

BADANIA

Anna Mirczak

Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

**Determinanty wsparcia społecznego
wśród starszych mieszkańców wsi**

**Determinants of the Social Support
Among Elderly People Living in Rural Areas**

Wstęp

Pojęcie „wsparcie społeczne” (*social support*) pojawiło się po raz pierwszy w latach 70. XX wieku na gruncie badań psychologicznych, natomiast obecnie wpisuje się w kanwę zainteresowań wielu dyscyplin naukowych takich jak: pedagogika społeczna, praca socjalna, socjologia, psychiatria, promocja zdrowia i wielu innych. Ze względu na wielowymiarowy charakter tego pojęcia, trudno o jednoznaczną definicję. Można przyjąć, że termin ten oznacza pomoc dostępną dla jednostki w sytuacji trudnej lub stresowej, jak również układ relacji społecznych, które mogą w sposób pośredni lub bezpośredni, pozytywnie oddziaływać na daną osobę. Jest to również uznany czynnik, wpływający korzystnie na samopoczucie psychiczne i fizyczne oraz umiejętność radzenia sobie z doświadczanym stresem¹.

¹ Zob. J. Pommersbach, *Wsparcie społeczne a choroba*, „Przegląd Psychologiczny” 1988, nr 31 (2), s. 503–525.

Zapotrzebowanie na wsparcie społeczne wzrasta w sytuacjach trudnych. Starość i problemy z nią związane, tj. utrata dotychczas pełnionych ról społecznych, zmiany w strukturze rodziny, opuszczanie przez dzieci domu (puste gniazdo), utrata prestiżu i pozycji, brak aktywności zawodowej, bariery architektoniczne oraz nasilające się z wiekiem dolegliwości i choroby, są niewątpliwie dla osoby, która ich doświadcza sytuacjami trudnymi i stresującymi². Dlatego też, w tym okresie szczególnie wzrasta zapotrzebowanie na szeroko rozumiane wsparcie, które swą formą musi być dostosowane do grupy odbiorców. W przypadku zaburzeń czynnościowych występujących u osób starszych, ważne są instytucjonalne formy wsparcia, natomiast przy problemach emocjonalnych najważniejszą rolę odgrywa nieformalna sieć wsparcia seniora, czyli krewni, przyjaciele i znajomi³.

Rozpatrując wsparcie społeczne pod kątem jego funkcji, możemy podzielić je zgodnie z typologią House'a⁴ na:

- 1) Emocjonalne (*emotionalsupport*), którego zadaniem jest okazywanie osobie potrzebującej sympatii, miłości, szacunku, empatii i troski, przez co jednostka czuje się kochana, potrzebna i ma poczucie, że ktoś się o nią troszczy.
- 2) Instrumentalne (*instrumentalsupport*), czyli wspieranie jednostki przez świadczenie bezpośredniej pomocy np. w czynnościach i obowiązkach dnia codziennego, pożyczanie dóbr materialnych; jest to również wspólne rozwiązywanie problemów oraz modelowanie skutecznych zachowań zaradczych.
- 3) Informacyjne (*informationalsupport*) polega na dostarczaniu informacji lub porad, które umożliwią jednostce rozwiązanie bieżących problemów lub dotarcie do odpowiednich instytucji pomocowych.
- 4) Oceniające (*esteemsupport*) stanowi informację zwrotną dla danej osoby, jak jest postrzegana i oceniana przez najbliższych; odnosi się także do wpływu innych osób na podnoszenie czyjejś samooceny i związanych z tym uczuć.

² Zob. M. Brzezińska, *Proaktywna starość. Strategie radzenia sobie ze stresem w okresie późnej dorosłości*, Wydawnictwo „Engram”, Warszawa 2011.

³ Zob. M. Nowakowski, *Pojęcie wsparcia społecznego i problemy jego pomiaru ze szczególnym uwzględnieniem populacji seniorów*, [w:] *Nasze starzejące się społeczeństwo. Nadzieje i zagrożenia*, red. J. T. Kowaleski, P. Szukalski, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2004.

⁴ Zob. J. Pommersbach, *Wsparcie społeczne a choroba...*, dz. cyt., s. 503–525.

W literaturze przedmiotu wymienia się również: wsparcie duchowe⁵, czyli wzmocnienie odporności psychicznej osoby znajdującej się w stanie apatii, wsparcie materialne, obejmujące pomoc rzeczową i finansową⁶ oraz wsparcie integrujące, które daje poczucie przynależności i przydatności⁷.

Wsparcie, które otrzymuje osoba starsza ze strony swojej najbliższej rodziny, można podzielić na bezpośrednie oraz pośrednie. Wsparcie ma charakter bezpośredniego, gdy rodzina włącza seniora w swą strukturę oraz angażuje go w jej funkcjonowanie. Taka forma wsparcia nie koncentruje się na sytuacjach trudnych, tylko dostarcza osobie starszej pozytywnych bodźców w postaci poczucia bezpieczeństwa, przynależności, stabilizacji i kontroli zwiększającej poczucie dobrostanu psychicznego. Natomiast wsparcie o charakterze pośrednim, związane jest z uruchamianiem zasobów rodzinnych w momencie wystąpienia sytuacji trudnej takiej jak choroba czy niepełnosprawność⁸.

Obok rodziny, ważnym źródłem wsparcia dla osób starszych są także osoby znaczące (przyjaciele, znajomi, sąsiedzi). Prowadzone dotychczas badania potwierdzają zależność pomiędzy długością życia a posiadaniem więzi przyjacielskich⁹. Niejednokrotnie bywa tak, że sąsiedzi stanowią nawet silniejszy rezerwuuar wsparcia niż rodzina, ponieważ kontakt z innymi osobami w podobnym wieku i z podobnymi dolegliwościami, daje poczucie bliskości, wzajemnego zrozumienia i współuczestniczenia w życiu społecznym poza własnym domem. Przenoszenie zależności z najbliższych członków rodziny na sąsiadów, w większości dotyczy tych osób starszych, które były związane silnymi więzami emocjonalnymi ze swoimi dziećmi, a z którymi obecnie nie mają częstego kontaktu na skutek odległego miejsca zamieszkania. Tendencja ta również występuje

⁵ Na duchowy wymiar starości wskazuje w swych publikacjach N. G. Pikula, *Senior w przestrzeni społecznej*, Wydawnictwo Borgis, Warszawa 2013, s. 56–70.

⁶ Zob. H. Sęk, *O wieloznacznych funkcjach wsparcia społecznego*, [w:] *Psychologia kliniczna i psychologia zdrowia. Wybrane zagadnienia*, red. L. Cierpiakowska, H. Sęk, Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 2001.

⁷ Zob. A. Kacperczyk, *Wsparcie społeczne w instytucjach opieki paliatywnej i hospicyjnej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2006.

⁸ Zob. H. Sęk, R. Cieślak, *Wsparcie społeczne-sposoby definiowania, rodzaje, źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne*, [w:] *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*, red. H. Sęk, R. Cieślak, Wydawnictwo PWN, Warszawa 2005; A. Wiatrowska, *Jakość życia w zaburzeniach odżywiania*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2009.

⁹ Zob. D. Rasulo, K. Christensen, C. Tomassini, *The influence of social relations on mortality in later life: A study on elderly Danish twins*, „The Gerontologist” 2005, s. 601–608; H. Litwin, S. Shiovitz-Ezra, *Network type and mortality risk in later life*, „The Gerontologist” 2006, nr 46(6), s. 735–743.

w małych miejscowościach, w których wszyscy mieszkańcy się znają, a przez to jest większa szansa na sąsiedzką solidarność i integrację, niż w dużych aglomeracjach miejskich, gdzie mieszkańcy pozostają anonimowi.

Podstawą wsparcia społecznego jest sieć, którą charakteryzują następujące wymiary: rozmiar (liczba członków sieci), spójność (wzajemne powiązanie uczestników sieci), homogeniczność (podobieństwo cech społeczno-demograficznych poszczególnych członków), wielowymiarowość kontaktów interpersonalnych, intensywność (siła wzajemnych zobowiązań) oraz częstość i wartość utrzymywanych relacji społecznych. Analizując poszczególne wymiary sieci, można poznać obraz najbliższego otoczenia jednostki pod kątem źródła potencjalnej pomocy w sytuacji trudnej¹⁰.

Przeprowadzone dotychczas badania pokazują, że osoby starsze, które posiadają sieć wsparcia, cieszą się lepszym zdrowiem fizycznym¹¹ i psychicznym oraz żyją dłużej¹². Elementy wchodzące w skład sieci wsparcia wzajemnie się przenikają i uzupełniają. Brak jednego elementu może być uzupełniony przez następny, dla przykładu: brak opiekuna może być kompensowany przez sąsiadów mieszkających w pobliżu. Tym samym, aby minimalizować ryzyko pozostawienia osoby starszej samej sobie, należy zabiegać o to, aby sieć wsparcia (formalna i nieformalna) była jak najbardziej rozbudowana, a jej elementy mogły się wzajemnie uzupełniać i zastępować.

Celem głównym prezentowanej pracy było określenie poziomu i typologii otrzymywanego wsparcia wśród starszych mieszkańców wsi. Ponadto, podjęte badania miały na celu zbadanie czynników determinujących rodzaj otrzymywanego wsparcia.

Założenia metodologiczne badań

Badaniem objęto 203 osoby (125 kobiet i 78 mężczyzn) w wieku 65 lat i powyżej, mieszkających w czterech wybranych miejscowościach wiejskich województwa małopolskiego (Nawojowa Góra, Zalas, Tenczynek, Bołęcin). Czas trwania projektu obejmował okres od marca 2011 do października 2012 roku.

¹⁰ Zob. A. Kacperczyk, *Wsparcie społeczne w instytucjach opieki paliatywnej...*, dz. cyt.

¹¹ Zob. H. B. Bosworth, K. W. Schaie, *The relationship of social environment, social networks and health outcomes in the Seattle Longitudinal Study: Two analytic approaches*, „Journal of Gerontology: Psychological Sciences” 1997, s. 197–205.

¹² Zob. N. Krause, *Life stress, social support, and self-esteem in an elderly population*, „Psychology and Ageing” 1987, nr 2, s. 349–359.

Materiał badawczy zebrano wykorzystując metodę sondażu diagnostycznego przy użyciu ustrukturyzowanego kwestionariusza wywiadu, który składał się z kilkunastu części. Pierwsza z nich zawierała pytania charakteryzujące badaną grupę pod kątem społeczno-demograficznym, a kolejne dotyczyły odpowiednio: sytuacji rodzinnej, zawodowej i materialnej, warunków mieszkaniowych, stanu zdrowia, dostępności i zapotrzebowania na opiekę zdrowotną, stylu życia, wsparcia społecznego, satysfakcji życiowej, a także jakości życia. Pytania zawarte w kwestionariuszu były w większości zamknięte.

Do zbadania rodzaju otrzymywanego wsparcia społecznego zastosowano skalę MOS SSS (*The Medical Outcomes Study Social Support Survey*)¹³. Skala zawiera 19 stwierdzeń, na które respondent odpowiada wybierając jeden z następujących dystraktorów: nigdy, rzadko, czasami, większość czasu, cały czas. Skala pozwala zbadać wsparcie rozpatrywane w czterech kategoriach: wsparcie informacyjne, instrumentalne, społeczne i emocjonalne. Podczas prowadzonej analizy, wyniki każdej podskali były przeliczane na zakres od 0 do 100 punktów. Im więcej uzyskanych punktów, tym wyższy poziom otrzymywanego wsparcia. Parametry psychometryczne skali oceniono na badanej próbie seniorów. Dla wszystkich czterech wymiarów skali zdefiniowanych przez jej autorów, wartość współczynnika *alfa Cronbacha* była wyższa niż 0,8 co dowodzi o wysokim poziomie zgodności wewnętrznej testu. Ponadto usunięcie jakiegokolwiek pozycji ze skali, nie powodowało wzrostu współczynnika *alfa Cronbacha* dla żadnej z podskal.

Analizę zebranego materiału badawczego wykonano z wykorzystaniem pakietu statystycznego IBM SPSS 19 dla Windows z zastosowaniem wielowymiarowych technik analizy. Jako poziom istotności dla testowanych hipotez zerowych przyjęto wartość $\alpha=0,05$.

Dyskusja wyników badań

W badanej grupie ludzi starszych dominowały osoby z wykształceniem podstawowym (63%), natomiast zdecydowaną mniejszość stanowiły osoby z wykształceniem zasadniczym zawodowym (18%) lub średnim (8%). Prawie połowa respondentów była owdowiała (47%), przy czym odsetek ten w przypadku kobiet był ponad dwukrotnie wyższy (72%) niż wśród mężczyzn (28%),

¹³ Zob. C. D. Sherbourne, A. L. Stewart, *The MOS social support survey*, „Social Science and Medicine” 1991, nr 6(32), s. 705–714.

co ma niewątpliwy związek z obserwowanym w Polsce zjawiskiem nadumieralności mężczyzn w starszych grupach wiekowych (różnica istotna statystycznie) (tabela 1).

Tabela 1. Charakterystyka społeczno-demograficzna badanej grupy (n=203)

Zmienne	Ogółem		Płeć			
			Kobiety		Mężczyźni	
	n	%	n	%	n	%
Wiek						
65–69 lat	34	16,7	22	17,6	12	15,4
70–74 lat	43	21,2	31	24,8	12	15,4
75–79 lat	75	36,9	43	34,4	32	41
80–84 lat	39	19,2	20	16	19	24,4
85 i więcej	12	5,9	9	7,2	3	3,8
Wykształcenie						
Podstawowe niepełne	22	10,8	11	8,8	11	14,1
Podstawowe	128	63,1	83	64,4	45	57,7
Zasadnicze zawodowe	37	18,2	20	16	17	21,8
Średnie	16	7,9	11	8,8	5	6,4
Stan cywilny*						
Kawaler/Panna	19	9,4	12	9,6	7	9
Żonaty/Zamężna	80	39,4	44	35,2	36	46,2
Rozwiedziony/a/ W separacji	8	3,9	0	0	8	10,3
Wdowiec/Wdowa	96	47,3	69	55,2	27	34,6

Źródło: opracowanie własne; * W teście Chi² p<0,05.

Większość badanych osób starszych posiadała dzieci (89,2%) i wnuki (83,7). Zamieszkiwali głównie razem z innymi członkami rodziny (75,9%), najczęściej w gospodarstwach dwuosobowych (46,8%) i trzyosobowych (20,8%). Jednakże poczucie osamotnienia dotyczyło 39,9% badanych i miało silny związek z częstym i bardzo częstym samotnym przebywaniem w domu.

Respondenci w większości (79,8%) byli zadowoleni ze swoich obecnych relacji ze współmieszkańcami; ponad połowa z nich (67,5%) przyznała, że w swoich rodzinach czuje się osobami ważnymi i szanowanymi. Natomiast przeszło jedna trzecia badanych osób starszych (35,1%) przyznała, że w ich domach często dochodzi do konfliktów, głównie z powodu różnic poglądów

(70,4%), nadużywania alkoholu przez członków rodziny (w większości przypadków przez syna) (42,6%) oraz powodów pieniężno-majątkowych (22,2%).

Seniorzy, którzy posiadali dzieci, zapytani na czyją pomoc mogliby liczyć w razie ciężkiej choroby, wymieniali przede wszystkim własne dzieci (87,3%), następnie wnuki (12,7%), sąsiadów (6,6%), przyjaciół i znajomych (6,4%) oraz dalszych członków rodziny (2,8%). Odsetek osób uskarżających się na brak takiej pomocy wynosił 6,1%. Tymczasem respondenci bezdzietni deklarowali, że taką pomoc mogliby otrzymać głównie od: dalszych członków rodziny (63,6%), sąsiadów (45,5%) a także od przyjaciół i znajomych (36,4%). Natomiast 9,1% badanych deklarowało brak tego rodzaju pomocy. Zarówno w przypadku osób posiadających dzieci jak i osób bezdzietnych, tylko pojedyncze jednostki twierdziły, że pomoc w sytuacji choroby mogłyby uzyskać ze strony pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej lub pracownika socjalnego (odsetek odpowiedzi nie przekroczył 1%).

Rodzaj otrzymywanego wsparcia według skali MOS SSS

Średnia liczba bliskich przyjaciół i/lub krewnych, w towarzystwie których badane osoby starsze czuły się dobrze i mogły porozmawiać o wszystkim, wynosiła $1,7 \pm 1,2$. Analiza typologii wsparcia pokazała, iż respondenci otrzymywali najwięcej wsparcia instrumentalnego, natomiast poziom wsparcia społecznego był na najniższym poziomie (różnica istotna statystycznie). Średnie wartości wsparcia informacyjnego i emocjonalnego w badanej grupie, także różniły się między sobą w sposób istotny (tabela 2).

Tabela 2. Średnie wartości otrzymywanego wsparcia

Wsparcie	Średnia	Odchylenie standardowe
1. Informacyjne	35,2	13,1
2. Instrumentalne	52,2	20,2
3. Społeczne	32,2	13,6
4. Emocjonalne	36,9	15,8

Źródło: opracowanie własne.

Pomiędzy rodzajem otrzymywanego wsparcia a wiekiem badanych zaobserwowano istotną relację; osoby starsze wiekiem potwierdzały istotnie wyższy poziom wsparcia instrumentalnego w porównaniu do osób młodszych.

Wiedząc, iż wsparcie instrumentalne polega przede wszystkim na bezpośredniej pomocy, np. w wykonywaniu czynności dnia codziennego, zależność tę można tłumaczyć pogarszającą się wraz z wiekiem sprawnością funkcjonalną seniorów, a tym samym wzrostem zapotrzebowania na tego rodzaju wsparcie ze strony innych osób.

Dalsza analiza zebranego materiału badawczego wykazała, iż sytuacja rodzinna (stan cywilny, posiadanie dzieci, samotność i osamotnienie) badanych osób starszych w sposób istotny wpływała na poziom otrzymywanego wsparcia. Respondenci, którzy pozostawali w związkach małżeńskich, doświadczali istotnie więcej wsparcia informacyjnego i emocjonalnego w porównaniu do seniorów samotnych. Także badana grupa osób starszych, która posiadała dzieci, deklarowała istotnie wyższy poziom wsparcia instrumentalnego i emocjonalnego w odniesieniu do oceny dokonywanej przez osoby bezdziejne. Natomiast, średni poziom otrzymywanego wsparcia w każdej z czterech analizowanych kategorii był istotnie niższy wśród seniorów mieszkających samotnie i z poczuciem osamotnienia niż u osób, które nie mieszkały same i nie czuły się osamotnione (tabela 3).

Tabela 3. Średnie wartości otrzymywanego wsparcia a wybrane czynniki sytuacji rodzinnej badanych

Zmienne	Wsparcie			
	Informacyjne	Instrumentalne	Społeczne	Emocjonalne
Possiadanie dzieci				
Tak	35,8±13	54±19,6*	32,5±13,4	37,9±15,8*
Nie	31,1±13,6	38,1±19,8*	30,1±15,1	28,2±14,1*
Samotne zamieszkiwanie				
Tak	29±13,4*	40±19,1*	28,1±14,7*	29,2±14,6*
Nie	37,2±12,5*	56,1±19*	33,5±13*	39,3±15,5*
Poczucie osamotnienia				
Tak	27,7±11,6*	44,1±19,6*	26,2±13,2*	28,8±13,9*
Nie	39,3±12,1*	56,6±13,2*	35,5±12,7*	41,2±15,1*

Źródło: opracowanie własne; * $p < 0,05$.

Samooceń stanu zdrowia badanych także w istotnym stopniu różnicowała średnie wartości otrzymywanego wsparcia informacyjnego, instrumentalnego i społecznego. Osoby, które oceniły swoje zdrowie jako dobre, doświadczaly więcej wsparcia informacyjnego i społecznego niż osoby dokonujące

oceny średniej i złej. Natomiast w przypadku wsparcia instrumentalnego, jego istotnie wyższy poziom potwierdzali seniorzy, którzy negatywnie ocenili swoje zdrowie w porównaniu do osób, które oceniły je na poziomie średnim i złym (tabela 4). Należy jednak podkreślić, iż zależność ta może być rozpatrywana dwukierunkowo, ponieważ podobnie jak samoocena stanu zdrowia może rzutować na zapotrzebowanie na wsparcie, to również poziom otrzymywanego wsparcia może wpływać na dokonywaną przez jednostkę ocenę sytuacji zdrowotnej. Egzemplifikacją tej relacji może być sytuacja seniora, który subiektywnie postrzega stan swojego zdrowia jako zły, a tym samym oczekuje szeroko rozumianego wsparcia ze strony osób znajdujących się w jego najbliższym otoczeniu. Sytuacja odwrotna występuje, kiedy osoba przewlekle chora pomimo swoich dolegliwości i schorzeń, pozytywnie ocenia stan swojego zdrowia ze względu na duże zasoby posiadanego wsparcia ze strony najbliższych (rodzina, przyjaciele, znajomi). Literatura przedmiotu donosi, że samo poczucie i świadomość dostępnej pomocy i wsparcia ze strony innych ludzi w sytuacji trudnej, korzystnie wpływa na samopoczucie psychiczne jednostki¹⁴, a także na pozytywną ocenę własnego zdrowia¹⁵.

Prowadzone badania ujawniły ponadto związek między otrzymywanym wsparciem a stopniem odczuwanej satysfakcji i jakości życia; osoby podkreślające wyższy poziom wsparcia społecznego, deklarowali większą satysfakcję i jakość życia.

Tabela 4. Średnie wartości otrzymywanego wsparcia a samoocena stanu zdrowia badanych

Zmienne	Wsparcie			
	Informacyjne	Instrumentalne	Społeczne	Emocjonalne
Samoocena stanu zdrowia				
Dobre	39,8±11,3♦●	53,4±17,1♦●	37,6±11,5♦●	41±13,3
Średnie	34±12,9●	48,4±20,9●	31±13,2●	35,8±17,2
Złe	33,4±14,1♦	57,2±20,6♦	29,4±14,8♦	35,2±15,3

Źródło: opracowanie własne; ♦, ●, pary kategorii (dobre vs średnie vs złe) różniące się między sobą w sposób istotny.

¹⁴ Zob. B. Dudek, J. Koniarek, *Wsparcie społeczne jako modyfikator stresu – wybrane problemy teoretyczne i narzędzie pomiaru*, „Medycyna Pracy” 2003, nr 54(5), s. 427–435.

¹⁵ Zob. J. Thompson, *The elderly and their informal social networks*, „Canadian Journal on Ageing” 1989, s. 319–332.

Podsumowanie

Uzyskane wyniki badań pozwalają skonstatować, że osoby starsze mieszkające na wsi potrzebują najwięcej wsparcia instrumentalnego, co związane jest z pogarszającą się wraz z wiekiem sprawnością funkcjonalną w wyniku regresywnych zmian stanu zdrowia fizycznego i psychicznego. Podstawowym źródłem udzielanego i oczekiwanego wsparcia w opinii badanych, pozostawała głównie najbliższa rodzina. Prowadzone dotychczas badania uzasadniają, iż utrzymywanie dobrych relacji w rodzinie zaspakaja potrzebę przynależności i bezpieczeństwa, wspomaga utrzymywanie równowagi emocjonalnej, stanowi źródło pozytywnych emocji i uczuć, a w rezultacie prowadzi do dodatniego bilansu życia¹⁶. Nieoceniona rola rodziny ujawnia się szczególnie w momencie, gdy osoba starsza choruje w sposób przewlekły, co czyni ją niesprawną w zakresie codziennego funkcjonowania¹⁷. Jednakże, w ostatnim czasie na tle dokonujących się przemian społeczno-ekonomicznych, zmienił się również obraz tradycyjnej rodziny wiejskiej, którą niegdyś charakteryzowała m.in.: wielopokoleniowość, wewnętrzna solidarność, stabilność, silne więzy krewniaczo-sąsiedzkie oraz hierarchizacja stosunków pomiędzy rodzicami a dziećmi¹⁸. Tym samym, sytuacja osoby starszej w rodzinie uległa pogorszeniu. Współczesnej rodzinie coraz ciężiej jest zapewnić opiekę seniorom (szczególnie niesprawnym) z powodu sukcesywnego zmniejszania się potencjału opiekuńczego rodzin w konsekwencji spadku dzietności i/lub migracji zarobkowych osób w wieku produkcyjnym¹⁹. Starsi rodzice pozostawieni sami w domu, zmuszeni są do samodzielnego utrzymywania gospodarstwa domowego i prowadzonego niegdyś gospodarstwa rolnego, prowadząc jednocześnie oszczędną politykę finansową, minimalizując przy tym potrzeby wyższego rzędu²⁰. Zmianie uległa również pozycja osoby starszej w rodzinie, postrzeganej uprzednio jako

¹⁶ Zob. S. Seuden, *Psychologia starzenia się i starości*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 2011; J. Piotrowski, *Miejsce człowieka starego w rodzinie i społeczeństwie*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 1973.

¹⁷ Zob. Z. Kawczyńska-Butrym, *Wyzwania rodziny: zdrowie, choroba, niepełnosprawność, starość*, Wydawnictwo „Makmed”, Lublin 2008.

¹⁸ Zob. B. Tryfan, *Wiejska starość w Europie*, Polska Akademia Nauk. Instytut Rozwoju Wsi i Rolnictwa, Warszawa 1993.

¹⁹ Zob. L. Kupiec, *Demografia w gospodarce przestrzennej*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Finansów i Zarządzania w Białymstoku, Białystok 2011.

²⁰ Zob. B. Tryfan, *Wiejska starość w Europie*, Instytut Rozwoju Wsi i Rolnictwa PAN, Warszawa 1993.

mentor i skarbnica wiedzy przekazywanej z pokolenia na pokolenie²¹. Wraz ze wzrostem możliwości technologicznych, pożądanym źródłem wiedzy i informacji dla młodszych generacji jest Internet a nie osoba starsza, która odbierana jest jako ktoś o zacofanych poglądach. Dla wielu seniorów, ta degradacja stanowi poważne źródło stresu, a czasem prowadzi do trudności w zaspokojeniu potrzeby wsparcia ze strony rodziny²². Jak podaje Błędowski, duży odsetek osób starszych mieszkających na wsi żyje w zupełnym opuszczeniu i osamotnieniu²³.

Przeprowadzone badania pokazały, że osoby starsze, które posiadają dzieci, to właśnie w nich widzą potencjalne źródło opieki i szeroko rozumianego wsparcia. Należy jednak zaznaczyć, że pomimo iż większość respondentów posiadała dzieci oraz mieszkała wspólnie z innymi członkami rodziny, to jednak problem osamotnienia dotyczył aż 40% badanych. Dlatego też badając zasoby wsparcia osób starszych, nie należy koncentrować się wyłącznie na wielkości sieci, lecz przede wszystkim na rodzaju i jakości utrzymywanych relacji z najbliższymi, ponieważ bezdzietność nie jest warunkiem koniecznym braku wsparcia i osamotnienia: „Czworo dzieci, siedmioro wnucząt, trzynaścioro sąsiadów, lecz dwadzieścia cztery godziny samemu”²⁴.

Dalsza analiza zebranego materiału ujawniła także związek między wsparciem społecznym a zdrowiem, co koresponduje z wynikami innych badań, które donoszą, że otrzymywane wsparcie korzystnie wpływa na stan zdrowia jednostki poprzez zmniejszanie niekorzystnych następstw doświadczanego stresu, który, jak wiadomo, może wywoływać lawinę patologicznych zmian w fizjologicznym funkcjonowaniu organizmu (szczególnie dysfunkcje autonomicznego układu nerwowego oraz układu immunologicznego)²⁵. Według Mazurkiewicza, doświadczane wsparcie implikuje rozwój zdrowotny człowieka poprzez promowanie zdrowego stylu życia, zwiększanie wiedzy na temat zdro-

²¹ Zob. L. Dyczewski, *Człowiek w perspektywie nowoczesnej kultury*, [w:] *Kultura polska w nowej sytuacji historycznej*, red. J. Damrosz, Instytut Kultury, Warszawa 1998.

²² Zob. S. Seuden, *Psychologia starzenia się i starości*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 2011; B. Tryfan, *Problemy ludzi starych na wsi, Studium porównawcze sytuacji w Polsce i we Francji*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 1971.

²³ Zob. P. Błędowski, *Aspekt socjoekonomiczny*, [w:] *Geriatryka i pielęgniarstwo geriatryczne. Podręcznik dla studiów medycznych*, red. K. Wieczorkowska-Tobis, D. Talaraska, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.

²⁴ P. Routasalo, K.H. Pitkala, *Loneliness among older people*, „Reviews in Clinical Gerontology” 2003, nr 13(4), s. 303–311.

²⁵ Zob. B. Dudek, J. Koniarek, *Wsparcie społeczne jako modyfikator stresu-wybrane problemy teoretyczne i narzędzie pomiaru*, „Medycyna Pracy” 2003, nr 54(5), s. 427–435.

wia i zachowań zdrowotnych²⁶. Sam mechanizm działania wsparcia na stan zdrowia wyjaśniają funkcjonujące w literaturze przedmiotu hipotezy. Pierwsza zwana hipoteza „efektu głównego” mówi, że wsparcie odgrywa korzystną rolę dla zdrowia, działając wzmacniająco i profilaktycznie przez dawanie poczucia przynależności. Model efektu głównego opiera się na strukturze wsparcia społecznego (sieć relacji społecznych i zachodzących interakcjach), które obejmuje takie czynniki jak: stan cywilny, pełnione role społeczne, przynależność do grupy/organizacji, praktyki religijne itd. Natomiast druga hipoteza „efektu bezpośredniego/buforowego” przypisuje dla wsparcia rolę pośredniczącą między wydarzeniami życiowymi a ich wpływem na samopoczucie i zdrowie człowieka, spełniając funkcję bufora w sytuacji stresowej. Model ten, skupiając się na wsparciu funkcjonalnym rozumianym jako wsparcie instrumentalne, informacyjne, emocjonalne i duchowe, odnosi się do zasobów interpersonalnych, jakie posiada jednostka, a które mogą ją chronić przed konsekwencjami sytuacji trudnych i problemowych²⁷.

Konkluzją prowadzonych badań jest fakt, że osoby starsze znajdują się w grupie osób, u których zapotrzebowanie na wsparcie ma tendencję wzrostową z powodu pogarszającego się stanu zdrowia, utraty pełnionych dotychczas ról społecznych i kontaktów interpersonalnych, a także poczucia osamotnienia (syndrom pustego gniazda, wdowieństwo). Wymagają tym samym różnorodnych form wsparcia, które powinny być dostosowane do indywidualnych potrzeb. Mając na uwadze niebagatelną rolę wsparcia społecznego w pomyślnym przebiegu procesu starzenia się, należy sukcesywnie przeprowadzać diagnozę dostępności wsparcia oraz czynników, które je warunkują (sytuacja zdrowotna, rodzinna, materialna, mieszkaniowa, prowadzony styl życia), a których poznanie może pozwolić stopniowo uzupełniać istniejące w tym zakresie deficyty. Działania te powinny być podejmowane przez przedstawicieli podstawowej opieki zdrowotnej (pielęgniarka środowiskowo-rodzinna) oraz pracowników opieki społecznej, czyli osoby, które z racji wykonywanego zawodu zajmują się profesjonalnym udzielaniem wsparcia, pomocy i opieki

²⁶ Zob. E. A. Mazurkiewicz, *Pedagogika zdrowia a środowisko*, [w:] *Ku tożsamości pedagogiki kultury fizycznej*, red. Z. Żukowska, Wydawnictwo PTNKF, Warszawa 1993, s. 126–132.

²⁷ Zob. M. Brzezińska, *Proaktywna starość. Strategie radzenia sobie ze stresem w okresie późnej dorosłości*, Wydawnictwo „Engram”, Warszawa 2011; E. Syrek, *Jakość życia ludzi starszych*, [w:] *Polska a Europa. Procesy demograficzne u progu XXI wieku. Proces starzenia się ludności Polski i jego społeczne konsekwencje*, red. L. Frąckiewicz, Polskie Towarzystwo Polityki Społecznej, Katowice 2002.

osobom potrzebującym ich w różnych sytuacjach życiowych, wspomagając tym samym opiekunów rodzinnych. Kończąc, należy zaznaczyć, że stwierdzona w wielu prowadzonych badaniach znacząca rola rodziny w zaspakajaniu potrzeby wsparcia osobom starszym nie powinna przysłaniać potrzeby zorganizowania odpowiednich środowiskowych działań opieki medycznej i społecznej, które zdaniem Piotrowskiego „nie zastępują rodziny ani nie działają na rzecz jej rozpadu, lecz służą jej wewnętrznej harmonii i prawidłowemu funkcjonowaniu”²⁸. Rodzina oraz instytucje pomocy społecznej i medycznej, w sprawowanej opiece powinny działać na zasadach partnerskich, wzajemnie się wspomagając i uzupełniając swoje działania.

Abstract: Research over the past decades has demonstrated that the social support impacts significantly on health of individuals and their ability to cope with stress. The purpose of this study was to examine the level and kinds of the received support and examine its predictors. The study was performed personally, using interviews based on the structural questionnaires. The group of respondents consisted of 203 people aged 65 years and over living in rural areas in Małopolska. The social support was evaluated by means of the Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS SSS) scale. The analysis of the collected research material was performed using the statistical package SPSS 19 for Windows and multivariate analysis techniques. The obtained results indicate that participants were experienced high level of instrumental support. In addition, the level and type of received support was determined by respondents: age, self-health assessment, disability in physical functioning and family situation.

Keywords: social support, elderly people, social network, rural area

Literatura przedmiotu

- Błądowski P., *Aspekt socjoekonomiczny*, [w:] *Geriatrya i pielęgniarstwo geriatryczne. Podręcznik dla studiów medycznych*, red. K. Wieczorkowska-Tobis, D. Talarzka, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.
- Bosworth H. B., Schaie K. W., *The relationship of social environment, social networks and health outcomes in the Seattle Longitudinal Study: Two analytic approaches*, „Journal of Gerontology: Psychological Sciences” 1997.

²⁸ J. Piotrowski, *Miejsce człowieka starego w rodzinie i społeczeństwie*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 1973, s. 231.

- Brzezińska M., *Proaktywna starość. Strategie radzenia sobie ze stresem w okresie późnej dorosłości*, Wydawnictwo „Engram”, Warszawa 2011.
- Dudek B., Koniarek J., *Wsparcie społeczne jako modyfikator stresu-wybrane problemy teoretyczne i narzędzie pomiaru*, „Medycyna Pracy” 2003, nr 54(5).
- Dyczewski L., *Człowiek w perspektywie nowoczesnej kultury, Kultura polska w nowej sytuacji historycznej*, red. J. Damrosz, Instytut Kultury, Warszawa 1998.
- Kacperczyk A., *Wsparcie społeczne w instytucjach opieki paliatywnej i hospicyjnej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2006.
- Kawczyńska-Butrym Z., *Wyzwania rodziny: zdrowie, choroba, niepełnosprawność, starość*, Wydawnictwo „Makmed”, Lublin 2008.
- Krause N., *Life stress, social support, and self-esteem in an elderly population*, „Psychology and Ageing” 1987, nr 2.
- Kupiec L., *Demografia w gospodarce przestrzennej*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Finansów i Zarządzania w Białymstoku, Białystok 2011.
- Litwin H., Shiovitz-Ezra S., *Network type and mortality risk in later life*, „The Gerontologist” 2006, nr 46(6).
- Mazurkiewicz E. A., *Pedagogika zdrowia a środowisko*, [w:] *Ku tożsamości pedagogiki kultury fizycznej*, red. Z. Żukowska, Wydawnictwo PTNKF, Warszawa 1993.
- Nowakowski M., *Pojęcie wsparcia społecznego i problemy jego pomiaru ze szczególnym uwzględnieniem populacji seniorów*, [w:] *Nasze starzejące się społeczeństwo. Nadzieje i zagrożenia*, red. J. T. Kowaleski, P. Szukalski, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2004.
- Piotrowski J., *Miejsce człowieka starego w rodzinie i społeczeństwie*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 1973.
- Pikua N.G., *Senior w przestrzeni społecznej*, Wydawnictwo Borgis, Warszawa 2013.
- Pommersbach J., *Wsparcie społeczne a choroba*, „Przegląd Psychologiczny” 1988, nr 31 (2).
- Rasulo D., Christensen K., Tomassini C., *The influence of social relations on mortality in later life: A study on elderly Danish twins*, „The Gerontologist” 2005.
- Routasalo P., Pitkala K.H., *Loneliness among older people*, „Reviews in Clinical Gerontology” 2003, nr 13(4).
- Seuden S., *Psychologia starzenia się i starości*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 2011.
- Sęk H., Cieślak R., *Wsparcie społeczne-sposoby definiowania, rodzaje, źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne*, [w:] *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*, red. H. Sęk, R. Cieślak, Wydawnictwo PWN, Warszawa 2005.
- Sęk H., *O wieloznacznych funkcjach wsparcia społecznego*, [w:] *Psychologia kliniczna i psychologia zdrowia. Wybrane zagadnienia*, red. L. Cierpiąłkowska, H. Sęk, Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 2001.
- Sherbourne C.D., Stewart A.L., *The MOS social support survey*, „Social Science and Medicine” 1991, nr 6(32).
- Syrek E., *Jakość życia ludzi starszych*, [w:] *Polska a Europa. Procesy demograficzne u progu XXI wieku. Proces starzenia się ludności Polski i jego społeczne kon-*

- sekwencje*, red. L. Frąckiewicz, Polskie Towarzystwo Polityki Społecznej, Katowice 2002.
- Thompson J., *The elderly and their informal social networks*, „Canadian Journal on Ageing” 1989, s. 319–332.
- Tryfan B., *Problemy ludzi starych na wsi, Studium porównawcze sytuacji w Polsce i we Francji*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 1971.
- Tryfan B., *Wiejska starość w Europie*, Polska Akademia Nauk. Instytut Rozwoju Wsi i Rolnictwa, Warszawa 1993.
- Wiatrowska A., *Jakość życia w zaburzeniach odżywiania*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2009.

