

Maria Mika*, Nataliata Miś, Małgorzata Kolpa

Zakład Pielęgniarstwa, Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnowie
Section of Nursing, Institute of Health Sciences, State Higher Vocational School, Tarnow, Poland

Wiedza młodych mężczyzn na temat raka jąder **Knowledge of Young Men about Testicular Cancer**

Otrzymano/Received: 25.08.2017

Przyjęto do druku/Accepted: 09.09.2017

Opublikowano/Publication date:

Grudzień 2017/December 2017

Streszczenie

Wstęp: Nowotwory złośliwe jądra to nowotwory układu moczowo-płciowego mężczyzn, które stanowią około 1,5% zachorowalności. Dotyczą one szczególnie grupy mężczyzn w młodym wieku.

Cel pracy: Celem pracy było wskazanie poziomu wiedzy młodych mężczyzn na temat raka jąder.

Material i metody: Wyniki badań zebrano za pomocą autorskiego kwestionariusza ankiety oraz Wielowymiarowej Skali Umiejscowienia Kontroli Zdrowia (MHCL – adaptacja: Z. Juszczyński) metodą sondażu diagnostycznego. W badaniu wzięło udział 200 mężczyzn w wieku 18–35 lat.

Wyniki: Według przeprowadzonych badań, zanikła ilość mężczyzn zadeklarowała znajomość techniki samobadania jąder oraz wiedzę na temat grupy wiekowej najczęstszego występowania raka jąder.

Wniosek: Poziom wiedzy młodych mężczyzn jest niezadawalający, niezależnie od wieku, wykształcenia i statusu zawodowego.

Słowa kluczowe: rak jądra, wiedza na temat raka jąder, samobadanie

Summary

Introduction: Testicular cancer is a cancer of male reproduction system, with a morbidity rate of 1,5%. Testicular cancer is common among young men.

Aim of the paper: Aim of the paper was to present the young men's knowledge about testicular cancer.

Material and methods: The results were taken by the author's questionnaire and by MHLC through the diagnostic survey. 200 men, aged 18 – 35, took part in the survey.

Results: Results indicate that only few men declared that they know a) how to self-examine themselves in terms of the testicular cancer; b) the age of the most common testicular cancer's occurrence.

Conclusions: The level of knowledge among young men is disappointing, irrespectively of age, education, and social status.

Keywords: testicular cancer, knowledge about testicular cancer, self-examination

*Adres do korespondencji/Address for correspondence: mikamaria@wp.pl

Wprowadzenie

Nowotwory złośliwe zajmują drugie miejsce, pod względem umieralności w Polsce. W ostatnich latach obserwuje się wzrost zachorowalności, a mimo to ludzie nadal mają niski poziom wiedzy na temat etiologii i czynników ryzyka oraz objawów sugerujących nowotwór. Większość chorych udaje się do lekarza w późniejszych fazach rozwoju nowotworu, co wpływa na efekty leczenia onkologicznego [1].

W Polsce w ostatnich trzech dekadach obserwuje się powolny wzrost zachorowalności na nowotwory złośliwe jądra. Częstotliwość zachorowania jest rzadka, ale wzbudza duże emocje, ponieważ występuje u młodych mężczyzn, którzy są w wieku produkcyjnym, aktywni zawodowo, realizujący swoje plany życiowe [2, 3].

Badania przeprowadzone przez Baran i wsp. w okresie od grudnia 2012 do lutego 2013 roku wśród 300 mężczyzn, miały na celu zbadanie wiedzy mężczyzn na temat raka jąder. Wnioski, jakie odnotowano, wykazały, że poziom wiedzy o raku jądra i zagadnieniach profilaktycznych jest znikomy [2].

Badania ukazujące problematykę edukacyjną wskazały na konieczność przeprowadzenia ponownych badań wśród młodych mężczyzn, w celu określenia ich poziomu wiedzy na temat raka jąder.

Rak jądra zalicza się do nowotworów złośliwych, które występują rzadko i stanowią 0,5–1,5% wszystkich nowotworów. Nowotwór ten najczęściej dotyczy młodych mężczyzn w wieku 25–35 lat, a drugi szczyt zachorowania występuje po 80 roku życia. Jednak szacuje się, że w 84% przypadkach zachorowalność występuje między 15 a 49 rokiem życia, a 6% powyżej 60 roku życia [2, 4].

W ostatnich latach obserwuje się znaczny wzrost zachorowalności na raka jąder, a wiedza mężczyzn w dalszym ciągu jest znikoma. Nowotwory jądra są istotnym problemem społecznym, ponieważ dotyczą mężczyzn w najbardziej produktywnym wieku. Niepokojące zwiększenie liczby zachorowań zaobserwowano od lat sześćdziesiątych XX

wieku, czego dowodem jest o 80% więcej chorych. W Polsce od 2009 roku obserwuje się stały wzrost o 3–6% zachorowań rocznie, ale także zmniejszającą się umieralność, dzięki doskonalszemu leczeniu [4-7].

Konkretna etiologia rozwoju raka jądra nie jest znana, ale znane są czynniki związane z wyższą zapadalnością na ten nowotwór. Czynnikiem zwiększającym ryzyko zachorowalności jest stwierdzenie nowotworu w najbliższej rodzinie, jak ojciec, brat, a zwłaszcza u brat bliźniak [4, 8].

Ryzyko zachorowania na raka jądra wzrasta, gdy nowotwór występował w przeszłości. Szacuje się, że u 1–2% chorych z pierwotnym rozpoznaniem nowotworu w przeszłości, w przyszłości rozwinię się ognisko pierwotne tego nowotworu po stronie przeciwnej. Częstość zachorowań odpowiada 500–krotnemu wzrostowi w stosunku do zapadalności w odnotowanej populacji [8, 9].

Wyraźny wpływ na rozwój nowotworu mają hormony, najczęściej zwiększone stężenie hormonów płciowych żeńskich jak progesteron i estrogen. U pacjentów z nowotworem jądra obserwuje się zwiększone stężenie hormonu żeńskiego folikulotropowego (FSH), a znaczące obniżenie testosteronu. Takie zaburzenia hormonalne występują u pacjentów z wnetrostwem [4].

Wnetrostwo dotyczy 3% noworodków urodzonych w terminie i 30% wcześniaków. Niezstąpienie jąder w 10% dotyczy obu jąder, a w 3% przypadków występuje brak jednego lub obu jąder. Charakterystyczną cechą niezstąpienia jądra jest nieobecność jądra lub obu w worku mosznowym, są wówczas umieszczone w kanale pachwinowym lub położone w jamie brzusznej. Świadczy to o zaburzeniu rozwojowym męskiego układu płciowego. Pacjenci z wywiadem wnetrostwa mają 4–8-krotnie wyższe ryzyko zachorowania na raka jąder. Nieznacznie można zmniejszyć ryzyko we wczesnym wieku przeprowadzając zabieg orchidopexsjii [2, 8, 6].

Najczęściej występującymi objawami w chwili zgłaszania się przez chorych jest obecność niebołą-

cego guza w worku mosznowym oraz powiększenie części lub całego jądra. Wówczas palpacyjnie może być ono twardsze, wyraźnie cięższe. U około 25% chorych mogą występować objawy stanu zapalnego i bolesność. Niekiedy zdarza się w chwili wstępnego rozpoznania, że jądro jest małe i twarde, a z czasem zaczyna się zwiększać. Wtedy może być jednolite, gładkie, twarde i ciężkie, a w innych przypadkach guzkowato nierówne, deskowato twarde i czasem nieznacznie powiększone, z takimi wyjątkami, że może być mniejsze od prawidłowego [4, 9, 6, 10].

Oprócz tego zdarza się, że guz jest ukryty za wodniakiem jąder. Stwierdza się to u około 20% chorych z guzem terminalnym. Najpierw trzeba opróżnić jądro, aby móc umożliwić badanie [4, 6].

Do ogólnych objawów raka jąder możemy zaliczyć gorączkę i poty nocne, w 25%-41% przypadków spadek masy ciała. Dość często mogą występować pobolewania lub nasilone dolegliwości bólowe w podbrzuszu, ginekomastia (powiększenie piersi) [4, 9, 11].

W zaawansowanych stadiach objawy ogólne spowodowane są przerzutami do węzłów chłonnych zaotrzewnowych. Chorzy w tym przypadku najczęściej zgłaszają dolegliwości bólowe brzucha, które często promieniują do pleców w okolicy lędźwiowo-krzyżowej, a w przypadkach masywnego zajęcia węzłów chłonnych zaotrzewnowych, mogą występować bóle brzucha, nudności, wymioty oraz zaparcia. U chorych z przerzutami do kośćca pacjenci zgłaszają bóle kostne, a z przerzutami do węzłów chłonnych śródpiersia stwierdza się ból w klatce piersiowej, przewlekły kaszel i krwioplucie oraz duszność [12, 9, 6].

Mężczyźni leczeni z powodu raka jąder mają szczególne predyspozycje do zaburzeń seksualnych, prokreacyjnych i zaburzeń relacji małżeńskich. Chociaż nowotwór ten jest rzadko diagnozowany dotyka mężczyzn w młodym wieku, w sytuacji kiedy podejmują społeczne i zawodowe role w życiu, w okresie najwyższej reprodukcji. Pojawienie się zmian nowotworowych będzie

miało negatywny wpływ na zdrowie i długość ich życia, natomiast wczesna diagnoza zmian chorobowych pozwoli na wczesne leczenie i uniknięcie dyskomfortu psychicznego i fizycznego z powodu konieczności podjęcia radykalnych metod leczenia [15, 13, 14].

Nie ma skutecznego algorytmu, który może chronić przed zachorowaniem na raka jąder. Jednak podstawowym badaniem profilaktycznym jest samobadanie jąder. Ważne jest, aby każdy mężczyzna wykonywał samobadanie jąder, co miesiąc, a raz do roku udał się na badania kontrolne do urologa [14].

Warto pamiętać, żeby badanie przeprowadzać regularnie. Najlepiej samobadanie jąder wykonywać po ciepłej kąpiel, ponieważ ciepła woda rozluźnia mięsień dźwignic jądra i moszna jest wówczas rozluźniona, a jądra zwisają swobodnie [1, 4].

Technika samobadania

- Najlepiej badanie wykonywać przed lustrem i uważnie się przyglądać, czy na powierzchni jąder nie ma nieprawidłowości, jak zniekształcenia, opuchnięcia, nieregularności [4].
- Jądra należy ułożyć na lewej dłoni, zapamiętując ich kształt, rozmiar i ciężar. „Następnie ująć delikatnie jedno jądro pomiędzy palec wskazujący oraz kciuk i obmacać. Te same czynności powtórzyć z drugim jądrem.” Ważne jest, aby w czasie badania zwracać uwagę na guzki, wypukłości, obrzęki i zmiany w konsystencji [4].
- Trzeba pamiętać w czasie badania, że zdrowe jądro ma jajowaty kształt oraz ma być gładkie, twarde i elastyczne [4].

Material i metody

Badanie przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego, wśród młodych mężczyzn w okresie od grudnia 2016 r. do lutego 2017 r. Ankieta została dostarczona indywidualnie dla każdego mężczyzny.

Każdy mężczyzna został poinformowany o anonimowości badania, które posłuży do celów na-

ukowych. W badanej grupie znalazło się 200 mężczyzn. Średnia wieku badanych wyniosła 23,20 lat ($SD=4,58$). Wiek badanych wahał się od 18 do 35 lat. Połowa osób miała nie więcej niż 22 lata, a 75% badanych nie więcej niż 26 lat. Jako narzędzie do badania wykorzystano kwestionariusz ankiety oraz Wielowymiarową Skalę Umiejscowienia Kontroli Zdrowia.

Kwestionariusz ankiety składał się z 20 pytań, z czego 19 pytań to pytania zamknięte. Początkowe 3 pytania (wiek, wykształcenie, czym się aktualnie zajmuje) dotyczyło mężczyzn, w celu określenia grupy badanej. Kolejne pytania miały na celu zbadanie wiedzy młodych mężczyzn na temat raka jąder i samobadania. Ostatnie 2 pytania dotyczyły problemu, czy badani mężczyźni podjęli się szukania informacji na temat raka jąder.

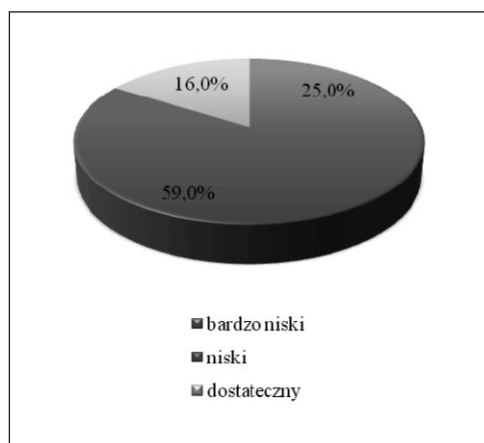
Weryfikacji różnic między zmiennymi dokonano testem niezależności χ^2 , testem Manna-Whitneya, testem Kruskala-Wallisa. Ponadto wykorzystano współczynnik korelacji rho Spearmana. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$.

Wyniki

Średni wynik uzyskany w teście wiedzy wyniósł 7,23 pkt. ($SD=2,35$) i wahał się od 3 pkt. do 14 pkt. Połowa osób uzyskała nie więcej niż 7 pkt., a 75% badanych uzyskało nie więcej niż 9 pkt. Wyniki podzielono na 3 grupy:

- bardzo niski poziom wiedzy na temat raka jąder (0-5 pkt., tj. poniżej 33% poprawnych odpowiedzi),
- niski poziom wiedzy na temat raka jąder (6-9 pkt., tj. 33%-50% poprawnych odpowiedzi),
- dostateczny poziom wiedzy na temat raka jąder (10-18 pkt., tj. powyżej 50% poprawnych odpowiedzi).

Bardzo niski poziom wiedzy na temat raka jąder prezentowało 25% mężczyzn ($N=50$). Ponad połowa badanych ($N=118$, tj. 59%) dysponowała niskim poziomem wiedzy na temat raka jąder. Dostateczną wiedzą w tym zakresie dysponowało zaledwie 16% mężczyzn ($N=32$) (Ryc. 1).



Rycina 1. Poziom wiedzy na temat raka jąder

Badania wykazały, że średnia wieku osób z niskim poziomem wiedzy była nieznacznie niższa (22,56 lat) niż osób z bardzo niskim (24,00 lat) lub dostatecznym (24,31 lat) poziomem wiedzy na temat raka jądra. Stwierdzone różnice były nieistotne statystycznie (Tab. 1).

Nieznaczne różnice wskazywały, że poziom wiedzy mężczyzn na temat raka jądra wzrastał wraz z poziomem wykształcenia. Dostateczny poziom wiedzy posiadali częściej mężczyźni z wykształceniem wyższym (28,2%), rzadziej osoby z wykształceniem średnim (13,6%) lub zawodowym (12,5%), najrzadziej badani z wykształceniem podstawowym/gimnazjalnym (10,7%). Różnice te nie były istotne statystycznie (Tab. 2).

Wykazano, że bardzo niski poziom wiedzy na temat raka jąder posiadali częściej mężczyźni niepracujący (42,9%) lub aktywni zawodowo (33,3%). Wśród osób uczących się (69,8%) lub studiujących (64,7%) poziom wiedzy w tym zakresie był nieznacznie wyższy, niemniej utrzymywał się na poziomie niskim. Różnice nie były istotne statystycznie (Tab. 3).

Badania wykazały, że najwyższy wskaźnik umiejscowienia kontroli zdrowia badani prezentowali na skali Wewnętrznej (26,58, $SD=4,03$). Wyniki tej skali wahały się w przedziale 17-36 pkt. Połowa mężczyzn uzyskała nie więcej niż 27 pkt.,

Tabela 1.

Poziom wiedzy na temat raka jąder a wiek badanych

| Poziom wiedzy na temat raka jąder | Wiek | | | | | N |
|-----------------------------------|---------|-------|---------|------|-------|-----|
| | Średnia | SD | Mediana | Min. | Maks. | |
| bardzo niski | 24,00 | 5,139 | 23,00 | 18 | 35 | 50 |
| niski | 22,56 | 4,248 | 21,00 | 18 | 35 | 118 |
| dostateczny | 24,31 | 4,568 | 23,50 | 16 | 32 | 32 |
| Ogółem | 23,20 | 4,579 | 22,00 | 16 | 35 | 200 |
| p | 0,0562 | | | | | |

Tabela 2.

Poziom wiedzy na temat raka jąder a wykształcenie badanych

| Poziom wiedzy na temat raka jąder | Wykształcenie | | | | | | | |
|-----------------------------------|----------------------------|-------|----------|-------|---------|-------|--------|-------|
| | Podstawowe/ Gimnazjalne | | Zawodowe | | Średnie | | Wyższe | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| bardzo niski | 8 | 28,6% | 2 | 25,0% | 34 | 27,2% | 6 | 15,4% |
| niski | 17 | 60,7% | 5 | 62,5% | 74 | 59,2% | 22 | 56,4% |
| dostateczny | 3 | 10,7% | 1 | 12,5% | 17 | 13,6% | 11 | 28,2% |
| p | 0,3661 | | | | | | | |

Tabela 3.

Poziom wiedzy na temat raka jąder a status zawodowy badanych

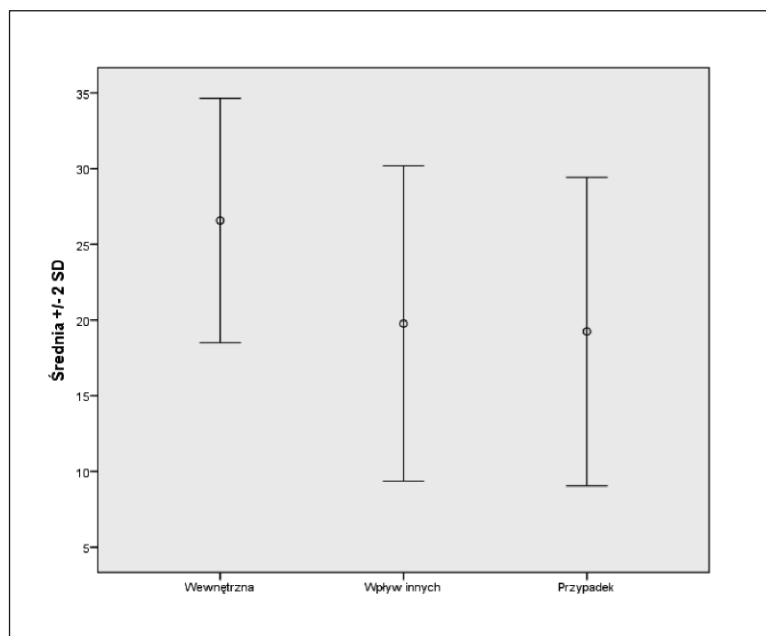
| Poziom wiedzy | Status zawodowy | | | | | | | |
|---------------------|-----------------|-------|----------|-------|---------|-------|-------------|-------|
| | Uczę się | | Studiuję | | Pracuję | | Nie pracuję | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| bardzo niski | 11 | 20,8% | 12 | 17,6% | 24 | 33,3% | 3 | 42,9% |
| niski | 37 | 69,8% | 44 | 64,7% | 34 | 47,2% | 3 | 42,9% |
| dostateczny | 5 | 9,4% | 12 | 17,6% | 14 | 19,4% | 1 | 14,3% |
| p | 0,1140 | | | | | | | |

a 75% osób nie więcej niż 29 pkt. Osoby o wewnętrznym umiejscowieniu kontroli mają przekonanie, że ich życiem i ważnymi zdarzeniami sterują oni sami. W mniejszym stopniu kontrola

zdrowia umiejscowiona była we Wpływie innych (19,77, SD=5,21) lub Przypadku (19,24, SD=5,09) (Tab. 4, Ryc. 2)

Tabela 4.
Umiejscowienie kontroli zdrowia (MHLC)

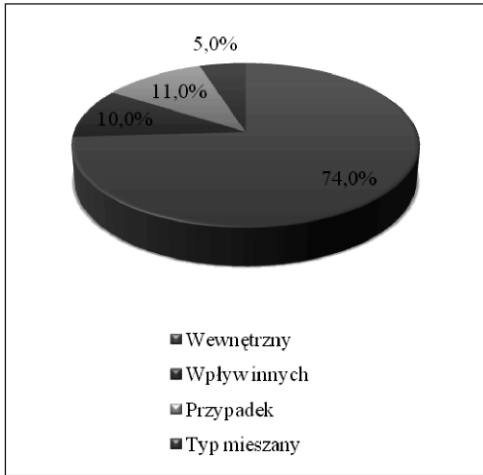
| | Wewnętrzna | Wpływ innych | Przypadek |
|----------------|-------------------|---------------------|------------------|
| Średnia | 26,58 | 19,77 | 19,24 |
| SD | 4,03 | 5,21 | 5,09 |
| Min | 17 | 6 | 7 |
| Maks. | 36 | 33 | 33 |
| Q1 | 24 | 16 | 15 |
| Q2 | 27 | 20 | 19 |
| Q3 | 29 | 23 | 23 |



Rycina 2. Umiejscowienie kontroli zdrowia (MHLC)

Analizując wyniki poszczególnych skal umiejscowienia kontroli zdrowia, wyodrębniono najważniejsze typy, biorąc pod uwagę wartości maksymalne w poszczególnych skalach. Stwierdzono, że u 74% mężczyzn (N=148) dominowała wewnętrzna kontrola umiejscowienia zdrowia.

W mniejszym stopniu badani kontrolę nad swoim zdrowiem powierzali przypadkowi (N=22, tj. 11%) lub wpływowi innych (N=20, tj. 10%). Mieszany typ umiejscowienia kontroli zdrowia prezentowało 5% badanych (N=10) (Ryc. 3).



Rycina 3. Typ dominujący umiejscowienia kontroli zdrowia

Nie stwierdzono, by wiek badanych istotnie wpływał na umiejscowienie kontroli zdrowia w wymiarze wewnętrznym ($\rho=0,041$) lub przypadku ($\rho=0,043$). Wykazano natomiast, że osoby młodsze w większym stopniu ($\rho=-0,195$) kontrolę nad swoim zdrowiem powierzały wpływowi innych, niż mężczyźni starsi (Tab. 5).

Badania wykazały, że umiejscowienie kontroli zdrowia we wpływie innych wskazywały częściej osoby z wykształceniem podstawowym/gimnazjalnym (20,29), zawodowym (19,38) lub średnim (20,42), rzadziej badani z wykształceniem wyższym (17,36). Stwierdzone różnice były istotne statystycznie. Niewielkie różnice sugerowały większe znaczenie przypadku w kontroli zdrowia u osób z wykształceniem zawodowym (20,13) lub średnim (19,98), rzadziej wśród mężczyzn z wykształceniem wyższym (17,26) (Tab. 6).

Analiza badań wykazała, że osoby uczące się (21,43) częściej kontrolę nad swoim zdrowiem powierzały wpływowi innych. Niższe wyniki w tej kategorii uzyskały osoby niepracujące (20,43), studiujące (19,46) lub aktywne zawodowo (18,76). Różnice były istotne statystycznie. Nie stwierdzono natomiast, by umiejscowienie kontroli zdrowia w przypadku lub wewnątrz różniło się istotnie wśród badanych pod względem statusu zawodowego (Tab. 7).

Stwierdzono, że osoby z niskim poziomem wiedzy na temat raka jąder uzyskały najniższe wyniki w skali wewnętrznego umiejscowienia kontroli zdrowia (25,65). Wyższe wyniki w tej skali uzyskali mężczyźni z bardzo niskim (27,86) lub dostatecznym (27,97) poziomem wiedzy. Różnice były istotne statystycznie.

Wykazano, że badani z dostatecznym poziomem wiedzy na temat raka jąder w mniejszym stopniu kontrolę nad swoim zdrowiem powierzały przypadkowi (16,34). Większą rolę przypadku w kontroli zdrowia wskazywali mężczyźni z bardzo niskim (19,58) lub niskim (19,88) poziomem wiedzy na temat raka jąder. Różnice były istotne statystycznie. Nie stwierdzono, by umiejscowienie kontroli zdrowia we wpływie innych istotnie wpływało na poziom wiedzy na temat raka jąder (Tab. 8).

Wśród mężczyzn prowadzących samobadanie jąder było 24,1% osób z bardzo niskim poziomem wiedzy na ten temat. W grupie mężczyzn nie prowadzących samobadania jąder bardzo niski poziom wiedzy posiadało 25,1%. Podobnie brak było istotnych różnic między posiadaniem niskiego poziomu wiedzy na temat raka jąder a prowadzeniem samobadania jąder (odpowiednio 55,2% i 59,6%)

Tabela 5.

Umiejscowienie kontroli zdrowia a wiek badanych

| Wiek | Wewnętrzna | Wpływ innych | Przypadek |
|------------|------------|---------------|-----------|
| rho | 0,041 | -0,195 | 0,043 |
| p | 0,5639 | 0,0058 | 0,5436 |

Tabela 6.
Umiejscowienie kontroli zdrowia a wykształcenie badanych

| Wykształcenie | | Wewnętrzna | Wpływ innych | Przypadek |
|----------------------------|---------|------------|---------------|-----------|
| Podstawowe/ Gimnazjalne | Średnia | 26,32 | 20,29 | 18,46 |
| | SD | 4,06 | 3,93 | 5,35 |
| Zawodowe | Średnia | 25,38 | 19,38 | 20,13 |
| | SD | 4,21 | 4,93 | 6,40 |
| Średnie | Średnia | 26,75 | 20,42 | 19,98 |
| | SD | 3,96 | 5,39 | 4,86 |
| Wyższe | Średnia | 26,44 | 17,36 | 17,26 |
| | SD | 4,31 | 4,89 | 4,93 |
| Ogółem | Średnia | 26,58 | 19,77 | 19,24 |
| | SD | 4,03 | 5,21 | 5,09 |
| p | | 0,6227 | 0,0250 | 0,0557 |

Tabela 7.
Umiejscowienie kontroli zdrowia a status zawodowy badanych

| Status zawodowy | | Wewnętrzna | Wpływ innych | Przypadek |
|-----------------|---------|------------|---------------|-----------|
| Uczę się | Średnia | 25,72 | 21,43 | 18,72 |
| | SD | 3,68 | 4,14 | 4,72 |
| Studiuję | Średnia | 27,37 | 19,46 | 19,32 |
| | SD | 3,81 | 5,03 | 5,32 |
| Pracuję | Średnia | 26,40 | 18,76 | 19,21 |
| | SD | 4,32 | 5,81 | 5,08 |
| Nie pracuję | Średnia | 27,14 | 20,43 | 22,71 |
| | SD | 5,05 | 5,44 | 5,35 |
| Ogółem | Średnia | 26,58 | 19,77 | 19,24 |
| | SD | 4,03 | 5,21 | 5,09 |
| p | | 0,1898 | 0,0344 | 0,2544 |

Tabela 8.
Poziom wiedzy na temat raka jądra a umiejscowienie kontroli zdrowia

| Poziom wiedzy na temat raka jąder | | Wewnętrzna | Wpływ innych | Przypadek |
|-----------------------------------|---------|------------|---------------|-----------|
| bardzo niski | Średnia | 27,86 | 19,82 | 19,58 |
| | SD | 4,43 | 5,92 | 5,66 |
| niski | Średnia | 25,65 | 19,91 | 19,88 |
| | SD | 3,90 | 4,93 | 4,59 |
| dostateczny | Średnia | 27,97 | 19,16 | 16,34 |
| | SD | 2,85 | 5,16 | 5,07 |
| Ogółem | Średnia | 26,58 | 19,77 | 19,24 |
| | SD | 4,03 | 5,21 | 5,09 |
| p | | 0,0003 | 0,6937 | 0,0034 |

Tabela 9.
Poziom wiedzy na temat raka jąder a prowadzenie samobadania jąder

| Poziom wiedzy na temat raka jąder | Prowadzenie samobadania jąder | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------|-------|-----|-------|
| | Tak | | Nie | |
| | N | % | N | % |
| bardzo niski | 7 | 24,1% | 43 | 25,1% |
| niski | 16 | 55,2% | 102 | 59,6% |
| dostateczny | 6 | 20,7% | 26 | 15,2% |
| p | 0,7556 | | | |

lub też posiadania dostatecznego poziomu wiedzy (odpowiednio 20,7% i 15,2%). Stwierdzone różnice były nieistotne statystycznie (Tab. 9).

Dyskusja

W naukowych publikacjach medycznych coraz częściej znajdują się informacje o nowotworach układu moczowo-płciowego, o potrzebach profilaktyki oraz wczesnym podejmowaniu działań diagnozujących niepokojące objawy, których wykrycie pozwoli na całkowite wyleczenie chorego. Badania zostały ukierunkowane na nowotwory złośliwe jądra, które stanowią niespełna 1,5% wszystkich nowotworów złośliwych, dotyczących młodych mężczyzn [2, 15].

Analizując problematykę nowotworu jądra, zauważa się brak badań dotyczących tego tematu, a odnosząc się do dostępnych danych, zauważa się duży deficyt wiedzy wśród młodych mężczyzn [15].

Z profilaktyką wiążą się ściśle programy profilaktyczne oraz zainteresowanie nimi. W przypadku raka jąder najlepszym działaniem profilaktycznym jest obserwacja i samobadanie jąder. Przeprowadzone badania dowodzą, że stwierdzenie „samobadanie jąder” jest mało znane wśród młodych mężczyzn, gdyż z tym terminem spotkało się jedynie 39,5% badanych. Znajomość techniki samobadania jąder zadeklarowało 19% respondentów, natomiast prowadzenie regularnego samobadania, zadeklarowało tylko 14,5% badanych. Podobne wyniki w swoich badaniach otrzymały Baran i współ., w których potwierdza się niska znajomość

techniki samobadania którą zadeklarowała grupa 13% badanych. Natomiast znaczącym jest fakt, że wśród badanych 16% podaje znajomość techniki wykonywania samobadania jąder. Niepokojące są wyniki badań przeprowadzone przez Kędra oraz współ., wśród 150 mężczyzn na temat profilaktyki raka jąder. W tej grupie badanych, 58% mężczyzn podawało, że nie wykonuje samobadania jąder [1, 15].

W prowadzonym badaniu, kolejno zapytano o objawy raka jąder. Najbardziej niepokojącymi objawami, na które wskazywali respondenci były wyczuwalne twarde guzki (50,5%), powiększenie jądra (50%), bolesność jądra jako częsty objaw (45%). Do mniej niepokojących objawów badani, zaliczali niebolesne guzki (27,5%), stany zapalne (23,5%), a także uczucie ciężkości w obrębie moszny (22%). Natomiast z badań przeprowadzonych przez Baran i współ. wynika, że niepokojącym objawem dla 59% mężczyzn jest niebolesne powiększenie jądra z towarzyszącym uczuciem ciężkości w obrębie moszny. Był to objaw podawany jako pierwszy i częsty przez 28% respondentów, ale niepokojący jest fakt, że 60% badanych nie zna pierwszego i często występującego objawu raka jąder [1].

Wykonywanie badań profilaktycznych w placówkach medycznych daje szansę na wczesne wykrycie niepokojących objawów oraz podjęcie działań zwiększających możliwość wyleczenia choroby. W prezentowanych wynikach badań tylko 6% mężczyzn zadeklarowało, że zdecydowali się na wykonywanie badań profilaktycznych, natomiast w wy-

nikach badań Kędra oraz współ., zaledwie 4% [15].

W przeprowadzonym badaniu zwrócono uwagę na fakt poszukiwania informacji na temat raka jąder. Do szukania informacji zadeklarowało się, tylko 17% badanych, dla których głównym źródłem był Internet, następnie były artykuły w czasopiśmie (11,8%) oraz inne (14,7%).

Przeprowadzone badania wskazują na deficyt wiedzy na temat raka jąder wśród młodych mężczyzn. Otrzymane wyniki badań potwierdzają, iż należy podjąć działania profilaktyczne oraz edukacyjne w celu zwiększenia świadomości społecznej związanej z konsekwencjami zachorowania na choroby nowotworowe jąder.

Wnioski

1. Poziom wiedzy na temat raka jąder wśród badanych mężczyzn jest niski.
2. Poziom wiedzy na temat raka jądra jest tak samo niski, bez względu na wiek, wykształcenie i status zawodowy badanych.
3. Mężczyźni prezentują głównie wewnętrzny typ umiejscowienia kontroli zdrowia, natomiast wpływ zmiennych socjo-demograficznych jest niewielki.
4. Poziom wiedzy na temat raka jąder zależy od umiejscowienia kontroli zdrowia wśród badanych mężczyzn.
5. Stwierdzono, że poziom wiedzy na temat raka jąder nie wpływa istotnie na prowadzenie przez badanych samobadania w tym zakresie.

Piśmiennictwo/References:

- [1] <http://onkologia.org.pl/nowotwory-zlosliwe-ogolem-2/> [data wejścia: 5.05.2017 r.].
- [2] Baran M., Walewska E., Binko K., Ścisło L., Szczepanik A. M., Czupryna A.: Wiedza młodych mężczyzn o raku jądra. *Probl. Pielęg.* 2014, 22 (1), 1-5.
- [3] Kędra E., Pyśk A.: Poziom wiedzy mężczyzn na temat raka jąder. *Puls Uczelnia* 2015, 1(9), 13-16.
- [4] Kozłowski P., Starosławska E., Szumiło J., Janiewicz M., Kozłowska M., Burdan F.: Epidemiologia i czynniki ryzyka rozwoju nowotworu jądra. *Pol Merkur Lek* 2016, XL (238), 211-215.
- [5] Pypno W.: Rak jąder. *Postępy Nauk Medycznych* 2014, 27(1), 64-65.
- [6] Pietras J.: Rak jądra i prącia. *Mag. Pielęg. Położ.* 2012, 5, 12-13.
- [7] Osmańska M., Kawiecka-Dziembowska B., Tujakowski J., Makarewicz R.: Ocena funkcjonowania pacjentów po leczeniu złośliwego zarodkowego nowotworu jądra - doświadczenia własne. *Współcz. Onkol.* 2008, 12 (4), 196-200.
- [8] Loehrer P.J., Dash A., Buyyounouski M.K., Skarecky D.: Rak jądra. Nowotwory złośliwe. Postępowanie wielodyscyplinarne. Lublin 2012, 15, 297-312.
- [9] Jeziorski A., et al.: Onkologia. Podręcznik dla pielęgniarek. Wyd Lekarskie PZWL, Warszawa 2005, 1, 136-137.
- [10] Bres-Niewada E., Torz C., Radziszewski P.: Medycyna urologiczna dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. *Med. Dypł.* 2011, 20 (5), 83-84, 86-89
- [11] Makarewicz A., Biedka M., Makarewicz R., Ziółkowska E.: Pierwotne Chłoniaki jądra – opis przypadku. *Onkol. Radioter.* 2010, 4 (2), 29-36.
- [12] Żołnierek J. Nurzyński P.: Onkologia w praktyce lekarza rodzinnego – Nowotwory nerki, pęcherza moczowego, jądra i nadnerczy. *Astoria Med.* 2016, 19, 289-291.
- [13] Jankowska M.: Sexual functioning of testicular cancer survivors and their partners – A review of literature. *Rep. Pract. Oncol. Radiother.* 2012: 17 (1), 54-62.
- [14] Kurowska K., Kowalczyk E.: Poczucie koherencji (SOC) a wsparcie społeczne u osób z rozpoznaniem raka jajnika i jądra. *Probl. Pielęg.* 2011, 19 (3), 329-334.
- [15] Kędra E., Pyśk A., Zielonka W.: Znajomość podstaw profilaktyki raka jądra wśród wybranej grupy mężczyzn. *Puls Uczelnia* 2015, 4(9), 9-12.