cancer patients were also searched by M. Pawlicki and B. Rysz-Postawa, who confirmed that was the patient's fault (31% of patients) in delaying to see a doctor. According to them, the delaying time was approximately nine months [16]. There are anxieties over the relatively big group of patients (35%) who received treatment with a delay due to the GP's fault (they were not referred to the specialists from the oncology center). The delaying time was about 14 weeks [16].

The specialists emphasize the significance of the low health awareness among people as a factor influencing the low curability, in particular, cancer curability. Among others, the problem of people's ignorance about general symptoms, which are early cancer “indicators”, is considered. Therefore, according to many researchers, the vital aspect of disease prevention is to educate girls and women about the possibility of avoiding or diminishing health dangers within the reproductive system, in particular oncological ones [17]. In M. Jokiel and M. Bielska-Lasota's opinion, in a period of 20 years, i.e. since 1980 the awareness of cervical cancer secondary prevention has increased twofold among women, but their health attitudes have changed only in a small degree” [18]. The above mentioned phenomenon was interpreted by these two authors as the evidence for slow decrease of cervical cancer mortality in Poland. The viewpoints expressed by K. Syrjanen and et al. are also worth presenting. In their studies on national program designing, they reflected on the following cervical cancer prevention activities: lifestyle change including particularly sexual conduct, socio-economic status improvement, women education and causing factors eradication, i.e. Human papillomavirus (HPV) [19]. Research results obtained by D. Klasa-Mazurkiewicz and et al. also indicate that there is an urgent need to intensify activities towards the increase of health awareness among the women and their systematic involvement in the preventive examinations [20]. According to the researchers, the average time which elapsed from the last gynecological examination to the disease detection was 8,6 years (1-26 years) [20]. It appears that information & education campaigns conducted systematically should significantly contribute to health condition improvement among Polish women.

To sum up, it should be stated that early disease detection is significantly determined by the level of people's knowledge on health and adopting informed attitudes by them towards health prevention. A major condition for changing unhealthy attitudes is to perform action towards popularization of prevention and disease detection methods and cultivation the ability of active and systematic use of preventive services.

Conclusions

1. In spite of complaints, the most of respondents did not visit a gynecologist immediately.

od ostatniego badania ginekologicznego do rozpoznania choroby wynosił 8,6 lat (1–26 lat) [20]. Wydaje się, że kampanie informacyjno-edukacyjne prowadzone w sposób stały (ciągły) powinny w znacznym stopniu przyczynić się do poprawy sytuacji zdrowotnej Polek.

W podsumowaniu należy stwierdzić, że wczesne rozpoznanie choroby w dużej mierze zależy od poziomu wiedzy ludzi na temat zdrowia i podejmowania przez nich świadomych zachowań w zakresie profilaktyki zdrowotnej. Istotnym warunkiem zmian postaw i zachowań niekorzystnych dla zdrowia jest podejmowanie działań ukierunkowanych na upowszechnianie informacji o metodach zapobiegania i wykrywania chorób oraz kształtowanie umiejętności aktywnego i systematycznego korzystania ze świadczeń profilaktycznych.

Wnioski

1. Mimo odczuwanych dolegliwości większość respondentek nie zgłosiła się natychmiast do lekarza ginekologa.
 2. Zaniedbanie i niska świadomość zdrowotna kobiet były głównymi przyczynami odwlekania wizyty u specjalisty.
 3. Warunkiem uzyskania zmiany zachowań kobiet w zakresie ochrony własnego zdrowia jest nabycie umiejętności systematycznego zgłaszania się na badania profilaktyczne.
 4. W celu zwiększenia frekwencji kobiet w profilaktycznych badaniach narządu rodowego należy stale prowadzić działania edukacyjne z wykorzystaniem nowoczesnych środków masowego przekazu.
2. Negligence and low health awareness were the main reasons for delaying the visit to the specialist.
 3. To change women's attitudes towards the health protection, it is necessary to acquire the ability of having preventive examinations in a systematic way.
 4. In order to increase the women's attendance at the reproductive system preventive examinations, it is recommended to carry out educational activities supported by the application of the modern mass media.

Piśmiennictwo / References

1. Rocznik demograficzny. GUS, Warszawa 2011.
2. Gajewska M. Ocena świadomości kobiet regionu środkowo-wschodniego o czynnikach ryzyka chorób nowotworowych narządu rodowego i raka piersi. Praca doktorska. Instytut Medycyny Wsi, Lublin 1996.
3. Kamińska I. Postawy kobiet wiejskich mieszkanek województwa radomskiego wobec choroby nowotworowej żeńskich narządów płciowych. Praca doktorska. Instytut Medycyny Wsi, Lublin 1998.
4. Basta A, Madej J. List otwarty do wszystkich towarzyszów naukowych oraz organizacji rządowych i pozarządowych, dotyczący ogólnopolskiego programu profilaktyki raka szyjki macicy. *Gin. Prakt.* 2005;84,3:8-12.
5. Nowakowski A, Nowakowska H, Kotarski J. Profilaktyka raka szyjki macicy. Możliwości i ograniczenia postępowania ginekologów oraz lekarzy POZ. *Lek. Rodz.* 2007;12(10):76,78-80,84-85.
6. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące diagnostyki, profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy. *Prz. Menopauz.* 2006;4:198-201.
7. Spaczyński M, Michalska M, Januszek-Michańska L. Raport z realizacji Programu Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy za okres 01.01.2008 do 31.12.2008. *Ginekol. Pol.* 2009;80:220-226.
8. Barnaś E, Borowiec-Domka E, Kądziołka J, et. al. Czynniki wpływające na zgłaszalność kobiet z Podkarpacia na badania cytologiczne w ramach Ogólnopolskiego Programu Profilaktyki Raka Szyjki Macicy. *Probl. Hig. Epidemiol.* 2008;89(4):482-486.
9. Łoś J. Skryning cytologiczny raka szyjki macicy. *Gin. Prakt.* 2006;88:1:10-14.
10. Hawkins NA, Cooper CP, Saraiya M, Gelb CA, Polonec L. Why the Pap Test? Awareness and Use of the Pap Test Among Women in the United States. *Journal of Women Health* 2011;20:4:511-517.
11. Hansen BT, Hukkelberg SS, Haldorsen T, Eriksen T, Skare GB, Nygård M. Factors associated with non-attendance, opportunistic attendance and reminded attendance to cervical screening in an organized screening program: a cross-sectional study of 12,058 Norwegian women. *BM Public Health* 2011;11:264.
12. Nowicki A, Borowa I, Maruszak M. Zachowania zdrowotne kobiet w zakresie zapobiegania, wczesnego wykrywania stanów przedrakowych i raka szyjki macicy. *Ginekologia Polska* 2008; 12: 840-849.

13. Nwankwo RC, Aniebue UU, Aguwa EN, Anarado AN, Agunwah E. Knowledge attitudes and practices of cervical cancer screening among urban and rural Nigerian women: a call for education and mass screening. *European Journal of Cancer Care* 2011;20:362-367.
14. Mupepi SC, Sampselle CM, Johnson TRB. Knowledge, Attitudes, and Demographic Factors Influencing Cervical Cancer Screening Behavior of Zimbabwean Women. *Journal of Women Health* 2011; 20, 6: 943-952.
15. Louie KS, de Sanjose S, Mayaud P. Epidemiology and prevention of human papillomavirus and cervical cancer in sub-Saharan Africa: a comprehensive review. *Tropical Medicine and International Health* 2009; 14, 10: 1287-1302.
16. Pawlicki M, Rysz-Postawa B. Badanie nad przyczynami opóźnień w rozpoczęciu leczenia chorych na nowotwory złośliwe. *Nowotwory* 2001;51,5:494-498.
17. Błogowska A, Zielińska D, Bedner R, Rzepka-Górska I, Marcinkiewicz K, Kłosowska M. Znaczenie badań cytologicznych i mikrobiologicznych w profilaktyce raka szyjki macicy u dziewcząt. *Ginekol. Prakt.* 2005;13(4):63-64,66,68.
18. Jokić M, Bielska-Lasota M. Rak szyjki macicy w Polsce: uświadczenie, przeżycia 5-letnie, metody leczenia. *Badania populacyjne. Prz. Epidemiol.* 2005;59(4):915-921.
19. Syrjanen K, Erzen M, Syrjanen S. Cervical cancer control by organized screening. Issues to be considered in designing a national programme control. *Kolposkopia* 2001; 1 (2): 95-116.
20. Klasa-Mazurkiewicz D, Emerich J, Milczek T. Fogo stage of the cervical cancer and frequency of gynaecological control. *Kolposkopia* 2002;2,2:21-24.

Adres do korespondencji / Mailing address:

Aleksandra Słpiecka
e-mail: aleksaonet@op.pl