

Wsparcie społeczne i jego wpływ na zdrowie pacjentów po zawałach serca

Maciej Wilski*

*Akademia Wychowania Fizycznego
im. Eugeniusza Piaseckiego w Poznaniu*

SOCIAL SUPPORT AND ITS EFFECT ON HEALTH OF PATIENTS
AFTER CARDIAC INFARCTS

Abstract. Social support is one of the most important factors influencing people's health. While the relation between the support and health is obvious for everyone, the way in which the support affects the functioning of the human body still remains unclear. Previous attempts to explain the role of social support in aetiology and prognosis of circulatory system diseases can be attributed to one of the two most popular concepts at the moment – a psychological concept or a behavioural concept. Some researchers suggest that for the change of health behaviour and its maintaining in time instrumental support is most important, which supports the behavioural concept, whereas emotional support affects mainly neurohormonal processes as emphasised by psychological concepts. In relation to the above it is useful to check how certain types of support affect the health behaviour of patients after cardiac infarcts.

The research presented in his study was aimed to answer two basic research questions: Does social support affect the level of health behaviour of patients after cardiac infarcts?; Is there a difference in the significance of individual types of social support for the development of health behaviour of patients after cardiac infarcts?

The results obtained in the research suggest that there is an important relation between the level of general social support and the presented health behaviour. The thesis about greater significance of instrumental support for the health behaviour compared to emotional support was not however confirmed. The results suggest that there is no significant difference in the significance of these types of support for health

* Adres do korespondencji: Akademia Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego, Katedra Kultury Fizycznej Osób Niepełnosprawnych, ul. Królowej Jadwigi 27/39, 61-871 Poznań; e-mail: mwilski@wp.pl

behaviour. On the other hand, informative support stands out among all types of support and its significance for the development of health behaviour seems critical. Hence, quite an obvious conclusion about a significant role of education and expanding a patient's knowledge on his or her own illness in the process of development of health behaviour.

WSPARCIE SPOŁECZNE I JEGO ZNACZENIE U OSÓB PO ZAWAŁACH SERCA

Od przeszło trzech dekad zainteresowanie problematyką wsparcia społecznego i jego znaczeniem dla powstawania i przebiegu chorób układu krążenia znajduje swoje odzwierciedlenie w licznie publikowanych pracach badawczych. W literaturze światowej znaleźć można wiele wyników badań świadczących o pozytywnym wpływie wsparcia społecznego na przebieg choroby i procesu zdrowienia pacjentów chorych kardiologicznie. Brak wsparcia to jeden z głównych psychospołecznych czynników ryzyka, zwiększających prawdopodobieństwo wystąpienia zawału serca. Ponadto przyjmuje się, iż ma istotny wpływ na autonomiczny układ nerwowy, zwiększając ryzyko wystąpienia miażdżycy, zakrzepicy i arytmii serca (Haskell, 2003). Niski poziom wsparcia wpływa także istotnie na przebieg procesu leczenia i rehabilitacji po przebytych zawale serca (Jenkins i in., 1990; Wrześniewski, Włodarczyk, 2004). Wsparcie doświadczane przez osobę chorą przyspiesza proces leczenia, hamuje nawroty choroby, likwiduje niekorzystne skutki uboczne, potęguje efekty rehabilitacji, przez co staje się dodatkową pomocą zwiększającą naturalne siły w walce z chorobą, pomagając wrócić do pełni zdrowia lub żyć z chorobą (Kawczyńska-Butrym, 1998; Kirenko, 2002).

Wiele badań nad pacjentami kardiologicznymi wskazuje, że niski poziom wsparcia społecznego jest w znaczący sposób powiązany ze zwiększonym ryzykiem śmiertelności (Farmer, Meyer, Ramsey, 1999; Luttk i in., 2005). Już w roku 1984 Ruberman i współpracownicy wykazali, że wysoki stopień izolacji społecznej istotnie związany jest ze zwiększonym ryzykiem zgonu z powodu zawału serca (Ruberman i in., 1984). Podobnych rezultatów dostarczyły badania prowadzone przez 10 lat nad grupą 150 osób z chorobą niedokrwinną serca (Orth-Gomer, Unden, Edwards, 1988). Także w tym wypadku okazało się, że izolacja społeczna przyczynia się do wzrostu wskaźnika śmiertelności. Z kolei Berkman i współpracownicy (1992) zbadali znaczenie wsparcia emocjonalnego po zawale serca na grupie 194 kobiet po 65. roku życia i stwierdzili, że obniżony poziom wsparcia emocjonalnego wiąże się istotnie ze wzrostem śmiertelności. W prowadzonych przez 6 miesięcy badaniach wykazali, że osoby, które deklarowały brak źródła wsparcia, były trzykrotnie bardziej narażone na ryzyko śmiertelności niż osoby deklaruujące jedno bądź większą liczbę źródeł wsparcia. Chin i Goldman (1997) przebadali 257 pacjentów po zawale serca w celu rozpoznania czynników wpływających na śmiertelność lub ponowną hospitalizację. W ciągu 60 dni po pierwszym przyjęciu do szpitala 32% pacjentów albo zmarło, albo było ponownie hospitalizowanych. Status osoby

samotnej, niezamężnej – jako wskaźnik niskiego poziomu wsparcia – okazał się istotnym czynnikiem mającym wpływ na przebieg procesu zdrowienia.

Inne badania, prowadzone w okresie od 1 roku do 4 lat po zawale serca, wykazały, że samotne życie stanowi ważny czynnik zwiększający ryzyko ponownego zawału oraz śmierci z powodu choroby niedokrwiennej serca. Ryzyko wystąpienia komplikacji w okresie 6 miesięcy po zawale wynosiło 15,8% w przypadku pacjentów żyjących samotnie, podczas gdy wśród pacjentów nie mieszkających samotnie ryzyko to wyniosło 8,8% (Case i in., 1992). Ciekawych rezultatów dostarczyły badania mające na celu stwierdzenie przyczyn czterokrotnie większej śmiertelności w następstwie choroby niedokrwiennej serca wśród Litwinów w porównaniu z mężczyznami ze Szwecji. Wśród istotnych czynników autorzy wymieniają niższy poziom emocjonalnego wsparcia, integracji społecznej oraz wsparcia w pracy. Znaczenie miał także styl radzenia sobie, poczucie własnej wartości oraz poziom depresji (Kristenson i in., 1998). Inne szwedzkie badania, przeprowadzone na próbie ponad 700 mężczyzn w średnim wieku, wykazały, że niski poziom emocjonalnego wsparcia społecznego związany jest z trzykrotnym wzrostem ryzyka zawału serca lub śmierci będącej następstwem choroby niedokrwiennej serca, natomiast niska integracja społeczna zwiększa to ryzyko czterokrotnie (Orth-Gomer i in., 1993). Zaobserwowano także, iż pacjentów poddanych zabiegowi cewnikowania serca, nie mających w swoim otoczeniu jakiejś osoby pomagającej i wspierającej, cechowało większe prawdopodobieństwo zgonu w ciągu następnych pięciu lat niż pacjentów mających małżonka lub bliskich przyjaciół (Williams i in., 1992).

Istnieją także badania świadczące o negatywnym wpływie samotności na proces zdrowienia pacjentów kardiologicznych. Krumholz i współpracownicy (1998) wykazali, że brak osoby mogącej udzielać wsparcia emocjonalnego stanowi niezależny czynnik ryzyka wystąpienia kardiologicznych komplikacji w okresie jednego roku po wystąpieniu zawału serca. W innych badaniach pacjenci niezamężni lub mający mniejsze wsparcie byli narażeni na większe ryzyko śmierci i powikłań w chorobie niedokrwiennej serca, jak również niższy poziom psychospołecznej adaptacji w porównaniu z pacjentami będącymi w związkach małżeńskich lub mającymi większe wsparcie (Chandra i in., 1983; Mendes de Leon i in., 1992).

Istotną rolę odgrywa także jakość wsparcia. Coyne i współautorzy (2001) zbadali związek między jakością związku małżeńskiego a przeżyciem po zawale. Jakość związku badano poprzez wywiad i obserwację 189 pacjentów po zawale serca. Wysoka jakość związku znacząco związana była z przeżywalnością w okresie 4 lat po zawale. Szczególnie istotne wyniki otrzymano w grupie kobiet. Schwarz i Fiman (2003) przeprowadzili badania nad pacjentami po zawale serca i ich opiekunami, podczas których osoby badane poddane były obserwacji przez 3 miesiące po opuszczeniu szpitala. W tym okresie 44% pacjentów powróciło do szpitala. Badania wykazały, że wsparcie informacyjne ze strony opiekuna redukowało ryzyko powrotu do szpitala, podczas gdy wysoki poziom stresu i depresji u opiekuna wyraźnie to ryzyko zwiększał.

Odpowiednie wsparcie społeczne pomaga także w redukcji poziomu lęku doświadczanego przez pacjentów po zawale serca (Frasure-Smith i in., 1995; Idler, Kasl, 1997), sprzyja kształtowaniu dobrego samopoczucia (Friedman 1993), zmniejsza poziom doświadczanego stresu (White, Frasure-Smith, 1995), jak również wpływa pozytywnie na sposób radzenia sobie pacjentów ze zmianami w życiu związanymi z chorobą kardiologiczną (Moser, 1994).

Wnioski z przytoczonych powyżej badań mogą być dwojakiego rodzaju. Z jednej strony wysoki poziom wsparcia sprzyja postępom w procesie zdrowienia i rekonwalescencji po wystąpieniu zawału serca. Osoby otrzymujące więcej wsparcia cechuje większa przeżywalność, mniejsza liczba komplikacji i szybszy powrót do zdrowia. Z drugiej strony, zaprezentowane wyniki badań wyraźnie sugerują, że brak wsparcia społecznego ma istotny wpływ na rozwój i progresję chorób kardiologicznych. Okazuje się, że wsparcie społeczne odgrywa kluczową rolę zarówno w leczeniu, jak i w profilaktyce chorób układu krążenia.

MOŻLIWOŚCI WPŁYWU WSPARCIA SPOŁECZNEGO NA ZDROWIE

O ile związek wsparcia ze zdrowiem jest dla wszystkich oczywisty, o tyle sposób, w jaki wsparcie wpływa na funkcjonowanie ludzkiego organizmu, nadal pozostaje niejasny. Wiele wyników badań trudno ze sobą porównać ze względu na różnorodne metody badawcze i odmienne cele prowadzonych analiz. W związku z powyższym wiedza na temat procesów pośredniczących we wpływie wsparcia na zdrowie człowieka wciąż jest niepełna i nie pozwala formułować jednoznacznych wniosków. Badacze podejmujący próby wyjaśnienia roli wsparcia społecznego w etiologii i prognozie chorób układu krążenia opracowali kilka modeli próbujących wyjaśnić omawiany tutaj związek. Większość z nich można przypisać do jednej z dwóch najbardziej popularnych obecnie koncepcji – psychologicznej lub behawioralnej (Cohen, 1988).

Spojrzenie psychologiczne oparte jest na założeniu, iż wsparcie społeczne wpływa na patogenezę choroby poprzez bezpośrednio oddziaływanie na stan emocjonalny, a przez to – pośrednio – na zmiany w układzie neurohormonalnym i autonomicznym układzie nerwowym. Aktywacja układu neurohormonalnego przez negatywne emocje wywołane stresującymi zdarzeniami może nieść ze sobą poważne kardiologiczne następstwa, włącznie z nagłą śmiercią. Jest to szczególnie groźne w przypadku pacjentów, którzy przeszli już zawał serca. Obecnie przyjmuje się, iż wsparcie społeczne i społeczna integracja mają pozytywny wpływ na tłumienie tej neurohormonalnej reakcji (Cohen, 1988). Tym samym adekwatne wsparcie może chronić pacjentów przed patologicznym wpływem stresu.

Dowodów na poparcie tej teorii dostarczają liczne badania wskazujące na związek między wsparciem społecznym a ciśnieniem krwi. Knox (1993) wykazał, że zarówno emocjonalne, jak i instrumentalne wsparcie wpływa na obniżenie ciśnienia. Niektórzy badacze tłumaczą to w ten sposób, że ciśnienie krwi

podnosi się wtedy, kiedy jesteśmy sami, gdyż stres postrzegany jest wtedy jako bardziej zagrażający (Lepowe, 1998 – za: Schnall, 2005). Stwierdzenie to wspierają wyniki badań studentek biorących udział w dyskusji na kontrowersyjny temat, prowadzonych przez Gerina i współautorów (1992). Dwie obce osoby miały za zadanie atakować ich poglądy. Inny uczestnik badania albo obserwował dyskusję w ciszy, albo bronił poglądów badanej studentki. Wtedy, gdy badana była wspierana, wykazywała niższy poziom ciśnienia krwi i częstości akcji serca. Podobnych wyników dostarczyły badania Kamarcka i jego współpracowników (1990 – za: Schnall, 2005), którzy badali wpływ pasywnych form wsparcia na reakcje ze strony układu krążenia.

Przyczyn zmian w układzie krążenia najczęściej upatruje się w reakcjach fizjologicznych organizmu mających miejsce pod wpływem emocji. Wykazano, iż wsparcie społeczne jest ściśle związane z uczuciami dystresu, depresji, samotności i innymi stanami emocjonalnymi, które same z siebie mogą działać jako czynniki ryzyka dla procesów patofizjologicznych (Schwarzer, Knoll, 2004).

Jedną z teorii psychologicznych głosi, iż długotrwały wzrost ciśnienia krwi, a więc nadciśnienie, może być wywołany przez zwiększone uwolnienie adrenaliny w organizmie, co zwykle zachodzi pod wpływem stresu. Zakłada się, iż pozytywne relacje społeczne mogą być pomocne w zapobieganiu lub łagodzeniu stresujących sytuacji, zmniejszając w ten sposób ilość uwalnianej adrenaliny (Blankestijn i in., 1998 – za: Schnall, 2005). Badania Seemana i współpracowników (1994) na grupie starszych mężczyzn wykazały związek między obecnością wsparcia emocjonalnego a poziomem adrenaliny, noradrenaliny i kortyzolu w próbkach moczu. Z kolei obecność wsparcia instrumentalnego w niewielkim stopniu wpłynęła na poziom adrenaliny, ale wpływ na poziomy noradrenaliny i kortyzolu był nadal istotny. Kluczowe znaczenie może mieć tu zwiększony poziom uwalniania glukokortykoidów, hormonów zwiększających ciśnienie krwi. Jeśli hormony te pozostają w krwiobiegu dłużej, a dzieje się tak w przypadku chronicznego stresu, mogą powodować zwiększone wydzielanie adrenaliny (Schwartz i in., 1996 – za: Schnall, 2005).

Inna teoria endokrynologiczna jest związana z oksytocyną. Ten produkowany przez podwzgórze hormon powoduje zmniejszenie ciśnienia krwi poprzez swój wpływ na mechanizmy centralnego układu nerwowego. Wcześniejsze badania dowiodły, iż oksytocyna jest wydzielana na skutek dotyku, masażu i ciepłej temperatury, co wyjaśnia wpływ intymnych kontaktów z bliską osobą na ciśnienie krwi (Schnall, 2005). Niektórzy badacze sugerują, że oksytocyna może być także uwalniana na skutek bliskich kontaktów emocjonalnych charakterystycznych dla codziennych stosunków społecznych, bez konieczności kontaktu fizycznego (Knox, Uvnas-Moberg, 1998). Potwierdziły to wyniki badań Grewena i współpracowników (2005), które wykazały, że spostrzegana przez osobę możliwość wsparcia ze strony bliskiej osoby jest związana z wyższym poziomem oksytocyny. Tłumaczyłoby to w dużej mierze pozytywną rolę wsparcia dla funkcjonowania układu krążenia. Istnieją także teorie łączące stres ze zwiększonym poziomem katecholamin, kortykosteroidów i angioten-

syn, co prowadzi do nadmiernego wzrostu napięcia mięśni gładkich naczyń krwionośnych, a tym samym do nadciśnienia (Lever 1986 – za: Schnall, 2005).

Przeglądu badań na temat związku wsparcia społecznego z procesami fizjologicznymi dokonali Uchino, Cacioppo i Kiecolt-Glaser (1996 – za: Schwarzer, Knoll, 2004). Doszli oni do wniosku, że zawarte w literaturze dane, stanowią rzetelną podstawę do stwierdzenia, iż wsparcie społeczne korzystnie wpływa nie tylko na funkcjonowanie układu krążenia, ale także układu neurohormonalnego i odpornościowego. Można więc stwierdzić, iż osoby mające adekwatny poziom wsparcia oraz wystarczającą liczbę stosunków społecznych postrzegają stresujące zdarzenia jako mniej zagrażające i unikają w ten sposób negatywnych emocji, w konsekwencji czego nie dochodzi do aktywacji układu neuroendokrynologicznego (Luttik i in., 2005).

Druga ze wspomnianych wcześniej koncepcji, koncepcja behawioralna, oparta jest na założeniu, że obecność wsparcia społecznego sprzyja porzuceniu zachowań grożących zdrowiu oraz wpływa na podejmowanie zachowań zdrowotnych (Berkman, Syme, 1979; Orth-Gomer, 1994). W swoich badaniach Umberson (1987) wykazał, że wsparcie społeczne związane jest z zachowaniami zdrowotnymi, takimi jak zdrowe odżywianie się, ćwiczenia fizyczne, odpowiednia ilość snu oraz ograniczenie stopnia stosowania używek. Inne badania nad grupą ponad 10 tysięcy londyńczyków dowiodły, iż wysoki poziom wsparcia emocjonalnego i duża sieć wsparcia poza domem wiążą się istotnie ze zdrowszą dietą, aktywnym trybem życia i paleniem mniejszej liczby papierosów (Stansfeld i in., 1998; za Łuszczyńska, 2004). Może to wynikać stąd, że więź społeczna przyczynia się do wzrostu zaangażowania w zachowania zdrowotne. Osoby otrzymujące więcej wsparcia bardziej angażują się w działania mające na celu ochronę zdrowia (Treiber i in., 1991).

Wsparcie odgrywa szczególnie istotną rolę w okresie inicjacji i utrzymywania zachowania zdrowotnego. Dotyczy to przede wszystkim zachowań związanych z pewnym ograniczeniem, w których obecność wsparcia ułatwia utrzymywanie prozdrowotnego zachowania i może nawet stanowić pewnego rodzaju nagrodę (jak w przypadku wsparcia emocjonalnego) (Łuszczyńska, 2004). Najbardziej wiarygodnych dowodów dostarczają wyniki badań nad grupą osób uzależnionych od alkoholu i narkotyków. W jednym z takich badań osoby będące po odwyku obserwowane były do momentu, gdy powróciły do nałogu (przez okres do 12 tygodni). Jeśli miały one bliską osobę wspierającą oraz wykazywały większą aktywność w życiu społecznym, zdecydowanie rzadziej i później powracały do nałogu niż osoby nie mające takiego wsparcia (Havassy i in., 1991). Podobnych wyników dostarczyły badania McKaya i współpracowników (2001 – za: Łuszczyńska, 2004), którzy analizowali rolę wsparcia społecznego w grupie osób nadużywających kokainę. Okazało się, iż wsparcie społeczne stanowi słaby, ale istotny predyktor powstrzymywania się od kokainy. Analizując związek między paleniem papierosów a rodzajem uzyskiwanego wsparcia, Gruder i jego współpracownicy (1993) wykazali, iż osoby z grupy otrzymującej różne rodzaje wsparcia społecznego częściej paliły mniej papierosów, niż osoby z grupy otrzymującej tylko wsparcie informacyjne. Z ko-

lei Jennison (1992) badał wpływ straty (np. śmierć małżonka) na zwiększony poziom spożycia alkoholu. Utrata bliskiej osoby przyczyniała się do wzrostu spożycia alkoholu wśród badanych, jednak odpowiednie wsparcie społeczne okazało się istotnym buforem redukującym spożywanie alkoholu.

Wiele badań wskazuje także na pozytywny wpływ wsparcia w stosunku do podejmowania aktywności fizycznej. W badaniach Stahla i współpracowników (2001), prowadzonych w sześciu krajach europejskich, wykazano, że styl życia osób mających niskie wsparcie społeczne cechuje zdecydowanie mniejszy poziom aktywności fizycznej niż styl życia osób o wysokich wskaźnikach wsparcia. Z kolei Litt i współpracownicy (2002 – za: Łuszczynska, 2004) analizowali aktywność fizyczną kobiet po 59. roku życia, które zostały zaproszone do wzięcia udziału w programie mającym na celu podniesienie poziomu ich aktywności fizycznej. Rok po zakończeniu programu wsparcie społeczne, które otrzymywały kobiety, okazało się najlepszym predyktorem częstotliwości wykonywania ćwiczeń fizycznych. Podobnych wyników dostarczają badania nad aktywnością fizyczną wśród studentów. Również w tej grupie społecznej niski poziom wsparcia wymieniany jest jako jeden z istotniejszych czynników związanych z rzadszą aktywnością fizyczną (Leslie i in., 1999; Wallace, Buckworth, 2003 – za: Łuszczynska, 2004).

W innych badaniach porównywano efektywność działania terapii dotyczącej zmiany diety. Osoby, które miały bliską osobę wspomagającą w terapii, wykazały większy spadek wagi ciała (o 33%), w porównaniu z osobami, które brały udział w terapii samodzielnie (Wing, Jeffery, 1999 – za: Łuszczynska, 2004). Również według McCanna i Bovbjerga (1998) wysoki poziom wsparcia społecznego, zwłaszcza ze strony współmałżonków, wiąże się z lepszym przestrzeganiem diety.

W świetle powyższych wyników badań nie ulega wątpliwości, iż osoby mające mniejsze wsparcie społeczne mają więcej trudności w zmianie swoich zachowań zdrowotnych (Conn i in., 1992). Problem ten jest szczególnie istotny w przypadku chorych po zawałach serca, dla których zmiana dotychczasowego trybu życia i pozbycie się szkodliwych nawyków stanowi jeden z podstawowych warunków prawidłowego przebiegu procesu zdrowienia. Zimmerman i Conner (1989) zbadali wpływ wsparcia na cztery najbardziej ryzykowne dla powstania choroby wieńcowej zachowania. Okazało się, że osoby, które w ciągu 7 tygodni otrzymały najwięcej wsparcia, doświadczyły bardziej trwałych zmian w zachowaniu w porównaniu z osobami mającymi mniejsze wsparcie. Do podobnych wniosków doszli Finnegan i Suler (2001), którzy analizowali związek między otrzymywanym i spostrzeganym wsparciem oraz integracją społeczną a utrzymywaniem się zachowań zdrowotnych u pacjentów po zawale serca. Wszystkie trzy wskaźniki wsparcia okazały się szczególnie istotne dla zmiany zachowań w zakresie diety i liczby wypalanych papierosów. Także badania nad pacjentami kardiologicznymi, którzy przeszli poważny zabieg chirurgiczny, pokazały, że wsparcie społeczne istotnie jest związane ze zwiększonym poziomem aktywności fizycznej i ograniczeniem palenia papierosów w okresie rehabilitacji (Kulik, Mahler, 1993). Potwierdza to w sposób jedno-

znaczny tezę, iż wsparcie społeczne odgrywa niezwykle istotną rolę w procesie zmiany zachowań zdrowotnych, wpływając nie tylko na inicjację zachowań zdrowotnych, ale także na ich utrzymanie.

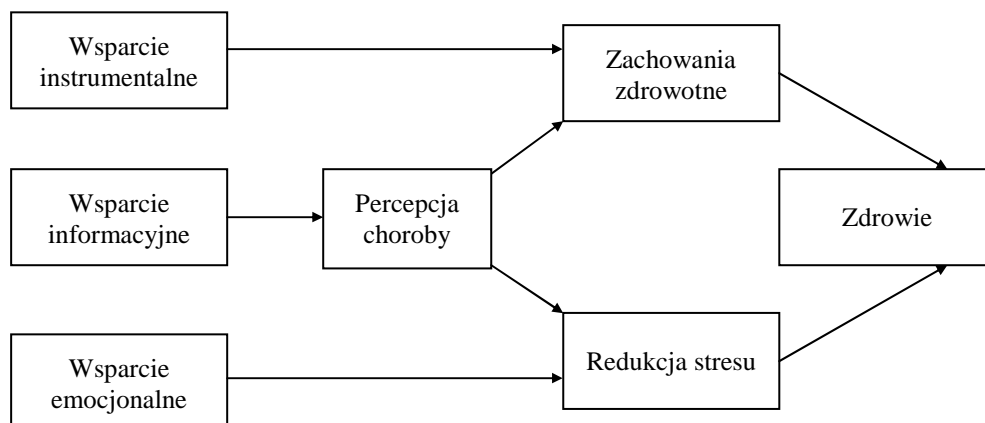
PRÓBA TEORETYCZNEGO OKREŚLENIA WPŁYWU RÓŻNYCH RODZAJÓW WSPARCIA NA ZDROWIE

Podsumowując powyższe rozważania można przyjąć, że teorie związane zarówno z modelem psychologicznym, jak z modelem behawioralnym znajdują swoje potwierdzenie w licznie publikowanych wynikach badań. Sprawia to, iż problematyka wsparcia oraz procesów pośredniczących w jego wpływie na zdrowie wcale nie staje się bardziej zrozumiała. Trudno w takim wypadku sformułować jednoznaczne wnioski dotyczące roli i miejsca wsparcia w procesie rehabilitacji pacjentów po zawałach serca. Nie wiemy do końca, który z modeli wpływu wsparcia społecznego na zdrowie ma większe znaczenie dla pacjentów chorych kardiologicznie. Być może kluczem do rozwiązania tego problemu jest wyraźne rozróżnienie wpływu poszczególnych rodzajów wsparcia na zdrowie. Niektórzy badacze sugerują, że dla zmiany zachowań zdrowotnych i ich utrzymania w czasie najważniejsze jest wsparcie instrumentalne, co wspiera koncepcję behawioralną; natomiast wsparcie emocjonalne działa przede wszystkim na procesy neurohormonalne, co podkreślają koncepcje psychologiczne (Schwarzer, Knoll, 2004; Boutin-Foster, 2005). Podobnego zdania są Tjihuis i współpracownicy (1995), którzy sugerują, że w sytuacjach wywołujących lęk szczególne znaczenie ma wsparcie emocjonalne, natomiast w sytuacjach związanych z czynnościami dnia codziennego, wymagających systematyczności, najlepiej sprawdza się wsparcie instrumentalne. Potwierdzenie tego rodzaju zależności mogłoby przyczynić się do integracji poglądów na temat roli wsparcia w procesie zdrowienia. Istnieją dane wykazujące, że niedostosowany poziom wsparcia instrumentalnego wpływa znacząco na ograniczenie własnej inicjatywy i aktywności pacjenta, redukując tym samym liczbę podejmowanych przez niego działań mających na celu poprawę stanu zdrowia (Hays i in., 1997). Z kolei wsparciu emocjonalnemu najczęściej przypisuje się kluczową rolę w łagodzeniu negatywnych skutków stresu i zwiększaniu odporności psychicznej na niekorzystne zmiany w życiu człowieka. Wsparcie emocjonalne stanowi jeden z najważniejszych potencjalnych zasobów chorego, pozwalających radzić sobie z lękiem i obniżonym nastrojem (Wrześniewski, Włodarczyk, 2004).

Może z tego wynikać, iż wsparcie instrumentalne w większym stopniu wpływa na kształtowanie zachowań zdrowotnych niż wsparcie emocjonalne, które z kolei ma większe znaczenie dla neurohormonalnej odpowiedzi organizmu na stres. Przy tego rodzaju założeniu należy jednak podkreślić, iż nie oznacza to, że zakładamy brak znaczenia wsparcia emocjonalnego dla zachowań zdrowotnych i odwrotnie – niewielki wpływ wsparcia instrumentalnego na procesy emocjonalne człowieka. Przyjęcie takiej tezy byłoby daleko posuniętym i nietrafnym uogólnieniem. Chodzi tu raczej o wykazanie, że występuje

pewna różnica w znaczeniu poszczególnych rodzajów wsparcia dla mechanizmów, poprzez które wsparcie wpływa na stan zdrowia.

Odrębnego komentarza wymaga problem trzeciego z najczęściej wyróżnianych rodzajów wsparcia społecznego – informacyjnego. Z jednej strony powinien on ułatwiać podejmowanie zachowań zdrowotnych poprzez dostarczanie pożądanej przez chorego wiedzy, z drugiej zaś strony bardzo prawdopodobny jest pozytywny wpływ wsparcia informacyjnego na redukcję poziomu stresu i mniejsze poddawanie się emocjom przez pacjentów chorych kardiologicznie. Szczególnie istotnego znaczenia nabiera wsparcie informacyjne udzielane w sytuacjach nowych, gdy pozwala zmniejszyć uczucie lęku, niepewności i osamotnienia (Tijhuis i in., 1995). Podobnego zdania są amerykańscy badacze Cohen, Caplan i Manuck (1994), według których wsparcie informacyjne jest pomocne nie tylko w kształtowaniu zachowań zdrowotnych, unikaniu sytuacji stresowych oraz zwiększonym dostępie do odpowiednich służb medycznych, ale ma także istotne znaczenie w redukcji lęku, tak wszechobecnego w przypadku zawału serca. Badania nad pacjentami onkologicznymi wykazały, że niski poziom wsparcia informacyjnego związany jest istotnie z uczuciem beznadziei i wysokim poziomem depresji (Gil, Gilbar, 2001). Tym samym trudno na podstawie danych odnośnej literatury ocenić, dla którego z mechanizmów, poprzez które wsparcie społeczne wpływa na stan zdrowia, większe znaczenie ma wsparcie informacyjne. Nie ulega jednak wątpliwości, że wsparcie informacyjne w istotnym stopniu zmienia percepcję choroby. Osoba mająca informacje o specyfice swojej choroby, możliwych komplikacjach, zagrożeniach oraz sposobach zapobiegania ewentualnym nawrotom lepiej znosi emocjonalnie sam przebieg choroby i procesu usprawniania oraz lepiej rozumie potrzebę wprowadzenia odpowiednich zmian w dotychczasowym stylu życia. Wobec powyższego zakładam, iż wsparcie informacyjne – poprzez wpływ na percepcję choroby – będzie odgrywało równie ważną rolę w łagodzeniu skutków stresu, jak i w kształtowaniu zachowań zdrowotnych. Proponowane zależności przedstawiam graficznie na rysunku 1.



Rysunek 1. Proponowane drogi wpływu różnych rodzajów wsparcia na zdrowie

Najprostszą formą sprawdzenia ujętych na rysunku 1 założeń byłoby ustalenie siły związku poszczególnych rodzajów wsparcia ze stanem emocjonalnym pacjentów lub poziomem zachowań zdrowotnych. Jako że ocena stanu emocji pacjenta wymaga zastosowania większej liczby narzędzi badawczych i pomiaru wielkości zmian fizjologicznych organizmu pojawiających się pod wpływem emocji, znacznie łatwiejszą i bardziej wiarygodną formą badania jest ocena poziomu zachowań zdrowotnych. Tym samym przeprowadzone zostały badania mające udzielić odpowiedzi na dwa podstawowe pytania badawcze: Czy wsparcie społeczne wpływa na poziom zachowań zdrowotnych pacjentów po zawałach serca? Czy istnieje różnica w znaczeniu poszczególnych rodzajów wsparcia społecznego dla kształtowania zachowań zdrowotnych pacjentów po zawałach serca? Opierając się na zależnościach proponowanych w modelu przyjęto założenie, iż wsparcie instrumentalne i informacyjne powinno być w większym stopniu związane z wysokim poziomem zachowań zdrowotnych niż wsparcie emocjonalne.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badaniami przeprowadzonymi przez autora w ośrodku rehabilitacyjnym w Kiekrzu koło Poznania objęta została grupa 48 osób w okresie od jednego do dwóch miesięcy po przebytych zawałach serca. Brane były pod uwagę tylko te osoby, które przeszły zawał serca po raz pierwszy i miały za sobą przynajmniej tydzień rehabilitacji w ośrodku. Przebadanych zostało 16 kobiet i 32 mężczyzn, w przedziale wiekowym 47-79 lat; średnia wieku wynosiła 60,5 roku. Badana próba była zróżnicowana także pod względem wykształcenia: 15 osób miało wykształcenie wyższe, 13 – średnie, 20 – zawodowe i niższe.

W przeprowadzonych badaniach zastosowano zestaw składający się z dwóch odrębnych metod pomiarowych: kwestionariusza Zachowań Zdrowotnych (ZZ) oraz kwestionariusza Wsparcia Społecznego (WS). Kwestionariusz WS, który jest typem kwestionariusza interakcyjnego, został skonstruowany na potrzeby tej pracy. Charakteryzuje się on tym, że do każdej opisanej sytuacji dołączona jest pełna, zawsze ta sama lista reakcji. Zarówno zbiór sytuacji, jak i zbiór reakcji (zachowań) określone są niezależnie od siebie. Na podstawie powyższych założeń oraz zawartych w literaturze zaleceń dotyczących zasad oraz toku postępowania w trakcie procedury operacjonalizacji zmiennych opracowane zostały – przy udziale 10 sędziów kompetentnych – dwie niezależne listy: lista sytuacji i lista zachowań. Stanowiły one podstawę do przygotowania całości kwestionariusza, który zawiera 18 sytuacji i 5 odpowiedzi do każdej z nich. Miejsce poszczególnych twierdzeń w kwestionariuszu zostało określone losowo. Skonstruowany w ten sposób kwestionariusz zawiera pięciostopniową skalę do pomiaru ogólnego poziomu postrzeganego wsparcia społecznego oraz skalę do pomiaru poszczególnych rodzajów wsparcia (emocjonalnego, instrumentalnego i informacyjnego).

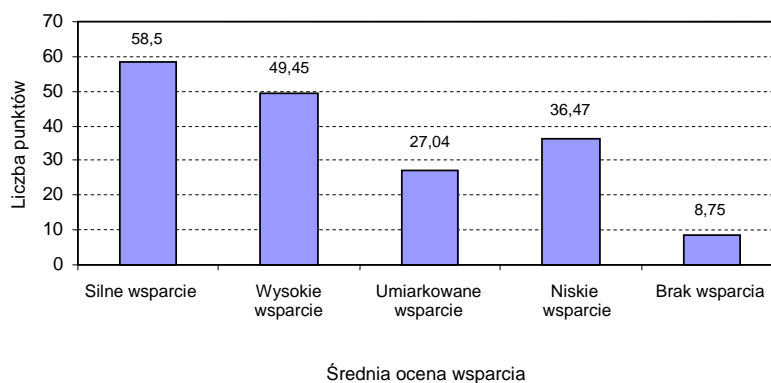
Kwestionariusz Zachowań Zdrowotnych zawierał z kolei 18 twierdzeń dotyczących zdrowego stylu życia. Trafność narzędzia oceniona została przez 10

sędziów kompetentnych. Mieli oni za zadanie wybrać 18 spośród 64 twierdzeń dotyczących podejmowania zachowań zdrowotnych. W ostatecznej wersji kwestionariusza uwzględniono jedynie te twierdzenia, które zostały wybrane przez sędziów ze stuprocentową zgodnością. Badani mieli za zadanie ocenić każde z twierdzeń na pięciopunktowej skali szacunkowej (1 – nigdy, 2 – rzadko, 3 – czasami, 4 – często, 5 – zawsze). Każda odpowiedź była punktowana (od 1 do 5); suma punktów dla wszystkich twierdzeń dała wynik końcowy. Współczynnik α Cronbacha tego kwestionariusza wyniósł 0,89, co potwierdziło jego rzetelność.

WYNIKI

W celu stwierdzenia, czy istnieje zależność między ogólnym poziomem wsparcia społecznego oraz jego poszczególnymi rodzajami a poziomem zachowań zdrowotnych u pacjentów po zawale serca, przeprowadzono analizę statystyczną uzyskanych w badaniu kwestionariuszowym wyników. Przed przystąpieniem do prezentacji danych związanych z weryfikacją przyjętych wcześniej założeń przedstawię rozkłady wyników dotyczących kolejno: nasilenia postrzeganego wsparcia społecznego oraz prezentowanych zachowań zdrowotnych osób po zawałach serca.

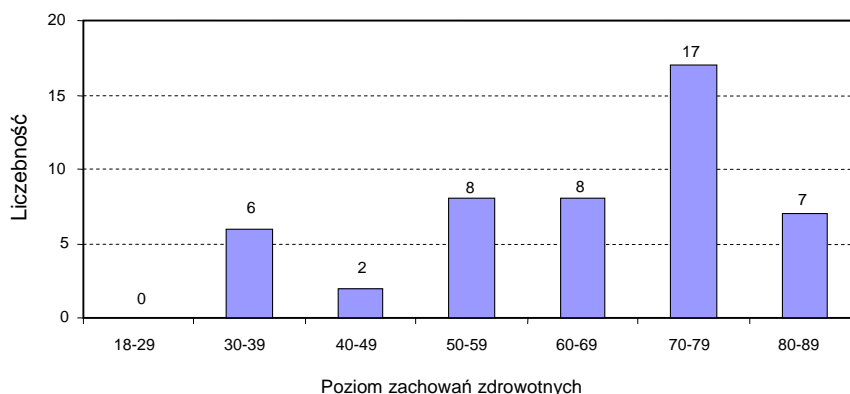
Jeśli chodzi o nasilenie postrzeganego wsparcia społecznego przez osoby po zawałach serca, rozkład średnich wyników uzyskanych w poszczególnych poziomach wsparcia społecznego przedstawia rysunek 2.



Rysunek 2. Rozkład średnich wyników uzyskanych w poszczególnych poziomach wsparcia społecznego u osób po zawałach serca

Jak wynika z powyższego rysunku, zdecydowana większość osób po zawałach serca postrzega wsparcie społeczne, które mogłyby uzyskać, za silne i wysokie. Najniżej oceniana, a tym samym najmniej prawdopodobna była sytuacja, w której osoba nie otrzymuje wsparcia. Inaczej przedstawia się sytuacja

w przypadku rozkładu wyników uzyskanych na skali zachowań zdrowotnych (rysunek 3).



Rysunek 3. Rozkład wyników uzyskanych na skali zachowań zdrowotnych u osób po zawałach serca

Wykres prezentujący poziom zachowań zdrowotnych u osób po zawale serca jest przesunięty w prawo, co stanowi dowód na to, że większość chorych postępuje zgodnie z zaleceniami lekarskimi. Niepokoić natomiast może to, że mimo przebytego zawału, blisko 30% chorych nie przejawia zachowań niezbędnych dla uniknięcia powtórnego zawału.

Przejdę teraz do omówienia analizy statystycznej wyników uzyskanych w badaniu kwestionariuszowym.

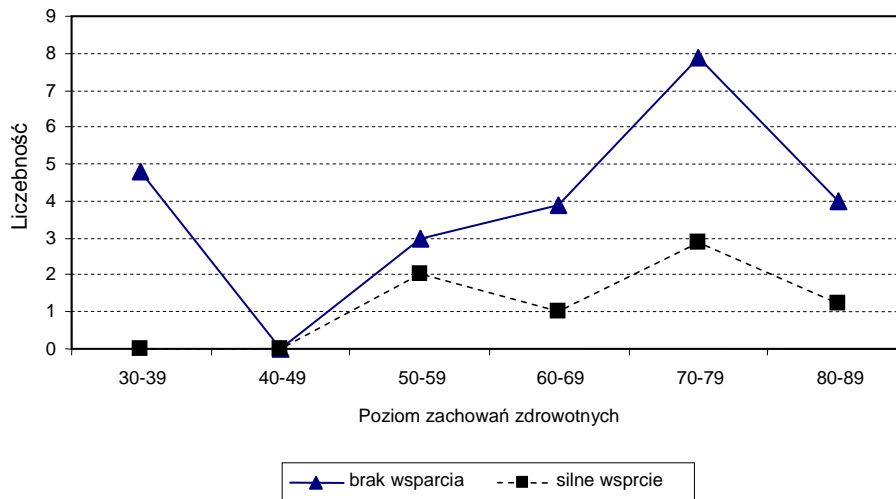
1. Aby ocenić związek między ogólnym poziomem wsparcia społecznego a poziomem zachowań zdrowotnych, porównano wyniki uzyskane za pomocą kwestionariusza WS w badaniach dwóch grup. Podziału grup dokonano, biorąc pod uwagę osoby, które uzyskały najwyższe wyniki na skali silnego wsparcia społecznego, oraz osoby, które uzyskały najwyższe wyniki na skali braku wsparcia społecznego. Tabela 1 przedstawia średnie wyniki danych dla obu wyróżnionych grup.

Tabela 1.
Poziom ogólnego wsparcia społecznego a poziom zachowań zdrowotnych osób po zawale serca

Poziom wsparcia emocjonalnego	Średni poziom zachowań zdrowotnych	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
silne wsparcie	69,4	1,88	28	0,069
brak wsparcia	59,2			

W celu stwierdzenia, czy uzyskana różnica jest statystycznie istotna, zastosowany został test t Studenta dla dwóch grup niezależnych. Przy przyjętym poziomie istotności 0,01 dla wartości $df = 28$ wartość krytyczna t jest niższa niż t obliczone, dzięki czemu możemy stwierdzić, że różnica między grupami jest istotna, i przyjąć, że osoby po zawale serca charakteryzujące się silnym poziomem ogólnego wsparcia społecznego wykazują większy poziom zachowań zdrowotnych niż osoby po zawale serca, oceniające nisko poziom ogólnego wsparcia.

Na rysunku 4 przedstawiam dodatkowo porównanie rozkładu wyników otrzymanych w kwestionariuszu zachowań zdrowotnych przez osoby, które uzyskały najwyższe wyniki na skali silnego ogólnego wsparcia społecznego, oraz osoby, które uzyskały najwyższe wyniki na skali braku ogólnego wsparcia społecznego.



Rysunek 4. Rozkład wyników uzyskanych w Kwestionariuszu Zachowań Zdrowotnych przez pacjentów, którzy deklarowali silne ogólne wsparcie społeczne oraz pacjentów deklarujących brak ogólnego wsparcia społecznego

Jak wynika z powyższego wykresu, osoby wysoko oceniające swoje wsparcie społeczne w zdecydowanej większości prezentują wysoki poziom zachowań zdrowotnych. Nie ma wśród nich ani jednej osoby w przedziale 30-49, a więc wśród osób najmniej dbających o własne zdrowie. Ponadto 80% całej grupy znajduje się w przedziale 70-90, czyli wysoko ocenia swoje zachowania zdrowotne. Z kolei wśród osób, które uzyskały wysokie wyniki na skali braku wsparcia, aż pięć znalazło się w grupie o bardzo niskim poziomie zachowań zdrowotnych, co stanowi ponad 30% całej grupy. Tylko trzy osoby z tej grupy oceniły poziom własnych zachowań zdrowotnych jako wysoki.

2. Aby ocenić związek między poziomem emocjonalnego wsparcia społecznego a poziomem zachowań zdrowotnych, porównano wyniki dwóch grup uzys-

kane za pomocą kwestionariusza WS. Podziału grup dokonano, biorąc pod uwagę osoby, które uzyskały najwyższe wyniki na skali silnego emocjonalnego wsparcia społecznego, oraz osoby, które otrzymały najwyższe wyniki na skali braku emocjonalnego wsparcia społecznego. Tabela 2 przedstawia średnie wyniki danych dla obu wyróżnionych grup.

Tabela 2.
Poziom emocjonalnego wsparcia społecznego a poziom zachowań zdrowotnych osób po zawale serca

Poziom ogólnego wsparcia	Średni poziom zachowań zdrowotnych	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
silne wsparcie	73,2	3,48	28	0,001
brak wsparcia	55,4			

Wartość *t* obliczonego wyniosła 1,8, natomiast wartość krytyczna *t* – przy poziomie istotności 0,05 i stopniu swobody *df* = 28 – była niższa, co nie daje podstaw do przyjęcia, iż wysoki poziom wsparcia emocjonalnego związany jest istotnie z wyższym poziomem zachowań zdrowotnych.

3. W celu oceny związku między poziomem instrumentalnego wsparcia społecznego a poziomem zachowań zdrowotnych porównano wyniki dwóch grup uzyskane za pomocą kwestionariusza WS. Podziału grup dokonano, biorąc pod uwagę osoby, które uzyskały najwyższe wyniki na skali silnego instrumentalnego wsparcia społecznego, oraz osoby, które uzyskały najwyższe wyniki na skali braku instrumentalnego wsparcia społecznego. Tabela 3 przedstawia średnie wyniki danych dla obu wyróżnionych grup.

Tabela 3.
Poziom instrumentalnego wsparcia społecznego a poziom zachowań zdrowotnych osób po zawale serca

Poziom wsparcia instrumentalnego	Średni poziom zachowań zdrowotnych	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
silne wsparcie	69,4	1,86	28	0,072
brak wsparcia	59			

Wartość *t* obliczonego wyniosła 1,8, natomiast wartość krytyczna *t* – przy poziomie istotności 0,05 i stopniu swobody *df* = 28 – była niższa, co nie daje podstaw do przyjęcia, iż wysoki poziom wsparcia instrumentalnego związany jest istotnie z wyższym poziomem zachowań zdrowotnych.

4. W celu oceny związku między poziomem informacyjnego wsparcia społecznego a poziomem zachowań zdrowotnych porównano wyniki dwóch grup

uzyskane na podstawie kwestionariusza WS. Wyróżniono dwie grupy: osoby, które uzyskały najwyższe wyniki na skali silnego informacyjnego wsparcia społecznego, oraz osoby, które uzyskały najwyższe wyniki na skali braku informacyjnego wsparcia społecznego. Tabela 4 przedstawia średnie wyniki danych dla obu wyróżnionych grup.

Tabela 4.
Poziom informacyjnego wsparcia społecznego a poziom zachowań zdrowotnych osób po zawale serca

Poziom wsparcia informacyjnego	Średni poziom zachowań zdrowotnych	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
silne wsparcie	70,9	2,56	28	0,01
brak wsparcia	56,2			

Przy przyjętym poziomie istotności 0,01 dla wartości $df = 28$ wartość krytyczna t jest niższa niż t obliczone, dzięki czemu możemy stwierdzić, że różnica między grupami jest istotna i przyjąć, iż wysoki poziom wsparcia informacyjnego związany jest istotnie z wyższym poziomem zachowań zdrowotnych.

DYSKUSJA

Wyniki uzyskane w badaniach sugerują, że istnieje ważna zależność między poziomem ogólnego wsparcia społecznego a prezentowanymi zachowaniami zdrowotnymi. Tym samym potwierdzone zostały rezultaty badań innych autorów. Stanowiąc to powinno ważną wskazówkę dla psychologów praktyków pracujących z osobami po zawałach serca. Dobrą drogą do zwiększania poziomu zachowań zdrowotnych jest troska o odpowiedni poziom wsparcia – zarówno ze strony bliskich osób, jak również ze strony personelu medycznego. Chory spostrzegający, że nie jest pozostawiony sam sobie i ma za sobą grono bliskich i kompetentnych osób, powinien łatwiej przechodzić nie tylko chorobę, ale także proces koniecznych dla poprawy stylu życia zmian. Poczucie wsparcia może stanowić ważny czynnik przyspieszający proces zdrowienia oraz przeciwdziałający pośrednio powtórnemu wystąpieniu zawału.

Z analizy danych uzyskanych za pomocą Kwestionariusza Zachowań Zdrowotnych wynika, że blisko 30% osób, które przeszły zawał serca, nie prezentuje zachowań niezbędnych dla uniknięcia powtórnego zawału. Trudno ocenić, co jest tego przyczyną, jednak stanowić to powinno ważny sygnał, iż w przypadku znaczącej części chorych opuszczających ośrodek rehabilitacyjny nie można mówić o pozytywnych efektach przebiegu rehabilitacji.

Drugim celem przeprowadzonych badań było określenie roli poszczególnych rodzajów wsparcia dla zachowań zdrowotnych. Niestety, nie znalazła potwierdzenia teza o większym znaczeniu wsparcia instrumentalnego dla

kształtowania zachowań zdrowotnych w stosunku do wsparcia emocjonalnego. Wyniki sugerują, iż nie ma istotnej różnicy w znaczeniu tych rodzajów wsparcia dla zachowań zdrowotnych. Co więcej, ani wsparcie emocjonalne, ani instrumentalne nie okazały się istotnie związane z prezentowanymi przez badanych zachowaniami zdrowotnymi, w przeciwieństwie do ogólnego poziomu wsparcia. Świadczyć to może o większym znaczeniu zintegrowanego i zrównoważonego wsparcia dla zachowań zdrowotnych niż jego poszczególnych rodzajów.

Inaczej przedstawia się sytuacja w przypadku wsparcia informacyjnego. Jak się okazuje, dla osób znajdujących się w okresie jednego do dwóch miesięcy po zawale, uczestniczących w turnusie rehabilitacyjnym, a więc będących tak naprawdę w drugim etapie rehabilitacji kardiologicznej (pierwszy etap odbywa się podczas pobytu w szpitalu, trzeci to etap ambulatoryjny), wsparcie informacyjne wyróżnia się spośród pozostałych rodzajów wsparcia, a jego znaczenie dla kształtowania zachowań zdrowotnych okazuje się kluczowe. Wynika stąd dość oczywisty wniosek o istotnej roli edukacji i poszerzania wiedzy chorego na temat własnej choroby w procesie kształtowania zachowań zdrowotnych. Być może rola wsparcia informacyjnego na tym etapie jest tak duża, ponieważ dopiero podczas pobytu w ośrodku rehabilitacyjnym osoba po tak traumatycznym przeżyciu, jakim jest zawał, może w pełni świadomie i spokojnie przyswajać informacje o sposobach zwalczania tego schorzenia. Być może na innych etapach procesu zdrowienia inne rodzaje wsparcia odgrywają ważniejszą rolę dla kształtowania zachowań zdrowotnych. Z pewnością warto w przyszłości przyjrzeć się temu zagadnieniu bliżej.

Istotnym ograniczeniem przeprowadzonych badań jest to, że przebadano stosunkowo niewielką liczbę pacjentów, a osoby badane znajdowały się w ośrodku rehabilitacyjnym w niewielkim odstępie czasowym od wystąpienia zawału serca. Można przypuszczać, że jest to zbyt wczesny etap leczenia, byśmy mogli potwierdzić zależności stwierdzone w proponowanym w tej pracy modelu. Wydaje się, iż niezbędne są badania w szerszym przedziale czasowym na większej grupie badawczej.

Istnieje także prawdopodobieństwo, że poza rodzajem wsparcia ważne znaczenie dla kształtowania zachowań zdrowotnych ma również osobowość i potrzeby jednostki, której to wsparcie dotyczy. Jedne osoby oczekują od otoczenia większego wsparcia emocjonalnego, dla innych istotniejsza jest pomoc instrumentalna. W zależności od tego, czy oczekiwane wsparcie zostanie udzielone, prezentować będą określony poziom zachowań zdrowotnych. Teza ta znajduje potwierdzenie w badaniach nad programami leczenia osób po zawałach serca. Zarówno program leczenia skoncentrowany na radzeniu sobie ze stresem i własnymi emocjami (co można utożsamiać z większym wsparciem emocjonalnym), jak i program ukierunkowany typowo na edukację i modyfikację zachowania (model ten jest bliższy wsparciu instrumentalnemu) przynoszą pozytywne efekty w podnoszeniu poziomu zachowań zdrowotnych pacjentów. Okazuje się jednak, że nie wszyscy pacjenci są w równym stopniu podatni na tego rodzaju oddziaływanie. Są osoby, które biorąc udział w jednym programie leczenia, uzyskują znacznie mniejsze efekty, niż w sytuacji, gdy pod-

dadzą się leczeniu w drugim z programów (Cameron i in., 2005). Świadczyć to może o zróżnicowanych potrzebach i oczekiwaniach pacjentów wobec osób wspierających. Jedna osoba może wymagać więcej wsparcia instrumentalnego by wykształcić w sobie określone zmiany w zachowaniu, inna z kolei może potrzebować więcej wsparcia emocjonalnego. Z pewnością problem ten wymaga dalszych analiz i badań, aby możliwa była ocena, który z programów leczenia jest bardziej efektywny dla określonego typu pacjenta.

Niewątpliwie przeprowadzone badania nie wykazały prostej zależności, która mogłaby prowadzić do twierdzenia, że wsparcie instrumentalne ma większe znaczenie dla kształtowania zachowań zdrowotnych niż wsparcie emocjonalne. Pozwoliłoby to częściowo potwierdzić tezę o konieczności rozróżnienia wpływu poszczególnych rodzajów wsparcia na zdrowie. Rzeczywistość wydaje się jednak bardziej złożona i wymaga dalszych analiz.

BIBLIOGRAFIA

- Ben-Sira, Z., Eliezer, R. (1990). The structure of readjustment after heart attack. *Social Science and Medicine*, 30, 523-536.
- Berkman, L. F., Leo-Summers, L., Horowitz, R. (1992). Emotional support and survival after myocardial infarction. *Annals of Internal Medicine*, 117, 1003-1009.
- Berkman, L. F., Syme, S. L. (1979). Social networks, host resistance and mortality: A 9 year follow up of Alameda county residents. *American Journal of Epidemiology*, 109, 186-204.
- Blankestijn, P. J., Man in't Veld, A. J., Tulen, J., van den Meiracker, A. H., Boomsma, F., Moleman, P., Ritsema van Eck, H. J., Derkx, F. H., Mulder, P., Lamberts, S. J. (1988). Support for adrenaline-hypertension hypothesis: 18 hour pressor effect after 6 hours adrenaline infusion. *Lancet*, II (Dec. 17), 1386-1389.
- Boutin-Foster, C. (2005). Getting to the heart of social support: A qualitative analysis of the types of instrumental support that are most helpful in motivating cardiac risk factor modification. *Heart and Lung*, 34, 22-29.
- Cameron, L. D., Petrie, K. J., Ellis, C. J., Buick D., Weinman, J. A. (2005). Trait negative affectivity and responses to a health education intervention for myocardial infarction patients. *Psychology and Health*, 20, 1, 1-18.
- Case, R. B., Joss, A. J., Case, N., Mcdermott, M., Eberly, S. (1992). Living alone after myocardial infarction. *Journal of the American Medical Association*, 267, 515-519.
- Chandra, V., Szklo, M., Goldberg, R., Tonascia, J. (1983). The impact of marital status on survival after an acute myocardial infarction: A population-based study. *American Journal of Epidemiology*, 117, 320-325.
- Chin, M. H., Goldman, L. (1997). Correlates of early hospital readmission or death in patients with congestive heart failure. *The American Journal of Cardiology*, 79, 12, 1640-1644.
- Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology*, 7, 3, 269-297.

- Cohen, S., Kaplan, J. R., Manuck, S. B. (1994). Social support and coronary heart disease: Underlying psychological and biological mechanisms. [W:] S. A. Shumaker, S. M. Czajkowski (red.), *Social support and cardiovascular disease* (s. 195-221). New York: Plenum Press.
- Conn, V. S., Taylor, S. G., Hayes, V. (1992). Social support, self-esteem and self-care after myocardial infarction. *Health Values*, 16, 25-31.
- Coyne, J. C., Rohrbaugh, M. J., Shoham, V., Sonnega, J. S., Nicklas, J. M., Cranford, J. A. (2001). Prognostic importance of marital quality for survival of congestive heart failure. *The American Journal of Cardiology*, 88, 5, 526-529.
- Farmer, I. P., Meyer, P. S., Ramsey, D. J. (1996). Higher levels of social support predict greater survival following acute myocardial infarction: The Corpus Christi Heart Project. *Behavioral Medicine*, 22, 59-66.
- Finnegan, D. L., Suler, J. R. (2001). Psychological factors associated with maintenance of improved health behaviors in postcoronary patients. *The Journal of Psychology*, 119, 87-94.
- Frasure-Smith, N., Lesperance, F., Talajic, M. (1995). The impact of negative emotions on prognosis following myocardial infarction: Is it more than depression? *Health Psychology*, 14, 388-398.
- Friedman, M. M. (1993). Social support and psychological well-being in older woman with heart disease. *Research in Nursing and Health*, 16, 405-413.
- Gerin, W., Pieper, C., Levy, R., Pickering, T. G. (1992). Social support in social interaction: A moderator of cardiovascular reactivity. *Psychosomatic Medicine*, 54, 324-336.
- Gil, S., Gilbar, O. (2001). Hopelessness among cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, 19, 1, 21-33.
- Grewen, K. M., Girdler, S. S., Amico, J., Light, K. C. (2005). Effects of partner support on resting oxytocin, cortisol, norepinephrine and blood pressure before and after warm partner contact. *Psychosomatic Medicine*, 67, 531-538.
- Gruder, C. L., Mermelstein, R. J., Kirkendol, S., Hedeker, D., Wong, S. C., Schreckengost, J., Warnecke, R. B., Burzette, R., Miller, T. Q. (1993). Effects of social support and relapse prevention training as adjuncts to a televised smoking-cessation intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 113-120.
- Haskell, W. L. (2003). Cardiovascular disease prevention and lifestyle interventions. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 18, 4, 245-255.
- Havassy, B. E., Hall, S. M., Wasserman, D. A. (1991). Social support and relapse: Commonalities among alcoholics, opiate users, and cigarette smokers. *Addictive Behaviors*, 16, 235-246.
- Hays, J. C., Saunders, W. B., Flint, E. P., Kaplan, B. H., Blazer, D. G. (1997). Social support and depression as risk factors for loss of physical function in late life. *Aging and Mental Health*, 1, 3, 209-220.
- Idler, E. L., Kasl, S. V. (1997). Religion among disabled and nondisabled persons. [W:] Cross-sectional patterns in health practices, social activities, and well-being. *Journals of Gerontology. Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 52B, 294-305.

- Jenkins, C. D., Jono, R. T., Stanton, B. A., Stroup-Nenham, C. A. (1990). The measurement of health-related quality of life: Major dimensions identified by factor analysis. *Social Science and Medicine*, 31, 925-931.
- Jennison, K. M. (1992). The impact of stressful life events and social support on drinking among older adults: A general population survey. *International Journal of Aging and Human Development*, 35, 99-123.
- Kamarck, T. W., Manuck, S. B., Jennings, J. R. (1990). Social support reduces cardiovascular reactivity to psychological challenge: A laboratory model. *Psychosomatic Medicine*, 52, 42-58.
- Kawczyńska-Butrym, Z. (1998). *Niepełnosprawność – specyfika pomocy społecznej*. Katowice: Wydawnictwo Naukowe Śląsk.
- Kirenko, J. (2002). *Wsparcie społeczne osób z niepełnosprawnością*. Ryki: Wyższa Szkoła Umiejętności Pedagogicznych i Zarządzania.
- Knox, S. S. (1993). Perception of social support and blood pressure in young men. *Perceptual and Motor Skills*, 77, 1, 132-134.
- Knox, S. S., Uvnas-Moberg, K. (1998). Social isolation and cardiovascular disease: An atherosclerotic pathway? *Psychoneuroendocrinology*, 23, 8, 877-890.
- Kristenson, M., Kucinskiene, Z., Bergdahl, B., Calkauskas, H., Urmonas, V., Orth-Gomer, K. (1998). Increased psychosocial strain in Lithuanian versus Swedish men: The LiVicordia study. *Psychosomatic Medicine*, 60, 277-282.
- Krumholz, H. M., Butler, J., Milier, J. [i in.] (1998). Prognostic importance of emotional support for elderly patients hospitalized with heart failure. *Circulation*, 97, 10, 958-964.
- Kulik, J. A., Mahler, H. I. (1993). Emotional support as a moderator of adjustment and compliance after coronary artery bypass surgery: A longitudinal study. *Journal Behavioral Medicine*, 16, 45-63.
- Lepore, S. J. (1998). Problems and prospects for the social support-reactivity hypothesis. *Annals of Behavioral Medicine*, 20, 4, 257-269.
- Leslie, E., Owen, N., Salmon, J. O., Bauman, A., Sallis, J. F., Lo, S. K. (1999). Insufficiently active Australian college students: Perceived personal, social and environmental influences. *Preventive Medicine*, 28, 20-27.
- Lever, A. F. (1986). Slow pressor mechanisms in hypertension: A role of hypertrophy of resistance vessels. *Journal of Hypertension*, 4, 515-524.
- Luttik, M. L., Jaarsma, T., Moser, D., Sanderman, R., van Veldhuisen, D. J. (2005). The importance and impact of social support on outcomes in patients with heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 20, 3, 162-169.
- Łuszczynska, A. (2004). *Zmiana zachowań zdrowotnych: dlaczego dobre chęci nie wystarczają*. Gdańsk: GWP.
- McCann, B. S., Bovbjerg, V. E. (1998). Promoting dietary change. [W:] S. A. Shumaker, E. B. Schron, J. K. Ockene, W. L. McBee (red.), *The handbook of health behavior change* (s. 166-188). New York: Springer.
- Mendes de Leon, C. F., Apples, A. W. P. M., Otten, F. W. J., Shouten, E. G. W. (1992). Risk of mortality and coronary heart disease by marital status in middle-aged men in the Netherlands. *International Journal of Epidemiology*, 21, 460-466

- Moser, D. K. (1994). Social support and cardiac recovery. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 9, 27-36.
- Orth-Gomer, K. (1994). International epidemiological evidence for a relationship between social support and cardiovascular disease. [W:] S. A. Shumaker, S. M. Czajkowski (red.), *Social support and cardiovascular disease* (s. 97-117). New York: Plenum Press.
- Orth-Gomer, K., Rosengren, A., Wilhelmsen, L. (1993). Lack of social support and incidence of coronary artery heart disease in middle-aged Swedish men. *Psychosomatic Medicine*, 55, 37-43.
- Orth-Gomer, K., Unden, A., Edwards, M. (1988). Social isolation and mortality in ischaemic heart disease. A 10-year follow-up study of 150 middle-aged men. *Acta Medica Scandinavica*, 224, 205-215.
- Ruberman, W., Weinblatt, E., Goldberg, J. D., Chaudhary, B. S. (1984). Psychosocial influences on mortality after myocardial infarction. *New England Journal of Medicine*, 311, 552-559.
- Schnall, E. (2005). Social support: A role for social work in the treatment and prevention of hypertension. *The Einstein Journal of Biology and Medicine*, 21, 50-56.
- Schwartz, J. E., Pickering, T. G., Landsbergis, P. A. (1996). Work-related stress and blood pressure: Current theoretical models and considerations from a behavioral medicine perspective. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 3, 287-310.
- Schwarz, K. A., Fiman, C. S. (2003). Identification of factors predictive of hospital readmissions for patients with heart failure. *Heart Lung*, 32, 2, 88-99.
- Schwarzer, R., Knoll, N. (2004). Prawdziwych przyjaciół... Wsparcie społeczne, stres, choroba i śmierć. [W:] H. Sęk, R. Cieślak (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie* (s. 29-48). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Seemann, T. E. [i in.] (1994). Social ties and support and neuroendocrine functions: The Macarthur studies of successful aging. *Annals of Behavioral Medicine*, 16, 95-106.
- Stahl, T. [i in.] (2001). The importance of social environment for physically active lifestyle – results from an international study. *Social Science Medicine*, 52, 1-10.
- Tijhuis, M. A. R., Flap, H. D., Foets, M., Groenewegen, P. P. (1995). Social support and stressful events in two dimensions: Life events and illness as an event. *Social Science Medicine*, 40, 11, 1513-1526.
- Treiber, F. A., Baranowski, T., Braden, D. S., Strong, W. B., Levy, M., Knox, W. (1991). Social support for exercise: Relationship to physical activity in young adults. *Preventive Medicine*, 20, 737-750.
- Umberson, D. (1987). Family status and health behaviour, social support as a dimension of social integration. *Journal of Health and Social Behaviour*, 28, 306-319.
- White, R. E., Frasure-Smith, N. (1995). Uncertainty and psychologic stress after coronary angioplasty and coronary artery bypass surgery. *Heart and Lung: Journal of Critical Care*, 24, 19-27.
- Williams, R. B., Barefoot, J. C., Califf, R. M. (1992). Prognostic importance of social and economic resources among medically treated patients with angiographically

- documented coronary artery disease. *The Journal of the American Medical Association*, 267, 520-524.
- Wrześniewski, K., Włodarczyk, D. (2004). Rola wsparcia społecznego w leczeniu i rehabilitacji osób po zawale serca. [W:] H. Sęk, R. Cieślak (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie* (s. 170-189). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Yates, B. (1995). The relationships among social support and shortand long-term recovery outcomes in men with coronary heart disease. *Research in Nursing and Health*, 18, 193-203.
- Zimmerman, R. S., Conner, C. (1989). Health promotion in context: The effects of significant others on health behavior change. *Health Education Quarterly*, 16, 57-74.