

Jolanta Glińska¹, Elżbieta Cezak², Małgorzata Lewandowska¹, Beata Brosowska³

¹Zakład Teorii Pielęgniarstwa i Umiejętności w Pielęgniarstwie, Katedra Nauczania Pielęgniarstwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

²Studentka Oddziału Pielęgniarstwa i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

³Zakład Nauczania Pielęgniarstwa z Pracowniami Praktycznymi, Katedra Nauczania Pielęgniarstwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Wsparcie społeczne a satysfakcja z życia osób z chorobą niedokrwienną serca

Social support compared with life satisfaction of patients with ischemic heart disease

STRESZCZENIE

Wstęp. Choroba niedokrwienna serca jest jedną z kluczowych przyczyn obniżenia jakości życia oraz przedwczesnej umieralności. Jest postrzegana jako stan zaburzający równowagę pomiędzy jednostką a otoczeniem, co skłania osoby chore do poszukiwania wsparcia społecznego.

Cel. Celem pracy była ocena poziomu wsparcia społecznego u pacjentów z chorobą wieńcową oraz analiza zależności pomiędzy otrzymanym wsparciem społecznym a poziomem satysfakcji z życia.

Materiał i metody. Badanie przeprowadzono wśród 100 osób w 2012 roku na Oddziale Kardiologicznym w Zgierzu. Do oceny wsparcia społecznego użyto Skali Wsparcia Społecznego. Natomiast do pomiaru zadowolenia z życia wykorzystano Skalę Satysfakcji z Życia.

Wyniki. Ogólna analiza danych ukazuje, że dominująca grupa badanych (72%) uzyskała powyżej 199 punktów, co świadczy o wysokim poziomie wsparcia społecznego. Według Skali Satysfakcji z Życia największą grupę (38%) stanowiły osoby z przeciętnym zadowoleniem z życia (5–6 stenów).

Wnioski. Blisko trzy czwarte pacjentów z chorobą niedokrwienną serca mogło liczyć na wysoki poziom wsparcia społecznego. Występuje niewielka, ale dodatnia korelacja pomiędzy wsparciem społecznym a satysfakcją z życia.

Problemy Pielęgniarstwa 2014; 22 (2): 265–270

Słowa kluczowe: satysfakcja pacjenta; jakość życia; wsparcie społeczne; niedokrwienie mięśnia sercowego

ABSTRACT

Introduction. Ischemic heart disease is one of the key cause of reduced quality of life and premature mortality. It is seen as a state of disturbing the balance between the individual and the environment which leads suffers to look for social support.

Aim. Aim of the study was assessment of the level of social support among patients with ischemic heart disease and analysis of the relationship between social support received and the level of life satisfaction.

Material and methods. The study was conducted in 2012 at the Cardiology Unit in Łódź among 100 patients. To assess social support Social Support Scale was used. Whereas to measure life satisfaction with Life Scale was used.

Results. Overall analysis of the data shows that the dominant group of respondents (72%) received more than 199 points, which indicates a high level of social support. According to the Satisfaction with Life Scale, the largest group (38%) consist of people of average life satisfaction (5–6 stents). The second position took people with a high sense of happiness (36%).

Conclusions. More than three-quarters of patients with ischemic heart disease can count on a high level of social support. There is a small but positive correlation between social support and life satisfaction.

Nursing Topics 2014; 22 (2):265–270

Key words: patient satisfaction, quality of life, social support, myocardial ischemia

Wstęp

Choroby układu krążenia są jedną z kluczowych przyczyn przedwczesnej umieralności we wszystkich krajach rozwiniętych [1]. W populacji polskiej mimo tego, że (wg danych GUS z 2014 roku oraz badań przeprowadzonej w ramach programu POLKARD) wykazują one niewielką tendencję spadkową, to jednak nadal zajmują czołowe, niechlubne miejsce wśród czynników przedwczesnej umieralności. W 2011 roku były przyczyną około 45,5% zgonów. Z ich powodu zmarło 90 526 kobiet i 79346 mężczyzn [2].

Leczenie choroby niedokrwiennej serca (CAD, *Coronary Artery Disease*), często inwazyjne, determinuje wiele problemów psychologicznych, co obniża jakość życia [3]. Choroba wieńcowa, szczególnie w fazie zaostrzeń, postrzegana jest jako stan zagrażający życiu, budzący niepokój oraz lęk przed śmiercią. W tych właśnie traumatycznych chwilach osoby chore poszukują wsparcia nie tylko wśród najbliższych, ale także z innych źródeł. Rodzaj wsparcia, jakiego oczekują chorzy może ulegać zmianie i jest generowany sytuacją, w jakiej się te osoby znajdują. Już od dawna przypuszczano, że w rozwoju choroby niedokrwiennej serca dużą rolę odgrywają wzajemne relacje między czynnikami biologicznymi i psychologicznymi, ale dopiero od niedawna istnieją dowody naukowe na poparcie tej tezy [4]. Zdaniem wielu badaczy tematu częstość występowania choroby wieńcowej zwiększa się u osób wykazujących wysoki poziom negatywnych emocji [5]. Zaobserwowano także, że niskie wsparcie społeczne oraz izolacja społeczna nie tylko należą do niezależnych czynników ryzyka choroby wieńcowej, ale także wpływają na jej rokowanie [6].

Cel

Celem pracy była ocena poziomu wsparcia społecznego u pacjentów z chorobą wieńcową oraz analiza zależności pomiędzy otrzymanym wsparciem społecznym a poziomem satysfakcji z życia.

Materiał i metody

Badanie przeprowadzono w 2012 roku na Oddziale Kardiologicznym w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Zgierzu wśród 100 pacjentów leczonych z powodu choroby niedokrwiennej serca. Do badania wsparcia społecznego w wymiarze jakościowym użyto Skali Wsparcia Społecznego dr Kmiecik-Baran (SWS). Skala ta pozwala na wyodrębnienie czterech wymiarów wsparcia społecznego: informacyjnego, instrumentalnego, wartościującego oraz emocjonalnego, jakie jednostka mogła otrzymać od sieci społecznej. Do oceny wielkości otrzymywanego wsparcia społecznego zastosowano skalę stenową.

STEN 1–4 oznacza brak wsparcia (0–153 pkt.), STEN 5–6 — średnie wsparcie (154–198 pkt.), STEN 7–10 — wysokie wsparcie (199–336 pkt.) [7]. Do pomiaru zadowolenia z życia wykorzystano Skalę Satysfakcji z Życia (SWLS, Satisfaction with Life Scale) Diener, Emmons, Larson, Griffin w adaptacji Juczyńskiego. Wynikiem pomiaru jest ogólny wskaźnik poczucia zadowolenia z życia. Do oceny poziomu poczucia satysfakcji z życia zastosowano skalę stenową. STEN 1–4 (5–17 pkt.) — mała satysfakcja, STEN 5–6 (18–23 punkty) — średnia satysfakcja, STEN 7–10 (24–35) — wysoka satysfakcja [8]. Do analizy korelacji zastosowano współczynnik r Pearsona, ρ Spearmana oraz testy t -Studenta dla prób niezależnych. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetyki Uniwersytetu Medycznego w Łodzi (RNN/640/12/KB z dnia 17.07.2012r.).

Wyniki

W badanej grupie nieznacznie zarysowywała się przewaga kobiet (54%). Biorąc pod uwagę wiek respondentów widać było dość znaczną przewagę chorych między 61. a 70. rokiem życia (37%). Najmniejsza grupa (3%) to osoby pomiędzy 18. a 30. rokiem życia. W badanej grupie ponad trzy czwarte respondentów (76%) mieszkała w mieście. Kolejna cecha analizowana to poziom wykształcenia. Blisko połowa respondentów (46%) deklarowała wykształcenie średnie, znacznie mniejsza część (21%) posiadała wykształcenie zawodowe oraz podstawowe 18%. Najmniejszą grupę stanowili respondenci z wykształceniem wyższym 15%.

Ogólna analiza danych według Skali Wsparcia Społecznego ukazała, że dominująca grupa badanych (72%) uzyskała powyżej 199 punktów (7–10 stenów), co świadczy o wysokim poziomie wsparcia społecznego. Na brak wsparcia wskazało jedynie 4% badanych. Pozostała grupa (24%) uzyskała 5–6 stenów, czyli wsparcie na poziomie średnim (tab. 1).

Szczegółowa analiza rodzajów dostarczanego wsparcia pokazała, że najmniej pomocy respondenci otrzymywali w zakresie wsparcia instrumentalnego, gdzie aż 23% osób deklarowało jego brak. Ponadto można zauważyć, że ankietowani otrzymywali niemalże taką samą ilość wsparcia informacyjnego, wartościującego i emocjonalnego. Większość kształtowała się na poziomie wysokim.

Analizując Skalę Satysfakcji z Życia, stwierdzono, że wśród badanej grupy najwięcej było osób (38%) ze średnim zadowoleniem z życia (5–6 stenów). Na drugiej pozycji ukształtowały się osoby o wysokim poczuciu szczęścia (36%). Niewiele punktów, bo niespełna 17 (4 steny) uzyskała najmniej liczna grupa 26% chorych (tab. 2).

Tabela 1. Wsparcie społeczne a satysfakcja z życia**Table 1.** Social support compared to life satisfaction

Wielkość otrzymanego wsparcia	Rodzaje wsparcia społecznego			
	Informacyjne	Instrumentalne	Wartościujące	Emocjonalne
	Wskaźnik struktury (%)	Wskaźnik struktury (%)	Wskaźnik struktury (%)	Wskaźnik struktury (%)
Brak wsparcia	8,00	23,00	12,00	6,00
Średnie wsparcie	18,00	27,00	19,00	24,00
Wysokie wsparcie	74,00	50,00	69,00	70,00
Ogółem	100,00	100,00	100,00	100,00

Tabela 2. Satysfakcja z życia a wiek**Table 2.** Life satisfaction compared to age

Poziom satysfakcji z życia	Wiek					
	18–30	31–40	41–50	51–60	61–70	> 70
	Wskaźnik struktury w (%)	Wskaźnik struktury w (%)	Wskaźnik struktury w (%)	Wskaźnik struktury w (%)	Wskaźnik struktury w (%)	Wskaźnik struktury w (%)
Mały	33,00	20,00	40,00	37,00	21,70	17,40
Średni	66,70	40,00	40,00	33,30	35,10	43,50
Wysoki	0,00	40,00	20,00	29,70	43,20	39,10

Tabela 3. Satysfakcja z życia a odczuwane wsparcie społeczne**Table 3.** Life satisfaction compared to felt social support

Satysfakcja z życia	Wsparcie społeczne	
	Korelacja Pearsona	0,23
Istotność dwustronna	0,021	
n	100	

Śledząc uzyskane dane, szczególną uwagę zwrócił fakt, że najniższe poczucie satysfakcji z życia wykazały osoby w wieku 41–50 lat. W tej grupie wiekowej 40% osób posiadało małą satysfakcję z życia. Porównywalne wyniki zauważono w grupie wiekowej 51–60 lat, w której aż 37% ankietowanych cechowało się niskim poziomem uzyskanych stenów (1–4). W wieku 31–40 lat oraz powyżej 70. roku życia widoczna była tendencja wzrostowa poczucia satysfakcji. W dalszej części pracy poddano analizie kwestię wpływu wsparcia społecznego na poziom satysfakcji z życia badanej populacji (tab. 3).

Analiza statystyczna wykazała, że obie analizowane zmienne są ze sobą powiązane istotnie statystycznie

na poziomie $p < 0,05$. Związek, który zachodzi między nimi jest niewielkiej siły oraz dodatniego znaku. Generalizując uzyskane dane, należy zaakcentować fakt, że największy odsetek wśród badanej grupy (28%) stanowiły osoby, które miały zarówno wysokie wsparcie, jak i wysoką satysfakcję z życia. Jednak w grupie 27%, która otrzymała wsparcie na podobnym poziomie poczucia zadowolenia spada i jest nieco niższe, kształtując się na wysokości średniej (5–6 stenów), a w grupie 17% schodzi aż do poziomu niskiego (1–4 steny) (tab. 4).

Korelację z satysfakcją z życia można uznać za istotną, lecz jedynie na poziomie tendencji statystycznej $p = 0,073$. Jest to dodatni związek o stosunkowo

Tabela 4. Korelacja pomiędzy wiekiem a satysfakcją z życia oraz wsparciem społecznym**Table 4.** Correlation between age and life satisfaction and social support

Wiek	Satysfakcja	Wsparcie
Współczynnik korelacji rangowej rho Spearmana	0,18	0,144
Istotność dwustronna	0,073	0,153
n	100	100

Tabela 5. Zależność między poziomem wsparcia, satysfakcją z życia a częstością pobytu w szpitalu z powodu zaostrzenia choroby**Table 5.** Relationship between the level of support, life satisfaction and the frequency of staying in hospital because of intensification of disease

Hospitalizacje	Satysfakcja	Wsparcie
Współczynnik korelacji rangowej rho Spearmana	0,007	0,133
Istotność dwustronna	0,942	0,189
n	100	100

niewielkiej sile mówiący o tym, że wraz ze wzrostem wieku rośnie również poziom satysfakcji z życia badanych (tab. 5).

Wyniki przeprowadzonej analizy wskazują na brak istotnych związków między analizowanymi zmiennymi. Jednak analizując poziom satysfakcji z życia w odniesieniu do częstości hospitalizacji, można stwierdzić pewną tendencję wskazującą na wyższy poziom satysfakcji u osób sporadycznie hospitalizowanych z powodu zaostrzenia choroby. W grupie tej osoby z dużym poczuciem satysfakcji stanowiły 18%, 20% to osoby ze średnim, a 12% — z małym poziomem zadowolenia z życia.

Nie wykazano również zależności statystycznej w zakresie zadowolenia z życia oraz poziomu odczuwanego wsparcia pomiędzy osobami żyjącymi samotnie a tymi, którzy mieszkają z rodziną. Wyniki testu t-Studenta dla prób niezależnych pokazują, że zarówno w zakresie satysfakcji z życia ($t(98) = 1,36$; $p = 0,177$), jak i odczuwanego poziomu wsparcia ($t(98) = -0,15$; $p = 0,878$) brak jest istotnych statystycznie różnic. Obie porównywane grupy charakteryzują się podobnym poziomem w zakresie zmiennych zależnych. Podobne wyniki uzyskano przy porównywaniu wpływu miejsca zamieszkania. Zarówno w zakresie satysfakcji z życia ($t(98) = -1,07$; $p = 0,287$), jak i odczuwanego poziomu wsparcia ($t(98) = 0,19$; $p = 0,850$) brak jest różnic istotnych statystycznie. Analogicznie do powyższych dwóch punktów także w przypadku wpływu płci uzyskane średnie w zakresie tych dwóch mierzonych zmiennych są w obu grupach

nieistotnie różne. Wyniki tejże analizy wskazują, że kobiety nie różnią się od mężczyzn pod względem satysfakcji z życia ($t(98) = -0,62$; $p = 0,538$) oraz odczuwanego poziomu wsparcia ($t(98) = -0,52$; $p = 0,602$).

Dyskusja

Rola wsparcia społecznego była zapewne podobna od zarania dziejów. Jednak stosunkowo niedawno stała się przedmiotem licznych badań naukowych. Przyczyną tak dużego zainteresowania były poczynione obserwacje, z których wynikało, że osoby, które otoczone były liczną rodziną, posiadały wielu przyjaciół oraz należały do różnych organizacji lepiej radziły sobie z trudnościami życia codziennego, stresem oraz cieszyły się lepszym zdrowiem [9]. Rozanski i wsp., opierając się na wynikach z 15 programów badawczych wysunął wniosek, że zbyt mała sieć społeczna może wiązać się z 2-, a nawet 3-krotnym wzrostem ryzyka zachorowania na chorobę wieńcową. Niski poziom dostępnego wsparcia to nie tylko ryzyko choroby wieńcowej. Może on generować jej negatywny przebieg, jak również predysponować do wystąpienia zaostrzeń [10]. Zależności te potwierdzają eksperci Status-conference Psychocardiology, co więcej stwierdzili oni również, że wsparcie społeczne bardzo korzystnie wpływa na psychiczne następstwa choroby wieńcowej. Znacząco zmniejsza nasilenie lęku i depresji, podnosi samoocenę, a także zwiększa współczynnik przeżywalności pacjentów po przebiegu ostrego epizodu wieńcowego [11]. Ocena poziomu

wsparcia przeprowadzona przez Płaszewską-Żywko i Myrddo potwierdziła słuszność tych stwierdzeń. Zdaniem większej części pacjentów (70%) zakwalifikowanych do zabiegu wszczęcia pomostów aortalno-więcowych, niezależnie od wieku i płci, wsparcie społeczne przynosi pozytywne korzyści ($r = 0,28$; $p = 0,003$) [1].

Wyżej przedstawione refleksje potwierdzają wyniki własne. Dokonując analizy otrzymanego wsparcia społecznego wśród badanej grupy, można zauważyć, że zdecydowana większość respondentów (96%) otrzymała w mniejszym lub większym stopniu wsparcie społeczne. Odnotowano również dodatnią ($p < 0,05$) korelację pomiędzy wsparciem społecznym a satysfakcją z życia. Oznacza to, że wraz ze wzrostem wsparcia społecznego rośnie również zadowolenie z życia i odwrotnie, im większa satysfakcja z życia, tym większe odczuwane wsparcie społeczne. Podobne opinie można znaleźć w wielu pracach zagranicznych. Badania autorów potwierdzają znaczący fakt wpływu wsparcia społecznego na jakość życia pacjentów z CAD [4, 12, 13].

Rozpatrując rodzaje wsparcia, zauważono, że respondenci najmniej otrzymywali pomocy w zakresie wsparcia instrumentalnego. Nieco lepsze wyniki uzyskano przy wsparciu informacyjnym, wartościującym i emocjonalnym. Wyniki w tych rodzajach wsparcia były zbliżone. W materiale przedstawionym przez Thomson i wsp. można odnaleźć, że to właśnie wsparcie informacyjne i emocjonalne, którego badani otrzymali najwięcej, ma kluczowy wpływ na zdrowie psychiczne. Autorzy podkreślają istotny związek pomiędzy tymi składowymi ($p = 0,001$) [14].

Zgłębiając pojęcie wsparcia, należy uwzględnić zapotrzebowanie jednostki na wsparcie oferowane i otrzymywane, które w dużym stopniu uzależnione jest od zasobów osobowościowych wchodzących w interakcję z procesami wsparcia. Składają się na nie takie cechy, jak poczucie niezależności, tożsamości oraz poziom samooceny jednostki [15]. Działanie wsparcia, jako eliksiru dobrego samopoczucia starano się potwierdzić podczas badań. Jednak interpretując otrzymane dane, można zauważyć, że na 72 osoby z dużym wsparciem, 28 osób cechowało wysokie oraz 27 osób średnie poczucie zadowolenia. Jest też najmniejsza grupa (17 osób) o niskim dobrostanie psychicznym. Nasuwa się więc pytanie: skoro wysokie wsparcie powinno warunkować wysoką satysfakcję, to dlaczego tyle osób ma tak nieduże poczucie zadowolenia z życia? Jedynym wytłumaczeniem takiej sytuacji jest podejrzenie, że w tej grupie respondentów oferowane wsparcie ze strony innych osób może być nieadekwatne do zapotrzebowania tych chorych. W tym miejscu należałoby zgodzić się z tym, co podaje literatura, że duże wsparcie, źle dopasowane do po-

trzeb jednostki może pozbawić jednostkę wspieraną autonomii, obniżyć jej samoocenę oraz ograniczyć stopień samodzielności w radzeniu z trudnościami życia codziennego człowieka [16]. Warto także przyrzeć się różnicom, jakie ujawniły się podczas analizy grupy osób ze średnim wsparciem. Otóż wyraźnie zarysowuje się różnica między poziomem małej i dużej satysfakcji. Jak można zauważyć wraz z mniejszym nasyceniem wsparcia, zmniejsza się odsetek osób z dużą satysfakcją (6%) natomiast zwiększa się stosunkowo odsetek z małym (9%) i średnim (9%) poczuciem satysfakcji. Nieadekwatność wsparcia do satysfakcji z życia obserwowano także w grupie osób o najniższym wsparciu społecznym. Jak można zauważyć 4% osób nie mając wsparcia, posiada poczucie dużej satysfakcji z życia. W stosunku do tych osób teoria związku między wsparciem a satysfakcją z życia nie potwierdziła się. Jedyną interpretacją tego zjawiska jest podejrzenie, że jednostki te może cechować duża potrzeba niezależności. Być może chorzy ci unikają wsparcia społecznego, chroniąc własną samoocenę. Wsparcie odbierają jako zagrożenie własnej autonomii, a otoczenie jako pomocne, ale ubezwłasnowolniające [16]. Dlatego też psychologiczna interwencja w formie wsparcia społecznego nie powinna być ograniczona tylko do leczenia objawów depresji i lęku, lecz wymaga rozszerzenia o poznanie cech osobowości osoby wspieranej [17].

Analizując ogólne wyniki korelacji między wsparciem społecznym a satysfakcją z życia, zaczęto zastanawiać się także, jakie cechy demograficzne mogą wpływać na wyższe poczucie zadowolenia u pacjentów z chorobą wieńcową. Analizie poddano takie cechy, jak: płeć, miejsce zamieszkania, mieszkanie z rodziną oraz wiek respondentów. Uzyskane wyniki analizy statystycznej wykazują, że zmienne te nie wpływają na poziom wsparcia społecznego oraz satysfakcję z życia wśród badanej grupy pacjentów. Podczas analizy statystycznej stwierdzono jedynie niewielki związek pomiędzy wiekiem a satysfakcją mówiący o tym, że wraz ze wzrostem wieku rośnie również poziom satysfakcji z życia badanych. Odmienną zależność odnotowali Sorensen i Wang. Starsze osoby miały niższy poziom satysfakcji i wykazywały większe trudności życia codziennego z powodu depresji i izolacji społecznej. Według ich badań istnieje również związek pomiędzy płcią a badanymi czynnikami. U kobiet stwierdzono większą depresję i gorszy poziom satysfakcji oraz większą niż u mężczyzn zależność pomiędzy wsparciem społecznym a jakością życia [18]. Relacje tę podkreślają również badania Staniute i wsp. Postrzegane wsparcie i stresujące wydarzenia życiowe wpływają znacząco na jakość życia u pacjentów z CAD, zwłaszcza u kobiet [5].

Przeprowadzone badania własne są tylko ogólną diagnozą, w której można jedynie stwierdzić w jakim stopniu występuje korelacja między tymi dwoma czynnikami (wsparciem a satysfakcją). Na podstawie przeprowadzonych analiz nie można jednak postawić szczegółowej diagnozy, co jest predykatorem na przykład niskiej satysfakcji, czy niskiego wsparcia w danych grupach. Wskazane byłoby rozszerzenie badania o wpływ innych czynników.

Wnioski

1. Blisko trzy czwarte pacjentów z chorobą niedokrwienną serca deklaroowało wysoki poziom wsparcia społecznego. Główną formą wsparcia otrzymanego przez badanych było wsparcie emocjonalne, wartościujące i informacyjne.
2. Poziom poczucia satysfakcji z życia badanej grupy klasyfikuje się u większości badanych na poziomie średnim.
3. Występuje dodatnia korelacja pomiędzy wsparciem społecznym a satysfakcją z życia.
4. Stwierdzono niewielki związek pomiędzy wiekiem a poziomem satysfakcji. Wraz z wiekiem rośnie poziom satysfakcji.

Piśmiennictwo

1. Płaszewska-Żywko L., Myrdko U. Wydolność fizyczna i funkcjonowanie psychospołeczne chorych zakwalifikowanych do zabiegu wszczepienia pomostów aortalno-wieńcowych. *Kardiochir. Torakochir. Pol.* 2009; 6 (1): 23–28.
2. Minister Zdrowia. Narodowy Program Wyrównania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2013–2016. Warszawa 2014: 3.
3. Tasić I., Kostić S., Rihter M. i wsp. Stefanović V. Health related quality of life in patients with coronary artery disease after coronary revascularization. *CEJ Med.* 2013; 8 (5): 618–626.
4. Bishop G.D. *Psychologia zdrowia. Choroba wieńcowa.* ASTRUM 2000: 466–504.
5. Staniute M., Brozaitiene J., Bunevicius R. Effects of social support and stressful life events on health-related quality of life in coronary artery disease patient. *J. Cardiovasc. Nurs.* 2013; 28 (1): 83–89.

6. Titscher G., Schoppl Ch. The significance of partnership for development and clinical course of coronary heart disease. [http://portal.uni-freiburg.de/psychokardio\(stroinainternetowagrupybadawczej "StatuskonferenzPsychokardiologie"\)](http://portal.uni-freiburg.de/psychokardio(stroinainternetowagrupybadawczej%20StatuskonferenzPsychokardiologie%20)); data pobrania: 10.06.2013.
7. Kmiecik-Baran K. Skala wsparcia społecznego. Teoria i właściwości psychometryczne. *Przegląd Psychologiczny* 1995; 38 (1/2): 201–214.
8. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. *Pracownia Testów Psychologicznych.* Warszawa 2009: 128–133.
9. House JS. Social isolation kills, but how and why? *Psychosom. Med.* 2001; 63: 273–274.
10. Rozanski A., Blumenthal JA., Kaplan J. Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation* 1999; 99: 2192–2217.
11. Skrzypek M. Psychospołeczne uwarunkowania ryzyka choroby wieńcowej w świetle ustaleń grupy badawczej. *Probl. Hig.* 2008; 89 (3): 316–321.
12. Grewal K., Grace S.L., Stewart D.E. Differences in social support and illness perceptions among South Asian and Caucasian patients with coronary artery disease. *Heart Lung* 2010; 39 (3): 180–187.
13. Bennett S.J., Perkins S.M., Lane K.A., Deer M., Brater D.C., Murray M.D. Social support and health related quality of life in chronic heart failure patients. *Qual Life Res.* 2001; 10: 671–682.
14. Gerard J., Molloyb-Misook L., Chungc L. The effects of perceived social support on quality of life in patients awaiting coronary artery bypass grafting and their partners: Testing dyadic dynamics using the Actor-Partner Interdependence Model Patricia Thomsona. *Psychol. Health Med.* 2012; 17: 35–46.
15. Sęk H., Cieślak R. *Wsparcie społeczne stres i zdrowie.* PWN; Warszawa 2006; 7–35: 170–188.
16. Kózka M., Płaszewska-Żywko L. *Modele opieki pielęgniarskiej nad chorym dorosłym. Podręcznik dla studiów medycznych.* PZWL, Warszawa 2010: 46–48.
17. Buneviciute J., Staniute M., Brozaitiene J., Girdler S., Bunevicius R. Mood symptoms and personality dimensions as determinants of health-related quality of life in patients with coronary artery disease. *J. Health Psychol.* 2013; 18 (11): 1493–1504.
18. Sorensen E.A., Wang F. Social support, depression, functional status, and gender differences in older adults undergoing first-time coronary artery bypass graft surgery. *Heart Lung* 2009; 38 (4): 306–317.