

Wiedza pacjentów oddziału endoskopii na temat profilaktyki i leczenia nowotworu jelita grubego

Knowledge of patients of Endoscopy Department on prophylaxis and treatment of large intestine neoplasm

Beata Sapietkin¹, Joanna Gotlib²

¹ studentka kierunku Pielęgniarstwo, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

² Zakład Dydaktyki i Efektów Kształcenia, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

AUTOR DO KORESPONDENCJI:

Joanna Gotlib

Zakład Dydaktyki i Efektów Kształcenia

Wydział Nauki o Zdrowiu

Warszawski Uniwersytet Medyczny

ul. Żwirki i Wigury 61, 02-091 Warszawa

tel. (22) 57 20 490, fax: (22) 57 20 491

e-mail: joanna.gotlib@wum.edu.pl

STRESZCZENIE

Wiedza pacjentów oddziału endoskopii na temat profilaktyki i leczenia nowotworu jelita grubego

Wprowadzenie. Według Światowej Organizacji Zdrowia 7,5 miliona ludzi umiera rocznie z powodu nowotworu, co stanowi 12,5% całej populacji. Najczęściej występującym nowotworem złośliwym jest rak jelita grubego.

Cel pracy. Analiza poziomu wiedzy pacjentów na temat profilaktyki i leczenia chorób nowotworowych jelita grubego.

Materiał metody. 114 pacjentów objętych programem badań przesiewowych w zakresie chorób nowotworowych jelita grubego kolejno zgłaszających się ze wskazań lekarskich na kolonoskopię do oddziału endoskopii Szpitala Chirurgii Jednego Dnia. Dobrowolne i anonimowe badania ankietowe, 35 pytań, analiza statystyczna: StatSoft STATISTICA 10.0., test U Manna-Whitneya, $p < 0,05$.

Wyniki. Większość badanych wiedziała, jakie jest podstawowe badanie przesiewowe w kierunku chorób nowotworowych jelita grubego i potrafiła wyjaśnić pojęcie per rectum. Większość badanych wskazała na słaby poziom swojej wiedzy na temat profilaktyki i leczenia chorób nowotworowych jelita grubego. W ocenie badanej grupy poziom profilaktyki chorób nowotworowych jelita grubego w Polsce jest zbyt niski.

Wnioski. Badana grupa pacjentów posiadała podstawową wiedzę na temat profilaktyki i leczenia chorób nowotworowych jelita grubego. W badanej grupie pacjentów, płeć nie miała wpływu na poziom wiedzy pacjentów na temat profilaktyki i leczenia chorób nowotworowych jelita grubego. Ze względu na fakt, że zdecydowana większość badanych deklarowała, że wiedzę na temat prawidłowego przygotowania się do kolonoskopii czerpała z nieprofesjonalnych źródeł, np. z Internetu, lekarze i pielęgniarki powinni częściej udzielać swoim pacjentom szczegółowych informacji na temat procesu przygotowawczego do badań profilaktycznych i procesu leczenia. Istnieje duże zapotrzebowanie pacjentów na edukację zdrowotną prowadzoną przez profesjonalistów ochrony zdrowia w kierunku chorób nowotworowych jelita grubego.

Słowa kluczowe: wiedza, pacjenci, nowotwór jelita grubego, kolonoskopia, profilaktyka

ABSTRACT

Knowledge of patients of Endoscopy Department on prophylaxis and treatment of large intestine neoplasm

Introduction. According to the WHO, 7.5 million people (12.5% of the world population) die from a tumour every year. Large intestine carcinoma is the most frequent malignant neoplasm.

Aim. The study aimed to analyse the level of knowledge of patients on the prophylaxis and treatment of neoplastic diseases of the large intestine.

Materials and Methods. The study involved 114 patients participating in screening for large intestine neoplasm who were presenting themselves for colonoscopy to Endoscopy Department at One-Day Surgery Hospital due to medical indications. Voluntary and anonymous questionnaire studies, 35 questions, statistical analysis: Statsoft STATISTICA 10.0, Mann-Whitney U test, $p < 0.05$.

Results. A majority of the study participants know what the basic screening test for large intestine neoplasm is and could explain what the expression *per rectum* means. The majority of the study participants admitted that the level of their knowledge on prophylaxis and treatment of neoplastic diseases was insufficient. The study group indicated that the level of prophylaxis of neoplastic diseases of the large intestine in Poland is too low.

Conclusions: The study participants had basic knowledge on the prophylaxis and treatment of neoplastic diseases of the large intestine. The level of knowledge on the prophylaxis and treatment of neoplastic diseases of the large intestine was not gender-related among the study group. The vast majority of the study participants declared that they gained information on preparation for colonoscopy from non-professional sources (e.g. Internet); therefore physicians and nurses should more often instruct their patients in detail on the preparation process for prophylactic examinations and treatment course. There is absolute requirement of patients for health education on neoplastic diseases of the large intestine conducted by specialists in health protection.

Key words: knowledge, patients, large intestine neoplasm, colonoscopy, prophylaxis

WPROWADZENIE

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) 7,5 mln ludzi umiera rocznie z powodu raka, co stanowi 12,5% całej populacji na świecie. Najczęściej występującym nowotworem złośliwym jest rak jelita grubego. Okres rozwoju nowotworu trwa ok. 10-20 lat i początkowo nie daje żadnych objawów [1-4]. Według ekspertów WHO większość populacji chorej na nowotwór jelita grubego jest wynikiem złego stylu życia i działania czynników środowiskowych. Na rozwój raka wpływają również takie elementy, jak: hormonalna terapia zastępcza u kobiet, występowanie gruczolakowych polipów w okrężnicy u krewnych pierwszego stopnia oraz polipów jelita grubego [3-7]. Dobrze zebrany wywiad, badanie palpacyjne oraz badanie *per rectum* czy ginekologiczne mogą być podstawą do ustalenia wstępnego podejrzenia raka nawet w przypadku 70% pacjentów badanych ambulatoryjnie [5-8].

CEL PRACY

Głównym celem pracy była analiza poziomu wiedzy pacjentów na temat profilaktyki oraz leczenia chorób nowotworowych jelita grubego. Szczegółowym celem pracy było porównanie poziomu wiedzy na temat profilaktyki, diagnostyki oraz leczenia ww. chorób w grupie kobiet i mężczyzn.

MATERIAŁ I METODY

W badaniach udział wzięło łącznie 127 kolejno zgłaszających się pacjentów objętych programem badań przesiewowych w zakresie chorób jelita grubego oraz pacjentów zgłaszających się na kolonoskopię ze wskazań lekarskich do oddziału endoskopii Szpitala Chirurgii Jednego Dnia. Z badań ankietowych wykluczono 13 osób, które posiadały wykształcenie medyczne i mogły posiadać szerszy zakres wiedzy na temat profilaktyki, diagnostyki oraz leczenia chorób jelita grubego.

Po zastosowaniu kryterium wyłączenia z badań, do analizy statystycznej uzyskanych wyników zakwalifikowano łącznie 114 pacjentów. Szczegółową charakterystykę badanej grupy przedstawiono w tab. 1.

Tab. 1. Szczegółowa charakterystyka badanej grupy pacjentów

	Cecha	Odsetek (%)
Płeć	kobieta	49
	mężczyzna	51
Wiek	60 lat i więcej	33
	50-59 lat	25
	40-49 lat	24
	30-39 lat	13
	poniżej 29 roku życia	5
Wykształcenie	wykształcenie wyższe	63
	wykształcenie średnie	27
	wykształcenie zawodowe	8
Zatrudnienie	w sektorze prywatnym	34
	w sektorze publicznym	31
	emeryci/renciści	30
Miejsce zamieszkania	miasto powyżej 500 tys.	58
	miasto od 100-500 tys. mieszkańców	10
	miasto od 10-100 tys. mieszkańców	16
	miasto do 10 tys.	7
	wieś	9

Dobrowolne i anonimowe badania ankietowe przeprowadzono w okresie od grudnia 2011 do lutego 2012 roku. W badaniach użyto autorskiego kwestionariusza ankiety, które zawierały 35 pytań zamkniętych jednokrotnego lub wielokrotnego wyboru oraz jednego pytania otwartego (wiek). Pytania zawarte w kwestionariuszu dotyczyły wiedzy pacjentów na temat profilaktyki i leczenia chorób nowotworowych jelita grubego.

Analiza statystyczna uzyskanych wyników

Do analizy statystycznej wykorzystano program firmy StatSoft STATISTICA 10.0 (licencja Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego). W związku z tym, że porównywano dwie niezależne grupy: grupę kobiet (Grupa 1) i grupę mężczyzn (Grupa 2), oraz ze względu na charakter analizowanych danych (dane jakościowe, nieparametryczne), a dane te nie miały rozkładu normalnego – $p > 0,05$ analizowanego testem Shapiro-Wilka, do analizy statystycznej uzyskanych wyników wykorzystano nieparametryczny test statystyczny U Manna-Whitneya. Za istotny statystycznie przyjęto poziom istotności statystycznej $p < 0,05$.

WYNIKI BADAŃ

Większość badanych pacjentów wiedziała, jakie jest podstawowe badanie przesiewowe w kierunku chorób nowotworowych jelita grubego. W grupie ankietowanych, większość potrafiła prawidłowo wyjaśnić pojęcie *per rectum*, ale tylko połowa pacjentów miało wykonane to badanie.

Większość badanych kobiet i mężczyzn wskazało na słaby poziom swojej wiedzy na temat profilaktyki i leczenia chorób nowotworowych jelita grubego. W ocenie badanej grupy poziom profilaktyki chorób nowotworowych jelita grubego w Polsce jest zbyt niski. Szczegółowe wyniki przedstawiono w tab. 2, 3 i 4.

■ Tab. 2. Udział badanej grupy pacjentów w badaniach profilaktycznych w kierunku choroby nowotworowej jelita grubego

Pytanie		Cała grupa (%)	Kobiety (%)	Mężczyźni (%)	p
Jaka była przyczyna zgłoszenia się Pana/i do lekarza pierwszego kontaktu?	obecność krwi w stolcu	49	50	45	0,888
	nagle chudnięcie, anemia	16	14	17	
	męczące biegunki	20	23	19	
	zaparcia	21	24	19	
	brak łaknienia	5	6	4	
	nudności, wymioty	9	12	5	
	złe samopoczucie, ogólne osłabienie organizmu	33	35	31	
	wzdęcia i bóle brzucha	55	59	50	
	bez przyczyny	5	7	4	
profilaktyczna	29	34	28		
Do badań przesiewowych został/a Pan/i:	zaproszony/a listownie	10	8	12	0,342
	zgłosił/a się sam/a	33	35	31	
	skierowanie od lekarza rodzinnego	50	55	48	
W rodzinie występowały zachorowania na nowotwór jelita grubego:	nie	44	42	46	0,112
	nie wiem	18	16	12	
	tak	33	29	35	
Jak oceniłby Pan/i poziom swojej wiedzy na temat leczenia nowotworu jelita grubego?	zadowolający	12	9	15	0,122
	niepełny	26	22	28	
	słaby	50	54	43	
	nie posiadam wiedzy na ten temat	12	10	14	
Jak ocenia Pan/i poziom profilaktyki w Polsce w kierunku nowotworu jelita grubego?	bardzo dobrze	1	1	1	0,459
	dobrze	22	21	18	
	źle	45	40	39	
	bardzo źle	5	3	2	
	nie mam zdania	27	22	31	

p – poziom istotności statystycznej różnic pomiędzy grupą kobiet i mężczyzn

■ Tab. 3. Wiedza badanej grupy pacjentów na temat diagnostyki i leczenia choroby nowotworowej jelita grubego

Pytanie		Cała grupa (%)	Kobiety (%)	Mężczyźni (%)	p
W profilaktyce choroby nowotworowej jelita grubego istotną rolę odgrywają badania:	jednorazowe badanie kału na krew utajoną	42	40	44	0,567
	ogólne badanie moczu	8	6	12	
	badanie palcem przez odbyt	37	30	39	
	rentgen klatki piersiowej	4	1	5	
	nie wiem	5	3	7	

Metodą leczenia raka jelita grubego może być:	zabieg chirurgiczny	39	43	36	0,932
	chemioterapia	27	30	24	
	radioterapia	8	6	12	
	techniki laparoskopowe	2	1	3	
Chemioterapia to:	podawanie drogą dożylną odpowiednich leków	83	89	81	0,765
	napromienianie chorej okolicy wiązką promieniowania jonizującego	2	4	1	
	nie wiem	14	18	12	
Badanie per rectum to:	badanie odbytu palcem przez lekarza	88	91	86	0,112
	inne	11	9	13	
Badanie kału na krew utajoną to:	badanie polegające na wykryciu niewidocznej drobiny krwi w stolcu	82	87	80	0,301
	badanie ogólne krwi	2	6	1	
	nie wiem	15	19	12	
Stomia to:	sztuczny odbyt	54	61	51	0,123
	zabieg chirurgiczny	4	8	2	
	nie wiem	40	45	37	

p – poziom istotności statystycznej różnic pomiędzy grupą kobiet i mężczyzn

■ Tab. 4. Wiedza badanej grupy pacjentów na temat kolonoskopii

Pytanie		Cała grupa (%)	Kobiety (%)	Mężczyźni (%)	p
Podstawowym badaniem przesiewowym w kierunku chorób jelita grubego jest:	Ultrasonografia	2	2	0	0,566
	Kolonoskopia	91	92	94	
	Gastroskopia	2	1	3	
Wybór ośrodków wykonujących badanie kolonoskopowe uzyskał/a Pan/i :	z Internetu	23	21	27	0,211
	z radia/telewizji	5	3	2	
	od lekarza kierującego na badanie	55	58	53	
Czym się jeszcze charakteryzuje według Pana/i wiedzy kolonoskopia?	z polecenia koleżanki/kolegów/sąsiadów	12	10	8	0,602
	wymaga specjalistycznego przygotowania	30	21	37	
	można pobrać próbki lub usunąć polipy	22	21	18	
Skąd pozyskiwał/a Pan/i informacje na temat prawidłowego przygotowania się do kolonoskopii?	polega na wprowadzeniu przez odbyt cienkiej rurki z kamerą	33	29	35	0,703
	jakość badania zależy od dokładności i umiejętności lekarza	13	14	9	
	z Internetu	26	22	28	
W przypadku prawidłowego wyniku badania kolonoskopii wystarczy powtórzyć:	od lekarza pierwszego kontaktu	15	13	17	0,901
	od lekarza wykonującego badanie	12	10	15	
	od pielęgniarki	21	19	24	
Z której techniki znieczulenia podczas kolonoskopii zamierza Pan/i skorzystać:	od rejestratorki w ośrodku, w którym przeprowadzono badanie	22	19	25	0,111
	raz na pół roku	2	1	3	
	raz na rok	16	14	18	
Z której techniki znieczulenia podczas kolonoskopii zamierza Pan/i skorzystać:	raz na 10 lat	33	29	36	0,901
	nie ma potrzeby powtórzenia badania	6	4	8	
	znieczulenie miejscowe	18	21	16	
Z której techniki znieczulenia podczas kolonoskopii zamierza Pan/i skorzystać:	znieczulenie ogólne, z utratą świadomości (narkoza)	71	78	68	0,111
	bez znieczulenia	10	8	12	

p – poziom istotności statystycznej różnic pomiędzy grupą kobiet i mężczyzn

DYSKUSJA

W piśmiennictwie polskim i światowym (Polska Bibliografia Lekarska, PubMed, SCOPUS, EMBASE) przeważają publikacje odnoszące się do skuteczności przesiewowych kolonoskopii [9-15] oraz czynników ryzyka wystąpienia zaawansowanej neoplazji u osób zgłaszających się na badania przesiewowe [16-24]. W dostępnym piśmiennictwie nie odnaleziono publikacji dotyczących wiedzy pacjentów na temat chorób nowotworowych jelita grubego.

W Programie Badań Przesiewowych prowadzonych w latach 2000-2004 w Klinice Gastroenterologii Centrum Onkologii w Warszawie wykazano, że czynnikami związanymi z ryzykiem wystąpienia zaawansowanej neoplazji są: wiek, płeć i wywiad rodzinny w kierunku nowotworu jelita grubego. W badaniu wzięło udział 50 148 osób bez objawów ze strony jelita grubego, w tym 43 042 osoby w wieku między 50 a 66 rokiem życia oraz 7106 osób w wieku między 40 a 49 rokiem życia z dodatnim wywiadem rodzinnym w kierunku raka jelita grubego. W całej grupie badanych aż 64% stanowiły kobiety. Wykazano, że ryzyko wystąpienia zaawansowanej neoplazji jest dwukrotnie wyższe u mężczyzn niż u kobiet i wzrasta o około 60% wraz z każdymi kolejnymi 5 latami życia oraz, że jest w przybliżeniu 2-krotnie wyższe u osób, u których rozpoznano raka jelita grubego u 2 krewnych 1. stopnia lub u jednego krewnego 1. stopnia przed 60 rokiem życia niż u osób bez wywiadu rodzinnego w kierunku raka [25]. Natomiast Kamiński i wsp. zbadali parametry jakości badania przesiewowego mające związek z wystąpieniem raka interwałowego zdefiniowanego jako gruczolakoraka jelita grubego. W Programie Badań Przesiewowych w latach 2000-2004 przeanalizowano dane osób, u których usunięto wszystkie znalezione polipy i w wyniku tych badań nie zdiagnozowano nowotworu. W badaniu wzięło udział 45026 osób w wieku średnio 55,1 lat; z których 35,7% stanowili mężczyźni. Pełne badanie z dotarciem do kątnicy wykonano u 41552 (92,3%) osób. W wyniku tego badania wykazano, że czynnikami mającymi związek z pojawieniem się raka interwałowego są wiek osoby badanej (ryzyko większe u osób w wieku 60-66 lat niż 40-49 lat) i częstość wykrywania gruczolaków przez doświadczonego lekarza endoskopistę (przeszło 10-krotnie większe u osób badanych przez endoskopistów, których częstość wykrywania gruczolaków nie przekracza 20%). Wyniki uzyskane w badaniu potwierdzają znaczenie parametru jakim jest częstość wykrywania gruczolaków przez lekarza wykonującego badanie [9]. Z badań własnych wynika, że przeważająca większość badanych (55%) zasięgała opinii o wyspecjalizowanych ośrodkach wykonujących kolonoskopię od lekarzy, ale liczna grupa (23%) kierowała się wiedzą zarówno o lekarzu, jak i ośrodku zdobytą z Internetu. Świątkowski i wsp. przeprowadzili program badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego, który wykonali w Klinice Gastroenterologii UMK w Toruniu w latach 2000-2009 [18]. Badaniem objęto 1 442 osoby w wieku 40-65 lat. Wśród badanych przeważały kobiety zamieszkałe w dużych miastach. Na przesiewową kolonoskopię kierowali głównie lekarze oraz pacjenci sami spontanicznie zgłaszali się dowiadując się o tym badaniu z mediów lub od znajomych. Badanie wykonano u 1192

(82,7%) osób w znieczuleniu miejscowym po podanym doustnie leku sedatywnym. W wyniku tych badań stwierdzono, iż kolonoskopia przesiewowa dla wczesnego wykrywania nowotworów jelita grubego jest bezpiecznym i dobrze tolerowanym badaniem. Wykrywalność raków, polipów złośliwych oraz gruczolaków była zbliżona do wyników uśrednionych ze wszystkich ośrodków, które objęte były programem badań przesiewowych w Polsce. Wysznięto również wnioski, iż dbanie o jakość badania, wzrost umiejętności endoskopistów oraz doskonalsza aparatura w znacznej mierze przyczyniają się do uzyskiwania coraz lepszych wyników badań przesiewowych [18]. Z badań własnych również wynika, że na przesiewową kolonoskopię najczęściej kieruje lekarz 57 osób tak deklarowało (50%). Duża grupa pacjentów zgłasza się również sama (33%). Ponadto z badań własnych wynika, iż zdecydowanie większa liczba pacjentów poddała się badaniu kolonoskopii w znieczuleniu ogólnym – 81 osób (71%) z przewagą kobiet – 47 osób, niż jak to było w badaniach Świątkowskiego. Klimczak i wsp. przeanalizowali dane statystyczne z Narodowego Rejestru Nowotworów dotyczące występowania raka jelita grubego w Polsce w latach 1999-2008, w tym województw, które zgrupowane są we Wschodniej, Zachodniej i Środkowej Polsce [5]. Autorzy przeanalizowali dane obu płci z podziałem na raka okrężnicy i odbytnicy jelita grubego. W analizie wzięto pod uwagę częstość występowania rozpoznanego nowotworu oraz wiek zachorowalności. Okazało się, że w Polsce istnieją różnice terytorialne w częstości występowania raka jelita grubego wskazujące na wyższą zachorowalność w zachodniej i środkowej Polsce niż we wschodniej Polsce. Wyjaśnienia obserwowanych różnic wymagały dalszych badań obszarów epidemiologicznych. Mogły one zależeć od czynników mających wpływ na częstotliwość zachorowań. Zwrócono szczególną uwagę na dietę, status ekonomiczny, czynniki genetyczne, jak również czynniki mające wpływ na wykrywalność np. uczestnictwo w badaniach, świadomość pacjenta i doświadczenie lekarzy [5].

W badaniach własnych nie pytano o terytorium wojewódzkie zamieszkania w Polsce lecz o miejsce zamieszkania w podziale na liczbę mieszkańców. Przeważały osoby zamieszkujące miasta powyżej 500 tys. mieszkańców (58%). Świadczyć to może o lepszej dostępności do badań oraz większej świadomości pacjentów zamieszkających w dużym mieście. Z powyższych badań wynika również, iż dbanie o jakość badania przesiewowego, wzrost umiejętności endoskopisty oraz świadomość pacjentów odgrywa kluczowe znaczenie w wykrywalności raka jelita grubego i jest przedmiotem zainteresowań specjalistów. Doświadczenie endoskopisty powtarza się w wielu badaniach: u Świątkowskiego i wsp., Kamińskiego i wsp. oraz Klimczak i wsp [5,9,18].

Nowicki i wsp. przeanalizowali wyniki badań kolonoskopowych pacjentów objętych programem badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego, prowadzonego w latach 2001-2004 w Centrum Onkologii w Bydgoszczy [17]. Badaniami objęto grupę osób bez objawów choroby w wieku 50-65 lat oraz osób w wieku 40-65 lat, u których występowały zachorowania na raka jelita grubego u krewnego pierwszego stopnia, a także pacjentów w wieku 25 lat, u których wykryto rodzinne raka je-

lita grubego niezwiązanego z polipowością. Kolonoskopię u wszystkich pacjentów wykonano bez znieczulenia ogólnego. W naborze chorych czynny udział brali lekarze pierwszego kontaktu, którzy kierowali wybranych pacjentów bez charakterystycznych objawów. Otrzymane wyniki badań wskazały większy udział kobiet. Natomiast najliczniejszą grupą były osoby w wieku 51-60 lat pochodzące z miast powyżej 100 tysięcy mieszkańców. Najmniej było osób ze wsi [17]. Z badań własnych można wyciągnąć podobny wniosek. Na badanie przesiewowe kierowali w większości lekarze pierwszego kontaktu (50%), najliczniejszą grupą byli jednak pacjenci mający powyżej 60 lat (33%), a drugą z kolei grupą były osoby między 50 a 59 rokiem życia (25%). Podobnie, najmniej było osób ze wsi (9%). Wyraźna różnica dotyczy także techniki znieczulenia. W badaniach Nowickiego i wsp. kolonoskopię wykonywano bez znieczulenia, natomiast w badaniach własnych aż 71% poddało się badaniu w znieczuleniu ogólnym [17].

W sprawozdaniu naukowym Langenbach i wsp. opisano czynniki opóźniające leczenie pacjentów z rakiem jelita grubego [24]. Analizowano kwestionariusze 40 pacjentów z rakiem okrężnicy i 30 z rakiem odbytnicy. Opóźnione leczenie średnio o 224 dni zaobserwowano u chorych na raka odbytnicy, natomiast u pacjentów z rakiem okrężnicy o 149 dni. W wyniku tych badań znaczącą rolę odegrały wpływy społeczne, takie jak zawód, rodzaj wykształcenia, stan cywilny, jakość ubezpieczenia zdrowotnego oraz doświadczenia klinicznego lekarza pierwszego kontaktu. Jako pierwszy znaczący objaw pacjenci wskazywali krew w stolcu oraz ból brzucha [24].

W badaniach własnych, wśród badanych przeważały osoby w wykształceniu wyższym (56%), które można tłumaczyć posiadaniem większej świadomości z grożącego niebezpieczeństwa spowodowanego zaniedbaniem objawów. Ponadto w grupie badanych większość osób zatrudniona była w sektorze prywatnym (34%) posiadających podstawowe ubezpieczenie zdrowotne oraz dodatkowy pakiet na leczenie. Świadczyć to może o lepszej i szybszej dostępności do badań i skróceniu czasu oczekiwania na badanie. Wśród objawów zarówno w badaniach własnych, jak i w sprawozdaniu Langenbach i wsp. [24] pacjenci jako najczęstsze wskazywali: ból brzucha (55%) i krew w stolcu (49%).

WNIOSKI

1. Badana grupa pacjentów posiadała podstawową wiedzę na temat profilaktyki i leczenia chorób nowotworowych jelita grubego.
2. W badanej grupie pacjentów, płeć nie miała wpływu na poziom wiedzy pacjentów na temat profilaktyki i leczenia chorób nowotworowych jelita grubego.
3. Ze względu na fakt, że zdecydowana większość badanych deklarowała, że wiedzę na temat prawidłowego przygotowania się do kolonoskopii czerpała z nieprofesjonalnych źródeł, np. z Internetu, lekarze i pielęgniarki powinni częściej udzielać swoim pacjentom szcze-

gółowych informacji na temat procesu przygotowania do badań profilaktycznych i procesu leczenia.

4. Istnieje duże zapotrzebowanie pacjentów na edukację zdrowotną prowadzoną przez profesjonalistów ochrony zdrowia w kierunku chorób nowotworowych jelita grubego.

PIŚMIENNICTWO

1. Karachadzis K, Paradowski L. Aktualna sytuacja epidemiologiczna nowotworów jelita grubego w Polsce. *Gastroenterologia Polska*. 2012; 19 (2): 64-69.
2. Pawlicki M, Kratochwil M. Rak okrężnicy: diagnostyka, leczenie, kontrowersje. Wyd. Alfa-Medica Press, 2006.
3. Klimczak A. Incidence of colorectal cancer in Poland in 1999-2008. *Arch Med Sci* 2011; 7(4): 673-678.
4. Bielecki D. Epidemiologia i prewencja raka jelita grubego. *Gastrol w Codzien Prak Lek*. 2003; 5: 85-89.
5. Klimczak A. Choroby nowotworowe a żywienie. *Polski Merkuriusz Lekarski*. Tom XXVII. 2009; 12 (162).
6. Krajowy Rejestr Nowotworów 2009. Raport na podstawie danych Centrum Onkologii: Liczba zachorowań w podziale na kody rozpoznania oraz grupy wiekowe. Dostępny pod adresem: http://85.128.14.124/krm/liczba_zach_rozp/default.asp [7.12.2012 r.]
7. Krajowy Rejestr Nowotworów 2009. Raport na podstawie danych Centrum Onkologii: Liczba zgonów w podziale na kody rozpoznania oraz grupy wiekowe. Dostępny pod adresem: http://85.128.14.124/krm/liczba_zg_rozp/default.asp [7.12.2012 r.]
8. Lewandowska A, Poniewierka E. Kolonoskopia - czy istnieje optymalny sposób przygotowania do badania? *Gastroenterologia Polska*. 2009; 16 (1): 63-67.
9. Kamiński MF, Reguła J. Znaczenie jakości kolonoskopii przesiewowej. *Przegląd Gastroenterologiczny*. 2007; 2 (6): 311-314.
10. Tarnowski W, Grous A. Laparoscopia w wybranych chorobach przewodu pokarmowego. *Gastroenterologia Polska*. 2009; 16 (2): 177-181.
11. Szewczyk MT, Cierznikowska K, Cwajda J. Opieka nad chorym z raną wokół stomii. *Przew Lek*. 2005; 4: 92-96.
12. Glińska J, Hebda A, Dziłki A. Wpływ opieki pielęgniarskiej na jakość życia pacjentów ze stomią jelitową. *Proktologia*. 2005; 6 (3): 232-242.
13. Szczepkowski M. Wczesne powikłania miejscowe stomii jelitowych. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*. 2002; 4: 34-35.
14. Banaszkiewicz Z, Jarmocik P, Cierznikowska K. i wsp. Osoba ze stomią XXI wieku. *Ann Acad Med Bydgosciensis*. 2004; 18 (3): 13-6.
15. Bielecki D. Postępy chemioterapii raka jelita grubego. *Gastroenterologia Polska*. 2003; 10 (3): 251-254.
16. Bielecki D. Nadzór nad chorymi po operacji z powodu raka jelita grubego. *Gastroenterologia Polska*. 2006; 13(1): 59-61.
17. Nowicki A, Duda M, Kula Z. Preliminary results of a screening programme for early detection of colorectal cancer conducted at the centre of oncology in Bydgoszcz, Poland, since 2001-2004. *Proktologia*. 2006; 7 (2): 104-117.
18. Świątkowski M. The screening program for the early colorectal cancer detection performed at the Gastroenterology Department of Nicolaus Copernicus University in Toruń Collegium Medicum in Bydgoszcz in 2000-2009. *Gastroenterologia Polska*. 2010; 17 (6): 410-415.
19. Rupiński M, Reguła J, Pachlewski J. Prospektywna ocena oczyszczenia jelita grubego preparatami X-Prep i Fortrans - badanie randomizowane. *Gastroenterologia Polska*. 2002; 9 (1): 31-38.
20. Ginsberg G, Kochman M, Norton J. Kliniczna endoscopia przewodu pokarmowego. Warszawa: Medipage; 2009, wyd. 1.
21. Sygut A, Galbfach P, Narbutt P. Surgical treatment of colonoscopy-related complications. *Gastroenterologia Polska*. 2006; 13 (3): 165-169.
22. Reguła J, Rupiński M, Kraszewska E. Colonoscopy in colorectal - cancer screening for detection of advanced neoplasia. *N Engl J Med*. 2006; 355:1863-72.
23. Kamiński MF, Reguła J, Kraszewska E. Quality indicators for colonoscopy and the risk of interval cancer. *N Engl J Med*. 2010; 362: 1795-803.
24. Langenbach MR, Schmidt J, Neumann J. Delay in Treatment of Colorectal Cancer: Multifactorial Problem. *World Journal of Surgery*. 2003; 27(3): 304-308.
25. Reguła J, Rupiński M, Kraszewska E. Colonoscopy in colorectal - cancer screening for detection of advanced neoplasia. *N Engl J Med*. 2006; 355:1863-72.

Praca przyjęta do druku: 12.12.2012

Praca zaakceptowana do druku: 11.01.2013