

\*Zakład Propedeutyki Nauk Pielęgniarskich PAM w Szczecinie  
\*\*Samodzielna Pracownia Pielęgniarstwa Rodzinnego PAM we Szczecinie  
\*Department of Propedeutics of Nursing Sciences of Pomeranian Medical University  
in Szczecin  
\*\*Independent Laboratory of family Nursing (Chair of Family Medicine)  
of Pomeranian Medical University in Szczecin

ELŻBIETA GROCHANS\*, VIOLETTA ŁUCZYŃSKA \*, DOROTA ĆWIEK\*,  
BEATA KARAKIEWICZ \*\*

***The analysis of accessible social support at women  
in early child-birth***

---

**Ocena dostępnego wsparcia społecznego u kobiet we wczesnym okresie połogu**

Pojęcie wsparcia społecznego (ang. social support) pojawiło się w badaniach psychologicznych w latach 70-tych w ośrodkach uniwersyteckich Stanów Zjednoczonych, Kanady i Wielkiej Brytanii. Wsparcie społeczne pełni funkcję wyjaśniającą w badaniach dotyczących wpływu stresowych doświadczeń życiowych człowieka na jego zdrowie fizyczne i psychiczne. Jest ono definiowane bardzo różnie, według I. Sarason (2), wsparcie to pomoc dostępna dla jednostki w sytuacjach trudnych, stresowych, natomiast N. Lin, określa je jako dostępne wsparcie, płynące z powiązań człowieka z innymi ludźmi, grupami społecznymi, społeczeństwem. Można przypuszczać, że zapotrzebowanie na wsparcie społeczne wzrasta gwałtownie w sytuacjach trudnych (3). Niewątpliwie sytuacją trudną dla człowieka jest pobyt w szpitalu oraz sytuacja związana z przyjściem na świat dziecka w rodzinie.

**CEL PRACY**

- Analiza i ocena wyznaczników wsparcia społecznego u kobiet we wczesnym okresie połogu.
- Pomiar dostępnego wsparcia społecznego u pierworódek i wieloródek hospitalizowanych w czasie połogu.

**MATERIAŁ I METODY**

Badania przeprowadzono u 200 położnic hospitalizowanych w jednym z oddziałów położniczych w Szczecinie. Pacjentki, u których wczesny okres połogu przebiegał fizjologicznie podzielono na dwie grupy: „badaną”, która obejmowała 100 pierworódek i „referencyjną”, do której zakwalifikowano 100 wieloródek.

W grupie badanej minimalny wiek kobiet wynosił 15, maksymalny 38 lat, a mediana wynosiła 24,5 lat. W grupie referencyjnej minimalny wiek położnic wynosił 20, maksymalny 43 lata, a mediana 29 lat. Meżatki stanowiły najliczniejszą grupę kobiet; w grupie bada-

nej 61%, w referencyjnej 89%. Kobiety z wykształceniem średnim stanowiły 37% badanej i 40% referencyjnej, natomiast wykształcenie wyższe posiadało 36% pierworódek oraz 37% wieloródek. W mieście wojewódzkim mieszkało ponad 70% respondentek obu grup.

Badania przeprowadzono metodą wywiadu kwestionariuszowego, wykorzystując Skalę Wsparcia Społecznego, która jest narzędziem służącym ocenie dostępnego wsparcia społecznego, a wykorzystywanym głównie dla potrzeb pielęgniarstwa. (9). W badaniach wykorzystano 8 z 10 wyznaczników SWS, które dotyczyły: struktury rodziny, rozumianej jako układ pokoleniowy rodziny wspólnie zamieszkującej, rozmiaru sieci, rozumianej jako liczba osób, z którymi pacjentka utrzymuje kontakty towarzyskie, zabezpieczenia finansowego, sytuacji materialnej według opinii położnicy, warunków mieszkaniowych położnicy, dyspozycyjności czasowej najbliższych, dostępności pomocy nieprofesjonalnej, dostępności pomocy profesjonalnej, samooceny stanu zdrowia. Uzyskane wartości liczbowe poddano analizie statystycznej.

## WYNIKI BADAŃ

Strukturę rodziny, tj. układu pokoleniowego rodziny wspólnie zamieszkującej, przedstawiono w tab. 1.

Tabela 1. Struktura rodziny położnic grupy badanej i referencyjnej

Rodzina	Grupa badana n=100	Grupa referencyjna n=100	$\chi^2$	p
osoba samotna	2	0	0,51 (Y)	> 0, 05
dwupokoleniowa niepełna	5	0	3,28 (Y)	> 0, 05
dwupokoleniowa pełna	45	68	10,76	< 0, 01
wielopokoleniowa	48	32	5,33	< 0, 05
razem	100	100	-	-

$\chi^2$ - test niezależności chi – kwadrat Y- poprawka Yatesa n- liczebność grupy p-poziom istotności

Najwięcej położnic posiadało rodzinę dwupokoleniową pełną, składającą się z rodziców i dziecka/dzieci; 45% grupy badanej i 68% grupy referencyjnej ( $p<0,01$ ). Rodzinę wielopokoleniową posiadało 48% pierworódek i 32% wieloródek ( $p<0,05$ ).

Rodzinę dwupokoleniową niepełną (rodzic i dziecko) posiadało 5% położnic grupy badanej, a w przypadku osoby samotnej taką strukturę deklarowało tylko 2% badanych.

Struktura grup pod względem liczby znajomych nie różniła się istotnie statystycznie. Pacjentki najczęściej wymieniały przedział osób 6-10, taką liczbę znajomych podała blisko połowa respondentek. Przedział osób znajomych 0-5 w obu grupach podało po 18% położnic, przedział 11-20 osób wystąpił u 20% kobiet. Powyżej 20 osób znajomych zadeklarowało 14% pierworódek i 11% wieloródek.

Kolejnym ocenianym wyznacznikiem było zabezpieczenie finansowe, czyli sytuacja materialna położnic według ich opinii. Ponad połowa respondentek obu grup oceniła swoją sytuację materialną jako dobrą, po 31% jako przeciętną. Bardzo dobrą sytuację materialną deklarowało 8% położnic grupy badanej i 4% referencyjnej. Tylko 3% położnic grupy badanej przyznało się do swojej złej sytuacji materialnej.

Analiza warunków mieszkaniowych respondentek (tab. 2) wykazała, że położnice grupy badanej najczęściej deklarowały posiadanie niesamodzielnego mieszkania, z samodzielnym pokojem dla dziecka (31% położnic grupy badanej i 25% grupy referencyjnej).

Tabela 2. Struktura warunków mieszkaniowych położnic grupy badanej i grupy referencyjnej

Warunki mieszkaniowe	Grupa badana n=100	Grupa referencyjna n=100	$\chi^2$	p
niesamodzielne mieszkanie, kącik dla dziecka we wspólnym pomieszczeniu	23	11	5, 10	< 0, 05
niesamodzielne mieszkanie, samodzielny pokój dla dziecka	31	25	0, 89	> 0, 05
samodzielne mieszkanie, pokój dziecka wspólny z innymi	15	41	16, 77	< 0, 001
samodzielne mieszkanie, samodzielny pokój dziecka	31	23	1, 62	> 0, 05
razem	100	100	-	-

$\chi^2$ - test niezależności chi – kwadrat      n- liczebność grupy      p- poziom istotności

Podobnie w przypadku pacjentek, które posiadały samodzielne mieszkanie i samodzielny pokój dla dziecka; w grupie badanej 31%, a w referencyjnej 23% kobiet. Posiadanie samodzielnego mieszkania z pokojem dla dziecka wspólnym z innymi różniło się istotnie statystycznie ( $p < 0,001$ ) w obu grupach. Różnice ( $p < 0,05$ ) wystąpiły w przypadku posiadania niesamodzielnego mieszkania z kącikiem dla dziecka we wspólnym pomieszczeniu.

Dyspozycyjność rodziny w każdej sytuacji deklaruje 15% położnic grupy badanej i tylko 3% grupy referencyjnej ( $p < 0,01$ ). W obu grupach po 4% kobiet nigdy nie może liczyć na żadną pomoc. Na rzadką dyspozycyjność ze strony rodziny może liczyć 19% pierworódek i 28% wieloródek, natomiast na częstą dyspozycyjność po 63% pacjentek obu grup.

Kolejnym badaniem wyznacznikiem Skali Wsparcia Społecznego jest dostępność pomocy nieprofesjonalnej. Na pomoc w godzinach rannych i popołudniowych (700-2000) od poniedziałku do niedzieli mogło liczyć po 60% pacjentek z obu grup. Pomoc nieprofesjonalną przez całą dobę we wszystkie dni tygodnia mogło uzyskać około 17% respondentek. Trudności w uzyskaniu pomocy nieprofesjonalnej miała jedna pierworódka.

Najwięcej położnic mogło liczyć na pomoc profesjonalną w godzinach rannych i popołudniowych (700-2000) od poniedziałku do niedzieli: 53% grupy badanej i 40% grupy referencyjnej. Istotnie częściej pierworódki mogły liczyć na pomoc profesjonalną przez całą dobę przez wszystkie dni tygodnia (41% położnic grupy badanej i 55% referencyjnej); ( $p < 0,05$ ). Trudności w uzyskaniu pomocy profesjonalnej posiadało 3% położnic grupy badanej. Ostatni badany wyznacznik Skali Wsparcia Społecznego dotyczył samooceny stanu zdrowia położnic. Ponad połowa pacjentek, po 57% w obu grupach oceniło swoje zdrowie jako dobre, jako bardzo dobre 39% położnic grupy badanej i 33% grupy referencyjnej. Tylko 1% pacjentek grupy referencyjnej oceniło swój stan zdrowia jako zły.

Na podstawie zebranych danych, uzyskanych z wykorzystaniem zmodyfikowanej Skali Wsparcia Społecznego określono wielkość dostępnego wsparcia społecznego położnic grupy badanej i referencyjnej (tab. 3). Maksymalna liczba punktów, którą każda położnica mogła osiągnąć wynosi 24. Wysoki poziom uzyskanych punktów świadczył o dużym dostępnym wsparciu społecznym. Wśród położnic grupy badanej minimalna uzyskana wartość wsparcia społecznego wynosiła 6 pkt, wśród grupy referencyjnej 11 pkt. Maksymalna wartość dostępnego wsparcia społecznego pacjentek grupy badanej to 20 pkt, natomiast grupy referencyjnej 23 pkt. Wielkość dostępnego wsparcia społecznego położnic grupy badanej i kontrolnej nie różniła się istotnie statystycznie ( $p > 0,05$ ).

Tabela 3. Wielkość dostępnego wsparcia społecznego położnic grupy badanej i grupy referencyjnej

Grupa	liczba pkt	min-max	Q1 – Q3	me	± SD	p
Badana n=100	24	6 - 20	14 – 17	15,5	15,4 ± 2,6	> 0, 05
Referencyjna n=100	24	11 - 23	14 – 17	15	15,4 ± 2,2	

n- liczebność grupy, liczba pkt- maksymalna liczba punktów przypadająca na jedną osobę  
 min- uzyskana wartość najmniejsza me – mediana max- uzyskana wartość największa  
 Q1 –kwartyl pierwszy średnia arytmetyczna Q3- kwartyl trzeci  
 SD- odchylenie standardowe p – poziom istotności

## OMÓWIENIE

Warunkiem nieodzownym dla pojawienia się interakcji wsparcia jest istnienie sieci społecznej. Przynależność do sieci wsparcia społecznego oraz życie i praca w zdrowym środowisku, prowadzi do lepszego radzenia sobie z sytuacjami stresowymi (8). Bardzo ważnym elementem z socjologicznego punktu jest rodzina, która odgrywa znaczącą rolę w potęgowaniu i utrzymaniu zdrowia społeczeństwa, poprzez kontakty rodzinne, mające na celu wzajemne wspieranie. Jest ona najważniejszym źródłem wsparcia społecznego dla człowieka, niezależnie od wieku, stanu, miejsca pobytu (6). W USA od lat siedemdziesiątych poprzedniego stulecia są opracowywane i wdrażane do praktyki Rodzinne Programy Wsparcia. Głównym celem tych programów jest inwestowanie w zdrowie i rozwój dzieci, zapobieganie dysfunkcjom rodziny, podniesienie rodzinnej sprawności w radzeniu sobie z sytuacjami trudnymi oraz promowanie wsparcia rodzinnego (7).

Zapotrzebowanie na wsparcie społeczne jest zróżnicowane ze względu na specyfikę trudnej sytuacji, w której człowiek się znalazł. Lugton (5) wyjaśnia, że wsparcie społeczne w odniesieniu do kobiet z chorobami nowotworowymi piersi dotyczy głównie zapotrzebowania na wsparcie udzielane przez partnerów i jest niezbędne do adaptacji do nowych warunków w czekającej je niepewnej przyszłości. Badania Kirkevold i wsp potwierdzają, że wsparcie społeczne otrzymywane od współmałżonka i dzieci jest najwyższym zewnętrznym czynnikiem wpływającym na skrócenie czasu wyzdrowienia po operacjach w obrębie serca (4). Auslander i Litwin w swoich badaniach wykazali zależność między niską oceną wsparcia społecznego a niską oceną subiektywnego stanu zdrowia, (co sugeruje, iż wspierając pacjentów w sposób bezpośredni wpływamy na poczucie ich zdrowia- subiektywną ocenę stanu zdrowia) (1). W badaniach własnych określających wielkość dostępnego wsparcia społecznego położnic we wczesnym okresie położu można przyjąć, że wartość wsparcia społecznego osiągnęła wartość średnio-wysoką. W literaturze brakuje tak szczegółowych badań związanych z pomiarem wsparcia kobiet zdrowych, będących w nowej dla siebie sytuacji, dotyczącej podjęcia roli macierzyńskiej.

## WNIOSKI

Pierworódki mają większe możliwości korzystania z pomocy rodziny, natomiast u wieloródek występuje większa dostępność pomocy profesjonalnej przez całą dobę oraz dysponują one lepszymi warunkami mieszkaniowymi.

Dostępne wsparcie społeczne mierzone wśród wieloródek i pierworódek przebywających we wczesnym okresie położu w oddziale położniczym nie różniło się istotnie i osiągnęło poziom średnio-wysoki.

## PIŚMIENNICTWO

1. Auslander G. K., Litwin H.: Social networks, social support and self ratings of health among the elderly. *J. Aging Health*; 1991, 3, 493-510.
2. Cahiaghan P, Morrissey J.: Social support and health: a review. *J. Adv. Nurs.*; 1995, 9, 203-210.
3. Jaworowska-Obłój Z., Skuza B.: Pojęcie wsparcia społecznego i jego funkcje w badaniach naukowych. *Prz. Psych.*; 1986, 29, 733-745.
4. Kirkevold M., Gartner S. R. i wsp.: Patterns of recovery among Norwegian heart surgery patients. *J. Adv. Nurs.*; 1991, 24, 943-951.
5. Lugton J.: The nature of social support as experienced by women treated for breast cancer. *J. Adv. Nurs.*; 1997, 25, 1184-1191.
6. Lynam M. J.: Supporting one another: the nature of family work when a young adult has cancer. *J. Adv. Nurs.*; 1995, 22, 116-125.
7. Norbeck J. S., Tilden V.P.: International nursing research in social support: theoretical and methodological issues. *J. Adv. Nurs.*; 1988, 13, 173-178.
8. Thomas H.S.: Conceptual underpinnings of the Family Support Movement. *J. Pediatr. Health Care*; 1994, 8, 57-61.
9. Zarzycka D.: Pielęgnowanie - istota profesjonalnego pomagania. *Piel. i Poł.*; 1998, 9, 4-6.

## STRESZCZENIE

Celem pracy była analiza i ocena wyznaczników wsparcia społecznego u kobiet we wczesnym okresie połogu oraz pomiar dostępnego wsparcia społecznego u pierworódek i wieloródek hospitalizowanych w czasie wczesnego połogu. Badania przeprowadzono metodą wywiadu kwestionariuszowego, wykorzystując Skalę Wsparcia Społecznego u 200 położnic (grupa badana-100 pierworódek, grupa referencyjna-100 wieloródek) przebywających w jednym z oddziałów położniczych w Szczecinie. Wyniki badań wskazują na istotne różnice wśród pierworódek i wieloródek w strukturze rodziny dotyczące posiadania samodzielnego mieszkania oraz możliwości korzystania z pomocy rodziny, a także dostępności pomocy profesjonalnej przez całą dobę. Natomiast poziom dostępnego wsparcia społecznego mierzonego wśród wieloródek i pierworódek nie różnił się istotnie i w obu grupach był średnio-wysoki.

## SUMMARY

The aim of work was analysis and estimation of determinants of social support as well as measurement of its accessibility at women in early child-birth. The method of Questionnaire interview was used to investigate the problem and we used Social Support Scale. Examination was given to 200 woman lying-ins (studied group - 100 first born, testimonial group - 100 multiparous females). Place of audit was one of maternity wards in Szczecin. The results of audits are following: among first born and multiparous females were essential differences in such determinants like family support (the possession the independent flat and possibility with help of family) as well as the accessibility of professional help throughout day and night. However in both studied groups accessible social support did not it differ considerably. It reached average-high level.