

# ANALIZA DOSTĘPNEGO WSPARCIA SPOŁECZNEGO U PACJENTÓW ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO

ANALYSIS OF AVAILABLE SOCIAL SUPPORT FOR PATIENTS OF THE SURGERY WARD

Barbara Lelonek<sup>1</sup>, Elżbieta Kamusińska<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Zakład Anatomii Prawidłowej i Funkcjonalnej, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego w Kielcach

Kierownik Zakładu: dr hab. n. med. Anrzej Fryczkowski

<sup>2</sup> Zakład Profilaktyki Chorób Układu Krążenia, Instytut Zdrowia Publicznego

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego w Kielcach

Kierownik Zakładu: prof. dr hab. n. med. Beata Woźakowska-Kapłon

## STRESZCZENIE

Wsparcie społeczne w sytuacji choroby lub ograniczenia sprawności może być rozumiane jako szczególny sposób i rodzaj pomagania chorym, przede wszystkim w celu mobilizowania ich własnych sił i zasobów, aby sami mogli radzić sobie z własnymi problemami. Jest efektem kontaktów międzyludzkich, których celem jest radzenie osobie potrzebującej pomocy w sytuacjach trudnych. Przeprowadzone dotychczas badania wskazują, że więzy społeczne chronią, minimalizując stres spowodowany chorobą. Chorego wspiera zazwyczaj rodzina, ale pożądane jest by w opiekę nad nim zaangażowana była cała społeczność terapeutyczna. Istotne jest, aby udzielane wsparcie miało charakter ciągły i podmiotowy.

Celem pracy było zmierzenie dostępnego wsparcia społecznego u chorych hospitalizowanych na oddziale chirurgicznym.

Badania przeprowadzono wśród pacjentów hospitalizowanych na Oddziale Chirurgicznym Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Kielcach. Narzędziem badawczym była Skala Wsparcia Społecznego autorstwa Danuty Zarzyckiej. Analizę wyników badań opracowano na podstawie odpowiedzi uzyskanych od 110 chorych. Badania pozwoliły na sformułowanie wniosków:

- Badani to osoby głównie z rodzin wielopokoleniowych, dlatego grono bliskich i przyjaciół jest duże, a na ich pomoc mogą liczyć „zawsze” i „często”.
- Chorzy leczeni chirurgicznie wysoko ocenili dostępność profesjonalnej pomocy lekarzy, pielęgniarek, co świadczy o dobrze zorganizowanej i rzetelnej opiece nad chorym.
- Badani pacjenci odczuwali niedosyt informacji związanych z aktualnym stanem zdrowia.

**Słowa kluczowe:** wsparcie społeczne, dawcy wsparcia, chorzy leczeni chirurgicznie.

## SUMMARY

Social support in a state of illness or reduction of performance can be understood as a particular means and kind of helping patients, above all in order to mobilise their own strength and resources, so that they can manage with their own problems. It is an effect of interpersonal operations, the aim of which is to advise the person in need of help in difficult situations. Research carried out hitherto, indicates that social bonds protect by minimising stress in a state of illness. Family is usually the giver of support, but it is desirable that the whole therapeutic society are involved in care over the patient. It is essential that the given support have a continuous and personal character.

The aim of the work was to measure the available social support for patients hospitalised in the surgery ward.

Research was conducted amongst patients hospitalised in the Surgery Ward. The research instrument was Zarzycka's Social Support Scale. An analysis of research results was compiled from answers obtained from 110 patients. The research allowed to formulate the conclusions:

- The examined are people mainly from multi-generational families, thus the group of relatives and friends is large and they can count on their help “always” and “often”.
- Patients under surgical treatment highly rated the accessibility of professional help from doctors and nurses, which is evidence of a well organised and dependable care over the patient.
- The patients felt an insufficiency of information connected with the current state of health.

**Key words:** social support, givers of support, patients under surgical treatment.

## WSTĘP

Pojęcie wsparcia społecznego (*social support*) rozumiane w języku polskim jako oparcie lub pomoc, pojawiło się w badaniach psychologicznych w latach siedemdziesiątych XX wieku w ośrodkach uniwersyteckich Stanów Zjednoczonych, Kanady, Holandii i Anglii [1, 2].

Odnosi się ono do wielu aspektów relacji społecznych i jest definiowane w odniesieniu do obecności lub ilości więzi społecznych w ogólności, a także do konkretnego ich rodzaju, struktury oraz zawartości funkcjonalnej.

O zawartości funkcjonalnej sieci społecznych decydują zarówno istnienie i liczebność więzi społecznych, jak i cechująca je struktura: wielkość, gęstość – miara wzajemnych powiązań, zwrotność – kierunek interakcji wspierania, rozproszenie, jednorodność [3].

Aaron Antonovsky zalicza wsparcie społeczne do uogólnionych zasobów odpornościowych o charakterze interpersonalnym, relacyjnym [4]. Wsparcie zatem to specyficzny mediator wpływający na umiejętność radzenia sobie w sytuacji stresowej [5].

Helena Sęk i wsp. uściślają kategorie wsparcia, wyróżniając [za: 6–8]:

- 1) *wsparcie emocjonalne*, związane z komunikatem „jesteś kochany”;
- 2) *wsparcie wartościujące*, polegające na dostarczaniu informacji pozwalających na podwyższenie poczucia własnej wartości, dawaniu jednostce komunikatów typu „jesteś dla nas kimś znaczącym”;
- 3) *wsparcie instrumentalne* – dostarczanie konkretnej pomocy, świadczenie usług;
- 4) *wsparcie informacyjne* – udzielanie rad i informacji pomocnych w rozwiązywaniu problemów.

Wsparcie społeczne w sytuacji choroby lub ograniczenia sprawności może być rozumiane jako szczególny sposób i rodzaj pomagania chorym, przede wszystkim w celu mobilizowania ich własnych sił i zasobów, aby mogli radzić sobie z własnymi problemami.

Przeprowadzone dotychczas badania wskazują, że więzy społeczne i dostarczane przez nie wsparcie wywierają pozytywny wpływ na różne aspekty zdrowia psychicznego i fizycznego, a także chronią, minimalizując stres spowodowany chorobą [9].

Szczególne znaczenie dla przystosowania do nowej sytuacji zdrowotnej i społecznej uwarunkowanej chorobą ma system wsparcia społecznego tworzony przez otoczenie chorego, a więc rodzinę, przyjaciół, personel medyczny [2, 9, 10, 11, 12, 13]. Od jakości wsparcia – szczególnie emocjonalnego – zależy w znacznym stopniu dobry stan psychiczny chorego, dzięki któremu łatwiej może on zaakceptować uciążliwość i dyskomfort wynikające z choroby.

## CEL PRACY

Celem pracy było zmierzenie dostępnego wsparcia społecznego u chorych hospitalizowanych na oddziale chirurgicznym.

## MATERIAŁ

Badania przeprowadzono wśród pacjentów leczonych zabiegowo na Oddziale Chirurgicznym Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Kielcach. Najczęściej byli to chorzy operowani z powodu: zapalenia wyrostka robaczkowego, przepukliny, schorzeń tarczycy i zapalenia pęcherzyka żółciowego (metodą laparoskopową). Podstawowym kryterium doboru pacjentów było pomyślne rokowanie co do efektów leczenia. Badania były całkowicie dobrowolne i anonimowe, a chorzy w nich uczestniczący zostali poinformowani o ich celu. W badaniach wzięło udział 117 pacjentów, przy czym analizę wyników badań kwestionariuszowych opracowano z odpowiedzi 110 chorych. Siedmiu pacjentów nie odpowiedziało na wszystkie pytania zawarte w narzędziu badawczym.

## METODA

W badaniach wykorzystano następujące narzędzie badawcze:

Skala Wsparcia Społecznego (SWS) wg Danuty Zarzyckiej [14, 15].

Skala Wsparcia Społecznego w wersji oryginalnej została opracowana i wstępnie zweryfikowana w praktyce pielęgniarskiej w 1977 roku [16, 17].

Do potrzeb niniejszej pracy wykorzystano, za zgodą autorki, skalę pomniejszoną o dwa wyznaczniki: zabezpieczenie rzeczowe i zabezpieczenie finansowe.

Zastosowana Skala Wsparcia Społecznego składa się z 8 wyodrębnionych wyznaczników wsparcia (tabela 2), z których każdy ma układ 4-stopniowy. Oznacza to, że dla każdego wyznacznika przyjęto przedział liczbowy od 0,0 do 3,0 punktów.

W wyniku jednokrotnego szacowania stanu dostępności wsparcia społecznego u pojedynczego badanego można uzyskać wartość od 0,0 do 24,0 punktów. Dla potrzeb niniejszej pracy wykorzystano skalę: w układzie tabelarycznym służącą ocenie wartości wsparcia społecznego w postaci konkretnej liczby dla każdego z badanych chorych i w układzie liniowym (rys. 1) umożliwiającą odczytanie i nazwanie poziomu wsparcia [14, 16, 18].

Poziom niski	Poziom średnioniski	Poziom średniowysoki	Poziom wysoki
0,0 pkt	6,0 pkt	12,0 pkt	18,0 pkt
			24,0 pkt

Rys. 1. Skala Wsparcia Społecznego w układzie liniowym

Skala Wsparcia Społecznego funkcjonuje wraz ze Skalą Wydolności Pacjenta i Opiekuna (SWPiO), które mogą być wykorzystywane niezależnie od SWS [14].

## WYNIKI

Niniejsze badania przedstawiają wyniki oraz analizę zgromadzonego materiału badawczego w świetle kwestionariusza Skali Wsparcia Społecznego. Oceny wyników badania dokonano zgodnie z procedurą opracowaną dla kwestionariusza SWS.

Szczegółowa analiza danych dotyczących struktury rodziny pozwala stwierdzić, że: większość badanych (49,1%) to osoby żyjące w rodzinach jednopokoleniowych; drugą pod względem liczebności grupę (36,4%) stanowili respondenci z rodzin dwu-, trzy- i więcej pokoleniowych; 10,0% deklaroowało się jako samotne i 4,5% to badani z rodzin dwupokoleniowych niepełnych.

Analiza rozmiaru sieci (liczba osób w otoczeniu pacjenta – potencjalnych dawców wsparcia) pokazała, że wśród chorych chirurgicznych najmniejszą grupę (cztery osoby, tj. 3,6%) stanowili chorzy, którzy nie mogli liczyć na wsparcie bliskich lub wskazywali co najwyżej na dwóch dawców wsparcia. Dużą grupę (29 osób, tj. 26,4%) natomiast stanowili chorzy, którzy mogli liczyć na wsparcie 3–6 osób i tyleż samo wskazywało na 7–13 dawców w swoim otoczeniu. Największa grupa osób, aż 48 respondentów (tj. 43,6%), mogła liczyć na wsparcie w trudnych chwilach niesione przez więcej niż 14 bliskich przyjaciół i osób z rodziny.

Wyniki odnoszące się do wyznacznika „dyspozycyjność czasowa rodziny” pozwalają stwierdzić, że większość respondentów (61 osób, tj. 55,5%) określiła, że rodzina ma dla nich czas często, a 36 badanych (tj. 32,7%) stwierdziło, że rodzina ma czas dla nich zawsze, gdy tego potrzebują. Tylko czterech respondentów (tj. 6,4%) uznało, że rodzina nie ma dla nich nigdy czasu.

Analiza wyników badań dotyczyła również możliwości skorzystania z pomocy nieprofesjonalnej. Chorzy wskazywali głównie możliwość skorzystania z niej w ciągu całego tygodnia w godzinach od 15 do 20 (40 osób, tj. 36,4%) i dostępność pomocy sąsiadów, przyjaciół w ciągu całego tygodnia i całej doby (39 osób, tj. 35,5%). 13,6% badanych uznało, że trudno im uzyskać pomoc sąsiadów i przyjaciół w określonych godzinach; 14,5% mówiło o dyspozycyjności przyjaciół cały tydzień w godzinach od 7 do 20.

Dalsza analiza pozwoliła poznać opinię chorych na temat dostępności pomocy profesjonalnej niesionej przez pracowników służby zdrowia. Chorzy z grupy badanej wysoko ocenili dostępność takiej pomocy wskazując w większości (82 osoby, tj. 74,5%) na możliwość skorzystania z pomocy profesjonalnej w ciągu całego tygodnia i całej doby. Tylko jedna osoba leczona na oddziale chirurgicznym twierdziła, że trudno uzyskać pomoc specjalistów w określonych godzinach, a nieliczni (9 osób) twierdzili, że łatwiej jest uzyskać wsparcie w godzinach popołudniowych. Chorzy w zdecydowanej większości bardzo wysoko ocenili wsparcie i pomoc opiekującego się nimi personelu medycznego wskazując na jego stałą dyspozycyjność, co zapewniało im poczucie bezpieczeństwa.

Obserwacją objęto też zasób informacji posiadanych przez pacjentów na temat ich stanu zdrowia.

Tabela 1. Statystyki uzyskanych wyznaczników wsparcia w odniesieniu do badanej grupy

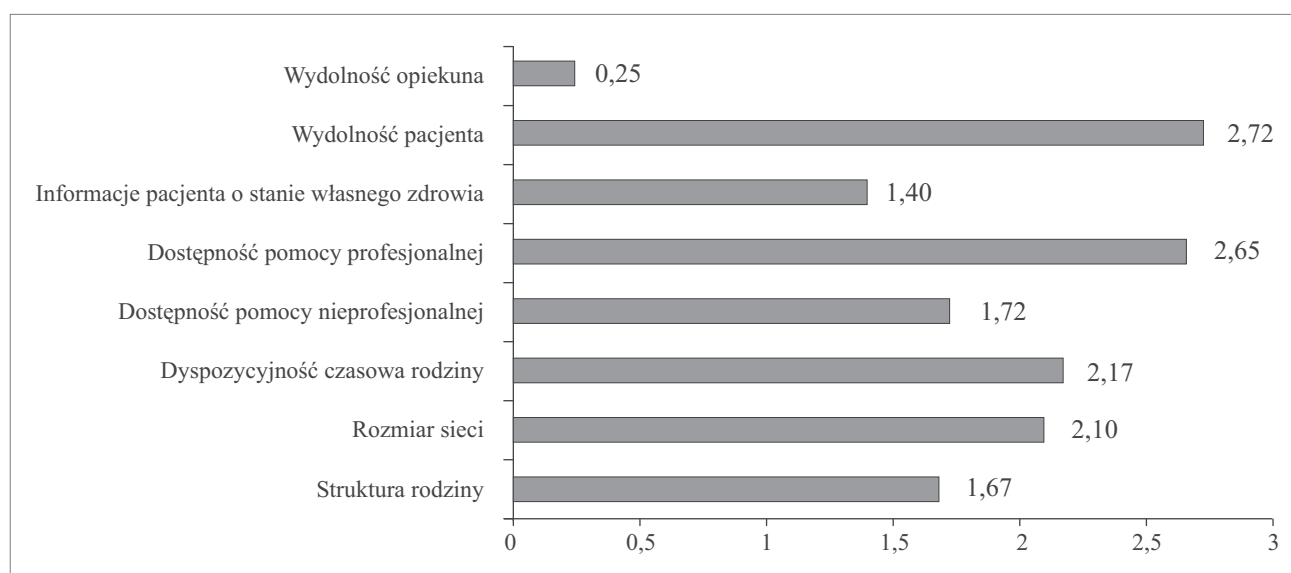
Lp.	Wyznacznik wsparcia	Uzyskana punktacja							
		0 pkt		1 pkt		2 pkt		3 pkt	
		N	%	N	%	N	%	N	%
1	Struktura rodziny	11	10	54	49,1	5	4,5	40	36,4
2	Rozmiar sieci	4	3,6	29	26,4	29	26,4	48	43,6
3	Dyspozycyjność czasowa rodziny	4	3,6	9	8,2	61	55,5	36	32,7
4	Dostępność pomocy nieprofesjonalnej	15	13,6	40	36,4	16	14,5	39	35,5
5	Dostępność pomocy profesjonalnej	1	0,9	9	8,2	18	16,4	82	74,5
6	Informacje pacjenta o stanie własnego zdrowia	12	10,9	56	50,9	28	25,5	14	12,7
7	Wydolność pacjenta	3	2,7	8	7,3	6	5,5	93	84,5
8	Wydolność opiekuna	94	85,5	7	6,4	6	5,6	3	2,7

Tabela 2. Średnia wyznaczników wsparcia społecznego badanej grupy w układzie tabelarycznym N = 110

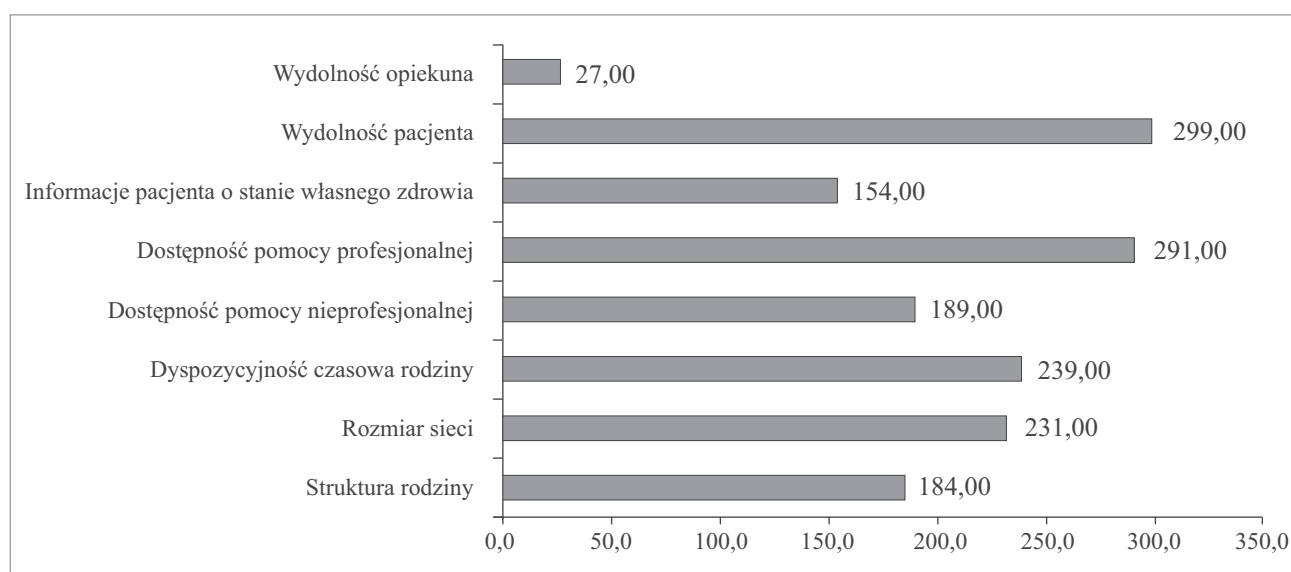
Lp.	Wyznaczniki wsparcia		SD	Suma stanu wyznaczników
1	Struktura rodziny	1,67	1,08	184,00
2	Rozmiar sieci	2,10	0,92	231,00
3	Dyspozycyjność czasowa rodziny	2,17	0,73	239,00
4	Dostępność pomocy nieprofesjonalnej	1,72	1,09	189,00
5	Dostępność pomocy profesjonalnej	2,65	0,67	291,00
6	Informacje pacjenta o stanie własnego zdrowia	1,40	0,85	154,00
7	Wydolność pacjenta	2,72	0,72	299,00
8	Wydolność opiekuna	0,25	0,68	27,00

Tabela 3. Poziom wsparcia społecznego w badanej grupie N = 110

Poziom wsparcia	Niski	Średnio niski	Średnio wysoki	Wysoki
Przedział punktowy	0,00–6,00	6,00–12,00	12,00–18,00	18,00–24,00
N	2	17	81	10
%	1,8	15,5	73,6%	9,1



Rys. 2. Średni stan wyznaczników wsparcia społecznego badanej grupy



Rys. 3. Zdiagnozowana suma stanu wyznaczników wsparcia badanej grupy

W subiektywnym odczuciu chorego pozwala to na samowspieranie, jak również na wspieranie innych osób. Respondenci najczęściej (56 osób, tj. 50,9%) deklarowali, że posiadają większość informacji na temat swojego aktualnego stanu zdrowia. Umiejętność wykorzystania posiadanych informacji dotyczących stanu zdrowia do samoopieki w subiektywnym odczuciu respondentów zadeklarowało 28 osób (tj. 25,5%). Zdolność przekazywania tych informacji, będących podstawą do wspierania innych, posiadało tylko 14 (tj. 12,7%), a 12 (tj. 10,9%) stwierdziło u siebie braki w podstawowych wiadomościach dotyczących aktualnego stanu zdrowia.

Dalsza szczegółowa analiza uzyskanych wyznaczników wsparcia ujawniła, że pacjenci leczeni na oddziale chirurgicznym w zdecydowanej większości (93 osoby tj. 84,5%) deklarowali samodzielność w zakresie samoopieki, co potwierdzili kolejną odpowiedzią – 94 respondentów (85,5%) stwierdziło, że opiekun wcale lub prawie wcale nie sprawuje nad nimi opieki.

Maksymalna liczba punktów, jaką można było uzyskać dla każdego wyznacznika wynosiła 330,0 punktów, minimalna zaś 0,0 punktów.

Pacjenci z badanej grupy najwyższą liczbę punktów uzyskali w zakresie wydolności do samoopieki (299,0 pkt z 330,0 możliwych). Równie wysoką liczbą punktów (291,0) ocenili wsparcie otrzymane od profesjonalistów. Informacje pacjenta na temat własnego stanu zdrowia uplasowały się poniżej średniej (154,0 pkt). Najniższą punktację (27 pkt) uzyskali badani chorzy w zakresie wydolności głównego opiekuna w sprawowaniu opieki nad chorym.

Przedstawiona analiza pozwala stwierdzić, że pacjenci leczeni na Oddziale Chirurgii Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kielcach bardzo wysoko ocenili wsparcie otrzymane od personelu opiekującego się nimi w trakcie choroby. Dyspozycyjność czasowa rodziny i rozmiar sieci uplasowały się na drugiej pozycji pod względem punktacji. Chorzy leczeni chirurgicznie skupiają wokół siebie duże grono rodzinne, wielu znajomych i przyjaciół mogących służyć opieką i nieść wsparcie w trudnych sytuacjach. Badani chorzy mimo bardzo wysoko ocenionej pomocy profesjonalnej odczuwają jednak niedobór informacji związanych z przebiegiem choroby. Zaznacza się również mały udział opiekuna we wspieraniu i sprawowaniu opieki nad chorym.

Oszacowany skalą SWS poziom dostępnego wsparcia społecznego w grupie badanej podano w tabeli 3.

W grupie chorych leczonych chirurgicznie najwięcej osób uzyskało wsparcie na poziomie średnio wysokim (81 osób, tj. 73,6%).

Współczynnik zgodności wewnętrznej *alfa* Cronbacha w badaniach własnych mieści się na granicy wymaganej rzetelności 0,45.

## DYSKUSJA

Choroba jako sytuacja kryzysowa może wywołać różne reakcje otoczenia jak również wywierać niekorzystny wpływ na rodzinę i otoczenie chorego [19–21]. Modyfikacji ulegają związki emocjonalne w rodzinach. Postawy rodzin wobec chorego mogą wyrażać się brakiem zainteresowania, a nawet odrzuceniem, lub też odznaczać się serdecznością, miłością, niesieniem ulgi w cierpieniu [21]. Najbardziej pożądaną reakcją jest wsparcie społeczne [22, 23]. Badania Zdzisława Bizonia pokazują znaczący wpływ jakości związków społecznych na zdrowie chorego, leczenie oraz rokowanie zarówno w przebiegu chorób psychicznych, jak i somatycznych [za: 24]. Wsparcie społeczne dostarczane jest człowiekowi w życiu codziennym w interakcji z innymi ludźmi. Zapotrzebowanie na nie wzrasta w sytuacjach trudnych i to właśnie wtedy dostrzec można skutki jego działania. Rodzina, krewni i znajomi, a więc osoby z najbliższego otoczenia chorego, poprzez ofiarowanie wsparcia, zwłaszcza emocjonalnego, mogą przeciwdziałać skutkom stresu. Wsparcie może często decydować o życiu lub śmierci [25].

W większości dotychczas prowadzonych badań określających dostępność wsparcia społecznego wykorzystywano kwestionariusze określające rodzaj wsparcia. Zastosowana w prezentowanej pracy Skala Wsparcia Społecznego pozwala na oszacowanie obiektywnego zakresu wsparcia społecznego. W badanej grupie zdecydowana większość (73,6%) respondentów otrzymała wsparcie na poziomie średnio wysokim. Badani pacjenci bardzo wysoko ocenili wsparcie otrzymane od profesjonalistów (291 pkt z 330 możliwych), którzy byli dla nich stałymi dawcami wsparcia i opieki. Podobne wyniki uzyskała autorka Skali Wsparcia Społecznego wśród badanych pacjentów hospitalizowanych z powodu chorób rozrostowych układu białokrwinkowego [za: 18]. Zbliżone wyniki uzyskano także wśród pacjentów leczonych w Klinice Hematologii, Rehabilitacji Ortopedii badanych przez Zarzycką [15]. W badaniach Małgorzaty Krasuskiej w ocenie rodzin osób hospitalizowanych z powodu chorób nowotworowych, pielęgniarce zostały bardzo dobrze ocenione przez respondentów w rolach pielęgnacyjno-opiekuńczych [2].

Z badań Anny Susłowskiej wynika, że osobisty, ciepły i akceptujący stosunek leczących jest dla pacjentów ważniejszy niż kwalifikacje medyczne [za:

26]. Dolegliwości pacjenta to nie tylko dyskomfort natury fizycznej, lecz także sfery psychicznej. Pielęgniarka, realizując funkcję wsparcia w obrębie interakcji z pacjentem, staje się nośnikiem nie tylko pomocy instrumentalnej, ale przede wszystkim pomocy emocjonalnej [27–29].

„Dyspozycyjność czasowa rodziny” i „rozmiar sieci” ukształtowały się powyżej wartości średnich (odpowiednio: 239 i 231 z 330 pkt). Badana grupa chorych w większości była zdania, że rodzina poświęca im czas często (55,5%) i zawsze (32,7%), gdy tego potrzebują. Chorzy utrzymywali kontakty z licznym kręgiem znajomych i przyjaciół, mogli uzyskać pomoc w czasie, gdy najbardziej tego potrzebują. Wiąże się to zapewne z charakterem choroby, ludziom łatwiej zmobilizować się do pomocy jednorazowej w sytuacjach ekstremalnych, niż nieść ją w sposób ciągły. Zdaniem Krzysztofa Kaniastego i Fran Norris, główną siłą przeciwdziałającą zjawisku pogorszenia wsparcia społecznego jest jego mobilizacja szeroko rozumiana jako wszelkiego rodzaju pomoc kierowana do chorych [30]. Richard Lazarus i Susan Folkman zauważyli, że pozostawanie w związku z inną osobą jest równoznaczne z uzyskiwaniem wsparcia z tej relacji [za: 31]. Jak pokazują badania Michała Skrzypka i wsp., poziom wsparcia społecznego w wymiarze jakościowym nie był istotnie skorelowany z wielkością sieci społecznej, ale większa sieć społeczna dostarczała mocniejszego wsparcia emocjonalnego [32]. Pierwotne źródło wsparcia (rodzina, przyjaciele, znajomi) są niewątpliwie najważniejszą, najbliższą człowiekowi i często niezawodną pomocą, ale w świetle uzyskanych wyników nie wyczerpują potencjału, z którego może korzystać chory człowiek [33]. Ten potencjał pomocy, źródło wsparcia społecznego to także instytucje – szpital. Zespół terapeutyczny poprzez swoją wiedzę, życzliwość i zrozumienie może uczyć pacjenta sposobów radzenia sobie i samodzielności w chorobie [34].

Najniższą punktację (27 pkt) uzyskali chorzy z grupy kontrolnej w zakresie wydolności głównego opiekuna w sprawowaniu opieki nad chorym, co pozostaje w ścisłym związku z wydolnością do samoopieki, w tym bowiem zakresie otrzymali najwyższą punktację (299 pkt).

Drugim wyznacznikiem o najniższej punktacji, okazał się poziom informacji pacjenta na temat własnego zdrowia. Pacjenci odczuwali braki informacji związane z ich aktualnym stanem zdrowia (154 pkt). Podobne fakty odnotowała autorka Skali Wsparcia Społecznego [15, 16, 18]. Najmniejszy udział wsparcia informacyjnego w globalnie otrzymywanym wsparciu odnotowała Krystyna Kurowska i wsp. [35] prowadząca badania u chorych z miażdżycą kończyn

dolnych, oraz Małgorzata Krasuska [2]. Według Susan Dibble, dostępne wsparcie społeczne, w tym wiedza o stanie zdrowia, wpływa na wzrost samoopieki [36]. Pacjenci doświadczający skutecznej komunikacji interpersonalnej z zespołem leczącym są bardziej zadowoleni ze sposobu leczenia, mniej skłonni do skarg, a okres rekonwalescencji pooperacyjnej przebiega u nich szybciej [za: 37].

## WNIOSKI

1. Badani to osoby głównie z rodzin wielopokoleniowych, dlatego grono bliskich i przyjaciół jest duże, a na ich pomoc mogą liczyć „zawsze” i „często”.
2. Chorzy leczeni chirurgicznie wysoko ocenili dostępność pomocy profesjonalnej lekarzy i pielęgniarek, co świadczy o dobrze zorganizowanej i rzetelnej opiece nad chorym.
3. Badani pacjenci odczuwali niedosyt informacji związanych z aktualnym stanem zdrowia.

## PIŚMIENNICTWO

- [1] Jaworowska-Oblój Z, Skuza B. Pojęcie wsparcia społecznego i jego funkcje w badaniach naukowych. *Przegląd Psychologiczny* 1986; 29 (3): 733–745.
- [2] Krasuska ME, Stanisławek A, Lechicka J i wsp. Wsparcie pacjenta i rodziny w chorobie, cierpieniu i śmierci. *Psychoonkologia* 2002; 6 (3): 65–69.
- [3] Skrzypek M, Widomska-Czekajska T. Znaczenie wsparcia społecznego dla stanu zdrowia pacjentów z chorobą wieńcową kwalifikowanych do koronografii. *Zdrowie Publiczne* 2004; 114 (1): 47.
- [4] Antonvsky A, Grzegołowska-Klarkowska H (tłum.) Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. Fundacja IPN, Warszawa 1995.
- [5] Stewart MJ. Integrating social support in nursing. Sage Publications International Educational and Professional Publisher, Newbury Park–London–New Delhi 1993.
- [6] Kmieciak-Baran K. Skala wsparcia społecznego. Teoria i właściwości psychometryczne. *Przegląd Psychologiczny* 1995; 38 (1/2): 201–214.
- [7] Sęk H. Społeczno-kliniczne podstawy teoretyczne różnych form pomocy psychologicznej. W: *Społeczna psychologia kliniczna*. Red. H Sęk. PWN, Warszawa 1991.
- [8] Sęk H. Wybrane zagadnienia psychoprofilaktyki. W: *Społeczna psychologia kliniczna*. Red. H Sęk. PWN, Warszawa 1991.

- [9] Pommersbach J. Wsparcie społeczne a choroba. *Przegląd Psychologiczny* 1998; 31 (2): 503–525.
- [10] Callaghan P. Social support and health: a review. *Journal of Advanced Nursing* 1993; (18): 203–210.
- [11] Langford CPH, Bowoher J, Maloney JP. Social support: a conceptual analysis. *Journal of Advanced Nursing* 1997; 25: 95–100.
- [12] Michałowska-Wieczorek I. Rola wsparcia w zmaganiu się z chorobą nowotworową. *Psychoonkologia* 2006; 10 (2): 51–56.
- [13] Zagajewska-Kruk A, Kuśnierkiewicz M, Szmeja Z i wsp. Postawy rodzin wobec chorych onkologicznych. *Psychoonkologia* 1997; lipiec-grudzień, 1: 47–50.
- [14] Zarzycka D. Skala Pomiaru Wsparcia Społecznego (SPWS). W: *Diagnoza pielęgniarstwa*. Red. Z Kawczyńska-Butrym. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1999; 222–231, 252–271.
- [15] Zarzycka D. Pomiar wsparcia społecznego w opiece nad pacjentem hospitalizowanym. *Rozprawa doktorska*. Akademia Medyczna. Lublin, 1998.
- [16] Zarzycka D. Pomiar wsparcia społecznego w opiece nad pacjentem hospitalizowanym. *Pielęgniarstwo Polskie* 1999; 9–10: 07–104.
- [17] Zarzycka D. Wsparcie społeczne wybranej kategorii pacjentów onkologicznych – próba obiektywizacji ocen. *Psychoonkologia* 1999; 1: 56–60.
- [18] Grzeszkowiak E, Jugowar B. Znaczenie wsparcia społecznego w praktyce pielęgniarstwa. W: *Postępy pielęgniarstwa i promocji zdrowia*, cz. 11. Red. L Wołowicka. AM im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 1997; 36–41.
- [19] de Walden-Gałaszko K. Problemy psychoonkologiczne rodziny. W: *Psychoonkologia*. Red. K de Walden Gałaszko. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000; 83–99.
- [20] de Walden-Gałaszko K. U kresu. Opieka psychopaliatywna, czyli jak pomóc choremu, rodzinie i personelowi medycznemu środkami psychologicznymi. *Wydawnictwo Medyczne MAK-med.*, Gdańsk 2000; 20–45.
- [21] Tomaszewska I. Psychologiczne aspekty depresji w chorobach nowotworowych. *Psychoonkologia* 2000; lipiec-grudzień, 7: 9–17.
- [22] Mess E, Wójcik D, Niedozińska E i wsp. Adaptacja społeczna dzieci leczonych na ostrą białaczkę limfoblastyczną. *Onkologia Polska* 2005; 8 (3): 166–169.
- [23] Taranowicz I, Majchrowska A, Kawczyńska-Butrym Z. Elementy socjologii dla pielęgniarek. *Wydawnictwo Czelej*, Lublin 2000.
- [24] Marmurowska-Michałowska H, Kochański A, Dubas-Ślęmp H i wsp. Współpraca w leczeniu z pacjentem chorym na schizofrenię a poziom funkcjonowania i wsparcia społecznego. *Badania nad schizofrenią*. Lublin 2004; 5: 293–303.
- [25] Salmon P, Gajdzińska M (przekł.) *Psychologia w medycynie wspomaga współpracę z pacjentem i proces leczenia*. Gdańskie Towarzystwo Psychologiczne, Gdańsk 2003; 36–58.
- [26] Kopczyńska-Tyszko A. Wybrane problemy opieki psychologicznej nad onkologicznie chorymi. *Zdrowie Publiczne* 1991; 102 (1): 38–41.
- [27] Czachor M. Dotyk jako element pielęgnowania pacjentów z chorobą nowotworową. *Psychoonkologia* 1997; lipiec-grudzień, 1: 103–105.
- [28] Górajek-Jóźwik J. Podstawy indywidualizacji opieki nad pacjentem z chorobą nowotworową. *Psychoonkologia* 1997; lipiec-grudzień, 1: 51–53.
- [29] Jugowar B, Stelcer B. Spostrzeganie przez pielęgniarki ich roli w procesie wsparcia pacjenta w terminalnej fazie choroby nowotworowej. *Pielęgniarstwo Polskie* 1997; 7: 121–126.
- [30] Kaniasty K. Dynamika wsparcia społecznego w kontekście stresu społeczności. W: *Psychologia środka: pomiędzy teorią a praktyką psychologiczną*. Red. K Lachowicz-Tabaczek, *Alta* 2, Wrocław 2001; 43–82.
- [31] Sheridan ChL, Radmacher SA. *Psychologia zdrowia*. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia. Instytut Psychologii Zdrowia. Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa 1998.
- [32] Skrzypek M, Widomska-Czekajka T. Znaczenie wsparcia społecznego dla stanu zdrowia pacjentów z chorobą wieńcową kwalifikowanych do kardiologii. *Zdrowie Publiczne* 2004; 114 (1): 47.
- [33] Taranowicz I, Majchrowska A, Kawczyńska-Butrym Z. Elementy socjologii dla pielęgniarek. *Wydawnictwo Czelej*, Lublin 2000; 238–254.
- [34] Kulik T. Znaczenie systemów społecznego wsparcia w zdrowiu i chorobie. *Problemy medyczne środowiska życia i pracy*. *Medycyna Ogólna* 1996; 31 (2): 45–149.
- [35] Lambley P. *Psychologia raka*. Książka i Wiedza, Warszawa 1995.
- [36] Dodd MJ, Dibble SL. Predictors of self-care: a test of Orem's model. *Oncology Nursing Forum* 1993; 20 (6): 895–901.
- [37] Kapała W. *Pielęgniarstwo w chirurgii*. Wybrane problemy z praktyki pielęgniarstwa oddziałów chirurgii ogólnej. *Wydawnictwo Czelej*, Lublin 2006; 18.

**Adres do korespondencji:**

dr n. med. Barbara Lelonek  
Wydział Nauk o Zdrowiu UJK  
25-317 Kielce, al. IX Wieków Kielc 19  
e-mail: [studiamedyczne@ujk.edu.pl](mailto:studiamedyczne@ujk.edu.pl)  
tel. +48 692 694 865