

WSPARCIE SPOŁECZNE W CHOROBIE

Maria Kózka

6

Termin wsparcie społeczne pojawił się w literaturze w latach 70. XX wieku w wyniku wzrostu zainteresowania badaczy grupami zależnymi, stresem i skutkami choroby [Sęk, Cieślak, 2004]. Pomimo że termin ten funkcjonuje od wielu lat, nadal brak jest jednoznacznej definicji.

Według Z. Jaworowskiej-Obój i B. Skuza [1986] wsparcie społeczne to „pomoc dostępna dla jednostki w sytuacjach trudnych, stresowych”. Podobne podejście prezentuje J. Kirenko [2002], dodając, że jest to pomoc powszechnie oczekiwana w sytuacjach, którym jednostka sama nie jest w stanie sprostać. Inną definicję podaje P. Franks [1992], według którego wsparcie społeczne to „pewien układ społecznych relacji i więzi, pozytywnie oddziałujących w sposób bezpośredni lub pośredni na jednostkę”. Cytowany autor dodaje, że wsparcie zakłada istnienie takiej relacji między ludźmi, która pozwala osobie wspomaganej dostrzec i odczuć, że ma wokół siebie osoby, na których może polegać. Relacja ta stwarza poczucie bezpieczeństwa i oparcia.

Wsparcie społeczne uważa się powszechnie za czynnik, który może mieć wpływ na powstanie choroby lub chronić przed nią. Podstawą wsparcia społecznego jest sieć społeczna (inaczej: otoczenie społeczne lub system wsparcia społecznego jednostki), dzięki której otrzymuje ona różnego rodzaju pomoc w sytuacjach trudnych. Stwierdzono, że brak grupy wsparcia przy subiektywnym poczuciu osamotnienia obniża znacznie zarówno odporność psychiczną, jak i fizyczną jednostki. Wyniki licznych badań wskazują, że u osób o niskim wsparciu społecznym częściej występuje wiele chorób somatycznych (np. zawał serca, wrzód żołądka, reumatyzm, nowotwory) i psychicznych (np. psychozy schizofreniczne, depresja endogenna, zaburzenia osobowości). Nadal jednak istnieją trudności w ustaleniu rzeczywistej relacji między wsparciem a chorobą oraz w opisanu mechanizmów jego działania. Istnieje jednak przekonanie, że każdy rodzaj wsparcia społecznego jest pożądaną i oczekiwaną formą pomocy ludziom w sytuacjach trudnych. Analiza rezultatów badań empi-

rycznych z tego zakresu wskazuje, że problem jest znacznie bardziej złożony, a wsparcie społeczne może niejednokrotnie powodować nawet skutki ujemne, np. poczucie zagrożenia, poczucie nadmiaru kontroli ze strony otoczenia, ograniczenie rozwoju samodzielnych form radzenia sobie z trudnościami i wymaganiami życia codziennego itp. [Sęk, Cieślak, 2004].

W badaniach nad wpływem wsparcia społecznego na stan zdrowia można wyodrębnić dwa ogólne podejścia:

- ilościowe — bazujące na wskaźnikach obiektywnych, wynikających z analizy licznych wymiarów tzw. sieci społecznej, czyli systemu więzów społecznych, w których uczestniczy podmiot,
- jakościowe — odwołujące się do wskaźników subiektywnych, takich jak np. poczucie wsparcia, jego postrzegana dostępność, wartość oraz adekwatność.

Badania nad wpływem wsparcia społecznego na stan zdrowia jednostki skupiają się głównie wokół trzech zasadniczych hipotez. Pierwsza z nich zakłada, że wysoki poziom wsparcia społecznego chroni (działając jak bufor) przed patologią spowodowaną krytycznymi wydarzeniami życiowymi, natomiast jego poziom jest mało istotny przy braku takich sytuacji trudnych. Druga hipoteza głosi, że wsparcie społeczne jako miara stopnia integracji jednostki ze środowiskiem jest niezależnym czynnikiem wpływającym na zdrowie psychiczne, bez względu na poziom stresu jednostka dobrze zintegrowana ze wspierającym ją otoczeniem powinna być zdrowsza niż osoba niedoświadczająca wsparcia. I wreszcie hipoteza trzecia, odwracając relacje między wsparciem a chorobą, zakłada, że osłabienie więzi społecznych jest konsekwencją osobniczych predyspozycji do zaburzeń psychicznych. Jak dotąd nie potwierdzono ostatecznie żadnej z wymienionych hipotez [Sęk, Cieślak, 2004].

Według H. Sęka [2003] wsparcie społeczne traktowane jest jako rodzaj interakcji charakteryzującej się tym, że:

- zostaje podjęta w sytuacji problemowej lub trudnej,
- ukierunkowana jest na zbliżenie jednego lub obu uczestników do rozwiązania problemu, przezwyciężenie trudności, restrukturalizację zakłóconej relacji z otoczeniem i podtrzymanie emocjonalne,
- wymiana może być jednostronna lub dwustronna, a kierunek relacji wspierający–wspierany — stały bądź zmienny w różnych odstępach czasowych,
- skuteczność tej wymiany społecznej zależy od stopnia zgodności między wsparciem oczekiwanym a uzyskanym,
- w jej toku zachodzi wymiana emocji (wsparcie emocjonalne), informacji (wsparcie informacyjne), instrumentów działania (wsparcie instrumentalne) oraz dóbr materialnych (wsparcie rzeczowe).

Wsparcie emocjonalne jest bardzo istotne zarówno dla chorego, jak i jego rodziny. Polega na wykazaniu zrozumienia, współczucia, podtrzymania na duchu w chwilach kryzysu emocjonalnego i dawaniu komunikatów werbalnych i niewerbalnych typu „jesteś przez nas kochany”, „nie poddawaj się”. Fakt towarzyszenia i bycia razem, troskliwość i gotowość niesienia pomocy powinny istnieć przez cały okres przykrych przeżyć, a nie tylko we wczesnym etapie tuż po uzyskaniu przykrych informacji.

Wsparcie informacyjne polega na udzielaniu choremu rad, porad medycznych, prawnych i innych informacji pomocnych w rozwiązywaniu życiowych problemów. W zakres wsparcia informacyjnego wchodzi również dostarczanie choremu informacji o przyczynach choroby, ograniczonej sprawności oraz o możliwościach kompensowania, przeciwdziałania, sposobach leczenia i rehabilitacji oraz istniejących grupach samopomocy.

Wsparcie materialne polega na tradycyjnych formach udzielanej pomocy, takich jak: dostarczenie darów, odzieży, wyposażenie mieszkań lub wsparciu finansowym ułatwiającym egzystencję osoby, stwarzając tym samym warunki do podejmowania aktywności w kierunku rozwoju.

Wsparcie instrumentalne, zwane również wsparciem przez świadczenie usług, polega na udzielaniu pomocy przy wykonywaniu dodatkowych czynności codziennych, prac domowych oraz czynności poza domem. Poprzez zapewnienie bezpieczeństwa może stanowić dodatkową stymulację rozwoju i aktywności osoby chorej/niepełnosprawnej.

Wsparcie wartościujące polega na okazywaniu uczuć uznania, akceptacji, potwierdzeniu znaczenia i wartości osoby dla życia społecznego.

Z. Kawczyńska-Butrym [1996] wymienia jeszcze wsparcie rozwoju, które dotyczy dzieci i może początkowo polegać na kształtowaniu umiejętności psychomotorycznych, a później na ukierunkowaniu zainteresowań i wyrównaniu szans edukacyjnych.

Wsparcie społeczne w sytuacji choroby lub niepełnosprawności może być również rozumiane jako szczególny sposób i rodzaj pomagania osobom chorym i ich rodzinom w celu mobilizowania ich własnych sił i zasobów, aby sami chcieli i mogli sobie radzić z własnymi problemami.

Głównym i podstawowym źródłem wsparcia dla chorego jest jego rodzina i osoby znaczące (przyjaciele, znajomi, sąsiedzi), którzy utrzymują z nim bliski kontakt emocjonalny. Rodzina, określana również jako pierwotne źródło wsparcia, jest niewątpliwie najważniejszą i często niezawodną pomocą w sytuacji kryzysu i choroby. Wtórnym źródłem wsparcia społecznego mogą być:

- instytucje rządowe i pozarządowe zapewniające opiekę, pomagające w codziennym funkcjonowaniu i rozwoju, np. fundacje, domy pomocy społecznej,
- specjalne programy pomocy choremu i jego rodzinie, np. hospicja,

- stowarzyszenia samopomocowe osób chorych na daną chorobę lub zrzeszających rodziny chorych oraz wolontariusze.

Według B. Tobiasz-Adamczyk [1999] wsparcie społeczne jest uwarunkowane:

- liczbą osób wyrażających gotowość udzielania wsparcia,
- zasobami, które są dostępne w celu zapewnienia wsparcia,
- zakresem, w którym osoby z otoczenia chcą udzielać wsparcia.

Tak rozumiane wsparcie społeczne stanowi więc jedną z form mechanizmów radzenia sobie z krytycznymi wydarzeniami życiowymi i może zachodzić przede wszystkim w grupach odniesienia, zwłaszcza w rodzinie i grupach rówieśniczych. Warunkiem podstawowym i koniecznym wystąpienia interakcji wsparcia jest obiektywne istnienie sieci społecznych, z którymi powiązana jest jednostka lub które są dla niej dostępne, np. rodzina, grupa koleżeńska, towarzyska czy samopomocowa, stowarzyszenie, instytucje pomocy społecznej, konsultacji i doradztwa. Wsparcie może zachodzić między jednostkami na tle grupy, między jednostką a grupą oraz między grupami osób. Stwierdzono, że ludzie najbardziej oczekują wsparcia emocjonalnego, chociaż jego przeciętna efektywność jest mniejsza od rzadziej oczekiwanego wsparcia instrumentalnego i rzeczowego [Sęk, Cieślak, 2004].

Na przebieg i skuteczność wsparcia społecznego ma wpływ wiele czynników, które najogólniej można podzielić na cztery kategorie:

1. Zmienne kontekstowe: sieć społeczna, grupy odniesienia i właściwości tych sieci, takie jak m.in. struktura (wielkość, spistość, liczba osób w grupie, liczba grup, pozycje jednostek w grupie), interakcje (częstotliwość, kierunek, wzajemność, symetryczność), treść interakcji (poziom przyjaźni, intymności, bezpieczeństwa, zadaniowości), funkcje (informacyjna, oparcie emocjonalne, pomoc w konstruktywnym rozwiązywaniu problemów).
2. Zmienne procesualne (cechy treściowe wsparcia): procesy wymiany emocjonalnej, procesy informacyjne, ewaluatywne, instrumentalne, odbiór wsparcia, efekty wsparcia oraz jego poszukiwania lub unikania.
3. Zmienne osobowościowe: poczucie kompetencji i zlokalizowania kontroli, potrzeba autonomii vs zależności, postawy prospołeczne vs egocentryczne, swoistość struktur poznawczych, zdolność do inicjowania, poszukiwania i utrzymania więzi dających gwarancję wsparcia, subiektywne poczucie potrzeby wsparcia i umiejętność jego wykorzystywania itp.
4. Zmienne społeczne (kontakty, w których zachodzą interakcje wsparcia): partnerskie–niepartnerskie, formalne–nieformalne, zinstytucjonalizowane–niezinstytucjonalizowane, profesjonalne–nieprofesjonalne, poziom zaufania interpersonalnego.

W związku ze złożonością problematyki wsparcia społecznego konieczne jest podejmowanie dalszych badań w celu przede wszystkim operacjonalizacji pojęcia oraz poznania zmiennych warunkujących jego wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne jednostki.

Aktualnie do oceny wsparcia społecznego stosuje się różne skale, niektóre z nich zostały zamieszczone w załącznikach książki.

Piśmiennictwo

1. Franks P., Campell T., Schields C.G.: *Social relationship and health. The relative roles of family functioning and social-support*. Social Sci. Med. 1992, 7.
2. Jaworska-Obłój Z., Skuza B.: *Pojęcie wsparcia społecznego i jego funkcje w badaniach naukowych*. Przegląd Psychologiczny 1986, 3, 733–738.
3. Kawczyńska-Butrym Z.: *Niepełnosprawność — specyfika pomocy społecznej*. BPS Interart, Warszawa 1996.
4. Kirenko J.: *Nie jesteś sam. Wsparcie osób z niepełnosprawnością*. Reg. Ośrodek Polityki Społecznej, Lublin 2002.
5. Kmiecik-Baran K.: *Skala wsparcia społecznego. Teoria i właściwości psychometryczne*. Przegląd Psychologiczny 1995, 1/2, 38, 201–214.
6. Ogryzko-Wiewórkowska H.: *Wsparcie społeczne*. W: *Filozofia i teoria pielęgniarstwa* (red. J. Górajek-Jóźwik). Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007.
7. Otrębska K.: *Psychologiczne koszty uczestnictwa w relacji pomocy*. W: *Psychologiczne koszty aktywności człowieka* (red. Ratajczak). Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 1989.
8. Pommersbach J.: *Wsparcie społeczne a choroba*. Przegląd Psychologiczny 1988, 2, 503–521.
9. Sęk H.: *Wsparcie społeczne jako kategoria zasobów*. W: *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki* (red. Z. Juszczyński, N. Ogińska-Bulik). Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2003.
10. Sęk H., Cieślak R.: *Wsparcie społeczne — sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia społecznego, wybrane koncepcje teoretyczne*. W: *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie* (red. H. Sęk, R. Cieślak). Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004.
11. Tobiasz-Adamczyk B., Szafraniec K., Bajka J.: *Zachowania w chorobie*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999.