KATARZYNA SZYMONIAK

OCZEKIWANIA KOBIET WOBEC BADAŃ GINEKOLOGICZNYCH*

WOMEN'S EXPECTATIONS TOWARDS GYNAECOLOGICAL EXAMINATION

Samodzielna Pracownia Umiejętności Położniczych Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie
ul. Żołnierska 48, 71-210 Szczecin
Kierownik: dr n. med. Dorota Ćwiek

Summary

Introduction: It is commonly known that gynaecological examinations cause a lot of negative emotions in the majority of women.

The aim of my work was: 1. Getting to know women's views on the nature of a pelvic examination and their expectations regarding gynaecologists. 2. To determine the correlation between the examined views and independent variables such as the age of the respondents, residence, and place of examination.

Material and methods: The research material consisted of 1200 women living in the region of Western Pomerania and in Łódź. The measurement tool was a survey of my own authorship.

Conclusions: 1. In the opinion of most women, gynaecological examination is embarrassing and stressful. It has not been proven that this opinion was related to age, residence or place of examination. 2. According to women, the most embarrassing moment of a visit to the gynaecologist is lying down on the gynaecological chair, and the gynecological examination. The most unpleasant aspect is palpation through the vagina and rectum. These feelings differ depending on age, residence and place of taking the examination. 3. The choice of the gynaecologist's gender is dependent on women's age. 4. The frequency of reporting for the gynaecological examination decreases with women's age, and is dependent on their place of residence. 5. A sense of safety and mental comfort during the gynaecological examination is provided by the lack of third parties, except for the presence of a midwife. It is also dependent on the patient's age, her place of residence, as well as the examination site.

6. Women's expectations of a gynaecologist are focused mainly on maintaining a sense of intimacy and safety, getting information about the procedures, as well as a pleasant and individual approach.

Key words: women's expectations – gynecologist – gynecological examination – gynecological surgery.

Streszczenie

Wstęp: Badanie ginekologiczne budzi u większości kobiet wiele negatywnych emocji.

Celem pracy było poznanie poglądów kobiet na temat istoty badania ginekologicznego oraz ich oczekiwań odnośnie lekarza ginekologa, a także określenie zależności badanych poglądów od zmiennych niezależnych, takich jak: wiek respondentek, miejsce zamieszkania i miejsce przeprowadzenia badania.

Materiał i metody: Materiał do badań stanowiło 1200 kobiet mieszkających na terenie województwa zachodniopomorskiego i łódzkiego. Narzędziem pomiaru była ankieta własnego autorstwa.

Wnioski: 1. W opinii większości kobiet badanie ginekologiczne jest krępujące i stresujące. Nie wykazano, aby opinia ta była zależna od wieku, miejsca zamieszkania czy miejsca przeprowadzenia badania. 2. Zdaniem kobiet najbardziej krępującym momentem wizyty u lekarza ginekologa jest położenie się na fotelu ginekologicznym i badanie ginekologiczne, przy czym najbardziej nieprzyjemnym jest badanie palpacyjne przez pochwę i odbytnicę. Odczucia

* Zwięzła wersja rozprawy doktorskiej przyjętej przez Radę Wydziału Nauk o Zdrowiu Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie. Promotor: prof. dr hab. n. med. Witold Malinowski. Oryginalny maszynopis obejmuje: 149 stron, 73 tabele, 26 rycin, 96 pozycji piśmiennictwa.

te są różne w zależności od wieku, miejsca zamieszkania oraz miejsca przeprowadzania badania. 3. Wybór płci lekarza ginekologa jest zależny od wieku kobiet. 4. Częstotliwość zgłaszania się na badania ginekologiczne maleje wraz z wiekiem kobiet i jest zależna od ich miejsca zamieszkania. 5. Poczucie bezpieczeństwa i komfortu psychicznego zapewnia w trakcie badania ginekologicznego brak osób trzecich, z wyjątkiem obecności położnej. Jest także zależne od wieku, miejsca zamieszkania pacjentki, a także miejsca przeprowadzania badania. 6. Oczekiwania badanych kobiet wobec lekarza ginekologa skupiają się głównie na zachowaniu przez niego poczucia intymności, bezpieczeństwa oraz informowaniu o procedurach, a także miłego i indywidualnego podejścia.

H a s ł a: oczekiwania kobiet – lekarz ginekolog – badanie ginekologiczne – gabinet ginekologiczny.

Wstęp

Badanie ginekologiczne to jedno z badań, które ma istotne znaczenie dla życia każdej pacjentki. Od lat stanowi ono podstawę profilaktyki, diagnostyki oraz leczenia schorzeń najbardziej intymnych części ciała kobiety, dlatego nie może zostać zastąpione żadnym innym [1].

Celem pracy było poznanie poglądów kobiet na temat istoty badania ginekologicznego oraz ich oczekiwań odnośnie lekarza ginekologa, a także określenie zależności badanych poglądów od zmiennych niezależnych, takich jak: wiek respondentek, miejsce zamieszkania i miejsce przeprowadzenia badania.

Material i metody

Materiał do badań stanowiło 1200 losowo wybranych kobiet mieszkających na terenie województw zachodniopomorskiego i łódzkiego. Wszystkie respondentki podzielono na cztery grupy wiekowe. Grupę I stanowiły kobiety w wieku ≤ 19 lat, grupę II w przedziale wiekowym 20–40 lat, grupę III – 41–60 lat, grupę IV ≥ 61 lat. Badania przeprowadzono w prywatnych gabinetach ginekologicznych oraz szpitalnych oddziałach ginekologicznych, oddziałach patologii ciąży i oddziałach położniczych.

Narzędziem pomiaru była ankieta własnego autorstwa, ponieważ dostępna literatura nie podawała standardowych metod badawczych. Kwestionariusz zawierał zapytanie o dane socjodemograficzne respondentek (wiek, miejsce zamieszkania) oraz 14 pytań właściwych, które dotyczyły poglądów, oczekiwań, potrzeb i życzeń związanych z wizytą u lekarza ginekologa. Badanie miało pokazać różnicę między oczekiwaniami pacjentek a zastaną rzeczywistością.

Przeprowadzając analizę statystyczną pozyskanych danych, wykorzystano program Statistica 7.1 PL oraz następujące metody statystyczne: test niezależności χ^2 Pearsona

i NW, test dla dwóch wskaźników struktury oraz test Fishera–Snedecora. Podczas analizy przyjęto poziom istotności wynoszący $p \leq 0,05$.

Wyniki

Najwięcej badań przeprowadzono na oddziałach ginekologicznych (41,7%). Co czwarta respondentka była pacjentką prywatnego gabinetu ginekologicznego (25,0%). Na oddziałach położniczych przebadano najmniej kobiet – grupa liczyła 100 osób i stanowiła 8,3% (tab. 1).

T a b e l a 1. Liczba respondentek w miejscu przeprowadzonego badania

Miejsce badania	n	%
Gabinet prywatny	300	25,0
Oddział ginekologii	500	41,7
Oddział patologii ciąży	300	25,0
Oddział położniczy	100	8,3

Wśród respondentek dominowały kobiety z grupy II (68,9%). Niemal $\frac{1}{5}$ była z grupy III (19,9%). Najmniej liczną okazała się grupa najmłodszych kobiet – grupa I (1,8%) – tabela 2. Większość badanych kobiet (60,3%) pochodziła z miast.

T a b e l a 2. Grupy wiekowe badanych kobiet

Wiek w latach	n	%
≤ 19	21	1,8
20–40	827	68,9
41–60	239	19,9
≥ 61	113	9,4

Za krępujące badanie ginekologiczne uznało 61,1% kobiet. Analizując uczucie skrępowania występujące podczas badania ginekologicznego w zależności od wieku badanych, stwierdzono, że udział kobiet, które uważały badanie za krępujące, był niemal jednakowy we wszystkich grupach wiekowych (60,0–67,0%, z wyjątkiem grupy I, ale była to grupa niezbyt liczna). Istotności statystycznej nie stwierdzono.

Analiza w zależności od miejsca zamieszkania wykazała, że $> 59,0\%$ kobiet z miast oraz $> 63,0\%$ ze wsi uważało badanie ginekologiczne za krępujące, jednak istotności statystycznej nie stwierdzono.

Wyniki analizy w zależności od miejsca przeprowadzenia badania wykazały, że badanie bardziej krępowało respondentki z gabinetów prywatnych i oddziałów ginekologii (60,0% i 65,2%) niż pacjentki z oddziałów patologii ciąży i oddziałów położniczych (58,3% i 52,0%). Była to różnica istotna statystycznie ($p = 0,04$).

Z sondażu wynika, że najbardziej krępujące momenty wizyty u lekarza ginekologa to: położenie się na fotelu (33,8%), badanie ginekologiczne (30,9%) oraz przygotowanie do badania, czyli rozebranie się (25,0%) – tabela 3.

Tabela 3. Najbardziej krępujący moment wizyty u lekarza ginekologa

Krępujący moment wizyty	n	%
Wejście do gabinetu	82	6,9
Wywiad	22	1,8
Rozebranie się	300	25,0
Położenie się na fotelu	406	33,8
Badanie ginekologiczne	371	30,9
Rozmowa po badaniu	19	1,6

Analiza w zależności od wieku respondentek wykazała, że dla kobiet z I i II grupy wiekowej najbardziej krępującym momentem wizyty u lekarza ginekologa było położenie się na fotelu (38,0%), natomiast dla kobiet z III i IV grupy – badanie ginekologiczne (35,2%) i była to różnica wysoce istotna statystycznie ($p = 0,001$).

Analizując to samo zagadnienie w zależności od miejsca zamieszkania badanych, wykazano, że zarówno dla kobiet zamieszkałych w miastach, jak i na wsi, najbardziej krępującymi momentami były położenie się na fotelu (35,8% i 30,8%), badanie ginekologiczne (31,3% i 30,4%) i rozebranie się (23,8% i 26,8%). Istotności statystycznej nie stwierdzono. Natomiast najbardziej krępującym momentem wizyty u lekarza ginekologa w gabinetach prywatnych, na oddziale patologii ciąży i na oddziałach położniczym istotnie bardziej było położenie się na fotelu (odpowiednio 39,7%, 37,0%, 34,0%), a następnie badanie ginekologiczne, natomiast na oddziale ginekologicznym istotnie bardziej krępowało samo badanie ginekologiczne (32,6%), a w drugiej kolejności położenie się na fotelu ginekologicznym ($p = 0,005$).

Analiza poszczególnych etapów badania ginekologicznego wykazała, że najbardziej krępujące dla kobiet było ręczne badanie przez pochwę (37,8%), badanie przez odbytnicę (33,3%) oraz badanie za pomocą wzierników (25,4%) – tabela 4.

Tabela 4. Najbardziej krępujący etap badania ginekologicznego

Krępujący etap badania	n	%
Wziernikowanie pochwy	305	25,4
Badanie ręczne przez pochwę	454	37,8
Badanie przez odbyt	399	33,3
Badanie piersi	42	3,5

Dokonując analizy w zależności od wieku respondentek, stwierdzono, że dla kobiet z grupy II (> 37,0%) oraz z grupy IV (54,9%) najbardziej krępującym etapem badania ginekologicznego było ręczne badanie przez pochwę. Natomiast dla kobiet z grupy III – badanie przez odbytnicę. Istotność statystyczna wyniosła $p = 0,001$.

Analiza tego zagadnienia w zależności od miejsca zamieszkania wykazała, że większość mieszkanek miast biorących udział w badaniu za najbardziej krępujący etap uznała ręczne badanie przez pochwę (37,6%) oraz badanie przez odbytnicę (37,2%). Natomiast większość badanych mieszkanek wsi za najbardziej krępujący etap badania

ginekologicznego uważała jedynie ręczne badanie przez pochwę (38,2%). Była to różnica istotna statystycznie ($p = 0,002$). Najbardziej krępującym etapem badania ginekologicznego w zależności od miejsca przeprowadzenia badania było ręczne badanie przez pochwę (43,0%, 38,6%, 37,7%) na oddziałach położniczych, oddziałach ginekologicznych i w gabinetach prywatnych. Natomiast na oddziałach patologii ciąży istotnie częściej krępujące było ($p = 0,008$) badanie przez odbytnicę (36,6%).

Ważnym aspektem przeprowadzonych badań było ustalenie, co zdaniem respondentek daje im poczucie bezpieczeństwa i komfortu psychicznego podczas trwania badania ginekologicznego. Dla 46,3% ważna była obecność wyłącznie jednego lekarza ginekologa. Co trzecią respondentkę uspokajała obecność wykwalifikowanej położnej (33,8%) oraz dodatkowa obecność męża lub partnera (13,1%) – tabela 5.

Tabela 5. Źródła poczucia bezpieczeństwa i komfortu psychicznego w trakcie badania ginekologicznego

Źródła poczucia bezpieczeństwa	n	%
Drugi lekarz	54	4,5
Położna	406	33,8
Mąż/partner	157	13,1
Koleżanki	27	2,3
Brak innych osób	555	46,3
Brak odpowiedzi	1	0,1

Analizując to zagadnienie w zależności od podziału respondentek na grupy wiekowe, wykazano, iż dla kobiet z grupy I i II obecność wyłącznie jednego lekarza zapewniało istotnie większe poczucie bezpieczeństwa oraz komfortu psychicznego w trakcie badania ginekologicznego (52,3% i 51,0%) w przeciwieństwie do kobiet z grupy III i IV, które wybierały dodatkową obecność położnej podczas badania (43,5% i 58,4%). Istotność statystyczna wyniosła $p = 0,00$.

Analizując źródła poczucia bezpieczeństwa i komfortu psychicznego podczas badania ginekologicznego w zależności od miejsca zamieszkania respondentek, otrzymano bardzo zbliżone wyniki. Zarówno mieszkankom miasta, jak i wsi największe poczucie bezpieczeństwa zapewniał brak innych osób (47,8% i 44,0%), a następnie obecność wykwalifikowanej położnej (33,1% i 35,0%). Istotności statystycznej nie stwierdzono.

Dokonując podziału kobiet w zależności od miejsca przeprowadzenia badania, wykazano, iż w gabinetach prywatnych, na oddziałach patologii ciąży i na oddziałach położniczych brak osób trzecich istotnie częściej gwarantował komfort psychiczny oraz fizyczny u respondentek (odpowiednio 58,3%, 54,0%, 51,0%). Natomiast na oddziałach ginekologicznych istotnie częściej poczucie bezpieczeństwa zapewniała dodatkowa obecność położnej (52,1%). Istotność statystyczna wyniosła $p = 0,00$.

W analizowanym materiale stwierdzono, że znaczna większość respondentek wołała, aby lekarzem ginekologiem

był mężczyzna (65,9%). Ginekologa kobietę wybrało 27,9% pacjentek, natomiast dla 6,2% respondentek płć lekarza nie miała znaczenia.

W zależności od wieku pacjentek, w przypadku grupy I lekarza ginekologa płci żeńskiej wybierało tyle samo respondentek, co lekarza ginekologa płci męskiej. W pozostałych grupach wiekowych kobiety wołały być badane przez ginekologa mężczyznę (grupa II – 69,0%, grupa III – 57,7%, grupa IV – 63,7%). Istotność statystyczna wyniosła $p = 0,005$. Mieszkanki wsi istotnie częściej wołały być badane przez ginekologa mężczyznę (70,9%) niż kobiety zamieszkujące miasta (62,7%). Była to różnica istotna statystycznie ($p = 0,01$). Pacjentki na oddziałach położniczych i na oddziałach patologii ciąży istotnie częściej wybierały na swojego lekarza mężczyznę niż kobiety w gabinetach prywatnych oraz na oddziałach ginekologicznych (odpowiednio 76,0%, 72,0%, 66,0%, 60,2%). Istotność statystyczna wyniosła $p = 0,002$.

Analizując wyniki badań pod względem cech charakteru, jakie powinien posiadać lekarz ginekolog (ankietowane mogły wybrać kilka odpowiedzi), stwierdzono, że respondentki najchętniej odbywałyby badanie u lekarza miłego (81,3%), rozmownego (66,5%), spokojnego (59,5%) i uśmiechniętego (31,1%) w dojrzałym wieku (32,9%).

Analiza zależności między usposobieniem lekarza ginekologa a wiekiem badanych kobiet pokazuje, że dla respondentek z I, II i III grupy wiekowej trzy najistotniejsze cechy charakteryzujące lekarza ginekologa to: miły (II – 82,0%, III – 83,1%), rozmowny (II – 71,3%, III – 60,3%) i spokojny (II – 61,9%, III – 51,9%), w odróżnieniu od kobiet z IV grupy wiekowej, dla których cechy miły (71,4%), spokojny (57,1%) i dojrzały (51,8%) są najbardziej pożądane u lekarza. Natomiast bez względu na wiek badanych kobiet, niektóre cechy charakteru (małomówny, przystojny i młody) wydają się mało istotne, ponieważ uzyskały $< 10,0\%$ wskazań.

Analiza cech lekarza ginekologa w zależności od miejsca zamieszkania badanych wykazała, że zarówno mieszkanki miast, jak i wsi najczęściej wskazywały na następujące cechy: miły (82,1% i 80,1%), rozmowny (67,9% i 64,4%), spokojny (61,3% i 56,8%), dojrzały (31,7% i 34,7%) oraz uśmiechnięty (po 31,1%). Bez względu na miejsce przeprowadzenia badania, kobiety najczęściej wskazywały na następujące przymioty lekarza ginekologa: miły (75,8–83,3%), rozmowny (60,7–76,9%) i spokojny (55,3–67,7%). Różnice pojawiły się przy pozostałych zaletach lekarza ginekologa. I tak w gabinetach prywatnych oraz na oddziałach położniczych kolejną pożądaną cechą był uśmiech na twarzy lekarza (33,1% i 34,3%), natomiast na oddziałach patologii ciąży, a także na oddziałach ginekologicznych – dojrzały wiek lekarza (33,6% i 35,3%). Zależność pomiędzy usposobieniem lekarza ginekologa a wiekiem badanych kobiet, miejscem ich zamieszkania i miejscem przeprowadzenia badania nie były statystycznie istotne.

Na badanie ginekologiczne respondentki najczęściej zgłaszały się do lekarza raz na 6 miesięcy (40,2%), natomiast niestety aż 19% rzadziej niż co 2 lata (tab. 6).

Tabela 6. Częstotliwość zgłaszania się kobiet na badania ginekologiczne

Częstotliwość badania	n	%
Raz na 6 miesięcy	482	40,2
Raz na 12 miesięcy	355	29,6
Raz na 24 miesięcy	131	10,9
Rzadziej	232	19,3

Dokonując podziału kobiet ze względu na wiek w analizowanym temacie, stwierdzono, iż na badanie do ginekologa raz na 6 miesięcy zgłaszały się respondentki z grupy II (48,0%), raz na 12 miesięcy kobiety z grupy III (38,0%), natomiast rzadziej niż raz na 2 lata – ankietowane z grupy IV lub rzadziej (49,0%). Wynika z tego, że młodsze kobiety częściej poddawały się badaniu. Istotność statystyczna wyniosła $p = 0,00$. Analizując to zagadnienie w zależności od miejsca zamieszkania, stwierdzono, że na badanie ginekologiczne raz na 6, 12, 24 miesiące istotnie częściej zgłaszały się kobiety zamieszkałe w miastach (odpowiednio 40,2%, 31,7%, 13,1%). Natomiast mieszkanki wsi istotnie częściej poddawały się badaniu rzadziej niż raz na 2 lata (29,2%); $p = 0,001$. Natomiast analiza częstotliwości zgłaszania się kobiet na badania ginekologiczne w zależności od miejsca przeprowadzenia ankiety wykazała, że 63,0% pacjentek z oddziałów położniczych, 50,0% z gabinetów prywatnych oraz 44,3% z oddziałów patologii ciąży na badanie ginekologiczne zgłaszało się raz na 6 miesięcy. Natomiast 36,6% respondentek z oddziałów ginekologicznych i 30,4% z oddziałów patologii ciąży poddawało się badaniu raz na 24 miesiące i rzadziej. Istotność statystyczna wyniosła $p = 0,00$.

Dyskusja

Jednym z ważnych elementów opieki lekarskiej jest dla każdej pacjentki badanie ginekologiczne. Polega ono na oględzinach najbardziej intymnych części ciała, przez co może wywoływać wiele negatywnych uczuć, takich jak: niepokój, wstyd, zażenowanie i zdenerwowanie [2].

W analizowanym materiale dla $> 61,0\%$ respondentek badanie ginekologiczne było krępujące i stresujące. Potwierdza to w swoich badaniach Pietras [3], u której 60,0% kobiet odczuwało stres i skrupowanie. Odmienne wyniki uzyskała Synowiec-Pilat [4], u której 45,0% respondentek przyznało się do negatywnych odczuć związanych z badaniem ginekologicznym. U Yanikkerem i wsp. [2] stopień dyskomfortu podczas badania został zdefiniowany jako 6 lub więcej w skali 0–10 w oparciu o 75 percentyla. Natomiast w badaniach przedstawionych przez Ouj i wsp. [5] stwierdzono, że tylko $\frac{1}{4}$ kobiet czuła zakłopotanie w trakcie badania.

Według Hilden i wsp. [6] dyskomfort psychiczny podczas badania ginekologicznego był w dużym stopniu związany z młodym wiekiem pacjentek. Podobne wyniki uzyskała Yanikkerem i wsp. [2], u których kobiety < 25 . roku życia (r.ż.) częściej zgłaszały poczucie skrupowania i wstydu

w trakcie badania. Nie jest to zgodne z wynikami badań własnych, ponieważ nie stwierdzono istotnej zależności między wiekiem respondentek a ich opinią, że badanie ginekologiczne było krępujące.

Na uwagę zasługuje fakt, że respondentki badane na oddziałach położniczych i na oddziałach patologii ciąży zgłaszały istotnie mniejszy dyskomfort w trakcie badania ginekologicznego niż kobiety badane w gabinetach prywatnych i na oddziałach ginekologicznych. Odmienne wyniki przedstawiła *Pietras* [3], u której większość pacjentek przebywających na oddziale patologii ciąży zgłaszało zakłopotanie i stres podczas badania ginekologicznego.

Każda kobieta inaczej przeżywa emocje związane z wizytą u lekarza ginekologa. Zależy to głównie od jej wrażliwości oraz czynników zewnętrznych [7]. Z badań własnych wynika, że najbardziej krępującym momentem wizyty u lekarza ginekologa było położenie się na fotelu, a następnie badanie ginekologiczne i rozebranie się. W badaniu przeprowadzonym przez *Yanikkerem i wsp.* [2] stwierdzono, że dla 41,8% pacjentek badanie ginekologiczne stanowiło poczucie utraty godności. Większość kobiet potwierdziła, że również moment rozebrania się przed lekarzem wywołuje uczucie dyskomfortu. Autorzy stwierdzili także, że jednym z najważniejszych powodów do niepokoju kobiety podczas wizyty u ginekologa było położenie się na fotelu ginekologicznym. Badanie narządów rodnych przeprowadza się zazwyczaj w pozycji litotomicznej, w której nogi pacjentki są zgięte i odwiedzone, a stopy ułożone w strzemionach [8]. W badaniach *Seehusena i wsp.* [9] respondentki odczuwały znacznie mniejszy dyskomfort w trakcie badania ginekologicznego, gdy odbywało się ono na fotelu lub kozetce bez strzemion.

Badanie ginekologiczne obejmuje kilka etapów, które powinny następować po sobie według ustalonego schematu. Analiza materiału wykazała, że dla respondentek najbardziej krępującym etapem badania ginekologicznego było ręczne badanie przez pochwę, badanie przez odbytnicę oraz badanie za pomocą wzierników. Podobne wyniki uzyskali *Ouj i wsp.* [5], u których ponad ¼ kobiet czuła zakłopotanie podczas palpacyjnego badania przez pochwę. W badaniach *Chen i wsp.* [10] przeprowadzonych na Tajwanie stwierdzono, że ręczne badanie przez pochwę oraz wziernikowanie pochwy było najmniej komfortowym etapem badania. Także *Seehusen i wsp.* [9] wykazali, że wziernikowanie pochwy powoduje u kobiet ból, lęk oraz wstyd. Stąd też u wielu pacjentek obawa przed włożeniem wziernika jest tak duża, że prowadzi do rezygnacji z badania ginekologicznego. *Reddy i Wasserman* [11] zauważyli, że podczas badania z użyciem wziernika znacznie wzrasta niepokój u respondentek. Zaobserwowali również, że w momencie wprowadzania wziernika do pochwy występują takie zachowania, jak: zamykanie oczu, zakrywanie oczu rękami, układanie dłoni na ramionach, udach lub podbrzuszu oraz zaciskanie dłoni na poręczach.

Według *Synowiec-Pilat* [4] badanie piersi, pochwy i podbrzusza powinno być przeprowadzone delikatnie, z zachowaniem komfortu psychicznego oraz fizycznego pacjentki,

przez co zwiększa się zaufanie do lekarza, a także przekonuje kobietę do poddania się kolejnym badaniom w przyszłości. Z wyników badań własnych wynika, że badanie piersi było najmniej krępującym etapem badania ginekologicznego. Podobnie w swoim opracowaniu twierdzi *Synowiec-Pilat* [4], u której respondentki nie obawiały się badania piersi przez lekarza i aż 87,0% uważało, że jest ono niezbędne.

Dla kobiet jedną z najbardziej intymnych procedur medycznych jest badanie ginekologiczne. Należy więc przeprowadzać je profesjonalnie, szanując prywatność i godność kobiety. Według *Fiddes i wsp.* [12] większość organizacji medycznych zachęca, aby badanie ginekologiczne zawsze odbywało się w obecności opiekuna, najlepiej płci żeńskiej, ponieważ zapewni to kobiecie poczucie bezpieczeństwa i komfortu psychicznego. Także w badaniach *Chen i wsp.* [10] przeprowadzonych na Tajwanie stwierdzono, że pielęgniarka powinna być obecna podczas badania wewnętrznego pacjentki.

Na podstawie wyników badań własnych stwierdzono, że największe poczucie bezpieczeństwa i komfortu psychicznego w trakcie badania ginekologicznego dawała obecność wyłącznie ginekologa, a następnie wykwalifikowanej położnej oraz dodatkowa obecność męża lub partnera. Podobne wyniki przedstawili *Fiddes i wsp.* [12], u których 34,0% respondentek krępowało podczas badania uczestnictwo osoby trzeciej, a 59,0% pacjentek zgłaszało chęć pozostania sam na sam z lekarzem płci żeńskiej. Wyniki badań przedstawione przez *Webb i Opdahl* [13] wskazują na to, że poczucie bezpieczeństwa zapewniała obecność osoby trzeciej podczas badania ginekologicznego, gdy przeprowadzał je zarówno lekarz mężczyzna (62,0%), jak i kobieta (30,0%). Respondentki wyrażały również chęć, aby towarzystwo osoby trzeciej dotyczyło zarówno pierwszego badania ginekologicznego w życiu (19,0%), jaki i każdego kolejnego (42,0%). Także *Chen i wsp.* [10] wykazali, że poczucie bezpieczeństwa podczas badania wewnętrznego daje dodatkowa obecność pielęgniarki. W badaniach przedstawionych przez *Yanikkerem i wsp.* [2] stwierdzono, że komfort psychiczny w trakcie badania zapewniało dodatkowe uczestnictwo pielęgniarki (48,0%), obecność jednego lekarza (24,7%), towarzystwo partnera (22,2%) oraz krewnych (5,8%). Pacjentki oczekiwały od pielęgniarki zrozumienia (71,8%), informacji na temat przebiegu badania (28,2%) oraz fizycznego i psychicznego przygotowania do procedury (po 20,8%).

Biorąc pod uwagę wiek kobiet, można zauważyć, że dla respondentek z grupy I i II obecność wyłącznie jednego lekarza, a z grupy III i IV dodatkowa obecność położnej i następnie pozostanie sam na sam z lekarzem ginekologiem zapewniało większe poczucie bezpieczeństwa oraz komfortu psychicznego w trakcie badania ginekologicznego. Zbliżone wyniki uzyskali *Fiddes i wsp.* [12], u których 43,6% kobiet w wieku < 25. r.ż. czuło zakłopotanie w obecności dodatkowej osoby podczas badania.

Analiza zależności między miejscem przeprowadzenia badania a zapewnieniem kobiecie poczucia bezpieczeństwa i komfortu psychicznego podczas badania ginekologicznego

wykazała, że istotnie częściej w gabinetach prywatnych, na oddziałach patologii ciąży oraz na oddziałach położniczych brak osób trzecich gwarantował komfort psychiczny i fizyczny u respondentek. Wyniki te różnią się od badań przeprowadzonych na oddziałach ginekologicznych, gdzie istotnie częściej poczucie bezpieczeństwa i komfortu podczas badania dawała dodatkowa obecność położnej. Odmienne wyniki uzyskali *Ying i Levy* [14], u których pacjentki na oddziale położniczym zgłaszały chęć pozostania osoby trzeciej podczas badania.

Wizycie w gabinecie ginekologicznym często towarzyszy zakłopotanie i lęk przed obnażeniem intymnych części ciała kobiety oraz zażenowanie z powodu dolegliwości. Oprócz psychicznego dyskomfortu, dochodzą jeszcze czynniki fizyczne, takie jak: brak informacji na temat przebiegu badania, zimne narzędzia, brak delikatności ze strony badającego [6]. Według *Hilden i wsp.* [6] wymienione czynniki mogą występować częściej, gdy lekarzem jest mężczyzna. W badaniach *Rizk i wsp.* [15] oraz *Franksa i Bertakisa* [16] pacjentki przyznawały się, że kobieta ginekolog jest bardziej troskliwa, współczująca, empatyczna, komunikatywna, poświęca więcej czasu pacjentkom, wypisuje skierowania oraz wykonuje więcej badań profilaktycznych. Także *Akkad i wsp.* [17] zauważyli, że respondentki częściej zgadzały się na badanie, gdy miała je przeprowadzić kobieta. W badaniach własnych wykazano, że większość pacjentek wołała być badana przez lekarza mężczyznę. Podobne wyniki uzyskała *Pietras* [3], natomiast odmienne *Widzowska-Mączyńska i wsp.* [18], gdzie tylko 14,9% kobiet wybierało lekarza płci męskiej. W badaniach *Patton i wsp.* [19], *Webb i Opdahl* [13] oraz *Yanikkerem i wsp.* [2] odsetek kobiet wybierających mężczyznę jako swojego ginekologa wynosił zaledwie 4,0–6,0. Zdaniem *Rizk i wsp.* [15], *Fiddes i wsp.* [12] oraz *Yanikkerem i wsp.* [2] kobiety czują się bardziej komfortowo, gdy badanie ginekologiczne przeprowadza lekarz płci żeńskiej. Także *Pietras* [3] oraz *Schmittziel i wsp.* [20] stwierdzili, że respondentki częściej wybierają kobietę ginekologa. Natomiast w badaniach własnych tylko 27,9% pacjentek preferowało kobietę jako swojego lekarza. Zbliżone wyniki uzyskali *Patton i wsp.* [19] oraz *Kerssens i wsp.* [21], według których odsetek ankietowanych kobiet wybierających lekarza ginekologa płci żeńskiej wynosił 34,0–45,0. Zdaniem *Widzowskiej-Mączyńskiej i wsp.* [18] wybór płci lekarza ginekologa może po części zależeć od męża pacjentki, który niekiedy nie akceptuje badania żony przez lekarza mężczyznę. U *Saida i Wielandta* [22] 1/3 arabskojęzycznych kobiet z powodów osobistych nie wzięła udziału w badaniu ginekologicznym przeprowadzanym przez lekarza mężczyznę.

Analizując podział respondentek na grupy wiekowe, stwierdzono, że kobiety > 20. r.ż. istotnie częściej wybierały mężczyznę niż kobietę. Przeciwnie wypowiadały się pacjentki < 20. r.ż., według których płeć lekarza ginekologa nie odgrywała tak istotnej roli. Także *Pietras* [3] w swoich badaniach wykazała, że istotnie częściej lekarza mężczyznę wybierały pacjentki starsze. Odmienne wyniki uzyskali

Yanikkerem i wsp. [2], u których respondentki < 25. r.ż. częściej wybierały kobietę na swojego lekarza ginekologa ($p < 0,05$).

Dokonując podziału respondentek w zależności od miejsca zamieszkania, stwierdzono, że mieszkanki zarówno miast, jak i wsi częściej wołały być badane przez ginekologa mężczyznę niż lekarza kobietę. *Chen i wsp.* [10] wykazali, że na Tajwanie pacjentki zamieszkałe na wsiach uważały wewnętrzne badanie ginekologiczne przeprowadzone przez lekarza mężczyznę za niepotrzebne. Na podstawie analizy dotyczącej wyboru płci lekarza ginekologa w zależności od miejsca przeprowadzenia badania wykazano, że pacjentki na oddziałach położniczych, na oddziałach patologii ciąży, w gabinetach prywatnych oraz na oddziałach ginekologicznych częściej wybierały na swojego lekarza mężczyznę niż kobietę. Zbliżone wyniki uzyskała *Pietras* [3], u której respondentki przebywające na oddziałach patologii ciąży i na oddziałach położniczych oraz leczone się w gabinetach prywatnych częściej wybierały mężczyznę.

Postawa, zachowanie i reakcje lekarza w trakcie wizyty ginekologicznej mają ogromny wpływ na poprawne komunikowanie się z pacjentką oraz na przebieg całego badania. Kobieta, wchodząc do gabinetu, oczekuje od lekarza powitania i uśmiechu, które znacznie obniżają poziom lęku i dostarczają poczucie bezpieczeństwa [7]. *Hilden i wsp.* [6] stwierdzili, że dobry kontakt emocjonalny pomiędzy lekarzem i pacjentką gwarantuje empatyczną postawę lekarza, umiejętność słuchania, odpowiednia ilość czasu jej poświęcona oraz szczegółowe omówienie poszczególnych etapów badania. *Rizk i wsp.* [15] stwierdzili, że kobiety preferują u ginekologów, bez względu na ich płeć, takie cechy, jak: kompetentność, doświadczenie, kulturę osobistą, umiejętność komunikowania się, profesjonalizm i dostępność. W badaniach własnych stwierdzono, że respondentki oczekiwały od lekarza, aby w trakcie wizyty był miły, rozmowny, spokojny, uśmiechnięty i dojrzały wiekiem. Podobne wyniki uzyskali *Yanikkerem i wsp.* [2], u których 55,2% kobiet oczekiwało, aby lekarz podczas badania ginekologicznego był miły i spokojny. Natomiast *Hilden i wsp.* [6] stwierdzili, że nieprawidłowy kontakt emocjonalny lekarza z pacjentką był przyczyną odczuwania przez nią dyskomfortu w trakcie badania. *Wendt i wsp.* [23] wykazali, że podstawą zaufania do personelu przeprowadzającego badanie jest okazanie pacjentce zrozumienia i szacunku. Ciekawe spostrzeżenie poczynili także *Chen i wsp.* [10], stwierdzając, że komfort psychiczny podczas badania ginekologicznego znacznie poprawia słowna komunikacja. Stwierdzono, że kobiety bez względu na wiek chciały być badane przez lekarza miłego, rozmownego i spokojnego, a 64,5% w wieku rozrodczym ma jednego, stałego lekarza ginekologa [1]. U *Synowiec-Pilat* [4] respondentki w wieku pomiędzy 25. a 35. r.ż. oceniły ginekologów pod kątem przygotowania merytorycznego, umiejętności interpersonalnych i komunikacyjnych. Dla ankietowanych ważne było, aby lekarz był uprzejmy i delikatny, potrafił słuchać, umiał przekazywać informacje oraz poświęcił pacjentce odpowiednią ilość czasu. Analiza

zależności między miejscem przeprowadzenia badania a najważniejszymi cechami lekarza ginekologa wykazała, że bez względu na miejsce przeprowadzenia badań, respondentki najczęściej wskazywały na trzy pożądane zalety lekarza: miły, rozmowny i spokojny. Różnice natomiast pojawiły się podczas oceny pozostałych cech: na oddziałach ginekologicznych i na oddziałach patologii ciąży kolejną pożądaną rzeczą był dojrzały wiek badającego, a w gabinetach prywatnych i na oddziałach położniczych – uśmiech na twarzy lekarza. Podobne wyniki przedstawiła Pietras [3], u której kobiety przebywające na oddziale patologii ciąży najczęściej wybierały lekarzy w średnim lub starszym wieku.

Nowotwory narządów płciowych stanowią częstą przyczynę dolegliwości u kobiet. Badanie ginekologiczne jest pierwszym i podstawowym badaniem, które może pomóc we wczesnym wykryciu nowotworu. *Widzowska-Mączyńska i wsp.* [18] zauważyli, że 65,5% respondentek regularnie poddawało się badaniom ginekologicznym. Wyniki te znacznie różnią się od przedstawionych przez *Yanikkerem i wsp.* [2], w których zaledwie 1 na 10 ankietowanych regularnie zgłaszała się na badania (9,5%). W badaniach własnych stwierdzono, że najwięcej kobiet zgłaszało się na badania ginekologiczne raz na 6 miesięcy, następnie raz na 12 miesięcy, natomiast aż 19,3% respondentek rzadziej niż raz na 24 miesiące. *Abenhaim i wsp.* [24] przedstawili odmienne wyniki, w których aż 74,5% ankietowanych zgłaszało się raz w roku na badania kontrolne do lekarza ginekologa. Także *Piskorz i wsp.* [25] wykazali, że 80,0% pacjentek zgłaszało się na badania ginekologiczne połączone z cytologią raz na 12 miesięcy. *Widzowska-Mączyńska i wsp.* [18] wykazali istotną statystycznie zależność między częstotliwością zgłaszania się na badanie ginekologiczne a wiekiem pacjentek. Zaobserwowano, że im starsza kobieta, tym większy odstęp czasowy pomiędzy badaniami ($p < 0,001$). Także *Abenhaim i wsp.* [24] stwierdzili, że im starsza respondentka, tym rzadziej zgłaszała się na badanie, czyli nie częściej niż raz na 12 miesięcy. Jest to zgodne z wynikami badań własnych. Do ginekologa raz na 6 miesięcy najczęściej zgłaszały się respondentki z grupy II, raz na 12 miesięcy i raz na 24 miesiące – kobiety z grupy III, natomiast rzadziej niż raz na 2 lata – ankietowane z grupy IV. Dokonując podziału kobiet w zależności od miejsca zamieszkania, stwierdzono, że na badanie ginekologiczne raz na 6 lub 12 miesięcy zgłaszały się kobiety zamieszkałe zarówno w miastach, jak i na wsi. Pozostała grupa respondentek poddawała się badaniu rzadziej niż raz na 2 lata. Różnice były istotne statystycznie. Odmienne wyniki przedstawili *Widzowska-Mączyńska i wsp.* [18], u których nie stwierdzono istotności statystycznych między częstotliwością wizyt u ginekologa a miejscem zamieszkania respondentek ($p = 0,88$). Analiza zależności między miejscem przeprowadzenia badania a częstotliwością zgłaszania się kobiet na badania wykazała istotne statystycznie różnice. Pacjentki przebywające zarówno na oddziałach położniczych, w gabinetach prywatnych, jak i na oddziałach patologii ciąży częściej zgłaszały się na badanie, czyli

raz na 6 miesięcy, niż respondentki z oddziałów ginekologicznych, które poddawały się badaniu raz na 24 miesiące i rzadziej. Do uzyskania takich wyników przyczyniły się najprawdopodobniej regularne badania kontrolne w czasie ciąży. Potwierdza to w swoich analizach *Pietras* [3], u której 90,0% ankietowanych ciężarnych cyklicznie uczęszczało do lekarza w czasie ciąży.

Wnioski

1. W opinii większości kobiet badanie ginekologiczne jest krępujące i stresujące. Nie wykazano, aby opinia ta była zależna od wieku i miejsca zamieszkania.
2. Zdaniem kobiet najbardziej krępującym momentem wizyty u lekarza ginekologa jest położenie się na fotelu ginekologicznym i badanie ginekologiczne, przy czym najbardziej nieprzyjemnym jest badanie palpacyjne przez pochwę i odbytnicę. Odczucia te są różne w zależności od wieku, miejsca zamieszkania oraz miejsca przeprowadzania badania.
3. Wybór płci lekarza ginekologa jest przede wszystkim zależny od wieku kobiet, ale również od miejsca zamieszkania i miejsca przeprowadzania badania.
4. Częstotliwość zgłaszania się na badania ginekologiczne maleje wraz z wiekiem kobiet i jest zależna od ich miejsca zamieszkania oraz miejsca przeprowadzania badania.
5. Poczucie bezpieczeństwa i komfortu psychicznego zapewnia w trakcie badania ginekologicznego brak osób trzecich, z wyjątkiem obecności położnej. Jest także zależne od wieku kobiet i miejsca przeprowadzania badania.
6. Oczekiwania badanych kobiet wobec lekarza ginekologa skupiają się głównie na zachowaniu przez niego poczucia intymności, bezpieczeństwa, informowaniu o procedurach, a także miłego i indywidualnego podejścia.

Piśmiennictwo

1. Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie i ginekologii. Ed. C. Lepecka-Klusek. Wyd. Czelej, Lublin 2003.
2. *Yanikkerem E., Ozdemir M., Bingol H., Tatar A., Karadeniz G.*: Women's attitudes and expectations regarding gynaecological examination. *Midwifery*. 2009, 25, 500–508.
3. *Pietras J.*: Preferencje i oczekiwania kobiet. *Pielęg i Położ.* 2002, 44 (4), 10–11.
4. *Synowiec-Pilat M.*: Percepcja umiejętności interpersonalnych (komunikacyjnych) lekarzy ginekologów. *Ginek Prakt.* 2003, 11 (3), 19–24.
5. *Ouj U., Igbese G.O., Eze J.N., Ejikeme B.N.*: Perception of intimate pelvic examination by gynaecological clinic attendees in rural Southeast Nigeria. *Arch Gynecol Obstet.* 2011, 284, 637–642.
6. *Hilden M., Sidenius K., Langhoff-Roos J., Wijma B., Schei B.*: Women's experiences of the gynecologic examination: factors associated with discomfort. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2003, 82, 1030–1036.
7. Komunikowanie się lekarza z pacjentem. Eds: J. Barański, E. Waszyński, A. Steciwko. Wyd. Astrum, Wrocław 2000.
8. *Opala T.*: Badanie ginekologiczne osoby dorosłej. In: *Ginekologia: podręcznik dla położnych, pielęgniarek i fizjoterapeutów*. Ed. T. Opala. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2003, 66–68.

9. *Seehusen D.A., Johnson D.R., Earwood J.S., Sethuraman S.N., Cornali J., Gillespie K. et al.*: Improving women's experience during speculum examinations at routine gynaecological visit: randomised clinical trial. *BMJ*. 2006, 333, 171.
10. *Chen S.L., Chao Yu Y.M., Tsai D.F., Chen M.J.*: Gynecologists' perception of the patient-physician relationship in pelvic examinations in Taiwan. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 2008, 29, 290–295.
11. *Reddy D.M., Wasserman S.A.*: Patient anxiety during gynecologic examinations. Behavioral indicators. *J Reprod Med*. 1997, 42, 631–636.
12. *Fiddes P., Scott A., Fletcher J., Glasier A.*: Attitudes towards pelvic examination and chaperones: a questionnaire survey of patients and providers. *Contraception*. 2003, 67, 313–317.
13. *Webb R., Opdahl M.*: Breast and pelvic examinations: easing women's discomfort. *Can Fam Physician*. 1996, 42, 54–58.
14. *Ying Lai C., Levy V.*: Hong Kong Chinese women's experiences of vaginal examinations in labour. *Midwifery*. 2002, 18, 296–303.
15. *Rizk D.E., El-Zubeir M.A., Al-Dhaheiri A.M., Al-Mansouri F.R., Al-Jenaibi H.S.*: Determinants of women's choice of their obstetrician and gynecologist provider in the UAE. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2005, 84, 48–53.
16. *Franks P., Bertakis K.D.*: Physician gender, patient gender, and primary care. *J Womens Health*. 2003, 12, 73–80.
17. *Akkad A., Bonas S., Stark P.*: Gender differences in final year medical students' experience of teaching of intimate examinations: a questionnaire study. *BJOG*. 2008, 115, 625–632.
18. *Widzowska-Mączyńska K., Wilczak M., Rzymiski P., Woźniak J., Opala T.*: Wpływ wieku, miejsca zamieszkania i wykształcenia na podejście pacjentek do badania ginekologicznego i na częstość ich wizyt u ginekologa. *Prz Ginek Położ*. 2004, 4, 185–189.
19. *Patton R.K., Bartfield J.M., McErlean M.*: The effect of practitioner characteristics on patient pain and embarrassment during ED internal examinations. *Am J Emerg Med*. 2003, 21, 205–207.
20. *Schmittiel J., Selby J.V., Grumbach K., Quesenberry C.P.*: Women's provider preferences for basic gynecology care in a large health maintenance organization. *J Womens Health Gend Based Med*. 1999, 8, 825–833.
21. *Kerssens J.J., Bensing J.M., Andela M.G.*: Patient preferences for genders of healthy professionals. *Soc Sci Med*. 1997, 44, 1531–1540.
22. *Said A.M., Wielandt H.B.*: The attitude of Arabic-speaking women to gynecological examinations. *Ugeskr Laeger*. 2002, 164, 5514–5518.
23. *Wendt E., Fridlund B., Lidell E.*: Trust and confirmation in a gynecologic examination situation: a critical incident technique analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2004, 83, 1208–1215.
24. *Abenhaim H.A., Titus-Ernstoff L., Cramer D.W.*: Ovarian cancer risk in relation to medical visits, pelvic examinations and type of health care provider. *CMAJ*. 2007, 176, 941–947.
25. *Piskorz M., Zielińska A., Józefiak A., Tarka A., Kędzia W., Opala T.*: Wiedza na temat profilaktyki raka szyjki macicy kobiet uczestniczących w Ogólnopolskim Programie Profilaktyki Raka Szyjki Macicy. *Prz Ginek Położ*. 2005, 5, 141–143.