

# Znaczenie spostrzeganego wsparcia społecznego dla dobrostanu jednostki – na przykładzie badań Kwestionariuszem Wsparcia Społecznego (Soz-U K-14)

Zygfryd Juczyński\*

Instytut Psychologii Stosowanej Społecznej Akademii Nauk w Łodzi

THE ROLE OF PERCEIVED SOCIAL SUPPORT FOR THE WELL-BEING OF THE INDIVIDUAL  
– ON THE EXAMPLE OF THE SOCIAL SUPPORT QUESTIONNAIRE (SOZ-U K-14)

Social support can directly influence the perception of stressful events or neutralize and alleviate the negative effects of already occurring events. The aim of the research was to determine the effects of the impact of social support on the well-being of different people ( $N=600$ ). In all of them, the Social Support Questionnaire was used (Soz-U K-14), while variables such as the sense of life satisfaction (SWLS), quality of life (WHOQOL-BREF), posttraumatic growth PTGI, burnout (MBI), severity of PTSD symptoms (PCL-5), were measured in individual groups. In the simple regression analysis, the percentage of variance in the results of these variables was determined by the perceived social support. The highest percentage concerned quality of life in women with thyroid disease (50%) and life satisfaction in the elderly (39%). Perceived social support turned out to be a poor predictor of PTSD in the group of women – victims of domestic violence (18%) and victims of transport accidents (13%). In different life situations, other psychological resources play a much greater role than social support. In the groups of people who experienced trauma, the most important predictors of PTSD turned out to be cognitive strategies of coping with an experienced traumatic event (in victims of transport accidents ( $R^2=.71$ ), in a group of women victims of domestic violence ( $R^2=.63$ ), it allows adjusting to the new reality changed as a result of the trauma.

**Key words:** perceived social support; Social Support Questionnaire Soz-U K-14; the role of social support; social support and PTSD

## WPROWADZENIE

W literaturze można znaleźć wiele definicji wsparcia społecznego wynikających z różnych sposobów jego ujmowania. W szerokim ujęciu wsparcie społeczne to pomoc dostępna dla jednostki w sytuacjach trudnych, zapewniana przez osoby znaczące i grupy odniesienia. Większość badaczy skupia się na wsparciu otrzymywanym, odróżniając go od wsparcia przekazywanego. Najczęściej badaniu podlega wsparcie dostępne, czyli wsparcie spostrzegane, wynikające z wiedzy i przekonań człowieka o tym gdzie, od kogo i na ile dostępna jest możliwość uzyskania pomocy w sytuacji trudnej (Sęk i Cieślak, 2011).

Na ogół badacze nie ograniczają się do ogólnej oceny wsparcia, lecz koncentrują się na ujęciu różnych rodzajów wsparcia. Wiąże się to z rolą, jaką przypisujemy wsparciu społecznemu, która wynika z podziału wsparcia na strukturalne i funkcjonalne. To pierwsze, wsparcie strukturalne, wywodzi się z tradycji socjologicznej

i oznacza obiektywnie istniejące i dostępne sieci społeczne, które poprzez fakt istnienia więzi, kontaktów społecznych, przynależności, pełnią funkcję pomocną wobec osób znajdujących się w trudnej sytuacji. Sieci te, zwane też systemami oparcia, działają na rzecz dobra swoich członków lub osób, dla których sieć ta jest dostępna. Z kolei wsparcie w ujęciu funkcjonalnym, bardziej popularnym wśród psychologów, koncentruje się na interakcjach społecznych podejmowanych w sytuacji trudnej, stresowej lub krytycznej. Zależnie od treści tej wymiany wyodrębnia się różne rodzaje wsparcia, jak wsparcie emocjonalne, instrumentalne, wartościujące, rzeczowe, wsparcie informacyjne, duchowe i in. (Sęk, 2003).

Oddziaływanie wsparcia społecznego ujawnia się w sytuacjach trudnych czy kryzysowych. Jego efekty wyjaśnia się zarówno oddziaływaniem bezpośrednim (głównym), jak i pośrednim (buforowym). W tym pierwszym, wsparcie wpływa bezpośrednio na spostrzeganie stresujących zdarzeń, w drugim – neutralizuje i łagodzi negatywne skutki stresujących zdarzeń, które już miały miejsce, co pomaga przezwyciężyć trudności. Ujawnia się to szczególnie w sytuacji choroby, umożliwiając mobilizację sił i zasobów w radzeniu sobie (Juczyński, 2012, 2016).

\* Korespondencję dotyczącą artykułu można kierować na adres: Zygfryd Juczyński, Instytut Psychologii Stosowanej Społecznej Akademii Nauk w Łodzi ul. gen. M. Tokarzewskiego 2, 91-842 Łódź.  
zjuczynski@spoleczna.pl

Wsparcie społeczne koreluje z jakością życia ludzi starszych, mierzona za pomocą wskaźników zadowolenia, optymizmu, nastroju (Głębocka i Szarzyńska, 2005). Przeciwdziała pojawieniu się objawów wypalenia zawodowego (Derbis i Baka, 2001) i zaburzeń po stresie traumatycznym (Łuszczynska, 2003).

Różne aspekty wsparcia społecznego podlegają operacjonalizacji w dostępnych narzędziach pomiaru. W Polsce dysponujemy kilkoma standaryzowanymi narzędziami pomiaru, jak skale wsparcia społecznego K. Kmiecik-Baran (1995), czy R. Cieślaka (1998). Dostępnych jest kilka narzędzi adaptowanych, jak zmodyfikowana wersja kwestionariusza Sarasona i wsp., SSQ, opracowana przez Dudka i Koniarka (2003), Berlińskie Skale Wsparcia Społecznego – BSSS (Łuszczynska i wsp., 2006), Kwestionariusz Spostrzeganego Wsparcia Społecznego – ISEL (Szlachta, 2009), Skala Wsparcia Społecznego – ISSB (Cieślak, 2011), Skala Znaczenia Innych – SOS (Juczyński, 2014), Wielowymiarowa Skala Spostrzeganego Wsparcia Społecznego – MSPSS (Buszman i Przybyła-Basista, 2017).

## CEL BADAŃ

Wymienione powyżej narzędzia pomiaru wsparcia społecznego posiadają pewne ograniczenia związane czy to z liczbą zawartych twierdzeń, dość skomplikowanym sposobem obliczania wyników, czy wreszcie przeznaczeniem do badania jedynie określonych osób lub sytuacji. W prezentowanej pracy przedstawiono podstawowe informacje dotyczące polskiej adaptacji prostego i krótkiego (czas badania ok. 2 min.) narzędzia, nadającego się do stosowania w każdym badaniu i posiadającego dobre własności psychometryczne.

Celem badania było ustalenie efektów wsparcia społecznego, zarówno w postaci bezpośredniego oddziaływania wsparcia celem ochrony przed działaniem stresorów, jak i pośredniego, neutralizującego negatywne skutki zaistniałych zdarzeń stresujących, w szczególności w postaci zaburzeń po stresie traumatycznym. Innymi słowy, chodzi-

ło o ocenę zależności między spostrzeganym wsparciem społecznym, a dobrostanem jednostki, utożsamianym z poczuciem satysfakcji z życia, jakością życia, wypaleniem zawodowym bądź nasileniem zmian związanych z doświadczeniem traumy.

## METODA

### BADANE GRUPY

Ponieważ celem badań było ustalenie znaczenia wsparcia społecznego w trudnych sytuacjach życiowych różnych grup osób, zastosowano dobór celowy, ukierunkowany na osoby, u których wsparcie społeczne może wspomagać radzenie sobie w życiu, np. w wieku podeszłym, w chorobie oraz u osób doświadczających silnie stresujących zdarzeń, które mogą prowadzić do pojawienia się zaburzeń po stresie traumatycznym. Ogółem przebadano 600 osób, większość stanowiły kobiety, wiek badanych mieścił się w zakresie 16 do 76 lat. Badania prowadzono w ośrodkach interwencji kryzysowej i wsparcia, ośrodkach rehabilitacyjnych, domach opieki, na oddziałach szpitalnych. Podstawowe informacje o badanych grupach zawiera **Tabela 1**.

### NARZĘDZIA POMIARU

Do pomiaru zmiennych zależnych (objaśnianych) wykorzystano kilka standaryzowanych narzędzi, posiadających zadowalające własności psychometryczne. Poniżej podano ich podstawowe informacje.

**Skala Satysfakcji z Życia** (*The Satisfaction with Life Scale – SWLS*) Dienera i wsp., w polskiej adaptacji Juczyńskiego (2009), składa się z 5 stwierdzeń ocenianych w skali 7-stopniowej i jest przeznaczona do pomiaru poczucia zadowolenia z życia.

**Kwestionariusz World Health Organization Quality of Life – Bref** (WHOQOL-BREF) zawiera 26 pytań ocenianych w skali 5-stopniowej. Służy do oceny jakości

**Tabela 1**  
Charakterystyka badanych grup

Lp.	Grupa badana	N	Płeć w %		Wiek	
			M	K	M	SD
1	Osoby w wieku senioralnym	60	50.0	50.0	68.63	7.40
2	Opiekunowie osób przewlekle chorych	70	28.6	71.4	42.70	10.42
3	Kobiety z niedoczynnością tarczycy	80	0.0	100.0	36.92	17.55
4	Ofiary wypadków komunikacyjnych	100	50.0	50.0	39.95	13.24
5	Kobiety – ofiary przemocy domowej	100	0.0	100.0	37.89	11.74
6	Rodzice dzieci niepełnosprawnych fizycznie	60	0.0	100.0	39.18	8.71
7	Paraplegicy	40	100.0	0.0	34.75	9.55
8	Osoby po transplantacji narządów	90	68.9	31.1	49.47	14.39
Ogółem		600	34.8	62.5	43.59	15.68

życia osób zdrowych i chorych analizując cztery dziedziny życia, tj. fizyczną, psychologiczną, społeczną i środowiskową (Cieślík i Podbielska, 2015).

**Inwentarz Potraumatycznego Rozwoju** (*The Post-traumatic Growth Inventory* – PTGI), w polskiej adaptacji Ogińskiej-Bulik i Juczyńskiego (2010), składa się z 21 twierdzeń ocenianych w skali 6-stopniowej różne zmiany zaistniałe w wyniku doświadczanego wydarzenia traumatycznego.

**Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego** (*Maslach Burnout Inventory* – MBI), w polskiej adaptacji Pasikowskiego (2004), zawiera 22 pozycje oceniane w skali 7-stopniowej. Mierzy trzy aspekty wypalenia zawodowego, tj. wyczerpanie emocjonalne, depersonalizację oraz osobiste zaangażowanie.

**Lista Objawów PTSD** (*PTSD Checklist for DSM-5* – PCL-5), w polskiej adaptacji Ogińskiej-Bulik i wsp. (2018), składa się z 20 stwierdzeń opisujących objawy PTSD zgodnie z kryteriami opisanymi w DSM-5. Badany ocenia na skali 5-stopniowej (od 0 – wcale, do 4 – bardzo mocno), w jakim stopniu opisane problemy dokuczały mu w ciągu ostatniego miesiąca

W badaniach dokonano pomiaru kilku zmiennych objaśniających, zróżnicowanych w zależności od rodzaju badanej grupy. Wykorzystano kilka ogólnie znanych, standaryzowanych narzędzi pomiaru, w tym Skalę Uczuć Pozytywnych i Negatywnych (PANAS), w wersji oceny względnie stałych cech afektywnych, skróconą wersję SOC-13, do pomiaru poczucia koherencji oraz Skalę Poznawczego Przetwarzania Traumatycznego (CPOTS), do badania strategii radzenia sobie z traumą (Ogińska i Juczyński, 2018).

Główną zmienną objaśniającą, mierzoną we wszystkich ośmiu badanych grupach, było spostrzeganie wsparcie społeczne. Ponieważ zastosowany kwestionariusz nie został dotychczas opublikowany, poniżej przedstawiono jego szerszy opis.

**Kwestionariusz Wsparcia Społecznego** (*Fragebogen zur sozialen Unterstützung* – F-SocU K-14), którego autorami są Tomas Fydrich, Gert Sommer i Elmar Brähler, w wersji standardowej zawierającej 54 pozycje, został skonstruowany w 1989 r. (Sommer i Fydrich, 1989, 1991).

## PODSTAWY TEORETYCZNE

Autorzy kwestionariusza nawiązują do koncepcji Barre-ra (1986) i House'a (1987), według których spostrzeganie czy też otrzymywane wsparcie społeczne wynika z wiedzy i przekonań o dostępności sieci wsparcia oraz możliwości uzyskania pomocy w trudnej sytuacji. Wcześniej opisywał je Cobb (1976) podkreślając jego ważniejsze znaczenie, niż formalnych i strukturalnych cech sieci społecznych, w psychologii klinicznej. Spostrzeganie wsparcie

społeczne ujmuje znaczenie poznawczej oceny sieci i potencjalne bądź oczekiwane zachowania członków otoczenia społecznego. Wsparcie społeczne jest więc spostrzeganym i/bądź antycypowanym wsparciem ze strony sieci społecznych. W tym ujęciu wsparcie społeczne ujmowane jest zarówno, jako wynik interakcji zachodzących między jednostką a otoczeniem społecznym, jak też wynik osobistej oceny i poznawczo-emocjonalnego przepracowania, uwzględniającego ocenę aktualnych i przyszłych relacji społecznych (Sommer i Fydrich, 1989; Fydrich, Sommer i Brähler, 2007).

Na bazie wersji S-54 stosując analizę czynnikową zbudowano wersję skróconą K-22, a później, na nowej próbie, dokonując wyboru najlepszych pozycji i zmieniając częściowo ich treść – nową formę K-14. Twierdzenia przeformulowano celem ich lepszego zrozumienia. Wszystkie zostały sformułowane pozytywnie, gdyż sformułowania negatywne, zawarte w wersji K-22, prowadziły do artefaktów. Badania walidacyjne K-14 przeprowadzono w roku 2003 na reprezentacyjnej próbie 2507 osób (średni wiek = 48.8 lat;  $SD=17.9$ , w tym 45.0% mężczyzn, 52.0% żonaci/zamężne). Analiza czynnikowa potwierdziła strukturę jednoczynnikową wyjaśniając 56,3% wariancji. Średnia wynik skali to 3.97 ( $SD=.68$ ). Rzetelność (*alfa* Cronbacha) wynosiła .94, korelacja między pozycjami od .33 do .69, wskaźnik test-retest .96 (Fydrich i in., 2009).

## POLSKA WERSJA JĘZYKOWA

W połowie lat 90. ub. wieku, w związku z planowanymi badaniami niemiecko-polskimi z zakresu psychologii (współpraca z prof. Reinholdem Schwartzem), uzyskano zgodę autorów na dokonanie polskiej adaptacji wersji K-22. W tej wersji, mimo iż nie opublikowano jego danych walidacyjnych, kwestionariusz był stosowany przez wielu badaczy. Podstawą dla wersji K-14 były przeformułowane stwierdzenia zawarte w wersji K-22. Po przeprowadzeniu badań pilotażowych zmieniono układ graficzny odpowiedzi, wprowadzając – w miejsce 5 kółek, w których badany zaznaczał swoje odpowiedzi – cyfry od 1 do 5. W rezultacie ocena wyników ulegała maksymalnemu uproszczeniu. Instrukcja poprzedzająca badanie wyjaśnia sposób odpowiadania.

## WŁASNOŚCI PSYCHOMETRYCZNE KWESTIONARIUSZA

Rzetelność kwestionariusza obliczono wykorzystując metodę zgodności wewnętrznej *alpha* Cronbacha oraz stałość wyników metodą powtórzonego pomiaru. Współczynnik zgodności wewnętrznej polskiej wersji K-14 wynosi .95. Najniższy wskaźnik korelacji poszczególnych twierdzeń z ogólnym wynikiem wynosi .63 dla stwierdzenia nr 1, zaś najwyższy .82 dla stwierdzeń 4 i 6. Wskaźnik stałości (test-retest), oceniony w badaniu 35 osobowej grupy studentów w odstępie 6 tyg., wynosi .82. Ogólnie, wskaźniki rzetelności polskiej wersji są zadowalające i zbliżone do wersji oryginalnej K-14 ( $r=.94$ , test-retest po 1 tyg.  $r=.96$ .) Warto zauważyć, iż wskaźniki rzetelności oryginalnej

nalnej wersji K-14 są wyższe, niż dla wersji K-22 ( $r=.91$ , test-retest po 2 miesiącach  $r=.65$ ) (Fydrich, Sommer i Blähler, 2007).

Trafność kryterialną ustalono poprzez skorelowanie wyniku kwestionariusza ze spostrzeganym wsparciem praktycznym (.75) i emocjonalnym (.84) Skali Znaczenia Innych – SOS Power'a i Champion'a oraz z poszukiwaniem wsparcia emocjonalnego (.66) i praktycznego (.68) skali Mini COPE.

Trafność konwergencyjną i dywergencyjną oceniono poprzez poszukiwanie związków między wynikiem SozU K-14 a wynikami innych narzędzi. Założono, że spostrzegane wsparcie społeczne koreluje pozytywnie z oceną satysfakcji z życia i emocjami pozytywnymi, z kolei negatywnie – z nasileniem depresji i emocjami negatywnymi. Współczynnik korelacji wyniku K-14 okazał się statystycznie bardzo istotny z poczuciem satysfakcji z życia (SWLS .62) w grupie seniorów, z jakością życia (WHOQOL .71) i emocjami pozytywnymi (PANAS .61) i negatywnymi (-.36) w grupie kobiet chorych na tarczycę.

Analiza czynnikowa pozwoliła na potwierdzenie jednego czynnika, wyjaśniającego 63.5% wariancji. Pozostałe czynniki ujawniały wartość własną poniżej 1. Podobnie w wersji oryginalnej zidentyfikowano strukturę jednowymiarową, wyjaśniającą 56.3% wariancji (Fydrich, Sommer i Blähler, 2007).

#### NORMALIZACJA

Dla oryginalnej wersji K-12 opracowano normy na reprezentacyjnej grupie 2507 osób, w wieku od 14 do 92 lat ( $M=48.8$ ;  $SD=17.9$ ), w tym 45% mężczyzn. Uzyskano rozkład lewoskośny (przewaga osób z wyższym wsparciem). Wsparcie koreluje ujemnie z wiekiem, wyższe spostrzegane wsparcie społeczne ujawniają osoby młodsze. Płeć różnicuje wyniki wsparcia, mężczyźni deklaruja słabsze wsparcie (dotyczy kategorii do 60 lat), podobnie jak wykształcenia, większe wsparcie ujawniają osoby z wyższym wykształceniem. Średni wynik całej skali wynosi 3.97 ( $SD=.68$ ). Normy zostały oparte na procentowym rozkładzie wyników przyjmując za wyniki przeciętne

(norma): 16 – 84; poniżej i powyżej normy: 3 – 15 oraz 85 – 97 oraz skrajnie niskie i wysokie poniżej 3 i powyżej 97% (Fydrich i in., 2009).

W dalszej części artykułu przedstawiono średnie wyniki kilku badanych grup. Wyników tych nie można traktować jako norm, gdyż nie są oparte na badaniach reprezentatywnych próbek.

#### WYNIKI

##### SPOSTRZEGANE WSPARCIE SPOŁECZNE W BADANYCH GRUPACH

Średni wynik kwestionariusza F-SozU K-14 można przedstawić opierając się na 5-stopniowej skali, przyjętej do oceny poszczególnych stwierdzeń. Wymaga to podzielenia uzyskanej sumy punktów przez ogólną liczbę stwierdzeń zawartych w kwestionariuszu (14). Teoretyczny rozkład wyników mieści się w obszarze od 1 (14 twierdzeń  $\times$  1 punkt/14) do 5 punktów (14  $\times$  5/14). Wartość 1 oznacza bardzo niski poziom spostrzeganego wsparcia społecznego, zaś wartość 5 maksymalne wsparcie.

Średni wynik wszystkich badanych ( $N=600$ ) wynosi 3.69 ( $SD=1.10$ ). Rozkład wyników jest lewoskośny (-.92), co oznacza, że więcej jest wyników wysokich. Z kolei wskaźnik kurtozy (.15) odpowiada rozkładowi normalnemu. Płeć nie różnicuje średnich wyników, natomiast spostrzegane wsparcie koreluje istotnie z wiekiem ( $r=.15$ ;  $p<.001$ ). Osoby do 60 roku życia ujawniają wyższe poczucie wsparcia, niż starsze ( $t=3.18$ ;  $p<.001$ ), jednakże efekt wpływu wieku na spostrzegane wsparcie ( $d$  Cohena = .30) jest słaby. Osoby z wyższym wykształceniem uzyskują wyższe wyniki, niż z badani z wykształceniem podstawowym [ $F(2,597)=3.42$ ,  $p<.05$ ;  $d=.27$ ].

Średnie wyniki spostrzeganego wsparcia badanych grup różnią się od siebie [ $F(7,592)=3.318$ ;  $p<.001$ ]. Najniższe wsparcie społeczne ujawnia grupa seniorów, których wsparcie jest istotnie niższe od paraplegików ( $p<.01$ ) i ofiar wypadków komunikacyjnych ( $p<.05$ ) (por. **Tabela 2**). W tych dwóch ostatnich grupach rozkład wyników jest wyraźnie lewoskośny.

**Tabela 2**  
F SozU K-14: średnie wyniki badanych grup oraz miary kształtu rozkładów

	<i>M</i>	<i>SD</i>	Skośność	Kurtosa
1 Osoby w wieku senioralnym	3.29	1.42	-.40	-1.35
2 Opiekunowie osób przewlekle chorych	3.72	.90	-.65	-.31
3 Kobiety z niedocznością tarczycy	3.76	.95	-.64	-.70
4 Ofiary wypadków komunikacyjnych	3.91	.99	1.01	-.06
5 Kobiety – ofiary przemocy domowej	3.50	.97	-.22	-.65
6 Rodzice dzieci niepełnosprawnych fizycznie	3.80	.93	-.99	.95
7 Paraplegicy	4.12	.78	-1.10	.66
8 Osoby po transplantacji narządów	3.49	1.45	-.91	-.39
Ogółem	3.69	1.10	-.93	.17

### PREDYKCYJNA ROLA SPOSTRZEGANEGO WSPARCIA SPOŁECZNEGO

W przeprowadzonych badaniach założono pomiar kilku różnych zmiennych objaśnianych, takich jak satysfakcja, jakość życia, wypalenie zawodowe oraz negatywne i pozytywne zmiany związane z doświadczeniem traumy. Wykorzystane narzędzia pozwoliły na pomiar zmiennych na skali ciągłej, jednak brak rozkładu normalnego w dwóch grupach zdecydował o transformacji logarytmicznej wszystkich wyników. Ponieważ ograniczono się do analizy wpływu jednego predyktora, tj. spostrzeganego wsparcia społecznego, wyznaczono model regresji prostej (por. [Tabela 3](#)).

domowej oraz 13% u ofiar wypadków komunikacyjnych. Zależność jest zgodna z oczekiwaniami, tzn. spostrzeganego wsparcia społecznego neutralizuje objawy PTSD.

### ZRÓŻNICOWANIE ODDZIAŁYWANIA WSPARCIA SPOŁECZNEGO

Znaczenie wsparcia okazuje się jednak zróżnicowane, w zależności od badanej grupy, a *de facto* od tego, co chcemy wyjaśnić. Wsparcie społeczne, jak wynika z przedstawionych badań, wyjaśnia niewielki odsetek zmian związanych z zaburzeniami PTSD. Tymczasem w literaturze wsparcie społeczne jest zaliczane do najważniejszych zasobów sprzyjających potraumatycznej adaptacji (Łusz-

**Tabela 3**  
Wyniki analizy regresji prostej dla predyktora w postaci wsparcia społecznego

Zmienna objaśniana i grupa badana	$R^2$	Beta	Błąd Beta	t	p
<b>Satysfakcja z Życia (SWLS)</b>					
Osoby w wieku podeszłym	.39	.62	.10	6.07	.001
<b>Jakość Życia (QIQ)</b>					
Kobiety z niedoczynnością tarczycy	.50	.70	.08	8.78	.001
<b>Wzrost Posttraumatyczny (PTGI)</b>					
Rodzice dzieci niepełnosprawnych fizycznie	.18	.43	.12	3.60	.001
Mężczyźni – paraplegicy	.08	.29	.15	1.86	n.i.
<b>Wypalenie Zawodowe (MBI)</b>					
Opiekunowie osób przewlekle chorych	.10	-.33	.11	-2.78	.010
<b>PTSD (PCL-5)</b>					
Ofiary wypadków komunikacyjnych	.13	-.36	.09	-3.86	.001
Kobiety – ofiary przemocy domowej	.18	-.22	.10	-2.22	.020

Oznaczenia:  $R^2$  – współczynnik determinacji; Beta – standaryzowany współczynnik regresji; błąd Beta – błąd współczynnika regresji; F, t – test Fishera i studenta; p – poziom istotności; n.i. – poziom statystycznie nieistotny

Spostrzegane wsparcie społeczne wyjaśnia największy odsetek zmienności zmiennej jakości życia kobiet chorych na tarczycę (50%) oraz satysfakcji z życia osób w wieku podeszłym (39%). Zależność między zmiennymi jest dodatnia, tzn., im wyższe poczucie wsparcia, tym lepsza jakość życia i większa satysfakcja z życia. Podobnie pozytywna zależność zachodzi między objawami potraumatycznego wzrostu, a wsparciem u rodziców dzieci niepełnosprawnych fizycznie i u paraplegików. Z kolei negatywna zależność zachodzi między wsparciem, a nasileniem objawów wypalenia w grupie opiekunów osób przewlekle chorych. Niższe spostrzegane wsparcie wiąże się z większym nasileniem objawów wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji oraz spadku osobistego zaangażowania.

Rola wsparcia społecznego, jako bufora negatywnych zmian spowodowanych doświadczeniem traumą, okazała się bardziej złożona. Przede wszystkim spostrzegane wsparcie społeczne wyjaśnia niewielki odsetek wariacji zmiennej PTSD, tj. 18% w grupie kobiet – ofiar przemocy

czyńska, 2003). Jego efekty ujawniają się przede wszystkim w sytuacjach trudnych czy kryzysowych. Należy jednak założyć, iż w różnych sytuacjach życiowych inne właściwości psychologiczne, czy inne zasoby osobiste mogą odgrywać znacznie większą rolę, niż spostrzegane wsparcie społeczne.

W przeprowadzonych badaniach uwzględniono, oprócz pomiaru wsparcia społecznego, ocenianego we wszystkich 8 badanych grupach, kilka dodatkowych zmiennych psychologicznych, dostosowanych do rodzaju badanej grupy. U osób, które doświadczyły traumy, badano poznawcze strategie radzenia sobie z doświadczonym zdarzeniem traumatycznym. Poszukiwanie najlepszych wskaźników wyjaśniających dobrostan badanych, oparto na modelu regresji wielokrotnej (metoda krokowa, postępująca). Wyniki przedstawia [Tabela 4](#).

Współczynniki regresji pokazują wkład zmiennych pozostałych w ostatecznym modelu do wyjaśniania wariacji zmiennych charakteryzujących różne właściwości dobrostanu jednostki. Z kolei współczynniki Beta (stan-

daryzowane) i B (niestandardyzowane) reprezentują niezależne wkłady każdej zmiennej objaśniającej do predykcji zmiennej objaśnianej. Wsparcie społeczne okazało się jedynym predyktorem potraumatycznego wzrostu u rodziców wychowujących dzieci niepełnosprawne fizycznie. Znacznie mniejsze znaczenie odgrywają strategie radzenia sobie z traumą i emocje. Z kolei w grupie chorych kobiet wsparcie społeczne okazało się najważniejszym predyktorem wyjaśniając 50% zmienności, to jest znacznie więcej, niż emocje pozytywne i poczucie koherencji. U osób w wieku podeszłym, u opiekunów osób przewlekle chorych i u paraplegików wsparcie społeczne wyjaśnia niewielki odsetek zmienności. Poziom satys-

fakcji z życia osób w wieku senioralnym najlepiej wyjaśnia poczucie koherencji (57%), z kolei potraumatyczny wzrost u paraplegików, strategia przetwarzania traumy w postaci restrukturyzacji poznawczej.

W modelach wyników badań wyjaśniających nasilenie zaburzeń PTSD zmienna dotycząca spostrzeganego wsparcia społecznego pozostała poza modelem. Okazało się, że z objawami PTSD nasilniej koreluje negatywny afekt u osób po przeszczepie ( $Beta=.52$ ) i ofiar wypadków komunikacyjnych (.38), natomiast w grupie kobiet – ofiar przemocy domowej – strategie rozwiązanie/akceptacja (-.47) i zaprzeczania (.34). Poznawcze przetworzenie traumy, którego celem jest nadanie doświadczonemu

**Tabela 4**  
**Analiza regresji wielorakiej – predyktory dobrostanu badanych**

Zmienne objaśniane i badane grupy	$R^2$	Beta	B	t	p
<b>Satysfakcja z Życia (SWLS)</b>					
<b>Osoby w wieku podeszłym</b>					
Wartość stała			1.56	.65	n.i.
Poczucie koherencji	.57	.57	.27	4.72	.001
Zdrowie fizyczne	.04	.21	.04	2.25	.050
Wsparcie społeczne	.02	.12	.04	2.03	.050
$R^2=.63$ ; $F(3,56)=31.38$ ; $p<.001$					
<b>Jakość Życia (QIQ)</b>					
<b>Kobiety z nadczynnością tarczycy</b>					
Wartość stała			1.62	4.89	.001
Wsparcie społeczne	.50	.36	.01	4.09	.001
Afekt pozytywny	.12	.31	.02	3.51	.001
Poczucie koherencji	.05	.20	.01	2.20	.050
$R^2=.68$ ; $F(4,75)=4.89$ ; $p<.001$					
<b>Wypalenie Zawodowe (MBI)</b>					
<b>Opiekunowie przewlekle chorych</b>					
Wartość stała			112.29	9.55	.001
Poczucie koherencji	.17	-.38	-.58	-3.52	.001
Wsparcie społeczne	.07	-.27	-.41	-2.57	.010
$R^2=.22$ ; $F(2,67)=10.72$ ; $p<.001$					
<b>Wzrost Potraumatyczny (PTGI)</b>					
<b>Rodzice dzieci niepełnosprawnych</b>					
Wartość stała			25.50	2.50	.010
Wsparcie społeczne	.18	.43	9.41	3.60	.001
$R^2=.18$ ; $F(1,58)=13.02$ ; $p<.001$					
<b>Mężczyźni – paraplegicy</b>					
Wartość stała			6.19	.35	n.i.
Restrukturyzacja poznawcza	.42	.44	2.13	3.15	.010
Rozwiązanie/Akceptacja	.11	.43	1.57	2.75	.010
Wsparcie społeczne	.02	.12	3.97	1.05	n.i.
$R^2=.56$ ; $F(4,35)=11.10$ ; $p<.001$					

PTSD (PCL-5)					
<b>Osoby po wypadkach komunikacyjnych</b>					
Wartość stała			32.60	4.87	.001
Negatywny afekt	.59	.38	7.14	3.94	.001
Rozwiązanie/Akceptacja	.09	-.50	-1.20	-5.82	.001
$R^2=.71$ ; $F(5,94)=45.76$ ; $p<.001$					
<b>Kobiety – ofiary przemocy domowej</b>					
Wartość stała			36.24	4.99	.001
Żal	.18	.15	.51	1.96	.050
Rozwiązanie/Akceptacja	.06	-.47	-1.23	-4.43	.010
Zaprzeczanie	.09	.34	.96	3.36	.001
Pozytywna restrukturyzacja	.06	-.28	-.92	-2.99	.010
$R^2=.71$ ; $F(5,94)=45.76$ ; $p<.001$					
<b>Osoby po przeszczepie narządu</b>					
Wartość stała			9.84	1.71	n.i.
Negatywny afekt	.35	.52	7.27	5.33	.001
$R^2=.41$ ; $F(3,85)=19.26$ ; $p<.001$					

zdarzeniu sensu i znaczenia, a w konsekwencji – dopasowania się do nowej, zmienionej w wyniku doznanej traumy rzeczywistości, oraz negatywne emocje okazały się ważniejszym zasobem, niż spostrzegane wsparcie społeczne.

## OMÓWIENIE WYNIKÓW

Zastosowany w badaniach adaptowany Kwestionariusz Wsparcia Społecznego, w skróconej wersji K-14, posiada dobre własności psychometryczne, porównywalne z wersją oryginalną. Związki z danymi socjodemograficznymi są zgodne zarówno z założeniami teoretycznymi, jak i wynikami podobnych badań (Bilsky i Hosser, 1998; Hessel i in., 1998). Różnice w płci niwelują się po 60 roku życia, starsi uzyskują niższe wsparcie, niż młodszy, kobiety większe niż mężczyźni, również większe osoby z wyższym wykształceniem. Podobnie, jak w wersji oryginalnej, uzyskano rozkład lewoskośny, tzn., że większość badanych ocenia u siebie wsparcie powyżej wyniku przeciętnego. Tym samym zdolność różnicowania kwestionariusza jest większa dla osób z niższym wsparciem społecznym.

Kwestionariusz Wsparcia Społecznego K-14 ujmuje wsparcie jednowymiarowo, jako spostrzegane bądź antycypowane wsparcie. W spostrzeganym wsparciu największą rolę odgrywa wsparcie emocjonalne (stwierdzenia: 2, 4, 6, 8, 10, 11, 12, 13), wyrażające akceptację ze strony innych, dzielenie uczuć, okazywanie współczucia. Dwa pozostałe aspekty dotyczą wsparcia praktycznego (1, 5, 9), tj. konkretnej pomocy w codziennych problemach oraz integracji społecznej (3, 7, 14), a więc posiadanie kręgu przyjaciół, podejmowanie wspólnych przedsięwzięć. Należy jednak pamiętać o tym, iż rzetelność wymienionych trzech rodzajów wsparcia jest niższa, niż wyniku ogólnego.

Wersja K-14 może być stosowana w badaniach, w psychoterapii, w praktyce poradnianej, zwłaszcza, gdy nie jest konieczne różnicowanie form wsparcia.

Niewątpliwie wsparcie społeczne jest ważnym zasobem psychologicznym, na co wskazuje jego rola w poczuciu satysfakcji z życia, jakości życia w chorobie, łagodzeniu negatywnych skutków stresujących zdarzeń, radzeniu sobie w sytuacjach trudnych. Jego efekty ujawniają się przede wszystkim w sytuacjach trudnych czy kryzysowych. Każda jednostka ma do dyspozycji wiele różnych zasobów osobistych i społecznych odnoszących się do względnie stałych czynników osobowych i społecznych, które wpływają na sposób radzenia sobie ze stresującymi wydarzeniami życiowymi. To, jakie zasoby zostają uruchomione i jakie okażą się najbardziej przydatne, zależy zarówno od samej jednostki, jak i rodzaju oraz okoliczności zdarzenia. Nie ulega wątpliwości, iż w wielu różnych sytuacjach życiowych inne właściwości psychologiczne, czy inne zasoby osobiste mają większe znaczenie, niż spostrzegane wsparcie społeczne. Uświadomienie sobie różnorodności zasobów i ich znaczenia, jak zauważa H. Sęk (2003) „chroni nas przed traktowaniem wsparcia społecznego jako panaceum” (s. 19).

## LITERATURA

- Barrera, M. Jr. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology*, 14, 4, 413-431.
- Bilsky, W., Hosser, D. (1998). Soziale Unterstützung und Einsamkeit: Psychometrischer Vergleich zweier Skalen auf der Basis einer bundesweiten Repräsentativbefragung. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 19, 130-144.
- Buszman, K., Przybyła-Basista, H. (2017). Polska adaptacja Wielowymiarowej Skali Spostrzeganego Wsparcia Spo-

- łecznego. *Polskie Forum Psychologiczne*, 22, 4, 581-599. DOI: 10.14656/PFP20170404
- Cieślak, R. (1998). Wsparcie społeczne a stres w pracy kierowniczej. *Czasopismo Psychologiczne*, 4, 29-46.
- Cieślak, R. (2011). Wsparcie społeczne – problemy i techniki pomiaru. W: H. Sęk, R. Cieślak (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie* (s. 106-122). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Cieślak, B., Podbielska, H. (2015). Przegląd wybranych kwestionariuszy oceny jakości życia. *Acta Bio-Optica et Informatica Medica Inżynieria Biomedyczna*, 21, 2, 102-135.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Derbis, R., Baka, Ł. (2001). Znaczenie wsparcia społecznego i zaangażowania w pracę dla związku stresorów w pracy i wypalenia zawodowego. *Czasopismo Psychologiczne*, 17, 2, 277-288. <https://www.researchgate.net/publication/281209820>
- Dudek, B., Koniarek, J. (2003). Wsparcie społeczne jako modyfikator procesu stresu. Wybrane problemy teoretyczne i narzędzie pomiaru. *Medycyna Pracy*, 54, 5, 427-435.
- Fydrich, T., Sommer, G., Brähler, E. (2007). F-SozU: Fragebogen zur sozialen Unterstützung. Göttingen: Hogrefe.
- Fydrich, T., Sommer, G., Tydecks, S., Brähler, E. (2009). Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SozU): Normierung der Kurzform (K-14). *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 18, 1, 43-48.
- Głębocka, A., Szarzyńska, M. (2005). Wsparcie społeczne a jakość życia ludzi starszych. *Gerontologia Polska*, 13, 4, 255-259.
- Hessel, A., Geyer, M., Plöttner, G., Brähler, E. (1998). Soziale Unterstützung im Alter – Normierung des Fragebogens zur Sozialen Unterstützung (F-SozU) bei über 60jährigen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 46, 245-266.
- House, J.S. (1987). Social support and social structure. *Sociological Forum*, 2, 1, 135-146.
- Juczyński, Z. (2009, wyd. drugie). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Juczyński, Z. (2012). Coping with pain and suffering – towards mobilization of personal resources for health. W: D. Kubacka-Jasiecka, M. Kuleta (red.), *Reflection on psychological mechanisms of trauma and posttraumatic development* (s. 163-177). Kraków: Krakowska Oficyna Naukowa TEKST.
- Juczyński, Z. (2014). Pomiar wsparcia społecznego – polska adaptacja Skali Znaczenia Innych. W: E. Zasepa, T. Gałkowski (red.), *Oblicza psychologii klinicznej. Pamięci Profesora Janusza Kostrzewskiego* (s. 437-461). Warszawa: PWN.
- Juczyński, Z. (2016). Zmaganie się z nieuleczalną chorobą – mobilizacja osobistych potencjałów zdrowia. *Sztuka Leczenia*, 1, 19-29.
- Kmieciak-Baran, K. (1995). Skala wsparcia społecznego. Teoria i właściwości psychometryczne. *Przegląd Psychologiczny*, 38, 201-214.
- Łuszczynska, A. (2003). Stres traumatyczny związany z pracą zawodową: wsparcie społeczne a konsekwencje traumy. *Nowiny Psychologiczne*, 1, 14-27.
- Łuszczynska, A., Kowalska, M., Mazurkiewicz, M., Schwärzer, R. (2006). Berlińskie Skale Wsparcia Społecznego (BSSS): Wyniki wstępnych badań nad adaptacją i ich własnościami psychometrycznymi. *Studia Psychologiczne*, 3, 17-27.
- Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2010). Rozwój potraumatyczny – charakterystyka i pomiar. *Psychiatria*, 7, 4, 129-142.
- Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2018). Poznawcze przetwarzanie traumy – polska adaptacja The Cognitive Processing Scale/Cognitive processing of trauma – Polish adaptation of the Cognitive Processing of Trauma Scale. *Przegląd Psychologiczny*, 61, 2, 153-187.
- Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z., Lis-Turlejska, M., Merecz-Kot, D. (2018). Polska adaptacja PTSD Checklist for DSM-5 – PCL-5. Doniesienie wstępne/Polish adaptation of PTSD Checklist for DSM-5 – PCL-5. A preliminary communication. *Przegląd Psychologiczny*, 61, 2, 281-291.
- Pasikowski, T. (2004). Polska adaptacja kwestionariusza Maslach Burnout Inventory. W: H. Sęk (red.), *Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie* (s. 135-148). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Sommer, G., Fydrich, T. (1989). *Soziale Unterstützung, Diagnostik, Konzepte, Fragebogen F-SozU*. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Sommer, G., Fydrich, T. (1991). Entwicklung und Überprüfung eines Fragebogens zur sozialen Unterstützung. *Diagnostica*, 37, 160-178.
- Sęk, H., Cieślak, R. (2011). Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne. W: H. Sęk, R. Cieślak (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie* (s. 11-28). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Sęk, H. (2003). Wsparcie społeczne jako kategoria zasobów i wieloznaczne funkcje wsparcia. W: Z. Juczyński, N. Ogińska-Bulik (red.), *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki* (s. 17-32). Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Szlachta, E. (2009). Próba adaptacji i walidacji polskiej wersji The Interpersonal Support Evaluation List (ISEL) – Kwestionariusz Spostrzeganego Wsparcia Społecznego. *Przegląd Psychologiczny*, 52, 4, 433-451.