

## Poziom nasilenia wskaźników wsparcia społecznego a radzenie sobie ze stresem spowodowanym chorobą u pacjentek depresyjnych

### The level of social support parameters in relation to coping with stress caused by a disease among female patients suffering from depression

Agnieszka Tomczak-Witych

Zakład Psychologii Akademii Wychowania Fizycznego i Sportu w Gdańsku  
Kierownik: dr H. Kulas

#### Summary

**Introduction.** Social support issues have their permanent position in the studies of socio-psychological changes influencing people's health. Social support has been treated as one of the factors guarding against disease symptoms occurrence and supporting the stable health state.

**Aim.** The purpose the study was to determine how female patients suffering from depression function in society in relation to the social support they receive.

**Method.** 60 female patients with a diagnosed depression and 60 mentally ordered female patients were tested with the use of Uchnast's Sense of Security Questionnaire (KPB). The social support aspects such as the sense of security, sense of closeness, stability and self-confidence were analysed. The participants of the analysis were both women with diagnosed depression and women without any indicators of a depression.

**Results.** The analysis of the result indicated the existence of differences in the intensity of all the social support parameters in both studied groups of women.

**Conclusions.** Women with depression are characterised by a lower sense of closeness, lower stability and lower self-confidence. Among the female patients with depression there is a lower level of the need of safety, and this is the symptom characteristic for the individuals not properly adjusted to social conditions. Lower sense of security stanches and deteriorates the perception of social support, both perceived and expected.

*Słowa klucze:* wsparcie społeczne, poczucie bezpieczeństwa

*Key words:* depression, social support, sense of security

#### Wstęp

Problematyka wsparcia społecznego ma już swoje stałe miejsce w nurcie badań nad wpływem zmiennych psychospołecznych na stan zdrowia. Wsparcie społeczne

traktowane jest jako jeden z czynników mogących chronić przed pojawieniem się stanu chorobowego bądź też wpływać na stan zdrowia. Liczne badania wskazują, że zapewniające wsparcie społeczne związki z innymi, lub tylko przekonanie o możliwości takiego wsparcia, chronią przed negatywnymi następstwami stresujących wydarzeń życiowych [1, 2].

Na szczególną uwagę zasługują badania, którymi objęto dużą grupę pacjentów zarówno z zaburzeniami psychicznymi, jak i somatycznymi. Wykazano w nich, że zmniejszenie się w ciągu dwóch lat zakresu objawów depresyjnych było zależne od dostępności wsparcia. Okazało się również, że jeśli to wsparcie było realne, znacznie mniejsze było też prawdopodobieństwo wystąpienia ponownego epizodu chorobowego [3]. Podobne spostrzeżenia poczynili Brown i Harris [4]. Zauważyli oni, że osoby, które nie mogą liczyć na wsparcie społeczne, szczególnie w trudnych, stresujących sytuacjach życiowych i kryzysowych, znacznie częściej popadają w depresję.

Ludzie izolujący się, lub izolowani, znacznie bardziej narażeni są na ryzyko chorób niż osoby zintegrowane społecznie. Od integracji społecznej – lub jej braku – może zależeć nie tylko zachorowanie, ale także przebieg choroby i wyzdrowienie. Zależność tę wykazano w odniesieniu do rozmaitych problemów zdrowia, poczynając od zwykłego przeziębienia, do depresji, chorób nowotworowych, sercowo-naczyniowych czy zakażenia wirusem HIV [5]. Od dawna zauważa się, że stopień zakorzenienia w relacjach i sieciach zapewniających wsparcie społeczne jest silnym predyktorem zdrowia i zachorowalności [5, 6]. U niezintegrowanych społecznie osób powrót do zdrowia jest znacznie wolniejszy. Ci pacjenci, którzy podczas pobytu w szpitalu otrzymywali wsparcie, odwiedzani byli przez najbliższych – szczególnie współmałżonków – znacznie wcześniej wypisywani byli niż ci, którzy mieli niewiele wizyt. Helgeson [7] stwierdziła nawet, że już sama spostrzegana dostępność wsparcia jest dobrym predyktorem wyzdrowienia i ponownego przystosowania się do normalnego życia.

Wsparcie – szczególnie emocjonalne – udzielane bliskim ma bardzo korzystny wpływ na ich powrót do zdrowia, m.in. dzięki temu, że budzi w nich optymistyczne przekonania o sobie i zwiększa ich odporność konieczną do radzenia sobie z ograniczeniami oraz stanami pogorszenia i remisji [5].

W badaniach nad rolą wsparcia społecznego dowiedziono, że wpływa ono pozytywnie na poziom zdrowia, zapobiega stanom patologicznym zarówno w sferze psychiki, jak i funkcji somatycznych. Szczególnie dobrze udokumentowane są wnioski, że brak wsparcia społecznego lub niski jego poziom oraz samotność pogarszają samopoczucie pacjenta [1, 6, 8]. Istnieją jednak wciąż znaczne trudności w określeniu relacji między wsparciem a chorobą oraz leżącego u podłoża tej choroby mechanizmu. Zdecydowana większość przekonań dotyczących tej problematyki ciągle ma status hipotez. Hipoteza buforowa głosi, iż wysoki poziom wsparcia społecznego chroni jednostkę przed niekorzystnymi konsekwencjami stresu, natomiast dla osób doświadczających stresu o niewielkim nasileniu wsparcie społeczne jest mało istotne [2, 8]. Wynika stąd, że staje się ono potrzebne dopiero w stresujących wydarzeniach życiowych. Źródłem hipotezy buforowej jest obserwacja, iż niektórzy ludzie nie chorują mimo doświadczania silnego i permanentnego stresu, u innych natomiast stosunkowo słaby stres powoduje liczne zaburzenia. Przypuszcza się, że w sytuacji silnego stresu istniejące, spostrzegane, lub

otrzymywane wsparcie społeczne działa jak bufor osłabiający zagrożenie patologią – obniża napięcie stresowe i umożliwia przezwyciężenie trudności, a włączając się w złożony mechanizm stresu i radzenia sobie z nim zmniejsza jego negatywne skutki [9, 10]. Trudności życiowe pokonywane dzięki wsparciu społecznemu wywołują więc mniejszy dystres i w konsekwencji stosunkowo małą liczbę objawów chorobowych. Bez tego wsparcia pociągnęłyby za sobą znacznie gorsze skutki.

Jaworowska-Obłój i Skuza [11] przytaczają wyniki różnych badań, z których płynnie konkluzja o neutralizującym stres działaniu wsparcia społecznego. Jako przykład opisują badania, w których poszukiwano związku między wsparciem społecznym, doświadczanym stresem a dawką leków niezbędnych do zwalczania objawów choroby. Największa dzienna dawka kortykosteroidów konieczna była u tych pacjentów, którzy mając niewielkie wsparcie społeczne przeżywali silne stresy. Przytaczają też wyniki badań potwierdzające, że kobiety, które doświadczały przed chorobą i w czasie jej trwania wielu stresujących wydarzeń, a otrzymywały małe wsparcie społeczne, miały znacznie więcej komplikacji zdrowotnych niż kobiety z podobnymi doświadczeniami, którym zaoferowano duże wsparcie.

Zwolennicy innego ujęcia relacji pomiędzy wsparciem społecznym a zdrowiem – wskazując na prozdrowotną funkcję wsparcia społecznego – postulują istnienie tzw. efektu głównego (efektu bezpośredniego, mechanizmu prostego) [8, 12]. W tym podejściu wsparcie jako wskaźnik integracji jednostki ze środowiskiem jest niezależnym czynnikiem wpływającym na zdrowie i dobrostan, gdyż daje człowiekowi poczucie przynależności, bliskości, stabilności i bezpieczeństwa [13]. Bez względu na poziom stresu, człowiek dobrze osadzony we wspierającym środowisku powinien mieć lepszą kondycję psychofizyczną i być zdrowszy od tych, którzy wsparcia nie doświadczają. Niski poziom wsparcia uważany jest za jedną z przyczyn zaburzeń, dlatego może być zapowiedzią choroby.

### **Cel badań**

Podjęte badania miały na celu poszerzenie wiedzy o funkcjonowaniu pacjentek depresyjnych w zależności od wsparcia społecznego. Obecny stan wiedzy dotyczącej tej problematyki wydaje się niewystarczający. Brak jest wciąż systematycznych badań ukazujących związek pomiędzy depresją a posiadaniem lub brakiem sieci wsparcia społecznego. W aspekcie tego wydało mi się więc zasadne postawienie pytania, czy istnieją różnice w poczuciu bezpieczeństwa i jego składowych między kobietami z rozpoznaną depresją a ich zdrowymi rówieśniczkami?

### **Charakterystyka badanej populacji. Czas i miejsce badania**

Grupę badaną stanowiły kobiety z klinicznym rozpoznaniem depresji. Pacjentki spełniały kryteria według ICD-10 umieszczone w indeksie w grupie F 32, F 33, F 34, F 38 i F 39. Klasyfikowano je do badania na podstawie informacji uzyskanych od lekarza prowadzącego. Dane dotyczące okoliczności przyjęcia do szpitala, czasu trwania hospitalizacji, metody leczenia, wykształcenia i wieku zaczerpnięto z dokumentacji

lekarskiej. Grupa badana liczyła 60 kobiet. Grupę porównawczą stanowiło również 60 kobiet, bez patologicznego nasilenia objawów depresyjnych, które nigdy nie korzystały z podstawowej opieki psychiatrycznej i nie były hospitalizowane psychiatrycznie.

Aby dobór do obu grup był poprawny metodologicznie i aby grupy nie różniły się istotnie, starano się również zwracać uwagę na takie zmienne, jak: wiek, wykształcenie i poziom nasilenia objawów depresyjnych. Nasilenie objawów oceniano na podstawie Inwentarza Depresji – Hipochondrii (podskali depresji). Szczegółowe dane o grupach badanych ilustruje tabela 1.

Tabela 1

**Wiek, wykształcenie i poziom nasilenia objawów depresyjnych badanych kobiet**

Badane grupy	Wiek						Wykształcenie				Poziom depresji		
	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	wyższe	średnie	zawodowe	podstawowe	brak depresji (0-10 pkt.)	d. umiarkowana (11-20 pkt.)	depresja głęboka (> 21 pkt.)
Pacjentki depresyjne N <sub>1</sub> = 60	6	6	12	14	11	11	15	15	15	15	0	12	48
Pacjentki niedepresyjne N <sub>2</sub> = 60	6	6	12	14	11	11	15	15	15	15	60	0	0

Źródło: opracowanie własne

Badania do niniejszej pracy prowadzone były od maja 2000 r. do lutego 2002 r. w II Klinice Akademii Medycznej w Gdańsku oraz w Szpitalu dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Starogardzie Gdańskim. Miały charakter indywidualny, były anonimowe, a badane nie знаły kryteriów, na podstawie których zostały do nich zakwalifikowane. Wszystkie kobiety (zarówno z grupy badanej, jak i porównawczej) zostały poinformowane o celu badania, jego przebiegu i wyraziły na nie zgodę. Byłam obecna przy wszystkich badaniach pacjentek depresyjnych i zdrowych, wyjaśniając wszelkie pojawiające się wątpliwości.

### Narzędzia badawcze

W badaniach, które przeprowadziłam, posłużyłam się następującymi technikami diagnostycznymi: Kwestionariuszem Poczucia Bezpieczeństwa (KPB) – Z. Uchnasta, oraz Inwentarzem Depresji – Hipochondrii (podskalą depresji) – T. L. Brinka.

Zastosowane przeze mnie kwestionariusze są często używane w praktyce klinicznej i badaniach naukowych, spełniają wszystkie wymogi współczesnej psychometrii. Umożliwiają także zebranie w stosunkowo krótkim czasie szerokiego materiału empirycznego obejmującego kilka sfer funkcjonowania jednostki.

Kwestionariusz Poczucia Bezpieczeństwa w swoich założeniach teoretycznych i empirycznych odwołuje się do teorii hierarchii potrzeb, teorii wsparcia społecznego i podstawowego motywacyjnego dylematu jednostki: bezpieczeństwo – rozwój. Celem kwestionariusza jest określenie sposobu funkcjonowania danej osoby w zależności od stanu zdrowia psychicznego, wsparcia społecznego, stopnia aprobowania siebie i stosunku do własnego rozwoju. KPB – zawierający 30 pytań – służy do oceny poczucia bezpieczeństwa i jego składowych: poczucia bliskości, stabilności i poczucia zaufania do siebie [14]. Wybór tej techniki pozwolił na oszacowanie wartości wskaźników wsparcia społecznego. Wydaje się, że pacjenci depresyjni czują się lepiej zintegrowani, łatwiej dają sobie radę w sytuacjach trudnych, ponoszą mniejsze negatywne konsekwencje sytuacji stresowych związanych z chorobą wówczas, gdy relacje z innymi ludźmi zapewnią im: zewnętrzne i wewnętrzne bezpieczeństwo, spełnienie pragnienia więzi, przekonanie o własnej wartości oraz poczucie niezawodności przyjaźni [15]. W KPB możliwy jest wybór jednej z trzech odpowiedzi. Nie ogranicza się czasu na odpowiedzi. KPB może być wykorzystany zarówno do badań indywidualnych, jak i grupowych.

Inwentarz Depresji – Hipochondrii (podskala depresji) jest skalą samooceny, służącą do opisanego nastroju i pozwalającą na ocenę nasilenia objawów depresyjnych. Podskala depresji zawiera 30 pytań. Zadaniem osoby badanej jest ustosunkowanie się do nich poprzez zakreślenie odpowiedzi „tak” lub „nie”. Wyniki w tej podskali otrzymuje się przez sumowanie diagnostycznych odpowiedzi udzielonych w ramach tej zmiennej. Osoba badana może uzyskać od 0 do 30 punktów. Interpretacja punktowa przedstawia się następująco: 0–10 – brak patologicznego nasilenia objawów depresyjnych, 11–20 – umiarkowane nasilenie depresji, 21–30 – depresja głęboka [16].

### **Wyniki badania za pomocą Kwestionariusza Poczucia Bezpieczeństwa (KPB)**

Wyniki pomiaru za pomocą KPB (zawarte w tabeli 2) posłużyły do zweryfikowania hipotezy, zakładającej występowanie statystycznie istotnych różnic w poziomie poczucia bezpieczeństwa i jego składowych: poczucia bliskości, poczucia stabilności, poczucia zaufania do siebie, między kobietami depresyjnymi i kobietami niedepresyjnymi.

Statystycznie istotne różnice ( $p < 0,001$ ) ujawniły się między średnimi wskaźnikami pomiaru nasilenia wszystkich składowych globalnego poczucia bezpieczeństwa. Z danych zawartych w tabeli 2 wynika, że kobiety z depresją, w porównaniu z kobietami z grupy porównawczej, charakteryzują się znacznie słabszym poczuciem bliskości, mniejszą stabilnością oraz mniejszym zaufaniem do siebie. Hipoteza znalazła więc potwierdzenie ( $p < 0,001$ ). U pacjentek depresyjnych stwierdza się wyraźnie niższy poziom zaspokojenia potrzeby bezpieczeństwa, będącej wskaźnikiem przystosowania jednostki do warunków społecznych, niż u kobiet bez patologicznego nasilenia objawów depresyjnych. Słabe poczucie bezpieczeństwa wpływa również na ograniczenie i deteriorację zarówno oczekiwanego, jak i spostrzeganego wsparcia społecznego.

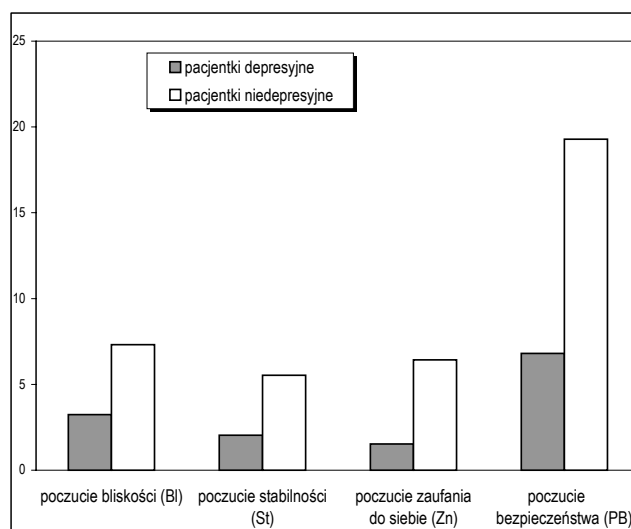
Średnią ( $M$ ) ze wskaźników oceny poczucia bezpieczeństwa i jego składowych: poczucia bliskości ( $B1$ ), poczucia stabilności ( $St$ ) i zaufania do siebie ( $Zn$ ) ilustruje rysunek 1.

Tabela 2

Średnie (M) i odchylenia standardowe (SD) wyników KPB oraz wartości testu F i t uzyskane w badaniu istotności różnic między wariancjami a średnimi analizowanych zmiennych

	Pacjentki depresyjne		Pacjentki niedepresyjne		F	p	t	p
	M <sub>1</sub>	SD <sub>1</sub>	M <sub>2</sub>	SD <sub>2</sub>				
Poczucie bliskości (Bl)	3,2333	2,2198	7,3167	2,6070	1,379	0,0713	9,160	< 0,001
Poczucie stabilności (St)	2,0333	2,1860	5,5333	2,9885	1,869	0,0277	7,261	< 0,001
Poczucie zaufania do siebie (Zn)	1,5333	1,7989	6,4333	3,1211	3,010	0,0003	10,448	< 0,001
Poczucie bezpieczeństwa (PB)	6,8000	5,1149	19,2833	7,6404	2,231	0,0032	10,429	< 0,001

Źródło: opracowanie własne



Rys. 1. Porównanie średnich wartości Bl, St, Zn, PB u kobiet depresyjnych i niedepresyjnych

Uzyskane wyniki uprawniają do stwierdzenia, że pacjentki depresyjne charakteryzują się deterioracją spostrzeganego i oczekiwanego wsparcia społecznego oraz wyraźnie słabszym poczuciem bezpieczeństwa przy jednoczesnym silnym poczuciu izolacji, wyobcowania, niepokoju, przypadkowości i chwiejności. Zaznacza się u nich również poczucie niższości, niepewności i onieśmienia, poczucie słabości i bezradności.

### Omówienie wyników

W niniejszych badaniach stwierdzono różnice w poczuciu bezpieczeństwa pomiędzy pacjentkami z depresją a kobietami bez patologicznego nasilenia objawów depresyjnych. Wykazano też, że badane grupy kobiet różnią się pod względem poczucia bliskości, stabilności i zaufania do siebie.

W grupie pacjentek depresyjnych zauważono wyraźnie niższy poziom zaspokojenia potrzeby bezpieczeństwa i wszystkich jego składowych związanych ze wsparciem społecznym. Jest to zgodne z wynikami innych badań, które wykazują, że objawy depresji korelują ujemnie z poszukiwanym, oczekiwanym i spostrzeganym wsparciem społecznym [3, 17]. Ustalenia te pokrywają się też z teorią Bowlby'ego [18], wedle której styl więzi społecznej nie zaspokajającej poczucia bezpieczeństwa osłabia odporność jednostki na stres.

W literaturze psychologicznej dotyczącej wpływu wydarzeń stresowych na zdrowie psychiczne zwraca się uwagę na czynniki zwane moderatorami, które chronią jednostkę przed szkodliwymi skutkami stresu. W pracach poświęconych zdrowiu osób dorosłych podkreśla się szczególnie moderującą rolę zmiennych osobowościowych oraz środowiskowych, wśród których istotne miejsce przypisuje się wsparciu społecznemu [1, 8, 12, 19]. Wsparcie społeczne jest szczególnie ważne także w radzeniu sobie ze stresem wywołanym przez chorobę [1]. Szereg dowodów jasno wskazuje, że osoby dysponujące bardziej rozbudowaną siecią wsparcia społecznego lepiej i efektywniej radzą sobie ze skutkami stresu niż osoby, które takiego wsparcia nie mają [13].

Użyteczność wspierających relacji zależy od rodzaju ofiarowanego wsparcia oraz jego źródła [8]. Można więc przypuszczać, że szeroka sieć pomocy oraz dostęp do wielu źródeł wsparcia społecznego będą dla pacjentów depresyjnych ważniejsze niż wsparcie płynące z jednego źródła. Podstawowym źródłem pomocy i wsparcia dla chorych są przede wszystkim najbliżsi (rodzice, dzieci, krewni, przyjaciele, lekarz prowadzący). To oni służą za wzór do naśladowania w radzeniu sobie z problemami, zaspokajają podstawowe potrzeby i dają poczucie bezpieczeństwa [1, 20, 21].

Z literatury wynika, że poczucie bezpieczeństwa odgrywa rolę swoistego bufora pomiędzy stresem a ewentualnymi objawami chorobowymi [8, 22]. Dzięki poczuciu bezpieczeństwa ludzie postrzegają wydarzenia życiowe jako mniej stresujące, lepiej radzą sobie w trudnych sytuacjach [23], unikają nadmiernego pobudzenia fizjologicznego i racjonalnie starają się dbać o swoje zdrowie [24]. Poczucie bezpieczeństwa zmniejsza lęk, potęguje zdolności przystosowywania się do warunków stresowych, wzmacnia poczucie własnej wartości.

Brak lub niski poziom poczucia bezpieczeństwa łączy się natomiast z wysokim poziomem osamotnienia [25], wysokim poziomem niepokoju, słabym poczuciem stabilności, nieufnością i wrogością do świata społecznego [14].

Deterioracja poczucia bezpieczeństwa ma często swoje konsekwencje również w sferze zachowania. Brak zaufania do siebie, niechęć, poczucie bezsensu własnej egzystencji, postrzeganie świata jako niebezpiecznego, wrogiego mogą silnie motywować pacjentów depresyjnych do zachowań o charakterze eskapistycznym. Również odwrotna tendencja – poczucie braku akceptacji, żal, poczucie izolacji, wyobcowa-

nia, beznadziejności, może wyzwać zachowania o charakterze zaczepnym, nawet agresywnym [26].

Uzyskane w niniejszych badaniach dane potwierdzają więc, że słabe poczucie bezpieczeństwa u kobiet z depresją może być ważnym regulatorem ich zachowań w odniesieniu do oczekiwanego i spostrzeganego wsparcia społecznego.

Z literatury przedmiotu wynika, że poczucie bezpieczeństwa, bliskości i związane z nim wsparcie społeczne wpływają na sposób radzenia sobie ze stresem [8]. Uważa się, że więź bezpieczna ułatwia przystosowanie i poprawia samopoczucie w niesprzyjających sytuacjach. Uzyskane w toku niniejszego badania dane potwierdzają, że osoby o silnym poczuciu bezpieczeństwa postrzegają siebie w sposób spójny, w dobrym świetle, czują się zakorzenione w otaczającym społeczeństwie, mają zaufanie do siebie, potrafią skutecznie rozwiązywać problemy. Dzięki temu mają poczucie panowania nad stresem, wybierają skuteczniejsze sposoby postępowania i radzenia sobie, nastawione przede wszystkim na problem i zadanie [17]. Do tego dochodzą inne właściwości poczucie bezpieczeństwa, jak pozytywne nastawienie do życia, pozytywny obraz własnej osoby, związany z zaufaniem do siebie, czy umiejętność poszukiwania i korzystania w trudnych sytuacjach ze wsparcia społecznego [27].

Uważa się jednocześnie, że brak lub deterioracja poczucia bezpieczeństwa obniża odporność na stres. Jak dowiedziono – w badaniach za pomocą KPB – charakteryzujące się słabym poczuciem bezpieczeństwa kobiety mają mniejsze zaufanie do siebie i swoich możliwości, nie ufają innym i dlatego w warunkach stresowych stają się niespokojne, często nawet agresywne. W obrazie własnej osoby zaznacza się u nich poczucie niższości, niepewności i onieśmienia, poczucie słabości i bezradności. Prowadzi to często do wszechogarniającego zniechęcenia, tendencji kompensacyjnych lub neurotycznych [28].

Słabe poczucie bezpieczeństwa zmniejsza także umiejętności radzenia sobie z problemami. Pacjenci depresyjni opowiadają, że boją się sytuacji trudnych i uważają, że nad nimi nie panują. Zdaniem Seligmmana [29] niski poziom poczucia bezpieczeństwa przeszkadza w podjęciu skutecznego działania. Ponadto łatwo przenosi się ono na inne sytuacje, upośledzając zdolność radzenia sobie z nimi, nawet jeśli nie mają one traumatycznego charakteru. Efektem jest nie tylko ograniczona zdolność do radzenia sobie z przeciwnościami losu, lecz również słabsze poczucie wsparcia społecznego. Wydaje się także, że osoby o niskim poziomie poczucia bezpieczeństwa, stabilności, małym zaufaniu do siebie łatwo mogą w sytuacji stresowej wpaść w błędne koło. Nie potrafiąc prosić o pomoc, a jednocześnie ograniczając swój potencjał jedynie do zasobów wewnętrznych – w momentach kryzysowych, trudnych radzą sobie gorzej. Niski poziom poczucia stabilności, poczucie beznadziejności zaistniałej sytuacji zwiększa się, co jeszcze bardziej obniża skuteczność działania i radzenia sobie z sytuacją choroby, pogłębiając jej negatywne skutki.

Analiza wyników badań własnych skłoniła mnie do zastanowienia się, czy słabe poczucie bezpieczeństwa jest elementem struktury osobowości pacjentek depresyjnych, czy też elementem zmian, jakie następują w osobowości człowieka na skutek procesu chorobowego?



Badania pokazują, że zagrożenie dla życia, wstrząs, wypadek, trauma czy straty mogą mieć głęboki wpływ na zaufanie do siebie, poczucie skuteczności, stabilności i bezpieczeństwa [30]. Prawdopodobnie zatem, przeciwności życiowe, czy doświadczenia choroby, mogą także wpływać na osobowość i wywoływać w niej zmiany. Uzyskane wyniki badań własnych nie uprawniają jednak do formułowania tak daleko idących wniosków.

Zdrowie i dobrostan ludzi ulega pogorszeniu bezpośrednio z powodu choroby, pośrednio zaś – mniejszego wsparcia społecznego [31].

Zjawisko deterioracji wsparcia społecznego jest wynikiem działania wielu czynników, z których najważniejszym wydaje się zakłócenie w sieci społecznych powiązań, w związku ze słabnącym poczuciem bliskości, stabilności i zaufania do siebie. Główną siłą przeciwdziałającą szkodliwym skutkom deterioracji wsparcia społecznego jest – zdaniem Kaniastego i Norris [32] – jego mobilizacja, szeroko rozumiana jako wszelkiego rodzaju akt pomocy kierowany do chorych. Im większej pomocy doznają pacjenci (ze strony najbliższych, przyjaciół, lekarzy, instytucji społecznych udzielających wsparcia), tym mniejszej doświadczają utraty wsparcia, oczekiwanego i spostrzeganego.

### Wnioski

1. U pacjentek depresyjnych stwierdza się wyraźnie niższy poziom zaspokojenia potrzeby bezpieczeństwa.
2. Kobiety z depresją charakteryzują się znacznie słabszym poczuciem bliskości, mniejszą stabilnością oraz mniejszym zaufaniem do siebie.
3. U pacjentek depresyjnych, w porównaniu z kobietami bez patologicznego nasilenia objawów depresyjnych, obserwuje się deteriorację spostrzeganego i oczekiwanego wsparcia społecznego.

### Уровень насилья показателей общественной поддержки, собственная борьба со стрессом, вызванным болезнью у депрессивных пациенток

#### Содержание

**Введение.** Проблемы общественной поддержки уже нашли свое место в исследованиях над влиянием психосоциальных изменчивых на состояние здоровья. Общественная поддержка рассматривается как одна из факторов, которые могут защитить человека перед появлением болезненного состояния, или же способствовать здоровью.

**Задание.** Заданием исследования было определение способа функционирования депрессивных пациенток в аспекте общественной поддержки.

**Метод.** Две группы женщин по 60 в каждой – с депрессией и без нее исследованы при помощи Глосария чувства безопасности З.Ушнаста. Проведен анализ показателей общественной поддержки, таких как: чувство безопасности, близости, стабильности и веру в себя. В исследовании принимали участие женщины с диагностированной депрессией, а также женщины без патологического усиления депрессивных симптомов.

**Результаты.** На основании полученных результатов исследований обнаружено наличие разниц в увеличении всех показателей общественной поддержки в обеих группах женщин.

**Выводы.** Депрессивные женщины характеризуются значительно низшим чувством близости, меньшей стабильностью и низкой верой в себя. У депрессивных пациенток

присутствует также выражено низкий уровень обеспечения необходимости безопасности, который является показателем приспособления человека к общественным условиям. Низкое чувство безопасности также влияет на ограничение и детериорацию как ожидаемого, так и наблюдаемого общественного подерживания.

### **Level der Intensität der Indexe der sozialen Unterstützung und Selbsthilfe beim Stress, der bei depressiven Patientinnen durch die Krankheit verursacht wurde**

#### **Zusammenfassung**

**Einleitung.** Die Problematik der sozialen Unterstützung hat schon einen festen Platz in den Studien an dem Einfluss der psychosozialen Variablen auf die Gesundheit. Die soziale Unterstützung wird als ein der Faktoren betrachtet, die vor dem Krankheitszustand schützen oder zum Gesundheitszustand beitragen kann.

**Ziel.** Das Ziel der in der Arbeit durchgeführten Studie war die Bestimmung der Art und Weise der Funktionsweise der depressiven Patientinnen im Hinblick auf die soziale Unterstützung.

**Methode.** 60 Patientinnen mit der Depression und 60 gesunde Frauen ohne pathologische Intensität der Depressionssymptome wurden mit dem Fragebogen für Sicherheitsgefühl (KPB) von Z. Uchnast untersucht. Analysiert wurden solche Indexe der sozialen Unterstützung wie: Sicherheitsgefühl, Nähe, Stabilität, gegenseitiges Vertrauen. An der Studie nahmen die Frauen mit der diagnostizierten Depression und die Frauen ohne pathologische Intensität der Depressionssymptome teil.

**Ergebnisse.** Aufgrund der Studienergebnisse wurden die Unterschiede in der Intensität aller Indexe der sozialen Unterstützung in beiden untersuchten Gruppen der Frauen festgestellt (Aufgabestrategien).

**Schlussfolgerungen.** Die Frauen mit der Depression charakterisieren sich mit einem bedeutend niedrigeren Gefühl der Nähe, einer kleineren Stabilität und einem niedrigeren Vertrauen gegenüber sich selbst. Das niedrige Sicherheitsgefühl beeinflusst auch die Begrenzung und Deterioration sowohl der erwarteten als auch der wahrgenommenen sozialen Unterstützung.

### **Le niveau des paramètres du support social et sa corrélation avec les méthodes de se débrouiller avec le stress des femmes souffrant de la dépression**

#### **Résumé**

**Introduction.** Le problème du support social a sa position bien établie dans les recherches concernant l'influence des facteurs psychosociaux sur la santé. Le support social est traité comme un des facteurs préservant des symptômes de la maladie ou contribuant à l'amélioration de l'état de santé.

**Objectif.** Cet étude vise à déterminer comment le support social contribue au fonctionnement des patientes souffrant de la dépression.

**Méthode.** On examine 60 patientes souffrant de la dépression et 60 femmes saines à l'aide du questionnaire KPB (Questionnaire du Sentiment de Sécurité de Z. Uchnast). On analyse des paramètres suivants: sentiments de : sécurité, d'intimité, de stabilité, de confiance en soi-même.

**Résultats.** L'analyse des résultats démontre l'existence des différences du niveau des paramètres du support social dans les deux groupes examinés.

**Conclusions.** Les femmes souffrant de la dépression ont le niveau abaissé des paramètres suivants: sentiment d'intimité, de stabilité et de confiance en soi-même. Elles ont aussi le niveau abaissé du sentiment de sécurité qui est l'indice d'adaptation aux conditions sociales. Ce niveau abaissé du sentiment de sécurité cause aussi la limitation et la détérioration du support social, aperçues et attendues.

#### **Piśmiennictwo**

1. Sęk H. *Rola wsparcia społecznego w warunkach stresu życiowego. O dopasowaniu wsparcia do wydarzeń stresowych.* W: Sęk H, Cieślak R, red. *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2004, s. 49–67.

2. Taylor SE. *Psychologia zdrowia: nauka i praktyka*. Now. Psychol. 1992, 1: 37–56.
3. Sherbourne CD, Hays RD, Wells KB. *Personal and psychosocial risk factor for physical and mental health outcomes and course of depression among depressed patients*. J. Consult. Clin. Psychol. 1995, 63: 345–355.
4. Brown GW, Harris TO. *Social origins of depression: A study of psychiatric disorders in women*. New York: Free Press; 1978.
5. Knoll N, Schwarzer R. *Prawdziwych przyjaciół... Wsparcie społeczne, stres, choroba i śmierć*. W: Sęk H, Cieślak R, red. *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2004, s. 29–48.
6. Sęk H. *Spoleczno-kliniczne podstawy teoretyczne różnych form pomocy psychologicznej. Wybrane zagadnienia psychoprofilaktyki*. W: Sęk H, red. *Spoleczna psychologia kliniczna*. Warszawa: PWN; 1991, s. 472–503.
7. Helgeson VS. *The onset of chronic illness: Its effect on the patient-spouse relationship*. J. Soc. Clin. Psychol. 1993, 12: 406–428.
8. Sęk H, Cieślak R. *Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne*. W: Sęk H, Cieślak R, red. *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2004, s. 11–28.
9. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer; 1984.
10. Wheaton B. *Models for stress-buffering functions of coping resources*. J. Health Soc. Behav. 1985; 26: 352–364.
11. Jaworowska-Oblój Z, Skuza B. *Pojęcie wsparcia społecznego i jego funkcje w badaniach naukowych*. Przegl. Psychol. 1986; 3: 733–746.
12. Sęk H. *O wieloznacznych funkcjach wsparcia społecznego*. W: Cierpiakowska L., Sęk H, red. *Psychologia kliniczna i psychologia zdrowia. Wybrane zagadnienia*. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora; 2001, s. 13–32.
13. Cohen S, Wills TA. *Stress, social support and the buffering hypothesis*. Psychol. Bull. 1985; 98: 310–357.
14. Uchnast Z. *Metoda pomiaru poczucia bezpieczeństwa*. W: Januszewski A, Uchnast Z, Witkowski J, red. *Wykłady z psychologii w KUL*, t.5. Lublin: Wyd. KUL; 1990, s. 95–198.
15. Kmiecik-Baran K. *Skala wsparcia społecznego. Teoria i właściwości psychometryczne*. Przegl. Psychol. 1995, 38: 201–214.
16. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, Leier O. *Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report*. J. Psychiatr. Res. 1983, 17: 37–49.
17. Parker JD, Endler NS. *Coping with coping assessment*. Eur. J. Personal. 1992; 6: 321–344.
18. Bowlby J. *Attachment and loss: Sadness and separation*. New York: Basic Books; 1980.
19. Cohen S, Hoberman H. *Positive events and social supports as buffers of life change stress*. J. Appl. Soc. Psychol. 1983; 13: 99–125.
20. Green BL, Korol M, Grace MC, Vary MG, Leonard AC, Gleser GC, Smitson-Cohen S. *Children and disaster: Age, gender and parental effects on PTSD symptoms*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1991; 30: 945–951.
21. Warheit G, Zimmerman R, Khoury E, Vega W, Gil A. *Disaster related stresses, depressive signs and symptoms, and suicidal ideation among a multi-racial/ethnic sample of adolescents: A longitudinal analysis*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1996; 37: 435–444.
22. Kobasa SC, Maddi SR, Kahn S. *Hardiness and health: A prospective study*. J. Person. Soc. Psychol. 1982, 42: 168–177.
23. Ghorbani N, Watson PJ, Morris RJ. *Personality, stress and mental health: Evidence of relationships in a sample of Iranian managers*. Person. Individ. Differ. 2000; 28: 647–657.

24. Allred KD, Smith TW. *The hardy personality: Cognitive and physiological responses to evaluative threat*. J. Person. Soc. Psychol. 1989, 56: 257–266.
25. Hazan C, Shaver PR. *Romantic love conceptualized as an attachment process*. J. Person. Soc. Psychol. 1987, 52: 511–524.
26. Kobak RR, Sceery A. *Attachment in late adolescence: Working models, affect regulation and representations of self and others*. Child Develop. 1988; 59: 135–140.
27. Priel B, Shamai D. *Attachment style and perceived social support: Effects on affect regulation*. Personal. Individ. Differ. 1995; 19: 235–241.
28. Drwał RŁ, Brzozowski P. *Zrewidowany inwentarz osobowości H. J. Eysencka (EPQ-R)*. W: Drwał RŁ, red. *Adaptacja kwestionariuszy osobowości*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1995, s. 109–131.
29. Seligman M. *Optymizmu można się nauczyć*. Poznań: Media Rodzina of Poznań; 1996.
30. Hershenson D. *A systems reformulation of a developmental model of work adjustment*. Rehabil. Counsell. Bull. 1996; 49: 2–10.
31. Czapiński J. *Psychologiczne teorie szczęścia*. W: Czapiński J, red. *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2004, s. 51–102.
32. Kaniasty K. *Dynamika wsparcia społecznego w kontekście stresu społeczności*. W: Lachowicz-Tabaczek K, red. *Psychologia środka: pomiędzy teorią a praktyką psychologiczną*. Wrocław: Alta 2; 2001, s. 43–82.

Otrzymano: 30.08.2005

Zrecenzowano: 11.10.2005

Przyjęto do druku: 7.01.2006

Adres: 81-041 Gdynia  
ul. Chyłońska 111/38