



W kobiecym interesie:
4 pokolenia Polek o zdrowiu kobiet i dbaniu o siebie



GEDEON RICHTER POLSKA

W kobiecym interesie: 4 pokolenia Polek o zdrowiu kobiet i dbaniu o siebie

realizacja badania i opracowanie raportu: **dr Zofia Małkowicz**

współpraca: **dr Magdalena Pałka**

wrzesień 2026



rekrutacja próby i przeprowadzenie badania ilościowego: **IQS sp. z o.o.**

projekt graficzny: **Nastka Drabot**

KV: **Renata Magda**

Spis treści

Wstęp	5
O badaniu	5
Metody i przebieg badania	5
Jak skonstruowany jest raport?	6
Struktura próby w badaniu	6
SEKCJA 1: Dom rodzinny, pierwsze doświadczenia i zdrowie kobiece w relacjach	9
1.1. Jak wyglądały rozmowy o zdrowiu intymnym w domu rodzinnym?	11
1.2. Jakie wzorce dbania o zdrowie i stosunku do ciała respondentki obserwowały u matek i opiekunek?	13
1.3. Jaki był kontekst i moment pierwszej wizyty ginekologicznej?	16
1.4. Rozmowy o zdrowiu ginekologicznym w relacjach z bliskimi kobietami – obecnie	21
SEKCJA 2: Profilaktyka zdrowia kobiet – praktyka	23
2.1. Jak wygląda regularność wizyt i podstawowych badań ginekologicznych?	25
2.2. Jak kobiety dbają o profilaktykę raka piersi?	29
2.3. Co wpływa na decyzje kobiet o korzystaniu z opieki ginekologicznej?	35
SEKCJA 3: Wiedza i przekonania o profilaktyce ginekologicznej	39
3.1. Jak kobiety rozumieją “regularną profilaktykę ginekologiczną”?	41
3.2. Jak bardzo rozpowszechnione są popularne mity dotyczące zdrowia ginekologicznego?	42
SEKCJA 4: Doświadczenie wizyty: znaczenie dyskomfortu, obaw i wstydu	44
4.1. Z jakim dyskomfortem wiąże się wizyta ginekologiczna?	46
4.2. Czy obawa przed diagnozą prowadzi do odkładania badań?	48
4.3. Czego kobiety tak naprawdę się wstydzą w gabinecie?	49
4.4. Dlaczego wizyta ginekologiczna nie jest „wizytą jak każda inna”?	51

SEKCJA 5: Relacja z ginekologiem/ginekolożką	53
5.1. Czy płeć ginekologa ma znaczenie?	55
5.2. Czy kobiety mają stałego ginekologa?	57
5.3. Czy kobiety mają zaufanie do swoich ginekologów/ginekolożek?	59
5.4. Co buduje zaufanie do ginekologa / ginekolożki?	61
5.5. Z jakimi trudnymi doświadczeniami kobiety spotykają się w gabinecie ginekologicznym?	65
SEKCJA 6: Podejście i stosunek do badań ginekologicznych	68
6.1. Jak kobiety różnią się pod względem podejścia do profilaktyki ginekologicznej?	70
6.2. Jak zmieniało się podejście do badań ginekologicznych u kobiet?	72
6.3. Co sprawia, że kobiety zaczynają się badać częściej lub rzadziej?	73
SEKCJA 7: Dbanie o siebie, motywacje i priorytety	75
7.1. Jakie są priorytety życiowe dla Polek?	77
7.2. Co dla kobiet znaczy „dbać o siebie”?	79
7.3. Co motywuje kobiety do dbania o zdrowie?	81
7.4. Czy Polki odkładają siebie i własne potrzeby na później?	82
7.5. Co oznacza dla Polek „w kobiecym interesie”?	84
SEKCJA 8: Podejście do profilaktyki a inne obszary	86
SEKCJA 9: Najważniejsze różnice pokoleniowe	90
Cztery pokolenia – co je wyróżnia?	94

Wstęp

O badaniu

W ramach tegorocznej edycji W Kobięcym Interesie chcieliśmy dowiedzieć się, jak Polki dbają o swoje zdrowie, a w szczególności – jak podchodzą do profilaktyki zdrowia kobiecego. Interesowały nas zarówno ich praktyki związane z wizytami ginekologicznymi i badaniami piersi, jak i wiedza, przekonania, motywacje, bariery oraz doświadczenia związane z opieką ginekologiczną.

Interesowało nas, co sprzyja regularnemu badaniu się, a co powoduje odkładanie wizyt, zgłaszanie się do lekarza dopiero z konkretnym problemem lub unikanie badań. Przyglądaliśmy się także doświadczeniom wyniesionym z domu, relacji z lekarzem oraz temu, jakie miejsce profilaktyka zajmuje w szerszym kontekście dbania o siebie – obok innych potrzeb, codziennych spraw i życiowych priorytetów.

Nie traktowaliśmy przy tym profilaktyki wyłącznie jako indywidualnej decyzji zależnej od wiedzy czy motywacji kobiety. Na korzystanie z badań mogą nakładać się różne czynniki od systemowych po indywidualne – doświadczenia z gabinetu, relacja z lekarzem, dostępność opieki i jej koszty, czas, przekonania, indywidualna historia leczenia, wsparcie otoczenia czy wzorce wyniesione z domu. W raporcie przyglądamy się temu, jak te różne elementy pojawiają się w doświadczeniach samych kobiet i w jaki sposób współwystępują z ich podejściem do profilaktyki.

Ważną osią analizy były różnice między kobietami w wieku 18-29, 30-44, 45-59 i 60+. Dzięki temu mogliśmy przyglądać się zarówno różnicom związanym z etapem życia, jak i zmianom pokoleniowym w podejściu do ciała, zdrowia, własnych potrzeb i profilaktyki.

Metody i przebieg badania

Badanie zostało przeprowadzone w dwóch etapach. Pierwszy z nich obejmował 9 indywidualnych wywiadów pogłębionych z kobietami z czterech grup wiekowych – różniących się podejściem do profilaktyki. Wywiady pozwoliły rozpoznać doświadczenia, przekonania i postawy związane ze zdrowiem ginekologicznym oraz szerzej – z dbaniem o własne zdrowie i potrzeby. Na tej podstawie zostało przygotowane badanie ilościowe.

Drugi etap to badanie CAWI zrealizowane na ogólnopolskiej, reprezentatywnej próbie 1000 kobiet w wieku 18 lat i więcej – zrekrutowanej przez IQS sp. z o. o. Wyniki części ilościowej stanowią główną podstawę wniosków przedstawionych w raporcie, natomiast wypowiedzi z wywiadów pogłębionych pomagają lepiej zrozumieć doświadczenia i sposób myślenia kobiet stojące za odpowiedziami w ankiecie.

Jak skonstruowany jest raport?

Raport otwiera część poświęcona doświadczeniom, które mogą mieć znaczenie dla późniejszego podejścia do zdrowia ginekologicznego – rozmowom w domu rodzinnym, obserwowanym wzorcom dbania o zdrowie oraz pierwszym wizytom u ginekologa. Kolejne sekcje pokazują, jak profilaktyka wygląda w praktyce: jak często kobiety korzystają z wizyt i badań, co wiedzą i sądzą o profilaktyce oraz jakie czynniki sprzyjają regularnemu badaniu się, a jakie je utrudniają.

Sekcje 4 i 5 koncentrują się na samym doświadczeniu wizyty i relacji z ginekologiem – dyskomforcie, obawach, wstydzie, zaufaniu i trudnych sytuacjach w gabinecie. Następnie w części 6 przyglądamy się różnym postawom wobec profilaktyki ginekologicznej oraz temu, co sprawia, że kobiety zaczynają badać się częściej lub rzadziej.

Część 7 dotyczy dbania o siebie w szerszym znaczeniu – życiowych priorytetów kobiet, ich rozumienia troski o siebie, motywacji do dbania o zdrowie oraz miejsca własnych potrzeb w codziennym życiu.

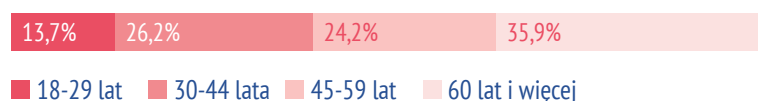
Dwie ostatnie sekcje mają charakter przekrojowy. W pierwszej zestawiamy kobiety o różnym podejściu do profilaktyki i pokazujemy, z czym wiążą się trzy wyróżnione profile. W drugiej koncentrujemy się na najważniejszych różnicach między czterema pokoleniami i co charakteryzuje każdą z grup wiekowych.



Struktura próby w badaniu

Ile masz ukończonych lat?

Typ pytania: odpowiedź liczbowa, zakres 18-99 | Próba: N=1000 | W tabeli: zmienna rekodowana



Jakie jest Twoje wykształcenie?

Typ pytania: jednokrotny wybór (1 odpowiedź, 12 kategorii) | Próba: N=1000 | W tabeli: zmienna rekodowana



Jaka jest wielkość miejscowości, w której obecnie mieszkasz?

Typ pytania: jednokrotny wybór | Próba: N=1000



■ wieś ■ miasto do 20 tys. mieszkańców ■ 20-49 tys. mieszkańców ■ 50-99 tys. mieszkańców
■ 100-199 tys. mieszkańców ■ 200-500 tys. mieszkańców ■ powyżej 500 tys. mieszkańców

W jakim województwie mieszkasz?

Typ pytania: jednokrotny wybór | Próba: N=1000



■ dolnośląskie ■ kujawsko-pomorskie ■ lubelskie ■ lubuskie ■ łódzkie ■ małopolskie
■ mazowieckie ■ opolskie ■ podkarpackie ■ podlaskie ■ pomorskie ■ śląskie
■ świętokrzyskie ■ warmińsko-mazurskie ■ wielkopolskie ■ zachodniopomorskie

Sytuacja zawodowa

Typ pytania: wielokrotny wybór | Próba: N=1000



■ pracuję zawodowo ■ uczę się lub studiuje ■ nie pracuję i nie szukam pracy
■ zajmuję się domem lub opieką nad członkami rodziny ■ jestem na emeryturze ■ jestem na rencie

Które określenie najlepiej opisuje Twoją pracę?

Typ pytania: wielokrotny wybór | Próba: N=469



■ kadra kierownicza, zarządzająca (dyrektor, menedżer) ■ specjalista z wyższym wykształceniem (np. prawnik, inżynier, lekarz, nauczyciel)
■ pracownik biurowy, administracja ■ handel, sprzedaż, usługi ■ pracownik fizyczny wykwalifikowany
■ pracownik fizyczny niewykwalifikowany ■ uprawa roli ■ prowadzę własną działalność lub biznes

Jak oceniasz swoją sytuację materialną?

Typ pytania: jednokrotny wybór | Próba: N=1000



■ nie wystarcza mi na podstawowe potrzeby ■ muszę oszczędzać na co dzień
■ wystarcza na bieżące potrzeby, ale nie na większe wydatki ■ żyję dostatnio, stać mnie na wiele ■ nie muszę się ograniczać

Jaka jest Twoja obecna sytuacja związkowa?

Typ pytania: jednokrotny wybór | Próba: N=1000



- ☐ w stałej relacji lub małżeństwie ☐ spotykam się z kimś, ale to niezobowiązująca sytuacja
☐ nie mam obecnie partnera lub partnerki ☐ nie chcę odpowiadać

Czy masz dzieci?

Typ pytania: jednokrotny wybór | Próba: N=1000



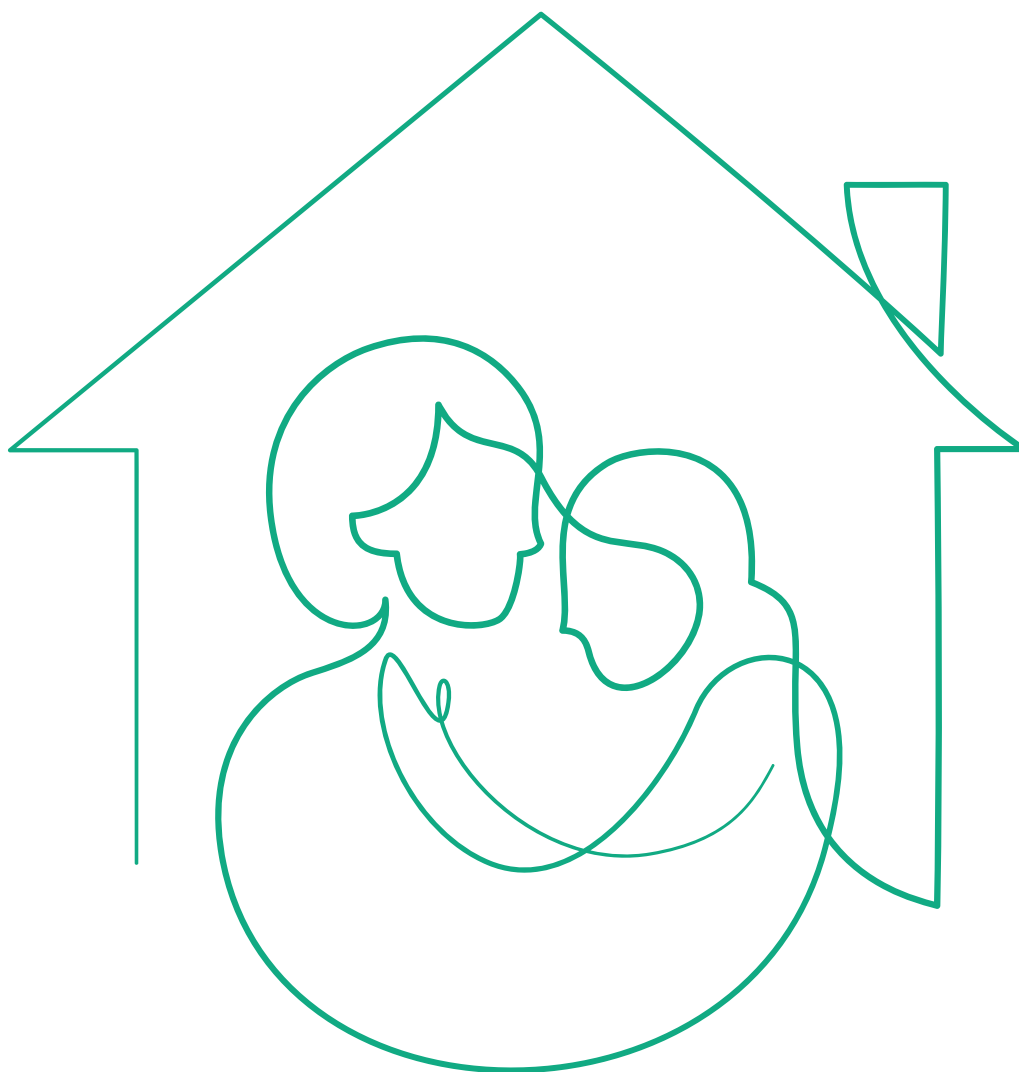
- ☐ tak, jedno ☐ tak, dwoje ☐ tak, troje lub więcej ☐ nie mam dzieci
☐ spodziewam się pierwszego dziecka ☐ nie chcę odpowiadać

Jak określiłabyś swoją religijność?

Typ pytania: jednokrotny wybór | Próba: N=1000



- ☐ osoba wierząca i praktykująca ☐ wierząca, niepraktykująca ☐ niewierząca
☐ nie chcę podawać



1

**Dom rodzinny,
pierwsze doświadczenia
i zdrowie kobiece w relacjach**

SEKCJA 1:

Dom rodzinny, pierwsze doświadczenia i zdrowie kobiece w relacjach

1. Najmłodsze kobiety dorastały w większej otwartości na tematy zdrowia kobiecego, ale tabu nie zniknęło. Wśród kobiet w wieku 18-29 lat częściej rozmawiało się w domu o miesiączce, zdrowiu ginekologicznym i profilaktyce. Jednocześnie ponad połowa najmłodszych respondentek deklaruje, że w ich domu nie rozmawiało się o seksie ani o antykoncepcji. Zmiana pokoleniowa nie obejmuje więc wszystkich tematów w takim samym stopniu.

2. W wielu domach brakowało nie tylko rozmów o profilaktyce ginekologicznej, ale także wiedzy o tym, czy matka lub opiekunka sama się badała. Tylko 13,2% respondentek deklaruje, że kobieta, która je wychowywała, regularnie chodziła na badania profilaktyczne do ginekologa, a 29,9% nie wie, czy się badała, ponieważ o tym nie mówiła. Badanie jakościowe pokazało przy tym, że w rodzinie można było otwarcie rozmawiać o zdrowiu ogółem, a jednocześnie pomijać zdrowie ginekologiczne.

3. Zmienia się nie tylko wiek pierwszej wizyty u ginekologa, ale przede wszystkim jej powód. Wśród kobiet 60+ pierwsza wizyta częściej wiązała się z przygotowaniem do ciąży lub ciążą, natomiast w młodszych grupach częściej jej powodem była profilaktyka. Najmłodsze respondentki częściej trafiły też na pierwszą wizytę z inicjatywy mamy lub opiekunki. Pierwsza wizyta coraz częściej pojawia się więc wcześniej i zanim wystąpi konkretny powód związany z ciążą.

4. Doświadczenia wyniesione z domu są związane z późniejszym podejściem do profilaktyki, choć go nie przesądzają. Kobiety, które dziś regularnie dbają o profilaktykę, częściej deklarują, że ich matka lub opiekunka również regularnie chodziła do ginekologa. Rzadziej też dorastały w domach, w których w ogóle nie rozmawiało się o zdrowiu ginekologicznym i profilaktyce.

5. Rozmowy z koleżankami i przyjaciółkami częściej służą wymianie praktycznych informacji niż rozmowie o wstydzie czy skrępowaniu. Niemal połowa kobiet poleca sobie lekarzy lub miejsca badań, ale 30,2% właściwie w ogóle nie rozmawia z koleżankami o zdrowiu ginekologicznym. Takie rozmowy są też rzadsze wśród kobiet, które unikają wizyt lub chodzą do ginekologa dopiero wtedy, gdy naprawdę muszą.

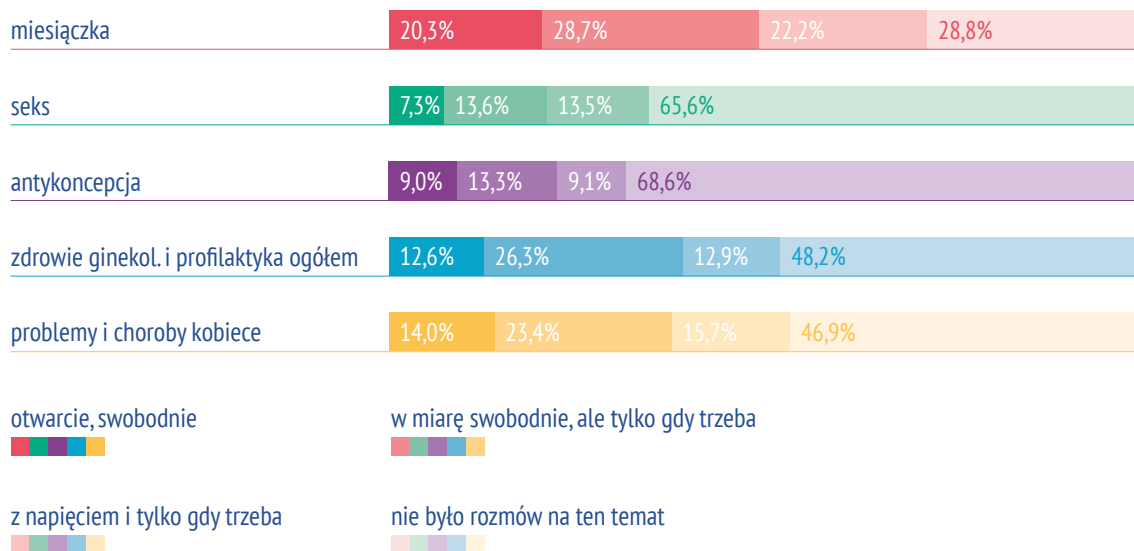
1.1.

Jak wyglądały rozmowy o zdrowiu intymnym w domu rodzinnym?



Pomyśl o swoim domu rodzinnym. Jak rozmawiało się w nim o poniższych tematach?

Typ pytania: matrycowe – jednokrotny wybór w każdym wierszu (1 odpowiedź na wiersz) | Próba: N=1000



■ Eksploracyjne badanie jakościowe, które poprzedziło część ilościową, **pozwoło rozpoznać, że zdrowie ginekologiczne, ciało i seksualność w domach rodzinnych respondentek w różnym stopniu były tematami objętymi tabu**. Matki i opiekunki rzadko przekazywały córkom wiedzę o zdrowiu intymnym i profilaktyce. Badanie ilościowe pozwala zobaczyć, jak te doświadczenia różnią się między pokoleniami – młodsze kobiety częściej wspominają większą otwartość, choć wiele tematów nadal rzadko było przedmiotem rodzinnych rozmów.

■ Spośród analizowanych obszarów **największa otwartość dotyczyła miesiączki**. 20,3% kobiet deklaruje, że w ich domu rozmawiało się o niej „otwarcie, swobodnie”, a kolejne 28,7% – „w miarę swobodnie, ale tylko gdy trzeba”. Jednocześnie ponad połowa respondentek (51%) wskazuje, że rozmowy odbywały się „z napięciem i tylko gdy trzeba” albo nie było ich wcale.

■ **Różnice między pokoleniami są w tym obszarze duże**. Wśród kobiet w wieku 18-29 lat 39,4% wspomina, że o miesiączce rozmawiało się w ich domu „otwarcie, swobodnie”; w grupie 60+ odsetek ten wynosi 13,1%. Wypowiedzi z badania jakościowego pozwalają jednak dostrzec ważny niuans: swobodna rozmowa o miesiączce nie musiała oznaczać rozmowy o zdrowiu

ginekologicznym. Pierwsza miesiączka bywała traktowana przede wszystkim jako symboliczny moment dojrzewania – niekoniecznie jako okazja do rozmowy o profilaktyce czy pierwszej wizycie u ginekologa.

„Jak byłam mniejsza i dostałam swój okres, nie było jakiegoś tematu tabu ze strony mojej mamy. Wręcz wszystkie tam mama, ciocia, moja babcia gratulowały mi, że właśnie weszłam już w taką kobiecą stronę. Ale nikt na przykład nie zabrał mnie do ginekologa, żeby mnie zbadać.”

IDI_01_18-29_regularne badania

„Moja mama się strasznie tego wstydziła. Miałam straszne kłopoty, jeśli chodzi o miesiączkowanie. Absolutnie moja mama mnie nie wprowadziła. To zrobiły koleżanki.”

IDI_07_60+_regularne badania

■ **Znacznie rzadziej rozmawiano o seksie i antykoncepcji.** 65,6% respondentek deklaruje, że w ich domu rodzinnym nie było rozmów o seksie, a 68,6% – o antykoncepcji. Także tutaj doświadczenia młodszych kobiet wskazują na większą otwartość, ale brak rozmów pozostaje częsty. Wśród respondentek w wieku 18-29 lat odpowiedź „nie było rozmów na ten temat” w odniesieniu do seksu wskazało 51,8% badanych, wobec 71,3% kobiet 60+. Podobny kierunek różnic występuje w przypadku antykoncepcji.

■ **Zdrowie ginekologiczne i profilaktyka również rzadko były przedmiotem rodzinnych rozmów.** 48,2% respondentek wskazało, że w ich domu „nie było rozmów na ten temat”. W tym przypadku różnice między grupami wieku nie układają się jednak w stopniowy trend. Brak takich rozmów wskazało 27% kobiet w wieku 18-29 lat, ale już 49,2% kobiet w wieku 30-44 lata, 51,7% w grupie 45-59 lat i 53,2% wśród kobiet 60+. **To przede wszystkim najmłodsze pokolenie wyróżnia się więc większą obecnością zdrowia ginekologicznego i profilaktyki w rodzinnych rozmowach.** Podobny układ pojawia się w odpowiedziach dotyczących problemów i chorób kobiecych.

■ Badanie jakościowe pozwoliło dodatkowo uchwycić ważne rozróżnienie: **otwartość na rozmowy o zdrowiu ogółem nie musiała obejmować zdrowia ginekologicznego.** W niektórych rodzinach kwestie zdrowotne były codziennym i naturalnym tematem, podczas gdy o zdrowiu intymnym nie rozmawiano.

„Moja mama była osobą bardzo dbającą o swoje zdrowie, o zdrowie nasze. (...) zawsze też badajcie się, róbcie, jaki masz cholesterol. (...) to był taki temat codzienny, naturalny. [Badaczka: A temat zdrowia kobiecego?] – Nie, nigdy nie rozmawiałyśmy na ten temat.”

IDI_08_60+_nieregularne/unikanie

„Ja pochodzę z rodziny turbokatolickiej. Moi rodzice mieli stosunek do spraw intymnych wszelkich bardzo rygorystyczny, więc kwestia zdrowia ginekologicznego m.in. to w ogóle nie był temat.”

IDI_04_30-44_regularne badania

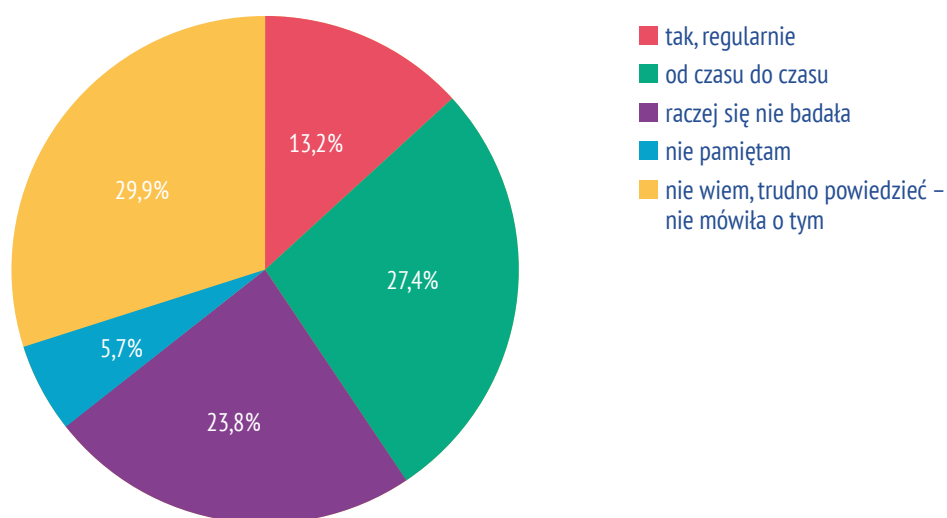
1.2.

Jakie wzorce dbania o zdrowie i stosunku do ciała respondentki obserwowały u matek i opiekunek?

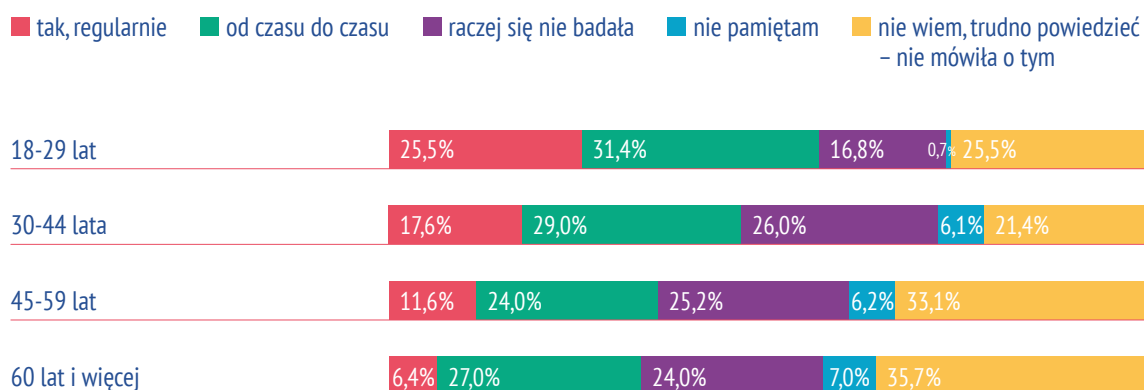


Pomyśl o kobiecie, która Cię wychowywała w czasie, gdy byłeś dzieckiem i nastolatką – mamie, babci, opiekunce. Czy chodziła regularnie na badania profilaktyczne do ginekologa, gdy dorastałaś?

Typ pytania: jednokrotny wybór | Próba: N=1000



Wyniki z podziałem na grupy wiekowe



■ **Respondentki rzadko obserwowały w domu regularne korzystanie z profilaktyki ginekologicznej.** 13,2% badanych deklaruje, że kobieta, która je wychowywała, chodziła na badania profilaktyczne do ginekologa regularnie, 27,4% – od czasu do czasu, a 23,8% – że raczej się nie badała. Niemal co trzecia respondentka (29,9%) wskazała odpowiedź „nie wiem, trudno powiedzieć – nie mówiła o tym”. Wiele kobiet nie wiedziało więc, czy ich matka lub opiekunka regularnie się badała.

■ Wynik ilościowy dobrze koresponduje z jednym z wątków rozpoznanych w eksploracyjnym badaniu jakościowym. **W części rodzin zdrowie ogółem było naturalnym przedmiotem rozmów, podczas gdy o profilaktyce ginekologicznej rozmawiało się znacznie rzadziej.** Respondentki nie tylko rzadko wspominały o zachęcaniu ich do badań. Część z nich po prostu nie wiedziała, czy i jak ich matki same się badały. W badaniu jakościowym matki i opiekunki rzadko pojawiały się też jako osoby, które przekazywały córkom wiedzę o profilaktyce zdrowia intymnego.

„Moja mama była osobą bardzo dbającą o swoje zdrowie, o zdrowie nasze. (...) zawsze też badajcie się, róbcie, jaki masz cholesterol. (...) to był taki temat codzienny, naturalny. [Badaczka: A temat zdrowia kobiecego?] – Nie, nigdy nie rozmawiałyśmy na ten temat.”

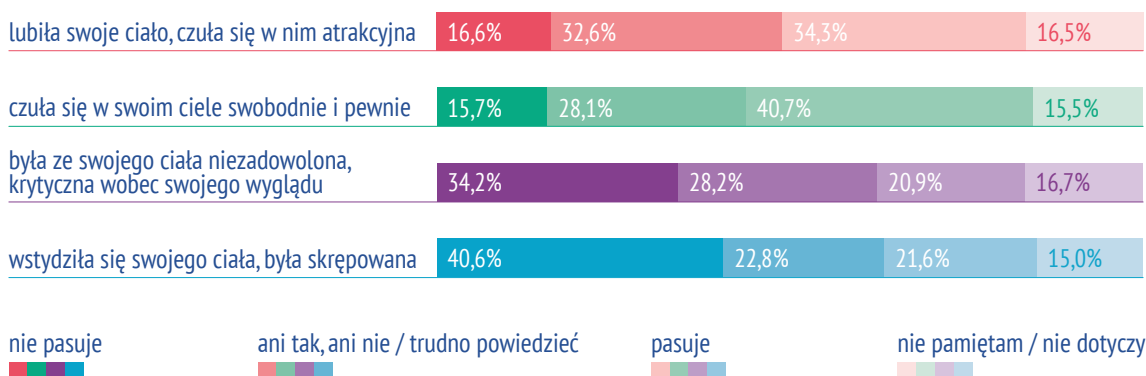
IDI_08_60+_nieregularne/unikanie

■ **W młodszych grupach częściej deklarowano, że matka lub opiekunka regularnie chodziła na badania profilaktyczne do ginekologa.** W grupie 18-29 lat wskazuje to 25,5% kobiet, wśród 30-44-latek – 17,6%, w grupie 45-59 lat – 11,6%, a wśród kobiet 60+ – 6,4%. Starsze respondentki częściej nie wiedzą też, czy kobieta, która je wychowywała, korzystała z profilaktyki, ponieważ o tym nie mówiła. Taką odpowiedź wskazało 33,1% kobiet w wieku 45-59 lat i 35,7% kobiet 60+. **Młodsze respondentki częściej miały więc w domu przykład regularnego korzystania z profilaktyki ginekologicznej, choć nawet w najmłodszej grupie dotyczyło to tylko co czwartej kobiety.**



A jaki miała stosunek do własnego ciała? Na ile pasują do niej poniższe zdania?

Typ pytania: matrycowe – jednokrotny wybór w każdym wierszu | Próba: N=1000 | W tabeli: zmienna rekodowana



■ **Respondentki różnie opisywały to, jak ich matki i opiekunki czuły się we własnym ciele.** 34,3% uznało, że kobieta, która je wychowywała, lubiła swoje ciało i czuła się w nim atrakcyjna, a 40,7% – że czuła się w swoim ciele swobodnie i pewnie. Jednocześnie 20,9% badanych wskazało, że była niezadowolona ze swojego ciała i krytyczna wobec wyglądu, a 21,6% – że wstydziała się swojego ciała i była skrępowana.

■ **Dla wielu respondentek trudno było jednoznacznie ocenić, jak ich matka lub opiekunka czuła się we własnym ciele.** W zależności od stwierdzenia 22,8–32,6% kobiet wybierało odpowiedź „ani tak, ani nie / trudno powiedzieć”, a kolejne 15–16,7% – „nie pamiętam / nie dotyczy”. Nie wszystkie badane miały więc jednoznaczny obraz tego, jak kobieta, która je wychowywała, postrzegała własne ciało.

■ **Największe różnice między grupami wieku dotyczą krytycyzmu wobec własnego wyglądu.** Wśród kobiet w wieku 18-29 lat 40,9% uznało, że stwierdzenie „była ze swojego ciała niezadowolona, krytyczna wobec swojego wyglądu” pasuje do ich matki lub opiekunki. W grupie 30-44 lata odsetek ten wynosi 20,6%, wśród kobiet 45-59 lat – 18,2%, a w grupie 60+ – 15,3%. Najmłodsze respondentki rzadziej też wskazywały, że ich matka lub opiekunka czuła się w swoim ciele swobodnie i pewnie – 34,3% wobec 43,5% wśród kobiet 60+. Jednocześnie różnice są niewielkie w ocenie, czy lubiła swoje ciało i czuła się atrakcyjna. **Najmłodsze kobiety częściej doszły do wniosku, że ich matki i opiekunki krytyczniej wobec wyglądu, ale nie oznacza to, że częściej postrzegały ich podejście do własnego ciała jako ogólnie negatywne.**

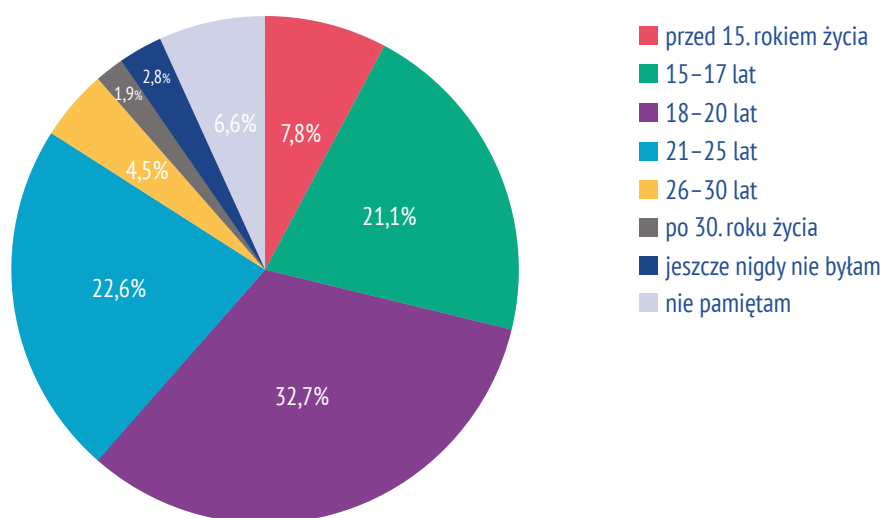
1.3.

Jaki był kontekst i moment pierwszej wizyty ginekologicznej?

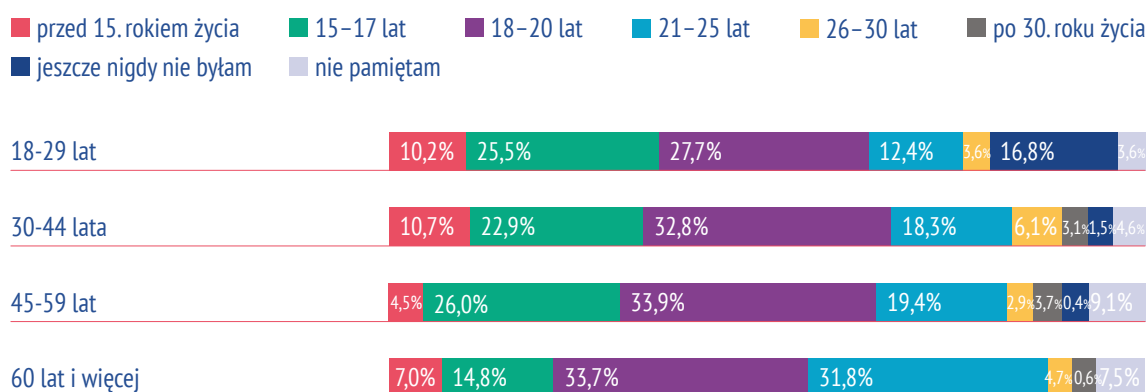


W jakim wieku poszłaś pierwszy raz na wizytę ginekologiczną?

Typ pytania: jednokrotny wybór | Próba: N=1000



Wyniki z podziałem na grupy wiekowe



■ **Większość respondentek po raz pierwszy poszła do ginekologa między 15. a 25. rokiem życia.** Dotyczy to łącznie 76,4% badanych. Najczęściej pierwsza wizyta przypadała na wiek 18–20 lat (32,7%), następnie 21–25 lat (22,6%) oraz 15–17 lat (21,1%).

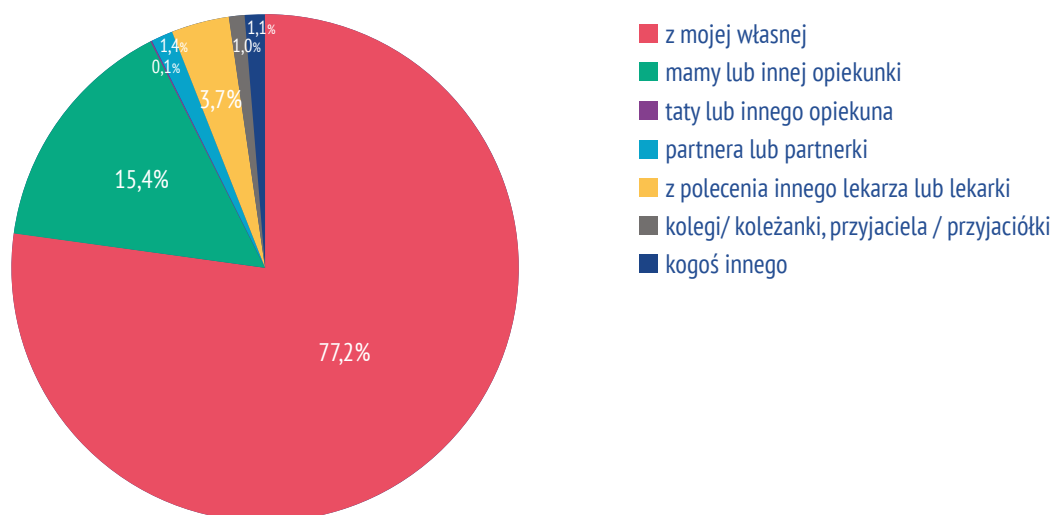
■ **Moment pierwszej wizyty różni się jednak między pokoleniami.** Wśród kobiet w wieku 18-29 lat 35,7% było po raz pierwszy u ginekologa przed ukończeniem 18 lat, podczas gdy w grupie 60+ – 21,8%. Z kolei kobiety 60+ częściej odbywały pierwszą wizytę między 21. a 25. rokiem życia – 31,8% wobec 12,4% najmłodszych respondentek. Jednocześnie wiek 18–20 lat pozostaje najczęstszym momentem pierwszej wizyty we wszystkich grupach. **Różnica między pokoleniami dotyczy więc przede wszystkim częstszych wizyt przed pełnoletnością w najmłodszej grupie oraz późniejszych pierwszych wizyt wśród kobiet 60+.**

■ **Wśród kobiet w wieku 18-29 lat 16,8% nie było jeszcze nigdy u ginekologa.** W starszych grupach takie odpowiedzi pojawiają się sporadycznie lub wcale.

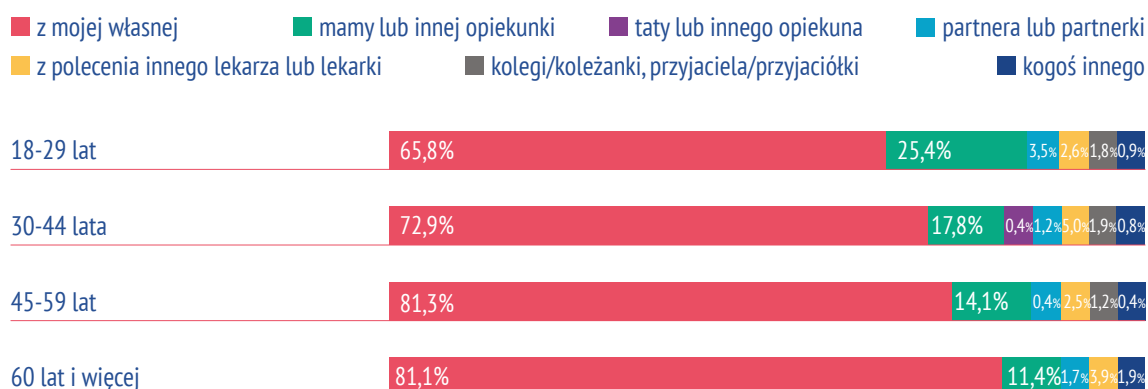


Z czyjej inicjatywy była ta pierwsza wizyta?

Typ pytania: jednokrotny wybór | Próba: N=972 – filtr: kobiety, które były kiedykolwiek u ginekologa



Wyniki z podziałem na grupy wiekowe



Pierwsza wizyta u ginekologa najczęściej odbywała się z własnej inicjatywy respondentki. Taką odpowiedź wskazało 77,2% badanych. Z inicjatywy mamy lub innej opiekunki na pierwszą wizytę poszło 15,4% kobiet.

Im młodsze respondentki, tym częściej pierwsza wizyta odbywała się z inicjatywy mamy lub innej opiekunki. W grupie 18-29 lat dotyczyło to 25,4% kobiet, wśród 30-44-latek – 17,8%, w grupie 45-59 lat – 14,1%, a wśród kobiet 60+ – 11,4%. Odwrotną zależność widać w przypadku własnej inicjatywy: wskazało ją 65,8% najmłodszych respondentek, 72,9% kobiet w wieku 30-44 lata oraz około 81% kobiet w dwóch najstarszych grupach.

W zestawieniu z wcześniejszymi wynikami może to wskazywać na zmianę roli matek i opiekunek w obszarze zdrowia ginekologicznego córek. Młodsze respondentki nie tylko częściej dorastały w domach, w których rozmawiało się o zdrowiu ginekologicznym, ale też częściej trafiły na pierwszą wizytę z inicjatywy mamy lub opiekunki. Badanie jakościowe pozwoliło uchwycić również perspektywę matek, które same starają się dziś zachęcać córki do profilaktyki.

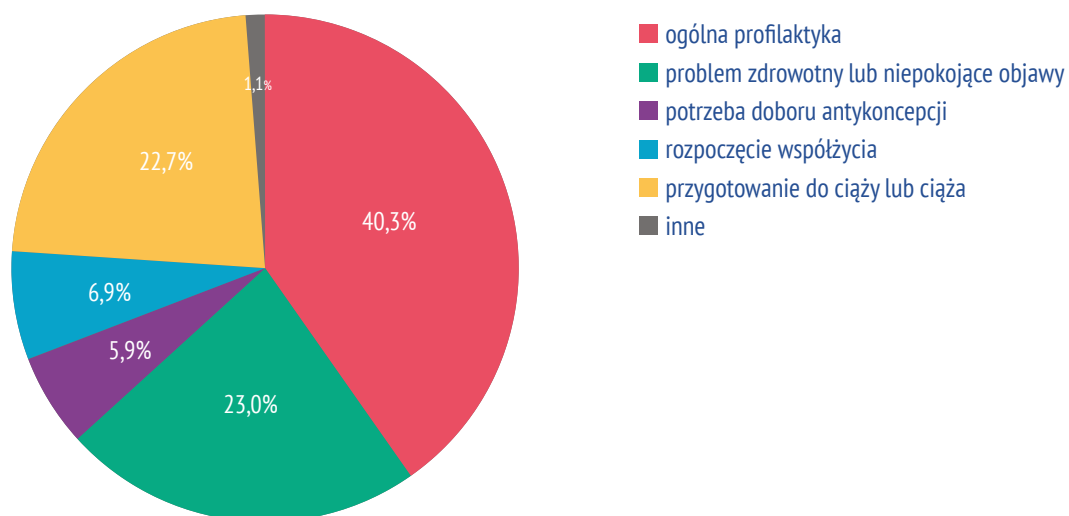
„Ja jestem matką 16-latki i się pytam: czy ty potrzebujesz, żeby iść, prawda? My mamy już jako matki współczesne mamy świadomość (...). Czyli uczy my już teraz tego, że mamy się badać.”

IDI_06_45-59_regularne badania

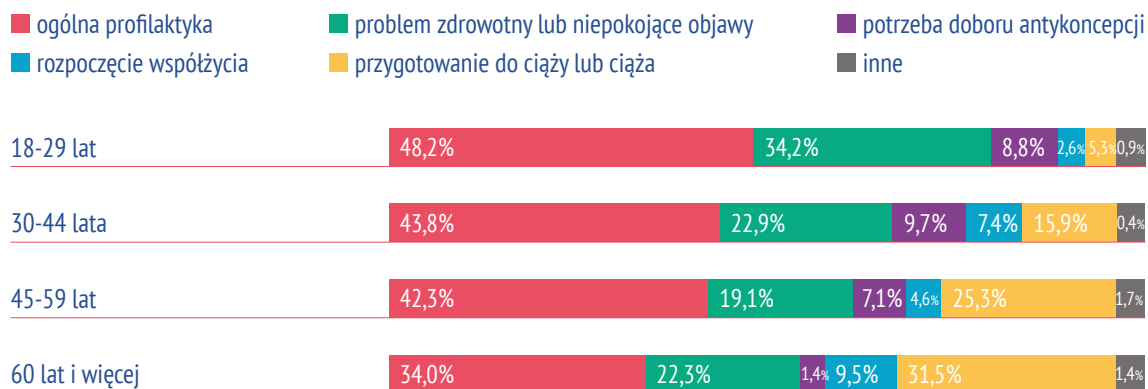


Co było powodem pierwszej wizyty?

Typ pytania: jednokrotny wybór | Próba: N=972 – filtr: kobiety, które były kiedykolwiek u ginekologa



Wyniki z podziałem na grupy wiekowe



■ **Najczęstszym powodem pierwszej wizyty była ogólna profilaktyka – wskazało ją 40,3% kobiet.** Dla 23% respondentek powodem był problem zdrowotny lub niepokojące objawy, a niemal równie często pierwsza wizyta wiązała się z przygotowaniem do ciąży lub ciążą (22,7%). Znacznie rzadziej powodem była potrzeba doboru antykoncepcji (5,9%) lub rozpoczęcie współżycia (6,9%).

■ **Powody pierwszej wizyty różnią się jednak między pokoleniami.** Wśród kobiet 60+ niemal co trzecia (31,5%) po raz pierwszy poszła do ginekologa w związku z przygotowaniem do ciąży lub ciążą. W młodszych grupach odsetek ten stopniowo maleje – do 25,3% wśród kobiet w wieku 45-59 lat, 15,9% w grupie 30-44 lata i 5,3% wśród kobiet 18-29 lat.

„Pierwszy raz poszłam, jak byłam w ciąży. Co prawda ta ciąża mi się zdarzyła bardzo wcześnie, bo miałam 19 lat. (...) w latach 90. to było naturalne, że kobieta szła dopiero do ginekologa, jak w ciąży.”

IDI_06_45-59_regularne badania

■ **W młodszych grupach pierwsza wizyta częściej wiązała się natomiast z profilaktyką.** Ogólną profilaktykę jako jej powód wskazało 48,2% kobiet w wieku 18-29 lat, 43,8% kobiet w wieku 30-44 lata, 42,3% w grupie 45-59 lat i 34% kobiet 60+. Najmłodsze respondentki częściej wskazywały też problem zdrowotny lub niepokojące objawy – 34,2%, wobec 19–23% w trzech starszych grupach. Potrzeba doboru antykoncepcji niemal nie pojawia się natomiast jako powód pierwszej wizyty wśród kobiet 60+ (1,4%), podczas gdy w pozostałych grupach wskazuje ją 7–10% badanych.

■ **Różnice pokoleniowe dotyczą więc nie tylko wieku pierwszej wizyty, ale także jej powodów.** Wśród starszych kobiet pierwsza wizyta znacznie częściej wiązała się z ciążą, natomiast w młodszych grupach częściej jej powodem była profilaktyka. W połączeniu z wcześniejszym wynikiem dotyczącym większej roli matek i opiekunek wskazuje to na zmianę także w okolicznościach, w jakich młode kobiety po raz pierwszy trafiają do ginekologa.

1.4.

Rozmowy o zdrowiu ginekologicznym w relacjach z bliskimi kobietami – obecnie



O czym dokładnie rozmawiasz z koleżankami/przyjaciółkami w kontekście zdrowia ginekologicznego?

Typ pytania: wielokrotny wybór | Próba: N=1000



■ **Dla części kobiet zdrowie ginekologiczne nadal pozostaje tematem prywatnym i nie pojawia się w rozmowach z koleżankami czy przyjaciółkami.** Blisko co trzecia respondentka (30,2%) deklaruje, że właściwie o nim nie rozmawia. Wśród kobiet, które podejmują ten temat, najczęściej pojawiają się kwestie praktyczne. Rzadziej rozmawia się o wstydzie, skrępowaniu czy trudnych doświadczeniach związanych z wizytą.

■ Najczęściej kobiety polecają sobie lekarzy lub miejsca do wykonania badań (49,3%). Dzielą się też dobrymi doświadczeniami z wizyt, badań i leczenia (30,2%) oraz objawami lub dolegliwościami, o których trudno mówić (29,6%). Rzadziej rozmawiają o lęku lub obawach dotyczących własnego zdrowia (23,7%), trudnych albo przykrych doświadczeniach z wizyt, badań

lub leczenia (18,2%) oraz o wstydzie lub skrępowaniu związanym z wizytą, badaniem albo mówieniem o intymnych objawach (11,8%). **Rozmowy częściej dotyczą więc praktycznych kwestii i wymiany doświadczeń niż wstydu czy skrępowania związanego z wizytą.**

„[Rozmawiamy z koleżanką] co robiła wczoraj, była u lekarza i jakoś bez jakichś tam specjalnych sytuacji, tak sobie porozmawiamy, że była, robiła. [Badaczka: (...)] a to poczucie dyskomfortu to jest coś, z czym mierzy się Pani zupełnie sama?] Tak.”

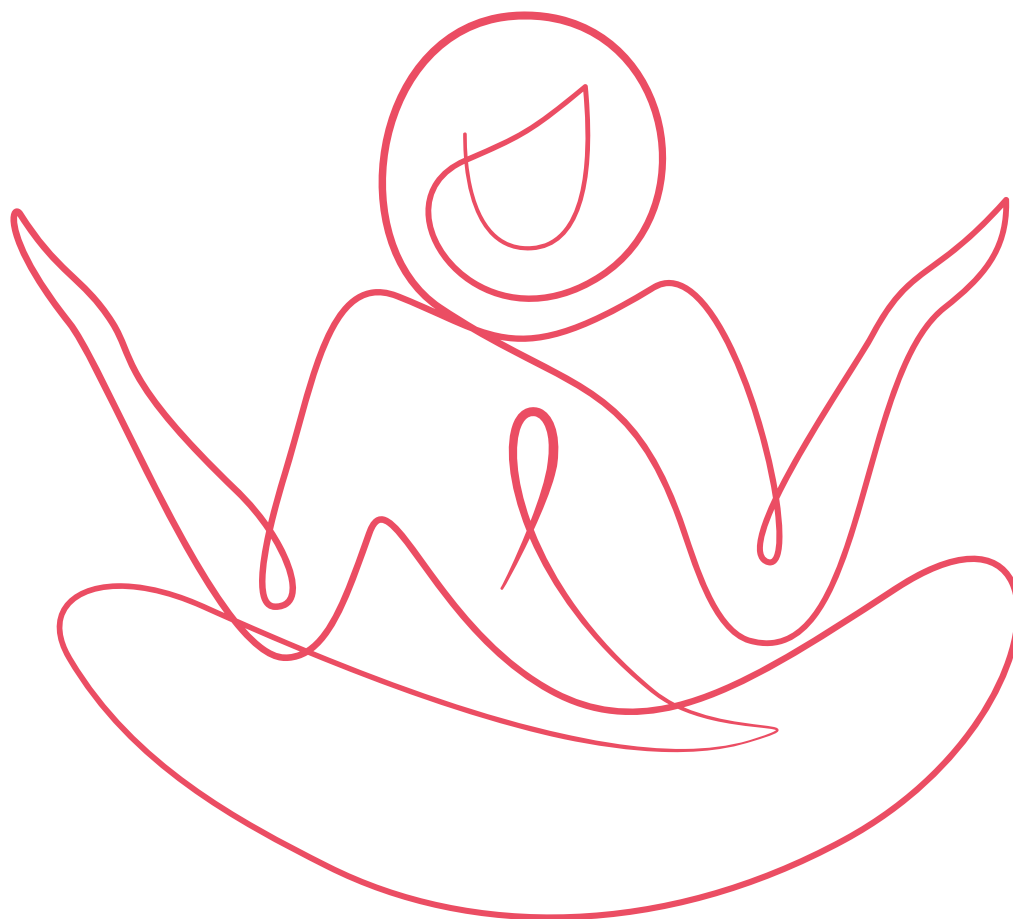
IDI_08_60+_nieregularne/unikanie

„Rozmawia się zupełnie na luzie (...) mam raczej bliskie koleżanki, jakieś takie grono, w którym się po prostu rozmawia (...) tak jak o czymkolwiek innym, normalnie.”

IDI_03_30-44_nieregularne/unikanie

■ **Między pokoleniami różni się przede wszystkim to, jak często kobiety rozmawiają o trudniejszych aspektach zdrowia ginekologicznego.** O wstydzie lub skrępowaniu związanym z wizytą mówi 19% kobiet w wieku 18-29 lat wobec 7,5% kobiet 60+. O trudnych albo przykrych doświadczeniach z wizyt, badań lub leczenia rozmawia odpowiednio 22,6% i 10,9%. **Młodsze kobiety częściej poruszają więc także tematy związane ze wstydem, skrępowaniem czy trudnymi doświadczeniami podczas wizyty.**

■ **Jeszcze większe różnice pojawiają się w zależności od podejścia do profilaktyki.** Wśród kobiet unikających wizyt u ginekologa 55% właściwie nie rozmawia o zdrowiu ginekologicznym z koleżankami; wśród tych, które chodzą dopiero wtedy, gdy naprawdę muszą – 49%, wobec 30,2% w całej próbie. Kobiety unikające wizyt rzadziej polecają też lekarzy lub miejsca do wykonania badań – robi to 20% z nich wobec 49,3% ogółu. **Brak rozmów z innymi kobietami częściej towarzyszy więc unikaniu profilaktyki.**



2

Profilaktyka zdrowia kobiet – praktyka

SEKCJA 2:

Profilaktyka zdrowia kobiet – praktyka

1. Nie wszystkie kobiety regularnie odwiedzają gabinet ginekologiczny. 67,7% badanych było u ginekologa w ciągu ostatnich dwóch lat, ale 17,8% ma za sobą ponad trzyletnią przerwę od ostatniej wizyty, a 2,8% nie było u ginekologa nigdy. W ciągu ostatnich dwóch lat cytologię wykonało 60,5% kobiet, a USG ginekologiczne – 59,8%.

2. Najczęściej z wizyt ginekologicznych i badań korzystają kobiety w wieku 30–59 lat. Wśród najmłodszych część kobiet nie była jeszcze nigdy u ginekologa – dotyczy to 16,8% respondentek w wieku 18-29 lat. Wśród kobiet 60+ niemal wszystkie mają za sobą wizytę, ale częściej mają kilkuletnią przerwę od ostatniej kontroli i rzadziej wykonywały ostatnio cytologię czy USG ginekologiczne.

3. W profilaktyce piersi nadal jest sporo braków. 39,6% badanych nie miało w ostatnich dwóch latach ani USG piersi, ani mammografii, a u 38,6% kobiet podczas ostatniej wizyty ginekolog w ogóle nie poruszał tematu piersi. **Comiesięczne samobadanie deklaruje tylko 30,8% kobiet.** U części badanych te braki się łączą, choć kobiety stosują też różne strategie dbania o piersi – niektóre pozostawiają kontrolę przede wszystkim specjalistom. Szczególnej uwagi wymaga grupa 45-59 lat: mammografię w ciągu ostatnich dwóch lat wykonało 47,1% kobiet, a 34,3% nie miało jej nigdy.

4. Regularne wizyty najczęściej opierają się na własnej pamięci i rutynie. Najczęstszym powodem ostatniej wizyty było przekonanie, że „to już pora” – wskazało je 42,8% kobiet. Regularność mogą podtrzymywać także konkretne potrzeby związane z leczeniem, np. kontrola, recepta czy kontynuacja terapii. Kampanie, akcje profilaktyczne i przypomnienia rzadziej są bezpośrednim impulsem do wizyty, **ale mogą budować świadomość i gotowość do profilaktyki, działając wcześniej i „w tle”.**

5. Regularne badanie się utrudniają zarówno problemy z dostępem do opieki, jak i samo doświadczenie wizyty. Ponad siedem na dziesięć kobiet wskazuje przynajmniej jedną barierę. Najczęściej są to koszt wizyt prywatnych (27,1%), długie terminy oczekiwania w NFZ (26%) i fizyczny dyskomfort badania (23,8%). **Młodsze kobiety częściej mierzą się z kosztami, brakiem czasu, trudnościami z rejestracją oraz napięciem i obawą przed oceną.** Z regularnością wizyt i badań wiąże się także sytuacja materialna – kobiety w trudniejszej sytuacji rzadziej korzystają z opieki i wykonują badania.

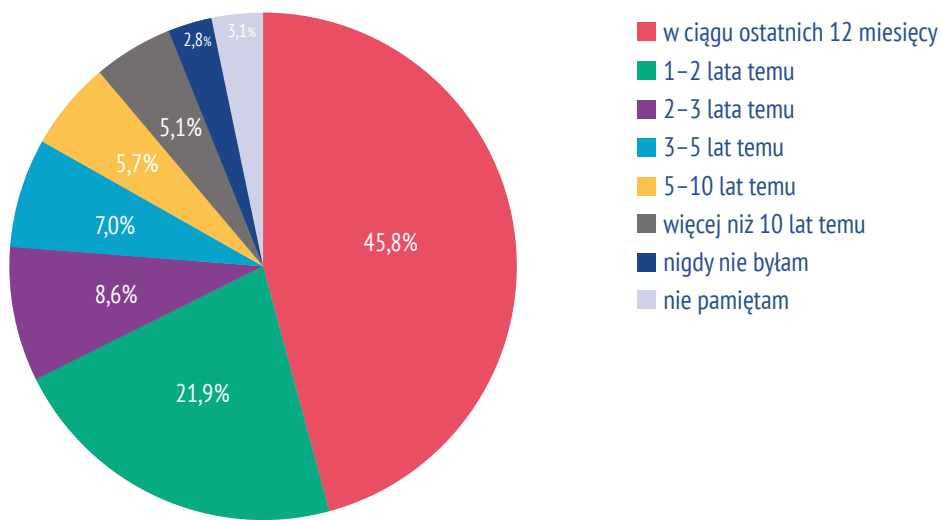
2.1.

Jak wygląda regularność wizyt i podstawowych badań ginekologicznych?

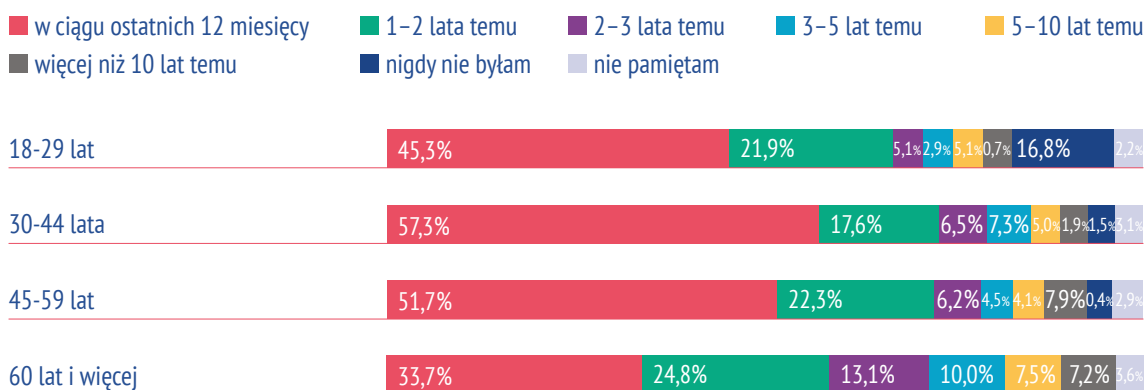


Kiedy ostatnio byłeś na wizycie u ginekologa lub ginekolożki?

Typ pytania: jednokrotny wybór | Próba: N=1000



Wyniki z podziałem na grupy wiekowe



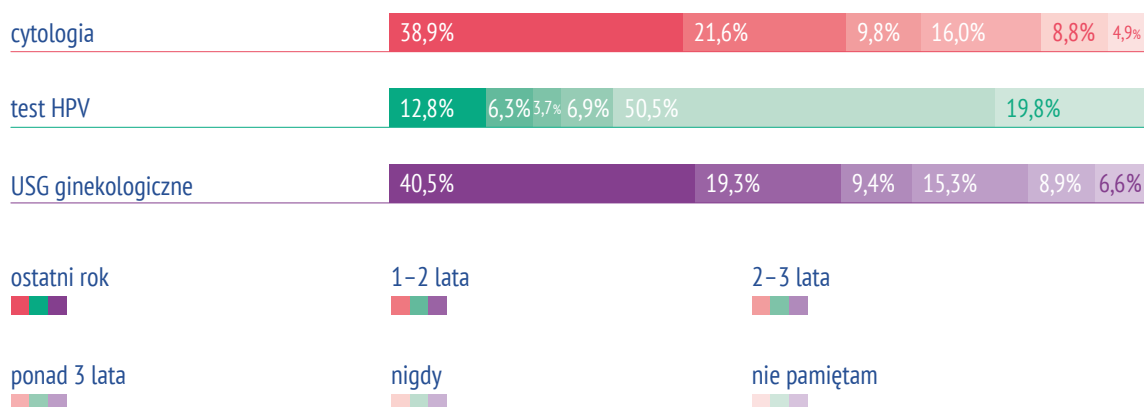
■ **Ponad dwie trzecie badanych kobiet było u ginekologa w ciągu ostatnich dwóch lat.** Niemal połowa respondentek (45,8%) była na wizycie w ciągu ostatnich 12 miesięcy, a kolejne 21,9% – 1–2 lata temu. Łącznie daje to 67,7% kobiet. **To dość optymistyczny wynik, choć nie dotyczy wszystkich badanych** – 17,8% kobiet było u ginekologa ponad trzy lata temu, a kolejne 2,8% nie było u niego nigdy.

■ **Najczęściej z wizyt ginekologicznych korzystają kobiety w wieku 30–59 lat.** W ciągu ostatniego roku u ginekologa było 57,3% kobiet w wieku 30–44 lata oraz 51,7% kobiet w wieku 45–59 lat. W najmłodszej grupie wiekowej odsetek ten wynosi 45,3%, a wśród kobiet 60+ – 33,7%. W przypadku najmłodszych respondentek częściowo wiąże się to z tym, że 16,8% nie było jeszcze nigdy u ginekologa. **Wśród kobiet 60+ mamy natomiast do czynienia z inną sytuacją – niemal wszystkie były kiedyś u ginekologa, ale częściej niż młodsze kobiety mają za sobą kilkuletnią przerwę od ostatniej wizyty.**



Kiedy ostatnio wykonałaś każde z poniższych badań?

Typ pytania: matrycowe – jednokrotny wybór w każdym wierszu | Próba: N=1000



■ **Odsetki kobiet, które w ciągu ostatnich dwóch lat wykonały konkretne badania, są nieco niższe niż odsetek tych, które w tym czasie były u ginekologa.** Cytologię w ostatnim roku wykonało 38,9% kobiet, a USG ginekologiczne – 40,5%. Kolejne 21,6% respondentek wykonało cytologię 1–2 lata temu, a 19,3% w tym czasie miało USG ginekologiczne. Łącznie w ciągu ostatnich dwóch lat cytologię wykonało więc 60,5% kobiet, a USG ginekologiczne – 59,8%, wobec 67,7% kobiet, które w tym okresie były u ginekologa. **Sama wizyta nie zawsze idzie więc w parze z wykonaniem tych badań, choć różnica nie jest duża.** W przypadku każdego z nich około 40% respondentek nie wskazało wykonania badania w ciągu ostatnich dwóch lat.

■ **Test HPV jest dużo mniej rozpowszechniony niż cytologia i USG ginekologiczne.** Połowa kobiet (50,5%) deklaruje, że nigdy go nie wykonywała, a kolejne 19,8% nie pamięta, czy miała takie badanie. W ostatnim roku test HPV wykonało 12,8% respondentek. **Tego wyniku nie należy jednak interpretować tak samo jak długiej przerwy od cytologii czy USG.** Niewielkie rozpowszechnienie testu HPV może częściowo wynikać z wcześniejszego modelu profilaktyki raka szyjki macicy, w którym badanie to było stosowane rzadziej.

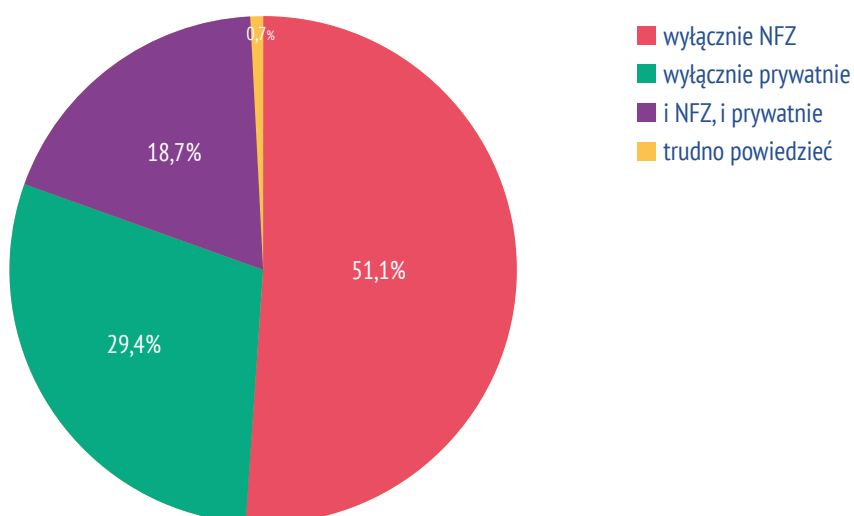
■ **Przy cytologii i USG powtarza się ten sam układ pokoleniowy, który widzieliśmy przy wizytach u ginekologa.** Cytologię w ostatnim roku najczęściej wykonywały kobiety w wieku 30-44 lata (50,4%), a następnie 45-59 lat (43,8%); wśród kobiet 60+ odsetek ten wynosi 28,4%. Podobnie jest w przypadku USG ginekologicznego – w ostatnim roku wykonało je 52,7% kobiet w wieku 30-44 lata, 46,3% kobiet w wieku 45-59 lat i 27,3% kobiet 60+. **Mniejsza częstotliwość wizyt w najstarszej grupie wiekowej przekłada się więc również na rzadsze wykonywanie podstawowych badań ginekologicznych.**

■ **Korzystanie z wizyt i badań różni się także w zależności od sytuacji materialnej kobiet.** W ostatnim roku u ginekologa było 56,9% respondentek oceniających swoją sytuację materialną jako dobrą, wobec 34,9% kobiet znajdujących się w trudnej sytuacji. Podobne różnice dotyczą cytologii – 50,3% wobec 32% – oraz USG ginekologicznego – 53,3% wobec 34,9%. **Sytuacja materialna różnicuje więc nie tylko korzystanie z wizyt, ale także wykonywanie badań – we wszystkich trzech przypadkach różnica wynosi około 18–22 punktów procentowych.**

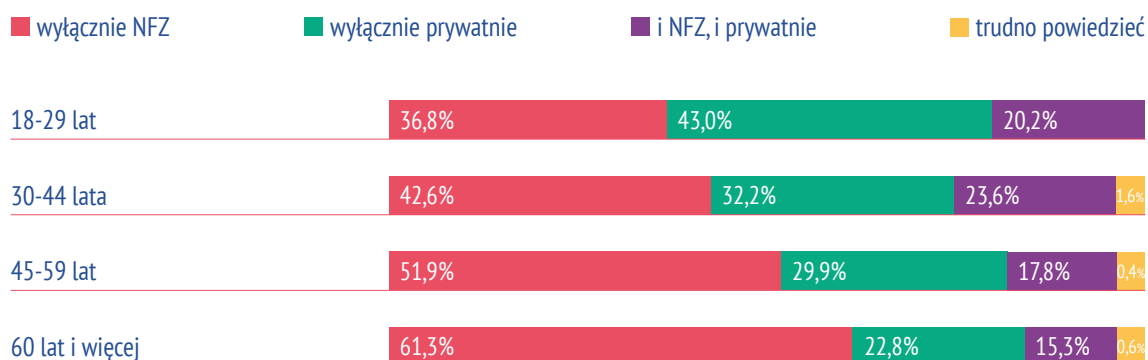


Twoje ostatnie wizyty ginekologiczne (maksymalnie trzy) były:

Typ pytania: jednokrotny wybór | Próba: N=972 – filtr: kobiety, które były kiedykolwiek u ginekologa



Wyniki z podziałem na grupy wiekowe



■ **Ponad połowa respondentek (51,1%) korzysta z wizyt u ginekologa wyłącznie w ramach NFZ.** Prawie co trzecia kobieta (29,4%) korzysta wyłącznie z wizyt prywatnych, a niemal co piąta (18,7%) łączy oba sposoby.

■ **Sposób korzystania z opieki ginekologicznej zmienia się wraz z wiekiem.** Z wizyt wyłącznie w ramach NFZ korzysta 36,8% kobiet w wieku 18-29 lat, 42,6% kobiet w wieku 30-44 lata, 51,9% w grupie 45-59 lat i 61,3% kobiet 60+. Odwrotny kierunek widać przy wizytach wyłącznie prywatnych – korzysta z nich 43% najmłodszych respondentek i 22,8% kobiet 60+. **Młodsze kobiety częściej korzystają z opieki ginekologicznej w ramach wizyt prywatnych, podczas gdy wraz z wiekiem rośnie znaczenie opieki finansowanej przez NFZ.**

■ **Ten wynik jest ważny także w kontekście barier w korzystaniu z opieki.** Koszt wizyt prywatnych i dostępność wizyt w ramach NFZ należą do najczęściej wskazywanych trudności. Różnice pokoleniowe dotyczą więc nie tylko częstotliwości wizyt, ale także tego, z jakiej formy opieki kobiety korzystają.

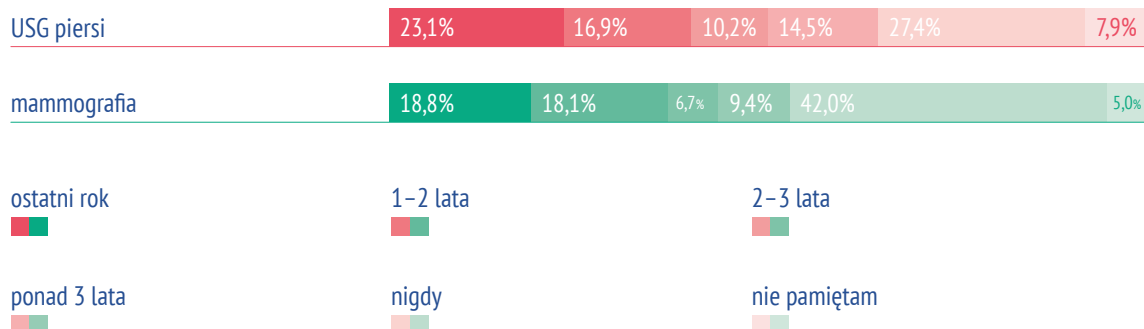
2.2.

Jak kobiety dbają o profilaktykę raka piersi?

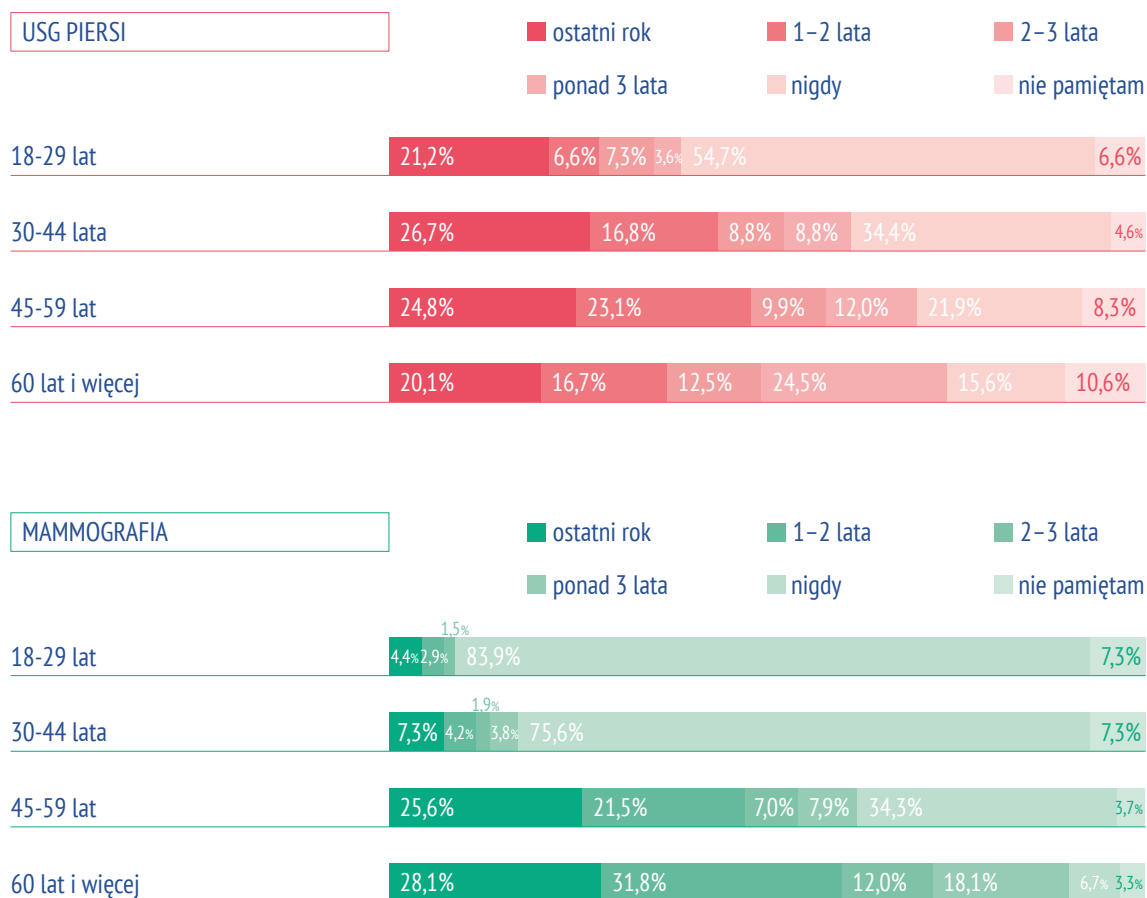


Kiedy ostatnio wykonałaś każde z poniższych badań?

Typ pytania: matrycowe – jednokrotny wybór w każdym wierszu | Próba: N=1000



Wyniki z podziałem na grupy wiekowe



■ **Badania piersi są wykonywane rzadziej niż cytologia czy USG ginekologiczne.** W ostatnim roku USG piersi wykonało 23,1% respondentek, a mammografię – 18,8%. W ciągu ostatnich dwóch lat było to odpowiednio 40% i 36,9% kobiet. Dla porównania, cytologię w tym okresie wykonało 60,5% respondentek, a USG ginekologiczne – 59,8%. 27,4% kobiet nigdy nie miało USG piersi, a 42% – mammografii. **Te wyniki trzeba jednak interpretować w kontekście wieku oraz tego, że część kobiet korzysta z jednej z tych metod, a część z obu.**

■ **Co piąta respondentka (21,5%) nigdy nie miała ani USG piersi, ani mammografii.** W ciągu ostatnich dwóch lat przynajmniej jedno z tych badań wykonało 53,8% kobiet – **w tym 23,1% wykonało oba.** Jednocześnie 39,6% badanych nie miało w tym czasie ani USG piersi, ani mammografii, a w przypadku 6,6% nie można tego jednoznacznie określić na podstawie udzielonych odpowiedzi.

■ **Wśród najmłodszych kobiet brak mammografii jest zgodny z ich wiekiem, natomiast niski poziom wykonywania USG piersi wskazuje na lukę w korzystaniu z badań obrazowych.** W ciągu ostatnich dwóch lat USG piersi miało 27,8% kobiet w wieku 18-29 lat, a 54,7% nie wykonywało go nigdy. Mammografii nigdy nie miało 83,9% respondentek z tej grupy, ale kobiety w tym wieku nie są jeszcze objęte programem mammografii przesiewowej.

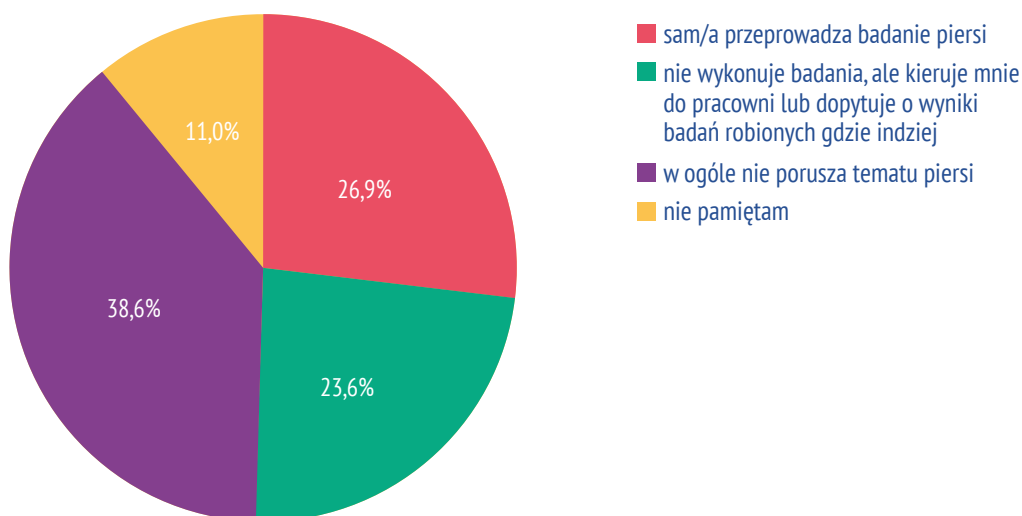
■ **Szczególnie ważny wynik dotyczy mammografii w grupie 45-59 lat.** W ciągu ostatnich dwóch lat wykonało ją 47,1% kobiet w tym wieku, natomiast 34,3% nie miało jej nigdy. **Ponad połowa respondentek w wieku 45-59 lat nie deklaruje więc mammografii wykonanej w ciągu ostatnich dwóch lat, mimo że znajduje się już w wieku objętym programem profilaktycznym.** Dane wskazują tu na lukę w korzystaniu z badania przesiewowego.

■ **Wśród kobiet 60+ mammografia jest wykonywana częściej.** W ciągu ostatnich dwóch lat miało ją 59,9% respondentek, a 6,7% nie wykonywało jej nigdy. Wynik tej grupy trzeba jednak interpretować ostrożniej, ponieważ obejmuje ona również kobiety powyżej wieku objętego programem przesiewowym.



Pomyśl o ginekologu lub ginekolożce, u którego/której byłeś na ostatniej wizycie. Jak jest u niego/u niej z badaniem piersi?

Typ pytania: jednokrotny wybór | Próba: N=972 – filtr: kobiety, które były kiedykolwiek u ginekologa



U około połowy kobiet podczas wizyty ginekologicznej pojawia się temat badań piersi. 26,9% respondentek deklaruje, że ginekolog sam przeprowadza badanie piersi, a 23,6% – że kieruje je na badanie albo dopytuje o wyniki badań wykonanych gdzie indziej.

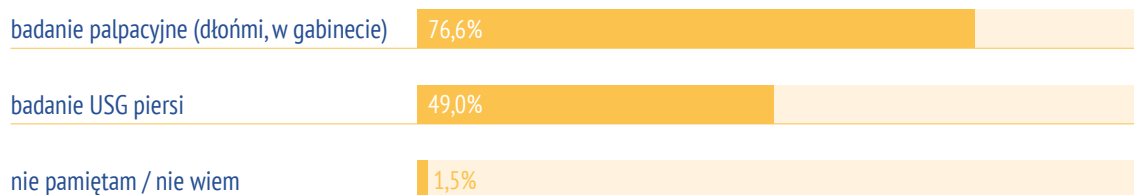
Jednocześnie 38,6% kobiet wskazuje, że ginekolog w ogóle nie porusza tematu piersi. Kolejne 11% nie pamięta, jak wyglądało to podczas ostatniej wizyty. **U dużej części kobiet badanie piersi nie jest więc statym elementem rozmowy czy postępowania podczas wizyty ginekologicznej.**

Wiek nie różnicuje tego wyniku w sposób systematyczny. Ginekolog sam bada piersi u 24,4–28,9% kobiet w poszczególnych grupach wiekowych. Również brak poruszania tematu piersi występuje we wszystkich grupach – od 33,3% wśród kobiet 18-29 lat do 43% wśród kobiet 30-44 lata. **Nie jest to więc problem dotyczący tylko jednej grupy wiekowej.**



Jakiego rodzaju badanie piersi wykonuje u Ciebie ginekolog/ginekolożka?

Typ pytania: wielokrotny wybór | Próba: N=261 – filtr: ginekolog/ginekolożka sam/a przeprowadza badanie piersi



■ **Jeśli ginekolog sam bada piersi w gabinecie, najczęściej wykonuje badanie palpacyjne.** Wskazuje je 76,6% kobiet, których lekarz przeprowadza badanie piersi (n=261). U 49% tej grupy wykonuje także USG piersi. **Badanie piersi podczas wizyty najczęściej oznacza więc badanie palpacyjne, a u niespełna połowy kobiet z tej grupy obejmuje również USG.**

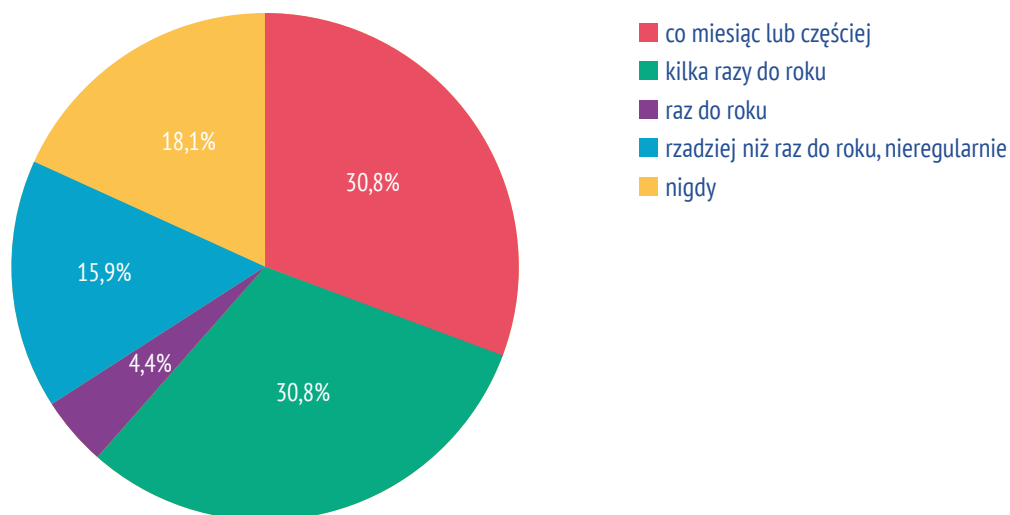
■ **Badanie jakościowe pokazało przy tym, że część kobiet nie wie, jakie badania piersi powinna wykonywać i kiedy, a podczas wizyt nie zawsze otrzymuje w tym zakresie jasne wskazówki.**

„[Była Pani na jakimś badaniu piersi?] Nie, nie byłam nigdy. [Żaden z ginekologów nie badał Pani piersi?] Nie, nie, nie. [I nie wysłał Pani na żadne inne badania?] Nie, nie wysłał mnie nikt.”

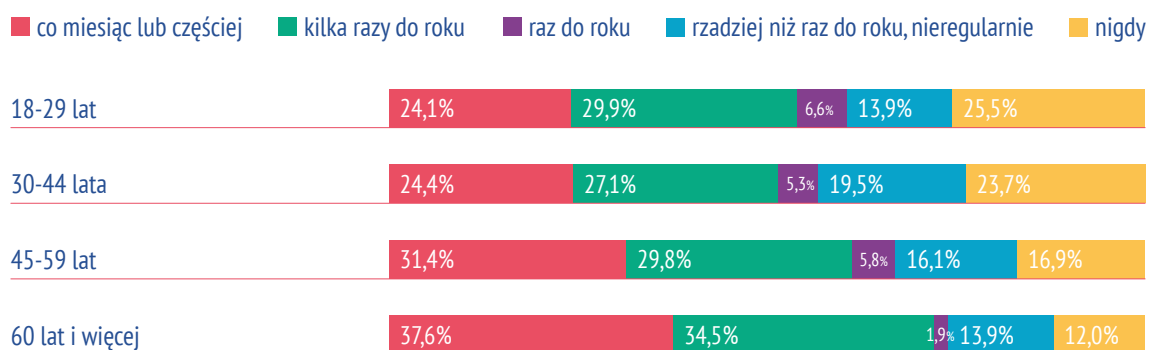


Jak często badasz piersi samodzielnie?

Typ pytania: jednokrotny wybór | Próba: N=1000



Wyniki z podziałem na grupy wiekowe



■ **Zalecaną częstotliwość samobadania piersi – raz w miesiącu – deklaruje niespełna co trzecia kobieta (30,8%).** Kolejne 30,8% respondentek bada piersi kilka razy w roku, a 38,4% – najwyżej raz w roku, rzadziej lub nigdy. **Oznacza to, że blisko siedem na dziesięć kobiet nie wykonuje samobadania z zalecaną comiesięczną częstotliwością.**

■ **Comiesięczne samobadanie częściej wykonują starsze kobiety.** Deklaruje je 24,1% respondentek w wieku 18-29 lat i 24,4% w wieku 30-44 lata, wobec 31,4% kobiet w wieku 45-59 lat i 37,6% kobiet 60+. Jednocześnie odsetek kobiet, które nie badają piersi samodzielnie nigdy, spada z 25,5% w najmłodszej grupie wiekowej do 12% wśród kobiet 60+. **Nawet w najstarszej grupie wiekowej zalecaną comiesięczną praktykę deklaruje jednak mniej niż cztery na dziesięć kobiet.**

■ **Kobiety, które w ogóle nie wykonują samobadania piersi, częściej nie mają też za sobą USG ani mammografii.** Wśród kobiet, które nigdy nie wykonują samobadania, 57,1% nie miało w ostatnich dwóch latach ani USG piersi, ani mammografii. Wśród kobiet badających piersi co miesiąc odsetek ten wynosi 35,7%.

■ **Badanie jakościowe pokazuje jednak, że kobiety mają różne strategie dbania o piersi.** Część uczy się samobadania i wykonuje je samodzielnie, inne nie czują się w nim pewnie i wolą pozostawić kontrolę specjalistce. Brak samobadania nie zawsze oznacza więc brak innych działań profilaktycznych – jedna z respondentek nie badała piersi samodzielnie ze względu na dyskomfort związany z dotykiem, ale regularnie wykonywała mammografię:

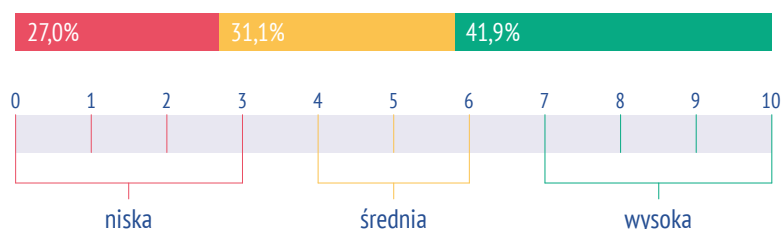
„Nigdy sama nie robiłam sobie samobadania piersi, bo mam problem z dotykiem, bardzo tego nie lubię (...). [Ale na mammografię chodzi Pani regularnie?] A na mammografię tak.”

IDI_08_60+_nieregularne badania/
unikanie

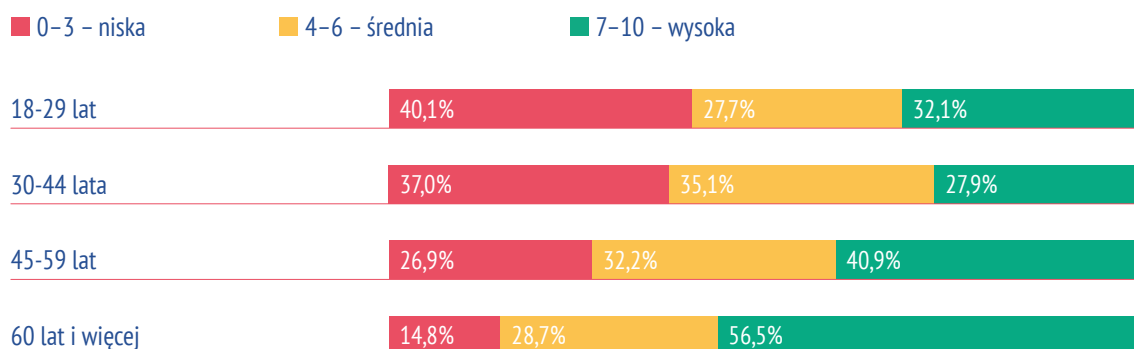


Jak oceniasz swoje umiejętności samobadania piersi?

Typ pytania: suwak 0–10 (1 wartość) | Próba: N=1000 | W tabeli: zmienna rekodowana do 3 kategorii



Wyniki z podziałem na grupy wiekowe



■ **Mniej niż połowa kobiet wysoko ocenia swoje umiejętności samobadania piersi.** 41,9% respondentek ocenia je wysoko, 31,1% – średnio, a 27% – nisko. Oznacza to, że **58,1% kobiet ocenia swoje umiejętności co najwyżej jako średnie**, w tym ponad co czwarta – jako niskie. Jest to jednak samoocena i nie pozwala stwierdzić, czy samobadanie jest rzeczywiście wykonywane prawidłowo.

■ **Poczucie, że potrafi się prawidłowo zbadać piersi, rośnie wraz z wiekiem.** Nisko ocenia swoje umiejętności 40,1% kobiet w wieku 18-29 lat i 37% kobiet w wieku 30-44 lata, wobec 26,9% w grupie 45-59 lat i 14,8% wśród kobiet 60+. Z kolei wysoką ocenę swoich umiejętności deklaruje 56,5% najstarszych respondentek. **Najmłodsze kobiety nie tylko rzadziej wykonują comiesięczne samobadanie, ale także częściej nie czują się pewnie, czy potrafią je prawidłowo wykonać.**

■ **Ocena własnych umiejętności jest mocno związana z częstotliwością samobadania.** Wśród kobiet nisko oceniających swoje umiejętności tylko 4,1% bada piersi co miesiąc, a 50% nie robi tego nigdy. Wśród kobiet wysoko oceniających swoje umiejętności 51,8% wykonuje samobadanie co miesiąc, a tylko 2,9% – nigdy. **Poczucie, że wie się, jak prawidłowo zbadać piersi, idzie więc w parze z częstszym samobadaniem.** Nie możemy jednak rozstrzygnąć, czy większa pewność sprzyja regularnemu badaniu, czy też to regularna praktyka buduje poczucie kompetencji.

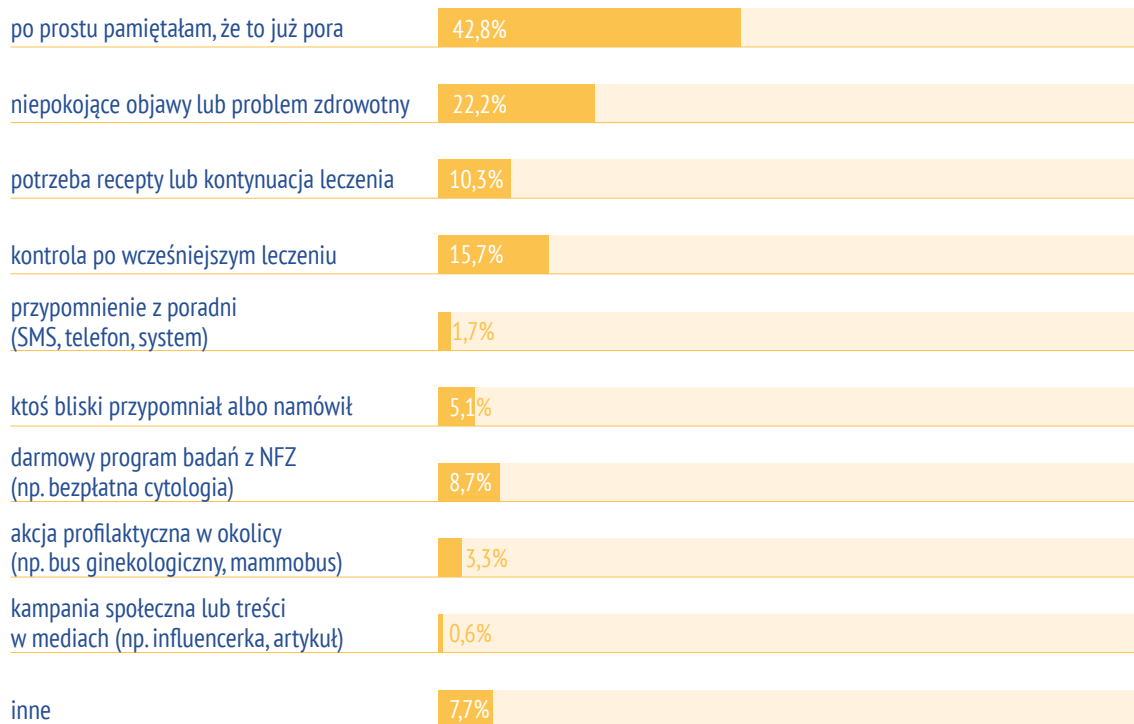
2.3.

Co wpływa na decyzje kobiet o korzystaniu z opieki ginekologicznej?



Co sprawiło, że umówiłaś się na ostatnią wizytę ginekologiczną? Proszę zaznaczyć dwa najważniejsze powody.

Typ pytania: wielokrotny wybór – maksymalnie dwie odpowiedzi | Próba: N=972 – filtr: kobiety, które były kiedykolwiek u ginekologa



■ **Najczęściej wskazywanym powodem ostatniej wizyty było przekonanie, że „to już pora” na kolejną kontrolę.** Odpowiedź tę wskazało 42,8% kobiet. W drugiej kolejności pojawiały się niepokojące objawy lub problem zdrowotny – 22,2%.

■ **Ważnym powodem wizyt jest także bieżąca opieka medyczna.** 15,7% respondentek zgłosiło się na kontrolę po wcześniejszym leczeniu, a 10,3% – po receptę lub w związku z kontynuacją leczenia. Badanie jakościowe pokazuje, że taki konkretny powód może jednocześnie pomagać utrzymać rytm wizyt – recepta, kontrola wkładki czy kontynuacja terapii stają się naturalnym momentem kolejnego kontaktu z ginekologiem.

„Teraz moim przypomnieniem to jest ilość plastrów. Odkąd używam plastry, muszę się po nich umawiać co trzy miesiące, żeby kontynuować terapię.”

IDI_06_45-59_regularne badania

■ **Zewnętrzne przypomnienia i działania profilaktyczne rzadko były wskazywane jako bezpośredni powód ostatniej wizyty.** Darmowy program badań NFZ wskazało 8,7% kobiet, namowę lub przypomnienie ze strony bliskiej osoby – 5,1%, lokalną akcję profilaktyczną – 3,3%, przypomnienie z poradni – 1,7%, a kampanię społeczną lub treści w mediach – 0,6%. **Nie oznacza to jednak, że takie działania są bez znaczenia – mogą przede wszystkim budować ogólną świadomość i gotowość do profilaktyki, działając wcześniej i „w tle”, a nie jako bezpośredni impuls do konkretnej wizyty.**

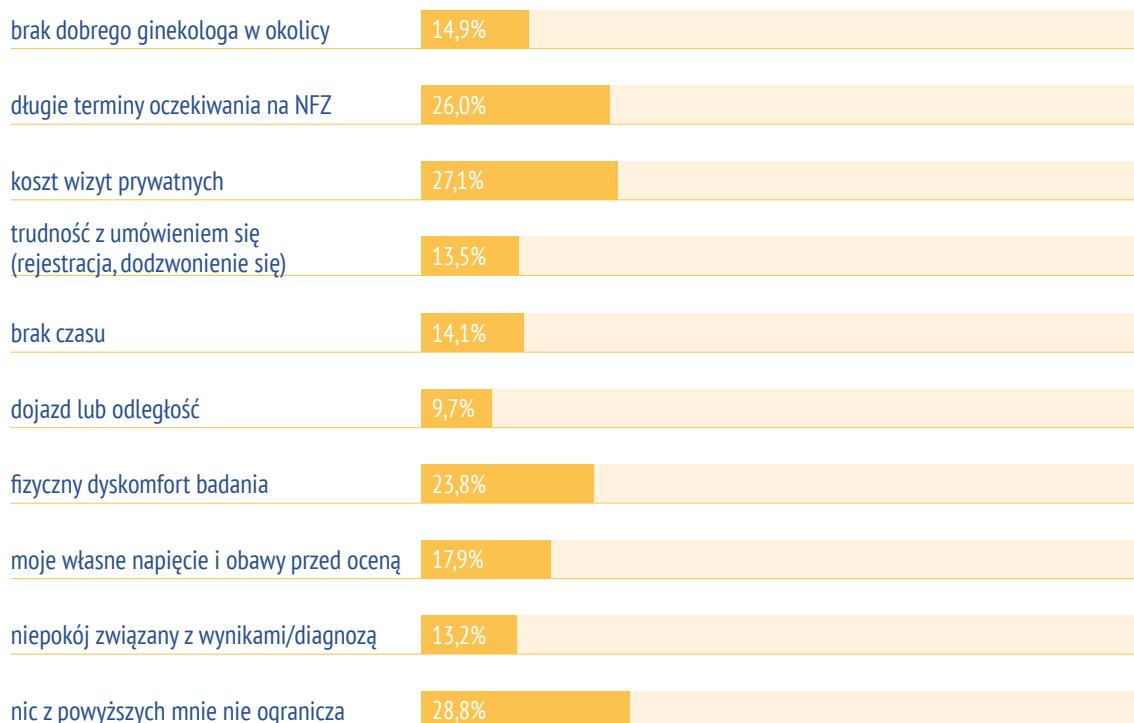
■ **Główny powód wizyty jest podobny we wszystkich grupach wiekowych – w każdej najczęściej wskazywano, że „to już pora”.** Odsetek ten rośnie od 38,6% wśród kobiet 18-29 do 45,4% wśród kobiet 60+. Młodsze respondentki częściej wskazują natomiast niepokojące objawy lub problem zdrowotny (27,2% w grupie 18-29 wobec 18,7% wśród 60+) oraz potrzebę recepty lub kontynuacji leczenia (17,5% wobec 4,2%). **Wśród młodszych kobiet częściej pojawia się więc dodatkowy, konkretny powód wizyty związany ze zdrowiem lub leczeniem.**

■ **Umawianie wizyty dlatego, że „to już pora”, częściej pojawia się wśród kobiet w lepszej sytuacji materialnej.** Powód ten wskazało 52,6% respondentek oceniających swoją sytuację materialną jako dobrą, 42,1% kobiet w sytuacji przeciętnej i 33,9% tych, które określają ją jako trudną. **Może to sugerować, że łatwiej utrzymać profilaktykę jako rutynę, gdy dostęp do wizyty jest mniej ograniczony finansowo.**



Które z poniższych utrudniają Ci regularne chodzenie na badania?

Typ pytania: wielokrotny wybór – bez określonego limitu | Próba: N=1000



■ **Ponad siedem na dziesięć kobiet wskazuje przynajmniej jeden czynnik utrudniający regularne chodzenie na badania.** Najczęściej są to koszt wizyt prywatnych (27,1%) i długie terminy oczekiwania w ramach NFZ (26%), ale niewiele rzadziej pojawia się fizyczny dyskomfort badania (23,8%). 17,9% kobiet wskazuje własne napięcie i obawy przed oceną. Jednocześnie 28,8% respondentek deklaruje, że nic z wymienionych czynników ich nie ogranicza. **Nie ma więc jednej dominującej bariery – trudności dotyczą zarówno dostępu do opieki, jak i samego doświadczenia wizyty.**

■ Kolejne utrudnienia to brak dobrego ginekologa w okolicy (14,9%), brak czasu (14,1%), trudność z umówieniem wizyty (13,5%), niepokój związany z wynikiem lub diagnozą (13,2%) oraz dojazd lub odległość (9,7%).

■ **Bariery zmieniają się wraz z wiekiem.** Największa różnica dotyczy kosztu wizyt prywatnych – wskazuje go 42,3% kobiet w wieku 18-29 lat, 31,7% w wieku 30-44 lata, 25,6% w wieku 45-59 lat i 18,9% kobiet 60+. W młodszych grupach częściej problemem są także długie terminy

w NFZ, trudność z umówieniem wizyty i brak czasu. **Wśród najmłodszych kobiet częściej pojawia się również napięcie i obawa przed oceną** – wskazuje je 29,9% respondentek w wieku 18-29 lat, 21,8% kobiet w wieku 30-44 lata, 11,2% w wieku 45-59 lat i 15% kobiet 60+.

■ **Fizyczny dyskomfort badania jest natomiast podobnie częsty niezależnie od wieku** – wskazuje go od 20,6% do 26,5% kobiet w poszczególnych grupach wiekowych. Najstarsze respondentki częściej deklarują też, że nic z wymienionych czynników ich nie ogranicza – 39,6% wobec około 20% kobiet poniżej 45. roku życia. **Starsze kobiety rzadziej napotykają więc część barier finansowych i organizacyjnych, ale sam dyskomfort związany z badaniem nie znika wraz z wiekiem.**

■ **Badanie jakościowe pokazuje, że dla części kobiet trudności organizacyjne nakładają się na siebie.** Problem może zaczynać się od znalezienia lekarza, któremu kobieta chciałaby zaufać, a następnie łączyć się z dostępnością terminów, rejestracją czy kosztem wizyty. „Brak dobrego ginekologa” nie musi więc oznaczać wyłącznie braku specjalisty w okolicy – może dotyczyć także trudności ze znalezieniem osoby, u której pacjentka będzie chciała się leczyć.

„U mnie właśnie blokadą jest takie znalezienie, sprawdzenie, czy to jest dobry lekarz i tak dalej. Umówienie się (...) jeżeli to jest kwestia jakiejś publicznej usługi, no to też jakby ja od razu mam w głowie, że będzie milion osób, kolejka (...).”

IDI_03_30-44_nieregularne badania/unikanie

■ **Bariery związane z doświadczeniem wizyty nie są marginalne.** Fizyczny dyskomfort, napięcie i obawa przed oceną oraz lęk związany z diagnozą pojawiają się obok problemów z dostępem do opieki. Ich znaczenie dla różnych postaw wobec profilaktyki rozwijamy dalej w częściach poświęconych doświadczeniu wizyty ginekologicznej.



3

Wiedza i przekonania o profilaktyce ginekologicznej

SEKCJA 3:

Wiedza i przekonania o profilaktyce ginekologicznej

1. Większość kobiet wie, że do ginekologa należy chodzić regularnie, ale więcej wątpliwości dotyczy tego, kiedy i jak często wykonywać konkretne badania. 71,3% uważa, że do ginekologa należy chodzić co najmniej raz w roku. Więcej niepewności pojawia się natomiast przy ocenie indywidualnego ryzyka oraz zasad dotyczących częstotliwości konkretnych badań.

2. Sama wiedza o tym, jak często należy się badać, nie wystarcza, żeby robić to regularnie. Nawet wśród kobiet unikających wizyt 40% uważa, że do ginekologa należy chodzić raz w roku. Podobną rozbieżność widać przy profilaktyce piersi – 75,4% kobiet odrzuca przekonanie, że USG piersi dotyczy dopiero dojrzałego wieku, choć z wcześniejszej części badania wiemy, że badania obrazowe piersi nie są wykonywane przez wszystkie kobiety regularnie.

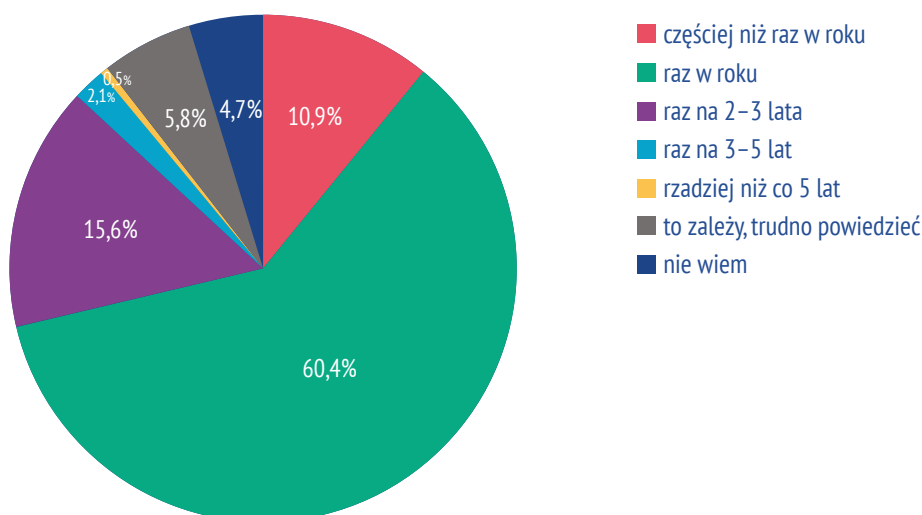
3.1.

Jak kobiety rozumieją “regularną profilaktykę ginekologiczną”?



Jak często – Twoim zdaniem – kobieta w Twoim wieku, która nie ma podwyższonego ryzyka zachorowania ani nie jest obecnie leczona z powodu choroby, powinna chodzić na wizytę ginekologiczną?

Typ pytania: jednokrotny wybór | Próba: N=1000



■ **Większość kobiet uważa, że do ginekologa należy chodzić co najmniej raz w roku.** Wizytę raz w roku wskazuje 60,4% respondentek, a kolejne 10,9% – częściej. Raz na 2–3 lata wybiera 15,6% kobiet, natomiast 10,5% odpowiada „to zależy / trudno powiedzieć” lub „nie wiem”.

■ **Kobiety 60+ częściej niż młodsze uznają, że wizyty mogą odbywać się rzadziej.** Raz w roku wskazuje 52,6% z nich, wobec 62,8–67,2% w młodszych grupach. Jednocześnie niemal co czwarta kobieta 60+ (24,8%) uważa, że wystarczy wizyta raz na 2–3 lata.

■ **To, jak często kobiety same się badają, wiąże się z tym, jak często ich zdaniem powinno się chodzić do ginekologa.** Wśród kobiet badających się regularnie i często 94,4% uważa, że wizyty powinny odbywać się co najmniej raz w roku. Wśród kobiet chodzących dopiero wtedy, gdy naprawdę muszą, odsetek ten wynosi 50%, a wśród unikających wizyt – 46,2%. W tej ostatniej grupie co piąta kobieta nie potrafi określić właściwej częstotliwości wizyt. **Jednocześnie 40% kobiet unikających wizyt uważa, że do ginekologa należy chodzić raz w roku – sama znajomość tej zasady nie wystarczy więc, by stosować ją we własnym życiu.**

„Mi się wydaje, że takie najlepsze absolutne minimum to by było raz na rok. (...) Kiedy to już jest raz na przykład na trzy lata albo nie daj Bóg więcej, to już jest według mnie nieodpowiedzialne.”

IDI_02_18-29_nieregularne badania/unikanie

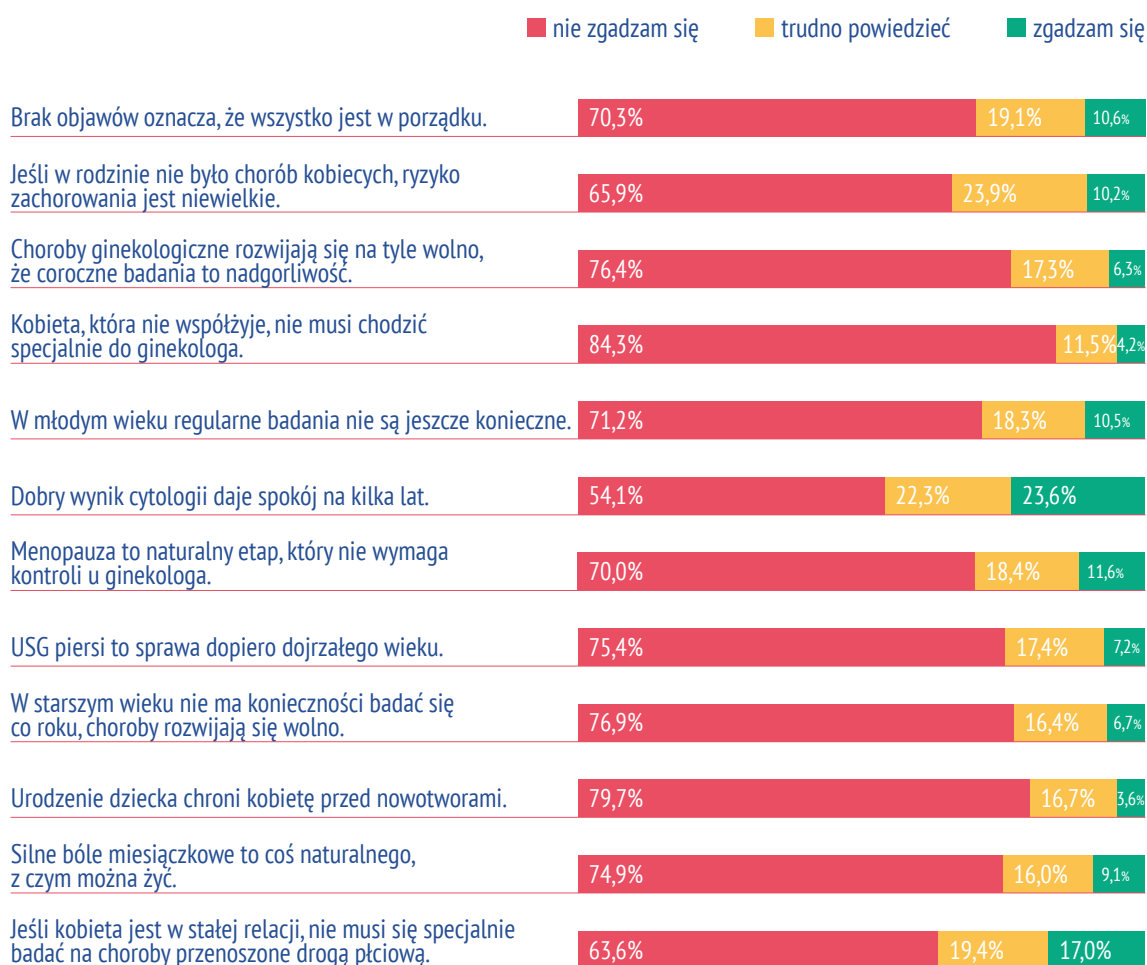
3.2.

Jak bardzo rozpowszechnione są popularne mity dotyczące zdrowia ginekologicznego?



Na ile zgadzasz się z poniższymi stwierdzeniami?

Typ pytania: matrycowe – jednokrotny wybór w każdym wierszu | Próba: N=1000 | W tabeli: zmienna rekodowana



■ **Większość kobiet odrzuca podstawowe błędne przekonania dotyczące profilaktyki ginekologicznej, ale przy części stwierdzeń pojawia się większa niepewność.** Przykładowo 70,3% nie zgadza się, że brak objawów oznacza, że wszystko jest w porządku, 84,3% odrzuca przekonanie, że kobieta, która nie współżyje, nie musi chodzić do ginekologa, a 79,7% – że urodzenie dziecka chroni przed nowotworami.

■ **Jednym z obszarów większej niepewności jest znaczenie obciążeń rodzinnych.** Prawie co czwarta respondentka (23,9%) nie potrafi ocenić, czy brak chorób kobiecych w rodzinie oznacza niewielkie ryzyko zachorowania. Niepewność pojawia się również przy częstotliwości badań szyjki macicy – 22,3% kobiet odpowiada „trudno powiedzieć” na stwierdzenie, że dobry wynik cytologii „daje spokój na kilka lat”.

W podobny sposób o cytologii mówiła jedna z kobiet badających się nieregularnie:

„(...) nawet jak coś tam się wykryje za trzy lata [w cytologii], to jeszcze jest jakieś takie małe, albo [myślę sobie], że jeszcze zdążę to jakby wyleczyć.”

IDI_08_60+_nieregularne badania/unikanie

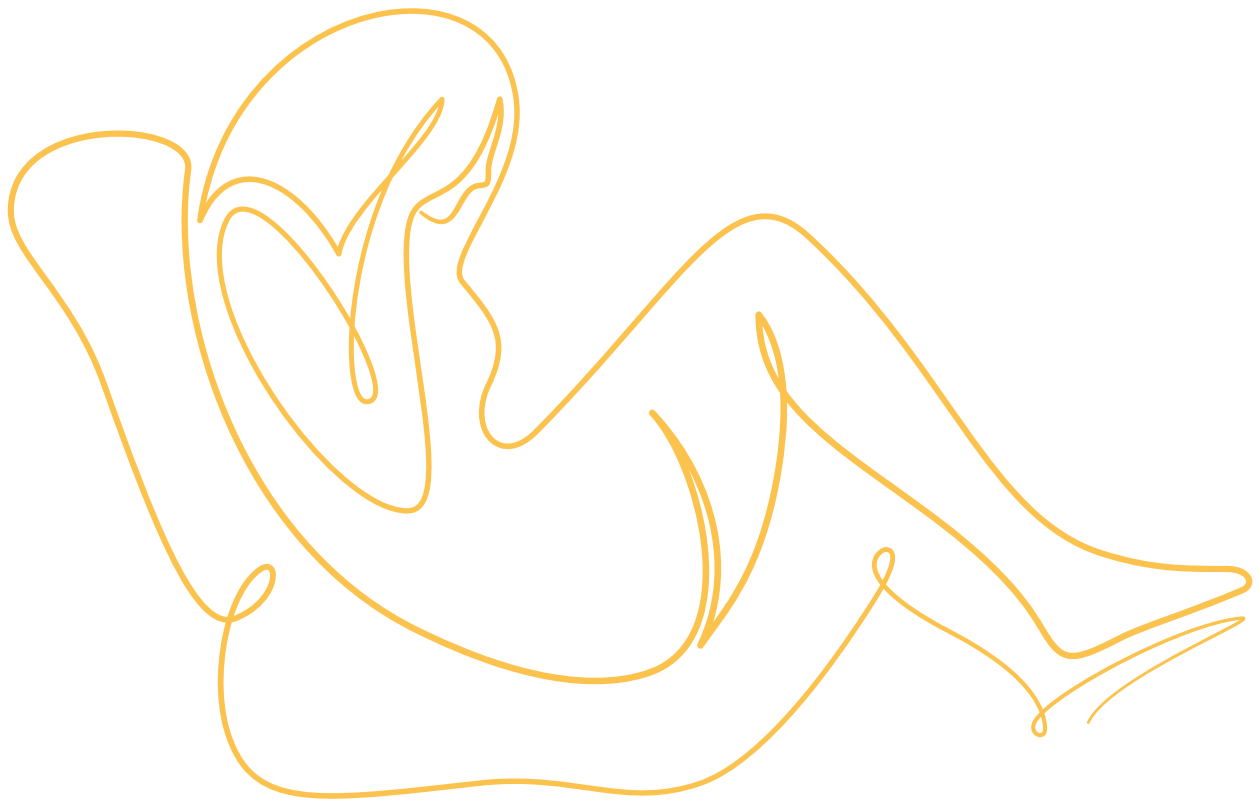
■ **Większość kobiet nie uważa, że USG piersi dotyczy dopiero dojrzałego wieku – z takim stwierdzeniem nie zgadza się 75,4% badanych.** Warto zestawić to z wcześniejszym wynikiem dotyczącym praktyki: badania obrazowe piersi nie są wykonywane przez wszystkie kobiety regularnie. **Samo przekonanie, że o piersi należy dbać także wcześniej, nie oznacza więc jeszcze wykonywania badań.**

■ **Najwięcej niepewności pojawia się wśród kobiet unikających wizyt u ginekologa.** Przy stwierdzeniu „brak objawów oznacza, że wszystko jest w porządku” 37,5% z nich wybiera odpowiedź „trudno powiedzieć”, a 45% odrzuca to przekonanie. Wśród kobiet badających się regularnie i często nie zgadza się z nim 88,8%.

W badaniu jakościowym pojawiał się też sposób myślenia, w którym brak dolegliwości i brak aktywnego życia partnerskiego zmniejszały odczuwaną potrzebę wizyty:

„Na razie można powiedzieć, że od trzech lat jestem sama, jak to w czymś ma być pomocne. Nie czuję jakby jakichś tam dolegliwości, żebym musiała gdzieś tam iść i się badać.”

IDI_05_45-59_nieregularne badania/unikanie



4

Doświadczenie wizyty: znaczenie
dyskomfortu, obaw i wstydu

SEKCJA 4:

Doświadczenie wizyty: znaczenie dyskomfortu, obaw i wstydu

1. Dyskomfort, obawa przed diagnozą i lęk przed oceną częściej towarzyszą kobietom unikającym wizyt ginekologicznych. Wśród kobiet unikających wizyt 64,9% odczuwa duży lub ogromny dyskomfort, a dla 60% obawa przed tym, co może wykazać badanie, jest głównym powodem odkładania wizyty. Częściej obawiają się też oceny swojego przygotowania, wyglądu, higieny oraz tego, jak dbają o zdrowie. Zależności te nie pozwalają określić, co jest przyczyną, a co skutkiem, ale pokazują, że unikanie wizyt wiąże się z całym zespołem trudnych doświadczeń i obaw.

2. Sama wizyta ginekologiczna dla większości kobiet nie jest całkowicie neutralnym doświadczeniem, choć zwykle dyskomfort nie jest duży. 61,3% kobiet określa go jako niewielki lub średni, a 19,3% jako duży lub ogromny. Poziom dyskomfortu jest przy tym dość podobny w różnych grupach wiekowych.

3. Obawa przed niekorzystną diagnozą jest jednym z powodów odkładania badań niezależnie od wieku. 44,7% kobiet przynajmniej czasami odkłada lub unika badania z obawy przed tym, co mogłoby ono wykazać, a dla 9,3% jest to główny powód takiego zachowania. Pod tym względem różnice między grupami wiekowymi są niewielkie.

4. Wiek różnicuje natomiast obawę przed oceną w gabinecie. Najmłodsze kobiety częściej niż kobiety z pozostałych grup wiekowych obawiają się przede wszystkim tego, czy są „odpowiednio przygotowane” do wizyty – jak wyglądają, czy zadbały o higienę i miejsca intymne.

5. Szczególny charakter wizyty ginekologicznej wiąże się z jej intymnością. Badanie jakościowe pokazało, że wizyta może dotyczyć nie tylko zdrowia i ciała, ale także seksualności, relacji, płodności czy decyzji życiowych. Skrępowanie nie zawsze wynika przy tym z zachowania lekarza – jego źródłem mogą być również przekonania dotyczące ciała, seksualności i tego, o czym „wypada” mówić. U części kobiet pojawia się dodatkowo napięcie związane z przekonaniem, że współczesna, świadoma kobieta nie powinna już wstydzić się takiej wizyty.

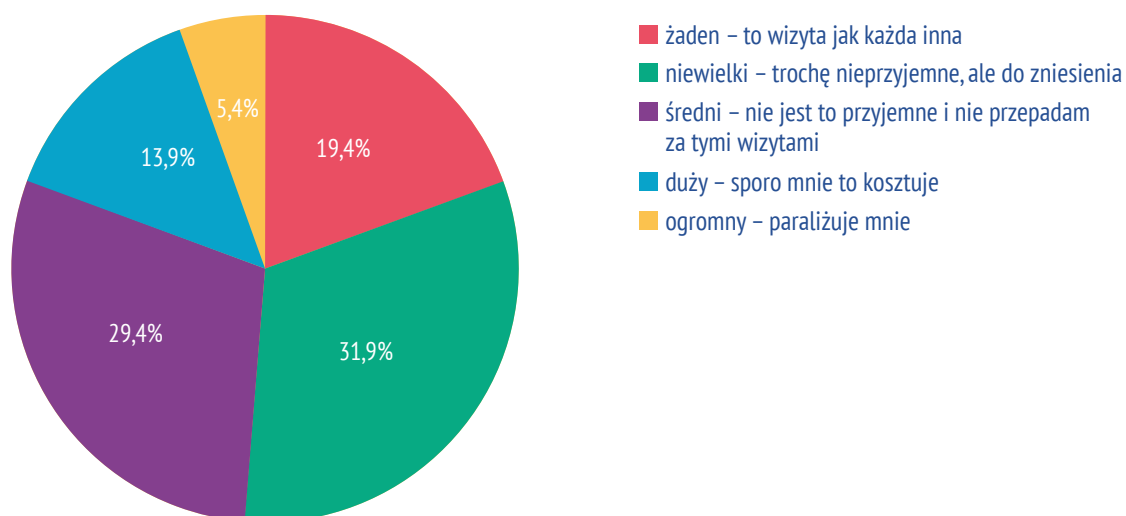
4.1.

Z jakim dyskomfortem wiąże się wizyta ginekologiczna?



Z jak dużym dyskomfortem łączą się dla Ciebie wizyty ginekologiczne?

Typ pytania: jednokrotny wybór | Próba: N=1000



■ **Dla ośmiu na dziesięć kobiet wizyta ginekologiczna wiąże się z przynajmniej pewnym dyskomfortem, a wśród nich dwie odczuwają go jako duży lub ogromny.** Najczęściej jest on niewielki (31,9%) lub średni (29,4%), ale 19,3% respondentek określa go jako duży lub ogromny. Z kolei 19,4% nie odczuwa żadnego dyskomfortu i traktuje wizytę jak każdą inną.

■ **Ogólny poziom dyskomfortu nie różni się znacząco między grupami wiekowymi.** Duży lub ogromny dyskomfort deklaruje 18–23% kobiet w każdej z nich.

■ **Dla ośmiu na dziesięć kobiet wizyta ginekologiczna wiąże się z przynajmniej pewnym dyskomfortem, a wśród nich dwie odczuwają go jako duży lub ogromny.** Najczęściej jest on niewielki (31,9%) lub średni (29,4%), ale 19,3% respondentek określa go jako duży lub ogromny. Z kolei 19,4% nie odczuwa żadnego dyskomfortu i traktuje wizytę jak każdą inną.

■ **Ogólny poziom dyskomfortu nie różni się znacząco między grupami wiekowymi.** Duży lub ogromny dyskomfort deklaruje 18–23% kobiet w każdej z nich.

■ **Dyskomfort związany z wizytą ma różne źródła.** W badaniu jakościowym część kobiet mówiła przede wszystkim o fizycznej nieprzyjemności badania – bólu, USG dopochwowym czy pobraniu cytologii. Pojawiały się jednak także nagość, intymność sytuacji, rozmowa o dolegliwościach lub życiu seksualnym czy obawa przed oceną. To, co było krępujące lub nieprzyjemne, różniło się między poszczególnymi kobietami.

„Też to nie jest jakby przyjemne, bo to dla mnie jest takie trochę bólowe. Bo to i te USG wewnętrzne, no jest takie bólowe, no i ta cytologia [...] to nie jest przyjemne po prostu. [...] Jednak chyba najbardziej nieprzyjemne po dentyście właśnie badania ginekologiczne są.”

IDI_08_60+_nieregularne badania/unikanie

■ **Największy dyskomfort częściej deklarują kobiety unikające wizyt.** W tej grupie 64,9% określa go jako duży lub ogromny, podczas gdy wśród kobiet badających się regularnie i często jest to 8,1%, a wśród chodzących regularnie i podchodzących do wizyt spokojnie – 4,2%. **Dyskomfort i unikanie wizyt są więc ze sobą związane, choć na podstawie badania nie można określić kierunku tej zależności.**

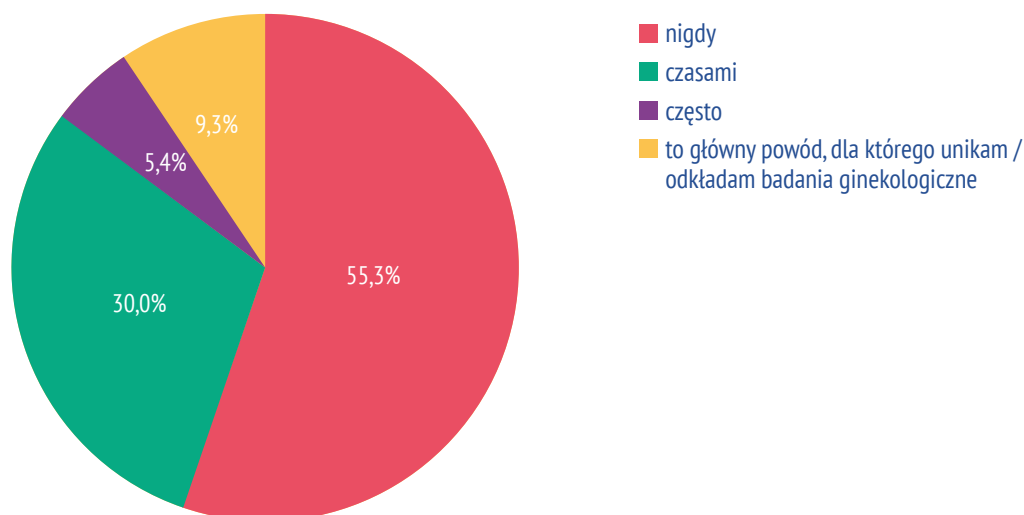
4.2.

Czy obawa przed diagnozą prowadzi do odkładania badań?



Jak często zdarza Ci się unikać albo odkładać badanie ginekologiczne w obawie przed tym, co mogłoby wskazać?

Typ pytania: jednokrotny wybór | Próba: N=1000



■ **44,7% kobiet przynajmniej czasami odkłada lub unika badania ginekologicznego z obawy przed tym, co mogłoby ono wykazać.** Najczęściej zdarza się to czasami (30%). 5,4% respondentek robi tak często, a dla 9,3% jest to główny powód unikania lub odkładania badań. Jednocześnie 55,3% kobiet deklaruje, że nigdy nie zdarza im się odkładać badania z tego powodu.

■ **Pod tym względem kobiety w różnym wieku są do siebie podobne.** W poszczególnych grupach wiekowych odsetek kobiet, które przynajmniej czasami odkładają badanie z obawy przed wynikiem, jest zbliżony. Nie jest to więc zachowanie charakterystyczne dla jednego etapu życia.

■ **Duże różnice pojawiają się natomiast w zależności od podejścia do profilaktyki.** Wśród kobiet unikających wizyt aż 60% wskazuje obawę przed diagnozą jako główny powód odkładania badań. Wśród kobiet badających się regularnie i często żadna respondentka nie wskazuje jej jako głównego powodu unikania badań.

Badanie jakościowe pokazało, jak może działać ten mechanizm:

„[Koleżanka, która nie chodzi] mówi: tylko zacznij chodzić, to potem zaraz ci coś znajdzie.

No i oczywiście jest obawa przed jakąś diagnozą niekorzystną.”

IDI_07_60+_regularne badania

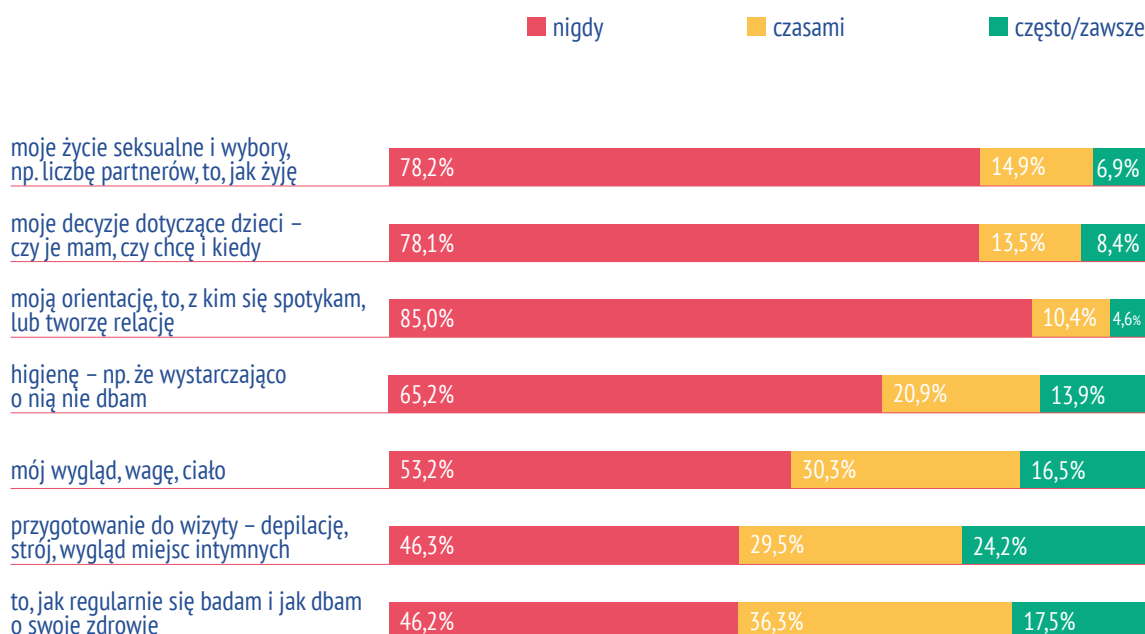
4.3.

Czy obawa przed diagnozą prowadzi do odkładania badań?



Wyobraź sobie wizytę u ginekologa. Jak często przed wizytą (lub podczas jej trwania) towarzyszy Ci obawa, że zostaniesz oceniona za...

Typ pytania: matrycowe – jednokrotny wybór w każdym wierszu | Próba: N=1000 | W tabeli: zmienna rekodowana



■ **Obawa przed oceną częściej dotyczy wyglądu i przygotowania do wizyty niż życia seksualnego czy osobistych decyzji.** Najczęściej kobiety obawiają się oceny przygotowania do wizyty – depilacji, stroju czy wyglądu miejsc intymnych: 24,2% doświadcza takiej obawy często lub zawsze. 17,5% często lub zawsze obawia się oceny tego, jak regularnie się bada i dba o zdrowie, 16,5% – swojego wyglądu i ciała, a 13,9% – higieny. Rzadziej obawy dotyczą decyzji związanych z posiadaniem dzieci (8,4%), życia seksualnego (6,9%) czy orientacji i tworzonych relacji (4,6%).

■ **Najmłodsze kobiety częściej niż badane z pozostałych grup wiekowych obawiają się oceny tego, czy są „odpowiednio przygotowane” do wizyty.** W grupie 18-29 lat 38% często lub zawsze obawia się oceny przygotowania do wizyty, wobec 28,6% kobiet w wieku 30-44 lata, 23,1% w wieku 45-59 lat i 16,5% wśród kobiet 60+. Podobnie jest z obawą o higienę – często lub zawsze odczuwa ją 24,8% najmłodszych kobiet i 7,8% najstarszych.

■ **Obawa przed oceną częściej towarzyszy również kobietom unikającym wizyt.** W tej grupie 48,7% często lub zawsze obawia się oceny przygotowania do wizyty, 46,3% – tego, jak regularnie się bada i dba o zdrowie, 35% – wyglądu i ciała, a 32,4% – higieny. Wśród kobiet badających się regularnie i często te odsetki są dużo niższe – odpowiednio 17,4%, 10,6%, 12,4% i 8%.

■ Badanie jakościowe pokazuje, że przygotowanie do wizyty może być czymś więcej niż kwestią praktyczną – dla części kobiet staje się warunkiem tego, żeby czuć się w gabinecie swobodnie.

„Nie lubię chodzić, bo to człowiek nie zawsze jest wydepilowany na bieżąco, a z takim kudłaczem to się nie chce iść (...) ta taka niechęć, że trzeba się trochę przygotować do tej wizyty.”

IDI_08_60+_nieregularne badania/unikanie

4.4.

Dlaczego wizyta ginekologiczna nie jest „wizytą jak każda inna”?

■ **Choć część kobiet traktuje wizytę ginekologiczną jak zwykły kontakt z lekarzem, badanie jakościowe pokazało, że dla wielu ma ona szczególny charakter.** Dotyczy nie tylko zdrowia i ciała, ale również obszarów osobistych – relacji intymnych, seksualności, płodności, decyzji dotyczących dzieci czy zmian związanych z kolejnymi etapami życia. W gabinecie kobieta odstawia więc nie tylko ciało, lecz czasem także prywatne doświadczenia, wybory i przekonania.

„To nie jest kardiolog, to jest coś intymnego, z czym się nie dzieli z innymi ludźmi tak bardzo chętnie.”

IDI_04_30-44_regularne badania

■ **U części kobiet zdrowie ginekologiczne pozostaje powiązane z seksualnością.** Może to wpływać zarówno na to, czy kobieta uważa wizytę za potrzebną – np. gdy brak aktywności seksualnej staje się argumentem, że „nie ma po co” iść do ginekologa – jak i na sposób przeżywania samego badania. Nagość, przygotowanie do wizyty czy rozmowa o życiu seksualnym nabierają wtedy znaczenia wykraczającego poza medyczną procedurę.

„Zawsze mówię: holender, ci ginekolodzy to chyba zboczeńcy! Żeby chcieć codziennie to pięć razy albo sto razy oglądać, to trzeba mieć naprawdę fioła. Ginekolog kobieta to rozumiem, ale facet?”

IDI_07_60+_regularne badania

„Nie lubię chodzić, bo to człowiek nie zawsze jest wydepilowany na bieżąco, a z takim kudłaczem to się nie chce iść (...) ta taka niechęć, że trzeba się trochę przygotować do tej wizyty.”

IDI_08_60+_nieregularne/unikanie

„Na razie można powiedzieć, że od trzech lat jestem sama (...). Nie czuję jakby jakichś tam dolegliwości, żebym musiała gdzieś tam iść i się badać.”

IDI_05_45-59_nieregularne badania/unikanie

„(...) krępuje mnie to dlatego, że to dotyczy tematów seksualnych i uprawiania seksu dla przyjemności, a nie dla prokreacji. No ja tak nie myślę, ale przekaz podprogowy, religijny czy z wychowania dawniejszych czasów jest taki, a nie inny, więc mimo wszystko to wywołuje we mnie wstyd.”

IDI_09_18-29_nieregularne badania/unikanie

■ **Wstyd nie zawsze wynika z zachowania konkretnego lekarza.** W wypowiedziach respondentek pojawiało się skrępowanie obecne nawet wtedy, gdy lekarz zachowywał się taktownie i delikatnie. Jego źródłem mogą być także przekonania i normy dotyczące kobiecego ciała, seksualności i tego, o czym „wypada” mówić. W części wypowiedzi pojawiał się również dodatkowy rodzaj napięcia – przekonanie, że współczesna, świadoma kobieta nie powinna już się wstydić. Można więc przypuszczać, że u części kobiet dyskomfort dotyczy nie tylko samej wizyty, ale również tego, że w ogóle odczuwają przy niej skrępowanie.

„Lekarz jakby robi wszystko taktownie, delikatnie (...). Ale to gdzieś w człowieku siedzi, to nie jest kwestia relacji z drugą osobą, tylko coś, co jest jakby we mnie.”

IDI_08_60+_nieregularne badania/unikanie

■ **Nie ma przy tym jednego źródła skrępowania wspólnego dla wszystkich kobiet.** Dla jednej będzie to sama nagość, dla innej rozmowa o seksie, objawach, higienie czy decyzjach życiowych. To, co jest intymne i trudne do powiedzenia lekarzowi, może zależeć od przekonań i wcześniejszych doświadczeń.



5

Relacja z ginekologiem/
ginekolożką

SEKCJA 5:

Relacja z ginekologiem/ginekolożką

1. Ginekolog nie jest dla kobiet „zwykłym lekarzem” – nawet jeśli część z nich deklaruje, że traktuje tę wizytę jak każdą inną. Kontakt z ginekologiem dotyczy nie tylko zdrowia, ale również najbardziej osobistych obszarów życia: seksualności, relacji intymnych, płodności, decyzji dotyczących dzieci czy zmian związanych z kolejnymi etapami życia. Kobiety powierzają lekarzowi nie tylko swoje ciało, lecz także prywatne doświadczenia, wartości i wybory.

2. To pomaga zrozumieć, dlaczego dla wielu kobiet znaczenie ma to, kto je bada. 57,4% ma preferencje dotyczące płci ginekologa, a 42,3% preferuje kobiety. Najczęściej dotyczy to najmłodszych respondentek – 56,2% kobiet w wieku 18-29 lat preferuje opiekę ginekologiczną sprawowaną przez kobietę. Za wyborem lekarza może więc stać nie tylko ocena jego kompetencji, ale również wyobrażenie o tym, przy kim kobieta będzie czuła się bezpieczniej i swobodniej.

3. Kobiety, które regularnie się badają, częściej mają stałego ginekologa i częściej mu ufają. Wśród kobiet regularnie korzystających z profilaktyki zdecydowana większość ma stałego lekarza, podczas gdy wśród unikających wizyt zdarza się to rzadko. Podobnie jest z zaufaniem – kobiety regularnie się badające częściej ufają swojemu lekarzowi, a wśród tych, które chodzą dopiero wtedy, gdy naprawdę muszą, częściej pojawiają się mieszane odczucia. Nie można na tej podstawie określić, co jest przyczyną, a co skutkiem, ale dobra i trwała relacja z lekarzem częściej towarzyszy regularnemu badaniu się.

4. Dobra relacja z ginekologiem łączy dwa elementy: kompetencje oraz sposób traktowania pacjentki. Kobiety oczekują fachowości, dokładności i poważnego traktowania objawów, ale równie ważne są delikatność, tłumaczenie kolejnych etapów badania, spokojna komunikacja i brak oceniania. Wśród kobiet unikających wizyt większego znaczenia nabierają komfort i delikatność lekarza. Z kolei najmłodsze kobiety częściej niż starsze zwracają uwagę na brak oceniania i poważne traktowanie ich słów.

5. Trudne doświadczenia w gabinecie nie dotyczą większości kobiet, ale nie są zjawiskiem marginalnym. Najczęściej problemem jest bagatelizowanie objawów, którego ośobiście doświadczyło 17,4% respondentek. Rzadziej pojawiają się podważanie słów pacjentki, ocenianie jej wyborów, ingerowanie w decyzje dotyczące dzieci czy przekraczanie granic. Wiele z tych sytuacji częściej deklarują kobiety w wieku 18–44 lata niż starsze respondentki. W wywiadach trudne doświadczenia pozostawały w pamięci, bywały powodem zmiany lekarza i zwiększały niechęć do kolejnych wizyt.

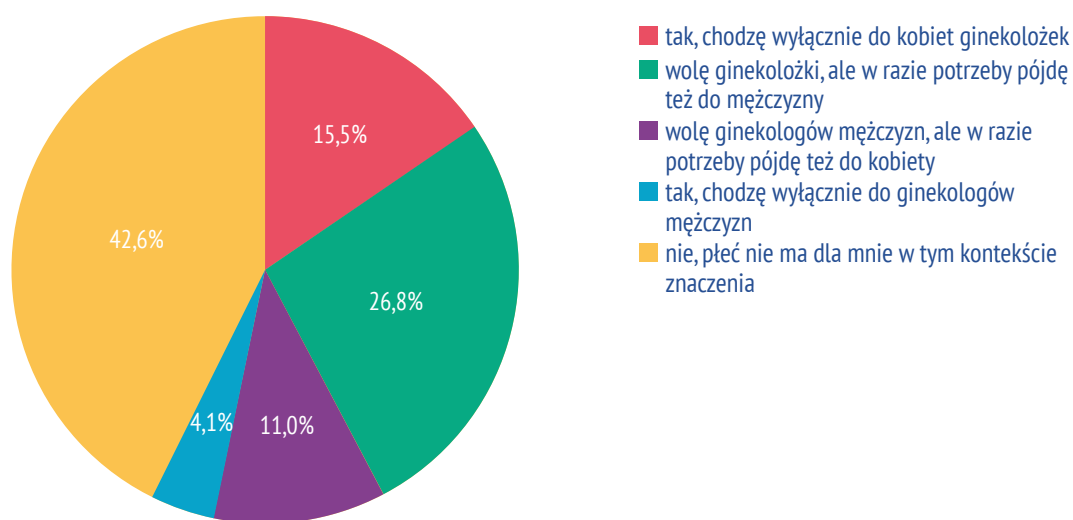
5.1.

Czy płeć ginekologa ma znaczenie?

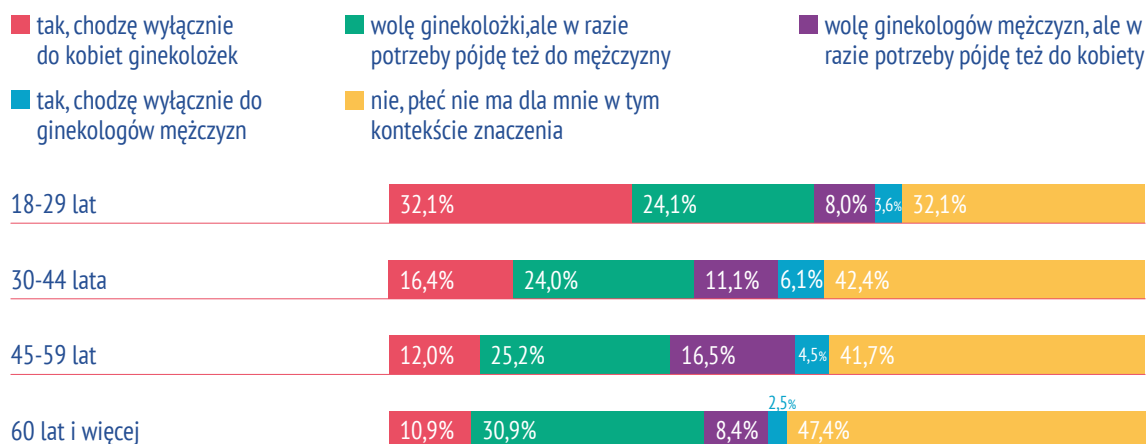


Czy ma dla Ciebie znaczenie, jakiej płci jest lekarz ginekolog, do którego chodzisz?

Typ pytania: jednokrotny wybór | Próba: N=1000



Wyniki z podziałem na grupy wiekowe



■ **Dla ponad połowy kobiet płeć ginekologa ma znaczenie, a częściej preferowane są ginekolożki.** 42,3% respondentek chodzi wyłącznie do kobiet lub preferuje ginekolożki, choć w razie potrzeby skorzysta również z pomocy mężczyzny. 15,1% preferuje ginekologów mężczyzn, natomiast dla 42,6% płeć lekarza nie ma znaczenia.

■ **Płeć lekarza częściej ma znaczenie dla najmłodszych kobiet niż dla kobiet z pozostałych grup wiekowych.** W grupie 18-29 lat 56,2% respondentek preferuje ginekolożki, w tym 32,1% chodzi wyłącznie do kobiet. W kolejnych grupach wiekowych ginekolożki preferuje 40,4% kobiet w wieku 30-44 lata, 37,2% w wieku 45-59 lat i 41,8% kobiet 60+. Jednocześnie tylko 32,1% najmłodszych deklaruje, że płeć lekarza nie ma dla nich znaczenia.

■ **Preferencja ginekolożki częściej pojawia się także wśród kobiet, które unikają wizyt lub chodzą do ginekologa głównie wtedy, gdy coś je zaniepokoi.** Ginekolożkę preferuje 55% kobiet unikających wizyt i 51,4% kobiet zgłaszających się przede wszystkim w reakcji na niepokojące objawy. Wśród kobiet badających się regularnie i często jest to 31,1%, a wśród chodzących regularnie i podchodzących do wizyt spokojnie – 35,6%.

■ **Badanie jakościowe pokazuje, że za deklarowaną preferencją stoi przede wszystkim wyobrażenie o tym, przy kim kobieta będzie czuła się bezpiecznie i swobodnie.** W przypadku wizyty ginekologicznej płeć lekarza może mieć większe znaczenie niż przy innych specjalizacjach, ponieważ badanie dotyczy ciała i intymnych obszarów życia.

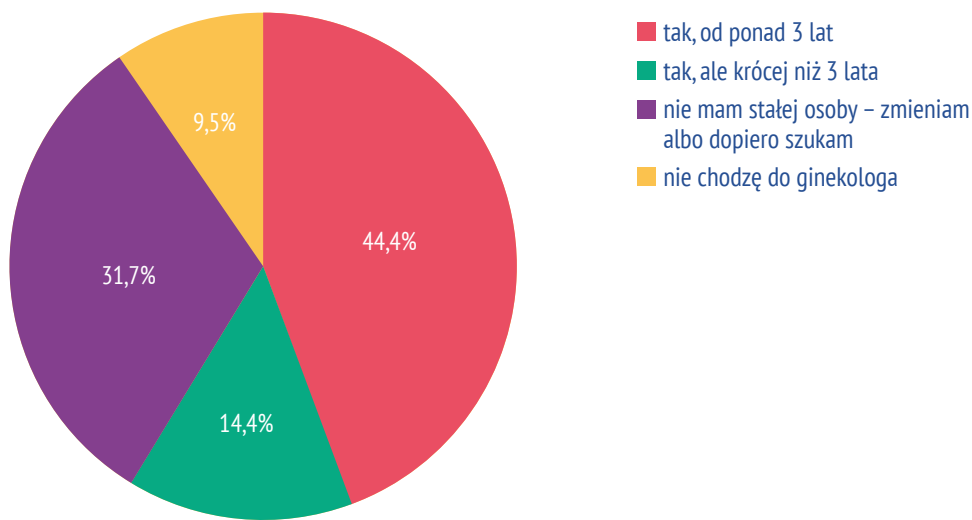
5.2.

Czy kobiety mają stałego ginekologa?

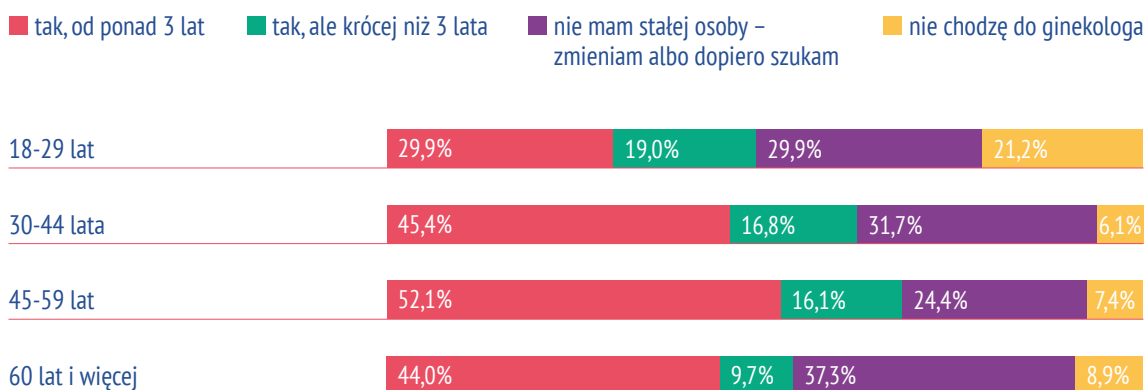


Czy masz stałego ginekologa lub stałą ginekolożkę, do której wracasz?

Typ pytania: jednokrotny wybór | Próba: N=1000



Wyniki z podziałem na grupy wiekowe



■ **Ponad połowa kobiet ma stałego ginekologa lub ginekolożkę, do której wraca.** 44,4% respondentek korzysta z opieki tej samej osoby od ponad trzech lat, a kolejne 14,4% – krócej. Łącznie stałego lekarza ma więc 58,8% badanych. 31,7% nie ma jednej stałej osoby – zmienia lekarzy lub nadal szuka odpowiedniego ginekologa – a 9,5% deklaruje, że w ogóle nie chodzi do ginekologa.

■ **Statego ginekologa najczęściej mają kobiety w wieku 45-59 lat, a najrzadziej – najmłodsze respondentki.** W grupie 45-59 lat ma go 68,2% kobiet, w wieku 30-44 lata – 62,2%, wśród kobiet 60+ – 53,7%, a w grupie 18-29 lat – 48,9%. Nie ma więc prostego wzrostu wraz z wiekiem.

■ **Statego lekarza częściej mają też kobiety w dobrej sytuacji materialnej, mające dzieci i pozostające w stałej relacji.** Ma go 64,4% kobiet w dobrej sytuacji materialnej wobec 47,1% będących w trudnej, 63,8% kobiet mających dzieci wobec 41,4% bez dzieci oraz 64,7% kobiet pozostających w stałej relacji wobec 40,3% kobiet bez partnera.

■ **Największe różnice wiążą się jednak z podejściem do badań ginekologicznych.** Stałego ginekologa ma 85,7–90% kobiet badających się regularnie, ale 31,6% tych, które chodzą głównie wtedy, gdy coś je zaniepokoi, i 20,6% kobiet zgłaszających się dopiero wtedy, gdy naprawdę muszą. Wśród kobiet unikających wizyt stałego lekarza ma 3,8%.

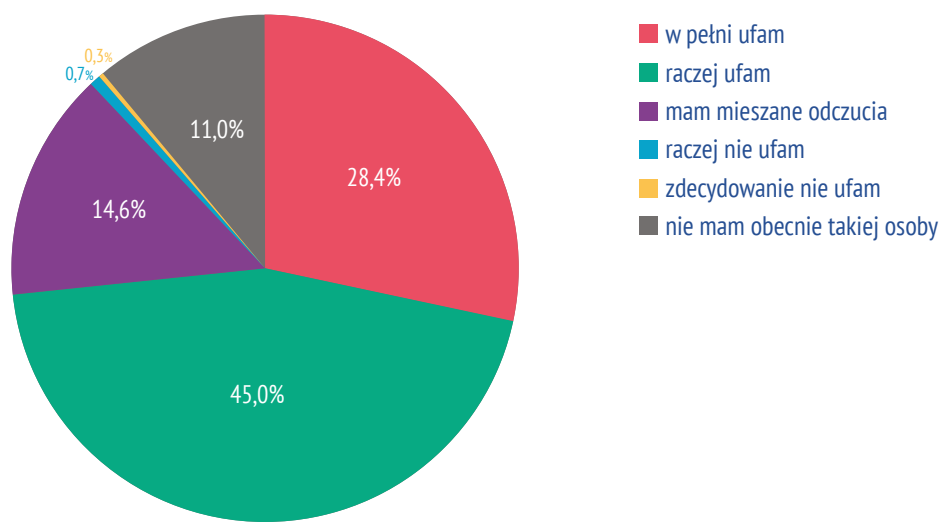
5.3.

Czy kobiety mają zaufanie do swoich ginekologów/ ginekolożek?



Jak bardzo ufasz swojej obecnej ginekolożce lub swojemu ginekologowi?

Typ pytania: jednokrotny wybór | Próba: N=905 – filtr: kobiety, które chodzą do ginekologa



■ **Większość kobiet korzystających z opieki ginekologicznej ufa swojemu obecnemu lekarzowi lub lekarce.** 28,4% deklaruje pełne zaufanie, a 45% – że raczej ufa. Łącznie to 73,4% badanych. 14,6% ma wobec swojego lekarza mieszane odczucia, a 11% nie ma obecnie jednej osoby, którą mogłoby w ten sposób ocenić. Pod względem wieku różnice w poziomie zaufania są niewielkie.

■ **Zaufanie różni się natomiast w zależności od podejścia do profilaktyki.** Wśród kobiet, które badają się regularnie i często, 40,2% w pełni ufa swojemu lekarzowi, a kolejne 48,9% raczej mu ufa – łącznie niemal 90%. Wśród kobiet chodzących do ginekologa dopiero wtedy, gdy naprawdę muszą, odsetki te wynoszą odpowiednio 12,8% i 28,2%. Z kolei wśród kobiet unikających wizyt niemal co trzecia (31,8%) ma wobec swojego lekarza mieszane odczucia.

■ **Badanie jakościowe pokazało, że relacja z konkretnym lekarzem może mieć znaczenie dla regularności wizyt.** W wypowiedziach kobiet zaufanie, poczucie, że nie są oceniane, i poważne traktowanie wiązały się z większą swobodą podczas wizyty i rozmowy o niepokojących objawach. W części historii trafienie na lekarza, który zachowywał się inaczej niż wcześniejsi, pomagało zmienić wcześniejsze podejście do wizyt.

„Ja dramatycznie się bałam ginekologa przez jakiś czas, bo miałam bardzo złe doświadczenie (...) pierwszy raz trafiłam na osobę, która naprawdę była zainteresowana, zaangażowana (...) to była ogromna zmiana.”

IDI_04_30-44_regularne badania

„Wiem, że gdyby coś się działo, mogę do niego w każdej chwili napisać SMS-a czy zadzwonić, też nie zostanę pozostawiona bez żadnej opieki.”

IDI_01_18-29_regularne badania

5.4.

Co buduje zaufanie do ginekologa / ginekolożki?



Co najbardziej buduje Twoje zaufanie do ginekologa lub ginekolożki?

Typ pytania: wielokrotny wybór – maksymalnie 3 odpowiedzi | Próba: N=1000



■ **Zaufanie do ginekologa budują w podobnym stopniu kompetencje lekarza i sposób, w jaki traktuje pacjentkę podczas wizyty.** Najczęściej wskazywane są fachowość i kompetencja (52,5%) oraz komfort wizyty i delikatność (51,5%). Kolejne miejsca zajmują poważne traktowanie pacjentki i niebagatelizowanie objawów (43,3%) oraz tłumaczenie każdego kroku badania (41,2%). Rzadziej wskazywane są prosty, spokojny sposób komunikacji (35,1%), brak oceniania prywatnych decyzji (29,5%) oraz pilnowanie potrzebnych badań (24,9%).

■ **Wiek różnicuje to, czego kobiety oczekują od ginekologa.** Najmłodsze częściej niż starsze respondentki wskazują, że zaufanie buduje brak oceniania prywatnych decyzji – 43,1% w grupie 18-29 lat wobec 25,6% wśród kobiet 60+ – oraz poważne traktowanie i niebagatelizowanie objawów (56,2% wobec 37%). Częściej zwracają też uwagę na komfort i delikatność podczas wizyty (62% wobec około połowy kobiet w pozostałych grupach). Kobiety 60+ częściej wskazują natomiast fachowość i kompetencje lekarza – 62,7% wobec 43,1% wśród najmłodszych.

■ **Znaczenie poszczególnych cech różni się także w zależności od podejścia do profilaktyki.** Dla kobiet regularnie się badających i podchodzących do wizyt spokojnie najważniejsza jest fachowość i kompetencja lekarza – wskazuje ją 57,8%. Wśród kobiet unikających wizyt na pierwsze miejsce wysuwają się natomiast komfort i delikatność – 61,3%. W grupie, dla której sama wizyta jest trudniejszym doświadczeniem, większego znaczenia nabiera więc sposób, w jaki lekarz przeprowadza badanie.

■ **Poniżej zestawiamy cechy, które w oczach badanych składają się na ginekologa lub ginekolożkę godnych zaufania,** uporządkowane według częstości ich wskazywania w badaniu ilościowym.

Cecha	Co to oznacza w praktyce?	Głos kobiet
1. Jest fachowy i kompetentny (52,5%)	Ma wiedzę i doświadczenie, potrafi ocenić problem i zaproponować dalsze postępowanie. Dla części kobiet profesjonalizm jest podstawowym warunkiem zaufania – ważniejszym nawet niż serdeczny sposób bycia. Kompetencja może też oznaczać umiejętność nadania problemowi medycznej ramy: pokazania, że nawet krępujące objawy są czymś, co można nazwać, wyjaśnić i leczyć.	„No co, ginekolog może być albo miły, albo niemiły, ale ma być profesjonalny i wszystko. Się idzie. Każdy ma jakieś tam swoje preferencje.” IDI_06_45-59_regularne badania „W ogóle to u lekarzy bardzo lubię, u każdego, czy na przykład u psychiatry, czy u lekarza rodzinnego, kiedy rzucają mi takimi terminami medycznymi, żeby pokazać, że to jest coś, co po prostu ludziom się czasami przydarza, a nie tylko mi.” IDI_09_18-29_nieregularne badania/unikanie
2. Dbą o komfort wizyty i jest delikatny (51,5%)	Znaczenie ma zarówno sposób przeprowadzania badania, jak i atmosfera w gabinecie. Delikatność, drobne gesty troski i uwzględnianie napięcia pacjentki mogą sprawić, że sytuacja badania staje się dla niej łatwiejsza. Komfort nie zastępuje jednak fachowości – dobra atmosfera i dobrze przeprowadzone badanie nie zawsze idą w parze.	„Na pewno podejście do pacjentki w taki sposób fizyczny, na przykład właśnie w momencie, kiedy zsiadam z tego fotela ginekologicznego, to nie zostawia mnie zawsze tam za sobą, tylko zawsze podał mi dłoń, żeby mi było łatwiej zejść.” IDI_01_18-29_regularne badania „To była świetna kobieta, która mnie wspierała, bo na pierwszym badaniu niestety tak się trzęsłam ze stresu, że gdzieś tam próbowała mnie pogłaskać (...) i tak mnie gdzieś uspokoiła ta atmosfera (...) tylko że niestety pomimo tego, że świetną kobietą była (...) badanie, jak przeprowadziła, to gdzieś niekoniecznie mi się to podobało.” IDI_02_18-29_nieregularne badania/unikanie „Atmosfera jest super taka intymna, przyjemna, i też my sobie gadamy o jakichś głupotach w międzyczasie, więc tak, żeby nie było tak drętwo i cicho.” IDI_03_30-44_nieregularne badania/unikanie

Cecha	Co to oznacza w praktyce?	Głos kobiet
3. Traktuje mnie poważnie i nie bagatelizuje objawów (43,3%)	Pacjentka ma poczucie, że lekarz słucha tego, z czym przychodzi, poświęca jej problemowi odpowiednio dużo uwagi i w razie potrzeby pogłębia diagnostykę. Poważne traktowanie oznacza też zaangażowanie i zainteresowanie tym, co dzieje się z pacjentką, zamiast szybkiego zamknięcia tematu.	„Babeczka mi robiła pół godziny USG, żadne tam włożyć i wyjąć (...). Dała mi obszerną diagnostykę i to jest jedyny lekarz (...), która popatrzyła na mnie i mówi: wie pani co, pani to się kwalifikuje w ogóle moim zdaniem do leczenia [konkretnej choroby].” IDI_04_30-44_regularne badania „Pierwszy raz trafiłam na osobę, która naprawdę była jakoś zainteresowana, zaangażowana (...) ta pani mi dała prywatny numer telefonu, a odpisywała na wiadomości nawet w weekend, w bardzo późnych godzinach czasami.” IDI_04_30-44_regularne badania
4. Tłumaczy każdy krok badania (41,2%)	Informuje, co za chwilę zrobi, czego pacjentka może się spodziewać i co widzi podczas badania. Dzięki temu kobieta nie musi domyślać się, co się dzieje, i ma większe poczucie kontroli nad przebiegiem wizyty. Tłumaczenie może dotyczyć zarówno samego badania, jak i jego wyniku.	„Zawsze, kiedy jakieś badanie robi, to nigdy nie robi tego wszystkiego na chłama, tylko zawsze informuje, że w tym momencie będzie coś wprowadzał.” IDI_01_18-29_regularne badania „Mówił mi cały czas, co robi. Na przykład: teraz będzie trochę nieprzyjemnie, bo ten żel jest zimny.” IDI_09_18-29_nieregularne badania/unikanie „Zrobiła staranne USG, obróciła ten monitor i wszystko mi pokazała (...). Pokazała mi, czym się różni wodniak od torbieli, zaczęła mi szeroką edukację – miałam poczucie, że poszłam do lekarza, który jest pasjonatem.” IDI_04_30-44_regularne badania
5. Mówi prostym, spokojnym językiem (35,1%)	Przekazuje informacje w sposób zrozumiały i spokojny, bez budowania dodatkowego napięcia. Liczy się nie tylko treść komunikatu, ale też ton głosu, tempo rozmowy i reakcja lekarza na to, co pojawia się podczas badania.	„Mówiła też dużo w czasie badania: tu widzę jajnik (...), widzę, że nie ma przerostu, nic takiego się nie dzieje. To jest kojące, kiedy ludzie się bardzo boją.” IDI_04_30-44_regularne badania „Myślę, że w każdym przypadku chciałabym, żeby ten lekarz gdzieś nie szalał na przykład mimiką, miał spokojny ton mowy na tyle, ile potrafi, i nie był bardzo emocjonalny.” IDI_02_18-29_nieregularne badania/unikanie

Cecha	Co to oznacza w praktyce?	Głos kobiet
6. Nie ocenia i nie wnika w moje prywatne decyzje (29,5%)	Przyjmuje informacje dotyczące życia seksualnego, antykoncepcji czy innych osobistych wyborów bez moralizowania i niepotrzebnych komentarzy. Brak oceniania dotyczy również drobnych reakcji – tonu, mimiki czy gestów, które mogą sprawić, że pacjentka poczuje się oceniona nawet bez bezpośredniego komentarza.	„Pytała się mnie, jaki rodzaj zabezpieczenia. Głupio było powiedzieć, że w sumie żaden (...), że to brzmi średniowiecznie. A ona bardzo spoko powiedziała: okej, rozumiem.” IDI_03_30-44_nieregularne badania/unikanie „Jeżeli chodzi o mojego obecnego ginekologa, to jest to osoba, która bardzo jest za tą niezależnością kobiety i za to, że to jest jej decyzja, i mówi o tym totalnie głośno. (...) jest to taka osoba, od której na pewno nie dostanę żadnego komentarza.” IDI_01_18-29_regulane badania „Nawet takie mikrogesty, jakieś podnoszenie brwi, jakieś takie rzeczy (...) mimika. Po prostu chcę profesjonalizmu (...) [był] po prostu poker face. Żeby nie poczuła się w żaden sposób oceniona.” IDI_03_30-44_nieregularne badania/unikanie
7. Pilnuje, jakie badania są potrzebne (24,9%)	Przejmuje część odpowiedzialności za ciągłość profilaktyki – przypomina o badaniach i mówi, co powinno zostać wykonane oraz kiedy. Pacjentka nie musi sama wiedzieć, o jakie badanie czy skierowanie powinna poprosić.	„Bardzo sama wychodzi z taką... Znaczy to sama mi mówi, że na przykład muszę zrobić cytologię taką i taką. W sensie ja nie muszę dopraszać jakichś skierowań czy coś takiego. Po prostu ona myśli za mnie.” IDI_03_30-44_nieregularne badania/unikanie

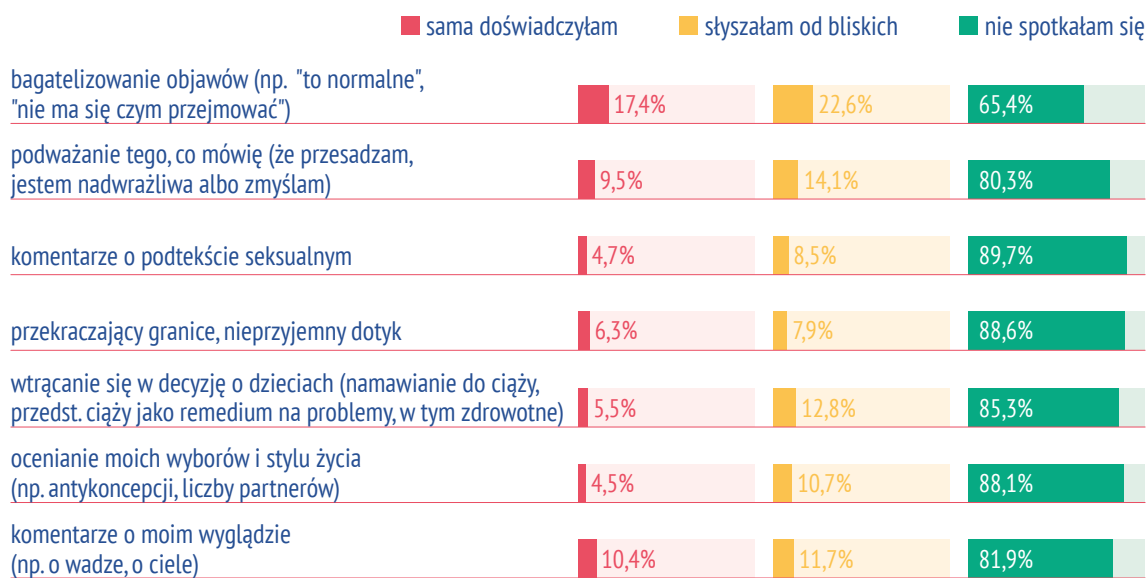
5.5.

Z jakimi trudnymi doświadczeniami kobiety spotykają się w gabinecie ginekologicznym?



Czy spotkałaś się z którąś z poniższych sytuacji u ginekologa? Możesz zaznaczyć zarówno "sama doświadczyłam" jak i "słyszałam od bliskich".

Typ pytania: wielokrotny wybór | Próba: N=1000



■ **W przypadku każdej z badanych sytuacji większość kobiet deklaruje, że się z nią nie zetknęła, ale trudne doświadczenia w gabinecie nie są zjawiskiem marginalnym.** Odsetek odpowiedzi „nie spotkałam się” wynosi od 65,4% w przypadku bagatelizowania objawów do 89,7% w przypadku komentarzy o podtekście seksualnym. Jednocześnie część trudnych doświadczeń dotyczy osobiście co dziesiątej, a w przypadku bagatelizowania objawów – niemal co piątej respondentki.

■ **Najczęściej problem dotyczy poczucia, że lekarz nie traktuje poważnie tego, co mówi pacjentka.** Bagatelizowania objawów osobiście doświadczyło 17,4% respondentek, a 22,6% słyszało o takich sytuacjach od bliskich. Podważania tego, co mówi pacjentka – sugerowania, że przesadza, jest nadwrażliwa lub zmyśla – osobiście doświadczyło 9,5% kobiet, a 14,1% zna takie sytuacje z relacji bliskich.

„Nie brały do końca do siebie tych słów, które tam mówiłam, że boli mnie to, niepokoi mnie tamto, i ze względu, mi się wydaje, właśnie na ten wiek. (...) Ostatnie badanie to było takie: no spoko, odbębniemy i se idź.”

IDI_02_18-29_nieregularne badania/unikanie

„Miałam wrażenie, jakby mi nie chciały na przykład uwierzyć w to, co mówię do końca, że tak wymyślam, wyolbrzymiam coś w tym stylu.”

IDI_02_18-29_nieregularne badania/unikanie

„Moja siostra, rok młodsza, która od samego początku mierzy się właśnie z ogromnymi bólami menstruacyjnymi (...) spotyka się z ignorancją. Wielokrotnie próbowała znaleźć przyczynę tego wszystkiego. Natomiast usłyszała, że po urodzeniu dziecka powinno się to znormalizować.

Albo że nie ma żadnego problemu. No i właśnie takie podejście ignorujące jej uczucia.”

IDI_01_18-29_regularne badania

■ **Innym rodzajem trudnych doświadczeń są oceniające komentarze i wkraczanie w prywatne decyzje pacjentki.** Komentarzy dotyczących wyglądu osobiście doświadczyło 10,4% kobiet, a 11,7% słyszało o nich od bliskich. Wtrącania się w decyzje dotyczące posiadania dzieci doświadczyło 5,5% respondentek, a 12,8% zna takie sytuacje z relacji bliskich. Oceniania wyborów i stylu życia – np. antykoncepcji czy liczby partnerów – osobiście doświadczyło 4,5% badanych, a 10,7% słyszało o nim od bliskich.

„Na temat dziecka [padł] taki niefajny tekst, w stylu, czy myślałam już (...) o adopcji dziecka, no bo jednak przy [chorobie respondentki] może dojść do rzutu. (...) Coś takiego zostało we mnie rzucone w momencie, kiedy leżałam z tym czymś do USG. (...) Dlatego też zmieniałam ginekologa.”

IDI_01_18-29_regularne badania

■ **Bezpośrednie przekraczanie granic pojawia się rzadziej, ale również jest obecne w doświadczeniach części kobiet.** Nieprzyjemnego, przekraczającego granice dotyku osobiście doświadczyło 6,3% respondentek, a 7,9% słyszało o takich sytuacjach od bliskich. Komentarzy o podtekście seksualnym doświadczyło 4,7% kobiet, a 8,5% zna je z relacji bliskich.

„Kiedyś mnie lekarz badał i mówi: ale ma pani fajne piersi do macania i takie tam, nie? (...) No i niestety, jak się taką uwagę usłyszysz i usłyszysz to osoba, która ma w ogóle opory, żeby pójść, no to nie będzie chodziła.”

IDI_07_60+_regularne badania

„Wchodzę, i tu po prostu (...) taki siedzi stary dziadek, taki z wąsem, no naprawdę taki obcesowy, taki cham (...) mówię, co tam mi dolega (...) I on patrzy na mnie i mówi: rozbieraj się. Po prostu zatkało mnie (...) żadne: czy mogłaby pani się przygotować na badanie. (...) on w ogóle krzyknął: ty tu przede wszystkim masz grzyba, kochana! (...) Wyszłam i pamiętam, że to był piątek, i po prostu przepłakałam cały dzień, kompletnie się nie mogłam pozbierać, czułam się taka brudna i tak, tak źle.”

IDI_04_30-44_regularne badania

■ **Wiele z badanych trudnych sytuacji częściej deklarują kobiety w wieku 18–44 lata niż starsze respondentki.** Dotyczy to zwłaszcza bagatelizowania objawów, podważania tego, co mówi pacjentka, oceniania jej wyborów czy komentarzy o podtekście seksualnym. Przykładowo bagatelizowania objawów osobiście doświadczyło 24,1% kobiet w wieku 18-29 lat i 28,2% w wieku 30-44 lata, wobec 12,8% w grupie 45-59 lat i 8,9% wśród kobiet 60+. Nie jest to jednak wzór obecny przy każdym doświadczeniu – w przypadku przekraczającego granice dotyku różnice między grupami wiekowymi są niewielkie. **Na podstawie badania nie można rozstrzygnąć, czy młodsze kobiety częściej spotykają się z takimi sytuacjami, czy częściej rozpoznają i nazywają je jako niewłaściwe.**

■ **Trudne doświadczenie może mieć znaczenie także po zakończeniu wizyty.** W części historii z wywiadów takie sytuacje pozostawały w pamięci, były powodem zmiany lekarza, wywoływały silne emocje albo zwiększały niechęć do kolejnych wizyt.



6

Podejście i stosunek do badań ginekologicznych

SEKCJA 6:

Podjęcie i stosunek do badań ginekologicznych

1. Kobiety różnią się nie tylko częstotliwością wizyt, ale także podejściem do profilaktyki.

38% badanych deklaruje, że bada się regularnie, 26,7% stara się zachować regularność, choć nie zawsze jej się to udaje, a 35,3% zgłasza się do ginekologa przede wszystkim wtedy, gdy coś ją zaniepokoi lub naprawdę musi, albo unika wizyt.

2. U większości kobiet sposób korzystania z badań pozostaje dość stabilny, a jeśli się zmienia, częściej oznacza zwiększenie niż zmniejszenie ich częstotliwości. 71,3% respondentek bada się podobnie jak wcześniej, 19,7% częściej, a 9% rzadziej. Zwiększenie częstotliwości badań najczęściej deklarują kobiety w wieku 30-44 lata.

3. Większa częstotliwość badań wiąże się przede wszystkim ze zmianą sposobu myślenia o własnym zdrowiu. Kobiety wskazują poczucie, że wraz z wiekiem trzeba uważniej o nie dbać, większą odpowiedzialność za własne zdrowie oraz pojawienie się problemu lub niepokojących objawów. Dla części znaczenie ma również znalezienie lekarza, któremu ufają – szczególnie wśród najmłodszych kobiet.

4. Rzadsze korzystanie z badań wiąże się przede wszystkim ze zmianą etapu życia i słabnącym poczuciem, że istnieje konkretny powód do wizyty. Może to być zakończenie etapu związanego z ciążą czy antykoncepcją, ustąpienie objawów albo przekonanie, że wraz z wiekiem badania są mniej potrzebne. Znaczenie mają również trudności z dostępem do opieki. Szczególnie zwraca uwagę grupa kobiet 60+, w której przekonanie o mniejszej potrzebie badań jest jednym z głównych powodów rzadszego korzystania z profilaktyki.

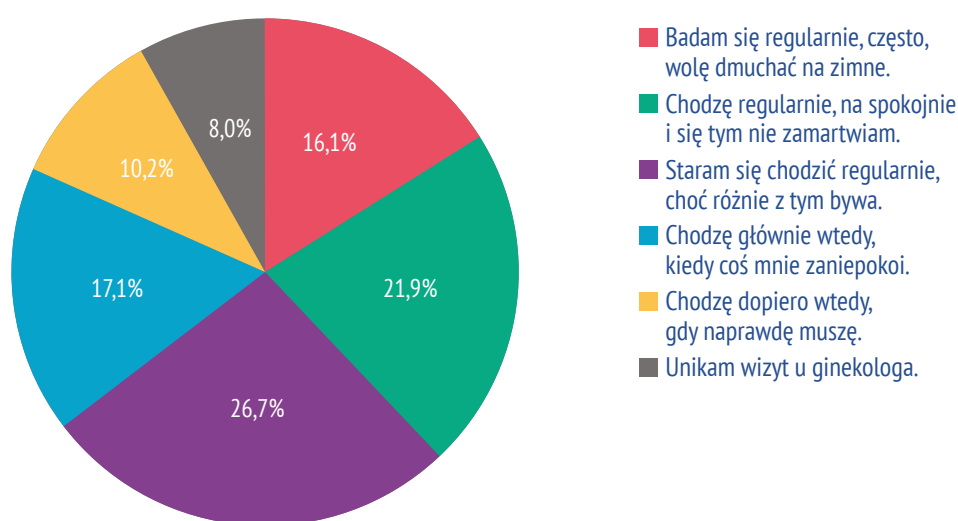
6.1.

Jak kobiety różnią się pod względem podejścia do profilaktyki ginekologicznej?

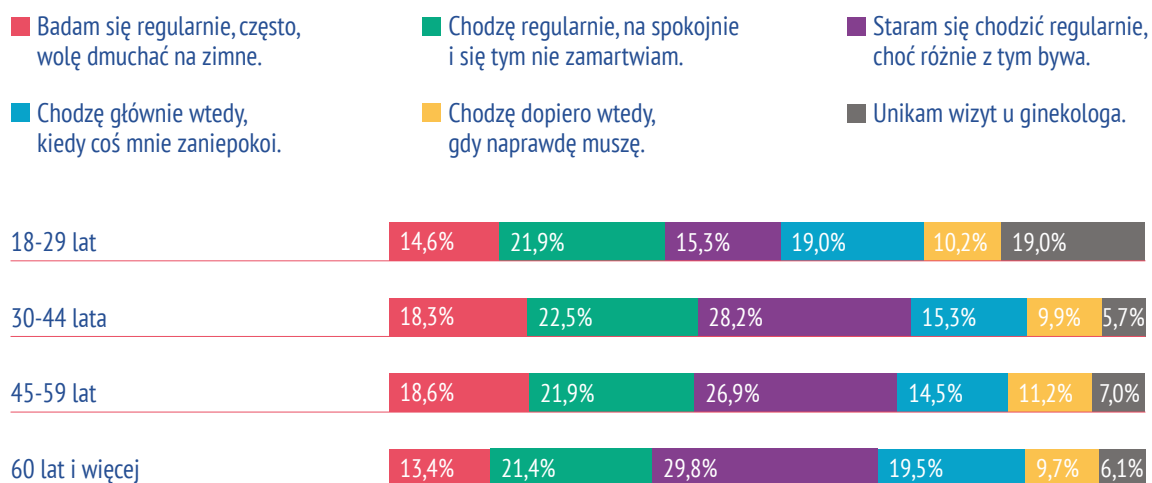


Jak określiłabyś swoje obecne podejście do badań ginekologicznych?

Typ pytania: jednokrotny wybór | Próba: N=1000



Wyniki z podziałem na grupy wiekowe



■ **Podejście kobiet do profilaktyki ginekologicznej jest zróżnicowane – obok kobiet regularnie korzystających z badań duża grupa stara się zachować regularność, ale nie zawsze jej się to udaje, a ponad jedna trzecia korzysta z opieki przede wszystkim reaktywnie lub jej unika.** Najwięcej respondentek (26,7%) mówi: „staram się chodzić regularnie, choć różnie z tym bywa”. 21,9% chodzi regularnie i podchodzi do badań spokojnie, a 16,1% bada się regularnie i często, „woląc dmuchać na zimne”. Łącznie 38% kobiet opisuje więc swoje podejście jako regularne.

■ Po drugiej stronie 17,1% chodzi do ginekologa głównie wtedy, kiedy coś je zaniepokoi, 10,2% – dopiero wtedy, gdy naprawdę musi, a 8% deklaruje unikanie wizyt. **Łącznie 35,3% kobiet opisuje więc swoje podejście jako przede wszystkim reaktywne albo unikowe.**

■ Warto zwrócić uwagę, że **w grupie najmłodszych kobiet jest najwyższy odsetek unikających – aż 19%.**

■ **Do tego podziału wracamy także na końcu raportu w osobnej sekcji przekrojowej, pokazując, czym kobiety o różnych podejściach do profilaktyki różnią się pod względem praktyk, wiedzy, doświadczeń wizyt i relacji z ginekologiem.**

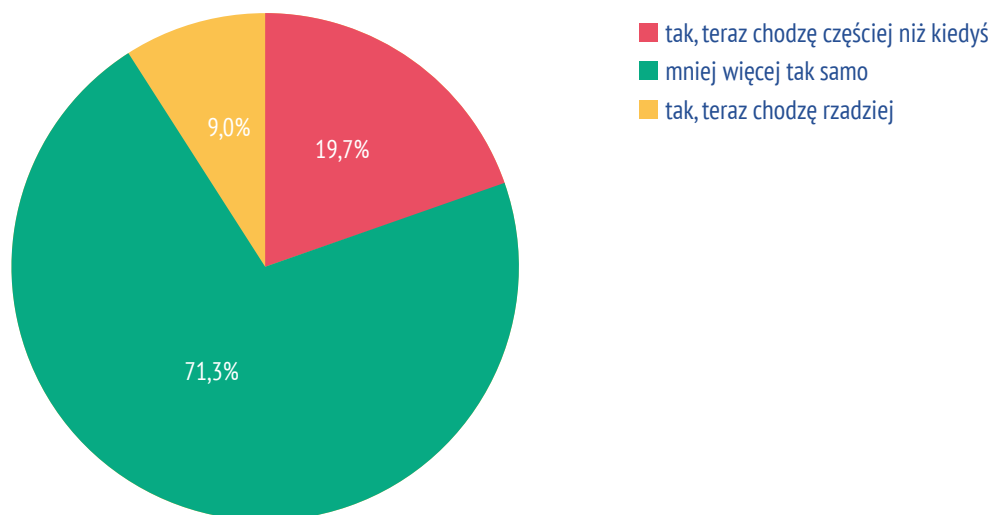
6.2.

Jak zmieniało się podejście do badań ginekologicznych u kobiet?

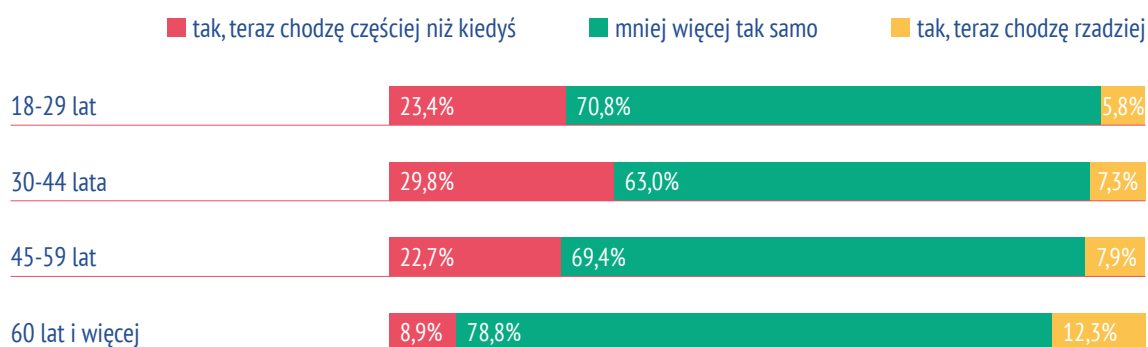


Czy w ostatnich latach Twoje podejście do badań się zmieniło?

Typ pytania: jednokrotny wybór | Próba: N=1000



Wyniki z podziałem na grupy wiekowe



Dla większości kobiet podejście do badań ginekologicznych pozostaje dość stabilne.

71,3% respondentek deklaruje, że w ostatnich latach bada się mniej więcej tak samo jak wcześniej. Co piąta kobieta (19,7%) zaczęła jednak badać się częściej, natomiast 9% – rzadziej.



Zmianę w kierunku częstszych badań deklarują częściej kobiety w wieku 30-44 lata.

Dotyczy to 29,8% tej grupy, wobec 23,4% kobiet w wieku 18-29 lat, 22,7% w wieku 45-59 lat i 8,9% kobiet 60+. W najstarszej grupie częściej niż w pozostałych pojawia się natomiast deklaracja, że obecnie kobieta chodzi na badania rzadziej – mówi tak 12,3% respondentek 60+.

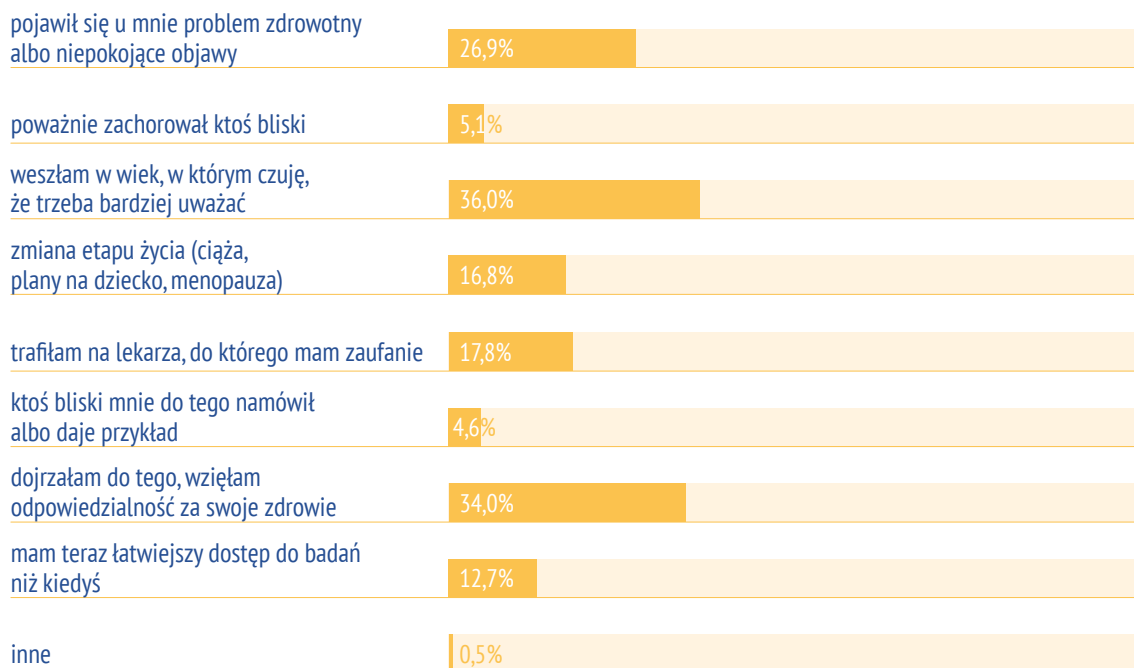
6.3.

Co sprawia, że kobiety zaczynają się badać częściej lub rzadziej?



Co sprawiło, że teraz badasz się częściej?

Typ pytania: wielokrotny wybór – maksymalnie 2 odpowiedzi | Próba: N=197 – filtr: kobiety, które teraz chodzą częściej



■ **Większa częstotliwość badań wiąże się głównie z poczuciem, że wraz z wiekiem trzeba bardziej dbać o zdrowie, oraz z większą odpowiedzialnością za siebie.** 36% kobiet, które zaczęły badać się częściej, wskazuje, że weszły w wiek, w którym czują, że trzeba bardziej uważać na zdrowie, a 34% mówi, że dojrzały do tego i wzięły większą odpowiedzialność za swoje zdrowie. Dla 26,9% impulsem był problem zdrowotny lub pojawienie się niepokojących objawów.

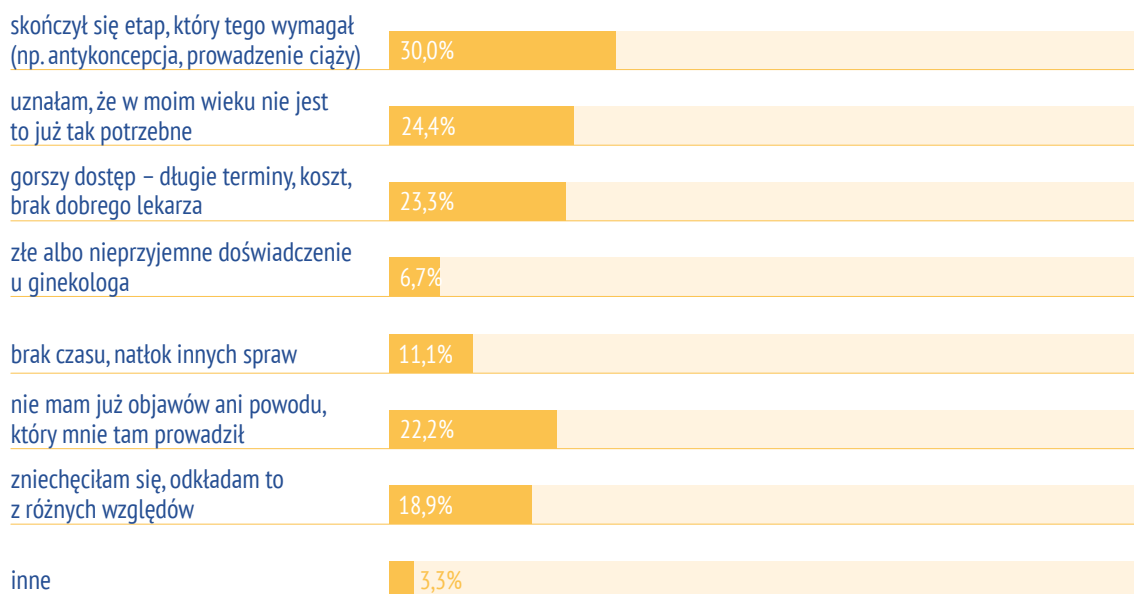
■ **Kobiety w różnych grupach wiekowych wskazują inne powody, dla których zaczęły badać się częściej.** W grupie 30-44 lata najczęściej pojawia się większa odpowiedzialność za własne zdrowie (42,3%), a wśród kobiet 45-59 lat – poczucie, że wraz z wiekiem trzeba bardziej uważać na zdrowie (41,8%). W grupie 60+ częściej niż w młodszych grupach impulsem jest problem zdrowotny lub niepokojące objawy (40,6%).

■ **Dla części kobiet znaczenie ma również znalezienie ginekologa, któremu ufają.** Wskazuje ten powód 17,8% kobiet, które obecnie badają się częściej. Wśród najmłodszych respondentek odsetek ten wynosi 34,4% – więcej niż w pozostałych grupach wiekowych. **Znalezienie lekarza, przy którym kobieta czuje się bezpiecznie i któremu ufa, może więc być jednym z impulsów do częstszego korzystania z profilaktyki.**



Co sprawiło, że teraz badasz się rzadziej?

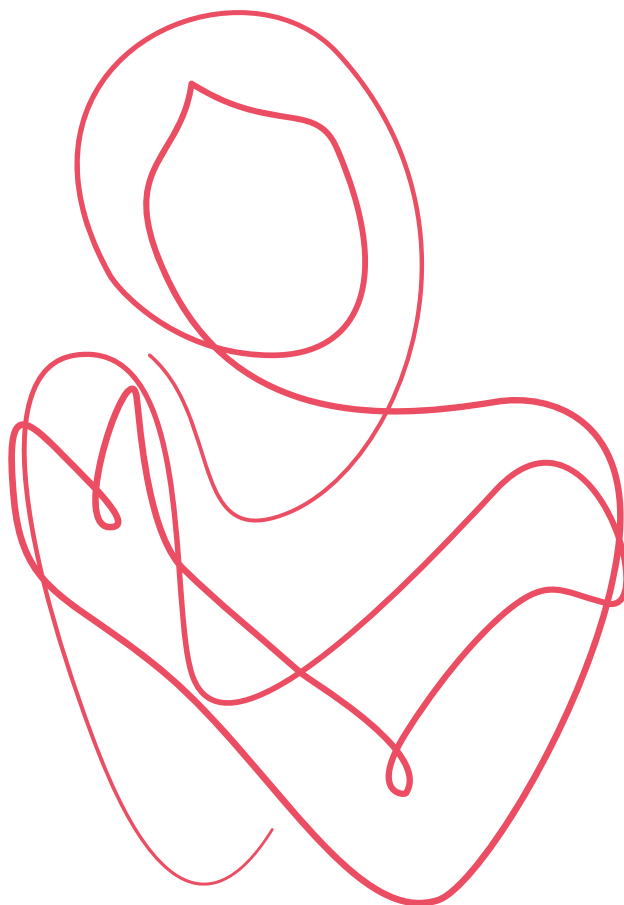
Typ pytania: wielokrotny wybór – maksymalnie 2 odpowiedzi | Próba: N=90 – filtr: kobiety, które teraz chodzą rzadziej



■ **Rzadsze korzystanie z badań wiąże się przede wszystkim ze zmianą etapu życia i słabnącym poczuciem, że istnieje konkretny powód do wizyty.** 30% kobiet, które obecnie korzystają z badań rzadziej, wskazuje zakończenie etapu wymagającego regularnych kontaktów z ginekologiem, np. stosowania antykoncepcji lub prowadzenia ciąży. 24,4% uznało, że w ich wieku badania nie są już tak potrzebne, 23,3% wskazuje na pogorszenie dostępu do opieki, a 22,2% – brak objawów lub innego powodu, który wcześniej skłaniał je do wizyty.

■ **Szczególnie zwraca uwagę grupa kobiet 60+: 45,5% tych, które obecnie korzystają z badań rzadziej, uzasadnia to przekonaniem, że w ich wieku badania nie są już tak potrzebne.** Nie oznacza to, że wszystkie kobiety po 60. roku życia powinny korzystać z tych samych badań i z taką samą częstotliwością jak wcześniej – zakres profilaktyki zmienia się wraz z wiekiem i zależy od rodzaju badania oraz indywidualnej sytuacji zdrowotnej. Jednocześnie sam wiek nie oznacza końca profilaktyki: część kobiet po 60. roku życia nadal mieści się w grupach objętych programami badań przesiewowych raka szyjki macicy i raka piersi.

■ **Wynik ten pokazuje, że dla części kobiet potrzeba profilaktyki ginekologicznej jest związana z konkretnym etapem życia lub bieżącym powodem do wizyty.** Ciąża, stosowanie antykoncepcji czy pojawienie się objawów mogą przez pewien czas wiązać się z regularniejszym kontaktem z ginekologiem. Kiedy ten powód znika, może słabnąć również poczucie, że dalsze wizyty są potrzebne.



7

**Dbanie o siebie, motywacje
i priorytety**

SEKCJA 7:

Dbanie o siebie, motywacje i priorytety

1. W różnych grupach wiekowych kobiety wskazują inne priorytety. Wśród młodszych częściej pojawiają się kwestie związane z pracą i sytuacją finansową, natomiast w starszych grupach większe znaczenie mają zdrowie, sprawność, spokój i poczucie bezpieczeństwa oraz utrzymanie obecnego sposobu życia.

2. Dbanie o siebie nie jest rozumiane wyłącznie przez pryzmat zdrowia i ciała. Co najmniej jedną odpowiedź związaną ze zdrowiem, ciałem i sprawnością wskazało 76,8% kobiet, a z regeneracją i dobrostanem psychicznym – 68,1%. Odpoczynek, radzenie sobie ze stresem czy odpuszczanie sobie są więc ważną częścią tego, co kobiety uznają za troskę o siebie. Znacznie rzadziej wiążą ją natomiast z relacjami i bliskością – ten obszar wskazało 14,4% badanych.

3. Najczęściej wskazywaną motywacją do dbania o zdrowie jest chęć zachowania sprawności i samodzielności, szczególnie ważna dla kobiet 60+. W tej grupie wskazuje ją 67,4% respondentek, wobec 41,6% kobiet w wieku 18-29 lat. Ważne pozostają również dobre samopoczucie i wygląd, obawa przed zachorowaniem oraz chęć bycia zdrową dla bliskich.

4. Niemal połowa kobiet deklaruje, że często odkłada siebie i własne potrzeby na później. Nie można tego jednak sprowadzić do posiadania dzieci czy pozostawania w związku. Znacznie bardziej konsekwentnie odpowiedzi różnicuje sytuacja materialna – im jest trudniejsza, tym częściej kobiety deklarują odkładanie własnych potrzeb.

5. Hasło „w kobiecym interesie” kojarzy się przede wszystkim z autonomią i sprawczością, a następnie ze zdrowiem i ciałem. Co najmniej jeden element związany z autonomią wskazało 75,9% kobiet, ze zdrowiem i ciałem – 59,2%, a z dobrostanem i czasem dla siebie – 42%. Sama niezależność i decydowanie o sobie są podobnie ważne dla najmłodszych i najstarszych kobiet, ale różni się to, czego autonomia dotyczy – najmłodsze częściej wiążą ją z wolnością decydowania o własnym ciele i posiadaniu dzieci, natomiast wśród kobiet 60+ częściej pojawia się zdrowie.

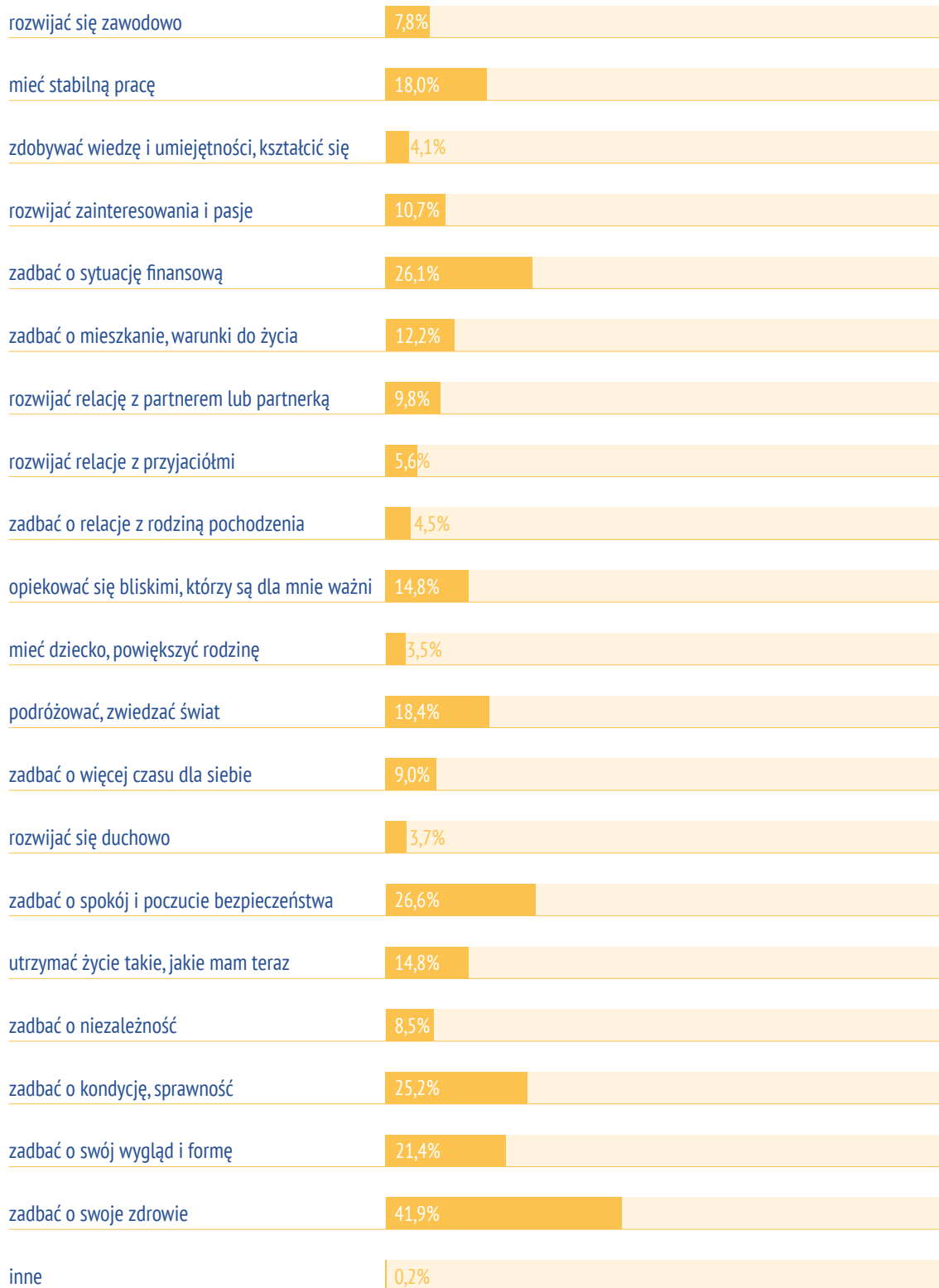
7.1.

Jakie są priorytety życiowe dla Polek?



Na czym obecnie (w perspektywie do 3 lat) najbardziej Ci zależy? Chcę...

Typ pytania: wielokrotny wybór – maksymalnie 3 odpowiedzi | Próba: N=1000



■ **W perspektywie najbliższych trzech lat kobietom najczęściej zależy na zadbaniu o zdrowie.** Wskazuje je 41,9% respondentek. Wynik ten warto jednak interpretować ostrożnie, ponieważ tematyka badania mogła zwiększać skłonność do wskazywania zdrowia jako ważnego obszaru. W dalszej kolejności kobiety wskazują spokój i poczucie bezpieczeństwa (26,6%), zadbanie o sytuację finansową (26,1%) oraz kondycję i sprawność fizyczną (25,2%).

■ **To, na czym kobietom zależy, różni się między grupami wiekowymi.** Wśród młodszych kobiet częściej pojawiają się kwestie związane z pracą i sytuacją finansową, natomiast w starszych grupach – zdrowie, sprawność oraz spokój i poczucie bezpieczeństwa. Rozwój zawodowy wskazuje 21,9% kobiet w wieku 18-29 lat i 0,3% kobiet 60+, podczas gdy zadbanie o zdrowie – odpowiednio 28,5% i 53,8%. Chęć utrzymania obecnego życia rośnie natomiast z 2,2% w najmłodszej grupie do 24% wśród kobiet 60+.

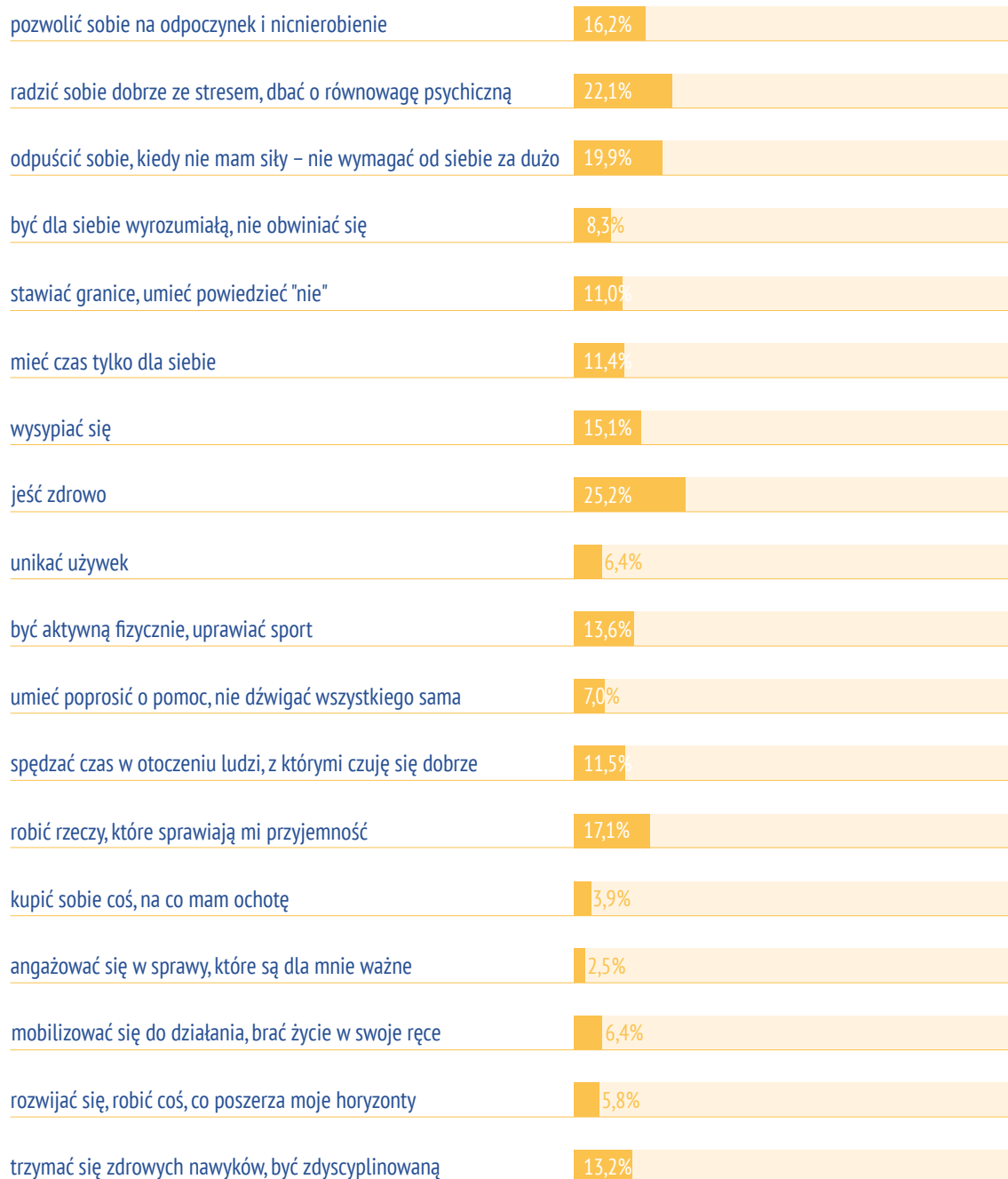
7.2.

Co dla kobiet znaczy „dbać o siebie”?



Co to dla Ciebie znaczy "dbać o siebie"?

Typ pytania: wielokrotny wybór – maksymalnie 3 odpowiedzi | Próba: N=1000



zadbać o swój wygląd	19,5%
zadbać o kondycję i sprawność fizyczną	26,3%
chodzić na badania profilaktyczne	23,5%
angażować się w ważne relacje i dbać o bliskość z ludźmi	3,4%
coś innego	0,2%

■ **Dbanie o siebie kobiety rozumieją przede wszystkim jako troskę o zdrowie, ciało i sprawność, ale niemal równie często jako dbanie o dobrostan psychiczny i regenerację.** Aby zobaczyć szersze sposoby rozumienia tego pojęcia, odpowiedzi zostały połączone w sześć obszarów. Co najmniej jedną odpowiedź związaną ze **zdrowiem, ciałem i sprawnością** wskazało 76,8% respondentek, a z **regeneracją i dobrostanem psychicznym** – 68,1%. Ponieważ kobiety mogły wybierać kilka odpowiedzi, obszary te nie są rozłączne.

■ **Relacje z innymi znacznie rzadziej są traktowane jako element dbania o siebie.** Co najmniej jedną odpowiedź związaną z **relacjami i bliskością** wskazało 14,4% kobiet. Na tle zdrowia, regeneracji czy dobrostanu psychicznego relacyjny wymiar troski o siebie pozostaje więc na dalszym planie.

■ Pozostałe sposoby rozumienia dbania o siebie również pojawiają się rzadziej: ze **sprawczością i stawianiem granic** wiąże je 22% kobiet, z **przyjemnością i dogadaniem sobie** – 20,5%, a z **rozwojem i samorealizacją** – 8,1%.

■ **Wśród pojedynczych odpowiedzi najczęściej pojawiają się troska o kondycję i sprawność fizyczną (26,3%), zdrowe odżywianie (25,2%) oraz chodzenie na badania profilaktyczne (23,5%).** Niewiele rzadziej kobiety wskazują radzenie sobie ze stresem i dbanie o równowagę psychiczną (22,1%) oraz odpuszczanie sobie, kiedy brakuje sił (19,9%). Najrzadziej pojawia się angażowanie się w ważne relacje i dbanie o bliskość z innymi ludźmi (3,4%).

■ **Wiek różnicuje to, co kobiety częściej uznają za wyznacznik dbania o siebie.** Kobiety 60+ częściej wskazują dbanie o kondycję i sprawność fizyczną (33,4%) oraz robienie rzeczy, które sprawiają im przyjemność (21,4%). Najmłodsze częściej natomiast mówią o byciu dla siebie wyrozumiałą i nieobwinianiu się (15,3%) oraz mobilizowaniu się do działania i braniu życia w swoje ręce (11,7%).

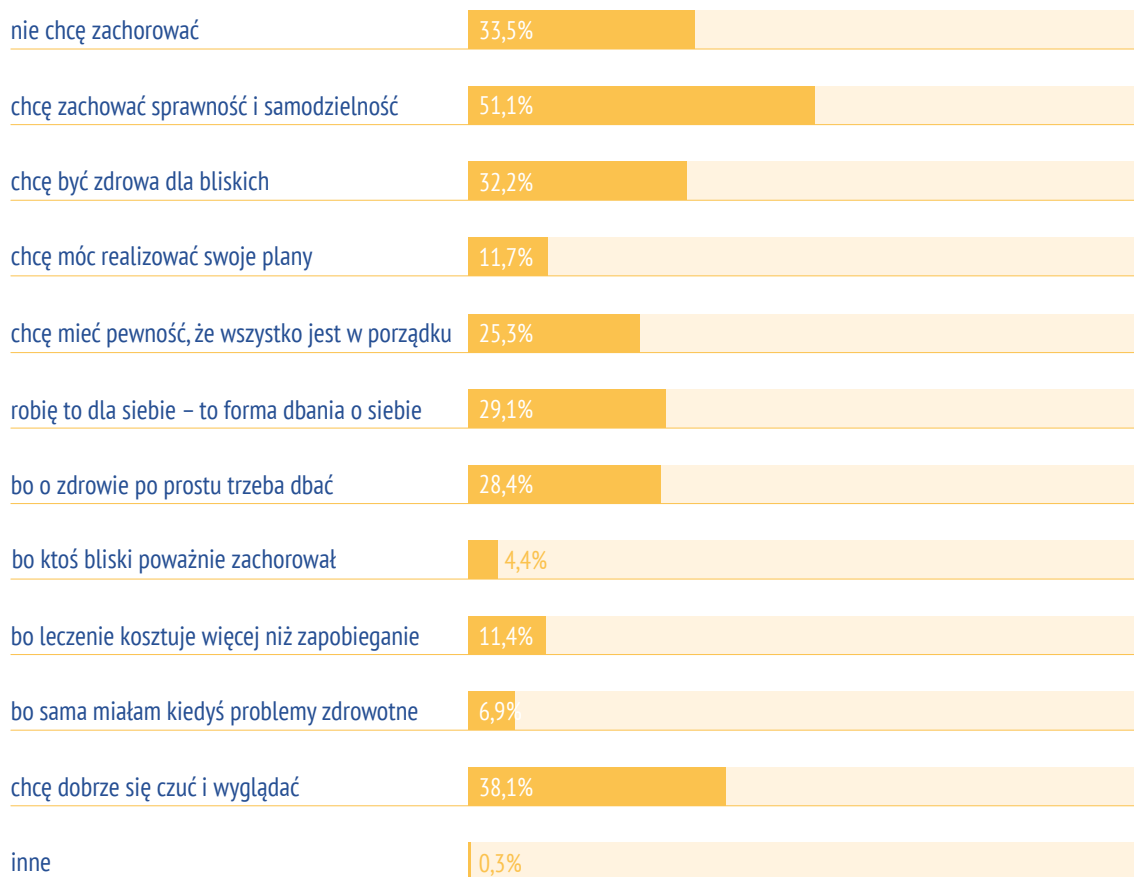
7.3.

Co motywuje kobiety do dbania o zdrowie?



Co jest dla Ciebie najważniejszą motywacją do dbania o swoje zdrowie?

Typ pytania: wielokrotny wybór – maksymalnie 3 odpowiedzi | Próba: N=1000



■ **Najczęściej wskazywaną motywacją do dbania o zdrowie jest chęć zachowania sprawności i samodzielności (51,1%).** W dalszej kolejności kobiety wskazują chęć dobrego samopoczucia i wyglądu (38,1%), obawę przed zachorowaniem (33,5%) oraz chęć bycia zdrową dla bliskich (32,2%). 29,1% traktuje dbanie o zdrowie jako formę troski o siebie.

■ **Znaczenie sprawności i samodzielności rośnie wraz z wiekiem.** Wśród kobiet w wieku 18-29 lat tę motywację wskazuje 41,6%, w grupie 45-59 lat – 48,3%, a wśród kobiet 60+ – 67,4%. Jest to więc szczególnie ważny powód dbania o zdrowie w najstarszej grupie.

■ **Motywacja związana z bliskimi szczególnie często pojawia się wśród kobiet w wieku 30-44 lata i kobiet mających dzieci.** Chęć bycia zdrową dla bliskich wskazuje 43,5% kobiet w wieku 30-44 lata, wobec 17,5% najmłodszych, 33,1% kobiet w wieku 45-59 lat i 29% kobiet 60+. Wskazuje ją także 38,4% kobiet mających dzieci, wobec 13,7% kobiet bez dzieci.

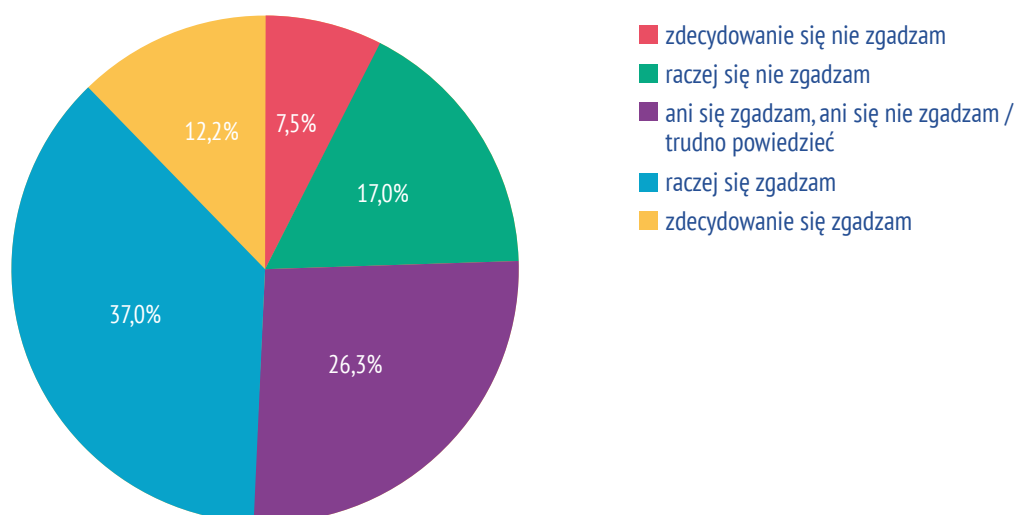
7.4.

Czy Polki odkładają siebie i własne potrzeby na później?

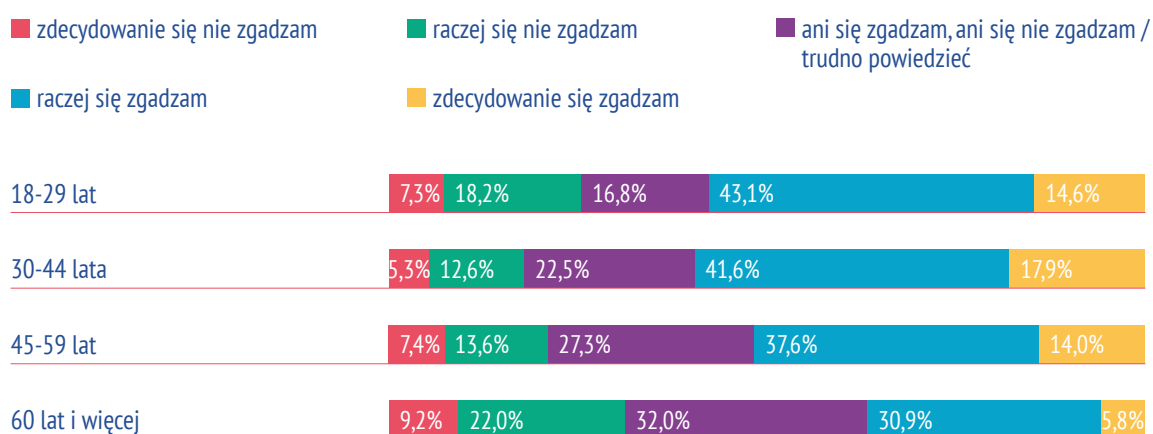


Czy zgadzasz się z poniższym stwierdzeniem: Czuję, że często odkładam siebie i moje potrzeby na później?

Typ pytania: jednokrotny wybór | Próba: N=1000



Wyniki z podziałem na grupy wiekowe



■ **Niemal połowa badanych (49,2%) zgadza się ze stwierdzeniem, że często odkłada siebie i swoje potrzeby na później.** 26,3% nie potrafi jednoznacznie się do niego odnieść, a 24,5% się z nim nie zgadza.

■ **Odkładanie siebie częściej deklarują kobiety młodsze i w średnim wieku niż najstarsze respondentki.** Ze stwierdzeniem zgadza się 57,7% kobiet w wieku 18-29 lat, 59,5% kobiet 30-44 lata i 51,6% kobiet 45-59 lat, wobec 36,7% w grupie 60+.

■ **Jednym z możliwych wyjaśnień tej różnicy jest odmienny język, którym poszczególne pokolenia opisują troskę o własne potrzeby.** Narracja o self-care, stawianiu siebie na pierwszym miejscu czy „odkładaniu siebie” jest silniej obecna w języku młodszych kobiet, dlatego mogą one łatwiej rozpoznawać i nazywać w ten sposób własne doświadczenia. Wynik nie pozwala jednak stwierdzić, że właśnie to odpowiada za różnicę między pokoleniami.

■ **Co ciekawe, wyniki nie potwierdzają prostego związku między obowiązkami rodzinnymi a odkładaniem własnych potrzeb.** Posiadanie dzieci różnicuje odpowiedzi stosunkowo słabo – ze stwierdzeniem zgadza się 50,8% kobiet mających dzieci i 45,2% kobiet bez dzieci. Nieco większa różnica pojawia się w zależności od sytuacji związkowej: odkładanie siebie deklaruje 51,7% kobiet pozostających w stałej relacji wobec 41,7% kobiet bez partnera. Wyniki nie pozwalają więc sprowadzić odkładania własnych potrzeb po prostu do posiadania dzieci czy pozostawania w związku.

■ **Najbardziej konsekwentny wzór pojawia się w zależności od sytuacji materialnej.** Odkładanie siebie deklaruje 59,3% kobiet znajdujących się w trudnej sytuacji materialnej, 49,8% w przeciętnej i 38,6% w dobrej. Jednocześnie ze stwierdzeniem nie zgadza się 36,1% kobiet w dobrej sytuacji wobec 18,6% kobiet w trudnej.

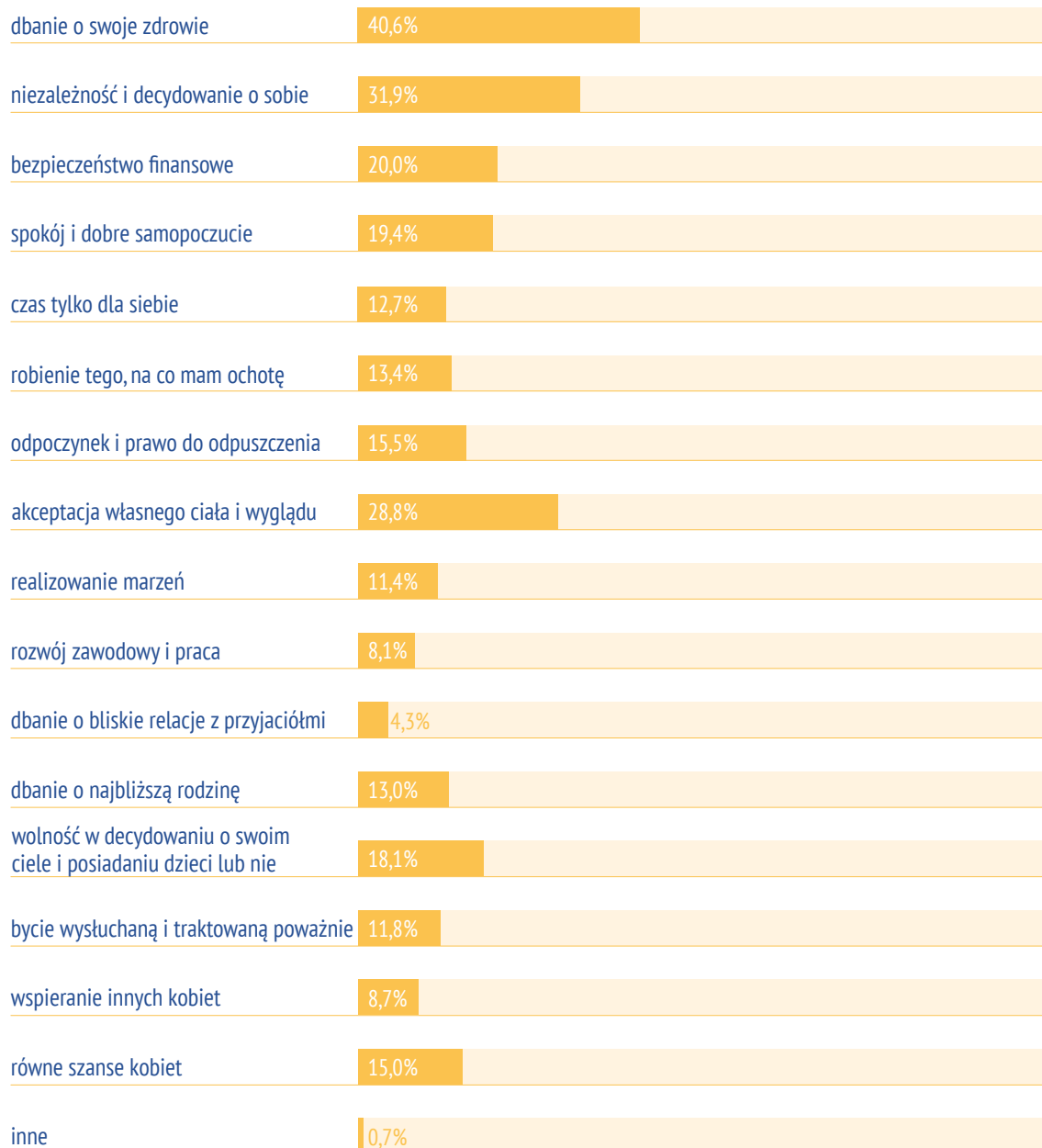
7.5.

Co oznacza dla Polek „w kobiecym interesie”?



Które z poniższych najbardziej kojarzy Ci się z hasłem "w kobiecym interesie"?

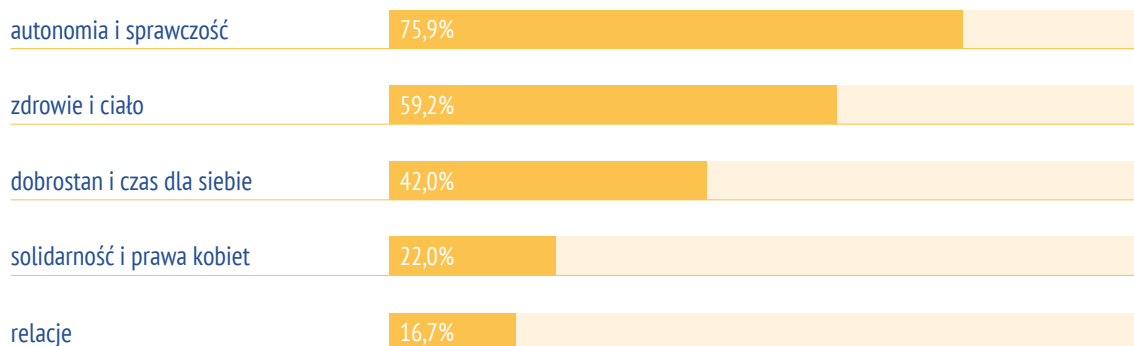
Typ pytania: wielokrotny wybór – maksymalnie 3 odpowiedzi | Próba: N=1000





Które z poniższych najbardziej kojarzy Ci się z hasłem "w kobiecym interesie"? – 5 obszarów

Typ pytania: wielokrotny wybór – maksymalnie 3 odpowiedzi | Próba: N=1000



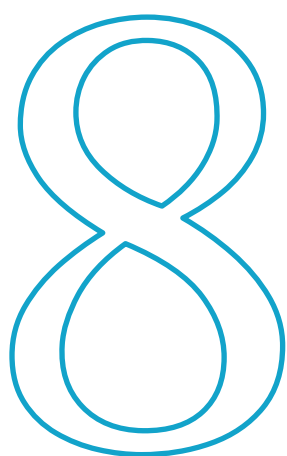
■ **Hasło „w kobiecym interesie” respondentki kojarzą przede wszystkim z autonomią i sprawczością – co najmniej jedną odpowiedź z tego obszaru wskazało 75,9% kobiet.** Ważne miejsce zajmują także **zdrowie i ciało (59,2%)** oraz **dobrostan i czas dla siebie (42%)**. Hasło „w kobiecym interesie” łączy więc w odpowiedziach kobiet możliwość decydowania o sobie z troską o własne zdrowie, ciało i samopoczucie.

■ Jeśli spojrzeć na pojedyncze odpowiedzi, najczęściej wskazywanym skojarzeniem jest **dbanie o swoje zdrowie (40,6%)**. W dalszej kolejności respondentki wskazują **niezależność i decydowanie o sobie (31,9%)** oraz **akceptację własnego ciała i wyglądu (28,8%)**. Wynik dotyczący zdrowia warto jednak interpretować ostrożnie ze względu na tematykę całego badania.

■ **Autonomia i sprawczość obejmują przy tym różne sposoby decydowania o sobie.** Należą do nich m.in. niezależność, robienie tego, na co ma się ochotę, realizowanie marzeń, wolność w decydowaniu o własnym ciele i posiadaniu dzieci oraz bycie wysłuchaną i traktowaną poważnie.

■ **Hasło „w kobiecym interesie” znacznie rzadziej kojarzone jest z solidarnością i prawami kobiet (22%) oraz z relacjami (16,7%).** W porównaniu z autonomią, zdrowiem i dobrostanem wątki wspólnotowe i relacyjne pozostają więc na dalszym planie.

■ **Autonomia i decydowanie o sobie są ważne niezależnie od wieku, ale różni się to, czego ta autonomia dotyczy.** Samą niezależność i decydowanie o sobie wskazuje podobny odsetek najmłodszych kobiet i kobiet 60+ (34,3% i 34%). Wśród kobiet 18-29 lat znacznie częściej pojawia się natomiast wolność decydowania o własnym ciele i posiadaniu dzieci – 30,7% wobec 11,7% w grupie 60+. Z wiekiem częściej pojawia się za to zdrowie: wskazuje je 27,7% najmłodszych kobiet i 48,7% kobiet 60+.



Podejście do profilaktyki a inne obszary

SEKCJA 8:

Podejście do profilaktyki a inne obszary

Aby sprawdzić, z czym wiążą się różne sposoby podejścia do profilaktyki ginekologicznej, odpowiedzi na pytanie o obecne podejście do badań zostały połączone w trzy profile. Profile mają charakter analityczny – powstały przez rekodowanie odpowiedzi na jedno pytanie, a następnie zostały porównane pod względem wcześniejszych doświadczeń, obecnego korzystania z opieki, barier, przekonań, relacji z lekarzem oraz miejsca profilaktyki w dbaniu o siebie.

Zaangażowane, badające się regularnie – 38,0% badanych (n=380): kobiety, które deklarują regularne badania – częste lub „na spokojnie”.

Podejmujące działania profilaktyczne, ale niesystematyczne – 26,7% (n=267): kobiety, które starają się chodzić regularnie, choć różnie z tym bywa.

Działające reaktywnie i unikające profilaktyki – 35,3% (n=353): kobiety, które chodzą głównie wtedy, kiedy coś je zaniepokoi, dopiero gdy naprawdę muszą albo unikają wizyt.

	ZAANGAŻOWANE 38% (380)	NIESYSTEMATYCZNE 26,7% (267)	REAKTYWNE/UNIKAJĄCE 35,3% (353)
DOM RODZINNY I PIERWSZE DOŚWIADCZENIA			
Kobieta, która wychowywała respondentkę, regularnie chodziła na badania profilaktyczne do ginekologa	22,4%	8,2%	7,1%
Nie było rozmów o zdrowiu ginekologicznym i profilaktyce	41,6%	49,4%	54,4%
Powodem pierwszej wizyty była ogólna profilaktyka	45,3%	47,9%	28,3%
OBECNE KORZYSTANIE Z OPIEKI			
Wizyta u ginekologa w ciągu ostatnich 12 miesięcy	84,2%	37,8%	10,5%
Ostatnia wizyta, ponieważ "pamiętałam, że to już pora"	58,9%	51,3%	16,9%
Ostatnia wizyta z powodu niepokojących objawów lub problemu zdrowotnego	11,3%	16,5%	39,7%

	ZAANGAŻOWANE 38% (380)	NIESYSTEMATYCZNE 26,7% (267)	REAKTYWNE/UNIKAJĄCE 35,3% (353)
BARIERY I DOŚWIADCZENIE WIZYTY			
Bariera: długie terminy oczekiwania na NFZ	20,5%	34,5%	25,5%
Nic z wymienionych nie utrudnia regularnego chodzenia na badania	47,9%	20,6%	14,4%
Wizyta wiąże się z dużym lub ogromnym dyskomfortem	5,8%	13,5%	38,2%
Często unika lub odkłada badanie w obawie przed tym, co mogłoby wykazać, albo jest to główny powód odkładania	0,3%	6,4%	36,5%
PRZEKONANIA O PROFILAKTYCE			
Na pytanie o zalecaną częstotliwość wizyt odpowiada "to zależy / trudno powiedzieć" lub "nie wiem"	1,8%	7,5%	22,1%
Nie zgadza się , że brak objawów oznacza, że wszystko jest w porządku	86,3%	71,5%	52,1%
RELACJA Z GINEKOLOGIEM			
Ma stałego ginekologa lub stałą ginekolożkę, do której wraca	88,2%	65,5%	22,1%
W pełni lub raczej ufa obecnemu ginekologowi / obecnej ginekolożce	88,7%	74,5%	49,6%
ROZMOWY Z INNYMI KOBIETAMI			
Z koleżankami / przyjaciółkami właściwie nie rozmawia o zdrowiu ginekologicznym	20,5%	25,8%	43,9%
DBANIE O SIEBIE			
"Dbać o siebie" oznacza m.in. chodzić na badania profilaktyczne	31,1%	24,3%	14,7%

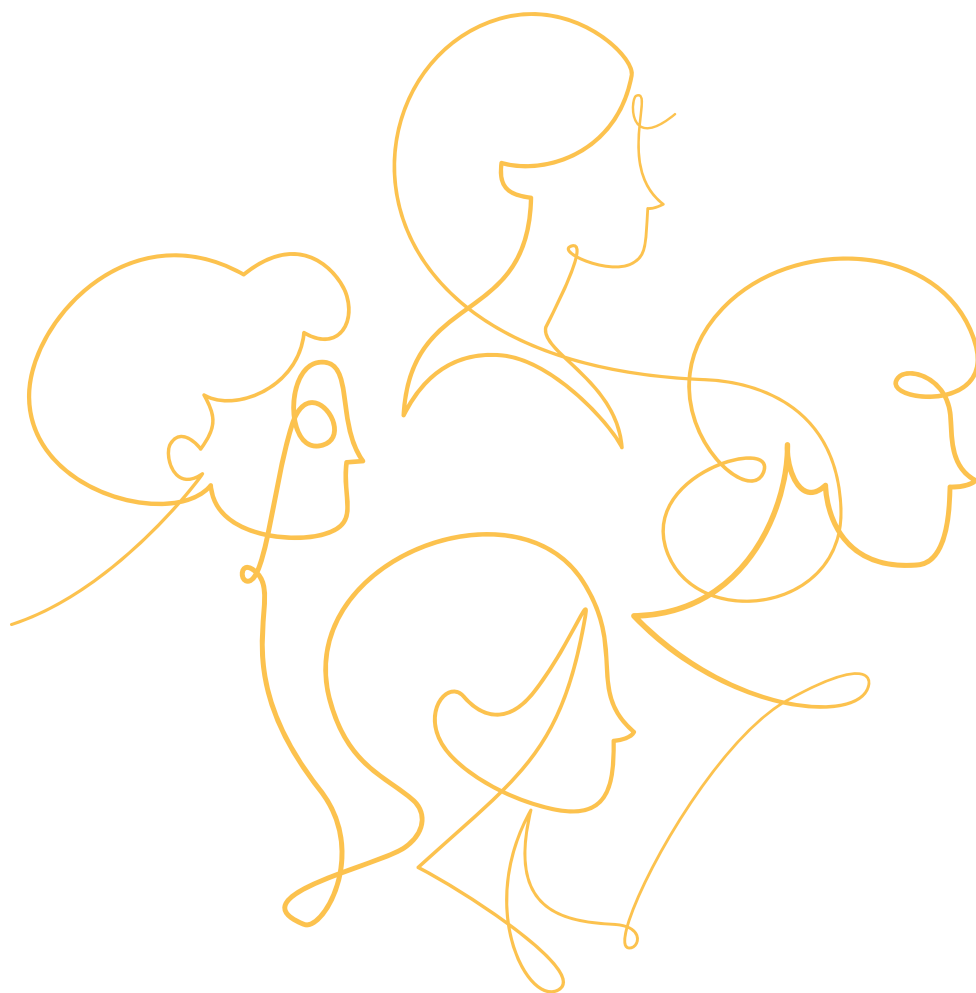
■ **Kobiety zaangażowane wyróżnia przede wszystkim stabilność i rutynowy charakter korzystania z opieki.** 84,2% było u ginekologa w ostatnim roku, 88,2% ma stałego ginekologa lub ginekolożkę, a 88,7% ufa obecnemu lekarzowi. Ich wizyty znacznie częściej wynikają z pamiętania, że „już pora”, a rzadziej z pojawienia się objawów. Rzadziej występują też silny dyskomfort i odkładanie badań w obawie przed tym, co mogłyby wykazać. Profilaktyka częściej jest przez nie traktowana jako jeden z elementów dbania o siebie.

■ **Kobiety niesystematyczne zajmują pozycję pomiędzy dwiema pozostałymi grupami, ale w kilku obszarach są bliższe kobietom zaangażowanym.** Ponad połowa umawia ostatnią wizytę dlatego, że pamięta, że już pora (51,3%), 65,5% ma stałego ginekologa lub ginekolożkę, a 74,5% ufa obecnemu lekarzowi. Jednocześnie częściej niż w grupie zaangażowanej pojawiają się przeszkody utrudniające utrzymanie regularności – przede wszystkim długie terminy oczekiwania na NFZ, ale także większy dyskomfort związany z wizytą. W ich przypadku problemem nie wydaje się więc brak uznania profilaktyki za potrzebną, ale trudność w utrzymaniu jej regularności.

■ **Wśród kobiet działających reaktywnie i unikających częściej współwystępuje kilka rodzajów trudności.** 39,7% umawia ostatnią wizytę z powodu niepokojących objawów lub problemu zdrowotnego, 38,2% odczuwa duży lub ogromny dyskomfort, a 36,5% często unika lub odkłada badania w obawie przed tym, co mogłyby wykazać, albo wskazuje tę obawę jako główny powód odkładania. Tylko 22,1% ma stałego ginekologa lub ginekolożkę, a 49,6% ufa obecnemu lekarzowi. Częściej pojawia się również niepewność dotycząca tego, jak często należy korzystać z wizyt, a rzadziej profilaktyka jest traktowana jako element dbania o siebie.

■ **Profile różnią się także tym, co buduje zaufanie do ginekologa.** W grupie zaangażowanej częściej wskazywane są fachowość i kompetencja lekarza (60,3%). Wśród kobiet niesystematycznych i reaktywnych częściej niż w grupie zaangażowanej pojawia się brak oceniania prywatnych decyzji (33,0% i 35,4% wobec 21,6%); komfort i delikatność wskazuje odpowiednio 52,4% i 55,0%, wobec 47,6% kobiet zaangażowanych. Może to być związane z tym, że dla kobiet, którym wizyta sprawia większą trudność, sposób jej przebiegu i poczucie bezpieczeństwa mają szczególne znaczenie.

■ **Różnice między profilami nie sprowadzają się do wieku ani do jednej cechy społeczno-demograficznej.** W grupie reaktywnej i unikającej częściej znajdują się kobiety z wykształceniem podstawowym lub zawodowym (34,8%), w trudnej sytuacji materialnej (23,2%), bez partnera lub partnerki (34,1%) oraz bez dzieci (34,7%). Kobiety zaangażowane częściej pracują zawodowo (53,9%) i częściej deklarują dobrą sytuację materialną (26,1%). Różnice wieku są mniej jednoznaczne – wśród reaktywnych większy niż w pozostałych profilach jest udział kobiet 18-29 lat (18,7%), natomiast wśród niesystematycznych największy jest udział kobiet 60+ (40,1%). **Sposób korzystania z profilaktyki współwystępuje więc zarówno z doświadczeniami i nastawieniem do wizyt, jak i z szerszą sytuacją życiową kobiet.**



9

Najważniejsze różnice pokoleniowe

SEKCJA 9:

Najważniejsze różnice pokoleniowe

1. Największa zmiana pokoleniowa dotyczy doświadczeń wyniesionych z domu rodzinnego

■ **Jedna z najbardziej spójnych różnic między grupami wiekowymi dotyczy doświadczeń wyniesionych z domu rodzinnego.**

■ Najmłodsze kobiety dorastały w bardziej otwartej kulturze rozmowy o ciele i zdrowiu intymnym. Przykładowo o miesięczce otwarcie i swobodnie rozmawiało się w domu 39,4% kobiet w wieku 18-29 lat, wobec 13,1% kobiet 60+.

■ Podobnie jest w przypadku zdrowia ginekologicznego: brak rozmów deklaruje **27% kobiet 18-29 lat**, ale już **49,2% kobiet 30-44 lata, 51,7% kobiet 45-59 lat i 53,2% kobiet 60+**. Zmiana nie przebiega więc równomiernie między kolejnymi grupami wiekowymi – najmłodsze wyróżniają się także na tle kobiet trzydziesto- i czterdziestoletnich.

■ Podobny wzór widać w odniesieniu do zachowań matek i opiekunek: regularnie badającą się matkę lub opiekunkę pamięta 25,5% najmłodszych kobiet i 6,4% kobiet 60+.

■ Wyniki te są spójne z wywiadami pogłębionymi: w doświadczeniach starszych kobiet zdrowie intymne częściej wiązało się z tabu, seksualnością i oceną moralną; wśród młodszych takich historii jest mniej, choć tabu nie zniknęło całkowicie.

2. Większa otwartość najmłodszych nie oznacza mniejszego napięcia wokół wizyty

■ **Młode kobiety wychowały się w bardziej otwartej kulturze rozmowy o ciele i zdrowiu intymnym, ale jednocześnie częściej niż starsze obawiają się oceny w gabinecie.** Wśród 18-29-latek częściej pojawia się napięcie związane z przygotowaniem do wizyty, higieną, życiem seksualnym, decyzjami dotyczącymi dzieci czy orientacją.

■ 38% najmłodszych często lub zawsze zastanawia się, jak lekarz oceni ich przygotowanie do wizyty – wśród kobiet 60+ jest to 16,4%. Napięcie i obawę przed oceną jako barierę wskazuje 29,9% najmłodszych wobec 15% najstarszych.

■ **Paradoksalnie więc to starsze kobiety rzadziej deklarują obawy przed oceną w gabinecie.** Nie oznacza to jednak, że sama wizyta wiąże się dla nich z mniejszym dyskomfortem – różnica dotyczy przede wszystkim tego, na ile obawiają się oceny swojego ciała, przygotowania czy prywatnych wyborów.

■ **Większa otwartość na rozmowę o ciele i zdrowiu intymnym nie oznacza więc automatycznie mniejszego skrępowania związanego z oceną.** Wyniki są spójne z wywiadami pogłębionymi. Zmienił się społeczny wzorzec kobiety świadomej i swobodnej w kontakcie z własnym ciałem, ale sam wstyd nie zniknął. Dla części kobiet dodatkowym źródłem napięcia może być poczucie, że nie powinny już odczuwać skrępowania.

3. Zmieniają się także oczekiwania wobec ginekologa

■ **Dla najmłodszych szczególnie ważne są bezpieczeństwo relacji i brak oceny.** 43,1% wskazuje jako element budujący zaufanie brak oceniania i ingerowania w prywatne decyzje, 56,2% – poważne traktowanie objawów, a 62% – komfort i delikatność.

■ Wśród kobiet 60+ częściej na pierwszy plan wysuwają się **fachowość i kompetencja lekarza – 62,7%**. Między grupami wiekowymi inaczej rozkładają się więc akcenty dotyczące tego, co buduje zaufanie. W wywiadach pogłębionych pojawia się podobna różnica: młodsze częściej podkreślają znaczenie podmiotowego traktowania i standardu relacji, podczas gdy starsze mocniej akcentują merytoryczność lekarza.

■ **Do tego dochodzi płeć lekarza – największe znaczenie ma dla najmłodszych.** 32,1% chodzi wyłącznie do ginekolożek, a łącznie kobietę jako ginekologa preferuje 56,2% tej grupy.

4. Większa otwartość młodszych kobiet nie oznacza częstszego korzystania z opieki – najczęściej z wizyt korzystają kobiety 30–59

■ W ostatnich 12 miesiącach u ginekologa było **45,3% kobiet 18-29 lat, 57,3% kobiet 30-44 lata, 51,7% kobiet 45-59 lat i 33,7% kobiet 60+.**

- Podobnie wygląda cytologia wykonana w ostatnim roku: **35,8%, 50,4%, 43,8% i 28,4%**.
- **Najczęściej z opieki ginekologicznej korzystają więc obecnie kobiety 30–59.** Przy interpretacji wyników dotyczących konkretnych badań trzeba jednak uwzględnić etap życia oraz różne wskazania do ich wykonywania – nie można traktować ich jako prostego wskaźnika lepszej lub gorszej profilaktyki.
- W grupie 30-44 lata **29,8% deklaruje, że obecnie bada się częściej niż kiedyś** – najwięcej spośród wszystkich grup wiekowych.
- **Wśród kobiet 60+ pojawia się natomiast ciekawe napięcie: zdrowie nabiera większego znaczenia, ale u części kobiet jednocześnie słabnie poczucie potrzeby wizyt ginekologicznych.** Wśród tych, które obecnie korzystają z badań rzadziej, 45,5% uzasadnia to przekonaniem, że w ich wieku badania nie są już tak potrzebne.

5. Z wiekiem zmienia się znaczenie zdrowia i dbania o siebie

- Wśród najmłodszych większe znaczenie mają praca, rozwój, sytuacja finansowa, relacje partnerskie i autonomia. Wśród kobiet 60+ częściej na pierwszy plan przechodzą **zdrowie, sprawność, spokój i utrzymanie obecnego sposobu życia.**
- Chęć zachowania sprawności i samodzielności jako motywację do dbania o zdrowie wskazuje **41,6% kobiet 18-29 lat i 67,4% kobiet 60+.**
- **Nie oznacza to jednak, że autonomia traci znaczenie w starszych grupach wiekowych.** Niezależność i decydowanie o sobie jako skojarzenie z hasłem „w kobiecym interesie” wskazuje niemal taki sam odsetek najmłodszych i najstarszych kobiet – 34,3% i 34%.
- Różni się raczej to, czego autonomia dotyczy. Najmłodsze częściej wskazują **wolność decydowania o swoim ciele i posiadaniu dzieci** – 30,7% wobec 11,7% w grupie 60+. Jednocześnie wraz z wiekiem częściej pojawia się dbanie o zdrowie – od 27,7% wśród kobiet 18-29 lat do 48,7% wśród kobiet 60+.

Cztery pokolenia – co je wyróżnia?

18-29 lat – większa otwartość, ale też większe napięcie

Najmłodsze kobiety dorastały w bardziej otwartej kulturze rozmowy o ciele, miesiączce i zdrowiu ginekologicznym. Częściej niż starsze respondentki pamiętają też z domu wzorec matki lub opiekunki, która regularnie chodziła na badania.

Jednocześnie **w tej grupie częściej pojawiają się obawy przed oceną w gabinecie** – związane z przygotowaniem do wizyty, higieną, seksualnością czy decyzjami życiowymi. Najmłodsze kobiety częściej preferują również ginekolożki, a w relacji z lekarzem szczególnie ważne są dla nich delikatność, poważne traktowanie oraz brak oceniania.

Nie jest to jednak grupa, która bada się najbardziej regularnie. **19% kobiet w wieku 18-29 lat deklaruje unikanie wizyt – najwięcej spośród czterech grup wiekowych.** Dla części z nich znaczenie może mieć znalezienie lekarza, któremu ufają – wśród najmłodszych kobiet, które obecnie badają się częściej niż wcześniej, 34,4% wskazuje właśnie ten powód.

30-44 lata – częstsza profilaktyka, ale też brak czasu i odkładanie własnych potrzeb

Kobiety w wieku 30-44 lat **najczęściej korzystają z opieki ginekologicznej** – w tej grupie najwyższe są odsetki wizyt, cytologii i USG ginekologicznego wykonanych w ostatnim roku. To również one najczęściej deklarują, że obecnie badają się częściej niż wcześniej.

Jednocześnie właśnie w tej grupie najczęściej pojawia się brak czasu jako bariera – wskazuje go 26% kobiet. Znaczenie mają także koszty i trudności organizacyjne.

W tej grupie częściej niż w pozostałych pojawia się również motywacja związana z bliskimi – 43,5% kobiet deklaruje, że chce być zdrowa dla bliskich. **To także grupa, która najczęściej deklaruje odkładanie siebie i własnych potrzeb na później – dotyczy to 59,5% kobiet w wieku 30-44 lat.**

45-59 lat – bardziej ustabilizowane korzystanie z opieki

Kobiety w wieku 45-59 lat **najczęściej mają wieloletnią relację ze statym ginekologiem** – 52,1% wraca do tej samej osoby od ponad trzech lat. Nadal stosunkowo często korzystają z opieki, a obawy związane z oceną w gabinecie pojawiają się rzadziej niż w młodszych grupach wiekowych.

W tej grupie zdrowie częściej pojawia się także wśród najważniejszych życiowych priorytetów – wskazuje je 43% kobiet. Wśród tych, które obecnie badają się częściej niż wcześniej, 41,8% mówi, że weszły w wiek, w którym czują, że trzeba bardziej uważać na zdrowie.

Ciekawy jest kontrast między ich obecnym korzystaniem z opieki a wzorcami wyniesionymi z domu rodzinnego. Kobiety 45-59 lat dorastały w warunkach mniejszej otwartości na rozmowy o zdrowiu intymnym, a jednocześnie dziś stosunkowo często korzystają z badań i najczęściej mają stałego ginekologa od ponad trzech lat.

60+ – zdrowie i sprawność na pierwszym planie, ale wizyty ginekologiczne stają się rzadsze

Wśród kobiet 60+ **zdrowie, sprawność, samodzielność i możliwość utrzymania dotychczasowego sposobu życia należą do najważniejszych priorytetów.** Chęć zachowania sprawności i samodzielności jest w tej grupie szczególnie częstą motywacją do dbania o zdrowie.

Jednocześnie kobiety 60+ rzadziej odwiedzają ginekologa i częściej uznają, że wizyty nie muszą odbywać się co roku. Wśród tych, które obecnie korzystają z badań rzadziej niż wcześniej, 45,5% wskazuje przekonanie, że w ich wieku badania nie są już tak potrzebne. Dla części znaczenie ma również zakończenie etapów życia, które wcześniej wiązały się z częstszymi wizytami – np. ciąży czy korzystania z antykoncepcji.

Niektóre bariery praktyczne mają w tej grupie mniejsze znaczenie niż wśród młodszych kobiet. Brak czasu wskazuje tylko 3,1% kobiet, a 39,6% deklaruje, że żaden z wymienionych czynników nie ogranicza ich regularnego korzystania z badań.

Kobiety 60+ dorastały w czasach, gdy o zdrowiu intymnym rozmawiało się znacznie rzadziej, a w historiach z wywiadów częściej pojawiają się doświadczenia wstydu związanego z ciałem i seksualnością. **Paradoksalnie dziś to właśnie starsze kobiety rzadziej niż młodsze obawiają się oceny własnego wyglądu, seksualności czy przygotowania do wizyty.** Wstyd może nadal pozostawać częścią doświadczenia, ale nie musi już oznaczać silnej obawy przed tym, jak zostaną ocenione w gabinecie.

RAPORT PRZYGOTOWANY NA ZLECENIE



GEDEON RICHTER POLSKA

PATRONAT MEDIALNY

