

## Wsparcie społeczne a wybrane wskaźniki stanu zdrowia pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej

### Social support versus chosen health status indicators in primary care patients

Donata Kurpas<sup>1,2</sup>, Patryk Piotrowski<sup>3</sup>, Dominik Marciniak<sup>4</sup>,  
Maja Kasprzak<sup>3</sup>, Bożena Mroczek<sup>5</sup>, Aneta Nitsch-Osuch<sup>6</sup>,  
Krzysztof Kassolik<sup>7</sup>, Beata Karakiewicz<sup>8</sup>, Dorota Bielska<sup>9</sup>,  
Andrzej Kiejna<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej UM we Wrocławiu  
P.o. kierownik: dr n. med. A. Mastelarz-Migas

<sup>2</sup> Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu  
Rektor: dr n. o kf T. Halski

<sup>3</sup> Katedra Psychiatrii UM we Wrocławiu  
Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Kiejna

<sup>4</sup> Katedra i Zakład Technologii Postaci Leku, Wydział Farmaceutyczny z Oddziałem Analityki Medycznej UM we Wrocławiu  
Kierownik: prof. dr hab. J. Pluta

<sup>5</sup> Zakład Nauk Humanistycznych w Medycynie, Wydział Nauk o Zdrowiu PUM w Szczecinie  
Kierownik: dr hab. n. zdr. B. Mroczek

<sup>6</sup> Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej z Oddziałem Klinicznym Chorób Wewnętrznych i Metabolicznych WUM  
Kierownik: prof. dr hab. K. Wardyn

<sup>7</sup> Katedra Fizjoterapii i Terapii Zajęciowej, Wydział Fizjoterapii AWF we Wrocławiu  
Kierownik: dr hab. E. Demczuk-Włodarczyk prof. nadzw.

<sup>8</sup> Katedra i Zakład Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu PUM w Szczecinie  
Kierownik: prof. dr hab. n. zdr. B. Karakiewicz

<sup>9</sup> Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego,  
Wydział Nauk o Zdrowiu UM w Białymstoku  
Kierownik: prof. dr hab. n. med. S. Chlabicz

#### Summary

**Aim.** The purposes of our study were to determine the level of total social support, informational support, instrumental support, appraisal support and emotional support received by

patients of primary care as well as factors related to this level with reference to health status and sociodemographic variables.

**Method.** The sample for current analysis included 516 patients of primary care clinics in Poland cooperating with medical universities. Questionnaires: STAI (State-Trait Anxiety Inventory), SCL-90 (Symptom Checklist-90), EPQ-R (Eysenck Personality Questionnaire – Revised), GHQ (General Health Questionnaire) and SSS (Social Support Scale) were used in the study. Results from last two questionnaires are presented in the paper.

**Results.** The highest mean levels were obtained for instrumental support, while the lowest levels were observed for emotional support. The highest means were indicated in the GHQ-28 – social dysfunction, the lowest – GHQ-severe depression. Statistically significant relation was found between the level of social support and gender. Less subjectively evaluated total social support as well as instrumental and appraisal support were obtained by women. The highest Spearman score was found in the case of total GHQ-28 score, somatic symptoms, anxiety and insomnia, severe depression and total support. Taking into account the ANOVA findings, it was observed that an increasing GHQ score was associated with intensively increasing emotional support, informative support, appraisal support and the most – instrumental support.

**Conclusions.** The results display the underestimated role of emotional, informational and appraisal support and the overestimated role of instrumental support in primary care. The consequence may be a more frequent using health care accompanied by low level of patients' satisfaction, severity of social dysfunction disorders, particularly in patients with chronic diseases, who constitute an increasingly large group of primary health care.

**Słowa kluczowe:** wsparcie społeczne, zdrowie psychiczne

**Key words:** social support, mental health

## Wstęp

Wsparcie społeczne rozumiane jest jako pomoc w trudnej sytuacji życiowej zapewniana ze strony osób trzecich. Jedną z pierwszych definicji wsparcia społecznego została zaproponowana przez Cobba, który określał je jako indywidualne przekonanie, że jest się zadbany i kochany, szanowany i ceniony oraz przynależy się do sieci komunikacji i wzajemnych zobowiązań [1]. Dalsze badania wykazały, że główne źródła wsparcia społecznego stanowią: rodzina (rodzice, rodzeństwo, małżonkowie, dzieci, krewni rodziny), przyjaciele i sąsiedzi, znajomi z pracy lub szkoły, nieformalne organizacje (grupy społeczne, kluby itp.), formalnie usankcjonowane organizacje (instytucje oraz organizacje społeczno-polityczne itd.), a także profesjonaliści (nauczyciele, lekarze, duchowni itp.) [2–8].

W literaturze wyróżnia się cztery rodzaje wsparcia społecznego [2, 9], które jednostka może otrzymać od wyżej wspomnianych grup. Wsparcie informacyjne zawiera porady lub wskazówki, które pomagają jednostce w reagowaniu na potrzeby osobiste lub sytuacyjne. Wsparcie instrumentalne stanowi najbardziej skonkretyzowaną i bezpośrednią formę wsparcia społecznego i obejmuje zapewnianie środków finansowych i pomocy przedmiotowej oraz interwencje w imieniu jednostki. Jest ono najbardziej pomocne w dokonywaniu zmian, wspiera podejmowanie działań prozdrowotnych, łagodzi sytuacje stresogenne, a w ogólnym ujęciu – ułatwia korzystanie z zasobów opieki zdrowotnej [10]. Wsparcie wartościujące polega na przekazywaniu informacji, często o charakterze wartościującym, w formie potwierdzenia, informacji zwrotnej oraz

porównania społecznego. Wsparcie emocjonalne z kolei jest charakteryzowane przez troskę, miłość, szacunek, współczucie, empatię, zrozumienie, słuchanie, uspokajanie, pocieszanie, zaufanie i najczęściej pochodzi od rodziny i bliskich przyjaciół, a także jest powszechnie uznaną interpretacją wsparcia społecznego. Definiując wsparcie społeczne, dokonano rozróżnienia między dostrzeganym a dostarczanym wsparciem społecznym. Większość badań oparta jest jednak na pomiarze „subiektywnego odbioru” wsparcia [11, 12].

W przyszłości podstawowa opieka zdrowotna, w większym stopniu niż specjalistyczna, związana będzie z koniecznością sprostania wymogom epidemiologicznym wynikającym ze zwiększającego się rozpoznawania chorób przewlekłych w populacji ogólnej oraz oczekiwaniom starzejących się społeczeństw. Model biopsychospołeczny w ramach opieki podstawowej ma sprostać potrzebom pacjentów z chorobami przewlekłymi lub znajdujących się w grupach wysokiego ryzyka, a także ich opiekunom (głównie członków rodzin pacjentów). W ramach tego modelu udzielający wsparcia (np. opiekunowie domowi) pomagają jednostce w mobilizacji możliwości psychologicznych i wczesnym rozpoznawaniu istniejących trudności emocjonalnych, jak również w odzyskiwaniu stabilności [13, 14]. Dowiedziono, że po trzech miesiącach od rozpoznania choroby przewlekłej brak wsparcia społecznego związany może być z pojawianiem się objawów depresji oraz że szczególnie istotne w przypadku pacjentów z chorobą przewlekłą jest wsparcie emocjonalne [15, 16]. Postrzegana dostępność i zadowolenie ze wsparcia emocjonalnego wpływa z kolei korzystnie zarówno pod względem psychologicznym, jak i somatycznym na funkcjonowanie przewlekle chorych [15, 16]. Stwierdzono istotne statystycznie różnice w zakresie poszukiwania emocjonalnego wsparcia społecznego między grupami pacjentów po zawale mięśnia sercowego i grupą kontrolną [17]. Poczucie mniejszego wsparcia ze strony rodziny dla opiekunów chorych było związane z wyższą klasą w klasyfikacji NYHA (New York Heart Association) u pacjentów z niewydolnością serca. Dodatkowo u chorych, których opiekunami nie byli członkowie rodziny, obserwowano niższe poziomy wsparcia społecznego [6]. Wsparcie społeczne ze strony rodziny i przyjaciół stanowi podstawowy wskaźnik wpływający korzystnie na funkcjonowanie pacjentów po udarze mózgu [8]. Kontrola cukrzycy, oceniana poprzez stężenie glikozylowanej hemoglobiny, korelowała pozytywnie z poziomem satysfakcji ze wsparcia społecznego u kobiet, ale negatywnie u mężczyzn [18]. Ponadto wspierające relacje społeczne miały wpływ na kliniczną poprawę stanu zdrowia pacjentów ze stwardnieniem rozsianym [15]. Wykazano także, że wsparcie informacyjne i wartościujące udzielone opiekunom może minimalizować poziom stresu i podwyższać poziom jakości życia u pacjentów z chorobą Alzheimera [4, 5].

Zdrowie psychiczne, relacje rodzinne i wsparcie społeczne stanowią czynniki, które mogą współdziałać, a z praktycznego punktu widzenia dostępność wsparcia społecznego może czynić opiekę nad pacjentami z chorobami przewlekłymi bardziej efektywną [19]. Pomimo obiecujących wyników nie wszystkie dostępne dane potwierdzają jednak wpływ wsparcia społecznego i poczucia własnej wartości na występowanie objawów depresyjnych u cierpiących z powodu chorób przewlekłych i u osób zdrowych [20].

Wsparcie społeczne ma również wpływ na przebieg terapii nefarmakologicznej. Carlson i wsp. [21] wykazali, że nasilenie wsparcia społecznego w ramach terapii nefarmakologicznej jako niezależna zmienna objaśniająca, obok zmian masy ciała i poziomu stosowanego wysiłku fizycznego, wpływa na wzrost poziomu jakości życia [22]. Co więcej, zamieszkiwanie w pełnym wsparciu otoczeniu związane było z większą aktywnością fizyczną w ramach terapii nefarmakologicznej (30–59 min./tydzień więcej aktywności fizycznej u uczestników z bardziej pozytywnym nastawieniem psychosocjalnym vs. 0–28 min./tydzień u uczestników z mniej pozytywnym nastawieniem) [21].

Niższy poziom wsparcia społecznego wraz z takimi czynnikami jak samotne wychowywanie dziecka, odczuwanie dysfunkcji rodzinnej i wysoki poziom stresu nasilają, według części autorów, trudności psychospołeczne [23]. Wsparcie społeczne stanowi więc integralny element modelu biopsychospołecznego, wpływając nie tylko na wcześniej omawiane zdrowie somatyczne i psychiczne pacjentów, ale i funkcjonowanie społeczne.

Dodatkowo określono znaczącą rolę zasobów osobistych i socjalnych oraz otrzymanego wsparcia społecznego w redukcji stresu związanego z aktywnością zawodową oraz prewencji wynikających z niego negatywnych konsekwencji zdrowotnych [24, 25].

W literaturze istnieją doniesienia wskazujące, że profesjonaliści opieki zdrowotnej powinni zwracać uwagę na współwystępowanie zaburzeń psychicznych i przewlekłych chorób somatycznych, a wdrażanie interwencji zwiększających wsparcie społeczne pozwala na ograniczenie zbyt częstego korzystania z usług medycznych [26]. Stwierdzono bowiem, że niski poziom wsparcia społecznego wiąże się z nasilonym korzystaniem z zasobów opieki zdrowotnej [20, 27–29]. Jednocześnie brak wsparcia emocjonalnego wiązany jest z niskim poziomem satysfakcji z usług medycznych [30]. Najczęściej identyfikowane przez pacjentów bariery opieki wpływające na obniżanie poziomu satysfakcji z niej obejmują bowiem brak wsparcia społecznego wraz z trudnościami administracyjnymi i problemami w komunikacji z profesjonalistami [31].

## Cel

Celem niniejszego projektu było określenie poziomu wsparcia społecznego całkowitego, informacyjnego, instrumentalnego, wartościującego i emocjonalnego otrzymywanego przez pacjentów opieki podstawowej, jak i czynników związanych z jego poziomem w odniesieniu do stanu zdrowia psychicznego i somatycznego oraz zmiennych socjodemograficznych pacjentów zgłaszających się do poradni podstawowej opieki zdrowotnej (POZ).

## Metody

Grupę badaną stanowiło 516 pacjentów poradni POZ w Polsce. Uczestnicy byli w wieku od 18 do 89 lat ( $40 \pm 15,57$ ; 95% CI: 41,03–43,72). Większość respondentów stanowiły kobiety (75,80%;  $N = 404$ ). Większość uczestników 55,9% ( $N = 298$ ) była w związku małżeńskim oraz miała ukończoną co najmniej szkołę średnią (63,6%;

N = 339). Przewlekłe zaburzenia somatyczne zgłosiło 21,58% pacjentów (N = 115), przewlekłe zaburzenia psychiczne 2,25% (N = 12). Pacjenci rekrutowani byli w sześciu poradniach POZ współpracujących z uniwersytetami medycznymi (z Warszawy, Białegostoku, Wrocławia, Opola, Łodzi i Szczecina). Pacjenci zostali pisemnie poinformowani o celu badania i wyrazili zgodę na udział w nim. Uczestnicy badania (N = 1000) otrzymali kwestionariusze w celu wypełnienia ich w domu, zwracali je w ciągu 2 tygodni, w zamkniętych kopertach. Rekrutacja pacjentów trwała od czerwca 2009 roku do listopada 2010 roku. Wskaźnik zwrotności kwestionariuszy wyniósł 53,4%. Ze względu na wyłączenie niektórych kwestionariuszy z powodu brakujących danych ostatecznie dokonano analizy odpowiedzi od 516 respondentów.

W badaniu użyto następujących narzędzi: STAI (State-Trait Anxiety Inventory), SCL-90 (Symptom Checklist-90), EPQ-R (Eysenck Personality Questionnaire – Revised), GHQ (General Health Questionnaire) i SWS (Skala Wsparcia Społecznego). W niniejszym artykule przedstawione zostaną wyniki uzyskane dzięki dwóm ostatnim kwestionariuszom. Wyniki pozostałych omawiane są w innej publikacji [32].

Dodatkowy kwestionariusz zawierał dane socjodemograficzne oraz kliniczne. Ankieta zawierała pytania o płeć, wykonywany zawód, stan cywilny, posiadanie i liczbę dzieci, liczbę lat nauki, obecność przewlekłej choroby somatycznej (umieszczono prośbę o podanie nazwy jednostki chorobowej), obecność przewlekłej choroby psychicznej, obecność zaburzeń psychicznych w rodzinie wraz z podaniem stopnia pokrewieństwa, palenie tytoniu, spożywanie alkoholu, stosowanie substancji psychoaktywnych.

Wśród badanych określono poziom stresu psychologicznego przy użyciu GHQ-28 (General Health Questionnaire) [33] w polskiej adaptacji Makowskiej i Merez (czułość 59%, swoistość 75%) [34]. Składa się on z 28 pytań, które pozwalają na pomiar ogólnego stanu zdrowia i jego czterech komponentów (każdy składa się z 7 pytań): (A) objawy somatyczne, (B) objawy niepokoju i bezsenności, (C) zakłócenia w codziennym funkcjonowaniu i (D) symptomy depresji. W odniesieniu do populacji polskiej norma dla populacji ogólnej wynosi 0–16 punktów, tj. 1–4 sten, stanowiąc wynik niski, wynik średni 5–6 sten, wynik wysoki 7–10 sten. Wyniki wysokie wskazują na większe prawdopodobieństwo występowania zaburzeń psychicznych [35]. Zastosowana w niniejszym badaniu procedura określania wyników w skali typu Likerta (1, 2, 3, 4 punkty) uważana jest za bardziej czułą w przypadku zaburzeń psychicznych [36].

Skala Wsparcia Społecznego opracowana przez K. Kmiecik-Baran (moc dyskryminacyjna: 0,20–0,71, trafność treściowa: 1,0–1,8) [37], stanowiła narzędzie do oceny rodzaju i siły wsparcia społecznego, które pacjent otrzymał od grupy wsparcia społecznego. SWS pozwala określić siłę otrzymanego (w samoocenie pacjenta) wsparcia informacyjnego, instrumentalnego, wartościującego, emocjonalnego. Składa się z 24 stwierdzeń: 3 pozytywnych i 3 negatywnych dla każdego rodzaju wsparcia społecznego. Respondenci oceniali w skali od 1 do 5, jak stwierdzenia są bliskie ich aktualnej sytuacji w odniesieniu do różnych grup wsparcia społecznego: rodziny, sąsiadów, kolegów, grup formalnych, grup nieformalnych, profesjonalistów itp. Łączny wynik określa poziom wsparcia społecznego, bez zróżnicowania na jego rodzaje (w zakresie od 24 do 120 pkt.). Równocześnie respondent mógł uzyskać od 6 do 30 punktów w każdej z podskali

(wsparcie informacyjne, wsparcie instrumentalne, wsparcie wartościujące, wsparcie emocjonalne), co umożliwiła określenie poziomów wsparcia w czterech kategoriach.

### Analizy statystyczne

Dla zmiennych, których wyniki oparte były na statystycznych skalach przedziałowych (np. wyniki surowe i steny w poszczególnych kwestionariuszach), wyznaczono takie statystyki opisowe jak wartość średnia, odchylenie standardowe, błąd standardowy, skośność, mediana i  $\pm 95\%$  przedział ufności. Normalność rozkładów dla tych zmiennych oceniono trzema różnymi testami statystycznymi: testem Kołmogorowa-Smirnowa, testem Lillieforsa i testem W Shapiro-Wilka przy  $p = 0,05$ . Jednorodność wariancji oceniano testami: Levene'a i Browna-Forsytha przy tym samym poziomie ufności. Istotność statystyczną różnic pomiędzy dwiema średnimi wartościami w wynikach mających cechy zmiennych przedziałowych oceniano w przypadku braku istotności testów na normalność rozkładu parametrycznym testem t dla prób niezależnych bądź parametrycznym testem Cochran-Coxa dla nierównych wariancji. W przypadku zmiennych niespełniających kryterium normalności rozkładu różnicę pomiędzy dwiema średnimi oceniano testami nieparametrycznymi: testem U Manna-Whitneya, testem serii Walda-Wolfowitza i testem dla dwóch prób Kołmogorowa-Smirnowa. Dla porównań więcej niż dwóch średnich wykorzystano, w zależności od wyników testów oceniających normalność rozkładów i jednorodność wariancji, algorytmy parametrycznej analizy wariancji ANOVA bądź jej nieparametrycznego odpowiednika ANOVA Kruskala-Wallisa wraz z testem mediany. We wszystkich testach oceniających istotność statystyczną różnic pomiędzy średnimi przyjęto poziom ufności  $p = 0,05$ . W przypadku otrzymania istotnych statystycznie różnic pomiędzy średnimi w analizie ANOVA dokonywano trzech rodzajów porównań post hoc: NIR, Scheffe'go i RIR Tukeya dla nierównych liczebności. Korelację pomiędzy wynikami surowymi i stenowymi w porównywanych skalach i podskalach oceniano wyznaczając współczynniki korelacji liniowej r-Pearsona, R-Spearmana, Gamma i Tau Kendalla. Istotność statystyczną wyznaczonych współczynników korelacji oceniano testem t przy założonym poziomie ufności  $p = 0,05$ . Wyniki mające statystyczne cechy zmiennych nominalnych bądź dychotomicznych porównywano ze sobą, wykorzystując nieparametryczny test  $\chi^2$ . Wewnętrzna spójność porównywanych skal oceniano wyznaczając współczynnik alfa Cronbacha. W niniejszej pracy z racji ilości otrzymanych wyników i ograniczeń redaktorskich nie wszystkie wyniki wyżej wymienione zostały umieszczone.

Analizy statystyczne przeprowadzone zostały przy użyciu programu komputerowego STATISTICA PL, wersja 9.0.

### Wyniki

Wyniki skal GHQ-28 i SWS zawiera tabela 1. W analizie odpowiedzi respondentów obserwowano najwyższe wartości średnie w zakresie wsparcia instrumentalnego, najniższe zaś – emocjonalnego. W ocenie przy wykorzystaniu skali GHQ-28 najwyższe

wartości średnie uzyskano w podskali zakłócenia w codziennym funkcjonowaniu, najniższe w podskali symptomu depresji.

Tabela 1. Wyniki GHQ-28 i SWS (N = 512)

Zmienne	Średnia	SD	Mediana	Maks.	Min.	Alfa Cronbacha
Alfa Cronbacha = 0,8264. Standaryzowana alfa = 0,9213						
TS – SWS	48,11	20,51	45,50	90,00	21,00	0,8594
TS – SWS – Wsp. informacyjne	12,38	7,78	12,00	27,00	6,00	0,7945
TS – SWS – Wsp. instrumentalne	12,96	5,66	13,00	28,00	6,00	0,7835
TS – SWS – Wsp. wartościujące	12,49	4,24	12,00	26,00	6,00	0,7961
TS – SWS – Wsp. emocjonalne	10,28	2,83	9,00	30,00	6,00	0,7713
Alfa Cronbacha = 0,8054. Standaryzowana alfa = 0,8742						
TS – Wynik na skali Likerta	23,14	2,83	21,00	71,00	0,00	0,7695
TS – A – na skali Likerta	7,10	0,00	7,00	20,00	0,00	0,7608
TS – B – na skali Likerta	6,72	2,12	6,00	21,00	0,00	0,7197
TS – C – na skali Likerta	7,22	1,41	7,00	19,00	0,00	0,8013
TS – D – na skali Likerta	2,15	0,71	1,00	18,00	0,00	0,7799

TS – wynik całkowity

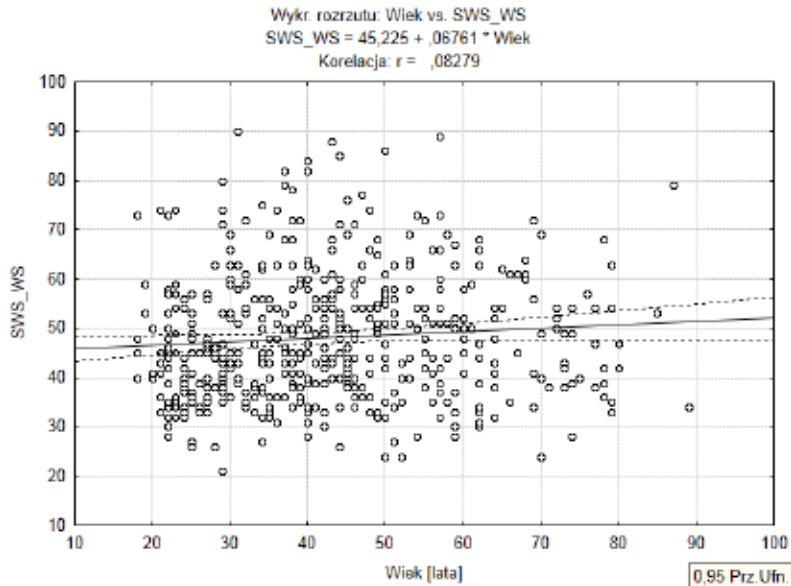
Wykazano istotną statystycznie zależność poziomu wsparcia społecznego od płci (tab. 2). W przypadku całkowitej wartości wsparcia oraz wsparcia instrumentalnego i wartościującego kobiety sprawozdawały niższe poziomy wsparcia w porównaniu z mężczyznami.

Nie wykazano istotnych statystycznie różnic w przypadku wsparcia wartościującego otrzymywanego przez pacjentów z przewlekłą chorobą somatyczną (N = 113) oraz bez tej choroby (N = 399). Jednak przy ograniczeniu CI w grupie pacjentów z przewlekłą chorobą somatyczną do 95% (N = 106) wykazano istotną statystycznie zależność między obecnością przewlekłej choroby somatycznej a wsparciem wartościującym (U = 17981,0, p < 0,05). Z kolei przy ograniczeniu CI do 90% (N = 101) wykazano istotną statystycznie zależność między obecnością przewlekłej choroby somatycznej a wsparciem emocjonalnym (U = 16762,50, p < 0,01).

Określono statystycznie istotną zależność poziomu wsparcia społecznego od wieku w przypadku całkowitej wartości wsparcia oraz wsparcia informacyjnego i instrumentalnego, z wartością wynoszącą odpowiednio: p < 0,05, p < 0,01 i p < 0,001 (im wyższy wiek, tym wyższe poziomy otrzymywanego wsparcia; ryc. 1). Różnice w otrzymywanym wsparciu społecznym całkowitym, jak i w poszczególnych jego typach nie były zależne od stanu cywilnego czy poziomu wykształcenia badanych na poziomie istotnym statystycznie.

W przypadku liczby lat nauki różnice istotne statystycznie dotyczyły otrzymywanego wsparcia społecznego całkowitego w przypadku pacjentów, których edukacja trwała 7–12 lat (uzyskują więcej wsparcia) i ponad 12 lat (R = 261,18, z = 2,46, p = 0,01), oraz wsparcia instrumentalnego w przypadku pacjentów, których nauka trwała 0–6 lat (więcej

otrzymywanego wsparcia) i ponad 12 lat ( $R = 293,73$ ,  $z = 2,63$ ,  $p < 0,001$ ) oraz 7–12 lat (więcej otrzymywanego wsparcia) i ponad 12 lat ( $R = 269,14$ ,  $z = 3,17$ ,  $p < 0,001$ ).



Ryc. 1

Zależność wartości uzyskiwanych w skali GHQ-28 od płci respondentów wykazała różnice istotne statystycznie w przypadku całkowitej wartości wsparcia społecznego oraz podskal objawy somatyczne ( $p = 0,01$ ) i zakłócenia w codziennym funkcjonowaniu ( $p < 0,05$ ). Statystycznie istotne wyższe wartości występują dla kobiet (tab. 2).

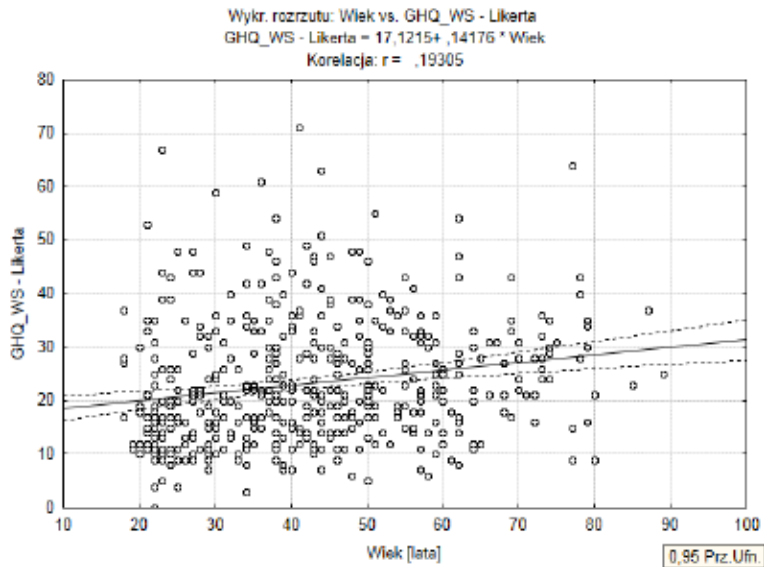
Tabela 2. Wyniki SWS vs płeć

Zmienne	Suma rang Kobiety	Suma rang Mężczyźni	U	Z	p	Z skorygowane	p
TS – SWS	97301,00	34027,00	20665,00	-2,1024	0,0355	-2,1033	0,0354
TS – SWS – Wsp. informacyjne	98556,50	32771,50	21920,50	-1,2196	0,2226	-1,2246	0,2207
TS – SWS – Wsp. instrumentalne	97488,00	33840,00	20852,00	-1,9709	0,0487	-1,9769	0,0480
TS – SWS – Wsp. wartościujące	97350,50	33977,50	20714,50	-2,0676	0,0387	-2,0767	0,0378
TS – SWS – Wsp. emocjonalne	97592,00	33736,00	20956,00	-1,8978	0,0577	-1,9135	0,0557

TS – wynik całkowity



Zależność wartości uzyskiwanych w zakresie GHQ-28 od wieku okazała się istotna statystycznie w przypadku całkowitej wartości wsparcia społecznego oraz poszczególnych podskal. Wraz ze wzrostem wieku pacjentów obserwowano wzrost nasilenia objawów zwłaszcza w zakresie wartości całkowitych GHQ-28 (Spearman  $r$  0,243,  $p < 0,0001$ ), co ukazuje rycina 2, podskal objawy somatyczne (Spearman  $r$  0,228,  $p < 0,0001$ ) oraz niepokój i bezsenność (Spearman  $r$  0,224,  $p < 0,0001$ ). Korelacje były jednak istotne statystycznie w przypadku zakłóceń w codziennym funkcjonowaniu (Spearman  $r$  0,139,  $p < 0,0001$ ) i symptomów depresji (Spearman  $r$  0,100,  $p < 0,0001$ ).



Ryc. 2

Stwierdzono istotne statystycznie różnice w zakresie podskali objawy somatyczne u pacjentów z wykształceniem podstawowym (wyższe wartości) w porównaniu z pacjentami z wykształceniem średnim ( $z = 2,84$ ,  $p = 0,01$ ) oraz u pacjentów z wykształceniem podstawowym (wyższe wartości w skali) w porównaniu z pacjentami z wykształceniem wyższym ( $z = 3,12$ ,  $p < 0,01$ ). Stwierdzono także statystycznie istotne wyższe wartości w skali symptomów depresji u pacjentów z wykształceniem średnim w porównaniu z pacjentami z wykształceniem wyższym ( $z = 2,49$ ,  $p < 0,05$ ).

### GHQ-28 vs SWS

Przeprowadzono analizę korelacji wartości GHQ-28 oraz SWS w zakresie wartości całkowitych oraz poszczególnych podskal. Najwyższe wartości współczynnika Spearmana stwierdzono w przypadku: całkowitych wartości GHQ-28 oraz wsparcia całkowitego (Spearman  $r$  0,302,  $p < 0,0001$ ), wartościującego (Spearman  $r$  0,278,

$p < 0,0001$ ) i emocjonalnego (Spearman  $r$  0,263,  $p < 0,0001$ ), podskali objawy somatyczne oraz wsparcia całkowitego (Spearman  $r$  0,180,  $p < 0,0001$ ), emocjonalnego (Spearman  $r$  0,160,  $p < 0,0001$ ) i informacyjnego (Spearman  $r$  0,157,  $p < 0,0001$ ), podskali objawy lęku i bezsenności oraz wsparcia całkowitego (Spearman  $r$  0,290,  $p < 0,0001$ ), informacyjnego (Spearman  $r$  0,270,  $p < 0,0001$ ) i emocjonalnego (Spearman  $r$  0,253,  $p < 0,0001$ ), podskali zakłócenia w codziennym funkcjonowaniu oraz wsparcia wartościującego (Spearman  $r$  0,167,  $p < 0,0001$ ), całkowitego (Spearman  $r$  0,138,  $p = 0,002$ ) i emocjonalnego (Spearman  $r$  0,105,  $p = 0,019$ ), podskali symptomy depresji oraz wsparcia całkowitego (Spearman  $r$  0,349,  $p < 0,0001$ ), wartościującego (Spearman  $r$  0,330,  $p < 0,0001$ ) i emocjonalnego (Spearman  $r$  0,311,  $p < 0,0001$ ).

Tabela 3 przedstawia dla każdej ze skal SWS i GHQ wartości przedziałów ufności  $p$  dla porównań wielokrotnych z wynikami testu ANOVA Kruskala-Wallisa. W przypadku wsparcia społecznego całkowitego, wartościującego i emocjonalnego test ANOVA Kruskala-Wallisa wykazał, że na poziomie istotności rozkłady danej podskali SWS różnią się w sposób istotny statystycznie pomiędzy trzema grupami wyników (niskie, średnie, wysokie) danej skali GHQ. Korelacja wyników obu skal była dodatnia: w grupie niskich wyników skali GHQ rozkład wyników skali SWS jest również przesunięty w stronę niskich wyników, podobną zależność obserwowano w grupie średnich i wysokich wyników. W przypadku wsparcia społecznego informacyjnego test ANOVA Kruskala-Wallisa wykazał dodatnią korelację wyników obu skal: w grupie niskich wyników skali GHQ rozkład wyników skali SWS jest również przesunięty w stronę niskich wyników, podobna zależność w grupie średnich i wysokich wyników nie została potwierdzona. W przypadku wsparcia społecznego instrumentalnego test ANOVA Kruskala-Wallisa wykazał dodatnią korelację wyników: w grupie wysokich wyników skali GHQ rozkład wyników skali SWS jest również przesunięty w stronę wysokich wyników, podobna zależność w grupie średnich i niskich wyników nie została potwierdzona.

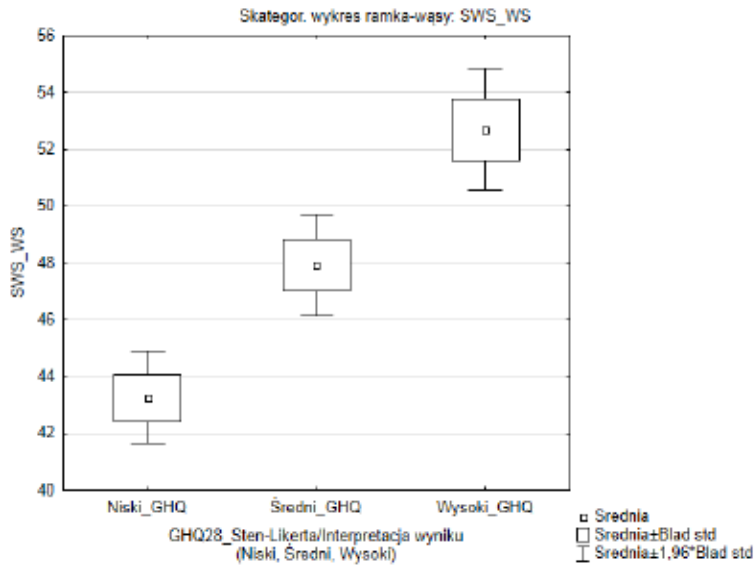
Tabela 3. GHQ vs płeć

Zmienne	Suma rang Kobiety	Suma rang Mężczyźni	U	Z	p	Z skorygowane	p
TS – Wynik na skali Likerta	105233,50	28152,50	20649,50	2,3515	0,0187	2,3528	0,0186
TS – A – na skali Likerta	105041,00	27829,00	20326,00	2,5396	0,0111	2,5483	0,0108
TS – B – na skali Likerta	103700,50	29169,50	21666,50	1,6060	0,10823	1,6106	0,1073
TS – C – na skali Likerta	104308,50	28561,50	21058,50	2,0295	0,0424	2,1007	0,0357
TS – D – na skali Likerta	103131,50	29738,50	22235,50	1,2097	0,2264	1,2887	0,1975

TS – wynik całkowity

Tabela 4 przedstawia mediany czterech podskal SWS w trzech grupach GHQ (Sten-Likerta/Interpretacja wyniku): N (niski), Ś (średni), W (wysoki). Niskim wynikiem

skali GHQ Likerta towarzyszył niższy poziom wsparcia emocjonalnego w porównaniu z wyższym poziomem wsparcia informacyjnego, instrumentalnego i wartościującego, które osiągają te same wartości. Średnim wynikiem na skali GHQ Likerta towarzyszył niższy poziom wsparcia emocjonalnego w porównaniu z wyższym poziomem wsparcia informacyjnego i wartościującego, które osiągały równe wartości, i jeszcze wyższym poziomem wsparcia instrumentalnego. Wysokim wynikiem na skali GHQ Likerta towarzyszył natomiast niższy poziom wsparcia emocjonalnego w porównaniu z wyższym poziomem wsparcia informacyjnego oraz jeszcze wyższym wsparcia instrumentalnego i wartościującego, które osiągały równe wartości w skali SWS.



Ryc. 3

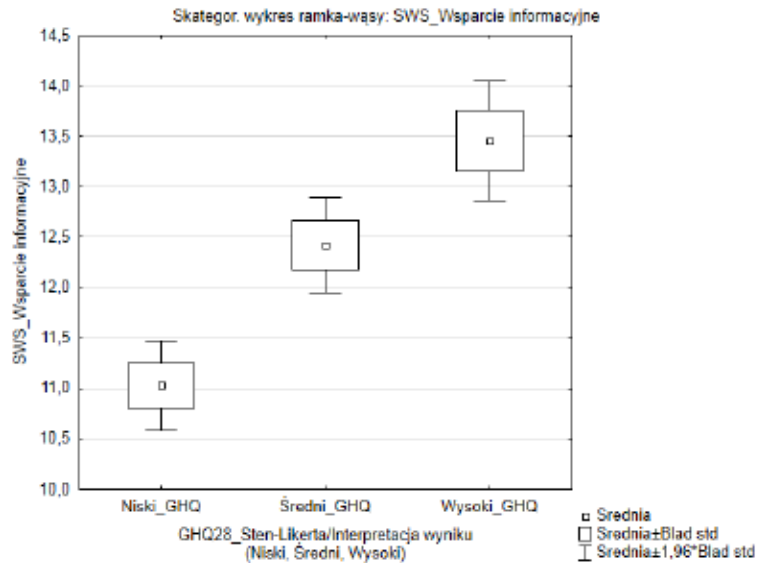
Tabela 4. GHQ vs wiek

Pary zmiennych	N	R Spearmana	t(N-2)	p
Wiek & TS – Wynik na skali Likerta	503	0,2430	5,6072	3,40E-08
Wiek & TS – A – na skali Likerta	502	0,2276	5,2267	2,54E-07
Wiek & TS – B – na skali Likerta	502	0,2241	5,1429	3,89E-07
Wiek & TS – C – na skali Likerta	502	0,1392	3,1431	1,77E-03
Wiek & TS – D – na skali Likerta	502	0,1007	2,2635	2,40E-02

TS – wynik całkowity

Analizując uzyskane wyniki, można stwierdzić, uwzględniając także wyniki analizy ANOVA, że wraz z nasileniem objawów ocenianych skalą GHQ (Płeć Skala Likerta)

w najmniejszym stopniu wzrasta poziom wsparcia emocjonalnego, bardziej poziom wsparcia informacyjnego i wartościującego, a najwyraźniej poziom wsparcia instrumentalnego. Przeprowadzona analiza kanoniczna potwierdziła powyższe wyniki (tab. 5).



Ryc. 4

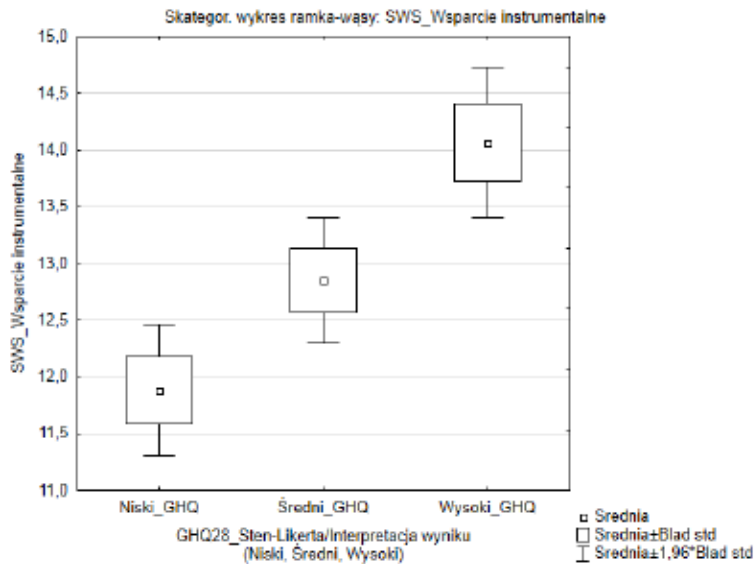
Tabela 5. Wartości p dla ANOVA

Test Kruskala-Wallis: H (2, N = 496) = 43,3791 p < 0,00001			
Zmienna zależna: TS – SWS	TS – Niski R: 195,04	TS – Średni R: 301,15	TS – Wysoki R: 250,39
TS – Niski	–	1.41E-10	1.14E-03
TS – Średni	1.41E-10	–	3.61E-03
TS – Wysoki	1.14E-03	3.61E-03	–
Test Kruskala-Wallis: H (2, N = 496) = 34,9548 p < 0,00001			
Zmienna zależna: TS – SWS – Wsp. informacyjne	TS – Niski R: 198,12	TS – Średni R: 292,15	TS – Wysoki R: 255,45
TS – Niski	–	1.65E-08	6.95E-04
TS – Średni	1.65E-08	–	5.77E-02
TS – Wysoki	6.95E-04	5.77E-02	–
Test Kruskala-Wallis: H (2, N = 496) = 22,7536 p < 0,00001			

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Zmienna zależna: TS – SWS – Wsp. instrumentalne	TS – Niski R: 211,36	TS – Średni R: 288,01	TS – Wysoki R: 247,28
TS – Niski	–	6.01E-06	6.32E-02
TS – Średni	6.01E-06	–	2.81E-02
TS – Wysoki	6.32E-02	2.81E-02	–
Test Kruskala-Wallisa: H (2, N = 496) = 29,2259 p < 0,00001			
Zmienna zależna: TS – SWS – Wsp. wartościujące	TS – Niski R: 205,61	TS – Średni R: 292,40	TS – Wysoki R: 248,58
TS – Niski	–	2.21E-07	1.74E-02
TS – Średni	2.21E-07	–	1.56E-02
TS – Wysoki	1.74E-02	1.56E-02	–
Test Kruskala-Wallisa: H (2, N = 496) = 30,6508 p < 0,00001			
Zmienna zależna: TS – SWS – Wsp. emocjonalne	TS – Niski R: 20374	TS – Średni R: 292,23	TS – Wysoki R: 250,39
TS – Niski	–	1.23E-07	8.21E-03
TS – Średni	1.23E-07	–	2.29E-02
TS – Wysoki	8.21E-03	2.29E-02	–

TS – wynik całkowity

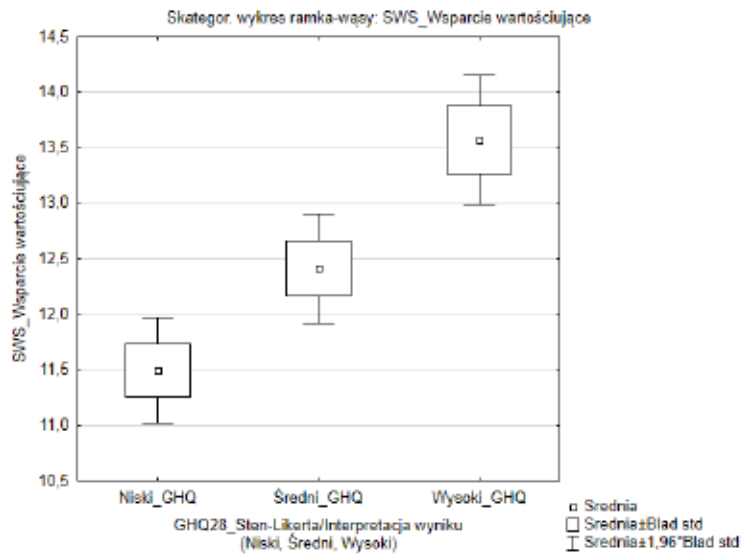


Ryc. 5

Tabela 6. Mediany dla czterech podskal SWS w trzech zakresach wyników GHQ\_Sten-Likerta

Zmienne	GHQ_Sten-Likerta/Interpretacja wyników		
	Niski	Średni	Wysoki
TS – SWS	42,0	46,0	52,0
TS – SWS – Wsp. informacyjne	11,0	12,0	13,0
TS – SWS – Wsp. instrumentalne	11,0	13,0	14,0
TS – SWS – Wsp. wartościujące	11,0	12,0	14,0
TS – SWS – Wsp. emocjonalne	8,5	9,0	11,0

TS – wynik całkowity



Ryc. 6

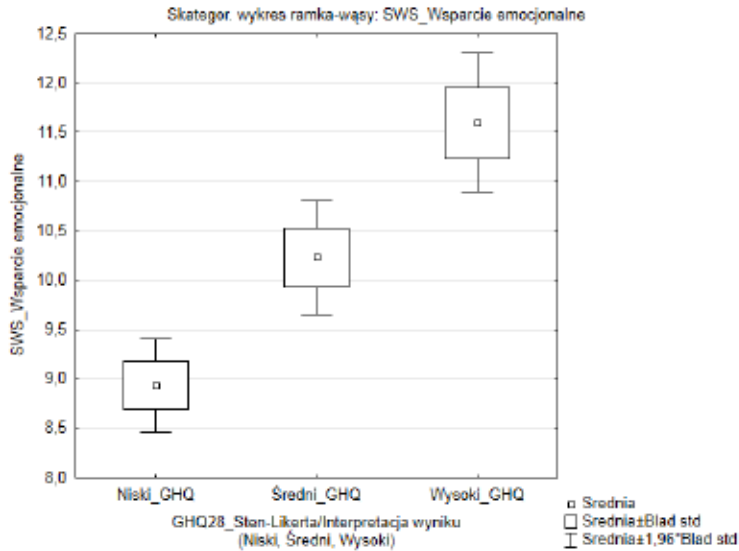
Tabela 7. Podsumowanie analizy kanonicznej

R kanoniczne: 0,3771 Chi <sup>2</sup> (25) = 99,438 p < 0,0001		
	SWS	GHQ
Liczba zmiennych	5	5
Wariancja wyodrębniona	100,0%	100,0%
Redundancja całkowita	10,0%	7,5%
Zmienne: 1	TS – SWS	TS-Wynik na skali Likerta
2	TS – SWS – Wsp. informacyjne	TS-A-Wynik na skali Likerta
3	TS – SWS – Wsp instrumentalne	TS-B-Wynik na skali Likerta

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

4	TS – SWS – Wsp. wartościujące	TS-C-Wynik na skali Likerta
5	TS – SWS – Wsp. emocjonalne	TS-D-Wynik na skali Likerta

TS – wynik całkowity



Ryc. 7

### Omówienie wyników

Profesjonalne poradnictwo, a także zapewnienie odpowiedniego poziomu wsparcia powinny stanowić wstęp do postępowania terapeutycznego oraz towarzyszyć mu niezależnie od ocenianej skuteczności klinicznej [38]. W dziedzinach medycyny somatycznej wykazano wyższe zadowolenie beneficjentów interwencji wiążącej się z udzieleniem indywidualnego wsparcia psychospołecznego przez pielęgniarki niż przez psychologów [39], ale to lekarze stanowią główne źródło wsparcia informacyjnego i emocjonalnego. Z kolei pacjenci oczekujący wsparcia są tymi, którzy częściej korzystają z usług medycznych [40].

Zgodnie z uzyskanymi wynikami pacjenci podstawowej opieki zdrowotnej w największym zakresie otrzymują wsparcie instrumentalne, w najmniejszym zaś – emocjonalne, mające szczególne znaczenie dla osób przewlekle chorych somatycznie [15, 17, 19]. W badanej grupie respondenci prezentowali największe nasilenie zaburzeń w zakresie podskali GHQ-28 zakłócenia w codziennym funkcjonowaniu, w przypadku których niski poziom wsparcia emocjonalnego ma największe znaczenie jako czynnik wyzwalający oraz nasilający objawy zaburzenia wskaźnikowego [11, 12, 15]. Wykaza-

ny w badaniu niski poziom wsparcia informacyjnego korelujący z nasileniem objawów somatycznych wskazuje na niedocenianą rolę programów wtórnej i trzeciorzędowej profilaktyki chorób [21, 22].

Wśród respondentów istotnie statystycznie mniej wsparcia całkowitego oraz instrumentalnego i wartościującego otrzymywały kobiety. Jednocześnie stwierdzono u nich istotnie statystycznie wyższe wartości w zakresie podskal objawy somatyczne i zakłócenia w codziennym funkcjonowaniu. W literaturze wskazuje się, że u kobiet z rozpoznaniem zaburzeń depresyjnych określono statystycznie istotne różnice w udzielanym wsparciu społecznym w porównaniu z grupą kontrolną, której przedstawicielki deklarowały wyższy jego poziom [41]. Problem zależności poziomu wsparcia społecznego od płci wymaga dalszych analiz. Niski poziom wsparcia społecznego u kobiet może być zarówno wyrazem wyższego poziomu potrzeb, jak i obiektywnie wyższego poziomu wsparcia udzielanego mężczyznom.

W literaturze znaczenie wsparcia społecznego podkreśla się również u pacjentów w wieku podeszłym [42, 43]. Nasze badanie wykazało, że starsi respondenci zgłaszali otrzymywanie wyższego poziomu wsparcia całkowitego oraz informacyjnego i instrumentalnego, z czym korespondowało nasilenie objawów, zwłaszcza w zakresie wartości całkowitych GHQ-28, podskal objawy somatyczne oraz objawy niepokoju i bezsenności. Może wskazywać to na szerszy zakres niespełnionych potrzeb (ang. unmet needs). Dodatkowo wyższe wartości wskazywane w skali GHQ-28 potencjalnie związane są z niskimi poziomami otrzymywanego wsparcia emocjonalnego i wartościującego. Wyniki te są tym bardziej znaczące, że osoby w wieku podeszłym należą do najczęściej korzystających z opieki zdrowotnej. Warto także podkreślić, że im wyższy wiek pacjentów, tym większe jest oczekiwanie wsparcia ze strony opiekunów domowych [26].

Niniejsze badanie nie wykazało istotnych statystycznie różnic w poziomie wsparcia społecznego otrzymywanego przez pacjentów z przewlekłą chorobą somatyczną w porównaniu z chorymi bez przewlekłych zaburzeń somatycznych. Warto tu podkreślić, że brak interwencji nakierowanych na zapewnianie wsparcia społecznego w konsekwencji może sprzyjać częstszemu korzystaniu z usług w ramach opieki podstawowej przez przewlekle chorych, oczekujących wyższych poziomów wsparcia w każdej z analizowanych kategorii [3, 27–29].

Poziom wsparcia społecznego w badaniu nie był zależny od stanu cywilnego czy wykształcenia respondentów. Jednakże istotnie statystycznie wyższy poziom wsparcia społecznego całkowitego otrzymywali pacjenci, których edukacja trwała od 7 do 12 lat (vs pacjenci z większą liczbą lat edukacji), a w przypadku wsparcia instrumentalnego – statystycznie istotnie więcej wsparcia otrzymali pacjenci, których edukacja trwała krócej niż 12 lat. W grupie pacjentów z wykształceniem podstawowym wykazano istotnie statystycznie wyższe wartości w zakresie podskali GHQ-28 objawy somatyczne, co może być następstwem dysfunkcji w zakresie mechanizmów radzenia sobie, a w konsekwencji ignorowania pojawiających się objawów somatycznych [44]. Wskazuje to również na niedocenianą rolę wsparcia emocjonalnego, wartościującego i informacyjnego w przypadku pacjentów z niższym wykształceniem.

W analizie korelacji wartości GHQ-28 oraz SWS najwyższe wartości współczynnika Spearmana stwierdzono w przypadku całkowitych wartości GHQ-28 oraz poziomu



wsparcia wartościującego, objawów somatycznych oraz wsparcia emocjonalnego, a także objawów niepokoju i bezsenności oraz wsparcia informacyjnego. Wysokie wartości współczynnika Spearmana stwierdzono również w przypadku zakłóceń w codziennym funkcjonowaniu i symptomów depresji oraz wsparcia wartościującego. Powyższych wyników nie potwierdzono w innych badaniach [20]. Również w badaniach wśród pacjentek z rakiem piersi wykazano wprawdzie, że poziom stresu był zależny od wieku, nie stwierdzono jednak zależności między poziomem stresu psychologicznego i poziomem wsparcia społecznego [45]. Należy jednak mieć na względzie metodologię badania oraz charakterystykę biorących w nim udział respondentów. W naszej kohorcie obecność choroby przewlekłej zgłosiło 115 osób, zatem populacja zdecydowanie różniła od kohorty z cytowanego badania, gdzie uczestnicy obciążeni byli poważną, zagrażającą życiu chorobą somatyczną, do jakiej należy nowotwór piersi.

Dodatkowo wykazaliśmy, iż wraz ze wzrostem wartości uzyskiwanych w skali GHQ-28 najslabiej wzrastał poziom otrzymywanego wsparcia emocjonalnego, nieco silniej wsparcia informacyjnego i wartościującego, a najsilniej wsparcia instrumentalnego. Zgodnie z obserwacjami może to potencjalnie skutkować u osób przewlekle chorych większym nasileniem zaburzeń funkcjonowania społecznego w wyniku wyuczonej bezradności [14, 15, 17, 19, 22, 46] oraz niezależnie wpływać negatywnie na kliniczny stan zdrowia somatycznego [18, 19, 22, 47] i funkcjonowanie psychiczne [48].

#### Ograniczenia badania

Ze względu na specyfikę projektu oraz badanej grupy zrezygnowano z losowego doboru próby. Celem badania nie była bowiem obserwacja randomizowana, ale określenie zjawiska w populacji ogólnej pacjentów opieki podstawowej skłonnych do współpracy z prowadzącymi badanie, co zapewniało rzetelne wypełnienie wykorzystanych narzędzi. Z tego powodu również nie podejmowano prób zwiększenia współczynnika odpowiedzi. Odpowiedzi na pytania w zastosowanych kwestionariuszach (standaryzowanych i walidowanych) miały jednak charakter samooceny – wyniki badań zaprezentowały więc obraz zjawiska jedynie z perspektywy pacjenta (badanie nie obejmowało uzyskiwania danych od lekarzy POZ w związku z brakiem finansowania uczestnictwa lekarzy w projekcie). Przez niektórych badaczy wsparcia społecznego takie podejście uznawane jest jednak za najbardziej wartościowe [11, 12]. Podgrupy pacjentów z chorobami przewlekłymi stanowiło jedynie 115 badanych – utrudniło to możliwość kategoryzacji przewlekłych zaburzeń somatycznych i dokładniejszych analiz. Nie określano również liczby chorób przewlekłych w grupie 115 pacjentów z chorobami przewlekłymi. Wśród badanych nie określano także innych parametrów zdrowia somatycznego, z wyjątkiem danych wynikających z GHQ-28.

Autorzy nie podjęli działań umożliwiających analizę grupy pacjentów, która pierwotnie wyraziła zgodę na przyjęcie kwestionariuszy, ale nie zwróciła ich albo zwróciła jako wypełnione niekompletnie. Uniemożliwiło to wykonanie badań porównawczych pomiędzy grupą ostatecznie analizowaną w badaniu i grupą pacjentów, którzy zrezygnowali z udziału w projekcie.

### Wnioski

Badana populacja pacjentów opieki podstawowej otrzymywała najwięcej subiektywnie ocenianego wsparcia instrumentalnego, najmniej – emocjonalnego. Wykazane niskie poziomy wsparcia informacyjnego przy istotnym nasileniu objawów somatycznych wskazują na niedocenianą rolę programów wtórnej i trzeciorzędowej profilaktyki chorób.

Wyniki wskazały na niedocenianie roli wsparcia emocjonalnego, informacyjnego i wartościującego oraz przecenianie roli wsparcia instrumentalnego w interwencjach proponowanych przez opiekę podstawową. Konsekwencją może być częstsze korzystanie przez pacjentów z usług opieki zdrowotnej wraz z niską z nich satysfakcją, nasilenie zaburzeń funkcjonowania społecznego, zwłaszcza u osób chorych przewlekle, którzy stanowią coraz liczniejszą grupę pacjentów opieki podstawowej.

### Piśmiennictwo

1. Cobb S. *Social support as moderator of life stress*. Psychosom. Med. 1976; 38: 300–314.
2. Tardy CH. *Social support measurement*. Am. J. Com. Psych. 1985; 13: 187–203.
3. Bellón JA, Delgado-Sánchez A, de Dios Luna J, Lardelli-Claret P. *Patient psychosocial factors and primary care consultation: a cohort study*. Fam. Pract. 2007; 24: 562–569.
4. Martín-Carrasco M, Martín MF, Valero CP, Millán PR, García CI, Montalbán SR. i wsp. *Effectiveness of a psychoeducational intervention program in the reduction of caregiver burden in Alzheimer's disease patients' caregivers*. Int. J. Geriatr. Psychiatry 2009; 24: 489–499.
5. Ashitomi I. *Examination of physical and psychological health conditions and the influence factors of home helpers*. J. UOEH 2005; 27(4): 325–338.
6. Hwang B, Fleischmann KE, Howie-Esquivel J, Stotts NA, Dracup K. *Caregiving for patients with heart failure: impact on patients' families*. Am. J. Crit. Care 2011; 20: 431–442.
7. August KJ, Sorkin DH. *Marital status and gender differences in managing a chronic illness: the function of health-related social control*. Soc. Sci. Med 2010; 71: 1831–1838.
8. Sumathipala K, Radcliffe E, Sadler E, Wolfe CD, McKeivitt C. *Identifying the long-term needs of stroke survivors using the International Classification of Functioning, Disability and Health*. Chronic Illn. 2012; 8(1): 31–44.
9. House JS. *Work, stress and social support*. Reading, MA: Addison Wesley; 1981.
10. Boutin-Foster C. *Getting to the heart of social support: A qualitative analysis of the types of instrumental support that are most helpful in motivating cardiac risk factor modification*. Heart Lung 2005; 34: 22–29.
11. Pierce GR, Lakey B, Sarason IG, Sarason BR, Joseph HJ. *Personality and social support processes. A conceptual overview. Sourcebook of social support and personality*. New York: Plenum Press; 1997.
12. Sarason IG, Sarason BR, Shearin EN. *Social support as an individual difference variable: Its stability, origins, and relational aspects*. J. Pers. Soc. Psychol. 1986; 50: 1222–1225.
13. Belfield G. *Long Term Conditions Policy*. Department of Health, NHS, UK, 2006.
14. Caplan RD, Naidu RK, Tripathi RC. *Coping and defense: constellations vs. components*. J. Health Soc. Behav. 1984; 25: 303–320.

15. Krokavcova M, van Dijk JP, Nagyova I, Rosenberger J, Gavelova M, Middel B. i wsp. *Social support as a predictor of perceived health status in patients with multiple sclerosis*. Patient Educ. Couns. 2008; 73: 159–165.
16. Antonopoulou MD, Alegakis AK, Hadjipavlou AG, Lionis CD. *Studying the association between musculoskeletal disorders, quality of life and mental health. A primary care pilot study in rural Crete, Greece*. BMC Musculoskelet. Disord. 2009; 20(10): 143.
17. Chung MC, Berger Z, Jones R, Rudd H. *Posttraumatic stress and co-morbidity following myocardial infarction among older patients: the role of coping*. Aging Ment. Health 2008; 12: 124–133.
18. Kaplan RM, Hartwell SL. *Differential effects of social support and social network on physiological and social outcomes in men and women with Type II diabetes mellitus*. Health Psychol. 1987; 6: 387–398.
19. Franks P, Campbell TL, Shields CG. *Social relationships and health: the relative roles of family functioning and social support*. Soc. Sci. Med. 1992; 34: 779–788.
20. Schroevers MJ, Ranchor AV, Sanderman R. *The role of social support and self-esteem in the presence and course of depressive symptoms: a comparison of cancer patients and individuals from the general population*. Soc. Sci. Med. 2003; 57: 375–385.
21. Carlson JA, Sallis JF, Conway TL, Saelens BE, Frank LD, Kerr J. i wsp. *Interactions between psychosocial and built environment factors in explaining older adults' physical activity*. Prev. Med 2012; 54(1): 68–73.
22. Imayama I, Alfano CM, Kong A, Foster-Schubert KE, Bain CE, Xiao L. i wsp. *Dietary weight loss and exercise interventions effects on quality of life in overweight/obese postmenopausal women: a randomized controlled trial*. Int. J. Behav. Nutr. Phys. Act. 2011; 25(8): 118.
23. de la Revilla L, de los Ríos Alvarez AM, de Dios Luna del Castillo J. *Factors underlying psychosocial problems*. Aten. Primaria 2007; 39: 305–311.
24. Ogińska-Bulik N. *The role of personal and social resources in preventing adverse health outcomes in employees of uniformed professions*. Int. J. Occup. Med. Environ. Health 2005; 18: 233–240.
25. Urbanetto Jde S, Silva PC, Hoffmeister E, Negri BS, Costa BE, Figueiredo CE. *Workplace stress in nursing workers from an emergency hospital: Job Stress Scale analysis*. Rev. Lat. Am. Enfermagem 2011; 19: 1122–1131.
26. Gili M, Sesé A, Bauza N, Serrano MJ, Salvador-Carulla L, Molina R. i wsp. *Mental disorders, chronic conditions and psychological factors: a path analysis model for healthcare consumption in general practice*. Int. Rev. Psychiatry 2011; 23: 20–27.
27. Penning MJ. *Health, social support, and the utilization of health services among older adults*. J. Gerontol. 1995; 50B: S330–S339.
28. Kouzis AC, Eaton WW. *Absence of social networks, social support and health services utilization*. Psychol. Med. 1998; 28: 1301–1310.
29. Gili M, Luciano JV, Serrano MJ, Jiménez R, Bauza N, Roca M. *Mental disorders among frequent attenders in primary care: a comparison with routine attenders*. J. Nerv. Ment. Dis. 2011; 199: 744–749.
30. Soumagne N, Levrat Q, Frasca D, Dahyot C, Pinsard M, Debaene B. i wsp. *Family satisfaction in intensive care unit: A prospective survey*. Ann. Fr. Anesth. Reanim. 2011; 30(12): 894–898.
31. Hendren S, Chin N, Fisher S, Winters P, Griggs J, Mohile S. i wsp. *Patients' barriers to receipt of cancer care, and factors associated with needing more assistance from a patient navigator*. J. Natl. Med. Assoc. 2011; 103: 701–710.
32. Kasprzak M, Piotrowski P, Kurpas D, Marciniak D, Kiejna A, Steciwko A. i wsp. *Psychiatric symptomatology and personality in the population of primary care patients*. Ann. Agric. Environ. Med. 2014; 21(2): 344–348.

33. Goldberg DP, Hillier VF. *A scaled version of the General Health Questionnaire*. Psychol. Med. 1979; 9: 139–145.
34. Makowska Z, Merez D. *Mental health assessment on a research basis by David Goldberg Questionnaires*. Nofer: Institute of Occupational Medicine; 2001.
35. Chung MC, Preveza E, Papandreou K, Prevezas N. *Spinal cord injury, posttraumatic stress, and locus of control among the elderly: a comparison with young and middle-aged patients*. Psychiatry 2006; 69: 69–80.
36. Richards HL, Fortune DG, Weidmann A, Sweeney SK, Griffiths CE. *Detection of psychological distress in patients with psoriasis: low consensus between dermatologist and patient*. Br. J. Dermatol. 2004; 151: 1227–1233.
37. Kmiecik-Baran K. *Social Support Scale. Theory and psychometric properties*. Rev. Psychol. 1995; 38: 201–214.
38. van den Akker OBA. *Coping, quality of life and psychological symptoms in three groups of sub-fertile women*. Patient Educ. Couns. 2005; 57: 183–189.
39. Arving C, Sjöden PO, Bergh J, Lindström AT, Wasteson E, Glimelius B. i wsp. *Satisfaction, utilisation and perceived benefit of individual psychosocial support for breast cancer patients – A randomized study of nurse versus psychologist interventions*. Patient Educ. Couns. 2006; 62: 235–243.
40. Sheehan B, Bass C, Briggs R, Jacoby R. *Somatization among older primary care attenders*. Psychol. Med. 2003; 33: 867–877.
41. Michalska-Leśniewicz M, Gruszczyński W. *Psychologiczne wyznaczniki jakości życia kobiet z rozpoznaną depresją*. Psychiatr. Pol. 2010; 44(4): 529–541
42. Holmes WR, Joseph J. *Social participation and healthy ageing: a neglected, significant protective factor for chronic non communicable conditions*. Global Health 2011; 28(7): 43.
43. Ailshire JA, Crimmins EM. *Psychosocial factors associated with longevity in the United States: Age differences between the old and oldest-old in the health and retirement study*. J. Aging Res. 2011; 2011: 530–534.
44. Wischniewski J, Windmann S, Juckel G, Brüne M. *Rules of social exchange: game theory, individual differences and psychopathology*. Neurosci. Biobehav. Rev. 2009; 33: 305–313.
45. Mertz BG, Bistrup PE, Johansen C, Dalton SO, Deltour I, Kehlet H. i wsp. *Psychological distress among women with newly diagnosed breast cancer*. Eur. J. Oncol. Nurs. 2012; 16(4): 439–443.
46. Hodgson P, Smith P, Brown T, Dowrick C. *Stories from frequent attenders: a qualitative study in primary care*. Ann. Fam. Med. 2005; 3: 318–323.
47. Carvalho Leite JC, Drachler MD, Killeit A, Kale S, Nacul L, McArthur M. i wsp. *Social support needs for equity in health and social care: A thematic analysis of experiences of people with chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis*. Int. J. Equity Health 2011; 10(1): 46.
48. Van Lente E, Barry MM, Molcho M, Morgan K, Watson D, Harrington J. i wsp. *Measuring population mental health and social well-being*. Int. J. Public Health 2012; 57(2): 421–430.

Adres: Donata Kurpas  
Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej  
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu  
51-141 Wrocław, ul. Syrokomli 1

Otrzymano: 17.10.2013  
Zrecenzowano: 29.11.2013  
Otrzymano po poprawie: 10.01.2014  
Przyjęto do druku: 28.08.2014