

Krystyna Kurowska, Izabela Adamczyk

Rola wsparcia i zachowań zdrowotnych w zmaganiu się kobiet z rakiem piersi

Role of social support and pro-health behaviors in fighting breast cancer

Роль поддержки и оздоровительных навыков в борьбе с раком молочной железы

Katedra Pielęgniarstwa i Położnictwa – Zakład Teorii Pielęgniarstwa Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu. Kierownik Zakładu: dr n. med. Mirosława Felsmann

Correspondence to: Dr n. med. Krystyna Kurowska, Katedra Pielęgniarstwa i Położnictwa – Zakład Teorii Pielęgniarstwa Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika, ul. Techników 3, 85-801 Bydgoszcz, tel.: +48 52 585 21 94, e-mail: krystyna_kurowska@op.pl

Chair of Nursing and Midwifery – Department of Nursing Nursing Theory of Nicolaus Copernicus University in Toruń, Collegium Medicum in Bydgoszcz, Poland.

Head of the Department: Mirosława Felsmann, MD, PhD

Correspondence to: Krystyna Kurowska, MD, PhD, Chair of Nursing and Midwifery – Department of Nursing Nursing Theory of Nicolaus Copernicus University in Toruń, Collegium Medicum in Bydgoszcz, Techników 3, 85-801 Bydgoszcz, Poland, tel.: +48 52 585 21 94, e-mail: krystyna_kurowska@op.pl

Streszczenie

Wstęp: Rak piersi jest najczęstszym nowotworem złośliwym występującym u kobiet. Diagnoza często sprawia, że pacjentka wycofuje się z życia rodzinnego i zawodowego. Nie potrafi pogodzić się ze schorzeniem, nie wierzy w powrót do zdrowia. W takich chwilach niezwykle ważne okazuje się wsparcie, które podnosi na duchu i dodaje sił do walki z chorobą. **Cel:** Określenie związku między poziomem i zakresem wsparcia społecznego a preferowanymi zachowaniami zdrowotnymi – jako wykładnika utrzymania optymalnego stanu zdrowia. **Materiał i metoda:** Przebadano 105 pacjentek z rakiem piersi hospitalizowanych w Centrum Onkologii w Bydgoszczy, na Oddziale Radioterapii oraz Oddziale Klinicznym Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej. Zachowania zdrowotne oceniono *Inwentarzem zachowań zdrowotnych (IZZ)* Juczyńskiego, a poziom wsparcia – *Skalą wsparcia społecznego (SWS)* Kmieciak-Baran. **Wyniki:** Badane jako grupa prezentują wysoki poziom zachowań zdrowotnych. Najniżej oceniły prawidłowe nawyki żywieniowe. Głównym źródłem wsparcia dla kobiet byli członkowie rodziny i przyjaciele. Zespół terapeutyczny udzielał głównie wsparcia informacyjnego. Spośród czterech rodzajów wsparcia najwyższej oceniono wsparcie emocjonalne, najniższej – instrumentalne. **Wnioski:** Otrzymane wyniki mogą się przyczynić do głębszego zrozumienia problemów i potrzeb kobiet z rakiem piersi i zwiększyć motywację do walki z chorobą. Znajdą także odzwierciedlenie w zachowaniach zdrowotnych pacjentek, co będzie wpływać na szybszy powrót do zdrowia bądź uniknięcie choroby.

Słowa kluczowe: rak piersi, mastektomia, wsparcie społeczne, zachowania zdrowotne, radzenie sobie ze stresem, akceptacja choroby

Abstract

Introduction: Breast cancer is the most frequent malignant neoplasm in women. This illness often makes women withdraw from their family life and work. They do not believe in a return to health and they cannot accept the fact of being ill. This is why social support is crucial to aid the patient in their struggle with the disease. **Aim:** The aim of this paper was to show a connection between the level and degree of social support and preferable health behaviors as an indicator of maintaining the optimal health condition. **Material and methods:** The study was carried out among 105 women with breast cancer treated on the Department of Radiotherapy and Department of Breast Diseases and Reconstructive Surgery of the Oncology Center in Bydgoszcz, Poland. Health behaviors were assessed with the use of the questionnaire of Health Behavior Inventory by Juczyński, and the level of support was evaluated with the Scale of Social Support by Kmieciak-Baran. **Results:** The examined women show a high level of health behaviors. Proper nutrition obtained the lowest score. The main source of support was their family and friends. The therapeutic team provided mainly information support. Of four types of support, the emotional type was assessed as the most effective, and the tangible one as the least effective. **Conclusions:** The results of the study may contribute to the deeper understanding of problems and needs of women suffering from breast cancer and enhance their motivation to combat the disease. The results may also influence patients' health behaviors, which might cause faster convalescence or even help avoid the disease.

Key words: breast cancer, mastectomy, social support, health behaviors, coping with stress, acceptance of illness

Содержание

Введение: Рак молочной железы является наиболее распространенной злокачественной опухолью у женщин. Из за диагноза пациентка часто отказывается от семейной и профессиональной жизни. Она не может смириться с болезнью, не верит в выздоровление. В такие минуты, чрезвычайно важное значение имеет поддержка, улучшающая настроение и дающая силы для борьбы с болезнью. **Цель:** Определение связи между уровнем и областью общественной поддержки, а также предпочитаемыми оздоровительными навыками – как показателя поддержания оптимального здоровья. **Материал и метод:** Проведено обследование 105 пациенток с раком молочной железы, госпитализированных в онкологическом центре в г. Быдгощ, в Отделении радиотерапии и в Клиническом отделении опухолей молочной железы и реконструктивной хирургии. Оздоровительные навыки оценивали Инвентарем оздоровительных навыков (IZZ) Ючинского, а уровень поддержки – Шкалой общественной поддержки (SWS) Кмецик-Баран. **Результаты:** Исследованные, как группа, представляют высокий уровень оздоровительных навыков. Ниже всего они оценили навыки правильного питания. Главным источником поддержки для женщин были члены семьи и друзья. Терапевтический коллектив предоставлял прежде всего информационную поддержку. Среди четырех видов поддержки наивысшую оценку получила эмоциональная поддержка, наинизшую – инструментальная. **Выводы:** Полученные результаты могут способствовать более глубокому пониманию проблем и потребностей женщин с раком молочной железы и повышению мотивации для борьбы с болезнью. Они также будут отражаться в оздоровительных навыках пациенток, что приведет к более быстрому выздоровлению или избежанию болезни.

Ключевые слова: рак молочной железы, мастэктомия, общественная поддержка, оздоровительные навыки, справиться со стрессом, акцептация болезни

WSTĘP

Rak piersi jest poważnym problemem współczesnej medycyny. Jak każda choroba zagrażająca życiu wywołuje u pacjentek zagubienie, poczucie lęku i dużego niebezpieczeństwa. Odjęcie piersi, będącej ważnym atrybutem kobiecości, macierzyństwa i atrakcyjności fizycznej, sprawia, że chora traci pewność siebie i wycofuje się z wielu sfer życia^(1,2). Niezmiernie ważne jest wsparcie otoczenia, pozwalające stawić czoło poczuciu bezradności i beznadziei, a tym samym przyczyniające się do poprawy jakości życia^(3,4). W zmaganiu się z rakiem piersi istotną rolę odgrywają również zachowania zdrowotne – to czynnik bezpośrednio determinujący powrót do zdrowia. Choroba nowotworowa stanowi wyzwanie dla pacjenta, jego rodziny i całego zespołu medycznego. Jest nierówną walką, którą można wygrać wyłącznie dzięki odpowiedniemu leczeniu, wsparciu i zdrowemu stylowi życia^(3,5). Celem badań było określenie związku między poziomem i zakresem wsparcia społecznego a preferowanymi zachowaniami zdrowotnymi – jako wykładnika utrzymania optymalnego stanu zdrowia.

MATERIAŁ I METODA

Zaprezentowane badania to wycinek szerszego projektu analizy jakości życia osób z rozpoznaniem choroby nowotworowej. Prowadzono je od grudnia 2011 do kwietnia 2012 roku w grupie 105 kobiet z rakiem piersi hospitalizowanych na dwóch oddziałach Centrum Onkologii w Bydgoszczy – Oddziale Radioterapii oraz Oddziale Klinicznym Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej. Zgodę na badania wyraziła komisja bioetyczna Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy (KB/637/2011).

INTRODUCTION

Breast cancer is a serious challenge of contemporary medicine. As each life-threatening disease, it evokes the feeling of loss, anxiety and peril. A removal of breast, which is an important attribute of femininity, maternity and physical attractiveness, makes the patient lose self-confidence and withdraw from numerous spheres of life^(1,2). Social support is crucial to face the feeling of helplessness and hopelessness and thus contributes to the improvement of life quality^(3,4). Moreover, health behaviors play an important role in the combat with breast cancer – this factor directly determines the return to health. Cancer is a challenge for the patient, their family and the entire therapeutic team. It is not an equal fight and can be won only thanks to appropriate treatment, support and healthy lifestyle^(3,5). The aim of this paper was to show a connection between the level and degree of social support and preferable health behaviors as an indicator of maintaining the optimal health condition.

MATERIAL AND METHODS

The presented research constitutes a fragment of a larger project which analyzes life quality of persons with neoplastic diseases. The study was carried out from December 2011 to April 2012 among 105 women with breast cancer treated in the Oncology Center in Bydgoszcz on two departments: Department of Radiotherapy and Department of Breast Diseases and Reconstructive Surgery. It was approved of by the Ethics Committee of L. Rydygier Collegium Medicum in Bydgoszcz, Poland (KB/637/2011).

The patients examined were at various stages of treatment. All of them had undergone a surgical procedure; some had

Pacjentki objęte badaniem znajdowały się na różnych etapach leczenia. Wszystkie były po zabiegu operacyjnym: część przeszła leczenie oszczędzające, część – mastektomię. Uwzględniono zarówno kobiety, które zachorowały po raz pierwszy, jak i te, u których wykryto wznowę. Wykluczono jedynie osoby z demencją, uniemożliwiającą przeprowadzenie badania, i te w zerowej dobie po zabiegu operacyjnym. Wykorzystano *Skalę wsparcia społecznego* (SWS) Kmieciak-Baran⁽⁶⁾, *Inwentarz zachowań zdrowotnych* (IZZ) Juczyńskiego⁽⁷⁾ i ankietę konstrukcji własnej, odnoszącą się do różnych aspektów życia.

SWS pozwala na wyodrębnienie czterech wymiarów wsparcia społecznego. Są to: wsparcie informacyjne, instrumentalne, wartościujące i emocjonalne. Wsparcie informacyjne polega na udzielaniu rad, informacji, które mogą pomóc w rozwiązywaniu problemu; instrumentalne – na konkretnej pomocy, świadczeniu usług; wartościujące – na dawaniu jednostce komunikatów typu „Jesteś dla nas kimś znaczącym, ważnym”; emocjonalne – na przekazywaniu lub otrzymywaniu komunikatów typu: „Jesteś kochany”, „Lubimy cię”. Łącznie można uzyskać 24–120 pkt. Wynik minimalny (24 pkt) świadczy o dużym wsparciu społecznym, a maksymalny (120 pkt) wskazuje na całkowity brak wsparcia. W poszczególnych podskalach wynik mieści się w zakresie 6–30 pkt, a interpretacja jest analogiczna. Zadaniem osoby badanej jest określenie za pomocą pięciostopniowej skali, w jakim stopniu dane twierdzenie odnosi się do wyodrębnionych grup społecznych (bliższa i dalsza rodzina, znajomi, psycholog, pielęgniarka, lekarz, pomoc społeczna)⁽⁶⁾.

IZZ zawiera 24 stwierdzenia opisujące różne zachowania związane ze zdrowiem. Wyniki pozwalają określić nasilenie zachowań sprzyjających zdrowiu, takich jak prawidłowe nawyki żywieniowe (rodzaj spożywanej żywności), zachowania profilaktyczne (przestrzeganie zaleceń zdrowotnych, uzyskiwanie informacji na temat zdrowia i choroby), praktyki zdrowotne (codzienne nawyki dotyczące snu i rekreacji czy aktywności fizycznej) oraz pozytywne nastawienie psychiczne (unikanie zbyt silnych emocji, stresów i napięć, sytuacji wpływających przygnębiająco). Wyniki mieszczą się w granicach 24–120 pkt. Im wyższy rezultat, tym większe nasilenie deklarowanych zachowań zdrowotnych. Oddzielnie oblicza się wyniki dla czterech kategorii – wskaźnikiem jest średnia liczba punktów w każdej z nich, otrzymana w wyniku podzielenia sumy przez sześć. W przypadku poszczególnych kategorii rezultat mieści się w przedziale 1–30 pkt⁽⁷⁾.

Do opisu zmiennych wykorzystano statystyki opisowe (średnia arytmetyczna, minimum, maksimum, odchylenie standardowe) i rozkłady zmiennych. Badanie związków przeprowadzono za pomocą współczynnika korelacji Spearmana, a przy użyciu testu *U* Manna-Whitneya dokonano oceny różnic między dwoma grupami. Za istotne statystycznie uznano wartości testu spełniające warunek $p < 0,05$. Do analizy użyto pakietu statystycznego STATISTICA 10.

sparing surgeries, and some – mastectomy. The study involved both women who had cancer for the first time, and those with a relapse. Patients were excluded if they had dementia, which prevented a survey from being conducted, and if a surgery had been conducted not more than a day before. The study employed the Scale of Social Support by Kmieciak-Baran⁽⁶⁾ and Health Behavior Inventory by Juczyński⁽⁷⁾ as well as a survey concerning various aspects of life prepared by the authors.

The Scale of Social Support allows four dimensions of social support to be distinguished. These include: information, tangible, esteem and emotional support. Information support consists in giving advice and providing information that can help in problem-solving. Tangible support means actual aid and services performed. Esteem support involves communications such as: “You are important.” Finally, emotional support consists in communications such as: “You are loved” and “We like you.” The total amount of points ranges from 24 to 120. The minimum score (24 points) indicates a high level of social support, and the maximum score (120) is indicative of a complete lack of such support. In individual subscales, the results range from 6–30 points, and their interpretation is analogous. The task of surveyed patients is to determine to which degree a given statement refers to selected social groups (close and extended family, friends, psychologist, nurse, doctor, social welfare) on a five-grade scale⁽⁶⁾.

The Health Behavior Inventory includes 24 statements describing various types of behaviors connected with health. The results help determine the intensity of health behaviors that contribute to a good health condition, such as: appropriate eating habits (type of food consumed), prophylactic behaviors (observing medical recommendations, obtaining information on health and disease), health practices (everyday habits concerning sleep and leisure or exercise) and a positive mental attitude (avoiding intense emotions, stress, tension or depressing situations). The final result is between 24 and 120 points. The higher the result, the greater the intensity of declared health behaviors. The results for the four categories are calculated separately, and their average value (dividing the total value by six) is an indicator in each category. The range of points in individual categories is 1–30⁽⁷⁾. Descriptive statistics (arithmetic mean, minimum, maximum, standard deviation) and variable distributions were used to present the variables. The analysis of correlations was conducted by means of the Spearman's correlation coefficient, and the differences between two groups were assessed with the use of the *U* Mann-Whitney test. The test values fulfilling the condition that $p < 0.05$ were considered statistically significant. The data were analyzed with the use of a STATISTICA 10 system.

RESULTS

The mean age of the respondents was nearly 59 (ranging from 25 to 78). Most of them were women with secondary

WYNIKI

Średnia wieku respondentek wynosiła niespełna 59 lat (zakres od 25 do 78). Większość miała wykształcenie średnie (40,0%) i zawodowe (32,4%), pozostawała w związkach małżeńskich (88,6%), miała dzieci (87,6%) i mieszkała w mieście (62,9%). Z pracy zawodowej utrzymywało się 20,0% badanych, z emerytury – 48,6%, z renty – 19,0%. Większość kobiet chorowała od 7 do 12 miesięcy (51,4%), średni czas chorowania wynosił niespełna 14 miesięcy (zakres od miesiąca do 13 lat). Występowanie raka piersi w rodzinie potwierdziło 20,0% pacjentek.

Analizie poddano zachowania zdrowotne uczestniczek (tabela 1). Jako grupa prezentują one przeciętny poziom prawidłowych nawyków żywieniowych: średnia wyniosła 21,2 pkt na 30 możliwych, co stanowi 70,7%. Odchylenie standardowe przekraczające 17% wartości średniej świadczy o przeciętnym zróżnicowaniu wyników. Najwyżej oceniono dbałość o prawidłowe odżywianie (3,69) oraz jedzenie dużej ilości warzyw i owoców (3,78), najniżej – unikanie żywności z konserwantami (3,33) i spożywanie pieczywa pełnoziarnistego (2,99). To najniżej oceniona kategoria zachowań zdrowotnych.

Badane prezentują wysoki poziom zachowań profilaktycznych. Średnia wartość punktowa to 24,12 (80,4%). Odchylenie standardowe przekraczające 13% wartości średniej świadczy o przeciętnym zróżnicowaniu wyników. Najwyżej oceniono przestrzeganie zaleceń lekarskich (4,79) i regularne zgłaszanie się na badania (4,54), najniżej – zanotowanie numerów do służb ratowniczych (3,7) i pozyskiwanie wiedzy o tym, jak inni unikają chorób (3,05).

Jako grupa pacjentki prezentują wysoki poziom pozytywnego nastawienia psychicznego. Średnia wyniosła 24,22 pkt

(40,0%) or vocational education (32,4%), they were married (88,6%), had children (87,6%) and resided in urban areas (62,9%). 20,0% worked professionally, 48,6% were retired and 19,0% received disability pensions. Most of the women had been ill for 7–12 months (51,4%), the mean duration of the disease was nearly 14 months (range from one month to 13 years). A positive family history of breast cancer was observed in 20,0% of the patients.

The analysis concerned health behaviors of the respondents (Table 1). As a group, the patients represent an average level of proper nutrition habits: mean score of 21.2/30, which constitutes 70,7%. The standard deviation greater than 17% of the mean value attests to the average diversification of the results. The highest scores were given to attention to proper nutrition (3.69) and ingesting large amounts of fruit and vegetables (3.78). On the other hand, avoiding food with preservatives (3.33) and ingesting whole meal bread received the lowest scores (2.99). This category received the lowest score of all.

The examined women show a high level of prophylactic behaviors. The mean score was 24.12 (80,4%). The standard deviation greater than 13% of the mean value attests to the average diversification of the results. The highest scores were given to observing doctor's orders (4.79) and having examinations done regularly (4.54); the lowest scores were given to noting telephone numbers to emergency services (3.7) and obtaining information on the way in which other people avoid illnesses (3.05).

Furthermore, the examined patients present a high level of positive mental attitude. The mean value was 24.22 (80,7%), and the standard deviation equaled slightly more than 12% of the mean, which attests to the average diversification of the results. The highest scores were given to having

Pozycja <i>Item</i>	Zachowania zdrowotne <i>Health behaviors</i>	Prawidłowe nawyki żywieniowe (PN) <i>Proper nutrition habits</i>	Zachowania profilaktyczne (ZP) <i>Prophylactic behaviors</i>	Pozytywne nastawienie psychiczne (PN) <i>Positive psychological attitude</i>	Praktyki zdrowotne (PZ) <i>Health practices</i>
<i>N</i>	105	105	105	105	105
Średnia <i>Mean</i>	93,01	21,20	24,12	24,22	23,47
Odchylenie standardowe <i>Standard deviation</i>	10,227	3,628	3,143	2,974	3,944
Ufność –95% <i>Confidence –95%</i>	91,03	20,50	23,52	23,64	22,70
Ufność +95% <i>Confidence +95%</i>	94,99	21,90	24,73	24,79	24,23
Mediana <i>Median</i>	94,0	22,0	24,0	24,0	24,0
Minimum	64,0	11,0	16,0	16,0	11,0
Maksimum <i>Maximum</i>	114,0	30,0	30,0	30,0	30,0
Dolny kwartył <i>Lower quartile</i>	88,0	19,0	22,0	23,0	21,0
Górny kwartył <i>Upper quartile</i>	99,0	24,0	26,0	26,0	26,0

Tabela 1. Średnie wartości punktowe zachowań zdrowotnych
Table 1. Average point values of health behaviors

(80,7%), a odchylenie standardowe – niewiele ponad 12% wartości średniej, co świadczy o przeciętnym zróżnicowaniu wyników. Najwyżej oceniono posiadanie przyjaciół i uregulowane życie rodzinne (4,67) oraz pozytywne myślenie (4,37), najniżej – unikanie gniewu, lęku i depresji (3,69) oraz zbyt silnych emocji, stresów i napięć (3,56). To najwyższą ocenioną kategorią zachowań zdrowotnych.

Wyniki wskazują również na wysoki poziom praktyk zdrowotnych. Średnia wyniosła 23,47 pkt (78,2%). Odchylenie standardowe przekraczające 17% wartości średniej świadczy o przeciętnym zróżnicowaniu wyników. Najwyższe wyniki dotyczyły ograniczenia palenia tytoniu (4,58) i wystarczającej długości odpoczynku (3,95), najniższe – unikania przepracowania (3,66) oraz kontroli masy ciała (3,47).

Podjęto próbę ustalenia, czy zachowania zdrowotne i poszczególne ich kategorie są zależne od zmiennych: wieku, miejsca zamieszkania, wykształcenia, czasu chorowania, występowania raka piersi w rodzinie i źródła dochodu.

Najwyższe wyniki prawidłowych nawyków żywieniowych, pozytywnego nastawienia psychicznego i praktyk zdrowotnych prezentują badane w wieku powyżej 70 lat, a zachowań profilaktycznych – w wieku 51–60 lat. Wyższe wyniki zachowań zdrowotnych, w tym prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych i pozytywnego nastawienia psychicznego, występują u mieszkanek miast, a praktyk zdrowotnych – u mieszkanek wsi. Wyższe wyniki zachowań zdrowotnych, w tym prawidłowych nawyków żywieniowych, pozytywnego nastawienia psychicznego i praktyk zdrowotnych, uzyskały osoby z wykształceniem wyższym. Zachowania profilaktyczne wyżej oceniły badane z wykształceniem zawodowym. Najwyższe wyniki zachowań zdrowotnych, praktyk zdrowotnych, prawidłowych nawyków żywieniowych i pozytywnego nastawienia psychicznego prezentują badane chorujące dłużej niż rok, a zachowań profilaktycznych – kobiety będące 7–12 miesięcy po diagnozie. Najwyżej zachowania zdrowotne oceniły respondentki chorujące dłużej niż rok. Wszystkie podkategorie zachowań zdrowotnych wyżej oceniły uczestniczki mające chorych na raka piersi w rodzinie. Najwyższe wyniki w zakresie praktyk zdrowotnych i prawidłowych nawyków żywieniowych prezentują emerytki, a wysokie wyniki zachowań zdrowotnych, zachowań profilaktycznych i pozytywnego nastawienia psychicznego – badane pozostające na utrzymaniu rodziny.

Następnie analizie poddano *Skalę wsparcia społecznego* (tabela 2). Najwyżej ocenioną kategorią wsparcia otrzymywanego od małżonka okazało się wsparcie emocjonalne (6,78 pkt) – wyniki wysokie uzyskało 96,1% kobiet. Dalej znalazło się wsparcie informacyjne (8,11), jednak więcej wyników wysokich uzyskały badane w aspekcie wsparcia wartościującego (93,4%, tylko 6,6% osób z wynikiem przeciętnym). Najniżej oceniono wsparcie instrumentalne (8,57). Generalnie poziom wsparcia społecznego uzyskiwanego od małżonka był wysoki.

Najwyżej ocenione wsparcie od rodziny to również wsparcie emocjonalne (6,49), na drugim miejscu uplasowało się

friends and ordered family life (4.67) as well as positive thinking (4.37). The lowest scores were assigned to avoiding anger, fear and depression (3.69) as well as intense emotions, stress and tension (3.56). This category received the highest score of all.

The results also suggest a high level of health practices. The mean value was 23.47 (78.2%). The standard deviation greater than 17% of the mean value attests to the average diversification of the results. Limitation in smoking (4.58) and having appropriate rest (3.95) obtained the highest score, and avoiding overwork (3.66) and body mass control (3.47) were given the least number of points.

It was attempted to determine whether health behaviors and their individual categories depended on the following variables: age, place of residence, education, duration of the disease, family history of breast cancer and source of income.

The highest results in proper nutrition habits, positive mental attitude and health practices were found in the patients at the age of above 70, and in the case of prophylactic behaviors – at the age of 51–60. Higher results of health behaviors, including proper nutrition habits, prophylactic behaviors and positive mental attitude, were found in the residents of cities, and in the case of health practices – in the residents of rural areas. Higher results of health behaviors, including proper nutrition habits, positive mental attitude and health practices, were found in the patients with higher education. Prophylactic behaviors were given more points by the patients with vocational education. The highest results in health behaviors, health practices, proper nutrition and positive mental attitude were presented by the patients who had been ill for longer than a year, and in the case of prophylactic behaviors – by the women 7–12 months after the diagnosis. Health behaviors were given the highest score by the respondents who had been ill for longer than a year. All the subcategories of health behaviors were given more points by the patients with a positive family history of breast cancer. The highest results in health practices and proper eating habits were presented by the pensioners, and high results of health behaviors, prophylactic behaviors and positive mental attitude were presented by the patients provided for by their families.

Subsequently, the Scale of Social Support was analyzed (Table 2). The best-rated category of support received from patients' husbands was emotional support (6.78); 96.1% of the women had high results. It was followed by information support (8.11), but more high results were obtained by the patients in the category of esteem support (93.4%, only 6.6% of patients with average results). Tangible support obtained the lowest results (8.57). In general, the level of social support provided by the spouse was high.

The best-rated category of support from the family was also emotional support (6.49). It was followed by information support (8.01). None of the patients obtained low results in these two categories. The lowest results referred to tangible support – high results were obtained by 88.6% of the patients. Generally, family social support was at a rather high level.

Pozycja Item	Wsparcie społeczne Social support	Wsparcie informacyjne Information support	Wsparcie instrumentalne Tangible support	Wsparcie wartościujące Esteem support	Wsparcie emocjonalne Emotional support
N	105	105	105	105	105
Średnia Mean	37,62	8,24	11,04	10,89	7,45
Odchylenie standardowe Standard deviation	6,372	1,937	2,343	1,958	1,963
Ufność –95% Confidence –95%	36,39	7,86	10,59	10,51	7,07
Ufność +95% Confidence +95%	38,85	8,61	11,50	11,27	7,83
Mediana Median	36,4	7,8	10,5	10,8	6,8
Minimum	25,6	6,0	6,0	6,3	6,0
Maksimum Maximum	66,0	15,0	19,4	17,4	16,2
Dolny kwartyl Lower quartile	33,6	7,0	9,6	10,0	6,0
Górny kwartyl Upper quartile	40,0	9,0	12,2	12,0	8,0

Tabela 2. Statystyki wsparcia społecznego
Table 2. Social support statistics

wsparcie informacyjne (8,01). W tych dwóch kategoriach żadna z kobiet nie uzyskała wyników niskich. Najniżej ocenione zostało wsparcie instrumentalne – wyniki wysokie otrzymało 88,6% badanych. Globalnie wsparcie społeczne od rodziny utrzymywało się na poziomie wysokim.

Najwyżej ocenione wsparcie społeczne od przyjaciół to znów wsparcie emocjonalne (6,86 pkt, czyli wsparcie wysokie). Kolejne było wsparcie informacyjne (9,09) – wyniki przeciętne uzyskało 90,5% pacjentek. W tym przypadku najniżej oceniono wsparcie instrumentalne. Wyniki wysokie dotyczyły 72,4% badanych, a przeciętne – 23,8%. Generalnie poziom wsparcia otrzymywanego od przyjaciół okazał się jednak wysoki.

Wsparcie społeczne ze strony pielęgniarek to również wsparcie na poziomie wysokim. Najwyżej ocenioną kategorią było wsparcie informacyjne (8,07, czyli wsparcie wysokie); zaledwie 7,6% badanych dostawało wsparcie informacyjne na poziomie przeciętnym. Na drugim miejscu znalazło się wsparcie emocjonalne (8,43) – wyniki wysokie uzyskało 93,3% kobiet. Najniżej ocenione (13,0) zostało wsparcie wartościujące od pielęgniarek – wyniki wysokie uzyskało zaledwie 38,1% chorych. Wsparcie instrumentalne i wartościujące to wsparcie na poziomie przeciętnym.

Wyniki odnoszące się do wsparcia od lekarzy były podobne jak w przypadku pielęgniarek. Generalnie wsparcie społeczne utrzymywało się na poziomie wysokim. Najwyżej oceniono wsparcie informacyjne (7,89) – wyniki wysokie uzyskało 94,3% badanych. Na drugiej pozycji znalazło się wsparcie emocjonalne; wyniki przeciętne uzyskało 10,5% kobiet. Najniżej (13,15) oceniono wsparcie wartościujące od lekarzy – wyniki wysokie uzyskało zaledwie 35,2% uczestniczek. Podobnie jak wsparcie instrumentalne (12,69) jest to wsparcie na poziomie przeciętnym.

The best-rated category of social support from friends was, again, emotional support (6.86, which means a high level of support). It was followed by information support (9.09) – average results were obtained by 90.5% of the patients. In this case, tangible support obtained the lowest results. High results concerned 72.4% of the subjects, and average results concerned 23.8% of the respondents. In general, the level of support received from friends was high.

Social support of nurses was also assessed as high. The best-rated category was information support (8.07, which means a high level of support); only 7.6% of the patients received information support at an average level. It was followed by emotional support (8.43); 93.3% of the women had high results. The lowest results (13.0) were given to esteem support – high results were obtained by only 38.1% of the patients. Esteem and tangible support placed themselves at an average level.

The support from doctors was similar to that of nurses. Generally, social support was at a high level. Information support was assessed as the greatest (7.89) – high results were obtained by 94.3% of the patients. It was followed by emotional support; 10.5% of the women had average results. The lowest results (13.15) were given to esteem support – high results were obtained by only 35.2% of the patients. Just as tangible support (12.69), it was at an average level.

To conclude, the best-rated support was that of the family, followed by that of the spouse and friends. Support of doctors was assessed as the lowest. The highest level of information support was provided by the family, slightly lower by doctors and nurses, and low – by the spouse. The greatest tangible support was that of the family, followed by that of the spouse and friends. Tangible support of doctors was assessed as the lowest. Esteem support was the greatest from the spouse, followed by family and friends, and, finally,

Podsumowując, pacjentki najwyżej oceniły wsparcie otrzymywane od rodziny, następnie – od małżonka i przyjaciół, a najniżej – od lekarzy. Największe wsparcie informacyjne dostawały od rodziny, mniejsze – od lekarzy i pielęgniarek, niskie – od małżonka. Najwyżej oceniły wsparcie instrumentalne od rodziny, następnie – od małżonka i przyjaciół, a najniżej – od lekarzy. Wsparcie wartościujące na najwyższym poziomie otrzymywano od współmałżonka, dalej – od rodziny i przyjaciół, wreszcie – od lekarzy. Jeśli chodzi o wsparcie emocjonalne, kolejność kształtuje się następująco: wsparcie od rodziny, od współmałżonka, od pielęgniarek, od lekarzy. Dane zamieszczone w tabeli 2 ujawniają, że najwyżej oceniono wsparcie emocjonalne (7,45, wyniki wysokie u 97,1% badanych). Niżej znalazło się wsparcie informacyjne (8,24, wyniki wysokie u 95,2% kobiet), najniżej – wsparcie instrumentalne (11,04, wyniki wysokie u 76,2% respondentek). Poziom globalnego wsparcia społecznego i poszczególnych jego kategorii okazał się wysoki.

Zarówno globalne wsparcie, jak i wyniki uzyskane w podskalach poddano weryfikacji porównawczej ze względu na wcześniej wytypowane zmienne socjodemograficzne. W grupie wiekowej 61–70 lat i powyżej 70 lat wszystkie badane otrzymywały wysokie wsparcie społeczne. Większe wsparcie instrumentalne i wartościujące dostawały kobiety w wieku 51–60 lat, a większe wartościujące – mieszkanki miast. Wyższy poziom wsparcia globalnego, informacyjnego i emocjonalnego odnotowano u mieszkanek wsi, instrumentalnego – u kobiet z miast. Najwyższe wsparcie globalne otrzymywały badane z wykształceniem podstawowym, wysokie wsparcie informacyjne – te z wykształceniem podstawowym i wyższym, a instrumentalne – te z wykształceniem zawodowym. Największe wsparcie wartościujące deklarowały chore z wykształceniem średnim, emocjonalne – z podstawowym. Najwyższy poziom wsparcia dotyczył kobiet chorujących dłużej niż rok. Najwyższe wsparcie emocjonalne dostawały badane chorujące ponad rok i 7–12 miesięcy, informacyjne – pacjentki będące ponad rok po diagnozie, najwyższe wsparcie instrumentalne i wartościujące – te chorujące 7–12 miesięcy. Większe wsparcie globalne oraz instrumentalne, wartościujące i emocjonalne otrzymywały kobiety mające w rodzinie osoby chore na raka piersi. Tylko wsparcie informacyjne wyżej oceniły kobiety, w których rodzinach ta choroba nie wystąpiła. Wysokie wsparcie społeczne deklarowały emerytki, najwyższe wsparcie informacyjne – również emerytki, instrumentalne – rencistki, wartościujące – osoby pracujące zawodowo, emocjonalne – emerytki i rencistki.

Wyniki zachowań zdrowotnych nie pozostawały jednak w istotnej statystycznie korelacji ze wsparciem społecznym ani jego poszczególnymi kategoriami (tabela 3). Najwyższe wsparcie informacyjne, instrumentalne i wartościujące wystąpiło u badanych o wysokich wynikach zachowań zdrowotnych, najniższe – u respondentek o wynikach niskich. Najwyższe wsparcie emocjonalne otrzymywały kobiety o niskich wynikach zachowań zdrowotnych, a najniższe – pacjentki o wynikach przeciętnych.

doctors. As for emotional support, the order is as follows: family, spouse, nurses, and doctors.

The data in Table 2 reveal that emotional support was assessed as the greatest (7.45 – high results were obtained by 97.1% of the respondents). It was followed by information support (8.24, high results obtained by 95.2% of the women). The lowest results concerned tangible support (11.04, high results in 76.2% of the patients). The level of global social support and its individual categories occurred to be high.

The results of both global support and its subcategories were subject to a comparative analysis based on previously selected sociodemographic variables. In the age group of 61–70 and over 70, all the respondents reported high social support. Greater esteem and tangible support were given to women at the age of 51–60, and higher esteem support – to the residents of urban areas. A higher level of global, information and emotional support was observed in the residents of rural areas, and as for tangible support – in the residents of urban areas. The greatest global support was reported by the respondents with elementary education; high levels of information support were found in the women with elementary and higher education, and high levels of tangible support – in those with vocational education. The greatest esteem support was declared by the patients with secondary education, and emotional support – by those with elementary education. The highest level of support concerned the women who had been ill for more than one year. The greatest emotional support was given to the women ill for over a year and from 7 to 12 months. The greatest information support was declared by those who had been ill for longer than a year, and the highest level of tangible support was declared by women ill for 7–12 months. The women with a positive family history of breast cancer received greater global, tangible, esteem and emotional support. Only information support was rated higher by women with no family history of cancer. A high level of social support and information support was declared by the retired patients; tangible support – by the patients with disability pensions; esteem support – by the professionally active women, and emotional support – by the retired patients and those with disability pensions.

The results of health behaviors did not, however, show a statistically significant correlation with the level of social support or its subcategories (Table 3). The highest levels of information, tangible and esteem support were observed in the patients with high results in health behaviors, and the lowest – in those with low results. The highest levels of emotional support were declared by the patients with low results in health behaviors, and the lowest levels were found in the patients with average results.

DISCUSSION

The study was conducted on a group of 105 women with breast cancer. The levels of support and health behaviors

OMÓWIENIE

Badania dotyczyły populacji 105 kobiet z rozpoznany rakiem piersi. Analizie poddano poziom otrzymywanego wsparcia i prezentowane zachowania zdrowotne uczestniczek – w odniesieniu do ich wieku, miejsca zamieszkania, wykształcenia, źródła dochodu, czasu chorowania i występowania raka piersi w rodzinie. W literaturze rzadko analizuje się psychikę i styl życia kobiet z nowotworem piersi. Badania nad tym problemem zapoczątkowano w latach 60. XX wieku. Próbowano dociec naukowo, bez dogłębnej analizy teoretycznej, czy wsparcie społeczne okazuje się korzystne, czy sprzyja zdrowiu, czy pomaga w radzeniu sobie z problemem i zmianie zachowań zdrowotnych. Udowodniono, że w walce z chorobą pomoc dostępna dzięki kontaktom międzyludzkim jest niezwykle ważna^(8,9).

Nowotwory piersi pojawiają się najczęściej u kobiet między 45. a 65. rokiem życia; w ostatnim okresie zarysowuje się tendencja do spadku średniego wieku zachorowania⁽¹⁰⁾. W materiale własnym średnia wieku wynosiła 58,8 roku. Najliczniejszą grupę stanowiły mężatki, mieszkanki miast i kobiety z wykształceniem średnim. Inni autorzy otrzymali podobne wyniki: w badaniach Stępień średnia wieku była zbliżona, a najliczniejszą grupę również stanowiły mężatki, mieszkanki miast, z wykształceniem średnim⁽¹¹⁾. W badaniach własnych dzieci miała zdecydowana większość ankietowanych, tak jak w badaniach Lewandowskiej⁽¹²⁾. Funkcjonowanie w kompletnej rodzinie, oparcie w mężu i dzieciach może być pozytywnym bodźcem do pokonania choroby i zaakceptowania jej. Dzięki rodzinie kobieta jest w stanie stawić czoła nowotworowi i znowu żyć pełnią życia. Wyniki badań własnych wskazują, że podstawowym źródłem oparcia dla pacjentek z rakiem piersi są członkowie rodziny, następnie – małżonek i przyjaciele, którzy udzielają głównie wsparcia emocjonalnego, polegającego na rozmowie, zapewnieniu poczucia bezpieczeństwa, mobilizacji sił obronnych i łagodzeniu napięć związanych z chorobą. Potwierdziła to w swoich badaniach Stępień, która analizowała znaczenie rodziny w adaptacji funkcjonalnej kobiet po radykalnym leczeniu raka piersi. Maksymalnej oceny w zakresie wsparcia emocjonalnego dokonało 75% badanych – respondentki te przyznały, że w rodzinie otrzymały całkowitą akceptację w sytuacji choroby. Ponad połowa chorych doświadcza bardzo bliskiej więzi z partnerem bądź inną osobą będącą głównym wsparciem, co świadczy o tym, iż rodzina odgrywa kluczową rolę w adaptacji po radykalnym leczeniu raka piersi. Relacje ze znajomymi i przyjaciółmi oraz otrzymana od nich pomoc odegrały drugoplanową rolę⁽¹¹⁾, co znajduje potwierdzenie w niniejszej pracy. Zbieżne wyniki prezentuje Baczevska, wykazująca, że na pomoc rodziny mogło w każdej chwili liczyć 75% badanych pacjentów onkologicznych, na wsparcie i zaangażowanie – tyle samo, a na akceptację w rodzinie – połowa.

Podczas pobytu chorej w szpitalu niezwykle ważne jest wsparcie ze strony personelu medycznego, w którym pacjent często pokłada duże nadzieje⁽¹³⁾. Wyniki własne

Rodzaj wsparcia <i>Type of support</i>	<i>N</i>	<i>R</i>	<i>t(N-2)</i>	<i>p</i>
Spoleczne <i>Social</i>	105	0,149	1,524	0,131
Informacyjne <i>Information</i>	105	0,113	1,152	0,252
Instrumentalne <i>Tangible</i>	105	0,158	1,625	0,107
Wartościujące <i>Esteem</i>	105	0,180	1,857	0,066
Emocjonalne <i>Emotional</i>	105	0,081	0,829	0,409

Tabela 3. Korelacje wyników zachowań zdrowotnych i wsparcia społecznego

Table 3. Correlations between health behaviors and social support

presented by the respondents were analyzed with reference to their age, place of residence, education, source of income, duration of the disease and family history of breast cancer. Mental condition and lifestyle of women with breast cancer is rarely discussed in the literature. The studies on this issue started in the 1960s. It was attempted to determine, without an in-depth theoretical analysis, whether social support is beneficial to health and whether it helps to cope with the problem and to change health behaviors. It has been demonstrated that support available thanks to interpersonal contacts is very important^(8,9).

Breast cancer usually develops in women between the age of 45 and 65. In the recent years, the mean age tends to decrease⁽¹⁰⁾. The average age of the patients in this study was 58.8. The most numerous groups were married women, residing in urban areas, with secondary education. Other authors have obtained similar results: according to Stępień, the mean age was similar and the most numerous group of patients were also married women, residing in the urban areas and with secondary education⁽¹¹⁾. In the authors' own study, a sizable proportion of the respondents had children. The same is confirmed in the study of Lewandowska⁽¹²⁾. Functioning in a family and having support of the husband and children can be a positive stimulus to win the fight with cancer and accept the disease. Thanks to her family, a woman is able to face cancer and live her life to the fullest again. The results of this study indicate that the basic source of support for breast cancer patients are family members, followed by the spouse and friends, who provided mainly emotional support involving conversation, providing the feeling of safety, mobilizing strength and soothing tensions associated with the disease. This was confirmed in the study conducted by Stępień who analyzed the role of the family in functional adjustment of patients after radical treatment of breast cancer; 75% of the patients assigned the maximum number of points to the category of emotional support – the respondents acknowledged that their families accepted the disease completely. More than a half of patients experience a very close bond with the partner or other person who provides the main support, which means

pokazują, że najwyższym ocenianym typem wsparcia udzielanego przez pielęgniarki i lekarzy jest wsparcie informacyjne, polegające na udzielaniu rad i przekazywaniu potrzebnej wiedzy. Osoby te dostarczają jednak najmniej wsparcia wartościującego, co może świadczyć o tym, że personel medyczny nie zawsze okazuje choremu akceptację i uznanie, nie zawsze podkreśla jego niezwykłą wartość i znaczenie w życiu społecznego.

Poziomy globalnego wsparcia i jego poszczególnych kategorii okazały się wysokie, co prawdopodobnie wskazuje na silne zaangażowanie, głębokie więzi bądź współczucie i empatię osób towarzyszących chorej. Diagnozę „nowotwór” często traktuje się jak wyrok, stąd też może bierze się poczucie obowiązku wspierania pacjentki w jej – jak wielu sądzi – ostatnich chwilach.

Również badania przeprowadzone przez Lewandowską potwierdzają, jak ważne źródło wsparcia stanowi rodzina. Autorka wskazała, że po operacji raka piersi blisko połowa pacjentek największe wsparcie otrzymała właśnie od rodziny (w tym męża/partnera). Wsparcie od przyjaciół dostała co czwarta kobieta, co potwierdza wyniki poprzednich prac – sugerujące, iż nie stanowią oni głównego źródła wsparcia. Wsparcie od rodziny i przyjaciół polegało głównie na pomocy w czynnościach pielęgnacyjnych, a także na rozmowie, dzięki której pacjentki miały szansę opowiedzieć o swoich lękach i obawach. Obie grupy wsparcia służyły ponadto pomocą materialną oraz pomagały w szukaniu informacji na temat choroby, powikłań pooperacyjnych i dalszym trybie życia⁽¹²⁾. Badania Nowickiego wykazały natomiast, że największym wsparciem dla większości kobiet po operacji raka piersi są dzieci, następnie – mąż/partner, lekarz, przyjaciele. Pielęgniarki stanowiły wsparcie dla 25% pacjentek. Duża liczba ankietowanych stwierdzających, że największe wsparcie otrzymują od lekarza i pielęgniarki, wskazuje na przełamanie barier komunikacyjnych między pacjentem a personelem medycznym – to podstawa lepszej współpracy między nimi⁽¹⁾.

Odmienne wyniki prezentuje Górajek-Jóźwik. W świetle rezultatów jej badań rodzina nie odgrywa najważniejszej roli w komunikowaniu problemów zdrowotnych przez pacjentki po mastektomii. Z rodziną na temat własnego zdrowia często rozmawiała ponad połowa chorych, najczęściej jednak respondentki zwracały się do lekarza i kobiet w podobnej sytuacji zdrowotnej, co tłumaczyły ich życiowym doświadczeniem i wiedzą. Jednak nie wszystkie chore podjęły rozmowę – 25% nie rozmawiało z nikim na temat własnego zdrowia. Pozostałe najczęściej wybierały lekarza, rodzinę, męża⁽¹⁴⁾.

W niniejszej pracy badano zachowania zdrowotne kobiet z rakiem piersi, ponieważ od dawna wiadomo, że istnieje związek między sposobem życia a zdrowiem. Pacjentki jako grupa prezentują wysoki poziom zachowań zdrowotnych, co świadczy o tym, że – ze względu na przykre doświadczenie, jakim jest choroba nowotworowa – uświadomiły sobie znaczenie zdrowia. Najwyższe wyniki zachowań zdrowotnych uzyskały kobiety mające ponad 70 lat, niższe – mające

that family plays the major role in the adjustment following radical treatment of breast cancer. Relationships with friends and acquaintances as well as help that they provide play a secondary role⁽¹¹⁾, which has been confirmed in our study. Similar results have been presented by Baczevska – cancer patients could count on the help of their families at any time in 75% of cases, the same percentage of patients could count on the family support and involvement, and a half of patients – on the acceptance in the family.

During patients' hospitalization, the support of health care professionals is crucial since patients often place trust and hope in them⁽¹³⁾. Our results demonstrate that the best-rated type of support provided by nurses and doctors is information support consisting in giving advice and conveying necessary information. However, they provide the lowest level of esteem support, which might mean that health care professionals not always show their acceptance and respect to patients and do not emphasize patients' unique value and role in the social life.

The levels of global support and its individual categories occurred to be high, which probably indicates strong involvement, deep bonds or sympathy and empathy of people who accompany the patient. The diagnosis of “cancer” is often treated as a sentence and hence the feeling of responsibility for supporting the patient in (as many think) her final days.

Investigations conducted by Lewandowska also confirm the importance of family as a source of support. The author has demonstrated that following breast cancer surgery, nearly a half of patients received support from their families (including husband/partner). Support of friends was declared by every fourth woman, which confirms the results of previous studies. This suggests that they are not the main source of support. Support of family and friends mainly consisted in assistance in everyday nursing activities and in conversations thanks to which patients could talk about their fears. Moreover, both support groups also provided financial aid and helped search for information about the disease, postoperative complications and further lifestyle⁽¹²⁾. Furthermore, investigations of Nowicki have demonstrated that children, followed by the husband/partner, doctor and friends, are the major source of support; 25% of patients declared support of nurses. A large proportion of respondents claiming that doctors and nurses provide the major support indicates the breaking of the communication barrier between the patient and health care professionals – this is the basis for a better cooperation⁽¹⁾.

Górajek-Jóźwik, however, presents different results. According to her, the family does not play the major role in communicating health problems by patients after mastectomy. More than a half of patients frequently talked to their families about their health, but this problem was usually discussed with doctors and women in a similar situation, which was explained by their experience and knowledge. Not all patients, however, talked about their health: 25% did not discuss it with anyone.

61–70 lat, najniższe – mające mniej niż 50 lat. Może to wynikać z faktu, że osoby starsze nie są już aktywne zawodowo, dzięki czemu zyskują więcej czasu dla siebie. Ponadto często uskarżają już na jakieś choroby towarzyszące, co czyni dbałość o własne zdrowie częścią terapii.

Miejsce zamieszkania badanych wpływało różnicująco jedynie na podskala prawidłowych nawyków żywieniowych. Wyższe wyniki uzyskały badane mieszkające w mieście, co wskazuje na ich większą świadomość. Czas chorowania pozostawał w istotnej statystycznie, lecz niskiej korelacji z zachowaniami zdrowotnymi i w korelacji średniej z praktykami zdrowotnymi. Najwyższe wyniki związane z praktykami i zachowaniami zdrowotnymi prezentują pacjentki chorujące dłużej niż rok, najniższe – osoby będące do 6 miesięcy po diagnozie. Może to świadczyć o tym, że kobiety chorujące dłużej są bogatsze o wiedzę i doświadczenia, więc bardziej dbają o zdrowie. Zdają sobie sprawę, jak istotne jest wprowadzanie poszczególnych zachowań zdrowotnych. Z analizy wynika, że respondentki będące na emeryturze i rencie uzyskiwały wyższe wartości w skali praktyk zdrowotnych niż te czynne zawodowo. Wiąże się to z przepracowaniem, brakiem wystarczającej ilości odpoczynku i snu, co negatywnie wpływa na zdrowie. W badaniach własnych wykształcenie koreluje tylko z prawidłowymi nawykami żywieniowymi. Najwyższe wyniki prawidłowych nawyków żywieniowych prezentują osoby z wykształceniem wyższym, niższe – ze średnim, najniższe – z podstawowym. Andruszkiewicz przeprowadziła badania dotyczące zachowań zdrowotnych kobiet po mastektomii. Po zestawieniu rezultatów jej badań z rezultatami przedstawionymi w niniejszej pracy można zauważyć pewne podobieństwa. Wyniki autorki potwierdzają istnienie zależności między poziomem wykształcenia a zachowaniami zdrowotnymi. Wyższe wykształcenie wiąże się z większą świadomością korzyści płynących z zachowań prozdrowotnych i zagrożeń wynikających z niewłaściwych postaw wobec zdrowia. Andruszkiewicz porównała kobiety po mastektomii ze zdrowymi i tymi w okresie menopauzy. Jak się okazało, pacjentki po operacji raka piersi zdecydowanie częściej prezentują zachowania prozdrowotne (tj. dbałość o odpowiednią liczbę godzin snu i aktywności fizycznej, przestrzeganie zaleceń zdrowotnych, uzyskiwanie informacji na temat zdrowia i choroby) niż kobiety zdrowe. Są również w lepszej kondycji psychicznej, gdyż starają się unikać zbyt silnych emocji, stresów, napięć i przygnębiających sytuacji. Porównanie pacjentek po mastektomii z kobietami w okresie menopauzy wykazało, iż w zdecydowanie lepszej kondycji psychicznej są te pierwsze. Co więcej, osoby po mastektomii zdecydowanie częściej prezentują zachowania prozdrowotne i są bardziej skłonne do przestrzegania zasad profilaktyki – wykonują badania okresowe, unikają przeziębień i słuchają zaleceń lekarskich. Dbają o lepsze odżywianie, uwzględniają w swojej diecie owoce i warzywa, unikają spożywania nadmiernej ilości soli i konserwantów.

W świetle badań Andruszkiewicz kobiety po mastektomii charakteryzują się przeciętnym nasileniem zachowań

The remaining patients usually chose the doctor, family and husband⁽¹⁴⁾.

This study also investigated health behaviors of patients with breast cancer since it has been known for a long time that there is a correlation between lifestyle and health. The patients as a group present a high level of health behaviors, which might indicate that due to unpleasant experiences connected with the neoplastic disease, they have realized how important health was. The highest results of health behaviors were obtained by the women over 70 years of age, those at the age of 61–70 had lower results and those below the age of 50 – the lowest results. This can result from the fact that older persons are no longer professionally active, thanks to which they have more time for themselves. Moreover, they frequently complain about concomitant medical conditions, which make care about one's own health a part of treatment.

The place of residence was a differentiating factor only in the category of appropriate eating habits. The patients residing in urban areas presented higher results, which indicates their superior awareness. The duration of the disease showed a statistically significant but low correlation with health behaviors and a moderate correlation with health practices. The highest results associated with health practices and behaviors were obtained by the patients ill for longer than a year, and the lowest – by those 6 months after the diagnosis. This may mean that women ill for a longer period of time have richer knowledge and experience, and care more about their health. They realize how important it is to introduce individual health behaviors in their lifestyles. The analysis reveals that the respondents living of retirement and disability pensions obtained higher levels in the category of health practices than the professionally active women. This is associated with overwork, lack of adequate amount of rest and sleep, which negatively affect health. Furthermore, education correlates only with appropriate eating habits. The highest results in proper nutrition habits were obtained by the women with higher education, followed by secondary education and, finally, elementary education.

Andruszkiewicz has conducted investigations concerning health behaviors of women after mastectomy. Having compared her results with ours, some similarities can be observed. The outcomes confirm the existence of the correlations between the level of education and health behaviors. Higher education is connected with greater awareness of benefits resulting from pro-health behaviors as well as threats caused by improper attitudes towards health. The author compared patients after mastectomy with healthy women and with those in the menopausal age. It occurred that patients after breast cancer surgery much more frequently presented pro-health behaviors (such as appropriate amount of sleep and exercise, observing medical recommendations or obtaining information about health and disease) than healthy women. Moreover, their mental condition was also better since they tried to avoid too intense emotions, stress, tension and depressive situations.

zdrowotnych we wszystkich czterech kategoriach⁽¹⁵⁾. Rezultaty te nie pokrywają się z zaprezentowanymi w niniejszej pracy: uczestniczki badania własnego prezentują wprawdzie przeciętny poziom prawidłowych nawyków żywieniowych, ale pozostałe trzy kategorie są na poziomie wysokim. W podskali nawyków żywieniowych najwyższej oceniono dbanie o prawidłowe odżywianie oraz jedzenie dużej ilości warzyw i owoców, najniższej – unikanie żywności z konserwantami i spożywanie pieczywa pełnoziarnistego. Istnieje zatem potrzeba wdrożenia programów obejmujących edukację na temat właściwych nawyków żywieniowych oraz ich wpływu na zdrowie.

W toku dalszych badań analizowano, czy istnieje związek między wsparciem społecznym a zachowaniami zdrowotnymi. Wyniki dotyczące zachowań zdrowotnych nie pozostawały w istotnej statystycznej korelacji z wynikami odnoszającymi się do wsparcia społecznego i jego kategorii – a zatem wsparcie otrzymywane w sytuacji choroby nie wpływa na zachowania zdrowotne.

Podsumowując niniejsze badania, można stwierdzić, że wsparcie ze strony bliskich odgrywa kluczową rolę w zmaganiu się z chorobą nowotworową. Zwłaszcza w chwilach zwątpienia i smutku bliscy dają poczucie nadziei, przywracają wiarę w wyzdrowienie i dodają sił do podjęcia walki z rakiem. Liczy się także podejście do choroby, optymistyczne patrzenie w przyszłość mimo poważnej diagnozy. Wysoki poziom wsparcia deklarowany przez kobiety po operacji raka piersi świadczy o dojrzałości psychicznej społeczeństwa i chęci niesienia pomocy.

WNIOSKI

1. Badane jako grupa prezentują wysoki poziom zachowań zdrowotnych. Prawidłowe nawyki żywieniowe są na poziomie przeciętnym, jednak pozostałe trzy kategorie – na poziomie wysokim.
2. Kobiety z rakiem piersi w niewielkim stopniu różnią się zachowaniami zdrowotnymi. Wraz z wiekiem rośnie poziom zachowań tego typu. Wyższe wyniki na skali prawidłowych nawyków żywieniowych uzyskują badane mieszkające w mieście, z wyższym wykształceniem, chorujące dłużej i będące na utrzymaniu rodziny.
3. Kluczowym źródłem wsparcia dla kobiet z rakiem piersi jest rodzina, dająca głównie wsparcie emocjonalne. Najmniej wsparcia chore otrzymywały od lekarzy, którzy – podobnie jak pielęgniarki – udzielali przede wszystkim wsparcia informacyjnego. Poziom globalnego wsparcia społecznego i jego poszczególnych kategorii okazał się wysoki.
4. Wszystkie kobiety w starszym wieku otrzymywały duże wsparcie; wsparcie społeczne rośnie wraz z wiekiem pacjentki. Większe wsparcie wartościujące dostawały mieszkanki miast.
5. Otrzymane wyniki mogą się przyczynić do głębszego zrozumienia problemów i potrzeb kobiet z rakiem piersi oraz zwiększyć motywację do walki z chorobą. Znajdą także odzwierciedlenie w zachowaniach zdrowotnych

The comparison of patients after mastectomy to those in the menopausal age revealed that the former presented much better mental condition. Additionally, patients after mastectomy considerably more frequently presented pro-health behaviors and were more willing to observe the principles of prevention (they underwent periodical check-ups, avoided colds and observed doctor's orders). They also paid attention to better nutrition, included fruit and vegetables in their diets as well as avoided eating too much salt and preservatives.

According to the investigations conducted by Andruszkiewicz, women after mastectomy are characterized by average levels of health behaviors in all four categories⁽¹⁵⁾. These results are not in line with the authors' findings: the respondents of the authors' own study present an average level of appropriate eating habits, but the remaining three categories were at high levels. In the category of appropriate eating habits, the highest scores were given to the attention to proper nutrition and ingesting large amounts of fruit and vegetables. On the other hand, avoiding food with preservatives and ingesting whole meal bread received the lowest scores. Therefore, it is necessary to implement programs encompassing education concerning appropriate eating habits and their influence on health.

Further analyses investigated whether there is a relationship between social support and health behaviors. The results concerning health behaviors were not correlated in a statistically significant way with the results regarding social support and its categories. Support received in the event of illness does not affect health behaviors.

To conclude these analyses, support of the close ones plays the major role in the struggle with cancer. The family gives the feeling of hope, restores faith in the recovery and adds strength to fight cancer, particularly in the moments of doubt and sorrow. The attitude to the disease and the optimistic approach despite the diagnosis are also important. A high level of support declared by women after breast cancer surgery attests to the psychological maturity of the society and willingness to provide help.

CONCLUSIONS

1. The examined women as a group show a high level of health behaviors. Appropriate eating habits are at an average level, but the remaining three categories exhibit a high level.
2. Breast cancer women only slightly differ with respect to health behaviors. The level of such behaviors increases with age. High results concerning appropriate eating habits were obtained by patients residing in urban areas, with higher education, longer duration of the disease and provided for by their families.
3. The key source of support for women with breast cancer is the family that provides mainly emotional support. The lowest support was given by doctors who, similarly to nurses, provided mainly information support.

pacjentek, co będzie wpływać na szybszy powrót do zdrowia bądź uniknięcie choroby.

6. Istnieje potrzeba wdrożenia programów edukacyjnych na temat znaczenia wsparcia i prawidłowych nawyków żywieniowych oraz ich wpływu na zdrowie.

Piśmiennictwo/References

1. Nowicki A., Kwasińska E., Rzepka K. i wsp.: Wpływ choroby na życie emocjonalne kobiet po operacji raka piersi zrzeszonych w klubach „Amazonka”. *Rocz. Pomor. Akad. Med.* 2009; 55: 81–85.
2. Szewczyk M.T., Nowicki A., Cwajda-Białasik J.: Postępowanie pielęgniarstwa w chirurgii raka piersi. W: Nowicki A. (red.): *Pielęgniarstwo onkologiczne*. Termedia, Poznań 2009: 175–186.
3. De Walden-Gałuszko K.: *Psychoonkologia w praktyce klinicznej*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011: 207–213.
4. Ferszt G., Barg F.K.: Wsparcie psychospołeczne. W: Krasuska M.E., Turowski K. (red.): *Wybrane aspekty opieki nad pacjentem onkologicznym*. Neurocentrum, Lublin 1996: 181–187.
5. Przybyła E.: *Edukacja zdrowotna*. Akademia Wychowania Fizycznego im. Jerzego Kukuczki, Katowice 2008: 193–199.
6. Kmieciak-Baran K.: Skala wsparcia społecznego. Teoria i właściwości psychometryczne. *Przeł. Psychol.* 1995; 38: 201–214.
7. Juczyński Z.: *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2001: 180–181.
8. Lipczyński A.: *Psychologiczna interwencja w sytuacjach kryzysowych*. Difin, Warszawa 2007: 41–45.
9. Kowalewska M.: *Opieka nad chorymi z rakiem piersi*. W: Walewska E. (red.): *Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010: 355–369.
10. Skowronek J.: *Brachyterapia PDR (pulsacyjna) w leczeniu raka piersi*. *Współcz. Onkol.* 2007; 11: 72–81.
11. Stępień R., Wiraszka G.: Znaczenie rodziny w adaptacji funkcjonalnej kobiet po radykalnym leczeniu chirurgicznym raka piersi. *Probl. Pielęg.* 2011; 19: 372–377.
12. Lewandowska K., Bączyk G.: Funkcjonowanie kobiet po mastektomii jako ocena efektywności leczenia, opieki pielęgniarstwa oraz edukacji. *Gin. Prakt.* 2009; 3: 12–15.
13. Baczewska B., Kropornicka B., Sobolewska A., Smutek L.: Wpływ choroby nowotworowej na funkcję emocjonalną rodziny. *Ann. UMCS Sectio D* 2004; 59 suppl. 14: 53–59.
14. Górajek-Jóźwik J., Giedrojć L.: Miejsce rodziny w komunikowaniu własnego stanu zdrowia przez kobiety po mastektomii. *Ann. UMCS Sectio D* 2004; 59 suppl. 14: 206–211.
15. Andruszkiewicz A., Oźmińska A.: Zachowania zdrowotne kobiet po mastektomii. *Ann. Acad. Med. Siles.* 2005; 59: 298–301.