

Postrzeganie wsparcia społecznego przez osoby dorosłe z postlingwalnym ubytkiem słuchu, które zgłosiły się na operację wszczepienia implantu ślimakowego

Perceptions of social support by adults with postlingual hearing loss who came for cochlear implant surgery

Justyna Witkowska^{1AC-F}, Artur Lorens^{1AC-F}, Anita Obrycka^{1A-F},
Małgorzata Fludra^{2D-F}, Henryk Skarżyński^{3A-F}

¹ Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, Światowe Centrum Słuchu, Zakład Implantów i Percepcji Słuchowej, Warszawa/Kajetany

² Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, Światowe Centrum Słuchu, Zakład Szumów Usznych, Warszawa/Kajetany

³ Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, Światowe Centrum Słuchu, Klinika Oto-Ryńko-Laryngochirurgii, Warszawa/Kajetany

Wkład autorów:

- A Projekt badania
- B Gromadzenie danych
- C Analiza danych
- D Interpretacja danych
- E Przygotowanie pracy
- F Przegląd literatury
- G Gromadzenie funduszy

Streszczenie

Wprowadzenie: Znaczne pogorszenie słuchu dla wielu osób jest sytuacją trudną, czasami kryzysową. Jego konsekwencją może być doświadczanie poczucia straty. Występujące na skutek niedosłuchu trudności w komunikowaniu się mogą prowadzić do wycofywania się z aktywności społecznej i obniżenia poczucia własnej wartości. Z uwagi na ograniczenia w aktywności i uczestniczeniu w życiu społecznym osoby z niedosłuchem wymagają często wsparcia zarówno profesjonalnego, jak i tego w najbliższym otoczeniu. Celem pracy jest sprawdzenie, jak osoby dorosłe, które zgłosiły się na operację wszczepienia implantu ślimakowego, oceniają postrzegane wsparcie społeczne, oraz zbadanie jego związku z rodzajem niedosłuchu oraz ze zmiennymi socjodemograficznymi, takimi jak: wykształcenie, płeć, wiek, wykonywanie pracy, miejsce zamieszkania, status związku.

Materiał i metody: W badaniu wzięło udział 541 osób ze znacznym lub głębokim postlingwalnym ubytkiem słuchu, które w Instytucie Fizjologii i Patologii Słuchu (IFPS) zakwalifikowano do operacji wszczepienia implantu ślimakowego i które zgłosiły się na tę operację. Kobiety stanowiły 50,6% badanych, mężczyźni – 49,4%, wiek pacjentów w dniu badania zawierał się w przedziale 18–87 lat. Narzędziem badawczym był kwestionariusz *Wielowymiarowej Skali Postrzeganego Wsparcia Społecznego* (MSPSS). Wynik badania pozwala ocenić postrzegane wsparcie z trzech różnych źródeł: rodzina, przyjaciele, osoba znacząca.

Wyniki: W badanej grupie średni wynik ogólny MSPSS wyniósł 5,80 w skali od 1 do 7. Pacjenci w wieku 45–64 lata największe wsparcie spodziewają się uzyskać od osoby znaczącej. Osoby pracujące spodziewają się większego wsparcia ze strony przyjaciół niż od rodziny czy osoby znaczącej. Wynik ogólny postrzeganego wsparcia społecznego był istotnie niższy u pacjentów niebędących w związku niż u pacjentów pozostających w związku formalnym. Ponadto analizy wykazały, że pacjenci mieszkający na wsi mają większe poczucie wsparcia niż osoby zamieszkujące w mieście.

Wnioski: Przeprowadzone badania pokazały, że osoby z niepełnosprawnością słuchową oczekujące na wszczepienie implantu ślimakowego deklarują wyższy lub porównywalny poziom postrzeganego wsparcia społecznego w odniesieniu do wsparcia postrzeganego przez większość innych grup badanych kwestionariuszem MSPSS. Oznacza to, że mają one zasób, z którego będą mogły skorzystać w sytuacji trudnej, jaką może okazać się proces adaptacji do nowego słyszenia w implantcie.

Słowa kluczowe: wsparcie społeczne • implant ślimakowy • niedosłuch • niepełnosprawność • jakość życia

Autor korespondencyjny: Justyna Witkowska, Zakład Implantów i Percepcji Słuchowej, Światowe Centrum Słuchu, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, ul. Mokra 17, Kajetany, 05-830 Nadarzyn; email: j.witkowska@ifps.org.pl

Abstract

Introduction: Difficulties in communication resulting from hearing loss may lead to withdrawal from social activity, lowering self-esteem. Therefore understanding and then accepting experienced difficulties is a process of adaptation, which without support, both professional and in the closest environment, can be extremely difficult. The purpose of this study is to examine how adults who decided to have a cochlear implant surgery evaluate perceived social support and to examine its relationship to type of hearing loss and sociodemographic variables such as education, gender, age, job performance, place of residence and marital status (partner).

Material and methods: The study included 541 patients with severe or profound postlingual hearing loss in the ear to be implanted, who came for cochlear implant surgery at the Institute of Hearing Physiology and Pathology. Women constituted 50.6% and men 49.4% of the study group. The age of the patients on the day of examination ranged from 18 to 87 years. The assessment tool was the *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* (MSPSS). It allows for the assessment of perceived support from three different sources: Family, Friends, and a Significant Other.

Results: The mean total score of the MSPSS was 5.80 on a scale of 1 to 7. Patients between the ages of 45 and 64 expect to receive the most support from a Significant Other. More support from friends than from family or a significant other is expected to be experienced by those working. The overall score of perceived social support was significantly lower for patients who were not in a relationship than for patients who were in a formal relationship. In addition, analyses showed that patients living in rural areas had a greater sense of support than those living in urban areas.

Conclusions: The study showed that people who experience hearing impairment and are awaiting cochlear implantation report higher or comparable levels of perceived social support to social support perceived by most of the other study groups. This means they have a resource they can draw on in what can be a difficult process of adapting to their new hearing with cochlear implants.

Key words: social support • cochlear implant • hearing loss • disability • quality of life

Wykaz skrótów

Skrót	Rozwinięcie w języku oryginalnym	Odpowiednik w języku polskim
BSSS	<i>Berlin Social Support Scales</i>	<i>Berlińskie Skale Wsparcia Społecznego</i>
CBOS	Centrum Badań Opinii Społecznej	–
ISEL	<i>Interpersonal Support Evaluation List</i>	<i>Kwestionariusz Spostrzeganego Wsparcia Społecznego</i>
ISSB	<i>Inventory of Socially Supportive Behaviors</i>	<i>Skala Wsparcia Społecznego</i>
MSPSS	<i>Multidimensional Scale of Perceived Social Support</i>	<i>Wielowymiarowa Skala Postrzeganego Wsparcia Społecznego</i>
PDT-EAS	Partial Deafness Treatment – Electric Acoustic Stimulation	leczenie częściowej głuchoty – stymulacja elektryczno-akustyczna
PDT-EC	Partial Deafness Treatment – Electric Complementation	leczenie częściowej głuchoty – elektryczne dopełnienie
PDT-ENS	Partial Deafness Treatment – Electric-Natural Stimulation	leczenie częściowej głuchoty – stymulacja elektryczno-naturalna
PDT-ES	Partial Deafness Treatment – Electric Stimulation	leczenie częściowej głuchoty – stymulacja elektryczna
SWS	<i>Skala Wsparcia Społecznego</i>	–
WHO	World Health Organization	Światowa Organizacja Zdrowia

Wprowadzenie

Niedosłuch stał się problemem cywilizacyjnym. Na świecie ponad miliard osób zmagają się z niedosłuchem, który wpływa na codzienne funkcjonowanie. Szacuje się, że 4–6 mln Polaków ma problemy ze słuchem, poważnie uszkodzony słuch ma 900 tys. osób, a ok. 40 tys. nie słyszy w ogóle [1]. W literaturze osoby z problemami ze słuchem określane są między innymi jako niedosłyszające, głuche, niesłyszające oraz niepełnosprawne słuchowo. Percepcja niepełnosprawności jest stanem subiektywnym, związanym z utratą zdrowia, nabytą lub wrodzoną wadą, np. słuchu. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) określa niepełnosprawność jako utratę sprawności lub zaburzenie funkcjonowania organizmu nie tylko pod względem

anatomicznym i psychofizycznym, lecz także jako niemożność prowadzenia aktywnego życia i ograniczenie w pełnieniu ról społecznych. Niepełnosprawność wpływa na relację między zdrowiem człowieka (biorąc pod uwagę jego wiek, płeć i wykształcenie) a społeczeństwem i otaczającym środowiskiem. Według Standardowych Zasad Wyrównywania Szans Osób Niepełnosprawnych niepełnosprawność ma wymiar społeczny i nie ogranicza się do konkretnej osoby [2].

Niedosłuch jest nie tylko zaburzeniem funkcji narządu słuchu. Pogarszanie się słuchu może negatywnie wpływać na stan emocjonalny danej osoby. Może ona doświadczać poczucia straty, mieć obniżone poczucie własnej wartości lub odczuwać niepokój. Niedosłuch może być również

źródłem stresu i niepewności w codziennych sytuacjach wymagających konwersacji z innymi ludźmi. To może prowadzić do ograniczenia kontaktów z ludźmi, wycofania się z aktywności zawodowej czy rezygnacji z dotychczasowego stylu życia i swoich pasji [3–6]. Utrata słuchu może zatem wywoływać kryzys zdeterminowany poczuciem straty [7].

Zastosowanie implantu ślimakowego w przypadku pacjenta zakwalifikowanego do tej metody leczenia z jednej strony może wiązać się z nadzieją na lepsze słyszenie i codzienną funkcjonowanie, z drugiej jednak może wzbudzać lęk przed nieznanym czy powodować niepewność odnośnie możliwości poradzenia sobie z rehabilitacją po zabiegu [7]. Z przeprowadzanych badań wynika, że pojawienie się zdarzeń trudnych, takich jak zmiany życiowe związane ze zdrowiem (zarówno pogorszenie słuchu, jak i operacja wszczepienia implantu), wiąże się z mniejszym stresem, jeżeli pacjent może liczyć na wsparcie społeczne [8].

Zmaganie się z kryzysem wymaga od osoby go przeżywającej uruchomienia posiadanych zasobów osobistych i relacyjnych [9]. Jednym z takich zasobów jest wsparcie społeczne, powszechnie uznawane za ważny czynnik sprzyjający zdrowiu psychicznemu jako podstawowe narzędzie w radzeniu sobie ze stresem [10], depresją, lękiem czy poczuciem samotności [11]. Na ogół rozumiane jest jako „pomoc dostępna w sytuacjach trudnych dla danej osoby” [12]. Sęk i Cieślak określają wsparcie społeczne jako „rodzaj interakcji społecznej, która zostaje podjęta przez jednego lub obu uczestników w sytuacji problemowej, trudnej, stresowej lub krytycznej” [13]. Wielu autorów podejmowało próbę opisu wsparcia, odnosząc się do następujących wymiarów: kierunku (wsparcie dawane czy odbierane), dostępności, zawartości (forma wsparcia) oraz sieci (rodzina, bliscy, ale także organizacje społeczne zapewniające wsparcie) [14].

Ze względu na charakter udzielanej pomocy możemy wyodrębnić wsparcie: emocjonalne (dawanie osobie do zrozumienia, że w każdej chwili zostanie udzielona pomoc), informacyjno-poznawcze (udzielanie rad i przekazywanie ważnych informacji), instrumentalne (instruktaż służący bezpośrednio rozwiązaniu problemu), materialno-rzeczowe (pomoc rzeczowa, finansowa itp.) oraz wartościujące (komunikaty wzmacniające poczucie własnej wartości) [15].

Innym powszechnym podziałem jest rozróżnienie wsparcia postrzeganego i otrzymywanego. Człowiek ocenia możliwość uzyskania wsparcia (wsparcie postrzegane) ze strony innych osób w sposób indywidualny. Na podstawie przeszłych doświadczeń dana osoba ocenia, od kogo może spodziewać się pomocy w trudnej sytuacji. Natomiast otrzymywane wsparcie jest obiektywną oceną faktycznie uzyskanej pomocy [13]. Według badań Cieślaka i Eliasza ważniejszym rodzajem wsparcia, również w kontekście zdrowia, jest wsparcie postrzegane. Jedlińska i Bienkowska [16] zauważają, że „stopień zakorzenienia w relacjach i sieciach zapewniających wsparcie społeczne jest silnym predyktorem zdrowia i zachorowalności”. Utrzymywanie bliskich relacji z innymi, poczucie wsparcia ze strony rodziny, przyjaciół, znajomych i organizacji społecznych wpływa na poziom odczuwanego stresu. To właśnie postrzeganie dostępności wsparcia zmienia ocenę poznawczą

stresora i zdolność radzenia sobie z trudną sytuacją [17]. Brak poczucia wsparcia i samotność przyczyniają się do pogorszenia stanu zdrowia [10].

W publikacjach analizujących zagadnienie postrzeganego wsparcia społecznego pojawiają się opisy badań, których celem było określenie zależności wsparcia od czynników indywidualnych, takich jak płeć [18] czy wiek [19]. Kobiety, traktując wsparcie społeczne jak formę radzenia sobie w trudnych sytuacjach, częściej niż mężczyźni korzystają z relacji interpersonalnych i własnych sieci wsparcia [13]. Także wiek rzutuje na postrzegane wsparcie społeczne. Osoby w podeszłym wieku mogą postrzegać swoje otoczenie jako bardziej wspierające niż młode osoby [19]. Dla wielu osób starszych to właśnie rodzina staje się podstawową sferą życiowej aktywności, w której są zaspokajane podstawowe potrzeby budowania bliskich relacji i poczucia sprawczości. Dopiero w drugiej kolejności znaczenia nabierają aktywności, takie jak uniwersytety trzeciego wieku czy kluby seniora, dzięki którym możliwe jest budowanie więzi pozarodzinnych, zwłaszcza w lokalnej społeczności [20].

Z uwagi na to, iż wsparcie społeczne jest konstruktem wielowymiarowym, dostępne kwestionariusze mierzą postrzegane wsparcie społeczne z wykorzystaniem danych pochodzących z czterech różnych obszarów pomocy: materialnej, informacyjnej, wartościującej i instrumentalnej. Najczęściej stosowanymi w Polsce kwestionariuszami do badania pomiaru wsparcia społecznego są: *Berlińskie Skale Wsparcia Społecznego* (BSSS) [21], *Kwestionariusz Spostrzeganego Wsparcia Społecznego* (ISEL) [22], *Skala Wsparcia Społecznego* (ISSB) [13], *Wielowymiarowa Skala Postrzeganego Wsparcia Społecznego* (MSPSS) [23] oraz *Skala Wsparcia Społecznego* (SWS) [24].

Cel pracy

Celem pracy jest ocena postrzeganego wsparcia społecznego u pacjentów, którzy zgłosili się na operację wszczepienia implantu ślimakowego w Instytucie Fizjologii i Patologii Słuchu. Ponadto postanowiono sprawdzić, czy ocena postrzeganego wsparcia społecznego w badanej grupie pozostaje w relacji z: płcią, wiekiem, miejscem zamieszkania, wykształceniem, wykonywaniem pracy, statusem związku i rodzajem niedosłuchu. Postrzegane wsparcie społeczne przez osoby objęte postępowaniem leczniczo-rehabilitacyjnym z wykorzystaniem implantów ślimakowych nie zostało dotychczas wyczerpująco ujęte w badaniach ilościowych.

Materiał i metody

W badaniu wzięło udział 541 osób ze znacznym lub głębokim postlingwalnym ubytkiem słuchu zakwalifikowanych w Instytucie Fizjologii i Patologii Słuchu do operacji wszczepienia implantu ślimakowego, które zgłosiły się tę operację. Kobiety stanowiły 50,6% badanych, mężczyźni – 49,4%, wiek pacjentów w dniu badania zawierał się w przedziale 18–87 lat. Pacjentów podzielono na pięć podgrup ze względu na stopień i rodzaj niedosłuchu oraz rodzaj urządzeń wspomagających słyszenie: obustronny głęboki niedosłuch, częściowa głuchota, jednostronna głuchota, niedosłuch asymetryczny oraz użytkownicy implantu ślimakowego.

Osoby z częściową głuchotą charakteryzują się prawidłowymi lub podwyższonymi progami słyszenia w zakresie niskich częstotliwości i głębokim niedosłuchem w zakresie częstotliwości wysokich [25]. Najnowsza klasyfikacja według Skarżyńskiego, odnosząca się do leczenia częściowej głuchoty za pomocą implantów ślimakowych, zakłada cztery podgrupy: PDT-ENS – zastosowanie stymulacji elektryczno-naturalnej; PDT-EC – zastosowanie elektrycznego dopełnienia słuchu akustycznego w zakresie do 500 Hz; PDT-EAS – zastosowanie stymulacji elektryczno-akustycznej jako wzmocnienie akustyczne w zakresie niskich częstotliwości i stymulacja elektryczna w pozostałym zakresie częstotliwości; oraz PDT-ES – stymulacja wyłącznie elektryczna w przypadku niesfunkcjonalnych resztek słuchowych [25]. W przeprowadzonych badaniach udział wzięli pacjenci z grup PDT-EC i PDT-EAS, u których próg słyszenia dla częstotliwości 500 Hz nie przekraczał 80 dB, tak jak przyjęto w poprzednich pracach [26,27].

Jednostronna głuchota to uszkodzenie słuchu charakteryzujące się niedosłuchem głębokiego stopnia w jednym uchu oraz normą słuchową w drugim. Niedosłuch asymetryczny określany jest wtedy, kiedy w jednym uchu występuje głęboki niedosłuch, natomiast w drugim – niedosłuch stopnia od lekkiego do znacznego, który najczęściej można skutecznie skompensować za pomocą aparatu słuchowego [28]. Użytkownicy implantu ślimakowego to pacjenci z obustronnym głębokim niedosłuchem korzystający z implantu wszczepionego do jednego ucha i zakwalifikowani do wszczepienia implantu do drugiego ucha.

Ocenę postrzeganego wsparcia społecznego (zmienna zależna) przeprowadzono przy użyciu polskiej wersji *Wielowymiarowej Skali Postrzeganego Wsparcia Społecznego* [29]. Jest to narzędzie mające dobre własności psychometryczne [29,30].

MSPSS została zaprojektowana jako miara subiektywnej oceny postrzeganego wsparcia społecznego [23]. Pozwala ocenić postrzegane wsparcie w trzech podskalach w zależności od jego źródła, którym może być: rodzina, przyjaciele, osoba znacząca. Do każdej podskali dopasowano cztery stwierdzenia, na które ankietowany odpowiada w zakresie od 1 (całkowicie się nie zgadzam) do 7 (całkowicie się zgadzam), przy czym wyższe wyniki wskazują na wyższy poziom poczucia wsparcia z danego źródła. Wyniki w podskalach obliczane są jako średnia arytmetyczna z uzyskanych odpowiedzi składających się na poszczególne podskale. Natomiast wynik ogólny to średnia arytmetyczna z uzyskanych odpowiedzi ze wszystkich podskal.

Do badania zakwalifikowano tylko te osoby, które udzieliły odpowiedzi na wszystkie stwierdzenia kwestionariusza MSPSS ($n = 541$). Dodatkowo badani wypełniali ankietę zawierającą pytania dotyczące danych socjodemograficznych (zmiennie niezależne). Przed przystąpieniem do badania respondenci zostali poinformowani, jak ważne jest rzetelne podejście do badania i udzielenie szczerych odpowiedzi na pytania kwestionariusza. Osoby poproszono o przeczytanie instrukcji oraz poinformowano, że nie ma dobrych bądź złych odpowiedzi na zadane pytania. Badani wypełniali formularze w trakcie konsultacji

przedoperacyjnej, podczas hospitalizacji związanej ze wszczepieniem implantu ślimakowego. W czasie prowadzenia badania pacjentowi zapewniono odpowiednią przestrzeń do wypełnienia kwestionariusza, tak aby nie czuł się obserwowany. Dane osobowe poddane zostały pseudonimizacji. Respondentów poinformowano, że przetwarzanie oraz publikowanie danych odbywać się będzie wyłącznie z zachowaniem anonimowości.

Ponadto na potrzeby dalszych analiz dokonano podziału osób badanych ze względu na wiek na trzy grupy: wczesna dorosłość (wiek poniżej 45 roku życia), średnia dorosłość (45–64 lata) i późna dorosłość (wiek 65 lat i powyżej) [31]. Charakterystyka badanej grupy została przedstawiona w **tabeli 1**.

Oceny zgodności rozkładu badanych zmiennych z rozkładem normalnym dokonano z wykorzystaniem testu Shapiro–Wilka. Do oceny różnic pomiędzy źródłami wsparcia wykorzystano test ANOVA Friedmana, natomiast do oceny różnic międzygrupowych wykorzystano test *U* Manna–Whitneya lub test ANOVA Kruskala–Wallisa. Dla wszystkich testów statystycznych przyjęto poziom istotności $\alpha < 0,05$. Analizy przeprowadzono z wykorzystaniem oprogramowania Statistica 12.0.

Wyniki

W badanej grupie dla *Wielowymiarowej Skali Postrzeganego Wsparcia Społecznego* średni wynik ogólny wyniósł 5,80 ($SD = 1,09$). Natomiast w poszczególnych podskalach uzyskano następujące wyniki: rodzina – 5,97 ($SD = 1,25$), przyjaciele – 5,36 ($SD = 1,34$), osoba znacząca 6,09 ($SD = 1,19$). Graficzną prezentację rozkładów uzyskanych wyników przedstawia **rycyna 1**. Zastosowany test ANOVA Friedmana wykazał, że poczucie wsparcia społecznego wśród respondentów jest zróżnicowane pod względem źródła tego wsparcia ($\chi^2(2) = 276,8; p < 0,001$). Analizy post-hoc wykazały, że największe poczucie wsparcia utożsamiane jest z osobą znaczącą, w drugiej kolejności – z rodziną, a następnie – z przyjaciółmi.

Wyniki postrzeganego wsparcia społecznego w zależności od wybranych czynników zebrano w **tabeli 2**. Nie zaobserwowano istotnych różnic w postrzeganiu wsparcia społecznego przez kobiety i mężczyzn. Również poziom wykształcenia oraz rodzaj niedosłuchu nie były czynnikami różnicującymi poczucie wsparcia wśród respondentów.

W podziale na kategorie wiekowe zaobserwowano istotny statystycznie efekt wieku na postrzegane wsparcie, którego źródłem jest osoba znacząca. Analiza post-hoc wykazała, że osoby powyżej 65 roku życia (późna dorosłość) mają mniejsze poczucie wsparcia od osoby znaczącej niż osoby w wieku 45–64 lata (średnia dorosłość). Czynnikiem wieku nie był czynnikiem różnicującym postrzegane wsparcie w podskalach rodzina i przyjaciele, jak również wynik ogólny kwestionariusza MSPSS.

Zaobserwowano również, że osoby pracujące mają znacznie większe poczucie wsparcia ze strony przyjaciół niż osoby niepracujące. Dla czynnika związanego z pracą nie zaobserwowano istotnych różnic w pozostałych podskalach ani w wyniku ogólnym.

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy
Table 1. Characteristics of the study group

	Badana grupa	Liczba badanych osób	
		n	%
Płeć	mężczyzna	267	49,4
	kobieta	274	50,6
Związek	formalny	334	61,7
	nieformalny	68	12,6
	nie jestem w związku	130	24,0
	brak odpowiedzi	9	1,7
Praca (również nieodpłatna)	tak	314	58,0
	nie	211	39,0
	brak odpowiedzi	16	3,0
Wykształcenie	gimnazjalne i poniżej	37	6,8
	zasadnicze zawodowe	99	18,3
	średnie	219	40,5
	wyższe	173	32,0
	brak odpowiedzi	13	2,4
Kategoria wiekowa	wczesna dorosłość	164	30,3
	średnia dorosłość	235	43,4
	późna dorosłość	142	26,2
Miejsce zamieszkania	miasto	368	68,0
	wieś	173	32,0
Grupy pacjentów	asymetryczny niedostuch	100	18,5
	częściowa głuchota	128	23,7
	jednostronna głuchota	98	18,1
	użytkownik implantu ślimakowego	63	11,6
	obustronny głęboki niedostuch	152	28,1

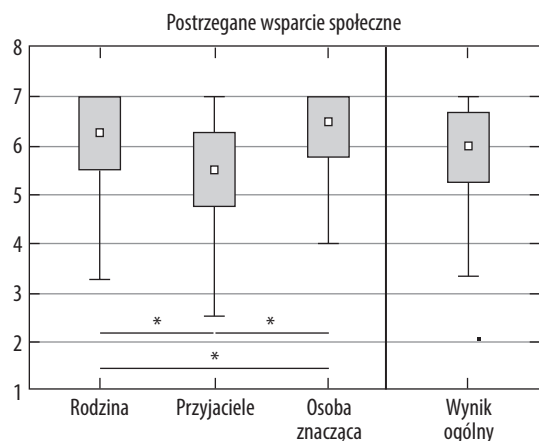
Przeprowadzone analizy wykazały również, że osoby mieszkające na wsi mają większe poczucie wsparcia ze strony rodziny i przyjaciół niż osoby mieszkające w mieście. Również wynik ogólny był istotnie wyższy u pacjentów mieszkających na wsi niż w mieście. Nie zaobserwowano natomiast różnic w postrzeganiu wsparcia społecznego, którego źródłem jest osoba znacząca.

Z kolei z testu ANOVA Kruskala–Wallisa wynika, że fakt pozostawania w związku istotnie wpływa na postrzegane wsparcie. Analizy post-hoc wykazały, że osoby pozostające w związku formalnym oceniają rodzinę jako większe źródło wsparcia niż osoby pozostające w związku nieformalnym lub niebędące w związku. Osoby niebędące w związku oceniają postrzegane wsparcie ze strony osoby znaczącej istotnie niżej niż osoby pozostające w związkach. Nie zaobserwowano różnic międzygrupowych w postrzeganym wsparciu ze strony przyjaciół. Wynik ogólny postrzeganego wsparcia był istotnie niższy u pacjentów niebędących

w związku niż u pacjentów pozostających w związku formalnym (rycina 2).

Dyskusja

Przedmiotem badań była ocena postrzeganego wsparcia społecznego u osób dorosłych z postlingwalnym ubytkiem słuchu, które zgłosiły się na operację wszczepienia implantu ślimakowego. W przeprowadzonych badaniach wykazano, że osoby z niepełnosprawnością słuchową deklarują wyższy lub porównywalny poziom postrzeganego wsparcia społecznego w odniesieniu do wsparcia postrzeganego przez większość innych badanych grup (średni wynik ogólny 5,80 w skali od 1 do 7). Wyjątek stanowiły kobiety w ciąży, które deklarowały wyższe postrzegane wsparcie niż osoby badane z niepełnosprawnością słuchową. Zgodnie z założeniem skali MSPSS wyniki poddano analizie w trzech obszarach: postrzegane wsparcie od rodziny, przyjaciół i osoby znaczącej. Analizy wykazały,



Opis: Punkt na wykresie odpowiada medianie, ramka oznacza rozstęp kwartylowy, wąsy – zakres, klamry i gwiazdki oznaczają istotne różnice, $p < 0,01$

Note: Point on graph corresponds to median, box indicates quartile range, whiskers indicate range, brackets and asterisks indicate significant differences, $p < 0.01$

Rycina 1. Rozkłady wyników postrzeganego wsparcia społecznego dla MSPSS

Figure 1. Distributions of perceived social support scores for the MPSSS

że dla pacjentów największe wsparcie pochodzi od osoby znaczącej, w drugiej kolejności – od rodziny, a najmniejsze – ze strony przyjaciół. Według twórców kwestionariusza „osoba znacząca” to taka, którą badany określa jako najlepszego przyjaciela i do której ma największe zaufanie. Można zatem wnioskować, że respondenci, wskazując na osobę znaczącą, mogli mieć na myśli zarówno członków rodziny, jak również przyjaciół. Z analizy wynika, że większość respondentów miała taką osobę i była ona dla nich źródłem największego spodziewanego wsparcia.

Wyniki kwestionariusza MSPSS w podskalach „rodzina” i „osoba znacząca” dla pacjentów Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu są wyższe lub porównywalne do wyników innych grup społecznych z wyjątkiem kobiet w ciąży (tabela 3). Wyższy lub porównywalny do większości innych grup poziom postrzeganego wsparcia wśród osób z niepełnosprawnością słuchową zdecydowanych na operację wszczepienia implantu ślimakowego świadczy o posiadaniu przez respondentów potencjału, zasobu osobistego, który ułatwia radzenie sobie w sytuacjach stresowych. Taką sytuacją może być zarówno zabieg operacyjny, jak i adaptowanie się do nowego sposobu słyszenia. Świadomość możliwości uzyskania wsparcia może ułatwiać tym osobom podjęcie decyzji o wszczepieniu implantu ślimakowego. Ocena poziomu postrzeganego wsparcia społecznego w trakcie procesu kwalifikacji do wszczepienia implantu ślimakowego daje zatem możliwość zidentyfikowania osób z niskim jego poziomem, a to powinno być wskazówką do zintensyfikowania wsparcia profesjonalnego ze strony specjalistów prowadzących rehabilitację słuchową.

Należy jednak zaznaczyć, że przebywanie w szpitalu przed zabiegiem operacyjnym jest sytuacją szczególną, ten fakt

zatem może wpływać na ocenę postrzeganego wsparcia – zarówno podnosząc, jak i obniżając wynik (np. w zależności od odczuwanego lęku). Zasadne więc wydaje się kontynuowanie pomiarów postrzeganego wsparcia w badanej grupie, zarówno po wszczepieniu implantu, jak i na kolejnych etapach procesu rehabilitacji.

Uzyskane wyniki wskazują, że wielkość postrzeganego wsparcia nie zależy od rodzaju niedosłuchu. Osoby z głębokim niedosłuchem, częściową głuchotą, jak również te z jednostronną głuchotą podobnie oceniają postrzegane wsparcie społeczne. W ujęciu historycznym wsparcie społeczne osób z wadą słuchu zależało głównie od postawy społeczeństwa wobec niepełnosprawności – myślenia, przekonań i postrzegania niepełnosprawności. To, co było niezrozumiałe i odmienne, spotykało się często z dyskryminacją, izolacją, a nawet segregacją [38]. Wyniki kwestionariusza MSPSS dla zmiennej niedosłuchu we wszystkich podskalach mogą wskazywać na zmianę postrzegania tego rodzaju niepełnosprawności przez społeczeństwo. Z badań Machalskiego [39] wynika, że społeczeństwo polskie postrzega osoby z niepełnosprawnością jako jednostki potrzebujące wszechstronnej pomocy, a co więcej, chętnie tej pomocy udziela, nie wykluczając tych osób z życia społecznego.

Uzyskane wyniki wskazują, że w badanej grupie nie ma istotnych różnic w postrzeganiu wsparcia społecznego przez kobiety i mężczyzn. W kontekście płci autorzy badań nad wsparciem społecznym otrzymywali niejednoznaczne wyniki. Przykładowo w badaniu Zimeta [23] kobiety deklarowały większe poczucie wsparcia ze strony osoby znaczącej i przyjaciół, a także większe ogólne poczucie wsparcia niż mężczyźni. Nie było natomiast różnic między płciami w zakresie wsparcia ze strony rodziny. Duru [37] wykazał, że wśród studentów tureckiego uniwersytetu uczennice deklarowały większe postrzegane wsparcie ze strony rodziny i przyjaciół, a także większe ogólne poczucie wsparcia w porównaniu do uczniów płci męskiej. Tymczasem Prezza i Pacilli [35] stwierdziły w swoich badaniach, przeprowadzonych na próbie osób w wieku 18–77 lat (mieszkańcy środkowych Włoch), że młodzi mężczyźni (19–25 lat) i starsi (46–65 i ponad) mają większe poczucie wsparcia ze strony rodziny niż kobiety w tym samym wieku. Badaczki wykazały też, że to młodsze kobiety (19–25 lat), a nie mężczyźni, postrzegają większe wsparcie ze strony przyjaciół. Wyższą świadomość możliwości uzyskania wsparcia przez kobiety można tłumaczyć tym, że to właśnie kobiety, doświadczając stresu, częściej niż mężczyźni szukają rady, informacji, pomocy praktycznej od osób, z którymi są związane. Według Etzion i Pines [40] to kobiety częściej korzystają z własnych sieci wsparcia w formie rozmowy i relacji międzyludzkich. Wpływ na to ma także stereotypowe postrzeganie płci, według którego kobiety są zdecydowanie bardziej niż mężczyźni nastawione na budowanie relacji oraz więzi rodzinnych i społecznych, a mniej skupiają się na relacjach zawodowych. Jednak z drugiej strony mężczyźni mogą nie ujawniać w badaniach rzeczywistej potrzeby wsparcia, gdyż jest to sprzeczne ze stereotypowym postrzeganiem roli mężczyzny. Niepełnosprawność może być czynnikiem, który pozwala mężczyznom wyjść ze stereotypowego postrzegania swojej roli; może też być czynnikiem wymuszającym otwarcie się na pomoc innych ludzi, co tłumaczyłoby uzyskane przez nas wyniki [41].

Biorąc pod uwagę wiek osób z niepełnosprawnością słuchową, w naszej analizie pacjenci w wieku od 45 do 64 lat (średnia dorosłość) mieli większe poczucie wsparcia ze strony osoby znaczącej niż osoby powyżej 65 roku życia (późna dorosłość). Wiąże się to ściśle z większą śmiertelnością w gronie osób powyżej 65 roku życia, czyli potencjalnie mniejszą możliwością uzyskania wsparcia ze strony osoby znaczącej, która zazwyczaj jest w podobnym wieku co osoba niepełnosprawna. Podobne wyniki uzyskała Brzezińska [42] w badaniach sondażowych wśród osób niepełnosprawnych. Według niej im starsze są osoby niepełnosprawne, tym mniejsza jest, w ich ocenie, możliwość uzyskania wsparcia ze strony zarówno bliskich osób, jak i instytucji. Obecnie rodziny coraz rzadziej włączają osoby starsze w struktury i funkcjonowanie rodziny. Może to wynikać ze zmiany postrzegania osoby starszej – z opiekuna i źródła wiedzy życiowej na osobę o przestarzałych poglądach, nienadążającą za tempem życia. Ponadto poczucie osamotnienia i braku wsparcia może być skutkiem nie tylko zawężonej sieci wsparcia (brak relacji

zawodowych, umieranie współmałżonków, przyjaciół), lecz także jakości relacji z najbliższymi. Na podstawie badań własnych Jedlińska i Bieńkowska [43] proponują wprowadzenie strategii pomocowych mających na celu wsparcie osób w okresie starości i ich rodzin nie tylko w procesie diagnostycznym wady słuchu, lecz także akceptacji nowych warunków akustycznych i zdobywania umiejętności komunikacyjnych. Pozwoli to na poprawę jakości życia i zmniejsza tym samym ryzyko izolacji społecznej.

U osób pracujących zarobkowo lub nieodpłatnie stwierdzono dla zmiennej *praca* istotnie większe postrzegane wsparcie ze strony przyjaciół niż u osób niepracujących. Interakcje zawodowe mogą ułatwiać budowanie sieci wsparcia w oparciu o osoby spoza grona najbliższych. Czynnikiem ułatwiającym tworzenie tego rodzaju wsparcia mogą być również: wyższe dochody, a co za tym idzie większe możliwości uczestnictwa np. w życiu kulturalnym, większe zadowolenie z życia, wyższy poziom optymizmu i poczucie koherencji [44].

Tabela 2. Wyniki postrzeganego wsparcia społecznego w zależności od wybranych czynników
Table 2. Perceived social support scores according to selected factors

Badana grupa		Rodzina		Przyjaciele	
		mediana (Q1-Q3)	wynik porównania	mediana (Q1-Q3)	wynik porównania
Płeć	mężczyzna	6,25 (5,50–7,00)	$U = 36075,0$ $p = 0,777$	5,50 (4,75–6,25)	$U = 35616,5$ $p = 0,593$
	kobieta	6,50 (5,50–7,00)		5,50 (4,75–6,50)	
Związek	formalny	6,50 (5,75–7,00)	$H = 18,86$ $p < 0,001$	5,50 (4,75–6,50)	$H = 3,33$ $p = 0,189$
	nieformalny	6,00 (5,00–6,75)		5,13 (5,00–6,25)	
	nie jestem w związku	6,00 (4,75–7,00)		5,25 (4,50–6,25)	
Praca (również nieodpłatna)	tak	6,25 (5,50–7,00)	$U = 32493,0$ $p = 0,710$	5,75 (5,00–6,50)	$U = 29658,0$ $p = 0,042$
	nie	6,50 (5,25–7,00)		5,25 (4,50–6,25)	
Wykształcenie	gimnazjalne i poniżej	7,00 (6,00–7,00)	$H = 6,10$ $p = 0,107$	5,75 (4,75–7,00)	$H = 0,98$ $p = 0,806$
	zasadnicze zawodowe	6,25 (5,25–7,00)		5,50 (5,00–6,25)	
	średnie	6,50 (5,50–7,00)		5,50 (4,50–6,25)	
	wyższe	6,25 (5,50–7,00)		5,50 (5,00–6,25)	
Kategoria wiekowa	wczesna dorosłość	6,50 (5,50–7,00)	$H = 1,68$ $p = 0,431$	5,63 (4,75–6,38)	$H = 0,633$ $p = 0,729$
	średnia dorosłość	6,50 (5,75–7,00)		5,50 (4,75–6,25)	
	późna dorosłość	6,25 (5,25–7,00)		5,38 (4,75–6,25)	
Miejsce zamieszkania	miasto	6,25 (5,25–7,00)	$U = 28326,5$ $p = 0,039$	5,25 (4,75–6,25)	$U = 28166,0$ $p = 0,031$
	wieś	6,50 (5,75–7,00)		5,75 (5,00–6,50)	
Grupy pacjentów	asymetryczny niedosłuch	6,38 (5,63–6,88)	$H = 6,511$ $p = 0,164$	5,50 (5,00–6,50)	$H = 2,661$ $p = 0,616$
	częściowa głuchota	6,50 (5,50–7,00)		5,50 (4,75–6,50)	
	jednostronna głuchota	6,13 (5,25–7,00)		5,50 (5,00–6,50)	
	użytkownik implantu ślimakowego	6,00 (5,50–6,75)		5,00 (4,50–6,00)	
	obustronny głęboki niedosłuch	6,50 (5,50–7,00)		5,50 (4,75–6,25)	

Tabela 2 (c.d.). Wyniki postrzeganego wsparcia społecznego w zależności od wybranych czynników
Table 2 (continued). Perceived social support scores according to selected factors

Badana grupa	Osoba znacząca		Wynik ogólny		
	mediana (Q1-Q3)	wynik porównania	mediana (Q1-Q3)	wynik porównania	
Płeć	mężczyzna	6,50 (5,75–7,00)	$U = 34758,0$ $p = 0,316$	6,00 (5,33–6,58)	$U = 36491,0$ $p = 0,960$
	kobieta	6,50 (5,50–7,00)		6,00 (5,25–6,67)	
Związek	formalny	6,75 (6,00–7,00)	$H = 47,42$ $p < 0,001$	6,17 (5,50–6,67)	$H = 24,09$ $p < 0,001$
	nieformalny	6,75 (5,75–7,00)		5,92 (5,25–6,67)	
	nie jestem w związku	5,75 (4,75–6,50)		5,67 (4,58–6,33)	
Praca (również nieodpłatna)	tak	6,50 (5,75–7,00)	$U = 31023,0$ $p = 0,217$	6,00 (5,33–6,67)	$U = 31049,5$ $p = 0,223$
	nie	6,50 (5,50–7,00)		5,92 (5,08–6,58)	
Wykształcenie	gimnazjalne i poniżej	6,75 (6,00–7,00)	$H = 1,97$ $p = 0,579$	6,33 (5,17–6,92)	$H = 1,67$ $p = 0,644$
	zasadnicze zawodowe	6,50 (5,75–7,00)		6,00 (5,33–6,67)	
	średnie	6,50 (5,50–7,00)		6,00 (5,25–6,58)	
	wyższe	6,50 (5,50–7,00)		6,00 (5,25–6,58)	
Kategoria wiekowa	wczesna dorosłość	6,50 (5,75–7,00)	$H = 8,004$ $p = 0,0183$ ($p = 0,021$)	6,08 (5,25–6,67)	$H = 2,421$ $p = 0,298$
	średnia dorosłość	6,75 (5,75–7,00)		6,00 (5,42–6,67)	
	późna dorosłość	6,25 (5,50–7,00)		5,92 (5,08–6,50)	
Miejsce zamieszkania	miasto	6,50 (5,75–7,00)	$U = 30734,0$ $p = 0,517$	6,00 (5,17–6,58)	$U = 28495,0$ $p = 0,049$
	wieś	6,50 (5,75–7,00)		6,08 (5,50–6,67)	
Grupy pacjentów	asymetryczny niedostuch	6,50 (5,63–7,00)	$H = 6,645$ $p = 0,156$	6,00 (5,25–6,67)	$H = 4,987$ $p = 0,289$
	częściowa głuchota	6,50 (5,88–7,00)		6,00 (5,42–6,63)	
	jednostronna głuchota	6,50 (5,50–7,00)		6,00 (5,17–6,67)	
	użytkownik implantu ślimakowego	6,00 (5,25–7,00)		5,75 (5,08–6,33)	
	obustronny głęboki niedostuch	6,50 (5,75–7,00)		6,13 (5,29–6,63)	

Opis: U – test U Manna–Whitneya, H – test Kruskala–Wallisa, p – prawdopodobieństwo testowe

Note: U – Mann Whitney U test, H – Kruskal–Wallis test, p – p -value

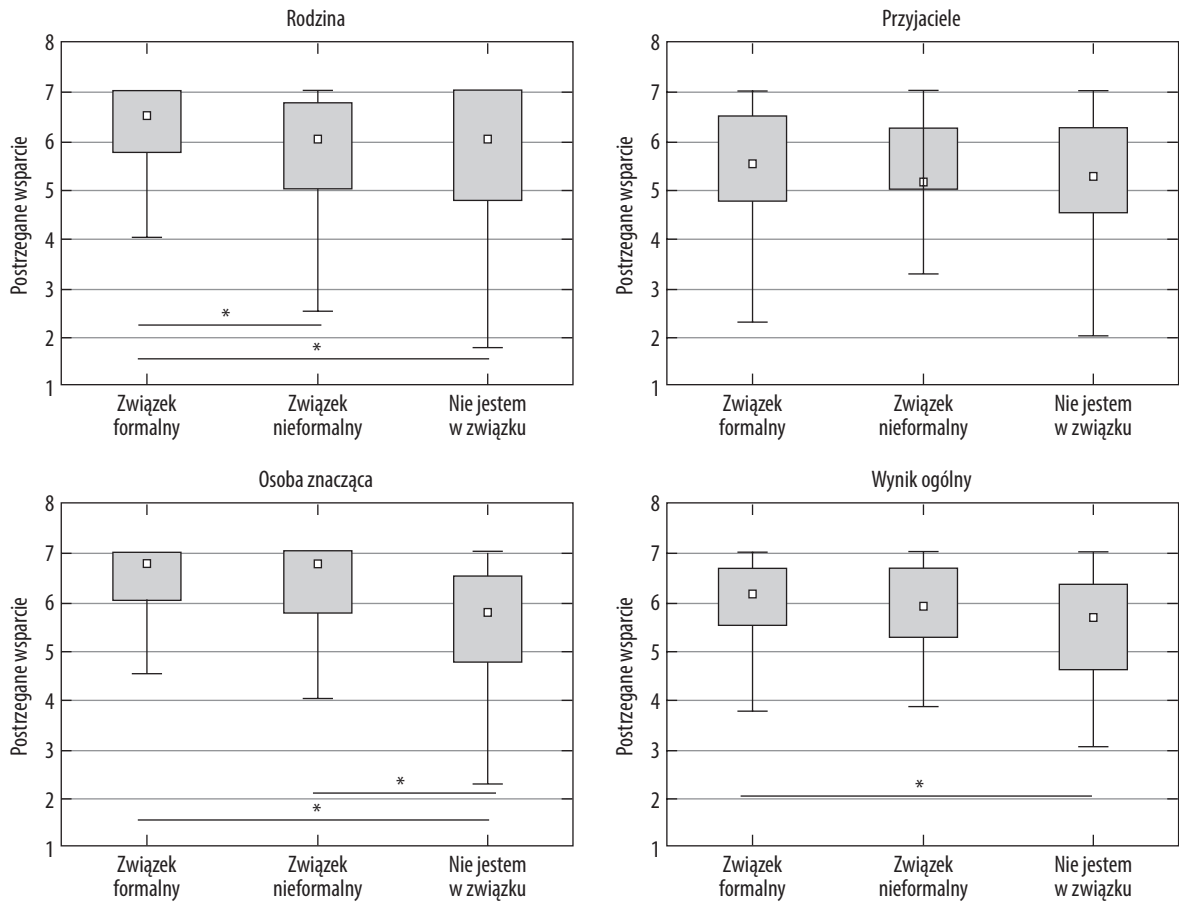
Spośród wszystkich zmiennych socjodemograficznych testowanych w niniejszym badaniu *miejsce zamieszkania* i *pozostawanie w związku* różnicują postrzegane wsparcie społeczne. Osoby mieszkające na wsi mają zdecydowanie większe poczucie wsparcia niż badani zamieszkujący w miastach. W ostatnich latach jakość i warunki życia na obszarach wiejskich uległy poprawie [45]. Według badań CBOS (raport z roku 2014) obszary wiejskie kojarzą się z ludźmi pogodnymi, życzliwymi, pracowitymi, sprytnymi i odczytanymi [46]. Większość respondentów zauważa duże przywiązanie mieszkańców wsi do tradycyjnych wartości, takich jak rodzina, oraz dostrzega różnice w sile i charakterze relacji interpersonalnych, określając je jako głębsze i mniej anonimowe niż w mieście.

W odniesieniu do zmiennej *pozostawanie w związku* większe poczucie wsparcia deklarują osoby będące w stałej relacji (szczególnie w podskali *osoba znacząca*)

niż te niebędące w związku. Różnica jest również widoczna na poziomie formalizacji związku – osoby będące w związku małżeńskim spodziewają się większego wsparcia od rodziny niż te pozostające w konkubinacie. Podobne rezultaty otrzymał Zimet [34] – jego badania pokazują, że osoby pozostające w związku małżeńskim mają poczucie otrzymywania większego – w porównaniu do osób niezamężnych – wsparcia społecznego od osoby znaczącej i rodziny. Z kolei w badaniach Stanleya [47] niezamężni uczestnicy zgłaszali większe postrzegane wsparcie ze strony przyjaciół niż osoby pozostające w związku małżeńskim.

Podsumowanie

Przeprowadzone badania pokazały, że osoby, które zgłosiły się na operację wszczepienia implantu ślimakowego, deklarują poziom postrzeganego wsparcia społecznego wyższy lub porównywalny do wsparcia postrzeganego



Opis: * Różnice istotne statystycznie oznaczono gwiazdką

Note: * Statistically significant differences

Rycina 2. Wyniki postrzeganego wsparcia społecznego w zależności od rodzaju związku, w którym pozostaje pacjent
Figure 2. Results of perceived social support according to the type of relationship the patient is in

Tabela 3. Wyniki badań z wykorzystaniem MSPSS w różnych grupach społecznych
Table 3. Results of tests using MSPSS in different social groups

Badana grupa	Liczba badanych osób <i>n</i>	Rodzina	Przyjaciele	Osoba znacząca	Wynik ogólny
Studenci uniwersytetu poznańskiego [29]	418	5,22 (1,33)*	5,52 (1,15)	5,81 (1,22)	5,52 (0,94)
Mieszkańcy Włoch w okresie pandemii Sars-Cov-2 [32]	46	5,25 (1,03)	5,45 (1,22)	4,06 (0,88)	5,48 (0,85)
Młodzież amerykańska [33]	222	5,33 (1,48)	5,42 (1,42)	5,9 (1,30)	5,55 (1,2)
Uczniowie liceów z Paryża i Madrytu [34]	74	5,52 (1,07)	5,48 (1,20)	5,82 (1,08)	5,60 (0,80)
Kobiety w ciąży [34]	265	6,02 (1,16)	5,64 (1,27)	6,39 (0,88)	6,01 (0,90)
Mieszkańcy środkowych Włoch [35]	1041	5,43 (b.d.)	4,87 (b.d.)	5,62 (b.d.)	b.d.
Dorośli pacjenci leczenia ambulatoryjnie psychiatrycznie [36]	144	5,20 (2,0)	4,50 (2,0)	5,20 (19,9)	5,00 (1,6)
Studenci tureckiego uniwersytetu [37]	340	5,91 (b.d.)	5,64 (b.d.)	4,53 (b.d.)	5,36 (b.d.)
Pacjenci IFPS przed implantacją	541	5,97 (1,25)	5,36 (1,34)	6,09 (1,19)	5,80 (1,09)

* W nawiasach podano średnie wyniki oraz odchylenie standardowe; b.d. – brak danych

przez większość innych badanych grup różniących się pod względem danych demograficznych. Świadczy to o tym, że posiadają one zasoby, które mogą wykorzystać w potencjalnie stresującej sytuacji, jaką jest operacja i proces adaptacji do nowego rodzaju słyszenia.

Uzyskane wyniki pozwalają na postawienie hipotezy, że fakt doświadczania wsparcia społecznego może ułatwiać pacjentom podjęcie decyzji o wszczęciu implantu

ślimakowego. Stąd wprowadzenie oceny poziomu postrzeżanego wsparcia już na etapie procedury diagnostycznej daje szansę na opracowanie strategii pomocy odpowiadającej potrzebom pacjenta. Dlatego tak ważne jest szybkie zidentyfikowanie tych osób, które deklarują niski poziom wsparcia społecznego i jednocześnie mają trudności z zaakceptowaniem decyzji o wszczęciu implantu ślimakowego.

Piśmiennictwo

- World Health Organization. Deafness and hearing loss. Genewa, 2022; https://www.who.int/health-topics/hearing-loss#tab=tab_2 [dostęp: 12.05.2022].
- Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych. Standardowe Zasady Wyrównywania Szans Osób Niepełnosprawnych, 1994; http://www.tus.org.pl/uploads/dokumenty/standardowe_zasady_wyrownywania_szans_osob_niepełnosprawnych.pdf [dostęp: 6.05.2022].
- Włodarska vel Głowacka A. Wpływ niedosłuchu na życie człowieka. *Protetyka Słuchu*, 2020; 3(2): 21–30.
- Dalton D.S, Cruickshanks K.J, Klein B.E.K, Klein R, Wiley T.L, Nondahl D.M. The impact of hearing loss on quality of life in older adults. *Gerontol*, 2003; 43 (5): 661–8; <https://doi.org/10.2147/CIA.S26059>.
- Solheim J, Kværner K.J, Falkenberg E.S. Daily life consequences of hearing loss in the elderly. *Disabil Rehabil*, 2011; 33 (23–24): 2179–85; <https://doi.org/10.3109/09638288.2011.563815>.
- Arlinger S. Negative consequences of uncorrected hearing loss: a review. *Int J Audiol*, 2003; 42 (Suppl 2): 17–20; <https://doi.org/10.3109/14992020309074639>.
- Zielińska E, Kobosko J, Pankowska A, Skarżyński H. Implant ślimakowy z perspektywy osób dorosłych z głuchotą postlingwalną – badanie jakościowe. *Now Audiofonol*, 2022; 11(1): 31–42; <https://doi.org/10.17431/11.1.3>.
- Schwarzer R, Knoll N. Functional roles of social support within the stress and coping process: a theoretical and empirical overview. *Int J Psychol*, 2007; 42(4): 243–52; <https://doi.org/10.1080/00207590701396641>.
- Bernat A, Krzyszkowska M. Znaczenie i sposoby wykorzystania psychospołecznych zasobów zaradczych w ujęciu S.E. Hobfolla. *Studia Paradygmatyczne*, 2017; 27: 255–78.
- Schwarzer R, Knoll N, Rieckmann N. Social support. W: *Health psychology*. Kaptein A, Weinman J (red.). Malden: Blackwell Publishing; 2004, s. 158–81; <https://doi.org/10.1080/00207590701396641>.
- Clara IP, Cox BJ, Enns MW, Murray LT, Torgrud LJ. Confirmatory factor analysis of the multidimensional scale of perceived social support in clinically distressed and student samples. *J Pers Assess*, 2003; 81(3): 265–70; https://doi.org/10.1207/S15327752JPA8103_09.
- Sarason IG, Levine HM, Basham RB, Sarason BR. Assessing social support: the Social Support Questionnaire. *J Pers Soc Psychol*, 1983; 44(1): 127–39; <https://doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.127>.
- Sęk H, Cieślak R. Wsparcie społeczne, stres i zdrowie. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2012.
- Solomon SD, Smith EM, Robins N, Fischbach RL. Social involvement as a mediator of disaster-induced stress. *J Appl Soc Psychol*, 1987; 17(12): 1092–112; <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1987.tb02349.x>.
- Ostafińska-Molik B, Wysocka E. Doświadczanie wsparcia społecznego przez młodzież. *Pedagogika Społeczna*, 2014; 3(53): 93–104.
- Jedlińska A, Bienkowska K. Utrata słuchu w wieku senioralnym – implikacje praktyczne. *Praca Socjalna*, 2019; 6(34): 15–31; <https://doi.org/10.5604/01.3001.0013.7575>.
- Smoktunowicz E, Cieślak R, Żukowska K. Role of perceived social support in the context of occupational stress and work engagement. *Studia Psychologiczne*, 2016; 52(4): 25–37.
- Shumaker SA, Hill DR. Gender differences in social support and physical health. *Health Psychol*, 1991; 10(2): 102–11; <https://doi.org/10.1037/0278-6133.10.2.102>.
- Niezabitowski M. Relacje sąsiedzkie i wsparcie społeczne osób starszych w środowisku zamieszkania. *Przegląd Socjologiczny*, 2010; 59(4): 61–82.
- Olejniczak P. Wsparcie społeczne i jego znaczenie dla osób starszych. *Piel Zdr Publ*, 2013; 3(2): 183–8.
- Schulz U, Schwarzer R. Soziale Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung: Die Berliner Social Support Skalen (BSSS) [Social Support in Coping with Illness: The Berlin Social Support Scales (BSSS)]. *Diagnostica*, 2003; 49(2): 73–82; <https://doi.org/10.1026//0012-1924.49.2.73>.
- Szlachta E. Próba adaptacji i walidacji polskiej wersji The Interpersonal Support Evaluation List (ISEL) – Kwestionariusz Spostrzeganego Wsparcia Społecznego. *Przegląd Psychologiczny*, 2009; 52(4): 433–51; <https://doi.org/10.14656/PFP20170404>.
- Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *J Pers Assess*, 1988; 52(1): 30–41; https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2.
- Bienkowska K, Zaborniak-Sobczak M. Wsparcie społeczne i jego związek z kształtowaniem się postaw rodzicielskich wobec dzieci z wadą słuchu. *Niepełnosprawność. Dyskursy Pedagogiki Specjalnej*, 2014; 13: 139–52.
- Skarżyński H, Skarżyński PH, Dziendziel B, Rajchel JJ, Lorens A. Elektro-naturalna stymulacja w leczeniu częściowej głuchoty. *Now Audiofonol*, 2018; 7(3): 45–52; <https://doi.org/10.17431/1003136>.
- Skarżyński H, Lorens A, Matusiak M, Porowski M, Skarżyński PH, James JC. Partial Deafness Treatment with the Nucleus Straight Research Array Cochlear Implant. *Audiol Neurootol*, 2012; 17(2): 82–91; <https://doi.org/10.1159/000329366>.
- Skarżyński H, Lorens A, Matusiak M, Porowski M, Skarżyński PH, James ChJ. Cochlear implantation with the Nucleus Slim Straight Electrode in subjects with residual low-frequency hearing. *Ear Hear*, 2014; 35(2): 33–43; <https://doi.org/10.1097/01.aud.0000444781.15858.fl>.
- Kruszyńska M, Lorens A, Obrycka A, Pastuszek D, Skarżyński H. Efekty binauralne u pacjentów z jednostronną głuchotą i pacjentów z asymetrycznym niedosłuchem, użytkowników systemu implantu ślimakowego. *Now Audiofonol*, 2016; 5(4): 43–8; <https://doi.org/10.17431/902577>.

29. Adamczyk K. Development and validation of the Polish-language version of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS). *Rev Int Psychol Soc*, 2013; 26(4): 25–48.
30. Buszman K, Przybyła-Basista H. Polska adaptacja Wielowymiarowej Skali Spostrzeganego Wsparcia Społecznego. *Polskie Forum Psychologiczne*, 2017; 22(4): 581–99; <https://doi.org/10.14656/PFP20170404>.
31. Gross Y. Erikson's Stages of Psychosocial Development. W: *The Wiley Encyclopedia of Personality and Individual Differences: Models and Theories*. Carducci BJ, Nave CS. (red.). Hoboken, USA: John Wiley and Sons; 2020, s. 179–84; <https://doi.org/10.1002/9781118970843.ch31>.
32. Mariani R, Renzi A, Di Trani M, Trabucchi G, Danskin K, Tambelli R. The impact of coping strategies and perceived family support on depressive and anxious symptomatology during the coronavirus pandemic (COVID-19) lockdown. *Front Psychiatry*, 2020; 11: 587–724; <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.587724>.
33. Cauty-Mitchell J, Zimet GD. Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in urban adolescents. *Am J Community Psychol*, 2000; 28(3): 391–400; <https://doi.org/10.1023/A:1005109522457>.
34. Zimet GD, Powell SS, Farley GK, Werkman S, Berkoff K. Psychometric characteristics of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *J Pers Assess*, 1990; 55(3–4): 610–7; <https://doi.org/10.1080/00223891.1990.9674095>.
35. Prezza M, Pacilli G.M. Perceived social support from significant others, family and friends and several socio-demographic characteristics. *J Community Appl Soc Psychol*, 2002; 12(6): 422–9; <https://doi.org/10.1002/casp.696>.
36. Cecil H, Stanley MA, Carrion PG, Swann A. Psychometric properties of the MSPSS and NOS in psychiatric outpatients. *J Clin Psychol*, 1995; 51(5): 593–602; [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199509\)51:5<593::AID-JCLP2270510503>3.0.CO;2-W](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199509)51:5<593::AID-JCLP2270510503>3.0.CO;2-W).
37. Duru E. Re-examination of the psychometric characteristics of the multidimensional scale of perceived social support among Turkish university students. *Soc Behav Pers*, 2007; 35(4): 443–52; <https://doi.org/10.2224/sbp.2007.35.4.443>.
38. Skalny M. Deficyty wsparcia społecznego dotyczące osób niesłyszących na przestrzeni wieków. *Wsparcie społeczne osób z niepełnosprawnością. Zeszyty Naukowe Pedagogiki Specjalnej*, 2016; 9: 5–127.
39. Machalski D, Kołpa M, Grochowska A. Postrzeganie osób niepełnosprawnych w społeczeństwie. *Health Promot Phys Act*, 2019; 9(4): 40–5; <https://doi.org/10.55225/hppa.143>.
40. Etzion D. Moderating effect of social support on the stress–burnout relationship. *J Appl Psychol*, 1984; 69(4): 615–22; <https://doi.org/10.1037/0021-9010.69.4.615>.
41. Wolińska J. Percepcja społeczna, stereotyp niepełnosprawności – perspektywa aktora i obserwatora. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska*, 2015; 28(1).
42. *Wsparcie dla osób z ograniczeniami sprawności i ich otoczenia: wyniki badań*. Brzezinska A, Pluta J, Rycielski P. (red.). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2010.
43. Jedlińska A, Bienkowska K. *Moc rozmowy. O słuchu seniorów w dobie cyfryzacji*. Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej; 2021.
44. Duda M, Czernski W. Przewlekłe zmęczenie a poczucie koherencji osób bezrobotnych. *Ruch Pedagogiczny*, 2018; 3: 85–94.
45. Ciura G. *Warunki życia ludności wiejskiej*. Biuro Analiz Sejmowych, 2010; 4(24): 159–78.
46. Hipsz N. *Wiś polska – stereotypy*. Centrum Badań Opinii Społecznej, 2014; https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2014/K_004_14.PDF [dostęp: 6.05.2022].
47. Stanley MA, Beck JG, Zebb BJ. Psychometric properties of the MSPSS in older adults. *Aging Ment Health*, 1998; 2(3): 186–93; <https://doi.org/10.1080/13607869856669>.