

# Akceptacja choroby i sposoby radzenia sobie z trudnościami przewlekle chorych

Acceptance of the disease and ways of coping with difficulties by chronically ill people

Wiesław Skrzyński,<sup>1</sup> Piotr Rzepecki,<sup>1</sup> Ewa Jędrzejczak,<sup>2</sup> Dorota Lazar-Sito<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinika Chorób Wewnętrznych i Hematologii CSK MON WIM w Warszawie; kierownik: prof. dr hab. n. med. Piotr Rzepecki  
<sup>2</sup>Wydział Nauki i Działalności Badawczo-Wydawniczej WIM w Warszawie; kierownik: mgr Ewelina Kowal

**Streszczenie.** Zdrowie ma zmienną wartość. W sytuacji jego zagrożenia, zwłaszcza poważną chorobą, ludzie dokonują zwykle zdecydowanej zmiany swojej hierarchii wartości. Człowiek uruchamia wówczas zasoby osobiste, które pozwalają dokonać przewartościowania celów życiowych na takie, które są możliwe do realizacji w zmienionych przez chorobę warunkach i uczynią życie na powrót akceptowalnym. Style radzenia sobie z chorobą przewlekłą są różne. Jedni radzą sobie z nią w sposób aktywny, inni w sposób refleksyjny. Niektórzy planują strategicznie, inni radzą sobie przez zapobieganie. Jedni poszukują wsparcia informacyjnego, inni emocjonalnego. Wreszcie są i tacy, którzy radzą sobie przez unikanie czy odkładanie działania w trudnej sytuacji na później. Dobór stosownych sposobów radzenia sobie w sytuacji choroby może być decydujący nie tylko dla samego przeżywania choroby i radzenia sobie z jej skutkami – może także decydować o zadowoleniu z własnego życia mimo ograniczeń spowodowanych chorobą. Prezentowane badania mają za dostarczyć odpowiedzi na pytania o najczęstsze sposoby radzenia sobie z trudnościami związanymi ze stanem przeżywania choroby przewlekłej, ich ewentualną zmienność w czasie i związek z oceną zadowolenia z własnego życia.

**Słowa kluczowe:** choroby przewlekłe, akceptacja sytuacji trudnej, sposoby radzenia sobie

**Abstract.** Health has a variable value. In a situation of its threat, especially due to a serious illness, people usually make a definite change in their hierarchy of values. Then, people initiate their own personal resources which make it possible to re-evaluate their life goals to those that are possible to be implemented in the conditions changed by the illness and will make their life acceptable again. People cope with a chronic disease in different ways. Some cope with it in an active, others in a contemplative way. Some plan strategically others deal with it by prevention. Some look for information support, others for emotional one. Last but not least, there are also those who deal with it by avoiding or postponing the activity in such difficult circumstances for later. Choosing the right way to cope with the disease may be decisive not only for going through the disease and coping with its consequences, but also decides, despite the limitations caused by the disease, about the satisfaction of one's life. The aim of the presented studies is to answer the questions about the most frequent ways patients deal with difficulties related to going through a chronic disease, their possible variability in time, and their relation to the assessment of satisfaction with their own lives.

**Key words:** chronic diseases, acceptance of a difficult situation, ways of coping

Nadesłano: 21.03.2018. Przyjęto do druku: 25.06.2018  
Nie zgłoszono sprzeczności interesów.  
Lek. Wojsk., 2018; 96 (3): 201–205  
Copyright by Wojskowy Instytut Medyczny

#### Adres do korespondencji

dr Wiesław Skrzyński  
Klinika Chorób Wewnętrznych i Hematologii CSK MON WIM  
ul. Szaserów 128, 04-141 Warszawa  
tel. +48 261 818 399  
e-mail: wskrzyński@wim.mil.pl

## Wstęp

W psychologii zdrowia pojęcie zasobów osobistych występuje zwykle w kontekście zmagania się człowieka

ze stresem. Zasoby osobiste obejmują względnie stałą obecność czynników osobowych i społecznych, które określają sposób radzenia sobie w sytuacjach życiowych zarówno zagrażających, jak i sprzyjających.

Podobnie, ale w nieco węższym zakresie, rozumiane jest wsparcie społeczne określane jako stała dostępna właściwość relacji, dzięki którym zaspokajane są podstawowe interpersonalne potrzeby człowieka, służące przystosowaniu i zdrowiu [1]. W tym drugim przypadku wpływ cech indywidualnych osoby wydaje się pomniejszony, choć równocześnie ci sami autorzy wyrażają pogląd, iż „struktury sieci społecznej (zasoby wsparcia) istnieją niezależnie od sytuacji trudnej i są kształtowane w toku rozwoju psychospołecznego człowieka w całym cyklu jego życia” [1,13].

Sęk [2] określa zasoby jako cechy istniejące potencjalnie w osobie i w środowisku jednostki, w jej relacjach z otoczeniem. Zasoby są zatem właściwościami świata zewnętrznego (sytuacji) i podmiotowego oraz relacji między nimi. Pomagają unikać stresorów, zapobiegają przekształceniu sytuacji trudnej w stres, zwłaszcza chroniczny, i pomagają w skutecznym radzeniu sobie ze stresem. Zasobami mogą być zatem czynniki genetyczne, psychologiczne, społeczne i duchowe. Istotę zasobów stanowią specyficzne właściwości funkcjonalne, istniejące potencjalnie w środowisku człowieka i w nim samym oraz w jego relacjach z otoczeniem [2]. W terminie „wsparcie społeczne” wydaje się jednak przeważać czynnik relacji interpersonalnych, dzięki któremu jednostka może liczyć na pomoc [3]. Wsparcie jest konsekwencją przynależności do sieci społecznych [4] i stanowi zaspokojenie potrzeb gwarantowane przez osoby znaczące oraz grupy odniesienia [5,1].

W wielu opracowaniach podjęto próby dookreślenia pojęcia wsparcia społecznego [2,6,7]. Wyróżnia się w nich: wsparcie strukturalne i funkcjonalne, wsparcie otrzymywane i spostrzegane, potrzebę wsparcia i mobilizację wsparcia. Ponadto autorzy opracowań zajmują się różnorodnymi źródłami wsparcia.

Pojęcie „zasoby osobiste” jest istotnym elementem koncepcji koherencji Antonovsky’ego [8,9] i stanowi istotę koncepcji Hobfolla, określanej wręcz jako koncepcja zachowania zasobów [10-13]. W obu przypadkach pojęcie zasobów związane jest z podejmowaniem wyjaśnień zachowań adaptacyjnych i radzeniem sobie w sytuacjach stresowych, w tym także w sytuacji zagrożenia lub utraty zdrowia.

Zdrowie traktowane jest jako szczególny zasób, ogólna zdolność organizmu do wszechstronnego rozwoju oraz radzenia sobie z aktualnymi wymaganiami. Jest procesem poszukiwania i utrzymywania równowagi zakłócaną zmieniającymi się wymaganiami wewnętrznymi i zewnętrznymi. W tym procesie istotną rolę odgrywają posiadane przez jednostkę zasoby [10]. Ludzie przypisują zdrowiu wysoką wartość. Gdy jednak stają przed wyborem między zdrowiem a innymi wartościami, dokonują zmian w uznawanej hierarchii wartości. Na ogół zdrowie traktowane jest instrumentalnie, jest wartością umożliwiającą realizację innych wartości. Teoria kontroli [14]

podejmuje próbę wyjaśnienia oceny zdrowia. Zdrowie jest tu oceniane pod kątem rozbieżności między możliwościami a aspiracjami (celami) osoby. W konsekwencji można wyodrębnić cztery modele. W pierwszym skutki choroby mogą pogłębiać rozbieżność pomiędzy możliwościami i celem (ograniczenia ruchu a potrzeba robienia zakupów). W drugim ocena zdrowia może zależeć od kryterium odniesienia (astmatyk i sport wyczerpany, choć w innej aktywności może być skuteczny). W trzecim sam rozmiar realizowanych aspiracji może być wskaźnikiem zdrowia, a więc im więcej dana osoba osiąga, tym czuje się zdrowsza. W modelu czwartym oceny powiązane są z wewnętrzną hierarchią wartości, co prowadzi zwykle do restrukturyzacji ważności celów. W tym ostatnim przypadku zdrowie jest zdolnością przystosowania aspiracji do możliwości oraz warunków.

Zdrowie można zatem oceniać w kategoriach oceny własnych możliwości oraz ważności podejmowanych i realizowanych celów życiowych. Człowiek dokonuje wartościowania nie tylko własnych dotychczasowych i planowanych osiągnięć, ale także wartościowania w wymiarze egzystencjalnym i duchowym. Uruchamia wówczas te zasoby osobiste, które pozwolą dokonać przewartościowania celów na takie, które stają się możliwe do realizacji mimo ograniczeń. Zdarza się także, iż człowiek chory osiąga wyższy poziom satysfakcji z życia niż w okresie przedchorobowym [2,10].

Kategoria „wsparcie społeczne” określa bardzo różne zjawiska u poszczególnych autorów. Mogą to być struktury formalne sieci społecznej, aktywność wyrażająca się w okazywaniu pomocy lub umiejętności jej przyjmowania (wsparcie dawane i otrzymywane) albo też subiektywna ocena możliwości uzyskania pomocy (spostregane wsparcie społeczne).

Najważniejszym wymiarem wsparcia w psychologii zdrowia jest niewątpliwie spostrzegane wsparcie społeczne [16]. Istnieje jednak także pogląd, zgodnie z którym wsparcie społeczne należy traktować jako zmienną osobowościową [3,16]. Spostregane wsparcie jest rezultatem oddziaływań środowiska. Osoby o wysokim poziomie spostrzeganego wsparcia są bardziej nastawione na rozwiązywanie problemów i bardziej kompetentne. Bez wątplenia spójność oczekiwań z oceną uzyskiwanego wsparcia może mieć ogromne znaczenie zarówno w przebiegu choroby, jak i w okresie rehabilitacji.

## Pytania badawcze

1. Jakie są najczęstsze sposoby radzenia sobie z trudnościami związanymi ze stanem przeżywania choroby przewlekłej?
2. Czy sposoby te ulegają zmianie wraz z upływem czasu i mają związek z oceną zadowolenia z własnego życia?

**Tabela 1. Rzetelność skal Inwentarza Proaktywnego Radzenia Sobie (PCI)**  
**Table 1. Reliability of Proactive Coping Inventory (PCI) scales**

skale	alfa Cronbacha w badaniach			N itemów
	polskich	kanadyjskich	polsko-kanadyjskich	
aktywne radzenie sobie	0,87	0,85	0,80	14
refleksja nad problemem	0,86	0,79	0,80	11
planowanie strategiczne	0,74	0,71	0,71	4
zapobieganie	0,79	0,83	0,79	10
poszukiwanie wsparcia informacyjnego	0,81	0,85	0,84	8
poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	0,72	0,73	0,64	5
unikanie	0,67	0,61	0,74	3

## Materiał i metody

Badaniami objęto dwie grupy: osoby zdrowe i osoby przewlekle chore. Grupę pierwszą stanowiło 80 osób, które czuły się zdrowe, nie przyjmowały stale żadnych leków, nie leczyły się z żadnych trwałych dolegliwości, nie były inwalidami i nie wymagały postępowania rehabilitacyjnego ani nie potrzebowały opieki. Natomiast grupę osób przewlekle chorych stanowiły 182 osoby zdiagnozowane jako osoby z chorobą niedokrwinną, po przebytym pierwszym zawałe serca (N = 41), chorzy leczący się stale z powodu pierwotnego nadciśnienia tętniczego (N = 35), chorzy leczący się z powodu nowotworu złośliwego (N = 36), chorzy na cukrzycę (N = 33) oraz chorzy na astmę oskrzelową (N = 37). Czas trwania choroby badanych osób wahał się od roku do kilkunastu lat (M = 10,37; SD = 8,08). W grupie chorującej od roku do 5 lat mieściły się 62 osoby, 6–10 lat 52 osoby, a 11 i więcej lat 68 osób. Wszyscy badani chorzy byli pod stałą opieką medyczną z powodu skutków swoich zaburzeń.

Wiek osób zdrowych (M = 48,02, SD = 6,86) był nieznacznie niższy niż osób przewlekle chorych (M = 53,03, a SD = 7,97). Udział mężczyzn i kobiet w obydwu grupach był podobny: spośród osób zdrowych w badaniach udział wzięło 41 kobiet i 39 mężczyzn, natomiast w grupie osób chorych 95 kobiet i 87 mężczyzn.

Badania przeprowadzono w latach 2011–2015, indywidualnie, w domu chorego lub na oddziale szpitalnym. Wiele badanych osób wyrażało potrzebę kontaktu poza samym badaniem, dlatego spotkania często dzielone były na dwie lub trzy sesje. Czas potrzebny na wypełnienie kwestionariuszy nie przekraczał zwykle kilkunastu minut.

Jako narzędzie badawcze zastosowano Inwentarz Proaktywnego Radzenia Sobie (Proactive Coping Inventory – PCI), który jest kwestionariuszem wielo-

wymiarowym, utworzonym przez 55 itemów tworzących 7 podskal [6].

Skala aktywnego radzenia sobie łączy nastawienie na cel z własnymi sposobami osiągnięcia celu i poszukiwaniem skutecznego działania.

Skala refleksyjnego radzenia sobie opisuje symulacje i przemyślenia na temat alternatywnych zachowań poprzez porównywanie ich wyobrażanej efektywności; zawiera analizowanie problemu i jego źródeł oraz generowanie hipotetycznych planów działania.

Planowanie strategiczne skupia się na procesie generowania planu akcji nastawionego na cel, w którym niewykonalne zadania są dzielone na takie składniki, z którymi można sobie poradzić.

Radzenie sobie przez zapobieganie polega na antycypacji potencjalnych stresorów i rozpoczęciu przygotowań, zanim się w pełni rozwiną. Radzenie sobie przez zapobieganie jest inne niż aktywne, odnosi się bowiem do potencjalnego zagrożenia, przewidywanego w przyszłości na podstawie dotychczasowej wiedzy i doświadczenia.

Poszukiwanie wsparcia informacyjnego skupia się na poszukiwaniu rad, informacji i wspierających zachowań ludzi znajdujących się w sieci społecznej jednostki wówczas, kiedy musi ona radzić sobie ze stresorami.

Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego: osoba dąży do obniżenia (wyregulowania) chwilowego niepokoju poprzez odkrywanie emocji innych, empatię i poszukiwanie towarzystwa. Jest to emocjonalna samoregulacja powiązana ze wsparciem znaczących osób.

Radzenie sobie przez unikanie: polega na unikaniu zachowania w trudnej sytuacji przez odkładanie go na później; skala ta jest bardzo krótka (składa się zaledwie z trzech twierdzeń), więc nie należy zapewne oczekiwać dużej rzetelności, ale jej wyniki, jak wskazują badania autorów, bywają dosyć dobre. Wskaźniki rzetelności przedstawiono w tabeli 1.

Metoda ta stosowana jest od kilku lat i jej wyniki podawane są jeszcze weryfikacji, wydaje się jednak szczególnie pomocna w badaniach dotyczących sposobów radzenia sobie w sytuacjach trudnych i stresujących. Radzenie sobie ze skutkami choroby jest szczególnie istotne w przypadku chorób przewlekłych, w których postawa wobec choroby, ocena zasobów osobistych oraz spostrzegane wsparcie społeczne stanowią istotne składniki satysfakcji z własnego życia.

## Wyniki i ich omówienie

Poziom akceptacji choroby został określony za pomocą Skali Akceptacji Choroby (tab. 2.). Osoby zdrowe z przyczyn oczywistych nie były badane tym narzędziem.

Względnie wysoki poziom akceptacji choroby wyrażają chorzy na cukrzycę oraz chorzy na nadciśnienie. Najniższy poziom akceptacji choroby wyrażają chorzy onkologiczni. Różnice statystycznie istotne występują między grupą chorych na nowotwór i nadciśnienie ( $t = 2,19$ ;  $p < 0,05$ ) oraz cukrzycę ( $t = 2,25$ ;  $p < 0,05$ ).

Zarówno wiek badanych ( $F = 0,81$ ;  $p = 0,82$ ), jak i czas trwania choroby ( $F = 1,11$ ;  $p = 0,33$ ) nie wpływają na poziom akceptacji własnej choroby. Można jedynie stwierdzić niewielką tendencję wzrostową akceptacji, czy może raczej godzenia się z zaistniałą sytuacją na etapie drugim (między 6. a 10. rokiem trwania choroby), ale w dalszym przebiegu choroby następuje ponowne obniżenie akceptacji własnego niezadowolającego stanu zdrowia.

Sposoby radzenia sobie ze stresem i trudnościami są niezwykle istotne w chronicznie uciążliwej sytuacji osób przewlekle chorych. Które ze sposobów są bardziej typowe dla osób zdrowych, a które z nich dla przewlekle chorych? Czy rodzaj choroby jest czynnikiem warunkującym preferowane strategie? Tego rodzaju pytania wydają się istotne dla podjętego problemu jakości życia.

Pomiary sposobów radzenia sobie z napotykanymi trudnościami dokonano za pomocą Inwentarza Proaktywnego Radzenia Sobie (PCI). Wyniki uzyskane przez badane grupy zaprezentowano w tabeli 3.

W sposobach radzenia sobie z trudnościami występują nieznaczne różnice zarówno między wynikami osób zdrowych i chorych, jak i poszczególnych grup przewlekle chorych. Jedynie w korzystaniu ze wsparcia informacyjnego osoby chore różnią się istotnie statystycznie od zdrowych ( $t = 2,58$ ;  $p < 0,01$ ). Chorzy korzystają w większym stopniu z tego sposobu radzenia sobie ze stresem i trudnościami, starając się zdobyć jak najwięcej informacji na temat choroby, jej przyczyn i przebiegu oraz możliwości leczenia. Można jednak zauważyć pewne tendencje do większego stosowania planowania strategicznego osób zdrowych oraz nieznacznie większego poziomu ich aktywności. Do wyników osób

**Tabela 2. Akceptacja choroby (skala AIS) w badanych grupach chorych: wyniki średnie**

**Table 2. Disease acceptance (AIS scale) in the study groups: average results**

akceptacja choroby	M	SD
choroba niedokrwienna	24,66	7,33
nadciśnienie tętnicze	25,30	6,13
choroba nowotworowa	21,55	7,55
cukrzyca	25,30	5,73
astma	23,50	8,13
F; p	1,62	0,17

zdrowych najbardziej zbliżone są wyniki chorych na cukrzycę. Nieznacznie obniżone wyniki w radzeniu sobie, zwłaszcza refleksyjnym i aktywnym, uzyskują pacjenci onkologiczni i astmatyczni.

W miarę trwania choroby następuje zwiększenie częstości stosowania dwóch rodzajów strategii radzenia sobie: refleksyjnego przepracowania trudności ( $t = 2,35$ ;  $p < 0,05$ ) oraz zapobiegania ( $t = 2,46$ ;  $p < 0,05$ ). Strategie te nasilają się najbardziej w pierwszych kilku latach od zachorowania, po czym ich nasilenie nieznacznie maleje.

Spośród wszystkich siedmiu ocenianych sposobów radzenia sobie z trudnościami poszukiwanie wsparcia emocjonalnego istotnie koreluje z ogólną satysfakcją z życia ( $r = 0,26$ ;  $p < 0,05$ ). Natomiast unikanie koreluje ujemnie z satysfakcją ogólną ( $r = -0,24$ ,  $p < 0,05$ ).

Współzależność ogólnego zadowolenia i strategii radzenia sobie z trudnościami dotyczy dwóch z nich: unikania ( $r = -0,26$ ;  $p < 0,05$ ) – ma wymiar ujemny, a zatem badane osoby nie preferują zachowań polegających na ucieczce od trudności czy odkładaniu spraw na później, oraz aktywnego radzenia sobie, ukierunkowania na cel i podejmowania w tym celu skutecznych rozwiązań ( $r = 0,27$ ;  $p < 0,05$ ).

## Wnioski końcowe

- Wraz z czasem trwania choroby następuje zwiększenie częstości stosowania dwóch rodzajów strategii radzenia sobie: strategii refleksyjnego przepracowania trudności oraz strategii zapobiegania. Strategie te nasilają się najbardziej w pierwszych kilku latach od zachorowania.
- Najbardziej istotne w chorobach przewlekłych wydaje się wsparcie emocjonalne osób najbliższych.
- Strategią przynoszącą szkody w nasileniu zadowolenia z własnej sytuacji w czasie przeżywania choroby przewlekłej jest ucieczka od realnych problemów

**Tabela 3. Sposoby radzenia sobie z trudnościami: zestawienie wyników**  
**Table 3. Ways of coping with difficulties: summary of results**

sposoby radzenia sobie	zdrowi		choroba niedokrwienna		nadciśnienie		choroba nowotworowa		cukrzyca		astma	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
aktywne	35,57	3,05	34,44	3,71	34,21	5,18	33,71	4,75	35,79	3,65	34,38	3,96
refleksyjne	30,33	3,77	29,10	5,47	29,30	5,14	27,68	6,52	31,06	4,21	29,16	3,73
planowanie strategiczne	11,60	3,53	10,37	1,84	9,64	1,80	9,55	2,23	10,91	1,49	10,03	2,31
zapobieganie	27,05	3,48	26,54	3,92	25,85	3,81	25,26	4,69	27,21	2,79	26,06	4,16
wsparcie informacyjne	19,36	2,84	19,56	3,59	21,21	2,94	20,42	3,58	21,09	3,34	20,38	4,40
wsparcie emocjonalne	12,98	2,14	13,05	2,58	14,27	2,17	13,55	2,51	13,79	2,16	13,19	2,76
unikanie	7,05	1,23	7,58	1,41	7,33	1,65	7,16	1,34	7,15	1,20	7,44	1,54

**Tabela 4. Korelacje satysfakcji i zadowolenia z życia ze sposobami radzenia sobie**  
**Table 4. Correlations between satisfaction and life satisfaction, and ways of coping**

sposoby radzenia sobie	zmienne psychologiczne			
	satysfakcja z życia		zadowolenie	
	zdrowi	chorzy	zdrowi	chorzy
aktywny	0,17	0,21**	0,27*	0,27***
refleksyjny	0,07	0,19**	0,05	0,39***
planowanie strategiczne	0,06	0,33***	0,08	0,31***
zapobieganie	0,18	0,13	0,04	0,26***
wsparcie informacyjne	0,19	0,14	0,01	0,21**
wsparcie emocjonalne	0,26*	0,20**	0,10	0,36***
unikanie	0,24*	0,06	0,26*	0,03

\* p < 0,05  
 \*\* p < 0,01  
 \*\*\* p < 0,001

poprzez ich unikanie oraz odkładanie spraw ważnych na bliżej nieokreśloną przyszłość.

## Piśmiennictwo

- Sęk H, Cieślak R. Wsparcie społeczne, stres i zdrowie. PWN, Warszawa 2004
- Sęk H. Wsparcie społeczne jako kategoria zasobów i wieloznaczne funkcje wsparcia. In: Juczyński Z, Ogińska-Bulik N, eds. Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2003

- Sarason IG, Sarason BR, Shearin EN. Social support as an individual difference variable: its stability, origins and relational aspects. *J Person Social Psychol*, 1986; 5: 845–855
- Pommersbach J. Wsparcie społeczne a choroba. *Przegl Psychol*, 1988; 2: 503–525
- Kaplan HB. Psychological distress in sociological context: Toward a general theory of psychological stress. In: Kaplan HB, ed. *Psychological stress: Trends in theory and research*. Academic Press, New York 1983
- Schwarzer R, Lappin A. Social support and health. A theoretical and empirical overview. *J Pers Soc Relationships*, 1991; 8: 99–127
- Sęk H. Rola wsparcia społecznego w sytuacji kryzysowej. In: Kubacka-Jasiecka D, Lipowska-Teutsch A, ed. *Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej*. Wydawnictwo ALL, Kraków 1997
- Antonovsky A. *Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well*. Jossey-Bass, San Francisco 1987
- Antonovsky A. *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować?* Fundacja IPN, Warszawa 1995
- Ogińska-Bulik N. *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki*. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2003
- Hobfoll S. Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *Am Psychologist*, 1989; 44: 513–524
- Hobfoll S. The Influence of culture, community and the nested-self in the stress process: advancing conservation of resources theory. *Applied Psychology: An International Review*, 2001; 50: 337–421
- Hobfoll S. Social and psychological resources and adaptation. *Rev Gen Psychol*, 2002; 6: 307–324
- Carver CS, Scheier MF. *On the self-regulation of behavior*. Cambridge University Press, New York 1998
- Schwarzer R, Taubert S. Radzenie sobie ze stresem: wymiary i procesy. *Promocja Zdrowia, Nauki Społeczne i Medycyna*, 1999; 17: 72–92
- Cieślak R, Elias A. Wsparcie społeczne a osobowość. In: Sęk H, Cieślak R, eds. *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. PWN, Warszawa 2004