

KDO ME BO GLEDAL? SOCIALNA OPORA, ZDRAVJE IN BOLEZEN STAREJŠIH LJUDI

Povzetek. *Socialna opora je dejavnik preprečevanja bolezni in izboljševanja zdravja, kot so dokazale mnoge študije po svetu. Večino opore v bolezni nudijo socialna omrežja, najpogosteje sorodniška, pomembni pa so tudi prijatelji, sodelavci in sosedi. Socialna opora vpliva na fizične, psihične in socialne dimenzije zdravja, kar je izzvalo interes po ugotavljanju, ali je mogoče z intervencijami povečati blagodejne učinke socialnih omrežij. Ugotovitev teh študij še ni mogoče enoznačno strniti in posplošiti. V okviru projekta Socialna integracija starostnikov v Sloveniji so bili v letu 2005 na priložnostnem vzorcu zbrani kvantitativni in kvalitativni podatki o socialni opori starejših v bolezni, ki kažejo na naraščanje pomena sorodniških omrežij na tem področju. S kvalitativnimi metodami so bile tudi identificirane oblike pomoči v bolezni v zvezi s pojmovanjem zdravja.*

Ključni pojmi: *socialna omrežja, socialna opora, zdravje, bolezen, Slovenija, starejši ljudje*

Uvod

Starejši ljudje imajo več zdravstvenih težav kot mlajši, pogosteje potrebujejo zdravstvene storitve, slabše ocenjujejo svoje zdravje in v zvezi s tem pogosto potrebujejo formalne in neformalne oblike opore. Ko se pojavijo zdravstvene težave, ki ovirajo vsakodnevno funkcioniranje in zmanjšujejo kakovost življenja, si vsakdo zastavi vprašanje: Kdo bo skrbel zame? Kdo se bo brigal zame? Ali, kot se tudi reče: Kdo me bo gledal? Na ohranjanje in vračanje zdravja in blažitev težav nima vpliva samo formalno zdravstveno varstvo, ampak tudi neformalne vezi, prepletene v socialna omrežja sorodnikov, prijateljev, sosedov, sodelavcev ipd. Namen članka je najprej opredeliti vlogo socialnih omrežij pri nujenju socialne opore v zvezi z zdravjem in boleznijo, kot so jo identificirale številne raziskave v svetu ter nekatere v Sloveniji. V nadaljevanju bomo s pomočjo kvantitativne in kvalitativne analize podatkov iz

* Dr. Majda Pahor, docentka na Visoki šoli za zdravstvo, Univerza v Ljubljani.

** Dr. Barbara Domajnko, višja predavateljica na Visoki šoli za zdravstvo, Univerza v Ljubljani.

raziskave Socialna integracija starostnikov v Sloveniji opisali značilnosti te opore v letih 1987 in 2005 pri dveh generacijah respondentov. Zanimalo nas je, kako so sestavljena omrežja, ki zagotavljajo oporo, ali so se v času spremenila in katere so oblike pomoči, ki jo nudijo v primeru bolezni.

Socialna omrežja kot dejavnik zdravja

S strani Svetovne zdravstvene organizacije (WHO, 2003) so socialna omrežja danes med ostalimi dejavniki zdravja opredeljena kot »trdno dejstvo«. Pripadnost socialnim omrežjem, v katerih potekata komunikacija in medsebojna opora, omogoča ljudem občutek, da so sprejeti in cenjeni. To ima močan pozitiven učinek na zdravje, tako na individualni kot na družbeni ravni. Obratno pa je v družbah z visoko stopnjo socialne izolacije in izključenosti prisotna visoka stopnja prezgodnje smrti in slabše možnosti preživetja npr. po srčnem infarktu (WHO, 2003). Ljudje, ki dobivajo manj opore od drugih, so bolj verjetno depresivni, imajo več tveganja za zaplete in več težav zaradi kroničnih bolezni. Če so odnosi z najbližjimi v socialnih omrežjih nepodporni, ima to zelo negativen vpliv tako na duševno kot na telesno zdravje (WHO, 2003).

Razmišljanja o zvezi med socialnimi omrežji in zdravjem so bila prisotna že v Durkheimovih delih (gl. Sarason et al., 1990), le da se je njegova ideja o tej povezavi kasneje usmerila predvsem v proučevanje samomorov. Sarason, Sarason in Pierce (1990) omenjajo prve empirične ugotovitve s pomočjo kliničnih raziskav iz 70. let o zvezah med socialnimi omrežji in zdravjem, ki so spodbudile razvoj raziskovanja. Socialna omrežja vplivajo na različne vidike kakovosti življenja (Mandič in Hlebec, 2005). Že v 70. in 80. letih je več epidemioloških raziskav ugotavljalo, da pomanjkanje socialnih vezi ali omrežij poveča pričakovano umrljivost zaradi skoraj vseh vzrokov smrti (Cohen, 1988). Te študije so večinoma upoštevale število bližnjih prijateljev in sorodnikov, zakonski stan in pripadnost ali članstvo v verskih ali prostovoljnih združenjih. Vezi v socialnih omrežjih so bile klasificirane na različne načine, večinoma po jakosti na »šibke« in »močne« (Granovetter, 1973). Te in podobne raziskave na področju socialne epidemiologije, ki so prišle do nedvomno pomembnih rezultatov, pa so doživele metodološko kritiko glede veljavnosti meritev. Zlasti je bila kritizirana uporaba samo kvantitativnih meritev, npr. števila članov omrežja ali števila stikov, ne pa kakovosti odnosov (Berkman in Syme, 1979; Sarason et al., 1990).

Drugi val raziskav se je zato usmeril bolj na kvalitativne vidike socialnih omrežij in njihovo vlogo pri socialni opori ali pa na proučevanje škodljivih učinkov odnosov. Zlasti je pomemben *model konvoja* Kahna in Antonuccijeve, v katerem sta videla posameznika kot potnika skozi življenje, pri čemer je obdan s člani in članicami svoje generacije, s katerimi ima skupne izkušnje

in življenjske zgodbe in si izmenjuje socialno oporo (Kahn in Antonucci, 1980). Nova paradigma je proizvedla veliko podatkov, ki dokazujejo kompleksnost proučevanega pojava.

Veliko empirije, malo teorije o učinkih socialne opore na zdravje: potreba po teoretični sintezi

Ob pregledovanju obširne literature o zvezi med socialnimi omrežji in zdravjem lahko opazimo veliko kontradiktornih ugotovitev, npr. o zvezi med velikostjo omrežja in količino opore. V nekaterih študijah je raziskovalce na primer zanimalo, poleg ugotavljanja značilnosti opornih omrežij in vezi znotraj njih, kako oporna omrežja koristijo fizičnemu zdravju in funkcioniranju v starosti. Osnovna predpostavka raziskav je, da socialna opora blaži stresorje, kot je bolezen. Te raziskave (Choi in Wodarski, 1996) so pokazale, da je količina pomoči bolj povezana z velikostjo omrežja kot z dejanskimi potrebami starejših, da je torej bolj verjetno, da bodo starejši prejeli pomoč, če imajo v svojem omrežju več oseb. Ker je bila študija longitudinalna, je merila učinke tudi v drugi časovni točki in ugotovila, da so osebe, ki so dobile pomoč v točki 1, imele manj težav z zdravjem tudi v točki 2 (Choi in Wodarski, 1996). Podobno dolgotrajne učinke socialne opore so našli tudi drugi raziskovalci (Unger et al., 1998). Anketirani z več socialnimi vezmi so doživeli manjši upad funkcionalnih sposobnosti v sedemletnem obdobju, zlasti se je to pokazalo za moške in tiste, ki so bili ob prvem merjenju v slabši fizični kondiciji. Nekateri vedenjski dejavniki pa lahko »pokvarijo« učinke socialne opore, npr. kajenje in prekomerno pitje alkohola (Vaillant et al., 1998). Nekatere študije torej ugotavljajo pozitivno zvezo med velikostjo omrežja in obsegom opore, druge pa ne (na primer Wenger, 1994). Velikost omrežja različno vpliva na moške in ženske. Izgleda, da ima sicer varovalni učinek na oba spola, a je za moške varovalni dejavnik že manjše omrežje kot za ženske (Shye et al., 1995).

Zaradi velikega obsega empiričnih podatkov in pomanjkanja teoretične sinteze so Berkman et al. (2000) opozorili na pomen sistematičnega pristopa, torej obravnave socialne podpore in socialnih omrežij v povezavi z njihovim kontekstom, ki vključuje makro-, strukturno raven in mikro-, individualno raven. Predlagali so konceptualni model socialnih omrežij kot »mezo« družbenega pojava, ki s te pozicije vplivajo na zdravje. Osnova modela je predpostavka, da so socialna omrežja na eni strani povezana »navzgor« z makrosocialnimi procesi in značilnostmi, na drugi strani pa »navzdol« s psiho-biološkimi procesi na individualni ravni. Pomen makrosocialnega konteksta za delovanje omrežij je upoštevalo le malo študij, zlasti je bilo to premalo upoštevano pri proučevanju zveze med socialnimi omrežji in

zdravjem. Z umestitvijo socialnih omrežij v to širšo verigo vzrokov in posledic lahko povežemo delovanje strukturnih sil, predvsem politike in ekonomije, na socialna omrežja kot posredniške strukture med največjimi in najmanjšimi elementi družbe. Pomembno je proučevati vpliv kulture, hitrih družbenih sprememb, industrializacije in urbanizacije na strukturo omrežij. Poleg egocentričnih omrežij, kot jih je opredelil Burt (1984), so pomembna tudi skupnostna omrežja (Mandič in Hlebec, 2005). Na obseg, obliko in naravo socialnih omrežij vplivajo strukturni (makro) družbeni pogoji. Omrežja pa omogočajo delovanje psihosocialnih mehanizmov na mikroravni. Psihosocialni mehanizmi, kot so socialna opora, socialna akcija, medosebni stiki in dostop do virov, usmerjajo obnašanja, ki vplivajo na zdravje, kot so na primer prehrana, kajenje, uživanje alkohola, telesna dejavnost, iskanje pomoči ob težavah. Sprožajo tudi psihične procese, kot so samospoštovanje, učinkovitost pri spoprijemanju s težavami, depresija ali dobro počutje, ter fiziološke procese v organizmu, npr. delovanje imunskega sistema, srčno-žilno in pljučno delovanje. Vsi ti procesi se posledično kažejo v dobrem ali slabem zdravju (Berkman in Syme, 1979; Uchino et al., 1996).

Zveza med socialnim in fizičnim zdravjem

Najbolj očiten konkreten vpliv socialnih omrežij na potek zdravja in bolezni je, da struktura omrežnih vezi vpliva na zdravje z zagotavljanjem različnih oblik opore. Socialna omrežja pa ne zagotavljajo socialne opore avtomatično in v vsakem primeru, opora je lahko tudi samo delno ustrezna ali neustrezna. Vpliv na zdravje ima tudi prepričanje, da bo oseba v primeru potrebe dobila pričakovano oporo. Zgleda, da je še bolj kot dana opora pomembna »latentna opora«, ki omogoča intimnost in občutek pripadnosti – ne le med partnerjema ali starši in otroki, ampak predvsem na ravni soseske, skupnosti in organizacij. Vpliv socialnih omrežij na pripadnike torej ni nujno povezan z neposrednimi stiki med pripadniki, ampak bolj s skupnimi vrednotami in normami, npr. ko gre za oporo v zvezi z zdravjem, glede uživanja alkohola, kajenja, prehrane, uporabe zdravstvenega varstva ipd. Posameznik se zlasti v primerih nejasnosti pusti voditi normam, ki prevladujejo v njegovi referenčni skupini (Marsden in Friedkin, 1994). Tako znana študija iz Alameda kot tudi novejša ugotovitve (Treiber et al., 1991) kaže na zvezo med nizko stopnjo povezanosti v omrežja in kumulativno prevalenco tveganih vedenj, kot so kajenje, prekomerno pitje alkohola, fizična neaktivnost in debelost. Socialna opora pa spodbuja fizično aktivnost in pomaga pri prenehanju kajenja.

Za kakovost življenja je pomemben koncept lastne učinkovitosti na različnih področjih življenja. Občutek lastne učinkovitosti v starosti je močno povezan z ohranjanjem sodelovanja v omrežjih, kot so ugotovili McAvay,

Seeman in Rodin (1996). Pomanjkanje stikov s socialnim omrežjem je bilo povezano z upadom lastne učinkovitosti na področju zdravja in varnosti. Zdi se, da sočasno delovanje v večjem številu družbenih vlog (npr. ženska hkrati gospodinja in mama, zaposlena, dela kot prostovoljka in je vključena v kulturno društvo) poveča samospoštovanje in občutek lastne vrednosti (Sieber, 1974; Thoits, 1983; Cohen et al., 1997), ti občutki pa izboljšujejo obvladovanje stresnih življenjskih dogodkov, spodbujajo pozitivne učinke in preprečujejo depresijo. Po drugi strani pa lahko tudi povečajo obremenjenost, če ne izhajajo iz dejanskih interesov, ampak so bolj posledica pričakovanj okolja, kar se kaže zlasti pri ženskah. Spoprijemalne strategije za obvladovanje stresa vključujejo uporabo socialne opore, kar je pokazala pregledna študija (Fonagy, 1996), v kateri so ugotovili, da odnosi navezanosti prispevajo k samospoštovanju in občutku posameznikovega nadzora nad lastno usodo. Številne študije so ugotovile zvezo med socialno oporo in depresijo (Lin in Dean, 1984; Loumaro, 1990; Bowling, 1991; Morris et al., 1991; Matt in Dean, 1993; Holan in Holan, 1987). Zlasti čustvena opora blaži destruktivne učinke stresnih življenjskih dogodkov na tveganje za depresijo. To tveganje se poveča predvsem pri starejših, ki so socialno izolirani (Murphy, 1982).

V mnogih raziskavah potrjena ugotovitev, da je vključenost v socialna omrežja dejavnik splošne umrljivosti, je nekatere avtorje (Berkman et al., 2000) vodila do predpostavke, da socialna izolacija, dezintegracija in razpad povezav vplivajo na umrljivost in s tem na pričakovano življenjsko dobo z vplivanjem na staranje organizma. Predpostavili so (na osnovi proučevanja staranja s socialnega in biomedicinskega vidika), da je socialna izolacija kronično stresno stanje, na katero organizem reagira s hitrejšim staranjem. Izolacija naj bi bila torej povezana s starostno obolevnostjo in upadom funkcij. Izboljšanje socialnih vezi pa izboljša tudi kognitivne funkcije pri starejših, kar je v nasprotju s predhodnimi teorijami o upadanju delovanja možganov s starostjo (Cotman, 1985). Na zdravje vplivajo tudi druge spremembe socialne organizacije, kot so geografski premiki, povezani z urbanizacijo, zaposlitvijo, ali velike družbene spremembe, kot so tranzicije v bivših socialističnih državah, na primer večji pritiski na delovnih mestih in družini neprijazna politika delodajalcev. Pri tem pa za izboljšanje zdravja dejanska socialna opora niti ne bi bila potrebna, ampak deluje že informacija, da bi se opora (percepirana opora) v primeru potrebe lahko aktivirala (Kamarck et al., 1991). Fiziološke raziskave na starejših moških in ženskah so pokazale ugodnejše stanje pri osebah z višjim socialnim statusom, socialnim omrežjem in oporo (Seeman et al., 1994). Socialni odnosi vplivajo tudi na imunski odziv. Že starejše študije so dokazale upad imunosti pri ljudeh, ki žalujejo ali živijo z resno bolnim partnerjem ali otrokom, pa tudi vpliv manj dramatičnih vidikov odnosov, na primer nerazumevanje s partnerjem ali občutek osamljenosti. Socialna izolacija lahko uravnava imunske mehanizme, ki regulirajo la-

tentne infekcije. Konflikti in stres imajo lahko močne negativne vplive na zdravje, enako kot različne oblike opore podpirajo zdravje posameznikov in skupnosti. Za odkrivanje medsebojnih zvez pa je potrebno še veliko raziskovanja (Kiecolt-Glaser et al., 1984; Kiecolt-Glaser et al., 1987).

Ali so intervencije v socialna omrežja mogoče?

Naraščanje deleža starejših v sodobnih družbah je povzročilo potrebo po raziskovanju dejavnikov, ki lahko podprejo procese staranja. Eden od pomembnih negativnih dejavnikov je pomanjkanje socialne interakcije, kot so pokazale mnoge raziskave (pregled v Ashley in Wasserman, 2002). Na tej osnovi se novejša študije usmerjajo v vprašanje, kako socialna opora pomaga starejšim ohranjati zdravje. Seveda socialna opora ni edini dejavnik, pomemben je tudi vpliv sloja, spola, družine, okolja v soseski in skupnosti itd. Vsekakor pa značilnosti socialnega omrežja zagotavljajo vire, ki lahko vplivajo na počutje in pomagajo pri zaželenih izidih (Ashley in Wasserman, 2002). Glede na to ločimo različne tipe opornih omrežij, ki zagotavljajo različne oblike pomoči (Litwin, 1999). V angleški študiji (Wenger, 1994), ki je zbirala podatke od istih respondentov od leta 1979 do 1991, so ugotovili, da ni tako pomembna velikost omrežja kot značilnosti odnosov znotraj njega. Značilnosti odnosov pa so v veliki meri odvisne od družbeno in kulturno pogojenih pričakovanj o ustreznem ravnanju nosilcev posameznih družbenih vlog. Avtorica poudarja kulturni vpliv na pričakovanja in opozarja npr. na ugotovitev, da v Veliki Britaniji hierarhija pričakovanj podpornega ravnanja postavlja prijatelje in sosede za razširjeno družino, medtem ko je v nekaterih drugih okoljih obratno, tudi v Sloveniji (Dremelj et al., 2004). Pričakovanja se nanašajo na čustveno, praktično in simbolično pomoč. Če pogledamo najprej ožjo družino, so največja pričakovanja do partnerja. Vključujejo totalno pomoč, podporo in osebno nego, če je potrebna. Ta pričakovanja upadejo le ob partnerjevi duševni ali telesni bolezni oz. če pride do osebostne spremembe ali izgube vzajemnosti. Pričakovanja do otrok obsegajo praktično in čustveno oporo kot na primer pogoste kontakte oz. obiske, moralno oporo, pomoč ob nujnih primerih, redno pomoč, kadar je potrebna, in prisotnost ob pomembnih dogodkih oz. priložnostih. Od bratov in sester se pričakuje predvsem čustvena opora, druženje in redni stiki, medsebojna prijaznost, opora pri reševanju problemov in pomoč v nujnih primerih. Na drugem mestu po pomembnosti je ta študija odkrila nesorodniška omrežja prijateljev in sosedov. Pričakovanja do teh dveh skupin se razlikujejo: od prijateljev predvsem čustveno, od sosedov praktično oporo. Prijatelji so za druženje, vzajemno navezanost in čustveno oporo ter tudi pomoč v nujnih primerih. Pri sosedih pa so najpomembnejši dostopnost, skrb in nadzor ter pomoč v nujnih primerih. Razširjena družina je v Angliji na tretjem mestu po pomenu

in nudi predvsem simbolično, deloma pa tudi čustveno oporo z občasnimi obiski, podporo ob družinskih krizah ipd. (Wenger, 1994).

Je mogoče omrežja ustvarjati ali spreminjati s strokovno intervencijo od zunaj? Zlasti v ZDA je bilo veliko intervencijskih študij, ki so ugotovljale učinke vzpostavljanja različnih oblik socialne opore za starejše ljudi v skupnosti. Intervencije, kot so uvajanje centrov za seniorje, dnevnih negovalnih centrov, neformalnih sosedskih skupin starejših in upokojenskih združenj, mnogim starejšim še vedno ne omogočajo, da se ne bi počutili izolirane. Izolacijo lahko občutijo v socialnem (»pripadanje«) ali čustvenem smislu (bližnji, intimni odnos). Izhaja lahko iz smrti bližnjih ali je posledica bolezni, ki vodi v zmanjšanje socialnih stikov. Kaže se v slabšem psihičnem počutju, kar je ugotovilo več študij (Thompson in Heller, 1990; Dykstra, 1993; Sarason et al., 1990). Wengerjeva pa – vsaj za Anglijo – ugotavlja, da se socialna omrežja pojavljajo sama od sebe in jih je mogoče z intervencijami podpirati ali dopolnjevati, ni pa jih mogoče ustvarjati. Izgleda, da jih tudi ni lahko nadomeščati ali povečevati. Mogoče pa je ustvarjati pogoje, ki bodo podpirali nadaljnje funkcioniranje omrežij ali omogočili nadomeščanje njihovega izpada (Wenger, 1994)

V Sloveniji se je proučevanje socialnih omrežij pričelo že v 80. letih (2) in ponovno oživel v začetku tisočletja (Novak, 2004). Iz nekaterih sekundarnih podatkov je mogoče izluščiti tudi značilnosti omrežij, ki pomagajo v primeru bolezni. Primerjalna analiza na reprezentativnih vzorcih za leti 1987 in 2002 (gl. Pahor in Hlebec, 2006) je pokazala, da se je delež sorodnikov med tistimi, ki nudijo oporo v bolezni, zmanjšal s 97 % na 86 % pri vseh respondentih, pri starejših od 65 let z 89 % na 81 %, narasel pa je delež sosedov in prijateljev, ki pomagajo v bolezni. Primerjava podatkov kaže, da je v obeh letih najpomembnejši dajalec opore ožja družina, a se je v letu 2002 značilno zmanjšala vloga partnerja in staršev ter povečala vloga drugih sorodnikov ter sosedov in prijateljev. Pri ženskah je pomen partnerja kot dajalca opore v primeru bolezni upadel bolj kot pri moških, spremembe v omrežju pa so povezane tudi z zakonskim stanom, izobrazbo in starostjo anketirancev.

Empirični del

Namen raziskave je bil ugotoviti strukturo socialne opore v zvezi z zdravjem v letih 1987 in 2005 pri dveh generacijah, vključenih v vzorec. Zanimalo nas je, kdo je vključen v oporna omrežja v zvezi z zdravjem (sorodniki, sodelavci, prijatelji, sosedje), kolikšen je njihov relativni delež in kako se s časom spreminja. Želeli smo tudi izvedeti, kako starejši ljudje pomagajo oz. prejemajo pomoč – gre tu predvsem za pogovarjanje o zdravju ali za pomoč v bolezni. Tipologija socialne opore po Antonuccijevi na socialno-emocionalno, instrumentalno in informacijsko oporo se namreč ne prilega popolnoma

kompleksni problematiki zdravja in bolezni. Če lahko pogovor v zvezi z zdravjem opredelimo kot informacijsko ali/in socialno-emocionalno oporo, lahko nudenje pomoči v primeru bolezni vsebuje samo eno ali pa vse tri oblike opore. Zato so nas zanimale tudi oblike pomoči, ki si jo člani omrežja izmenjujejo. Končno smo se dotaknili tudi stopnje vzajemnosti opore v zvezi z zdravjem.

Zastavili smo si naslednja vprašanja: Ali se je opora v zvezi z zdravjem kaj spremenila od leta 1987 do 2005? Če se je, kako? Katere skupine alterjev so najpomembnejše? Je njihov pomen narasel, upadel? S kvalitativnega zornega kota so bile podrobneje tematizirane prevladujoče oblike socialne opore, analizirali pa smo tudi, kako so respondenti pojmovali zdravje.

Instrumentarij

Uporabljen je bil merski instrument, ki omogoča opazovanje več vrst socialne opore in tudi opazovanje omrežij socialne opore v preteklosti. Gre za hierarhični pristop, ki ga je razvila Antonuccijeva (1986) za opazovanje omrežij socialne opore starejših ljudi. Te, kvantitativne podatke smo zbrali za tri generacije v istih družinah v dveh časovnih točkah (2005 in 1987). Kvantitativne podatke smo dopolnili še s kvalitativnimi, polstrukturiranimi intervjuji za štiri vsebinska področja; emocionalna opora, socialna opora v primeru bolezni, izobraževanje in spremembe v omrežjih socialne opore.

Vzorec in zbiranje podatkov

Kvantitativna analiza je bila opravljena na podatkih, pridobljenih z vprašalnikom v okviru raziskave Socialna integracija starostnikov (Hlebec et al., v tej številki) na priložnostnem vzorcu treh generacij anketirancev. Anketiranih je bilo 275 oseb, od tega v 2. generaciji 98 in v 3. generaciji (starih staršev) 92 oseb. Od teh je bila večina žensk, v 2. generaciji 80 % in v 3. generaciji 90,2 %. Prevladujoča izobrazbena stopnja v 2. generaciji je bila srednja, v 3. pa osnovna šola. Slaba polovica pripadnikov 2. generacije in dobra polovica 3. je živela na podeželju. Tu so vključeni le anketiranci 2. in 3. generacije, ki so v času anketiranja imeli v povprečju 50 oz. 75 let.

Vprašanja, ki so merila prejetje opore v zvezi z zdravjem, so bila naslednja:

1. Ali obstajajo ljudje, s katerimi se pogovarjaš o svojem zdravju?
2. Ali obstajajo ljudje, ki ti zagotovijo pomoč, če zboliš?

Vprašanja, ki so merila dajanje opore v zvezi z zdravjem, pa so bila:

1. Ali obstajajo ljudje, ki se pogovarjajo s teboj o svojem zdravju?
2. Ali obstajajo ljudje, ki jim zagotoviš pomoč, če zbolijo?

V izvedbo intervjujev na temo socialne opore starejših v bolezni se je

vključilo 18 študentk iz Visoke šole za zdravstvo. Intervjuji so bili polstrukturirani in so ob podvprašanih dopuščali tudi spontan potek pogovora na temo socialno omrežje in zdravje. Vprašanja so se pri isti osebi za dve kronološki obdobji (leto 1987 in 2005) nanašala na spremembe v socialnem omrežju med boleznijo, pomen možnosti, da lahko koga prosiš za pomoč, značilnost socialnega odnosa, ki ob zdravstvenem problemu omogoča pomoč, pomen vzajemnosti pomoči v primeru zdravstvenih težav ter subjektivno oceno zdravja. Poseben sklop vprašanj se je nanašal na spremembe v socialnem omrežju med letoma 1987 in 2005. Poleg tega so študentke sestavile še opis družine in v štirih primerih dodale še opis družine starih staršev. Vsaka študentka naj bi intervjuvala dve osebi: enega od svojih staršev in enega od starih staršev. Ker vse študentke nimajo omenjenih sorodnikov, je bilo izvedenih nekoliko manj intervjujev, v dveh primerih je za stare starše odgovarjal eden od staršev. Sodelovalo je 18 študentk s študijskega programa zdravstvena nega, 16 jih je oddalo material v obliki, ki je omogočala nadaljnjo analizo. Opravile so 60 intervjujev z 29 starejšimi ljudmi (dve od njih sta odgovarjali tudi za svoji mami). Nastala je baza tekstov, ki obsega 30 intervjujev za leto 1987, 30 za leto 2005 in 20 opisov družin. Odgovarjalo je 16 ljudi iz 2. generacije, 13 ljudi iz 3. generacije in dve nadomestni poročevalki za 3. generacijo. Analiza se je osredotočila na ljudi, starejše od 65 let, torej predvsem na 3. generacijo. Glede na spol je iz 2. generacije odgovarjalo 14 žensk in 2 moška, iz 3. generacije pa so bile vse starejše ženske. Za obe leti je bilo za 3. generacijo izvedenih 29 intervjujev, vsi s starejšimi ženskami.

Analiza podatkov

Cilj kvantitativne analize je bil s pomočjo deskriptivne statistike ugotoviti, kateri tipi omrežij nudijo oporo v zvezi z zdravjem, kakšni so njihovi deleži, kako so se spreminjali med letoma 1987 in 2005 ter med generacijama.

Predmet kvalitativne analize so bili dobnesedni prepisi intervjujev. Imena intervjuvanih oseb kot tudi tistih, ki so se pojavila tekom pogovora, so bila spremenjena. Natančnost prepisa je ustrezala možnosti interpretacije – zapisi vključujejo morebitne narečne besede, krajše premore, v oklepajih je dopisana nebesedna reakcija (smeh, zaskrbljenost ipd). Hkrati je bil vsak prepis oblikovno spremenjen tako, da sedaj sledijo istemu vzorcu. Vzorec je bil oblikovan glede na zahteve obdelave dokumenta z računalniškim programom Atlas.ti, ki podpira kvalitativne vrste analiz. Dokumenti so poimenovani tako, da vključujejo kodo, ki omogoča povezavo s podatki in rezultati, pridobljenimi z vprašalnikom (Antonucci), oziroma kvantitativnim delom raziskave. To omogoča kombiniranje več tipov podatkov (demografskih podatkov, statističnih rezultatov, zgradbe socialnih omrežij, pogovorov na izbrano temo in opisov družin) in s tem njihovo celovitejše interpretiranje.

Kvantitativne značilnosti socialne opore starejših v bolezni

Pogovor o zdravju kot oblika socialne opore

Preglednica 1. Pogovor o zdravju – prejemanje opore (v %)

Tip omrežja generacija	sorodniki		prijatelji		sosodje		sodelavci	
	1987	2005	1987	2005	1987	2005	1987	2005
2. generacija	77,6	82,7	15,7	12,9	0,7	0,7	5,6	3,4
3. generacija	79,7	87,6	13,2	9,4	3,6	2,1	2,9	0

Preglednica 2. Pogovor o zdravju – dajanje opore (v %)

Tip omrežja generacija	sorodniki		prijatelji		sosodje		sodelavci	
	1987	2005	1987	2005	1987	2005	1987	2005
2. generacija	74,4	80,6	17,7	14,5	1,2	0,8	4,8	2,8
3. generacija	76,4	85,0	13,8	9,8	7,1	4,1	2,1	0

Pri tej obliki opore respondenti od sorodnikov več prejema, kot jim dajejo, več pa dajejo prijateljem in sosedom. Tudi od sodelavcev prejema nekoliko več opore, kot je dajejo. Sicer pa je pri tej obliki opore največji delež sorodniškega omrežja. Delež sorodnikov, od katerih prejema in katerim dajejo oporo v tej obliki, se je med letoma 1987 in 2005 povečal v obeh opazovanih generacijah. Ravno tako je praktično pri vseh ostalih tipih omrežja prišlo do upada. Pri starejših se je bolj povečal pomen sorodnikov in bolj upadel pomen ostalih omrežij kot pri srednji generaciji. To velja tako za prejemanje kot za dajanje opore s pogovorom o zdravju.

Preglednica 3. Prejemanje opore v sorodniškem omrežju (pogovor o zdravju) (v %)

Tip sorodstva generacija	partner		starši		otroci		bratje, sestre		drugi sorodniki	
	1987	2005	1987	2005	1987	2005	1987	2005	1987	2005
2. generacija	30,0	27,1	23,3	14,0	0,0	25,5	12,7	7,1	11,6	9,0
3. generacija	25,5	13,2	4,6	0,1	32,2	39,4	9,2	7,8	8,2	27,0

Preglednica 4. Dajanje opore v sorodniškem omrežju (pogovor o zdravju) (v %)

Tip sorodstva generacija	partner		starši		otroci		bratje, sestre		drugi sorodniki	
	1987	2005	1987	2005	1987	2005	1987	2005	1987	2005
2. generacija	18,8	16,7	25,8	17,6	0	24,4	9,7	7,6	20,1	14,4
3. generacija	19,6	13,5	5,4	0,1	27,5	28,9	12,5	17,7	11,4	24,7

Respondenti 2. generacije so imeli leta 1987 vsi otroke, mlajše od 15 let, in torej po opredelitvi Antonuccijsve ne morejo biti člani opornega omrežja. V letu 2005 pa iz omrežja 3. generacije skoraj izginejo starši. Znotraj sorodniškega omrežja je viden upad pomena partnerja kot dajalca in prejemnika opore, bolj izrazito pri 3. generaciji, najbrž zaradi večje umrljivosti v tej starostni skupini. Pri starejših je izrazit porast pomena drugih sorodnikov.

Pomoč v primeru bolezni kot oblika socialne opore

Preglednica 5. Pomoč v bolezni – prejemanje opore (v %)

Tip omrežja generacija	sorodniki		prijatelji		sosedje		sodelavci	
	1987	2005	1987	2005	1987	2005	1987	2005
2. generacija	87,2	92,2	9,8	6,5	1,1	0,7	1,1	0,4
3. generacija	91,7	96,2	4,7	2,5	3,6	0,3	0,0	0,1

Preglednica 6. Pomoč v bolezni – dajanje opore (v %)

Tip omrežja generacija	sorodniki		prijatelji		sosedje		sodelavci	
	1987	2005	1987	2005	1987	2005	1987	2005
2. generacija	88,6	91,7	8,1	6,5	1,6	0,4	1,5	0,6
3. generacija	88,0	92,9	6,5	3,8	4,6	3,3	0,6	0,0

Pri pomoči v primeru bolezni je narasel pomen sorodnikov, upadel pa pomen vseh ostalih, nekoliko bolj pri starejši generaciji kot pri srednji. Sorodniško omrežje sploh tu še močneje prevladuje kot pri pogovoru o zdravju in pri obeh generacijah v letu 2005 presega 90 %. Več prejemanje, kot dajanje, pripadniki 3. generacije, vendar je vzajemnost opore zelo visoka pri vseh kategorijah.

Preglednica 7. Prejemanje opore v sorodniškem omrežju (pomoč v bolezni) (v %)

Tip sorodstva generacija	partner		starši		otroci		bratje, sestre		drugi sorodniki	
	1987	2005	1987	2005	1987	2005	1987	2005	1987	2005
2. generacija	33,1	26,0	32,1	17,0	0	36,2	11,0	6,8	10,9	6,2
3. generacija	23,4	11,9	2,5	0	49,3	49,3	5,9	5,8	10,6	29,3

**Preglednica 8. Dajanje opore v sorodniškem omrežju
(pomoč v bolezni) (v %)**

Tip sorodstva generacija	partner		starši		otroci		bratje, sestre		drugi sorodniki	
	1987	2005	1987	2005	1987	2005	1987	2005	1987	2005
2. generacija	26,4	18,0	35,8	20,6	0,5	37,4	10,3	6,7	15,6	9,0
3. generacija	26,8	22,9	6,6	0,3	38,0	27,8	5,8	9,1	10,9	32,8

Prejemanje in dajanje opore je neenakomerno razpršeno po sorodniškem omrežju. Pri 3. generaciji je po pričakovanih največja vloga otrok, močno pa med letoma 1987 in 2005 naraste tudi vloga drugih sorodnikov.

Vzajemnost opore

Preglednica 9. Vzajemnost opore/število oseb – pogovor o zdravju

	prejemanje		dajanje	
	1987	2005	1987	2005
2. generacija	5,2	4,8	6,8	7,8
3. generacija	4,9	5,5	5,7	6,1

265

Preglednica 10. Vzajemnost opore/število oseb – pomoč v bolezni

	prejemanje		dajanje	
	1987	2005	1987	2005
2. generacija	4,4	4,2	5,5	6,7
3. generacija	4,0	4,7	4,2	5,0

Respondenti ocenjujejo, da oporo nudijo več osebam, kot je tistih, od katerih jo prejema. Sicer pa je vzajemnost visoka: pri pogovoru o zdravju od 93 do 96 %, pri pomoči v bolezni pa od 84 do 98 %, najnižja v 3. generaciji leta 2005. Rahlo znižanje vzajemnosti je opaziti v letu 2005. Vzajemnost po opori in osebi (torej koliko iste opore vrača oz. prejema ista oseba, ki jo daje – npr. mati nudi oporo v bolezni hčerki in hčerka njej) je nižja – pri pogovoru o zdravju okoli 30 %, pri pomoči v bolezni med 20 in 30 %.

Če povzamemo rezultate kvantitativne analize, lahko ugotovimo, da se respondenti o zdravju pogovarjajo predvsem s sorodniki, pa tudi prijatelji; pomoč pa izmenjujejo skoraj izključno s sorodniki. Znotraj sorodniškega omrežja upada pomen partnerja in narašča pomen otrok, pri tretji generaciji narašča še pomen drugih sorodnikov.

Oblike pomoči

Oblike socialne opore pri starejših ljudeh bomo tematizirali s kvalitativnega zornega kota. Ker bomo proučevali, kaj so nam intervjuvane osebe povedale o pomoči v bolezni, nas bodo obenem zanimale tudi razsežnosti in značilnosti njihovega pojmovanja zdravja.

Na vprašanje, kaj se je zgodilo z omrežjem v primeru bolezni, so sogovornici v intervjujih neposredno navajali, da je njihove bližnje skrbelo in so jim pomagali. Skrb in pomoč sta uporabljena v precej širokem smislu. V pogovoru so se v nadaljevanju pokazale natančnejše opredelitve. Namen je bil ugotoviti, za katere oblike pomoči v primeru bolezni pravzaprav gre.

Oblike pomoči, ki jih omenjajo starejše osebe v intervjujih, se da razvrstiti po klasifikaciji vrst socialne opore. Hlebec in Kogovšek (2003) ugotavljata, da je mogoče v pomembnejših teoretičnih in empiričnih študijah zaznati relativen konsenz. Povzemata klasifikacijo, v kateri se socialna opora deli na instrumentalno/materialno, emocionalno, informacijsko in druženje. Prepoznane oblike pomoči v intervjujih bi lahko razvrstili takole:

Instrumentalna (materialna) opora: prevzemanje gospodinjskih del (kuhanje, pospravljanje, trgovina), kmečkih opravil (krmljenje živine, delo na polju), transport (prevoz k zdravniku), pomoč pri osebni negi (umivanje, oblačenje), nabava zdravil, posojanje denarja:

(1)

SIS-305-Marta-1987:

S: Kako pa so ti pomagali?

Marta: Z vsem. E ... z delom, s prevozom, z denarjem in z vsem kar mi je bilo potrebno in nisem imela.

(2)

SIS-305-Marta-2005:

Skuhali so mi, v vrtu so mi naredili, okopavali, posejali. Vse kar, sem rekla, to so mi naredili.

(3)

SIS-317-Ana-2005:

Prišli so na obisk in mi pomagali pri gospodinjstvu oz. pri hišnih opravilih.

(4)

SIS-305-Brigita-2005:

E, pomoč... pri oblačenju (se zasmеji), pri prevozu do zdravstvenega doma, do bolnišnice ...

(5)

SIS-320-Cilka-2005:

Zdaj, ko sem imela prehlad. To je bilo 14 dni nazaj. Imela sem vnetje grla, vročino in v prsih me je bolelo. Manj sem bila zmožna za delo. S. mi je umila posodo, stanovanje je pospravila. Mož mi je nahranil živino. To je bilo samo dva dni, nato sem že začela delati.

Emocionalna opora: klic po telefonu, opogumljanje, psihična pomoč:

(6)

SIS-312-Helena-2005:

Bolna sem bila sedaj, ko sem imela gripo. In moram reči, da so prišli na obisk, recimo otroci sploh, zeti, so mi prinesli sadje. Nekako so me bodrili, tako »saj bo, saj bo« in tako naprej.

Informacijska opora: svetovanje:

(7)

SIS-303-Ana-2005:

Imam nečakinjo, ki je končala medicinsko šolo in sedaj dela v tujini v enem rehabilitacijskem centru. Ona mi dosti pomaga z nasveti in mi je ves čas v oporo. Druga nečakinja ima enako izobrazbo in dela v domu ostarelih, ki mi tudi večkrat da kakšne nasvete. Doma mi pomaga hčerka, predvsem pri kuhi.

Druženje: družabni obisk, spremljanje k zdravniku:

(8)

SIS-303-Ana-2005:

Ana: Največ so mi bili v oporo domači.

S: Kako so ti pomagali?

Ana: Ja, doma so mi pomagali, v bolnišnico so me prišli obiskat.

(9)

SIS-305-Marta-2005:

E, hvaležna sem jim bila, da so mi pomagali, ne. Da so mi pomagali, ko sem bila v težavah, da so mi nekaj naredili in da nisem bila osamljena.

V intervjujih je bilo čutiti močno poudarjanje instrumentalne vrste socialne opore v bolezni. Ljudje, s katerimi smo se pogovarjali, so to vrsto opore navajali samostojno, redno pa se pojavlja tudi v kombinaciji z drugimi vrstami opor. Če si ponovno ogledamo samo citate (7), (8) in (9), intervjuvanke pri opredelitvi vrste pomoči poleg druženja in nasvetov hkrati omenjajo tudi instrumentalno oporo (pomoč pri kuhi, pomoč doma in nekatera druga dela). V primerih (8) in (9) je instrumentalna pomoč navedena kot primarna.

Instrumentalna opora se je kazala še posebej kot prevzemanje gospodinjskih del in kmečkih opravil. Poudarjanje pomena pomoči pri delu in s tem funkcionalne razsežnosti človekovega bivanja, ki psihično razsežnost (počutje oziroma doživljanje bolezni, ne nazadnje pa samega človeka) potisne v ozadje, se je potrdilo tudi v izjavah intervjuvanih oseb, ki so se nanašale na njihovo pojmovanje zdravja.

Pojmovanje zdravja

Na povsem splošni ravni starejši ljudje zdravju pripisujejo izredno velik pomen. Pravijo, da jim pomeni vse, da je to njihovo največje bogastvo. V pogovoru ga tesno navežejo na aktivnost, in sicer na sposobnost za delo, temeljne življenjske aktivnosti, ukvarjanje s hobiji/druženje, poleg tega pa še na odsotnost bolezni/bolečine.

Sposobnost za delo: gospodinjsko (kuhanje, pranje), kmečka opravila (grabljenje, vrt), neformalno (pazenje vnukov):

(10)

SIS-302-Refka-1987:

Sem lahko hodila, delala sem lahko gor pri bratu, skuhalo, oprala, sem na travnik šla delat, grabit, pa na vrt sem šla, pa vse, kar je bilo treba, sem pomagala. Potem pa nisem mogla več, ker je bolezen prišla, sem pa mogla nehat.

(11)

SIS-303-Ana-1987:

Meni je dosti pomenilo zdravje. Zdravje je tako ali tako največje bogastvo na svetu. Lahko sem delala na kmetiji in pazila na svoje vnuke in se z njimi igrala in tako je moje življenje teklo naprej.

Temeljne življenjske aktivnosti: osebna nega, hoja:

(12)

SIS-305-Brigita-2005:

Zame beseda zdrav pomeni veliko, s tem, da se lahko oblačim sama, se sprehajam, nisem deležna od drugih pomoči, sem samostojna ... e ... lahko si vse sama postorim.

(13)

SIS-319-Amalija-2005:

Zdravje mi največ pomeni. Pomeni mi to, da se lahko samostojno uredim in da nisem domačim v breme, saj danes ni časa za oskrbo starostnikov. Pomeni mi to, da lahko kaj delam.

Ukvarjanje s hobiji oziroma druženje: ustvarjanje, sprehod, telovadba:

(14)

SIS-312-Helena-2005:

Pri teh letih, kolikor sem, vem, da so zmeraj nekje težave, da vedno nekaj boli. To je že načeto tu in tam. Drugače pa, če je človek dobre volje, da lahko opravlja svoje delo, ki ga imaš vsak dan, da lahko greš malo ven, da grem na kakšno zabavo, da grem lahko telovadbi 1-krat na teden. To je zame veliko, to me povzdiguje, od enem pa še recimo cerkvene stvari, ki jih imam rada, grem večkrat k maši recimo, to me pa spet drugače poživlja in mi daje eno polnost.

(15)

SIS-310-Joži-2005:

Zdravje pomeni, da lahko hodim, kuham, delam, se pogovarjam, hodim na obiske. To delam, če sem zdrava, če zdravja ni, tudi tega ni.

Odsotnost bolezn:

(16)

SIS-320-Duša-2005:

S: Kaj za vas pomeni biti zdrava? Se zdaj počutite zdravi?

Duša: Pomeni, da si v redu in da lahko delaš. Da me nič ne boli. Zdaj se ne počutim zdrava, boljko me noge in težko kaj delam.

Podobno kot pri identificiranju vrst opore v primeru bolezni, tudi pri pojmovanju zdravja izstopa zmožnost za opravljanje dela, ki jo ljudje omejnajo samostojno ali v kombinaciji z drugimi vrstami pojmovanja. Zanimivo je, kako malokrat je zdravje povezano neposredno z odsotnostjo bolezni, na drugi strani pa, kako malokrat pri opredeljevanju zdravja umanjka sposobnost za delo. Iz pogovorov je razvidno, da zdravje intervjuvanim osebam neposredno ne pomeni, da niso bolni, ampak da so aktivni, pri čemer jih lahko najresneje ogroža bolezen. Bolezen torej navajajo posredno, kot oviro pri izvajanju aktivnosti, ki daje občutek zdravja:

(17)

SIS-310-Joži-1987

Joži: Veliko mi je pomenilo, da je človek zdrav, lahko sem delala, lahko sem šla ven, lahko greš na kakšne izlete, vsepovsod, če pa si bolan, ne moreš nikamor.

S tega zornega kota so razumljivi tudi navidezni paradoksi, ko se oseba, v spodnjem primeru Ana, lahko počuti zdravo kljub dvakratnemu infarktu in ponovnim težavam z žilami, dokler je lahko aktivna na način, ki je zanjo pomemben:

(18)

SIS-303-Ana-2005:

Ana: Ja, rada kuham, rada pečem in pospravljam, ker me to veseli. Pa tudi na vrtu rada delam, saj me, kot pravijo, delo drži gor.

S: Kaj zate pomeni biti zdrava? Se zdaj počutiš zdrava?

Ana: No, jaz se počutim zdravo, vendar nisem zdrava, kot bi morala biti.

Podobno gleda na zdravje tudi Erna, ob tem, da je njen zdravstveni problem manjši od Aninega:

(19)

SIS-321-Erna-2005:

S: Kaj zate pomeni biti zdrava? Se zdaj počutiš zdrava?

Erna: Zdrava. Sposobna in polna energije za delo ali ustvarjanje ali kar koli. Za družabno življenje ali tako. Ni problem.

S: Te mavec na roki kaj moti?

Erna: Nič.

V navedenih primerih, s katerimi smo ponazorili oblike socialne opore in pojmovanje zdravja, se nakazuje povezava med pojmovanjem zdravja kot sposobnostjo za delo in poudarjanjem instrumentalne vrste socialne opore kot kompenzacije za poslabšano zdravstveno stanje. Vrednotenje te povezave pa je lahko dvorezen meč. Vzete izven konteksta je ni mogoče enosmerno interpretirati.

Njena pozitivna plat je v tem, da nakazuje usklajenost potreb in ponudbe. Prepoznaven je trend nudenja instrumentalne opore, izraziteje se pojavlja pomoč pri delu. Iz pojmovanj zdravja je razvidno, da sposobnost za delo in aktivno vključevanje v družbo tudi starejšim ljudem daje občutek zdravja. Ljudje se včasih lahko počutijo zdravi celo navkljub slabi zdravstveni diagnozi. V tem smislu instrumentalna vrsta opore starejšim ljudem pomaga ohraniti njihove aktivnosti in socialno vključenost, kar lahko ugodno vpliva na njihovo počutje ali zdravstveno stanje.

Po drugi strani pa ne gre spregledati potencialnega negativnega učinka tesnega povezovanja starosti, zdravja in sposobnosti za delo, predvsem predstav, ki staranje uniformno razumejo kot slabše zdravje in upadanje zmožnosti za fizično delo. Reduciranje starosti na slabšo fizično kondicijo, pri čemer so družbeno priznane samo določene oblike dela, ima lahko močno negativen učinek razvrednotenja starejših ljudi. Funkcionalistični pogled, na primer, družbo vidi predvsem s stališča sistema struktur, vlog in priležnih funkcij in opazuje pojave in procese v družbi z vidika tega, ali relativno stabilnost družbe vzdržujejo ali rušijo. Funkcionalistična teorija staranja, npr. teorija razbremenitve (Cumming in Henry, 1961), starost in bolezen razume kot odmik od aktivnega dela in družbenega življenja, in s tem v disfunkcionalnem smislu. Če se torej na staranje gleda kot na upad fizičnih zmožnosti in slabšanje zdravstvenega stanja, se ga zlahka interpretira kot destruktivni proces in starejše ljudi kot breme širši družbi. Postopno razbremenjevanje prek oddaljevanja od družbeno priznanih produktivnih dejavnosti v tem smislu pomeni odmikanje od družbe in posledično vzajemno odmikanje družbe od starejših ljudi. Prihaja do zmanjšanja interakcije med starejšim človekom in družbo, z zmanjšanjem obveznosti pa se zmanjšujejo tudi ugodnosti in dolžnosti do zagotavljanja pomoči. Ta pristop, znan kot teorija razbremenitve, je doživel številne kritike (Matcha, 1997; Turner, 1995). Turner (1995) ob predstavitvi nekaterih kritik teorije razbremenitve govori o zatonu funkcionalistične perspektive v moderni gerontologiji. Na tem mestu bi izpostavili kritiko, ki opozarja, da ljudje z leti ne postajamo nujno pasivnejši, temveč privzemamo druge oblike pretežno neformalnega dela, ki pa so kljub neformalnosti družbeno pomembne. Poleg tega se tekom celega življenja vključujemo v družbeno življenje z različnimi stopnjami intenzivnosti.

V Sloveniji pa se zdi funkcionalistična perspektiva še močno prisotna. Ob

pregledu znanstvene in strokovne literature v Sloveniji na temo zdravja starejših ljudi je bila prepoznana latentna prisotnost pojmovanja starejših ljudi predvsem kot starajočih teles, nagnjenih k visoki stopnji tveganja in dejanski obolevnosti (Pahor in Domajnko, 2005). Funkcionalistični podton pa je mogoče zdaj potrditi tudi na mikroravni, v intervjujih s starejšimi ljudmi v sklopu tukaj predstavljene raziskave. Kot prvo se kaže v tesnem navezovanju določenih vrst del na določene kategorije ljudi: na primer, gospodinjska in določena kmečka dela na (starejše) ženske. To je še posebno lepo razvidno iz primera (5), ki kaže, da se Cilka identificira z delom, ki ga najpogosteje opravlja:

(5)

SIS-320-Cilka-2005:

Zdaj, ko sem imela prehlad. To je bilo 14 dni nazaj. Imela sem vnetje grla, vročino in v prsih me je bolelo. Manj sem bila zmožna za delo. S. *mi* je umila posodo, stanovanje je pospravila. Mož *mi* je nahranil živino. To je bilo samo dva dni, *nato sem že začela delati*.

272

S. je pomila posodo in mož je nahranil živino – opravila sta torej dve deli, ki sta v dobro vseh v gospodinjstvu. Vendar se z uporabo osebnega zaimka »mi« Cilka z omenjenimi deli poistoveti in pravzaprav izreče, da sta s tem naredila uslugo njej, ne pa na primer vsem živečim v gospodinjstvu. Postavljanje (produktivne) funkcije pred sebe je razvidno tudi iz nadaljevanja, ko ne govori neposredno o izboljšanju zdravja, pač pa se čez dva dni vrne primarno njena sposobnost za delo.

Tesna povezava osebe s funkcijo (delom, ki ga najpogosteje opravlja) je vidna tudi v oblikah pomoči ob boleznih. Lahko bi rekli, da je pomoč ljudem (v naši raziskavi so prevladovala starejše ženske) v primeru zdravstvenih težav »instrumentalizira«. S tem mislimo, da je mogoče zaznati poudarjanje instrumentalnih oblik pomoči, ki primarno nadomestijo izpad delovnega potenciala obolele osebe (gospodinjskih del, kmečkih opravil itd.).

Sklep

Ker smo opazovali značilnosti socialne opore v zvezi z zdravjem na dveh časovnih točkah, med katerima so se v Sloveniji zgodile velike strukturne spremembe, smo poskušali ugotavljati, kako omrežja kot »mezo« družbeni pojav reagirajo na spremembe družbene strukture. Konkretno pri nas je tranzicija povzročila strukturne spremembe – kako je to vplivalo na socialna omrežja ljudi? Rezultati v tej študiji kažejo na krepitev vloge sorodniškega omrežja pri opori v zvezi z zdravjem. Ker gre za priložnostni vzorec, teh ugo-

tovitev ne moremo posploševati, smo pa identificirali nek segment, ki se opira predvsem na sorodnike. Iz demografskih podatkov našega vzorca vidimo, da gre za starejše ženske z nizko izobrazbo, ki živijo pretežno na podeželju. Mogoče sta »podeželskost« in nizka izobraženost našega vzorca tisto, kar bi lahko razložilo razlike od trendov, ki smo jih zasledili pri reprezentativnem vzorcu starejših med letoma 1987 in 2002 in ki so nekoliko manj sorodniško orientirani (Pahor in Hlebec, 2006).

LITERATURA

- Antonucci, Toni C. (1986): Measuring Social Support Networks: Hierarchical Mapping Technique. *Generations*, 1: 10–12.
- Faber, Ashley D. in Stanley Wasserman (2002): Social support and social networks: synthesis and review. V Bernice A. Pescosolido in Judith A. Levy (ur.), *Social networks and health*, 29–72. Oxford: Elsevier Science Ltd.
- Berkman, Lisa F. in Leonard S. Syme (1979): Social networks, host resistance and mortality: a nine year follow-up of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology* 1979(2): 186–204.
- Berkman, Lisa F., Glass, Thomas, Brissette, Ian in Teresa E. Seeman (2000): From social integration to health: Durkheim in the new millenium. *Soc Sci Med* 6: 843–57.
- Boh, Katja in skupina (1987): Stratifikacija in kvaliteta življenja v Jugoslaviji 1987 [Škodirna knjiga]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani. Institut za sociologijo in filozofijo pri Univerzi v Ljubljani, 1987. Ljubljana: Univerza v Ljubljani. Arhiv družboslovnih podatkov Šizdelava, distribucija], 2000.
- Bowling, Ann (1991): Social support and social networks: their relationship to successful and unsuccessful survival of elderly people in the community. An analysis of the concepts and a review of the evidence. *Fam Pract* 8: 68–83.
- Burt, Ronald S. (1984): Network items in the general social survey. *Social Networks* 6: 293–339.
- Choi, Namkee G. in John S. Wodarski (1996): The relationship between social support and health status of elderly people: Does social support slow down physical and functional deterioration? *Social Work Research* 20: 52–63.
- Cohen, Sandra (1988): Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology* 7: 269–97.
- Cohen, Sandra, Doyle, William J., Skoner, David P., Rabin, Bruce S. in Jack M. Gwaltney (1997): Social ties and susceptibility to common cold. *JAMA* 277: 1940–44.
- Cotman, Carl. (1985): *Synaptic plasticity*. New York: Guilford Press.
- Cumming, Elaine in William E. Henry (1961): *Growing old*. New York: Basic Books.
- Dremelj, Polona, Kogovšek, Tina in Valentina Hlebec (2004): Omrežja socialne opore prebivalstva Slovenije. V M. Novak, *Omrežja socialne opore prebivalstva Slovenije*, 47–60. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo.

- Dykstra, Pearl A. (1993): The differential ability of relationship and the provision and the effectiveness of support to older adults. *Journal of social and personal relationships* 0: 355-70.
- Ferligoj, Anuška in drugi (2002): Omrežja socialnih opor prebivalstva Slovenije [Škodirna knjiga]. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede in Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo.
- Fonagy, Peter (1996): Patterns of attachment, interpersonal relationship and health. V D. Blane, E. Brunner in R. Wilkinson (ur.), *Health and social organization: towards health policy for the twenty-first century*, 125-51. New York, London: Routledge.
- Granovetter, Mark (1973): The strength of weak ties. *Am J Sociol* 78: 1360-80.
- Hlebec, Valentina in Tina Kogovšek (2003): Konceptualizacija socialne opore. *Družboslovne razprave* 19(43): 103-126.
- Hlebec, Valentina in Tina Kogovšek (2005): Med korenčkom in palico sekundarne analize podatkov o socialnih omrežjih. *Družboslovne razprave* 21(49/50): 189-203.
- Holahan, Carole K in Charles J Holahan (1987): Self-efficacy, social support, and depression in aging: a longitudinal analysis. *J Gerontol* 42: 5-68.
- Kahn, Robert L. in Tony C. Antonucci (1980): Convoys over the life-course: attachment, roles and social support. V: Paul B. Baltes in Orville G. Brim (ur.), *Lifespan development and behaviour*, 253-86. New York: Academic Press.
- Kamarck, Thomas W., Mannuck, Stephen B. in Richard J. Jennings (1991): Social support reduces cardiovascular reactivity to psychological challenge: a laboratory model. *Psychosom Med* 52: 42-58.
- Kiecolt-Glaser, Janice et al. (1984): Psychosocial modifiers of immunocompetence in medical students. *Psychosom Med* 46: 7-14.
- Kiecolt-Glaser, Janice K., Fisher, Lloyd D., Ogrocki, Paula, Stout, Joulie C., Speicher, Carl E. in Ronald Glaser (1987): Marital quality, marital disruption and immune function. *Psychosom Med* 49: 13-34.
- Lin, Na in Ann Dean (1984): Social support and depression: a panel study. *Social Psychiatry* 19: 83-91.
- Litwin, Howie (1999): Support network. Types and patterns of help giving and receiving among older people. *Journal of Social Service Research* 24: 83-101.
- Loumaro, Timothy A. (1990): Social support, health locus-of-control, and coping style and their relationship to depression among stroke victims. *Dissertation. Dissertations Abstracts International* 51 (5-B), 2628.
- Mandič, Srna in Valentina Hlebec (2005): Socialna omrežja kot okvir upravljanja s kakovostjo življenja in spremembe v Sloveniji med letoma 1987 in 2002. *Družboslovne razprave* 21(49/50): 263-85.
- Marsden, Peter V. in Noah E. Friedkin (1994): Network studies of social influence. V Wasserman, Stanley in Joseph Galaskiewicz (ur.), *Advances in social network analysis: research in the social and behavioural sciences*, 3-25. Beverly Hills: Sage.
- Matcha, Duane A. (1997): *The sociology of aging. A social problem perspective.* Boston (etc.): Allyn and Bacon.

- Matt, Georg E. in Alfred Dean (1993): Social support from friends and psychological distress among elderly persons: moderator effects of age. *J Health Soc Behav* 34: 197-200.
- McAvay, Gail J., Seeman, Teresa in Judith Rodin (1996): A longitudinal study of change in domain-specific self-efficacy among older adults. *J Gerontol B: Psy. Soc Sci.* 51. Springfield, Ill.: Published quarterly for the Gerontological Society: 243-253.
- Morris, Philip L., Robinson, Robert G., Raphael, Bradley in David Bishop (1991): The relationship between the perception of social support and post stroke depression in hospitalized patients. *Psychiatry* 54: 306-16.
- Murphy, Elaine (1982): Social origins of depression in old age. *Br J Psychiatry* 141: 135-42.
- Novak, Mojca (ur.) (2004): *Omrežja socialne opore prebivalstva Slovenije*. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo.
- Pahor, Majda in Barbara Domajnko (2005): Celostna obravnava zdravja starejših ljudi: pregled literature v Sloveniji 1994 - junij 2004. *Kakovostna starost* 8(1): 20-31.
- Pahor, Majda in Valentina Hlebec (2006): Socialna omrežja in zdravje: spremembe v Sloveniji. *Zdravstveno varstvo* 45(4): 175-185.
- Pescosolido, Bernice A. in Judith A. Levy (2002): The role of social networks in health, illness, disease and healing: the accepting present, the forgotten past, and a dangerous potential for the complacent future. V Bernice A. Pescosolido in Judith A. Levy (ur.), *Social networks and health*, 3-25. Oxford: Elsevier Science Ltd.
- Sarason, Barbara R., Sarason, Irwin G. in Gregory R. Pierce (1990): *Social support: an interactional view*. New York: Wiley.
- Seeman, Teresa, Berkman, Lisa in Rowe, B.D.J. (1994): Social ties and support and neuroendocrine function. *Ann Behav Med* 2: 95-106.
- Shye, Diana, Mullooly, John P., Freeborn, Donald K. in Clyde R. Pope (1995): Gender differences in the relationship between social network support and mortality: a longitudinal study of an elderly cohort. *Soc Sci Med* 41: 935-47.
- Sieber, Sam (1974): Toward a theory of role accumulation. *American Sociological Review* 39: 567-78.
- Šadl, Zdenka (2005): Družbene spremembe, travmatične emocije in emocionalna opora. *Družboslovne razprave* 21 (49-50): 223-42.
- Thoits, Peggy A. (1983): Multiple identities and psychological well-being: a reformulation of the social isolation hypothesis. *American Sociological Review* 48: 174-87.
- Thompson, Mark G. in Kenneth Heller (1990): Facets of support related to well-being: quantitative social isolation and perceived family support in a sample of elderly women. *Psychology and aging* 5: 535-44.
- Treiber, Frank A., Batanowski, Tom, Braden, David S., Strong, William B., Levy, Maurice in Willie Knox (1991): Social support for exercise: relationship to physical activity in young adults. *Prev Med* 20: 737-50.
- Turner, Brian (1987/1995): *Medical power and Social Knowledge*. London (etc.): Sage.

- Uchino, Bert N., Cacioppo, John T. in Kiecolt-Glaser, Janice K. (1996): The relationship between social support and physiological processes: a review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin* 3: 488-531.
- Unger, Jennifer B., Kipke, Michele D., Simon, Thomas R., Johnson, Christine J., Montgomery, Susanne B. in Ellen Iverson (1998): Stress, coping and social support among young homeless youth. *Journal of Adolescent Research* 13: 134-57.
- Vaillant, George E. et al. (1998): Are social supports in late mid-life a cause or a result of successful physical aging? *Psychological Medicine* 28: 1159-68.
- Wenger, Clare (1994): Support networks of older people: a guide for practitioners. Centre for social policy research and development, University college of Wales.
- World Health Organization (2003): Social determinants of health: the solid facts. Dostopno preko <http://www.euro.who.int/document/e81384.pdf>, 18. 1. 2007.