

**SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK**

Diplomski studij sestrinstva

Marija Šag

**UTJECAJ RAZLIKA U
SOCIOEKONOMSKOM STATUSU
STARIJIH LJUDI NA STAV O RAKU
DEBELOG CRIJEVA**

Diplomski rad

Osijek, 2017.

**SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK**

Diplomski studij sestrinstva

Marija Šag

**UTJECAJ RAZLIKA U
SOCIOEKONOMSKOM STATUSU
STARIJIH LJUDI NA STAV O RAKU
DEBELOG CRIJEVA**

Diplomski rad

Osijek, 2017.

Ovaj rad izrađen je na Medicinskom fakultetu u Osijeku, na Katedri za kirurgiju.

Mentor rada: doc.dr.sc.prim. Goran Šantak dr.med.

Rad sadrži 30 stranica i 11 tablica.

Zahvaljujem se mentoru doc.dr.sc.prim. Goranu Šantaku, na razumijevanju, stručnosti te sugestijama pri izradi diplomskog rada. Zahvaljujem se svojim kolegicama i kolegama Srednje medicinske škole Slavonski Brod te se najtoplije zahvaljujem svojim roditeljima, sestrama, prijateljima te svom suprugu Mateju na velikom razumijevanju i podršci.

Sadržaj

1. UVOD.....	1
1.1. Definicija	2
1.2. Epidemiologija.....	2
1.3. Etiologija	2
1.4. Klinička slika	3
1.5. Dijagnostika	4
1.6. Liječenje	5
1.7. Nacionalni programi ranog otkrivanja raka debelog crijeva	5
1.8. Socioekonomski čimbenici i karcinom debelog crijeva.....	6
2. CILJ	7
3. ISPITANICI I METODE.....	8
3.1. Ustroj studije.....	8
3.2. Ispitanici	8
3.3. Metode.....	8
3.4. Postupak istraživanja.....	8
3.5. Statističke metode	8
4. REZULTATI.....	10
5. RASPRAVA	19
6. ZAKLJUČAK	23
7. SAŽETAK	24
8. SUMMARY	25
9. LITERATURA	26
10. ŽIVOTOPIS	28
11. PRILOZI	30

1. UVOD

Umirovljenje je jedno od glavnih životnih promjena u starijoj životnoj dobi, ono predstavlja jedno kritično razdoblje za pojedinca koje može biti uzrok potištenosti i depresije. Način prihvaćanja umirovljenja ima znatnu ulogu na doživljaj kvalitete i zadovoljstva života koji se nastavlja nakon umirovljenja. Odlazak u mirovinu veliki je preokret u životu na koji većina ljudi nije pripremljena. Dolazi do naglih promjena navika, običaja, intelektualnih i drugih aktivnosti, mijenjaju se obveze, prekida se komunikacija s kolegama s posla, gubi se socijalna uloga što često dovodi do niza ozbiljnih poremećaja u organizaciji života (1). Životne su uloge ključne za doživljaj vlastitog identiteta i proizlaze iz osobnih odnosa s drugima. Socijalni status definiran kao prestižnost radnoga mjesta smanjuje se umirovljenjem te što je veći socijalni status osobe, to ona teže prihvaća prestanak radnog odnosa i umirovljenje. Kvaliteta života cjelokupne populacije jedno je od glavnih istraživanja sadašnjice, ali i jedna od tema koja prožima život svakog čovjeka. Danas je procjena kvalitete života sastavni dio evaluacije rehabilitacijskih i terapijskih postupaka. Pitanje čimbenika osobne kvalitete života vrlo je aktualno kako na području zdravstvene zaštite kroničnih bolesnika, tako i opće populacije. Povijesno gledajući, definicije i mjerenja kvalitete života uvelike su se razlikovale i mijenjale (2). O prilagodbi pojedinca ovisit će i njegovo zadovoljstvo životom nakon umirovljenja, odnosno zadovoljstvo životom u trećoj životnoj dobi (3).

Karcinom debelog crijeva jedan je od najvećih zdravstvenih problema u svijetu, osobito u visoko razvijenim zemljama. Zbog toga je ta zloćudna bolest izazov ispitivanjima najrazličitijih područja medicinske znanosti. Po učestalosti je četvrta zloćudna bolest u svijetu s osobito visokom incidencijom u zapadnoj Europi, SAD-u i Australiji. Afrika i Azija, uz izuzetak Japana, područja su s niskom incidencijom (4). Godišnje je otprilike 1,23 milijuna novo dijagnosticiranih slučajeva u svijetu (5). Prema posljednjim podacima registra za rak za područje Republike Hrvatske iz 2013. godine, od raka debelog crijeva ukupno je oboljelo 3070 osoba, a od toga 1837 muške populacije (17 %) i 1233 ženske populacije (13 %) (6). Kako ljudi zahvaljujući dostignućima moderne medicine žive sve dulje s kroničnim bolestima, sve će se više povećati potreba za različitim oblicima pomoći kroničnim bolesnicima u terminalnim fazama bolesti (7). Osim produljenja životnog vijeka i boljeg liječenja kroničnih bolesti potrebe za pomoći pri kraju života rasti će i zbog utjecaja socio-

ekonomskih čimbenika na obiteljski život, migracija te porasta životne dobi osoba koje trebaju pružiti skrb kroničnim bolesnicima (7).

1.1. Definicija

Karcinom debelog crijeva maligni je tumor koji nastaje iz epitelnih stanica sluznice debelog crijeva (8). Može biti nasljedni ili obiteljski i nenasljedni ili sporadični tip. Nasljedni nepolipozni karcinom debelog crijeva jest autosomno-dominantna nasljedna bolest kod koje karcinom nastaje iz diskretnih adenoma te se dijeli na dva sindroma. U sindromu Lynch 1 karcinom je lokaliziran isključivo na području rektuma i debelog crijeva, a u sindromu Lynch 2, uz karcinom debelog crijeva maligni tumori pojavljuju se i na drugim organima (9).

1.2. Epidemiologija

Karcinom je debelog crijeva globalni svjetski problem, jedna je od najčešćih zloćudnih bolesti kod oba spola. U našoj zemlji rak debelog crijeva zauzima drugo mjesto među zloćudnim bolestima u muškaraca (iza raka pluća) i žena (iza raka dojke) (4). Pojavnost raste s dobi, počinje rasti iznad 40. godine života, da bi značajnije porasla između 50. i 55. godine, a dalje raste s godinama života geometrijskom progresijom. Razlike među spolovima u zadnjim se godinama izjednačavaju i u pojavnosti i u smrtnosti (10). U Hrvatskoj se kao i u svijetu bilježi porast učestalosti i smrtnosti od raka debelog crijeva. Godine 1990. bilo je 34,5/100.000 stanovnika da bi se za 15 godina stopa povećala na 62,5/100.000 stanovnika (11). U Hrvatskoj se svake godine pojavi 3000 novih slučajeva bolesti, a umre oko 1500 slučajeva. Vidljiv je daljnji porast incidencije kod muškaraca i žena. Kad se karcinom otkrije u ranoj fazi, prognoza je povoljna i 5-godišnje preživljavanje postigne do 97 % bolesnika. Otkrivanje bolesti u kasnijoj fazi povećava rizik od postojanja metastaza pripadajućih limfnih čvorova s 2-3 % na 8-12 % ako je tumor zahvatio mišićni sloj (12). Unatoč napretku u terapijskim metodama (kirurškim i onkološkim) stopa se smrtnosti u zadnjem desetljeću nije promijenila, što ukazuje da bi aktivnost trebala biti usmjerena na smanjenje pojavnosti bolesti u smislu primarne i sekundarne prevencije raka debelog crijeva (10). To je bolest starije životne dobi, javlja se obično u sedmom desetljeću života, ali se može javiti i u ranijoj životnoj dobi (13).

1.3. Etiologija

Točan uzrok bolesti nažalost nije još uvijek poznat. Postoje dokazi o povezanosti s

drugim bolestima kao što su Ulcerozni kolitis, Chronova bolest, polipi debelog crijeva ili pak neke druge maligne bolesti. Najznačajniji su čimbenici rizika za pojavu bolesti: prehrana bogata mastima i mesom, alkohol, pušenje i nedostatna tjelesna aktivnost. Prehrana je važan čimbenik za nastanak raka debelog crijeva, no sigurna uzročno-posljedična veza nije dokazana (10). Potrebno je svakodnevno konzumirati velike količine voća i povrća kako bi se ubrzala peristaltika debelog crijeva. Povećana konzumacija takvih namirnica smanjuje rizik od oboljenja i bolesti debelog crijeva. Termičkom obradom mesnih proizvoda pri izrazito visokim temperaturama može doći do stvaranja potencijalno štetnih supstanci koje se povezuju s rizikom od nastanka karcinoma debelog crijeva (10). Kao i u drugih zloćudnih bolesti, sumnja na rak debelog crijeva određena je i naslijeđem. Tako određene osobe naslijeđuju stanja poznata pod imenom familijarna adenomatozna polipoza ili Gardnerov sindrom u kojima se polipi crijeva javljaju neovisno o dobi bolesnika i gotovo redovito, unatoč terapiji, dovode do razvoja zloćudne bolesti. Isto tako i određene kemikalije, kao što je klor (najčešće se koristi u procesu pročišćavanja pitke vode) može povećati rizik razvoja raka debelog crijeva. Izlaganje azbestu povezano je s učestalijom pojavom polipa debelog crijeva (10). Polipi, a posebno adenomi, prethodnici su karcinoma, a vrijeme potrebno da polip prijeđe u karcinom iznosi od 5 do 10 godina (13). Incidencija razvitka karcinoma iz polipa povezana je s veličinom polipa, histološkim tipom i stupnjem diferencijacije. Rizik maligne alteracije je 1 % u adenomima do 1 centimetra promjera. Kod onih veličine od 1 do 2 centimetra rizik raste do 10 %, te čak od 38 do 50 % u onih promjera većeg od 2 centimetra (14). Muškarci koji su fizički aktivni imaju sniženi rizik od razvoja kolorektalnog karcinoma (15).

1.4. Klinička slika

Karcinomi debelog crijeva rastu polako i nakon dužeg vremena, kada su dovoljno veliki, izazivaju simptome. Simptomi karcinoma debelog crijeva ovise o mjestu nastanka karcinoma i njegovoj veličini. U ranoj fazi kolorektalni karcinom nema karakterističnih simptoma. Kod lokalizacije tumora u rektumu i sigmi najčešći su znaci upozorenja: promjene u pražnjenju crijeva, uključujući zatvor i proljev uz osjećaj nepotpunog pražnjenja. Može se javiti i krvarenje iz rektuma, tragovi krvi u stolici ili na stolici te promjena oblika stolice (stolica poput olovke) (10). Zbog čestih okultnih krvarenja posebnu pozornost treba posvetiti sideropeničnoj anemiji. Svaka sideropenična anemija, posebno u muškaraca, treba pobuditi sumnju na karcinom kolona dok se ne dokaže suprotno. Simptomi karcinoma smještenih u

lijevoj polovici debelog crijeva najčešće su: grčevita bol, svijetla krv pomiješana sa stolicom, smanjen promjer stolice, promjene u načinu pražnjenja stolice te konačno znakovi opstrukcije lumena crijeva. Kod karcinoma smještenih u rektumu najčešće opažamo svijetlu krv u stolici, osjećaj nepotpunog pražnjenja i tenezme (5). Progresijom bolesti javljaju se metastaze, a nerijetko simptomi metastaza mogu biti prvi razlog zbog kojeg se bolesnici javljaju liječniku. Skrivena, nevidljiva krv u stolici prisutna je i prije pojave simptoma, ali je pacijenti ne mogu primijetiti. Stoga se pretraga stolice na nevidljivu krv radi kod svih osoba starijih od 50 godina kao dio programa za rano otkrivanje i prevenciju raka debelog crijeva. Postojanje simptoma ima određenu prognostičku vrijednost tako da je stopa preživljavanja u bolesnika sa simptomima kraća od onih koji ih nemaju (10).

1.5. Dijagnostika

Kada posumnjamo na karcinom debelog crijeva liječnik obiteljske medicine treba napraviti osim kompletnog kliničkog pregleda i digitorektalni pregled. Tim se pregledom mogu dijagnosticirati hemoroidi i/ili karcinom, ako je nisko postavljen (60 % karcinoma debelog crijeva nalazi se u njegovom završnom dijelu). Kada pacijent ima pozitivni test stolice na okultno krvarenje uz nejasnu anemiju, promjene u pražnjenju i izgledu stolice, potrebno je učiniti osnovnu obradu koja uz obiteljsku i osobnu anamnezu obuhvaća klinički pregled i osnovne laboratorijske nalaze (KKS, bilirubin, AST, ALT, kreatinin, Na, K, CRP, CEA, CA 19-9, koagulogram). Zatim je potrebno učiniti endoskopiju debelog crijeva s uzimanjem materijala za patohistološku dijagnozu te ultrazvuk trbuha, a kasnije po potrebi i višeslojna kompjutorizirana tomografija abdomena i zdjelice s gastrografinom kod neoplazmi smještenih u zdjelici (10).

Kolonoskopija će dati najbolji uvid u promjene cijelog kolona, a istodobno će omogućiti odstranjenje polipa ili barem uzimanje uzoraka za histološku analizu. U bolesnika s karcinomom rektuma pored endoskopskog pregleda od značajne koristi bit će procjena dubine infiltracije stijenke crijeva, što nam omogućuje transrektalna ultrasonografija (5).

Screening na kolorektalni karcinom provodi se testom na okultno krvarenje – Hemokult test. Testom se utvrđuje intermitentno krvarenje iz karcinoma i velikih adenoma u crijevu, a osjetljivost mu je od 50 do 60 %. Može biti pozitivan i ako je ispitanik jeo sirovo meso, ciklu ili neku drugu hranu koja sadrži hem. Moderniji hemokult testovi su imunokemijski testovi te su pozitivni samo kod prisutnosti humanog globina u debelom crijevu (16).

1.6. Liječenje

Liječenje karcinoma debelog crijeva je multidisciplinarno, što znači da se u velikom broju bolesnika primjenjuju dva ili tri oblika liječenja, odnosno najčešće nakon kirurškog liječenja slijedi i kemoterapija ili kombinacija kemoterapije i zračenja (5). Nakon što je postavljena dijagnoza kolorektalnog karcinoma, nužno je provesti detaljnu kliničku obradu s ciljem utvrđivanja proširenosti bolesti i odabira optimalnog oblika liječenja za svakog pojedinog bolesnika. Osnovni je način liječenja karcinoma debelog crijeva kirurško odstranjenje tumora. Kirurško liječenje može biti radikalno ili palijativno, ovisno o proširenosti bolesti. Liječnik će obiteljske medicine svakako prije kirurškog zahvata razgovarati s pacijentom i njegovom obitelji, upoznati ga s naravi njegove bolesti te svim opcijama liječenja. Obvezan je pacijentov pristanak na operaciju i medicinske intervencije tijekom liječenja. Takav obrazac treba sadržavati osnovne informacije o prirodi bolesti, planiranom kirurškom zahvatu i mogućim komplikacijama. Nakon razgovora s liječnikom takav je pristanak uvijek lakše potpisati (10). Osim samog radikalnog kirurškog zahvata, koristi se i adjuventna kemoterapija. Cilj je da se uništenjem mikrometastaza izliječi i onaj dio bolesnika koje samim kirurškim zahvatom nije moguće izliječiti. Koristi se leukovorin + 5 - fluorouracil u 6 ciklusa u 28-dnevnim razmacima (9). Osim adjuventne kemoterapije koristi se i iradijacijska terapija koja se kod operabilnog karcinoma može primijeniti prije operacije, poslije operacije ili kao kombinacija prijeoperacijske i poslijeoperacijske iradijacije. Uloga prijeoperacijske iradijacije je da se smanji broj vitalnih stanica i diseminacija tijekom operacije, a cilj poslijeoperacijske iradijacije je da se smanji učestalost recidiva nakon operacije. Primjenjuje se također i imunoterapija s pomoću BCG-a i *Corynebacterium parvum* (13).

1.7. Nacionalni programi ranog otkrivanja raka debelog crijeva

Od listopada 2007. godine u Hrvatskoj je započeo nacionalni program za rano otkrivanje karcinoma debelog crijeva. Ciljna populacija obuhvaćena ovim programom su sve osobe između 50 i 75 godina s uobičajenim rizikom za razvoj kolorektalnog karcinoma. Probir se sastoji u testiranju okultnog fekalnog krvarenja (FOBT – eng. fecal occult blood test) u navedenoj skupini ljudi. Svi ispitanici s pozitivnim nalazom FOBT-a trebali bi biti podvrgnuti kolonoskopskom pregledu radi utvrđivanja uzroka krvarenja te po potrebi biopsiji patoloških promjena sluznice i eventualnoj polipektomiji. Osnovni su ciljevi programa

smanjenje smrtnosti od ove bolesti za 15 %, obuhvaćanje najmanje 60 % ciljne populacije, obuhvaćanje najmanje 75 % visoko rizične populacije do 2015. godine te produljenje preživljavanja oboljelih uz poboljšanje kvalitete njihova života (17). Kako u Hrvatskoj tako se i u Europi rade programi probira za kolorektalni karcinom koji su započeti relativno nedavno, a također se razlikuju među zemljama pa čak i po metodi korištenoj u probiru. Najčešće se koristi test okultnog krvarenja u stolici, međutim, ponegdje se uz to koristi i kolonoskopija, a u Poljskoj i Slovačkoj kolonoskopija je metoda izbora u programu (18). Prema Europskim smjernicama za osiguranje kvalitete probira i dijagnoze raka debelog crijeva prihvatljivi odaziv iznosi 45 %, a poželjno bi bilo 65 %. Prihvatljivi odaziv dostignut je u samo nekoliko europskih zemalja (Finska 71 %; Slovenija 56 %, UK od 51,4 do 56,2 %) (18).

1.8. Socioekonomski čimbenici i karcinom debelog crijeva

Gerijatrijsku dob, osim zdravstvenih problema, prati i niz negativnih socioekonomskih čimbenika koji utječu na zdravstveno stanje. Neki su od takvih čimbenika niži socioekonomski status, opadanje društvene aktivnosti, siromašniji međuljudski kontakti i sve veća socijalna izolacija. Tu dob prati niz neizbježnih stresnih situacija (odlazak u mirovinu, gubici bliskih osoba), a i sama involucija čini ih podložnijima za tjelesna i za psihička oboljenja. Sve to otvara potrebu za bolju sociookupacijsku skrb starijih osoba. Položaj osoba u društvu i njihov ekonomski status dosta je bitan kod odaziva na preventivne preglede. U prosjeku se sudionici slabijeg socioekonomskog statusa rjeđe odazivaju. Razlike su primijećene s obzirom na visinu osobnog dohotka i položaj u zaposlenju, no razina obrazovanja i status zaposlenosti nisu imale utjecaj (18). Neki autori navode kako su problemi u socioekonomskom statusu jedan od problema današnjice na opće zdravlje populacije te da pušenje, izbor hrane, tjelesna aktivnost i pretjerana konzumacija alkohola imaju snažno djelovanje (19).

2. CILJ

Cilj je ovog rada:

- Ispitati postoji li razlika u mišljenju o karcinomu debelog crijeva s obzirom na:
 - spol
 - visinu prihoda
 - stručnu spremu
- Ispitati postoji li razlika u informiranosti i izvoru informacija o karcinomu debelog crijeva s obzirom na spol.

3. ISPITANICI I METODE

3.1. Ustroj studije

Istraživanje je ustrojeno kao presječna studija (20).

3.2. Ispitanici

U istraživanju je sudjelovalo ukupno 100 ispitanika. Ispitanici su osobe starije životne dobi (>65 god) koje su smještene u domovima za starije i nemoćne osobe u većim gradovima na području Slavonije (Osijek, Đakovo, Slavonski Brod i Požega). U istraživanje su uključene osobe muškog i ženskog spola. Istraživanje je provedeno tijekom kolovoza i rujna 2016. godine.

3.3. Metode

Istraživanje je provedeno anonimnim anketnim upitnikom (Prilog 1.). Svaki je ispitanik individualno odgovarao na pitanja. Upitnik je obuhvaćao pitanja o demografskim podacima (dob, spol, bračni status, broj djece, visina i težina) te pitanja vezana za razdoblje prije umirovljenja, dosadašnje bolesti i informiranost o raku debelog crijeva te pitanja vezana uz stav o karcinomu debelog crijeva, sve ukupno 41 pitanje.

3.4. Postupak istraživanja

Prije početka ispitivanja ispitanicima je pročitana uputa kojom su bili upućeni u cilj istraživanja i u kojoj je naglašeno da je sudjelovanje u istraživanju anonimno i dobrovoljno, nakon čega su ispitanici potpisom dali pristanak na sudjelovanje i započeli s ispunjavanjem upitnika. Za ispunjavanje upitnika bilo je potrebno deset do petnaest minuta.

3.5. Statističke metode

Kategorijski podaci predstavljeni su apsolutnim i relativnim frekvencijama. Numerički podaci opisani su aritmetičkom sredinom i standardnom devijacijom u slučaju raspodjela koje slijede normalnu, a u ostalim slučajevima medijanom i interkvartilnim rasponom. Razlike kategorijskih varijabli testirane su χ^2 testom, a po potrebi Fisherovim egzaktnim testom. Normalnost raspodjele numeričkih varijabli testirane su Kolmogorov Smirnovljevim testom.

Razlike normalno raspodijeljenih numeričkih varijabli između dviju nezavisne skupine (spol) testirane su Studentovim t-testom, a kod nekih odstupanja od normalne raspodjele Mann-Whitneyevim U-testom. Razlike normalno raspodijeljenih numeričkih varijabli u slučaju 3 i više skupina (dobne skupine, razina obrazovanja) testirane su analizom varijance (ANOVA), a kod odstupanja od normalne raspodjele Kruskal-Wallisovim testom. Sve P vrijednosti su dvostrane. Razina značajnosti postavljena je na $\alpha=0,05$. Za statističku analizu korišten je statistički program SPSS (inačica 16.0, SPSS Inc., Chicago, IL, SAD).

4. REZULTATI

U istraživanju je sudjelovalo 100 ispitanika, od kojih je 32 muškaraca i 68 žena. Srednja dob (medijan) ispitanika je 79 godina.

Najveći broj od ukupnog broja ispitanika je nisko kvalificiran i to njih 48 (46 %), a srednju stručnu spremu imalo je ukupno 41 (42 %) ispitanika. Najveći broj, od ukupnog broja ispitanika, izjavilo je da je imalo ispodprosječnu plaću i to njih 82 (81 %) tijekom zadnjih deset godina radnog staža.

Od ukupnog broja ispitanika, na selu je živjelo njih 42 (44 %), u manjem gradu živjelo je njih 38 (36 %). Najveći broj od ukupnog broja ispitanika odgovorio je da je udovac/ica i to njih 41 (37 %), dok je 26 ispitanika izjavilo da je neudano/neoženjeno (χ^2 test, $P = 0,081$) (Tablica 1.).

Tablica 1. Osnovna obilježja ispitanika prema spolu

	Broj (%) ispitanika prema spolu			P*
	Muškarci	Žene	Ukupno	
Mjesto prebivališta većeg dijela života				
Selo	15 (47)	27 (40)	42 (44)	0,633
Mali grad	10 (31)	28 (41)	38 (36)	
Veliki grad	7 (22)	13 (19)	20 (20)	
Razina obrazovanja				
Nekvalificirani	13 (40)	35 (51)	48 (46)	0,464
Srednja stručna sprema	14 (44)	27 (40)	41 (42)	
Viša/visoka stručna sprema	5 (16)	6 (9)	11 (12)	
Bračno stanje				
Oženjen/ udana	13 (41)	20 (29)	33 (35)	0,081
Neoženjen/neudana	11 (34)	15 (22)	26 (28)	
Udovac/ ica	8 (25)	33 (49)	41 (37)	
Prihodi ispitanika u zadnjih deset godina rada				
Ispodprosječna	25 (78)	57 (84)	82 (81)	0,797 †
Prosječna	6 (19)	9 (13)	15 (16)	
Iznadprosječna	1 (3)	2 (3)	3 (3)	

* χ^2 test; † Fisherov egzakti test

Na pitanja o zdravom načinu života prije umirovljenja od ukupnog broja, 73 ispitanika navodi da se nikada nije bavilo sportom. Voće je često konzumiralo 49 ispitanika. Na pitanje o konzumiranju duhanskih proizvoda, 64 ispitanika nikada nije konzumiralo cigarete. Obzirom na stav o konzumiranju alkoholnih opijata 67 ispitanika izjasnilo se da iste nikada nisu konzumirali (χ^2 test, Fisherov egzakti test) (Tablica 2.).

Tablica 2. Zdravstvene navike ispitanika prije umirovljenja

Tvrdnja	Broj ispitanika		
	Nikad	Ponekad	Često
Jeste li pušili?	64	20	16
Jeste li konzumirali alkohol?	67	27	6
Jeste li konzumirali voće?	3	48	49
Jeste li se bavili sportom?	73	22	5

Na pitanje *Jeste li imali zloćudnu bolest*, najveći broj ispitanika, njih 74, odgovorilo je da nije imalo zloćudnu bolest. Na pitanje *Jeste li imali rak debelog crijeva*, njih 91 odgovorilo je da nije imalo rak debelog crijeva. Na pitanje *Jeste li do sada operirani*, najveći broj ispitanika, njih 67, odgovorilo je da je do sada operirano. Na pitanje *Poznajete li osobe sa stoma vrećicom*, najveći broj ispitanika, njih 52, odgovorilo je da ne zna osobe sa stoma vrećicom. Na pitanje *Jeste li se odazvali na test okultnog krvarenja u stolici*, najveći broj ispitanika, njih 73, odgovorilo je da se nije odazvalo testu na okultno krvarenje. Na pitanje *Jeste li bili na kolonoskopiji*, najveći broj ispitanika, njih 83, odgovorilo je da nije bilo na kolonoskopiji. Na pitanje *Jeste li primijetili krv u stolici*, najveći broj ispitanika, njih 81, odgovorilo je da nije primijetilo. Na pitanje *Uzimate li lijekove za srce ili tlak*, najveći broj ispitanika, njih 81, navelo je da uzima. Na pitanje *Uzimate li lijekove za smirenje*, najveći broj ispitanika, njih 57, odgovorilo je da uzima. Na pitanje *Uzimate li terapiju za šećernu bolest*, njih 82 ispitanika odgovorilo je da ne uzima (Tablica 3.).

Od ukupnog broja ispitanika o karcinomu debelog crijeva ispodprosječno je informirano 37 (54 %) ispitanika ženske, a 21 (66 %) muške populacije. Prosječno je informirano 20 (30 %) ženske, a 10 (31 %) muške populacije, dok je iznadprosječno informirano 11 (16 %) ženske te 1 (3 %) ispitanika muške populacije (Fisherov egzakti test, $P = 0,182$) (Tablica 4.).

Tablica 3. Zdravstveno stanje ispitanika

	Broj ispitanika	
	DA	NE
Jeste li imali zloćudnu bolest?	26	74
Jeste li imali rak debelog crijeva?	9	91
Jeste li do sada operirani?	67	33
Poznajete li osobe sa stoma vrećicom?	48	52
Jeste li se odazvali na test okultnog krvarenja u stolici?	27	73
Jeste li bili na kolonoskopiji?	17	83
Jeste li primijetili krv u stolici?	19	81
Uzimate li lijekove za srce ili tlak?	81	19
Uzimate li lijekove za smirenje?	57	43
Uzimate li lijekove za šećernu bolest?	18	82

Tablica 4. Raspodjela ispitanika prema informiranosti o karcinomu debelog crijeva

	Broj (%) ispitanika		Ukupno	P*
	Žene	Muškarci		
Ispodprosječno	37 (54)	21 (66)	58 (60)	0,182
Prosječno	20 (30)	10 (31)	30 (31)	
Iznadprosječno	11 (16)	1 (3)	12 (9)	
Ukupno	68 (100)	32 (100)	100 (100)	

* Fisherov egzaktni test

Izvor informacija o karcinomu debelog crijeva za 28 (41 %) ispitanika ženske populacije, a 14 (44 %) muške populacije bili su mediji. U ženskoj populaciji, 24 (35 %) ispitanika prijatelji su bili izvor informacija dok u muškoj populaciji za 9 (28 %) ispitanika. Od strane liječnika ispitanici su bili informirani u omjeru 16 (24 %) ispitanika ženske populacije te 9 (28 %) muških ispitanika (χ^2 test, $P = 0,757$) (Tablica 5.).

Tablica 5. Izvor informacija o karcinomu debelog crijeva

	Broj (%) ispitanika		Ukupno	P*
	Žene	Muškarci		
Od prijatelja	16 (24)	9(28)	25 (26)	0,757
Iz medija	28 (41)	14 (44)	42 (43)	
Od liječnika	24 (35)	9 (28)	33 (31)	
Ukupno	68 (100)	32 (100)	100 (100)	

* χ^2 test

Na tvrdnju *Ne želim više nikakve informacije o raku*, od ukupnog broja ispitanika, uglavnom se slaže s izjavom njih 35 (36 %) ispitanika, a uglavnom se ne slaže s izjavom njih 34 (37 %) ispitanika (Fisherov egzaktni test, $P = 0,081$) (Tablica 6.).

Tablica 6. Mišljenje ispitanika o tvrdnji: Ne želim više nikakve informacije o raku prema spolu

	Broj (%) ispitanika		Ukupno	P*
	Žene	Muškarci		
U potpunosti se slažem	10 (15)	2 (6)	12 (11)	0,081
Uglavnom se slažem	23 (34)	12 (38)	35 (36)	
Niti se slažem niti se ne slažem	13 (19)	1 (3)	14 (11)	
Uglavnom se ne slažem	19 (28)	15 (47)	34 (37)	
Uopće se ne slažem	3 (4)	2 (6)	5 (5)	
Ukupno	68 (100)	32 (100)	100 (100)	

* Fisherov egzaktni test

S tvrdnjom *Ne volim pričati o raku* uglavnom se slaže 35 ispitanika, s tvrdnjom *U novinama preskačem članke o raku* uglavnom se slaže 35 ispitanika, a uglavnom se ne slaže s izjavom 33 ispitanika. S tvrdnjom *Ne gledam filmove u kojima glavni likovi imaju rak*, 38 ispitanika se uglavnom slaže s tvrdnjom, a 37 ispitanika se uglavnom ne slaže. *Ne želim više nikakve informacije o raku* uglavnom se slaže s tvrdnjom 35 ispitanika, s tvrdnjom *Rak debelog crijeva se može dogoditi svakome* uglavnom se slaže 35 ispitanika, s tvrdnjom *Rak debelog crijeva je često izlječiv* uglavnom se slaže 39 ispitanika, s tvrdnjom *Odaziv na pretrage koje omogućuju rano otkrivanje raka debelog crijeva može značajno povećati preživljavanje* uglavnom se slaže 46 ispitanika, s tvrdnjom *Otkrivanje raka debelog crijeva je za pacijenta smrtna osuda*, niti se slaže niti se ne slaže s tvrdnjom njih 42 ispitanika, s tvrdnjom *Ne bih želio znati da imam rak debelog crijeva*, uglavnom se ne slažu 24 ispitanika. *Kolonoskopija je gora od samog raka*, niti se slaže, niti se ne slaže s navedenom tvrdnjom njih 71 ispitanik. S tvrdnjom *Ni po cijenu života ne bih pristao na stoma vrećicu*, niti se slaže niti se ne slaže s izjavom njih 61 ispitanik (Tablica 7.).

Na tvrdnju *Kad se nešto loše dogodi, ne očekuje se da znam zašto nego da to prihvatim*, uglavnom se slaže s izjavom njih 51 (53 %) ispitanika, a 24 (22 %) niti se slaže niti se ne slaže s izjavom (Fisherov egzaktni test, $P = 0,681$). Prema stručnoj spremi, najveći broj niskokvalificiranih ispitanika, njih 25 (52 %) uglavnom se slaže s izjavom, sa srednjom stručnom njih 24 (58 %) ispitanika (Fisherov egzaktni test, $P = 0,094$) (Tablica 8.).

Od ukupnog broja ispitanika sa ispodprosječnim prihodima njih 47 (57 %) uglavnom se slaže s izjavom, a s prosječnim prihodima njih 5 (33 %) ispitanika se u potpunosti slaže sa izjavom, što je ujedno i statistički značajan podatak (Fisherov egzaktni test, $P = 0,001$) (Tablica 8.).

Tablica 7. Mišljenje ispitanika o karcinomu debelog crijeva

Tvrđnja	U potpunosti se slažem	Uglavnom se slažem	Niti se slažem niti se ne slažem	Uglavnom se ne slažem	Uopće se ne slažem
Ne volim pričati o raku	20	35	11	29	5
U novinama preskačem članke o raku	14	35	15	33	3
Ne gledam filmove u kojima glavni likovi imaju rak	15	38	8	37	2
Ne želim više nikakve informacije o raku	12	35	14	34	5
Rak debelog crijeva se može dogoditi svakome	12	35	14	34	5
Rak debelog crijeva je često izlječiv	12	39	37	9	3
Odaziv na pretrage koje omogućuju rano otkrivanje raka debelog crijeva može značajno povećati preživljavanje	32	46	20	1	1
Ovih dana, mnogi ljudi s rakom debelog crijeva mogu očekivati nastavak normalnih aktivnosti i odgovornosti	15	52	30	3	0
Otkrivanje raka debelog crijeva je za pacijenta smrtna osuda	8	14	42	31	5
Ne bih želio znati da imam rak debelog crijeva	19	17	20	24	20
Kolonoskopija je gora od samog raka	0	3	71	20	6
Ni po cijenu života ne bih pristao na stoma vrećicu	6	2	61	15	16

Tablica 8. Mišljenje ispitanika o tvrdnji: Kad se nešto loše dogodi, ne očekuje se da znam zašto nego da to prihvatim

	Broj (%) ispitanika						P*
	U potpunosti se slažem	Uglavnom se slažem	Niti se slažem niti se ne slažem	Uglavnom se ne slažem	Uopće se ne slažem	Ukupno	
Prema spolu							
Žene	8 (12)	32 (47)	18 (26)	10 (15)	0 (0)	68 (100)	0,681
Muškarci	4(13)	19 (59)	6 (19)	3 (9)	0 (0)	32 (100)	
Ukupno	12 (13)	51 (53)	24 (22)	13 (12)	0 (0)	100 (100)	
Prema stručnoj spremi							
Nekvalificirani	6 (13)	25 (52)	12 (25)	5(10)	0 (0)	48 (100)	0,094
Srednja stručna sprema	2 (5)	24 (58)	9 (22)	6 (15)	0 (0)	41 (100)	
Viša/visoka stručna sprema	4 (36)	2 (18)	3 (27)	2 (18)	0 (0)	11 (100)	
Ukupno	12 (18)	51 (43)	24 (25)	13 (14)	0 (0)	100 (100)	
Prema visini prihoda							
Ispodprosječna	6 (7)	47 (57)	22 (27)	7 (9)	0 (0)	82 (100)	0,001
Prosječna	5 (33)	3(20)	2(14)	5 (33)	0 (0)	15 (100)	
Iznadprosječna	1 (33)	1 (33)	0 (0)	1 (34)	0 (0)	3 (100)	
Ukupno	12 (24)	51 (37)	24 (13)	13 (26)	0 (0)	100 (100)	

* Fisherov egzaktni test

Na tvrdnju *Ljudi umiru kad im dođe vrijeme i to ništa ne može promijeniti*, uglavnom se slaže s izjavom 36 (53 %) ispitanika ženske populacije i 22 (69 %) muške populacije (Fisherov egzaktni test, $P = 0,103$).

Najveći broj niskokvalificiranih ispitanika, njih 24 (50 %) uglavnom se slaže s izjavom, sa srednjom stručnom njih 27 (66 %), a s višom ili visokom stručnom spremom 7 (64 %) ispitanika (Fisherov egzaktni test, $P = 0,509$).

Od ukupnog broja ispitanika s ispodprosječnim prihodom njih 50 (61 %) uglavnom se slaže s izjavom, a s prosječnim prihodima njih 8 (53 %) ispitanika se u potpunosti slaže sa izjavom (Fisherov egzaktni test, $P = 0,063$) (Tablica 9.).

Tablica 9. Mišljenje ispitanika o tvrdnji: Ljudi umiru kad im dođe vrijeme i to ništa ne može promijeniti

	Broj (%) ispitanika						P*
	U potpuno- sti se slažem	Uglavnom se slažem	Niti se slažem niti se ne slažem	Ugla- vnom se ne slažem	Uopće se ne slažem	Ukupno	
Prema spolu							
Žene	17 (25)	36 (53)	9 (13)	6 (9)	0 (0)	68 (100)	0,103
Muškarci	4 (19)	22 (69)	0 (0)	4 (12)	0 (0)	32 (100)	
Ukupno	21 (22)	58 (61)	9 (6)	10 (11)	0 (0)	100 (100)	
Prema stručnoj spremi							
Nekvalificirani	12 (25)	24 (50)	7 (15)	5(10)	0 (0)	48 (100)	0,509
Srednja stručna sprema	9 (22)	27 (66)	2 (5)	3 (7)	0 (0)	41 (100)	
Viša ili visoka stručna sprema	2 (18)	7 (64)	0 (0)	2 (18)	0 (0)	11 (100)	
Ukupno	23 (21)	58 (60)	9 (7)	10 (12)	0 (0)	100 (100)	
Prema visini prihoda							
Ispodprosječna	15 (18)	50 (61)	8 (10)	9 (11)	0 (0)	82 (100)	0,063
Prosječna	8 (53)	6 (40)	1 (7)	0 (0)	0 (0)	15 (100)	
Iznadprosječna	0 (0)	2 (67)	0 (0)	1 (33)	0 (0)	3 (100)	
Ukupno	23 (24)	58 (56)	9 (6)	10 (14)	0 (0)	100 (100)	

* Fisherov egzakti test

Na tvrdnju *Otkrivanje raka debelog crijeva je za pacijenta smrtna osuda*, niti se slaže, niti se ne slaže s izjavom njih 30 (44 %) ispitanika ženske populacije i 12 (38 %) muške populacije (Fisherov egzakti test, $P = 0,081$).

Najveći broj niskokvalificiranih ispitanika, njih 21 (44 %) niti se slaže, niti se ne slaže s izjavom, sa srednjom stručnom njih 17 (44 %) također se niti slaže, niti se ne slaže s izjavom, a s višom ili visokom stručnom spremom 5 (45 %) ispitanika uglavnom se ne slaže s izjavom (Fisherov egzakti test, $P = 0,303$).

Od ukupnog broja ispitanika s ispodprosječnim prihodom njih 39(48 %) niti se slaže, niti se ne slaže s izjavom, a s prosječnim prihodima njih 5 (33 %) ispitanika se uglavnom slaže s izjavom i također isti broj ispitanika se uglavnom ne slaže s izjavom (Fisherov egzakti test, $P = 0,083$) (Tablica 10.).

Tablica 10. Mišljenje ispitanika o tvrdnji: Otkrivanje raka debelog crijeva je za pacijenta smrtna osuda

	Broj (%) ispitanika						P*
	U potpunosti se slažem	Uglavnom se slažem	Niti se slažem niti se ne slažem	Uglavnom se ne slažem	Uopće se ne slažem	Ukupno	
Prema spolu							
Žene	4 (6)	9 (13)	30 (44)	22 (32)	3 (5)	68 (100)	0,081
Muškarci	4 (12)	5 (16)	12 (38)	9 (28)	2 (6)	32 (100)	
Ukupno	8 (9)	14 (15)	42 (41)	31 (30)	5 (5)	100 (100)	
Prema stručnoj spremi							
Nekvalificirani	7 (14)	8 (17)	21 (44)	10 (21)	2 (4)	48 (100)	0,303
Srednja stručna sprema	1 (2)	5 (12)	17 (42)	16 (39)	2 (5)	41 (100)	
Viša ili visoka stručna sprema	0 (0)	1 (9)	4 (36)	5 (45)	1 (9)	11 (100)	
Ukupno	8 (5)	14 (13)	42 (41)	31 (35)	5 (6)	100 (100)	
Prema visini prihoda							
Ispodprosječna	7 (8)	8 (10)	39(48)	24 (29)	4 (5)	82 (100)	0,083
Prosječna	1 (7)	5 (33)	3 (20)	5 (33)	1 (7)	15 (100)	
Iznadprosječna	0 (0)	1 (33)	2 (67)	0 (0)	0 (0)	3 (100)	
Ukupno	8 (5)	14 (25)	44 (45)	29 (21)	5 (4)	100 (100)	

* Fisherov egzakti test

Na tvrdnju *Sve što se događa je Bogom dano*, niti se slaže, niti se ne slaže s izjavom njih 33 (48 %) ispitanika ženske populacije i 17 (53 %) muške populacije (Fisherov egzakti test, $P = 0,722$).

Najveći broj niskokvalificiranih ispitanika, njih 23 (48 %) u potpunosti se slaže s izjavom, sa srednjom stručnom njih 25 (61 %) uglavnom se slaže s izjavom, a s višom ili visokom stručnom spremom 5 (46 %) ispitanika uglavnom se slaže s izjavom, što je ujedno i statistički značajan podatak (Fisherov egzakti test, $P = 0,006$).

S ispodprosječnim prihodima od ukupnog broja ispitanika njih 43 (52 %) uglavnom se slaže s izjavom. S prosječnim prihodima njih 6 (40 %) ispitanika se također uglavnom slaže s izjavom (Fisherov egzakti test, $P = 0,081$) (Tablica 11.).

Tablica 11. Mišljenje ispitanika o tvrdnji: Sve što se događa je Bogom dano

	Broj (%) ispitanika						P*
	U potpunosti se slažem	Uglavnom se slažem	Niti se slažem niti se ne slažem	Uglavnom se ne slažem	Uopće se ne slažem	Ukupno	
Prema spolu							
Žene	25 (37)	33 (48)	4 (6)	5 (7)	1 (2)	68 (100)	0,722
Muškarci	9 (28)	17 (53)	1 (3)	4 (13)	1 (3)	32 (100)	
Ukupno	34 (32)	50 (51)	5 (4)	9 (10)	2 (3)	100 (100)	
Prema stručnoj spremi							
Nekvalificirani	23 (48)	20 (42)	2 (4)	3(6)	0 (0)	48 (100)	0,006
Srednja stručna sprema	10 (25)	25 (61)	3 (7)	2 (5)	1 (2)	41 (100)	
Viša ili visoka stručna sprema	1 (9)	5 (46)	0 (0)	4 (36)	1 (9)	11 (100)	
Ukupno	34 (27)	50 (49)	5 (4)	9 (16)	2 (4)	100 (100)	
Prema visini prihoda							
Ispodprosječna	30 (37)	43 (52)	3 (4)	5 (6)	1 (1)	82 (100)	0,081
Prosječna	3 (20)	6 (40)	2(13)	3 (20)	1 (7)	15 (100)	
Iznadprosječna	1 (33)	1 (33)	0 (0)	1 (34)	0 (0)	3 (100)	
Ukupno	34 (30)	50 (41)	5 (6)	9 (20)	2 (3)	100 (100)	

* Fisherov egzaktni test

5. RASPRAVA

Temeljem istraživanja u četiri doma za starije i nemoćne osobe provedenog tijekom 2016. godine, anketiranjem ispitanika utvrđeno da je više ispitanika ženskog spola. Prihodi ispitanika oba spola u zadnjih deset godina značajno su ispodprosječni, ali isto tako to ne bi trebalo biti razlogom neodaziva na preventivne preglede za prevenciju karcinoma debelog crijeva. Navedeno se može povezati s istraživanjem u Velikoj Britaniji gdje se navodi kako se ispitanici nižeg socioekonomskog statusa (radno sposobni) ne odazivaju na preventivne preglede. U istraživanju je također navedeno da osobe s iznadprosječnim prihodima i visokom stručnom spremom prije odlaze na kontrolne preglede i više brinu o svome zdravlju (19). U Švicarskoj, koja nema organizirani probir, 2012. godine oportunistički probir, koji je uključivao test okultnog krvarenja u stolici i endoskopski pregled, iznosio je 22,2 % ciljne populacije (18). Razlike su primijećene s obzirom na visinu osobnog dohotka i položaja pri zaposlenju, no razina obrazovanja i status zaposlenosti nisu imali utjecaj.

Veći broj ženskih korisnika doma za starije i nemoćne osobe većinom su udovice. U velikim su gradovima puno dostupnije zdravstvene i socijalne usluge koje su prijeko potrebne cjelokupnoj populaciji, a naročito osobama starije životne dobi te je stoga i najmanji broj ispitanika utvrđen ovim istraživanjem iz velikih gradova. Usporedno, iz manjih gradova i sela značajno je veći broj ispitanika, što se objašnjava sve većim iseljavanjem ili napuštanjem seoskih imanja. Moderan način života mladima ne ostavlja prostora za brigu o starijima te iste smještaju u domove za starije i nemoćne osobe. Istraživanjem na ispitanicima u SAD-u utvrđeno je da je smanjena tjelesna aktivnost i nedovoljan unos voća i povrća povezan s fatalizmom (21).

Važan i zabrinjavajuć podatak ukazuje na ispodprosječnu informiranost o karcinomu debelog crijeva u oba spola, dok je iznadprosječno informirano više ženskih nego muških ispitanika. O ovoj temi najviše su saznali iz medija, a najmanje od prijatelja što ukazuje na njihovu slabu opću informiranost i komunikaciju s drugim osobama. U svijetu pa tako i u Hrvatskoj pojavljuje se i aktivan je sve veći broj kampanja i udruga kojima je cilj poticanje i informiranje o ovoj izuzetno značajnoj i aktualnoj temi. Jedan od većih je Savez ILCO klubova Hrvatske (13 udruga), a udrugu čine osobe koje su operirane od karcinoma debelog crijeva ili mjehura i tom su prilikom dobile stomu (vrećicu). Plavi iris i plava vrpca simbol su borbe protiv raka debelog crijeva te je svaka posljednja subota u svibnju određena kao dan

obilježavanja Dana plavih irisa. Postavljanjem štandova na gradskim trgovima većih gradova, kao i odvijanjem raznih promocija i predavanja, privlači se i poziva građane na navedene aktivnosti te ih se na taj način educira i potiče na komunikaciju i promišljanje o ovoj bolesti *modernog čovjeka*.

Većina ispitanika je do sada bila na nekoj vrsti operacije, ali nisu imali zloćudnu bolest ni karcinom debelog crijeva. S postotnom vrijednošću od 9 % ispitanika koji su imali rak debelog crijeva, samo 27 % od ukupnog broja odazvalo se na test okultnog krvarenja u stolici koji je pokazatelj mogućnosti oboljenja od karcinoma debelog crijeva, a sve posljedično povezano s njihovom ispodprosječnom informiranosti.

Na temelju anketnih pitanja jasno je vidljivo da najveći broj ispitanika oba spola ne voli pričati o raku, a u tiskanim medijima preskaču članke koji se tiču te problematike. Općenito, ispitanici ne žele više nikakve informacije o raku što je povezano i s njihovom slabijom informiranosti o karcinomu debelog crijeva premda smatraju da se rak debelog crijeva može dogoditi svakome te da je često izlječiv. Iako ispitanici ne žele biti dodatno informirani, uglavnom se slažu da odazivi na pretrage omogućuju ranije otkrivanje karcinoma, povećavaju stopu preživljavanja te omogućuju nastavak normalnih aktivnosti iako se sami slabo odazivaju na takve pretrage. Ispitanici nisu jasno sigurni da li bi htjeli znati, ili bi cijeli život živjeli u neznanju da imaju karcinom debelog crijeva. Istraživanje provedeno u Francuskoj bavilo se utvrđivanjem razlike između namjere sudionika da pristupe testiranju i stvarnog odaziva. Pronađeno je da su sudionici s višim profesionalnim statusom značajno više namjeravali pristupiti testu, no oni sa srednjim ili niskim statusom su se češće stvarno odazivali, unatoč nižoj namjeri. To nam pokazuje da se kod istraživanja razloga neodaziva potrebno usmjeriti na stvaran odaziv, ispitujući populaciju koja je već pozvana u programe probira i vidjeti stvarno ponašanje, a ne namjeru ponašanja. Stupanj je edukacije višestruko povezan s odazivom na probir za kolorektalni karcinom te je jedna od mjera preko koje se može zaključivati o socioekonomskom statusu, a također utječe i na znanje o samom karcinomu i programu testiranja (18).

Ispitanici muške i ženske populacije uglavnom slažu da ljudi uglavnom umiru kad im dođe vrijeme i to ništa ne može promijeniti. Ovo se može povezati s činjenicom da ispitanici ne bi htjeli znati da boluju od karcinoma debelog crijeva te bi se naposljetku vjerojatno pomirili s bolešću te su svjesni toga da se karcinom može dogoditi svakome. Europska istraživanja u Španjolskoj i Ujedinjenom Kraljevstvu, pokazuju da je viši stupanj edukacije

povezan s većim odazivom u programima probira (18). Istraživanjem na ispitanicima na području Dubrovačke županije utvrđeno je da na depresiju kod starijih osoba često utječe preseljenje u novu sredinu. Studija na 454 osobe koje su preselile u dom za starije i nemoćne govori kako je 12,6 % novopridošlih imalo depresivni poremećaj, dok je 18 % posto ispitanika imalo depresivne simptome, također je zaključeno kako se depresija kod starijih osoba može javiti kao reakcija na stresove i gubitke povezane sa starosnom dobi (23). Prema mišljenju ispitanika statistički značajan podatak je da osobe s ispodprosječnim prihodima uglavnom se slažu s činjenicom da kad se nešto dogodi, to prihvate, bez obzira o čemu se radi, jesu li zdrave ili bolesne. Veći broj ispitanika smatra da se ništa ne može promjeniti i da sve što se događa je s razlogom. Tako također niskokvalificirane osobe i osobe srednje stručne spreme uglavnom se slažu s izjavom da sve što se događa je Bogom dano, što je ujedno i statistički značajan podatak. Mnoge starije osobe misle kako su sve vrste raka jednako fatalne i kako se zbog toga ništa u terapiji ne može učiniti. Osobe s ispodprosječnim i prosječnim prihodima niti se slažu, niti se ne slažu s izjavom da je otkrivanje raka debelog crijeva je za pacijenta smrtna osuda, također i veći broj niskokvalificiranih ispitanika i ispitanika srednje stručne spreme je istog mišljenja. Mnogi ne pripisuju simptome raku, nego nekim drugim uzrocima ili pak starosti pa i ne traže pomoć liječnika dok već ne bude prekasno. Ipak uspješnost liječenja ovisi primarno o ranom otkrivanju bolesti (22).

U literaturi na području Hrvatske ne spominju se niti su do sada istraživani radovi na temu socioekonomskog statusa povezanog sa stavom o karcinomu debelog crijeva. Dobiveni rezultati predstavljaju dobar temelj na kojemu se trebaju graditi dodatna istraživanja ove aktualne teme. Potrebno je dodatno proširiti i poraditi na edukaciji građanstva kako bi se ukazalo na važnost pravovremenog odaziva na nacionalni test ranog otkrivanja karcinoma debelog crijeva te kako bi uslijed otkrivanja uslijedilo liječenje same bolesti.

6. ZAKLJUČAK

Sukladno cilju rada, ispitano je postoji li razlika u mišljenju o karcinomu debelog crijeva s obzirom na: spol, visinu prihoda i stručnu spremu te postoji li razlika u informiranosti i izvoru informacija o karcinomu debelog crijeva s obzirom na spol.

Temeljem provedenog istraživanja i dobivenih rezultata mogu se izvesti sljedeći zaključci:

- Prema spolu više ispitanika uključenih u istraživanje je ženskog spola te je najmanji broj ispitanika iz većih gradova. Prema stručnoj spremi najviše ispitanika je niskokvalificirano, a prema prihodima najviše ispitanika ima ispodprosječne prihode.
- Prema mišljenju ispitanika o karcinomu debelog crijeva, veći broj ispitanika s ispodprosječnim prihodima uglavnom se slaže da kad se nešto loše dogodi, ne očekuje se da znaju zašto nego da to prihvate, ujedno je i statistički je važan podatak.
- Veći broj niskokvalificiranih ispitanika i ispitanika s ispodprosječnim prihodima, niti se slaže niti se ne slaže da je otkrivanje raka debelog crijeva za pacijenta smrtna presuda, što ujedno nije statistički značajan podatak, ali najveći broj ispitanika sa srednjom stručnom spremom smatra da sve što se događa je Bogom dano, što je ujedno i statistički značajan podatak.
- Veći broj ispitanika nije imao karcinom debelog crijeva, također se i veći broj ispitanika nije odazvao testu na okultno krvarenje.
- Prema informiranosti više ispitanika muškog i ženskog spola je ispodprosječno informirano o karcinomu debelog crijeva, a najviše informacija o karcinomu debelog crijeva dobili su iz medija. Da ne žele nikakve informacije o karcinomu debelog crijeva uglavnom se slaže veći broj ženskog spola, a uglavnom se ne slaže s tim veći broj muškog spola, gdje statistički nema značajne razlike.

7. SAŽETAK

Cilj istraživanja: Ispitati postoji li razlika u mišljenju o karcinomu debelog crijeva s obzirom na: spol, visinu prihoda i stručnu spremu te ispitati postoji li razlika u informiranosti i izvoru informacija o karcinomu debelog crijeva s obzirom na spol.

Ispitanici i metode: U istraživanju su sudjelovali ispitanici muškog i ženskog spola starije životne dobi (>65 god) koji su smješteni u domovima za starije i nemoćne osobe u većim gradovima na području Slavonije. Istraživanje je provedeno anonimnim anketnim upitnikom izrađenim u suradnji s mentorom.

Rezultati: Sudjelovalo je ukupno 100 ispitanika, od kojih 32 muškarca i 68 žena. Najviše je ispitanika niskokvalificirano, njih 46 %. Najveći broj od ukupnog broja ispitanika izjavilo je da je imalo ispodprosječnu plaću i to njih 81 % tijekom zadnjih deset godina radnog staža, a 44 % ispitanika je živjelo na selu. O karcinomu debelog crijeva ispodprosječno je informirano 58 % ispitanika. 61 % ispitanika sa srednjom stručnom spremom smatra da sve što se događa je Bogom dano te da to ništa ne može promijeniti.

Zaključak: Ispitanici oba spola imali su ispodprosječne prihode i većina je ispitanika niskokvalificirana, naročito ispitanici ženskog spola. Ispitanici oba spola ne vole pričati o karcinomu, slabo su informirani i uglavnom se slažu s činjenicom da sve što se događa je Bogom dano te da svi umiru kad dođe njihovo vrijeme za to.

Ključne riječi: karcinom debelog crijeva, socioekonomski status, stručna sprema, prihodi.

8. SUMMARY

Objective: The aim was to examine whether there is a difference in the opinion of colon cancer with regard to: sex, income and level of education thus examine if there is a difference in awareness and source of informations about colon cancer with regard to sex.

Participants and methods: In this study participants were elderly people (both sex, > 65 years) that are placed in nursing homes of larger cities in Slavonia County. The study was conducted through anonymous questionnaires made in cooperation with the mentor and the questionnaire of the European Organization for research and treatment of cancer.

Results: A total of 100 participants were recorded, of which 32 male and 68 female. The majority of participants were low qualified (46 %). The largest number of participants concluded that they had a below-average salary (81 %) during the last ten years of employment, despite 44 % of them lived in the countryside. About the topic of colon cancer 58 % participants were below average informed. 61% of participants with high school qualifications believe that everything that is happening is given by God and it can not change anything.

Conclusion: It was found that participants of both sexes had a below-average income and most of them were low qualified, particularly female participants. Both sexes do not like to talk about cancer, they are poorly informed and generally agree with the fact that everything that happens is God-given and that all die when their time comes for it.

Key wods: colon cancer, socioeconomic status, qualifications, income.

9. LITERATURA

1. Brajković L. Pokazatelji zadovoljstva životom u trećoj životnoj dobi. Disertacija, Zagreb 2010.
2. Jakšić O, Kaluđerović Ž. Poimanje kvaliteta života među studentskom populacijom Univerziteta u Tuzli Fakultet islamskih nauka. Časopis za religijske nauke Kom. 2015;4 (1): 57–77.
3. Pačjak V. Psihologija osoba treće životne dobi. Prosvjeta, Zagreb 2001
4. Roth A, Roth A. Karcinom debelog crijeva. *Medicus*. 2001; 10 (2): 191 – 199
5. Boseti C, Levi F, Rosato V, Bertuccio P, Lucchini F, Negri E, i sur. Recent trends in colorectal cancer mortality in Europe. *Int J Cancer*. 2011; 129 (1):180-191.
6. Šekerija M, Bubanović LJ, Glamočanin S, Novak P, Šelendić Đ. Registar za rak Republike Hrvatske. Incidencija raka u Hrvatskoj 2013. Bilten br. 38. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo. 2015.
7. Šamaija M, Nemet D, i sur. Potporno i palijativno liječenje onkoloških bolesnika. Medicinska naklada. Zagreb, 2010. str: 469.
8. Damjanov I, Jukić S, Nola M. Patologija. 2. Izd. Zagreb: Medicinska naklada; 2008.
9. Vrhovac B, Reiner Ž, Jakšić B, Vucelić B. Interna medicina, 4. Izd. Zagreb: Naklada Ljevak; 2008.
10. Bergman Marković B. Prevencija i rano otkrivanje karcinoma debelog crijeva. *Acta Med Croatica*. 2015; 69: 365-371
11. Poljičanin T, Benjak T. Hrvatski zdravstveno statistički ljetopis za 2014. godinu. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo. 2014.
12. Brkić T. Programi prevencije kolorektalnog karcinoma. *Medicus*. 2012;21 (2): 211-214.
13. Prpić I, i sur. Kirurgija za medicinare. 3. izd. Zagreb: Školska knjiga. 2005.
14. Kinsella AR., Schofield PF. Colorectal cancer: A scientific perspective. 1. izd. New York: Cambridge University press. 1993.
15. Bologna M. Biotargets of cancer in current clinical practice. L' Aquila: Humana press. 2012.
16. Young A, Hobbs R, Kerr D. ABC of colorectal cancer. 2. izd. New York: Wiley Blackwell. 2011.
17. Štimac D, Katičić M, Kujundžić M, Ljubičić N, Poropat G, Bokun T. Značaj ranog

- otkrivanja raka debelog crijeva. *Medicina*. 2008; 44 (1): 7-15.
18. Čukelj P, Antoljak N, Nakić D, Šupe Parun A, Šekerija M, Erceg M. Pregled europskih istraživanja o razlozima neodaziva ciljne populacije u preventivnim programima ranog otkrivanja raka. *Hrvatski časopis za javno zdravstvo*. 2016;12(45):113-125.
19. Wardle J, McCaffery K, Nadel M, Atkin W. Socioeconomic differences in cancer screening participation: comparing cognitive and psychosocial explanations. *Soc Sci Med*. 2004;59(2):249-61.
20. Marušić M. i sur. *Uvod u znanstveni rad u medicini*. 4. izd. Udžbenik. Zagreb:Medicinska naklada; 2008.
21. Miles A, Rainbow S, Wagner C. Cancer Fatalism and Poor Self-Rated Health Mediate the Association between Socioeconomic Status and Uptake of Colorectal Cancer Screening in England. *American Association for Cancer Research*. 2011;20(10):2132-2140
22. Strnad M. Starija životna dob i rak. *Medicus*. 2005;14(2):251-256
23. Budimir A. Učestalost depresije u starijoj životnoj dobi na području grada Dubrovnika. *Sestrinski glasnik*. 2016;21:144-147

10. ŽIVOTOPIS

Marija Šag, bacc.med.techn.

Stručni učitelj zdravstvene njege u Srednjoj medicinskoj školi Slavonski Brod

Datum i mjesto rođenja: 10.05.1989., Đakovo

Adresa stanovanja: Lička 12, 31400 Đakovo

Kontakt telefon: 098/949 0143

E-mail: marijajosipovic89@gmail.com

OBRAZOVANJE:

2014-danas: Diplomski studij sestrinstva, Medicinski fakultet Osijek

2015. Položen stručni ispit za strukovnu učiteljicu

2014. Položen stručni ispit za medicinsku sestru više stručne spreme

2013. Pedagoško-psihološko-didaktičko-metodička izobrazba, Filozofski fakultet u Osijeku,
Osijek (Hrvatska)

2010. – 2012. Stručni studij sestrinstva, Medicinski fakultet Osijek

2009. Položen stručni ispit za medicinsku sestru srednje stručne spreme

2008. – 2009. Pripravnički staž medicinska sestra/tehničar u KBC Osijek

2004. – 2008. Medicinska škola Osijek, medicinska sestra/tehničar

RADNO ISKUSTVO:

15/01/2014–danas Stručni učitelj zdravstvene njege - VŠS Srednja medicinska škola,
Slavonski Brod (Hrvatska)

03/06/2013–30/11/2013 Medicinska sestra - SSS Ustanova za zdravstvenu njegu u kući
Jadranka Plužarić, Osijek (Hrvatska)

15/10/2008–14/10/2009 Medicinska sestra - SSS Klinički bolnički centar Osijek, Osijek
(Hrvatska)

CERTIFIKATI:

Certifikat za sudjelovanje na projektu Erasmus+ "Work, Research and Innovation for the Tomorrow Education", Sevilla (Španjolska) Sudjelovanje na Erasmus + projektu.

Certifikat iz španjolskog jezika A1 levela

Certifikat iz njemačkog jezika A1 levela

TEČAJEVI/EDUKACIJE:

Edukacija: Izazovi i mogućnosti razvoja projekata usmjerenih ka ruralnom razvoju Lokalne akcijske grupe Posavina u programskom razdoblju 2014.-2020. Upravljanje projektnim ciklusom. – Centar za tehnološki razvoj, Razvojna agencija Brodsko-posavske županije.

Sudjelovanje na tečaju Društva za hospicijsku i palijativnu zdravstvenu njegu HUMS-a.

ČLANSTVA:

Hrvatska komora medicinskih sestara od 2010.

Hrvatska udruga medicinskih sestara od 2014.

Nezavisni sindikat zaposlenih u srednjim školama RH

11. PRILOZI

Prilog 1: Anketni upitnik

Anketni upitnik

Jeste li bili na kolonoskopiji	DA/NE
Jeste li primjetili krv u stolici	DA/NE
Uzimate li lijekove za srce ili tlak	DA/NE
Uzimate li lijekove za smirenje	DA/NE
Uzimate li lijekove za šećernu bolest	DA/NE

Informiranost:

Mislim da sam informiran o raku debelog crijeva *ispodprosječno / prosječno / iznadprosječno*

Informacije o raku debelog crijeva dobio sam *od liječnika / iz medija / od prijatelja*

Pitanja vezana uz stav o raku debelog crijeva:

1. Ne volim pričati o raku

u potpunosti se slažem / slažem se / ne znam / ne slažem se / nimalo se ne slažem

2. U novinama preskačem članke o raku

u potpunosti se slažem / slažem se / ne znam / ne slažem se / nimalo se ne slažem

3. Ne gledam filmove u kojima glavni likovi imaju rak

u potpunosti se slažem / slažem se / ne znam / ne slažem se / nimalo se ne slažem

4. Ne želim više nikakve informacije o raku

u potpunosti se slažem / slažem se / ne znam / ne slažem se / nimalo se ne slažem

5. Rak debelog crijeva se može dogoditi svakome

u potpunosti se slažem / slažem se / ne znam / ne slažem se / nimalo se ne slažem

6. Rak debelog crijeva je često izlječiv

u potpunosti se slažem / slažem se / ne znam / ne slažem se / nimalo se ne slažem

7. Odaziv na pretage koje omogućuju rano otkrivanje raka debelog crijeva može značajno povećati preživljenje

u potpunosti se slažem / slažem se / ne znam / ne slažem se / nimalo se ne slažem

8. Ovih dana, mnogi ljudi s rak debelog crijeva mogu očekivati nastavak normalnih aktivnosti i odgovornosti

u potpunosti se slažem / slažem se / ne znam / ne slažem se / nimalo se ne slažem

9. Otkrivanje raka debelog crijeva je za pacijenta smrtna osuda

u potpunosti se slažem / slažem se / ne znam / ne slažem se / nimalo se ne slažem

10. Ne bih želio znati da imam rak debelog crijeva

u potpunosti se slažem / slažem se / ne znam / ne slažem se / nimalo se ne slažem

11. Kolonoskopija je gora od samog raka

u potpunosti se slažem / slažem se / ne znam / ne slažem se / nimalo se ne slažem

12. Ni po cijenu života ne bih pristao na stoma vrećicu

u potpunosti se slažem / slažem se / ne znam / ne slažem se / nimalo se ne slažem

13. Kad se nešto lose dogodi, ne očekuje se da znam zašto nego da to prihvatim

u potpunosti se slažem / slažem se / ne znam / ne slažem se / nimalo se ne slažem

14. Ljudi umiru kad im dođe vrijeme i to ništa ne može promijeniti

u potpunosti se slažem / slažem se / ne znam / ne slažem se / nimalo se ne slažem

15. Sve što se događa je Bogom dano

u potpunosti se slažem / slažem se / ne znam / ne slažem se / nimalo se ne slažem

16. Ako se nešto lose dogodi to je stvar sudbine

u potpunosti se slažem / slažem se / ne znam / ne slažem se / nimalo se ne slažem