

Wiedza na temat profilaktyki pierwotnej i wtórnej raka jelita grubego wśród młodych Polaków

Monika Rucińska¹  <https://orcid.org/0000-0002-3651-58291>

Monika Lewandowska²

Anna Andrzejczak³  <https://orcid.org/0000-0002-6357-1156>

Karolina Osowiecka⁴  <https://orcid.org/0000-0001-8931-9576>

¹ Katedra Onkologii Collegium Medicum, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

² Studenckie Koło Onkologiczne, Katedra Onkologii Collegium Medicum, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

³ Fundacja Onkologia 2025, Warszawa

⁴ Katedra Psychologii i Socjologii Zdrowia oraz Zdrowia Publicznego, Szkoła Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

Adres do korespondencji: Karolina Osowiecka, Katedra Psychologii i Socjologii Zdrowia oraz Zdrowia Publicznego, Szkoła Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie, ul. Warszawska 30, 10-082 Olsztyn; karolina.osowiecka@uwm.edu.pl

Abstract

Knowledge of primary and secondary colorectal cancer prevention among young people in Poland

Colorectal cancer-specific mortality in Poland exceeds the average for European Union countries. The aim of this study was to assess the knowledge about colorectal cancer and primary and secondary prevention. The original questionnaire was used in the study. 184 randomly selected respondents were included in the analysis (mean age 35 years). Only half of respondents knew the correct definition of screening test and only one-third of respondents correctly indicated the target group of Colorectal Cancer Screening Program in Poland. The main source of information about colorectal cancer was internet, rather than physicians and nurses. Lower knowledge of colorectal cancer was reported among respondents from small cities and villages, with less education and unemployed. The knowledge about colorectal cancer prevention is insufficient among Polish population. Education seems to be an important part of health promotion, especially among people with low awareness of cancer risk factors and screening test.

Key words: colonoscopy colorectal cancer, primary prevention, secondary prevention

Słowa kluczowe: kolonoskopia, profilaktyka pierwotna, profilaktyka wtórna, rak jelita grubego

Wprowadzenie

Rak jelita grubego należy do najczęstszych nowotworów złośliwych. W Polsce notuje się ponad 18 tysięcy nowych zachorowań na raka jelita grubego w ciągu roku [1]. Zachorowalność na raka jelita grubego w Polsce jest niższa niż przeciętna w krajach Unii Europejskiej. W Polsce rak jelita grubego stanowi 6,8% wszystkich nowotworów złośliwych u mężczyzn i 5,9% u kobiet [1]. Liczba nowych zachorowań na raka jelita grubego w 2020 r. w Europie

wyniosła prawie 2 miliony, co odpowiada 10% wszystkich nowo zdiagnozowanych nowotworów [2]. Natomiast umieralność z powodu raka jelita grubego w Polsce przewyższa średnią dla krajów Unii Europejskiej. W krajach europejskich rak jelita grubego jest przyczyną 9,4% wszystkich zgonów z powodu nowotworów złośliwych, natomiast w Polsce odpowiada on za 12% zgonów (zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet) [1, 2]. Pięcioletnie przeżycie pacjentów ze zdiagnozowanym rakiem jelita grubego w latach 2000–2007 w Polsce wyniosło 37%, podczas gdy średnia dla populacji europejskiej to 48% [3].

Na powstanie raka jelita grubego mają duży wpływ czynniki związane ze stylem życia; choroba długo przebiega bezobjawowo, a wczesne jej wykrycie daje większe szanse wyleczenia. Dlatego też wprowadzono w wielu krajach, w tym w Polsce, programy badań przesiewowych w kierunku wykrywania wczesnego, bezobjawowego raka jelita grubego. Złe wyniki leczenia raka jelita grubego w Polsce prawdopodobnie związane są z faktem zbyt małej wiedzy na temat czynników ryzyka raka jelita grubego oraz badań profilaktycznych, ponadto przypuszczalnie część osób ignoruje wczesne objawy choroby i nie zgłasza się odpowiednio wcześniej do lekarza.

■ Cel pracy

Celem niniejszej pracy była ocena wiedzy na temat raka jelita grubego oraz profilaktyki pierwotnej i wtórnej tego nowotworu.

■ Materiał i metody

Badanie przeprowadzono metodą ankiety przy wykorzystaniu autorskiego kwestionariusza ankiety. Badanie przeprowadzono internetowo metodą linku do ankiety, który był aktywny od 1 marca do 30 kwietnia 2021 r.

Kwestionariusz został skonstruowany zgodnie z ogólnymi zasadami i składa się z 16 głównych pytań zamkniętych, z których 11 to pytania jednokrotnego wyboru odpowiedzi, 3 – wielokrotnego wyboru odpowiedzi oraz 2 – z możliwością odpowiedzi na 4-stopniowej skali Likerta. Ankieta uzupełniona była o 5 pytań demograficznych (płeć, wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie, aktywność zawodowa). Zrozumiałość oraz akceptowalność narzędzia badawczego oceniona została przez psychoonkologa.

Badanie miało charakter dobrowolny i anonimowy, rozpoczęcie wykonywania ankiety było równoznaczne z wyrażeniem zgody na jej przeprowadzenie.

■ Analiza statystyczna

Do charakterystyki grupy zastosowano statystyki opisowe. Rozkład zmiennych zbadano za pomocą testu Shapiro-Wilka. Do oceny różnic wiedzy na temat raka jelita grubego w zależności od różnych czynników demograficznych wykorzystano test Manna-Whitneya (do porównania 2 grup) i test Kruskala-Wallisa (do porównania > 2 grup). Współzależność zmiennych ilościowych zbadano za pomocą korelacji rang Spearmana. Test χ^2 przeprowadzony został w celu porównania proporcji w podgrupach. Za znamienne statystycznie przyjęto wartość $p < 0,05$. Analizę statystyczną wykonano za pomocą programu STATISTICA wersja 13.3 (Kraków, Polska; 2017).

■ Wyniki

W badaniu wzięły udział 184 osoby, w tym 155 kobiet (84,2%) i 29 mężczyzn (15,8%). Średnia wieku respondentów wyniosła 35 lat ($\pm 13,7$). Najwięcej respondentów

mieszkało w miastach powyżej 100 tys. mieszkańców (38,6%), mieszkańcami wsi było 26,6% badanych. Osoby posiadające wykształcenie wyższe stanowiły większość ankietowanych (65,8%), 33,2% respondentów miało wykształcenie średnie lub zawodowe, a tylko 2 osoby podstawowe (1%). Większość respondentów była aktywna zawodowo (77,7%). Jedna czwarta ankietowanych (47 respondentów; 25,5%) podała, że w ich rodzinie lub wśród bliskich są osoby z rozpoznaniem nowotworem jelita grubego (tab. 1).

Jedna piąta osób biorących udział w badaniu (21,7%) na wstępie ankiety oceniła swoją wiedzę na temat raka jelita grubego jako złą, a tylko mniej niż jedna dziesiąta (7,6%) jako bardzo dobrą (rys. 1). Kobiety znamiennej lepiej niż mężczyźni oceniali swoją wiedzę na temat raka jelita grubego ($p = 0,01$). Lepiej swoją wiedzę na temat raka jelita grubego oceniali: osoby z wyższym wykształceniem w porównaniu z osobami z wykształceniem średnim/zawodowym ($p = 0,02$), mieszkańcy dużych miast w porównaniu z mieszkańcami małych miast i wsi ($p = 0,03$) i osoby aktywne zawodowo w porównaniu z osobami niepracującymi ($p = 0,003$). Nie stwierdzono zależności oceny swojej wiedzy na temat raka jelita grubego z wiekiem respondentów ($p > 0,05$) (tab. 2). Większość respondentów (80,4%) wskazała internet jako źródło ewentualnych informacji na temat raka jelita grubego, prasę lub książki wskazało 40,2% badanych. Tylko niespełna jedna trzecia ankietowanych (29,9%) stwierdziła, że informacje o raku jelita grubego uzyskała od lekarza (rys. 2).

Respondenci najczęściej jako czynniki przyczyniające się do rozwoju raka jelita grubego wskazywali złe nawyki żywieniowe (87%) oraz czynniki genetyczne (82,1%). Odpowiednio 49,5% i 51,1% respondentów wskazało na palenie tytoniu i nadużywanie alkoholu. Nadwagę lub otyłość jako czynnik sprzyjający rozwojowi raka jelita grubego wymieniło 68,5% ankietowanych, 58,2% respondentów uznało, że mała aktywność fizyczna może być czynnikiem ryzyka (rys. 3).

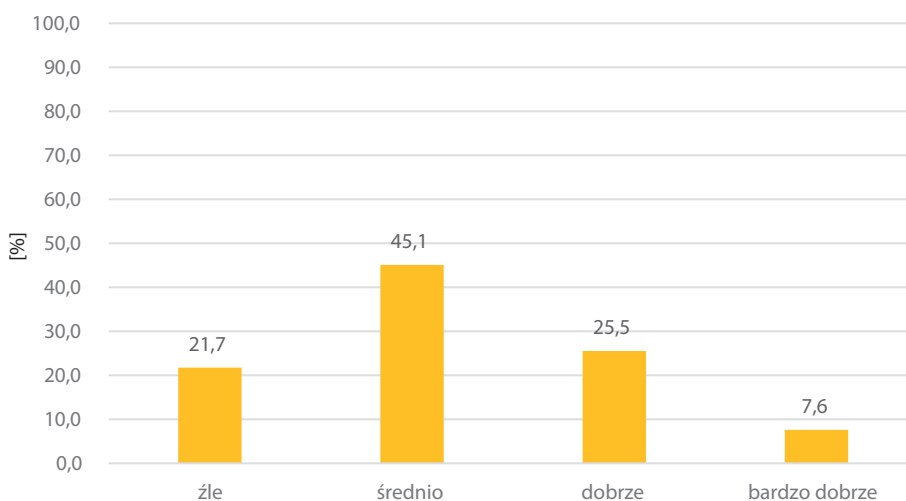
Prawie wszyscy ankietowani, oprócz 15 osób (91,8%), wskazali obecność krwi w stolcu jako jeden z pierwszych objawów raka jelita grubego. Ból przy oddawaniu stolca wskazało 67,4% badanych, a ból brzucha 65,8%. Ponad połowa respondentów zaznaczyła zmianę rytmu wypróżnień i naprzemienne zaparcia i biegunki jako możliwy objaw raka jelita grubego (odpowiednio 57,1% i 60,3%). Połowa ankietowanych (48,4%) wymieniła osłabienie, 38,6% ankietowanych brak apetytu, a 63% ankietowanych utratę masy ciała jako możliwy symptom raka jelita grubego (rys. 4).

Nieco ponad połowa ankietowanych (59,8%) wiedziała, że rak jelita grubego rozwija się wiele lat, a we wczesnym stadium nie obserwuje się charakterystycznych dla choroby objawów. Nie wykazano istotnych statystycznych różnic w zależności od czynników demograficznych (tab. 2). Prawie wszyscy respondenci (95,7%) zgodzili się ze stwierdzeniem, że wczesne rozpoznanie choroby wpływa na lepsze wyniki leczenia. Kobiety wykazały się taką wiedzą istotnie częściej niż mężczyźni ($p < 0,001$). Podobnie osoby z wykształceniem wyższym istotnie częściej niż osoby z wykształceniem średnim/zawodowym ($p < 0,001$) wskazywały na tę odpowiedź (tab. 2).

		N	%
Płeć	Kobieta	155	84,2
	Mężczyzna	29	15,8
Miejsce zamieszkania	Wieś	49	26,6
	Małe miasto (do 20 tys. mieszkańców)	30	16,3
	Średnie miasto (20–100 tys. mieszkańców)	34	18,5
	Duże miasto (powyżej 100 tys. mieszkańców)	71	38,6
Wykształcenie	Podstawowe	2	1,0
	Średnie/zawodowe	61	33,2
	Wyższe	121	65,8
Aktywność zawodowa	Tak	143	77,7
	Nie	41	22,3
Czy ktoś z rodziny/bliskich znajomych chorował/choruje na raka jelita grubego?	Tak	47	25,5
	Nie	120	65,2
	Nie wiem	17	9,3

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy

Źródło: opracowanie własne.



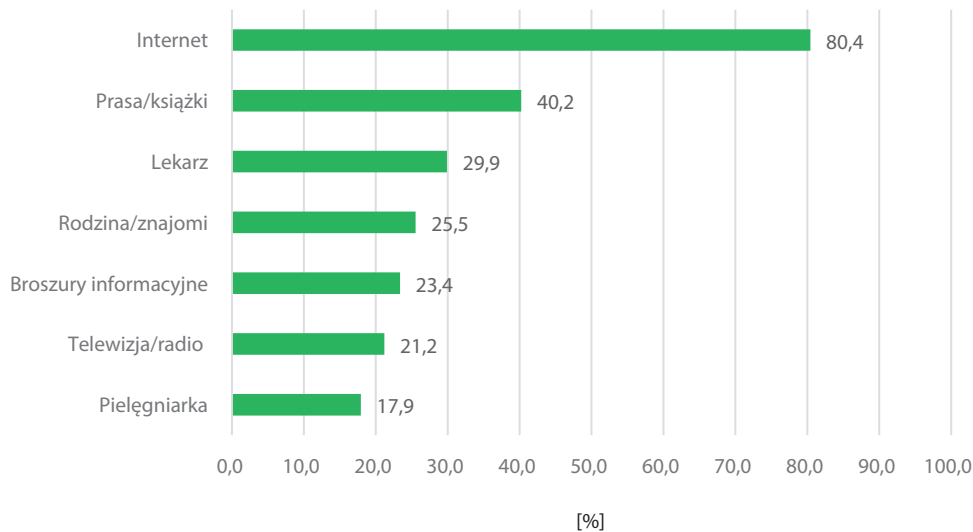
Rysunek 1. Jak respondenci oceniają stan swojej wiedzy na temat raka jelita grubego

Źródło: opracowanie własne.

Na pytanie, co to są badania przesiewowe, połowa respondentów (50%) udzieliła prawidłowej odpowiedzi, że są to badania osób niemających żadnych objawów choroby nowotworowej (rys. 5). Wiedza na ten temat nie zależała od wieku respondentów ($p = 0,16$). Kobiety zamiennie częściej niż mężczyźni wiedziały, co to są badania przesiewowe ($p = 0,01$). Istotnie częściej wiedziały

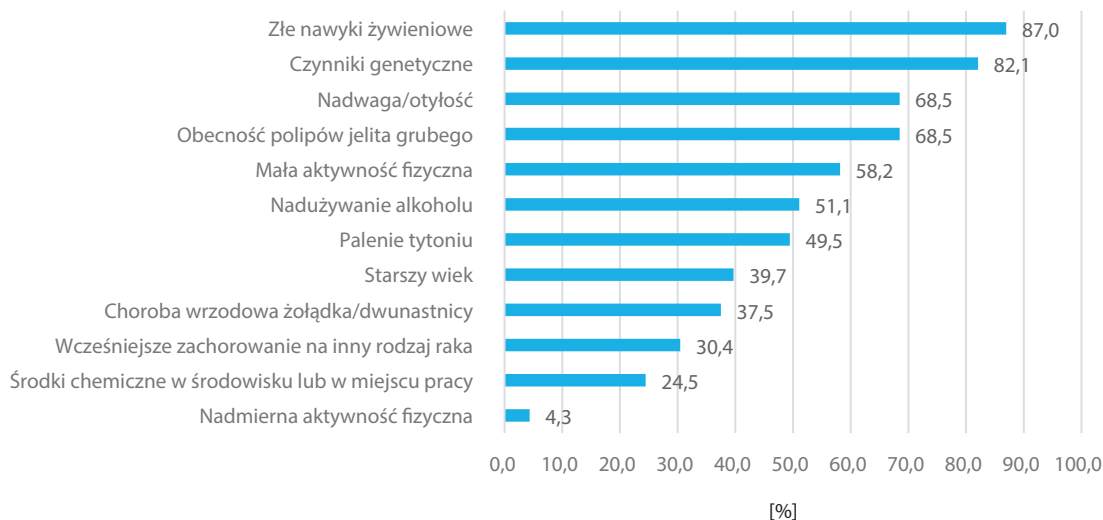
o tym osoby z wyższym wykształceniem w porównaniu z osobami z wykształceniem średnim/zawodowym ($p = 0,01$) oraz mieszkańcy dużych miast w porównaniu z mieszkańcami małych miast i wsi ($p < 0,001$) (tab. 2).

67,9% respondentów poprawnie wskazało kolonoskopię jako badanie wykonywane w ramach Programu Badań Przesiewowych raka jelita grubego w Polsce (rys. 5). Wiedza



Rysunek 2. Źródła wiedzy na temat nowotworów jelita grubego (możliwość wyboru więcej niż jednej opcji)

Źródło: opracowanie własne.



Rysunek 3. Wiedza na temat czynników ryzyka rozwoju raka jelita grubego (możliwość wyboru więcej niż jednej opcji)

Źródło: opracowanie własne.

na temat tego, jakie badanie wykonuje się w ramach tego programu, nie zależała od wieku, wykształcenia i miejsca zamieszkania respondentów ($p > 0,05$). Kobiety istotnie częściej niż mężczyźni posiadały taką wiedzę ($p = 0,04$), podobnie osoby aktywne zawodowo w porównaniu z osobami niepracującymi ($p = 0,01$).

Czym jest badanie kolonoskopowe wiedziało 83,7% ankietowanych (rys. 5). Wiedza ta nie zależała od wieku ($p = 0,38$). Kobiety istotnie częściej niż mężczyźni wiedziały, co to jest kolonoskopia ($p < 0,001$). Znamienne częściej posiadali taką wiedzę mieszkańcy dużych miast w porównaniu z mieszkańcami małych miast i wsi ($p = 0,02$), osoby z wykształceniem wyższym w porównaniu z osobami z wykształceniem średnim/zawodowym ($p < 0,001$) i osoby aktywne zawodowo w porównaniu z osobami niepracującymi ($p = 0,01$) (tab. 2).

Tylko nieco ponad jedna trzecia respondentów (38%) poprawnie odpowiedziała, do kogo skierowany jest Program Badań Przesiewowych raka jelita grubego w Polsce (rys. 5). Wiedza na temat tego, do kogo skierowany jest program, nie zależała od wieku, płci, miejsca zamieszkania ani od aktywności zawodowej respondentów ($p > 0,05$). Osoby z wykształceniem wyższym znamienne częściej niż osoby z wykształceniem średnim/zawodowym wiedziały, kto może wziąć udział w badaniu przesiewowym w kierunku raka jelita grubego ($p = 0,04$) (tab. 2).

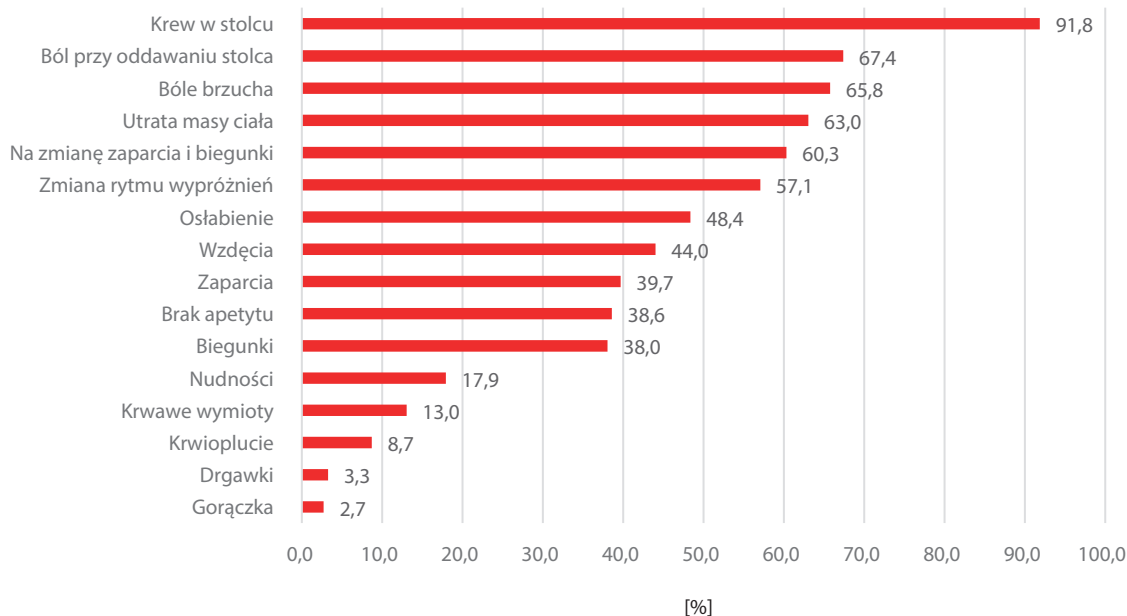
Połowa ankietowanych (47,8%) nie uważała się za osobę będącą w grupie zwiększonego ryzyka zachorowania na raka jelita grubego, natomiast 26,6% respondentów sądziła, iż są w takiej grupie. Większość badanych (81,5%) nigdy nie miała wykonywanego badania kolonoskopowego.

	Wiek	Płeć		Wies	Miejsce zamieszkania			Wykształcenie		Aktywność zawodowa				
		Kobieta	Mężczyzna		p	Średnia ± SD	Średnia ± SD	Średnia ± SD	Średnia ± SD	Tak	Nie	p		
Samocenna wiedza na temat raka jelita grubego (w skali 1-4)	> 0,05	Średnia ± SD 2,3 ± 0,9	Średnia ± SD 1,8 ± 0,8	p 0,01	Średnia ± SD 2,2 ± 0,9	Średnia ± SD 2,0 ± 0,8	Średnia ± SD 1,9 ± 0,9	Średnia ± SD 2,4 ± 0,9	p 0,03	Średnia ± SD 1,9 ± 0,8	Średnia ± SD 2,3 ± 0,8	p 0,02	Średnia ± SD 1,8 ± 0,8	p 0,003
Pytania dotyczące wiedzy na temat:	p	N (%)	N (%)	p	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	p	N (%)	N (%)	p	N (%)	p
czy rak jelita grubego rozwija się wiele lat, we wczesnym stadium choroby przebiega bezobjawowo	0,15	27 (17%)	4 (14%)	0,49	32 (65%)	17 (57%)	16 (47%)	45 (63%)	0,15	34 (56%)	75 (62%)	0,66	88 (62%)	0,75
czy wczesne wykrycie raka jelita grubego ma wpływ na efekty leczenia	0,19	153 (99%)	23 (79%)	<0,001	44 (90%)	28 (93%)	33 (97%)	71 (100%)	0,05	54 (89%)	120 (99%)	<0,001	139 (97%)	0,05
czy są badania przesiewowe	0,16	84 (54%)	8 (28%)	0,01	21 (43%)	10 (33%)	12 (35%)	49 (69%)	<0,001	22 (36%)	70 (58%)	0,01	75 (52%)	0,22
jakie badania wykonuje się bezpłatnie w ramach Programu Badań Przesiewowych raka jelita grubego w Polsce	0,24	110 (71%)	15 (52%)	0,04	31 (63%)	23 (77%)	20 (59%)	51 (72%)	0,34	36 (59%)	88 (73%)	0,06	104 (73%)	0,01
czy jest kolonoskopia	0,38	136 (88%)	18 (62%)	<0,001	38 (78%)	22 (73%)	27 (79%)	67 (94%)	0,02	43 (70%)	110 (91%)	<0,001	125 (87%)	0,01
kto może wziąć udział w Programie Badań Przesiewowych w Polsce w kierunku wykrywania raka jelita grubego	0,31	60 (39%)	10 (34%)	0,67	16 (33%)	16 (53%)	8 (24%)	30 (42%)	0,07	17 (28%)	53 (44%)	0,04	58 (41%)	0,19
czy dostęp do wiedzy na temat profilaktyki raka jelita grubego jest w Polsce wystarczający	0,38	16 (10%)	1 (3%)	0,03	3 (6%)	1 (3%)	6 (18%)	7 (10%)	0,16	6 (10%)	11 (9%)	0,09	15 (10%)	0,28

SD – odchylenie standardowe

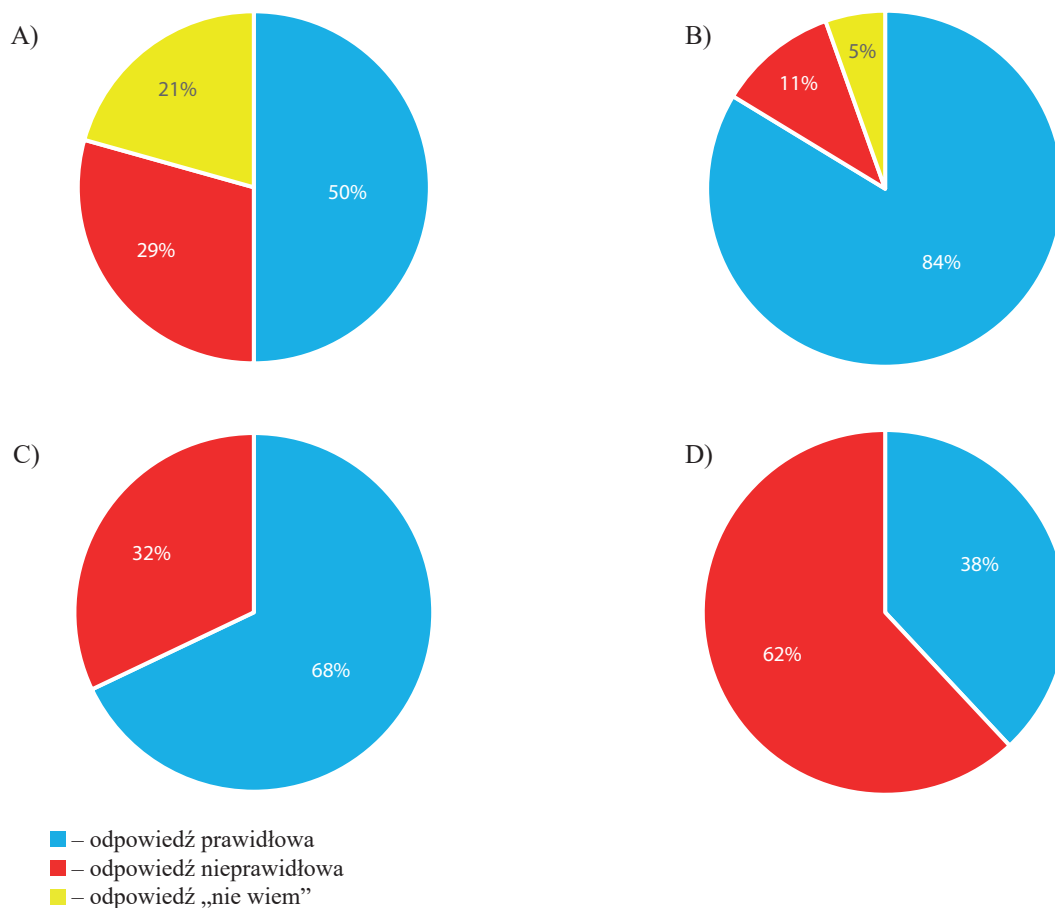
Tabela 2. Zależności odpowiedzi na pytania ankietowe od czynników demograficznych

Źródło: opracowanie własne.



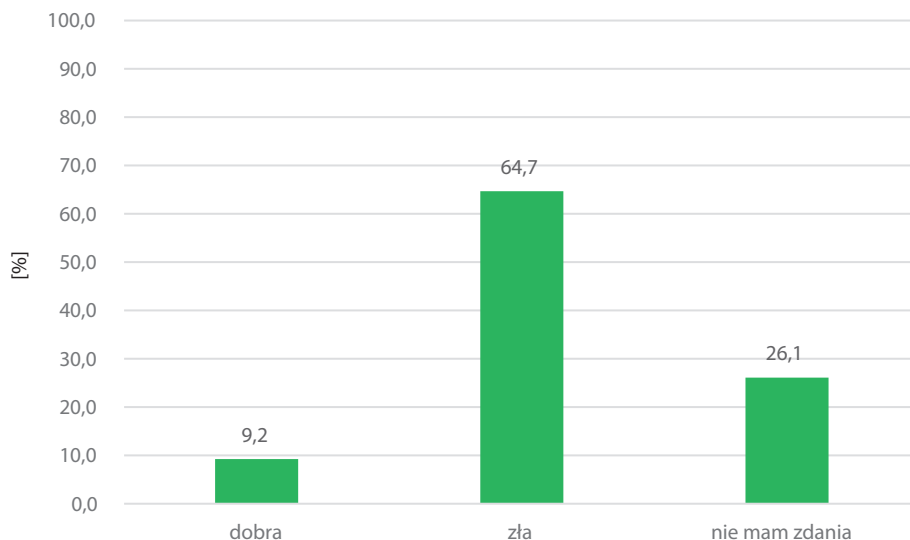
Rysunek 4. Wiedza na temat symptomów raka jelita grubego (możliwość wyboru więcej niż jednej opcji)

Źródło: opracowanie własne.



Rysunek 5. Wiedza na temat profilaktyki wtórnej raka jelita grubego. Odpowiedzi respondentów na pytania: A) Czy wie Pan/Pani czym są badania przesiewowe?; B) Czy wie Pan/Pani czym jest kolonoskopia?; C) Jakie badanie wykonuje się bezpłatnie w ramach Programu Badań Przesiewowych raka jelita grubego w Polsce?; D) Kto może wziąć udział w Programie Badań Przesiewowych w Polsce w kierunku wykrywania raka jelita grubego?

Źródło: opracowanie własne.



Rysunek 6. Postrzeżenie dostępności wiedzy na temat raka jelita grubego

Źródło: opracowanie własne.

Dwie trzecie respondentów (64,7%) uważało, że dostęp do wiedzy na temat profilaktyki raka jelita grubego nie jest wystarczający (rys. 6). Kobiety istotnie częściej niż mężczyźni uważały, że dostęp ten jest niewystarczający ($p = 0,03$). Nie wykazano istotnej różnicy ze względu na wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie i aktywność zawodową (tab. 2).

Dyskusja

Profilaktyka pierwotna raka jelita grubego polega na promowaniu zdrowego stylu życia, czyli odpowiedniego sposobu odżywiania, szczególnie ograniczania czerwonego mięsa i jego przetworów w diecie, spożywania pokarmów obfitych w błonnik, ograniczenia picia alkoholu, niepalenia papierosów, utrzymywania odpowiedniej masy ciała oraz zachęty do aktywności fizycznej. Profilaktyka wtórna nowotworów jelita grubego to badania przesiewowe. W Polsce od 2000 r. prowadzony jest Program Badań Przesiewowych raka jelita grubego, w ramach którego wykonuje się badanie kolonoskopowe. Program ten skierowany jest do wszystkich osób w wieku 50–65 lat, osób w wieku 40–49 lat, w rodzinie których co najmniej jedna osoba w pierwszym pokoleniu miała rozpoznanego raka jelita grubego, osób w wieku 25–49 lat, które pochodzą z rodziny z zespołem Lyncha, oraz osób w wieku 20–49 lat, które pochodzą z rodziny z zespołem polipowatości rodzinnej gruczolakowej. Kolonoskopia pozwala na wykrycie jednego raka na 125 zbadanych osób bez objawów choroby nowotworowej. Ponadto w badaniu kolonoskopowym możliwe jest stwierdzenie obecności polipów – dotyczy to około 25% badanych w ramach badania przesiewowego. Usunięcie polipów zmniejsza ryzyko rozwinięcia się na ich podłożu zmian nowotworowych.

Uczestnicy niniejszego badania wykazali się dosyć dobrą wiedzą na temat czynników predysponujących do

rozwoju raka jelita grubego i jego wczesnych objawów. Ograniczeniem badania jest przewaga wśród respondentów kobiet (84%). Wynika to prawdopodobnie z większej gotowości do wypełniania ankiet w internecie przez kobiety. Ponadto osoby posiadające wykształcenie wyższe stanowiły większość ankietowanych (66%). Znamienne gorszą wiedzę miały osoby słabiej wykształcone i nieaktywne zawodowo oraz mieszkańcy wsi i małych miast. Podobne wyniki uzyskali Markowska et al. [4]. Znamienne lepszą wiedzą na temat raka jelita grubego w województwie zachodniopomorskim wykazali się mieszkańcy miast niż wsi, osoby z wykształceniem wyższym oraz osoby czynne zawodowo. Kuprewicz et al. [5] analizując odpowiedzi 248 respondentów, stwierdzili, iż badani generalnie prawidłowo wskazywali czynniki ryzyka raka jelita grubego, a objawy raka jelita grubego znało więcej mieszkańców miast niż mieszkańców wsi (odpowiednio 46% i 39%). Do najczęściej wymienianego przez respondentów objawu raka jelita grubego należała obecność krwi w stolcu [5, 6], podobnie jak w niniejszym badaniu (na objaw ten wskazało 92% badanych). Badania przeprowadzone w innych krajach europejskich, w Azji i w Stanach Zjednoczonych Ameryki dają podobne wyniki – lepszą wiedzę na temat czynników ryzyka raka jelita grubego i jego objawów mają kobiety, osoby lepiej wykształcone i czynne zawodowo [7–12]. Generalnie nie obserwuje się różnic związanych z wiekiem respondentów.

Ponad połowa respondentów (60%) w niniejszym badaniu wiedziała, że rak jelita grubego rozwija się długo i późno daje pierwsze objawy; aż 96% respondentów wiedziało, że wczesne wykrycie raka daje większe szanse na wyleczenie. Taką wiedzę miało 80% respondentów w chińskim badaniu [10] i jedynie 62,5% respondentów w innym polskim badaniu [5]. Niniejsze badanie wykazało, że wiedza ankietowanych na temat badań przesiewowych była niewystarczająca. Tylko połowa badanych wiedziała, co to jest badanie przesiewowe – częściej były

to kobiety, mieszkańcy miast, osoby z wyższym wykształceniem i czynne zawodowo. Do kogo skierowany jest Program Badań Przesiewowych raka jelita grubego w Polsce wiedziała tylko jedna trzecia badanych. Wiedza ta nie była zależna od wieku, płci, miejsca zamieszkania, wykształcenia ani aktywności zawodowej. Podobne wyniki uzyskali autorzy analizy 200 osób w wieku 50–65 lat, czyli potencjalnych kandydatów do badania przesiewowego w kierunku raka jelita grubego [13]. Tylko 41,5% osób w badanej grupie wiedziało, że takie badanie jest w Polsce prowadzone. Lepszą wiedzą na temat kolonoskopii jako badania przesiewowego wykazały się kobiety, mieszkańcy miast oraz osoby młodsze i lepiej wykształcone. Generalnie wyższy poziom wykształcenia koreluje z częstszym udziałem w badaniach przesiewowych w kierunku raka jelita grubego [14–16].

Respondenci podkreślali, że dostępność wiedzy na temat badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego nie jest wystarczająca. Swoją wiedzę na temat raka jelita grubego jako dobrą i bardzo dobrą oceniło około jednej trzeciej respondentów. Lepiej oceniały ją kobiety, osoby mieszkające w dużych miastach, osoby z wyższym wykształceniem i aktywne zawodowo. Wiedzę na temat raka jelita grubego większość respondentów czerpała

z internetu (ponad 80%), natomiast od lekarza i pielęgniarki tylko odpowiednio 30% i 18%. Podobnie w badaniu Kuprewicz et al. [5] oraz Chrobak-Bień et al. [17] najczęściej osób czerpało wiedzę z internetu i telewizji, a tylko 8% od lekarza i 4% od pielęgniarki [5]. Po profesjonalne broszury sięgała mniej niż jedna czwarta respondentów niniejszego badania (23%).

Wnioski

Szerzenie wiedzy na temat raka jelita grubego wydaje się ważnym elementem promocji zdrowia. Znajomość czynników ryzyka raka jelita grubego i przestrzeganie zasad zdrowego stylu życia już od młodości może doprowadzić do zmniejszenia zapadalności na ten nowotwór, a udział w badaniach przesiewowych do wczesnego jego wykrywania. Należy zwrócić szczególną uwagę na programy edukacyjne dotyczące profilaktyki pierwotnej i wtórnej skierowane do osób mieszkających w mniejszych miastach oraz na wsi, a także do osób z niższym wykształceniem i niebędących aktywnymi zawodowo. Wydaje się słuszne rozpoczynanie edukacji już w grupach osób stosunkowo młodych.

Piśmiennictwo

1. Krajowy rejestr nowotworów. Nowotwory złośliwe odbytnicy (C19-20), <http://onkologia.org.pl/nowotwory-zlosliwe-odbytnicy-c19-20/> (dostęp: 2.05.2022).
2. World Health Organization, <https://geo.iarc.fr/today/home> (dostęp: 2.05.2022).
3. Eurocare 5 Survival Analysis, <https://www.eurocare.it/Database/tabid/77/Default.aspx> (dostęp: 1.05.2022).
4. Markowska A., Górka J., Grochans E. et al., Ocena wiedzy wybranych grup społecznych na temat profilaktyki raka jelita grubego, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2016; 22 (4): 303–306, doi:10.5604/20834543.1227614.
5. Kuprewicz A., Krajewska-Kulać E., Trochimowicz L., Wiedza na temat raka jelita grubego i preferowane zachowania zdrowotne mieszkańców miasta i wsi, „Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne” 2016; 10 (2): 74–83.
6. Langenbach M.R., Schmidt J., Neumann J., Delay in Treatment of Colorectal Cancer: Multi-Factorial Problem, „World Journal of Surgery” 2003; 27: 304–308, doi:10.1007/s00268-002-6678-9.
7. Saeed R.S., Bakir Y.Y., Alkhalifah K.H. et al., Knowledge and Awareness of Colorectal Cancer among General Public of Kuwait, „Asian Pacific Journal of Cancer Prevention” 2017; 19: 2455–2460, doi:10.22034/APJCP.2018.19.9.2455.
8. Al-Hajeili M., Abdulwassi H.K., Alshadadi F. et al., Assessing Knowledge on Preventive Colorectal Cancer Screening in Saudi Arabia: A Cross-Sectional Study, „Journal of Family Medicine and Primary Care” 2019; 8: 3140–3146, doi:10.4103/jfmpc.jfmpc_508_19.
9. Boutisicaris A.S., Fisher J.L., Gray D.M. et al., Changes in Colorectal Cancer Knowledge and Screening Intention among Ohio African American and Appalachian Participants: The Screen to Save Initiative, „Cancer Causes and Control” 2021; 32: 1149–1159, doi:10.1007/s10552-021-01462-w.
10. Wang M.Y., Lin G.Z., Li Y. et al., Knowledge, Attitudes, Preventive Practices and Screening Intention about Colorectal Cancer and the Related Factors among Residents in Guangzhou, China, „Asian Pacific Journal of Cancer Prevention” 2017; 18: 3217–3223, doi:10.22034/apjcp.2017.18.12.3217.
11. Sessa A., Abbate R., Giuseppe G.D. et al., Knowledge, Attitudes, and Preventive Practices about Colorectal Cancer among Adults in an Area of Southern Italy, „BMC Cancer” 2008; 8: 1171, doi:10.1186/1471-2407-8-171.
12. Winterich J.A., Quandt S.A., Grzywacz J.G. et al., Men’s Knowledge and Beliefs about Colorectal Cancer and Three Screenings: Education, Race and Screening Status, „American Journal of Health Behavior” 2011; 35 (5): 525–534, doi:10.5993/ajhb.35.5.2.
13. Stefanowicz A., Kulik T.B., Skórzyńska H. et al., Wiedza o programie profilaktyki raka jelita grubego wśród osób w wieku 50–65 lat, „Geriatrics” 2017; 2 (4): 259–264.
14. Beydoun H.A., Beydoun M.A., Predictors of Colorectal Cancer Screening Behaviors Among Average-Risk Older Adults in the United States, „Cancer Causes Control” 2008; 19: 339–359, doi:10.1007/s10552-007-9100-y.
15. Gimeno Garcia A.Z., Factors Influencing Colorectal Cancer Screening Participation, „Gastroenterology Research and Practice” 2012; 2012: 483417, doi:10.1155/2012/483417.
16. Power E., Miles A., von Wagner C. et al., Uptake of Colorectal Cancer Screening: System, Provider and Individual Factors and Strategies to Improve Participation, „Future Oncology” 2009; 5 (9): 1371–1388, doi:10.2217/fon.09.134.
17. Chrobak-Bień J., Gawor A., Gąsiorowska A., Wiedza chorych na temat czynników ryzyka i profilaktyki raka jelita grubego, „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne” 2016; 6 (3): 187–195, doi:10.17219/pzp/64035.