

# Ocena wiedzy wybranych grup społecznych na temat profilaktyki raka jelita grubego

Agnieszka Markowska<sup>1</sup>, Justyna Górka<sup>2</sup>, Elżbieta Grochans<sup>1</sup>, Małgorzata Szkup<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Zakład Pielęgniarstwa, Pomorski Uniwersytet Medyczny, Szczecin

<sup>2</sup> Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Pielęgniarstwa, Pomorski Uniwersytet Medyczny, Szczecin

Markowska A, Górka J, Grochans E, Szkup M. Ocena wiedzy wybranych grup społecznych na temat profilaktyki raka jelita grubego. Med Og Nauk Zdr. 2016; 22(3): 303–306. doi: 10.5604/20834543.1227614

## Streszczenie

Rak jelita grubego jest bardzo rozpowszechnionym nowotworem u obu płci, głównie u osób powyżej 60. roku życia.

**Cel pracy.** Celem pracy była analiza poziomu wiedzy społeczeństwa na temat profilaktyki oraz leczenia chorób nowotworowych jelita grubego w zależności od parametrów socjodemograficznych oraz wystąpienia raka jelita grubego w rodzinie, wykonania badania kolonoskopowego, epizodu krwi w kale u osoby badanej.

**Materiał i metoda badań.** Badania przeprowadzono wśród 215 osób. W badaniu wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, natomiast narzędzie badawcze stanowił autorski kwestionariusz ankiety. Pytania sprawdzały wiedzę badanych na temat czynników ryzyka występowania raka jelita grubego, objawów, badań przesiewowych oraz występowania nowotworu jelita grubego w rodzinie.

**Wyniki badań.** Ogólny poziom wiedzy na temat raka jelita grubego można ocenić jako średni wśród osób zamieszkujących obszar miejski i niski dla obszaru wiejskiego. Najwyższy poziom wiedzy na temat nowotworów jelita grubego występował u osób z wykształceniem wyższym. Osoby niepracujące miały niższy poziom wiedzy na temat raka jelita grubego niż osoby pracujące, renciści i emeryci. Epizod obecności krwi w stolcu oraz wykonanie badania kolonoskopowego nie miało większego wpływu na poziom wiedzy na temat profilaktyki nowotworu jelita grubego, podobnie jak płeć i wiek osób badanych.

**Wnioski.** Istnieje duże zapotrzebowanie społeczeństwa na edukację zdrowotną prowadzoną przez profesjonalistów ochrony zdrowia w kierunku raka jelita grubego ze szczególnym uwzględnieniem środowiska wiejskiego, osób z niższym wykształceniem i niepracujących.

## Słowa kluczowe

wiedza, profilaktyka, rak jelita grubego

## WSTĘP

Rak jelita grubego jest bardzo rozpowszechnionym nowotworem u obu płci, występującym najczęściej u osób powyżej 60. roku życia. W Europie i Ameryce Północnej stwierdza się corocznie około 35–45 nowych zachorowań na 100 tys. mieszkańców [1, 2]. W patogenezie raka jelita grubego duże znaczenie mają predyspozycje genetyczne oraz czynniki środowiskowe związane zwłaszcza z nawykami dietetycznymi.

Do głównych czynników ryzyka możemy zaliczyć: polipy gruczołowe jelita grubego, choroby zapalne jelita grubego, wiek ponad 50 lat, występowanie w rodzinie raka jelita grubego i odbytnicy, cukrzyca lub insulinooporność, dieta z przewagą czerwonego, wysoko przetworzonego mięsa i tłuszczów nasyconych, palenie papierosów, otyłość, mała aktywność fizyczna, picie alkoholu [3, 4, 5].

Profilaktyka raka jelita grubego składa się z trzech etapów. Etap pierwszy, czyli profilaktyka pierwotna, polega na zapobieganiu rozwojowi choroby przez eliminację zewnętrznych czynników ryzyka lub zmniejszenie narażenia na nie. Etap drugi to profilaktyka wtórna, której zadaniem jest wczesne wykrycie nowotworu. Chorobę diagnozuje się na etapie, w którym nie daje jeszcze objawów i jest w znacznym stopniu wyleczalna. Statystyki wskazują, że gruczolakowaty polip staje się złośliwy w ciągu 5–10 lat. Im wcześniej rozpozna się raka jelita grubego, tym większa istnieje szansa na wyleczenie, gdyż 90% przypadków, które są wykrywane we wczesnej

fazie choroby, można wyleczyć. Do najprostszych badań diagnostycznych zaliczamy badanie *per rectum*, poprzez które można wykryć nawet 70% guzów odbytnicy oraz 30% wszystkich guzów raka jelita grubego [6, 7, 8]. Badanie, które wykonuje się w kierunku krwi utajonej w kale umożliwia podjęcie decyzji, czy dana osoba powinna być dokładnie przebadana. Eksperti informują, że przeprowadzenie tego badania co roku może zmniejszyć umieralność z powodu raka jelita grubego o 15–33%, a co dwa lata – o ok. 20%. Zaleceniem Unii Europejskiej jest wykonanie tego badania u wszystkich osób w wieku 50–74 lat co 1–2 lata. Podstawowe znaczenie dla rozpoznania raka jelita grubego mają badania endoskopowe, do których zaliczyć możemy sigmoidoskopię oraz kolonoskopię [7, 9]. Trzeci rodzaj profilaktyki dotyczy pacjentów, u których choroba występuje w stadium klinicznym. Działania profilaktyki późnej (trzeciorzędowej) mają na celu zmniejszenie ryzyka zgonu oraz niedopuszczenie do poważnych i trwałych skutków choroby pod postacią różnego stopnia inwalidztwa [7, 9].

Należy pamiętać, że oprócz badań przesiewowych, ważna jest również edukacja pacjenta na temat nowotworów, istoty badań kontrolnych, objawów ostrzegawczych oraz przyczyn rozwoju nowotworu. Wielu ekspertów uważa, że wykorzystanie wszystkich tych elementów do rozpoczęcia walki z rakiem pozwoli na wczesne wykrycie choroby nowotworowej i stworzy szanse całkowitego powrotu do zdrowia bądź spowoduje zahamowanie istniejącej już choroby [2, 7, 9].

Celem pracy była analiza poziomu wiedzy społeczeństwa na temat profilaktyki raka jelita grubego w zależności od takich zmiennych, jak płeć, miejsce zamieszkania, wykształcenie, stan cywilny, aktywność zawodowa, wystąpienie raka

Adres do korespondencji: Agnieszka Markowska, Zakład Pielęgniarstwa, Pomorski Uniwersytet Medyczny, 72-210 Szczecin, ul. Żołnierska 48  
E-mail: ammarkowska@op.pl

Nadesłano: 7 lipca 2016; zaakceptowano do druku: 19 grudnia 2016

jelita grubego w rodzinie, wykonanie kolonoskopii, epizod krwi w stolcu u osoby badanej.

## MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badania dobrowolne i anonimowe przeprowadzone były w 2014 roku wśród dobranych losowo 215 pełnoletnich osób – pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej na terenie województwa zachodniopomorskiego. W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, natomiast narzędzie badawcze stanowił autorski kwestionariusz ankiety. Ankieta zawierała 19 pytań, z czego pierwsze dotyczyły danych socjodemograficznych osób badanych. Kolejne sprawdzały wiedzę badanych na temat czynników ryzyka występowania raka jelita grubego, objawów, badań przesiewowych oraz występowania nowotworu jelita grubego w rodzinie.

### Metody statystyczne

Analiza statystyczna została przygotowana z uwzględnieniem wpływu takich zmiennych, jak: płeć, miejsce zamieszkania, wykształcenie, stan cywilny, aktywność zawodowa, wystąpienie raka jelita grubego w rodzinie, wykonanie badania kolonoskopowego, obecność krwi w stolcu.

Ze względu na jakościowy i porządkowy rodzaj skali zastosowanej w ankiecie, testami z wyboru były testy nieparametryczne. Analizie statystycznej poddano pojedyncze odpowiedzi ankietowanych oraz sumę odpowiedzi prawidłowych, błędnych oraz wszystkich odpowiedzi dotyczących profilaktyki i wiedzy na temat raka jelita grubego.

Dla analizy danych uzyskanych z porównania pytań ankietowych zastosowany został test  $\chi^2$  Pearsona. Do analizy rozkładu liczby punktów uzyskanych z ankiety posłużył test U Manna-Whitneya dla porównania dwóch grup, a dla porównania zgodności trzech i więcej grup test Kruskala-Walisa.

Przy weryfikacji wszystkich analiz użyto współczynnika istotności na poziomie  $\alpha=0,05$ , co pozwoliło uznać za istotne statystycznie zmienne przy  $p<0,05$ .

### Opis grupy badanej

W badaniach wzięło udział 215 osób, z czego 62,8% to kobiety i 37,2% – mężczyźni. Największy odsetek ankietowanych stanowiły osoby zamieszkujące miasto do 100 tys. mieszkańców (53,5%). Przeważały osoby z wykształceniem wyższym (44,2%), pozostające w związku małżeńskim (63,7%) i aktywne zawodowo (76,7%).

Respondentów pytano także o występowanie nowotworu jelita grubego w rodzinie. Największą grupę tworzyły osoby, u których w rodzinie rak jelita grubego nie występował (47,0%). Wśród ankietowanych wyróżniono osoby, które nie miały wykonywanego badania kolonoskopowego – 75,8% i osoby, które miały wykonane to badanie – 24,2%.

Ankietowane osoby pytano również o epizod wystąpienia krwi w stolcu. Największą grupę tworzyły osoby, u których krew w stolcu nie występowała – 93% (tabela 1).

## WYNIKI

Analiza danych wykazała, że mieszkańcy wsi udzielili najwięcej błędnych odpowiedzi i najmniej odpowiedzi poprawnych. Dodatkowo suma punktów za wszystkie odpowiedzi różniła

**Tabela 1.** Charakterystyka grupy badanej – wybrane dane demograficzne, występowanie nowotworu jelita grubego w rodzinie, wykonanie badania kolonoskopowego u ankietowanego, obecność krwi w stolcu, N = 215

Zmienna	Zmienna	N	%
Płeć	kobiety	135	62,8
	mężczyźni	80	37,2
Miejsce zamieszkania	wieś	37	17,2
	miasto do 10 tys.	43	20,0
	miasto do 100 tys.	115	53,5
Wykształcenie	miasto pow. 100 tys.	20	9,3
	wyższe	95	44,2
	średnie	90	41,9
	zawodowe	25	11,6
Stan cywilny	podstawowe	5	2,3
	związek małżeński	137	63,7
	związek nieformalny	41	19,1
Aktywność zawodowa	osoby samotne	37	17,2
	pracujący	165	76,7
	emerytura/renta	30	14
Występowanie nowotworu jelita grubego w rodzinie	bezrobotni	20	9,3
	nie występował	101	47,0
	występował	69	32,1
Wykonanie badania kolonoskopowego u ankietowanych	brak wiedzy	45	20,9
	nie	163	75,8
	tak	52	24,2
Obecność krwi w stolcu	nie	200	93
	tak	15	7

się statystycznie pomiędzy mieszkańcami wsi i mieszkańcami miast odpowiednio: wieś vs miasto 10 tys. ( $p=0,005$ ), wieś vs miasto do 100 tys. ( $p=0,004$ ).

Porównanie między grupami w zależności od wykształcenia wykazało istnienie różnic w sumie wszystkich punktów. Analiza statystyczna ukazała różnicę pomiędzy osobami z wykształceniem wyższym i podstawowym ( $p=0,0482$ ) oraz różnicę między osobami z wykształceniem wyższym i zawodowym ( $p=0,026$ ). Ponadto osoby z wykształceniem podstawowym zaznaczyły średnio najwięcej błędnych odpowiedzi, zaś osoby z wykształceniem wyższym – najmniej błędnych i najwięcej poprawnych odpowiedzi.

Przeprowadzone badania wykazały, że osoby, które są pannami/kawalerami w związkach nieformalnych zdobyły niższą liczbę punktów od osób, które są w związku formalnym lub są samotne. Średnie liczby błędnych odpowiedzi we wszystkich grupach były zbliżone, a suma wszystkich punktów największa była w grupie osób związanych małżeństwem. Najmniejszą łączną liczbę punktów zdobyły osoby będące kawalerami/pannami w związkach nieformalnych. Różnice istotne statystycznie otrzymano dla sumy punktów wszystkich odpowiedzi mężatka/zonaty vs panna/kawaler ( $p=0,041$ ) i poprawnych odpowiedzi odpowiednio mężatka/zonaty vs panna/kawaler ( $p=0,054$ ). Przeanalizowano wyniki, jakie uzyskali ankietowani po określeniu liczby prawidłowych oraz błędnych odpowiedzi i ich zsumowaniu z uwzględnieniem ich aktywności zawodowej.

Najwięcej poprawnych odpowiedzi udzieliły osoby pracujące, następnie osoby, które były na rencie i emeryturze,

a najmniej – osoby niepracujące. Dokładna analiza statystyczna wykazała, że osoby niepracujące zdobywały istotnie niższe wyniki w liczbie poprawnych i łącznej liczbie punktów w stosunku do osób pracujących ( $p < 0,01$ ;  $p < 0,01$ ) oraz rencistów/emerytów ( $p = 0,041$ ;  $p = 0,09$ ).

Przeanalizowano wyniki, jakie uzyskali ankietowani po określeniu liczby prawidłowych oraz błędnych odpowiedzi i ich zsumowaniu z uwzględnieniem występowania raka jelita grubego w rodzinie ankietowanych. Okazuje się, że osoby, u których w rodzinie wystąpił nowotwór uzyskały odpowiednio więcej poprawnych odpowiedzi oraz łączna liczba punktów również była dla tej grupy większa. Otrzymano istotne statystycznie różnice w liczbie poprawnych odpowiedzi ( $p = 0,07$ ) i sumie wszystkich odpowiedzi ( $p = 0,02$ ). Analiza statystyczna wykazała, że suma wszystkich uzyskanych punktów nie różniła się istotnie w zależności od płci osób biorącymi udział w badaniu.

Dodatkowo nie występowała też różnica pomiędzy wiekiem członków badanych grup. Wykonana analiza statystyczna wykazała również brak istotnych statystycznie różnic w liczbie odpowiedzi poprawnych, błędnych oraz sumie odpowiedzi między grupami, które miały badanie kolonoskopowe lub nie oraz pomiędzy grupami, u których wystąpił lub nie wystąpił epizod krwi w stolcu.

## DYSKUSJA

Rak jelita grubego jest drugim pod względem zachorowalności nowotworem u kobiet i trzecim u mężczyzn [10, 11]. W Polsce odsetek względnych 5-letnich przeżyć w przypadku raka jelita grubego (wg danych za 2010 rok) wynosił ok. 44% (bez istotnej różnicy pomiędzy kobietami a mężczyznami), dla porównania – w Europie Zachodniej ponad 50%, zaś w Stanach Zjednoczonych odsetek ten wyniósł odpowiednio 65% i 57% [1, 3]. To niekorzystne rokowanie wiąże się przede wszystkim z faktem, że przeważająca liczba chorych rozpoczyna leczenie w zaawansowanym stadium choroby. Wynika to w znacznej mierze z niedostatecznej wiedzy dotyczącej chorób nowotworowych w społeczeństwie [3, 12].

Analiza statystyczna pokazała, że suma wszystkich uzyskanych punktów w ankiecie nie różniła się istotnie w zależności od płci osób biorącymi udział w badaniu. Podobne wyniki uzyskały w swoich badaniach Sapielkin i Gotlib, które badały wiedzę na temat raka jelita grubego wśród 114 pacjentów objętych programem badań przesiewowych w zakresie chorób nowotworowych jelita grubego, zgłaszających się zgodnie ze wskazaniami lekarskimi na kolonoskopię do oddziału endoskopii Szpitala Chirurgii Jednego Dnia. Dodatkowo większość osób w tym badaniu wskazała na słaby własny poziom wiedzy na temat profilaktyki i leczenia chorób nowotworowych jelita grubego [13].

W badaniach własnych słabym poziomem wiedzy wykazali się przede wszystkim mieszkańcy terenów wiejskich. Uzyskali oni największą liczbę błędnych odpowiedzi oraz najmniejszą liczbę odpowiedzi poprawnych. Podobne wyniki uzyskali Grys i wsp., stosując kwestionariusz zawierający 13 pytań zamkniętych dotyczących poziomu wiedzy z zakresu raka jelita grubego wśród mieszkańców wsi i miast. Ogólny poziom wiedzy na temat raka jelita grubego w tym badaniu kształtował się na poziomie średnim (61%). Wykazano różnice w poziomie wiedzy między mieszkańcami wsi (48%) i miast (66%). Różnica ta zauważalna była w każdym pytaniu.

Tylko 16 badanych miało wiedzę na temat czynników ryzyka (11 badanych z grupy miejskiej i 5 respondentów z grupy wiejskiej) [14]. Również niski poziom wiedzy na temat nowotworów jelita grubego wśród mieszkańców wsi uwidocznił w swych badaniach Kuprewicz i wsp. [15].

Przeprowadzona analiza statystyczna wyników badań własnych wykazała brak istotnych statystycznie różnic w liczbie odpowiedzi poprawnych, błędnych oraz sumie odpowiedzi między grupami, które miały badanie kolonoskopowe lub nie oraz pomiędzy grupami, u których wystąpił epizod krwi w stolcu lub nie. Oba fakty nie zwiększyły więc zainteresowania ankietowanych problemem raka jelita grubego. Jedyną sytuacją, która zwiększyła wiedzę osób badanych było wystąpienie w rodzinie raka jelita grubego. Zaskakujące jest jednak to, iż ok. 21% ankietowanych nie wiedziało, czy w rodzinie występował nowotwór jelita.

Fakt ten wskazuje, że społeczeństwo przynajmniej w części zbyt mało interesuje się problematyką raka jelita grubego lub nie ma dostępu do zrozumiałych, rzetelnych źródeł, z których by mogło taką wiedzę zaczerpnąć [15, 16]. Wskazane zatem byłoby podjąć działania z zakresu polityki prozdrowotnej, aby wyodrębnić subpopulacje mieszkańców kraju, które zostałyby objęte edukacją zdrowotną dotyczącą raka jelita grubego [15, 16].

## WNIOSKI

1. Z analizowanego materiału badawczego wynika, że ogólny poziom wiedzy na temat raka jelita grubego wśród podopiecznych podstawowej opieki zdrowotnej w województwie w zachodniopomorskim nie jest wystarczający.
2. Zadawalającą wiedzę posiadają osoby, które zetknęły się dzięki osobom bliskim z problematyką raka jelita grubego, takiej wiedzy nie posiadają jednak osoby, u których mogły wystąpić pierwsze objawy raka jelita, a nawet te, które poddały się wczesnej diagnostyce przeciwnowotworowej raka jelita grubego.
3. Szczególnej edukacji na temat objawów i profilaktyki raka jelita grubego wśród podopiecznych podstawowej opieki zdrowotnej w województwie w zachodniopomorskim wymagają osoby niepracujące, posiadające wykształcenie zawodowe, podstawowe i pochodzące ze środowiska wiejskiego.

## PIŚMIENNICTWO

1. Pazdur R, Wagman LD, Camphausen KA, Hoskins WJ. Nowotwory złośliwe. Lublin, Wyd. Czelej, 2012.
2. Król SK, Kapka-Skrzypczak L. Nowotwory jelita grubego jako poważny problem w Polsce i na świecie – kwestie medyczne i środowiskowe. Med Środ – Environ Med. 2011; 14: 75–80.
3. Tuchowska P, Worach-Kardas H, Marcinkowski J. Najczęstsze nowotwory złośliwe w Polsce – główne czynniki ryzyka i możliwości optymalizacji działań profilaktycznych. Probl Hig Epidemiol. 2013; 94(2): 166–171.
4. Abbastabar H, Roustazadeh A, Alizadeh A, Hamidifard P, Valipour M, Valipour AA. Relationships of colorectal cancer with dietary factors and public health indicators: an ecological study. Asian Pac J Cancer Prev. 2015; 16(9): 3991–5.
5. Kubiak A, Kycler W, Trojanowski M. Epidemiologia i profilaktyka raka jelita grubego w Polsce. Probl Hig Epidemiol. 2014; 95(3): 636–642.
6. Potemski P. Epidemiologia, badania przesiewowe i klasyfikacja zaawansowania klinicznego raka jelita grubego. Onkologia w praktyce klinicznej 2010; 6: 283–289.

7. Binefa G, Rodríguez-Moranta F, Teule A, Medina-Hayas M. Colorectal cancer: From prevention to personalized medicine. *World J Gastroenterol.* 2014; 20(22): 6786–808.
8. Teixeira MC, Braghioroli MI, Sabbaga J, Hoff P. Primary prevention of colorectal cancer: Myth or reality? *World J Gastroenterol.* 2014; 20(41): 15060–9.
9. Herman R, Reguła J, Pałucki J, Polkowski W, Potemski P. Tytuł oryginału: Rak okrężnicy. Tytuł całości: W: Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych 2013 rok: praca zbiorowa. T. 1. Odpowiedzialni za całość, red.: Maciej Krzakowski, Krzysztof Warzocha. Gdańsk. Via Medica 2013: 179–195.
10. Center MM, Jemal A, Ward E. International trends in colorectal cancer incidence rates. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2009; 18: 1688–94.
11. El Zoghbi M, Cummings LC. New era of colorectal cancer screening. *World J Gastrointest Endosc.* 2016; 8(5): 252–8.
12. Dyzmann-Sroka A, Malicki J. Cancer incidence and mortality in the Greater Poland Region-Analysis of the year 2010 and future trends. *Rep Pract Oncol Radiother.* 2014; 19(5): 296–300.
13. Sapielkin B, Gotlib J. Wiedza pacjentów oddziału endoskopii na temat profilaktyki i leczenia nowotworu jelita grubego. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2013; 2 (43): 23–27.
14. Grys AA, Czarnecka J, Sienkiewicz Z, Krupienicz A. Wiedza mieszkańców województwa świętokrzyskiego na temat raka jelita grubego. *Piel Pol.* 2013; 1(47): 23–27.
15. Kuprewicz A, Krajewska-Kułak E, Trochimowicz L. Wiedza na temat raka jelita grubego i preferowane zachowania zdrowotne mieszkańców miasta i wsi. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2016; 2: 74–83.
16. Chrobań-Bień JZ, Gawor A, Gąsiorowska A. Wiedza chorych na temat czynników ryzyka i profilaktyki raka jelita grubego. *Piel Zdr Publ.* 2016; 6: 187–195.

## Evaluation of the knowledge of chosen social groups about the prevention of the colorectal cancer

### Abstract

Colorectal cancer is a very common cancer in both genders, occurring mostly in people over 60 years of age.

**Objective.** The aim of the study was to analyze the level of public awareness of the prevention and treatment of colorectal cancer, depending on sociodemographic data, family history of colorectal cancer, past colonoscopy, and the presence of blood in faeces.

**Materials and method.** A survey-based study on a group of 215 people, performed using the author's questionnaire concerning the respondents' knowledge of risk factors for colorectal cancer, its symptoms, screening, and history of colorectal cancer in the family.

**Results.** The general level of knowledge of colorectal cancer can be assessed as medium in cities and low in rural areas. The highest level of knowledge was observed among subjects with higher education. The unemployed demonstrated lower levels of knowledge than employees and recipients of retirement or disability pension. Neither the presence of blood in faeces and past colonoscopy, nor gender and age of the respondents had significant influence on the level of knowledge of colorectal cancer prevention.

**Conclusions.** There is a great demand for public health education on colorectal cancer issues provided by healthcare professionals with special attention paid to people from rural environments, those with lower education and the unemployed.

### Key words

knowledge, prevention, colorectal cancer