

Paweł Izdebski¹, Patrycja Matusik², Jerzy Tujakowski³

¹Institut Psychologii Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy

²Wielofunkcyjna Placówka Opiekuńczo-Wychowawcza w Brzezinach

³Oddział Chemioterapii Centrum Onkologii Szpital im. prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy

Otrzymywane wsparcie społeczne przez partnerów kobiet chorych na raka

Received social support in spouses of cancer women patients

Adres do korespondencji:

dr hab. Paweł Izdebski
Instytut Psychologii Uniwersytetu
Kazimierza Wielkiego
ul. Staffa 1, 85-867 Bydgoszcz
tel. 052 370 84 02
faks 052 370 84 01
e-mail: pawel@ukw.edu.pl

Streszczenie

Wstęp. Celem badania była ocena wsparcia społecznego udzielanego partnerom kobiet chorych na nowotwory przez ich otoczenie społeczne.

Materiał i metody. Przebadano zapotrzebowanie na wsparcie u 22 mężczyzn (partnerów kobiet chorych na nowotwory) specjalnie do tego celu skonstruowanym kwestionariuszem i porównano ich wyniki z grupą kontrolną składającą się z mężczyzn, których partnerki były zdrowe.

Wyniki. Stwierdzono różnice między partnerami kobiet chorych onkologicznie a osobami z grupy kontrolnej. Poziom wsparcia otrzymywanego przez partnerów chorych na raka kobiet okazał się niższy (poza tym otrzymywanym od personelu medycznego) niż u mężczyzn bez chorej na nowotwór partnerki. Kwestionowałaoby to niejako tezę o mobilizacji wsparcia w trudnej sytuacji. Możliwe, że zmienia się ona w przypadku choroby nowotworowej i jest efektem braku zapotrzebowania na wsparcie rodziny chorej na raka i jej izolacji od otoczenia lub też ograniczenia rzeczywistej pomocy ze strony otoczenia. Prawdopodobnie partner nie przyznaje się do większego zapotrzebowania na pomoc ze strony innych ze względu na konieczność sprostania sytuacji trudnej, bycia „prawdziwym mężczyzną”.

Wnioski. Na podstawie uzyskanych wyników można stwierdzić, że choroba nie zmienia istotnie zapotrzebowania na wsparcie ani nie powoduje jego wzmożonego poszukiwania. Najwięcej wsparcia mężczyźni otrzymują od swoich partnerek. Ważnym źródłem wsparcia są dla nich również członkowie rodziny, przyjaciele, koledzy z pracy oraz — w przypadku choroby nowotworowej — również lekarze i pielęgniarki. Największe różnice pomiędzy badanymi grupami stwierdzono w przypadku wsparcia informacyjnego i instrumentalnego.

Słowa kluczowe: wsparcie społeczne, partnerzy, chore na raka

Psychoonkologia 2008; 2: XX-XX

Abstract

Background. The aim of the study was to assess social support in spouses of women with cancer.

Material and methods. We researched needs of support in 22 males (spouses of women with cancer) with a questionnaire specifically constructed for the aims of the study and we compared their results with control group (spouses of healthy women).

Results. The differences between two groups were found. The level of received support in spouses of women with cancer was lower (with the exception of support given by medical staff) than in spouses of healthy women. The obtained results question the assumption that there exists mobilization of support in difficult situation. It is possible that it is changed in the case of cancer and is the result of the lack of needs for support of the whole family

with a patient with cancer or may be actually limitation of real help from other people. It is possible that spouses do not show their real needs for help because they want to show their ability to cope with difficult situation and want to be "true men".

Conclusions. On the basis of the obtained results we may state that the disease does not change the needs for support and does not cause increase of looking for it. Men received most support from their spouses — women with cancer. The other important sources of support were other family members, friends, friends from work, and — in the case of cancer — physicians and nurses. The largest differences between two groups were found in the levels of informative and instrumental support.

Key words: social support, spouses, cancer women patients

Psychooncology 2008; 2: XX-XX

Psychoonkologia
Rok 2008, tom 12, nr 2, XX-XX
Copyright © 2008 Polskie
Towarzystwo Psychoonkologiczne
ISSN 1429-8538

Wstęp

Diagnoza i leczenie choroby nowotworowej jednej osoby w rodzinie ma znaczący wpływ na wszystkich jej członków, przede wszystkim zaś na partnera pacjenta. Dystres pacjenta spowodowany chorobą nowotworową oddziałuje na cały system rodzinny. Przeprowadzono bardzo wiele badań nad wsparciem społecznym udzielanym chorym na nowotwory przez ich otoczenie — większość dotyczyła raka piersi, a tym samym wsparcia, jakie otrzymują chore kobiety. Brakuje jednak prac, zarówno o charakterze badawczym [1, 2], jak i pogładowym [3, 4], na temat wsparcia udzielanego partnerom kobiet przechodzących przez wyzwanie radzenia sobie z rakiem. Stąd też, ze względu na dość niedawne zainteresowanie tematem doświadczania choroby nowotworowej przez osoby opiekujące się chorymi oraz małą liczbę badań z tym związanych (szczególnie w warunkach polskich), zbadano wsparcie otrzymywane przez partnerów kobiet chorych na nowotwór.

Wyczerpującą definicję wsparcia społecznego stworzyła Sęk [5], która charakteryzuje je jako rodzaj interakcji społecznej podjętej przez jedną lub dwie strony w sytuacji problemowej, w której dochodzi do sytuacji takiej wymiany informacyjnej, emocjonalnej lub instrumentalnej, która jest jedno- lub dwustronna, a kierunek dawca-biorca może być stały lub zmienny. W tak zarysowanym układzie można określić osobę pomagającą i osobę odbierającą wsparcie, a jego celem jest zbliżenie do rozwiązania problemu jednego lub obu uczestników, przy założeniu, że wystąpi korelacja między potrzebami biorcy a rodzajem udzielanego wsparcia, gdyż tylko wówczas interakcja ta może być skuteczna. Jeśli natomiast chodzi o rodzaje wsparcia, którego nośnikiem są biorące w tej wymianie osoby, w przedstawionych tu badaniach posłużono się podziałem zaprezentowanym przez House'a [za 6] i Tardy'ego [za 7] ujmującym cztery rodzaje wsparcia:

a. **emocjonalne** — dawanie jednostce do zrozumienia, że zawsze na tę grupę (osobę) może liczyć i w każdej chwili udzielona jej zostanie pomoc,

przekazywanie jej komunikatów typu „jesteś przez nas kochany/a”;

b. **wartościujące** — dawanie jednostce do zrozumienia, że posiada takie możliwości, zdolności i umiejętności, które są ważne dla prawidłowego funkcjonowania grupy lub osoby przez komunikaty typu: „jesteś dla nas kimś znaczącym”, „dzięki tobie mogliśmy to osiągnąć”;

c. **instrumentalne** — dostarczanie konkretnej pomocy, świadczenie usług, na przykład pożyczanie pieniędzy, załatwienie mieszkania, ubrania itp.;

d. **informacyjne** — związane z dostarczaniem osobie ważnych dla jej funkcjonowania wiadomości, rad, porad, które mogą pomóc w rozwiązywaniu problemów.

Kluczowe znaczenie w prawidłowym funkcjonowaniu jednostki odgrywają inni ludzie i rodzaj dostarczanej przez nich pomocy. W związku ze specyfiką sytuacji w obliczu pojawienia się choroby nowotworowej w rodzinie przedmiotem zainteresowania badaczy stało się rzeczywiste wykorzystanie dostępnych źródeł wsparcia (najbliższej rodziny, przyjaciół, znajomych i sąsiadów, a także profesjonalistów w postaci osób duchownych, lekarzy i pielęgniarek) przez partnerów kobiet chorych onkologicznie.

Do tej pory badacze koncentrowali swoją uwagę na wsparciu udzielanym kobietom chorym na nowotwory złośliwe [8]. Jedną z pierwszych prac na temat wpływu wsparcia społecznego na przystosowanie do choroby było badanie Northouse'a [9], w którym wykazano lepsze przystosowanie do choroby nowotworowej partnerki u mężczyzn doświadczających wyższego poziomu wsparcia oraz ogólny niższy poziom spostrzeganego przez nich wsparcia ze strony przyjaciół, pielęgniarek i lekarzy.

Najczęściej badania nad wsparciem społecznym ujmowały je jako jeden z aspektów przystosowania pary do choroby nowotworowej partnerki [10], nie zaś w odniesieniu do potrzeb i wykorzystania wsparcia bezpośrednio przez samych partnerów w sytuacji choroby kobiety. Dopiero w ostatnich latach Petrie i wsp. [4], dokonując przeglądu publikacji na

temat zapotrzebowania na wsparcie u małżonków kobiet chorych na raka piersi, doszukały się ogromnej luki w zakresie rozpoznania potrzeb partnerów, którzy także doświadczają dystresu w związku z chorobą żony i to od samego momentu diagnozy [11, 12], a jednocześnie stanowią główne źródło wsparcia dla partnerki. Fakt ten wskazywałby na konieczność objęcia również ich opieką i wczesną interwencją ze strony specjalistów. Wykazano, że krótka interwencja psychospołeczna w postaci psychoedukacyjnej grupy wsparcia dla partnerów kobiet chorych na raka piersi na początkowym etapie choroby wpływa nie tylko na przeżywanie przez nich w mniejszym stopniu zaburzeń nastroju, ale także dodatnio koreluje z samopoczuciem partnerek oraz większą satysfakcją z małżeństwa [1]. Na podstawie wyników badań Kadmon i wsp. [2] można stwierdzić, że istnieją istotne kulturowe różnice w zakresie wsparcia doświadczanego przez partnerów kobiet w Izraelu w porównaniu z Chinami (ci pierwsi otrzymują więcej wsparcia i są bardziej skłonni do otwartego wyrażania swych potrzeb i poszukiwania pomocy).

Ponieważ wcześniejsze doniesienia wskazują, że partnerzy kobiet chorych na raka spostrzegają, że otrzymują mniej wsparcia niż ich partnerki [9, 10] oraz brakuje polskich badań dotyczących problemu wsparcia partnerów osób chorych na nowotwory, postanowiono to zbadać w niniejszej pracy.

Podstawowy problem pracy dotyczył oceny wsparcia społecznego udzielanego partnerom kobiet chorych na nowotwory przez ich otoczenie społeczne i różnic w poziomie otrzymywanego wsparcia społecznego w porównaniu z osobami zdrowymi. Celem badań było określenie rodzaju tych różnic.

Materiał i metody

Na podstawie przedstawionej wcześniej przesłanki teoretycznej przyjęto jako istotną zmienną wsparcie społeczne, którego operacjonalizację przedstawiono poniżej.

Jako narzędzie badawcze wykorzystano specjalnie skonstruowany do celu badania kwestionariusz oceniający spostrzeganie otrzymywanego wsparcia społecznego przez partnerów kobiet chorych na nowotwory. W konstrukcji kwestionariusza wykorzystano wybrane stwierdzenia pochodzące z następujących narzędzi: *New Structural-Functional Social Support Scale* [13], Skala Wsparcia Społecznego Kmiecik-Baran [7], *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* [14]. Trafność pytań została oceniona przez sędziów kompetentnych (psychologów klinicznych pracujących z chorymi na nowotwory). Nie do-

konano oceny psychometrycznej narzędzia, ponieważ służyło ono tylko do oceny różnic między badanymi grupami. W ten sposób powstał kwestionariusz zawierający 26 stwierdzeń oceniających rodzaje wsparcia (emocjonalne, wartościujące, informacyjne i instrumentalne) otrzymywanego przez partnerów kobiet chorych na nowotwory od osób z otoczenia (żonę, dzieci, rodzinę, przyjaciół, znajomych/sąsiadów, kolegów z pracy, osoby duchownej, lekarzy, pielęgniarek i innych), zapotrzebowania na wsparcie i jego aktywnego poszukiwania. Twierdzenia kwestionariusza zostały zmodyfikowane w ten sposób, że odnosiły się do czasu teraźniejszego i oceniane było wsparcie rzeczywiście otrzymywane, a nie spostrzegane jako dostępne.

W przeprowadzonym badaniu uczestniczyło 22 mężczyzn — partnerów kobiet chorych onkologicznie (grupa badawcza) i 22 mężczyzn — partnerów zdrowych kobiet (grupa kontrolna). Do grupy badawczej zakwalifikowano partnerów kobiet chorych na raka zdiagnozowanego w Centrum Onkologii w Bydgoszczy. Rodzaj nowotworu partnerki obejmował najczęściej nowotwory złośliwe sutka (5 chorych) i jajników (6), jelita grubego (1), odbytu (2), zatoki szczękowej (1), pęcherza moczowego (1), szyjki macicy (1), żołądka (1), oskrzeli i płuc (2). Ze względu na specyfikę oddziału, na którym przeprowadzono badania, wszystkie pacjentki poddawane były chemioterapii, ze zróżnicowaniem jednak na etap choroby. Pod względem zastosowanego leczenia 59% pacjentek było po przebytej operacji chirurgicznej i w trakcie chemioterapii, 23% poddano tylko chemioterapii, 14% zarówno radio-, jak i chemioterapii, tylko 1% zabiegowi chirurgicznemu i radioterapii. Natomiast, uwzględniając etap leczenia, najczęściej w badanej grupie występowała progresja choroby (u 59% pacjentek), przy czym okres od diagnozy w tej grupie był bardzo zróżnicowany — od 5 miesięcy aż do 65 miesięcy leczenia.

Charakterystyka zmiennych socjodemograficznych obu grup przedstawiona została w tabeli 1. Dobór grupy kontrolnej miał charakter celowy. Mimo to badane grupy różniły się w sposób nieistotny statystycznie w zakresie wieku i rozkładach poziomu wykształcenia oraz miejsca zamieszkania. Najistotniejsze zmienne dotyczące długości trwania związku i liczby dzieci były bardzo zbliżone, ponieważ doboru osób do grupy kontrolnej dokonywano ze względu na te właśnie czynniki.

Badania prowadzono od kwietnia do sierpnia 2005 roku w Centrum Onkologii im. prof. Franciszka Łukaszczyka w Bydgoszczy na Oddziale Onkologii Klinicznej oraz w mieszkaniach prywatnych (osoby z grupy kontrolnej).

Tabela 1. Charakterystyka społeczno-demograficzna badanych

Zmienne	Grupa badawcza n = 22	Grupa kontrolna n = 22
Wiek	52,8	48
Wykształcenie:		
podstawowe lub zawodowe	36%	18%
średnie	32%	55%
wyższe	32%	27%
Miejsce zamieszkania — miejscowość o liczbie mieszkańców:		
< 25 tys.	41%	24%
25–100 tys.	24%	18%
> 100 tys.	35%	68%

Wyniki

W analizie statystycznej wykorzystano: statystyki opisowe, współczynniki korelacji Pearsona i analizę wariancji. Obliczeń dokonano, wykorzystując program STATISTICA 99.

Celem przeprowadzonego badania była odpowiedź na pytanie, czy choroba nowotworowa w sposób istotny modyfikuje poziom wsparcia społecznego otrzymywanego przez partnera kobiety chorej na nowotwór od osób z jego otoczenia oraz czy tym samym wpływa ona na zapotrzebowanie i aktywne poszukiwanie wsparcia. Do zbadania różnic pomiędzy grupami posłużono się analizą wariancji.

Nie dopatrzono się istotnych różnic między grupami pod względem zapotrzebowania na wsparcie, jego aktywnego poszukiwania oraz ogólnego poziomu wsparcia.

W obu grupach, co zobrazowano w tabelach 2 i 3, po dokonaniu analizy korelacji wewnątrz grup, dopatrzono się związku między zapotrzebowaniem na wsparcie a aktywnym jego poszukiwaniem. Zwłaszcza w grupie kontrolnej można mówić o wysokiej dodatniej korelacji między tymi właściwościami wsparcia. Jak widać również, wartość korelacji pomiędzy ogólnym poziomem wsparcia a zapotrzebo-

Tabela 2. Zestawienie korelacji poszukiwania i zapotrzebowania na wsparcie w grupach badawczej (B) i kontrolnej (K)

	B			K		
	Potrzeba wsparcia	Poszukiwanie wsparcia	Wsparcie całkowite	Potrzeba wsparcia	Poszukiwanie wsparcia	Wsparcie całkowite
Potrzeba wsparcia	1	0,57	-0,06	1	0,93	0,3
Poszukiwanie wsparcia	0,57	1	0,09	0,93	1	0,23
Wsparcie całkowite	-0,06	0,09	1	0,3	0,23	1

Tabela 3. Wartości współczynnika F i p dla całkowitego wsparcia pochodzącego z różnych źródeł

Całkowite wsparcie otrzymywane od:	F	P
Żony	1,01	NS
Dzieci	0,73	NS
Rodziny	4,65	0,04
Przyjaciół	9,99	0,003
Znajomych	5,04	0,03
Kolegów z pracy	10,32	0,003
Księdza	2,27	NS
Lekarzy	9,76	0,004
Pielęgniarek	6,03	0,02

Wartości pogrubione p < 0,05; NS — nieistotnie statystycznie

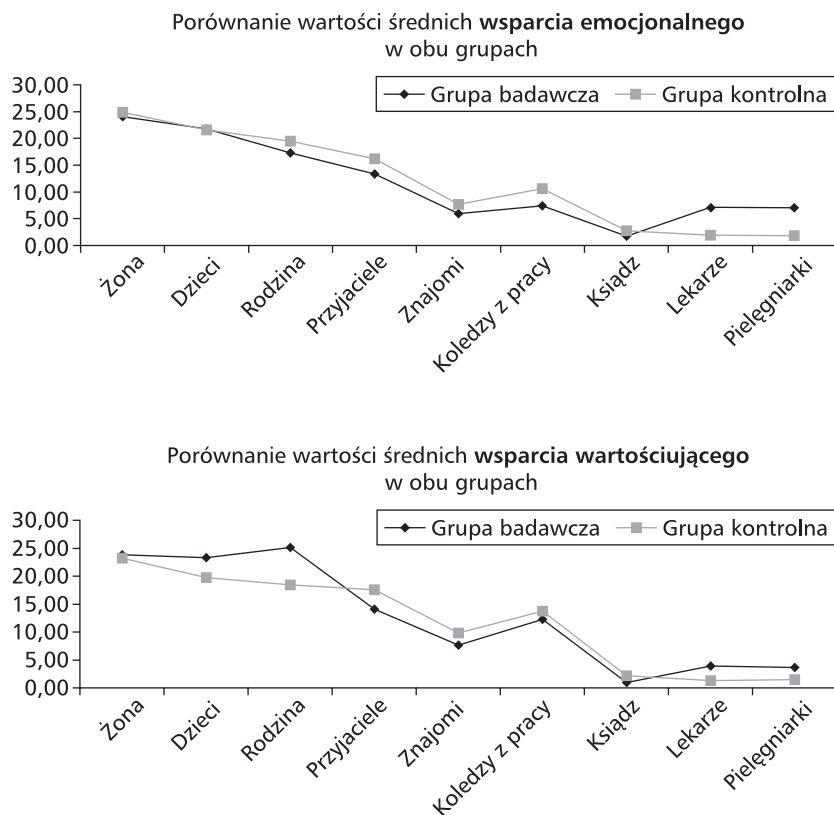
waniem na nie przyjmowała ujemną wartość w grupie badawczej.

Natomiast pod względem wsparcia z różnych źródeł między grupami wystąpiły istotne różnice dla wsparcia otrzymywanego od członków rodziny, przyjaciół, znajomych, kolegów z pracy oraz lekarzy i pielęgniarek (tab. 3).

Efekt scharakteryzowanych różnic przedstawiono na rycinie 1, w której zaprezentowano średnie wartości całkowitego wsparcia dostarczanego przez poszczególne osoby z otoczenia. Na jego podstawie można stwierdzić, że grupa kontrolna w sposób istotny statystycznie otrzymała więcej wsparcia od członków rodziny, przyjaciół, znajomych, kolegów z pracy, natomiast mężczyźni z grupy badawczej więcej od lekarzy i pielęgniarek w porównaniu z grupą kontrolną.

Dla obydwu grup charakterystyczne były skrajne wyniki, które świadczą o tym, że najwięcej wsparcia dostarcza partnerowi jego małżonka, a najmniej — osoba duchowna. Zauważyć można także różnicę w poziomie wsparcia otrzymywanego od dzieci, na korzyść grupy badawczej.

Interesujący wniosek wypływa z dokonania porównania różnych rodzajów wsparcia pochodzących z poszczególnych źródeł, którego efekty istotne statystycznie zebrano w tabeli 4. Najwięcej różnic pomiędzy grupami wystąpiło w ramach wsparcia in-



Rycina 1. Zestawienie średnich wartości dla różnych rodzajów wsparcia w grupach badawczej i kontrolnej

Tabela 4. Istotnie statystycznie wartości współczynnika F i p dla różnych rodzajów wsparcia pochodzących z poszczególnych źródeł

Rodzaj wsparcia	Źródła wsparcia	F	P
Instrumentalne	Żona	4,27	0,05
	Rodzina	9,30	0,004
	Przyjaciele	17,86	0,0001
	Znajomi	9,82	0,004
	Koledzy z pracy	23,72	0,0000
	Pielęgniarki	4,86	0,04
Informacyjne	Rodzina	4,44	0,05
	Przyjaciele	11,18	0,002
	Znajomi	7,60	0,009
	Koledzy z pracy	9,25	0,004
	Ksiądz	4,22	0,05
	Lekarze	11,07	0,002
Emocjonalne	Koledzy z pracy	5,87	0,02
	Lekarze	12,51	0,001
	Pielęgniarki	9,03	0,005
Wartościujące	Przyjaciele	4,49	0,05

strumentalnego oraz informacyjnego pochodzących z różnych źródeł.

Na podstawie porównania średnich wartości dla różnych rodzajów wsparcia między grupami można

stwierdzić, że więcej wsparcia informacyjnego i instrumentalnego otrzymywali mężczyźni z grupy kontrolnej, natomiast należący do grupy badawczej uzyskiwali więcej informacji, pomocy instrumentalnej i emocjonalnej w porównaniu z grupą kontrolną od osób reprezentujących służbę zdrowia (lekarzy i pielęgniarek). Jedynie członkowie rodzin osób związanych z rakiem okazali się dostarczać więcej wartościującego wsparcia, niż miało to miejsce w grupie kontrolnej.

Dyskusja

Powodem podjęcia tematyki wsparcia dostarczanego przez otoczenie partnerowi kobiety chorej na nowotwór złośliwy był brak prac badawczych na ten temat. Zainteresowanie psychoonkologów w Polsce dotyczy przede wszystkim osoby chorej. Wiadomo jednak, że choroba jednej osoby (szczególnie nowotwór) tworzy sytuację stresową dla całego jej otoczenia.

Wyniki badania nie potwierdzają istnienia różnic pod względem poszukiwania czy zapotrzebowania na wsparcie pomiędzy badanymi grupami. Może to wynikać częściowo z braków psychometrycznych wykorzystanego narzędzia. Jednak można przypuszczać, że właściwości poszukiwania wsparcia i zapo-

trzebowania na nie są bardziej wynikiem czynników osobowościowych (np. ekstrawersji) i w minimalnym stopniu zależą od sytuacji choroby. Być może też brak różnic tłumaczy konieczność mobilizacji wsparcia dla partnerki i związanej z tym deterioracji własnych potrzeb, przejścia roli determinowanej przez społeczeństwo bycia jedynie dostawcą wsparcia albo roli narzuconej biologicznie związanej z niemożnością okazywania słabości czy zapotrzebowania na pomoc. Partnerzy podczas badań stwierdzali, że w odniesieniu do 9 pytań reprezentujących powyższe własności wsparcia, miałyby one słuszność tylko w przypadku wsparcia i porady pochodzącej od ich partnerki, gdyż nie korzystają z żadnych innych źródeł w sprawach dla nich ważnych i znaczących. Obserwacja ta sprzyja wnioskowi postawionemu dalej odnośnie do osoby dostarczającej najwięcej wsparcia badanym mężczyznom.

Stwierdzono zależność między poszukiwaniem wsparcia a zapotrzebowaniem na nie, zwłaszcza w grupie kontrolnej. Najprawdopodobniej wysokiemu zapotrzebowaniu na wsparcie będzie towarzyszyło jego aktywne poszukiwanie. Niższa, lecz znacząca korelacja w grupie badanych mogła być wynikiem trudności w koncentracji na zadaniu związanym z odpowiedziami udzielanymi w badaniu wobec silnie stresującej choroby partnerki lub wspomnianą deterioracją potrzeb własnych na rzecz pomocy udzielanej małżonce. W podobny sposób można wyjaśnić brak różnic w całkowitym poziomie wsparcia dostarczanym partnerom kobiet chorych na raka.

Odnośnie do różnic ujawnionych w całkowitym poziomie wsparcia otrzymywanego z różnych źródeł, interesujące wydają się braki tych różnic pomiędzy grupami pod względem wsparcia dostarczanego przez żonę, dzieci i księdza. Dwie pierwsze (małżonka i dzieci) stanowiące wraz z partnerem rodzinę, czyli grupę najbliższych sobie osób, stanowią podstawowe i najlepsze źródło wsparcia dla mężczyzny. Niższy poziom wsparcia otrzymywanego od dzieci przez partnerów kobiet zdrowych może wynikać z wystąpienia w tej grupie par osób bezdzietnych, co mogło tym samym wpłynąć na obniżenie wyniku. Co interesujące, w badanej grupie poziom wsparcia otrzymywanego od dzieci był jedynym wyższym w porównaniu z grupą kontrolną wynikiem wsparcia otrzymywanego od osób pomagających w sposób nieformalny (poza wsparciem wartościującym). Można to wytłumaczyć dysproporcją w zakresie wieku w grupie badawczej, gdzie wystąpiło więcej osób powyżej 60. roku życia, jak można bowiem przypuszczać, nieznacznie większa pomoc świadczona ojcu przez jego dzieci mogła wynikać z wyższej dojrzałości jego potomków, w porównaniu z grupą kon-

trolną. Dodatkowo efekt ten mógł zostać wzmocniony przez wspomniane bezdzietne pary. Nie jest to jednak wynik znacząco wyższy, stąd jedynie próba zasygnalizowania pewnych tego przyczyn.

Większa pomoc otrzymywana przez osoby związane z rakiem od lekarzy wynika najprawdopodobniej z częstości korzystania z ich usług i zależności od stosowanego przez nich leczenia w sytuacji zagrożenia życia. Nie doszukano się znacznych różnic w rodzaju wsparcia dostarczanego przez pielęgniarki i lekarzy, gdyż wyniki we wszystkich skalach były zbliżone. Jakkolwiek okazali się oni największym źródłem informacji dla partnerów chorych kobiet, również dla pielęgniarek był to najczęściej świadczony rodzaj pomocy, obok wsparcia emocjonalnego. Podsumowując, osoby reprezentujące opiekę zdrowotną, lekarze, oprócz zapewniania istotnie większej ilości wsparcia emocjonalnego, są również znacznie częściej wykorzystywanym przez mężów pacjentek źródłem informacji.

Brak istotnych różnic w poziomie wsparcia zapewnianego przez osobę duchowną i jej ogólny niski poziom skłania do wnioskowania o stosunkowo małej roli, jaką pełni on w życiu mężczyzny, niezależnie od sytuacji choroby. Jednak należałoby się zastanowić, czy przypadkiem w miarę rozwoju choroby (do fazy terminalnej) sytuacja ta nie ulegnie zmianie ze względu na częste duże zapotrzebowanie na wsparcie duchowe.

Interesujący jest fakt otrzymywania przez osoby z grupy kontrolnej większego wsparcia instrumentalnego i informacyjnego. O ile w świetle przytoczonych badań nie dziwi zapotrzebowanie na informacje od profesjonalistów opiekujących się chorą partnerką, o tyle fakt ten w przypadku osób niezwiązanych z rakiem pozwala przypuszczać, że konkretna pomoc i informacja jest bardziej właściwa dla mężczyzny jako poszukiwany przez nią rodzaj wsparcia, ponieważ potrzeby emocjonalne i bycia docenianym realizują członkowie jego najbliższego otoczenia. Wartym zauważenia jest jeszcze wyższy poziom w zakresie dostarczanego przez członków rodziny wsparcia wartościującego przy jednoczesnym „ograniczeniu” (mowa o istotnej statystycznie różnicy na korzyść grupy kontrolnej) przekazywanych przez nich informacji. Skłaniałoby to do pewnych przypuszczeń o zmianie funkcji, jakie pełni rodzina. Rezygnując z dostarczania informacji i rozmawiania o problemie (ciekawe jest, czy z ich inicjatywy, czy też wynikałoby to z decyzji partnera) przy wysokim poziomie okazywania partnerowi chorej kobiety, jak jest ważne i doceniane to, co robi.

W dalszych badaniach należałoby uwzględnić istotne czynniki psychologiczne, które mogą mieć

modyfikujący wpływ na wsparcie partnerów chorych na raka. Należą do nich przede wszystkim poziom dystresu pacjenta i spostrzegany przez partnera poziom zadowolenia ze związku. Te dwie zmienne mogą bowiem w istotny sposób modyfikować poziom otrzymywanego wsparcia społecznego.

Wnioski

1. Wyniki badania nie potwierdzają istnienia różnic pod względem poszukiwania czy zapotrzebowania na wsparcie pomiędzy partnerami kobiet chorych na raka a partnerami kobiet zdrowych.
2. Szczególnie ważna dla partnerów osób chorych na raka jest partnerka i dzieci. Okazało się, że istniejący system rodzinny jest najważniejszy dla otrzymywania wsparcia.
3. Szczególne znaczenie dla partnerów kobiet chorych na raka ma wsparcie udzielane przez lekarzy i pielęgniarki. W trudnej sytuacji wsparcie to powinno także obejmować sferę emocjonalną.
4. Wszystkie te wnioski należy traktować jako wstępne. Badanie miało charakter pilotażowy, porównywane grupy były małe (po 22 osoby), a wykorzystane narzędzie do pomiaru wsparcia nie zostało poddane ocenie psychometrycznej. Interesujące byłoby porównanie partnerów osób chorych na raka z partnerami kobiet chorych na inne poważne choroby, które nie wiążą się w świadomości chorych z zagrożeniem utraty życia.

Piśmiennictwo

1. Bultz B.D., Specia M., Brasher P.M., Geggie P.W.S., Page S.A. A randomized controlled trial of a brief Psychoeducational Support Group for partners of early stage breast cancer patients. *Psycho-Oncology* 2000; 9: 303–313.
2. Kadmon I., Woloski-Wruble A., Yonggin J., Kwan-Min Q., Dekeyser F. Social support as experienced by Chinese and Israeli husbands of women with breast cancer: a comparative study. *European Journal of Oncology Nursing* 2004; 8: 131–137.

3. Gapik L., Kosmala J. Wpływ choroby nowotworowej na sytuację rodzinną i relacje partnerskie pacjentek. *Seksuologia Polska* 2004; 2: 25–29.
4. Petrie W., Logan J., DeGrasse C. Research review of supportive care needs of spouses of women with breast cancer. *Oncology Nursing Forum* 2001; 28: 1601–1607.
5. Sęk H., Cieślak R. Wsparcie społeczne — sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne. W: Sęk H., Cieślak R. (red.). *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004.
6. Jaworowska-Oblój Z., Skuza B. Pojęcie wsparcia społecznego i jego funkcje w badaniach naukowych. *Przegląd Psychologiczny* 1986; 29: 733–746.
7. Kmiecik-Baran K. Skala wsparcia społecznego. Teoria i właściwości psychometryczne. *Przegląd Psychologiczny* 1995; 36: 201–214.
8. Ell K., Nishimoto R., Mediansky L., Mantell J., Hamovitch M. Social relations, social support and survival among patients with cancer. *Journal of Psychosomatic Research* 1992; 36: 531–541.
9. Northouse L.L. Social support in patients and husbands' adjustment to breast cancer. *Nursing Research* 1988; 37: 91–95.
10. Northouse L.L., Dorris G., Charron-Moore C. Factors affecting couples' adjustment to recurrent breast cancer. *Social Science and Medicine* 1995; 41: 69–76.
11. Fang C.Y., Manne S.L. Functional impairment, marital quality, and patient psychological distress as predictors of psychological distress among cancer patients' spouses. *Health Psychology* 2001; 20: 452–457.
12. Hodges L.J., Humphris G.M., MacFarlane G. A meta-analytic investigation of the relationship between psychological distress of cancer patients and their carers. *Social Science and Medicine* 2005; 60: 1–12.
13. Lepto-Jarnstedt U.S., Ojanen M., Kellokumpu-Lehtinen P. Cancer-specific social support received by newly diagnosed cancer patients: validating the New Structural-Functional Social Support Scale (SFSS) measurement tool. *Supportive Care in Cancer* 2004; 12: 326–327.
14. Zimet G.D., Powell S.S., Farley G.K., Werkman S., Berkoff K.A. Psychometric characteristics of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment* 1990; 55: 610–617.
15. Kadmon I., Woloski-Wruble A. Breast cancer: reactions of Israeli men to their wives' diagnosis. *European Journal of Oncology Nursing* 2002; 6: 93–99.
16. Barrera M. Jr, Ainlay S.L. The structure of social support and empirical analysis. *Journal of Community Psychology* 1983; 11: 133–143.