

Ocena wiedzy i świadomości osób po 50. roku życia w zakresie czynników ryzyka raka jelita grubego

The assessment of knowledge and awareness of colorectal cancer risk factors among people aged 50 and older

AGATA STEFANOWICZA^{A, C-F}, TERESA BERNADETTA KULIK^{A, D, E}, MARIUSZ ŚRODA^{B, C},
HANNA SKÓRZYŃSKA^{E, F}, ANNA PACIAN^{E, F}

Katedra Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

A – przygotowanie projektu badania, **B** – zbieranie danych, **C** – analiza statystyczna, **D** – interpretacja danych, **E** – przygotowanie maszynopisu, **F** – opracowanie piśmiennictwa, **G** – pozyskanie funduszy

Streszczenie **Wstęp.** Rak jelita grubego należy w Polsce do najczęściej występujących nowotworów złośliwych obok raka płuc, piersi i gruczołu krokowego. Z roku na rok liczba zachorowań systematycznie się zwiększa. Ryzyko raka jelita grubego rośnie wraz z wiekiem, trzy czwarte zachorowań przypada na populację osób powyżej 60. roku życia, a szczyt zachorowań na 70.–80. rok życia u obu płci.

Cel pracy. Ocena wiedzy i świadomości osób po 50. roku życia w zakresie czynników ryzyka raka jelita grubego.

Materiał i metody. Badaniem sondażowym z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankiety objęto 200 osób po 50. roku życia (119 kobiet – 59,5% i 81 mężczyzn – 40,5%) – mieszkańców województwa lubelskiego i świętokrzyskiego.

Wyniki. Średni odsetek poprawnych odpowiedzi na pytania dotyczące wiedzy o czynnikach ryzyka raka jelita grubego wyniósł 50,3%. Więcej poprawnych odpowiedzi udzielały kobiety niż mężczyźni (58,7% vs. 38,1%), osoby mieszkające w mieście niż na wsi (54% vs. 39,6%) i posiadające wyższe wykształcenie w porównaniu z osobami z niższym wykształceniem (84,8% vs. 54,1%). Także jedynie nieco ponad połowa ankietowanych (54,0%; $n = 108$) posiada wiedzę na temat możliwości wykonywania badań przesiewowych w kierunku wczesnego wykrywania raka jelita grubego. Istotnie częściej są to osoby, które w przeszłości miały już wykonywaną profilaktyczną kolonoskopię.

Wnioski. Stan wiedzy badanych na temat czynników ryzyka raka jelita grubego jest niezadowolający. Istotnie większy zasób wiedzy posiadają osoby najmłodsze spośród ankietowanych, kobiety, mieszkańcy miast, osoby z wyższym wykształceniem oraz te, które miały już wykonywane badanie kolonoskopowe w ramach profilaktyki raka jelita grubego.

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

Summary **Background.** Colorectal cancer is one of the most common malignant tumors diagnosed in Poland. Year by year its incidence is increasing. The risk of colorectal cancer grows with age, three fourths of the cases are diagnosed in people aged 60 and older, while the highest incidence is observed among 70–80-year-olds of both sexes.

Objectives. The aim of the study was to assess the knowledge and awareness of colorectal cancer risk factors among people aged 50 and older.

Material and methods. The study carried out by means of a survey questionnaire involved 200 people aged 50 and older – residents of the Lubelskie and Świętokrzyskie voivodships.

Results. The average percentage of correct answers to the questions concerning colorectal cancer risk factors was 50.3%. The higher percentage of correct answers was observed among female than male respondents (58.7% vs. 38.1%), residents of urban area than those from rural area (54% vs. 39.6%) and people with higher education than those with other level of education (84.8% vs. 54.1%). Similarly, only slightly more than a half of the respondents (54%; $n = 108$) proved to be aware of an opportunity to have screening tests aimed at early detection of colorectal cancer. In fact, these are more frequently individuals who have had preventive colonoscopy done.

Conclusions. The level of knowledge of colorectal cancer risk factors among the subjects is unsatisfactory. It was considerably broader among the youngest respondents, female respondents, residents of urban areas and people with higher education as well as those who have had preventive colonoscopy done.

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

Fam Med Prim Care Rev 2015; 17(3): 210–214

Wstęp

Rak jelita grubego należy w Polsce do najczęściej występujących nowotworów złośliwych obok raka płuc, piersi i gruczołu krokowego. Z roku na rok liczba zachorowań systematycznie rośnie. Ryzyko raka jelita grubego wzrasta wraz z wiekiem, trzy czwarte zachorowań przypada na populację osób powyżej 60. roku życia, a szczyt zachorowań na przełom ósmej i dziewiątej dekady życia [1–3]. Progno-

zy dotyczące zachorowań i zgonów nie są optymistyczne i wskazują na dalszą tendencję wzrostową. W ciągu najbliższych dwóch dekad przewiduje się wzrost liczby zgonów z powodu nowotworów jelita grubego w populacji mężczyzn prawie dwukrotnie, a w populacji kobiet – około 1/3 [4].

Aby odwrócić te niekorzystne tendencje, konieczne jest położenie większego nacisku na profilaktykę, zarówno pierwotną, polegającą na zapobieganiu nowym zacho-



rowaniom przez kontrolowanie przyczyn i czynników ryzyka, jak i wtórną, mającą na celu jak najwcześniejsze wykrycie choroby i stanów przednowotworowych. Działania profilaktyczne w proktologii opierają się głównie na trzech elementach: wysokobłonnikowej diecie przeciwzaparciu, aktywności fizycznej i badaniach przesiewowych, do których należy badanie na obecność krwi utajonej w kale i wykonywanie badań endoskopowych (sigmoidoskopii i/lub kolonoskopii) [5].

Cel pracy

Celem pracy była ocena wiedzy i świadomości osób po 50. roku życia w zakresie czynników ryzyka raka jelita grubego. Podjęto też próbę oceny, w jakim stopniu wiedza ta koreluje z takimi zmiennymi, jak: wiek, płeć, miejsce zamieszkania, wykształcenie i fakt wcześniejszego wykonania profilaktycznej kolonoskopii.

Materiał i metody

Do badań wybrano populację osób po 50. roku życia, uwzględniając fakt, że w tej grupie wiekowej występuje zdecydowana większość zachorowań na raka jelita grubego (94%) oraz objęcie tej populacji ogólnopolskim programem badań przesiewowych.

Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego wykorzystując kwestionariusz ankiety własnego autorstwa. W obliczeniach statystycznych z użyciem oprogramowania Statistica 10 wykorzystano metody statystyki opisowej oraz test χ^2 do określenia korelacji między poziomem wiedzy a badanymi cechami. Za wyniki statystycznie istotnie uznano wartości na poziomie istotności $p < 0,05$. Badania zostały przeprowadzone na terenie województwa lubelskiego oraz świętokrzyskiego. Grupę badawczą stanowiło 200 losowo wybranych osób, które spełniły następujące kryteria: ukończony 50. rok życia i wyrażenie zgody na udział w ankiecie.

W badanej grupie 60,5% ($n = 121$) respondentów było w przedziale wieku 56–60 lat, 21% ($n = 42$) stanowiły osoby w wieku 50–55 lat, zaś 18,5% ($n = 37$) – w wieku powyżej 60 lat. Ponad połowę przebadanych osób stanowiły kobiety – 59,5% ($n = 119$), mężczyźni – 40,5% ($n = 81$). Trzy czwarte ankietowanych – 74,5% ($n = 149$) to osoby mieszkające w miastach. Pozostałe 25,5% ($n = 51$) zadeklarowało, że zamieszkuje tereny wiejskie. Zdecydowana większość osób – 65,5% ($n = 131$) miała wykształcenie średnie. Wykształcenie podstawowe lub zawodowe miało 29% ($n = 58$) respondentów. Posiadanie wyższego wykształcenia zadeklarowało jedynie 5,5% ($n = 11$) badanych.

Zdecydowana większość ankietowanych (85,5%; $n = 171$) nie miała w przeszłości wykonywanego badania kolonoskopowego. Tylko 14,5% ($n = 29$) przyznało, że brało już udział w takim badaniu.

Wyniki

Wyniki ankiety przedstawiające odpowiedzi na pytania o środowiskowe czynniki ryzyka zachorowania na nowotwory jelita grubego zebrano w tabeli 1. Przedstawiono w niej także korelacje między wiedzą badanych o danym czynniku ryzyka a analizowanymi cechami.

Ponad połowa badanych (56,5%; $n = 113$) nie wie, czy dieta bogata w krwiste mięso czerwone i tłuszcze zwierzęce, a uboga w warzywa, owoce i błonnik, ma wpływ na rozwój raka jelita grubego. 41% ($n = 82$) uważa, że taki sposób odżywiania jest czynnikiem ryzyka, zaś 2,5% ($n = 5$)

jest odmiennego zdania. Przeprowadzona analiza statystyczna wykazała istotne zależności między wiedzą na temat diety, a wiekiem, płcią, wykształceniem i faktem wykonania w przeszłości profilaktycznego badania kolonoskopowego. Wszystkie ankietowane osoby w wieku 50–55 lat stwierdziły, że istnieje związek między dietą a rozwojem raka jelita grubego. W pozostałych dwóch grupach wiekowych ankietowani wskazywali raczej, że nie wiedzą, czy taki związek istnieje. Wśród mężczyzn ponad dwie trzecie (69,1%; $n = 56$) stanowiły osoby, które przyznały się do niewiedzy w tym zakresie, podczas gdy ponad połowa kobiet (51,3%; $n = 61$) zna rolę diety z rozwoju choroby. Na zależność między dietą a rozwojem raka jelita grubego wskazywały również jednogłośnie osoby z wykształceniem wyższym oraz te, które miały wcześniej wykonaną kolonoskopię. Nie stwierdzono natomiast istotnej statystycznie korelacji z miejscem zamieszkania ($p > 0,05$).

Wiedzę na temat niekorzystnego wpływu braku aktywności fizycznej i siedzącego trybu życia na występowanie raka jelita grubego posiada niespełna połowa (40,5%; $n = 81$) ankietowanych. Stwierdzono wysoce istotną statystycznie korelację między znajomością tego czynnika ryzyka a wiekiem ankietowanych osób, ich płcią, wykształceniem oraz wykonaniem kolonoskopii (w każdym przypadku $p < 0,001$). Zdecydowana większość osób z najmłodszej grupy wiekowej (90,5%; $n = 38$) oraz z wykształceniem wyższym (81,8%; $n = 9$) stwierdziła, że brak aktywności fizycznej ma wpływ na rozwój raka jelita grubego. Opinię tę podziela także istotnie większa grupa kobiet niż mężczyźni (52,1% vs. 23,4%) oraz prawie wszystkie osoby (89,7%; $n = 26$), które przeszły profilaktyczne badanie kolonoskopowe. Nie stwierdzono natomiast istnienia związku między badanym czynnikiem a miejscem zamieszkania.

Większość ankietowanych (59%; $n = 118$) nie wie, czy palenie papierosów ma wpływ na rozwój raka jelita grubego. Wiedzę taką deklaruje 38% ($n = 76$), zaś 3% ($n = 6$) zdecydowanie twierdzi, że czynnik ten nie ma znaczenia. Wykazano wysoce istotną statystycznie korelację potwierdzoną testem χ^2 między wiedzą na temat wpływu palenia na rozwój raka jelita grubego a wiekiem. Im starsza grupa wiekowa, tym wiedza na ten temat była mniejsza. Na palenie tytoniu jako czynnik ryzyka istotnie częściej wskazywały także kobiety niż mężczyźni (47,1% vs. 24,7%), mieszkańcy miast niż wsi (43,6% vs. 21,6%) oraz osoby z wyższym wykształceniem. Podobnie osoby po kolonoskopii prawie trzykrotnie częściej uważały, że palenie ma wpływ na rozwój choroby w porównaniu z osobami, które takiego badania nie miały (82,8% vs. 30,4%).

Zbadano także wiedzę ankietowanych na temat innych czynników ryzyka, głównie nie podlegających modyfikacji, takich jak: wiek czy predyspozycje rodzinne, a także sprawdzono, w jakim stopniu koreluje ona z badanymi cechami. Wyniki zamieszczono w tabeli 2.

Większość badanych ma świadomość, że wiek powyżej 50. roku życia oraz wystąpienie raka jelita grubego w najbliższej rodzinie w istotny sposób zwiększa możliwość zachorowania. Odpowiedziało tak odpowiednio 66,5% ($n = 133$) oraz 73,5% ($n = 147$). Na wiek jako czynnik ryzyka znamienne częściej wskazywały osoby z grupy wiekowej 50–55 lat, kobiety, mieszkańcy miast oraz jednogłośnie osoby z wyższym wykształceniem. Na obciążony wywiad rodzinny jako czynnik ryzyka statystycznie częściej wskazywały osoby z grupy wiekowej 50–60 lat oraz kobiety. W przypadku pozostałych zmiennych nie stwierdzono zależności statystycznych. Mniejsza jest natomiast wiedza badanych na temat chorób jelit zwiększających ryzyko zachorowania lub będących stanami przednowotworowymi (polipy gruczolowe i przewlekłe zapalne choroby jelit) – wymienia je mniej niż połowa osób (42,5%; $n = 85$).

Tabela 1. Wiedza na temat czynników ryzyka raka jelita grubego związanych ze stylem życia w zależności od badanych zmiennych

Czynnik ryzyka	Tak		Nie		Nie wiem		Razem		χ^2 p
	n	%	n	%	n	%	N	%	
Dieta bogata w tłuszcze, mięso czerwone, uboga w warzywa, owoce i błonnik	82	41,0	5	2,5	113	56,5	200	100,0	
50–55 lat	42	100,0	0	0,0	0	0,0	42	100,0	$\chi^2 = 98,48$ $p < 0,001$ ***
56–60 lat	30	24,8	0	0,0	91	75,2	121	100,0	
> 60 lat	10	27,0	5	13,5	22	59,5	37	100,0	
Mężczyzna	21	25,9	4	5,0	56	69,1	81	100,0	$\chi^2 = 14,63$ $p < 0,01$ **
Kobieta	61	51,3	1	0,8	57	47,9	119	100,0	
Miasto	66	44,3	5	3,4	78	52,3	149	100,0	$\chi^2 = 5,04$ $p > 0,05$
Wieś	16	31,4	0	0,0	35	68,6	51	100,0	
Podstawowe/zawodowe	37	63,8	0	0,0	21	36,2	58	100,0	$\chi^2 = 41,37$ $p < 0,001$ ***
Średnie	34	26,0	5	3,8	92	70,2	131	100,0	
Wyższe	11	100,0	0	0,0	0	0,0	11	100,0	
Kolonoskopia – tak	29	100,0	0	0,0	0	0,0	29	100,0	$\chi^2 = 48,81$ $p < 0,001$ ***
Kolonoskopia – nie	53	31,0	5	2,9	113	66,1	171	100,0	
Brak aktywności fizycznej i siedzący tryb życia	81	40,5	77	38,5	42	21,0	200	100,0	
50–55 lat	38	90,5	4	9,5	0	0,0	42	100,0	$\chi^2 = 55,88$ $p < 0,001$ ***
56–60 lat	33	27,3	57	47,1	31	25,6	121	100,0	
> 60 lat	10	27,0	16	43,3	11	29,7	37	100,0	
Mężczyzna	19	23,4	37	45,7	25	30,9	81	100,0	$\chi^2 = 17,89$ $p < 0,001$ ***
Kobieta	62	52,1	40	33,6	17	14,3	119	100,0	
Miasto	59	39,6	54	36,2	36	24,2	149	100,0	$\chi^2 = 3,67$ $p > 0,05$
Wieś	22	43,1	23	45,1	6	11,8	51	100,0	
Podstawowe/zawodowe	35	60,3	19	32,8	4	6,9	58	100,0	$\chi^2 = 29,23$ $p < 0,001$ ***
Średnie	37	28,2	56	42,8	38	29,0	131	100,0	
Wyższe	9	81,8	2	18,2	0	0,0	11	100,0	
Kolonoskopia – tak	26	89,7	1	3,4	2	6,9	29	100,0	$\chi^2 = 34,27$ $p < 0,001$ ***
Kolonoskopia – nie	55	32,2	76	44,4	40	23,4	171	100,0	
Palenie tytoniu	76	38,0	6	3,0	118	59,0	200	100,0	
50–55 lat	39	92,9	0	0,0	3	7,1	42	100,0	$\chi^2 = 94,79$ $p < 0,001$ ***
56–60 lat	33	27,3	0	0,0	88	72,7	121	100,0	
> 60 lat	4	10,8	6	16,2	27	73,0	37	100,0	
Mężczyzna	20	24,7	5	6,2	56	69,1	81	100,0	$\chi^2 = 13,28$ $p < 0,01$ **
Kobieta	56	47,1	1	0,8	62	52,1	119	100,0	
Miasto	65	43,6	6	4,0	78	52,4	149	100,0	$\chi^2 = 11,30$ $p < 0,01$ **
Wieś	11	21,6	0	0,0	40	78,4	51	100,0	
Podstawowe/zawodowe	36	62,1	1	1,7	21	36,2	58	100,0	$\chi^2 = 30,22$ $p < 0,001$ ***
Średnie	32	24,4	5	3,8	94	71,8	131	100,0	
Wyższe	8	72,7	0	0,0	3	27,3	11	100,0	
Kolonoskopia – tak	24	82,8	0	0,0	5	17,2	29	100,0	$\chi^2 = 28,92$ $p < 0,001$ ***
Kolonoskopia – nie	52	30,4	6	3,5	113	66,1	171	100,0	

Legenda: * różnice istotne statystycznie, gdy $p < 0,05$; ** różnice bardziej istotne statystycznie, gdy $p < 0,01$; *** różnice wysoce istotne statystycznie, gdy $p < 0,001$.

Tabela 2. Wiedza na temat innych czynników ryzyka raka jelita grubego w zależności od badanych zmiennych

Czynnik ryzyka	Tak		Nie		Nie wiem		Razem		χ^2 p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Wiek powyżej 50 r.ż.	133	66,5	7	3,5	60	30,0	200	100,0	
50–55 lat	41	97,6	1	2,4	0	0,0	42	100,0	$\chi^2 = 29,91$ $p < 0,001$ ***
56–60 lat	76	62,8	3	2,5	42	34,7	121	100,0	
> 60 lat	16	43,2	3	8,1	18	48,7	37	100,0	
Mężczyzna	49	60,5	0	0,0	32	39,5	81	100,0	$\chi^2 = 9,60$ $p < 0,01$ **
Kobieta	84	70,6	7	5,9	28	23,5	119	100,0	
Miasto	111	74,5	3	2,0	35	23,5	149	100,0	$\chi^2 = 17,56$ $p < 0,001$ ***
Wieś	22	43,1	4	7,9	25	49,0	51	100,0	

Tabela 2. Wiedza na temat innych czynników ryzyka raka jelita grubego w zależności od badanych zmiennych

Czynnik ryzyka	Tak		Nie		Nie wiem		Razem		χ^2 <i>p</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Podstawowe/zawodowe	45	77,6	0	0,0	13	22,4	58	100,0	$\chi^2 = 13,71$ <i>p</i> < 0,01**
Średnie	77	58,8	7	5,3	47	35,9	131	100,0	
Wyższe	11	100,0	0	0,0	0	0,0	11	100,0	
Kolonoskopia – tak	25	86,2	2	6,9	2	6,9	29	100,0	$\chi^2 = 9,13$ <i>p</i> < 0,05*
Kolonoskopia – nie	108	63,2	5	2,9	58	33,9	171	100,0	
Choroby przewlekłe jelit (polipy, <i>colitis ulcerosa</i> , ch. Leśniowskiego-Crohna)	85	42,5	32	16,0	83	41,5	200	100,0	
50–55 lat	42	100,0	0	0,0	0	0,0	42	100,0	$\chi^2 = 89,55$ <i>p</i> < 0,001***
56–60 lat	25	20,7	32	26,4	64	52,9	121	100,0	
> 60 lat	18	48,6	0	0,0	19	51,4	37	100,0	
Mężczyzna	25	30,9	12	14,8	44	54,3	81	100,0	$\chi^2 = 9,85$ <i>p</i> < 0,01**
Kobieta	60	50,4	20	16,8	39	32,8	119	100,0	
Miasto	69	46,3	18	12,1	62	41,6	149	100,0	$\chi^2 = 7,61$ <i>p</i> < 0,05*
Wieś	16	31,4	14	27,4	21	41,2	51	100,0	
Podstawowe/zawodowe	38	65,5	5	8,6	15	25,9	58	100,0	$\chi^2 = 29,67$ <i>p</i> < 0,001***
Średnie	38	29,0	27	20,6	66	50,4	131	100,0	
Wyższe	9	81,8	0	0,0	2	18,2	11	100,0	
Kolonoskopia – tak	24	82,8	0	0,0	5	17,2	29	100,0	$\chi^2 = 23,17$ <i>p</i> < 0,001***
Kolonoskopia – nie	61	35,7	32	18,7	78	45,6	171	100,0	
Obciążony wywiad rodzinny	147	73,5	10	5,0	43	21,5	200	100,0	
50–55 lat	36	85,7	0	0,0	6	14,3	42	100,0	$\chi^2 = 84,13$ <i>p</i> < 0,001***
56–60 lat	102	84,3	10	8,3	9	7,4	121	100,0	
> 60 lat	9	24,3	0	0,0	28	75,7	37	100,0	
Mężczyzna	51	63,0	4	4,9	26	32,1	81	100,0	$\chi^2 = 9,17$ <i>p</i> < 0,05*
Kobieta	96	80,7	6	5,0	17	14,3	119	100,0	
Miasto	113	75,8	8	5,4	28	18,8	149	100,0	$\chi^2 = 2,59$ <i>p</i> > 0,05
Wieś	34	66,7	2	3,9	15	29,4	51	100,0	
Podstawowe/zawodowe	49	84,5	0	0,0	9	15,5	58	100,0	$\chi^2 = 8,05$ <i>p</i> < 0,05*
Średnie	90	68,7	10	7,6	31	23,7	131	100,0	
Wyższe	8	72,7	0	0,0	3	27,3	11	100,0	
Kolonoskopia – tak	23	79,3	2	6,9	4	13,8	29	100,0	$\chi^2 = 1,34$ <i>p</i> > 0,05
Kolonoskopia – nie	124	72,5	8	4,7	39	22,8	171	100,0	

Legenda: * różnice istotne statystycznie, gdy $p < 0,05$; ** różnice bardziej istotne statystycznie, gdy $p < 0,01$; *** różnice wysoce istotne statystycznie, gdy $p < 0,001$.

Dyskusja

Po przeprowadzeniu analizy wyników badań własnych stwierdzono, że średni odsetek poprawnych odpowiedzi wyniósł 50,3%. W pytaniach dotyczących takich czynników, jak: dieta, aktywność fizyczna i używki, odsetek ten wyniósł 39,8%. Znajomość pozaśrodowiskowych niemodyfikowalnych czynników ryzyka (wiek, predyspozycje rodzinne) jest w badanej populacji większa i wyniosła 60,8%. Niepokojącym zjawiskiem jest niski poziom wiedzy o czynnikach ryzyka zależnych od stylu życia, a więc możliwych do eliminacji lub modyfikacji. Z rakiem jelita grubego kojarzona jest dieta bogata w tłuszcze zwierzęce, czerwone mięso, a uboga w warzywa i owoce będące źródłem błonnika pokarmowego i naturalnych przeciwutleniaczy. Taki rodzaj diety przy braku aktywności fizycznej wydłuża czas pasaży jelitowego, sprzyja zaparciom, wpływa niekorzystnie na florę bakteryjną jelit i metabolizm kwasów żółciowych [6, 7].

W badaniu Jurczak i wsp. przeprowadzonym na takiej samej liczniejszej populacji osób uzyskano jeszcze niższy odsetek wskazań czynników ryzyka raka jelita grubego, zwłaszcza środowiskowych. Według 36,9% ankietowanych w tym badaniu osób, na rozwój choroby nowotworowej jelita grubego wpływa głównie czynnik dziedziczny, nato-

miast 20,3% uważa, że stosowanie używek. Z kolei jedynie co szósta osoba (16,6%) za czynnik ryzyka podała dietę [8].

W niniejszym badaniu najwięcej poprawnych odpowiedzi udzielały osoby w wieku 50–55 lat (94,4%), podczas gdy w grupie powyżej 60. roku życia odsetek ten był trzykrotnie niższy (30,2%). Podobna sytuacja wystąpiła w przypadku płci – więcej kobiet udzielało poprawnych odpowiedzi niż mężczyzn (58,7% vs. 38,1%). Większą poprawnością odpowiedzi wykazały się ponadto osoby deklarujące mieszkanie w mieście, ankietowani z wyższym wykształceniem oraz osoby, które miały wykonaną w przeszłości kolonoskopię. Lepsza znajomość czynników ryzyka w tych grupach wynika prawdopodobnie z faktu, że osoby te mają więcej chęci i możliwości pozyskiwania informacji, wykazują większą świadomość onkologiczną oraz w większym stopniu dbają o zdrowie. Osoby, które miały przeprowadzone badanie kolonoskopowe w przeszłości, wykazały się większą wiedzą z uwagi na wcześniejsze doświadczenia i styczność z problematyką diagnostyki chorób jelita grubego.

Wnioski

1. Poziom wiedzy na temat czynników ryzyka raka jelita grubego wśród osób po 50. roku życia jest niezadowalający.

2. Badani są bardziej świadomi czynników ryzyka od nich bezpośrednio niezależnych, np. genetycznych, niż czynników ryzyka związanych ze stylem życia i łatwych do modyfikacji.

Istotnie większy zasób wiedzy na ten temat posiadają osoby z młodszych grup wiekowych, mieszkające w mieście, kobiety, osoby z wyższym wykształceniem oraz te, któ-

re miały już w przeszłości wykonywane badanie kolonoskopowe w ramach profilaktyki raka jelita grubego.

Oprócz realizacji programu wczesnego wykrywania nowotworów jelita grubego, istnieje potrzeba intensyfikacji działań edukacyjnych i uświadamiających w zakresie czynników ryzyka raka jelita grubego zwłaszcza środowiskowych.

Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych autorów.

Konflikt interesów: Autorzy nie zgłaszają konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

1. Ignatowicz A, Kornafel J. Epidemiologia nowotworów złośliwych wczoraj i dziś. *Fam Med Prim Care Rev* 2008; 10(3): 848–852.
2. Didkowska J, Wojciechowska U, Zatoński W. *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2011 roku*. Warszawa: Centrum Onkologii Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie; 2013.
3. Korniluk J, Wcisło G, Nurzyński P, i wsp. Epidemiologia raka jelita grubego. *Współcz Onkol* 2006; 10: 136–142.
4. Didkowska U, Wojciechowska J, Zatoński W. *Prognozy zachorowalności i umieralności na wybrane nowotwory złośliwe w Polsce do 2025 roku*. Warszawa: Centrum Onkologii Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie; 2009.
5. Kołodziejczak M. *Profilaktyka w proktologii*. W: Grochowicz P, Kołodziejczak M, Ziembikiewicz A, red. *Choroby odbytu, odbytnicy i jelita grubego*. Wyd. 2. Warszawa: Borgis; 2010.
6. Kaleta D, Kwaśniewska M, Drygas W. Wybrane czynniki ryzyka i profilaktyka pierwotna raka jelita grubego. *Przeegl Lek* 2004; 60(3): 170–175.
7. Kordek R, red. *Onkologia. Podręcznik dla studentów i lekarzy*. Wyd. 3. Gdańsk: Via Medica; 2007.
8. Jurczak A, Kaczmarek G, Wieder-Huszla S, i wsp. Znaczenie kolonoskopowych badań przesiewowych w opinii społecznej. *Fam Med Prim Care Rev* 2012; 14(3): 370–372.

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Agata Stefanowicz

Katedra Zdrowia Publicznego UM

ul. Chodźki 1

20-093 Lublin

Tel.: 81 448-67-27

E-mail: agata.stefanowicz@wp.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 15.05.2015 r.

Po recenzji: 16.06.2015 r.

Zaakceptowano do druku: 19.06.2015 r.