

Barbara Toroń-Fórmanek

Uniwersytet Zielonogórski

ORCID: 0000-0003-1699-3679

e-mail: b.toron-formanek@wpaps.uz.zgora.pl

Paulina Borek

Uniwersytet Zielonogórski

e-mail: pau.borek@gmail.com

POTRZEBA WSPARCIA SPOSTRZEGANEGO W ŻYCIU OSÓB STARSZYCH CHORYCH PRZEWLEKLE

Wstęp

Literatura przedmiotu podaje, że wsparcie społeczne, a dokładniej – więzi społeczne, odgrywają istotną rolę w procesie powrotu do zdrowia, ale co więcej, istotne są już one także na etapie jego utraty i diagnozowania. Zadowolenie ze swojego stanu zdrowia w dużej mierze uzależnione jest od dostępu do odpowiednich informacji, umożliwiając one bowiem pogłębienie wiedzy i przyjęcie postawy zwalczania choroby. Choroby przewlekłe uznaje się za poważny problem współczesnego świata, a konsekwencje dotyczą nie tylko osób chorujących, ale także całego społeczeństwa. Największa częstotliwość schorzeń przewlekłych występuje w starszych grupach wiekowych. Okres starości jest naturalnie związany z pogorszeniem się atrakcyjności fizycznej, sprawności i zdrowia, wskutek naturalnych procesów inwolucyjnych. Zmiany związane z tym okresem czasami potęgowane są przez występujące choroby i dolegliwości oraz stany psychofizyczne. Dolegliwości wynikające ze specyfiki choroby przewlekłej, a pogłębione przez wiek, niosą za sobą potrzebę wspomagania osób chorujących – dotyczy to zarówno pomocy ze strony ich najbliższych, jak i personelu medycznego, każda choroba powoduje bowiem cierpienie fizyczne i psychiczne (Rogała 2010, s. 125).

Choroba przewlekła w życiu osób starszych

Za jeden z najpoważniejszych problemów zdrowotnych krajów rozwiniętych uznaje się choroby przewlekłe, które odpowiadają w 60% za przyczynę zgonów, przy czym 50% dotyczy osób powyżej 70. roku życia (WHO 2005).

Krajowy Instytut Onkologiczny (National Cancer Institute – NCI) w swoim internetowym słowniku podaje następującą definicję choroby przewlekłej:

[...] choroba lub stan, który zwykle trwa 3 miesiące lub dłużej i z czasem może się pogorszyć. Choroby przewlekłe występują zwykle u osób starszych i zazwyczaj można je kontrolować, ale nie można ich wyleczyć. Najczęstsze rodzaje chorób przewlekłych to rak, choroby serca, udar, cukrzyca i zapalenie stawów (NCI).

Michał Ziarko zauważa, że literatura przedmiotu definiuje chorobę przewlekłą w dwojaki sposób – ze względu na czas oraz ze względu na jej właściwości. Kryterium czasu ma odróżniać chorobę przewlekłą od innych. Jeśli chodzi zaś o właściwości – mówi się o długo utrzymujących się symptomach i trudności w identyfikacji przyczyny. Autor wyróżnia jej sześć cech charakterystycznych: przyczyny, istotę, przebieg, czas trwania, metody leczenia oraz konsekwencje (Ziarko 2014, s. 15-18).

Proces starzenia się w ujęciu biologicznym charakteryzuje się zmniejszoną wrażliwością na regenerację ustroju, spadkiem zdolności do samoodnawiania się komórek czy tkanek, a także zmniejszeniem się zdolności adaptacyjnych organizmu (Hayflick 1998, s. 639-653). Można więc powiedzieć, że proces ten związany jest z występowaniem chorób, które nasilają proces samego starzenia się, ograniczają sprawność i stwarzają poczucie zależności od otoczenia (Pabiś, Babik 2007, s. 62-65).

Katarzyna Wieczorowska-Tobis osoby starsze dzieli na trzy grupy:

- osoby zdrowe, w tak zwanej fazie wczesnej starości, często prowadzące aktywny tryb życia;
- osoby chore, ale sprawne pomimo zmagania się z wieloma procesami chorobowymi;
- osoby chore, które zmagają się z różnego stopnia niesprawnością funkcjonalną.

Trudność w opiece nad chorym pacjentem starszym wynika z konieczności odróżnienia konsekwencji powstałych w związku z procesem starzenia się a zmianami chorobowymi. Tę grupę wiekową charakteryzuje także niespecyficzność objawów chorobowych – oznacza to, że choroba objawia się w sposób innych niż dla młodszych grup wiekowych (Wieczorowska-Tobis 2011, s. 18-27).

Światowa Organizacja Zdrowia jako typowe schorzenia w starszym wieku wymienia: utratę słuchu, zaćmę i wady refrakcji, ból pleców i szyi, chorobę zwyrodnieniową stawów, przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, cukrzycę, depresję i demencję. Wiek zwiększa ryzyko wystąpienia kilku schorzeń naraz (WHO).

W tym miejscu warto również zwrócić uwagę na problem wielochorobowości, czyli występowania więcej niż jednego stanu chorobowego. Osoby z wielochorobowością, do których niewątpliwie zaliczają się osoby starsze, wymagają innej opieki – bardziej załozonej (Topór-Mądry 2011, s. 25-49). Problem ten wiąże się z wyższym ryzykiem niesprawności, niższą jakością życia, zwiększoną częstotliwością korzystania z opieki bądź korzystaniem z instytucjonalizowanej opieki oraz wyższym odsetkiem zgonów (Piotrowicz 2013, s. 238-250). Osoby powyżej 80. roku życia są najbardziej narażone na ryzyko wystąpienia wielochorobowości z powodu ograniczonych rezerw czynnościowych narządów (Wieczorowska-Tobis 2011, s. 18-27).

Osoby starsze znajdują się także w grupie ryzyka zdrowotnego ze względu na nadużywanie środków farmakologicznych – to zaś koreluje się ze wspomnianym problemem wielochorobowości. Zagadnienie to wiąże się także z problemem uzależnienia, które prowadzi do poważnych błędów w zakresie interakcji międzylekowych (Jacennik 2008, s. 65). Zjawisko to czasami nazywane jest także polipragmazją, czyli „sytuacją, w której chory przyjmuje więcej niż kilka leków jednocześnie, co prowadzi do znacznego zwiększenia skutków ubocznych stosowanych leków” (Pieprzyk, Pieprzyk 2023, s. 175-188). Istnieje także pojęcie wielolekowości, które oznacza przyjmowanie co najmniej 5 leków, a w skrajnych przypadkach co najmniej 10. Zjawiska te wymuszają na osobach chorych leczenie u dużej liczby specjalistów (Wieczorowska-Tobis 2011, s. 18-27).

Stanisław Rogala uważa, że każda choroba w okresie starości (w tym również choroba przewlekła) niesie za sobą ryzyko pogorszenia nastroju psychicznego. Osoby starsze ze względu na swój wiek znajdują się w poczuciu egzystencjalnego zagrożenia, a każda dodatkowa dolegliwość zdrowotna zwiększa intensywność ich przeżywania (Rogala 2010, s. 125).

Wsparcie społeczne w sytuacjach kryzysowych

Istnieje wiele sposobów ujmowania wsparcia społecznego. Początkowo badania nad tym zagadnieniem skupiały się wokół właściwości grup pomocy i samopomocy, podstawowych potrzeb człowieka, procesów porównywania się z innymi ludźmi. Aktualnie problematykę tę porusza się w aspekcie zachowań pomocnych oraz w związku z sytuacjami trudnymi i kryzysowymi (Sęk, Cieślak 2012, s. 11-28).

Diagnoza choroby oraz proces związany z jej leczeniem bez wątpienia jest zdarzeniem, które wpływa na bieg życia danej jednostki. Wydarzenie to zalicza się do grupy wydarzeń kryzysogennych, które powodują zmiany w różnych sferach życia pacjenta. Choroby znajdują się na szóstym miejscu w kwestionariuszu SRRS (Social Readjustment Rating Scale) wśród ważnych wydarzeń życiowych, które znacznie rzutują na życie jednostki (Sharma 2003, s. 433-437).

Podobnie zauważył Howard Leventhal i współpracownicy. Chorobę przewlekłą badacze również porównali do wydarzenia krytycznego ze względu na łączące je elementy, takie jak: brak zwiastunów choroby, zwiększenie się wymagań wobec jednostki przy jednoczesnym zagrożeniu wobec jej zasobów, doświadczenie krótkotrwałego afektu negatywnego związanego z przeżywaniem np. lęku, brak czasu na efektywne zarządzanie sobą w sytuacji choroby, myśl o przyszłości budzi niepokój (Leventhal i in. 2004, s. 197-240).

Choroby przewlekłe w dużym stopniu są uzależnione od czynników psychospołecznych – te zaś wpływają na elementy takie jak: współuczestnictwo w powstawaniu tychże

chorób, uczestnictwo w ich przebiegu, wpływ na wyniki leczenia oraz rehabilitacji. Co więcej, zasoby psychiczne oraz styl życia danej jednostki, warunki ekonomiczne, stan środowiska naturalnego oraz relacje z innymi ludźmi, a przede wszystkim uzyskiwane od nich wsparcie, w największej mierze warunkują poziom zdrowia, gdyż opieka zdrowotna zapewnia je tylko na poziomie 10-20% (Heszen-Celińska, Sęk 2020, s. 5).

W świetle niniejszej pracy można mówić o perspektywie interakcyjnej, która tłumaczy zachowania zdrowotne poprzez sumę interakcji między jednostką a jej środowiskiem. Można więc stwierdzić, że ludzie są w stanie maksymalnie wykorzystać swój potencjał prozdrowotny, jeśli ich środowisko, którym się otaczają, temu sprzyja, i odwrotnie – im mniej środowisko temu sprzyja, tym bardziej populacja nie jest przystosowana do realizacji zasad zdrowego stylu życia (Jacennik 2008, s. 63-64). Kwestia interakcji między jednostką a środowiskiem jest także zauważalna w definicji zdrowia sformułowanej przez Światową Organizację Zdrowia w 1986 r., która podkreśla istotę środowiska, a w szczególności czynników fizycznych, społecznych i ekonomicznych – determinanty te przyczyniają się do całkowitego, fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu człowieka (WHO 1986).

Procesy adaptowania się do choroby można rozpatrywać z dwóch perspektyw – biomedycznej oraz psychologicznej. Aspekt psychologiczny w tym kontekście związany jest z pojęciem stresu i radzenia sobie z nim. Na efektywne poradzenie sobie ze stresem składają się parametry wsparcia społecznego – konkretnie wsparcia spostrzeganego i otrzymywanego (Sęk 2004, s. 53).

Komunikacja i informacja jako fundamenty wsparcia spostrzeganego

Wsparcie spostrzegane odnosi się do funkcji i jakości relacji społecznych, a dokładniej:

[...] wynika z wiedzy i przekonań człowieka o tym, gdzie i od kogo może uzyskać pomoc, na kogo może liczyć w trudnej, stresowej sytuacji. We wsparciu spostrzeganym ocenia się także przekonanie o dostępności sieci wsparcia. Przy wyodrębnieniu tego procesu wsparcia można także badać poczucie braku wsparcia i stopień samotności jako deficyt spostrzeganego wsparcia w przeciwieństwie do poczucia przynależności, posiadania przyjaciół i pomocnej grupy odniesienia lub opieki (Sęk, Cieślak 2004, s. 20).

Należy wspomnieć, że pojęcie to łączy się także z zagadnieniem wsparcia otrzymywanego, czyli takiego, które jest albo oceniane obiektywnie, albo jest subiektywnie relacjonowane przez odbiorcę jako uzyskiwany rodzaj i ilość tegoż wsparcia. Te dwa sposoby ujmowania wsparcia uzupełniają się oraz pomagają w zrozumieniu wpływów między dobrostanem jednostki a środowiskiem (Sęk, Cieślak 2004, s. 20-21).

Wsparcie spostrzegane opiera się na założeniu, że doświadcza się go w życiu codziennym wskutek afektywnych typów interakcji, a więc tych pozytywnych, jak i ne-

gatywnych (Lakey, Orehek 2011, s. 482-495). Pozytywne interakcje obejmują nie tylko bezpośrednie zapewnienie komfortu jednostce, ale także dzielenie się humorem i spędzaniem wspólnie czasu. Negatywne zaś dotyczą nieudzielania oczekiwanego wsparcia, drażliwość i wycofanie się z komunikacji. Zarówno wsparcie spostrzegane, jak i wspomniane relacje spostrzegane są ważnymi komponentami w życiu osób z poważnymi schorzeniami, a w obliczu sytuacji kryzysowych dochodzi do kombinacji tychże dwóch kwestii (Rivers, Sanford 2020, s. 2758-2778).

Rolę wsparcia spostrzeganego zauważa także Aaron Antonovsky w swojej koncepcji salutogenezy. Według autora silne poczucie koherencji pozwala na skuteczność w radzeniu sobie ze stresem, a co za tym idzie – zachowaniem zdrowia. Pośród czynników składających się na poczucie wspomnianej spójności wymienia się między innymi odbieranie bodźców zarówno z własnego organizmu, jak i ze świata zewnętrznego (Antonovsky 1995, s. 32).

Silne poczucie koherencji istotnie wpływa na postrzeganie sytuacji kryzysowych jako wyzwań, z którymi można się uporać, a nie jako wydarzeń paraliżujących (Koniarek i in. 2003, s. 491-502) – a zatem dochodzi do zatrzymania procesu przetwarzania napięcia emocjonalnego w stres (Antonovsky 1995, s. 43). Kwestia stresu w odniesieniu do zdrowia jest ważna, negatywne emocje powodują bowiem wiele negatywnych skutków, nie tylko psychicznych, ale także somatycznych (Jacennik 2008, s. 35).

Psycholog Richard Lazarus w latach 80. XX wieku opracował tak zwany model transakcyjny, który został zastosowany do zrozumienia procesów radzenia sobie z chorobami przewlekłymi. Zgodnie z założeniami modelu wszystkie doświadczenia związane z chorobami powinny być postrzegane w kontekście osoba-środowisko. Koncepcja mówi o czteroetapowej ocenie własnej sytuacji. Na każdym z etapów dostrzec można istotę wsparcia spostrzeganego, już bowiem na pierwszym z nich pacjent samodzielnie dokonuje oceny ciężkości choroby i elementów zagrożenia. Należy również wskazać, iż drugi etap tego modelu zakłada możliwość, że stres w osobie chorej się nie rozwinie, pod warunkiem, że jednostka swoją chorobę uzna za nieistotną lub stwarzającą minimalne zagrożenie. Jeśli jednak podmiot wysoko oceni stopień zagrożenia, dochodzi wówczas do oceny wtórnej, a więc do określenia kontroli nad chorobą (Sharma 2003, s. 433-437). Teoria ta pozwala na przyjęcie tezy, że własna ocena i odbiór sytuacji stanowią ważne elementy w poczuciu kontroli nad własnym zdrowiem.

Georg Bishop wymienia umiejętności, które pomagają w skutecznym radzeniu sobie z zadaniami, które niesie ze sobą choroba. Należy do nich:

[...] szukanie informacji o chorobie i jej potencjalnych konsekwencjach, trening określonych procedur związanych z chorobą oraz wytyczanie celów. Równie ważne w radzeniu sobie z chorobą są umiejętności społeczne. Choroby przewlekłe mogą ograniczać zdolność wykonywania rozmaitych czynności, stąd też pacjent musi umieć prosić innych o pomoc (Bishop 2000, s. 327).

Do głównych i podstawowych elementów pomocy pacjentom zalicza się edukację w zakresie specyfiki danej choroby, przebiegu jej leczenia oraz ewentualnych konsekwencji. Nie wszystkie jednak choroby można wspomóc jedynie odpowiednią edukacją, czasami obciążenie emocjonalne sprawia, że występuje potrzeba sięgnięcia do psychoterapii (Bishop 2000, s. 336).

Uważa się, że leczenie chorób przewlekłych powinno obligować do działań biegnących w dwóch kierunkach. W pierwszej kolejności uwaga powinna się skupiać wokół specjalistycznej opieki medycznej, jednakże z drugiej strony niezbędna jest także fachowa pomoc, która ułatwiłaby zaadaptowanie się do nowej rzeczywistości (Ziarko 2014, s. 17). Ze względu na fakt, iż choroby przewlekłe wyróżniają się długim czasem ich trwania, a w większości przypadków są nieuleczalne (Sharma 2003, s. 433-437), pomoc osobom chorującym powinna skupić się w dużej mierze na aspekcie psychologicznym, w dodatku bardziej rozciągniętym w czasie w przeciwieństwie do krótkich interwencji lekarskich (Ziarko 2014, s. 17).

Barbara Jacennik podaje, że na zachowanie zdrowotne człowieka wpływ mają środowiska społeczne, ekonomiczne, prawne, fizyczne oraz infrastruktura. Przekonania i wartości odnoszące się zdrowia mogą być więc uformowane w sposób planowy i celowy bądź w sposób uboczny i niezamierzony. W świetle niniejszej pracy ważna wydaje się kwestia kształtowania wartości w sposób pierwszy z wymienionych, czyli zamierzony. Postawy te można uzyskać poprzez przekazywanie wiedzy na temat zdrowia, zachowań zdrowotnych oraz chorób. Strategia ta realizuje wiele założeń, do których zaliczyć można między innymi prawidłową ocenę symptomów bądź zakażenia przez jednostkę, zmianę zachowań antyzdrowotnych czy możliwość podjęcia działań zapobiegawczych. Realizacja tych założeń jest uzależniona od takich elementów jak między innymi: cechy nadawcy, źródła komunikatu czy formy przekazu (Jacennik 2008, s. 25-27).

W przypadku zmagania się z chorobą, zagadnienie wsparcia spostrzeganego warto dostrzec w komunikacji między lekarzem a pacjentem. Podkreśla się, iż ich relacja nie powinna opierać się jedynie na aspekcie medycznym, równie ważną rolę odgrywa bowiem sfera psychospołeczna, a więc okoliczności życiowe pacjenta związane z pracą bądź rodziną. Choć komunikacja powinna mieć charakter obustronny, to okazanie pacjentowi troski i zaangażowania istotnie przyczynia się w zaangażowanie pacjenta w realizację zaleceń lekarskich (Bishop 2000, s. 305-306). Zwraca się ponadto uwagę, iż osoby starsze przeważnie zmuszone są do leczenia u kilku specjalistów, a więc trudnością w ich życiu może być połączenie danych z różnych źródeł, aby opracować odpowiednią strategię leczenia (Heszen-Celińska, Sęk 2020, s. 241-243).

Funkcje zabezpieczająco-opiekuńcze, oprócz opiekunów, są często realizowane przez pielęgniarki środowiskowe. Ze względu na sytuację zdrowotną grupą, która najczęściej korzysta z tego typu usług, są osoby starsze. Oprócz świadczeń typowo

pielęgnacyjno-opiekuńczych podkreśla się również rolę pielęgniarki w procesie informowania pacjentów starszych o możliwościach uzyskania opieki. Badania przeprowadzone w ramach międzynarodowego projektu PROGRESS wykazały, iż istnieje potrzeba uzyskiwania od pielęgniarek informacji na temat instytucji, od których można uzyskać pomoc finansową oraz o możliwości uzyskania pomocy w razie konieczności zaopatrzenia w sprzęt ortopedyczny czy rehabilitacyjny. Pielęgniarki stanowią dla osób starszych również źródło wsparcia emocjonalnego, z którego czerpią życzliwość i empatię w życiu codziennym (Zaczyk i in. 2011, s. 239-243).

Szczególnie silnym przeżyciem stresowym jest hospitalizacja, która wiąże się z izolacją od rodziny, dezorientacją, obniżeniem aktywności, ale także spadkiem pozycji społecznej. Na pobyt w szpitalu pozytywnie wpływa komunikacja z personelem medycznym, której podstawą powinno być informowanie, udzielanie wsparcia, empatia i zrozumienie (Heszen-Celińska, Sęk 2020, s. 238-239), jednakże jako źródło stresu w środowisku szpitalnym oprócz świadomości powagi własnej choroby czy przebywania wśród innych chorych, podaje się brak informacji na temat stanu zdrowia (Jeromaj, Halicka 2005, s. 211) bądź przekazywanie tychże informacji w sposób pospieszny, mało empatyczny czy mało wspierający (Surmacka, Motyka 2014, s. 68-73).

Jako integralny element pomocy medycznej można z pewnością uznać komunikację terapeutyczną, czyli „taki sposób kontaktu (komunikowania się) z chorym, który na drodze psychologicznej wspiera podejmowane wobec niego działania lecznicze, pielęgnacyjne i rehabilitacyjne, choć sam w sobie leczeniem nie jest” (Motyka 2012, s. 127-141). Wymienia się jednak wiele problemów w zakresie komunikacji pacjentów w starszym wieku z personelem medycznym, między innymi: brak umiejętności w jasnym przekazywaniu informacji, zbyt ogólny przekaz w informowaniu czy posługiwanie się specjalistycznym i niezrozumiałym językiem (Sulkowska i in. 2008, s. 40).

Można dostrzec więc, że wsparcie spostrzeganego uzupełnia się także ze wsparciem informacyjnym, które

[...] sprzyja lepszemu zrozumieniu sytuacji, położenia życiowego i problemu. Chodzi tu także o dostarczanie informacji zwrotnych na temat skuteczności różnych działań zaradczych podejmowanych przez osobę wspieraną. [...] Umiejętne dostarczanie informacji powoduje u osoby wspieranej utrzymywanie się poczucia kontroli nad sytuacją i poczucie sprawstwa [...] (Heszen-Celińska, Sęk 2020, s. 161).

Założenia zagadnienia wsparcia spostrzeganego mówią o „wiedzy”, „przekonaniach”, „doświadczeniach” jednostki. Wartości te można dostrzec w grupie osób charakteryzowanych w tej pracy. Specyfika wieku starczego sprzyja w adaptacji do choroby, bowiem seniorzy mają już w mniejszym lub większym stopniu doświadczenia w korzystaniu z usług służby zdrowia, z organizacją leczenia czy procedurami terapeutycznymi i diagnostycznymi (Heszen-Celińska, Sęk 2020, s. 161).

Podsumowanie

Analiza przeprowadzona w niniejszym artykule pozwala na stwierdzenie, że wsparcie społeczne odgrywa ważną rolę w przypadku zmagania się z chorobami przewlekłymi przez osoby starsze, naruszają one bowiem psychiczną równowagę jednostki. Interakcje między człowiekiem a środowiskiem stanowią jeden z najistotniejszych czynników determinujących zdrowie człowieka, ochronę przed jego utratą oraz powrót do sprawności. Badania podkreślają, iż ze względu na specyfikę wieku starczego należy zwrócić uwagę na zaspokajanie potrzeb tychże osób, jednak nie tylko pod względem pomocy w codziennym funkcjonowaniu, ale także na dostarczanie im wsparcia finansowego, materialnego, ale przede wszystkim wsparcia psychicznego. Wsparcie udzielane osobom starszym powinno opierać się na specyfice stanu zdrowia, które charakteryzuje się przewlekłością i wielochorobowością. Okres starości charakteryzuje się zwiększoną potrzebą bezpieczeństwa, zrozumienia i pomocy ze strony innych (Szarota, 2010). Ważne, aby każda osoba starsza wiedziała, kiedy i w jaki sposób korzystać z pomocy specjalistycznej oraz potrafiła we własnym zakresie dbać, chronić i ratować własne zdrowie – aspekt ten realizuje wsparcie spostrzegane.

Bibliografia

- Antonovsky A. (1995), *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować?*, Fundacja IPN, Warszawa.
- Bishop G.D. (2000), *Psychologia zdrowia. Zintegrowany umysł i ciało*, Astrum, Wrocław.
- Hayflick L. (1998), *How and why we age*, „Experimental Gerontology”, Vol. 33, No. 7/8.
- Heszen-Celińska I., Sęk H. (2020), *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Jacennik B. (2008), *Strategie dla zdrowia. Kształtowanie zachowań zdrowotnych poprzez środowisko*, VIZJA PRESS & IT, Warszawa.
- Jermołaj A., Halicka M. (2005), *Hospitalizacja jako czynnik stresujący pacjentów w starszym wieku*, [w:] *Pacjent podmiotem troski zespołu terapeutycznego*, red. E. Krajewska-Kułak, M. Sierakowska, J. Lewko, C. Łukaszuk, Białystok.
- Koniarek J., Dudek B., Makowska Z. (1993), *Kwestionariusz Orientacji Życiowej. Adaptacja The Sense of Coherence Questionnaire (SOC) A. Antonovsky'ego*, „Przegląd Psychologiczny”, 36.
- Lakey B., Orehek E. (2011), *Relational regulation theory: A new approach to explain the link between perceived social support and mental health*, „Psychological Review” 118 (3), s. 482-95.
- Leventhal H., Halm E., Horowitz C., Leventhal E. (2004), *Living with chronic illness*, The Sage handbook of health psychology, London.

- Motyka M. (2012), *Komunikacja terapeutyczna jako ważny obszar psychologii zdrowia*, [w:] *Zdrowie w cyklu życia człowieka*, red. N. Ogińska-Bulik, J. Miniszewska, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
- Pabiś M., Babik A. (2007), *Najczęstsze problemy osób w wieku podeszłym na podstawie analizy „zespołów geriatrycznych”*, „Medycyna Rodzinna”, 10, 3.
- Pieprzyk M., Pieprzyk P. (2023), *Osoby starsze w systemie ochrony zdrowia*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny”, nr 3.
- Piotrowicz K. (2013), *Opieka ukierunkowana na starszego pacjenta z wielochorobowością – podejście zaproponowane przez Panel Ekspertów Amerykańskiego Towarzystwa Geriatrycznego*, „Gerontologia Polska”, t. 21, nr 3.
- Rivers A.S., Sanford K. (2020), *When we say “perceived support,” what do we mean? Contexts and components of support among people with serious medical conditions*, „Journal of Social and Personal Relationships”, 37 (2), 026540752093735.
- Rogała S. (2010), *Psychologiczne uwarunkowania oczekiwań ludzi starszych i przewlekle chorych wobec rodziny*, [w:] *Starość i jej konsekwencje społeczno-rodzinne*, red. S. Rogała, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Zarządzania i Administracji w Opolu, Opole.
- Sęk H. (2004), *Rola wsparcia społecznego w sytuacjach stresu życiowego. O dopasowaniu wsparcia do wydarzeń stresowych*, [w:] *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*, red. H. Sęk, R. Cieślak, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Sęk H., Cieślak R. (2012), *Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne*, [w:] *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*, red. H. Sęk, R. Cieślak, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Sharma M. (2003), *Coping: chronic illness*, *Magill's encyclopaedia of social science: Psychology*, Salem Press.
- Sulkowska A., Milewski S., Kaczorowska-Bray K. (2008), *Komunikacja lekarz – pacjent w opinii pacjentów*, „Logopedia Silesiana”, t. 7.
- Surmacka J., Motyka M. (2014), *Urazowe doświadczenia hospitalizacji*, „Problemy Pielęgniarstwa”, 22, s. 68-73.
- Szarota Z. (2010), *Starzenie się i starość w wymiarze instytucjonalnego wsparcia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Pedagogicznego, Kraków.
- Topór-Mądry R. (2011), *Choroby przewlekle. Obciążenie, jakość życia i konsekwencje ekonomiczne*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”, t. 9, nr 1.
- Wieczorowska-Tobis K. (2011), *Specyfika pacjenta starszego*, [w:] *Fizjoterapia w geriatrici*, red. K. Wieczorowska-Tobis, T. Kostka, A. M. Borowicz, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
- World Health Organization (1986), *Ottawa character for health promotion*.
- WHP – World Health Organization (2005), *Preventing chronic diseases: A vital investment: WHO global report*, Public Health Agency of Canada.
- Ziarko M. (2014), *Zmaganie się ze stresem choroby przewlekłej*, Wydawnictwo Naukowe Nauk Społecznych, Poznań.

Zaczyk I., Brzyska M., Stypuła A., Tobiasz-Adamczyk B. (2011), *Zadania pielęgniarstwa środowiskowego związane z potrzebami ludzi starszych na podstawie wyników grup fokusowych przeprowadzonych w ramach projektu europejskiego PROGRESS: „Zwiększenie dostępu do środowiskowych form opieki dla osób starszych, mieszkających we własnych gospodarstwach domowych”*, „Problemy Pielęgniarstwa”, 19.

<https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/chronic-disease> [dostęp: 7.10.2024].

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health> [dostęp: 28.09.2024].

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health> [dostęp: 5.10.2014].

Potrzeba wsparcia spostrzeganego w życiu osób starszych chorych przewlekle

Streszczenie. Celem niniejszej pracy jest przybliżenie pojęcia wsparcia spostrzeganego w kontekście chorób przewlekłych osób starszych. Seniorzy należą do takiej grupy wiekowej, która wymaga szczególnej troski, istnieje bowiem wiele problemów psychologicznych, które pojawiają się w kontaktach między człowiekiem zdrowym i chorym z instytucjami ochrony zdrowia. Warstwa metodologiczna artykułu opiera się na przeglądzie źródeł, w których podjęto problematykę na wielu płaszczyznach. Analiza czynników wpływających na zachowanie bądź utratę zdrowia wskazuje, iż wsparcie społeczne otrzymywane od bliższego bądź dalszego środowiska może istotnie przyczynić się do przyjęcia odpowiedniej postawy wobec własnej choroby, a następnie do adaptacji do niej.

Słowa kluczowe: wsparcie spostrzegane, wsparcie społeczne, choroby przewlekłe, osoby starsze, choroby przewlekłe osób starszych

The need for support perceived in the lives of chronically ill elderly people

Summary. The aim of this study is to present the concept of support perceived in the context of chronic diseases of older people. Seniors belong to an age group that requires special care, because there are many psychological problems that arise in contacts between healthy and sick people and health care institutions. The methodological aspect of the article is based on a review of sources that address the issue on many levels. The analysis of factors influencing the maintenance or loss of health indicates that social support received from the immediate or distant environment may significantly contribute to adopting an appropriate attitude towards one's illness and then to adapting to it.

Keywords: perceived social support, social support, chronic diseases, elderly people, chronic diseases of the elderly