

Monika Kadłubowska¹, Maria Kózka²¹Katedra Pielęgniarstwa i Ratownictwa Medycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Techniczno-Humanistyczna, Bielsko-Biała²Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Rola wsparcia społecznego w radzeniu sobie z bólem niedokrwiennym

The role of the social support in coping with the ischaemic pain

STRESZCZENIE

Wstęp. Wsparcie społeczne jest rozumiane jako szczególny sposób i rodzaj pomocy udzielanej osobom i grupom głównie w celu mobilizowania sił, potencjału i zasobów, które zachowali, aby mogli sami sobie radzić ze swoimi problemami. Odgrywa również ogromnie znaczenie w walce z bólem niedokrwiennym.

Cel. Celem pracy było ukazanie roli wsparcia społecznego w radzeniu sobie z bólem wśród pacjentów z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych (PAD).

Materiał i metody. Badania przeprowadzono w grupie 100 pacjentów hospitalizowanych z powodu przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych w Szpitalu Wojewódzkim w Bielsku-Białej na Oddziale Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej oraz leczonych w Poradni Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej w okresie od grudnia 2010 do stycznia 2012 roku. W pracy wykorzystano metodę analizy dokumentów oraz sondażu diagnostycznego przy użyciu standaryzowanych narzędzi badawczych, tj. Kwestionariusza Strategii radzenia sobie z bólem (CSQ), Skali Wsparcia Społecznego Krystyny Kmiecik-Baran oraz autorskiego kwestionariusza ankiety.

Wyniki i wnioski. Pacjenci z PAD najczęściej uruchamiali strategię modlenie się/pokładanie nadziei oraz deklarowanie radzenia sobie, natomiast najrzadziej strategię zdolność zmniejszania bólu. Osoby otrzymujące wsparcie instrumentalne rzadziej uruchamiały strategię zdolność zmniejszania bólu. Wsparcie informacyjne wiązało się z mniejszym korzystaniem ze strategii modlenie się/pokładanie nadziei. Chorzy odczuwający wsparcie wartościujące rzadziej wykorzystywali strategię odwracanie uwagi, przewartościowanie doznań, deklarowanie radzenia sobie, zwiększona aktywność behawioralna oraz kontrola bólu. Uzyskiwanie wsparcia emocjonalnego zmniejszało uruchamianie strategii modlenie się/pokładanie nadziei, kontrola bólu oraz zdolność zmniejszania bólu, natomiast sprzyjało katastrofizowaniu.

Problemy Pielęgniarstwa 2014; 22 (2): 293–299

Słowa kluczowe: niedokrwienie kończyn; ból; wsparcie społeczne

ABSTRACT

Introduction. Social support is seen as a special way of giving help to people who in order to cope with their problems and it has also a great significance in fighting the ischaemic pain.

Aim. The presentation of the role of the social support in coping with the pain among the patients with the PAD

Material and methods. The study has been conducted on the group of 100 patients with PAD in the District Hospital in Bielsko-Biała at the General and Vascular Surgery Ward and Vascular Surgery Outpractice Clinic since December 2010 to January 2012. The method used in the work was Coping Strategies Questionnaire (CSQ), Social Support Scale by Krystyna Kmiecik-Baran, as well as a specially designed questionnaire.

Results and conclusions. The predominant strategies used by the patients with PAD were praying/hoping and claiming to cope with the situation. At the same time the strategy of reducing the pain was less frequent. Patients getting the instrumental support proved to use the strategy of reducing the pain infrequently. Thanks to the informative support the strategies of praying/hoping were less common. Patients who experienced evaluative support rarely used the strategy of distracting,

reassessing the feelings, claiming to cope, higher behavioural activity and controlling the pain. While getting the emotional support, patients used less frequently the strategy of praying/hoping, controlling the pain and the ability to reduce the pain, however, this kind of support favoured pessimistic thinking.

Nursing Topics 2014; 22 (2): 293–299

Key words: limb ischemia; pain; social support

Wstęp

Ból przewlekły uważany jest za zjawisko biopsychospołeczne. Jest dla chorego źródłem wielu negatywnych psychologicznych, społecznych i ekonomicznych następstw [1]. Ból powoduje izolację chorego przejawiającą się w rezygnacji z ulubionych zajęć, hobby, utratę zdolności do pracy i samej pracy, utratę wiarygodności, przyjaciół, życia towarzyskiego [2]. Obniżenie sprawności fizycznej, społecznej, umysłowej i zawodowej wpływa na psychikę osób nim dotkniętych, wywołując stany lękowe, depresję, gniew lub poczucie utraty kontroli nad swoim zdrowiem i życiem [3–5]. Wymusza to na jednostce wysiłek poznawczy i behawioralny wobec sytuacji stresującej czy wywołującej napięcie emocjonalne określane jako radzenie sobie ze stresem [6]. Ból przewlekły będący dla pacjenta źródłem wielkiego cierpienia wpływa na postrzeganie własnych możliwości radzenia sobie z nim, w tym uruchamiania strategii radzenia sobie z bólem [7]. Można wskazać dwie główne strategie radzenia sobie z bólem w chorobie, czyli dwa typy zachowań adaptacyjnych: 1) nastawienie zadaniowe na rozwiązanie problemu, co oznacza wysiłek w kierunku usunięcia źródła stresu oraz 2) strategie skoncentrowane na emocjach, które wyrażają się wysiłkiem regulowania/zmniejszania przykrych reakcji emocjonalnych na sytuację poprzez unikanie aktywności, bierność i jednocześnie szukanie wsparcia [8], które jest konstrukcją osłaniającą i ochraniającą jednostkę przed niekorzystnymi wpływami i doświadczeniami.

Relacje społeczne mają związek ze zdrowiem jednostki i podejmowaniem przez nią zachowań mających na celu utrzymanie bądź przywrócenie potencjału zdrowotnego [9]. Badacze zajmujący się wsparciem społecznym zwracają uwagę na jego wielowymiarowość oraz pełnioną funkcję na każdym etapie życia człowieka, a szczególnie znajdującego się w specyficznych, trudnych, wymagających pomocy innych osób sytuacjach, do których niewątpliwie należy choroba [10].

Cel

Celem niniejszej pracy było ukazanie roli wsparcia społecznego w uruchamianiu strategii radzenia sobie radzenia sobie z bólem wśród pacjentów z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych (PAD, *peripheral arterial disease*).

Materiał i metody

Badania przeprowadzono wśród 100 pacjentów z rozpoznaniem przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych hospitalizowanych w Szpitalu Wojewódzkim w Bielsku-Białej na Oddziale Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej oraz leczonych w Poradni Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej w okresie od grudnia 2010 do stycznia 2012 roku. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej nr 2010/11/30/6, 2011/03/17/6. Do badań zakwalifikowano chorych z rozpoznaniem niedokrwienia kończyn dolnych w I, II, III, IV stadium według klasyfikacji Fontaine'a; po wdrożeniu leczenia zachowawczego, ale przed włączeniem postępowania rewaskularyzacyjnego [11].

W pracy wykorzystano metodę analizy dokumentów oraz sondażu diagnostycznego przy użyciu standaryzowanych narzędzi badawczych oraz autorskiego kwestionariusza ankiety. Materiał badawczy zebrano za pomocą Kwestionariusza Strategii Radzenia Sobie z Bólem (CSQ, *The Pain Strategies Questionnaire*) opracowanego przez Rosenstiel i Keefe w adaptacji polskiej Juczyńskiego [12], Skali Wsparcia Społecznego Krystyny Kmieciak-Baran [13] oraz Kwestionariusza ankiety zawierającego 13 pytań służących do zebrania danych socjodemograficznych oraz sytuacji zdrowotnej badanych.

Wyniki badań poddano analizie statystycznej, wykorzystując pakiet statystyczny Statistica PL 9.0. Ze względu na rodzaj cech znamienych poddanych ocenie w analizie statystycznej posłużono się: testem *t*-Studenta oraz testem niezależności chi-kwadrat. W ocenie statystycznej przyjęto poziom istotności $\alpha < 0,05$.

Wyniki

Badana grupa chorych z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych liczyła 100 osób, w tym 26 kobiet i 74 mężczyzn w wieku 27–88 lat (śr. 61 lat). Wśród badanych przeważały osoby będące na emeryturze (48%), posiadające wykształcenie zawodowe (46%), oraz mieszkające na wsi (42%). Większość z badanych z PAD pozostawała w związku małżeńskim (74%) oraz mieszkała z rodziną (91%) (tab. 1).

Przewlekłe niedokrwienie kończyn dolnych związane jest z bólem, który nasila się wraz z postępowaniem choroby oraz wpływa na postrzeganie własnych

Tabela 1. Charakterystyka socjodemograficzna badanych**Table 1.** Characteristics of the group of respondents

	Grupa badana		
	Wszyscy	Kobiety	Mężczyźni
Liczba badanych	n = 100 (100%)	n = 26 (26%)	n = 74 (74%)
Wiek			
Średnia/odchylenie standardowe	61,07/10,07	64,5/11,85	59,86/9,15
Minimum/maksimum	27/88	27/88	31/84
Wykształcenie			
Podstawowe	20 (20%)	3 (11,5%)	17 (23%)
Zawodowe	46 (46%)	10 (38,5%)	36 (48,6%)
Średnie	32 (32%)	11 (42,3%)	21 (28,4%)
Wyższe magisterskie	2 (2%)	2 (7,7%)	0
Aktywność zawodowa			
Pracuje	20 (20%)	3 (11,5%)	17 (23%)
Renta	27 (27%)	6 (23,1%)	21 (28,4%)
Emerytura	48 (48%)	16 (61,5%)	32 (43,2%)
Bezrobocie	3 (3%)	1 (3,8%)	2 (2,7%)
Inne	2 (2%)	0	2 (2,7%)
Miejsce zamieszkania			
Miasto > 50 tys.	33 (33%)	12 (46,2%)	21 (28,4%)
Miasto 30–50 tys.	11 (11%)	3 (11,5%)	8 (10,8%)
Miasto do 30 tys.	14 (14%)	4 (15,4%)	10 (13,5%)
Wieś	42 (42%)	7 (26,9%)	35 (47,3%)
Stan cywilny			
Żonaty/zamężna	74 (74%)	12 (46,2%)	62 (83,8%)
Wdowiec/wdowa	13 (13%)	4 (15,4%)	9 (12,2%)
Wolny/wolna	12 (12%)	9 (34,6%)	3 (4,1%)
Braki danych	1 (1%)	1 (3,8%)	0
Mieszka Pan/Pani			
Z rodziną	91 (91%)	23 (88,5%)	68 (91,9%)
Sam	9 (9%)	3 (11,5%)	6 (8,1%)

Źródło: badania własne; n — liczba badanych

możliwości radzenia sobie z nim, w tym uruchamiania strategii radzenia sobie z bólem. Chorzy z PAD najczęściej uruchamiali strategię modlenie się/pokładanie nadziei (średnia 22,53) oraz deklarowanie radzenia sobie (średnia 20,69). Nieco rzadziej korzystali ze strategii zwiększona aktywność behawioralna (średnia 19,08), odwracanie uwagi (średnia 17,52), ignorowanie doznań (średnia 15,31), katastrofizowanie (średnia 14,27) oraz przewartościowanie

doznań bólowych (średnia 11,44). Najrzadziej do walki z bólem niedokrwiennym wykorzystywali strategię kontrola bólu (średnia 3,44) oraz zdolność zmniejszania bólu (średnia 2,89), co wskazuje na pewnego rodzaju bezradność w walce z bólem niedokrwiennym (tab. 2).

Wsparcie społeczne jako niezwykle istotna komponenta wspomagania chorych w sytuacji trudnej odgrywa niebagatelną rolę w adaptacji do nowej sy-

Tabela 2. Strategie radzenia sobie z bólem w badanych grupach z podziałem na płeć**Table 2.** Strategies for coping with pain in the studied groups

Rodzaj strategii radzenia sobie z bólem (CSQ)	Grupa badana		
	Razem	Kobiety	Mężczyźni
Liczba badanych	n = 100	n = 26	n = 74
Odwracanie uwagi			
Średnia/odchylenie standardowe	17,52/7,76	17,62/5,57	17,49/7,87
Przewartościowanie doznań bólu			
Średnia/odchylenie standardowe	11,44/8,04	7,96/5,72	12,66/8,4
Katastrofizowanie			
Średnia/odchylenie standardowe	14,27/8,16	14,31/9,05	14,26/7,88
Ignorowanie doznań			
Średnia/odchylenie standardowe	15,31/8,44	14,27/6,5	15,68/9,04
Modlenie się/pokładanie nadziei			
Średnia/odchylenie standardowe	22,53/8,82	23,42/8,14	22,22/9,08
Deklarowanie radzenia sobie			
Średnia/odchylenie standardowe	20,69/7,22	19,27/6,67	21,19/7,38
Zwiększona aktywność behawioralna			
Średnia/odchylenie standardowe	19,08/6,96	20,46/6,42	18,59/7,11
Kontrola bólu			
Średnia/odchylenie standardowe	3,44/1,43	3,04/1,31	3,58/1,45
Zdolność zmniejszania bólu			
Średnia/odchylenie standardowe	2,89/1,39	2,96/1,28	2,86/1,44

Źródło: badania własne; n – liczba badanych

tuacji jaką jest choroba i ból. Wsparcie ogólne mówi o otrzymywanym poziomie wsparcia bez różnicowania go na poszczególne rodzaje. Chorzy z PAD oceniali go na poziomie średnim 48,31 pkt. — mężczyźni oraz 46,23 pkt. — kobiety (tab. 3). Wsparcie informacyjne polegające na otrzymywaniu informacji ułatwiających rozumienie sytuacji chorobowej i wiążących się z nią zmian w funkcjonowaniu, kobiety oceniły na poziomie 11,42 pkt., natomiast mężczyźni na poziomie 11,68 pkt. (tab. 3). Otrzymywane wsparcie instrumentalne polegające na dostarczaniu pomocy finansowej i rzeczowej wyżej ocenili mężczyźni (12,85 pkt.) niż kobiety (11,38 pkt.) (tab. 3). Okazywanie akceptacji, szacunku, potwierdzenie wartości osoby, czyli wsparcie wartościujące zarówno mężczyźni (11,77 pkt.), jak i kobiety (12 pkt.) ocenili podobnie (tab. 3). Natomiast wsparcie emocjonalne oparte na współczuciu, zrozumieniu, okazywaniu empatii i troski wyżej niż kobiety (11,42 pkt.) ocenili mężczyźni (12,01 pkt.) (tab. 3).

W zależności od rodzaju otrzymywanego wsparcia społecznego chorzy uruchamiali różne strategie radzenia sobie z bólem. W grupie chorych z PAD zachodziła słaba korelacja ujemna pomiędzy odwracaniem uwagi i przewartościowaniem doznań bólu, a wsparciem wartościującym ($p = 0,04$). Zaobserwowano korelację dodatnią pomiędzy katastrofizowaniem, a wsparciem emocjonalnym ($p = 0,02$). Występowała również korelacja ujemna między modleniem się/pokładaniem nadziei a wsparciem ogólnym ($p = 0,03$), informacyjnym ($p = 0,03$), wartościującym ($p = 0,001$) i emocjonalnym ($p = 0,005$). Osoby z takim rodzajem wsparcia rzadziej korzystały z modlenia się/pokładania nadziei jako strategii radzenia sobie z bólem. W grupie tej zachodziła przeciętna korelacja ujemna pomiędzy deklarowaniem radzenia sobie z bólem ($p = 0,02$), zwiększoną aktywnością behawioralną ($p = 0,05$) a wsparciem wartościującym. Podobnie strategia kontrola bólu skorelowana była ze wsparciem wartościującym ($p = 0,01$) i emocjonalnym

Tabela 3. Wsparcie społeczne w badanych grupach**Table 3.** The social support in the studied groups

Wsparcie społeczne	Grupa badana		
	Razem	Kobiety	Mężczyźni
Liczba badanych	n = 100	n = 26	n = 74
Wsparcie informacyjne			
Średnia/odchylenie standardowe	11,61/3,31	11,42/3,01	11,68/3,43
Wsparcie instrumentalne			
Średnia/odchylenie standardowe	12,47/4,07	11,38/3,57	12,85/4,19
Wsparcie wartościujące			
Średnia/odchylenie standardowe	11,83/3,3	12/3,17	11,77/3,36
Wsparcie emocjonalne			
Średnia/odchylenie standardowe	11,86/3,12	11,42/3,53	12,01/2,97
Wsparcie ogólne			
Średnia/odchylenie standardowe	47,77/10,78	46,23/10,29	48,31/10,97

Źródło: badania własne; n – liczba badanych

Tabela 4. Korelacje pomiędzy wsparciem społecznym a strategiami radzenia sobie z bólem u pacjentów z PAD**Table 4.** Correlations between social support and coping strategies with pain in patients with PAD

Strategie radzenia sobie z bólem	Wsparcie ogólne	Wsparcie informacyjne	Wsparcie instrumentalne	Wsparcie wartościujące	Wsparcie emocjonalne
Odwracanie uwagi (r/p)	-0,11/0,028	-0,15/0,13	-0,01/0,91	-0,21/0,04	-0,11/0,28
Przewartościowanie doznań bólu (r/p)	-0,05/ 0,59	-0,05/0,6	0,06/0,58	-0,21/0,04	-0,06/0,53
Katastrofizowanie (r/p)	0,19/0,07	0,14/0,17	0,19/0,06	0,17/0,08	0,23/0,02
Ignorowanie doznań (r/p)	-0,09/0,36	-0,06/0,56	-0,02/0,86	0,18/0,07	-0,07/0,47
Modlenie się/pokładanie nadziei (r/p)	-0,22/0,03	-0,22/0,03	-0,01/0,89	-0,32/0,001	-0,28/0,005
Deklarowanie radzenia sobie (r/p)	-0,08/0,45	0,02/0,84	0,003/0,98	-0,23/0,02	-0,15/0,13
Zwiększona aktywność behawioralna (r/p)	-0,16/0,11	-0,14/0,18	-0,09/0,38	-0,2/0,05	-0,19/0,06
Kontrola bólu r/p	-0,14/0,17	-0,04/0,67	-0,04/0,71	-0,24/0,01	-0,2/0,04
Zdolność zmniejszenia bólu (r/p)	-0,23/0,02	-0,17/0,09	-0,2/0,05	-0,17/0,09	-0,27/0,007

Źródło: badania własne; r — współczynnik korelacji liniowej Pearsona, p — poziom istotności różnic pomiędzy

($p = 0,04$). Osoby z takim rodzajem wsparcia rzadziej stosowały strategię deklarowanie radzenia sobie oraz przejawiały zachowania mające na celu podejmowanie czynności redukujących ból i jego kontrolę. Strategia zdolność zmniejszania bólu

skorelowana była ujemnie ze wsparciem ogólnym ($p = 0,02$), instrumentalnym ($p = 0,05$) i emocjonalnym ($p = 0,007$); osoby odczuwające takie rodzaje wsparcia społecznego rzadziej stosowały tę strategię dla obrony przed bólem (tab. 4).

Dyskusja

Wsparcie społeczne odgrywa bardzo ważną rolę na każdym etapie życia człowieka, a szczególnie znajdującego się w specyficznych, trudnych, wymagających pomocy innych osób sytuacjach, do których niewątpliwie należy choroba. Wyniki badań pokazują, że niski poziom wsparcia przy wysokim poziomie stresu, w sposób istotny wpływa na zachorowalność i śmiertelność z powodu wielu schorzeń, w tym chorób układu krążenia [14] oraz ma wpływ na wystąpienie depresji i obniżenie jakości życia podczas rehabilitacji kardiologicznej [15]. Wsparcie społeczne może przyczynić się do ochrony lub poprawy zdrowia i samopoczucia jednostki poprzez modyfikowanie jej zachowań w kierunku zachowań prozdrowotnych, walki o godne życie z chorobą lub niepełnosprawnością [16].

W procesie zmagania się z chorobą ogromne znaczenie mają bliskie powiązania jednostki z innymi osobami jak rodzina, przyjaciele oraz więzi z dalszych kręgów społecznych. Partnerzy życiowi mogą pozytywnie wpływać na styl życia i pomóc eliminować znane czynniki ryzyka oraz zapewnić lepszą opiekę, udzielając wsparcia oraz wpływając na polepszenie stanu zdrowia i samopoczucia. Odwrotnie, brak wsparcia społecznego może przyczynić się do pogorszenia stanu zdrowia [17].

Analizując zależności w badanej grupie pomiędzy strategiami radzenia sobie z bólem a rodzajami udzielanego wsparcia, zauważono, że badani z PAD odczuwający udzielane wsparcie wartościujące rzadziej stosowali strategię odwracanie uwagi, przewartościowanie doznań bólu, modlenie się/pokładanie nadziei, rzadziej deklarowali radzenie sobie z chorobą oraz przejawiali zachowania mające na celu podejmowanie czynności redukujących ból i jego kontrolę. Osoby otrzymujące wsparcie ogólne, informacyjne i emocjonalne rzadziej stosowały strategię modlenie się/pokładanie nadziei i zdolność zmniejszania bólu. Ponadto zauważono, że przy wroście wsparcia emocjonalnego badani częściej używali strategii katastrofizowania.

Na rodzaj udzielanego wsparcia również zwraca uwagę Kurowska i wsp. [10] zauważając, że w grupie osób starszych wzrasta zapotrzebowanie na wsparcie informacyjne, natomiast obniża na wsparcie wartościujące. Poczucie więzi społecznych, dobrych relacji z innymi oraz przynależności grupowej sprzyja dobremu nastawieniu psychicznemu. Według Kalety i wsp. [9] różnorodne rodzaje wsparcia otrzymywane od rodziny (emocjonalne, informacyjne, wartościujące, materialne) wpływają na podejmowanie zróżnicowanych zachowań prozdrowotnych. Natomiast Olszewska i wsp. [18] akcentują oprócz pozytywnego wpływu wsparcia na jednostkę również negatywny wpływ konfliktów małżeńskich na powstawanie chorób układu krążenia oraz gorszy stan zdrowia.

Należy zaznaczyć, że kontakt z drugim człowiekiem, jego pozytywna treść przejawiająca się w byciu akceptowanym i wspomaganym, dostarcza człowiekowi poczucia, że nie jest sam w zmaganiu się z chorobą i wpływa na poprawę jego samopoczucia. Poczucie kontaktu angażuje psychicznie, przełamuje barierę lęku i osamotnienia, wspomaga leczenie, pielęgnowanie i rehabilitację, a odczuwane dolegliwości i problemy wydają się łatwiejsze do zniesienia. Ogromne znaczenie odgrywa tu komunikacja terapeutyczna [19, 20].

Wnioski

- Pacjenci z PAD najczęściej uruchamiali strategię modlenie się/pokładanie nadziei oraz deklarowanie radzenia sobie, natomiast najrzadziej strategię zdolność zmniejszania bólu.
- Osoby otrzymujące wsparcie instrumentalne rzadziej uruchamiały strategię zdolność zmniejszania bólu.
- Wsparcie informacyjne wiązało się z mniejszym korzystaniem ze strategii modlenie się/pokładanie nadziei.
- Chorzy odczuwający wsparcie wartościujące rzadziej wykorzystywali strategię odwracanie uwagi, przewartościowanie doznań, deklarowanie radzenia sobie, zwiększona aktywność behawioralna oraz kontrola bólu.
- Uzyskiwanie wsparcia emocjonalnego zmniejszało uruchamianie strategii modlenie się/pokładanie nadziei, kontrola bólu oraz zdolność zmniejszania bólu, natomiast sprzyjało katastrofizowaniu.

Piśmiennictwo

1. Kazalska D., Jarosz J., Górą E., Hilgier M. Czy Go boli—czy się boi? Lęk jako istotny czynnik psychologiczny kształtujący percepcję bólu. *Onkol. Pol.* 2005; 8 (3): 121–124.
2. Parada-Turska J., Piotrowski M., Szczepański L. Medyczne i pozamedyczne problemy bólu przewlekłego. *Reumatologia* 2002; 40 (4): 250–256.
3. Dobrogowski J. Niefarmakologiczne metody leczenia bólu. *Pol. Przegl. Neurol.* 2007; 3 (4): 272–278.
4. Walden-Gałuszko K., Majkowicz M., Janiszewska J., Janowska B. Uwarunkowania psychologiczne percepcji bólu przewlekłego. Badanie porównawcze chorych z różnym patomechanizmem bólu. *Psychoonkologia* 2008; 12 (1): 1–6.
5. Walden-Gałuszko K. Poznanie a ból. *Psychoonkologia* 2007; 12: 1–5.
6. Heszen I., Sęk H. *Psychologia zdrowia*. Warszawa: PWN, 2007.
7. Juczyński Z. Spostrzegana kontrola a strategie radzenia sobie z przewlekłym bólem. *Sztuka Leczenia* 2001; VII (2): 9–16.
8. Walden-Gałuszko K., Majkowicz M. Psychologiczno-kliniczna ocena bólu przewlekłego. Wskazania dla lekarzy pierwszego kontaktu oraz poradni przeciwbólowych i paliatywnych. Gdańsk, AMG, 2003.
9. Kaleta K., Mróz J. Percepcja relacji interpersonalnych a pozytywne zachowania zdrowotne dorosłych. *Probl. Hig. Epidemiol.* 2012; 93(4): 779–784.

10. Kurowska K., Bystrzyk R. Rola wsparcia i przekonań dotyczących zdrowia w zmaganiu się z problemami wieku podeszłego. *Geriatrics* 2013; 7: 5–11.
11. Kadłubowska M. Determinanty radzenia sobie z bólem chorych z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych. Praca doktorska, UJCM Kraków 2013.
12. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych sp. z o.o, 2009.
13. Kmieciak-Baran K. Skala wsparcia społecznego. Teoria i właściwości psychometryczne. *Przeгляд Psychologiczny* 1995; 38 (1/2): 201–214.
14. Pająk A., Podolec P., Kopeć G. i wsp. Polish Forum for Prevention Guidelines on Psychosocial Cardiovascular Disease Risk Factors. *Kardiologia Polska* 2009; 67 (9): 1048–1051.
15. Pakalska-Korcala A., Zdrojewski T., Piwoński J., Radziwiłowicz P., Landowski J., Wyrzykowski B. Stres i niskie wsparcie społeczne jako psychospołeczne czynniki ryzyka chorób sercowo-naczyniowych. *Kardiologia Polska* 2006; 64: 80–86.
16. Shen B., Myers H., McCreary Ch. Psychosocial predictors of cardiac rehabilitation quality-of-life outcomes. *J. Psychosom. Res.* 2006; 60: 3–11.
17. Dudek B., Koniarek J. Wsparcie społeczne jako modyfikator procesu stresu-wybrane problemy teoretyczne si narzędzie pomiaru. *Med. Pr.* 2003; 54 (5): 427–435.
18. Olszewska K., Tobiasz-Adamczyk B., Kawecka-Jaszcz K. Stres a nadciśnienie tętnicze w związkach małżeńskich. *Arterial Hypertension* 2009; 13 (4): 281–285.
19. Motyka M. Zasoby osobiste determinujące zdrowie. *Sztuka Leczenia* 2003; IX (3–4): 41–46.
20. Motyka M. Rola aktywnego słuchania w komunikacji terapeutycznej z pacjentem. *Probl. Piel.* 2011; 19 (2): 259–265.