

Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis

Studia Psychologica V (2012)

CZĘŚĆ II

*Anita Bajcar*¹

Zakład Badań Podstawowych, Katedra Psychologii, Uniwersytet Pedagogiczny, Kraków

Osobowość jako wyznacznik przystosowania psychospołecznego i dobrostanu chorych przewlekle

Streszczenie

Celem badań było poszukiwanie osobowościowych korelatów przystosowania psychospołecznego osób zmagających się z chorobą przewlekłą. Badaniami objęto grupę 246 mężczyzn ze zdiagnozowaną niedokrwienną chorobą serca. Analizowano zależności między nasileniem wybranych cech osobowości, nasileniem uciążliwości wynikających z przebiegu choroby i jej leczenia a poziomem przystosowania i dobrostanem chorych. W badaniach potwierdzono znaczenie neurotyczności, ekstrawersji i otwartości na doświadczenie jako istotnych korelatów przystosowania. W celu trafnego przewidywania przystosowania psychospołecznego chorych przewlekle konieczne jest uwzględnianie zmiennych związanych z chorobą. Zmienne te mogą być niezależnymi predyktorami przystosowania, mogą także modyfikować poziom przystosowania do choroby w interakcji ze zmiennymi osobowościowymi.

Słowa kluczowe: przystosowanie psychospołeczne, choroba przewlekła, osobowość

Personality as the indicator of psychosocial adjustment and well-being of chronic patients

Abstract

The purpose of the studies was to search for personality correlates of psychosocial adjustment of chronic disease patients. The group of 246 male patients with coronary heart disease was included into the studies. Correlations were analysed between the intensity of some selected personal traits, the intensity of limitations resulting from the disease process and its therapy, and the level of patients' psychosocial adjustment and well-being. The studies have confirmed that the neuroticism, extraversion and openness are the essential correlates of the adjustment. In order to predict the psychosocial adjustment of chronic patients accurately, it is necessary to consider some variables connected with the disease. They can be the independent predictors of the adjustment, they can also modify the adjustment level when interacting with personality variables.

Keywords: psychosocial adjustment, chronic disease, personality

¹ Adres do korespondencji: 30-084 Kraków, ul. Podchorążych 2, anita.bajcar@wp.pl

Wstęp

Przystosowanie do choroby to stan osiągnięty w wyniku zmieniających się wysiłków adaptacyjnych podejmowanych przez osobę chorą (Livneh, Antonak 2005). Stan ten wyraża się akceptacją roli chorego i realizowaniem przypisanych do niej działań, podtrzymywaniem i planowaniem aktywności na optymalnym, wyznaczonym stanem zdrowia poziomie, zaangażowaniem w satysfakcjonujące relacje społeczne, zdolnością do utrzymywania wysokiej samooceny oraz pozytywnego bilansu emocjonalnego.

Badania wykazały, że istnieją zależności między tak rozumianym przystosowaniem a indywidualnymi charakterystykami osobowościowymi. Cechy osobowości wyznaczają relatywnie stałe wzorce percepcji sytuacji, oceny poznawczej oraz reagowania emocjonalnego, które ujawniają się zwłaszcza w sytuacjach stresowych (Costa, McCrae 2005; Makowska, Poprawa 2001). Szczególną rolę w kształtowaniu względnie stałych stylów percepcyjno-emocjonalnych przypisuje się neurotyczności i ekstrawersji, które reprezentują biologicznie uwarunkowane predyspozycje do doświadczania negatywnego i pozytywnego afektu (Costa, McCrae 1980; Watson, Clark 1984). Neurotyczność sprzyja doświadczaniu niepokoju, irytacji i gniewu w sytuacji narastających trudności. Prowadzi do wyolbrzymiania trudności i oceniania ich w kategoriach straty lub zagrożenia (Watson, Pennebaker 1989). W przypadku osób chorych może się to wyrażać przesadnym uwrażliwieniem na objawy somatyczne, ich nadinterpretacją, nadużywaniem pomocy medycznej i nadmiernym uzależnieniem od profesjonalistów. Neurotyczność jest również skorelowana z częstszym stosowaniem nieadaptacyjnych strategii działania, takich jak: uciekanie w fantazje, myślenie życzeniowe, samoobwinianie i zaprzeczanie (Bolger 1990; Costa i wsp. 1996). Stosowanie tych strategii może być szczególnie szkodliwe w okresie szpitalnym i posanatoryjnym, w którym powodzenie leczenia jest uzależnione głównie od działań podejmowanych przez chorego (Levine i wsp. 1987; Włodarczyk 2004). Natomiast ekstrawersja wiąże się z doznawaniem pozytywnych emocji, optymistycznymi oczekiwaniami dotyczącymi przyszłości i tendencją do spostrzegania trudności jako wyzwania. Jest związana z częstszym stosowaniem strategii zaradczych zorientowanych na rozwiązanie problemu, zdolnością zastępowania trudnych do zrealizowania celów nowymi i realistycznymi, a także umiejętnością poszukiwania wsparcia (Costa i wsp. 1996). Spostrzeganie wsparcia i zdolność do korzystania z niego ma duże znaczenie w procesie zmagania się z chorobą i przyczynia się do osiągnięcia psychospołecznego przystosowania (Bajcar, Tylka 2007; Fontana 1989; King i wsp. 1993; Pommersbach 1988).

Pozostałe wymiary osobowości uwzględnione w pięcioczynnikowym modelu osobowości wywierają wpływ pośredni, sprzyjając zaangażowaniu się w sytuacje, które wzmagają lub osłabiają poczucie psychospołecznego dobrostanu (Costa, McCrae 1980; DeNeve, Cooper 1998). Ugodowość, którą charakteryzuje zaufanie i skłonność do kooperacji ułatwia poszukiwanie wsparcia społecznego i wpływa na doświadczanie pozytywnych emocji w sytuacjach społecznych. Sumienność i związana z nią samokontrola, dyscyplina i zdolność do odraczania gratyfikacji może sprzyjać działaniom prozdrowotnym oraz stosowaniu się do medycznego reżimu, co prowadzi do odzyskania kontroli nad chorobą i poprawy samopoczucia (Bogg, Roberts 2004; Wiebe, Christensen 1996). Dane dotyczące związków otwartości

na doświadczenie z funkcjonowaniem osób chorych nie są jednoznaczne. Osoby otwarte wykazują większą gotowość do podejmowania niestandardowych działań w sytuacjach trudnych, co może pomagać w ich przewyciężaniu, z drugiej strony są skłonne do podejmowania działań ryzykownych, np. nadużywania szkodliwych substancji (Wiebe, Christensen 1996).

W drugiej części artykułu zostaną przedstawione wyniki badania, w którym analizowano związki omówionych cech osobowości z przystosowaniem psychospołecznym osób zmagających się z chorobą chroniczną. W badaniach uwzględniono również uciążliwości związane z chorobą, które mogą modyfikować wpływ osobowości.

Cel badań

Celem badań było wyodrębnienie cech osobowościowych oraz sytuacyjnych powiązanych z osiąganiem przystosowania psychospołecznego przez osoby zmagające się z chorobą niedokrwinną serca (CHNS). Przedstawione powyżej analizy przyczyniły się do postawienia następujących pytań badawczych:

1. Czy istnieją zależności między nasileniem cech osobowościowych, takich jak: neurotyczność, ekstrawersja, sumienność, ugodowość, otwartość na doświadczenie, a poziomem przystosowania i dobrostanem osiąganym przez badanych?
2. Czy poziom przystosowania zależy od doświadczanych uciążliwości wynikających z choroby?
3. Czy zachodzą interakcje między poziomem obciążenia chorobą a badanymi cechami indywidualnymi w kontekście kształtowania się przystosowania?

Charakterystyka badanej grupy

Badaniem objęto 246 mężczyzn ze zdiagnozowaną chorobą wieńcową, informując o jego celu i przebiegu. Warunkiem zakwalifikowania się do grupy badanej były: minimum rok od diagnozy, wiek poniżej 65 roku życia, brak powikłań z innymi chorobami, sprawność funkcji poznawczych i dobry stan psychofizyczny umożliwiający udział w badaniach psychologicznych. Charakterystykę demograficzną badanej grupy przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Charakterystyka demograficzna badanej grupy

	Kategorie	Liczba badanych	Procent badanych
wiek	40–49 lat	52	21,1
	50–59 lat	92	37,4
	60–65 lat	102	41,5
	ogółem	246	100
wykształcenie	podstawowe	64	26,0
	zawodowe	74	30,1
	średnie	66	26,8
	wyższe	42	17,1
	ogółem	246	100
aktywność zawodowa	pracujący	158	64,2
	niepracujący	88	35,8
	ogółem	246	100

Badani zmagali się ze zróżnicowanymi obciążeniami, których źródłem była choroba. W analizach uwzględniono następujące zmienne związane z chorobą: czas trwania choroby, sposób leczenia (farmakoterapia/zabieg pomostowania naczyń wieńcowych), ilość przebytych hospitalizacji, obecność doznań bólowych. Informacje dotyczące częstotliwości i nasilenia uciążliwości związanych z chorobą są obiektywne i pochodzą z dokumentacji medycznej. Dane dotyczące występowania poszczególnych uciążliwości związanych z chorobą przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2. Częstotliwość występowania uciążliwości związanych z chorobą

	Odczuwanie bólu		Sposób leczenia		Czas trwania choroby (w latach)			Ilość hospitalizacji		
	ból	brak bólu	zabieg PTCA	brak zabiegu	1	2-5	powyżej 5 lat	1	2	3 lub więcej
liczba badanych	198	48	148	98	118	66	62	128	52	66
% badanych	80,5	19,5	60,2	39,8	48,0	26,8	25,2	52	21,1	26,8

Analizy statystyczne wykazały, że zmienne bezpośrednio związane z chorobą, tj. czas jej trwania, sposób leczenia, obecność doznań bólowych, są ze sobą wzajemnie powiązane, na co wskazują wartości współczynnika korelacji t Kendala zamieszczone w tabeli 3.

Tabela 3. Wartości współczynników korelacji pomiędzy zmiennymi związanymi z chorobą

	Czas trwania choroby	Ilość hospitalizacji	Odczuwanie bólu	Sposób leczenia
Czas trwania choroby	–	0,606 (*)	0,079	0,190 (*)
Ilość hospitalizacji		–	0,138 (**)	0,260 (*)
Odczuwanie bólu			–	0,144 (**)
Sposób leczenia				–

* Korelacja jest istotna na poziomie 0,01

** Korelacja jest istotna na poziomie 0,05

Aby wykryć strukturę związku między zmiennymi, posłużono się metodą analizy czynnikowej, która wykazała, że zmienne bezpośrednio związane z chorobą tworzą jeden czynnik i wyjaśniają 46,68% wariancji ogólnej. Spośród analizowanych zmiennych związanych z chorobą największy ładunek czynnikowy ma zmienna ilość hospitalizacji (0,861), nieco słabszy – czas trwania choroby (0,845), a następnie kolejno sposób leczenia (0,508) i odczuwanie bólu (0,391). Na podstawie wartości czynnikowych tych czterech zmiennych utworzono nową zmienną syntetyczną nazwaną „*obciążeniem chorobą*”.

Metody pomiaru zmiennych

Do pomiaru poziomu przystosowania wykorzystano skróconą wersję Skali Przystosowania w chorobach serca CAS (Cardiac Adjustment Scale) (Rumbaugh, 1966). Odpowiadając na pytania zawarte w CAS badany udziela m.in. informacji o przekonaniach dotyczących choroby, obawach z nią związanych, jakości relacji społecznych, oczekiwaniach dotyczących przyszłości, przeżywanych emocjach.

Pomiaru osobowości dokonano przy użyciu Inwentarza Osobowości NEO – FFI (P.T. Costa, R.R. McCrae) mierzącego neurotyczność, ekstrawersję, otwartość na doświadczenie, ugodowość i sumienność (Zawadzki i wsp. 1997).

Zależności stwierdzone w badaniach

W celu wykrycia zależności między badanymi zmiennymi zastosowano jednoczynnikową analizę wariancji, której wyniki wskazują na występowanie istotnego związku między obciążeniem chorobą ($p < 0,001$; $F = 37,64$), neurotycznością ($p < 0,001$; $F = 62,07$), ekstrawersją ($p < 0,001$; $F = 30,69$), otwartością na doświadczenie ($p < 0,001$; $F = 12,67$), a badaną zmienną zależną. Analizy nie wykazały związku sumienności ($p = 213$; $F = 1,56$) i ugodowości ($p = 0,838$; $F = 0,12$) ze zmienną zależną. Średnie poziomy przystosowania w grupach o niskim, przeciętnym i wysokim nasileniu cech pozostających w istotnym związku z przystosowaniem przedstawiono w tabeli 4.

Tabela 4. Wskaźniki przystosowania psychospołecznego w grupach o zróżnicowanym nasileniu badanych cech

Cecha	Nasilenie	Wskaźnik przystosowania	F	p
Obciążenie chorobą	wysokie	100,41	37,64	0,001
	przeciętne	112,67		
	niskie	129,54		
Neurotyczność	wysokie	95,15	62,07	0,001
	przeciętne	117,95		
	niskie	129,02		
Ekstrawersja	wysokie	126,43	30,69	0,001
	przeciętne	117,48		
	niskie	100,37		
Otwartość na doświadczenie	wysokie	122,28	12,67	0,001
	przeciętne	117,51		
	niskie	105,07		

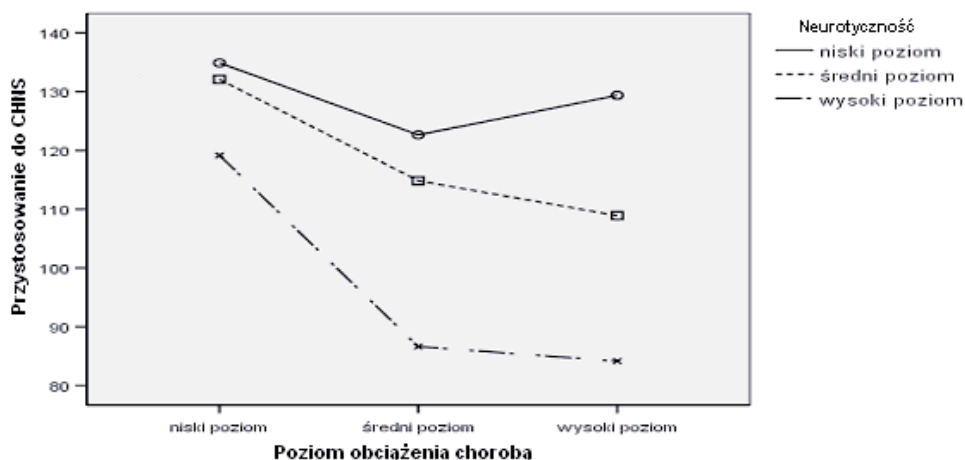
Wartości średnich wskazują, że znaczne obciążenie chorobą oraz nasilona neurotyczność wiążą się z niższym poziomem przystosowania. Natomiast ekstrawersja oraz otwartość na doświadczenie sprzyjają przystosowaniu.

Aby sprawdzić, czy zachodzi interakcja między cechami indywidualnymi i obciążeniem chorobą, oraz czy interakcja tych zmiennych kształtuje poziom przystosowania do choroby zastosowano dwuczynnikową analizę wariancji. Wyniki analiz przedstawiono w tabeli 5.

Na podstawie uzyskanych wyników można stwierdzić, że na poziom przystosowania badanych wpływają: obciążenie chorobą, neurotyczność oraz interakcja zachodząca pomiędzy obciążeniem chorobą a neurotycznością. Najsilniejszy wpływ na poziom przystosowania wywiera neurotyczność, nieco mniejszy wpływ ma obciążenie chorobą, zaś wspólny wpływ zmiennych jest znikomy. Obie zmienne niezależne wyjaśniają 52,3% wariancji zmiennej zależnej. Zależności między zmiennymi przedstawiono na wykresie 1.

Tabela 5. Wpływ cech osobowości i obciążeń związanych z chorobą oraz ich interakcji na kształtowanie się przystosowania

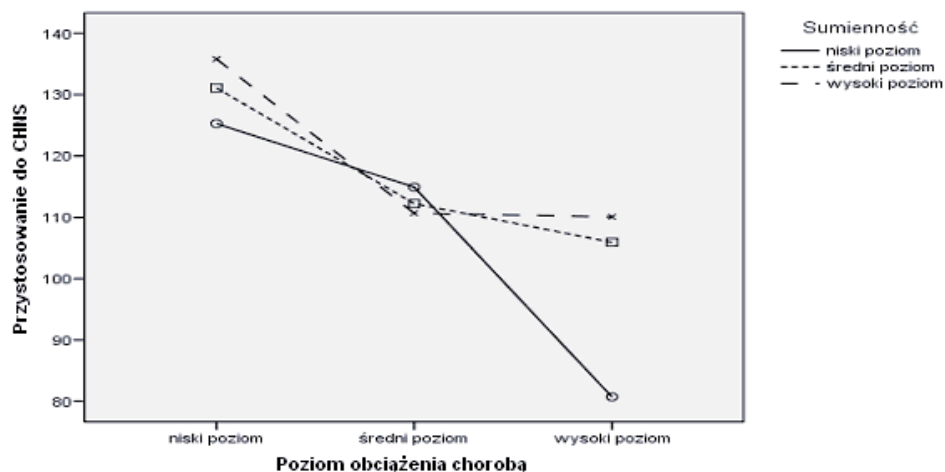
Neurotyczność	Obciążenie chorobą	Interakcja
$\eta^2 = 0,37; p < 0,001$	$\eta^2 = 0,25; p < 0,001$	$\eta^2 = 0,083; p < 0,001$
Ekstrawersja	Obciążenie chorobą	Interakcja
$\eta^2 = 0,2; p < 0,001$	$\eta^2 = 0,22; p < 0,001$	$p = 0,17$
Otwartość na doświadczenie	Obciążenie chorobą	Interakcja
$\eta^2 = 0,096; p < 0,001$	$\eta^2 = 0,22; p < 0,001$	$p = 0,63$
Ugodowość	Obciążenie chorobą	Interakcja
$p = 0,56$	$\eta^2 = 0,25; p < 0,001$	$p > 0,05$
Sumienność	Obciążenie chorobą	Interakcja
$\eta^2 = 0,061; p < 0,001$	$\eta^2 = 0,28; p < 0,001$	$\eta^2 = 0,08; p < 0,001$

**Wykres 1.** Zależności między neurotycznością i obciążeniem chorobą a przystosowaniem do CHNS

Na przystosowanie badanych wpływa zarówno obciążenie chorobą jak i ekstrawersja, przy czym wpływ ekstrawersji jest nieco słabszy niż obciążeń związanych z chorobą. Brak jest jednocześnie statystycznie istotnej interakcji między zmiennymi niezależnymi. Obie zmienne wyjaśniają 38,5% wariacji zmiennej zależnej.

Otwartość na doświadczenie i obciążenie chorobą wpływają niezależnie na przystosowanie, przy czym wpływ obciążenia chorobą jest znacznie silniejszy. Obie zmienne niezależne wyjaśniają 29,4% wariacji zmiennej zależnej.

Analiza dwuczynnikowa wskazuje, iż sumienność, obciążenie chorobą oraz ich interakcja mają wpływ na przystosowanie badanych. Jednak wpływ sumienności na zmienną zależną jest znikomy w porównaniu z wpływem obciążeń związanych z chorobą. Podobnie dość słaby jest wpływ interakcji tych dwóch zmiennych na zmienną zależną. Obie zmienne wyjaśniają 31% wariacji zmiennej zależnej (por. wykres 2).



Wykres 2. Zależności między sumiennością i obciążeniem chorobą a przystosowaniem do CHNS

Analiza wyników

Poszukiwanie zmiennych skorelowanych z przystosowaniem psychospołecznym osób chorych somatycznie wydaje się zasadne, bowiem przyczynia się do lepszego zrozumienia zjawiska przystosowania, pozwala na odpowiednio wczesne wyłonienie z grupy chorych tych pacjentów, u których w przyszłości mogą wystąpić trudności adaptacyjne oraz ułatwia konstruowanie odpowiednich programów rehabilitacyjnych i terapeutycznych, dopasowanych do potrzeb różnych pacjentów.

Na podstawie wyników badań 246 osobowej grupy pacjentów kardiologicznych można stwierdzić, że zmienne związane z chorobą, takie jak: czas jej trwania, sposób leczenia, ilość hospitalizacji i obecność doznań bólowych pozostają w związku z przystosowaniem psychospołecznym osiąganym przez pacjentów. Obciążenia związane z chorobą rzutują na poziom przystosowania badanych niezależnie, a także w interakcji z innymi zmiennymi. Przede wszystkim analizowane uciążliwości związane z chorobą korelują ze sobą nawzajem – dłuższy czas trwania choroby wiąże się na ogół z częstszymi hospitalizacjami, a wielokrotne hospitalizacje z doświadczaniem bólu i inwazyjnym sposobem leczenia. Analizy wykazały, że zmaganie się z licznymi ograniczeniami, których źródłem jest choroba, skutkuje gorszym przystosowaniem lub nieprzystosowaniem, które wyraża się przeżywaniem negatywnych emocji, pesymistycznymi przewidywaniami dotyczącymi przyszłości, ograniczaniem aktywności, w tym również aktywności zawodowej, oraz zakłóceniem relacji społecznych.

W badaniach potwierdzono znaczenie neurotyczności, ekstrawersji i otwartości na doświadczenie jako istotnych korelatów przystosowania. Najistotniejszym wyznacznikiem przystosowania okazała się neurotyczność. Neurotycy, niezależnie od obciążenia chorobą, uzyskiwali znacząco niższe wskaźniki przystosowania niż osoby emocjonalnie zrównoważone. Stwierdzone zależności są zgodne z oczekiwaniami i zostały potwierdzone w innych badaniach (Ormel, Wohlfarth 1991). Obciążenie chorobą oddziaływało na przystosowanie osób emocjonalnie

zrównoważonych. Funkcjonowanie psychospołeczne w tej grupie było najlepsze przy niewielkim i wysokim obciążeniu chorobą, natomiast nieco gorsze przy przeciętnym obciążeniu chorobą (por. wykres 1). Być może w miarę upływu czasu (czas trwania choroby korelował z narastaniem obciążeń) osoby emocjonalnie zrównoważone zdołały wypracować odpowiednie strategie radzenia sobie ze stresem choroby, czego wyrazem są wyższe wyniki w skali CAS.

Istotnym wyznacznikiem przystosowania jest ekstrawersja – osoby ekstrawertyczne przejawiają wysoki poziom przystosowania psychospołecznego. Jednak wbrew oczekiwaniom ekstrawersja okazała się nieco słabszym wyznacznikiem przystosowania niż obciążenia związane z chorobą. Wydaje się, że sukcesy adaptacyjne ekstrawertyków wynikają przede wszystkim z przejawianego przez nich optymizmu i przekonania, że obciążenia z jakimi się zmagają mają charakter przejściowy, zaś oni sami posiadają zasoby wystarczające do tego, by sobie z nimi poradzić. Cechą sprzyjającą adaptacji ekstrawertyków jest również aktywność, wyrażająca się zaangażowaniem w podejmowane działania.

Istotne związki wykryto między otwartością na doświadczenie a przystosowaniem do choroby. Osoby otwarte na doświadczenie uzyskiwały wyniki świadczące o ich dobrym przystosowaniu. Wpływ otwartości, choć istotny, był bardzo słaby. Nie stwierdzono również interakcji tej zmiennej ze zmienną „obciążenie chorobą”, co oznacza, że zmienne te niezależnie od siebie kształtowały przystosowanie do choroby.

W badaniach nie wykazano znaczącego związku sumienności z przystosowaniem. Wpływ sumienności ujawnił się po uwzględnieniu zmiennych związanych z chorobą – przy znacznym obciążeniu chorobą niska sumienność wiązała się ze zdecydowanie niższym poziomem przystosowania (por. wykres 2).

Niska ugodowość, a zwłaszcza związana z nią otwarta wrogość zwiększa ryzyko zaostrzenia choroby niedokrwiennej serca. Powiązany z niską ugodowością brak zaufania do innych ludzi i niechęć do kooperacji nie sprzyja angażowaniu się w terapię i stosowaniu do zaleceń medycznych. Chorzy o niskiej ugodowości doświadczają ponadto silnego poczucia krzywdy i często reagują niezgodą na ograniczenia wynikające z choroby, co przejawia się próbami kontynuowania niezmiennego, przedchorobowego trybu życia i lekceważeniem oznak choroby. Jednak w prezentowanych badaniach nie wykazano związków tej zmiennej z przystosowaniem do choroby.

Uzyskane wyniki pozwalają na sformułowanie kilku ogólnych wniosków. Przede wszystkim wskazują, że neurotyczność jest tym wymiarem osobowości, który ma najściślejszy związek z osiągnięciem przystosowania. Związek ten potwierdzono w innych badaniach (Costa, McCrae 2005; Ormel, Wohlfarth 1991). Badania dowodzą również, że w celu trafnego przewidywania przystosowania psychospołecznego chorych przewlekłe konieczne jest uwzględnianie zmiennych związanych z chorobą, które mogą być niezależnymi predyktorami przystosowania, a także mogą modyfikować poziom przystosowania do choroby wchodząc w interakcje ze zmiennymi osobowościowymi. Innymi istotnymi wyznacznikami przystosowania są ekstrawersja i (w znacznie mniejszym stopniu) otwartość na doświadczenie.

Przedstawione badania mają oczywiście pewne ograniczenia. Uzyskane wyniki nie powinny stanowić podstawy do wnioskowania o wyznacznikach przystosowa-

nia chorujących kobiet, bowiem stwierdzono różnice w etiologii i przebiegu choroby niedokrwiennej serca u kobiet i mężczyzn. Zasadne byłoby przeprowadzenie podobnych badań wśród pacjentek zmagających się z tą chorobą. Ponadto wykorzystanie do pomiaru osobowości rozszerzonej wersji narzędzia pozwoliłoby na zbadanie zależności między poszczególnymi składnikami każdej z badanych cech osobowości a przystosowaniem psychospołecznym badanych.

Bibliografia

- Bajcar, E. A. & Tylka, J. (2007). Socjopsychologiczne wyznaczniki jakości życia pacjentów z niedokrwinną chorobą serca. *Sztuka Leczenia, XI*, 9–20.
- Bogg, T. & Roberts, B. W. (2004). Conscientiousness and health-related behaviors: a meta-analysis of the leading behavioral contributors to mortality. *Psychological Bulletin, 130*, 887–919.
- Bolger, N. (1990). Coping as a personality process: a prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology, 59*, 525–537.
- Costa, P. T. & McCrae, R. R. (1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: Happy and unhappy people. *Journal of Personality and Social Psychology, 38*, 668–678.
- Costa, P. T. & McCrae, R. R. (2005). *Osobowość dorosłego człowieka*. Kraków: Wydawnictwo WAM.
- Costa, P. T., Somerfield, M. R. & McCrae, R. R. (1996). Personality and coping. Reconceptualization. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: theory, research, application* (pp. 44–61). Oxford: John Wiley & Sons.
- DeNeve, K. M., & Cooper, H. (1998). The happy personality: a meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychological Bulletin, 124*, 197–229.
- Fontana, A. F., Kerns, R. D., Rosenberg, R. L. & Colonese, K. L. (1989). Support, stress, and recovery from coronary heart disease. *Health Psychology, 8*, 175–193.
- King, K. B., Reis, H. T., Porter, L. A. & Norsen, L. H. (1993). Social support and long-term recovery from coronary artery surgery: effects of patients and spouses. *Health Psychology, 12*, 56–63.
- Livneh, H. & Antonak, R. F. (2005). Psychosocial adaptation to chronic illness and disability: a primer for counselors. *Journal of Counseling and Development, 83*, 12–20.
- Levine, J., Warrenburg, S., Kerns, R., Schwartz, G., Delaney, R., Fontana, A., Gradman, A., Smith, S., Allen, S. & Cascione, R. (1987). The role of denial in recovery from coronary heart disease. *Psychosomatic Medicine, 49*(2), 109–117.
- Makowska, H. & Poprawa, R. (2001). Radzenie sobie ze stresem w procesie budowania zdrowia. In G. Dolińska-Zygmunt (Eds.), *Podstawy psychologii zdrowia* (pp. 71–102). Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Ormel, J. & Wohlfarth, T. (1991). How neuroticism, long-term difficulties, and life situation change influence psychological distress: a longitudinal model. *Journal of Personality and Social Psychology, 60*(5), 744–755.
- Pommersbach, J. (1988). Wsparcie społeczne a choroba. *Przegląd Psychologiczny, 31*, 503–525.
- Rumbaugh, D. M. (1966). The psychological aspects. *Journal of Rehabilitation, 32*, 56–58.

- Watson, D. & Clark, L. A. (1984). Negative affectivity: the disposition to experience negative affective states. *Psychological Bulletin*, 96, 465–490.
- Watson, D. & Pennebaker, J. W. (1989). Health complaints, stress, and distress: exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review*, 96, 234–254.
- Wiebe, J. S. & Christensen, A. J. (1996). Patient adherence in chronic illness: personality and coping in context. *Journal of Personality*, 64, 815–835.
- Włodarczyk, D. (2004). Niektóre psychologiczne konsekwencje zawału serca w świetle współczesnych badań. *Polski Przegląd Kardiologiczny*, 6, 85–90.
- Zawadzki, B., Strelau, J., Szczepaniak, P. & Śliwińska, M. (1997). *Inwentarz osobowości NEO-FFI Costy i McCrae. Adaptacja polska. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.