

Agnieszka Kotarba¹, Ewa Borowiak²

¹Zakład Pedagogiki w Pielęgniarstwie Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

²Zakład Nauczania Pielęgniarstwa z Pracowniami Praktycznymi Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Wsparcie społeczne wyzwaniem dla opieki pielęgniarskiej nad osobami starszymi

Social Support – a challenge for care nurses working with the elderly

STRESZCZENIE

Wstęp. Wsparcie społeczne jest istotnym aspektem opieki pielęgniarskiej nad seniorem.

Cel pracy. Ocena poziomu wsparcia udzielanego przez pielęgniarki seniorom mieszkającym w domu pomocy społecznej (DPS) oraz wykazanie związku między udzielanym wsparciem a sposobem radzenia sobie ze stresem.

Materiał i metody. Przebadano 50 pensjonariuszy po 60. roku życia zamieszkujących w jednym z łódzkich domów pomocy społecznej. W pracy zastosowano: Berlińskie Skale Wsparcia Społecznego, Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych oraz autorski kwestionariusz ankiety.

Wyniki i wnioski. Wykazano największe nasycenie wsparciem emocjonalnym a najmniejsze informacyjnym. Poziom udzielonego wsparcia społecznego był wyższy niż zapotrzebowanie na wsparcie i subiektywnie oceniana dostępność wsparcia. Obecnie otrzymywane wsparcie informacyjne koreluje z zadaniowym stylem radzenia sobie ze stresem. Spostrzegane dostępne wsparcie emocjonalne i instrumentalne sprzyja tendencji do unikowego sposobu radzenia sobie ze stresem. Personel pielęgniarski jest istotnym źródłem wsparcia dla seniora mieszkającego w domu pomocy społecznej. Zakres udzielanego przez pielęgniarki wsparcia społecznego jest większy w porównaniu do deklarowanego zapotrzebowania i antycypowanej dostępności pomocy. Jakość i forma opieki pielęgniarskiej różnicują ocenę poziomu wsparcia społecznego. Wyższy poziom wsparcia informacyjnego jest związany z zadaniowym sposobem radzenia ze stresem. Jednocześnie wsparcie emocjonalne i instrumentalne koreluje za stylem unikowym.

Problemy Pielęgniarstwa 2016; 24 (1): 14–18

Słowa kluczowe: osoba starsza; pielęgniarka; wsparcie społeczne; dom pomocy społecznej

ABSTRACT

Introduction. Social support is a significant aspect of caring for seniors.

Aim. An evaluation of the level of support provided by the nurse to seniors resident in nursing homes, and an analysis of its relationship with the style of coping with stress.

Material and methods. The study group comprised 50 retired people over 60 years of age who were resident in one of the nursing homes in Lodz. The study employed a survey questionnaire designed by the author, the Berlin Social Support Scale and the Coping Inventory for Stressful Situations.

Results and conclusions. The residents were provided with the highest level of emotional support and lowest level of informative support. The level of social support provided was greater than demand for support and subjective evaluation of availability of support. In fact, receiving informative support correlates with a task-orientated style of coping with stress. Perceived available emotional and instrumental support tends to demonstrate an avoidance style of coping with stress. The nursing staff represents a significant source of support for seniors resident in a nursing home. The range of social support provided by the nurse is greater than declared need and anticipated availability of help. The quality and form of nursing care differentiates the evaluation of the level of social support given by the care recipient. The form of social

Adres do korespondencji: dr n. med. Agnieszka Kotarba, Zakład Pedagogiki w Pielęgniarstwie Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, ul. G. Narutowicza 58, 90–136 Łódź, tel.: 42 272 59 80, faks: 42 678 37 26, e-mail: agnieszka.kotarba@umed.lodz.pl

Artykuł powstał w ramach środków finansowych na działalność statutową przyznanych przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego Uniwersytetowi Medycznemu w Łodzi 503/8-073-02/503-81-001.

DOI: 10.5603/PP.2016.0003

care was found to be associated with adaptive and maladaptive styles of coping with stress. A higher level of informative support was found to be associated with task-orientated of coping with stress. In addition, emotional and instrumental support correlate with an avoidance style.

Problemy Pielęgniarstwa 2016; 24 (1): 14–18

Key words: elderly person; nurse; social support; social care house

Wstęp

Wsparcie społeczne odgrywa istotną rolę w podtrzymywaniu zasobów zdrowotnych seniorów i adaptacyjnym radzeniu sobie ze stresem [1, 2]. Interakcje społeczne, w jakie wchodzi osoba starsza w swoim otoczeniu, oraz posiadana przez nią sieć wsparcia nieprofesjonalnego i profesjonalnego wpływają na jakość jej życia i obniżenie śmiertelności [3, 4].

W zależności od tego, co jest treścią wymiany w toku interakcji wspierającej, najczęściej wyróżnia się wsparcie: emocjonalne, informacyjne, instrumentalne i rzeczowe [5]. Funkcjonalne podejście do wsparcia pozwala również na wyodrębnienie różnych ocen jego dostępności i otrzymywania. Wsparcie spostrzegane (dostępne) wiąże się z przewidywaniem uzyskania różnych form pomocy w potrzebie. Wsparcie otrzymane dotyczy pomocy udzielonej faktycznie [6]. Badania wskazują, że wsparcie profesjonalne dostosowane do potrzeb i oczekiwań osoby wspomaganą wpływa na satysfakcję z opieki, a zarazem jest ważnym elementem podnoszenia jakości usług świadczonych przez pielęgniarki [7]. Natomiast niewłaściwa pomoc przynosi negatywne skutki w postaci wzrostu poczucia zagrożenia, poczucia nadmiaru kontroli społecznej i ograniczenia samodzielności [8].

Cel pracy

Ocena poziomu wsparcia społecznego udzielanego przez pielęgniarki, seniorom mieszkającym w domu pomocy społecznej (DPS) oraz analiza związku wsparcia ze stylem radzenia sobie ze stresem w prezentowanej grupie pensjonariuszy.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w okresie od stycznia do marca 2015 roku w grupie 50 mieszkańców (38 kobiet, 12 mężczyzn) domu pomocy społecznej dla osób starszych w Łodzi, za zgodą komisji bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Kryteriami włączenia do grupy były: wiek powyżej 65 lat, zachowany kontakt werbalny oraz świadoma zgoda na udział w badaniu. Kohortę stanowiło 56,18 frakcji wszystkich mieszkańców badanej instytucji. W badaniach wykorzystano: Berlińską Skalę Wsparcia Społecznego (BSSS, *Berlin Social Support Scale*) Schwarzera i Schultza, Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS,

Coping Inventory for Stressful Situations) Endlera i Parkera oraz autorską ankietę (w której zawarto pytania odnoszące się do czynników o charakterze demograficznym, aktywności własnej i opieki pielęgniarstwa). Kwestionariusz BSSS służy do pomiaru poznawczych i behawioralnych wymiarów wsparcia społecznego. Składa się z pięciu niezależnych skal, z których w badaniu wykorzystano cztery, oceniając spostrzegane dostępne wsparcie, zapotrzebowanie na wsparcie, poszukiwanie wsparcia oraz obecnie otrzymywane wsparcie. Wyższa punktacja oznacza wyższy poziom wsparcia [9]. Kwestionariusz CISS zawiera 48 stwierdzeń pozwalających na określenie charakterystycznego dla każdej osoby stylu radzenia sobie ze stresem. Przewaga punktowa w określonej skali pozwala zidentyfikować styl radzenia sobie ze stresem [10]. Do opisu zmiennych wykorzystano statystyki opisowe oraz rozkłady zmiennych. W celu stwierdzenia współwystępowania badanych cech ilościowych wykorzystano wartości współczynników korelacji liniowej Pearsona, po czym zastosowano test istotności oparty na rozkładzie t-Studenta. Różnice pomiędzy grupami oceniono testem Manna-Whitneya. Za istotne statystycznie przyjęto wartości testu spełniające warunek, że $p < 0,05$.

Wyniki

Średni wiek badanych wynosił $81,5 \pm 7,6$ lat życia. Dominowały kobiety (0,76 frakcji). Większość ankietowanych legitymowało się wykształceniem zawodowym i średnim (0,90 frakcji), jednocześnie te osoby były starsze (82,1 lat) ($U = 0,042$; $p < 0,005$). W kohorcie przeważali respondenci pochodzący z miasta powyżej 250 000 mieszkańców (0,88 frakcji), utrzymujący się ze świadczenia emerytalnego (0,82 frakcji). Na pytanie dotyczące związku o charakterze intymnym większość pensjonariuszy określiła siebie jako osoby nie będące w związku (0,92 frakcji). Jednocześnie nieco ponad połowa badanych zaznaczyła, że czuje się samotna (0,56 frakcji). Przeciętnie senior przebywał w DPS 3,88 lat. Pokój z innym pensjonariuszem dzieliło 0,56 frakcji. Dla większości ankietowanych miejscem spożywania posiłku była stołówka (0,72 frakcji), dla pozostałych własny pokój. W czasie wolnym cała kohorta podejmowała aktywność własną, ponadto z kulturalno-sportowej oferty DPS korzystało 0,60 frakcji pensjonariuszy.

Tabela 1. Różnice między poziomem obecnie otrzymywanego wsparcia społecznego, emocjonalnego i instrumentalnego
Table 1. The difference between the actually received levels of social, emotional and instrumental support

Obecnie otrzymywane wsparcie instrumentalne (liczba punktów)	Obecnie otrzymywane wsparcie emocjonalne (liczba punktów)	Poziom istotności statystycznej
8,48 ± 5,16	28,38 ± 6,8	T = -28,57; p < 0,001

Tabela 2. Różnice między poziomem obecnie otrzymywanego wsparcia społecznego, emocjonalnego i informacyjnego
Table 2. The difference between the actually received levels of social, emotional and informative support

Obecnie otrzymywane wsparcie informacyjne (liczba punktów)	Obecnie otrzymywane wsparcie emocjonalne (liczba punktów)	Poziom istotności statystycznej
5,16 ± 2,4	28,38 ± 6,8	T = -31,58; p < 0,001

Tabela 3. Różnice między poziomem obecnie otrzymywanego wsparcia społecznego, informacyjnego a instrumentalnego
Table 3. The difference between the actually received levels of social informative instrumental support

Obecnie otrzymywane wsparcie instrumentalne (liczba punktów)	Obecnie otrzymywane wsparcie informacyjne (liczba punktów)	Poziom istotności statystycznej
8,48 ± 2,9	5,16 ± 2,4	T = 13,20; p < 0,001

W badanej populacji dominowały osoby, które oceniły opiekę pielęgniarską jako dobrą (0,60 frakcji). Jednocześnie dla porównywalnego odsetka (0,58 frakcji) pielęgniarka była źródłem wsparcia „w codziennym życiu”. W zakresie opieki pielęgniarskiej pensjonariusze korzystali przede wszystkim z zabiegów diagnostyczno-terapeutycznych (0,82 frakcji), w dalszej kolejności (0,36 frakcji) z usług opiekuńczo-pielęgnacyjnych i „innych”, w tym informacji na temat zdrowia i choroby. Osoby korzystające z tych informacji jednocześnie przebywały dłużej w placówce (5,4 lat) (U = 0,027; p < 0,005), natomiast 0,14 frakcji podało, że nie korzystało z opieki pielęgniarki w ogóle i ci ankietowani mieszkali w DPS krócej (1,5 roku) niż pozostali respondenci (U = 0,031; p < 0,005).

Analiza porównawcza poszczególnych rodzajów obecnie otrzymywanego wsparcia społecznego wykazała największe nasycenie wsparciem emocjonalnym (tab. 1 i 2) oraz większe nasycenie wsparciem instrumentalnym niż informacyjnym (tab. 3).

Poziom satysfakcji z otrzymanego wsparcia osiągnął wartości powyżej średniej (3,56 ± 0,7; min./maks. 1–4), w tym 70% uzyskanych odpowiedzi należy do kategorii wyników maksymalnych. Ponadto zaobserwowano, że na zróżnicowanie wyników wsparcia otrzymywanego ma wpływ jakość i forma opieki pielęgniarskiej. Osoby, które oceniły opiekę pielęgniarską

jako dobrą, jednocześnie wskazały, że otrzymały więcej wsparcia (U = 0,016; p < 0,005). W zakresie form opieki największy poziom obecnie otrzymywanego wsparcia deklarowali pensjonariusze korzystający z zabiegów diagnostyczno-terapeutycznych (U = 0,002; p < 0,005).

W toku dalszej analizy ujawniono różnicę pomiędzy poziomem wsparcia społecznego otrzymywanego (liczba punktów 45,58 ± 11,91) a spostrzeganego/dostępnego (liczba punktów 25,32 ± 6,3; p < 0,001) i zapotrzebowania na wsparcie (liczba punktów 11,72 ± 2,87; p < 0,001).

Różnica między badanymi zmiennymi wystąpiła na korzyść wsparcia otrzymywanego, co oznacza, że seniorzy otrzymali więcej wsparcia niż potencjalnie przewidywali i potrzebowali. Ponadto wykazano, że formy opieki pielęgniarskiej (U = 0,005; p < 0,005) różnicują subiektywnie spostrzeganą dostępność wsparcia społecznego. Najwyżej możliwość otrzymania od pielęgniarki pomocy w potrzebie (U = 0,035; p < 0,005) oszacowały osoby korzystające z usług diagnostyczno-terapeutycznych.

Badanie ujawniło również dysproporcję między zapotrzebowaniem na wsparcie a poziomem poszukiwanego wsparcia (T = -4,41; p < 0,05). Przewaga średniego poziomu zapotrzebowania na wsparcie sugeruje, że deklarowane zapotrzebowanie nie ma odzwierciedlenia w podejmowaniu zachowania w celu

uzyskania wsparcia.

Stwierdzono istotną statystycznie zależność pomiędzy niektórymi skalami w obrębie BSSS oraz wybranymi rodzajami wsparcia społecznego a sposobami radzenia sobie ze stresem. Satysfakcja z otrzymywanego od pielęgniarki wsparcia społecznego była zależna od poziomu obecnie otrzymywanego wsparcia ($R = 0,73$; $p < 0,001$) i subiektywnej oceny jego dostępności ($R = 0,34$; $p = 0,014$). Obecnie otrzymane wsparcie informacyjne wiązało się z zadaniowym stylem radzenia sobie ze stresem ($R = 0,30$; $p = 0,03$). Natomiast spostrzegane dostępne wsparcie (emocjonalne: $R = 0,04$; $p = 0,001$ i instrumentalne: $R = 0,43$; $p = 0,002$) oraz zapotrzebowanie na wsparcie ($R = 0,42$; $p = 0,002$) korelowało ze stylem unikowym o podtypie poszukiwanie kontaktów towarzyskich.

Dyskusja

Starzenie się populacji przy jednoczesnym zmniejszaniu się kapitału społecznego seniorów wpływa na wzrost zapotrzebowania na wsparcie instytucjonalne, sprawowane w ramach systemu ochrony zdrowia i opieki społecznej [11]. W opracowaniach podkreśla się, że obecność osób, które są postrzegane jako źródło dostępnej pomocy, wpływa pozytywnie na zdrowie i samopoczucie psychiczne ludzi w starszym wieku [4, 12]. W prezentowanym badaniu dominowali pensjonariusze, dla których pielęgniarka była źródłem wsparcia „w codziennym życiu”, a udzielane przez nią wsparcie zostało uznane za satysfakcjonujące. Zgodnie z oceną seniorów, otrzymali oni najwięcej wsparcia emocjonalnego i instrumentalnego, a najmniej informacyjnego. Taki rozkład wyników odpowiada strukturze i jakości sprawowanej w placówce opieki pielęgniarstwa. Największe nasycenie wsparciem otrzymanym wiązało się z dominującą formą opieki, to jest usługami diagnostyczno-terapeutycznymi. Jednocześnie pacjenci, którzy otrzymali najwięcej wsparcia, pozytywnie ocenili opiekę pielęgniarstwa. Badania innych autorów potwierdzają, że osoby starsze potrzebują wsparcia w zakresie realizacji potrzeb socjomedycznych i opiekuńczych, a pozytywna ocena opieki pielęgniarstwa wiąże się z postrzeganiem pielęgniarki jako istotnego i satysfakcjonującego źródła wsparcia emocjonalnego i instrumentalnego [13, 14].

Wsparcie udzielane przez pielęgniarki pełni istotną rolę w radzeniu sobie z problemami geriatrycznymi, pod warunkiem jednak, że oferowana pomoc jest oczekiwana i trafna [15]. W tym kontekście wyniki badań własnych budzą niepokój. Ankietowani otrzymali więcej wsparcia niż potrzebowali, co stwarza ryzyko wystąpienia „paradoksu wsparcia”, czyli sytuacji, w której zbyt duża pomoc otoczenia

zmniejsza poczucie kompetencji do samodzielnego radzenia sobie z problemami i ogranicza autonomię osoby wspomaganą. Należy podkreślić, że nadmierne wsparcie jest w opozycji do standardów opieki geriatrycznej, zgodnie z którymi jej celem jest optymalizowanie stanu zdrowia i samodzielności podopiecznego [16].

Prezentowane badanie ujawniło ponadto dysproporcję pomiędzy wsparciem otrzymanym a spostrzeganym (potencjalnie dostępnym). Większe nasycenie wsparciem otrzymanym wskazują, że pensjonariusze w mniejszym stopniu spodziewają się pomocy ze strony pielęgniarki niż realnie otrzymują, prawdopodobnie dlatego ujawnionemu wysokiemu poziomowi zapotrzebowania na wsparcie nie towarzyszy tendencja do jego aktywnego poszukiwania. Wsparcie spostrzegane, w porównaniu ze wsparciem otrzymywanym, jest lepszym predyktorem zdrowia, dobrostanu i efektywnego radzenia sobie ze stresem [17].

Zaobserwowana przez autorów zależność między zapotrzebowaniem na wsparcie a antycypowaną dostępnością wsparcia emocjonalnego/instrumentalnego oraz unikowym stylem radzenia sobie ze stresem sugeruje, że seniorzy, identyfikując pielęgniarkę jako potencjalne źródło pomocy, nie oczekują wspierania ich samodzielności. Istotą stylu unikowego jest odwrócenie uwagi od sytuacji trudnej [10], tu potrzebie troskliwej obecności innych towarzyszy oczekiwania rozwiązania problemu za daną osobę, dokonania zmian w jej problematycznym położeniu, ale bez angażowania jej w działanie. Takie funkcjonowanie pozbawia osobę przekonania o podmiotowej współodpowiedzialności za swój los, co w sposób oczywisty może przełożyć się na bierność i roszczeniowość w kontakcie z personelem medycznym. Stereotypowe postrzeganie siebie i roli pielęgniarek może być „efektem pokolenia”, które przez większość swojego dorosłego życia nie doświadczało w opiece medycznej podejścia całościowego i zarazem podmiotowego.

Odmienne mechanizmy psychologiczne jest aktywowany w przypadku stylu zadaniowego (adaptacyjnego), który charakteryzuje motywacja do podejmowania intencjonalnych działań w celu rozwiązania problemu [10]. W badaniu zaobserwowano, że styl adaptacyjny koreluje z udzielaniem pensjonariuszowi wsparcia informacyjnego, czyli przekazywaniem informacji, pomagających zrozumieć sytuację, a także udzieleniu informacji zwrotnych o skuteczności podejmowania przez osobę wspieraną różnych działań zaradczych [5]. Wypracowane dzięki tak pojmowanemu wsparciu rozwiązania powinny wskazać na nowe możliwości osiągnięcia wewnętrznej równowagi oraz motywować człowieka do aktywnego zaspokajania swych potrzeb [18].

Wnioski

1. Personel pielęgniarski jest istotnym źródłem wsparcia dla seniora mieszkającego w domu pomocy społecznej.
2. Zakres udzielanego przez pielęgniarki wsparcia społecznego jest większy w porównaniu do deklarowanego zapotrzebowania i antycypowanej dostępności pomocy.
3. Jakość i forma opieki pielęgniarskiej różnicują ocenę poziomu wsparcia społecznego dokonywaną przez wspieranego.
4. Wsparcie społeczne w opiece pielęgniarskiej powinno optymalizować samodzielność i autonomię podopiecznego.
5. Istnieje zależność między rodzajem wsparcia społecznego a adaptacyjnym i nieadaptacyjnym stylem radzenia sobie ze stresem.
6. Wyższy poziom wsparcia informacyjnego jest związany z zadaniowym stylem radzenia ze stresem. Jednocześnie wsparcie emocjonalne i instrumentalne koreluje ze stylem unikowym.

Piśmiennictwo

1. Knoll N., Burkert S., Łuszczynska A. i wsp. Predictors of support provision: A study with couples adapting to incontinence following radical prostatectomy, *Br. J. Health Psychol.* 2011; 16: 472–487.
2. Wlazło A., Leszek J. Samoopieka osób starszych w kontekście psychologii zdrowia. Założenia teoretyczne, *Psychogeriatr. Pol.* 2008; 5(3): 123–128.
3. Brzezinska A., Sienkiewicz-Wilowska J., Wójcik S. Opiekun jako mediator w środowisku fizycznym i społecznym seniora: perspektywa psychologii pozytywnej, [W:] *Wieczorowska-Tobis K., Talarska D. (red.), Człowiek w wieku podeszłym we współczesnym społeczeństwie. Różne oblicza starości*, Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego, Poznań 2012; 119–128.
4. Liao C.C., Li C.R., Lee S.H. i wsp. Social support and mortality among the aged people with major diseases or ADL disabilities in Taiwan: a national study, *Arch. Gerontol. Geriatr.* 2015; 60(2): 317–321.
5. 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*, Wyd. Nauk. PWN, Warszawa, 2011; 11–28.
6. Schwarzer R., Knoll N. Functional roles of social support within the stress and coping process: A theoretical and empirical overview, *Int. J. Psychol.* 2007; 42: 243–252.
7. Grochans E., Wieder-Huszla S., Jurczak A. i wsp. Wsparcie emocjonalne jako wyznacznik jakości opieki pielęgniarskiej, *Probl. Hig. Epidemiol.* 2009; 90(2): 236–239.
8. Kozestańska-Oczkowska M., Wrońska I. The demand for support in the group of people suffering from glaucoma, *J. Health Scien.* 2013; 3 (9): 261–278.
9. Łuszczynska A., Kowalska M., Mazurkiewicz M. i wsp. Berlińskie Skale Wsparcia Społecznego (BSSS). Wyniki wstępnych badań nad adaptacją skal i ich własnościami psychometrycznymi, *Stud. Psychol* 2006; 44 (3): 17–27.
10. Strelau J., Jaworowska A., Wrześniewski K. i wsp. Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych, *Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2007*, 15–18.
11. Olejniczak P. Wsparcie społeczne i jego znaczenie dla osób starszych, *Zdr. Publ.* 2013; 3 (2): 183–188.
12. Tobiasz-Adamczyk B. *Przemoc wobec osób starszych*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2009; 52–85.
13. Zielińska-Więczkowska H., Pryka K., Muszalik M. i wsp. Wsparcie w opiece pielęgniarskiej pacjentów w podeszłym wieku przed zabiegiem operacyjnym — na tle czynników socjodemograficznych, *Psychogeriatr. Pol* 2012; 9 (2): 61–68.
14. Muszalik M., Kędziora-Kornatowska K., Ciosek A. Problemy związane z adaptacją oraz oczekiwania hospitalizowanych osób w starszym wieku, *Gerontol. Pol.* 2008; 6 (1): 41–46.
15. Kurowska K., Bystryk R. Rola wsparcia i przekonań dotyczących zdrowia w zmaganiu się z problemami wieku geriatrycznego, *Geriatrics* 2013; 7: 5–11.
16. Derejczyk J., Grodzicki T., Jakrzewska-Sawińska A. i wsp. Standardy świadczenia usług medycznych w specjalności geriatrics. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego Kolegium Lekarzy Specjalistów Geriatrics w Polsce i Konsultanta Krajowego w dziedzinie geriatrics, *Gerontol. Pol.* 2005; 13 (2): 67–83.
17. Smoktunowicz E., Cieślak R., Żukowska K. Rola wsparcia społecznego w kontekście stresu organizacyjnego oraz zaangażowania w pracę, *Studia Psychologiczne* 2013; 51 (4): 25–57.
18. Lorencowicz R., Jasik J., Komar E., Przychodzka E. Wpływ wsparcia społecznego dla jakości codziennego funkcjonowania osoby chorej na stwardnienie rozsiane, *Pielęg. Neurol. Neurochir.* 2013; 2 (5): 205–215.