

ПЕРЦЕПЦИЈА СОЦИЈАЛНЕ ПОДРШКЕ ОСОБАМА СА ПОВРЕДОМ КИЧМЕНЕ МОЖДИНЕ НА ТЕРИТОРИЈИ РЕПУБЛИКЕ СРБИЈЕ

Сања Трговчевић¹, Горан Недовић², Сунчица Ивановић³

PERCEPTION OF SOCIAL SUPPORT OF PERSONS WITH SPINAL CORD INJURY ON THE TERRITORY OF THE REPUBLIC OF SERBIA

Sanja Trgovčević, Goran Nedović, Sunčica Ivanović

Сажетак

Релевантна доступна литература наглашава благотворне ефекте социјалне подршке на добробит појединца. Постоје убедљиви докази о њеним корисним ефектима, нарочито онима који долазе од стране породице или пријатеља.

Циљ истраживања је био да проценимо ниво опажене социјалне подршке особама са и без повреде кичмене мождине.

У истраживање је било укључено 100 испитаника који живе на територији Р. Србије. Основни критеријуми за формирање Е групе били су: старост између 18 и 65 година, дијагноза пара или тетраплегије, без повреда мозга, без изразитих урођених обољења и психијатријских болести. Истраживање је спроведено у Клиници за рехабилитацију „Др Мирослав Зотовић“ у Београду. Критеријуми за формирање К групе били су: старост између 18 и 65 година, без карактеристичних соматских обољења, без изразитих урођених обољења и психијатријских болести. Узорак је формиран у Дому здравља „Др Симо Милошевић“ у Београду.

Инструмент истраживања била је Мултидимензиона скала опажене социјалне подршке (MSOPSS), која процењује опажену социјалну подршку сагледавајући три суб-ске: подршке од стране породице, пријатеља и других, за пацијента важних особа. Упитник се састојао од 12 изјава, на седмостепености скали ликертовог типа.

Summary

The relevant available literature highlights the beneficial effects of social support on the well-being of an individual. There is convincing evidence of its beneficial effects, especially those coming from family or friends.

The aim of this study was to assess the level of social support perception of persons with and without spinal cord injury.

The study included 100 participants who lived on the territory of R. Serbia. The basic criteria for the formation of E group were: age between 18-65 years, diagnosed paraplegia or tetraplegia without brain injury, without intensive congenital diseases or psychiatric illnesses. The research was conducted at the Clinic for rehabilitation „Dr.MiroslavZotović” in Belgrade. Criteria for the formation of K group were: age between 18-65 years, without the characteristic somatic diseases, without significant congenital illnesses or psychiatric illness. The sample was formed at the Health Center „Dr.Simo Milosevic“ in Belgrade.

The survey instrument was a multidimensional scale of perceived social support (MSOPSS), which assessed the perceived social support through three subscales: support from family, friends and other persons important to the patient. The questionnaire consisted of 12 statements on a seven-point Likert scale.

Applying ANOVA model of analysis of differences in arithmetic means, statistically significant differences of means in the domain of the family ($p=0.598$); friends ($p=0.855$) and significant others ($p=0.539$) were not found,

¹ Проф. др Сања Трговчевић, професор струковних студија, Висока медицинска школа струковних студија у Њуприји.

² Проф. др Горан Недовић, редовни професор, Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, Универзитет у Београду.

³ МА Сунчица Ивановић, наставник вештина, Висока медицинска школа струковних студија у Њуприји.

Применом ANOVA модела анализе разлика аритметичких средина није установљено постојање статистички значајних разлика аритметичких средина у домену породице ($p=0,598$); пријатеља ($p=0,855$) и значајних особа ($p=0,539$), што наводи на констатацију да се опажање нивоа социјалне подршке не разликује по свом интезитету и квалитету код испитаника са и без повреде кичмене мождине.

Кључне речи: социјална подршка, паралегија, тетраплегија, повреде кичмене мождина.

leading to the conclusion that the perception of the level of social support did not differ in its intensity and quality in participants with and without spinal cord injury.

Keywords: social support, paraplegia, tetraplegia, spinal cord injury.

УВОД

У претходних педесет година социјална подршка представља предмет велике пажње међу научницима. Њен концепт био је циљ многих истраживања међу психијатрима, епидемиолозима и социолозима. На социјалну подршку гледано је као на основу социјалне структуре која смањује негативне ефекте стреса и врши утицај на здравље појединца. Такође, развијен је велики број инструменталних који мере степен социјалне подршке, мада се они услед теоријске и емпиријске сложености међусобно разликују. Ипак, номенклатура је развијена током последњих двадесет година и дефинисана су два правца у процењивању социјалне подршке. Један се односи на дефинисање друштвених мрежа из окружења, а обухвата скуп особина као што су: густина, реципроцитет, полови, састав и хомогеност нечије мреже. Други правац се односи на функционалне компоненте мреже (тј. социјалну подршку) и укључује: емоционалну подршку, пружање информација, материјалну помоћ и дружење. Социјална подршка тако обухвата подстицајне интеракције, као и перцепцију друштвене подршке.

Важно је, такође, истаћи разлику у „стварној“ подршци која представља објективну трансакцију између друштвених актера и перцепцију друштвене подршке опажену од

њих самих, што даје субјективан квалитет. Током овог истраживања ми смо се ослонили на субјективну процену од стране испитаника, јер је она, као и процена квалитета живота, и степена социјалне интеграције резултат њиховог личног доживљаја.

Према Сидни Коб (Sidney Cobb)⁽¹⁾ „Социјална подршка представља различите облике емоционалне, симболичке, спознајне, инструменталне и друге помоћи коју неки појединац добија или на коју може да рачуна у кризним ситуацијама (социјалним или личним)“. Такође, она сматра да постоје три аспекта социјалне подршке: емоционална подршка, подршка поштовања и подршка мреже.

Данас се интересовање за друштвену подршку значајно интензивирало, те видимо да су друштвене везе, социјална интеграција и примарни људски односи централни појмови унутар социолошке теорије. Генерално, сматра се да ниједна дефиниција није довољно ауторитативна у описивању самог појма, али да она свакако подразумева размену инструменталних и емотивних ресурса као што су новац, роба, услуге, информације и љубав међу члановима друштвених мрежа.

Социјална подршка преко мреже друштвених односа има важан заштитни ефекат на физичко и ментално здравље, може амортизовати утицај изложености поједин-

ца на појаву негативних животних околности и догађаја и деловати на подизање благостања и опаженог квалитета живота. Њу чини испреплетена мрежа која директно делује на степен уграђености појединца у групу, организацију или заједницу, тј. представља водећи фактор социјалне интергације.

Физичко окружење може да олакша или отежа развој и подршку која је потребна појединцу или одређеној групи. Заједнице које функционишу на нивоу социјалне кохезије и социјалног капитала могу имати позивне ефекте на здравље, док социјална фрегментација, која је повезана са распадом заједнице, даје високе стопе анксиозности и депресије⁽²⁾.

Социјална подршка уграђена је у културни контекст сваког појединца и не може бити изолована од његових искустава и знања. Она има сасвим јединствен смисао, док је њена улога дефинисана на више начина. Генерално, сматра се да садржи две најважније особине:

1. сазнање да расположиве особе нуде савете, емоције, информације и материјална добра,
2. функционалност као помоћ за постизање свакодневних циљева и амортизовање током психосоцијалних недаћа.⁽³⁾

Друштвене мреже које нуде или дају социјалну подршку, за појединца представљају сазвежђе особа са којима појединац има интеракцију у било ком смислу. Мреже се увек састоје од познатих особа, а не странаца. По дефиницији мреже укључују објективне аспекте социјалних односа као што су: старост, пол, односи (нпр. муж, пријатељ, рођак...) и учесталост тих контаката.⁽³⁾ Особе које појединац препознаје као пружаоца социјалне подршке, често су најистакнутије унутар друштвених мрежа, јер су доступне и на располагању да понуде или пруже савет, информацију, емотивну размену за решавање потреба, циљева или проблема. Најчешће те особе се издвајају из најуже породице (родитељи), чланова шире породице, пријатеља, вршњачких група,

формалних или на други начин важних особа, а мерење социјалне подршке користи се за проучавање социјалне прилагођености појединца⁽⁴⁾.

Велики део истраживања у вези са здрављем убедљиво документује благотворно дејство социјалне подршке везано за појаву психосоцијалне адаптације, подизање квалитета живота и умањење стопе морбилитета и морталитета.⁽⁵⁾ Кумулативни докази из студија које су се бавиле пацијентима са хроничним болестима или особама са инвалидитетом, остављају мало сумње да су за пацијента примарни извори подршке обично чланови породице. Они се огледају првенствено у изражавању бриге, љубави и практичне помоћи када је потребно.

У Републици Србији не постоји истраживање које се бави опажањем социјалне подршке од стране особа које су доживеле повреду кичмене мождине и чије је стање трајно дефинисано као *paraplegia*, односно *tetraplegia*. Након повреде, медицинског збрињавања и рехабилитације пацијентима са повредом кичмене мождине практично се губи траг. Они су видљиви једино ако су чланови појединих удружења. Надамо се да ће ово истраживање покренути низ сличних процена о томе колико и како особе из ове популације перципирају друштвену подршку која им је доступна.

ЦИЉ И МЕТОД РАДА

Циљ истраживања био је да проценимо ниво опажене социјалне подршке особа са повредом кичмене мождине у односу на особе опште популације. Основна истраживачка хипотеза била је да особе са повредом кичмене мождине перципирају социјалну подршку на нижем нивоу у односу на особе које нису повређене.

У истраживање је било укључено 100 испитаника, оба пола, који живе на територији Републике Србије. Укупан узорак подељен је на групу испитаника са повредом кичмене мождине (Е – 23 испитаника са

дијагнозом повреде торакалног, лумбалног или сакралног дела кичмене мождине (*paraplegia*) и 21 испитаник са повредом цервикалног (вратног) дела кичмене мождине (*tetraplegia, quadriplegia*) и групу испитаника који немају повреду (К). Време од настанка повреде, до периода испитивања било дуже од три године. Испитаници из свих посматраних група за потребе истраживања били су уједначени према полу и старости.

Основни критеријуми за формирање Е групе били су: старост између 18 и 65 година, дијагноза параплегије или тетраплегије, без повреда мозга, без изразитих урођених обољења и психијатријских болести. Узорак је формиран на Клиници за рехабилитацију „Др Мирослав Зотовић“ у Београду, Сокобањска бр. 13.

Основни критеријуми за формирање узорка К групе били су: старост између 18 и 65 година, без карактеристичних соматских обољења, без изразитих урођених обољења и психијатријских болести. Узорак је формиран у Дому здравља „Др Симо Милошевић“ у Београду, одоварајући подаци прикупљени из медицинске картотеке, а испитаници су добровољно приступили анонимном анкетирању. Релевантни узорак формиран је у Дому здравља, како бисмо увидом у медицинску документацију искључили постојање оштећења, болести или стања које би утицале на резултате истраживања.

У складу са постављеним циљем и хипотезом у овом раду анализирали смо степен опажене социјалне подршке, како код особа са повредом кичмене мождине, тако и код особа без повреде. За прикупљање података о тој чињеници користили смо Мултидимензиону скалу опажене социјалне подршке – *Multidimensional Scale of Perceived Social Support MSoPSS*.^(6, 7, 8)

MSoPSS процењује опажену социјалну подршку сагледавајући три субскеале, где свака решава другачији извор подршке: породице (ФА – ајтеми 3, 4, 8 и 11), пријатеља

(СР – ајтеми 6, 7, 9 и 12) и других, за пацијента важних особа (СО – ајтеми 1, 2, 5 и 10).

Социјална подршка процењивана је мерењем перцепције адекватности подршке од стране породице, пријатеља и других, за пацијента важних особа. Упитник се састојао од 12 изјава, на седмостепеној скали ликертовог типа, где су испитаници заокруживали један број у складу са својим опажањем.

РЕЗУЛТАТИ И ДИСКУСИЈА

У Табели 1. приказане су вредности одговора испитаника са и без повреде кичмене мождине на субскалама MSOPSS инструмента. Применом ANOVA модела анализе разлика аритметичких средина није установљено постојање статистички значајних разлика аритметичких средина у домену породице ($F=0.995$ $p=0,598$); пријатеља ($F=0.051$ $p=0,855$) и значајних особа ($F=1.139$ $p=0,539$), што наводи на констатацију да се опажање нивоа социјалне подршке не разликује по свом интензитету и квалитету код испитаника са и без повреде кичмене мождине.

Табела 1. Опажена социјална подршка испитаника са и без повреде кичмене мождине према специфичним изворима.

Субскала	Група	Број	АС	СД	Sum of Squares	df	F	Sig.
1*	СА ПОВРЕДОМ	44	24.5682	5.46617	32.000	1	0.995	0.321
	БЕЗ ПОВРЕДЕ	56	23.4286	5.82427				
	Укупно	100	23.9300	5.66979				
2*	СА ПОВРЕДОМ	44	23.2045	6.53285	1.877	1	0.051	0.821
	БЕЗ ПОВРЕДЕ	56	22.9286	5.63385				
	Укупно	100	23.0500	6.01576				
3*	СА ПОВРЕДОМ	44	22.6591	5.58213	30.291	1	1.139	0.288
	БЕЗ ПОВРЕДЕ	56	23.7679	4.79769				
	Укупно	100	23.2800	5.16022				

1*Породица; 2*Пријатељи; 3*Значајна особа

ДИСКУСИЈА

У претходном излагању навели смо да се у литератури наглашавају благотворни ефекти социјалне подршке на добробит појединца. Ова перспектива одавно је препозната и имплицира да ће се на опоравак и рехабилитацију негативно одразити уколико је одсутна или неадекватна. У складу са постављеним циљевима и хипотезама у овом раду анализирали смо степен опажене социјалне подршке, како код особа са повредом кичмене мождине, тако и код особа без повреде.

Добијене резултате смо скалирали, а потом смо употребом математичко-статистичких алгоритама анализирали постојање статистички значајних разлика на неколико нивоа: у првом кораку према обе групе испитаника (К и Е), у другом кораку посматрали смо појединачне ајтеме понуђених одговора, док смо у трећем кораку посматрали подгрупе испитаника у односу на висину повреде (пара и тетраплегија).

Дескрипција основних карактеристика испитаника обе групе, формираних према посебним субскалама опажене социјалне подршке (породица, пријатељи и значајне особе), указује на неколико чињеница:

- аритметичке средине одговора испитаника из сваке посматране групе не показују осцилације у домену опажене социјалне подршке која се тиче породице;
- аритметичке средине одговора испитаника из сваке посматране групе не показују осцилације ни у домену опажене социјалне подршке која се тиче пријатеља;
- аритметичке средине одговора испитаника из сваке посматране групе, такође, не показују осцилације ни у домену опажене социјалне подршке која се тиче за испитаника важне особе;
- недостатак осцилација у вредности-ма аритметичких средина у одговорима испитиваних подгрупа условили су одсуство статистички значајних разлика (породица $F=0.995$ $p=0,598$; пријатељи $F=0.051$ $p=0,855$ и значајне особе $F=1.139$ $p=0,539$), што наводи на констатацију да се опажане нивоа социјалне подршке од стране испитаника подгрупе К и Е не разликује по свом интензитету и квалитету.

Након што смо, применом ANOVA модела статистичке анализе, установили да се не јављају статистички значајне разлике у опажану социјалне подршке испитаника,

анализирали смо применом исте методе разлике у аритметичким срединама према појединачним ајтемима истог упитника. Дошли смо до следећих резултата:

- аритметичке средине одговора обе подгрупе испитаника на појединачним ајтемима не показују разлике ни у једном случају од дванаест понуђених констатација којима су процењивали степен опажене социјалне подршке;
- одсуство осцилација и разлика у аритметичким срединама условили су одсуство статистички значајних разлика (ајтем 1 – $p=0,460$; ајтем 2 – $p=0,703$; ајтем 3 – $p=0,689$; ајтем 4 – $p=0,296$; ајтем 5 – $p=0,767$; ајтем 6 – $p=0,506$; ајтем 7 – $p=0,997$; ајтем 8 – $p=0,581$; ајтем 9 – $p=0,843$; ајтем 10 – $p=0,370$; ајтем 11 – $p=0,677$; ајтем 12 – $p=0,391$), што наводи на констатацију да се опажање нивоа социјалне подршке од стране испитаника подгрупе К и Е не разликује по свом интензитету и квалитету посматрано и по појединачним ајтемима.

Након описаних анализа приступили смо сагледавању и разматрању одговора испитаника са повредом кичмене мождине, искључујући из те анализе особе које немају повреду кичмене мождине (К). Разлог за предузимање овакавог поступка налази се у нашој намери да сагледамо евентуално постојање разлика у перцепцији социјалне подршке испитаника са параплегијом у односу на испитанике са тетраплегијом.

Међутим, како су одговори испитаника били уједначени и у овом случају, нису установљене осцилације аритметичких средина њихових одговора по појединачним ајтемима, као ни у односу на субскеале формиране од тих појединачних ајтема.

Логична последица такве дистрибуције одговора условила је одсуство статистички значајних разлика у анализи појединачних ајтема и субскеала, што нас је довело до констатације да испитаници са повредом кичмене мождине, без обзира на ниво повреде,

на исти начин перципирају ниво опажене социјалне подршке.

Одсуство статистички значајних разлика приликом анализе одговора испитаника по појединачним ајтемима и субскеалама сачињеним од њих, било да се ради о целокупном узорку или о испитаницима са повредом кичмене мождине, условљавају констатацију да се социјална подршка перципира на исти начин.

Резултате који се односе на опажену социјалну подршку особа са повредом кичмене мождине добијене у овом истраживању можемо упоредити са сличним истраживањима рађеним у другим земљама. Аутори студије о опаженој социјалној подршци процењиваној MSoPSS скалом утврдили су да постоји добробит од сва три процењивана индикатора (породица, пријатељи и важне особе), али да је најјачу симптоматологију давао фактор породице и пријатеља.⁽⁹⁾

Упоређујући поједина истраживања, уочавамо значајно боље резултате опажене социјалне подршке наших испитаника у односу на истраживања спроведена у високоразвијеним европским земљама, које можемо довести у везу са демографским, културолошким, етничким, као и социјалним факторима. Чини се да је демографско и културолошко поднебље ипак пресудно у личној перцепцији подршке. Овакве резултате можемо тумачити једино тиме да је на овим просторима дубоко и традиционално укореењена идеја да се повређени чланови породице не одбацују, не смештају у установу, већ да о њима искључиво брину чланови домаћинства. Резултат тога је да повређени испитаници перципирају и препознају труд, љубав и подршку која им се нуди. Наши резултати били су еквивалентни са подацима добијеним из студија спроведеним на Тајланду. Wongpakaran et al⁽¹⁰⁾ кажу да су испитаници показали добре резултате на свакој од субскеала, као и на укупном обиму подршке. Такође, веома убедљива веза у наведеном истраживању пронађена је кроз значајан (негативан) утицај на појаву депресије.

Дакле, у конзервативнијим друштвима са дубоко изграђеним традиционалним односима социјална подршка од стране породице, пријатеља и блиских особа препознаје се на високом нивоу.

ЗАКЉУЧАК

Проценом добијених резултата из области социјалне подршке уочили смо да између одговора испитаника са повредом кичмене мождине и одговора испитаника без повреде није пронађена статистички значајна разлика. Обе групе испитаника процењивале су своју социјалну подршку

на сличном нивоу. Даљом анализом добијених резултата која је налагала испитивање опажене подршке између група испитаника са различитом висином повреде, такође, уочили смо да није пронађена статистички значајна разлика. Испитаници са дијагнозом параплегије су на исти начин опажали социјалну подршку од стране пријатеља, породице и за њих значајних особа, као и испитаници са дијагнозом тетраплегије.

Анализом приказаних резултата закључујемо да особе са и без повреде кичмене мождине опажају социјалну подршку на приближно једнак начин.

ЛИТЕРАТУРА

1. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 1976; 38(5): 300–314.
2. Turner JL. Social support as a Contingency in Psychological Well-Being. *Journal of Health and Social Behavior*, 1981; 22(4): 357–367.
3. *Encyclopedia of Environmental Health, Social Support and Social Networks*. Elsevier BV, 2011.
4. Antonucci T, Akiyama H, Sherman A. *Social networks, support, and integration*. In Birren J. (Ed), *Encyclopedia of gerontology* (Second edition), 2007; 1032–1055.
5. House J, Landis K, Umberson D. Social relationships and health. *Science* 1988; 241: 540.
6. Canty-Mitchell J, Zimet G. Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in Urban Adolescents. *American Journal of Community Psychology*, 2000; 28(3): 391–400.
7. Zimet G, Dahlem N, Zimet S, Farley G. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 1998; 52: 30–41.
8. Zimet G, Powell S, Farley G, Werkman S, Berkoff K. Psychometric characteristics of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 1990; 55: 610–17.
9. Clara I, Cox B, Enns M, Murray L, Torgrud L. Confirmatory Factor Analysis of The Multidimensional Scale of Perceived Social Support in Clinically Distressed and Student Samples. *Journal of Personality Assessment*, 2003; 3(81): 265–270.
10. Wongpakaran T, Wongpakaran N, Ruktrakul R. Reliability and Validity of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS): Thai Version. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2011; 7: 161–166.

Контакт: Сања Трговчевић, адреса: Пожешка 58, 11000 Београд, тел: 0653010053, e-mail: strgovcevic@yahoo.com