

# Opieka ginekologiczna wśród młodych kobiet w Polsce z zastosowaniem technologii medycznych

## *Gynaecological care among young women in Poland with the use of the medical technologies*

Marta Piróg, Marta Podgórnjak,  
Maciej Putowski, Jacek Zawiślak,  
dr n. med. Monika Sadowska, Olga Padała

Koło Naukowe przy Pracowni Techniki  
Diagnostycznych UM w Lublinie, Polska

### Streszczenie

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie aktualnej sytuacji opieki ginekologicznej wśród młodych Polek. Badania wskazują, że tylko 16% Polek decyduje się na pierwszą wizytę u lekarza ginekologa w momencie rozpoczęcia dojrzewania płciowego, tj. między 13. a 15. rokiem życia. Najwięcej, bo aż 48% Polek odbywa pierwszą wizytę w wieku pomiędzy 16. a 19. rokiem życia, zaś 21% powyżej 20 lat. Po osiągnięciu dojrzałości każda kobieta powinna regularnie odbywać wizyty w gabinecie ginekologicznym. Zalecane jest wykonywanie badania ginekologicznego przynajmniej raz w roku. Według danych z 2014 roku do regularnego korzystania z porad ginekologa przyznaje się 74% Polek, podczas gdy 18% chodzi na wizyty sporadycznie lub była raz, a 8,3% nigdy nie odbyła wizyty. Profilaktyka raka szyjki macicy jest jednym z ważniejszych elementów opieki ginekologicznej. Szczepieniu przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego, mogącego wywołać ten nowotwór, poddawanych jest wciąż bardzo mało kobiet. Wśród Polek nie został wykształcony także nawyk regularnych badań profilaktycznych w zakresie rozwoju raka szyjki macicy. W 2013 roku 77% kobiet w Polsce stosowało metody antykoncepcyjne, jednak wiedza na ten temat jest wciąż na niskim poziomie.

**European Journal  
of Medical Technologies**  
2014; 3(4): 17-23

Copyright © 2014 by ISASDMT  
All rights reserved  
www.medical-technologies.eu  
Published online 12.11.2014

### Adres do korespondencji:

Pracownia Techniki  
Diagnostycznych,  
Uniwersytetu Medycznego  
w Lublinie, 20-081  
Lublin ul. Staszica 4,  
tel. 81 448 68 20

### Słowa kluczowe:

opieka ginekologiczna,  
profilaktyka nowotwo-  
rowa, antykoncepcja

## Abstract

The purpose of this article is to present the current situation of the gynecological care among young Polish women. The studies indicate that only 16% of Polish women opt for the first appointment with a gynecologist at the beginning of puberty, that is between 13 and 15 years of age. The largest group, 48% of Polish women held the first visit at the age between 16 and 19 years old, and 21% – over 20 years old. After reaching maturity, every woman should take a gynecological visit regularly. It is recommended to have a pelvic examination performed at least once a year. According to data from 2014, 74% of Polish women admit to consulting the gynecologist regularly, while 18% does it occasionally or did it once and 8% had never held a visit. The prevention of the cervical cancer is one of the most important elements of the gynecological care. The vaccination against Human Papilloma Virus, which may cause this cancer, is still not very popular among women. The habit of regular preventive examinations has not been developed among Polish women, as well. In 2013, 77% of women in Poland used a contraceptive methods, however, a knowledge of the subject is still at a low level.

## Key words:

gynecological care, cancer prevention, contraception

## Wprowadzenie

Opieka ginekologiczna niezaprzeczalnie stanowi istotny element ochrony zdrowia kobiety. Od okresu pokwitania aż do późnej starości każda kobieta powinna być otoczona opieką adekwatną do jej wieku i potrzeb. Warto jednak zauważyć, iż badanie ginekologiczne należy do najbardziej intymnych procedur medycznych, która może wywołać u wielu kobiet poczucie wstydu i zażenowania [1]. Dlatego właśnie lekarz powinien wykazać się dużą empatią i podjąć starania o ukształtowanie odpowiedniej postawy wobec seksualności pacjentki [2]. Jest to szczególnie ważne podczas pierwszego badania ginekologicznego, ponieważ dyskomfort odczuwany podczas pierwszej wizyty może powodować niechęć do korzystania z opieki specjalisty w przyszłości [3]

Kluczowym aspektem opieki ginekologicznej jest profilaktyka, do której zalicza się samoobserwację pacjentki, odbywanie regularnych wizyt oraz poddawanie się badaniom specjalistycznym, takim jak badanie cytologiczne lub mammografia. Aby profilaktyka przynosiła pożądany skutek, konieczna jest aktywna postawa samych kobiet [4], dlatego personel medyczny powinien zadbać o odpowiednią edukację pacjentek w obszarze zdrowia ginekologicznego.

Dużą rolę pełnią kampanie społeczne, które mają za zadanie przybliżyć kobietom zagadnienia związane ze zdrowiem intymnym i przełamać niechęć do korzystania z porad specjalistów.

Poniższy artykuł skupia się na analizie problemu opieki ginekologicznej wśród młodych pacjentek w Polsce.

## Pierwsza wizyta ginekologiczna

Pierwsza wizyta ginekologiczna bywa dla młodych pacjentek stresującym przeżyciem, dlatego wymaga więcej niż wykonania rzetelnego badania fizykalnego. Niezwykle ważne są również odpowiednia atmosfera i stosunek lekarza do pacjentki, które stanowią podstawę pozytywnego nastawienia młodych dziewcząt do badań ginekologicznych w przyszłości [5]. Istotnym zagadnieniem jest wiek, w którym młoda kobieta podejmuje inicjatywę odwiedzenia gabinetu ginekologicznego. Badania wskazują, że około 16% Polek decyduje się na pierwszą wizytę u lekarza ginekologa między 11. a 15. rokiem życia. Najwięcej, bo aż 48%, przypada na wiek pomiędzy 16. a 19. rokiem życia, zaś 21% Polek ma wówczas powyżej 20 lat [6].

American College of Obstetricians and Gynecologists zaleca odbycie pierwszej wizyty ginekologicznej między 13. a 15. rokiem życia [7]. Wczesne rozpoczęcie takiej opieki sprzyja zdobyciu rzetelnej wiedzy o własnej fizjologii i zbudowaniu świadomości własnego zdrowia. W Polsce wizyta w tym wieku należy do rzadkości – najczęściej odbywa się ona z powodu wystąpienia poważnych dolegliwości, co potęguje strach i wywołuje negatywne skojarzenia z wizytą u ginekologa [4].

Nadrzędnym celem pierwszej wizyty ginekologicznej powinno być zapewnienie opieki zapobiegawczej i odpowiedniej do wieku edukacji [8]. Według badania z 2013 roku tylko 28% respondentek wskazało jako powód dla takiej wizyty fakt, iż nastąpił odpowiedni moment. Kolejne 13% badanych udało się na wizytę w celu dobrania odpowiedniej metody antykoncepcji, a dla 11% badanych motywacją było zasięgnięcie porady przed rozpoczęciem współżycia [9]. U pacjentek, które nie ukończyły 18. roku życia, z punktu widzenia prawnego dla przeprowadzenia wizyty lekarskiej konieczna jest obecność opiekuna prawnego. Według sondażu kobietom, które decydują się na ten krok w młodym wieku, zazwyczaj towarzyszy matka, co oceniają jako ważne wsparcie [10]. Obecność rodzica lub opiekuna jest pomocna dla zapewnienia komfortu psychicznego, ułatwienia relacji lekarz–młody pacjent oraz umożliwia uzyskanie informacji dotyczącej historii medycznej rodziny. Należy zaznaczyć, że druga część badania powinna odbywać się bez towarzystwa członków rodziny, gdyż obecność ich może sprzyjać utajeniu intymnych informacji przez pacjentkę, a tym samym zaburzyć wywiad. O fakcie tym pacjentka wraz z opiekunem powinni zostać poinformowani na początku wizyty [11].

Według zaleceń prawidłowy wywiad powinien uwzględniać historię przebytych chorób, zabiegów i operacji, wiek pierwszej miesiączki, charakterystykę cyklu miesięcznego, przyjmowanie leków, w tym także środków antykoncepcyjnych, zmianę masy ciała i stosowanie diet odchudzających, choroby dziedziczne w rodzinie, silne przeżycia emocjonalne i stres psychologiczny oraz pytania dotyczące ewentualnych dolegliwości, z jakimi zgłasza się pacjentka [4]. Każda procedura powinna być poprzedzona

dokładnym wyjaśnieniem celu oraz charakteru badania. W przypadku użycia narzędzi medycznych wskazane jest zademonstrowanie pacjentce sposobu ich działania. U pacjentek, które mają nienaruszoną błonę dziewiczą, należy dodatkowo uwzględnić, iż pomimo wykazanej delikatności badanie może okazać się bolesne [3].

## Opieka ginekologiczna w okresie dojrzałości płciowej

Każda kobieta w wieku dojrzałym powinna dbać o regularność wizyt w gabinecie ginekologicznym. Rekomendowane jest wykonywanie badania ginekologicznego przynajmniej raz w roku, po zakończeniu krwawienia miesięcznego [4]. Według danych z 2014 roku do regularnego korzystania z porad ginekologa przyznaje się 74% Polek, podczas gdy 18% chodzi na wizyty sporadycznie lub była raz. Pozostałe 8,3% to kobiety, które nie korzystały jeszcze z wizyty u specjalisty, przy czym przeważająca część tej grupy to osoby z grupy wiekowej 16-25 lat [12]. Część kobiet, które nie chodzą na wizyty ginekologiczne regularnie, przyznaje, że jest to spowodowane odczuwanym wstydem i zakłopotaniem podczas badania [12]. Dlatego niezwykle ważne jest zachowanie warunków intymności podczas każdej wizyty, a także zapewnienie odpowiednich warunków do przebrania się oraz dostępu do materiałów sanitarnych, takich jak ręczniki, tampony czy podpaski. Wywiad z pacjentką powinien być przeprowadzany bez obecności osób trzecich, gdyż zapewnia to intymną atmosferę i zmniejsza uczucie skrępowania [3]. Co ciekawe, zdecydowana większość Polek decyduje się na wybór prywatnej opieki ginekologicznej. Z takiego rodzaju wizyt korzysta 49,3% kobiet, kolejne 24,3% uczęszcza do ginekologa zarówno prywatnie, jak i państwowo, a wyłącznie z opieki państwowej korzysta 26,4% [12]. Dzieje się tak, chociaż świadczenia ginekologiczno-położnicze należą do nielicznej grupy świadczeń specjalistycznych dostępnych bez skierowania, a dostępności lekarzy ginekologów jest stosunkowo dobra (w 2012 roku jeden specjalista z dziedziny ginekologii i położnictwa za specjalizacją II stopnia przypadał na dziesięć tysięcy mieszkańców, znacznie

przewyższając tym samym liczbę okulistów czy dermatologów) [13]. Świadczy to zatem o lepszej jakości usług w prywatnych gabinetach. Pacjentki, które wybierają opiekę prywatną, przede wszystkim zwracają uwagę na większe poczucie bezpieczeństwa dzięki indywidualnemu podejściu, poszanowanie intymności i lepsze warunki higieniczne [12].

U młodych, zdrowych kobiet największy nacisk kładziony jest na działania profilaktyczne. W ginekologii obejmują one zapobieganie różnym chorobom narządu rodowego, na przykład nowotworom, stanom zapalnym, zaburzeniom cyklu miesięczkowego, a oprócz tego również niepłodności małżeńskiej i niepomyślnemu zakończeniu ciąży [4]. Do profilaktyki pierwotnej zalicza się stosowanie szczepień ochronnych, popularyzację zasad higieny osobistej, zwalczanie szkodliwych dla zdrowia przyzwyczajień i nałogów, wczesne wykrywanie i leczenie chorób, wykonywanie badań diagnostycznych oraz przeciwdziałanie rozpowszechnianiu się chorób zakaźnych [4].

## Profilaktyka raka szyjki macicy

Polska jest krajem o wysokim wskaźniku zachorowalności i umieralności na choroby nowotworowe, czego znaczącą przyczyną jest niska popularność populacyjnych programów diagnostycznych i leczenia nowotworów oraz opóźnienie ich wprowadzania w stosunku do innych krajów europejskich [14]. Najczęstsze „kobiece” nowotwory, dla których istnieją powszechne programy wczesnego wykrywania, to rak piersi oraz rak szyjki macicy. Profilaktyka mammograficzna obowiązuje kobiety powyżej 50. roku życia, podczas gdy profilaktyka raka szyjki macicy dotyczy szerszej grupy wiekowej, w tym również młodych kobiet.

Do profilaktyki raka szyjki macicy służą przesiewowe badania cytologiczne oraz testy na obecność wirusa HPV. Współwystępowanie obecności wirusa stwierdza się w 99% przypadków zachorowań [15]. Prawdopodobieństwo zarażenia wirusem zmniejsza zastosowanie szczepionki przeciwvirusowej – dwuwalentnej przeciwko typom 16 i 18 lub czterowalentnej poszerzonej o typy 6 oraz 11 [17]. Szczepienie

jest zasadne jedynie przed zarażeniem wirusem, stąd rekomendacje wskazują, że rutynowe szczepienie powinno odbyć się w wieku 12-15 lat. W Polsce zdecydowana większość dorosłych kobiet nie jest zaszczepiona. Szczepienie to nadal pozostaje na liście szczepień zalecanych, podczas gdy już 19 krajów Europy podjęło decyzję o jego refundacji [16].

Wskazania dotyczące rozpoczęcia profilaktyki raka szyjki macicy wykazują duże zróżnicowanie w zależności od kraju. W Stanach Zjednoczonych przyjmuje się za prawidłowość okres do trzech lat od podjęcia inicjacji seksualnej i jednocześnie nie później niż w 21. roku życia. Badania powinny być powtarzane co roku. Zaprzestanie badań rekomendowane jest dla wieku 70 lat, jeżeli trzy poprzednie badania nie wykazały zmian dysplastycznych [18]. Co budujące, Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych podaje podobne zalecenia kobietom w Polsce. Badania te rekomendowane są w interwale 1 do 3 lat. Górna granica dotyczy kobiet po 30. roku życia, u których w trzech poprzednich badaniach nie wykazano zmian dysplastycznych [19].

Profilaktyka cytologiczna pozwala na wykrycie zmian nowotworowych w ich wczesnym stadium dającym znacznie lepsze rokowania. W przypadku rozpoznania zmiany nowotworowej o charakterze miejscowym szansa przeżycia przynajmniej 5 lat dotyczy 92% kobiet. Wykrycie choroby w fazie przerzutowej daje tę szansę jedynie 13% kobiet [20]. Należy zatem popularyzować to badanie w grupie młodych pacjentek, tym bardziej że częstość występowania raka szyjki macicy w populacji młodych kobiet w Polsce zajmuje drugą pozycję (ogółem wśród kobiet – szóstą). Stanowi 9% zachorowań i 12% wszystkich zgonów na nowotwory w przedziale wiekowym od 20 do 44 lat [14]. Co więcej, jest to badanie nieinwazyjne i niebolesne, a nieprawidłowe pobranie wymazu jest rzadkością – w latach 2007-2010 ogół rozmazów nie nadających się do oceny nie przekroczył 1,14% [21].

W polskim społeczeństwie nie został wykształcony nawyk regularnych badań profilaktycznych w zakresie rozwoju raka szyjki macicy. W latach 2007-2010 odsetek przebadanych kobiet wynosił kolejno: 21,25%, 24,39%, 26,77%, 17,41%. Największy odsetek kobiet został zbadany w województwach: warmińsko-mazurskim, zachodniopomorskim, opolskim

i lubelskim. Najmniejszą populację kobiet zbadano w województwach wielkopolskim, mazowieckim, małopolskim i łódzkim [21]. Częściej w badaniu uczestniczą kobiety z wyższym wykształceniem i statusem społeczno-ekonomicznym, pracujące na pełen etat, żyjące w miastach powyżej 500 tys. mieszkańców oraz będące w związku (formalnym lub nieformalnym). Młode kobiety (18-30 lat) rzadziej decydują się na badanie niż osoby ze starszej grupy wiekowej [15].

Najważniejsze powody, dla których młode Polki (18-30 lat) rezygnują z udziału w badaniach cytologicznych, to: konieczność czekania w kolejkach, uznanie badania za sprawę nisko priorytetową, niepokój przed rozpoznaniem zmian nowotworowych oraz brak rozmów o badaniach cytologicznych z matką. Bariery, takie jak poczucie dyskomfortu, cena badania czy płęć lekarza, uznają za mniej istotne. Wśród młodych Polek nie jest popularne przekonanie, że brak symptomów oznacza brak choroby. Do korzyści, jakie daje profilaktyka cytologiczna, młode kobiety zaliczają natomiast: możliwość detekcji choroby i szansę wyleczenia, zwiększenie poczucia bezpieczeństwa, komfortu psychicznego, poprawę relacji z partnerem oraz nabranie przekonania o właściwym dbaniu o swoją osobę [15]. Obserwacje klinicystów wskazują, że apele lękowe i zaproszenia na badania cytologiczne nie należą do skutecznych metod zachęcających kobiety do udziału w badaniach – wiele kobiet uważa je za irytujące, a myśl o ewentualnym rozpoznaniu nowotworu zwiększa niechęć do wykonania cytologii [22]. Rolą ginekologa oraz kampanii społecznych powinno być zatem zwalczanie barier i ukazywanie korzyści, jakie wynikają z uczestnictwa w badaniach z zakresu profilaktyki raka szyjki macicy

## Antykoncepcja wśród młodych kobiet

Najczęstszym z oczekiwań młodych kobiet w stosunku do lekarza ginekologa jest pomoc w wyborze najlepszej metody antykoncepcyjnej dla badanej, jak i udzielenie informacji o korzyściach i działaniach niepożądanych wynikających ze stosowania poszczególnych metod. Ginekolog ma obowiązek przekazać niezbędną wiedzę oraz wytłumaczyć

wszelkie niejasności. Niestety niepokojącym jest fakt, że znaczna część młodych Polek czerpie tę wiedzę z internetu, co sprzyja powielaniu mitów oraz niewłaściwej profilaktyce zdrowia seksualnego [6]. Badanie z 2013 roku wykazało, że aż 77% kobiet stosuje metody antykoncepcyjne. Wśród nich, aż 36% stosuje najmniej skuteczne metody, jakimi są stosunek przerywany oraz okresowa absencja, natomiast najczęściej używanymi metodami sztucznymi są prezerwatywy oraz doustne tabletki antykoncepcyjne [6, 23]. Nowoczesne metody antykoncepcji hormonalnej, takie jak plaster antykoncepcyjny, implant czy pierścień dopochwowy, stosuje znikomy procent (1-3%), co związane jest z znikomą wiedzą młodych kobiet na temat antykoncepcji [6].

Zgodnie ze stanowiskiem Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego najwłaściwszym sposobem zapobiegania ciąży u nastolatek jest znacznie skuteczniejsza, nowoczesna antykoncepcja. Zalecenie dwuskładnikowej terapii antykoncepcyjnej (DTA) u młodocianych należy indywidualizować i uzależnić od stopnia dojrzałości fizycznej i psychicznej oraz wpływu na zdrowie reprodukcyjne. Przy braku przeciwwskazań uznaje się DTA jako metodę z wyboru [24]. Aktualne zalecenia WHO podkreślają, że w tej grupie wiekowej powinno się stosować metodę podwójnego zabezpieczenia, w postaci wysoce skutecznej metody antykoncepcyjnej w połączeniu z prezerwatywą. Pozwala to na zabezpieczenie przed niechcianą ciążą, jak i chorobami [25]. Barieryne metody mają stosunkowo niską skuteczność szczególnie w tej grupie wiekowej i nie są zalecane jako stały środek antykoncepcyjny. Mają one wysoki wskaźnik Pearl'a i aż 15% kobiet wykorzystujących tę metodę zachodzi w ciążę podczas pierwszego roku jej stosowania. Kluczowym jest jednak fakt, że prezerwatywy istotnie zabezpieczają przed infekcjami przenoszonymi drogą płciową [26].

Przed decyzją o odpowiedniej antykoncepcji konieczne jest wnikliwe badanie: dokładny wywiad lekarski, ogólne badanie fizykalne, pomiar ciśnienia tętniczego krwi, badanie gruczołów piersiowych, badanie ginekologiczne, rozmaz cytologiczny, badanie bakteriologiczne, test ciążowy, badania laboratoryjne w wybranych sytuacjach klinicznych, a w przypadku występowania zaburzeń cyklu miesięczkowego

i innych zaburzeń endokrynologicznych – wybrane oznaczenia hormonalne [27]. Wybór metody antykoncepcyjnej powinien być wysoce specyficzny, dostosowany do potrzeb młodej pacjentki oraz oparty na korzyściach i możliwych skutkach ubocznych. Istotnym problemem, który należy wziąć pod uwagę, jest fakt, że dla tej grupy charakterystyczna jest znacznie mniejsza skuteczność metod antykoncepcyjnych wynikająca z nieprawidłowego ich stosowania w porównaniu ze stosowaniem u dorosłych kobiet [27].

## Wnioski

1. Doświadczenia zdobyte przez pacjentkę podczas pierwszej wizyty ginekologicznej mogą mieć znaczny wpływ na stosunek do badań i dbania o własne zdrowie w przyszłości. Dlatego niezwykle ważne jest zapewnienie młodej kobiecie uczucia komfortu i zbudowanie zaufania.
2. W Polsce wciąż istnieje zbyt mała świadomość profilaktyki chorób nowotworowych. Konieczne jest uświadamianie pacjentek przez lekarzy ginekologów, iż szczepienia przeciwko HPV i regularne wykonywanie badań znacznie zmniejszają ryzyko zgonu z powodu nowotworu szyjki macicy.
3. Dobranie odpowiedniej metody antykoncepcji powinno odbywać się w gabinecie ginekologicznym po dokonaniu wnikliwych badań stanu zdrowia kobiety. W Polsce znaczny odsetek kobiet stosuje metody antykoncepcyjne o niskiej skuteczności, co spowodowane jest brakiem rzetelnej wiedzy na ten temat.

## Piśmiennictwo

1. Burgis J.T., Bacon J.L. Communicating with the adolescent gynecology patient. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America* 2003; 30(2): 251-260.
2. Jarząbek G., Radomski D. Specyfika opieki ginekologicznej i seksuologicznej nad kobietami niepełnosprawnymi w okresie pomenopauzalnym z uwzględnieniem aspektów etycznych. *Przegląd Menopauzalny* 2011; 1: 63-67.

3. Badanie ginekologiczne, Wytyczne Royal Collage of Obstetricians and Gynaecologists. Royal Collage of Obstetricians and Gynaecologist, lipiec 2002.
4. Łepecka-Klusek C. Opieka nad kobietą w różnych fazach jej życia. *Pielęgniastwo we współczesnym położnictwie i ginekologii*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2010, 18-24.
5. Neistein L. *Adolescent Health Care: A Practical Guide*, Philadelphia. Lippincott Williams and Wilkins; 2002.
6. Badanie ilościowe „Młodzi a seks i antykoncepcja” zrealizowane techniką CAWI w serwisie Facebook w lutym 2014, w ramach kampanii „Wakacje na okrągło”; n=1842, obejmujące kobiety i mężczyzn w wieku 18-28 lat oraz badania jakościowe obejmujące 6 zorganizowanych wywiadów grupowych, w których wzięło udział 60 osób.
7. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Primary and Preventive Health Care for female Adolescent, Health Care of Adolescents*. Washington, DC: ACOG; 2003: 1-24.
8. Sanfilippo J.S., Davis A., Hertweck S.P. Obstetrician – gynecologists can and should provide adolescent health care. *ACOG Clin Rev* 2003; 8: 15-16.
9. Sondaż „Współczesne kobiety a antykoncepcja” zrealizowany techniką CAWI przez MillwardBrown SA w dniach 24-29 lipca 2013 oraz 18-20 grudnia 2013 r. w ramach kampanii „Wakacje na okrągło”; próba reprezentatywna dla populacji kobiet internetek w wieku 18-35 lat mieszkających w miastach (łącznie n=1002).
10. Pozdał M., Południewski G. Ogólnopolski raport „Współczesna seksualność i Nowoczesna Antykoncepcja Polaków 2014”.
11. Delisi K., Gold M.A. The Initial Adolescent Preventive Care Visit. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 2008; 2: 51.
12. Wonatowska P., Kot M. Kampania na rzecz dobrej opieki ginekologicznej. Raport, Grupa edukatorów Seksualnych Ponton przy Federacji na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny, Warszawa 2014.
13. Główny Urząd Statystyczny, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2012 r., Informacje i opracowania statystyczne*, Warszawa 2013.
14. Wojciechowska U., Didkowska J., Zatoński W. *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2010 roku*, 2012.

15. Łuszczynska A., Bukowska-Durawa A. Tysiąc kobiet tysiąc barier. Dlaczego Polki nie robią badań cytologicznych?. Raport Siemens, Warszawa 2011.
16. Rywczak I., Mrukowicz J. Programy szczepień przeciwko ludzkiemu wirusowi brodawczaka. Aktualne stanowisko European Centre for Disease Prevention and Control. *Medycyna Praktyczna Ginekologia i Położnictwo* 2013; 3: 53-63.
17. Virella G. *Mikrobiologia i choroby zakaźne*, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 1999.
18. Smith, R.A., Cokkinides V., von Eschenbach A.C. American Cancer Society Guideline for the Early Detection of Cervical Neoplasia and Cancer. *Cancer Journal for Clinicians* 2002; 52: 8-22.
19. Spaczyński M. Populacyjny program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy, Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych, 2008: 6-11.
20. Ries, L.A., Kosary C.L., Hankey B.F., Miller, B.A., Edwards, B.K. (red.). *SEER Cancer Statistics Review 1973-1995*. Bethesda, MD: National Cancer Institute, 1998.
21. Spaczyński M., Karowicz-Bilińska A., Nowak-Markwitz E., Uchlik J., Januszek-Michalecka L.: Podsumowanie realizacji programu profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy w ramach narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych, 2010.
22. Witte K., Allen M. A meta-analysis of fear appeals: Implications for effective public health campaigns. *Health Education & Behavior* 2000; 27: 591-615.
23. Committee on Adolescent Health Car Long-Acting Reversible Contraception Working Group, The American College of Obstetricians and Gynecologists, Committee Opinion no. 539, Adolescents and long acting reversible contraception: implants and intrauterine devices, *Obstetrics & Gynecology* 2012.
24. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w sprawie antykoncepcji (2006) Wydanie specjalne. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. *Ginekologia po Dyplomie*, 24-26.
25. World Health Organization, Medical eligibility criteria for contraceptive use. 4th Edition, World Health Organization Library Cataloguing-in-Publication Data, Geneva, 2009.
26. Hartman L.B., Monasterio E., Hwang L.Y.: Adolescent Contraception: Review and Guidance for Pediatric Clinicians, *Current Problems. Pediatric & Adolescent Health Care*; October 2012.
27. Skrzypulec-Plinta V., Droszol-Cop A. Antykoncepcja u młodocianych. *Peridontologia, Neonatologia, Ginekologia* 2012; 5(2): 96-99.