МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ

ФАКУЛТЕТ ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ

АВТОРЕФЕРАТ

НА ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД

за присъждане на образователна и научна степен

„Доктор“

Научна област на висше образование:	7.3 Здравеопазване и спорт
Професионално направление:	7.4. Обществено здраве
Научна специалност:	Социална медицина и организация на здравеопазването и фармацията

ЕТИЧНИ И ОРГАНИЗАЦИОННИ ПРОБЛЕМИ СВЪРЗАНИ СЪС СКРИНИНГА НА КАРЦИНОМА НА ЕНДОМЕТРИУМА

Докторант:

Д-р Константин Младенов Младенов

Научен ръководител:

Проф. д-р Цекомир Воденичаров, дм, дмн

Рецензенти:

Проф. д-р Цекомир Воденичаров, дм, дмн

Проф. д-р Веселин Борисов Василев, дм, дмн

СОФИЯ
2016

Дисертационният труд съдържа 169 стр. и е онагледен с 100 фигури и 47 таблици. Библиографичният списък включва 216 източника, от които 35 на кирилица, 176 на латиница и 5 позования на интернет сайтове. Във връзка с дисертационния труд са направени 5 публикации.

Дисертационният труд е обсъден, одобрен и насочен за защита на разширен Катедрен съвет на Катедра „Превантивна медицина" на Факултет по обществено здраве при Медицински Университет-София.

Научно жури:

Председател:

Проф. д-р Цекомир Влайков Воденичаров, дм, дмн

Членове:

Проф. д-р Веселин Борисов Василев, дм, дмн

Проф. д-р Красимир Стоянов Визев, дм

Доц. д-р Недялка Илиева Кръстева, дм

Проф. д-р Петър Христов Петров, дм, дмн

Публичната защита на дисертационния труд ще се проведе на **29.11.2016** от **13:00 ч**. във Факултета по обществено здраве, гр. София, ул. „Бяло море" № 8.

Материалите по защитата са на разположение в Деканата на Факултета по обществено здраве при Медицински университет-София, ул. „Бяло море" № 8 и са публикувани на интернет страницата на МУ-София.

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

ЕК	ендометриален карцином
ЖПО	женски полови органи
ЗЗ	здравно заведение
ИМК	извънменстуално маточно кървене
МЛ	медикаментозно лечение
ОПП	общопрофилактичен преглед
ППЖПО	профилактичен преглед на женските полови органи
ПГП	профилактичен гинекологичен преглед
УЗД	ултразвукова диагностика

СЪДЪРЖАНИЕ

ВЪВЕДЕНИЕ 1

ЦЕЛ И ЗАДАЧИ НА ПРОУЧВАНЕТО 3

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ 4

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ 8

1.Анализ и оценка на отношението на анкетираните към профилактиката на онкологичните заболявания на женските полови органи. 8

1.1.Честота на проведените общо профилактични прегледи от анкетираните жени 8

1.2.Честота на профилактичните прегледи на женските полови органи 10

1.3.Причини за посещение при гинеколог от анкетираните 18

2.Изследване на познанията на анкетираните върху карцинома на ендометриума 24

2.1.Отношение на анкетрираните към симптома „извънменструално маточно кървене“ 24

2.2.Фамилна анамнеза за карцином на ендометриума 36

2.3.Изследване на познанията на анкетираните относно риска от развитие и методите за намаляване на риска от развитие на карцином на ендометриума 36

2.4.Проучване на познанията на анкетираните относно терапията на ендометриалния карцином 41

2.5.Изследване на мнението на анкетираните за шансовете за излекуване от карцином на ендометриума и средствата за повишаване на тези шансове 45

3.Проучване на познанията на българските жени за методите за профилактика на ендометриалния карцином 49

3.1.Запознатост на анкетираните с възможностите за профилактика на ендометриалния карцином 49

3.2.Проучване източниците на информация за възможностите за профилактика на ендометриалния карцином 50

3.3.Проучване на влиянието на икономическите фактори и времето което анкетираните желаят да отделят за профилактичен преглед върху профилактиката на ендометриалния карцином 51

3.4.Изследване на запознатостта на анкетираните с възможностите за скрининг на ендометриалния карцином в България 58

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 60

ИЗВОДИ 61

ПРЕПОРЪКИ 62

ПРИНОСИ 64

ПУБЛИКАЦИИ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД 65

ВЪВЕДЕНИЕ

Карциномът на ендометриума, като тежко и потенциално фатално заболяване на женските полови органи, ежегодно отнема хиляди животи по света. Това ни кара да гледаме на него не само като на медицински, но и като на сериозен социален проблем. В основата на благоприятната му прогноза стои своевременните му диагноза и адекватно терапия.

Въпреки актуалната проблематика свързана с карцинома на ендометриума, научните изследвания правени у нас по темата са малко и нито едно от тях не разглежда социалните аспекти на заболяването. Също така, недостатъчно са и проучванията свързани със скрининга на ендометриалния карцином. Нашата основна цел беше да разгледаме проблемите свързани със заболяването, както от неговата клинична част, така и откъм неговата социално-медицинска страна. В настоящия труд се опитахме да оценим нивото на здравната култура на пациентите по отношение на методите за ранно откриване и предпазване от рака на матката, да изследваме мнението и запознатостта на пациентките относно скрининга и възможностите, които предлага. Постарахме се да анализираме факторите, оказващи влияние върху познанията на жените за това как могат да се предпазят от развитие на ендометриален карцином и да изучим и определим нивото на информираност и отношението на българските жени към рисковете и предимствата на масовия скрининг, за да предложим начини за подобряването му.

Методите и средствата за профилактика и ранно откриване на карцинома на ендометриума, с които разполага медицината в наши дни дават на съвременните жени несравнимо по-големи възможности за предпазване от коварното заболяване в сравнение с тези, които са имали техните предшественички. До каква степен обаче днешните български жени са информирани за възможностите на съвременния скрининг? По този въпрос засега липсва конкретно проучване, това е и една от причините инициирали настоящия труд. Задържащата се висока смъртност от това лечимо заболяване показва, че грамотността на българките относно съвременните възможности за профилактика на заболяването не е на необходимото ниво. Това се доказва красноречиво от факта, че заболеваемостта от карцином на ендометриума в България е по-висока от средната за Европейския съюз и по този показател страната ни заема едно от челните места не само в Общността но и в Европа, като цяло.

Внимателно проучване на причините и факторите, влияещи върху информираността на българските жени относно възможностите за профилактика и скрининг на карцинома на ендометриума, би довело до изработване на ясни мерки, чието предприемане и изпълнение несъмнено ще доведе до излизане на страната ни от челните места на класациите по заболеваемост.

Повишаването на здравната култура, информираността и мотивацията на българските жени за участие в скринингови програми ще доведат до мотивирано и адекватно поведение, което неминуемо би снижило смъртността. Ролята на пациента обаче не бива да бъде абсолютизирана. Борбата с ендометриалния карцином трябва да се води от три равнопоставени страни: пациент-лекар-система на здравеопазването. Само доброто взаимодействие между тях би довело до трайни положителни резултати. Тук трябва ясно да посочим и огромната роля, която се пада на държавата, в борбата със заболяването. Няма как пациентите да са добре информирани, ако здравната система не е предприела съответните мерки, форми и средства за обучение. Няма как лекарите да се борят адекватно със заболяването ако не им са осигурени необходимите съвременни условия за това.

Въпреки че карциномът на ендометриума е сред най-разпространените злокачествени заболявания на женските полови органи, редица проблеми свързани с неговата етиопатогенеза и терапия остават дискутабилни. Скриининг програмите са ограничени само за пациенти с Lynch синдром. Не открихме в достъпната ни литература мащабни, научно значими проучвания, проведени в България, анализиращи проблемите свързани със скрининга на карцинома на ендометриума, пряко зависими от информираността на българските жени върху заболяването. Налага се необходимостта от проучване и анализ на причините и факторите, влияещи върху информираността на българските жени относно възможностите за профилактика и своевременна диагноза на карцинома на ендометриума, за намаляване на заболеваемостта и съответно подобряване на прогнозата му. Налага се извода, че повишаването на здравната култура, информираността и мотивацията на българските жени за участие в скринингови програми ще доведе до поведение, което неминуемо би свалило България от челните места в класациите по заболеваемост и смъртност.

ЦЕЛ И ЗАДАЧИ НА ПРОУЧВАНЕТО

Цел:

Да се анализират етичните и организационни проблеми, свързани със скрининга за карцинома на ендометриума.

Задачи:

1. Да се изследва отношението на анкетираните към профилактиката на онкологичните заболявания на женските полови органи.
   1.1. Да се проучат нагласите на анкетираните за провеждане на общи профилактични прегледи
   1.2. Да се проучи честота на профилактичните прегледи на ЖПО сред анкетираните жени и да се проучат най-чести причини за посещение при гинеколог
2. Да се изследват познанията на анкетираните за карцинома на ендометриума
   2.1. Да се определи отношението на анкетирираните към симптома „извънменструално маточно кървене“
   2.2. Да се проучи фамилната обремененост на анкетираните с ЕК
   2.3. Да се изследват познанията на анкетираните относно риска от развитие и методите за намаляване на риска от развитие на карцином на ендометриума
   2.4. Да се проучат познания на анкетираните относно терапията на ЕК
   2.5. Да се изследва мнението на анкетираните за шансовете за излекуване от карцином на ендометриума и средствата за повишаване на тези шансове
3. Да се проучат познанията на българските жени за методите за профилактика на ендометриалния карцином
   3.1. Да се определи запознатостта на анкетираните с възможностите за профилактика на ендометриалния карцином
   3.2. Да се изследват източниците на информация за възможностите за профилактика на ендометриалния карцином
   3.3. Да се определи влиянието на икономически фактори върху профилактиката на ЕК, както и времето, което анкетираните желаят да отделят за профилактични прегледи
   3.4. Да се проучи запознатост на анкетираните с възможностите за скрининг за ЕК в България.
4. На базата на придобитите данни, да се обобщят предложения към държавните институции, които да подобрят ранната диагностика на карцинома на ендометриума с цел намаляване инвалидизацията и смъртността от заболяването.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

По същество е приложен **социологичен метод,** със своята двустранна роля – от една страна да се установят факторите и пътищата на въздействие на медицината върху обществото и неговите подсистеми, а от друга – как обществото и неговите подсистеми оказват влияние върху развитието на медицината. Кръгът на социологически проблеми, разглеждани и анализирани в дисертационния труд са: здравна култура и здравно възпитание, специфична профилактика, мотиви свързани с опазване на здравето, социални проблеми свързани с медицинското обслужване в първичната здравна помощ, проблеми с медицинската квалитология.

За **технически единици** избрахме: МБАЛ „Св. Екатерина“ в гр. Пазарджик, ДКЦ 18 – гр. София, МБАЛ „Свети Мина” гр. Пловдив, ОДОЗ гр. Пловдив, ДКЦ 1 в гр. Хасково, УМБАЛ в гр. Стара Загора, ДКЦ 3 в гр. Варна и МБАЛ – Първомай, поради големия относителен дял на изследвания контингент в съответните медицински практики.

Органи на наблюдението са, преминали предварително обучение: лекари , медицински сестри и акушерки, предварително запознати с целите и задачите на изследването и обучени да събират данни, да инструктират ясно анкетираните, да попълват правилно анкетните карти.

Логическа единица: всяка жена на възраст над 18 години, посетила съответните здравни заведения, проявила желание да участва доброволно в проучването **по време на наблюдението** – 01.06.2013 год. - 01.06.2015 г.

За **определяне на необходимия брой участници** в проучването беше използван двуетапният метод на Schein *(Wilcox, 2012)* на базата на официалното преброяване на населението в България през 2011 г. *(Национален статистически институт, 2011)*. В първия етап на проучването направихме микроизвадка от 39 жени. На базата на 1 количествен признак /възраст/ и 1 качествен признак /образование/, беше изчислен необходимия брой единици, гарантиращ достоверност на резултатите при уровен 95%. Броят е **576**, но при проучването се събра и допълнителна информация от общо **762** единици, след отпадане на 18 /непълно попълнени анкетни карти – 3, неспособни да дадат отговор на над 50% от въпросите/.

Събраната информация изяснява отношението на анкетираните жени към проблемите свързани със скрининга на карцинома на ендометриума и техните майки, които са определени като втора група.

Анкетната карта по която се проведе проучването, съдържа 57 въпроса (закрити, открити и смесени), които са групирани в два раздела:

I. Обща част – Социална характеристика на изследваната група;

II. Специална част, включваща разделите:

1. Въпроси за нивото на разпространеност на скрининга на карцинома на ендометриума;
2. Въпроси за информираността и мнението на жените по отношение на методите и средствата за профилактика на онкогинекологични заболявания и в частност на ендометриален карцином;
3. Фамилна анамнеза на анкетираната жена;
4. Въпроси, изследващи запознатостта на жените с методите и средствата за лечение на карцинома на ендометриума;
5. Въпроси, целящи да изяснят факторите оказващи влияние върху информираността на българските жени относно средствата и методите за ранно откриване на ендометриалния карцином.

Анамнестичното проучване се проведе със социологична методика. Интервюто ангажира пряко и непосредствено анкетираните и анкетиращите за по-пълното разясняване на въпросите на анкетираните и води до по-голяма точност при анализирането на получените резултати.

Признаците, по които наблюдаваме изследвания контингент, групирахме в две групи:

1. **Резултативни признаци**: цитонамазки, извънменструални маточни кървения, брой бременности, данни за здравословен статус на майката на анкетираната жена, свързани с фамилна обремененост;
2. **Факториални признаци**: възраст; семейно положение; етническо самоопределение и образование.

Статистическа обработка на данните

1. Алтернативен анализ – използва се за обработка на качествените данни.
2. Вариационен анализ – за представяне на базовите количествени показатели като: брой бременности, брой извънменстуални кървения, брой цитонамазки, брой годишни профилактични прегледи и изчисляване на средна стойност и стандартно отклонение.
3. Непараметричен анализ за тестване на хипотези – критерия на съгласие на Pearson, Критерия на Колмогоров-Смирнов.
4. Графичен анализ – за онагледяване на установените закономерности и явления.
5. За обработването на получената информация използвахме софтуерния пакет за статистически данни SPSS ver. 11.0.За статистически значими са приети разликите при уровен на значимост $P<0.05$

ХАРАКТЕРИСТИКА НА КОНТИНГЕНТА

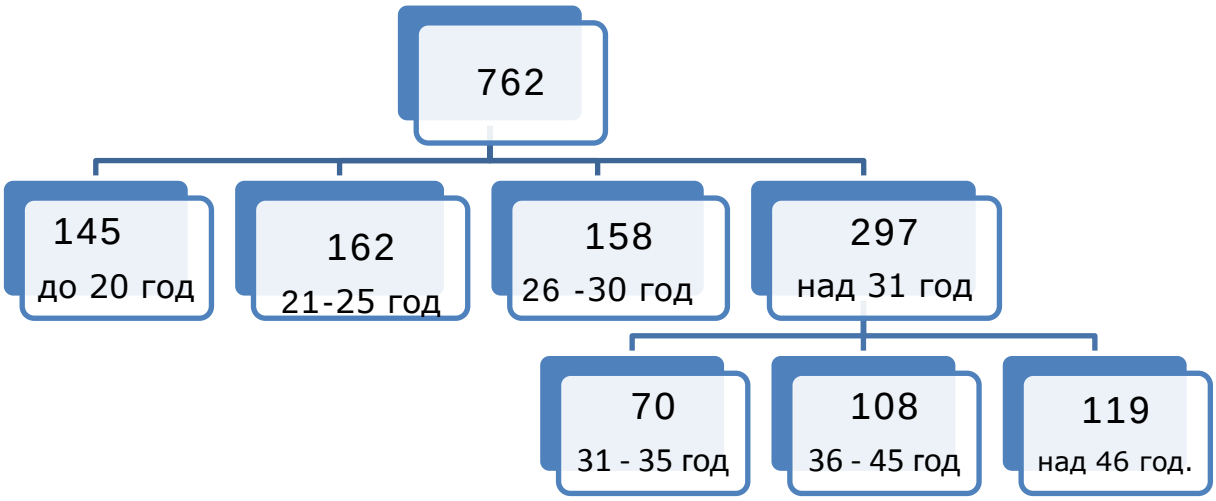
Включващи критерии:

1. Жени на възраст над 18 години, съгласни да отговорят на всички, включените в анкетата въпроси

Изключващи критерии:

1. Възраст < 18 години
2. Нежелание и/или невъзможност за отговор на всички включени в анкетата въпроси

Характеристика на контингента, според възраст, образование, етнос и доходи
(Диаграма 1, Табл.1, Табл.2, Табл.3)



Диаграма 1. Характеристика на контингента, според възрастта

Табл. 1. Характеристика на контингента, според образование

Образователна степен	**Брой**	**%**	**Sp**
Основно	123	16.14	1.33
Средно	267	35.04	1.73
Висше	372	48.82	1.81
Общо	762	100.00	

Табл. 2. Характеристика на контингента, според посочения от анкетираната етнос

Етнос	**Брой**	**%**	**Sp**
Българи	625	82.02	1.39
Туркци	58	7.61	0.98
Роми	79	10.37	1.09
Общо	762	100.00	

Табл. 3. Характеристика на контингента, според посочения от анкетираната месечен доход

Доход/месец	**Брой**	**%**	**Sp**
До 500 лв	412	54.07	1.81
501 – 1000 лв	266	34.91	0.73
Над 1000 лв	84	11.02	0.13
Общо	762	100.00	

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

1.Анализ и оценка на отношението на анкетираните към профилактиката на онкологичните заболявания на женските полови органи.

Задача №1 /Да се изследва отношението на анкетираните към профилактиката на онкологичните заболявания на женските полови органи./

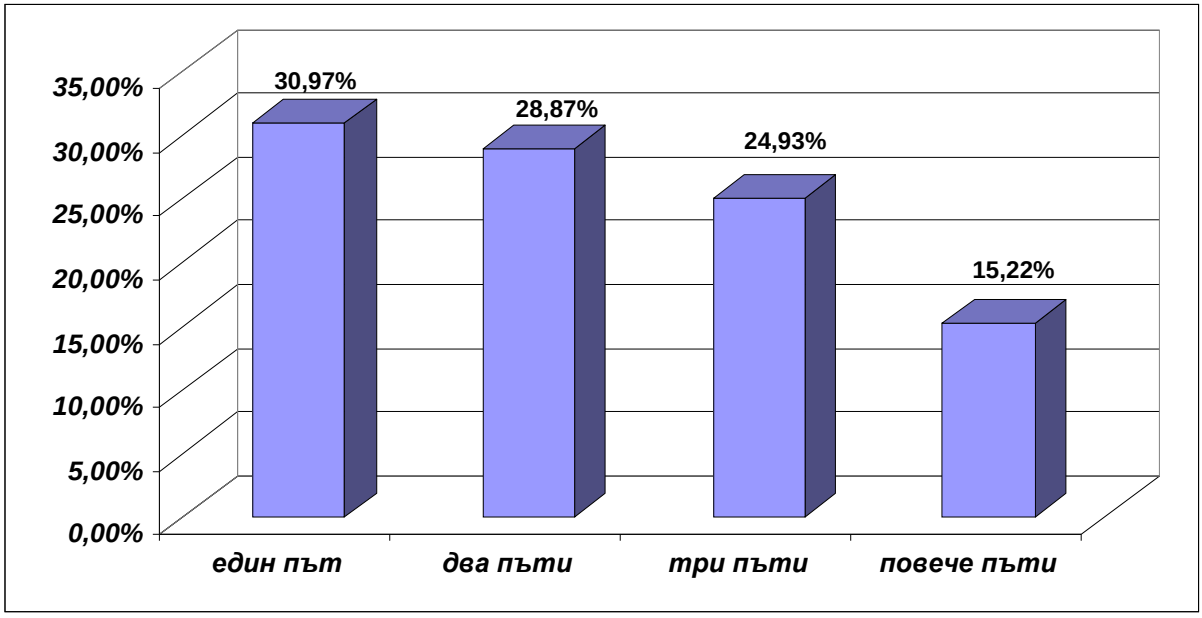
1.1.Честота на проведените общо профилактични прегледи от анкетираните жени

На въпроса „Колко пъти годишно посещавате лекар/медицински специалист/с профилактична цел?“ най-голяма част от анкетираните отговарят с „един път“ – 34,12±1.72%, следвани от тези които се срещат с медицински специалист „по-рядко от един път годишно“ – 19,02±1.42%. Не е малък и делът на жените, които заявяват, че от години не са ходили при лекар – 7,08±0.92% (Фиг. 9). С други думи, българските жени не спазват даже задължителните профилактични прегледи, независимо практиката за налагане на глоби от работодателите. Процесът на ежегодни профилактични прегледи, наложен в Европейския съюз от десетилетия, все още не важи за българското население. Може би, причината за това е че в болшинството от случаите, профилактичните прегледи се извършват кампанийно и набързо.



Фиг. 1. Брой ежегодни посещения при лекар/медицински специалист с цел профилактика.

Още по-тревожни са данните от проучването на броя общо профилактични прегледа, които анкетираните жени имат през последните пет години. За съжаление, само 15.22±1.98 са спазили здравословните изисквания за превенция на заболяванията (Фиг. 2).



Фиг. 2. Честота на извършените общо профилактични прегледи от анкетираните жени през последните пет години.

Изследвайки най-честите поводи за консултация с медицински специалист сред анкетираните се установи, че най-голяма част (42.12±1.79%) от тях посещават здравно заведение едва след вече установени от самите тях болестни симптоми. Едва една трета (30.83±1.68%) от жените в проучването съобщават, че търсят консултация със специалист само при съмнение за налично заболяване, без да са налице болестни симптоми. Най - малък е броят при които посещенията при лекар са свързани само и единствено с цел профилактика (27.03±1.61%). (Фиг. 3)

Изводите, които можем да направим от анализа на данните е, че българките не знаят или не желаят да посещават лекар за профилактичен преглед.

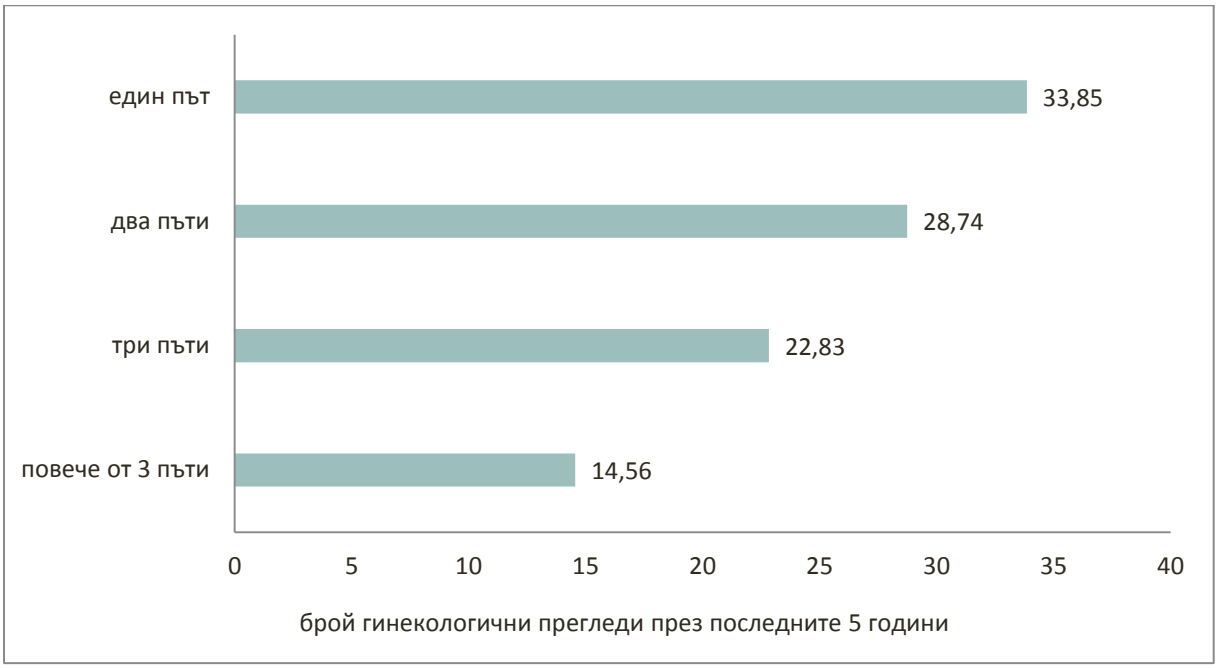
Спекулативно можем да предположим, че те не знаят ползите от профилактичен преглед, не знаят рисковете от закъсняла диагноза, не вярват на качеството на прегледа, не искат да чакат с часове при личен лекар. Едно е ясно - колко назад сме по отношение на масовата профилактика в сравнение с останалите страни в Европейския съюз.



Фиг. 3. Най-чести поводи за посещение при лекар сред анкетираните

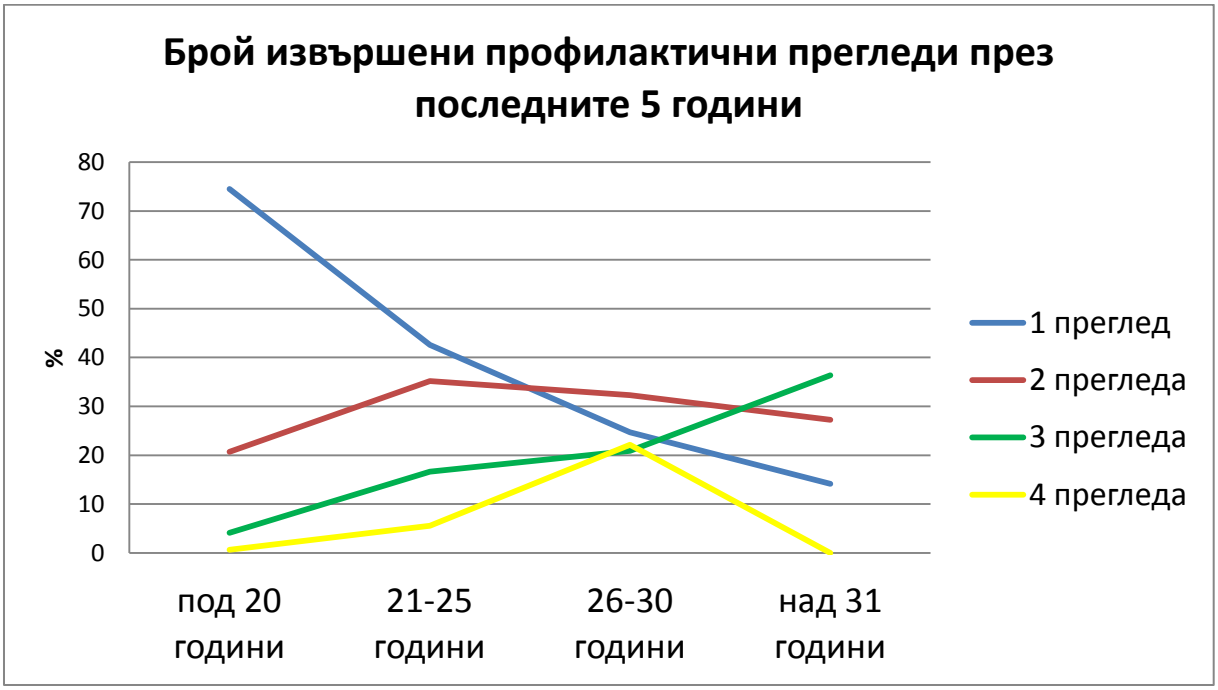
1.2.Честота на профилактичните прегледи на женските полови органи

Установихме, че най-голяма част от анкетираните са провели „един преглед“ – 33,85±1.72%. На второ място са жените които са провели два прегледа – 28,74±1.64%, следвани от тези, които заявяват, че са провели поне три профилактични прегледа през последните пет години – 22,83±1.52% (Фиг. 4).



Фиг. 4. Честота на извършените профилактични прегледи при гинеколог от анкетираните жени през последните пет години.

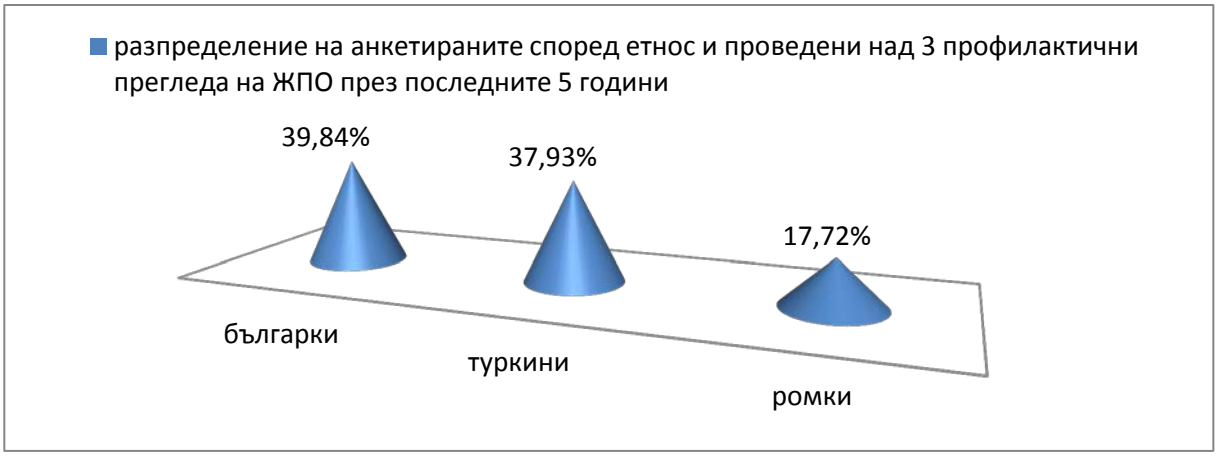
Установи се влияние на **възрастта** на анкетираните върху изследвания показател. При възрастовата група до 20 години, групата на извършвалите един профилактичен гинекологичен преглед през последните пет години е била 74.48±3.64%. При 21-25 годишните този процент става – 42.59±3.89% . С увеличаване на възрастта (26-30 годишни) същите стават 24.68±3.44%. При най-високата възрастова група – жените над 31 години, този процент е най-нисък – 14.14±2.02% (Фиг. 5.)



Фиг. 5. Влияние на възрастта на анкетираните върху честотата на провежданите от тях профилактични гинекологични прегледи през последните 5 години.

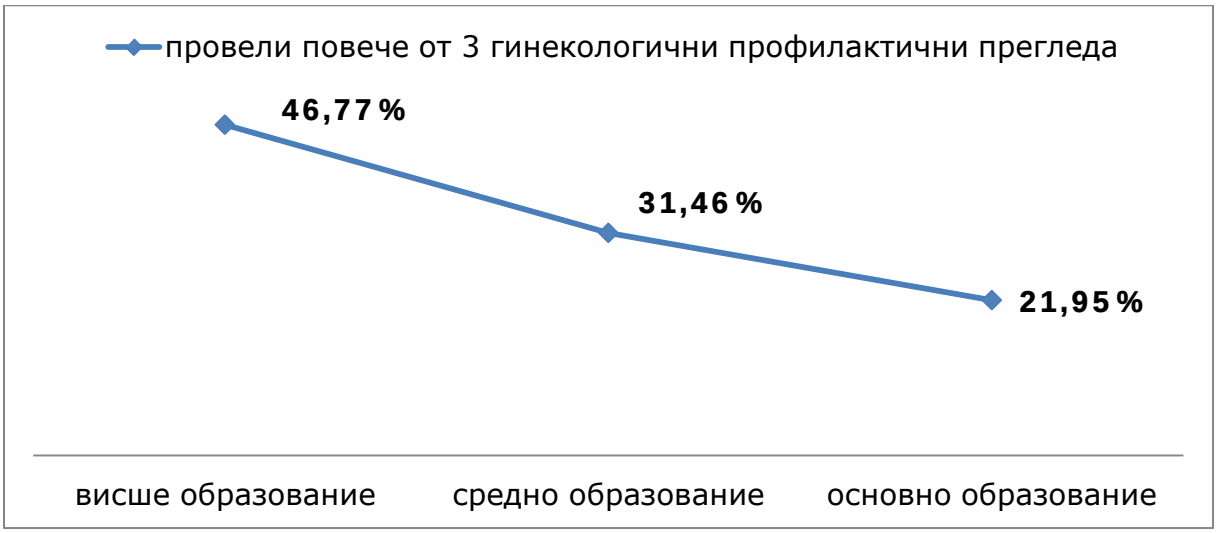
Установява се ясна корелация между броя профилактични прегледи на ЖПО през последните 5 години и възрастта. Колкото по-голяма е възрастта, толкова по-чести са профилактичните прегледи.

Съпоставяйки честотата на извършваните профилактични прегледи от анкетираните с техния **етнически произход**, също може да бъдат установени статистически значими различия. При българките броят на извършвалите три и повече профилактични прегледа през последните години е най-висок – 39.84%.±1.60%. При жените самоопределили се като туркини, процентът на провелите три или повече профилактични гинекологични прегледа е по-нисък – 37.93±6.37%. Най-малък е процентът в групата на самоопределилите се като роми - само 17.72±1.32% от тях са заявили за проведени такива. Явно, българките и туркините имат по-правилно отношение към профилактичните прегледи на ЖПО, сравнени с ромките (Фиг. 6)



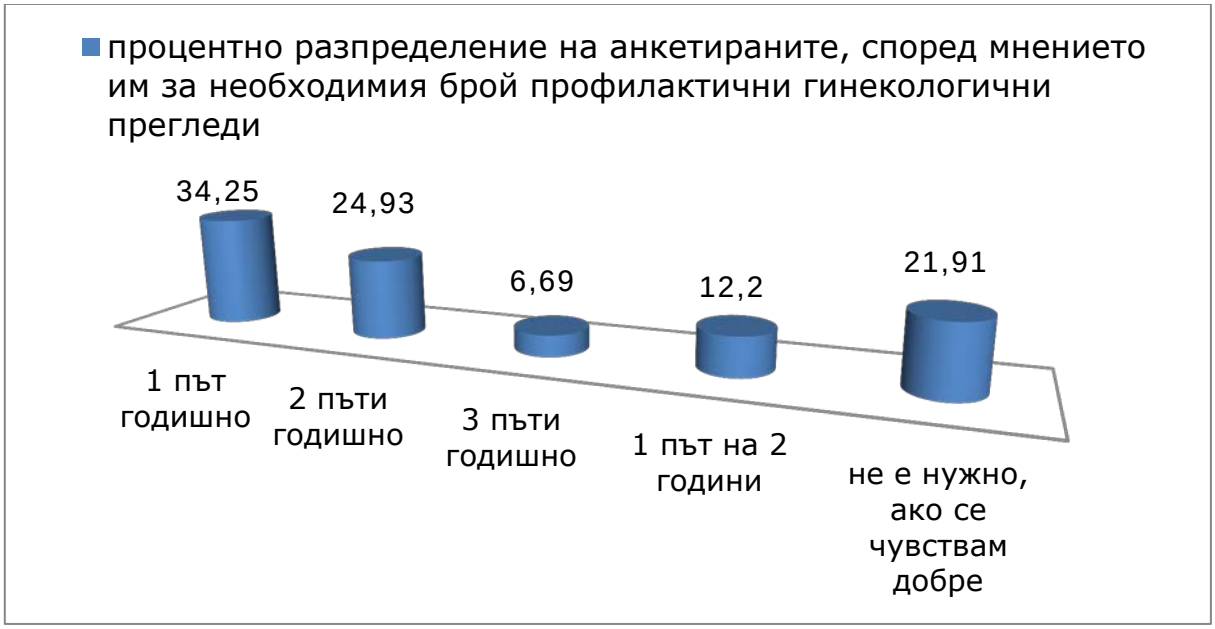
Фиг. 6. Влияние на етническия произход на анкетираните върху честотата на провежданите от тях профилактични гинекологични прегледи / 3 и над 3 броя/ през последните 5 години.

Друг фактор, оказващ влияние върху поведението на анкетираните свързано с честотата на гинекологичната онкопрофилактика е тяхното **образование**. С повишаване на степента на образование на изследваните жени се повишава както броят, така и относителният дял на жените, които редовно провеждат профилактични гинекологични прегледи. При анкетираните с основно образование, процентът на жените подлагали се на профилактични гинекологични прегледи три и повече пъти през последните пет години е относително нисък – 21,95%. При жените със средно образование той нараства на 31,46%. Най-висок е делът на жени посещавали гинеколог с профилактична цел над три пъти през последните пет години (46,77%) при най-образованите жени – тези с висше образование. (Фиг. 7.)



Фиг. 7. Влияние на степента на образование на анкетираните върху честотата на провежданите от тях профилактични гинекологични прегледи / 3 и повече/ през последните 5 години

След като изследвахме реалната честота на профилактичните гинекологични прегледи при анкетираните решихме да проучим и мнението им по въпроса „Колко често според Вас трябва да се прави профилактичен гинекологичен преглед?“. От анализирането на отговорите по този въпрос можем да стигнем до два важни извода. Първият е до каква степен реално са запознати българските жени със съвременните изисквания и норми за добра онкопрофилактика на ЖПО. Вторият извод, който трябва да направим е до каква степен реалното поведение на жените съвпада с познанията им, след като съпоставяме получените резултати по този и по предходния въпрос. От получените данни установихме, че по-голяма част от анкетираните са на мнение, че би трябвало да провеждат профилактичен гинекологичен преглед един път годишно -34,25±1.44%, следвани от групата на жените които са на мнение, че би трябвало да ходят на гинеколог с профилактична цел два пъти годишно – 24,93±1.57%. За съжаление, не е малък и процентът на жените, които са на мнение, че щом се чувстват добре не е нужно да ходят на профилактични прегледи (21,91±1.5%). (Фиг. 8).



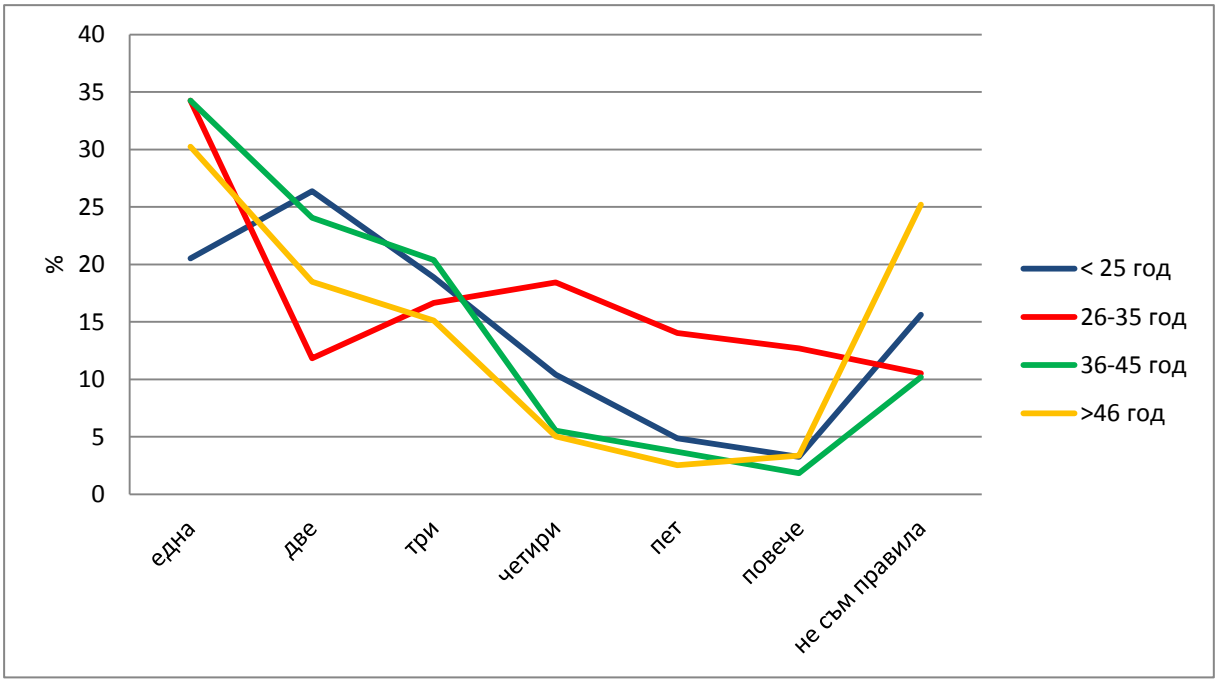
Фиг. 8. Разпределение на анкетираните, според мнението им за честотата на гинекологичните профилактични прегледа.

Въпреки, че няма директно отношение към скрининга на карцинома на ендометриума решихме да изследваме и отношението към приложимостта на цитонамазки сред анкетираните за да проверим предварително застъпваното от нас мнение, че цитонамазката е неразделна част от профилактичния онкогинекологичен преглед.



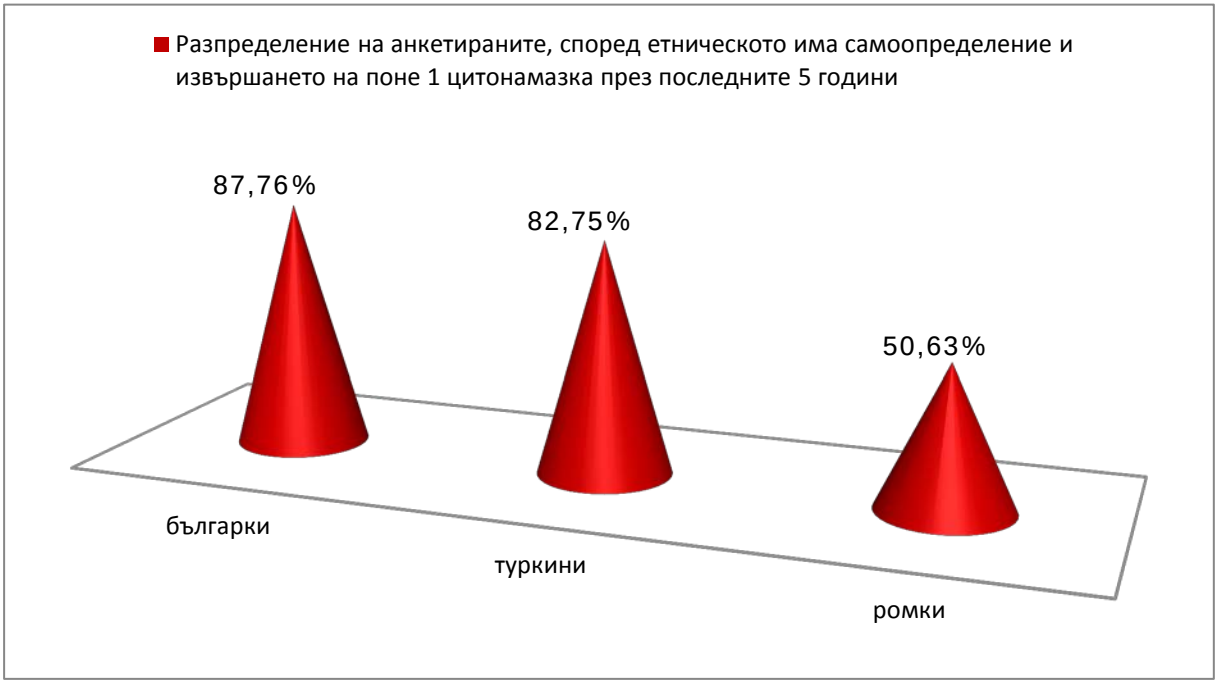
Фиг. 9. Разпределение на анкетираните, според броя цитонамазки, които са им били направени по желание през последните пет години.

Анализът на резултатите и по този въпрос също буди тревога. Най-много от анкетираните жени са заявили, че са направили само една цитонамазка през последните пет години – 22,57%. Следват ги жените, които за същия период са правили само две цитонамазки – 20,47%. За съжаление, само малка част от жените са правили пет (7,08±0.92%) и повече цитонамазки (5,90±0.68%) в последните пет години, т.е. само 12,98% са имали правилно поведение. Още по-тревожно звучи фактът, че цели 14,82±1.29% от анкетираните български жени са заявили, че не са правили нито една цитонамазка за същия период. (Фиг. 9). Анализирайки факторите оказващи влияние върху честотата на изследвания показател установихме, че той се повлиява от възрастта, образованието и етническа принадлежност на изследваните жени. Освен от тях, извършването на цитонамазки сред анкетираните е в зависимост и от социалния им статус, респ. от размера на доходите и характера на здравното заведение, в което са били анкетирани (държавно, частно). При анкетираните под двадесет и петгодишна възраст е най-голям процентът на жените (26.38%), които са направили две цитонамазки през последните пет години. Във възрастовата група между двадесет и шест и тридесет и пет години най-висок е процента на тези с четири цитонамазки (19,63±2.73%). При жените на възраст между тридесет и шест и четиридесет и пет години преобладава броя на тези, които са направили само една цитонамазка през последните пет години- 38,14±4.93%. С увеличаване на възрастта се повишава и броя на жените, които съобщават, че изобщо не са правили цитонамазки през последните години (Фиг. 10). Изчисленият критерий на Pearson посочва съществуването на изразена зависимост на броя ненаправили цитонамазка от възрастта на анкетираните $P<0,001$; $\chi^2=43.72$). Изчисленият коефициент на корелация r_{xy} =-0,84, т.е. с увеличаване на възрастта нараства броя на жените с по-малък брой цитонамазки**.**



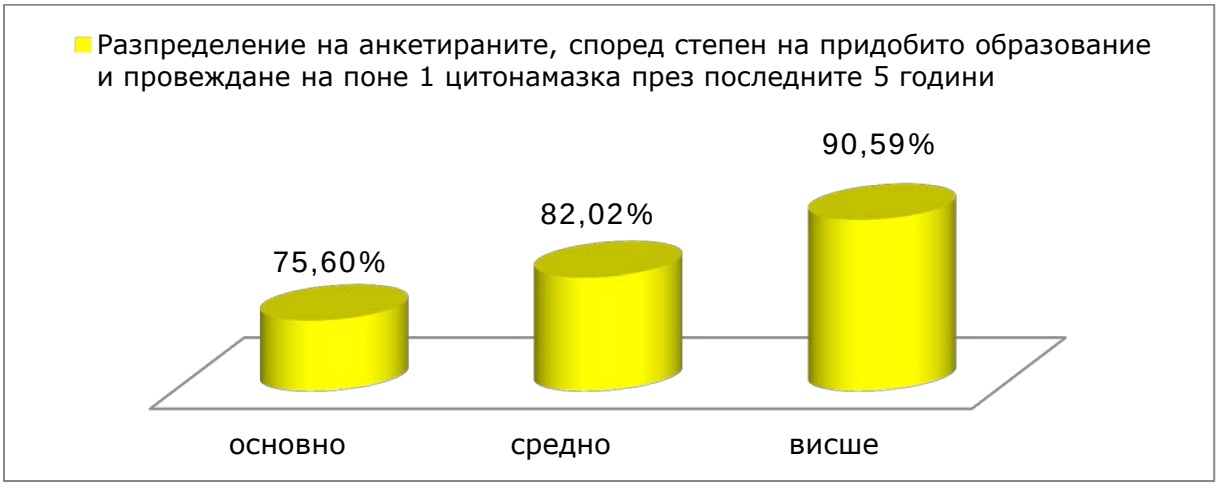
Фиг. 10. Влияние на възрастта на анкетираните върху броя на взетите от тях цитонамазки през последните пет години.

Факторът **етническа принадлежност** също играе роля по отношение на показателя. Най-много направени цитонамазки през последните пет години се съобщават при българките (89,76%), следвани от туркините – 82,75%. Най-малко са извършените цитонамазки сред ромските жени – само 50,63% . (Фиг. 11)



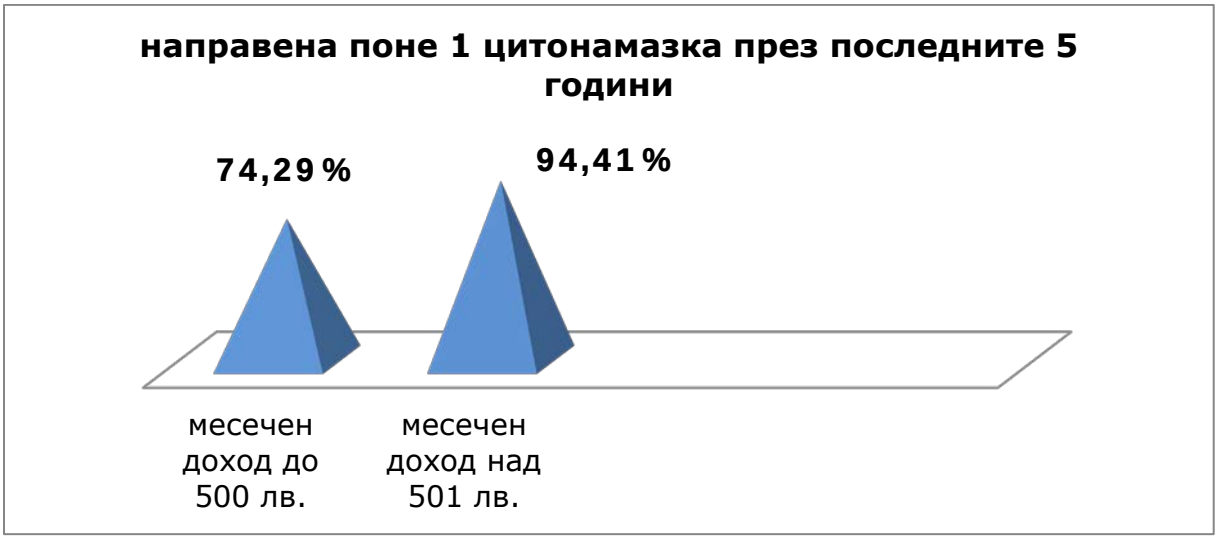
Фиг. 11. Влияние на етническата принадлежност на анкетираните върху извършването на поне 1 цитонамазки през последните 5 години.

Повишаването на **образователната степен** на анкетираните също е фактор, който оказва положително влияние върху честотата на проведените от тях цитонамазки (Фиг.20). Най-често през последните години са правили цитонамазки жените от групата на висшистките, а най-малко – тези с основно или по-ниско образование – $P<0.001$ ($\chi^2=11.27$). Разликата е статистически значима, като потвърждава алтернативната хипотеза.



Фиг. 12. Влияние на образованието на анкетираните върху показателя – проведени по желание цитонамазка през последните пет години.

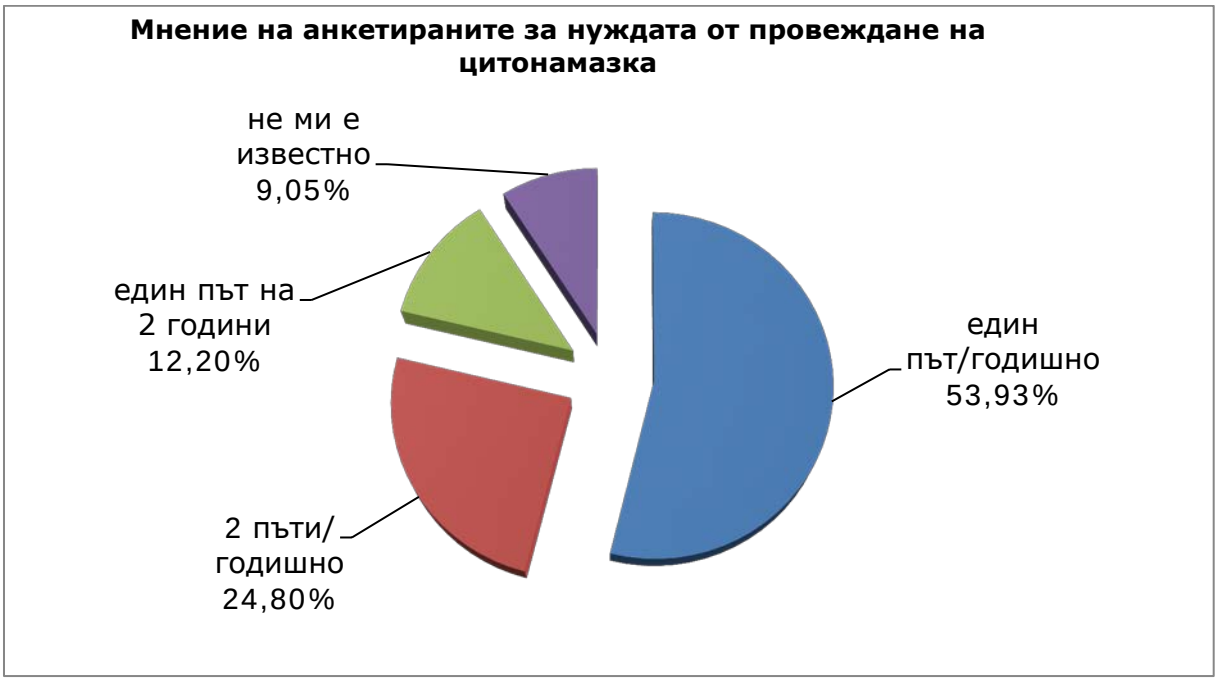
Друг фактор, оказващ влияние върху показателя е **социалния статус** на анкетираните. Приехме, че добър социален статус имат жени с месечен доход над 500 лв/месечно. При жените с добър социален статус, направените цитонамазки са със значимо по-висок относителен дял – $P<0.001$ ($t=3.658$). Анкетираните с месечни доходи под 500 лв./мес. са с най-малко проведени цитонамазки през последните пет години (Фиг. 13).



Фиг. 13. Влияние на размера на доходите на анкетираните върху броя на взетите от тях цитонамазки през последните пет години.

Може би добрия социален статус определя и мястото на провеждане на гинекологичния преглед – при жените от частните клиники броят на цитонамазките е по-висока.

Освен реалната честота на извършените цитонамазки при анкетираните решихме да проучим и мнението им по въпроса „Колко често, според Вас, трябва да се прави цитонамазка?“. Анализът на отговорите ни дава възможност да преценим до каква степен реалното поведение на жените съвпада с познанията им, след като съпоставяме получените резултати по този и по предходния въпрос. Установихме, че най-много от анкетираните са на мнение, че би трябвало да си правят цитонамазка един път годишно – 53,93±1.81%. Втора по големина е групата на жените, които са на мнение, че би трябвало да им бъде вземана цитонамазка два пъти годишно – 24,80±1.57%. Не е за подценяване и факта, че 9,05±1.04% от жените са декларирали, че изобщо не са запознати с това колко често би трябвало да бъде правено изследването $P < 0.001$ ($t=55.71$). От посочените отговори става ясно, че само половината от анкетираните са наясно с истинската необходимост от провеждане на цитонамазка. Отговорите на останалата половина ни кара да мислим, че българките не разбират нуждата от провеждане на цитонамазка и ползите от нея (Фиг. 14).

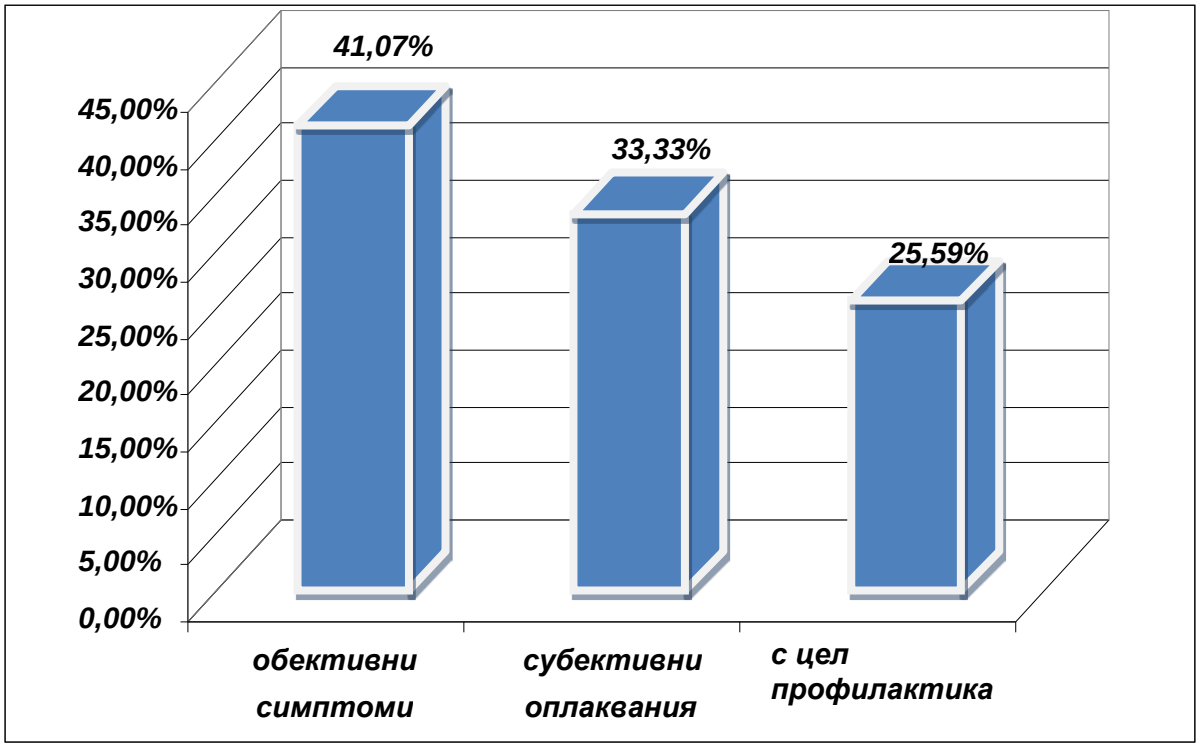


Фиг. 14. Разпределение на анкетираните, според мнението им по въпроса, колко често би трябвало да им бъдат правени цитонамазки.

1.3.Причини за посещение при гинеколог от анкетираните

Анализът на най-честите причини за посещение при гинеколог, дава косвени данни до каква степен профилактичното мислене и нагласата за превенция са залегнали в съзнанието на българските жени. За наше улеснение и прегледност разделихме всички възможни отговори на въпроса,"Какви са причините, които най-често Ви водят на преглед при гинеколог?", в три възможни групи – *„обективни симптом"*, *„субективни оплаквания"* и *„с цел профилактика"*.

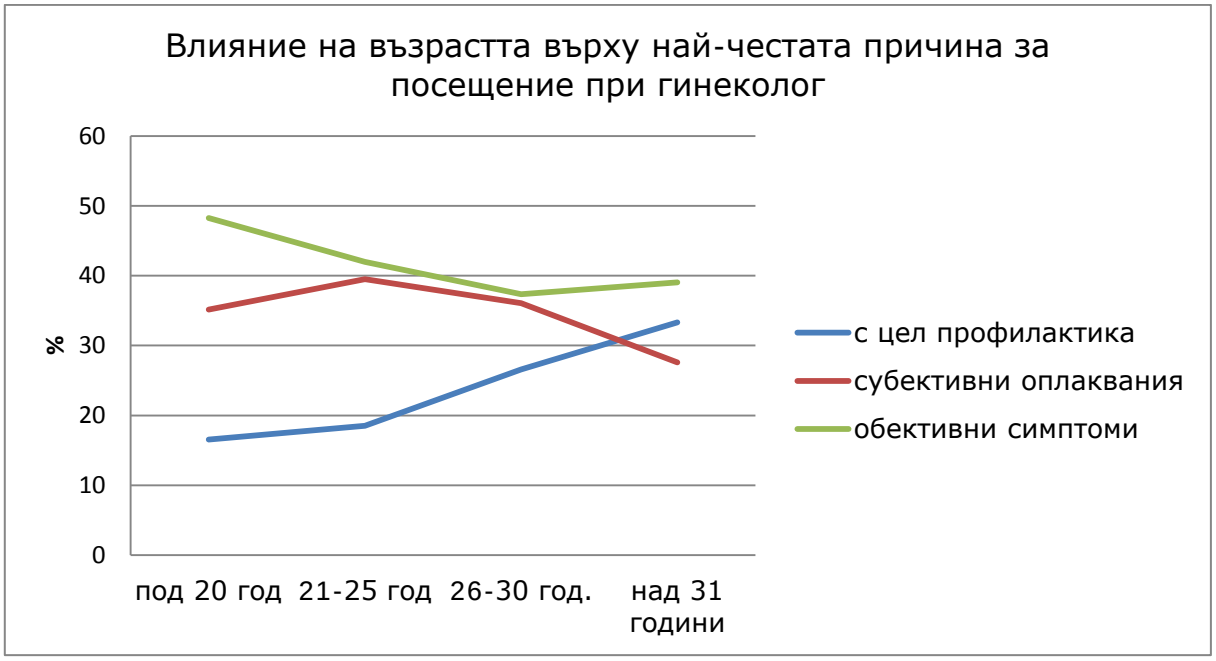
Анализирайки получените данни, установяваме следните стойности: за 41,07±1.78% от анкетираните най-честата причина да посетят гинеколог са обективните оплаквания, а за 33.34±1.70% това са чисто субективни симптоми. Около една четвърт от анкетираните – 25.59±1.39% споделят, че най-честите им срещи с медицински специалисти са изцяло с профилактична насоченост и не са резултат от появата на симптоми (Фиг. 15). Съпоставяйки резултатите на този показател обаче с данните от литературния обзор за нивото и степента на развитие на профилактиката в европейските държави можем да бъдем силно обезпокоени.



Фиг. 15. Разпределение на анкетираните жени, според най-честите причини за посещение при гинеколог.

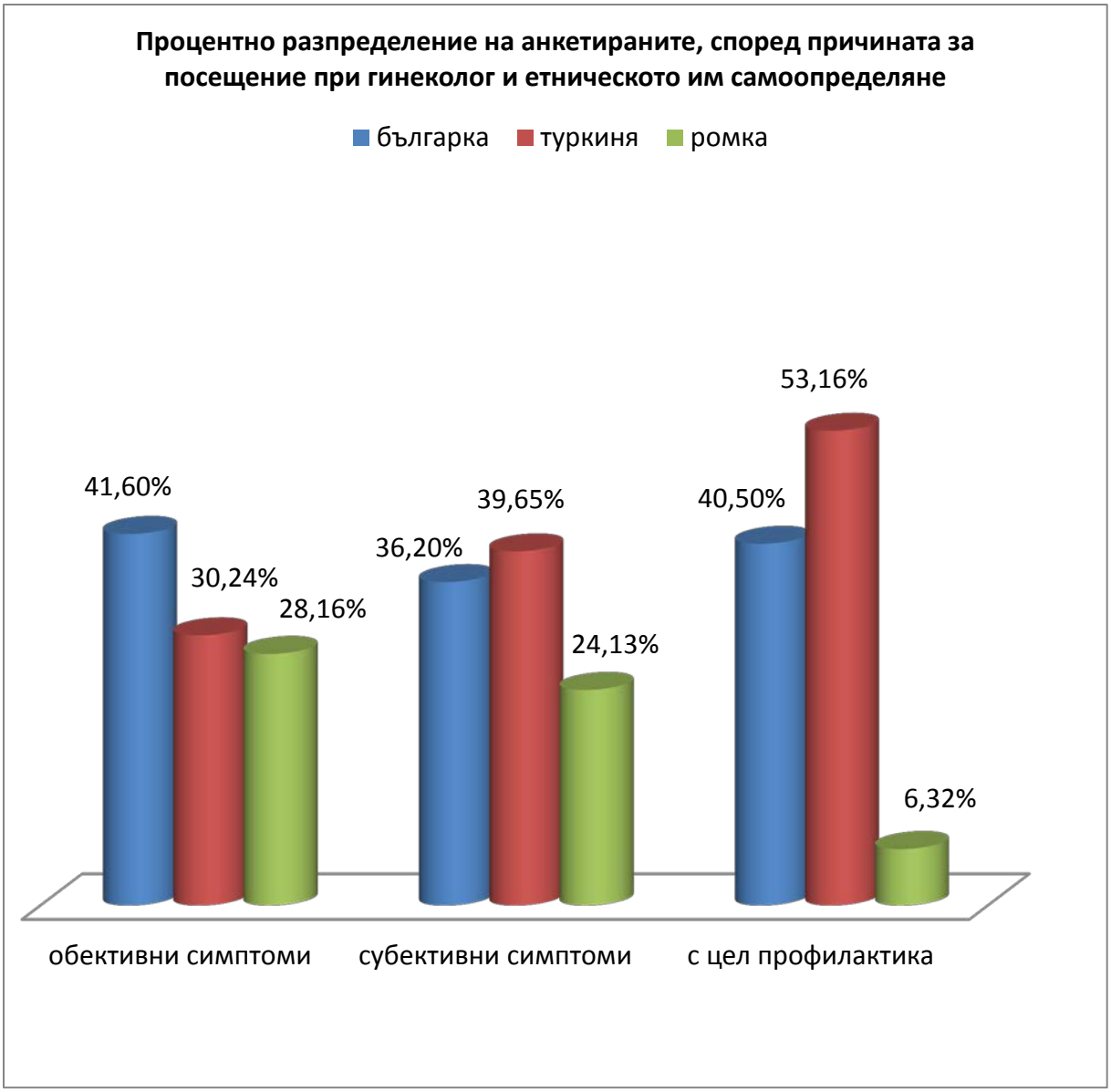
Установихме влияние на **възрастта** на анкетираните върху мнението и поведението им по настоящия въпрос. При възрастовата група до 20

години профилактиката е най-честата цел на посещенията при гинеколог за 16,55±3.12%. При 21-25 годишните, този процент нараства на 18,51±3.08%. С увеличаване на възрастта (26-30 годишни), жените отдаващи приоритетно значение на профилактиката стават 26,58±3.53%. Най-високи стойности този показател достига в най-високата възрастова група (жени над 31 години) и достига 33,33±2.73% (Фиг. 16). Изчисленият **u** критерий потвърждава алтернативната хипотеза, при уровен на значимост 99.99% – P<0.001 (u=4.04). Това потвърждава, че различието между двете сравнявани групи – до 20 годишна възраст и над 31 год. възраст е силно изразено P<0.001 (u=4.04).



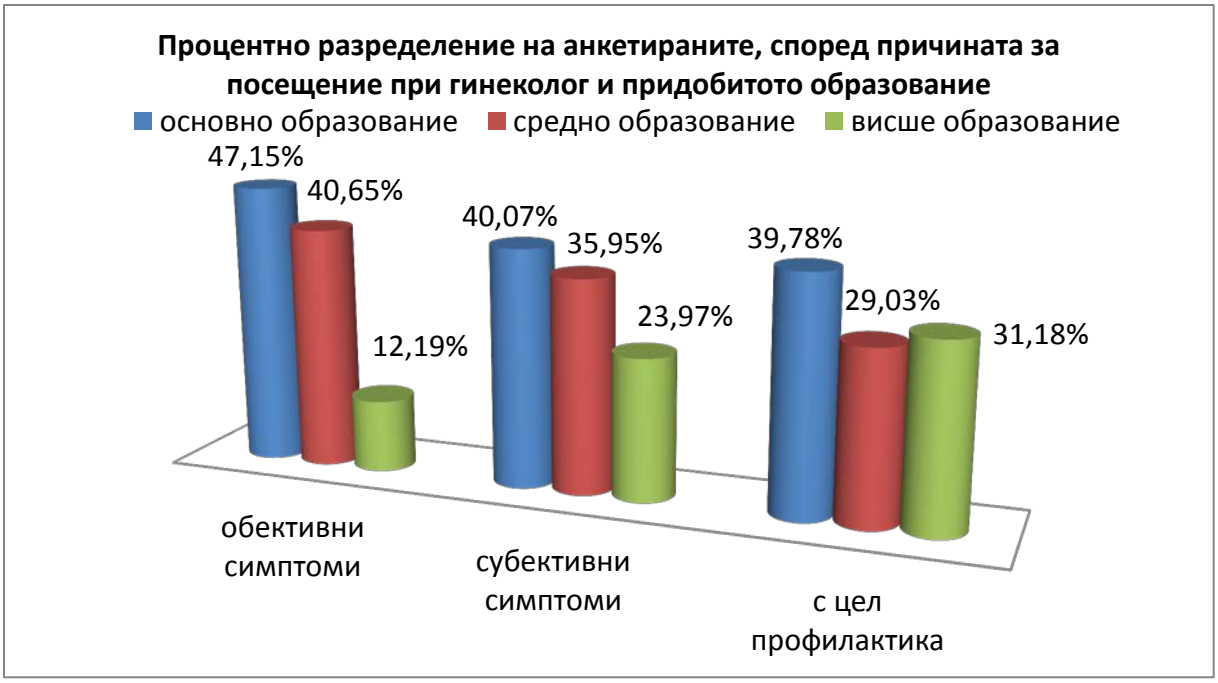
Фиг. 16. Най-честите причини за посещение при гинеколог, според възрастта

Съпоставяйки получените от анкетираните жени отговори с техния **етнически** произход отново констатираме статистически значими различия. Най-високи са различията между ромки и българки – P <0.001 (t=8.646). Сравнявайки двете най-близки групи, според стойностите на относителните дялове – българки и туркини също откриваме статистически значима разлика P <0.001 (t=3.467). При ромките – броят на жените, отдаващи значение на профилактиката и посещаващи гинекологична консултация на първо място, само и единствено с превантивна насоченост е най-нисък – 6,32±2.67%. При жените от турски етнически произход, процентът посещаващи гинеколог с цел профилактика е 24.13±5.61%. Най-много анкетирани заявили, че приоритет при посещенията им при гинеколог е профилактиката се откриват сред българките – 28.16±1.8% (Фиг. 17).



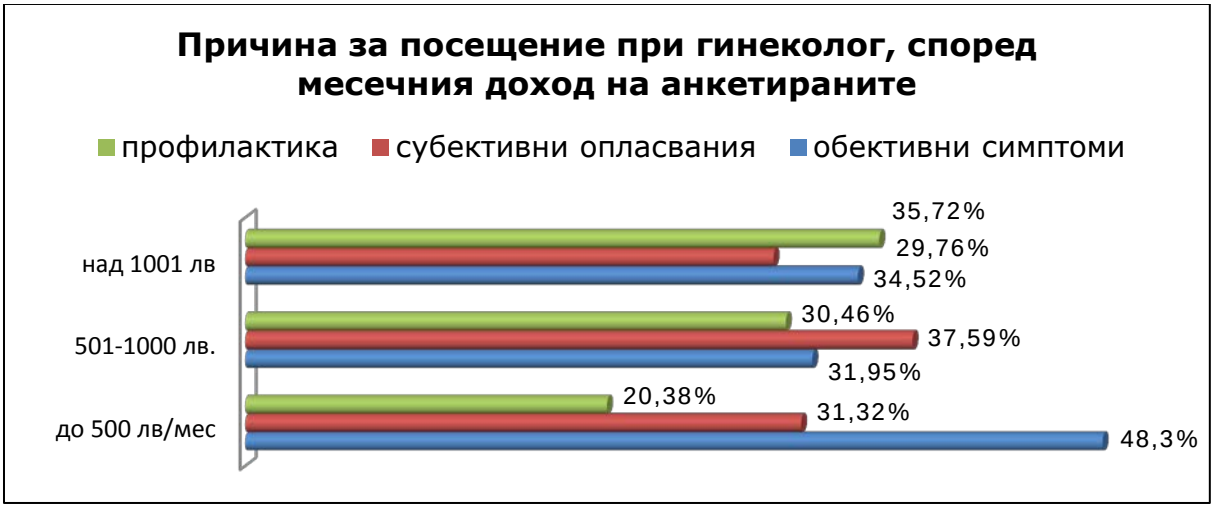
Фиг. 17. Влияние на етническият произход на анкетираните върху най-честите причини за посещение при гинеколог

Друг факториален признак, оказващ влияние върху мнението на изследваните, е степента на тяхното **образование.** С повишаване на образоваността на анкетираните жени се увеличава и относителният дял на жените посещаващи гинеколог предимно с цел профилактика. При анкетираните с основно образование, процентът на жените, съобщаващи, че най-честата причина да посетят гинекологичен кабинет основно с цел профилактика е относително нисък – 12,19±2.93%. При жените със средно образование същия процент нараства на 23,97±2.57%. Най-много жени, поставящи профилактиката, като основен мотив на посещението си при гинеколог откриваме сред най-образованите жени – висшистките (31,18±2.40%). (Фиг. 18)



Фиг. 18. Най-честата причина за посещение при гинеколог, според възрастта.

Социалният статус на анкетираните също оказва влияние върху честотата на причините за посещение при гинеколог. При жените с по-високи доходи броят на тези, посещаващи гинеколог с превантивна цел е по-висок. Анкетираните с месечни доходи под 500 лв. са заявили, че най-често посещават здравно заведение при поява на субективни или обективни симптоми. Съпоставен с общите резултати, тук е по-малък и броят на жените поставящи на първо място профилактиката. При групата на жените получаващи между 501 и 1000 лв. месечно се наблюдава известно повишение на същия процент, което е най-силно изразено при жените с доходи над 1001 лв. (Фиг. 19)



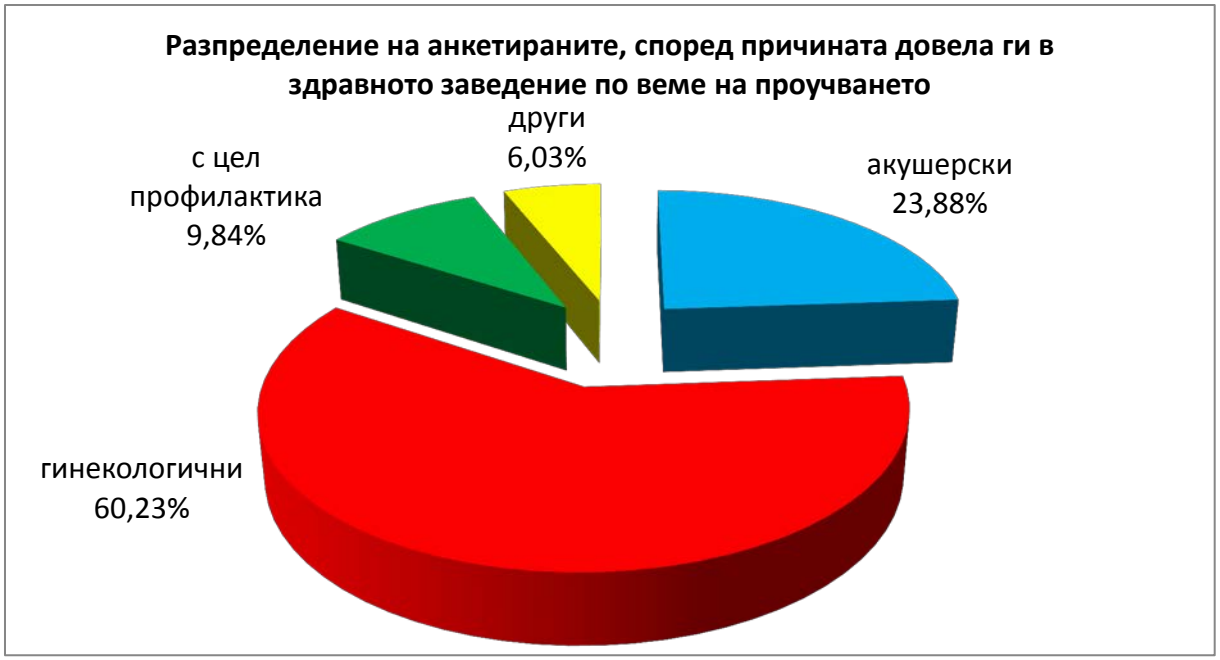
Фиг. 19. Влияние на размера на доходите върху причините за посещение при гинеколог.

Подобна тенденция, макар и по-слабо изразена се наблюдава и при анализа на получените данни във вида на здравното заведение, от което са били събирани данните. Изчисленият λ критерий на Колмогоров-Смирнов показва, че съществуват статистически значими различия в причината за посещение от вида на здравното заведение – P<0.001 (λ=3.68). Анкетираните посещават държавните заведения предимно при обективни симптоми (48.30±2.46%) и само в 20,39±1,97% за профилактика, докато всяка трета анкетирана в частно заведение е била там с цел профилактика (30.46±2,81%).(Табл. 4).

Табл.4. Разпределение на анкетираните, според вида на финансиране на здравното заведение, където са били анкетирани (частно или държавно) и причината за посещение при гинеколог

Причина за посещение при гинеколог	Държавна болница			Частна болница			Общо	
	N	%	Sp	N	%	Sp	N	%
Обективни симптоми	199	48.30	2,46	85	31,95	2,86	484	100.00
Субективни симптоми	129	31,31	2,28	100	37,59	2,98	229	
С цел профилактика	84	20,39	1,97	81	30,46	2,81	165	100.00
Всичко	412	100,00		266	100,00		762	100.00

След като анализирахме най-честите причини за гинекологичен преглед сред българските жени, решихме да проучим и какви са били конкретните причини довели ги в здравното заведение към момента на анкетата. От анализа на отговорите по този въпрос и съпоставката им с резултатите от предходния бихме могли да съдим и до каква степен в действителност поведението на анкетираните се препокрива с тяхното предварително мислене и нагласа за превенция. Резултатите от получените данни са със следните стойности: при 23,88±1.55% от анкетираните конкретната причина да попаднат в здравното заведение към момента на проучването са били акушерски проблеми, за 60,23±1.77% това са били гинекологични оплаквания. Само 9,84±1.09% от жените са заявили, че конкретния повод да са в здравното заведение е именно с цел профилактика. (Фиг. 20)



Фиг. 20. Разпределение на анкетираните жени, според причините, довели ги в здравното заведение по време на настоящото научно проучване.

Съпоставяйки получените резултати по този въпрос с тези от предходния, забелязваме значителен спад на процента на жените, които в действителност са на профилактичен преглед по време на проучването в сравнение с броя на заявилите, че приоритетно посещават здравно заведение с цел профилактика. (Фиг. 21)



Фиг. 21. Посещение при гинеколог с цел профилактика в момента на анкетирането.

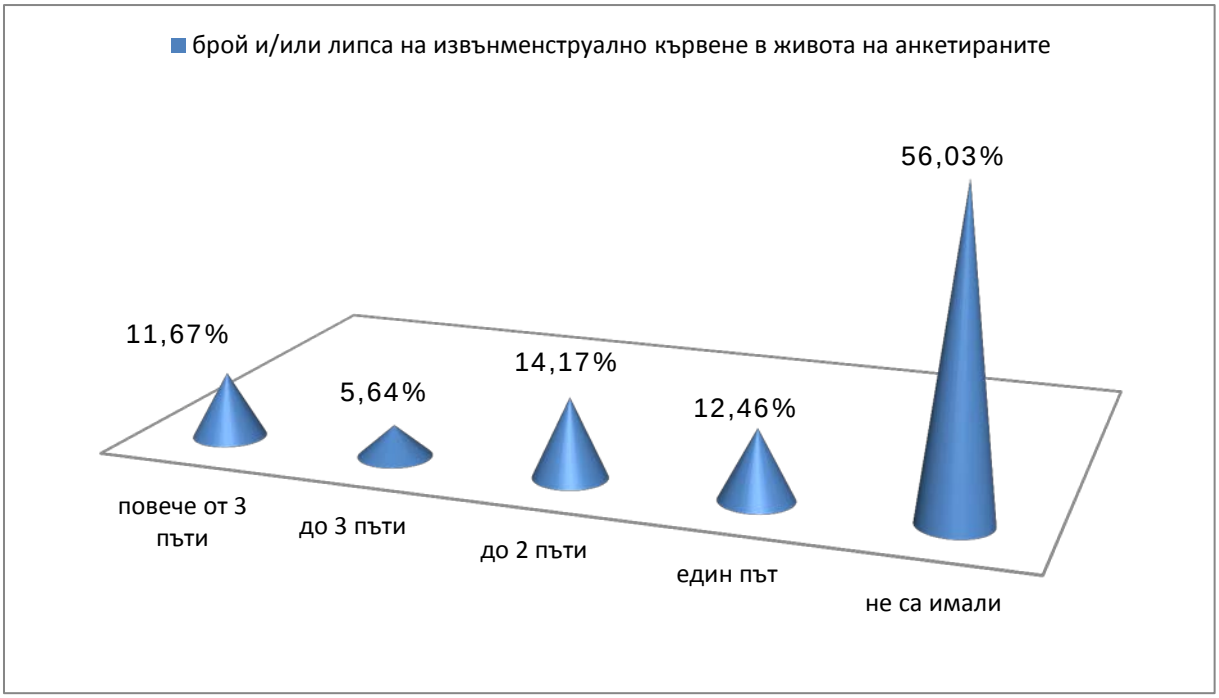
Разбира се, тези сравнения не бива да бъдат абсолютизирани, тъй като трябва да се има предвид и характера на здравните заведения, в които е провеждано анкетното проучване т.е. по-голямата част от тях са за болнична помощ и е логично пациентките анкетирани там да са постъпили с конкретен проблем, а не с цел профилактика и това неминуемо оказва влияние на резултатите.

2.Изследване на познанията на анкетираните върху карцинома на ендометриума

Задача № 2. /Изследване на познанията на анкетираните върху карцинома на ендометриума/

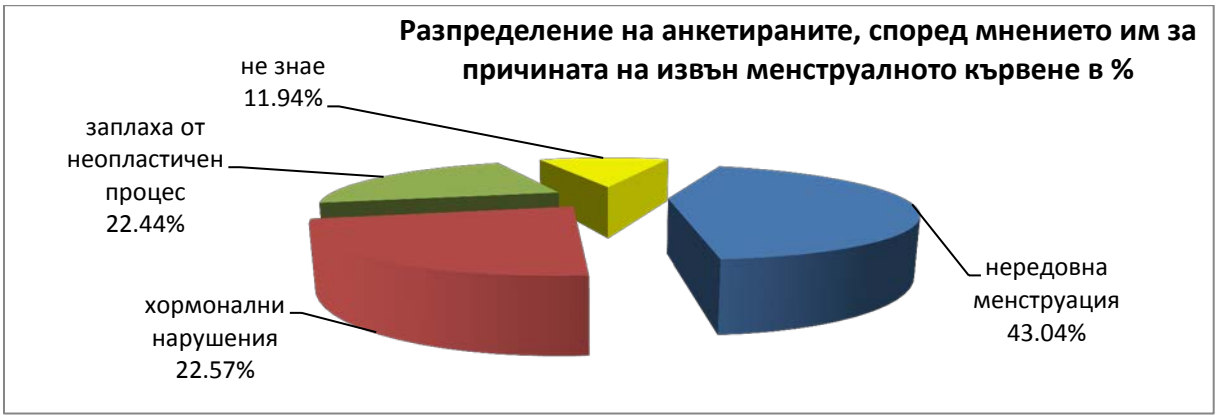
2.1.Отношение на анкетрираните към симптома „извънменструално маточно кървене“

Безспорно най-сигнификантният и алармиращ симптом при карцинома на ендометриума е извънменструалното маточно кървене. Прекомерните кръвотечения от влагалището по време на месечния цикъл (хиперменорея) също не трябва да бъдат неглежирани. Ранното пробно абразио на всички жени със симптома маточно кървене (особено на тези в менопаузата) е една от основните задачи на скрининга на ендометриалния карцином. Първият въпрос, който зададохме на анкетираните във връзка със симптома бе: „Получавали ли сте извънменструално маточно кървене през живота си, ако да колко пъти?“ Целта ни бе да установим до каква степен и колко от жените са се срещали с проблема. Според получените резултати, анкетираните пациентки бяха разпределени в пет групи: жени, които не са получавали „извън менструално кървене – 56,05±1.8%; веднъж – 12,46±1.18%; два пъти – 14,18±1.26%; 5,64±0.08% – три пъти; 11,67±1.17% – повече. (Фиг. 22)



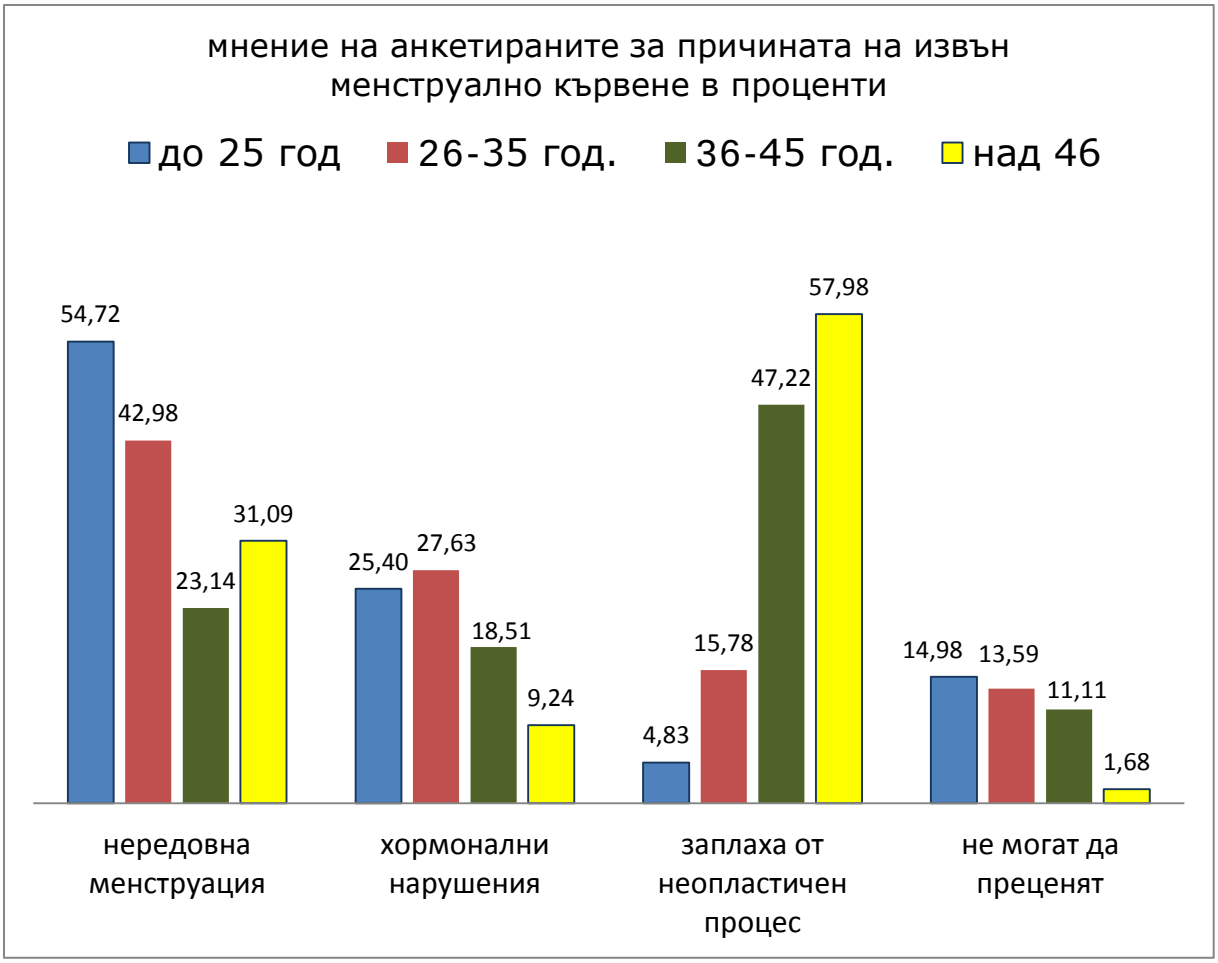
Фиг. 22. Разпределение на анкетираните, според наличието или липсата на епизоди през живота им, в които са имали извънменструално маточно кървене.

След като проучихме каква част от анкетираните жени са имали през живота си извънменструално кървене, решихме да разберем до каква степен те отдават значение на симптома и до каква степен го свързват със заплаха от ендометриален карцином. Получените данни събрахме с въпроса: „С какво най-често свързвате симптома извънменструално генитално кървене?“. Оказа се, че за по-голяма част от тях (43,04%) извънменструалното кървене на първо място е признак за нередовна менструация. Според 22,57% от анкетираните гениталното кървене извън дните на менструация е свързвано главно с хормонални нарушения. Истинска значимост на симптома отдават само 22,44% от жените, които са на мнение, че при всяко едно „прокървяване“ от гениталиите трябва на първо място да се мисли за неопластичен процес, докато не бъде доказана друга причина (Фиг. 23). Тези резултати ни карат да мислим, че трябва да се работи много сериозно в насока към популяризиране важността и сериозността на симптома извънменструалното генитално кървене, сред българските жени.



Фиг. 23. Разпределение на анкетираните, според евентуалните причини с които свързват симптома извънменструално маточно кървене.

Установихме влияние на **възрастта** на анкетираните върху мнението им по този въпрос. При възрастовата група до 25 години, извънменструалното генитално кървене се свързва от по-голямата част от жените (54,72%±2,75) главно с нередовна менструация. При 26-35 годишните също преобладават жените, които свързват симптома с менструални (42,98%±3,28) и с хормонални нарушения (27,63%±3,28). С увеличаване на възрастта (36-45 годишни) се наблюдава нарастване на процента на жените, които свързват извънменструалното кървене със заплаха от ендометриален карцином – 47,22%±4,80. Най-високи стойности този показател достига в най-високата възрастова група - при жените над 45 години той нараства на 57,98%±4,52 . (Фиг. 24)



Фиг. 24. Влияние на възрастта върху мнението на анкетираните относно възможните причини за симптома извънменструално генитално кървене.

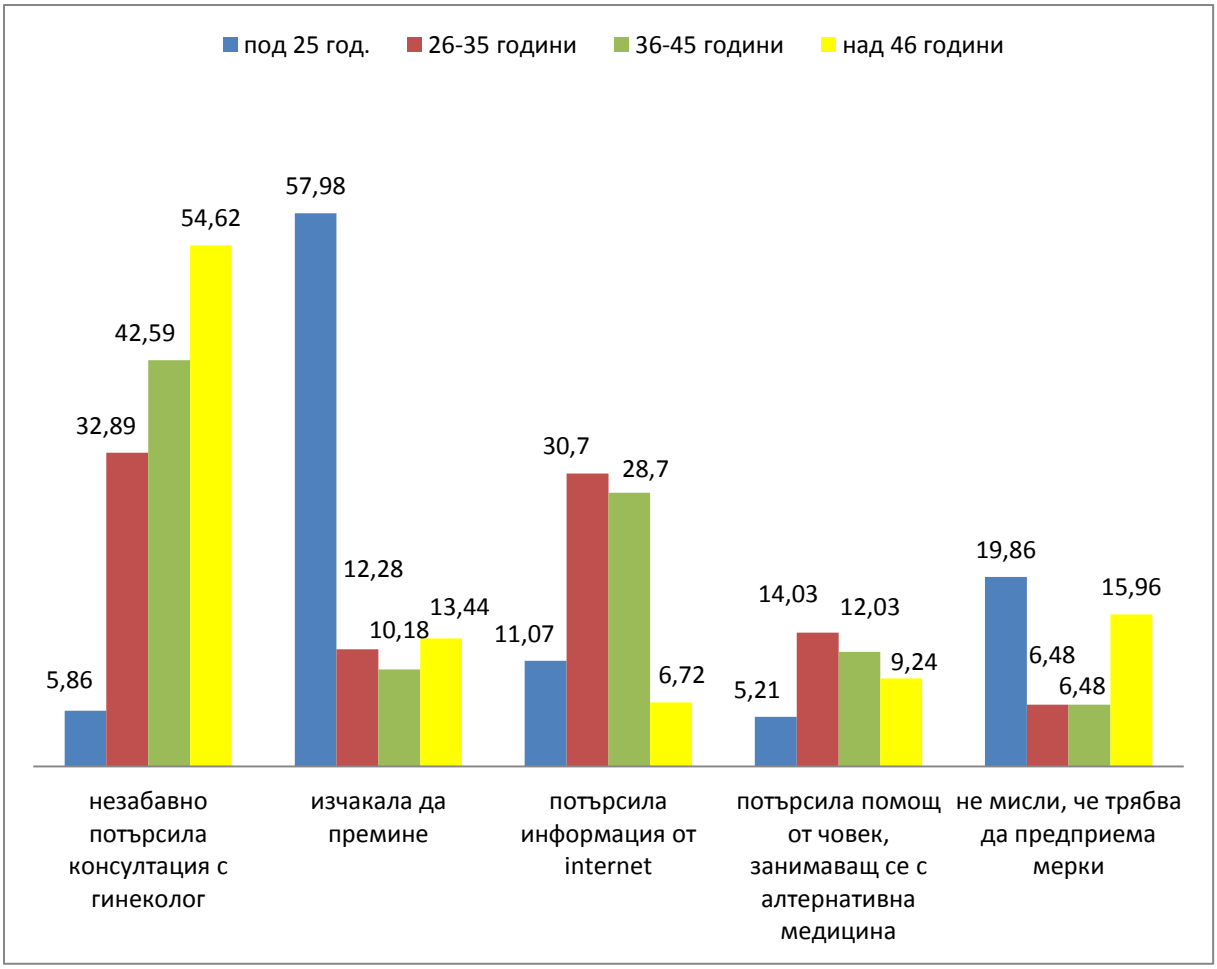
Изчисленият критерий на Pearson показва, че възрастта на анкетираните оказва силно изразено влияние върху тяхното становище $P<0.001$ ($\chi^2=185.91$).

Наред с анализа на мнението и познанията на анкетираните за възможните причини предизвикващи извънменструалното генитално кървене решихме да анализираме и поведението им свързано с появата на симптома. На въпроса „Какво направихте при получено маточно кървене?“, 18,76±1.49% от анкетираните жени са отговорили, че са потърсили информация в интернет. За съжаление, цели 30,57±1.69% съобщават, че са изчакали за да видят дали няма да спре от само себе си и само 26,77±1.62% отговарят „потърсих незабавно консултация при гинеколог“. Тревожно звучи фактът, че 9,44±1.06% са потърсили консултация при човек занимаващ се с алтернативни медицински методи, не лекар. Най-тревожен обаче е фактът, че все още има и жени (14,43%) които при получено маточно кървене не предприемат абсолютно никакви мерки (Фиг. 25).



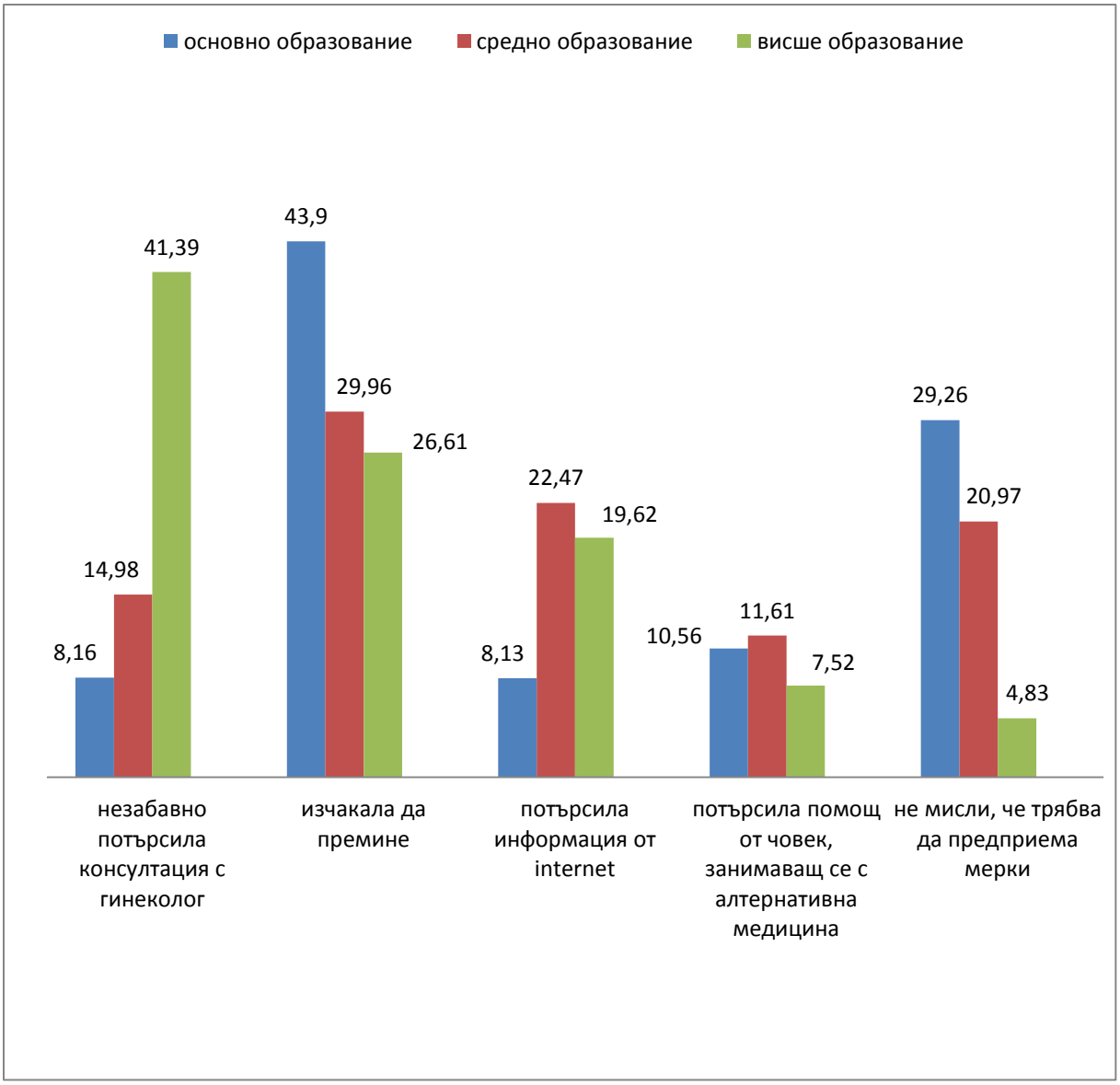
Фиг. 25. Разпределение на анкетираните, според поведението им при извънменструално маточно кървене.

Установихме определено влияние на **възрастта** на анкетираните върху поведението им при получаване извънменструално маточно кървене. При анкетираните под двадесет и пет годишна възраст преобладават жени, които са отговорили, че са изчакали за да видят дали кървенето няма да спре от само себе си – 57,98±2.86%. При 26-35 годишните най-висок е процента на жените, които при поява на симптома са потърсили информация в интернет, или общо 30,70±3.06% от тях биха предприели това, като поведение на първи избор. С увеличаване на възрастта (в групата на 36-45 годишните) започва да се повишава процентът на жените, които са потърсили консултация от лекар специалист – 42,59±4.76%. Този процент става най-голям при най-високата възрастова група, жените над четиридесет и пет годишна възраст – 54,62±4.56%. (Фиг. 26). Възрастта оказва статистическо значимо влияние върху поведението на участниците в проучването. Изчисленият коефициент на достоверност, потвърждава алтернатвната хипотеза при уровен на значимост 99.99% - $P<0.001$ (χ^2 = 139.55).



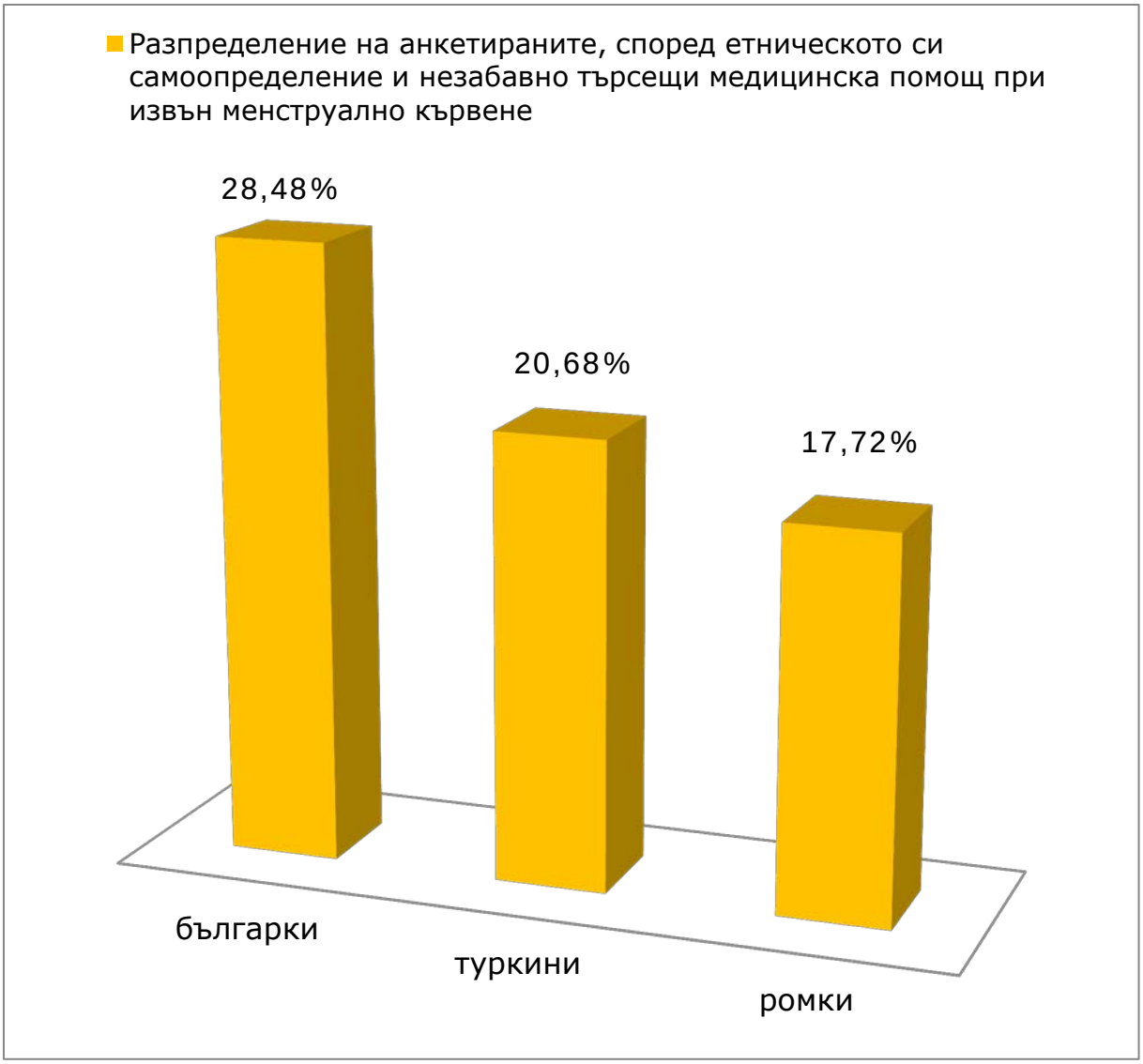
Фиг. 26. Влияние на възрастта върху поведението на анкетираните при поява на симптома извънменструално генитално кървене.

Друг фактор, оказващ влияние върху познанията на изследваните, е тяхното **образование**. С повишаване на степента на образование на анкетираните жени се повишава и относителният дял на жените, които съобщават, че при получено кървене първо биха потърсили лекарска помощ. При анкетираните с основно образование процентът на жените които не биха предприели никакви мерки е най-висок – 29,26±4.09%. При жените със средно образование същия процент намалява на 20,97±2.49% за сметка на този на жените, които не биха предприели мерки. Най-много жени, които веднага биха потърсили специализирана медицинска помощ веднага след получено кървене се срещат в групата на висшистките (41,39±2.55%). (Фиг. 27). Степента на придобито образование оказва статистическо значимо влияние върху поведението на участниците в проучването. Изчисленият коефициент на достоверност, потвърждава алтернатвната хипотеза при уровен на значимост 99.99% - $P<0.001$ (χ^2 = 139.55).



Фиг. 27. Влияние на образованието върху поведението на анкетираните при поява на симптома извънменструално генитално кървене.

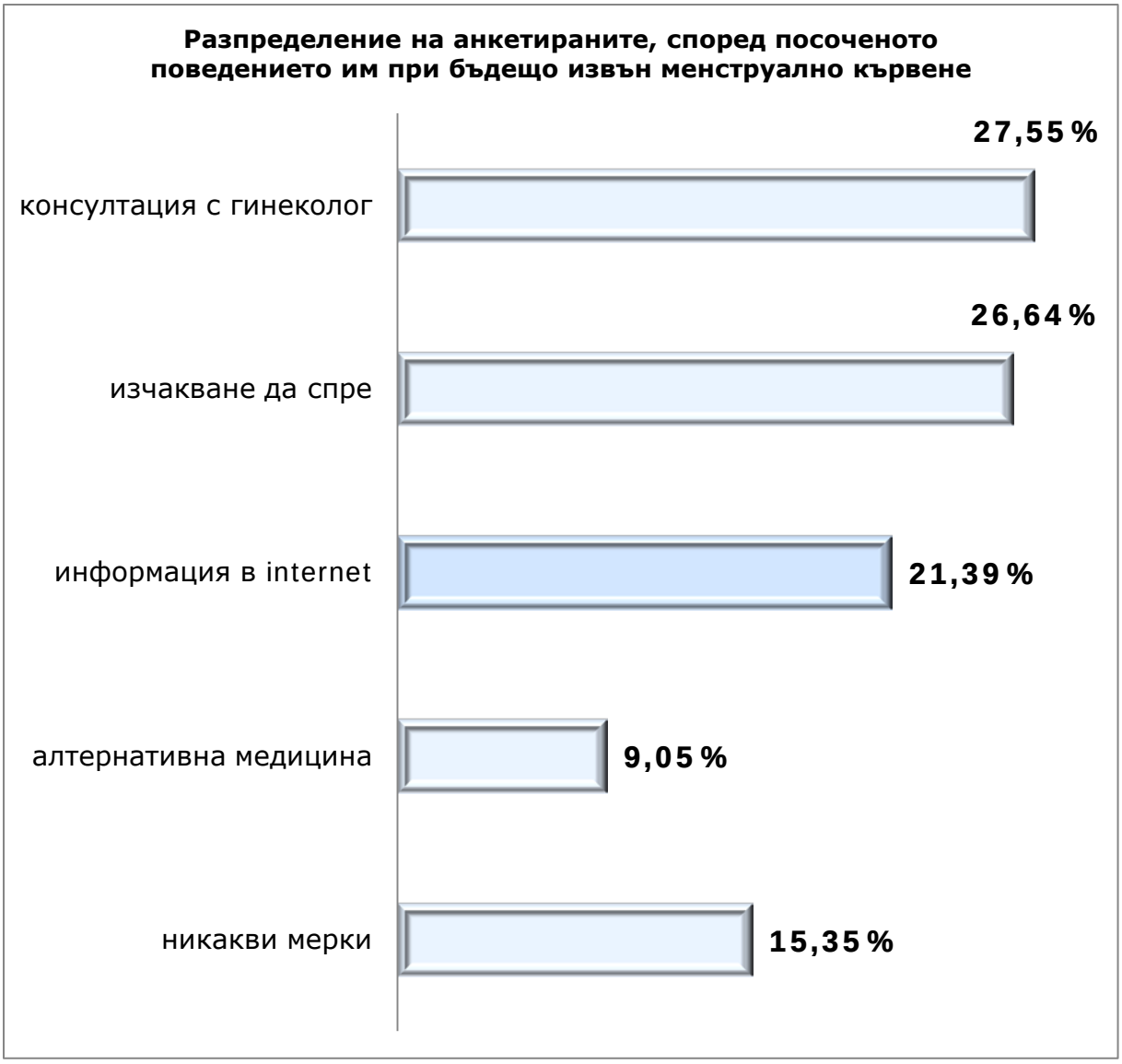
Установихме влияние и на **етноса** на анкетираните върху поведението им при извънменструално кървене. При българките броят на жените, които търсят специализирана медицинска помощ при изява на симптома е най-висок – 28,48±1.80%. При жените, декларирали турски етнически произход този процент е по-нисък – 20,68±5.35%. Най-рядко към консултация със специалист при получено кървене се обръщат ромските жени, или само 17,72±4.32% от тях са заявили това (Фиг. 28). Най-висока статистическа разлика съществува между българки и ромки P <0.001(t=13.25). Дори при най-близките стойности на относителни дялове на туркини и ромки съществува статистически значима разлика P <0.001(t=2.00).



Фиг. 28. Влияние на етническия произход върху поведението на анкетираните при поява на симптома извънменструално генитално кървене.

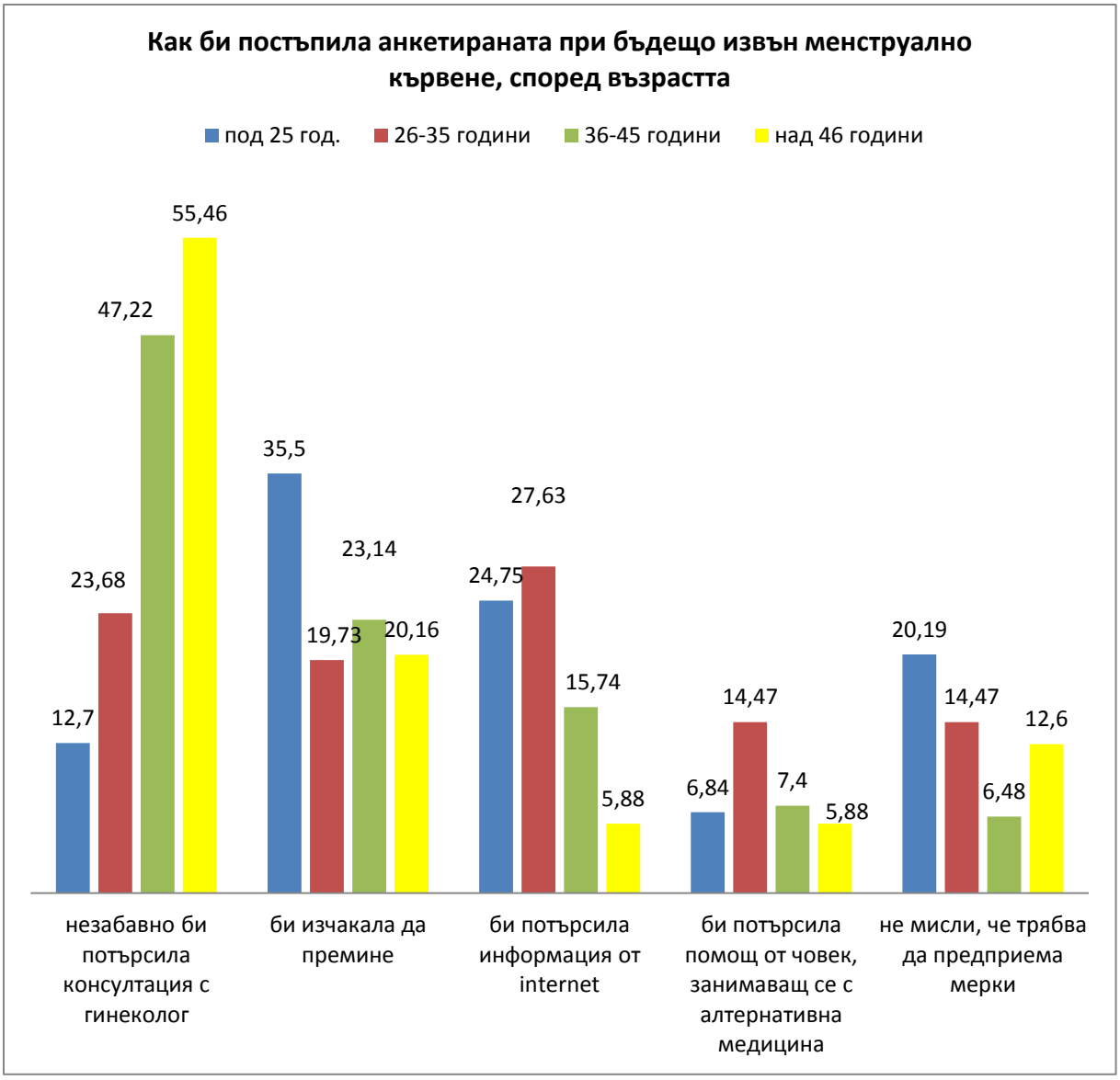
След като изследвахме реалното поведение на анкетираните жени при получено извънменструално маточно кървене, решихме да проучим и намеренията и нагласите им по отношение на евентуалното им поведение при поява на този симптом в бъдеще. От анализа на получените резултати можем косвено да съдим за медицинската култура на българските жени, както и да направим изводи за работата, която трябва да бъде свършена от нас лекарите в тази насока.

На въпроса „Какво бихте направили ако получите маточно кървене?“ най-голямата част от жените (27,55±1.63%) отговарят, че биха „потърсили незабавно консултация при гинеколог“. За съжаление, отново не са малко и тези които съобщават, че биха изчакали за да видят дали няма да спре от само себе си (26,64±1.61%). (Фиг. 29).



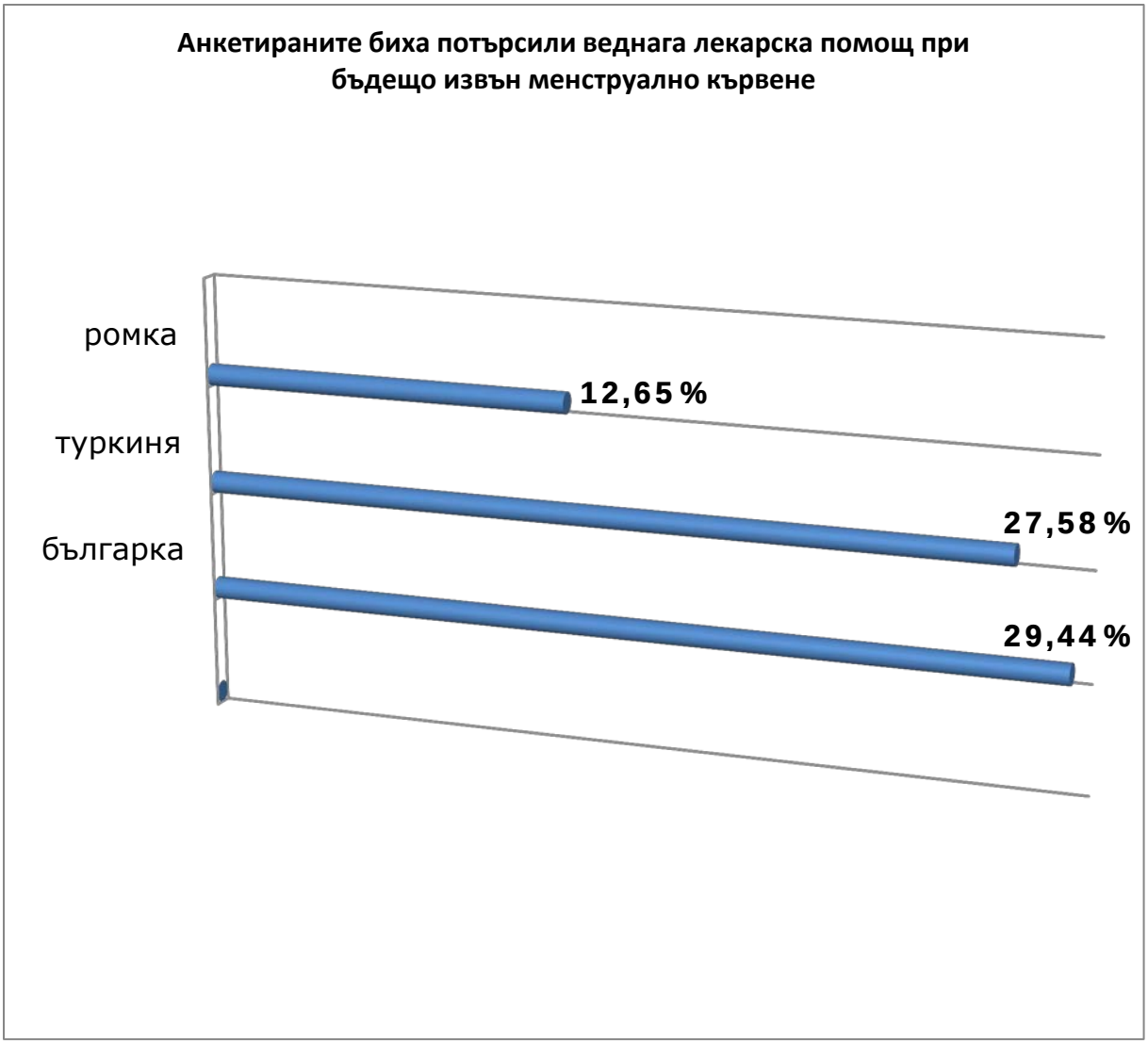
Фиг. 29. Разпределение на анкетираните, според поведението, което биха предприели ако получат извънменструално маточно кървене.

Влиянието на **възрастта** на анкетираните жени върху мнението им по въпроса е категорично: при анкетираните до 25 годишна възраст най-висок е (35,50%±2,75) процентът на жените, които биха изчакали, а също и на жените, които не биха предприели нищо (20,19%±2,28) или на тези, които единствено биха потърсили информация за проблема в глобалната мрежа (24,75%±2,47). При 26-35 годишните започва да нараства броят на жените, които незабавно биха се консултирали с гинеколог. С увеличаване на възрастта (36-45 годишни) намалява и процента на жените, които съобщават, че не биха предприели никакви мерки при получено кървене. При жените от най-високата възрастова група, тези над 46 години този процент отново леко се повишава до 12,60%±1,18 (Фиг. 30).



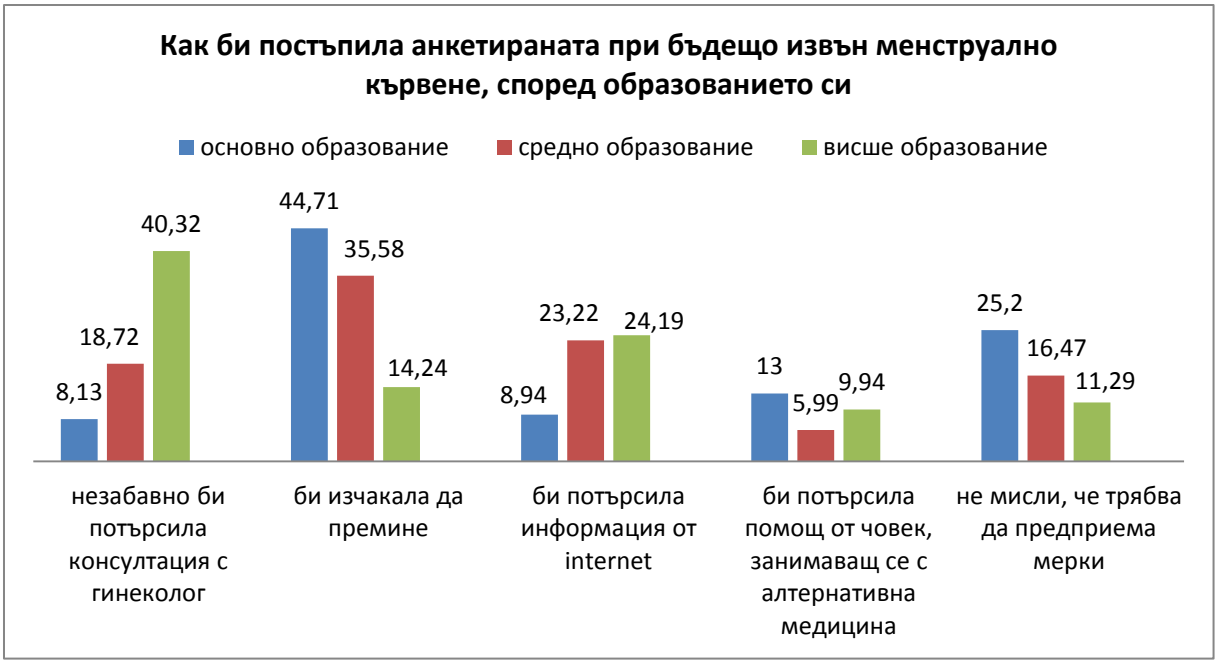
Фиг. 30. Влияние на възрастта върху поведението, което анкетираните биха предприели ако в бъдеще получат извънменструално маточно кървене.

Чрез съпоставяне мненията на анкетираните с техния **етнос** също могат да се установят статистически значими различия на ромките спрямо българките и туркините, съответно $P < 0.001$ ($t=7.083$), и $P < 0.001$ ($t=6.248$). Липсва статистически значима разлика по този показател между българки и туркини $P > 0.05$ ($t=0.775$). При българките, броят на тези които имат намерение веднага след получено кървене да потърсят специализирана медицинска помощ е най-висок – 29,44±1.82%. Същият показател е малко по-нисък при жените, декларирали турски етнически произход – 27,58±5.9%. Най-малко жени, имащи намерение да потърсят лекар ако „изкървят“, могат да бъдат открити сред жените от ромската етническа група – 12,65±3.78%. (Фиг. 31)



Фиг. 31. Влияние на етническата самоопределеност върху поведението, което анкетираните биха предприели /консултация с лекар/, ако в бъдеще получат извънменструално маточно кървене.

Друг важен фактор, влияещ върху мнението на анкетираните е тяхното **образование.** Повишаването на степента на образование на изследваните жени води до увеличаване на относителния дял на тези, които биха потърсили специализирана помощ при алармиращ симптом, като извънменструалното маточно кървене. Най-много анкетирани, които не биха предприели никакви мерки (25,20±3,9%) и такива, които биха чакали кървенето им да премине от само себе си (44,71±4,4%) се срещат в групата на жените с основно образование. При жените със средно образование, процентът спада съответно на 16,47±2,24% и 35,58±2,4%. Най-висок относителен дял декларирали, че ако получат кървене веднага биха се обърнали към лекар може да бъде открит при висшистките – 40,32±2,54%. (Фиг. 32)



Фиг. 32. Влияние на образованието върху поведението, което анкетираните биха предприели ако в бъдеще получат извънменструално маточно кървене.

Единственото нещо, което може да се равнява по значимост в борбата с ендометриалния карцином с поведението на пациентките е поведението на другата страна – медицинските специалисти. Затова решихме да проучим не само, какво мислят и какво биха направили нашите пациентки ако получат генитално кървене, но и как са били лекувани тези от тях, които вече са имали този симптом.

От получените данни установихме следните резултати: най-голяма част от анкетираните веднага са били абразирани (34.02±1.72%), което и според нас е най-правилното поведение в случая (Фиг. 33). 7.16±0.92% от пациентките споделят, че им е била направена хистероскопия (най-вероятно е била взет хистологичен материал за изследване). За опастна считаме практиката, за която са споделили 25.97±1.59% от жените, а именно – били са само и единствено прегледани с ултразвук, след което най-вероятно специалистът е преценил, че „няма нищо страшно“ от това което е видял и не е предприел никакви допълнителни изследвания. Известно е, че ултразвукова диагностика в случая може да има само насочващ характер и в никакъв случай с него не бива да бъдат поставяни диагнози или вземани дефинитивни решения. Задължително, ехографията трябва да бъде последвана от друго изследване с инвазивен характер и висока степен на достоверност. Така и е било подходено при 17,91±1.39% от жените, при които „са били предприети повече от един от споменатите методи“.



Фиг. 33. Разпределение на анкетираните жени, според вида на медицинската помощ, която им е била указана при получено от тях маточно кървене.

За съжаление, макар и в отделни случаи, все още съществува порочната практика да се опитва да се спре кървенето само с медикаменти, без да се предприемат други изследвания за изясняване на произхода му. За такъв опит споделят 8.35% жените. Още повече, че все още има лекари, които не предприемат нищо при съобщено от пациентките кървене, а ги съветват „да изчакат и да видят дали кървенето ще се повтори“ (5,07±0.79%). Намираме последните два вида поведение за неуместно. Когато при предходните въпроси коментирахме поведението на пациентките, споделящи че при получено кървене не биха направили нищо можехме да имаме известна снизходителност към тези жени и да кажем, че вината не е в тях и че трябва да се работи повече от нас в насока на промоцията и превенцията на здравето, то тук може да коментираме неточното поведение на лекари, които подминават един от най-сериозните симптоми в акушерството.

2.2.Фамилна анамнеза за карцином на ендометриума

Редица проучвания доказват в пъти по-големия риск от развитие на ендометриалния карцином при жени с наследствена обремененост.

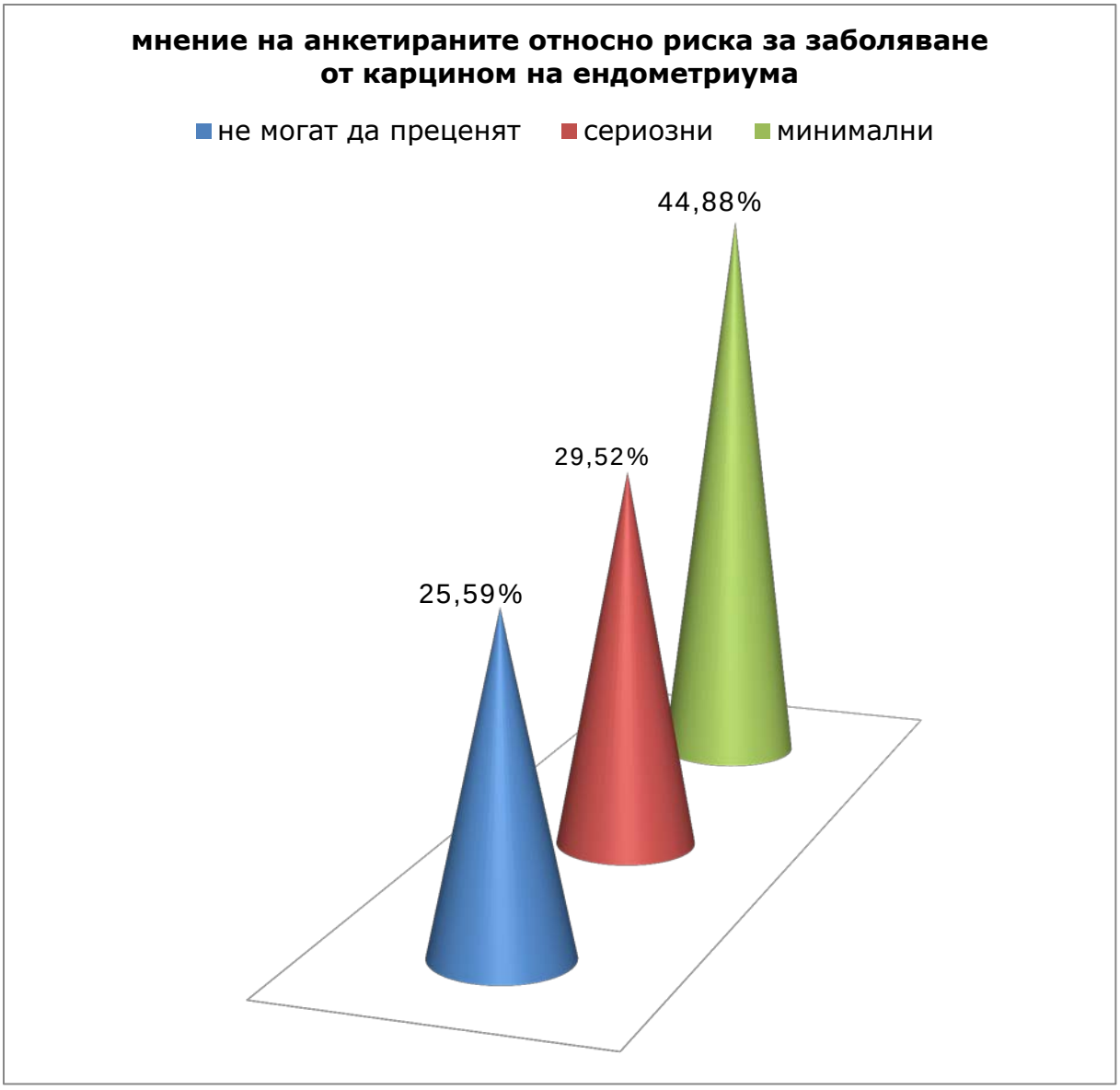


Фиг. 34. Разпределение на анкетираните, според анамнезата за онкологични заболявания в родословието

Резултатите ни не съвпадат с посочените в достъпната ни литература, в която процента на фамилно обременените с онкозаболяване е значително по-висок. Не установихме също и анкетирана с фамилна обремененост за карцином на дебелото черво, въпреки известното съчетание на карцином на ендометриума с карцином на дебелото черво.

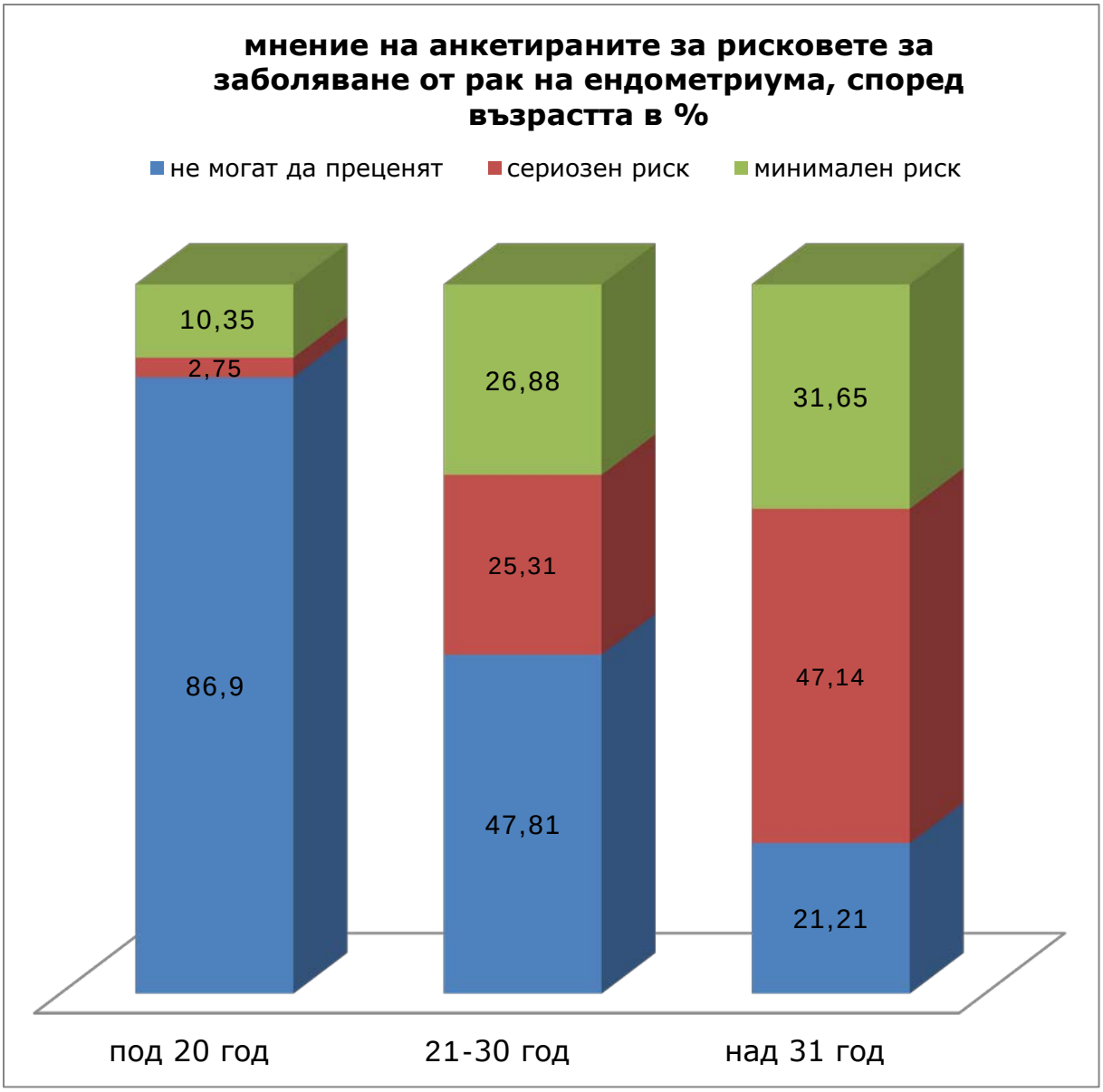
2.3.Изследване на познанията на анкетираните относно риска от развитие и методите за намаляване на риска от развитие на карцином на ендометриума

Познанията на анкетираните относно риска от развитие на ендометриален карцином са отправна точка в настоящото изследване. (Фиг. 35). Тревожни са резултатите за това, че в двадесет и първи век почти всяка втора пациентка не осъзнава сериозността на риска от развитие на ендометриален карцином.



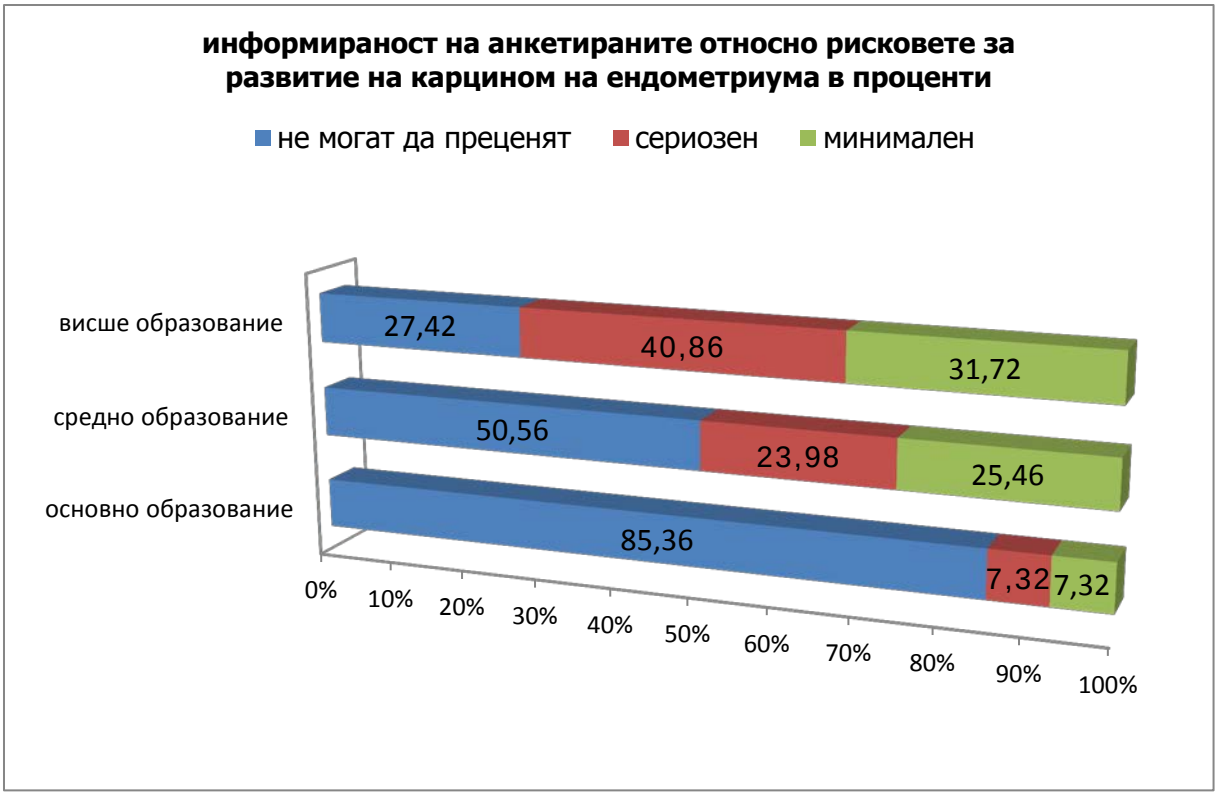
Фиг. 35. Разпределение на анкетираните, според мнението им относно рисковете за заболяване от карцином на ендометриума

И тук факториалните признаци – възраст и образование оказват най-голямо влияние върху познанията на изследваните жени. Възрастта на участничките в проучването е базов фактор, влияещ върху преценката на риска от заболяване от карцином на ендометриума $P<0.001$ ($\chi^2=87.53$). Най-висок е процентът на тези които не могат да преценят при анкетираните под 20 години, а най-малък % при тези над 31 год. Обратна е тенденцията при оценка „сериозни“ – едва 2,75% при тези под 20 год., а 47,14±2,90% при анкетираните над 31 год. (Фиг. 36)



Фиг. 36. Влияние на възрастта върху мнението на жените относно рисковете от развитие на ендометриален карцином

Образованието е фактор, който оказва съществено влияние върху информативността на жените за рисковете от възникване на карцином на ендометриума – $P<0.001$ ($\chi^2=130.05$). Алтернативната хипотеза се определя от: 1) най-високия относителен дял (85,36%±3,22) на жените с основно образование, които „не могат да преценят“от една страна и най-малък % на посочилите „минимален риск“ и 2) при висшистките алтернативната хипотеза се определя от по-високия процент на оценка „сериозни“, сравнение с анкетираните с основно образования, както и при оценка „минимален риск“ – най-ниска при анкетирани с основно образование, а най-висока при тези с висше (Фиг. 37).



Фиг. 37. Влияние на образованието върху информираността на жените относно рисковете от развитие на ендометриален карцином

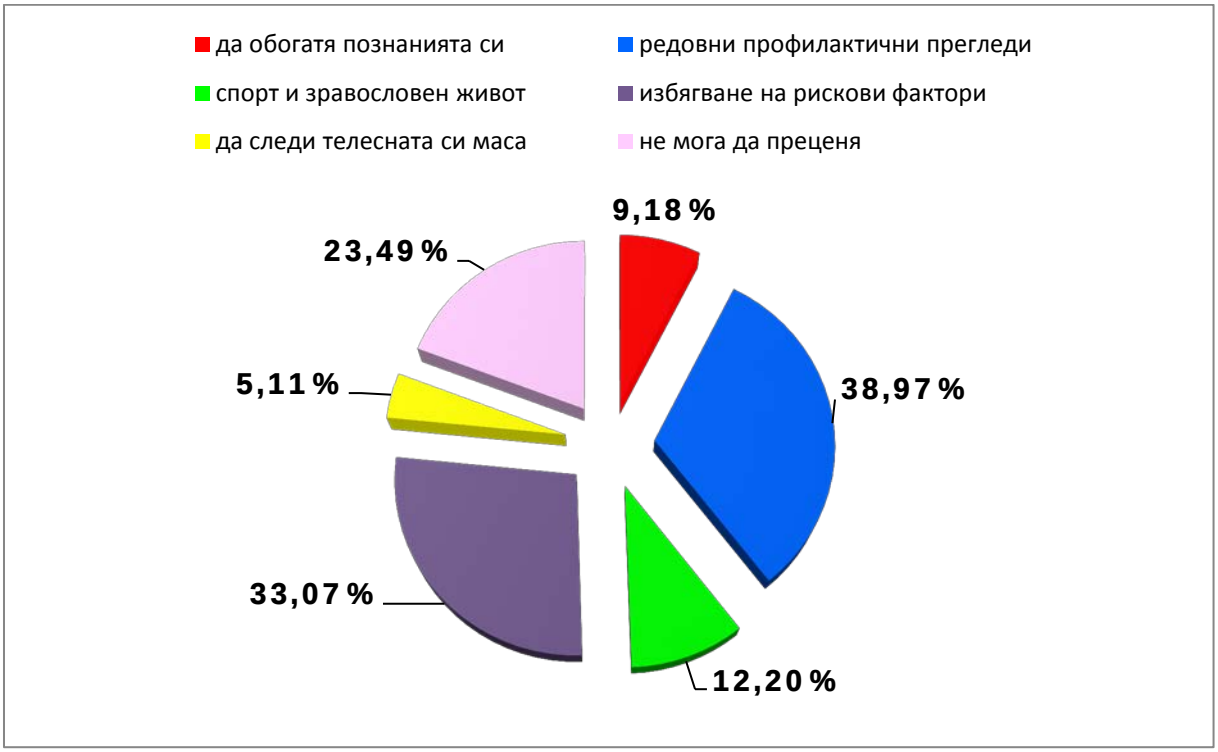
Друг фактор, оказващ влияние върху сериозността, с която анкетираните приемат риска от развитието на ендометриален карцином е наличието на **онкологични заболявания във фамилната им анамнеза.** Най-много жени намиращи като сериозни рисковете от развитие на ендометриален карцином се срещат в групата на жените, имащи същото заболяване във фамилната си анамнеза (Табл. 5).

Табл.5. Разпределение на анкетираните жени с анамнеза за онкологични заболявания на женските полови органи в рода си според мнението им относно риска от карцином на ендометриума, сравнени със същите данни за всички анкетирани .

Риск	Анкетирани с роднини с онкологични заболявания на ЖПО			Анкетирани без роднини с онкологични заболявания на ЖПО			t	P
	брой	%	Sp	брой	%	Sp		
Не могат да преценят	18	26.08	5.28	324	46.75	1.90	3.68	<0.001
Сериозен	39	56.53	5.96	186	26.84	1.72	4.79	<0.001
Минимален	12	17.39	4.17	183	26.41	1.66	2.00	<0.05
Общо	69	100.00		693	100.00			

Проведените вътрегрупови съпоставки потвърждават алтернативната хипотеза – 0,05 > P < 0.001. Различията се определят от: 1) по-малкия процент на анкетирани с роднини с онкологично заболяване на ЖПО, които „не могат да преценят“; 2) почти 2 пъти по-голям % анкетирани с роднини с онкологично заболяване на ЖПО, които преценяват риска като „сериозен“.

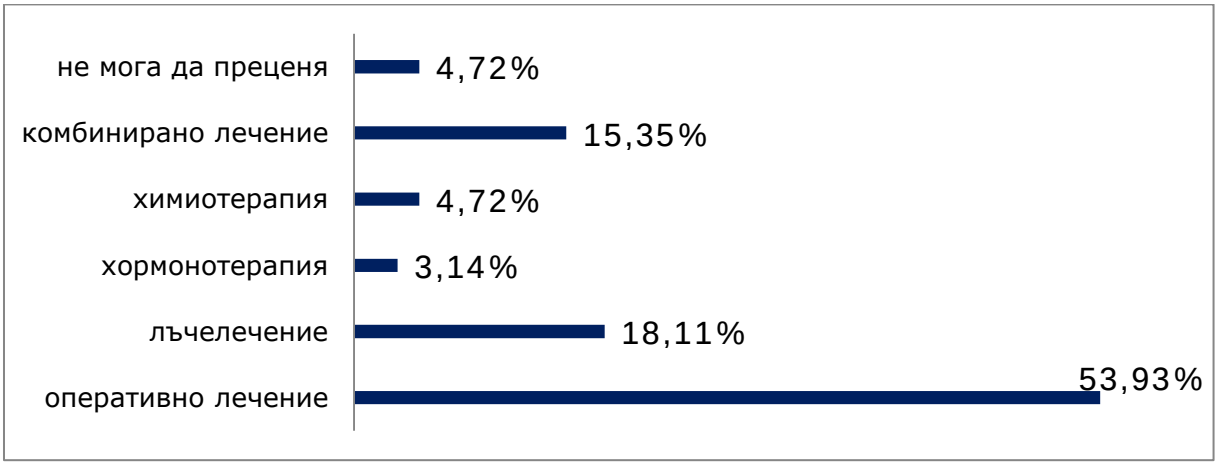
На въпроса „Какво според Вас може да направи пациентката за да понижи тези рискове?“. Най-голяма част от анкетираните жени (38,97%) са на мнение, че чрез извършването на редовни профилактични прегледи най-добре биха се предпазили от развитие на ендометриален карцином. Второ по популярност (33,07%) е твърдението, че познаването и избягването на рисковите фактори е в основата на добрата профилактика и предпазване от заболяването. Следват отговорите „да спортува и води здравословен живот“ с 12,20% и „да дообогатява познанията си от медицинска литература и интернет“. За съжаление, само 5,11% от анкетираните намират наднорменото тегло, като рисков фактор и свързват понижаването му с понижаване на риска от развитие на карцином на ендометриума. Като най-голям проблем намираме факта, че 23,49% от анкетираните нямат ясна идея за това как биха могли да се предпазват от развитието на ендометриален карцином (Фиг. 38).



Фиг. 38. Разпределение на анкетираните жени, според мнението им относно начините да понижат риска от развитие на карцином на ендометриума.

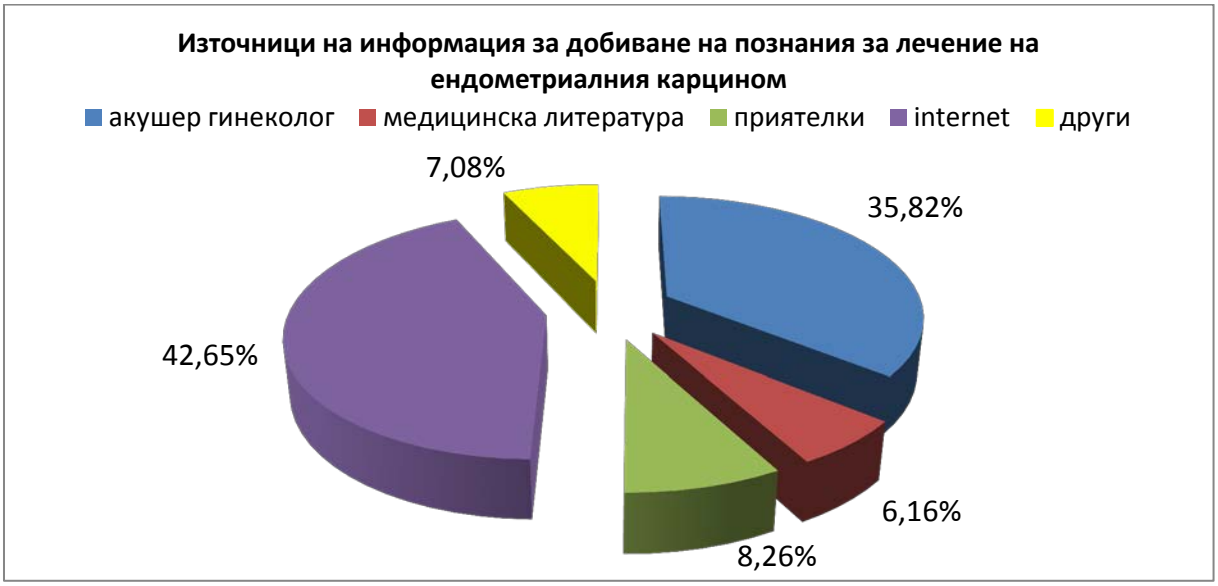
2.4.Проучване на познанията на анкетираните относно терапията на ендометриалния карцином

На въпроса: „Каква според Вас е оптимално добрата терапия при „карцином на ендометриума“?“ получихме отговори представени на Фиг. 39.



Фиг. 39. Мнение на анкетираните, относно оптимално добрата терапия при карцином на ендометриума.

Според анкетираните жени, най-честият източник на информация, повишаващ запознатостта им с предимствата и недостатъците на възможните методи за лечение на карцинома на ендометриума е интернет (42,65±1.80%). Значително по-малка част от участничките в проучването посочват като основен фактор повишаващ информираността им по въпроса личния си акушер-гинеколог – 35,82±1.74% (Фиг. 40).



Фиг. 40. Най-чести източници повишаващи запознатостта анкетираните жени с предимствата и недостатъците на възможните методи за лечение на карцинома на ендометриума.

За съжаление, установихме че голяма част от анкетираните (68.89%) не са запознати и с рисковете, които крие забавянето на оперативното лечение на карцинома на ендометриума.

С повишаването на **образоваността** на анкетираните жени се повишава и броя на тези, които са запознати с рисковете, свързани със забавянето на оперативното лечение на карцинома на ендометриума. Критерият на Колмогоров-Смирнов потвърждават алтернативната хипотеза – $P < 0.001$ ($\lambda=1.72$), която се определя от намаляване % на „незапознатите“ с увеличаване на образователната степен. Табл.6.

Табл. 6. Влияние на образованието на анкетираните жени върху запознатостта им с рисковете, свързани със забавянето на оперативното лечение на карцинома на ендометриума.

	Незапознати			Запознати			Общо брой	u	p
	Брой	%	Sp	Брой	%	Sp			
Основно образование	97	78.86	3.67	26	21.14	3.67	123	11.13	<0.001
Средно образование	189	70.78	3.30	78	29.21	3.30	267	8.90	<0.001
Висше образование	239	64.26	2.49	133	35.75	2.49	372	8.10	<0.001
Всичко	525	68.90		237	31.10		762		

След като разбрахме, че анкетираните не са запознати с методите на лечение за карцином на ендометриума, както и с техните усложнения, решихме да проучим мнението на анкетираните по въпроса „Кое трябва да бъде водещо при определяне (избор) на метода на лечение при карцинома на ендометриума“. Според по-голямата част от тях (47,63±1.81%), водещо трябва да бъде мнението на лекуващия специалист. Значително по-малко са жените поставящи на първо място предпочитанията на пациентката. (Фиг. 41).



Фиг. 41. Мнение на анкетираните по въпроса за това кое трябва да бъде водещо при определяне (избор) на метода на лечение за карцинома на ендометриума.

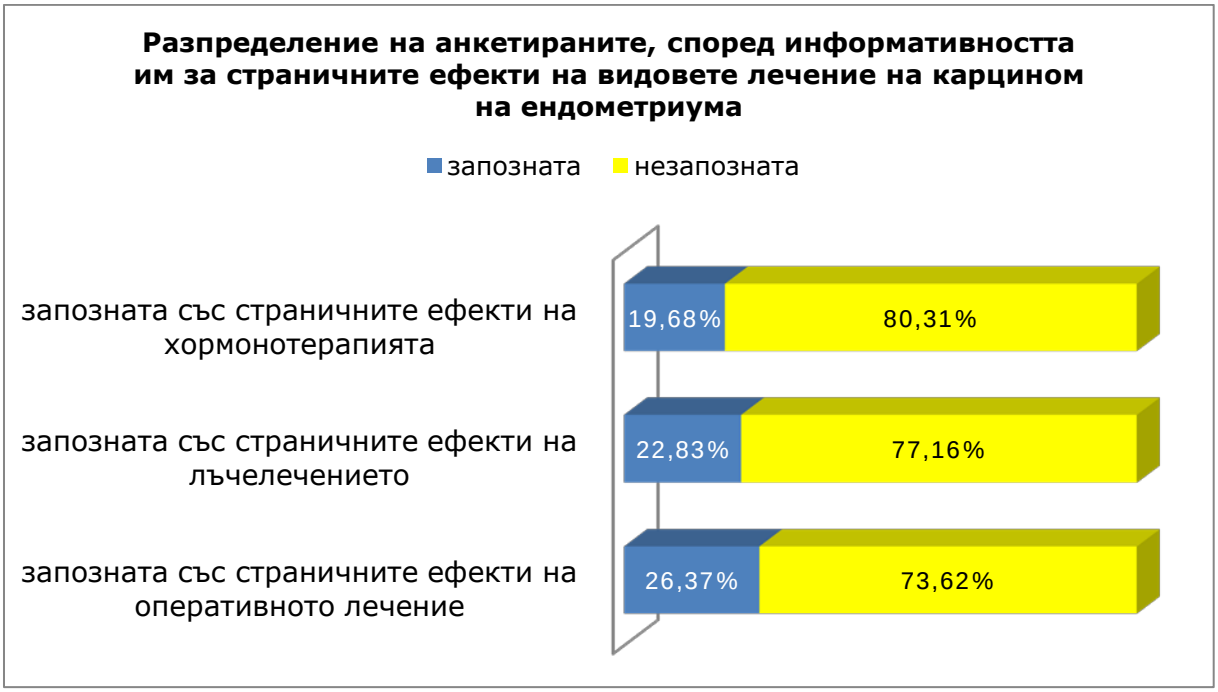
Етоносът оказва изразено влияние върху мнението на участниците в проучването жени върху мнението им водещия фактор при избор на евентуално лечение – $P < 0.001$ ($\chi^2=35.04$). Най-голям процент без мнение има при ромките (79.74±4.58%). Съпоставката на българки и туркини не показва изразено различие. Учудващо е, че едва половината от анкетираните българки и туркини биха се доверили на мнението на специалист, а при ромките доверието в специалиста е още по-ниско – едва 10,13±3,38%. Посочените цифри могат спекулативно да се интерпретират, че доверието в българските специалисти намалява. Докато при българките и туркините може би това е обяснението, то при ромите най-вероятно причината може да се крие в необразоваността на този етнос в България.

Друг фактор, оказващ влияние върху мнението на анкетираните по въпроса е тяхното **образование** – $P < 0.001$ ($\chi^2=23.35$). С повишаване на образоваността на изследваните жени се повишава и относителният дял на жените, които споделят мнението, че определящ фактор при избора на терапия би трябвало да бъде мнението на пациента. (Фиг. 42)



Фиг. 42. Влияние на образованието на анкетираните върху мнението им по въпроса за това кое трябва да бъде водещо при определяне (избор) на метода на лечение при CaE.

В настоящото изследване се опитахме да проучим и установим познанията на анкетираните по отношение на страничните ефекти свързани с лечението на карцинома на ендометриума. В тази връзка изследвахме познанията им по отношение на страничните ефекти от оперативното лечение, лъчелечението и хормоналната терапия. (Фиг. 43).

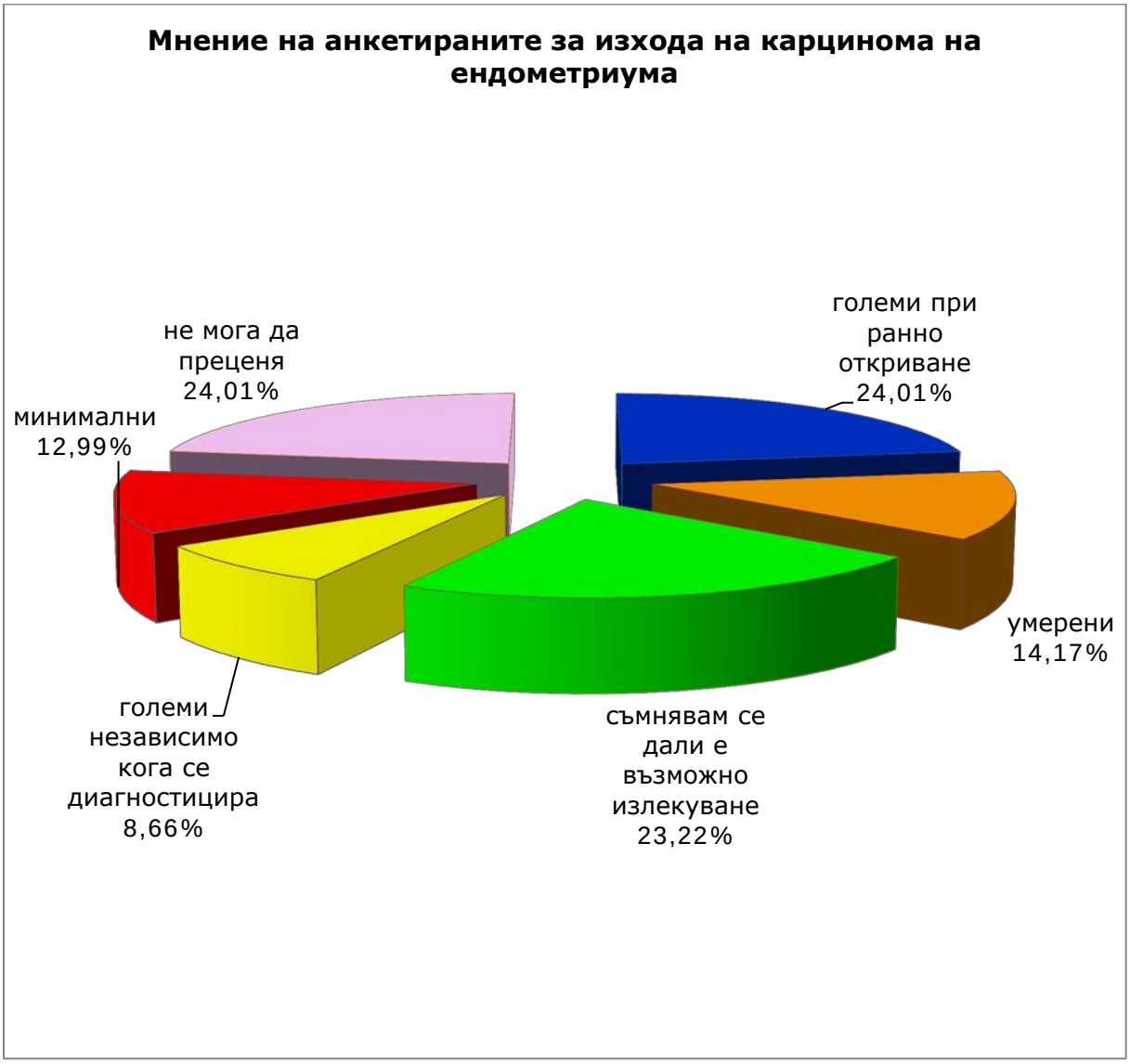


Фиг. 43. Запознатост на анкетираните със страничните ефекти при оперативно, лъчелечение и хормонално лечение при карцинома на ендометриума

Оказа се, че наличието на онкологични заболявания във фамилната анамнеза на анкетираните е единственият фактор повлияващ познанията им по настоящите въпроси.

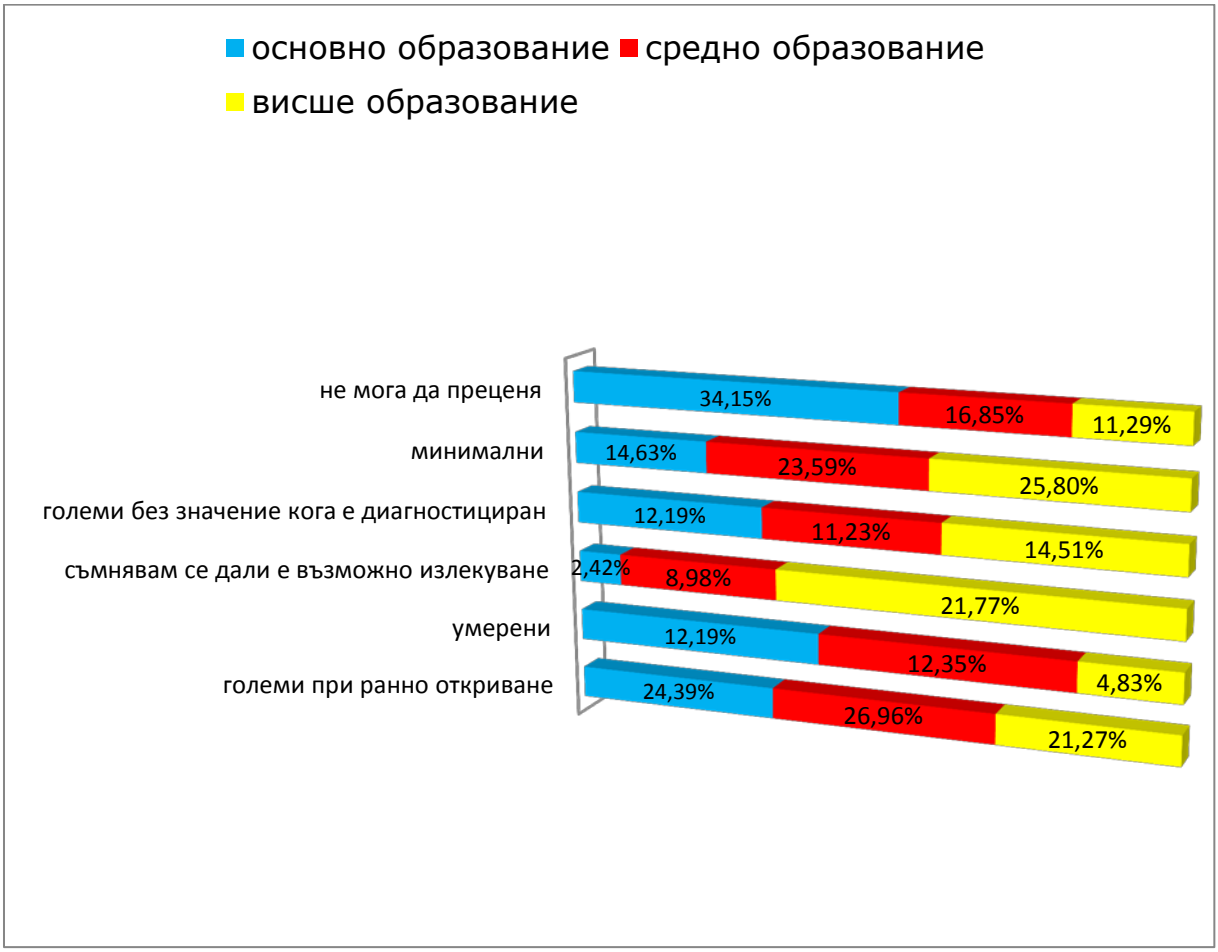
2.5.Изследване на мнението на анкетираните за шансовете за излекуване от карцином на ендометриума и средствата за повишаване на тези шансове

Тревога буди факта, че 8,66±1.04% от жените са на мнение, че шансовете за излекуване са „големи без значение кога е диагностицирано“ (Фиг. 44).



Фиг. 44. Разпределение на анкетираните жени, според мнението им относно възможностите за пълно излекуване от карцином на ендометриума.

Открихме влияние на **образованието** върху мнението на анкетираните. (Фиг.45). С повишаване на образоваността на изследваните жени се повишава и процентът на тези имащи мнение по въпроса, или отговарящи с конкретни отговори, като наблюдаваната тенденция важи, както при жените със средно така и при тези с висше образование.



Фиг. 45. Влияние на образованието на анкетираните жени свърху мнението им относно възможностите за пълно излекуване от карцином на ендометриума.

Друг фактор оказващ влияние върху мнението на анкетираните относно възможностите за пълно излекуване от ендометриален карцином е наличието на онкологични заболявания в рода им. Бе установено, че при жените имащи преки роднини боледували от онкологични заболявания процентът на тези, които са на мнение, че шансовете за пълно излекуване от ендометриален карцином без значение кога е диагностициран е значително по-нисък в сравнение със същия за групата на анкетираните жени без фамилна обремененост (Фиг. 46).



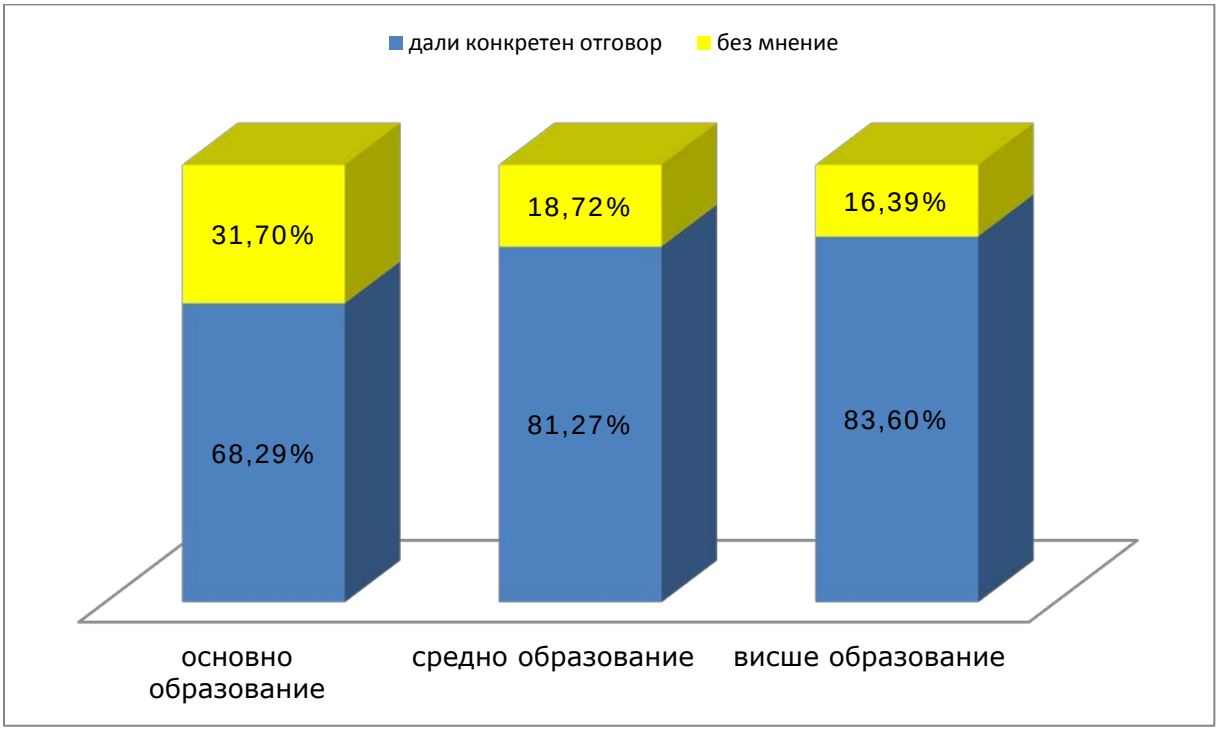
Фиг. 46. Влияние на фамилната обремененост на анкетираните върху мнението им по отношение възможностите за пълно излекуване от карцином на ендометриума.

Логично, след като проучихме мнението на анкетираните относно шансовете за излекуване при карцином на ендометриума, решихме да изследваме и до каква степен те са запознати с това какво би трябвало да се направи за да бъдат повишени тези шансове. На въпроса „Какво според Вас може да направи пациентката за да повиши тези шансове?“ най-голяма част от анкетираните (32,67±1.70%) са на мнение, че жената трябва „да следи сама състоянието си и алармира и за най-малки отклонения“ и „да извършва редовни профилактични прегледи“ (18,11±1.39%). (Фиг. 47).



Фиг. 47. Мнение на анкетираните жени относно възможностите да бъдат повишени шансовете за пълно излекуване от карцином на ендометриума.

И при този въпрос групата на жените нямащи мнение по въпроса е най-многочислена сред анкетираните с най-ниско образование (Фиг. 48)



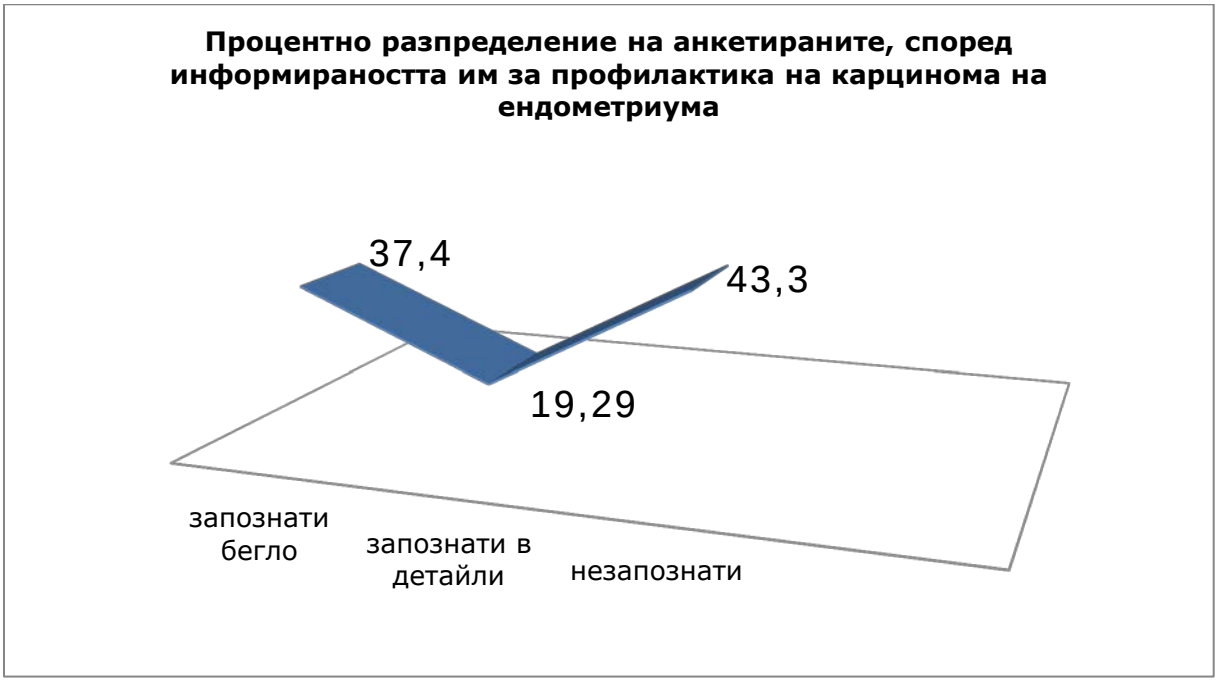
Фиг. 48. Влияние на образованието на анкетираните жени върху мнението им относно възможностите за повишаване на шансовете за пълно излекуване от карцином на ендометриума.

3.Проучване на познанията на българските жени за методите за профилактика на ендометриалния карцином

Задача №3. /Проучване на познанията на българските жени за методите за профилактика на ендометриалния карцином/

3.1.Запознатост на анкетираните с възможностите за профилактика на ендометриалния карцином

Изследването на запознатостта на анкетираните със средствата и начините за профилактика на ендометриалния карцином е една от най-важните задачи на настоящото проучване. На анкетираните бе зададен въпроса „Запозната ли сте с начините за профилактика на карцинома на ендометриума и предимствата от тях?“. При анализа на получените резултати установихме, че по-голямата част от жените участвали в проучването (43,30±1.79%) са заявили, че изобщо не са запознати и само 19,30±1.42% са заявили, че са добре запознати в детайли, както с възможностите за профилактика, така и с ползите от тях (Фиг. 49). Анализирайки факторите, които оказват влияние върху познанията на анкетираните по отношение на възможностите за профилактика установихме влияние, от образованието на анкетираните, от етноса им, както и от фамилната им анамнеза.



Фиг. 49. Разпределение на анкетираните, според познанията им по отношение на профилактиката на карцинома на ендометриума

С повишаване на образованието на анкетираните жени се повишава и броя на добре запознатите с възможностите за профилактика на

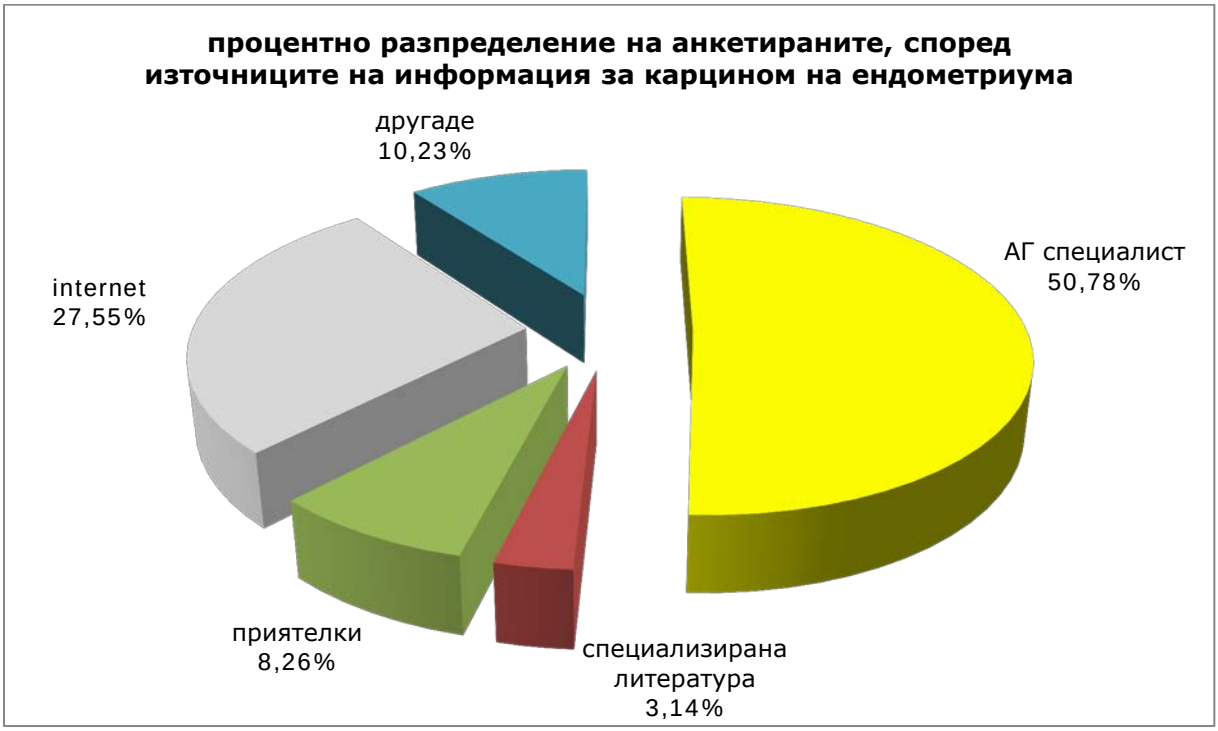
ендометриалния карцином. (Табл. 7). Образованието е фактор, оказващ съществено влияние върху познанията на анкетираните за профилактиката на карцинома на ендометриума – $P<0.001$ ($\chi^2 = 64.10$).

Табл. 7. Влияние на образованието на анкетираните върху познанията им по отношение на профилактиката на карцинома на ендометриума

	Основно образование			Средно образование			Висше образование			Общо		
	Брой	%	Sp	Брой	%	Sp	Брой	%	Sp	Брой	%	Sp
Запозната бегло	51	41.46	4.43	114	42.69	3.03	120	32.25	2.42	285	37.40	1.75
Запозната в детайли	8	6.50	2.30	31	11.61	1.99	108	29.03	2.35	147	19.29	1.42
Незапозната	64	52.03	4.50	122	45.69	3.05	144	38.70	2.53	330	43.31	1.79
Общо	123			267			372			762	100.00	

3.2.Проучване източниците на информация за възможностите за профилактика на ендометриалния карцином

Опитахме се да установим и кой е най-честият източник на информация повишаващ запознатостта на анкетираните със средствата и начините за профилактика на ендометриалния карцином (Фиг. 50).

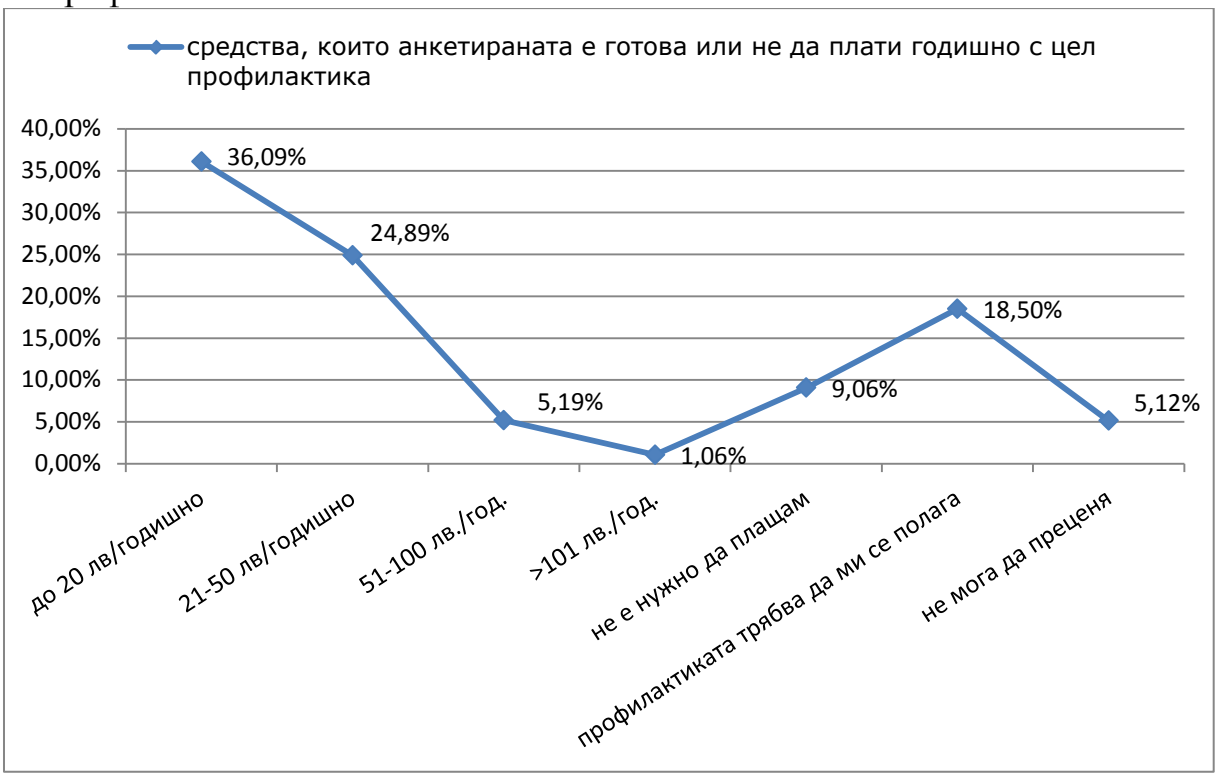


Фиг. 50. Основни фактори повишаващи информираността на анкетираните, относно средствата и начините за профилактика на ендометриалния карцином.

3.3.Проучване на влиянието на икономическите фактори и времето което анкетираните желаят да отделят за профилактичен преглед върху профилактиката на ендометриалния карцином

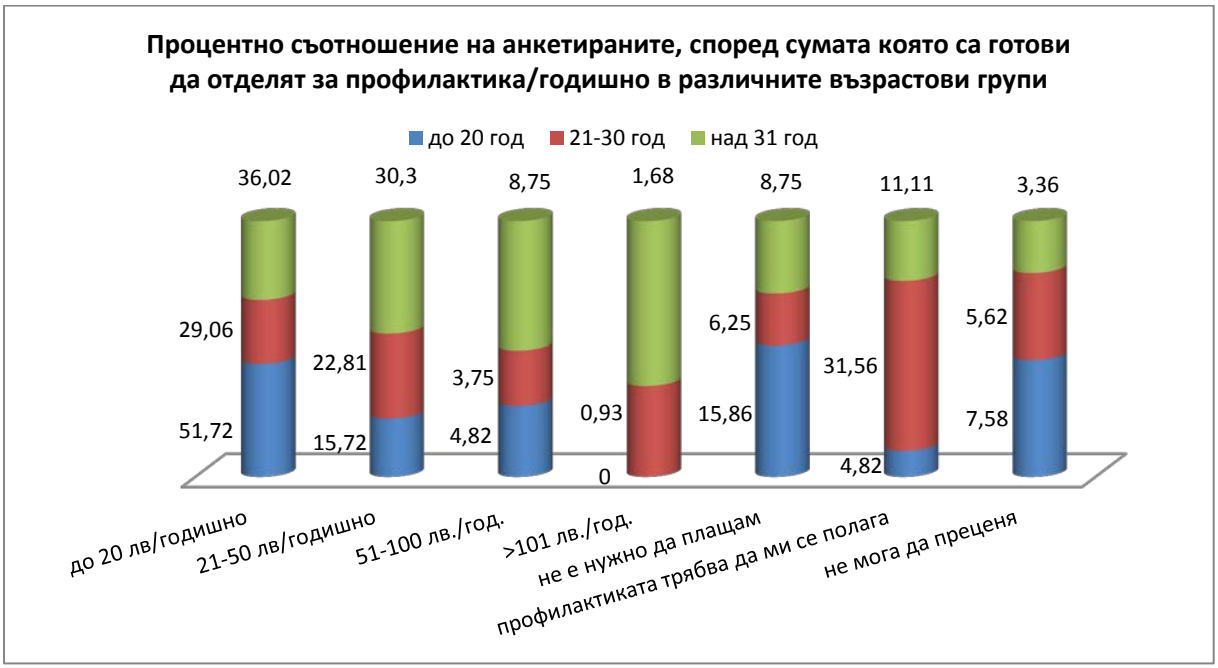
Считаме че икономически фактори, като финансово-материално състояние на анкетираните, икономическо положение в страната, ниво на финансиране на системата на здравеопазването, размер на средствата за здравеопазване, отделяни за превантивна медицина и др. имат пряко влияние върху профилактиката на онкологичните заболявания и в частност върху тази на карцинома на ендометриума. Затова решихме да изследваме размера на средства, които биха отделили анкетираните за профилактика на ендометриалния карцином. Анализирането на посочените резултати може да ни отговори на два важни въпроса, първият е „До каква степен имат възможност българските жени да отделят средства за профилактика?“, а втория „До каква степен отдават значимост на превенцията?“

Най-голям дял от анкетираните, 36,08±1.74% заявяват, че са готови да отделят само до двадесет лева годишно за профилактика (Фиг. 51). Не са малко и жените, които са на мнение, че след като са здравно осигурени, профилактиката би трябвало да им се полага безплатно (18,50±1.42%). Като наистина тревожни бихме определили само данните, според които 9,05±1.04% не считат, че изобщо е необходимо да бъдат отделяни средства за профилактика.



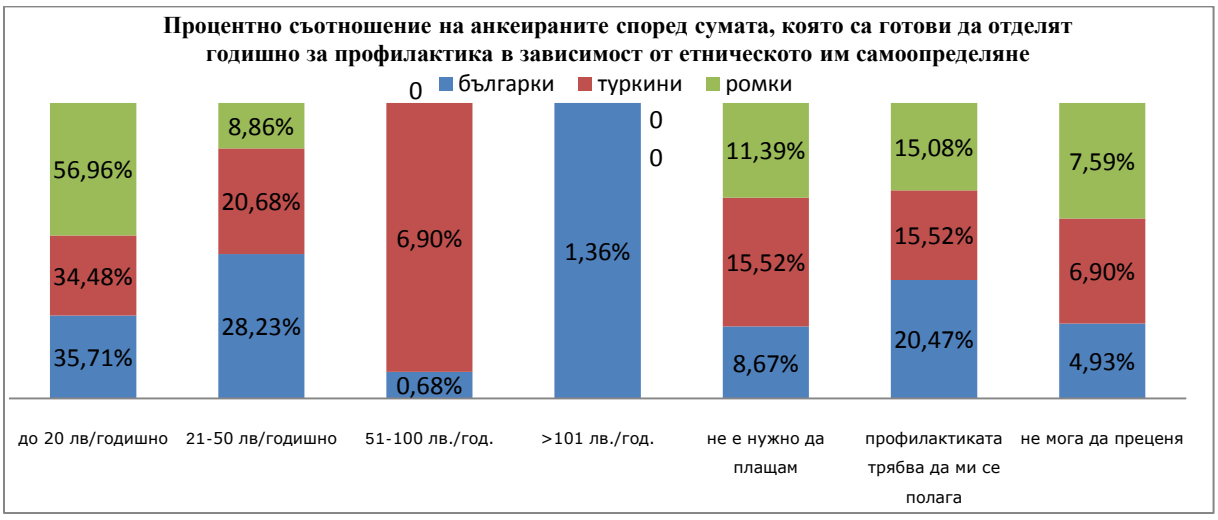
Фиг. 51. Разпределение на анкетираните жени, според размера на средствата, които биха отделили годишно за профилактика.

Съпоставяйки **възрастта** на анкетираните с мнението им по въпроса установяваме, че във възрастовата група до 20 години е най-голям процента на анкетираните, които считат че не е нужно да отделят средства за профилактика (15,86±3.04%). (Фиг. 52)



Фиг. 52. Влияние на възрастта на анкетираните върху размера на средствата, които са готови да отделят за профилактика ежегодишно

Съпоставяйки мненията на анкетираните с техния **етнически произход** също може да бъдат намерени статистически значими различия. При българките и туркините доста по-често могат да бъдат открити анкетирани, готови да отделят средства за профилактика в сравнение със същите данни за представителките на ромския етнос. (Фиг. 53)



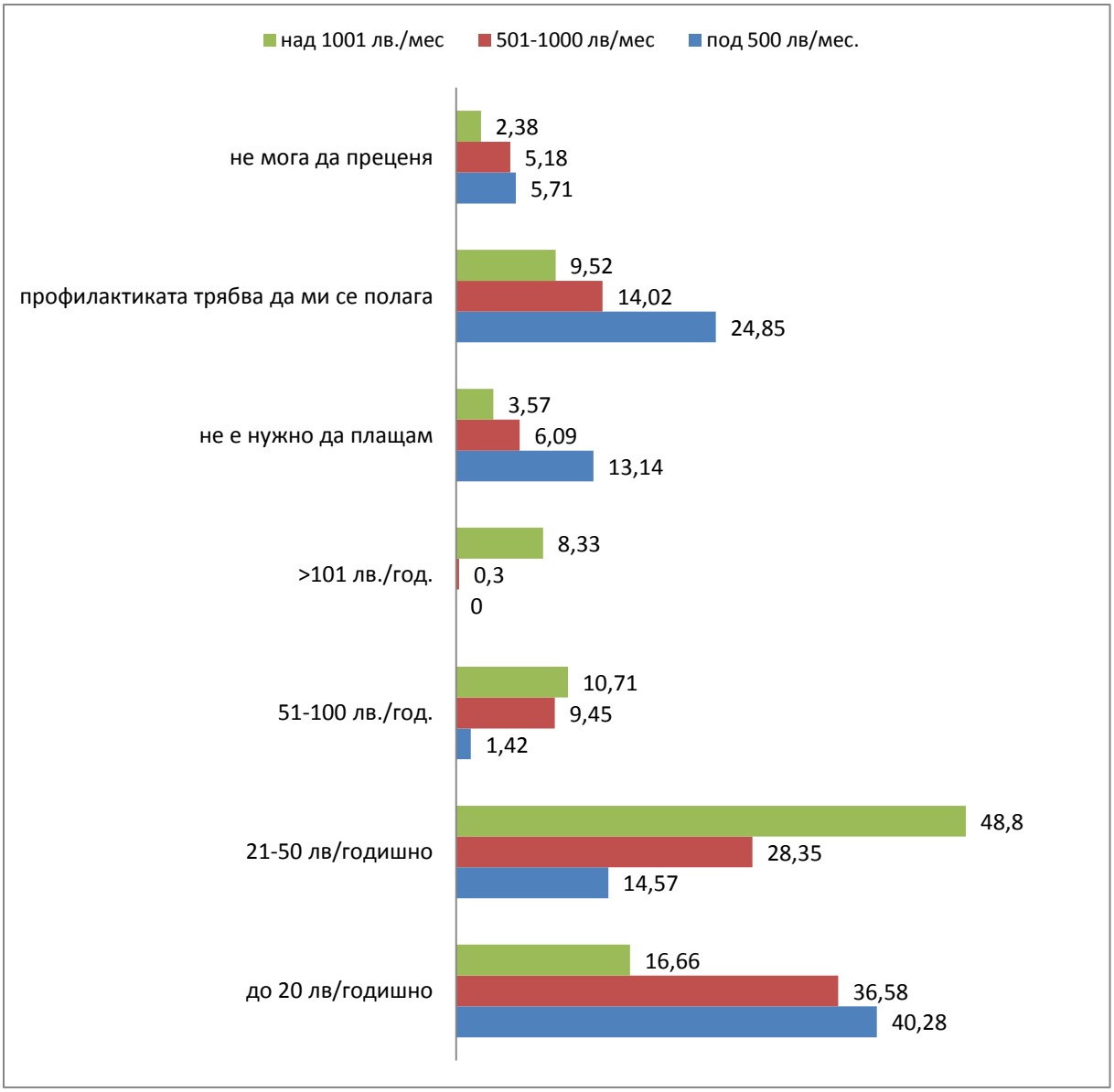
Фиг. 53. Влияние на етническата принадлежност върху размера на средствата, които анкетираните биха отделили за профилактика

Друг фактор, оказващ влияние върху мнението на анкетираните е тяхното **образование**. С повишаване на образоваността на изследваните жени се повишава и броя на тези, които са готови да отделят повече средства за профилактични изследвания. При анкетираните с основно образование, процентът на жените, които не считат, че е необходимо да отделят средства за профилактика е най-висок – 18.69±3.54%. При жените със средно образование, този показател спада на 9,36±1.75%, а при висшистките е само 5,64±1.23% (Табл.40). Най-висок дял анкетирани, готови да отделят между 51 и 100 лв., както и над 101 лв. за профилактика годишно установяваме сред най-образованите жени – тези с висше образование (Табл.8).

Табл. 8. Влияние на образованието на анкетираните върху размера на средствата, които са готови да отделят за профилактика годишно

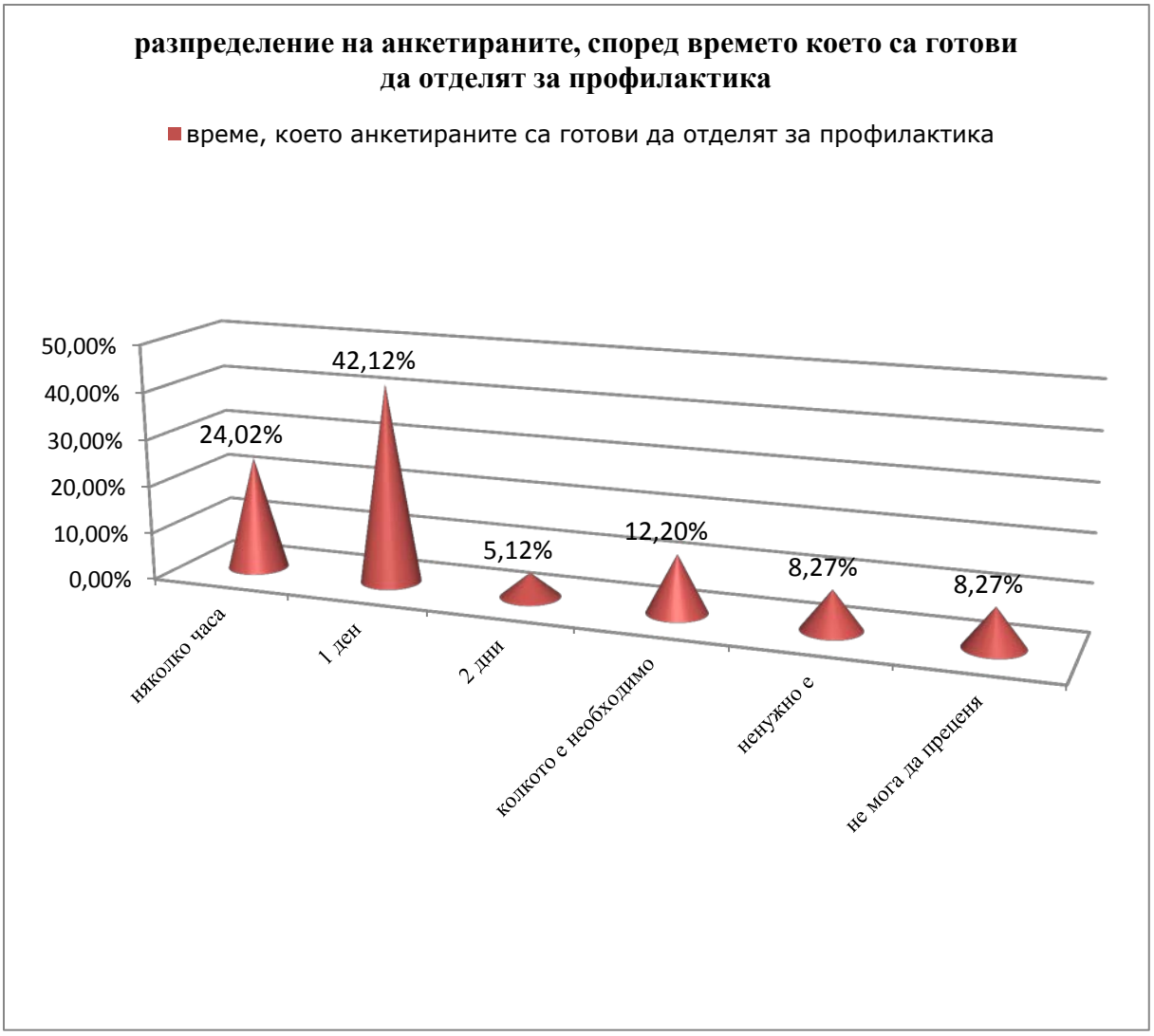
	Основно образование			Средно образование			Висше образование			Общо		
	брой	%	Sp	брой	%	Sp	брой	%	Sp	брой	%	Sp
До 20 лв.	54	43.90	4.48	103	38.57	2.98	118	31.72	2.42	275	36.09	1.74
21-50 лв.	15	12.19	2.43	65	24.34	2.61	105	28.22	2.33	185	24.98	1.55
51-100 лв.	5	4.06	1.76	15	5.61	1.45	25	6.72	1.32	45	5.19	0.86
>101 лв.	-			3	1.12	*	5	1.34	*	8	1.06	*
Не е нужно да плащам	23	18.69	3.39	25	9.36	1.75	21	5.64	1.23	69	9.06	1.04
Трябва да ми се полага без доплащане	9	7.31	2.30	49	18.35	2.35	83	22.31	2.14	141	18.50	1.42
Не мога да преценя	17	13.82	3.13	7	2.62	1.04	15	4.03	1.02	39	5.12	0.79
Всичко	123	100.00		267	100.00		372	100.00		762	100%	

Друг фактор, оказващ влияние върху размера на средствата, които анкетираните са готови да отделят за профилактика годишно е техният **социален статус**. При жените с по-високи доходи е по-голям и делът на тези, които са готови да отделят повече средства за профилактика (Фиг. 54)



Фиг. 54. Влияние на размера на доходите на анкетираните върху средствата които биха отделили за профилактика годишно.

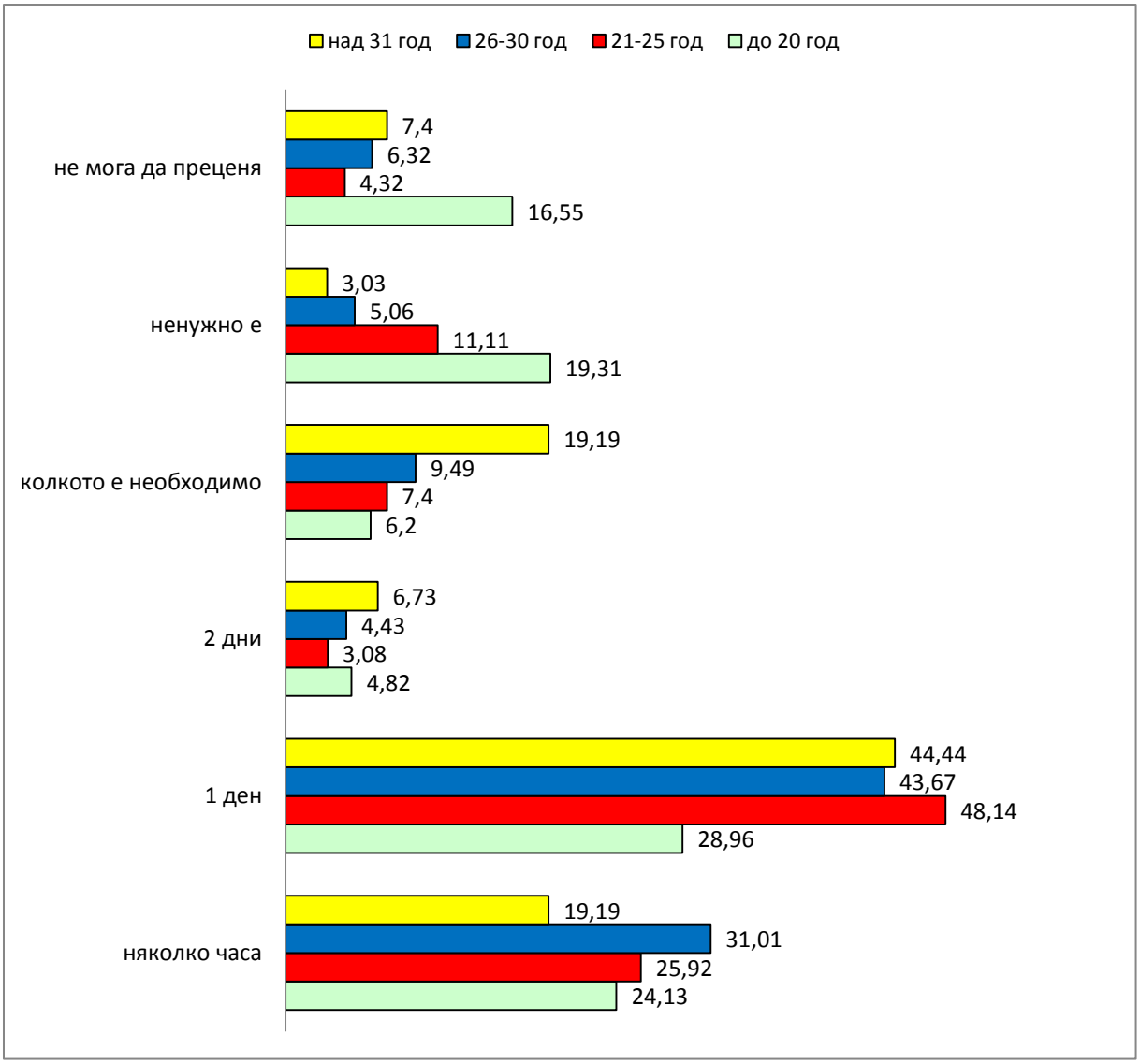
По-горе споменахме защо размерът на средствата, които анкетираните са готови да отделят за профилактика не бива да бъде показател за отношението им към важността на проблема. Същите причини обаче не могат да бъдат спрягани, като фактор оказващ влияние върху показателя „време което анкетираните са готови да отделят годишно за профилактика“. Затова считаме, че той би бил доста по достоверен при определянето на отношението (сериозността) на пациентките към профилактиката. При изследване на този показател установихме, че най-голяма част от анкетираните са готови да отделят само един ден годишно за профилактика и профилактични изследвания (Фиг. 55). Тези резултати намираме за крайно неудовлетворителни.



Фиг. 55. Разпределение на анкетираните, според времето, което са готови да отделят за профилактични прегледи и изследвания/годишно.

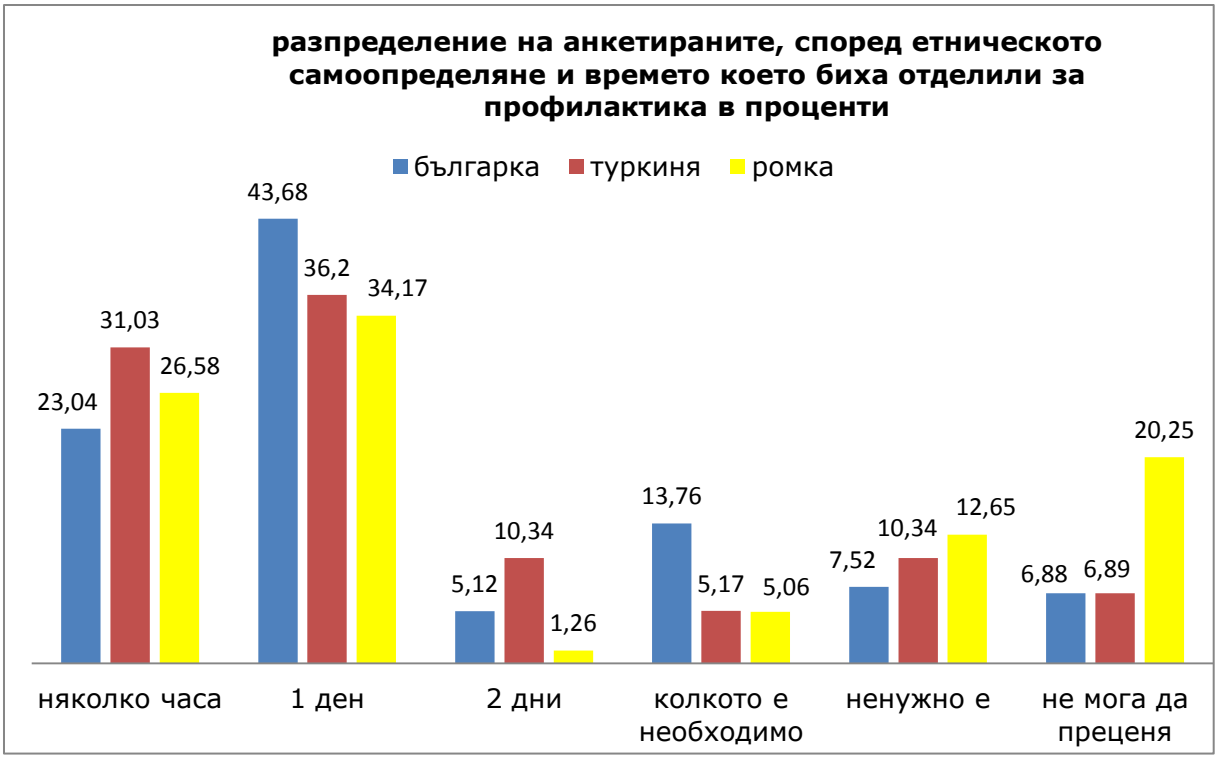
Още по-тревожен е фактът, че никак не са малко и жените (8,27%), които са заявили, че „не считат за необходимо да отделят време за профилактика“. Ако при изследването на размера на средствата, които анкетираните са готови да отделят бихме могли да говорим за влияние на материално-икономическото състояние на жените върху отношението им към важността на профилактиката, то при изследване на показателя отделено време няма как да търсим оправдание за същото.

Изследвайки влиянието на **възрастта** на анкетираните върху мнението им по въпроса установихме, че при възрастовата група до 20 години е най-голям процента на анкетираните, считащи че не е необходимо да се отделя време за профилактика (19,31±2.21%). С увеличаване на възрастта се повишава и броя на анкетираните, които са готови да отделят време „колкото е необходимо“. (Фиг. 56).



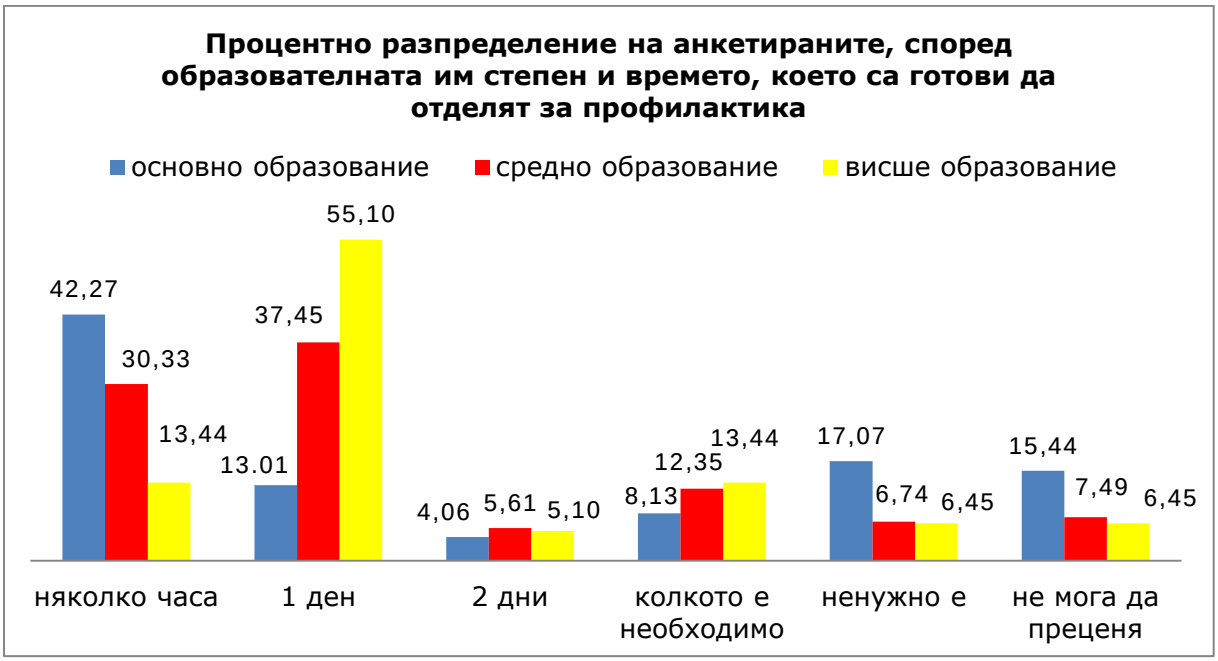
Фиг. 56. Влияние на възрастта на анкетираните върху времето, което са готови да отделят за профилактика

При съпоставяне продължителността на времето, което анкетираните са готови да отделят годишно за профилактика с техния **етнически произход** също може да бъдат намерени статистически значими разлики. Установиха се, високи степени на статистическа значимост между българките и съответно туркините и ромките $P < 0,001(t=5.874)$. В групата на българките най-голям е процентът на тези, които са готови да отделят за профилактичен преглед и изследвания колкото време е необходимо в сравнение с представителките на другите две етнически групи, обхванати в изследването. Най-малко време за профилактични прегледи и изследвания, отделят представителките на ромската етническа група, което явно не се дължи на работна заетост, а на неразбиране на необходимостта от профилактичен преглед. (Фиг. 57)



Фиг. 57. Влияние на етническата принадлежност на анкетираните върху времето, което са готови да отделят за профилактика

Другият фактор, оказващ влияние върху времето, което анкетираните са готови да отделят за профилактичен преглед/годишно, е тяхното **образование**. Установи се, че в групата на по-образованите жени е по-висок и броят на тези, които са готови да отделят повече време за профилактични изследвания. (Фиг. 58)



Фиг. 58. Влияние на образованието на анкетираните върху времето, което са готови да отделят за профилактика

3.4.Изследване на запознатостта на анкетираните с възможностите за скрининг на ендометриалния карцином в България

Счетохме за необходимо да проучим и мнението на анкетираните относно системата за скрининг на онкологичните заболявания в България. От получените резултати бихме могли да съдим, както за познанията им по въпроса, така и в известна степен за отношението им към онкологичния скрининг, като цяло.

Въпросът, с който бяха събирани данните бе: „Считате ли, че в България понастоящем има добре развита система за скрининг на онкологичните заболявания на женските полови органи?“. По-голямата част от анкетираните са отговорили, че не могат да преценят (48,81±1.83%). Над една трета от всички жени (35,17±1.72%) пък определят системата за онкологичен скрининг на ЖПО у нас, като неефективна и недобре функционираща. Само 16,01±1.33% от участниците в проучването са на мнение, че въпросната система работи добре (Фиг. 59).



Фиг. 59. Разпределение на анкетираните жени, според мнението им по въпроса „Считате ли че в България понастоящем има добре развита система за скрининг на онкологичните заболявания на женските полови органи?“

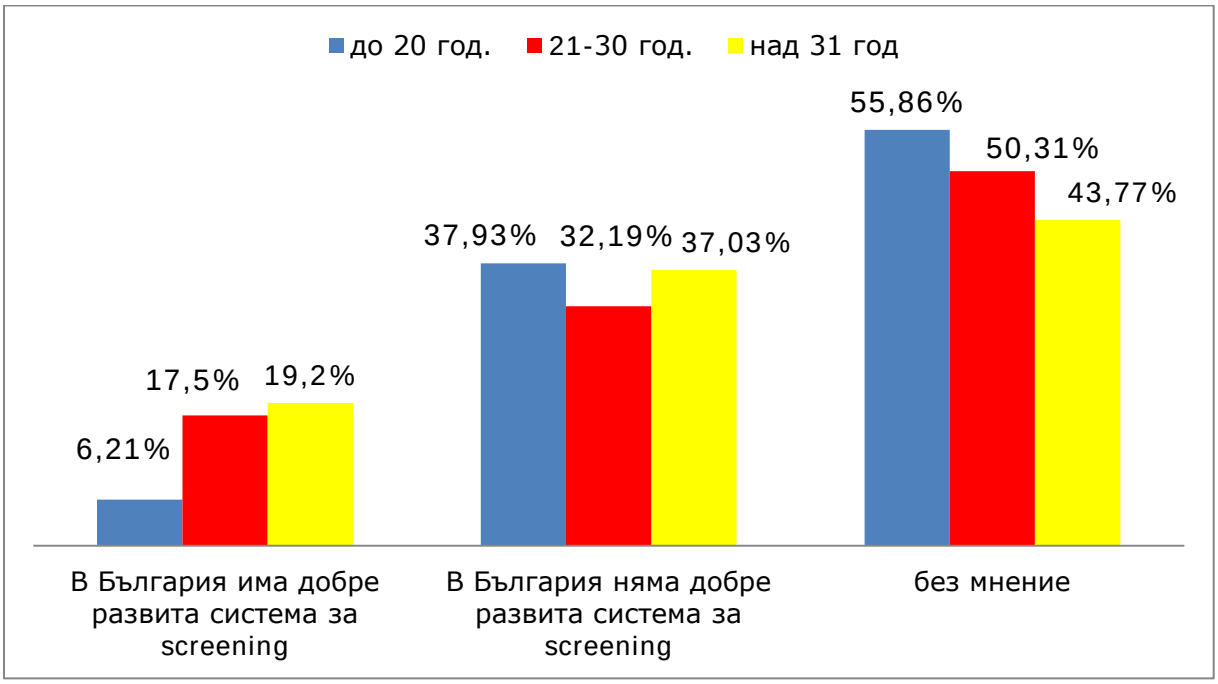
Факторите, оказващи влияние върху мнението на изследваните жени са образование и възраст. Най-много жени, намиращи системата за скрининг в България за неефективна, се срещат в групата на най-образованите. (Табл. 9)

Табл.9. Влияние на образованието върху мнението на анкетираните по въпроса „Считате ли че в България понастоящем има добре развита система за скрининг на онкологичните заболявания на женските полови органи?“

	Основно образование			Средно образование			Висше образование			Общо		
	брой	%	Sp	брой	%	Sp	брой	%	Sp	брой	%	Sp
Има	24	19.51	3.61	47	17.60	2.35	51	13.71	1.80	122	16.01	1.40
Няма	25	20.33	3.60	63	23.60	2.61	180	48.39	2.59	268	35.17	1.73
Без мнение	74	60.16	4.42	157	58.80	3.01	141	37.90	2.52	372	48.82	1.81
Всичко	123	100.00		267	100.00		372	100.00		762	100.00	

Изчисленият критерий на Pearson – P<0.001 (χ^2=50.30). Основна причина, обуславяща хипотезата е мнението на анкетираните, че „В България няма добре развита система за скрининг на заболявания на ЖПО“ – най-малък е процента при жените с основно образование, а най-добре запознати са тези с висше образование. Значими са също така и различията при отговора „нямам мнение“ - най-висок при основно образование и най-нисък при висше.

С увеличаване на възрастта, се понижава и броят на жените без мнение. При групата на анкетираните до двадесетгодишна възраст, по-голямата част заявяват, че не познават добре възможностите за скрининг на онкологичните заболявания в България. Цели 55,86% от всички анкетирани в тази възрастова група са споделили, че нямат мнение относно състоянието на системата за скрининг. Броят на запознатите става най-висок при жените над тридесет години. (Фиг. 60).



Фиг. 60. Влияние на възрастта на анкетираните върху мнението им по въпроса „Считате ли че в България понастоящем има добре развита система за скрининг на онкологичните заболявания на женските полови органи?“

Възрастовата структура на участниците в проучването оказва определено влияние върху оценката на съществуващата система за скрииниг – P < 0.05 (χ^2=13.05). Изводът се определя от една страна от плавното увеличение на относителните дялове с увеличаване на възрастта при посочилите че в България има добре развита система, а от друга на обратната тенденция при тези без мнение – най-много при най-младите, а най-малко при жените над 31 год.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Настоящото проучване се опитва да обхване възможно най-пълно да анализира нивото на здравна култура на българските жени по отношение на методите и начините за профилактика и лечение на карцинома на ендометриума.

Анализират се факторите, оказващи влияние върху нивото на широкообхватност и популярност на профилактиката. Изследват се нагласите на анкетираните по отношение на размера средствата и времето, които биха отделили годишно за профилактика. Анализира се мнението на пациентките по отношение на това какви са според тях рисковете за заболяване от карцином на ендометриума, както и познанията им по въпроса какво може да направи анкетираната, за да понижи тези рискове.

Проучва се мнението на анкетираните по отношение на шансовете за успешно/пълно излекуване от карцином на ендометриума, а също и познанията им по отношение на това какво може сама да направи за да повиши тези шансове. Изучават се нивото на информираност и отношението на българските жени към рисковете и предимствата на отделните методи за лечение на карцинома на ендометриума.

Друга част от проучването изследва и представя мнението и познанията на пациентките относно страничните ефекти свързани възможните методи за лечение на ендометриален карцином.

Настоящото изследване се опитва да установи и кой е оптималния модел за лечение на заболяването в очите на българските пациентки. Изучават се нивото на информираност и отношението на анкетираните жени към рисковете и предимствата, както на оперативните, така и на неоперативните методи. Интересни са и косвените данни които се получават за мнението на българските жени за българските гинеколози.

Всички тези данни дават стабилна основа за определяне на рискови групи, към които да бъде насочено особенно внимание, както и синтезиране на предложения към държавните структури с единствена цел – намаляване на заболеваемостта от карцином на ендометриума, ранната диагноза на заболяването, което подобрява крайната прогноза на заболелите.

ИЗВОДИ

1. Тревожно малък е броят на българките, които посещават гинеколог само и единствено с цел профилактика, което е резултат от липсата на информация за необходимост от онкопрофилактика на женските полови органи (ЖПО) и нежелание да отделят „колкото е необходимо“ време за това.
2. По-голямата част от жените /80,61%/ участвали в проучването са заявили, че изобщо не са запознати с начините за профилактика на карцинома на ендометриума и предимствата от тях. За останалите, основен източник на информация е интернет.
3. За по-голяма част от анкетираните, извънменструалното кървене на първо място е признак за нередовна менструация и затова имат изчаквателно поведение, понякога подкрепено и от лекар.
4. Най-голяма част от анкетираните са на мнение, че водещ метод в лечението на карцинома на ендометриума трябва да бъде оперативното лечение и биха се доверили за правилния оперативен метод на преценката на лекуващия си лекар, но не са запознати с рисковете, които крие забавянето на оперативното лечение, страничните ефекти от лъчелечението и хормоналната терапия.
5. Анализирайки профила на анкетираните се оформя рискова група, която изисква отделяне на повече време от личния лекар за здравна беседа – жени под 25 и над 50 год., жени с ромско етническо самоопределение, жени с нисък социален статус, жени с основно образование, жени които имат онкологично заболяване в семейството.
6. Две трети от анкетираните са отговорили, че не могат да преценят дали в България понастоящем има добре развита система за скрининг на онкологичните заболявания на женските полови органи, а останалите я определят като неефективна и недобре функционираща и то в групата на най-образованите и в групата на жените над 30 год.
7. Нужни е организирана система за повишаване на познанията на българките за профилактиката на рака на ендометриума, която да започне с обучение на авторитетите – акушерки, учители, лични лекари, които да споделят знанията чрез беседи. МЗ да възложи на ФОЗ да изработи и разпространи образователни филми и брошури.

ПРЕПОРЪКИ

Анализът на изводите и обобщенията, направени на базата на разработения дисертационен труд и чувството ни за отговорност към решаването на разглежданите проблеми, ни дават основание да направим препоръки към съответните органи и институции, които регламентират и регулират системата на здравна профилактика у нас. Считаме, че реализирането на направените препоръки и предложения би било от полза, както за жените, така и за гинеколозите, работещи в областта на онкогинекологията и би придало истински смисъл на направеното изследване. Така предлаганите от нас препоръки са следните:

Към Медицинските Университети и техните филиали и колежи:

- Осигуряване на адекватно обучение /достатъчно часове за преподаване/ на бъдещите професионалисти за ролята на профилактиката в медицината и конкретно за профилактика на онкологичните заболявания на ЖПО – на ниво студенти и специализиращи лекари, с особен акцент върху обучението на личните лекари.

Към профсъюзни организации и Камера на работодателите

- В трудовите договори да съществува клауза за наказателни мерки при неосъществяване на задължителни профилактични прегледи с цел овладяване незаинтересоваността на българските жени.

Към МЗ, БЛС и Асоциацията на Българските акушер-гинеколози

1. Да се преосмислят и адаптират остойностяванията на манипулациите, свързани със скрининга на онкологичните заболявания на женските полови органи, които ще доведат до по-добър стимул за целенасочени действия от страна на лекарите.
2. Да се регламентира кога, в какви случаи и при какви условия правото на информиран избор на начина на лечение или отказ от него може да бъде давано в ръцете на самите пациенти, съобразено с етническото определяне на пациентките.
3. Ръководейки се от принципа “Всеки долар даден за профилактика спестява десет от лечение”, предлагаме решително и значително да се подобри организацията на системата на масов скрининг на онкологичните заболявания на женските полови органи, каквато в момента почти липсва у нас. За тази цел, Министерството на

здравеопазването може да предложи на Факултетите по обществено здраве в София, Пловдив и Варна да разработят програми за прилагане.

4. Да се осигуряват или предлагат безплатни програми за обучение на българските жени по отношение на предимствата на ранното откриване на онкологичните заболявания на женските полови органи и гърдата.
5. Да се организират предавания по националните медии, за онкогинекологичните заболявания и последиците от забавяне на откриването им.
6. В ромските квартали да се създадат кабинети за повишаването на медицинската култура на ромското население.
7. Предлагаме да се разработи програма за прецизиране на риска от развитие на карцином на ендометриума на базата, на която да се определят рисковите групи и индивидуален план за скриниране.
8. Националния статистически институт да стимулира научни изследвания за методите на мотивация на българските жени да отделят време и средства за профилактика.

ПРИНОСИ

1. Анализирайки факторите, оказващи влияние върху нивото на информираност на българските жените по отношение на профилактика, рисковете и предимствата на ранното диагностициране, методите и начините на лечение на карцинома на ендометриума се правят изводи и се оформя таргетна група за насочено обучение /жени под 25 год. възраст, жени с основно образование, жени с нисък социален статус, жени с ромско етническо самоопределяне/.
2. Анализирайки източниците на информация и отношението на българските жени към скрининг и профилактика на карцинома на ендометриума се правят конкретни предложения с цел намаляване на заболеваемостта и подобряване на преживяемостта от карцином на ендометриума.

ПУБЛИКАЦИИ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

1. **К. Младенов**, П. Петров,
   Сравнителна честота на заболеваемостта от карцином на ендометриума по Света и в България, Съвременна медицинска наука, бр.1, 2014, 31-35

2. **К. Младенов**,
   Рискови фактори за развитие на карцинома на ендометриума, Съвременна медицинска наука, бр.7, година(4) 2013, 35-39

3. **К. Младенов**,
   Най-чести симптоми при карцином на ендометриума, Съвременна медицинска наука, бр.7, година(4) 2013, 38-42

4. **К. Младенов**,
   Честота на профилактичните прегледи на женската полова система, Съвременна медицинска наука, бр.8, година(4) 2013, 34-38

5. **К. Младенов**,
   Съвременни данни за честотатан акарцинома на ендометриума, Съвременна медицинска наука, бр.7, година(4) 2013, 44-47