

Maria Janiak¹, Paulina Głowacka², Anna Kopec², Aleksandra Staśkiewicz²

¹Katedra i Klinika Gastroenterologii i Hepatologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

²Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Gastroenterologii i Hepatologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

Czynniki determinujące zgłaszalność na badania kolonoskopowe w Programie Badań Przesiewowych raka jelita grubego w Polsce

Factors determining attendance rate to colonoscopy in National Screening Programme in Poland

STRESZCZENIE

Wstęp: Program Badań Przesiewowych raka jelita grubego daje szansę na skuteczne leczenie pacjentów. Mimo to adresaci Programu zgłaszają się na bezpłatne badania kolonoskopowe rzadko. Celem niniejszej pracy jest analiza czynników decydujących o małym odsetku zgłaszalności na kolonoskopię.

Materiał i metody: Do badania użyto autorskiego kwestionariusza uwzględniającego: dane epidemiologiczne, wywiady rodzinne, nawyki żywieniowe, nałogi, oraz pytania dotyczące wiedzy na temat Programu. Z uczestnikami badania przeprowadzono także krótką rozmowę zachęcającą do wzięcia udziału w Programie. Badani to 505 osób w wieku 50–65 lat (309 kobiet, 196 mężczyzn, średni wiek: 58 lat), które nie zgłaszały objawów alarmowych i innych dolegliwości, mogących nasuwać potrzebę wykonania kolonoskopii diagnostycznej.

Wyniki: Wśród ankietowanych osób 9% skorzystało wcześniej z Programu, ale niemal połowa badanych słyszała o możliwości skorzystania z Programu (49%). Wśród badanych 89% uznało, że wie, na czym polega badanie kolonoskopowe. Dla osób posiadających infor-

mację na temat Programu najczęstszym jej źródłem były media (33%) oraz gabinety lekarskie (22%). Zachęconych do zgłoszenia się na badanie zostało 67% ankietowanych, lecz zamiar wykonania kolonoskopii w ramach Programu zadeklarowało 51%. Wyrażający chęć skorzystania z badania to osoby z wykształceniem podstawowym (60%) i rodzinnym wywiadem w kierunku raka jelita grubego (58%). Czynniki, które najczęściej zniechęcają do poddania się badaniu kolonoskopowemu, są: krępująca forma badania (21%), strach przed bólem (17%), brak poczucia konieczności wykonania badania ze względu na niewystępowanie objawów (16,6%) oraz brak możliwości znieczulenia (14,9%).

Wnioski: Niska zgłaszalność na bezpłatną kolonoskopię wynika z istnienia modyfikowalnych przyczyn, z powodu których pacjenci nie zgłaszają się na badania kolonoskopowe. Są nimi między innymi krępująca forma badania, brak znieczulenia oraz niedostateczna wiedza na temat skriningu.

Gastroenterologia Kliniczna 2016, tom 8, nr 4, 142–151

Słowa kluczowe: rak jelita grubego, program badań przesiewowych, zgłaszalność, kolonoskopia, kwestionariusz

ABSTRACT

Introduction: A national colorectal cancer screening program provides an opportunity to an effective treatment. Despite that people invited rarely attend screening colonoscopy. Aim of the study was to analysis of factors determining low percentage of attendance for colonoscopy.

Material and methods: The research instrument consisted of questionnaire collecting epidemiological data (age,

sex, place of residence, education) as well as responders' knowledge about the screening program. Participants were also encouraged to take part in screening. 505 people aged 50–65 (309 women, 196 men, mean age 58 years) without symptoms suggesting a need of diagnostic colonoscopy.

Results: The number of people that underwent the exam was 9%, 49% heard about possibility of taking part in national screening program and 89% of people were familiar with colonoscopy exam. The most common source of information about screening were media (33%)

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Maria Janiak
Katedra i Klinika Gastroenterologii
i Hepatologii GUM
ul. M. Smoluchowskiego 17,
80–214 Gdańsk
tel.: 58 349 36 40,
faks: 58 349 36 50
e-mail: marj@gumed.edu.pl

and doctors' offices (22%). 67% of responders were encouraged to undergo the colonoscopy. However, the real intention was declared by 51% of interviewees. People the most willing to undergo the examination were those with primary education (60%) and whose members of family suffered from colorectal cancer (58%). Factors that mostly discourage to undergo the colonoscopy are: inconvenient form of exam (21%), fear of pain during the exam (17%), lack of necessity of the study due to absence of symptoms (16.6%) and lack of access to anesthesia (14.9%).

Conclusions: Low attendance rate to the free colonoscopy results from the existence of modifiable causes due to which patients do not attend the colonoscopy examinations. These modifiable causes are: inconvenient form of examination, lack of access to anesthesia and insufficient knowledge about the screening program.

Gastroenterologia Kliniczna 2016, tom 8, nr 4, 142–151

Key words: colorectal cancer, screening program, attendance, colonoscopy, questionnaire

WSTĘP

Badania przesiewowe służą wczesnemu wykryciu nowotworów czy stanów przedrakowych u ludzi bez objawów alarmowych. Znaczenie skringingu wzrasta w odniesieniu do tych stanów nowotworowych, które występują często w danej populacji i co do których istnieje skuteczna metoda leczenia. W przypadku wielu nowotworów szansa na wyleczenie wzrasta, gdy choroba zostanie rozpoznana we wczesnym stadium. Istotnym zadaniem Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych jest zwiększenie świadomości społeczeństwa na temat konieczności wykonywania regularnych badań profilaktycznych w kierunku wczesnego wykrywania raka.

Polscy gastroenterolodzy uczestniczą w programie przesiewowym dotyczącym wczesnego wykrywania raka jelita grubego. Dane dotyczące zgłaszalności na kolonoskopie przesiewowe są jednak niepokojące. W 2015 roku w Polsce na badania zgłosiło się tylko 16,78% osób, które otrzymały imienne zaproszenie na badanie, co stanowi odsetek zdecydowanie mniejszy niż przedstawiany w różnych źródłach (w krajach Unii Europejskiej) przedział 23–70% [1].

Zachorowania na raka jelita grubego (RJG) stanowią ogromny problem onkologiczny i ogólnospołeczny. Naturalny rozwój

tego nowotworu rozpoczyna się najczęściej bezobjawowo, a leczenie daje dobre rezultaty tylko w przypadku wczesnego wykrycia. Choroba ta stanowi idealny przykład stanu, który powinien być wykrywany za pomocą badań skringingowych. Daje to szansę na skuteczne wyzdrowienie pacjentów oraz obniżenie nakładów finansowych, związanych z leczeniem i dalszą opieką nad chorymi.

Rak jelita grubego jest chorobą o złym rokowaniu. W strukturze zachorowań w polskiej populacji nowotwory jelita grubego stanowią drugie miejsce. Rocznie wykrywa się około 14 tysięcy nowych przypadków RJG, z czego ponad połowa ma niepomyślny przebieg. W 2011 roku odnotowano ponad 7 tysięcy zgonów z powodu raka okrężnicy [2]. Dynamika zachorowań rośnie wraz z wiekiem i większość przypadków choroby rozpoznawana jest po 50. roku życia, a szczyt zachorowań występuje w 6. i 7. dekadzie życia. Z danych Eurocare-5 wynika, że w Unii Europejskiej z rakiem okrężnicy pięć lat przeżywa 57% chorych, a w Polsce — około 48,5% (tab. 1). Pięcioletnie przeżycia pacjentów z rakiem odbytu to odpowiednio 56% i około 47,3% [3].

Większość raków jelita grubego rozwija się na podłożu gruczolaka, a proces transformacji złośliwej trwa od 10 do 15 lat. Upowszechnienie badań przesiewowych za pomocą kolonoskopii u osób bez objawów alarmo-

Tabela 1. Aktualne dane epidemiologiczne według Krajowego Rejestru Nowotworów (<http://onkologia.org.pl>)

	Rak okrężnicy C 18		Rak odbytnicy C19, C 20	
	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety
Standaryzowany współczynnik zachorowalności/100 000	16,6	10,8	13,3	6,8
Standaryzowany współczynnik umieralności/100 000	12,6	7,6	6,9	3,05
Pięcioletnie przeżycie	48,2%	48,8%	46,9%	47,7%

wych w wieku po 50. roku życia wykazało, że gruczolaki występują stosunkowo często, bo aż u co najmniej 30–40%. Nie wszystkie stanowią bezpośrednie zagrożenie przemianą w raka. Decydującym czynnikiem ryzyka jest ich wielkość oraz budowa histologiczna [4, 5]. Szczególnie agresywne są raki rozwijające się z płaskich polipów ząbkowanych, lokalizujących się częściej w prawej połowie okrężnicy [6].

Wykrywanie zmian polipowatych w jelicie grubym już na poziomie gruczolaka oraz ich endoskopowe usuwanie staje się więc skutecznym sposobem prewencji i daje pacjentom szansę na zmniejszenie ryzyka zachorowania na raka jelita grubego o 75–90%. Jednocześnie, sugeruje się, że jeśli w kolonoskopii dobrej jakości wykonanej około 60. roku życia nie stwierdzi się gruczolaków, to ryzyko rozwoju gruczolaków i raka jelita grubego u danej osoby jest minimalne i dalsze badania endoskopowe nie są konieczne [7, 8].

W Polsce, w ramach Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych — od 2000 roku istnieje Program Badań Przesiewowych (PBP) dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego. Program opiera się na wykonywaniu kolonoskopii w populacji osób średniego ryzyka zachorowania na raka. Adresaci PBP, biorąc pod uwagę założenia samego badania profilaktycznego, nie mogą wykazywać objawów choroby (wśród tych objawów można wymienić znaczną, o niewytłumaczalnej przyczynie utratę masy ciała, objawy krwawienia z dolnego odcinka przewodu pokarmowego, nagle pojawiające się zaparcia lub biegunka, niedokrwistość z nieznaną przyczyną). W ramach PBP na badanie mogą się zgłosić osoby, u których w wywiadach nie ma wyżej wymienionych symptomów w wieku 50–65 lat (w przypadku osób z wywiadami w kierunku RJG u krewnych pierwszego stopnia, granica ta obniża się do 40. roku życia). Od 2012 roku w ramach PBP wysyłane są także imienne zaproszenia z wyznaczoną datą badania do osób w przedziale wiekowym 55–64 lata. Dzięki Programowi w latach 2000–2015 wykonano 462 512 badań endoskopowych dolnego odcinka przewodu pokarmowego (<http://pbp.org.pl>, <http://pbp.wsgastro.pl>).

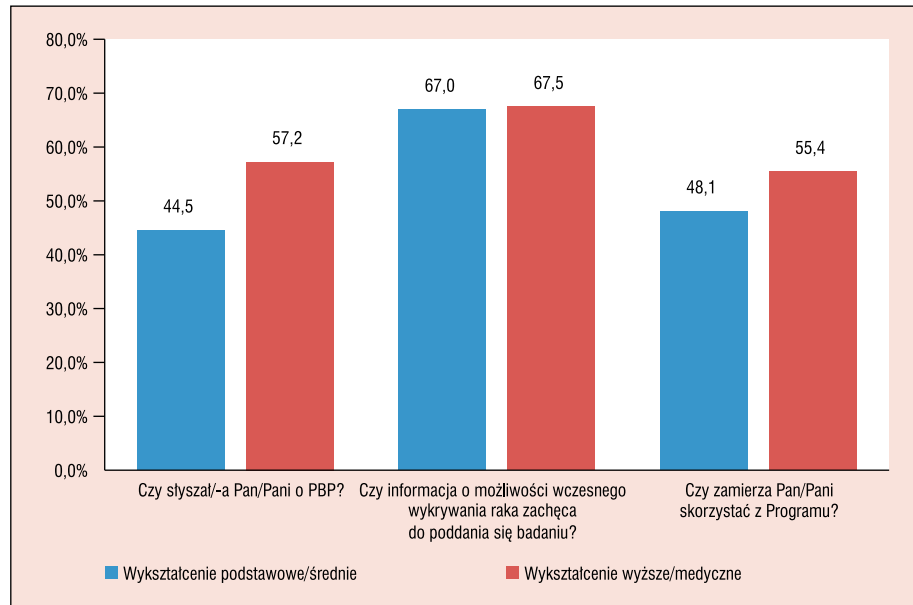
Warunkiem efektywnie działającego programu badań przesiewowych jest jak największa zgłaszalność osób z grupy ryzyka. Jak zauważono, w Polsce poziom odpowiedzi na wysyłane zaproszenia na badania w ramach PBP jest zatrażająco niski. Dlatego celem niniejszej pracy było dokładne zapoznanie

się z czynnikami, które decydują o niskiej zgłaszalności na profilaktyczne badania kolonoskopowe w ramach PBP. Bezpośrednie rozmowy z adresatami programu miały również zwiększyć świadomość tej grupy na temat samego raka jelita grubego oraz metod jego wczesnego wykrywania.

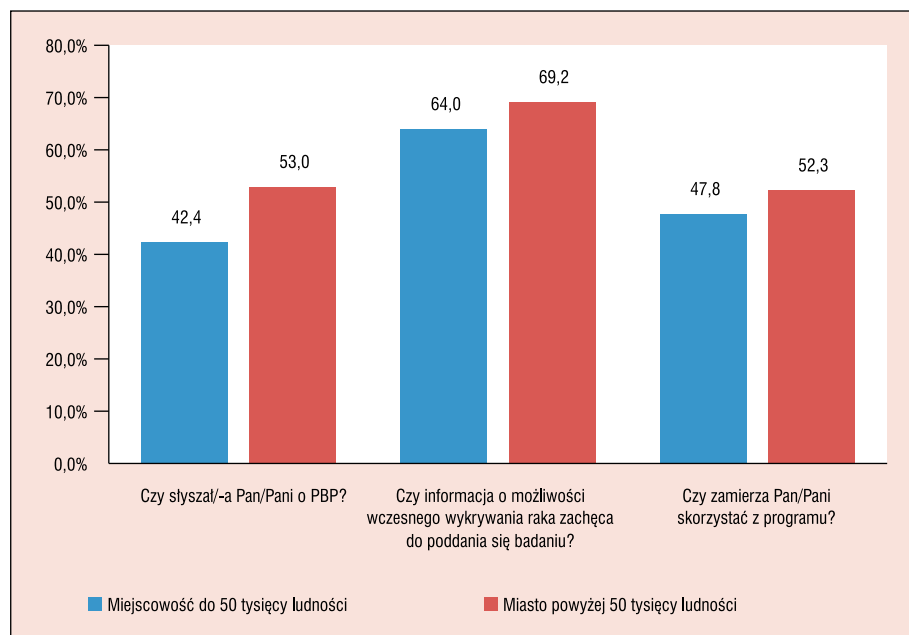
MATERIAŁ I METODY

Badaną grupę stanowiły osoby między 50. a 65. rokiem życia — adresaci Programu Badań Przesiewowych w kierunku wczesnego wykrywania raka jelita grubego. Badanie przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego, wykorzystując kwestionariusz własnego autorstwa (ryc. 1). Badanie ankietowe zostało przeprowadzone w okresie od grudnia 2015 do lutego 2016 roku, głównie w poczekalniach poradni przyklinicznych (innych niż gastroenterologiczna) Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku (rozmowy prowadzone były z osobami zdrowymi lub cierpiącymi na inne dolegliwości niż te dotyczące przewodu pokarmowego), a także wśród klientów galerii handlowych oraz osób spacerujących wzdłuż plaż trójmiejskich. Odpowiedzi na pytania zawarte w ankiecie uzyskiwano podczas bezpośredniej rozmowy z jej autorkami — studentkami należącymi do Studenckiego Koła Naukowego, działającego przy Katedrze i Klinice Gastroenterologii i Hepatologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. W przypadkach braku wiedzy na temat badań studentki przeprowadzały uświadamiającą rozmowę, nakłaniającą ankietowanego do przystąpienia do badań w ramach PBP.

Kryterium wykluczającym z badania było zgłoszenie występowania dolegliwości ze strony dolnego odcinka przewodu pokarmowego. Badanie zaproponowano 590 osobom, z czego 85 odmówiło udziału w zaproponowanej rozmowie według przygotowanego wcześniej kwestionariusza. Analizie poddano łącznie 505 ankiet. Autorski kwestionariusz zawierał 18 pytań, które uwzględniały między innymi dane epidemiologiczne (wiek, płeć, wykształcenie, miejsce zamieszkania, dieta, nikotynizm), antropometryczne (wzrost i waga), wywiad rodzinny w kierunku raka jelita grubego, a także wiedzę i opinię na temat PBP. Z respondentami o negatywnym nastawieniu do programu przesiewowych badań przeprowadzono rozmowę uświadamiającą potrzebę wykonywania kolonoskopii. Zebrany materiał poddano analizie opisowej, parametry zostały



Rycina 2. Wiedza o Programie Badań Przesiewowych (PBP) w zależności od wykształcenia respondentów

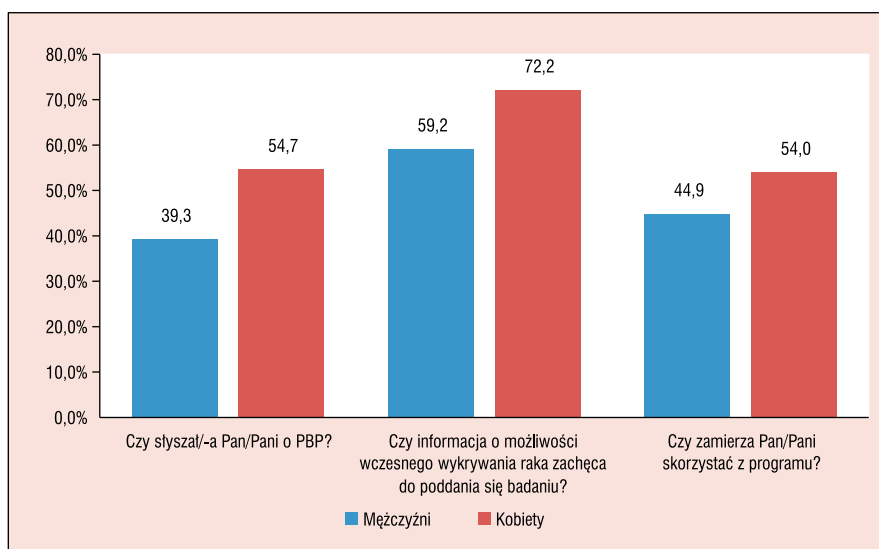


Rycina 3. Wiedza o Programie Badań Przesiewowych (PBP) w zależności od zamieszkiwania respondentów

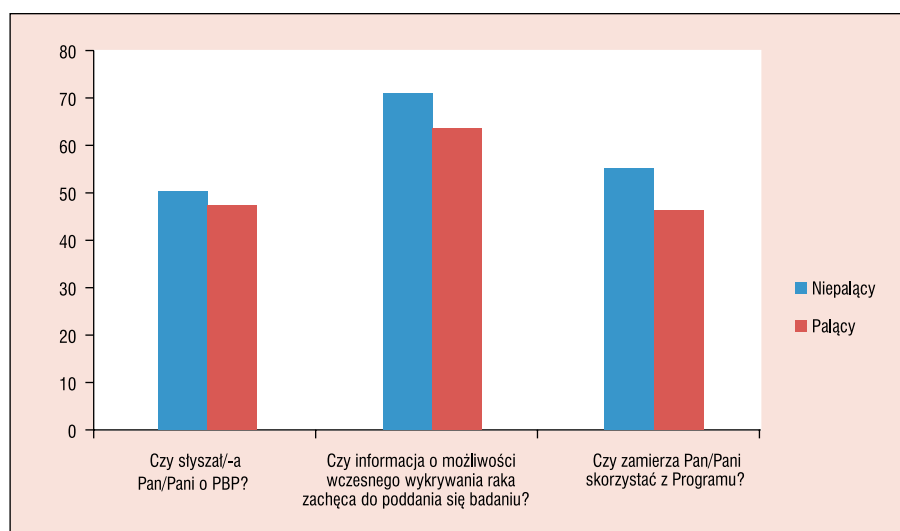
Wśród ankietowanych przeważały kobiety (61%). Grupa ta istotnie statystycznie posiadała większą wiedzę na temat PBP (54%) w porównaniu z mężczyznami (39%), a także częściej wyrażała chęć i zamiar wykonania badania endoskopowego dolnego odcinka przewodu pokarmowego (odpowiednio 72% i 54% dla kobiet i 59% i 45% dla mężczyzn).

Dokonując podziału badanej grupy ze względu na poziom wykształcenia (osoby z wykształceniem podstawowym, średnim, wyższym

oraz wyższym medycznym), najwyższy poziom wiedzy na temat PBP wykazywały osoby z wykształceniem wyższym (54%), natomiast najniższy — osoby z wykształceniem podstawowym (40%). Obserwuje się jednak odwrotną tendencję w przypadku ostatecznej deklaracji chęci zgłoszenia się na badanie, która wynosi odpowiednio 38% u osób z wykształceniem medycznym i aż 60% u osób z wykształceniem podstawowym. Dokonując nieco innego podziału — na osoby z wykształceniem wyższym i osoby bez wy-



Rycina 4. Wiedza o Programie Badań Przesiewowych (PBP) oraz zamiar skorzystania z badania w zależności płci respondentów



Rycina 5. Chęć zgłaszania do udziału w Programie Badań Przesiewowych (PBP) wśród palących i niepalących

kształcenia wyższego, zauważono istotne różnice dotyczące samej wiedzy o PBP (dla przedziału ufności 95%), nie stwierdzono jednak takich różnic dla samej chęci zgłoszenia się na badanie.

W badanej grupie 65 osób wskazywało na dodatni wywiad rodzinny w kierunku RJG. Niestety, tylko 37% z tej grupy wiedziało o istnieniu Programu Badań Przesiewowych. Informacja o możliwości wczesnego wykrywania raka za pomocą endoskopii dolnego odcinka przewodu pokarmowego przekonała do poddania się temu badaniu 68% osób, natomiast chęć zgłoszenia się na kolonoskopię w ramach programu wyraziło, po uświadamiającej rozmowie ze studentkami tylko 58% osób. Nie wykazano

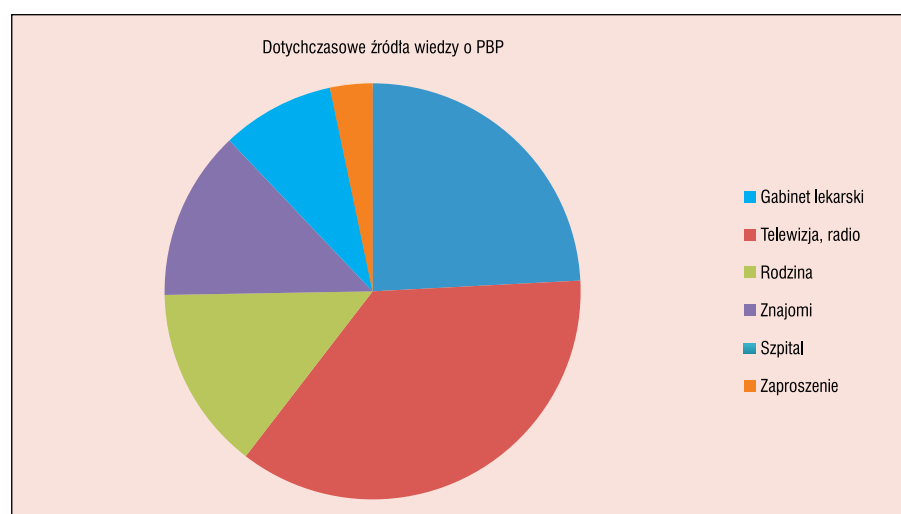
istotnych różnic dla chęci poddania się badaniu porównując z grupą osób z ujemnym wywiadem w kierunku raka jelita grubego.

Wykazano pewne różnice w podejściu do badań profilaktycznych, biorąc pod uwagę styl życia i prozdrowotne postawy pacjentów. Osoby niepalące istotnie częściej deklarowały chęć poddania się profilaktycznej kolonoskopii niż osoby palące papierosy (odpowiednio 55% i 46% przedstawicieli tych grup) (ryc. 5). Nie wykazano jednak takich zależności dla stosowanej przez pytanych diety czy wyliczonej dla nich wartości BMI (*body mass index*).

W badanej grupie istotnie większą wiedzą charakteryzowali się mieszkańcy miast

Tabela. 2. Czynniki zniechęcające do poddania się kolonoskopii w ramach Programu Badań Przesiewowych (PBP)

Co zniechęca do wykonania kolonoskopii w ramach PBP	n	%
Krępująca forma badania	106	21
Strach przed bólem	86	17
„Nie odczuwam dolegliwości, więc uważam badanie za niepotrzebne”	84	16
Brak możliwości skorzystania ze znieczulenia	75	15
Ograniczone możliwości czasowe	41	8
Strach przed wykryciem nowotworu	26	5
Lenistwo	23	5
Konieczność przyjęcia środka przeczyszczającego przed kolonoskopią	19	4



Rycina 6. Dotychczasowe źródła wiedzy na temat Programu Badań Przesiewowych (PBP) według ankietowanych

powyżej 450 tys. oraz tych zamieszkałych przez 100–450 tys. mieszkańców (odpowiednio 55% i 50%), najmniejszą — mieszkańcy miast poniżej 50 tys. mieszkańców (41%). Informacja na temat korzyści płynących z badań skriningowych najbardziej zachęciła mieszkańców miast powyżej 450 tys. mieszkańców (71%), natomiast największy zamiar zgłoszenia się na badanie wyrazili mieszkańcy miast 50–100 tys. mieszkańców oraz miast powyżej 450 tys. mieszkańców. Dokonując innego podziału, jedynie na miejscowości małe i duże, odpowiednio do 100 tys. i powyżej 100 tys. mieszkańców, zauważono istotne różnice jedynie dotyczące wiedzy o PBP. W małych miastach wynosiła 42%, w dużych — 53%.

Spośród ankietowanych, jedynie co dziesiąta osoba wcześniej, przed wypełnieniem powyższej ankiety zgłosiła się na badanie w ramach badań przesiewowych. Czynniki najczęściej wymieniane jako zniechęcające do poddania się kolonoskopii to: krępująca forma badania (21%), strach przed bólem (17%), brak

potrzeby badania ze względu na nieobecność objawów (16%), brak możliwości znieczulenia (15%) (tab. 2). Analizując podane wyniki, kwestia bólu staje się najważniejsza, bowiem po zsumowaniu odsetka osób obawiających się bólu podczas zabiegu oraz osób odmawiających badania ze względu na brak znieczulenia, wynik ten wynosi 32%.

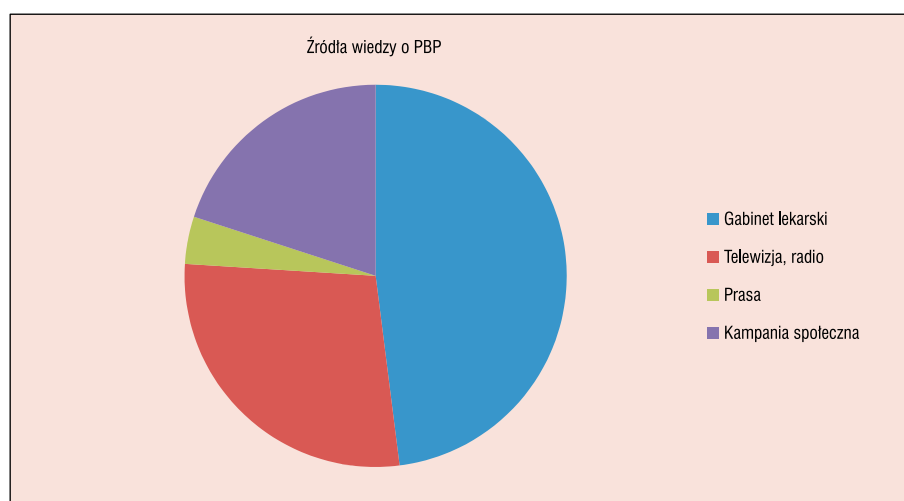
Uzyskane zostały informacje na temat źródła wiedzy o przesiewowej kolonoskopii. Najczęściej ankietowane osoby dowiadywały się o PBP z mediów (33%) oraz gabinetów lekarskich (22%) (ryc. 6). Osoby z wyższym wykształceniem miały istotnie większą wiedzę na temat PBP, a źródłem tej informacji istotnie w większej skali są zaufani ludzie (praca, dom, znajomi) oraz lekarze. Natomiast miejscem, w którym respondenci najchętniej otrzymywaliby informacje na temat badań skriningowych, jest gabinet lekarski. Odpowiedź tę podała prawie połowa ankietowanych (48%) (ryc. 7).

Po zakończeniu zbierania pytań do ankiet studentki opracowujące udzielone odpowiedzi

Tabela 3. Zmiana zamiaru wykonania kolonoskopii po rozmowie uświadamiającej konieczność jej wykonania

Większa WIEDZA na temat PBP	Większy ZAMIAR wykonania kolonoskopii w ramach PBP (po rozmowie uświadamiającej konieczność wykonania badania)
Kobiety	Kobiety
Niepalący	Niepalący
Osoby z wyższym wykształceniem	Osoby z wykształceniem podstawowym
Mieszkańcy dużych miast	Mieszkańcy małych miasteczek
Bez wywiadu rodzinnego RJG	Z dodatnim wywiadem rodzinnym RJG
BMI, stosowana dieta — bez znaczenia	BMI, stosowana dieta — bez znaczenia

PBP — Programu Badań Przesiewowych; RJG — rak jelita grubego; BMI — wskaźnik masy ciała



Rycina 7. Oczekiwane przez kandydatów do badań przesiewowych źródła wiedzy na temat Programu Badań Przesiewowych (PBP)

próbowały przeprowadzić rozmowę uświadamiającą konieczność wykonania kolonoskopii w ramach PBP. Uświadamiano respondentów o korzyściach dla chorego, wynikających z badania kolonoskopowego w przypadku rozpoznania nieprawidłowości w zakresie jelita grubego. Omawiano także metodę badania, możliwość uzyskania bezpłatnie środka przeczyszczającego jelito, podawano adresy pracowni endoskopowych wykonujących badania przesiewowe. Studentki w trakcie rozmów z odmawiającymi udziału w PBP podawały także dane liczbowe dotyczące zagrożenia RJG.

Po takiej rozmowie osoby niepalące, płci żeńskiej, z niższym wykształceniem, zamieszkujące małe miasta oraz z dodatkowymi wywiadami występowania raka w rodzinie chętniej wyrażały chęć przystąpienia do badań (tab. 3).

OMÓWIENIE

Program badań przesiewowych przynosi wymierne rezultaty, gdy dociera do jak najwyż-

szego odsetka docelowej populacji, natomiast zgłaszalność w Polsce jest niska i wynosi zaledwie 19%. Po analizie odpowiedzi ankietowanych można znaleźć wiele czynników zniechęcających do poddania się badaniu.

Osobom odpowiedzialnym za organizowanie badań przesiewowych winno zależeć na zapewnieniu jak najszerszego udziału zainteresowanych osób. Na podstawie naszych badań, jak i danych z piśmiennictwa wydaje się, że dużą rolę odgrywa odpowiednio prowadzona akcja informacyjna, realizowana w środkach masowego przekazu (31,9% — ankietowanych uznało tę drogę jako najistotniejszą), mająca za zadanie przekazanie potrzeby planowanych badań oraz zawierająca konkretne informacje o czasie i miejscu prowadzenia badań kontrolnych [9, 10]. Prawie połowa (47,5%) respondentów naszych ankiet uznała jednak jako najważniejsze źródło wiedzy o skriningowej kolonoskopii służącej wykrywaniu raka jelita grubego gabinety lekarzy rodzinnych. Informowania badanych o charakterze, sposobie

i korzyściach planowanych badań endoskopowych, a także zagrożeniach wynikających z opóźnionego wykrycia nowotworu może według ankietowanych najlepiej dokonać lekarz, który dobrze zna chorego i któremu pacjent najbardziej ufa.

W związku z tym nasuwa się wniosek o roli lekarza jako osoby najważniejszej, rozpoczynającej proces diagnostyczno-profilaktyczny w kierunku RJG. Powyższe dane mają swoje odzwierciedlenie w Strategii Zwalczenia Jelita Grubego wypracowanej przez Polskie Towarzystwo Onkologiczne, w którym zaleca się zwrócenie szczególnej uwagi na rolę gabinetów lekarskich jako często pierwszy kontakt pacjenta z ochroną zdrowia w życiu oraz angażowanie wszelkich kanałów informacyjnych, jakie daje współczesny rozwój technologii [11]. Osoby przekonane co do słuszności wykonania kolonoskopii, z odpowiednim poziomem wiedzy medycznej są w stanie łatwiej zaakceptować niedogodności związane z endoskopią. W grupie uczestników badań z dużą wiedzą na temat RJG odsetek wczesnych rozpoznanych powyższego schorzenia jest znacznie wyższy niż wśród uczestników badań bez wiedzy na temat tego schorzenia [12]. Ważnym argumentem przekonującym pacjenta do udziału w badaniu jest jego uświadomienie, że istnieje możliwość wyleczenia potencjalnej choroby w sposób mniej inwazyjny, gdy rozpoznanie zostanie postawione na początku choroby. Przekazywana ankietowanym przez grupę studentek informacja, że wykrycie RJG w jego wczesnym stadium daje duże szanse na wyleczenie, zachęcała do wzięcia udziału w PBP tylko część pytanych. Zmianę zamiaru przystąpienia do badania po uświadamiającej rozmowie o korzyściach wynikających z udziału w PBP zgłaszały częściej kobiety, mieszkańcy małych miejscowości, z niskim wykształceniem, osoby z dodatnim wywiadem rodzinnym, niepalący tytoniu. Jest to ważna informacja płynąca z przeprowadzonego przez nas badania, szczególnie biorąc pod uwagę dane dotyczące wykrywania RJG w Polsce.

Rak jelita grubego jest drugim u mężczyzn i trzecim u kobiet pod względem umieralności nowotworem złośliwym w Polsce. Te niekorzystne statystyki wynikać mogą z faktu, że 70% przypadków raka jelita grubego wykrywanych jest już w stadium zaawansowanym, a tylko około 30% na wczesnych etapach. Ponadto, liczba zachorowań ma tendencję wzrostową u obu płci. Od 1980 roku

nastąpił prawie czterokrotny wzrost liczby zachorowań u mężczyzn i około trzykrotny u kobiet [12]. Wczesne wykrycie nowotworu daje również wymierne korzyści ekonomiczne. Według analiz przeprowadzonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, nowotwory jelita grubego są obecnie jednym z najbardziej kosztochłonnych (po raku sutka i płuc) rozpoznanych onkologicznych dla publicznego systemu ochrony zdrowia [13]. Mimo że kolonoskopia w ramach programu PBP oraz przygotowanie do badania są bezpłatne częstość zgłaszalności jest nadal niska, a brak uczestnictwa oznacza niestety brak korzyści z powyższych działań [14]. Mieszkańcy małych miejscowości nisko oceniają dostęp do wiedzy na temat badań skriningowych jelita grubego oraz brak zachęty do wykonywania tych badań przez lekarzy rodzinnych [15]. Część koncepcji polityki zdrowotnej winno obejmować — w gabinetach lekarzy rodzinnych — prowadzenie stałego nadzoru skali występowania czynników ryzyka w poszczególnych subpopulacjach.

Piśmiennictwo

1. Banaszkiwicz Z, Bujalski D, Jawień A. Badania przesiewowe w raku jelita grubego. *Przew Lek.* 2004; 11/12: 71–76.
2. Obecny stan zwalczania nowotworów w Polsce. Polskie Towarzystwo Onkologiczne. 16.05.2014.
3. De Angelis R, Sant M, Coleman MP. Cancer survival in Europe 1999–2007 by country and age (EUROCORE-5): a population study. *Lancet Oncol.* 2014; 15(1): 23–34.
4. Regula J. Kolonoskopia — jej jakość oraz rola w badaniach przesiewowych. *Onkologia w Praktyce Klinicznej.* 2014; 10(4): 31–34.
5. Regula J, Rupinski M, Kraszewska E, et al. Colonoscopy in colorectal-cancer screening for detection of advanced neoplasia. *N Engl J Med.* 2006; 355(18): 1863–1872.
6. Rembacken BJ, Fujii T, Cairns A, et al. Flat and depressed colonic neoplasms: a prospective study of 1000 colonoscopies in the UK. *Lancet.* 2000; 355(9211): 1211–1214.
7. Bretthauer M, Kalager M. Colonoscopy as a triage screening test. *N Engl J Med.* 2012; 366(8): 759–760.
8. Hassan C, Quintero E, Dumonceau JM, et al. European Society of Gastrointestinal Endoscopy. Post-polypectomy colonoscopy surveillance: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy.* 2013; 45(10): 842–851.
9. Peterson NB, Dwyer KA, Mulvaney SA, et al. The influence of health literacy on colorectal cancer screening knowledge, beliefs and behavior. *J Natl Med Assoc.* 2007; 99(10): 1105–1112.
10. Schroy PC, Glick JT, Robinson PA, et al. Has the surge in media attention increased public awareness about colorectal cancer and screening? *J Community Health.* 2008; 33(1): 1–9.
11. Zwalczenie raka piersi i raka jelita grubego w Polsce. Strategie działań dla poprawy skuteczności zwalczania obu nowotworów w rekomendacji PTO. Ośrodek Analiz Uniwersyteckich Sp. z o.o., Warszawa–Kraków 2011: 45–55.

12. Nowacki MP, Nowakowska D, Rutkowski A. Rak jelita grubego. In: Krzakowski M. ed. Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych u dorosłych. Via Medica, Gdańsk 2009.
13. Śliwczyński A, Rzeźnicki A, Czeleko T, et al. Chorobowość oraz finansowanie terapii nowotworów w Polsce w latach 2002–2011 według danych Narodowego Funduszu Zdrowia. Nowotwory. Journal of Oncology. 2014; 64(2): 109–118.
14. Lieberman D. Colorectal Cancer Screening With Colonoscopy. JAMA Intern Med. 2016; 176(7): 903–904.
15. Dmowska-Pycka A, Adamiak K. Wiedza mieszkańców wsi na temat raka jelita grubego. 2014.