

Beata Tobiasz-Adamczyk

Wsparcie społeczne, sieci a nierówności w stanie zdrowia w wieku starszym na przykładzie umieralności i jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia

Słowa kluczowe: jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia, osoby starsze, ryzyko zgonu, sieci społeczne, wsparcie społeczne

Johannes Siegrist i Michael Marmot [1], dwaj wybitni znawcy wpływu nierówności społecznych na stan zdrowia, w 2004 roku sformułowali pogląd, w myśl którego największe nierówności zaznaczają się w dzieciństwie i w wieku dorosłym, natomiast w wieku starszym nie są już tak wyraźne i ulegają wyrównaniu.

W ich artykule, na przykładzie relacji pomiędzy siecią wsparcia społecznego, więziami społecznymi a stanem zdrowia w wieku starszym, podjęta została próba wykazania, że przytoczone na wstępie stwierdzenie niekoniecznie jest do końca słuszne. Na usprawiedliwienie postawienia przez Siegrista i Marmota [1] takiej tezy pozostają następujące fakty: przez długi czas wyjaśnianie różnic w stanie zdrowia i poszukiwanie przyczyn przedwczesnej umieralności (szczególnie mężczyzn) koncentrowało się na stylu życia i innych antyzdrowotnych wpływach środowiskowych w tzw. wieku produkcyjnym, przede wszystkim z perspektywy pełnionych ról zawodowych (rodzaj wykonywanej pracy, stres zawodowy), tak że myślenie o nierównościach społecznych po zakończeniu aktywności zawodowej i przejściu na emeryturę schodziło na plan dalszy; spowodowało to również inne znaczące konsekwencje, m.in. uwadze badaczy umknęły społeczne uwarunkowania zmian w stanie zdrowia kobiet w średnim i starszym wieku.

■ Sieci społeczne (*social network*) jako zmienne warunkujące stan zdrowia

Według Ann Bowling [2] zainteresowanie koncepcjami teoretycznymi dotyczącymi sieci relacji społecznych wynika z siły ich oddziaływania na zachowania poszczególnych osób oraz możliwości poznania wzajemnych wpływów na linii jednostka–środowisko społeczne.

Stworzona przez Johna Barnesę (1954 rok) koncepcja sieci społecznych – *social network* – obaliła utrzymujące się przez lata podejście antropologiczne, przypisujące pierwszoplanowe znaczenie przede wszystkim relacjom społecznym związanym z systemem pokrewieństwa, miejsca zamieszkania i klasą społeczną [3].

Odwołując się do modelu sieci, należy brać pod uwagę: jej strukturę i relacje pomiędzy osobami wchodzącymi w jej skład, wielkość sieci, stopień i rodzaj zależności jednego uczestnika sieci od drugiego, charakter sieci (np. sąsiedztwo, miejsce pracy), częstość bezpośrednich i pośrednich kontaktów uczestników sieci, wielkość wsparcia społecznego przekazywanego przez uczestników sieci, okres jej trwania [4].

Wyróżnia się dwa ujęcia w badaniach nad sieciami relacji społecznych: skupianie się na sieci egocentrycznej lub osobistej (*egocentric or personal network*) oraz na pełnej sieci obejmującej pewną, specyficzną populację – mierzoną metodą nasycenia (*entire network of a specific population – the network saturation method*) [5]. W pierwszym ujęciu analizuje się pełną sieć relacji jednostki, ustala charakterystykę tej sieci, jej kompozycje, a także sposób jej oddziaływania na jednostkę. Takie podejście dominuje w badaniach nad zależnościami pomiędzy oddziaływaniem sieci a stanem zdrowia jednostki.

Określając cechy sieci, zwraca się uwagę na: zagęszczenie w niej relacji – mierzone aktualną liczbą bezpośrednich więzi łączących jednostkę z innymi osobami znajdującymi się w sieci w porównaniu ze wszystkimi możliwymi w tej sieci więziami; wielkość sieci: liczbę bezpośrednich lub pośrednich powiązań jednostki w obrębie pewnej sieci; jednorodność sieci: stopień, w jakim więzi w sieci są podobne lub różne ze względu na taką charakterystykę uczestników, jak wiek, status społeczno-ekonomiczny, grupa etniczna; charakterystykę demogra-

ficzną: poprzez wskaźniki cech demograficznych typowych dla danej sieci.

Myśląc o usytuowaniu sieci, wymienia się: zakres, w jakim jeden członek sieci pozostaje w relacji do innych członków tej samej sieci; siłę więzi (silne czy słabe); częstość interakcji sprzyjających więziom (codziennie, co tydzień, co miesiąc itd.); czas trwania sieci: jak długo trwają; zażyłość/bliskość relacji w sieci: postrzegane emocjonalne powiązania pomiędzy jedną osobą a drugą; złożoność więzi w sieci: liczba stosunków pomiędzy dwoma specyficznymi więziami, czy są one np. zarówno przyjacielskie, czy też także sąsiedzkie; wzajemność relacji: stopień, na ile zasoby są wzajemnie otrzymywane i oddawane (wzajemne przekazywanie więzi); zdolność osiągnięcia celu: średnia liczba więzi potrzebnych do połączenia dwóch osób w sieci [5].

Wpływ sieci relacji społecznych na stan zdrowia może być rozpatrywany z perspektywy zasobów psychospołecznych (uruchamianych w sytuacji stresu) lub stylu życia obowiązującego z racji przynależności do tej sieci (zachowania pro- lub antyzdrowotne) [6].

Znaczenie sieci relacji społecznych w wieku starszym

Sieci są określane jako zidentyfikowane interakcje społeczne wokół jednostki oraz jako ich indywidualna percepcja [7]. Sieci relacji społecznych osób starszych muszą być rozpatrywane z perspektywy *life course approach*, jako konsekwencja wcześniejszych konstelacji relacji społecznych, które niezmiennie utrzymywane są nadal lub których częściowe lub całkowicie zerwanie następuje w konsekwencji osiągnięcia wieku starszego. Dynamika charakteryzująca zmiany w wieku starszym częściej dotyczy „strat” w obrębie istniejących sieci, rzadziej budowania nowych.

Przebywanie w określonej sieci relacji społecznych w wieku starszym może już z góry przesądzać o obecności czynników powodujących nierówności społeczne, które z kolei stają się bezpośrednią lub pośrednią przyczyną występujących zmian w stanie zdrowia, niepełnosprawności, zachowań antyzdrowotnych, nierówności w dostępie do określonych świadczeń zdrowotnych i społecznych. Równocześnie analiza społecznego usytuowania osoby starszej w sieci pozwala na określenie społecznego kontekstu procesu starzenia się, warunkującego sytuację osoby starszej już w momencie przejścia na emeryturę i pociągającego za sobą z góry możliwe do przewidzenia konsekwencje zdrowotne oraz potencjalne możliwości podjęcia „walki” z negatywnymi następstwami wieku starszego. Ten kontekst społeczny może, lub nie, zapewnić niezmienną jakość życia, nie dopuścić do jej znacznego obniżenia i zapobiegać izolacji społecznej. Aby ten cel mógł być osiągnięty, ważne staje się m.in. zdefiniowanie ewentualnych czynników ryzyka oraz wypracowanie skutecznej strategii radzenia sobie ze stresującymi wydarzeniami, które zwykle niesie z sobą wiek starszy.

Przyglądając się sieciom relacji społecznych w wieku starszym, trzeba przede wszystkim odwołać się do teorii konwoju społecznego (*convey theory*) [3], gdyż więk-

szość istniejących relacji jest kontynuacją już wcześniej istniejących więzi (często pochodzących nawet z dzieciństwa lub wczesnej młodości). Natomiast niekorzystną cechą charakteryzującą wiek starszy jest zanikanie lub wyraźne ograniczenie wcześniej istniejących więzi, spowodowane naturalnym odejściem dotychczasowych partnerów interakcji lub na skutek „wymuszonych” ograniczeń w relacjach międzyludzkich, wynikających z ograniczeń w stanie zdrowia, niepełnosprawności, instytucjonalizacji i innych uwarunkowań związanych z wyłączeniem osób starszych z wcześniejszych układów społecznych (np. długotrwałe hospitalizacje). Teoria konwoju społecznego pozwala spojrzeć na sieć relacji społecznych z perspektywy przebiegu wcześniejszych okresów życia i odpowiedzieć na pytanie, jakie więzi przetrwały od momentu dzieciństwa, wczesnej młodości, różnych etapów dorosłego życia, dając szansę wejścia w wiek starszy z „bogatymi lub ubogimi” zasobami psychospołecznymi. Odwołanie się do doświadczeń danej kohorty, która na przestrzeni życia, właśnie z faktu urodzenia w danym czasie, podlegała takim samym lub podobnym wpływom środowiskowym, daje cenne informacje, czego można oczekiwać w wieku starszym.

Sieć relacji społecznych w wieku starszym stanowi istotny element radzenia sobie z trudnymi, stresującymi sytuacjami życiowymi. W otaczającej osobę starszą sieci relacji zachodzą takie stresujące wydarzenia, jak śmierć współmałżonka/współmałżonki lub partnera/partnerki życiowej, śmierć dorosłego dziecka, śmierć rodzeństwa, śmierć rodziców, odejście bliskich przyjaciół, znajomych, sąsiadów, utrata relacji z dawnymi współpracownikami. Ta pustka wokół osoby starszej zwykle nie jest zapełniania nowymi interakcjami społecznymi. Pytanie o to, kto pozostaje w sieci relacji społecznych osoby starszej w momencie odejścia bliskich, znaczących dla niej osób, jest pytaniem nie tylko o potencjalne wsparcie społeczne w wymiarze emocjonalnym czy instrumentalnym, ale jest także wskazaniem, na ile osoba starsza jest skazana na samotność i izolację społeczną.

Brak sieci utożsamiany jest z izolacją społeczną i poczuciem samotności, które są istotnymi wyznacznikami jakości życia w wieku starszym. Samotność jest jednym z najważniejszych problemów wieku starszego. Ponadto samotność, izolacja i zaniedbanie społeczne to najczęstsze stereotypy dotyczące wieku starszego.

Izolacja społeczna rozumiana jako brak integracji społecznej jednostek (lub grup) z szerszym środowiskiem jest równoznaczna z nieobecnością znaczących i poważnych kanałów komunikacji lub posiadaniem minimalnych kontaktów z kimkolwiek z rodziny lub z szerszą społecznością [8].

Poczucie samotności jest pojęciem subiektywnym, będącym wskaźnikiem obiektywnego stanu, jakim jest izolacja społeczna. Samotność definiowana jest jako dostrzegane zaburzenia w kontaktach społecznych lub ich obniżenie, jako brak w otoczeniu osób, które są zdolne lub wyrażają gotowość do dzielenia z daną jednostką społecznych i emocjonalnych relacji, mimo że jednostka wyraża chęć do utrzymywania interakcji z innymi osobami (nie czyni tego, bo nie ma z kim); jest to zatem

różnica pomiędzy aktualnymi a pożądanymi interakcjami z innymi osobami [8]. Zamieszkiwanie w samotności lub bycie osobą samotną jest często traktowane zamiennie, co nabiera szczególnego znaczenia ze względu na fakt, że liczba osób starszych mieszkających w gospodarstwach jednoosobowych wzrasta z zaawansowaniem wieku i zwiększającą się liczbą osób owdowiałych. Relacje pomiędzy izolacją, poczuciem samotności i samotnym zamieszkiwaniem często wskazują na silne wewnętrzne powiązania pomiędzy tymi trzema wskaźnikami. Natomiast im większa sieć relacji społecznych, tym mniejsze ryzyko poczucia samotności i izolacji społecznej [8].

Wielokrotnie podkreśla się różnice w sieciach relacji społecznych mężczyzn i kobiet, które według Kristine Ajrouch i współpracowników [9] wynikają z faktu, że sieci zależą od okresu życia i układają się odmiennie, szczególnie w odniesieniu do modelu „konwoju społecznego”; ich odmienność zależy także od różnic w pełnionych rolach społecznych i społecznych oczekiwaniach wobec kobiet i mężczyzn. Kobiety żyją dłużej niż mężczyźni, pomimo że ich stan zdrowia jest gorszy, doświadczają zatem więcej strat niż mężczyźni – tracąc przede wszystkim współmałżonków. Kobiety odznaczają się bardziej zróżnicowanymi niż mężczyźni sieciami relacji społecznych, tzn. mają więcej bliskich relacji w sieciach, do których należą; w wieku dorosłym sieci interakcji kobiet są mocniej związane z funkcją rodzicielską, a w wieku starszym ze sprawowaniem opieki (zatem jakkolwiek kobiety pełnią równocześnie różne role społeczne, to ich funkcje są związane z wywiązywaniem się z roli rodzica i sprawowaniem opieki), co może ograniczać ich udział w szerszych pozarodzinnych sieciach. W wieku starszym mężczyźni w większym stopniu niż kobiety kontynuują swoje relacje w poprzednio funkcjonujących sieciach, ponadto większość mężczyzn pozostaje w związkach małżeńskich, co również sprzyja utrzymywaniu interakcji społecznych. Wpływ wieku na sieć relacji społecznych zaznacza się przede wszystkim w odniesieniu do kobiet, a nie do mężczyzn [9].

■ Sieć relacji, kapitał społeczny a stan zdrowia

Relacje pomiędzy siecią relacji (*social network*) a stanem zdrowia rozpatruje się z perspektywy:

- strukturalnych aspektów sieci, tj. liczby bliskich krewnych i przyjaciół, stanu cywilnego, uczestnictwa w grupach religijnych lub dobrowolnych organizacjach/zrzeszeniach; siły więzi społecznych (mocne vs słabe lub ich całkowity brak), społecznej spójności, integracji, ich oddziaływania i zakorzenienia;
- jakości (charakterystyki) stosunków społecznych: teorii konwoju społecznego, według której jednostka jest postrzegana z perspektywy przebiegu życia jako osoba przechodząca przez poszczególne etapy życia w otoczeniu członków swojej kohorty, którzy podobnie jak i ona dzielą te same doświadczenia życiowe, mają podobną historię życia i którzy są osobami dostarczającymi sobie wzajemnie wsparcia w ciągu życia;
- zasobów społecznych.

Myśląc o roli interakcji społecznych i więzi społecznych w odniesieniu do stanu zdrowia, przytacza się prace Émile’a Durkheima dotyczące relacji pomiędzy stopniem integracji społecznej a samobójstwami, zwraca się uwagę na teorie *life events* – stresujących wydarzeń życiowych znacząco wpływających na stan zdrowia, na rolę emocji w stanie zdrowia oraz na rolę sieci, wsparcia społecznego, kapitału społecznego w relacji do reakcji na stres i zmiany w stanie zdrowia [10].

Wpływ sieci na stan zdrowia może być rozpatrywany poprzez: bezpośrednią fizjologiczną reakcję na stres, stan psychologiczny jednostki w wymiarze poczucia bezpieczeństwa, samooceny, poczucia własnej godności czy też w odniesieniu do zachowań antyzdrowotnych, autodestrukcyjnych obowiązujących w sieci, takich jak nadkonsumpcja alkoholu, palenie papierosów, ryzykowne zachowania seksualne, unikanie badań kontrolnych, narażenie na ryzyko chorób zakaźnych i chorób przenoszonych drogą kontaktów seksualnych [11].

■ Stan badań nad rolą sieci, kapitału społecznego i wsparcia społecznego w ocenie stanu zdrowia osób starszych

Badania jednoznacznie dowodzą relacji pomiędzy strukturą sieci relacji społecznych, wsparciem społecznym a stanem zdrowia, umiERALNOŚCIĄ i chorobowością oraz ryzykiem konieczności instytucjonalizacji [2].

Dotychczasowe badania wskazują na fakt, że osoby starsze, mające mocne więzi społeczne, charakteryzują się lepszym stanem zdrowia zarówno w wymiarze fizycznym, jak i psychicznym, co daje równocześnie wskazówkę, w jaki sposób można starać się poprawić jakość życia w starszym wieku. Aby wyjaśnić wpływ stosunków społecznych na stan zdrowia, trzeba według Neala Krause [7] po pierwsze, zdefiniować, czym są stosunki społeczne, po drugie, wskazać czynniki warunkujące te stosunki, po trzecie, wyjaśnić, jak warunkują one stan zdrowia i dobre samopoczucie, po czwarte, ukazać zróżnicowanie stosunków społecznych w różnych grupach społecznych i po piąte, określić obecną perspektywę teoretyczną, za pomocą której rola stosunków społecznych w odniesieniu do stanu zdrowia może być wyjaśniana [7].

Odwołując się do stosunków społecznych jako kluczowego wyznacznika sposobu funkcjonowania sieci lub jej braku Krause [7] wskazuje na cztery ich podstawowe typy:

1. wsparcie społeczne – przejawiane w różnych formach okazywania ludziom pomocy (instrumentalnej, emocjonalnej, informacyjnej). Ta pomoc ma charakter celowy i zwykle następuje w sytuacjach stresujących, jest formą pokonywania stresu. Ważne jest, aby osoba starsza miała przekonanie, że w razie potrzeby może liczyć na wsparcie i pomoc;
2. towarzyszenie, przyjaźń – to również forma pomocy, polegająca na wzajemnym dzieleniu czasu – interakcje te wynikają z faktu dawania sobie wzajemnie radości i przyjemności we wspólnym przebywaniu i obcowaniu z sobą, poprzez np. wspólną aktywność

- w czasie wolnym związaną z rekreacją, podobnymi lub takimi samymi zainteresowaniami lub pasjami;
3. słabe więzi społeczne – oznaczające sytuacje, w których nie ma bliskich, intymnych i częstych spotkań z członkami rodziny, przyjaciółmi lub innymi osobami, a jeśli nawet występują jakieś relacje, to mają one przede wszystkim charakter formalny;
 4. interakcje negatywne – prowadzące do „nieprzyjemnej atmosfery” w czasie spotkań, podczas których zwykle uwidaczniają się odmienne postawy lub stanowiska, skutkując brakiem konsensusu; w takich sytuacjach dominuje „krytykowanie wszystkiego i wszystkich” lub dochodzi do nieupoważnionego wnikania w prywatne sprawy uczestników interakcji [7].

Znaczenie kapitału społecznego dla przebiegu procesu starzenia się

Koncepcja kapitału społecznego została stworzona przez Pierre’a Bourdieu w 1970 roku, a następnie rozwinięta przede wszystkim przez Roberta Putnama (1993 rok) [12, 13].

Kapitał społeczny jest definiowany zwykle jako ten poziom zaufania, wzory społecznego wsparcia i normy zapewniające pomoc, których oddziaływanie traktować należy jako zasoby dla jednostek, ułatwiające im osiągnięcie zamierzonych celów. Definicje kapitału społecznego, traktowanego jako konstrukt dotyczący społeczności, wyraźnie wskazują na te elementy, które tworzą jego zasoby, w postaci zaangażowania społecznego i wzajemnego zaufania pomiędzy osobami starszymi a społecznością. Putnam dowodził, że brak kapitału społecznego pozwala wyjaśnić m.in. nierówności w dostępie do systemu opieki społecznej [12, 14].

Kapitał społeczny jest utożsamiany z brakiem ukrytych konfliktów społecznych (wynikających z nierówności społecznych, dochodów, różnic etnicznych), z obecnością silnych więzi społecznych mierzonych poziomem zaufania społecznego i wsparcia społecznego; utożsamiany jest z tymi cechami struktury społecznej, które umożliwiają działania członków grupy społecznej na podstawie obowiązujących norm i kanałów informacyjnych. Jest również traktowany jako suma zasobów, które gromadzi jednostka lub grupa dzięki posiadaniu sieci bardziej lub mniej zinstytucjonalizowanych relacji społecznych.

Sieci społeczne a ryzyko zgonu w wieku starszym

W klasycznych już dzisiaj badaniach, analizujących relację pomiędzy przynależnością do różnych sieci a ryzykiem zgonu, Lisa Berkman przebadła cztery źródła stosunków społecznych wynikających z:

1. małżeństwa;
2. kontaktów z bliskimi przyjaciółmi i krewnymi;
3. przynależności do Kościoła (społeczności religijnej);
4. udziału (członkostwa) w grupach nieformalnych i formalnych.

W odniesieniu do każdego źródła relacji społecznych Berkman wykazała, że osoby mające silne więzi w każ-

dej z wymienionych czterech kategorii relacji odznaczały się niższym ryzykiem zgonu, zatem każda forma mocnych więzi była niezależnym predyktorem umieralności. Według Berkman mocne więzi małżeńskie oraz z bliskimi przyjaciółmi lub krewnymi miały większe znaczenie w obniżeniu umieralności niż więzi wynikające z przynależności do wspólnoty religijnej oraz grup nieformalnych lub formalnych [15].

W Alameda County Study, obok czterech wyznaczników więzi społecznych wybranych przez Berkman, analizowano także wpływ izolacji społecznej na stan zdrowia, uznając, że mniej niż pięć kontaktów na miesiąc z bliskimi przyjaciółmi i członkami rodziny oznacza izolację społeczną. Badania te potwierdziły, że więzi społeczne były istotnym predyktorem umieralności również u osób starszych. W wieku starszym szczególnie więzi z przyjaciółmi lub krewnymi odgrywają rolę protekcyjną. Teresa Seeman [16] wykazała, że w wieku starszym więzi z przyjaciółmi mają większe znaczenie niż ze współmałżonkiem i dziećmi.

Również blisko 30 lat temu Dan Blazer [17] wykazał, że poczucie samotności, zaburzenia w pełnionych rolach społecznych i kontaktach społecznych oraz niska częstość interakcji społecznych sprzyjają wyższej umieralności osób starszych; uznając za niezależne predyktory umieralności w wieku starszym brak więzi społecznych, samotność (brak rodziny) i samotne zamieszkiwanie.

Motoki Iwasaki [18] mierzył sieć relacji społecznych osób starszych za pomocą następujących wskaźników:

1. stan cywilny (w związku małżeńskim, osoby rozwiedzione, owdowiałe, nigdy nie będące w formalnym związku);
2. wielkość gospodarstwa domowego;
3. liczbę kontaktów i spotkań z bliskimi krewnymi;
4. posiadanie rzeczywistych przyjaciół;
5. uczestnictwo w życiu społecznym;
6. uczestnictwo w aktywnościach religijnych;
7. utrzymywanie dobrych relacji z sąsiadami.

Iwasaki potwierdził, że sieć relacji społecznych jest ważnym predyktorem umieralności dla kobiet i mężczyzn w średnim i starszym wieku. Brak uczestnictwa w życiu społecznym dla mężczyzn, a dla kobiet bycie osobą niezamężną i nieuczestniczącą w spotkaniach z bliskimi krewnymi okazały się czynnikami decydującymi o ryzyku zgonu.

Kathryn Wilkins [19] badała relację pomiędzy wsparciem społecznym a umieralnością wśród seniorów, wskazując, że więzi społeczne warunkują ryzyko zgonu poprzez zdrowie fizyczne i zachowania związane ze zdrowiem. W tym badaniu ocenę sieci wsparcia przeprowadzono opierając się na takich wskaźnikach, jak małżeństwo, uczestnictwo w organizacjach, kontakty społeczne oraz postrzeganie emocjonalnego wsparcia. Badania te pokazały, że żonaci mężczyźni mieli o 40% niższe ryzyko zgonu w porównaniu z mężczyznami niepozostających w związkach. Natomiast nie odnotowano relacji pomiędzy wsparciem społecznym a ryzykiem zgonu u kobiet.

Thomas Rutledge i współpracownicy [20] stwierdzili, że posiadanie sieci relacji społecznych i stan cywilny były

związane z obniżeniem ryzyka zgonu wśród starszych kobiet. Duża sieć relacji społecznych wynikająca ze stanu cywilnego kobiet była istotnym predyktorem obniżającym umieralność.

Również Howard Litwin [21] analizował relacje pomiędzy typem sieci, w której ulokowana jest osoba starsza, a ryzykiem zgonu. Zwrócił uwagę, że sieć relacji społecznych w wieku starszym jest zróżnicowana pod względem wielkości i kompozycji, w odmienny sposób oddziałując na stan zdrowia. Strukturalne aspekty sieci i wsparcie społeczne powiązane są przede wszystkim z obniżaniem poziomu niepełnosprawności lub jej konsekwencji, jakkolwiek wspierający efekt oddziaływania sieci relacji jest zróżnicowany: długofalowe badania dowiodły, że obecność małżonka/małżonki zawsze przyczynia się do pozytywnego efektu, relacje z rodzeństwem i przyjaciółmi miały również istotny wpływ na obniżenie umieralności.

Zwraca się uwagę na kulturowe zróżnicowanie znaczenia przypisywanego oddziaływaniu sieci relacji społecznych na stan zdrowia i przedłużanie ludzkiego życia.

Zauważa się jednak, że nadal nie jest jasne, czy wszystkie relacje społeczne są w równym stopniu odpowiedzialne za szansę przeżycia w wieku starszym, czy też tylko specjalne rodzaje stosunków społecznych odgrywają tu rolę [22].

Komberly Lochner [23], analizując na przykładzie Chicago rolę kapitału społecznego w odniesieniu do ryzyka zgonu, udowodniła, że „złe sąsiedztwo” wiązało się z wyższym ryzykiem przedwczesnej śmierci.

Badania jednoznacznie dowodzą relacji pomiędzy stopniem integracji społecznej a stanem zdrowia: wysoki stopień integracji społecznej wiąże się z niską umieralnością z powodu wszystkich przyczyn, niską umieralnością z powodu chorób układu krążenia, z powodu wypadków i samobójstw oraz nowotworów złośliwych [24]. Niemniej nie zawsze w przytoczonych badaniach wyniki się pokrywają.

■ Sieci relacji społecznych i wsparcie społeczne a ryzyko zgonu polskich seniorów na przykładzie badań krakowskich

Również badania własne przeprowadzone na wylusowanej próbie 529 mieszkańców Krakowa¹ w wieku 65–85 lat, 214 mężczyzn (40,5%) i 315 kobiet (49,5%), pozwoliły na określenie relacji pomiędzy wsparciem społecznym (mierzonym skalą wsparcia społecznego SSL-12I) a ryzykiem zgonu. Na podstawie 7-letniej obserwacji umieralności w badanej grupie okazało się, że wśród starszych mężczyzn ryzyko zgonu istotnie obniżało się u osób z wyższym poziomem wsparcia, dającego poczucie własnej wartości. W odniesieniu do kobiet relacja pomiędzy wsparciem dającym poczucie własnej wartości a ryzykiem zgonu była bliska istotności statystycznej. Badania te potwierdzały ochronną rolę wsparcia społecznego w obniżaniu ryzyka zgonu [25]. Te same badania pozwoliły na stwierdzenie, że czynnikiem obniżającym istotnie ryzyko zgonu wśród mężczyzn była liczba

kontaktów z dziećmi [26]. Analiza skupień pokazała, że wśród badanych w zaawansowanym wieku (tj. powyżej 75 lat) osoby, które jednocześnie miały rzadkie kontakty z dziećmi, rzadkie kontakty z sąsiadami oraz charakteryzowały się wysokim poziomem poczucia samotności społecznej, przy równoczesnym niskim wsparciu społecznym, odznaczały się wyższym ryzykiem zgonu (RW = 2,74, 95% PU:1,02–7,35) w porównaniu z osobami, które jednocześnie miały częste kontakty z dziećmi i sąsiadami, nie odczuwały samotności i otrzymywały wysokie wsparcie społeczne.

Wśród tych samych badanych mężczyźni o niskim poziomie wykształcenia, charakteryzujący się wysokim poczuciem samotności emocjonalnej mieli wyższe ryzyko zgonu niż mężczyźni z wyższym poziomem wykształcenia i o niskim poczuciu samotności. Zarówno kobiety, jak i mężczyźni, którzy otrzymywali wysokie wsparcie społeczne, mieli niższe ryzyko zgonu. Niemniej kobiety o niskiej częstotliwości kontaktów z sąsiadami, pomimo otrzymywania wysokiego wsparcia społecznego, miały wyższe ryzyko zgonu niż kobiety o wysokiej częstotliwości tego typu kontaktów i otrzymujące wysokie wsparcie. Zarówno kobiety, jak i mężczyźni otrzymujący niskie wsparcie społeczne oraz rzadko spotykający się z sąsiadami mieli wyższe ryzyko zgonu niż osoby obu płci o wysokiej częstotliwości tych kontaktów i otrzymujące wysokie wsparcie społeczne [27, 28].

Okazją do prześledzenia relacji pomiędzy wsparciem społecznym a ryzykiem zgonu była także analiza przeprowadzona w grupie 607 starszych wiekiem mieszkańców Krakowa (w tym 65,9% kobiet i 34,1% mężczyzn), niebędących pensjonariuszami instytucji społecznych, objętych planem długofalowych badań, zrealizowanych w latach 1986–1987 (I badanie referencyjne) i w 12 lat później w 1998 roku (II badanie referencyjne).

W II badaniu referencyjnym średni wiek badanych wynosił 81,5 roku, ponad połowa osób była w wieku powyżej 80 lat; zdecydowana większość badanych miała wykształcenie co najmniej zasadnicze zawodowe, 62,3% badanych nie było osobami mieszkającymi samotnie.

W modelach wielowymiarowych uwzględniających syntetyczny wskaźnik poziomu więzi społecznych i wsparcia instrumentalnego okazało się, że (przy kontrolowaniu takich zmiennych, jak płeć, wiek, poziom wykształcenia, poziom samodzielności mierzony skalą ADL i subiektywnej oceny stanu zdrowia w II badaniu) ryzyko zgonu dla ogółu badanych zależało od poziomu wsparcia instrumentalnego, a zależność ta zaznaczyła się szczególnie w odniesieniu do kobiet [29].

■ Więzi społeczne, wsparcie a jakość życia osób starszych

Więzi społeczne i integracja społeczna są wskazywane jako predyktory jakości życia w chorobach przewlekłych, np. w chorobach układu krążenia, a także w odniesieniu do jakości życia osób starszych.

Według Markku Hyppyy [12] obecność jednostki w środowisku odznaczającym się ubogim kapitałem

społecznym jest jednym z czynników ryzyka odpowiedzialnych za stan zdrowia, natomiast wysoki stopień uczestnictwa społecznego daje szansę lepszego samopoczucia i lepszego stanu zdrowia. Podobną pozytywną rolę odgrywa powiązanie z instytucjami kościelnymi rozumianymi jako wspólnota dająca poczucie wsparcia społecznego. Do innych wskaźników oddziaływania kapitału społecznego na jakość życia w wieku starszym zalicza się wsparcie od rodziny, sąsiadów i przyjaciół oraz takie uczestnictwo w życiu społecznym, które daje szansę wpływu na podejmowane decyzje.

W badaniach przeprowadzonych w grupie 73 osób starszych przebywających w domach dziennego pobytu wykazano relację pomiędzy wsparciem ze strony sąsiadów a zadowoleniem z życia, optymizmem oraz poczuciem koherencji. Wyniki te potwierdziły, że dla subiektywnej oceny jakości życia przez osoby starsze najważniejszym czynnikiem było wsparcie ze strony sąsiadów i znajomych, a dopiero potem rodziny i partnera [30].

Seeman [31] wskazywała na związek pomiędzy siecią społeczną a początkiem niepełnosprawności w starszym wieku, odwołując się do badań nad rolą wsparcia społecznego (emocjonalnego, instrumentalnego) w codziennym funkcjonowaniu. Badania te jednoznacznie udowodniły ochronną rolę wsparcia społecznego w zapobieganiu niepełnosprawności, szczególnie poprzez unikanie instytucjonalizacji osób starszych, co nie znaczy, że niektóre badania wskazują na negatywny efekt wsparcia w postaci nadopiekuńczości wobec osoby starszej.

W badaniach obejmujących 2607 osób starszych wykazano, że bycie osobą włączoną w relacje rodzinne i relacje z przyjaciółmi obniżało ryzyko niepełnosprawności, mierzonej samodzielnością w czynnościach dnia codziennego (ADL) [32].

W wielu badaniach jednoznacznie wykazano rolę więzi społecznych, sieci relacji, wsparcia społecznego w odniesieniu do samooceny stanu zdrowia, lepszego samopoczucia psychicznego i lepszego stanu funkcjonalnego osób starszych [33–36]. W badaniach Helen Achat i współpracowników [37] dowiedziono, że włączenie w sieć społeczne pozytywnie wpływa na stan psychiczny kobiet, szczególnie tych, które zgłaszają wiele stresujących sytuacji w życiu domowym i zawodowym.

Na podstawie długofalowych badań kohortowych potwierdzono relację pomiędzy posiadaniem sieci relacji społecznych a występowaniem choroby Alzheimera i poziomem funkcjonowania poznawczego osób starszych [38].

Sieć, w której członkiem jest osoba starsza, nadaje sens i znaczenie jej zachowaniom w chorobie poprzez pomoc w poszukiwaniu rozwiązania dla pojawiających się problemów zdrowotnych, a także poprzez ocenę niebezpieczeństwa wynikającego z występujących objawów oraz przekonania o skuteczności możliwych działań terapeutycznych. W przypadku osoby starszej to najbliżsi są właśnie najczęściej obserwatorami zmian w jej stanie zdrowia, niejednokrotnie potrafią wychwycić pierwsze objawy chorobowe, ocenić ich zagrożenie wynikające z dysfunkcji i zakłóceń w czynnościach dnia codziennego (np. trudności w samoopiece) i podejmują decyzje

o szukaniu pomocy medycznej. To również z najbliższymi osobami z otoczenia seniorów komunikuje się personel medyczny, informując o postawionej diagnozie, proponowanym leczeniu, udzielając wyjaśnień nie tylko o aktualnym stanie zdrowia, ale również o perspektywie przeżycia w sytuacji występujących zagrożeń zdrowotnych. Dowodzi się, że wola życia u osób starszych jest bardzo silnie zależna od wsparcia emocjonalnego, satysfakcji z życia rodzinnego i satysfakcji ogólnej.

■ Wsparcie, sieci społeczne a różne wymiary jakości życia osób starszych – badania własne

Dane pochodzące z przekrojowych badań socjomedycznych, którymi objęta została kohorta osób w wieku 65 lat, stałych mieszkańców Krakowa (412 kobiet i 321 mężczyzn), ukazują relacje pomiędzy uwarunkowaniami rodzinnymi (wsparcie emocjonalne od męża/partnera, stres związany z relacjami z mężem lub innymi relacjami rodzinnymi) a różnymi wymiarami jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia.

W modelu analizującym znaczenie wsparcia otrzymanego i dawanego przez kobiety zamężne okazało się, że czynnikiem istotnie obniżającym ryzyko negatywnej samooceny stanu zdrowia było wsparcie otrzymywane od męża/partnera.

Ryzyko wystąpienia złej samooceny zdrowia było niższe u kobiet posiadających szeroką sieć relacji społecznych, natomiast wyższe u kobiet będących ofiarami przemocy fizycznej, a u mężczyzn wśród tych, którzy otrzymywali wsparcie od partnerki.

Analizując predyktory samooceny stanu zdrowia mężczyzn pozostających w związkach małżeńskich związane ze stresującymi wydarzeniami rodzinnymi, wykazano, że stresujące relacje z najbliższym otoczeniem oraz stres wynikający z występujących zaburzeń w stanie zdrowia członków rodziny i konflikty rodzinne były istotnymi czynnikami przyczyniającymi się do negatywnej samooceny stanu zdrowia.

Te same badania pokazały relacje pomiędzy wsparciem społecznym a samopoczuciem psychicznym. Wśród kobiet mężatek negatywna ocena samopoczucia psychicznego obniżała się wraz z przekonaniem o wsparciu ze strony dzieci i wnuków oraz odczuwaniem wsparcia (w tym szczególnie emocjonalnego) okazywanego im przez męża/partnera. Natomiast złe samopoczucie psychiczne podawały kobiety mężatki, których relacje z dziećmi były przyczyną konfliktów. Stres związany z relacjami rodzinnymi w znaczący sposób przyczyniał się do gorszego samopoczucia badanych kobiet. Mężczyźni funkcjonujący w rodzinach, w których nie było konfliktów i opiekujący się wnukami mieli niższe ryzyko złego samopoczucia psychicznego. Szeroki zakres sieci społecznej obniżał ryzyko złego samopoczucia psychicznego u mężczyzn uczestniczących w imprezach kulturalnych, natomiast stresujące relacje z osobami z najbliższego środowiska były czynnikiem odpowiedzialnym za złe samopoczucie [39].

Ryzyko wystąpienia objawów depresji było niższe u kobiet posiadających liczne sieci społeczne i otrzymu-

jących wsparcie od dzieci, natomiast wyższe u kobiet potwierdzających stresujące relacje z partnerem.

Prawdopodobieństwo objawów depresji było wyższe u kobiet i mężczyzn potwierdzających stres wynikający z kontaktów z otoczeniem. Kobiety otrzymujące mocne wsparcie od współmałżonka i dzieci również miały niższe ryzyko wystąpienia zależności funkcjonalnej. Kobiety owdowiałe lub rozwiedzione w porównaniu z mężatkami oznaczały się wyższym ryzykiem ograniczeń w stanie funkcjonalnym; podobnie jak kobiety odczuwające stres związany z kontaktami z otoczeniem. Ryzyko pogorszenia stanu zdrowia w ostatnim roku było niższe u kobiet, które dawały wsparcie emocjonalne swoim dzieciom, ale równocześnie wyższe u kobiet odczuwających stres związany z sytuacją rodzinną [40].

Kobiety wykazujące stresujące relacje z partnerem miały wyższe ryzyko wystąpienia większej liczby chorób przewlekłych, natomiast otrzymywanie wsparcia od dzieci zmniejszało to ryzyko u mężczyzn.

■ Sieć społeczna a ryzyko przemocy

Niejednokrotnie wskazywano również [7], że ulokowanie w określonej sieci może być także źródłem negatywnych interakcji społecznych, o czym świadczą coraz częściej przykłady narażenia osób starszych na przemoc w środowisku domowym [41].

Badania przeprowadzone wśród starszych wiekiem mieszkańców Krakowa [41] pokazały, że ryzyko wysokich ograniczeń w funkcjonowaniu społecznym z powodu stanu emocjonalnego było wyższe u osób narażonych na przemoc psychiczną ze strony członków rodziny, niższe zaś u osób posiadających szeroką sieć kontaktów społecznych.

Ryzyko niskiej oceny zdrowia psychicznego i występowania objawów depresji było wyższe u osób narażonych na przemoc psychiczną ze strony członków rodziny oraz u osób żyjących poza związkiem małżeńskim i niewidujących nikogo poza współmieszkańcami [41].

■ Podsumowanie

Na podstawie trendów wskazujących na możliwe kierunki relacji pomiędzy oddziaływaniem sieci i wsparciem społecznym a ryzykiem zgonu i jakością życia uwarunkowaną stanem zdrowia w wieku starszym przedstawiono opierając się na przeglądzie literatury przedmiotu i na przykładzie badań własnych złożoność tych zależności przede wszystkim w sensie efektów pozytywnych, ale i negatywnych. Wnioski, jakie nasuwają się dla propagowania koncepcji *healthy aging* lub *successful aging*, to przede wszystkim budowanie, utrwalenie lub odbudowywanie mocnych więzi, które sprzyjałyby przeciwdziałaniu wszystkim negatywnym konsekwencjom wieku starszego.

Przypisy

¹ Badania wyjściowe zrealizowane w ramach Central European Network we współpracy z Uniwersytetem w Groningen.

■ Abstract

Social support, social network, and inequalities in health status in older age, based on mortality and health related quality of life.

Key words: health related quality of life, older people, risk of death, social network, social support

Relations between social support, social network, social ties, and risk of death and health-related quality of life have been showed based on well-documented data from different countries as well as using the data coming from studies performed in different cohorts of older citizen of Krakow.

■ Piśmiennictwo

1. Siegrist J., Marmot M., *Health inequalities and the psychosocial environment – two scientific challenges*, „Social Science & Medicine” 2004; 58: 1463–1473.
2. Bowling A., Grundy E., *The association between social networks and mortality in later life*, „Reviews in Clinical Gerontology” 1998; 8: 353–361.
3. Berkman L.F., Glass T., Brissette I., Seeman T.E., *From social integration to health: Durkheim in the new millennium*, „Social Science & Medicine” 2000; 51, 6: 843–857.
4. Berkman L.F., Glass T., *Social integration, social networks, social support, and health*, w: Berkman L.F., Kawachi I. (red.), *Social epidemiology*, Oxford University Press, New York 2000, 137–173.
5. Moren-Cross J.L., Lin N., *Social network and health*, w: Binstock R.H., George L.K. (red.), *Handbook of aging and the social sciences*, Academic Press, USA 2006, 111–126.
6. Tobiasz-Adamczyk B., *Patomechanizmy zależności między czynnikami psychospołecznymi a chorobami sercowo-naczyniowymi*, w: Podolec P. (red.), *Podręcznik Polskiego Forum Profilaktyki*, T. 2, Medycyna Praktyczna, Kraków 2010, 537–545.
7. Krause N., *Social relationships in later life*, w: Binstock R.H., George L.K. (red.), *Handbook of aging and the social sciences*, Academic Press, USA 2006, 182–200.
8. Victor C., Scambler S., Bond J., Bowling A., *Being alone in later life – loneliness, social isolation and living alone*, „Reviews in Clinical Gerontology” 2000; 10: 407–417.
9. Ajrouch K.J., Blandon A., Antonucci T.C., *Social networks among men and women: the effects of age and socioeconomic status*, „Journal of Gerontology: Social Sciences” 2005; 60B: 311–317.
10. Kawachi I., Berkman L.F., *Social cohesion, social capital, and health*, w: Berkman L.F., Kawachi I. (red.), *Social Epidemiology*, Oxford University Press, New York 2000, 174–190.
11. Sundquist J., Johansson S.E., Yang M., Sundquist K., *Low linking social capital as a predictor of coronary heart disease in Sweden: a cohort study of 2.8 million people*, „Social Science & Medicine” 2006; 62: 954–963.
12. Hyypä M., Mäki J., *Social participation and health in a community rich in stock of social capital*, „Health Education Research” 2003; 18, 3: 770–779.
13. Hawe P., Shiell A., *Social capital and health promotion: a review*, „Social Science & Medicine” 2000; 51, 6: 871–885.

14. Stephens C., *Social capital in its place: Using social theory to understand social capital and inequalities in health*, „Social Science & Medicine” 2008; 66: 1174–1184.
15. Berkman L.F., Syme S.L., *Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents*, „American Journal of Epidemiology” 1979; 109, 2, 186–204.
16. Seeman T.E., Kaplan G.A., Kundsén L., Cohen R., Guralnik J., *Social network ties and mortality among the elderly in the Alameda county study*, „American Journal of Epidemiology” 1987; 126, 4: 714–723.
17. Blazer D.G., *Social support and mortality in an elderly community population*, „American Journal of Epidemiology” 1982; 115, 5: 684–694.
18. Iwasaki M., Otani T., Sunaga R., Miyazaki H., Xiao L., Wang N., Yosiaki S., Suzuki S., *Social networks and mortality based on the Komo-Ise cohort study in Japan*, „International Journal of Epidemiology” 2002; 31: 1208–1218.
19. Wilkins K., *Social support and mortality in seniors*, „Health Reports” 2003; 14, 3: 21–34.
20. Rutledge T., Matthews K., Lui L.-Y., Stone K.L., Cauley J.A., *Social networks and marital status predict mortality in older women: prospective evidence from the Study of Osteoporotic Fractures (SOF)*, „Psychosomatic Medicine” 2003; 65: 688–694.
21. Litwin H., Shiovitz-Ezra S., *Network type and mortality risk in later life*, „The Gerontological Society of America” 2006; 46, 6: 735–743.
22. Giles L.C., Glonek G.F.V., Luszcz M.A., Andrews G.R., *Effect of social networks on 10 year survival in very old Australians: the Australian longitudinal study of aging*, „Journal of Epidemiology and Community Health” 2005; 59: 574–579.
23. Lochner K.A., Kawachi I., Brennan R.T., Buka S.L., *Social capital and neighborhood mortality rates in Chicago*, „Social Science & Medicine” 2003; 56: 1797–1805.
24. Olsen O., *Impact of social network on cardiovascular mortality in middle aged Danish men*, „Journal of Epidemiology and Community Health” 1993; 47: 176–180.
25. Tobiasz-Adamczyk B., Zawisza D., *Relacja pomiędzy wsparciem otrzymywanym w ramach interakcji społecznych a ryzykiem zgonu w populacji osób starszych w Krakowie*, w: Kowaleski J., Szukalski P. (red.), *Pomyślne starzenie się w świetle nauk o zdrowiu*, Zakład Demografii i Gerontologii Społecznej UŁ, Łódź 2008, 143–153.
26. Brzyski P., Tobiasz-Adamczyk B., *Ryzyko zgonu w populacji osób starszych w Krakowie w zależności od różnych wymiarów zdrowia psychicznego*, w: Kowaleski J., Szukalski P. (red.), *Pomyślne starzenie się w świetle nauk o zdrowiu*, Zakład Demografii i Gerontologii Społecznej UŁ, Łódź 2008, 131–142.
27. Tobiasz-Adamczyk B., Brzyski P., Knurowski T., Brzyska M., Florek M., *Relations between characteristics of social network, health-related quality of life and mortality patterns in older age. Cracow study. Longitudinal and Life Course Studies*, „International Journal” 2010; 1, 3: 199.
28. Tobiasz-Adamczyk B., Wozniak B., Zawisza K., *Geriatric mental health and religion. VII European Congress Healthy and Ageing all Europeans-II*, „Aging Clinical and Experimental Research” 2011; 23, 1: 263.
29. Tobiasz-Adamczyk B., Brzyski P., *Relacje społeczne a ryzyko zgonu wśród osób w zaawansowanym wieku starszym*, „Gerontologia Polska” 2002; 4: 190–198.
30. Głębocka A., Szarzyńska M., *Wsparcie społeczne a jakość życia ludzi starszych*, „Gerontologia Polska” 2005; 13, 4: 255–259.
31. Seeman T.E., *Social ties and health: the benefits of social integration*, „Annals of Epidemiology” 1996; 6, 5: 442–451.
32. Mendes de Leon C.F., Glass T.A., Beckett L.A., Seeman T.E., Evans D.A., Berkman L.F., *Social Networks and disability transitions across eight intervals of yearly data in the New Haven EPESE*, „Journal of Gerontology: Social Sciences” 1999; 54B, 3: 162–172.
33. Fratiglioni L., Wang H.-X., Ericsson K., Maytan M., Winblad B., *Influence of social network on occurrence of dementia: a community-based longitudinal study*, „The Lancet” 2000; 355: 1315–1319.
34. Pillai J.A., Verghese J., *Social networks and their role in preventing dementia*, „Indian Journal of Psychiatry” 2009; 51: 22–28.
35. Glass T., Mendes de Leon C., Seeman T.E., Berkman L.F., *Beyond single indicators of social networks: a LISREL analysis of social ties among the elderly*, „Social Science & Medicine” 1997; 44, 10: 1503–1517.
36. Glass T., Mendes de Leon C., Bassuk S., Berkman L., *Social Engagement and Depressive Symptoms in Late life*, „Journal of Aging and Health” 2006; 18, 4: 604–628.
37. Achat H., Kawachi I., Levine S., Berkey C., Coakley E., Colditz G., *Social networks, stress and health-related quality of life*, „Quality of Life Research” 1998; 7, 8: 735–750.
38. Bennett D.A., Schneider J.A., Tang Y., Arnold S.E., Wilson R.S., *The effect of social networks on the relation between Alzheimer’s disease pathology and level of cognitive function in old people: a longitudinal cohort study*, „Lancet neurology” 2006; 5: 406–412.
39. Tobiasz-Adamczyk B., *Social resources and health status in older polish women*, w: Backes G.M., Lasch V., Reimann K. (red.), *Gender, health and ageing, European perspectives on life course*, Health Issues and Social Challenges, Wiesbaden 2006.
40. Tobiasz-Adamczyk B., Brzyski P., Bajka J., *Społeczne uwarunkowania jakości życia kobiet u progu wieku starszego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2004.
41. Tobiasz-Adamczyk B. (red.), *Przemoc wobec osób starszych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2009.

O autorce

Beata Tobiasz-Adamczyk – prof. dr hab., Zakład Socjologii Medycyny Katedry Epidemiologii i Medycyny Zapobiegawczej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków.