

JOANNA Z. CHROBAK-BIEŃ^{1, A-D}, ANNA GAWOR^{2, C, E}, ANITA GĄSIOROWSKA^{3, E, F}

Wiedza chorych na temat czynników ryzyka i profilaktyki raka jelita grubego

Knowledge of Patients on Risk Factors and Prevention of Colorectal Cancer

¹ Wydział Lekarski, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Łódź

² Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego i Środowiskowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum, Kraków

³ Klinika Gastroenterologii Ogólnej i Onkologicznej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 im. Norberta Barlickiego w Łodzi, Łódź

A – koncepcja i projekt badania; B – gromadzenie i/lub zestawianie danych; C – analiza i interpretacja danych; D – napisanie artykułu; E – krytyczne zrecenzowanie artykułu; F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Streszczenie

Wprowadzenie. Rak jelita grubego należy do chorób cywilizacyjnych. W Polsce jest jednym z najczęściej wykrywanych nowotworów. Co roku zapada na niego ponad 13 000 Polaków, z czego ponad 9000 umiera. Zajmuje drugie miejsce pod względem zachorowalności zarówno w przypadku kobiet (po raku piersi), jak i mężczyzn (po raku płuc). Badania epidemiologiczne wykazują tendencje wzrostowe zachorowań na raka jelita grubego.

Cel pracy. Ocena poziomu wiedzy pacjentów na temat czynników ryzyka i profilaktyki raka jelita grubego.

Materiał i metody. Grupę badawczą stanowili chorzy leczeni z powodu chorób układu pokarmowego w Klinice Gastroenterologii Ogólnej i Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, zamieszkujący na terenie województwa łódzkiego. Badania rozpoczęto w marcu, po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej, a zakończono w lipcu 2015 r. W badaniu wzięło udział 200 losowo wybranych pacjentów. Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy, o czym respondenci zostali poinformowani na pierwszej stronie ankiety. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, a narzędziem badawczym była ankieta własnego autorstwa.

Wyniki. Wśród respondentów przeważały kobiety – 60,5% (n = 121), a mężczyźni stanowili 39,5% (n = 79). Wiek badanych wynosił 18–85 lat. Najliczniejszą grupą – 41,5% (n = 83) byli chorzy w przedziale wiekowym 50–70 lat.

Wnioski. Badana grupa chorych miała małą wiedzę na temat czynników ryzyka i profilaktyki raka jelita grubego. Badania przesiewowe (skriningowe) są bardziej dostępne dla osób mieszkających w dużych aglomeracjach miejskich niż w małych miastach i na wsiach. Należy przygotować programy edukacyjne i profilaktyczne przeznaczone szczególnie dla mieszkańców małych miejscowości i wsi (Piel. Zdr. Publ. 2016, 6, 3, 187–195).

Słowa kluczowe: rak jelita grubego, wiedza, czynniki ryzyka, profilaktyka.

Abstract

Background. Colorectal cancer is one of the diseases of affluence. In Poland, the CRC is one of the most frequently detected neoplasms. Every year more than 13 000 Poles fall ill and 9000 of them die. It is the second most common cancer both in women (after breast cancer) and in men (after lung cancer). Epidemiological studies show the increase of morbidity of colorectal cancer.

Objectives. The aim of the study was to evaluate the level of patients' knowledge about risk factors and prevention of colorectal cancer.

Material and Methods. The study group consisted of patients residing in the Lodz region who were treated in the Department of Gastroenterology and General Oncology, Medical University of Lodz for gastrointestinal diseases. The study began in March, after obtaining the consent of the Bioethics Committee, and was completed in July 2015. The study involved 200 randomly selected patients. Participation in the survey was voluntary and anonymous, as the respondents were informed on the first page of the survey. The research method used in the study was the diagnostic survey, and the research tool was the author's own questionnaire.

Results. The majority of the respondents were women – 60.5% ($n = 121$), and the remaining 39.5% ($n = 79$) of the test group were men. The age of respondents ranged from 18 to 85 years. The largest group – 41.5% ($n = 83$), consisted of patients aged 50–70 years.

Conclusions. The studied group of patients has low and unsatisfactory level of knowledge about risk factors and prevention of colorectal cancer. Screening tests are more accessible to people living in big cities than in small towns and villages. Educational and preventive programs need to be prepared for the residents of small towns and villages. (*Piel. Zdr. Publ.* 2016, 6, 3, 187–195).

Key words: colorectal cancer, knowledge, risk factors, prevention.

Rak jelita grubego (r.j.g.) to nowotwór złośliwy rozwijający się w okrężnicy lub odbytnicy. Obecnie jest przyczyną 650 000 zgonów rocznie na świecie i zajmuje trzecie miejsce (po raku płuc i prostaty u mężczyzn oraz raku płuc i raku piersi u kobiet) wśród najczęściej występujących nowotworów złośliwych oraz czwarte miejsce pod względem przyczyn zgonów z powodu raka [1]. Najwyższe wskaźniki zapadalności notuje się w Europie Zachodniej i Ameryce Północnej, a najniższe w rozwijających się krajach Azji i Afryki.

W Polsce r.j.g. to jeden z najczęściej wykrywanych nowotworów. Co roku zapada na niego ponad 13 000 Polaków, z czego ponad 9000 umiera. Zajmuje drugie miejsce pod względem zachorowalności zarówno w przypadku kobiet (po raku piersi), jak i mężczyzn (po raku płuc). Badania epidemiologiczne wykazują tendencje wzrostowe zachorowań na ten rodzaj raka [2–4]. Szacuje się, że w 2025 r. liczba zachorowań na nowotwory jelita grubego wyniesie ogółem 24 600, z czego 15 500 przypadków będzie dotyczyło mężczyzn, a 9100 kobiet. W znacznym stopniu wpływają na to zmiany demograficzne, jakie zachodzą w Polsce, m.in. zwiększająca się liczba osób w starszym wieku, co wynika z systematycznego wydłużania się przeciętnej długości życia [5, 6]. Niewystarczający poziom wiedzy społeczeństwa na temat choroby nowotworowej oraz objawów jej towarzyszących, a także profilaktyki i metod leczenia przyczynia się do zwiększenia liczby zachorowań. Brak wiedzy oraz przekonania o skuteczności wykonywanych badań profilaktycznych i metodach leczenia, a także bagatelizowanie pierwszych objawów chorobowych skutkuje rozpoznaniem choroby w zaawansowanym stadium [7–9]. Jako jeden z głównych czynników ryzyka sporadycznego raka jelita grubego wymienia się wiek. Aż 90% przypadków raka rozwija się u osób po 50. r.ż. Dodatni wywiad rodzinny w kierunku r.j.g., występowanie nieswoistych przewlekłych zapaleń jelit (wrzodziejące zapalenie jelita grubego, choroba Leśniowskiego-Crohna) oraz obecność polipów gruczolakowatych jelita grubego zwiększają ryzyko zachorowania. Duży wpływ ma także prowadzony styl życia. Otyłość, palenie wyrobów tytoniowych, nadużywanie alkoholu oraz ciągłe stany napięcia emocjonalnego niekorzystnie wpływają na nasze zdrowie i są przyczyną wielu

chorób, także nowotworów jelita grubego. Określono również czynniki, które znacząco zmniejszają ryzyko wystąpienia r.j.g. Należą do nich: aktywność fizyczna (systematyczne uprawianie ćwiczeń, sportów), odpowiednia dieta, stałe stosowanie aspiryny lub niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ) oraz hormonoterapia zastępcza u kobiet w okresie pomenopauzalnym [1]. Co więcej, dowiedziono naukowo, że duża podaż w diecie owoców, warzyw, błonnika, ryb, witamin B₆ i D, wapnia i magnezu chroni przed rozwojem r.j.g. [10, 11].

W Polsce nowotwory jelita grubego we wczesnym stadium choroby rozpoznaje się tylko u około 30% osób. Pozostałe 70% stanowią chorzy w zaawansowanym stadium.

Ponad połowa chorych na raka jelita grubego umiera z jego powodu przedwcześnie. Ogromną rolę pełni więc uświadamianie i przestrzeganie zaleceń Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem. Do jego zadań należy skuteczne ograniczenie cierpienia związanego z chorobą na każdym etapie jej rozwoju, a także zmniejszenie liczby zgonów. Stosowanie profilaktyki pomaga wykryć raka jelita grubego we wczesnym stadium zaawansowania klinicznego i gwarantuje m.in. krótsze i mniej agresywne leczenie, duży odsetek całkowitych wyliczeń oraz zmniejszenie umieralności [12–14].

W Polsce od 2000 r. (a od 2005 r. na mocy ustawy) rozpoczęto realizację Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych, którego jednym z zadań jest Program Badań Przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego [15]. Program ten zakłada wykonanie kolonoskopii raz na 10 lat oraz raz na 2 lata testu na krew utajoną w kale. Badania te są realizowane w systemie oportunistycznym oraz w formie imiennych zaproszeń. System oportunistyczny daje możliwość poddania się kolonoskopii bez zaproszenia. Do badania mogą się zgłaszać samodzielnie lub z polecenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej osoby w wieku 50–65 lat niemające objawów mogących świadczyć o obecności raka jelita grubego (krew w kale, biegunki lub zaparcia, które wystąpiły w ostatnich kilku miesiącach i nie mają znanej przyczyny). Dodatkowo w badaniu mogą wziąć udział osoby w wieku 40–49 lat, które nie mają objawów raka jelita grubego, ale miały w rodzinie przynajmniej jednego krewnego pierwszego

stopnia (rodzice, rodzeństwo, dzieci) chorującego na ten rodzaj raka. Drugi z systemów polega na wysyłaniu imiennych zaproszeń do osób w przedziale wiekowym 55–64 lat. Do badania nie są kwalifikowane osoby, które miały wykonaną kolonoskopię w ciągu ostatnich 10 lat.

Mimo zwiększającej się liczby dowodów naukowych świadczących o skuteczności badań skринingowych w kierunku raka jelita grubego, duża część społeczeństwa nie została nimi objęta. Szczególnie u osób mieszkających w mniejszych miejscowościach wiedza na temat czynników ryzyka i profilaktyki nowotworów jelita grubego może być niewystarczająca, a liczba osób biorących udział w badaniach przesiewowych za mała. Należy dążyć do systematycznego podnoszenia poziomu wiedzy społeczeństwa na temat czynników ryzyka zachorowania i profilaktyki raka jelita grubego oraz skuteczności badań przesiewowych. Zarówno forma, jak i treść przekazywanych informacji powinny być dostosowane do zdefiniowanej grupy docelowej.

Celem przeprowadzonych badań była ocena poziomu wiedzy pacjentów na temat czynników ryzyka i profilaktyki raka jelita grubego.

Material i metody

Grupę badawczą stanowili chorzy leczeni z powodu chorób układu pokarmowego w Klinice Gastroenterologii Ogólnej i Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, zamieszkujący na terenie województwa łódzkiego. W badaniu wzięło udział 200 losowo wybranych pacjentów (121 kobiet i 79 mężczyzn). Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy, o czym respondentów poinformowano na pierwszej stronie ankiety. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, a narzędziem badawczym była ankieta własnego autorstwa. Badania rozpoczęto w marcu, po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi (RNN/65/15/KE z 17 marca 2015 r.), a zakończono 31 lipca 2015 r. Ankieta składała się z pytań zamkniętych, które podzielo-

no na: alternatywne – przewidujące 2 możliwe odpowiedzi: „tak” lub „nie”, dysjunktywne – wymagające wyboru więcej niż 2 możliwych odpowiedzi i koniunktywne – wymagające wyboru więcej niż jednej z podanych odpowiedzi. Kwestionariusz zawierał 13 pytań badających poziom wiedzy chorych na temat czynników ryzyka i profilaktyki raka jelita grubego oraz 6 pytań dotyczących zmiennych demograficznych. Respondenci przed badaniem zostali poinformowani o celu badania i udzielili świadomej zgody na udział w nim. Przed badaniem objaśniono instrukcję wypełnienia ankiety. Do analizy statystycznej włączono wszystkie poprawnie wypełnione kwestionariusze w liczbie 200. Zebrany materiał poddano analizie opisowej. Do opracowania wyników wykorzystano arkusz kalkulacyjny MS Excel.

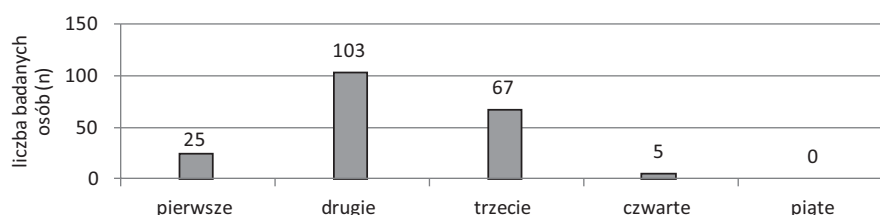
Wyniki

Odpowiedzi respondentów na pytania ankiety poddano analizie (tabela 1), a następnie opracowano i przedstawiono za pomocą rycin.

Rycina 1 pokazuje, jaki jest poziom wiedzy ankietowanych na temat częstotliwości występowania zachorowania na raka jelita grubego, biorąc pod uwagę inne nowotwory w Polsce.

Większość badanych chorych – 51,5% (n = 103) wiedziała, że rak jelita grubego zajmuje w Polsce drugie miejsce pod względem zachorowalności, biorąc pod uwagę wszystkie występujące nowotwory. Tylko 12,5% (n = 25) respondentów uznało, że znajduje się na pierwszym miejscu. Również 2,5% (n = 5) spośród 200 ankietowanych przypisało temu nowotworowi niewłaściwe, czwarte miejsce. Błędna była także odpowiedź, że r.j.g. zajmuje trzecie miejsce, którą wybrało 33,5% (n = 67) ankietowanych.

Rycina 2 pokazuje poziom wiedzy ankietowanych na temat czynników ryzyka sprzyjających rozwojowi r.j.g. Respondenci mogli wybrać maksymalnie 2 odpowiedzi. Zdecydowana większość badanych uznała, że na rozwój raka jelita grubego największy wpływ mają czynniki genetyczne



Ryc. 1. Analiza poziomu wiedzy respondentów na temat częstości występowania raka jelita grubego wśród innych nowotworów w Polsce

Fig. 1. Analysis of the level of knowledge of respondents on the incidence of colorectal cancer among other cancers in Poland

Tabela 1. Szczegółowa charakterystyka badanej grupy**Table 1.** Detailed characteristics of the study group

Cecha		Odsetek (%)	Liczba badanych (n)
Płeć	kobieta mężczyzna	60,5 39,5	121 79
Razem:		100	200
Wiek	18–29 lat 30–49 lat 50–70 lat 71–85 lat 86–90 lat	11,5 37,5 41,5 9,5 0	23 75 83 19 0
Razem:		100	200
Wykształcenie	podstawowe zawodowe średnie wyższe	1 20 50 29	2 40 100 58
Razem:		100	200
Miejsce zamieszkania	miasto: < 50 tys. mieszkańców 50–100 tys. mieszkańców > 100 tys. mieszkańców wieś	4 11 73 12	8 22 146 24
Razem:		100	200
Stan cywilny	panna kawaler mężatka żonaty wdowa wdowiec rozwidziona rozwidziony	1,5 7,5 53 29 5 3 1 0	3 15 106 58 10 6 2 0
Razem:		100	200
Sytuacja materialna	nie pracuję korzystam z opieki pomocy społecznej zarabiam poniżej 1000 zł miesięcznie zarabiam 1000–1500 zł miesięcznie zarabiam powyżej 1500 zł miesięcznie	2,5 1,5 8,5 36,5 51	5 3 17 73 102
Razem:		100	200

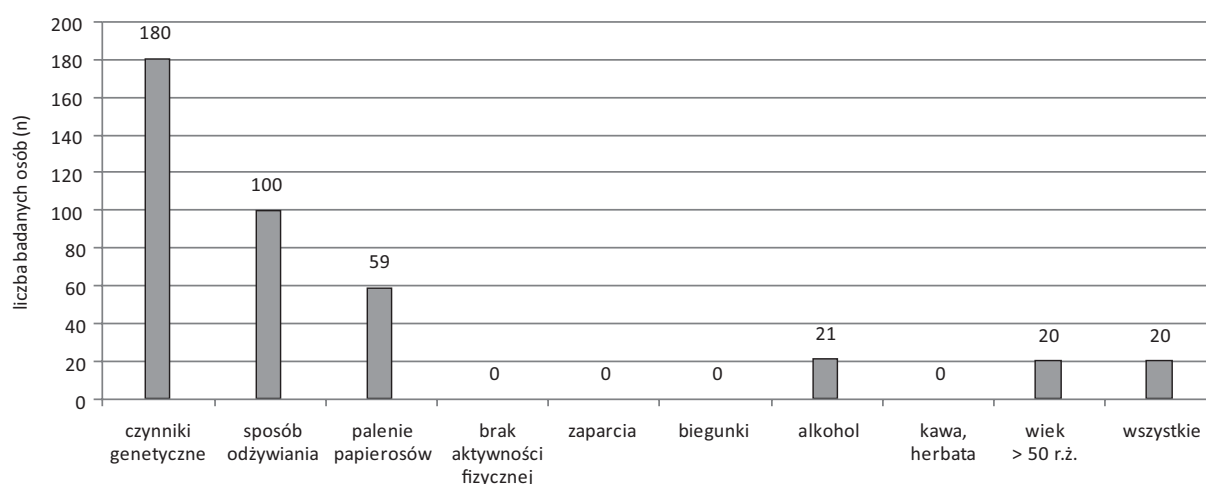
Źródło: opracowanie własne.

– 90% (n = 180) oraz sposób odżywiania – 50% (n = 100). Jako ważny czynnik ryzyka w rozwoju r.j.g. ankietowani uznali także palenie papierosów – 29,5% (n = 59). Takie czynniki, jak: brak aktywności fizycznej, zaparcia, biegunki, picie kawy oraz mocnej herbaty zdaniem ankietowanych nie mają wpływu na rozwój tej choroby. Tylko 10% (n = 20) ankietowanych wybrało poprawną odpowiedź, że wszystkie wymienione w tym pytaniu czynniki wpływają na rozwój r.j.g.

Respondenci zapytani o objawy charakterystyczne dla tego rodzaju nowotworu w większości wybrali odpowiedzi, że są to: krwawienie przy oddawaniu stolca – 47,5% (n = 190), ból brzucha – 20,25% (n = 81) oraz utrata masy ciała bez zmiany trybu życia – 17% (n = 68). Zdaniem ankietowanych

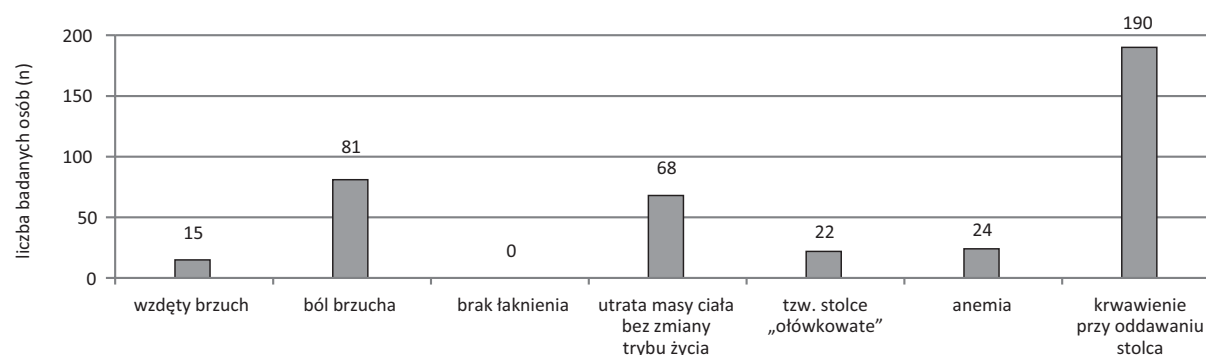
takich objawów ze strony organizmu, jak anemia – 6% (n = 24) oraz tzw. stolce „ołówkowe” – 5,5% (n = 22) nie powinny natomiast niepokoić. Żaden z respondentów nie wskazał odpowiedzi, że brak łaknienia może być objawem nowotworu. Było to pytanie koniunktywne (wymagające wyboru więcej niż jednej odpowiedzi), ale każdy ankietowany mógł wybrać maksymalnie 2 objawy, które są dla niego najbardziej dominujące. Wyniki odpowiedzi na to pytanie przedstawiono za pomocą ryc. 3.

Z analizy uzyskanych danych wynika, że większość badanych – 88,5% (n = 177) zna określenie „stan przedrakowy”, ale tylko 17,5% (n = 31) z tej grupy wskazało poprawną odpowiedź dotyczącą chorób uznanych za stany przedrakowe. Niewiel-



Ryc. 2. Całościowa analiza odpowiedzi badanych na temat czynników ryzyka wpływających na rozwój raka jelita grubego

Fig. 2. Comprehensive analysis of the responses on the risk factors affecting the development of colorectal cancer



Ryc. 3. Wiedza badanych na temat objawów charakterystycznych dla raka jelita grubego

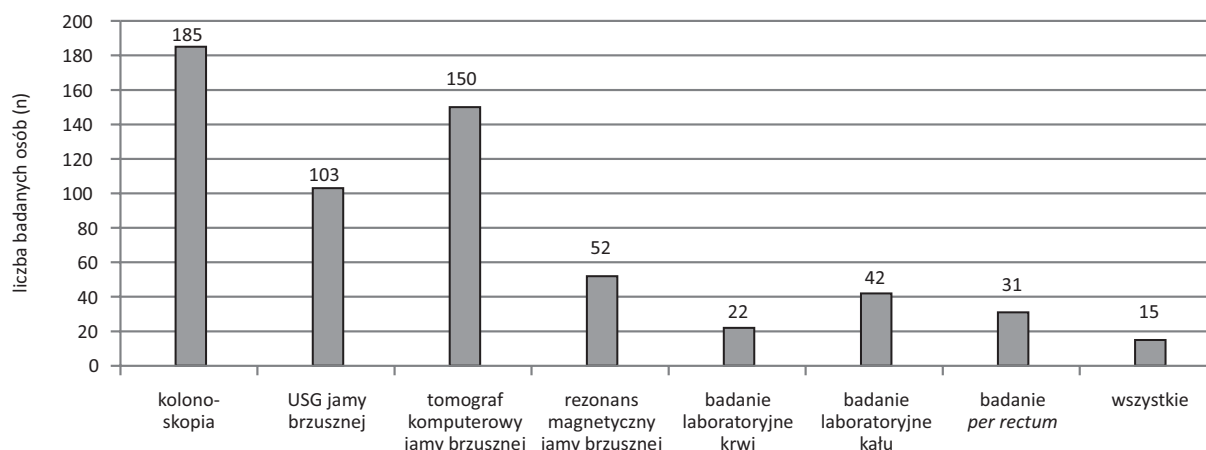
Fig. 3. Knowledge of respondents on the symptoms characteristic of colorectal cancer

ka liczba – 11,5% (n = 23) badanych pacjentów nie słyszała o tym określeniu. Również zdecydowana większość respondentów – 73,5% (n = 147) poprawnie wskazała mężczyzn jako płeć, u której ta choroba nowotworowa występuje częściej. Szczegółowe wyniki odpowiedzi na pytania przedstawiono w tabeli 2.

Przedmiotem dalszych badań była analiza danych dotyczących metod diagnostycznych, jakie są wykorzystywane do wykrywania raka jelita grubego. Było to pytanie, w którym spośród wymienionych badań diagnostycznych respondenci mogli wybrać maksymalnie 3 odpowiedzi. Przeważająca część ankietowanych wskazała kolonoskopię – 92,5% (n = 185), a następnie tomografię komputerową jamy brzusznej – 75% (n = 150) oraz USG jamy brzusznej – 51,5% (n = 103) jako najistotniejsze badania w diagnostyce raka jelita grubego. Znacznie mniej respondentów wybrało rezonans magnetyczny jamy brzusznej – 26% (n = 52), badania laboratoryjne kału – 21% (n = 42), badanie *per rectum* – 15,5% (n = 31), a także badania laboratoryjne krwi – 11% (n = 22). Poprawną odpowiedź, czyli pozycję „wszystkie” zaznaczyło tylko 7,5%

(n = 15) respondentów. Odpowiedzi badanych na to pytanie przedstawiono za pomocą ryc. 4.

Dalszym przedmiotem analizy niniejszych badań było sprawdzenie, jaka liczba badanych chorych, którzy ukończyli 50 lat wzięła udział w bezpłatnych badaniach przesiewowych (przeznaczonych dla osób po 50. r.ż.), mających na celu wczesne wykrycie raka jelita grubego. Spośród 200 ankietowanych 102 osoby spełniały wyżej wymieniony warunek dotyczący wieku. Okazuje się, że tylko 62,7% (n = 64) poddało się bezpłatnym badaniom przesiewowym w kierunku raka jelita grubego. Najczęściej wybieraną odpowiedzią przez badanych – 91% (n = 58) była kolonoskopia. Test na krew utajoną w kale wykonało 9% (n = 6) respondentów. W grupie 102 badanych, którzy mieli więcej niż 50 lat, aż 37,3% (n = 38) nie skorzystało z możliwości bezpłatnego wykonania kolonoskopii lub testu na obecność krwi w kale, a 11,8% (n = 12) respondentów wskazało odpowiedź, że nie wiedzieli, że są prowadzone takie programy przesiewowe. Szczegółowe wyniki uzyskanych odpowiedzi na to pytanie przedstawiono w tabeli 3.



Ryc. 4. Wiedza ankietowanych na temat badań diagnostycznych w kierunku rozpoznania raka jelita grubego

Fig. 4. Knowledge of respondents on the diagnostic tests used to diagnose colorectal cancer

Tabela 2. Wiedza badanych dotycząca stanów przedrakowych

Table 2. Knowledge of the respondents on precancerous lesions

Pytanie	Odpowiedź	Odsetek (%)	Liczba badanych (n)
Czy zetknęła/zetknął się Pani/Pan z określeniem „stan przedrakowy”?	tak	88,5	177
	nie	11,5	23
Razem:		100	200
Jeśli zetknęła/zetknął się Pani/Pan z określeniem „stan przedrakowy”, to która z wymienionych chorób według Pani/Pana jest stanem przedrakowym?	wrzodziejące zapalenie jelita grubego	34	61
	nieswoiste zapalenie jelit	32	56
	pojedyncze polipy jelita	15	26
	zespół polipowatości rodzinnej	1	2
	choroba Leśniowskiego-Crohna	0,5	1
	wszystkie	17,5	31
Razem:		100	177
Kogo według Pani/Pana choroba dotyczy częściej?	kobiet	26,5	53
	mężczyzn	73,5	147
Razem:		100	200

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 3. Udział ankietowanych w badaniach przesiewowych

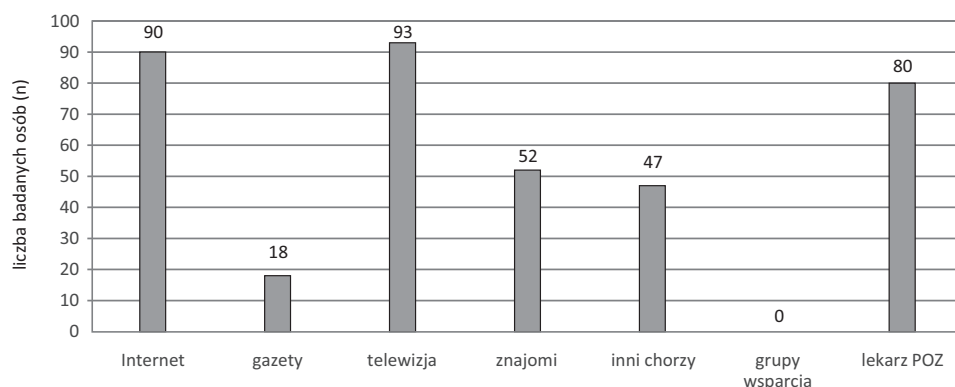
Table 3. Participation of the respondents in screenings

Pytanie	Odpowiedź	Odsetek (%)	Liczba badanych (n)
Czy brała/brał Pani/Pan udział w profilaktycznych programach przesiewowych dla osób po 50. r.ż.?	tak:	62,7	64
	kolonoskopia	91	58
	test na krew utajoną w kale	9	6
	nie	37,3	38
nie wiedziałam/em, że jest taki program		11,8	12

Źródło: opracowanie własne.

Ostatnie pytanie w kwestionariuszu ankiety dotyczyło źródeł wiedzy badanych na temat czynników ryzyka i profilaktyki raka jelita grubego. Było to pytanie, w którym respondenci mogli wybrać 2 istotne dla nich pozycje. Najliczniej wybieranymi odpowiedziami była telewizja – 24,4% (n = 93), Internet – 24% (n = 90) oraz lekarz POZ – 21%

(n = 80). Znacznie mniej ankietowanych (13,6%; n = 52) wiedzę na temat czynników ryzyka i profilaktyki raka jelita grubego zdobywa od swoich znajomych oraz od „innych chorych” (12,3%; n = 47). Najmniej osób wybrało gazety – 4,7% (n = 18) jako źródło wiedzy na temat tej choroby. Powyższe wyniki przedstawia ryc. 5.



Ryc. 5. Całościowa analiza źródeł wiedzy badanych na temat raka jelita grubego

Fig. 5. Comprehensive analysis of the respondents' sources of knowledge on colorectal cancer

Omówienie

Rak jelita grubego należy do chorób XXI w. Ze względu na zachodzące w Polsce w ostatnim okresie zmiany demograficzne, tj. przyrost odsetka osób w wieku starszym, będące wynikiem systematycznego zwiększania się długości życia, a także obserwowane przez wiele lat rosnące trendy zapadalności na raka jelita grubego, prognozuje się dalsze zwiększanie się liczby zachorowań na nowotwory.

W 2012 r. częstość występowania raka jelita grubego w Polsce wyniosła 13%. Nowotwory jelita grubego są trzecim najczęściej występującym na świecie nowotworem u mężczyzn (660 000 przypadków, 10%) i u kobiet (570 000 przypadków, 9%). Prawie połowa wszystkich zachorowań występuje w krajach rozwiniętych [16]. Od 1980 r. nastąpiło prawie 4-krotne zwiększenie liczby zachorowań mężczyzn i około 3-krotne kobiet [16].

Na świecie r.j.g. jest odpowiedzialny za 8% zgonów, co stanowi czwartą najczęstszą nowotworową przyczynę śmierci [17]. W 2010 r. rak jelita grubego był przyczyną 6000 zgonów w populacji mężczyzn i ponad 4800 wśród kobiet [16].

Z przeprowadzonych badań własnych wynika, że badani chorzy nie zauważają w pełni zależności między płcią a zachorowaniem na ten rodzaj raka. Część respondentów – 26,5% (n = 53) uważa, że kobiety częściej chorują na nowotwory jelita grubego, a przecież prawdopodobieństwo zachorowania w przypadku mężczyzn jest około 1,5–2 razy większe i rośnie wraz z wiekiem.

Kamiński et al. również w swoich badaniach wykazali, że liczba zachorowań na nowotwór jelita grubego zwiększa się wraz z wiekiem [18].

Reguła et al. dowiedli, że czynnikami związanymi z ryzykiem wystąpienia zaawansowanej neoplazji są płeć, wiek i dodatni wywiad rodzinny w kierunku raka jelita grubego [19–20].

Wojciechowska i Didkowska zaznaczają, że pewne czynniki ryzyka nowotworu można kontro-

lować, takie jak dieta, palenie papierosów, alkohol, ale inne nie, np. płeć, predyspozycje genetyczne.

Badania własne pokazują, iż badani mają coraz większą świadomość negatywnego wpływu palenia papierosów na zdrowie. Zdecydowana większość – 71% (n = 142) ankietowanych nie pali papierosów.

W przeprowadzonym badaniu własnym respondenci uznali także, że czynniki genetyczne (180 osób na 200 pytanych) oraz sposób odżywiania (100 osób na 200 pytanych) to najważniejsze determinanty rozwoju raka jelita grubego.

Klimczak et al. po przeanalizowaniu danych statystycznych Narodowego Rejestru Nowotworów dotyczących występowania raka jelita grubego w Polsce w latach 1999–2008 zwrócili dużą uwagę na dietę, czynniki genetyczne oraz status społeczny [21].

W badaniach własnych 36,5% (n = 73) respondentów deklaruje niskie miesięczne dochody (1000–1500 zł). Tylko u 51% (n = 102) ankietowanych miesięczny dochód jest większy niż 1500 zł.

Wronkowski et al. podkreślają, iż dieta bogatotłuszczowa, wysokokaloryczna, uboga w błonnik i wapń, a także palenie papierosów oraz nadużywanie alkoholu to kolejne determinanty nowotworów jelita grubego [22]. Dlatego tak ważne jest stałe zwiększanie liczby programów pierwotnej profilaktyki racjonalnego żywienia już u dzieci, jak np.: program unijny „Owoce w szkole” realizowany przez Agencję Rynku Rolnego lub program edukacyjno-badawczy „Mądre żywienie, zdrowe pokolenie” koordynowany przez Polskie Towarzystwo Dietetyki.

Badania przesiewowe są obecnie podstawowymi metodami wykrywania zmian nowotworowych, zarówno tych niezłośliwych, jak i raków we wczesnym stadium zaawansowania. W Polsce badania przesiewowe są w całości finansowane przez Ministerstwo Zdrowia w ramach środków Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych (NPZChN). Nie ma jednak jednoznacznych

danych wskazujących na to, który ze stosowanych testów przesiewowych w raku jelita grubego jest optymalny. Duża część nowotworów jelita grubego umiejscawia się w odbytnicy i może być wykryta już podczas badania *per rectum* przez lekarza pierwszego kontaktu. Jest to najtańsze skuteczne badanie profilaktyczne, ale często bagatelizowane. Wyniki badania własnego pokazują, iż większość badanych chorych nie uznaje badania *per rectum* jako ważnego w diagnostyce raka jelita grubego. Tylko 15,5% (n = 31) ankietowanych wskazało odpowiedź, że wykonane przez lekarza badanie *per rectum* może pomóc zdiagnozować nowotwór.

Podstawą rozpoznania procesu nowotworowego są badania endoskopowe. Kolonoskopowe badania przesiewowe stanowią skuteczne narzędzie w walce z rakiem jelita grubego [23]. Z przeprowadzonych badań własnych można wyciągnąć podobny wniosek. Aż 92,5% (n = 185) ankietowanych uznało, że kolonoskopia jest najważniejszym badaniem diagnostycznym w rozpoznawaniu raka jelita grubego. Wykonywane profilaktycznie badanie kolonoskopii może zapobiec u 70–90% chorych rozwojowi nowotworu lub wykryć go we wczesnym stadium klinicznym [24]. W Polsce od 2012 r. w ramach Programu Badań Przesiewowych są jednokrotnie wysyłane imienne zaproszenia na kolonoskopię dla osób w wieku 55–64 lat [25, 26]. Założenia NPZChN zmierzające do wczesnego wykrycia raka jelita grubego obejmują wykonanie kolonoskopii raz na 10 lat w grupie osób o przeciętnym ryzyku zachorowania i będących w wieku 50–65 lat.

W naszym społeczeństwie wciąż występuje problem niedostatecznej wiedzy i małej świadomości na temat słuszności i przydatności badań skriningowych. Świadczą o tym wyniki badań Sepielkin i Gotlib, które pokazują, że na skriningową kolonoskopię z rejonu wiejskiego zgłosiło się tylko 9% zaproszonych [27]. Nieco lepszy wynik uzyskano w dużym mieście, jakim jest Warszawa. Wojciechowska i Didkowska pokazują, że frekwencja uczestników w badaniach przesiewowych w stolicy i okolicach wynosiła 25–35% [26].

Również badania własne pokazują, że liczba osób biorących udział w prowadzonych badaniach przesiewowych jest niezadowalająca. Wśród

102 ankietowanych znajdujących się grupie chorych o wysokim ryzyku rozwoju raka jelita grubego (wiek > 50 lat) tylko 62,7% (n = 64) brało udział w badaniach skriningowych. Natomiast 11,8% (n = 12) respondentów nie wiedziało, że istnieje taki program przesiewowy.

Brak wiedzy i motywacji, zwłaszcza w populacji osób starszych, do zmiany prowadzonego stylu życia na bardziej prozdrowotny oraz mała wiedza społeczeństwa na temat celowości badań profilaktycznych powodują, że Polska na tle innych krajów Unii Europejskiej nie wypada najlepiej, biorąc pod uwagę profilaktykę, diagnostykę i leczenie nowotworów jelita grubego.

Rak jelita grubego przez wiele lat może rozwijać się podstępnie, nie dając żadnych objawów klinicznych. Według Banaszekiewicz et al. najczęściej spotykanym objawem u chorych na raka jelita grubego jest krwawienie z odbytu [28]. Autorzy ustalili, że objaw ten wystąpił u ponad połowy chorych (51,45%). U co 4. osoby w badaniu podmiotowym występowały bóle w obrębie jamy brzusznej i/lub istotna utrata masy ciała. Langenbach et al. [29] w swoim badaniu wykazali, że spośród objawów raka jelita grubego pacjenci najczęściej wymieniali ból brzucha (55%) oraz krew w stolcu (49%). W badaniach własnych ankietowani pacjenci Kliniki Gastroenterologii Ogólnej i Onkologicznej USK nr 1 w Łodzi wykazali się znajomością symptomów tej choroby, wskazując na: krwawienie przy oddawaniu stolca – 20,3% (n = 81), ból brzucha – 47,5% (n = 190), utratę masy ciała bez zmiany trybu życia – 17% (n = 68), tzw. stolce „ołówkowe” – 5,5% (n = 22).

Wnioski

Badana grupa chorych ma niewystarczającą wiedzę na temat czynników ryzyka i profilaktyki raka jelita grubego.

Badania skriningowe są bardziej dostępne dla osób mieszkających w dużych miastach niż małych miastach i na wsiach.

Należy przygotować programy edukacyjne i profilaktyczne przeznaczone szczególnie dla mieszkańców małych miejscowości i wsi.

Piśmiennictwo

- [1] Przegląd piśmiennictwa chirurgicznego 2014 pod red. Adama Dzikiego. Tom XXII. Fundacja Polski Przegląd Chirurgiczny, Warszawa 2014.
- [2] Banaszekiewicz Z., Jarmocik P., Frasz J., Tojek K., Mrozowski M., Jawień A.: Przydatność badania stężenia CEA i kolonoskopii klasycznej w monitorowaniu chorych po radykalnym leczeniu z powodu raka jelita grubego. Fundacja Polski Przegląd Chirurgiczny, Warszawa 2011, 83, 6, 568–570.
- [3] Partyka R., Łobejko I., Uttecht-Pudelko A.: Rak jelita grubego – główne czynniki indukujące karcynogenezę. Chir. Pol. 2010.
- [4] Śliwczyński A., Tkacz A., Kowalski A.: Nowotwory złośliwe jelita grubego w świetle danych Narodowego Funduszu Zdrowia w latach 2009–2009. Nowotwory. J. Onkol. 2011, 61(3), 211–316.

- [5] Prognoza ludności na lata 2008–2035. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2009.
- [6] **Didkowski J., Wojciechowska U., Zatoński W.:** Prognozy zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe w Polsce. Centrum Onkologii, Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, Warszawa 2009, 23–27.
- [7] **Zysk A., Ślęzak A.:** Rola genów i diety w modyfikowaniu ryzyka zachorowania na raka jelita grubego. *Żyw. Człow.* 2007, 34(6), 1640–1647.
- [8] **Stec R.:** Badania przesiewowe w raku jelita grubego. *Współcz. Onkol.* 2006, 10(3), 6–102.
- [9] **Banaszkiewicz Z., Tojek K., Jarmocik P.:** Ocena przydatności testu na krew utajoną w kale w opiece profilaktyczno-diagnostycznej członków rodzin z dziedzicznym niepolipowatym rakiem jelita grubego (HNPCC). *Pielęg. Chirgurg. Angiol.* 2008, 1, 1–4.
- [10] **Ahmed S., Johnson K., Ahmed O., Iqbal N.:** Advances in the management of colorectal cancer: from biology to treatment. *Int. J. Colorectal Dis.* 2014, 29, 1031–1042.
- [11] **Lee Ch.G., Hahn S.J., Song M.J., Lee J.K., Kim J.H., Lim Y.J., Koh M.S., Lee J.H., Kang H.W.:** Vegetarianism as a protective faktor for colorectal adenoma and advanced adenoma in asians. *Dig. Dis. Sci.* 2014, 59, 1025–1035.
- [12] **Kamiński M.F., Reguła J.:** Znaczenie jakości kolonoskopii przesiewowej. *Prz. Gastroenterol.* 2007, 2, 311–314.
- [13] **Reguła J., Rupiński M., Kraszevska E., Polkowski M., Pachlewski J., Orłowska J., Nowacki P., Butruk E.:** Colonoscopy in colorectal-cancer screening for detection of advanced neoplasia. *N. Engl. J. Med.* 2006, 355, 1863–1872.
- [14] **Sonnenberg A., Delco F., Inadomi J.M.:** Cost-effectiveness of colonoscopy in screening for colorectal cancer. *Ann. Int. Med.* 2000, 133, 573–584.
- [15] Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych 2006–2015. Warszawa 2008. <http://www.mz.gov.pl/> (data dostępu: 14.08.2015).
- [16] **Wojciechowska U., Didkowska J.:** Nowotwory w Polsce w 2012 roku. *Nowotwory. J. Oncol.* 2013, 63(3), 197–216.
- [17] **Didkowska J., Wojciechowska U., Zatoński W.:** Nowotwory złośliwe w Polsce w 2011 roku. Raport roczny dla MZ, Warszawa 2013.
- [18] **Kamiński M.F., Reguła J., Kraszevska E., Polkowski M., Wojciechowska U., Didkowska J., Zwierko M., Rupiński M., Nowacki M.P., Butruk E.:** Quality indicators for colonoscopy and the risk of interval cancer. *N. Engl. J. Med.* 2010, 362, 1795–1803.
- [19] **Reguła J., Rupiński M., Kraszevska E., Polkowski M., Pachlewski J., Orłowska J., Nowacki M.P., Butruk E.:** Colonoscopy in colorectal – cancer screening for detection of advanced neoplasia. *N. Engl. J. Med.* 2006, 355, 1863–1872.
- [20] **Kordek R.:** Onkologia – podręcznik dla studentów i lekarzy. Wyd. Med. Via Medica, Gdańsk 2007.
- [21] **Klimczak A., Malinowska K., Kubiak K.:** Choroby nowotworowe a żywienie. *Pol. Merk. Lek.* 2009, 27(159), 242–244.
- [22] **Wronkowski Z., Brużewicz S. (red.):** Nowotwory jelita grubego. PZWL, Warszawa 2008.
- [23] **Samadder N.J., Curtin K., Tuohy T.M., Pappas L., Boucher K., Provenzale D., Rowe K.G., Mineau G.P., Smitch K., Pimentel R., Kirchhoff A.C., Burt R.W.:** Characteristics of missed or interval colorectal cancer and patient survival: a population – based study. *Gastroenterology* 2014, 146(4), 950–960.
- [24] **Zauber A.G., Winawer S.J., O'Brien M.J., Shi W., Bayuga S.:** Significant long term reduction in colorectal cancer mortality with colonoscopic polypectomy: findings of the National Polyp Study. *Gastrointest. Endosc.* 2007, 65, AB268.
- [25] **Otto W.:** Rak jelita grubego w świetle współczesnych badań podstawowych i klinicznych. Kształcenie podyplomowe 2012, 2(5), 7–19.
- [26] **Wojciechowska U., Didkowska J.:** Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie. <http://onkologia.org.pl/raporty/> (data dostępu: 6.08.2014).
- [27] **Sapielkin B., Gotlib J.:** Wiedza pacjentów oddziału endoskopii na temat profilaktyki i leczenia nowotworu jelita grubego. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2013, 2(43), 23–27.
- [28] **Banaszkiewicz Z., Tojek K., Jarmocik P., Frasz J., Jawień A.:** Kliniczne objawy raka jelita grubego – badanie retrospektywne. *Współcz. Onkol.* 2009, 13(1), 34–40.
- [29] **Langenbach M.R., Schmidt J., Neumann J., Zirngibl H.:** Delay in treatment of colorectal cancer: multifactorial problem. *World J. Surg.* 2003, 27(3), 304–308.

Adres do korespondencji:

Joanna Chrobak-Bień
ul. Przemysłowa 18A m. 27
91-704 Łódź
e-mail: aska1105@interia.pl

Konflikt interesów: nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 29.01.2016 r.

Po recenzji: 18.02.2016 r.

Zaakceptowano do druku: 4.07.2016 r.

Received: 29.01.2016

Revised: 18.02.2016

Accepted: 4.07.2016