

# Jolanta Glińska<sup>1</sup>, Barbara Krzemińska<sup>2</sup>, Małgorzata Lewandowska<sup>1</sup>, Adam Dziki<sup>3, 4</sup>, Łukasz Dziki<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Katedra Nauczania Pielęgniarstwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Zakład Teorii Pielęgniarstwa i Umiejętności w Pielęgniarstwie

<sup>2</sup>Studentka studiów drugiego stopnia Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

<sup>3</sup>Katedra Chirurgii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

<sup>4</sup>Klinika Koloproktologii i Chirurgii Ogólnej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 5 Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

## Wsparcie społeczne kobiet z nowotworem gruczołu piersiowego

Social support for women with breast cancer

### STRESZCZENIE

**Wstęp.** Problematyka związana z nowotworem gruczołu piersiowego zajmuje obecnie czołowe miejsce, co wynika z alarmujących danych, według których rak piersi jest najczęstszym nowotworem złośliwym u kobiet. Dlatego też w opiece nad pacjentami cierpiącymi na nowotwory coraz więcej miejsca poświęca się problematyce wsparcia udzielanego przez różnorodne grupy społeczne.

**Cel pracy.** Celem pracy była analiza oceny poziomu oczekiwanego i otrzymanego wsparcia społecznego wśród kobiet z nowotworem gruczołu piersiowego.

**Material i metody.** Badania przeprowadzono w 2012 roku wśród 100 pacjentek chorujących na raka gruczołu piersiowego. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety, który dotyczył poszczególnych rodzajów wsparcia społecznego. Uzyskane dane analizowano przy użyciu testu Fishera oraz  $\chi^2$  Pearsona.

**Wyniki.** Analiza uzyskanych danych wskazuje, że najbardziej oczekiwanymi rodzajami wsparcia dla kobiet było wsparcie informacyjne (91%) i emocjonalne (66%). Głównym źródłem wsparcia emocjonalnego jest rodzina, informacyjnego – lekarz, a instrumentalnego – pielęgniarka. Zapotrzebowanie na wsparcie emocjonalne wzrasta wraz z kolejnymi etapami choroby i zmniejsza się wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia ( $p < 0,05$ ).

**Wnioski.** Zapotrzebowanie na wsparcie informacyjne, instrumentalne i dowartościowujące nie zależy od etapu choroby, poziomu wykształcenia, wieku oraz stanu rodzinnego. Wsparcie oczekiwane przewyższa wsparcie dostarczone.

**Problemy Pielęgniarstwa 2014; 22 (1): 27–34**

**Słowa kluczowe:** rak piersi; wsparcie społeczne; czynniki demograficzne

### ABSTRACT

**Introduction.** The issue of breast cancer is now widely discussed in the international arena since, as statistics show, breast cancer is the most common malignant cancer in women. Professional literature gives many examples of a negative influence of the disease on the quality of life of women who underwent mastectomy.

**Aim of the study.** The analysis of expected and received social support in a group of women with breast cancer.

**Material and methods.** The study was conducted in 2012 in a group of 100 female patients with breast cancer. The study tool was the authors' survey questionnaire. It referred to particular kinds of social support. The obtained data were analyzed with the use of Pearson's  $\chi^2$  Test and Fisher's Test.

**Results.** The analysis of obtained data indicates that women mostly expected The analysis of expected and received social support in a group of women with breast cancer.

support (47%). Emotional support is mainly provided by the patient's family, informational support – by a doctor and instrumental one – by a nurse. A need for emotional support increases in the course of the diseases and the lower level of education of the patient, the less emotional support she needs ( $p < 0.05$ ).

**Conclusions.** A desire for informational, instrumental and esteem support does not depend on the period of the disease, level of education, age or situation in the family. Desired support is greater than provided support.

**Nursing Topics 2014; 22 (1): 27–34**

**Key words:** breast cancer; social support; demographic factors

## Wstęp

Zagadnienia dotyczące nowotworu gruczołu piersiowego we współczesnym świecie przestały być marginalizowane i w coraz większych kręgach, zarówno naukowych, jak i społecznych, przedstawiane są jako istotny problem. Spostrzeżenie to wynika z alarmujących danych statystycznych, według których nowotwór ten występuje u 23% populacji, a tempo wzrostu zachorowalności szacowane jest na około 0, 5% rocznie [1–3]. Drugim istotnym aspektem tego problemu jest fakt, iż nowotwór gruczołu piersiowego jest najczęstszą przyczyną zgonów wśród kobiet [1, 2]. Jednak zainteresowanie samą problematyką nowotworu gruczołu piersiowego nie skupia się tylko i wyłącznie na samej chorobie, ale obejmuje również swym zasięgiem chorego oraz możliwości wsparcia go w walce z chorobą. Jego celem jest zbliżenie jednego lub obu uczestników do przezwyciężenia trudności, a skuteczność jej zależy od stopnia zgodności między wsparciem oczekiwanym a uzyskanym. Powszechnie uważa się, że leczenie onkologiczne jest bardzo uciążliwym leczeniem, wzbudzającym lęk, a nawet poczucie zagrożenia. Taka postawa wynika bardzo często z niewiedzy pacjentów na temat istniejących możliwości złagodzenia wielu objawów towarzyszących takiemu leczeniu. Samo pojęcie wsparcia cechuje się wieloznacznością, a próby jego doprecyzowania przyjmują zwykle postać definiowania poprzez wskazanie na jego strukturę i funkcję [4, 5].

Wsparcie społeczne jest rozumiane także jako ważny czynnik, wpływający na tak zwane scenariusze biograficzne człowieka. Istotnie, oddziaływanie i dostępność takiego wsparcia wpływa na funkcjonowanie jednostki, na jej stosunek do problemów, a także na zdrowie [6]. Odczuwanie wsparcia przez osobę potrzebującą buduje w niej poczucie bezpieczeństwa oraz pozytywnie wpływa na zdrowie fizyczne i psychiczne. Pierwszym i podstawowym systemem wsparcia jest rodzina chorego, stanowiąca pierwotny system opiekuńczy, oparty na osobistych, emocjonalnych więzach, zapewniająca opiekę swoim bliskim [7]. Istnieje także wiele organizacji, które chętnie pomagają chorym na raka. W przypadku kobiet dotkniętych chorobą nowotworową i po amputacji piersi najbardziej rozpowszechnionym stowarzyszeniem jest Stowarzyszenie Klub Kobiet po Mastektomii „Amazonki” [8].

Ważnym elementem w walce z rakiem piersi jest także udział personelu medycznego w różnych

rodzajach wsparcia społecznego. Główna jego rola to pomoc w zaakceptowaniu choroby i powrocie do aktywnego życia rodzinnego i zawodowego [9].

## Cel

Celem pracy była analiza oceny poziomu oczekiwanego i otrzymanego wsparcia społecznego wśród kobiet z nowotworem gruczołu piersiowego.

## Materiał i metody

Badania przeprowadzono wśród 100 pacjentek chorujących na nowotwór gruczołu piersiowego, w różnym okresie zachorowania, hospitalizowanych w Oddziale Chemioterapii i Opieki Paliatywnej, w Oddziale Chorób Rozrostowych oraz w Oddziale Chirurgii Onkologicznej w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Mikołaja Kopernika w Łodzi w 2012 roku. W pracy posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety zawierający 12 pytań dotyczących poszczególnych rodzajów wsparcia społecznego (emocjonalnego, informacyjnego, dowartościowującego, instrumentalnego). Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej nr RNN/225/12/KB z dnia 27 marca 2012 roku. Uzyskane dane analizowano przy użyciu testu Fishera oraz  $\chi^2$  Pearsona.

## Wyniki

Najliczniejszą grupę (59%) stanowiły kobiety w przedziale wiekowym 40–59 lat. Najmniej liczna grupa to osoby poniżej 39. roku życia (17%). W okresie leczenia uzupełniającego znajdowało się 37% kobiet, w trakcie diagnostyki — 6, przed zabiegiem operacyjnym — 29, a po zabiegu — 28 badanych. Większość respondentek (39) miała wykształcenie średnie; wyższe — 30, zasadnicze — 19, zaś podstawowe — 12. Dominująca liczba badanych zamieszkiwała tereny miejskie (84 osoby).

W pierwszej części pracy analizowano zapotrzebowanie kobiet na cztery rodzaje wsparcia. Analiza uzyskanych danych wskazuje, że najbardziej oczekiwanymi rodzajami wsparcia były wsparcie informacyjne (91%) i emocjonalne (66%). Kolejne pozycje zajęły wsparcie instrumentalne (50%) i dowartościowujące (47%). Źródłem oczekiwanego wsparcia informacyjnego w opinii 62% badanych powinni być przede wszystkim lekarze. Wsparcia instrumentalne-

**Tabela 1.** Wiek badanych a zapotrzebowanie na wsparcie emocjonalne**Table 1.** Age of the respondents and need for emotional support

Wiek	Czy oczekiwała Pani wsparcia emocjonalnego?			Razem (n)
	Tak (n)	Nie (n)	Nie mam zdania (n)	
Poniżej 20 lat	0	1	1	2
20–39 lat	11	4	1	16
40–59 lat	42	10	7	59
60 lat i powyżej	13	5	5	23
Razem	66	20	14	100
Analiza statystyczna		$\chi^2 = 6,961407; p = 0,32444$		

**Tabela 2.** Stan rodzinny badanych a zapotrzebowanie na wsparcie emocjonalne**Table 2.** Situation in the family and desire for emotional support

Czy mieszka Pani?	Czy oczekiwała Pani wsparcia emocjonalnego?			Razem (n)
	Tak (n)	Nie (n)	Nie mam zdania (n)	
Samotnie	6	4	2	12
Z rodziną	60	16	12	88
Razem	66	20	14	100
Analiza statystyczna		$\chi^2 = 2,026573; p = 0,36303$		

go kobiety oczekiwały głównie od pielęgniarek (31%), natomiast emocjonalnego — od rodziny (42%). Wsparcie dowartościowujące powinno zdaniem badanych wypływać głównie od lekarza i rodziny (tak twierdziło odpowiednio 24% i 12% respondentek). Znikome znaczenie kobiety przypisywały grupom wsparcia (2%) oraz psychologom (6%).

W dalszej części pracy określano postrzeganie zakresu dostarczonego wsparcia. Analiza uzyskanych danych wskazuje, iż kobiety otrzymały najwięcej wsparcia informacyjnego (70%) oraz emocjonalnego (58%). Na trzeciej pozycji odnotowano wsparcie instrumentalne (44%). Wsparcie dowartościowujące otrzymało 19% kobiet.

Analiza statystyczna wykazała brak zależności pomiędzy wiekiem badanych pacjentek a oczekiwaniem na wsparcie emocjonalne ( $p > 0,05$ ). Większość kobiet (66%) niezależnie od wieku oczekiwała takiego rodzaju wsparcia, aczkolwiek grupa badanych kobiet w wieku 40–59 lat była najliczniejszą grupą, która takiego wsparcia potrzebowała (tab. 1).

Przeprowadzając analizę statystyczną wieku badanych pacjentek, co do zapotrzebowania na inne rodzaje wsparcia (informacyjne, instrumentalne, dowartościowujące) test  $\chi^2$  wykazał brak istotnej zależności pomiędzy nimi, poziom istotności zawsze

wynosił  $p > 0,05$ . Podobnie jednak jak w przypadku wsparciu emocjonalnego liczniejsza grupa respondentek (ponad 60%) bez względu na wiek chciałaby móc liczyć na wszystkie rodzaje wsparcia ze strony innych osób.

Nie wykazano istotnej zależności statystycznej ( $p > 0,05$ ) pomiędzy badanymi kobietami mieszkającymi samotnie lub z rodziną a zapotrzebowaniem na wszystkie rodzaje badanego wsparcia. Wyniki we wszystkich rodzajach wsparcia są zbliżone i porównywalne do wyników przedstawionych w tabeli 2.

Badania wykazały zależność statystyczną pomiędzy poziomem wykształceniem a oczekiwaniem na wsparcie emocjonalne ( $p < 0,05$ ). Wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia spada procent osób oczekujących pomocy w sferze psychicznej i duchowej (tab. 3).

Zauważalna jest zależność między wykształceniem badanych pacjentek a zapotrzebowaniem na wsparcie instrumentalne, co określa poziom istotności ( $p < 0,05$ ). Najczęściej pomocy takiej oczekują osoby z wykształceniem podstawowym i średnim. W badaniu pozostałych zależności pomiędzy poziomem wykształceniem a zapotrzebowaniem na wsparcie informacyjne oraz dowartościowujące analiza statystyczna nie wykazała istotnej zależności (tab. 4).

**Tabela 3.** Poziom wykształcenia a zapotrzebowanie na wsparcie emocjonalne**Table 3.** Level of education and desire for emotional support

Poziom wykształcenia	Czy oczekiwała Pani wsparcia emocjonalnego?			
	Tak (n)	Nie (n)	Nie mam zdania (n)	Razem (n)
Podstawowe	9	0	4	12
Zasadnicze	11	3	4	18
Średnie	30	5	4	39
Wyższe	16	12	2	30
Razem	66	20	14	100
Analiza statystyczna		$\chi^2 = 14,65221$ ; $p = 0,02315$		

**Tabela 4.** Poziom wykształcenia a zapotrzebowanie na wsparcie instrumentalne**Table 4.** Level of education and desire for instrumental support

Poziom wykształcenia	Czy oczekiwała Pani wsparcia instrumentalnego?					
	Tak (n)		Nie (n)	Nie mam zdania (n)	Razem (n)	
Podstawowe	8	66,7%	1	8,3%	3	12
Zasadnicze	6	31,6%	12	63,2%	1	19
Średnie	24	61,5%	10	25,6%	5	39
Wyższe	12	40%	14	46,7%	4	30
Razem	50	50%	37	37,0%	13	100
Analiza statystyczna		$\chi^2 = 14,09875$ ; $p = 0,02856$				

Test  $\chi^2$  wykazał istotną zależność ( $p < 0,05$ ) pomiędzy etapem choroby a zapotrzebowaniem na wsparcie emocjonalne. Zauważalny jest wzrost zapotrzebowania na wsparcie wraz z przebiegiem choroby (tab. 5).

Badania korelacji pomiędzy etapem choroby a zapotrzebowaniem na pozostałe rodzaje wsparcia nie wykazały zależności statystycznej. Oczekiwanie na wsparcie informacyjne na każdym etapie przebiegu procesu chorobowego jest porównywalne (test  $\chi^2 = 8,146518$ ,  $p = 0,22758$ ). Podobne dane uzyskano badając zapotrzebowanie na wsparcia instrumentalne (test  $\chi^2 = 3,618777$ ,  $p = 0,72810$ ) oraz dowartościowującego (test  $\chi^2 = 6,001779$ ,  $p = 0,42300$ ) (tab. 6–8).

### Dyskusja

W literaturze przedmiotu bardzo często eksponuje się problem negatywnego wpływu choroby na stan emocjonalny kobiet po amputacji piersi. Według wielu badaczy znaczna liczba pacjentów z rozpoznaniem raka piersi odczuwa wiele dylematów psychologicznych, które w sposób drastyczny obniżają ich jakość życia [8, 10, 11]. Wyniki badań pokazują, iż jedynie

u 19% kobiet choroba nie wywarła negatywnego wpływu na poziom samopoczucia [10, 11]. Jak twierdzi wielu badaczy, w okresie tym pojawia się wysoki poziom stresu, depresji, niepokoju i lęku przed nawrotem choroby oraz fizycznymi objawami, w tym bólu, zmęczenia i bezsenności [8, 12–15]. W badaniach Nowickiego ponad połowa badanych kobiet (65%) jest przerażona i zaniepokojona swoim stanem zdrowia, a przede wszystkim boi się przerzutów i dalszego rozwoju choroby nowotworowej [16]. Dlatego też pacjentki muszą poradzić sobie nie tylko ze skutkami ubocznymi leczenia w wymiarze fizycznym, ale również psychologicznym [17, 18]. Rak piersi to nowe wyzwanie dla kobiet i ich rodzin. To sytuacja trudna, wymagająca wsparcia z wielu źródeł, które może przynieść dużo większe korzyści w procesie leczenia i powrotu do zdrowia niż sama terapia. Dlatego też w opiece nad pacjentkami cierpiącymi na nowotwory coraz więcej miejsca poświęca się problematyce wsparcia udzielanego przez różnorodne grupy społeczne [16, 19, 20]. Z pewnością pierwszą i podstawową rolę pełni tutaj najbliższa jednostce grupa, jaką jest rodzina. To

**Tabela 5.** Etap choroby a zapotrzebowanie na wsparcie emocjonalne**Table 5.** Stage of the disease and desire for emotional support

Etap choroby	Czy oczekiwała Pani wsparcia emocjonalnego?					
	Tak (n)		Nie (n)		Nie mam zdania (n)	Razem (n)
W trakcie rozpoznania/ /diagnostyki	2	33,3%	2	33,3%	2	6
Przed zabiegiem operacyjnym	18	62,1%	10	34,5%	1	29
Po zabiegu operacyjnym	17	60,7%	4	14,3%	7	28
W okresie leczenia uzupełniającego	29	80,6%	4	11,1%	3	36
Razem	66	66,7%	20	20,2%	13	99
Analiza statystyczna	$\chi^2 = 15,25026$ ; $p = 0,01840$					

**Tabela 6.** Etap choroby a zapotrzebowanie na wsparcie informacyjne**Table 6.** Stage of the disease and desire for informational support

Etap choroby	Czy oczekiwała Pani edukacji na temat choroby i życia z chorobą?					
	Tak (n)		Nie (n)		Nie mam zdania (n)	Razem (n)
W trakcie rozpoznania/ /diagnostyki	5		1		0	6
Przed zabiegiem operacyjnym	28		1		0	29
Po zabiegu operacyjnym	23		5		0	28
W okresie leczenia uzupełniającego	35		1		1	37
Razem	91		8		1	100
Analiza statystyczna	$\chi^2 = 8,146518$ ; $p = 0,22758$					

**Tabela 7.** Etap choroby a zapotrzebowanie na wsparcie instrumentalne**Table 7.** Stage of the disease and desire for instrumental support

Etap choroby	Czy oczekiwała Pani wsparcia instrumentalnego?					
	Tak (n)		Nie (n)		Nie mam zdania (n)	Razem (n)
W trakcie rozpoznania/ /diagnostyki	3		3		0	6
Przed zabiegiem operacyjnym	13		12		4	29
Po zabiegu operacyjnym	12		12		4	28
W okresie leczenia uzupełniającego	22		10		5	37
Razem	50		37		13	100
Analiza statystyczna	$\chi^2 = 3,618777$ ; $p = 0,72810$					

**Tabela 8.** Etap choroby a zapotrzebowanie na wsparcie dowartościowujące**Table 8.** Stage of the disease and desire for esteem support

Etap choroby	Czy miała Pani potrzebę pomocy ze strony innych osób w podnoszeniu poczucia własnej wartości (samoceny)?			
	Tak (n)	Nie (n)	Nie mam zdania (n)	Razem (n)
W trakcie rozpoznania/ /diagnostyki	3	3	0	6
Przed zabiegiem operacyjnym	11	16	2	29
Po zabiegu operacyjnym	11	15	2	28
W okresie leczenia uzupełniającego	22	15	0	37
Razem	47	49	4	100
Analiza statystyczna	$\chi^2 = 6,001779; p = 0,42300$			

właśnie rodzina, jako pierwotny system opiekuńczy, oparty na osobistych więziach w największym zakresie zaspokaja potrzeby emocjonalne i bezpieczeństwa [1, 19]. Fakt ten dało się wyraźnie zauważyć w badaniach własnych. Pacjentki, niezależnie od swojego wieku, wykształcenia, miejsca zamieszkania, statusu rodzinnego oraz etapu choroby, najczęściej wskazywały głównie na potrzebę wsparcia emocjonalnego ze strony rodziny (42%), a dopiero w dalszej kolejności poszukiwały go u znajomych, sąsiadów, personelu medycznego (lekarzy, pielęgniarek).

Na szczególną uwagę zasługuje także działalność organizacji pozarządowych, które w dużym zakresie stosują różnorodne formy wspierania pacjentów onkologicznych oraz ich najbliższych [21–23]. W licznych opracowaniach wielu autorów podkreśla szczególną rolę klubu Amazonek. U ponad połowy kobiet zrzeszonych w nim zauważono pozytywne, optymistyczne nastawienie do przyszłości. Kobiety odzyskały wiarę w siebie i cieszyły się każdym kolejnym dniem [10]. Wyniki badań własnych wykazały, że większość badanych pacjentek oczekuje takiego wsparcia od rodziny, co wydaje się całkowicie zrozumiałe, tylko nieznaczny odsetek kobiet liczy na taką pomoc z wtórnych źródeł wsparcia społecznego (2%). Niewątpliwie warto byłoby się zastanowić nad przyczynami tak niewielkiego zapotrzebowania ze strony pacjentek na tę formę pomocy. Główną przyczyną takiego stanu rzeczy jest niewątpliwie niski poziom wiedzy, jak również zbyt mały zakres informacji na temat grup wsparcia społecznego. Odnosi się to zarówno do informacji o oferowanych przez nie formach pomocy pacjentom, jak również o możliwościach nawiązania z nimi kontaktu. Niewątpliwie istotny wpływ na taką sytuację ma brak zaufania do otrzymywania takiej pomocy od osób obcych, wynikającej najczęściej z braku wiedzy

o ich merytorycznym przygotowaniu do tego typu działalności. To także brak zaufania do szczerości ich intencji oraz wiążącymi się z tym konsekwencjami. Problem może także stanowić ich dostępność. Stowarzyszenia amazonek zlokalizowane są przede wszystkim w dużych aglomeracjach miejskich, zaledwie 20% organizacji działa w ramach województwa, a 2% z nich — w ramach określonych regionów [19].

Ponadto ludzie znajdujący się w trudnej sytuacji oczekują wsparcia od specjalistów działających w ramach różnych instytucji opieki i pomocy społecznej [4]. Biorąc pod uwagę personel medyczny, większość kobiet chorujących na raka oczekiwała wsparcia ze strony lekarza, drugą pozycję zajęła pielęgniarka, a tylko nieliczni wskazali na potrzebę wsparcia ze strony psychologa. Lekarze stanowiący trzon ochrony zdrowia podejmują najważniejsze decyzje dotyczące leczenia oraz postępowania z pacjentem i to na nich spoczywa główna odpowiedzialność za skutki podejmowanych działań. Pacjenci oczekują poza fachową poradą medyczną tego, aby lekarz przejął na siebie zadania psychologa czy psychoterapeuty. Prawidłowo przeprowadzona rozmowa lekarza z chorym i nawiązanie przez to dobrych kontaktów warunkuje dobrą współpracę i gotowość do wypełniania wskazanych zaleceń, a także większe zaangażowanie w procesie leczenia [9].

Podobnie jak to ma miejsce w przypadku lekarzy, pacjent oczekuje od pielęgniarki postawy empatycznej, jak również umiejętności nawiązywania kontaktów interpersonalnych. Taka postawa pielęgniarek daje pacjentowi poczucie bezpieczeństwa, oparcia w drugim człowieku oraz pozwala na odreagowanie własnych negatywnych uczuć i emocji [4]. Jednakże należy pamiętać, iż sama obecność drugiej osoby nie jest równoznaczna z otrzymaniem wsparcia, które postrzegane jest poprzez subiektywną oceną



biorców, najczęściej w kategorii jego dostępności. Człowiek ma poczucie wsparcia społecznego tylko wtedy, gdy wierzy, że może zawsze liczyć na opiekę w razie zaistnienia krytycznych wydarzeń w jego życiu [24]. Niestety wyniki badań własnych wykazały różnice między wsparciem otrzymanym a oczekiwanym. We wszystkich rodzajach badanego wsparcia oczekiwania pacjentów były wyższe. Respondentki podkreślały dominującą potrzebę wsparcia informacyjnego w celu zwiększenia umiejętności radzenia sobie z chorobą nowotworową. Takiego rodzaju pomocy oczekiwało 91% chorych niezależnie od etapu choroby, a otrzymało je tylko 70%. Badane najczęściej poszukiwały odpowiedzi na nurtujące je pytania u lekarza (62%). W tym przypadku personel pielęgniarski uzyskał porównywalny wynik z rodziną/znajomymi, i tak, odpowiednio, pielęgniarki — 15%, rodzina/znajomi — 14%. Tylko połowa pacjentów oczekiwała wsparcia instrumentalnego odnoszącego się do szeroko rozumianego świadczenia pomocy, jak również bezpośredniego osobistego działania na rzecz osoby potrzebującej, 31% ankietowanych oczekiwało takiego wsparcia od pielęgniarki, a 16% od lekarza. Najmniejsza grupa respondentek (47%) liczyła na wsparcie dowartościowujące, którego głównym źródłem powinien być personel medyczny (głównie lekarz) oraz rodzina, co również zostało potwierdzone przez wyniki badań prowadzonych wśród pacjentów na terenie innych krajów, wskazujących na ich duże zaufanie do lekarza [9]. Subiektywne poczucie otrzymanego wsparcia dowartościowującego było na znacznie niższym poziomie, pełne deklarowało jedynie 19% respondentek. Tak niski poziom zapotrzebowania na wsparcie dowartościowujące może stanowić argument potwierdzający opinie innych autorów, zdaniem których należy zwrócić uwagę również na negatywne skutki wsparcia, które w pewnych sytuacjach może wręcz obniżyć poczucie samooceny i zwiększać okres niezależności. Dlatego też wsparcie społeczne musi być tak dopasowane do zapotrzebowania, aby nie pogłębiać poczucia niskiej wartości [7, 25].

Analiza zależności pomiędzy wybranymi czynnikami demograficznymi a oczekiwaniem na różne rodzaje wsparcia wykazała, iż zapotrzebowanie na wsparcie emocjonalne zależy od poziomu wykształcenia ( $p < 0,05$ ). Osoby z niższym wykształceniem wymagały większego zakresu pomocy w sferze psychicznej. W analizowanym materiale zaznaczyła się również tendencja wzrostu zapotrzebowania na wsparcie instrumentalne u osób z niższym wykształceniem ( $p < 0,05$ ). Jak wynika z przeprowadzonych badań, wiek oraz stan rodzinny nie jest czynnikiem decydującym o zapotrzebowaniu na wsparcie społeczne ( $p > 0,05$ ). Dla większości kobiet (> 60%) wszystkie rodzaje wsparcia były istotne i konieczne.

W materiale własnym wykazano, że im dalszy etap choroby, tym większa potrzeba wsparcia emocjonalnego ( $p < 0,05$ ). Potwierdzają to wyniki badań innych autorów, wskazujące na wzrost stresu i lęku wraz z kolejnymi etapami choroby [26, 27]. Pomiędzy pozostałymi rodzajami wsparcia a czasem trwania choroby i poziomem wykształcenia nie odnotowano istotnej statystycznie korelacji ( $p > 0,05$ ).

## Wnioski

- Kobiety z rakiem piersi oczekują głównie wsparcia informacyjnego i emocjonalnego.
- Wraz z kolejnymi etapami choroby wzrasta zapotrzebowanie na wsparcie emocjonalne.
- Im wyższy poziom wykształcenia, tym niższy odsetek osób oczekujących wsparcia emocjonalnego.
- Zapotrzebowanie na wsparcie informacyjne, instrumentalne i dowartościowujące nie zależy od etapów choroby, poziomu wykształcenia, wieku oraz stanu rodzinnego.
- Głównym źródłem oczekiwanego wsparcia emocjonalnego jest rodzina, informacyjnego — lekarz, a instrumentalnego — pielęgniarka.
- Wsparcie oczekiwane kobiet jest wyższe niż wspieranie otrzymywane.

## Piśmiennictwo

1. Plopa M. Psychologia rodziny. Teoria i badania. Wydawnictwo Elbląskiej Uczelni Humanistyczno-Ekonomicznej, Elbląg 2004: 15.
2. Kamińska A., Kurowska K. Skuteczność onkologiczna i najlepsza jakość życia. *Mag. Piel. Położn.* 2008; 11: 34.
3. de Walden-Gałuszko K. Psychoonkologia w praktyce klinicznej. PZWL, Warszawa 2011; 59: 139–202.
4. Sęk H., Cieślak R. (red.). Wsparcie społeczne, stres i zdrowie. PWN, Warszawa 2006: 20–49.
5. Sęk H., Cieślak R. (red.). Wsparcie społeczne, stres i zdrowie. PWN, Warszawa 2005; 14–19.
6. Modrzewski J. Wsparcie społeczne jako czynnik wzorujący współczesne scenariusze biograficzne. W: M. Piorunek (red.). *Pomoc — wsparcie społeczne — poradnictwo. Od teorii do praktyki.* Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2010: 31.
7. Sadura B. Rak piersi. *Biuletyn Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych* 2009; 10: 10–11.
8. Waldmann A., Pritzkeleit R., Raspe H., Katalinic A. The OVIS study: health related quality of life measured by the EORTC QLQ-C30 and -BR23 in German female patients with breast cancer from Schleswig-Holstein. *Qual. Life Res.* 2007; 16: 767–76.
9. Leoniak A. Życie kobiet z rakiem piersi. *Pielęg. Położna* 2008; 1: 8.
10. Hulbert-Williams N., Neal R., Morrison V., Kapturek K., Wilkinson C. Anxiety, depression and quality of life after cancer diagnosis: what psychosocial variables best predict how patients adjust? *Psychooncology* 2012; 21: 857–867.
11. Nowicki A., Kwasińska E., Rzepka K., Walentowicz M., Grabiec M. Wpływ choroby na życie emocjonalne kobiet po operacji raka piersi zrzeczonych w klubach „Amazonka”. *Annales academiae medicae estheticae. Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie* 2009; 55: 81–85.

12. Lengacher C.A., Johnson-Mallard V., Post-White J. i wsp. Randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction (MBSR) for survivors of breast cancer. *Psycho-oncology* 2009; 18: 1261–1272.
13. Kurowska K., Spierewka B. Rola przystosowania się do optymalnej jakości życia kobiet po mastektomii. *Pielęg. Chir. i Angiol.* 2012; 3: 114–122.
14. Jasińska M., Tracz M., Kurczewska U., Orszulak-Michalak D. Ocena zmian jakości życia pacjentów w terminalnej fazie choroby nowotworowej. *Współcz. Onkol.* 2010; 14: 333–339.
15. Barnaś E., Skręt A., Skręt-Magierło J., Sobolewski M. Jakość życia kobiet z chorobą nowotworową piersi. *Przegląd Menopauzalny* 2009; 1: 15–19.
16. Nowicki A., Nikiel M. Operacje odtwórcze piersi, ocena satysfakcji pacjentek. *Współcz. Onkol.* 2006; 10: 45–50.
17. Angielczyk K. Wsparcie społeczne w procesie osierocenia jako profilaktyka żałoby patologicznej cz. II. *Biuletyn Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych* 2010; 11: 32–33.
18. Studniarek-Szczepaniak K. Studium socjomedyczne chorych z rakiem sutka z uwzględnieniem jakości życia cz. II. *Biuletyn Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych* 2005; 2: 12–13.
19. Synowiec-Piłat M. Rozwój ruchu „pacjent dla pacjenta” w Polsce na przykładzie stowarzyszeń kobiet po mastektomii (amazonek). *Gin. Prakt.* 2009; 2: 24–28.
20. Kim E., Han J.Y., Moon T.J., Shaw B., Shaw D.V., McTavish F.M., Gustafson D. The process and effect of supportive message expression and reception in online breast cancer support groups. *Psychooncology* 2012; 21: 531–540.
21. Jassem J., Krzakowski M. (red.). *Rak Piersi. Praktyczny Przewodnik dla Lekarza*. Via Medica, Gdańsk 2009: 38–147.
22. Synowiec-Piłat M. *Promocja zdrowia i profilaktyka onkologiczna w działaniach organizacji pozarządowych*. Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2009.
23. Synowiec-Piłat M. *Działalność organizacji pozarządowych specjalizujących się w problematyce onkologicznej na rzecz pacjentów w terminalnym okresie choroby*. W: Kolbuszewski J. (red.). *Problemy współczesnej tanatologii. Medycyna — antropologia kultury — humanistyka*. WTN, Wrocław 2007: 121–126.
24. Zielińska-Więczkowska H., Betlakowski J. Pomiar i ocena wsparcia społecznego u pacjentów hospitalizowanych podanych chemioterapii. *Współcz. Onkol.* 2010; 14: 229–232.
25. Lepore S.J., Glaser D.B., Roberts K.J. On the positive relation between received social support and negative affect: a test of the triage and self-esteem threat models in women with breast cancer. *Psychooncology* 2008; 17: 1210–1215.
26. Lam W.W., Shing Y.T., Bonanno G.A., Mancini A.D., Fielding R. Distress trajectories at the first year diagnosis of breast cancer in relation to 6 years survivorship. *Psychooncology* 2012; 21: 90–99.
27. McGinty H.L., Goldenberg J.L., Jacobsen P.B. Relationship of threat appraisal with coping appraisal to fear of cancer recurrence in breast cancer survivors. *Psychooncology* 2012; 21: 203–210.