

Szadowska-Szlachetka Zdzisława, Janczaruk Marzena, Dziurko Jolanta, Starosławska Elżbieta, Stanisławek Andrzej. Analiza zapotrzebowania na wsparcie oraz wsparcia otrzymanego przez kobiety z rakiem piersi = Analysis of demand for support and of support received by women with breast cancer. Journal of Education, Health and Sport. 2015;5(2):246-259. ISSN 2391-8306. DOI: [10.5281/zenodo.16104](https://doi.org/10.5281/zenodo.16104)

<http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/2015%3B5%282%29%3A246-259>

<https://pbn.nauka.gov.pl/works/546317>

<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.16104>

Formerly Journal of Health Sciences. ISSN 1429-9623 / 2300-665X. Archives 2011 – 2014
<http://journal.rsw.edu.pl/index.php/JHS/issue/archive>

Deklaracja.

Specyfika i zawartość merytoryczna czasopisma nie ulega zmianie.
Zgodnie z informacją MNiSW z dnia 2 czerwca 2014 r., że w roku 2014 nie będzie przeprowadzana ocena czasopism naukowych; czasopismo o zmienionym tytule otrzymuje tyle samo punktów co na wykazie czasopism naukowych z dnia 31 grudnia 2014 r.

The journal has had 5 points in Ministry of Science and Higher Education of Poland parametric evaluation. Part B item 1089. (31.12.2014).

© The Author (s) 2015;

This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, Poland and Radom University in Radom, Poland
Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.

Received: 20.10.2014. Revised 18.01.2015. Accepted: 25.02.2015.

Analiza zapotrzebowania na wsparcie oraz wsparcia otrzymanego przez kobiety z rakiem piersi **Analysis of demand for support and of support received by women with breast cancer**

**Zdzisława Szadowska-Szlachetka², Marzena Janczaruk¹, Jolanta Dziurko¹,
Elżbieta Starosławska¹, Andrzej Stanisławek²**

¹Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli

²Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Katedra Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej

Streszczenie

Wstęp

Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem wśród kobiet w Polsce. Jego leczenie jest długotrwałe wielokierunkowe, czasami wiąże się z okaleczeniem, uciążliwymi skutkami ubocznymi leczenia. Powoduje to wiele obaw u pacjentek, które przeżywają duży stres związany ze swoją sytuacją zdrowotną. Dlatego też potrzebują one holistycznego wsparcia ze strony rodziny i pracowników służby zdrowia.

Cel

Celem niniejszej pracy była ocena zapotrzebowania na wsparcie społeczne (informacyjne, emocjonalne, instrumentalne, duchowe i materialne) u pacjentek leczonych z powodu raka piersi.

Materiał i metoda

Badania zostały przeprowadzone wśród pacjentek leczonych w Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. Św. Jana z Dukli w Pododdziale Chemioterapii Diennej, I Oddziale Onkologii Klinicznej, IV Oddziale Radioterapii Onkologicznej, V Oddziale Chirurgii Onkologicznej. Dotyczyły one 112 pacjentek leczonych w tej placówce. W badaniu zastosowano technikę wywiadu z użyciem autorskiego kwestionariusza ankiety.

Wyniki

Pacjentki leczone z powodu raka piersi potrzebują wsparcia informacyjnego (59%), emocjonalnego (51%) i duchowego (59%). Mniejszy odsetek badanych ma zapotrzebowanie na wsparcie instrumentalne (48%) i materialne (45%).

Najczęściej wsparcia emocjonalnego dostarczają pacjentkom członkowie rodzin (71%), zaś pielęgniarki są dawcami wsparcia informacyjnego udzielanego w czasie leczenia uzupełniającego, to jest chemioterapii (25%) i radioterapii (13,39%).

Wnioski

Pacjentki leczone z powodu raka piersi potrzebują najczęściej wsparcia informacyjnego, emocjonalnego i duchowego, rzadziej instrumentalnego i materialnego.

Słowa kluczowe: rak piersi, wsparcie oczekiwane, zapotrzebowanie na wsparcie.

Summary

Introduction

Breast cancer is the most common cancer among women in Poland. Its treatment is long-term and multidirectional, sometimes associated with mutilation, burdensome side effects of treatment. This causes a lot of concern in patients who are experiencing high stress due to their health situation. Therefore, they need a holistic support from family and health care workers.

Purpose

The purpose of the study was to determine demand for social support (information, emotional, instrumental, spiritual and material) at patients treated for breast cancer.

Material and method

The study was conducted among patients treated in St Johns' Oncology Center in Lublin (COZL) in Daily Chemotherapy subdivision, I Department of Medical Oncology, IV Department of Radiation Oncology, V Department of Oncological Surgery. They concerned 112 patients treated in this institution. In the study used was interview technique using author's survey questionnaire.

Results

Patients treated for breast cancer need information (59%), emotional (51%) and spiritual (59%) support. Smaller percentage of respondents needs instrumental (48%) and material (45%) support.

Emotional support is most commonly provided to patients by family members (71%), whereas nurses provide information during the follow-up treatment, i.e. chemotherapy (25%) and radiotherapy (13.39%).

Conclusions

Patients treated for breast cancer most frequently need information, emotional and spiritual support, less frequently instrumental and material support.

Key words: breast cancer, expected support, demand for support.

Wprowadzenie

Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym u kobiet zarówno w Polsce jak i w olbrzymiej większości krajów świata stanowiąc około 23% ogółu zachorowań na nowotwory płci żeńskiej [1]. Rak piersi jest schorzeniem, które dotyka co piątej kobiety w Polsce. Rokowanie w tym schorzeniu zależy od wielu czynników. Leczenie jest długotrwałe, wieloetapowe- często jest to leczenie chirurgiczne, chemioterapia, radioterapia, leczenie hormonalne, immunoterapia lub też leczenie paliatywne. [2]

Na każdym z etapów leczenia ważne jest udzielanie wsparcia pacjentkom przez cały zespół terapeutyczny - lekarza, pielęgniarkę, psychologa, rehabilitanta, osobę duchowną. Pojęcie wsparcia społecznego w licznej literaturze psychologii i pedagogiki pojawiło się w latach 70. XX wieku, co było spowodowane wzrostem zainteresowania badaczy skutkami choroby i stresem związanym z chorobą. Mimo wieloletniego zainteresowania tą problematyką nie przyjęto dotąd jednoznacznej definicji.

Ogólnie rzecz ujmując, termin ten kojarzony jest z pomocą udzielaną drugiemu człowiekowi, w sytuacji wymagającej takiej interwencji. Dotyczy relacji między ludźmi, jej jakości - włączając współczucie, danie poczucia bezpieczeństwa, altruizm, akceptację, umiejętność odczuwania empatii.

Pedagog S. Kawula, który jako pierwszy wprowadził pojęcie wsparcia społecznego w pedagogice specjalnej- nadał mu dwojakie znaczenie. W ujęciu pierwszym traktuje je, jako pomoc, która jest dostępna jednostce lub grupie osób w sytuacjach przełomowych, trudnych i stresowych, które nie są do przezwyciężenia bez wsparcia innych osób. W drugim ujęciu wsparcie określa rodzajem interakcji społecznej, która jest podejmowana w sytuacji trudnej przez jedną lub obie strony po przez wymianę informacji [3]

Jako rodzaj interakcji mający na celu rozwiązanie problemu, zapoczątkowany przez jedną lub obie strony w sytuacji trudnej, stresowej lub problemowej, w czasie, której może dochodzić do wymiany informacji, reakcji uczuciowych, dóbr materialnych oraz dóbr materialnych, definiuje wsparcie społeczne psycholog H. Sęk [4].

Biorąc pod uwagę treść wymiany społecznej zachodzącej w czasie interakcji wyodrębnić możemy następujące rodzaje wsparcia:

1) **Wsparcie emocjonalne** polega na przekazywaniu komunikatów podtrzymujących i uspokajających przez okazanie sympatii, troski, ciepła, rozładowanie negatywnych emocji oraz wzmocnienie dobrego samopoczucia (przez budzenie nadziei). Ten rodzaj wsparcia pozwala uwolnić się od napięć i negatywnych uczuć oraz podwyższa samoocenę osoby wspieranej [5].

2) **Wsparcie informacyjne** zwane inaczej poznawczym, ma za zadanie dostarczenie wiadomości w celu lepszego zrozumienia sytuacji, choroby, leczenia i sposobów radzenia sobie w obliczu danego problemu. Okazywane jest w trakcie indywidualnego kontaktu (rozmowy) przez przekazanie informacji zwrotnych, potwierdzających skuteczność podejmowanych działań. Daje poczucie kontroli nad sytuacją. Ten rodzaj wsparcia można też uzyskać w tzw. „grupach wsparcia” od osób dotkniętych podobnymi problemami, które dzielą się własnymi doświadczeniami [5, 6].

3) **Wsparcie instrumentalne** to inaczej instruktaż, w którym przekazywane są informacje na temat postępowania w danej sytuacji, w obliczu określonego problemu. Powinno być ono poprzedzone rozpoznaniem, w jaki sposób osoba wspierana radzi sobie aktualnie z sytuacją dla niej trudną. Wsparcie instrumentalne ma na celu wzmocnienie zasobów wewnętrznych, a także pomoc w odnalezieniu strategii, instrumentów, które można zastosować w konkretnych sytuacjach [5].

4) **Wsparcie rzeczowe** lub materialne, czyli udzielanie pomocy materialnej, finansowej, a także bezpośrednie działanie fizyczne na rzecz osób potrzebujących. Może mieć formę w postaci udostępnienia schronienia, mieszkania, przekazanie środków do życia, zaopatrzenia w ubrania, żywność czy lekarstwa [7].

5) **Wsparcie duchowe** niezbędne osobom cierpiącym, odczuwającym lęk przed śmiercią, znajdującym się w sytuacjach krytycznych, gdy występuje cierpienie fizyczne i duchowe odnoszące się do wartości uniwersalnych mające związek z sensem życia, nadzieją, przemijaniem. Może być udzielane przez osoby duchowne, ale również świeckie przez dobre słowo, rozważania czy modlitwę [5,6,8].

Cel pracy

Celem niniejszej pracy była ocena zapotrzebowania na wsparcie społeczne u pacjentek leczonych z powodu raka piersi

Materiał i metody

Badania zostały przeprowadzone wśród pacjentek leczonych w Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św Jana z Dukli w Pododdziale Chemioterapii Diennej, I Oddziale Onkologii Klinicznej, IV Oddziale Radioterapii Onkologicznej, V Oddziale Chirurgii Onkologicznej. Dokonano ich po wcześniejszym uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, a także zgody Dyrektora placówki leczniczej.

Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem techniki wywiadu. Wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety, który składał się w większości z pytań zamkniętych dotyczących zapotrzebowania na wsparcie społeczne u pacjentek leczonych z powodu nowotworu piersi. Wyniki otrzymane na drodze badań poddano analizie statystycznej i opisowej. Analizowane wartości zmiennych mierzalnych (ilościowych) przedstawiono przy pomocy wartości średniej i odchylenia standardowego. Dla wartości niemierzalnych (jakościowych) zastosowano zaś liczebność i odsetek. Analizę statystyczną zależności pomiędzy zmiennymi oparto o test nieparametryczny χ^2 Pearsona, wykorzystując do tego celu program „STATISTICA 10.0”. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$.

Wyniki

Badaniem objęto 112 pacjentek leczonych z powodu nowotworu piersi. Badane były zróżnicowane pod względem miejsca leczenia, wieku, posiadania dzieci, stanu cywilnego, wykształcenia, miejsca zamieszkania, aktywności zawodowej, sytuacji rodzinnej, sytuacji ekonomicznej przed i w trakcie leczenia. Największy odsetek ankietowanych był w wieku 46-65 lat, co stanowi 61,61% (n=69), żadna z badanych nie była poniżej 25 roku życia. Średnia wieku respondentek wynosiła 55,6 lat, a mediana 56 lat, zaś odchylenie standardowe wieku badanych 11,92 lat. Zdecydowaną większość badanych stanowiły pacjentki będące w związku małżeńskim n=82 (73,21%), mniej liczną wdowy n=12 (10,71%), kobiety rozwiedzione n=11

(9,82%) natomiast najmniej liczną grupę stanowiły osoby będące w separacji n=1 (zaledwie 0,89%).

Biorąc pod uwagę wykształcenie - najliczniejszą grupą badanych były kobiety z wykształceniem wyższym n=44 (39,29%), mniej liczną z wykształceniem średnim n=36 (32,14%), a najmniej liczną osoby z wykształceniem podstawowym n=10 (8,93%). Analizując miejsca zamieszkania pacjentek stwierdzono, że ponad połowa z nich mieszka w mieście 51,78% (n=58), a pozostała część 48,21% (n=54) na wsi. Kryterium różnicującym badane była również aktywność zawodowa. Największy odsetek badanych 30,36% (n=34) stanowiły osoby przebywające na emeryturze. Około ¼ osób wskazała, że pracuje (n=27), mniejsza grupa ankietowanych otrzymuje rentę inwalidzką (21,43%) i tyle samo kobiet, jest na zwolnieniu lekarskim, osoby bezrobotne stanowiły zaledwie 2,68% (n=3). Kolejną badaną cechą była sytuacja rodzinna pacjentek. Zdecydowana większość wykazała, że mieszka z rodziną n=96 (85,71%), a tylko niespełna n=3 (2,68%) mieszka sama i nie może liczyć na pomoc ze strony rodziny.

Przy leczeniu nowotworu piersi można zastosować następujące rodzaje leczenia: leczenie operacyjne, chemioterapię, radioterapię oraz hormonoterapię, w zależności od stadium rozwoju choroby. Rodzaj leczenia, jaki zastosowano u poszczególnych pacjentek przedstawia tabela 1.

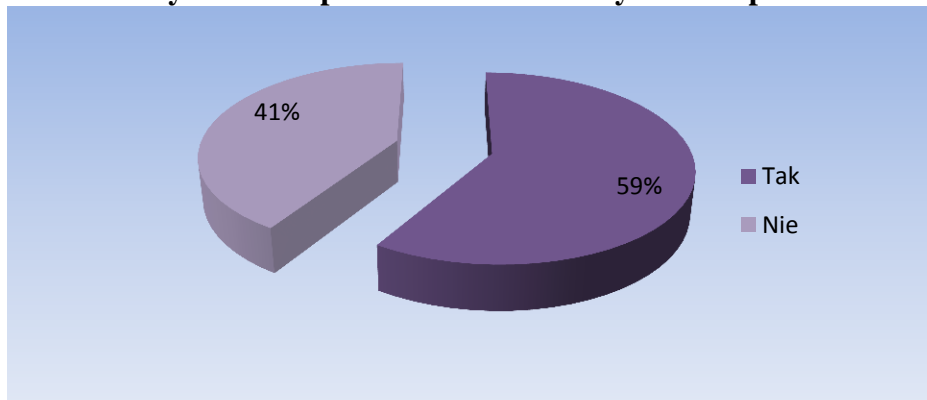
Tabela 1. Rodzaj zastosowanego leczenia u pacjentki

Rodzaj zastosowanego leczenia	Jestem w trakcie leczenia		Jestem po leczeniu	
	N	%	N	%
Leczenie operacyjne	15	13,39	81	72,32
Chemioterapia	70	62,50	42	37,50
Radioterapia	24	21,43	35	31,25
Hormonoterapia	39	34,82	13	11,61

Zapotrzebowanie na wsparcie informacyjne

Wszelkie informacje dotyczące leczenia nowotworu piersi, możliwych skutków ubocznych, zachowań minimalizujących je, stanowią źródło pomocy w radzeniu podczas różnego rodzaju terapii stosowanych w tym schorzeniu. Zapotrzebowanie na wsparcie informacyjne przedstawia wykres 1.

Wykres 1. Zapotrzebowanie badanych na wsparcie informacyjne



Wsparcia informacyjnego oczekiwała ponad połowa badanych- 59%

Badane doświadczały wielu rodzajów leczenia – z każdym z nich powiązane są informacje, które pacjentka i jej rodzina powinni otrzymać. Dane zawarte w tabeli 2 wskazują, że osobą, która najczęściej udzielała informacji o postępowaniu w trakcie i po zakończeniu każdego typu leczenia był lekarz. Najbardziej jest to widoczne przy leczeniu operacyjnym, gdzie lekarza jako osobę udzielającą informacji wskazało 83,94% badanych.

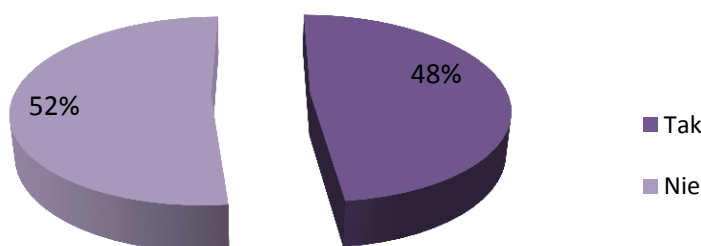
Tabela 2. Osoba udzielająca informacji o postępowaniu w trakcie i po zakończeniu leczenia

Rodzaj leczenia	Lekarz		Pielęgniarka	
	n	%	n	%
Leczenie operacyjne	94	83,94	10	8,93
Chemioterapia	81	72,32	28	25,00
Radioterapia	51	45,54	15	13,39
Hormonoterapia	49	43,75	6	5,36

Stowarzyszenie Amazonek to grupa wsparcia stworzona specjalnie dla osób, którym przyszło się zmierzyć z nowotworem piersi. Należy stwierdzić, że zdecydowana większość tj. 81% (n=91) ankietowanych potwierdziła, że wie o istnieniu takiego stowarzyszenia, a 38% (n=43) badanych stwierdziła, że zna również adres najbliższej siedziby Klubu Amazonek. Informacje na temat grupy wsparcia najczęściej pochodziły ze środków masowego przekazu (n=45) tj. 40,17%, od pielęgniarek (n=18) tj. 16,07%, rehabilitanta (n=10) tj. 8,92% w najmniejszym stopniu taką informację przekazywali lekarze (n=4) tj. 3,57%.

Kobiety chore na nowotwór piersi zapytano również o zapotrzebowanie na wsparcie instrumentalne. Wyniki przedstawia wykres 2.

Wykres 2. Zapotrzebowanie na wsparcie instrumentalne wśród badanych



Przeprowadzone badania pozwoliły stwierdzić, że 48% (n=54) badanych kobiet chorych na nowotwór piersi potrzebuje wsparcia instrumentalnego, zaś 52% (n=58) nie potrzebuje takiego rodzaju wsparcia.

Kobiety, którym usunięto węzły chłonne zobligowano do odpowiedzi na dodatkowe pytanie dotyczące zasad postępowania w przypadku zastosowania tego typu leczenia operacyjnego. Ankietowane były zobowiązane wskazać, kto nauczył je zasad postępowania w życiu codziennym, ćwiczeń gimnastycznych, a także wykonywania automasażu. Pacjentki mogły wskazać jednocześnie kilka osób, dzięki którym nabyły powyższe umiejętności. Szczegółowe dane przedstawia tabela 3.

Jako osobę, która nauczyła pacjentki zarówno wykonywania automasażu, ćwiczeń gimnastycznych, a także zasad postępowania w życiu codziennym zdecydowanie najczęściej wskazywano rehabilitanta. Druga osobą w kolejności, która udzielała takiej pomocy była pielęgniarka, natomiast najrzadziej badane wskazywały osobę ze Stowarzyszenia Amazonek.

Tabela 1. Osoba, która nauczyła badaną zasad postępowania w przypadku usunięcia węzłów chłonnych

Ćwiczenia/ Zasady	Lekarz		Pielęgniarka		Rehabilitant		Stowarzyszenie Amazonek		Współpacjenci	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Wykonywania automasażu	5	4,46	16	14,29	52	46,43	6	5,36	9	8,04
Ćwiczeń gimnastycznymi zapobiegających wystąpieniu obrzęku limfatycznego i przykurczu	6	5,36	13	11,61	55	49,11	5	4,46	10	8,93
Zasad postępowania w życiu codziennym w celu zapobiegania obrzękowi limfatycznemu	9	8,04	30	26,79	37	33,04	5	4,46	11	9,82

Pacjentki, u których jako jedną z metod leczenia raka piersi zastosowano radioterapię były zobowiązane zaznaczyć w ankiecie, kto nauczył je odpowiedniej pielęgnacji skóry zarówno w trakcie jak i po radioterapii. Na podstawie danych, które przedstawia tabela 4 można zauważyć, że najczęściej wskazywanymi osobami byli pielęgniarka (25,89%) i lekarz (24,11%), natomiast najrzadziej pacjentki wskazywały współpacjentów. Należy także podkreślić, że 6 na 112 badanych stwierdziło, że nikt nie uczył je metod, jakie powinny stosować przy pielęgnacji skóry.

Tabela 2. Osoba, która przekazała wiedzę chorym w zakresie pielęgnacji skóry w trakcie i po radioterapii

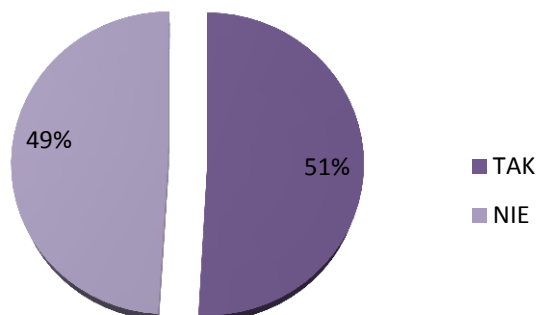
Lekarz		Pielęgniarka		Technik radioterapeuta		Współpacjenci		Nikt		Nie dotyczy	
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
27	24,11	29	25,89	17	15,18	14	12,50	6	5,36	46	41,07

Ankietowane, u których zastosowano chemioterapię były poproszone, aby zaznaczyć w ankiecie, kto nauczył je zasad postępowania w trakcie jak i po leczeniu. Pacjentki przy odpowiedzi na to pytanie częściej wskazywały lekarza (n=62), prawie połowa badanych wskazała również pielęgniarkę (n=53). Współpacjentów, jako osoby, które udzielały takiej pomocy wskazało 19 ankietowanych, a 3 osoby zaznaczyły odpowiedź, że nikt ich nie uczył jak należy postępować po zastosowaniu chemioterapii.

Zapotrzebowanie na wsparcie emocjonalne

Kolejnym rodzajem wsparcia, o które pacjentki zostały zapytane było wsparcie emocjonalne. Wyniki przedstawia wykres 3.

Wykres 1. Zapotrzebowanie na wsparcie emocjonalne u badanych

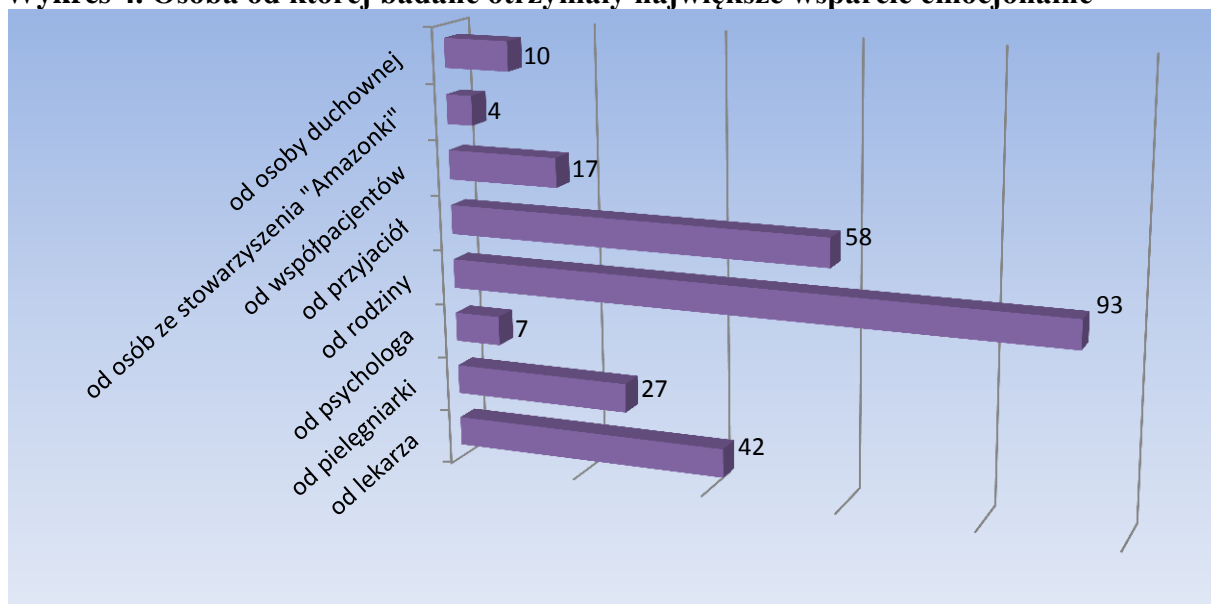


Przeprowadzona analiza wykazała, że oczekiwania patientek odnośnie wsparcia emocjonalnego były zróżnicowane, bowiem 57 (51%) z nich wskazało, że takiego wsparcia potrzebuje, natomiast 55 (49%), że nie.

Pacjentki jako osoby, od których najbardziej potrzebowałyby wsparcia emocjonalnego wskazały zdecydowanie członków rodziny (n=80), drugi w kolejności był wskazywany lekarz (n=51), natomiast najrzadziej jako osobę, od której badane oczekiwały wsparcia emocjonalnego była wskazywana osoba ze stowarzyszenia Amazonki.

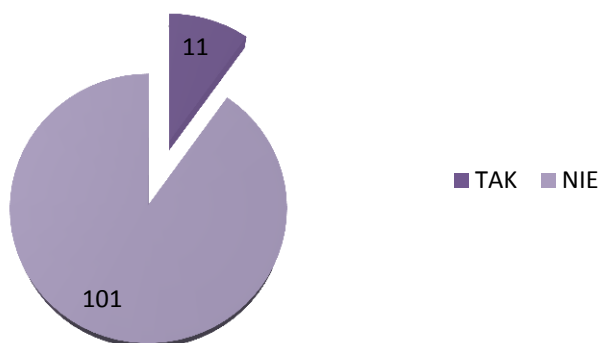
Podobnie przedstawiała się sytuacja odnośnie wsparcia otrzymanego przez pacjentki. Większość zdecydowanie potwierdziła, że wsparcie emocjonalne najczęściej otrzymywała od najbliższych członków rodziny (n=93), prawie połowa ankietowanych wskazała również przyjaciół (n=58), a najrzadziej były wskazywane osoby ze stowarzyszenia Amazonki (n=4) oraz psycholog (n=7). Szczegółowe dane odnośnie wsparcia emocjonalnego przedstawia wykres 4.

Wykres 4. Osoba od której badane otrzymały największe wsparcie emocjonalne



Tylko 11 patientek na 112 badanych skorzystało z pomocy psychologa.

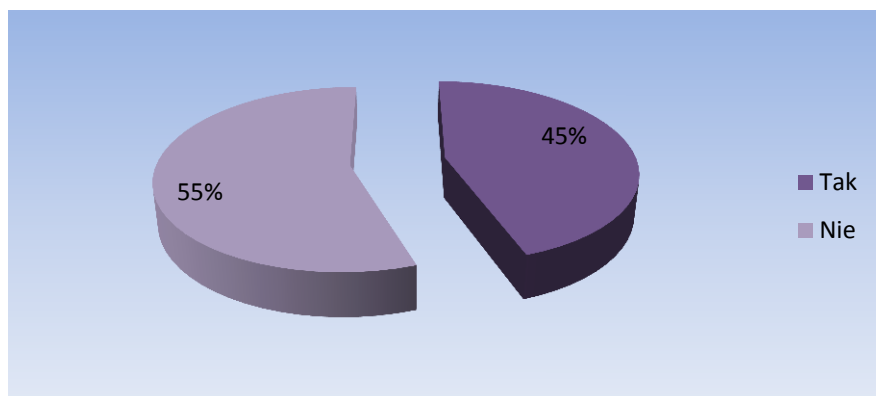
Wykres 5. Korzystanie badanych z pomocy psychologa



Zapotrzebowanie na wsparcie materialne

Badane zostały zapytane także o zapotrzebowanie na wsparcie materialne. Dane odnośnie potrzeby otrzymania takiej formy pomocy przedstawia wykres 6.

Wykres 6. Zapotrzebowanie ankietowanych na wsparcie materialne



Przeprowadzone badania wykazały, że większość pacjentek nie potrzebuje wsparcia materialnego- 62 (55%) zaś potrzebowało go 50 osób-45%.

Pacjentki zostały zapytane również o sytuację ekonomiczną, w jakiej znajdowały się przed chorobą, a także czy w trakcie choroby uległa ona zmianie. Na podstawie danych zawartych w tabeli 13 należy stwierdzić, że zdecydowana większość ankietowanych tj. 83,04% określiła swoją sytuację ekonomiczną przed chorobą jako dobrą, a zaledwie 5,36% z nich podało, że była ona niezadowolająca.

Tabela 5. Sytuacja ekonomiczna badanych kobiet przed leczeniem

Sytuacja ekonomiczna przed leczeniem/ chorobą	N	%
Bardzo dobra	13	11,61
Dobra	93	83,04
Niezadowolająca	6	5,36

W przypadku 79 pacjentek sytuacja ekonomiczna, podczas choroby nie uległa zmianie, u niespełna ¼ pogorszyła się, a 10 pacjentek stwierdziło, że ich sytuacja uległa poprawie. Dane zawiera tabela 6.

Tabela 6 Sytuacja ekonomiczna badanych kobiet w trakcie leczenia

Sytuacja ekonomiczna w trakcie leczenia	N	%
Nie uległa zmianie	79	70,54
Poprawiła się	10	8,93
Pogorszyła się	23	20,54

Pacjentki, które przyznały, że potrzebują wsparcia materialnego, były poproszone o udzielenie odpowiedzi, od kogo oczekiwałyby takiej formy wsparcia oraz czy taką pomoc uzyskały, a jeśli tak to, od kogo.

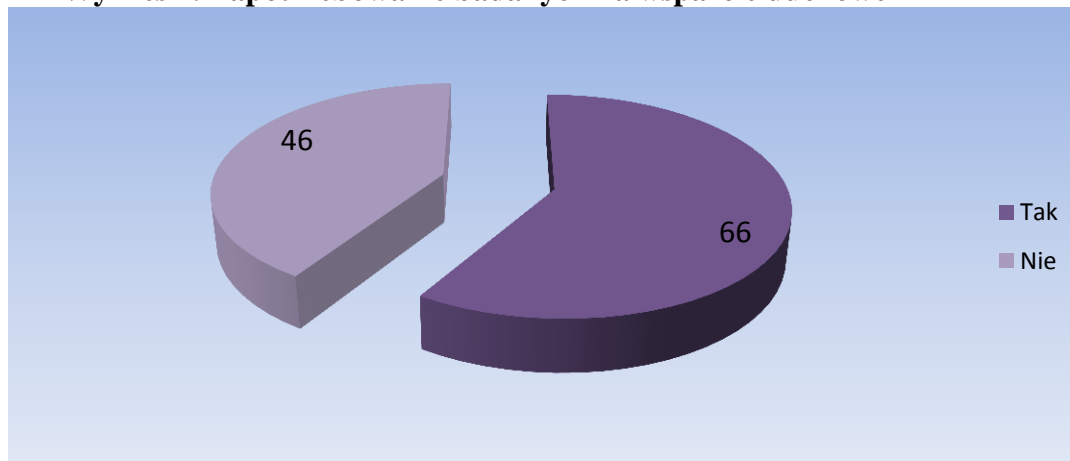
Przeprowadzona analiza potwierdza, że najczęściej oczekiwanym źródłem pomocy finansowej były rodzina i ośrodek pomocy społecznej. Należy podkreślić, że aż 62 pacjentki nie chciały w ogóle otrzymywać pomocy finansowej

Wśród tych osób, które otrzymały pomoc finansową, jako je źródło badane wskazywały najczęściej najbliższych, czyli rodzinę (n=28).

Zapotrzebowanie na wsparcie duchowe

W trakcie choroby niektóre z pacjentek potrzebowały także wsparcia duchowego. Dane dotyczące tego rodzaju wsparcia ilustruje wykres 7.

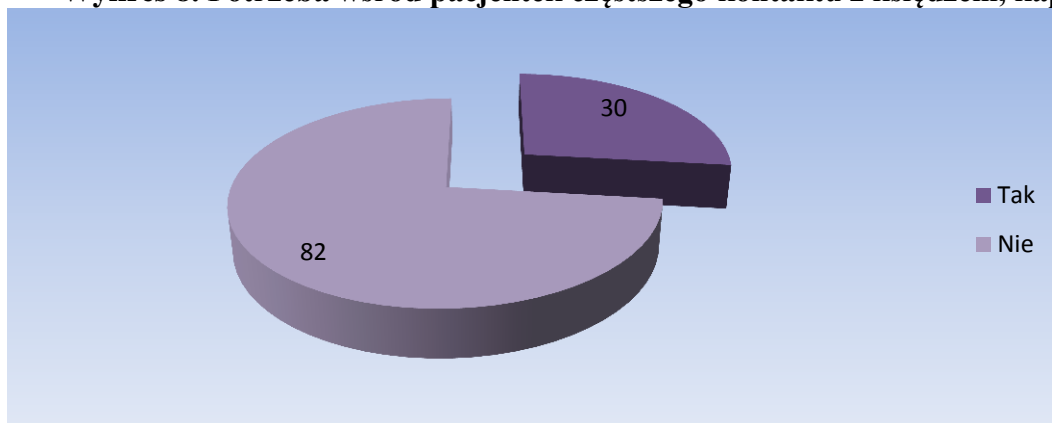
Wykres 7. Zapotrzebowanie badanych na wsparcie duchowe



Przeprowadzone badania wykazały, że ponad połowa ankietowanych (n=66) potwierdza, że potrzebuje wsparcia duchowego, osób które takiego rodzaju wsparcia nie potrzebuje było 46.

Badane zostały poproszone również o udzielenie odpowiedzi na pytanie, czy w związku z chorobą potrzebują częstszego kontaktu z księdzem lub kapłanem. Szczegółowe dane w tym zakresie przedstawia wykres 8.

Wykres 8. Potrzeba wśród pacjentek częstszego kontaktu z księdzem, kapłanem



Z przeprowadzonych badań wynika, że zdecydowana większość pacjentek (n=82) uznała, że w związku z chorobą nie potrzebuje zwiększonego kontaktu z księdzem, taką potrzebę odczuwało zaledwie 30 badanych.

Zależność między cechami badanej grupy, a zapotrzebowaniem na poszczególne rodzaje wsparcia

Wsparcie, jakiego oczekują pacjentki jest uzależnione od wielu czynników. Dokonano analizy zależności wybranych cech badanych kobiet w stosunku do zapotrzebowania na poszczególne rodzaje wsparcia społecznego.

Z przeprowadzonych badań wynika, że nie istnieje zależność istotna statystycznie między miejscem zamieszkania ankietowanych, a zapotrzebowaniem na poszczególne rodzaje wsparcia społecznego.

Pacjentki zamieszkujące tereny wiejskie wykazują największe zapotrzebowanie na wsparcie duchowe (n=33), najmniejsze zaś na wsparcie materialne (n=21). Nieco inaczej kształtuje się sytuacja osób mieszkających w mieście- osoby te potrzebują głównie wsparcia informacyjnego (n=37), najrzadziej zaś instrumentalnego (n=27).

Cechą, którą również poddano analizie w odniesieniu do poszczególnych rodzajów wsparcia był wiek badanych.

Dokonując analizy statystycznej zaobserwowano również, że nie ma zależności istotnej statystycznie pomiędzy wiekiem badanych kobiet, a zapotrzebowaniem na poszczególne rodzaje wsparcia społecznego przy przyjętym poziomie istotności $p < 0,05$.

Pacjentki w przedziale wiekowym 26-45 lat najczęściej oczekują wsparcia emocjonalnego (n=12), najrzadziej zaś instrumentalnego (n=7). Stopień zapotrzebowania badanych w wieku 46-65 lat na wsparcie duchowe i informacyjne kształtuje się na znacznie wyższym poziomie, niż na pozostałe (n=40; n=39). Kobiety powyżej 66 roku życia potrzebują w szczególności wsparcia duchowego (n=15).

Kolejną cechą ankietowanych, którą zbadano w odniesieniu do poszczególnych rodzajów wsparcia był stan cywilny badanych. Dane z tego zakresu przedstawia tabela 7.

Tabela 7. Zależność między stanem cywilnym badanych, a zapotrzebowaniem na wsparcie

Rodzaj wsparcia			Panna	Mężatka	Wdowa	Rozwiedziona/ w separacji	Razem
Wsparcie materialne	Tak	N	4	33	2	11	50
		%	66,67%	40,24%	16,67%	91,67%	44,64%
	Nie	N	2	49	10	1	62
		%	33,33%	59,76%	83,33%	8,33%	55,36%
Ch ² _{=16,356 ; p=0,001}							
Wsparcie duchowe	Tak	N	6	50	7	3	66
		%	100%	60,98%	58,33%	25%	58,93%
	Nie	N	0	32	5	9	46
		%	0%	39,02%	41,67%	75%	41,07%
Ch ² _{=10,033 ; p=0,018}							

Z przeprowadzonej analizy statystycznej wynika, że nie występuje zależność istotna statystycznie między stanem cywilnym ankietowanych, a zapotrzebowaniem na wsparcie informacyjne, instrumentalne, emocjonalne przy przyjętym poziomie istotności $p < 0,05$. Jeśli zaś chodzi o wsparcie materialne i duchowe przeprowadzona analiza statystyczna pozwoliła stwierdzić że istnieje zależność istotna statystycznie między tymi rodzajami wsparcia, a stanem cywilnym badanych kobiet ($p=0,001$; $p=0,018$).

Kobiety niezamężne zdecydowanie częściej potrzebują wsparcia duchowego (100%), również często na takie wsparcie mają zapotrzebowanie kobiety zamężne-(60,98%). Prawie połowa mężatek (48,78%) potrzebuje wsparcia instrumentalnego oraz emocjonalnego. Nieco inaczej wygląda to w przypadku wdów, gdyż najwięcej z nich potrzebuje wsparcia informacyjnego ($n=10$), najmniej zaś materialnego.

Z kolei pacjentki będące po rozwodzie, bądź też w separacji najbardziej potrzebują wsparcia materialnego ($n=11$), w najmniejszym stopniu zaś duchowego ($n=3$).

Wykształcenie ankietowanych również ma pewien wpływ na zapotrzebowanie na poszczególne rodzaje wsparcia.

Z przeprowadzonych badań zdecydowanie wynika, że nie występuje zależność istotna statystycznie między wykształceniem ankietowanych, a zapotrzebowaniem na poszczególne rodzaje wsparcia społecznego przy przyjętym poziomie istotności $p < 0,05$.

Kobiety posiadające wykształcenie wyższe wykazują największe zapotrzebowanie na wsparcie informacyjne ($n=29$), najmniejsze zaś na wsparcie instrumentalne ($n=17$). Ankietowane z wykształceniem średnim najbardziej potrzebują wsparcia emocjonalnego ($n=19$) i tyle samo kobiet wsparcia instrumentalnego. Kobiety z wykształceniem zawodowym oraz podstawowym wykazują największe zapotrzebowanie na wsparcie duchowe ($n=14$; $n=9$).

Dyskusja

Badaniem objęto 112 pacjentek leczonych z powodu nowotworu piersi. Średnia ich wieku wynosiła 55,56 lat. Najwięcej pacjentek było leczonych na Pododdziale Terapii dziennej tj. 47,32%. Zdecydowana większość ankietowanych pozostawała w związku małżeńskim.

Pacjentki potwierdziły, że osobą, która najczęściej udzielała im wsparcia informacyjnego zarówno podczas, jak i po zakończonym leczeniu był lekarz. Najbardziej jest to widoczne w zakresie leczenia operacyjnego, gdzie taki rodzaj otrzymanego wsparcia potwierdza aż 83,94% badanych. W badaniach przeprowadzonych przez Jarosz i Krychowską-Ćwikłę wśród kobiet zrzeszonych w Stowarzyszeniach Amazonek przy centrum Onkologii w Warszawie i w Starachowicach wykazano również, że to lekarz jest głównym źródłem informacji na temat leczenia chirurgicznego (60%). Drugie w kolejności źródło to kobiety z klubu Amazonek (48,57%) [9].

Grabińska i współautorzy twierdzą, że ich respondenci również wskazują lekarza, jako główne źródło informacji o swojej chorobie [10].

Bardzo duże oczekiwania pacjentek w odniesieniu do oczekiwania na informacje uzyskane od lekarza [93%] wykazały lubelskie pacjentki z Oddziału Chirurgii Onkologicznej Szpitala Klinicznego Nr.1, Ośrodka Rehabilitacji z Poradnią i Gabinetem Rehabilitacyjnym przy Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej oraz kobiety zrzeszone w klubach Amazonek (Lublin, Radom, Ostrowiec Świętokrzyski) w badaniach jakie przeprowadziły Makara-Studzińska i Kowalska. Wynika z nich, iż otrzymane informacje na temat ryzyka i objawów ubocznych terapii były wyczerpujące w 71% [11].

Respondentki uczestniczące w moim badaniu posiadały wiedzę na temat skutków ubocznych terapii - 73,21%, a informacje na temat zasad postępowania w czasie i po chemioterapii prawie połowa grupy uzyskała od pielęgniarek - (n=53) tj.47,32%. Badania, przeprowadzone przeze mnie potwierdziły, że większość pacjentek - (81%) posiada wiedzę na temat wsparcia społecznego, jakie mogą uzyskać w Stowarzyszeniu Amazonki a 38% badanych podało, że zna również adres najbliższej siedziby Stowarzyszenia. Ogółem 28,57% pacjentek informację na temat Stowarzyszenia otrzymała od personelu medycznego.

Inne dane otrzymali Rzepka i Nowicki - z badań ich pacjentów wynika, że wiedzę na temat grup wsparcia miało 73% badanych [12]. Kozela i współautorzy badali pacjentki w Instytucie Onkologii w Krakowie ustalając źródła informacji na temat Stowarzyszenia Amazonki – stwierdziły, że 60% badanych otrzymało te informacje od przedstawicielek Stowarzyszenia, natomiast 20% od personelu medycznego szpitala [13]

Przeprowadzona analiza pozwoliła stwierdzić, że wsparcia instrumentalnego potrzebuje mniej niż połowa pacjentek (n=54) tj. 48%. Pacjentki, które zostały poddane leczeniu operacyjnemu potwierdziły, że wiedzę teoretyczną, jak również praktyczną na temat zasad postępowania w przypadku usunięcia węzłów chłonnych otrzymały od rehabilitanta. Ankietowane, u których jako metodę leczenia zastosowano radioterapię wskazały, że osobami, od których w największym stopniu uzyskały wsparcie instrumentalne w zakresie odpowiedniej pielęgnacji skóry byli: pielęgniarka (25,89%) oraz lekarz (24,11%). Podobnie kształtowała się sytuacja odnośnie zasad postępowania podczas i po chemioterapii, bowiem pacjentki również najczęściej wskazywały lekarza (62 badane) i pielęgniarkę (53 badane) jako osoby od których uzyskały wsparcie w tym zakresie.

W badaniach Lewandowskiej i Bączyk dużą rolę w okazaniu wsparcia instrumentalnego pełniła rodzina (43,3%) oraz przyjaciele (23,3%) [14].

W odniesieniu do wsparcia emocjonalnego stwierdzono, że ponad połowa - 51% (n=57) potwierdziło, że takiego wsparcia potrzebuje, a 49% (n=55), że nie oczekuje na takie wsparcie. Pacjentki przyznały, że najczęściej wsparcie emocjonalne otrzymują ze strony najbliższych tj. od członków rodziny. Potwierdziło to aż 93 badane, co stanowi 83% całej grupy. Żułtak-Bączkowska badała kobiety po radykalnej mastektomii i leczeniu uzupełniającym (chemioterapia, radioterapia), w czasie którego aż 91,3% chorych deklarowało, że to również rodzina stanowiła dla nich wsparcie w czasie całego procesu leczenia [15]

Z badań Stępień i Wiraszki wynika, że kobiety leczone w Świętokrzyskim Centrum Onkologii (Poradnia Chirurgiczna), najczęściej wsparcie emocjonalne otrzymały także od rodziny (68,7%) [16].

Na znaczące źródło wsparcia, jakim jest rodzina wskazuje również de Walden-Gałuszek [17].

Cousson-Gelie i współautorzy twierdzą, że wyższy poziom wsparcia obniża lęk co w rezultacie daje niższą śmiertelność [18].

Z moich badań wynika, że tylko 11 na 112 (9,82%) badanych pacjentek skorzystało z pomocy psychologa.

Również Lewandowska i Bączyk wykazały, że niewielki procent pacjentek skorzystało z pomocy psychologa 6,7% [14].

Z przeprowadzonych badań wynika, że wsparcia materialnego potrzebowało 45% (n=50) badanych kobiet. Należy podkreślić, że przy określeniu sytuacji ekonomicznej ankietowane w większości (n=79) twierdziły, że ich sytuacja ekonomiczna, mimo choroby nie pogorszyła się. W badaniach przeprowadzonych przez wspomnianą wcześniej Żułtak- Bączkowską kobiety z nowotworem piersi swój status ekonomiczny rzadziej określały jako dobry - 21,7%, zaś średni - 65,2% i słaby - 13,1%. [15]

Badania mojego autorstwa wykazały, że wsparcie duchowe jest jednym z najbardziej oczekiwanych rodzajów pomocy, bowiem 66 badanych (58,92%) potwierdziło, że takiego wsparcia potrzebuje. Jednak należy zaznaczyć, że zdecydowana większość pacjentek (n=82) przyznała, że w związku z chorobą nie potrzebuje częstszego kontaktu z księdzem. W jednym z projektów badawczych przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych 64% chorych z nowotworem piersi potwierdziło, że to właśnie wiara pomaga w odnalezieniu sensu doświadczanej choroby [19]

Wnioski:

1. Pacjentki leczone z powodu raka piersi potrzebują wsparcia informacyjnego (59%), emocjonalnego (51%) i duchowego (59%)
2. Mniejszy odsetek badanych potrzebuje wsparcia instrumentalnego (48%) i materialnego (45%).
3. Wyższy wiek badanych wpływa na zapotrzebowanie na wsparcie instrumentalne i duchowe.
4. Nie ma zależności między wykształceniem badanych, a zapotrzebowaniem na każdy rodzaj wsparcia.
5. Pacjentki niezamężne potrzebują zwiększonego wsparcia informacyjnego i materialnego.
6. Największe wsparcie emocjonalne badane otrzymały od członków rodziny (71%).
7. Pielęgniarki, najczęściej udzielają wsparcia informacyjnego w czasie leczenia uzupełniającego to jest chemioterapii (25%) i radioterapii (13,39%).

Literatura

1. Ferlay J.F., Bray P., Pisani P., Parkin D.M. GLOBOCAN 2002: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide IARC CancerBase. IARC Press, Lyon 2004.
2. Jassem J. (red.) Maciej Krzakowski (red.): Rak piersi. Praktyczny przewodnik dla lekarzy. Via Medica - Wydawnictwo Medyczne, Warszawa 2009.
3. Kawula S.: Wsparcie społeczne-kluczowy wymiar pedagogiki społecznej [W:] Problemy Opiekuńczo Wychowawcze, 1996, 1. Kwaśniewska G., Wojnarska A.: Aktualne problemy wsparcia społecznego osób niepełnosprawnych. Wyd. UMCS, Lublin 2004.
4. Cierpiałowska L., Sęk H.: Psychologia kliniczna i psychologia zdrowia. Wyd. Fundacji Humaniora, Poznań 2001, Sęk H.: Społeczna Psychologia kliniczna. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 1993.

5. de Walden- Gałuszko K.: Psychoonkologia w praktyce klinicznej. PZWL, Warszawa 2011.
6. Sęk H. (red.) Cieślak R.: Wsparcie społeczne, stres i zdrowie. PWN, Warszawa 2005
7. Sęk H., Cieślak R.: Wsparcie społeczne –sposoby definiowania, rodzaj i źródła. Koncepcje teoretyczne. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2004.
8. Fitchett G., Handzo G.: Spirytual assessment, screening and intervention. W: Psychoonkology . Oxford University Press, Oxford 1998.
9. Jarosz D. I., Krychowska-Ćwikła A.: Życie po mastektomii. Położna. Nauka i Praktyka, 2009, 4, 8,: 25-30.
10. Grabińska K., Szewczyk-Cisek I., Hernik P., Mykała-Cieśla J., Kaziród D.: Problemy i potrzeby psychosocjalne pacjentów poddanych chemioterapii onkologicznej. Psychoonkologia, 2011, 2,: 39-47.
11. Makara-Studzińska M., Kowalska A. J.: Akceptacja siebie po utracie piersi-wsparcie informacyjne. Seksuologia Polska, 2011, 9, 1,: 16-21.
12. Rzepka K., Nowicki A.: Zespół zmęczenia u chorych na raka piersi. Współczesna Onkologia. 2010, 14,: 321-325.
13. Kozela M., Stepaniak U., Pająk A.: Membership in a breast cancer peer-support organization (Amazons Club) and depression. Contemporary Oncology, 2011, vol. 15;1 (55-58).
14. Lewandowska K., Bączyk G.: Funkcjonowanie kobiet po mastektomii jako ocena efektywności leczenia, opieki pielęgniarskiej oraz edukacji. Ginekologia Praktyczna, 2009, 3,: 12-16.
15. Żułtak-Bączkowska i wsp.: Relacje rodzinne wśród pacjentek z chorobą nowotworową gruczołu piersiowego. Family Medicine & Primary Care Review, 2011, 13, 3,: 553-555.
16. Stępień R., Wiraszka G.: Znaczenie rodziny w adaptacji funkcjonalnej kobiet po radykalnym leczeniu chirurgicznym raka piersi. Problemy Pielęgniarstwa, 2011, 19, 3,: 372-377.
17. de Walden-Gałuszko K.: Problemy psychoonkologiczne rodziny. [W:] de Walden-Gałuszko (red.) Psychoonkologia. Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, Kraków, 2000,: 83-99.
18. Cousson-Gelie F., Bruchon-Schweitzer M., Dilhuydy JM., Jutland M.: Do anxiety, body image, social support and coping strategies predict survival in breast cancer? A ten-year follow-up study. Psychosomatics. 2007, 48,: 211–216 4].
19. Feher S., Maly RC.: Coping with breast cancer in later life: the role of religious faith. Psycho-Oncology, 1999, 8,: 408-416.