

Коваль А.А., Гржибовський Я.Л.,
Любінець О.В., Савченко А.А.

Колоректальний рак та його скринінг: рівень обізнаності населення за результатами анкетування

Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького, м. Львів, Україна

Koval A.A., Hrzhybovskyy Ya.L.,
Lyubinets O.V., Savchenko A.A.

Colorectal cancer and its screening: the level of public awareness according to the survey results

Danylo Halytsky Lviv National Medical University,
Lviv, Ukraine

andrew1996lviv.net@gmail.com

Вступ

Колоректальний рак (КРР) є третім за поширеністю онкологічним захворюванням у світі як серед чоловіків (1 069 306 випадків, 10,4% від загальної кількості), так і серед жінок (856 830 випадків, 8,9% від загальної кількості) [1].

В Європі у 13–15% пацієнтів діагностують рак на ранніх стадіях (передракові стани та I стадія). У понад 55% випадків КРР виявляється на III–IV стадіях, з них у 24% діагностують на IV стадії [2]. Загальна 5-річна виживаність у разі I стадії захворювання становить 90%, а у разі метастатичної IV стадії цей показник становить лише 10%.

Згідно з даними Національного канцер-реєстру України, у 2021 році було зареєстровано 8300 вперше виявлених випадків раку ободової кишки та 7148 – прямої кишки. Захворюваність на рак ободової кишки у 2021 році становила 20,9 на 100 тис. населення, на рак прямої кишки – 18,1 на 100 тис. населення. Загальний показник смертності становив 10,0 на 100 тис. населення для раку ободової кишки та 8,8 на 100 тис. населення для раку прямої кишки. Для порівняння: стандартизований світовий показник для цих нозологій становив 5,6 та 5,0 на 100 тис. населення відповідно [3]. У 28,3% випадків із виявленим раком ободової кишки та у 22,2% із раком прямої кишки пацієнти не прожили і одного року з моменту встановлення у них захворювання. Спеціальним лікуванням охоплено 72,1% пацієнтів з раком ободової кишки та 76,8% з раком прямої кишки. В Україні спостерігається низька залученість населення до профілактичних оглядів, внаслідок чого спостерігається низький рівень виявлення злоякісних новоутворень ободової та прямої кишок, анусу. У 2021 році на профілактичних оглядах виявлено 5,2% випадків раку ободової кишки та 28,0% випадків раку прямої кишки [3]. Для порівняння у 2019 році було зареєстровано 9311 виявлених випадків раку ободової кишки та 7655 – прямої кишки. Захворюваність

на рак ободової кишки становила 23,6 на 100 тис. населення, на рак прямої кишки – 19,4 на 100 тис. населення. Загальний показник смертності становив 11,3 на 100 тис. населення для раку ободової кишки та 9,8 на 100 тис. населення для раку прямої кишки.

Співставлення значень показників 2021 та 2019 років підкреслює, що захворюваність на КРР у 2021 році нижча за передпандемічний рівень у середньому на 10%. Це вказує на вплив карантинних обмежень пандемії COVID-19. На роботу закладів охорони здоров'я і системи реєстрації раку в 2022 році вплинули широкомасштабні воєнні дії на території України.

Пандемія COVID-19 призвела до зниження рівня участі населення у скринінгу та, відповідно, до запізнілого виявлення злоякісних новоутворень (ЗН) [4–6]. Ця ситуація підкреслює нагальну потребу медичним працівникам і фахівцям з управління адаптувати свої стратегії для пом'якшення цих наслідків і заохочення населення до відновлення регулярного скринінгу [7; 8]. Разом із тим КРР можна успішно лікувати, якщо його діагностувати на ранніх стадіях. Своєчасне видалення поліпів та передракових утворень під час колоноскопії допомагає попередити розвиток і прогресування хвороби.

Обізнаність про КРР та його скринінг як серед населення загалом, так і серед лікарів загальної практики – сімейних лікарів (ЛЗП–СЛ) та управлінців системи охорони здоров'я має вирішальне значення для збільшення рівня залученості населення до скринінгу і, зрештою, веде до зниження показників смертності, пов'язаних з цим захворюванням.

Мета дослідження – оцінити рівень обізнаності населення щодо КРР та його скринінгу. Результати опитування використати як доказові для опрацювання санітарно-просвітніх заходів превентивного характеру.

Об'єкт, матеріали і методи дослідження

Проведено соціологічне опитування 1102 осіб, населення трьох областей західного регіону

(Львівської, Волинської та Рівненської областей) віком 45–75 років, для визначення рівня їхньої обізнаності щодо КРР та його скринінгу.

Анкетування було добровільним, анонімним, складалось із 27 запитань для визначення рівня обізнаності щодо симптомів, факторів ризику та методів скринінгу КРР [9]. Використано дихотомічні питання, а також питання закритої та напівзакритої форми. Опитування проводили впродовж 2024 року.

Обробка даних: дані опрацьовані за допомогою програми Excel і представлені у вигляді відсоткових значень та їх похибок. На основі отриманих даних та проведеного розрахунку коефіцієнта рангової кореляції Спірмена виділено результати, які мають статистично значущі відмінності. Використано такі методи дослідження: системного аналізу та логічного узагальнення, бібліосемантичний, соціологічний, аналітичний, статистичний.

Результати дослідження

Якісна характеристика респондентів цього опитування представлена в таблиці 1.

Таблиця 1

Якісна характеристика респондентів

Критерії	Число спостережень	Відсоток та його похибка
Місце проживання:		
Волинська область	384	34,85±1,44%
Львівська область	383	34,75±1,43%
Рівненська область	335	30,40±1,39%
Стать:		
Чоловіча	465	42,20±1,49%
Жіноча	637	57,80±1,49%
Вік:		
45–49	332	30,13±1,38%
50–59	341	30,94±1,39%
60–69	275	24,95±1,30%
70–75	154	13,97±1,04%
Місцевість проживання:		
Місто	512	46,46±1,50%
Село	590	53,54±1,50%
Рівень освіти:		
Неповна середня	96	8,71±0,85%
Середня	318	28,86±1,36%
Середня спеціальна	291	26,41±1,33%
Незакінчена вища	95	8,62±0,85%
Вища	302	27,40±1,34%
Сімейний стан:		
Одружений (-а)	735	66,70±1,42%
Неодружений (-а)	367	33,30±1,42%

Респонденти вказали, що найбільше ознайомлені із такими симптомами КРР:

- кров у випорожненнях: 623 респонденти (56,53±1,49%);
- тривалі закрепи та часті діареї: 464 респонденти (42,11±1,49%);
- «безпричинна» втрата ваги: 462 респонденти (41,92±1,49%);

– біль та дискомфорт у животі: 446 респондентів (40,47±1,48%);

Найвищий рівень обізнаності респондентів про симптом «кров у випорожненнях» (найвищий серед іншої симптоматики) відзначили опитані з вищою (66,23±2,72%) та середньою спеціальною освітою (66,32±2,77%), а найнижчий рівень спостерігався серед осіб із неповною середньою освітою (39,58±4,99%). При цьому статистично значущі відмінності зафіксовано між групою респондентів з вищою освітою та іншими рівнями освіти ($p \leq 0,001$). Жінки виявились краще обізнаними щодо цього симптому (61,85±1,92%) порівняно з чоловіками (49,25±2,32%, $p \leq 0,001$).

Безпричинну втрату ваги як симптом КРР особи із вищою освітою зазначали частіше (53,64±2,87%), ніж респонденти із неповною середньою освітою (25,00±4,42%). Статистично вагомі відмінності ($p \leq 0,001$) виявлено між групами осіб з неповною середньою та вищою, середньою та вищою, а також незакінченою вищою і вищою освітою. Жінки частіше за чоловіків зазначали симптом «тривалі закрепи чи часті діареї» (47,57±1,98% проти 34,62±2,21%, $p \leq 0,001$). Серед респондентів, що знали про рекомендований вік скринінгу КРР, рівень знання про безпричинну втрату ваги вищий (51,02±2,38%) порівняно з необізнаними (35,85±1,87%, $p \leq 0,001$). Кореляційний аналіз за Спірменом показав позитивний зв'язок середньої сили між знанням про кров у випорожненнях та безпричинну втрату ваги ($r=0,51$), що свідчить про взаємну обізнаність цих симптомів серед респондентів.

Відповідь «Я не знайомий (-а) із симптомами» вказали 219 респондентів із загальної вибірки і становить 19,87±1,20% від загальної популяції, що свідчить про те, що майже кожен п'ятий громадянин віком понад 45 років необізнаний щодо симптомів КРР. Найбільше таку відповідь в опитуванні вибрали знову ж таки респонденти із Рівненської області.

Значна частина населення, а це 501 особа (45,46±1,50%), залишається необізнаною щодо скринінгу КРР, однак більше половини респондентів, 601 особа (54,54±1,50%), є поінформованими. Водночас більшість респондентів (661 – 59,98±1,48%) не знають про рекомендований вік для початку проходження скринінгу.

Близько половині опитаних відомі такі фактори ризику виникнення КРР, як рак товстої кишки, серед членів сім'ї (550 осіб – 49,91±1,51%) та наявність поліпів або запальних захворювань товстої кишки в минулому (502 – 45,55±1,50%), 260 респондентів (23,59±1,28%) вказали, що не знають про жодні фактори ризику розвитку КРР.

Аналізуючи розподіл відповідей на питання щодо зручних джерел отримання інформації про рак товстої кишки та його скринінг, абсолютна більшість респондентів віддає перевагу отриманню інформації від сімейного лікаря (784 респонденти – 71,14±1,36%), що вказує на високий рівень довіри населення до ЛЗП/СМ та підкреслює важливість їхньої ролі у донесенні інформації про скринінг.

Сімейного лікаря як основне джерело інформування про рак товстої кишки та його скринінг вказали 72,04±2,08% чоловіків і 70,49±1,81% жінок, без статистично значущих гендерних відмінностей ($p \geq 0,05$). За рівнем освіти велика кількість респондентів, які вказали сімейного лікаря як пріоритетне джерело, спостерігається серед осіб із вищою освітою (73,51±2,54%), а найменше – серед респондентів із незакінченою вищою (58,95±5,05%) та середньою освітою (68,24±2,61%). Статистично значущі відмінності зафіксовано між середньою спеціальною та вищою, а також незакінченою вищою та вищою освітою ($p \leq 0,01$). Сімейний лікар є ключовим джерелом інформації для 81,41±1,85% поінформованих про рекомендований вік скринінгу, тоді як серед необізнаних цей показник значно нижчий – 64,30±1,86% ($p \leq 0,001$).

Близько третини респондентів вважають теле-і радіоресурси, а також ресурси мережі Інтернет (372 респонденти – 33,76±1,42%; 376 респондентів – 34,12±1,43% відповідно) ефективними засобами поширення інформації, що вказує на доцільність активного використання цих ресурсів для поширення інформації.

Інтернет-ресурси є важливим джерелом інформованості про КРР та його скринінг для 43,05±2,85% осіб із вищою освітою, тоді як серед респондентів із неповною середньою освітою цей показник нижчий – 21,88±4,22%. Статистично значущі відмінності зафіксовано між групами з неповною середньою та вищою, середньою та вищою, а також незакінченою вищою і вищою освітою ($p \leq 0,001$). Жіноча частина популяції користується мережею Інтернет частіше для отримання інформації (37,99±1,92%) порівняно з чоловічою (28,82±2,10%), що є статистично значущим ($p \leq 0,01$).

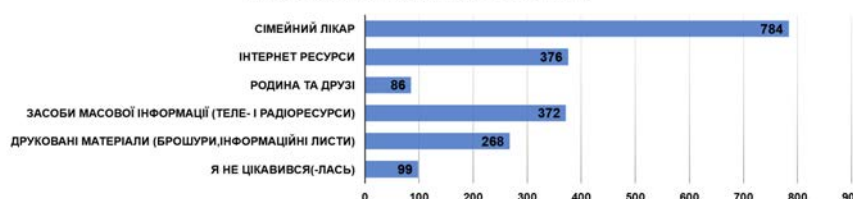
Засоби масової інформації (ЗМІ) як джерело медичної інформації найчастіше вибирають респонденти з вищою (35,10±2,75%) та середньою спеціальною освітою (36,08±2,82%). Це джерело менше вказували особи з неповною середньою (30,21±4,69%)

та незакінченою вищою освітою (24,21±4,39%). Статистично значущі відмінності зафіксовано між респондентами із середньою спеціальною та незакінченою вищою, а також між незакінченою вищою і вищою освітою ($p \leq 0,05$), тому рівень освіти є фактором, що впливає на вибір ЗМІ як джерела інформації. Рівень використання ЗМІ для отримання інформації про КРР та його скринінг майже однаковий серед чоловіків (34,41±2,20%) і жінок (33,28±1,87%), без статистично значущих відмінностей.

Четверта частина респондентів вважають, що друковані матеріали є зручним джерелом для отримання інформації (268 респондентів – 24,32±1,29%) та залишаються затребуваними, особливо у сільській місцевості (155 респондентів із 268 – 57,84±3,02%), що вказує на важливість ефективного використання «малих медіа», таких як брошури та відеоролики.

Значна частина респондентів (99 респондентів – 8,98±0,86%) зізналися, що не цікавляться цією темою, що свідчить про низьку мотивацію до пошуку інформації у частини опитаних та про необхідність активних кампаній із популяризації теми скринінгу та його важливості (рис. 1). Відсутність зацікавленості щодо раку товстої кишки та його скринінгу є більш характерною для осіб із нижчим рівнем освіти. Найбільший відсоток спостерігається серед осіб із незакінченою вищою освітою (17,89±3,93%), тоді як найменше – серед респондентів із вищою освітою (3,78±1,12%). Статистично значущі відмінності між освітніми групами $p \leq 0,01$. Лише 0,91% ±0,45% респондентів, які обізнані про рекомендований вік проходження скринінгу, зазначили відсутність зацікавленості такою темою. Натомість серед необізнаних цей показник значно вищий – 14,37±1,36% ($p \leq 0,001$). Це вказує на прямий зв'язок між рівнем обізнаності та недостатньою поінформованістю про скринінг і зацікавленістю у попередженні захворювання. Отримані результати вказують на потребу в активному інформуванні населення, зокрема

З яких джерел було б Вам зручніше отримувати інформацію про рак товстої кишки та його скринінг?



З яких джерел було б Вам зручніше отримувати інформацію про рак товстої кишки та його скринінг?	Число спостережень	Відсоток + похибка
Я не цікавився(-лась)	99	8,98±0,86%
Друковані матеріали (брошури, інформаційні листи)	268	24,32±1,29%
Засоби масової інформації (теле- і радіоресурси)	372	33,76±1,42%
Родина та друзі	86	7,80±0,81%
Інтернет ресурси	376	34,12±1,43%
Сімейний лікар	784	71,14±1,36%

Рис. 1. Відповіді респондентів на запитання «З яких джерел було б Вам зручніше отримувати інформацію про рак товстої кишки та його скринінг?»

чоловіків, які демонструють низький рівень обізнаності та зацікавленості про КРР та його скринінг.

Загалом результати підкреслюють потребу в комплексному підході, який включає використання різних каналів комунікації, орієнтованих на цільову аудиторію, для підвищення рівня обізнаності та мотивації до участі у скринінгу.

Респонденти вказали основні перешкоди для проходження скринінгу: страх перед процедурою та недостатність інформації про скринінг (771 осіб – $69,96 \pm 1,38\%$ та 486 осіб – $44,10 \pm 1,50\%$ відповідно), що вказує на необхідність проведення освітніх кампаній для підвищення поінформованості населення про важливість скринінгу, його безпечність і ефективність. Страх, занепокоєння щодо процедури через можливий дискомфорт чи біль відзначили ($76,16 \pm 2,45\%$) осіб із вищою освітою та із середньою спеціальною ($75,95 \pm 2,51\%$), тоді як серед респондентів із неповною середньою ($62,50 \pm 4,94\%$) та незакінченою вищою освітою ($57,89 \pm 5,07\%$) цей показник значно нижчий. Статистично вагомі відмінності зафіксовано між групами ($p \leq 0,01-0,001$). Розподіл відповідей за статтю не виявив статистично значущих відмінностей. Незалежно від рівня обізнаності про рекомендований вік скринінгу страх перед обстеженням залишається поширеною проблемою серед респондентів, без суттєвої різниці між групами.

Недостатність інформації про скринінг як перешкоду для його проходження зазначили $51,04 \pm 5,10\%$ респондентів із неповною середньою освітою. В інших групах цей показник у межах від $39,07 \pm 2,81\%$ (вища освіта) до $49,47 \pm 5,13\%$ (незакінчена вища освіта). Статистично значущі відмінності зафіксовано між респондентами з неповною середньою та вищою освітою ($p \leq 0,05$), а також між тими, хто має середню та вищу освіту ($p \leq 0,05$). Гендерних відмінностей не виявлено.

Значна частка опитуваних (318 осіб – $28,86 \pm 1,36\%$) вказала як перешкоду до проходження скринінгу КРР відсутність рекомендацій від сімейних лікарів, з чого випливає, що сімейний лікар відіграє ключову роль у скеруванні пацієнтів на скринінгові обстеження. Цей фактор менш поширений, ніж інші, і варіюється від $26,73 \pm 2,48\%$ серед осіб із середньою освітою до $31,46 \pm 2,67\%$ серед людей із вищою освітою та $33,33 \pm 4,81\%$ у групі з незакінченою вищою освітою, без значущих відмінностей між освітніми групами ($p > 0,05$). Гендерний аналіз показав, що цей бар'єр частіше зазначали чоловіки ($32,69 \pm 2,18\%$) порівняно з жінками ($26,06 \pm 1,74\%$), зі статистично значущою різницею ($p \leq 0,05$), що може вказувати на нижчий рівень взаємодії чоловіків із лікарями. Серед поінформованих про рекомендований вік скринінгу цей фактор згадали $19,50 \pm 1,89\%$ респондентів, тоді як серед непоінформованих – $35,10 \pm 1,86\%$ ($p \leq 0,001$), що підтверджує важливість лікарів у мотивації пацієнтів до скринінгу.

Лише невелика частка респондентів (25 осіб – $2,27 \pm 0,45\%$) самостійно вказала у відкритому варіанті відповіді «Інше (будь ласка, вкажіть)», що не бачить

жодних бар'єрів для проходження процедури, що вказує на потенціал для збільшення охоплення скринінгом за умови усунення інших бар'єрів.

Вивчаючи обізнаність населення про методи скринінгу КРР, більшість респондентів (442 осіб – $40,10\% \pm 1,48\%$) знали про два основні методи скринінгу (аналіз калу на приховану кров (АКПК) і колоноскопію). Колоноскопія як метод відома для 812 респондентів ($73,68\% \pm 1,33\%$) сумарно, серед тих, хто знає лише про колоноскопію, так і серед тих, хто знає про обидва методи. Лише 92 респонденти ($8,35 \pm 0,83\%$) знають про АКПК як єдиний спосіб, що свідчить про необхідність ширшого висвітлення цього доступного, неінвазивного і важливого для більшості населення методу як першого етапу скринінгу. До того ж 198 респондентів ($17,97 \pm 1,16\%$) зазначили, що не знають про жодні методи скринінгу КРР (рис. 2).

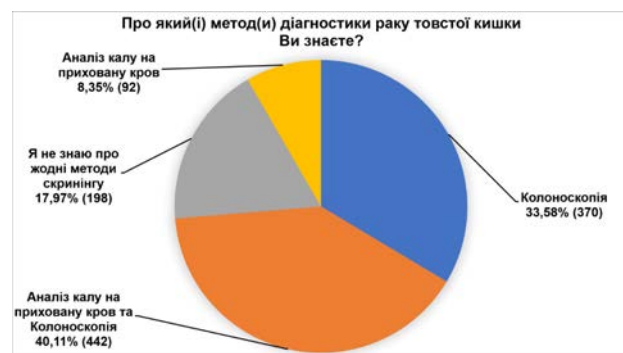


Рис. 2. Розподіл відповідей про відомі респондентам методи діагностики раку товстої кишки

Провівши аналіз відповідей щодо знання методів діагностики, виявлено, що аналіз калу на приховану кров відомий $54,30 \pm 2,87\%$ особам із вищою освітою та $53,95 \pm 2,92\%$ особам із середньою спеціальною освітою. Для інших груп значення становлять $41,05 \pm 5,05\%$ (респонденти із незакінченою вищою освітою), $41,19 \pm 2,76\%$ (респонденти із середньою освітою), $44,79 \pm 5,08\%$ (респонденти із неповною середньою освітою). Статистично значущі відмінності виявлено між групами з неповною середньою та вищою освітою ($p \leq 0,001$), а також між незакінченою вищою та вищою освітою ($p \leq 0,001$). Жінки обізнані краще про цей метод ($52,59 \pm 1,98\%$) порівняно з чоловіками ($42,80 \pm 2,29\%$), $p \leq 0,001$. Значний розрив у рівні обізнаності спостерігається залежно від знання про рекомендований вік скринінгу: серед поінформованих цей показник становить $69,61 \pm 2,19\%$, тоді як серед необізнаних – лише $34,34 \pm 1,85\%$ ($p \leq 0,001$). Це підтверджує, що знання про рекомендований вік скринінгу тісно пов'язане із загальною обізнаністю про методи діагностики.

Про колоноскопію як метод скринінгу знають $84,77 \pm 2,07\%$ осіб із вищою освітою, $77,66 \pm 2,44\%$ – із середньою спеціальною, $69,81 \pm 2,57\%$ – із середньою, $61,46 \pm 4,97\%$ – із неповною середньою та $51,58 \pm 5,13\%$ – із незакінченою вищою освітою. Статистично значущі

відмінності між групами ($p \leq 0,05-0,001$) підтверджують залежність рівня обізнаності про цей метод від рівня освіти. Жінки краще знають про колоноскопію ($78,18 \pm 1,64\%$) порівняно з чоловіками ($67,53 \pm 2,17\%$), $p \leq 0,001$. Обізнаність також суттєво вища серед респондентів, яким відомий рекомендований вік проведення скринінгу ($86,85 \pm 1,61\%$), ніж серед необізнаних ($64,9 \pm 1,85\%$), $p \leq 0,001$, та підкреслює вплив загальної поінформованості на знання про методи діагностики.

Варто зазначити, що певний відсоток респондентів не знає жодного методу скринінгу, зокрема найбільше таких серед осіб із незакінченою вищою освітою ($33,68 \pm 4,85\%$) порівняно з респондентами з вищою освітою ($10,93 \pm 1,80\%$), $p \leq 0,001$. Чоловіки менш обізнані щодо методів скринінгу ($24,30 \pm 1,91\%$) порівняно із жінками ($13,34 \pm 1,35\%$), $p \leq 0,001$, що вказує на необхідність цільових інформаційних кампаній для чоловіків. Серед обізнаних про рекомендований вік проходження скринінгу лише $2,04\% \pm 0,67\%$ не знають жодного методу діагностики, тоді як серед необізнаних цей показник значно вищий – $28,59\% \pm 1,76\%$, $p \leq 0,001$, що підтверджує проблему недостатньої поінформованості серед населення.

Досліджуючи детальніше обізнаність населення стосовно АКПК, було отримано такі результати:

- лише чверть респондентів ($281 - 25,50 \pm 1,31\%$) знає про можливість виконання АКПК за допомогою «домашнього» набору, що свідчить про недостатнє інформування населення про сучасні, доступні методи діагностики;
- незважаючи на низьку обізнаність, більшість респондентів ($70,24 \pm 1,38\%$) вважають такі набори зручними, що свідчить про потенційну високу прийнятність таких тестів, якщо їх популяризувати та донести інформацію про такий метод населенню;

- лише 335 респондентів ($30,40 \pm 1,39\%$) вказали, що здавали АКПК в умовах лабораторії і це вказує на обмежене використання базових скринінгових інструментів, таких як АКПК.

Звертає на себе увагу низька частота проходження колоноскопії. Лише 318 респондентів ($28,86 \pm 1,36\%$) пройшли колоноскопію, що є критично низьким показником, враховуючи роль цього методу у виявленні передракових та ракових уражень товстої кишки. Серед тих, хто проходив колоноскопію, найбільша частка респондентів зробила це в межах останніх 5 років (до 1 року часу – 89 респондентів – $8,08 \pm 0,82\%$; в межах 2–5 років – 117 респондентів – $10,62 \pm 0,93\%$). Часовий розподіл проходження колоноскопії населенням показано на рисунку 3.

Обговорення результатів дослідження

Роль сімейного лікаря особливо важлива, оскільки він часто є першою контактною особою для пацієнтів і може впливати на ставлення щодо скринінгу за допомогою рекомендацій та інформування. Опитування показали, що більшість людей вважають, що скринінг слід

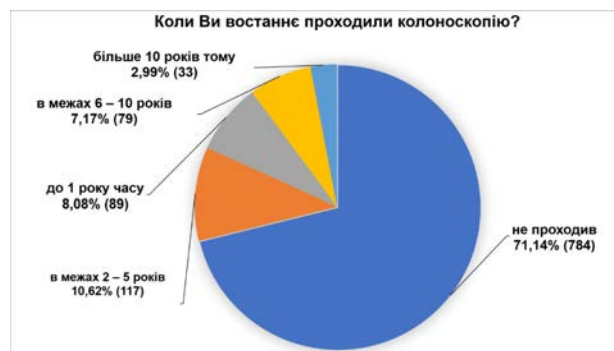


Рис. 3. Часовий розподіл проходження колоноскопії населенням трьох областей західного регіону

проводити лише у разі появи симптомів, а не дотримуватися рекомендацій, наданих медичними працівниками, які призначають скринінг починаючи із 45-річного віку або раніше для осіб з високим ризиком [10–12].

Дослідження вказує, що рекомендація сімейного лікаря та освітні ініціативи, спрямовані на підвищення обізнаності населення про фактори ризику, симптоми та переваги скринінгу КРР, є одним з найвагоміших предикторів впливу на прийняття рішення пройти скринінг [13; 14]. Інформаційно-просвітницькі ініціативи на рівні громад довели свою ефективність у підвищенні обізнаності про скринінг КРР серед населення, яке зазвичай недостатньо охоплене скринінгом та вказує на низький рівень медичної грамотності населення. Програми, які залучають медичних працівників для проведення цільової освіти, продемонстрували підвищення рівня участі цільової популяції у скринінгу [15–18].

Брак системних знань серед медичних працівників може перешкоджати належному інформуванню населення та популяризації скринінгу. Дослідження показують, що багато сімейних лікарів не досить обізнані з останніми настановами щодо скринінгу, що може призвести до непослідовних рекомендацій [19]. Тому необхідна безперервна освіта та навчання лікарів первинної ланки для надання ними достовірної інформації та заохочення своїх декларантів до участі у скринінгових програмах [20; 21].

Перспективи подальших досліджень

Перспективи подальших досліджень полягають у розробленні нових напрямів залучення населення до скринінгу КРР на етапі доклінічних проявів.

Висновки

Бар'єри для скринінгу КРР серед населення зберігаються, основним з яких є хибні уявлення про процес скринінгу та страх перед процедурами. Подолання цих перешкод вимагає багатовекторного підходу, а саме кампанії з питань інформування громадськості, створення освітніх ресурсів та інформаційно-просвітницьких

програм для цільової групи населення, інформуючи про переваги АКПК, колоноскопії та підкреслюючи їхній взаємодоповнюючий вплив у процесі скринінгу.

Підвищення обізнаності про КРР та його скринінг сприяє збільшенню участі населення у програмах скринінгу, що, своєю чергою, веде до зниження рівня захворюваності та смертності [12]. Реалізація освітніх і комунікаційних стратегій, подолання бар'єрів на шляху до скринінгу та активне залучення сімейного лікаря дозволяють досягти необхідного рівня участі населення та зменшити тягар КРР.

Фахівці з управління охороною здоров'я також повинні бути залучені до популяризації скринінгу

на КРР та сприяти їх впровадженню, щоб забезпечити ефективний розподіл ресурсів у залученні груп населення, які не охоплені скринінгом. Дослідження показали, що системи охорони здоров'я, які інтегрують дорожні карти та медичну едукацію населення у свої програми скринінгу, мають вищі показники залученості [22].

Таким чином, рекомендовано системі охорони здоров'я якнайширше залучати сучасні технології, зокрема інформаційні системи нагадування та послуги телемедицини, що сприятиме залученню населення до участі у програмах скринінгу та подальшому нагляду за дотриманням його перебігу.

Література

1. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, et al. Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. 2024. [Інтернет]. Доступно на: <https://gco.iarc.who.int/today>.
2. Ferlizza E, Solmi R, Sgarzi M, Ricciardiello L, Lauriola M. The Roadmap of Colorectal Cancer Screening. *Cancers* (Basel). 2021;13(5):1101. Published 2021 Mar 4. <https://doi.org/10.3390/cancers13051101>.
3. Федоренко ЗП, Гулак ЛЮ, Михайлович ЮЙ та ін. Рак в Україні, 2021–2022. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби. Бюлетень Національного канцер-реєстру України. № 24. [Інтернет]. Доступно на: http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_24/index.htm (дата звернення: 16.09.2023).
4. Park JJ. Influence of the COVID-19 Pandemic on the Treatment Patterns and Outcomes of Colorectal Cancer. *Ewha Med J*. 2023;46(s1):e28. <https://doi.org/10.12771/emj.2023.e28>.
5. Yoo BS, Patel A, Houston KV, Vargas A, Vilela Sangay AR, D'Souza SM, et al. The impact of COVID-19 pandemic on diagnosis and management of gastrointestinal cancers. *Explor Med*. 2023;4:356–62. <https://doi.org/10.37349/emed.2023.00147>.
6. Worthington J, Sun Z, Fu R, Lew JB, Chan KKW, et al. COVID-related disruptions to colorectal cancer screening, diagnosis, and treatment could increase cancer Burden in Australia and Canada: A modelling study. *PLOS ONE*. 2024. 19(4): e0296945. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0296945>.
7. Concepcion J, Yeager M, Alfaro S, et al. Trends of Cancer Screenings, Diagnoses, and Mortalities During the COVID-19 Pandemic: Implications and Future Recommendations. *The American Surgeon*. 2022;89(6):2276–2283. DOI: 10.1177/00031348221091948.
8. Park H, Seo SH, Park JH, et al. The impact of COVID-19 on screening for colorectal, gastric, breast, and cervical cancer in Korea. *Epidemiol Health*. 2022;44:e2022053. <https://doi.org/10.4178/epih.e2022053>.
9. Коваль АА, Гржибовський ЯЛ. «Карта оцінки обізнаності населення щодо злоякісних захворювань органів травного тракту». Державна організація «Український національний офіс інтелектуальної власності та інновацій». Свідectvo про реєстрацію авторського права на твір від 18.11.2024 р. № 131444.
10. Triantafyllidis JK, Vagianos C, Gikas A, Korontzi M, Papalois A. Screening for colorectal cancer: the role of the primary care physician. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2017;29(1):e1–e7. <https://doi.org/10.1097/MEG.0000000000000759>.
11. Selby K, Bartlett-Esquilant G & Cornuz J. Personalized cancer screening: helping primary care rise to the challenge. *Public Health Rev* 39, 4 (2018). <https://doi.org/10.1186/s40985-018-0083-x>.
12. Partyka O, Pajewska M, Czerw A, et al. Current Progress in Clinical Research in Secondary Prevention and Early Detection of Colorectal Cancer. *Cancers* (Basel). 2025;17(3):367. Published 2025 Jan 23. <https://doi.org/10.3390/cancers17030367>.
13. Guiriguet-Capdevila C, Muñoz-Ortiz L, Rivero-Franco I et al. Can an alert in primary care electronic medical records increase participation in a population-based screening programme for colorectal cancer? COLO-ALERT, a randomised clinical trial. *BMC Cancer* 14, 232. 2014. <https://doi.org/10.1186/1471-2407-14-232>.
14. Gac A, Kędzior KJ, Pogorzelszyk K, Wojtecka A, Wojnarowska M, Robakowska M, Kalinowska-Beszczyńska O, Libura M, Kolasa K, Włodarczyk WC, et al. Patients' Expectations and Preferences for the Organizational Conditions of the Colorectal Cancer Screening Programme in Poland: A Qualitative Analysis. *Healthcare*. 2023; 11(3):371. <https://doi.org/10.3390/healthcare11030371>.
15. Goodwin BC, Ireland MJ, March S et al. Strategies for increasing participation in mail-out colorectal cancer screening programs: a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev* 8, 257. 2019. <https://doi.org/10.1186/s13643-019-1170-x>.
16. Myers L, Goodwin B, March S, Dunn J. Ways to use interventions to increase participation in mail-out bowel cancer screening: a systematic review and meta-analysis. *Transl Behav Med*. 2020;10(2):384–393. <https://doi.org/10.1093/tbm/ibz081>.
17. Knudsen AB, Rutter CM, Peterse EFP, et al. Colorectal Cancer Screening: An Updated Modeling Study for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*. 2021;325(19):1998–2011. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.5746>.
18. Nesiamia E, Prakash S, Mansi T, Merza N, Trammell D, Balducci M, et al. Elucidating the Barriers to Colorectal Cancer Screening in a Rural Population. *West Texas Journal of Medicine*, 1(1), 8–16. <https://doi.org/10.59311/wtjm.v1i1.1>.
19. Paskett E, Bernardo B, Young G, Katz M, Reiter P, Tatum C et al. Comparative effectiveness of two interventions to increase colorectal cancer screening for those at increased risk based on family history: results of a randomized trial. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention* 2020;29(1):3–9. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.epi-19-0797>.
20. Alghamdi AA, Almutairi AH, Aldosari FS, et al. Knowledge, Attitude, and Practice of Colorectal Cancer Screening Among Primary Healthcare Physicians in Riyadh Second Health Cluster. *Cureus*. 2022. 14(11): e32069. <https://doi.org/10.7759/cureus.32069>.
21. Slyne TC, Gautam R, King V. Colorectal Cancer Screening: An Educational Intervention for Nurse Practitioners to Increase Screening Awareness and Participation. *Clin J Oncol Nurs*. 2017;21(5):543–546. <https://doi.org/10.1188/17.CJON.543-546>.
22. Subramanian S, Tangka F, DeGroff A, & Richardson L. Integrated approaches to delivering cancer screenings to address disparities: lessons learned from the evaluation of cdc's colorectal cancer control program. *Implementation Science Communications* 2022;3(1). <https://doi.org/10.1186/s43058-022-00346-7>.

References

1. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, et al. Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. 2024. Available from: <https://gco.iarc.who.int/today>.

2. Ferlizza E, Solmi R, Sgarzi M, Ricciardiello L, Lauriola M. The Roadmap of Colorectal Cancer Screening. *Cancers* (Basel). 2021;13(5):1101. Published 2021 Mar 4. <https://doi.org/doi:10.3390/cancers13051101>.
3. Fedorenko ZP, Hulak LO, Mykhailovych YuY ta in. Rak v Ukraini, 2021–2022. Zakhvoryuvani, smertnist, pokaznyky diyalnosti onkologichnoyi sluzhby. Byuleten Natsionalnoho kanser-reyestru Ukrainy. № 24 [Cancer in Ukraine, 2021–2022. Incidence, mortality, performance indicators of the oncological service. Bulletin of the National Cancer Registry of Ukraine No. 24]. Available from: http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_24/index.htm (in Ukrainian).
4. Park JJ. Influence of the COVID-19 Pandemic on the Treatment Patterns and Outcomes of Colorectal Cancer. *Ewha Med J*. 2023;46(s1):e28. <https://doi.org/10.12771/emj.2023.e28>.
5. Yoo BS, Patel A, Houston KV, Vargas A, Vilela Sangay AR, D'Souza SM, et al. The impact of COVID-19 pandemic on diagnosis and management of gastrointestinal cancers. *Explor Med*. 2023;4:356–62. <https://doi.org/10.37349/emed.2023.00147>.
6. Worthington J, Sun Z, Fu R, Lew JB, Chan KKW, et al. COVID-related disruptions to colorectal cancer screening, diagnosis, and treatment could increase cancer Burden in Australia and Canada: A modelling study. *PLOS ONE*. 2024. 19(4): e0296945. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0296945>.
7. Concepcion J, Yeager M, Alfaro S, et al. Trends of Cancer Screenings, Diagnoses, and Mortalities During the COVID-19 Pandemic: Implications and Future Recommendations. *The American Surgeon*. 2022;89(6):2276–2283. DOI: 10.1177/00031348221091948.
8. Park H, Seo SH, Park JH, et al. The impact of COVID-19 on screening for colorectal, gastric, breast, and cervical cancer in Korea. *Epidemiol Health*. 2022;44.e2022053. <https://doi.org/10.4178/epih.e2022053>.
9. Koval AA, Grzhybovskyi YaL. “Karta otsinky obiznanosti naselennya shchodo zloyakisnykh zakhvoryuvan orhaniv traynoho traktu” [Population awareness assessment card on malignant diseases of the digestive tract]. Derzhavna orhanizatsiya “Ukrayinskyi natsionalnyi ofis intelektualnoyi vlasnosti ta innovatsiy”. Svidoctvo pro reyestratsiyu avtorskoho prava na tvir vid 18.11.2024 r. № 131444 (in Ukrainian).
10. Triantafyllidis JK, Vagianos C, Gikas A, Korontzi M, Papalois A. Screening for colorectal cancer: the role of the primary care physician. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2017;29(1):e1–e7. <https://doi.org/10.1097/MEG.0000000000000759>.
11. Selby K, Bartlett-Esquilant G & Cornuz J. Personalized cancer screening: helping primary care rise to the challenge. *Public Health Rev* 39, 4. 2018. <https://doi.org/10.1186/s40985-018-0083-x>.
12. Partyka O, Pajewska M, Czerw A, et al. Current Progress in Clinical Research in Secondary Prevention and Early Detection of Colorectal Cancer. *Cancers* (Basel). 2025;17(3):367. Published 2025 Jan 23. <https://doi.org/10.3390/cancers17030367>.
13. Guirguet-Capdevila C, Muñoz-Ortiz L, Rivero-Franco I. et al. Can an alert in primary care electronic medical records increase participation in a population-based screening programme for colorectal cancer? COLO-ALERT, a randomised clinical trial. *BMC Cancer* 14, 232. 2014. <https://doi.org/10.1186/1471-2407-14-232>.
14. Gac A, Kędzior KJ, Pogorzelszyk K, Wojtecka A, Wojnarowska M, Robakowska M, Kalinowska-Beszczynska O, Libura M, Kolasa K, Włodarczyk WC, et al. Patients' Expectations and Preferences for the Organizational Conditions of the Colorectal Cancer Screening Programme in Poland: A Qualitative Analysis. *Healthcare*. 2023; 11(3):371. <https://doi.org/10.3390/healthcare11030371>.
15. Goodwin BC, Ireland MJ, March S et al. Strategies for increasing participation in mail-out colorectal cancer screening programs: a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev* 8, 257. 2019. <https://doi.org/10.1186/s13643-019-1170-x>.
16. Myers L, Goodwin B, March S, Dunn J. Ways to use interventions to increase participation in mail-out bowel cancer screening: a systematic review and meta-analysis. *Transl Behav Med*. 2020;10(2):384–393. <https://doi.org/10.1093/tbm/ibz081>.
17. Knudsen AB, Rutter CM, Peterse EFP, et al. Colorectal Cancer Screening: An Updated Modeling Study for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*. 2021;325(19):1998–2011. <https://doi.org/doi:10.1001/jama.2021.5746>.
18. Nesiana E, Prakash S, Mansi T, Merza N, Trammell D, Balducci M, et al. Elucidating the Barriers to Colorectal Cancer Screening in a Rural Population. *West Texas Journal of Medicine*, 1(1), 8–16. <https://doi.org/10.59311/wtjm.v1i1.1>.
19. Paskett E, Bernardo B, Young G, Katz M, Reiter P, Tatum C et al. Comparative effectiveness of two interventions to increase colorectal cancer screening for those at increased risk based on family history: results of a randomized trial. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*. 2020;29(1):3–9. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.epi-19-0797>.
20. Alghamdi AA, Almutairi AH, Aldosari FS, et al. Knowledge, Attitude, and Practice of Colorectal Cancer Screening Among Primary Healthcare Physicians in Riyadh Second Health Cluster. *Cureus*. 2022. 14(11): e32069. <https://doi.org/10.7759/cureus.32069>.
21. Slyne TC, Gautam R, King V. Colorectal Cancer Screening: An Educational Intervention for Nurse Practitioners to Increase Screening Awareness and Participation. *Clin J Oncol Nurs*. 2017;21(5):543–546. <https://doi.org/10.1188/17.CJON.543-546>.
22. Subramanian S, Tangka F, DeGroff A, & Richardson L. Integrated approaches to delivering cancer screenings to address disparities: lessons learned from the evaluation of cdc's colorectal cancer control program. *Implementation Science Communications*. 2022;3(1). <https://doi.org/10.1186/s43058-022-00346-7>.

Колоректальний рак (КРР) є третім за поширеністю онкологічним захворюванням у світі. Його рання діагностика та своєчасне видалення передракових утворень знижують смертність. Обізнаність населення щодо КРР і його скринінгу відіграє ключову роль у збільшенні рівня участі в профілактичних заходах.

Мета дослідження – оцінити рівень обізнаності населення про КРР та його скринінг для опрацювання ефективних санітарно-просвітницьких заходів.

Матеріали та методи. Соціологічним опитуванням охоплено 1102 особи (45–75 років) у Львівській, Волинській та Рівненській областях. Опитування – анонімне, добровільне, проводилося у 2024 році за допомогою анкети. Дані опрацьовані у програмі Excel, проведено кореляційний аналіз Спірмена.

Обробка даних: дані опрацьовані за допомогою програми Excel і представлені у вигляді відсоткових значень і їх похибок та проведено кореляційний аналіз Спірмена.

Результати. Аналіз даних виявив недостатню обізнаність населення щодо КРР та його скринінгу. 19,87±1,20% респондентів не знають про симптоми захворювання, а 59,98±1,48% не обізнані про рекомендований вік початку скринінгу.

Основним джерелом інформації про скринінг виступає сімейний лікар – 71,14±1,36% респондентів надають перевагу отриманню відомостей саме від нього. Основними бар'єрами скринінгу є страх перед процедурою (69,96±1,38%) та нестача інформації (44,10±1,50%).

Лише 40,10±1,50% знають про два основні методи скринінгу, такі як аналіз калу на приховану кров і колоноскопія.

Висновки. Подолання бар'єрів для скринінгу потребує інформаційних кампаній та освітніх програм, що підвищить рівень участі у ньому населення та зменшить смертність від КРР.

Ключові слова: скринінг, злоякісні новоутворення, онкологія, колоректальний рак, модель, профілактика, обізнаність, громадське здоров'я.

Colorectal cancer (CRC) is the third most common cancer worldwide in both men and women. Early detection of CRC significantly enhances survival rates, yet a considerable proportion of cases are diagnosed at advanced stages. Timely removal of polyps and precancerous lesions during colonoscopy prevents disease progression. Public awareness of CRC and its screening, particularly among general practitioners/family doctors (GPs) and healthcare managers, is crucial to increasing participation in screening and reducing mortality.

Purpose. The study aims to assess the level of public awareness regarding CRC and its screening methods among residents aged 45–75 in three regions of Western Ukraine. This research seeks to provide evidence-based insights for developing preventive health education strategies.

Materials and methods. A sociological survey was conducted among 1102 participants from Lviv, Volyn, and Rivne regions in 2024. The survey employed a structured questionnaire comprising 27 questions, targeting awareness of CRC symptoms, risk factors, and screening methods. The data collection process adhered to ethical standards, ensuring anonymity and voluntariness of participation. The questionnaire included dichotomous, closed, and semi-closed questions. Data analysis was performed using Microsoft Excel, presenting results as percentages with associated errors. Additionally, Spearman's rank correlation coefficient was applied to identify statistically significant relationships. Methods such as systemic analysis, logical generalization, bibliometric review, sociological, analytical, and statistical methods were employed.

Results. The survey revealed variable levels of awareness about CRC symptoms among respondents. The most recognized symptom was blood in the stool, identified by $56.53 \pm 1.49\%$ of participants, followed by prolonged constipation or diarrhea $42.11 \pm 1.49\%$, unexplained weight loss $41.92 \pm 1.49\%$, and abdominal pain or discomfort $40.47 \pm 1.48\%$. Awareness levels were significantly higher among respondents with higher education $66.23 \pm 2.72\%$ compared to those with incomplete secondary education $39.58 \pm 4.99\%$. Gender differences were also noted, with women demonstrating greater awareness of symptoms such as blood in the stool ($61.85 \pm 1.92\%$ vs. $49.25 \pm 2.32\%$; $p \leq 0.001$).

Regarding CRC screening, $54.54 \pm 1.50\%$ of respondents were aware of its availability, while $59.98 \pm 1.48\%$ were unaware of the recommended age to commence screening. Nearly half ($49.91 \pm 1.51\%$) recognized a family history of CRC as a risk factor, yet $23.59 \pm 1.28\%$ could not identify any risk factors. Family doctors were the preferred source of information for $71.14 \pm 1.36\%$ of participants, highlighting their crucial role in public health education. Internet and mass media were secondary but notable sources, particularly among respondents with higher education. However, $8.98 \pm 0.86\%$ of participants expressed a lack of interest in CRC topics, correlating with lower education levels and reduced awareness of screening guidelines.

Key barriers to CRC screening included fear of the procedure ($69.96 \pm 1.38\%$) and insufficient information ($44.10 \pm 1.50\%$). These findings underscore the necessity of educational campaigns emphasizing the safety and importance of screening. Women and individuals with higher education exhibited greater apprehension toward the procedure, indicating the need for tailored reassurance strategies.

Conclusions. The study highlights a substantial gap in CRC awareness and screening practices among the target population. Results suggest that educational interventions should prioritize family doctors as information conduits while leveraging digital and mass media to enhance outreach. Addressing misconceptions and procedural fears through focused campaigns could significantly increase participation in CRC screening programs. By fostering public awareness, particularly among less informed and male subpopulations, the study aims to contribute to reducing CRC-related morbidity and mortality rates in Ukraine.

Key words: screening, malignant neoplasms, oncology, colorectal cancer, model, prevention, awareness, public health.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflict of interest: absent.

Відомості про авторів

Коваль Андрій Андрійович – аспірант кафедри громадського здоров'я факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького; вул. Зелена, 12, м. Львів, Україна, 79010. andrew1996lviv.net@gmail.com, ORCID ID 0009-0002-9264-5465 ^{B, C, D}

Гржибовський Ярослав Леонідович – кандидат медичних наук, доцент кафедри громадського здоров'я факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького; вул. Зелена, 12, м. Львів, Україна, 79010. hrzhybowskyj1903@gmail.com, ORCID ID 0000-0001-9318-2314 ^{A, E, F}

Любінець Олег Володимирович – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри громадського здоров'я факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького; вул. Зелена, 12, м. Львів, Україна, 79010. pulmo@ukr.net, ORCID ID 0000-0002-5036-6268 ^{A, E, F}

Савченко Аркадій Андрійович – кандидат медичних наук, доцент кафедри хірургії № 2 медичного факультету № 2 Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького; вул. Чернігівська, 7, м. Львів, Україна, 79010. arkadiysav@gmail.com, ORCID ID 0000-0001-5809-8686 ^{D, E}

Стаття надійшла до редакції 11.04.2025

Дата першого рішення 28.04.2025

Стаття подана до друку 05.06.2025