

## Anna Andruszkiewicz<sup>1</sup>, Aldona Kubica<sup>1</sup>, Marta Nowik<sup>1</sup>, Alicja Marzec<sup>2</sup>, Mariola Banaszkiewicz<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Katedra i Zakład Promocji Zdrowia, *Collegium Medicum* Uniwersytet Medyczny im. Mikołaja Kopernika, Toruniu

<sup>2</sup>Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, *Collegium Medicum* Uniwersytet Medyczny im. Mikołaja Kopernika, Toruniu

<sup>3</sup>Zakład Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek, *Collegium Medicum* Uniwersytet Medyczny im. Mikołaja Kopernika, Toruniu

# Poczucie koherencji i poczucie własnej skuteczności jako wyznaczniki akceptacji choroby w grupie pacjentów przewlekle chorych

Sense of coherence and self-efficacy as determinants of acceptance of the disease in a group of chronically ill patients

Badania finansowane z grantu nr 980 na utrzymanie potencjału badawczego Katedry i Zakładu Promocji Zdrowia CM UMK w Toruniu

### STRESZCZENIE

**Wstęp.** Choroby przewlekłe są najpoważniejszym problemem społecznym i zdrowotnym społeczeństw, wyzwaniem dla współczesnego pielęgniarstwa. Najlepszą strategią radzenia sobie z chorobą jest jej akceptacja. Stanowi ona wyznacznik sposobu funkcjonowania im wyższy stopień, tym lepsze przystosowanie oraz mniejsze nasilenie negatywnych emocji. Głównym celem badań była próba ustalenia wyznaczników akceptacji choroby u pacjentów z przewlekłymi schorzeniami.

**Materiał i metody.** Przebadano razem 373 osoby przewlekle chore, w tym 246 (66%) kobiet i 127 (34%) mężczyzn. Grupa była wewnętrznie zróżnicowana ze względu na zmienne społeczno-demograficzne i stan zdrowia. W badaniu zastosowano Kwestionariusz SOC-29, Kwestionariusz GSES i Skalę AIS do badania akceptacji choroby.

**Wyniki.** Badane osoby cechują się zróżnicowanym nasileniem poczucia koherencji i jej składowych, przeciętnym nasileniem poczucia własnej skuteczności i akceptacji choroby. Stopień nasilenia akceptacji choroby różnicował poziom wszystkich analizowanych zasobów osobistych. Analiza regresji wykazała, że im większe poczucie zrozumiałości, poczucie własnej skuteczności i młodszy wiek, tym większa akceptacja choroby cechowała badanych pacjentów.

**Wnioski.** Poczucie koherencji i uogólnione poczucie własnej skuteczności stanowią istotny element wyznaczający poziom akceptacji choroby u pacjentów. W procesie przygotowania pacjenta do funkcjonowania z chorobą przewlekłą należy uwzględnić rolę zasobów osobistych.

**Problemy Pielęgniarstwa 2014; 22 (2): 239–245**

**Słowa kluczowe:** poczucie koherencji; poczucie skuteczności; choroba przewlekła

### ABSTRACT

**Introduction:** Chronic diseases are the most serious social and health problem of societies, a challenge to modern nursing. The best strategy for coping with the disease is acceptance of the disease. It is a determinant of the way of functioning – the higher the degree is, the better the adaptation is and the less severe negative emotions are. The main objective of this research was to establish the determinants of acceptance of the disease in a group of chronically ill patients.

**Materials and methods:** The group consisted of 373 patients chronically ill, including 246 (66%) women and 127 (34%) men. The group was internally differentiated according to socio-demographic variables and health. Questionnaire SOC-29, questionnaire GSES and the AIS scale were used to study the acceptance of the disease.

Adres do korespondencji: dr n. med. Anna Andruszkiewicz, Katedra i Zakład Promocji Zdrowia tel./faks: 52 585 21 94; e-mail: anna.andruszkiewicz@cm.umk.pl

**Results:** The subjects are characterized by different intensity of the sense of coherence and components, the average intensity of self-efficacy and acceptance of the disease. The severity of acceptance of the disease differentiated in terms of levels of all analyzed personal resources. Regression analysis showed that factors such as high sense of comprehensibility, self-efficacy, and the younger age contribute to the greater acceptance of the disease among the patients.

**Conclusions:** Sense of coherence and self-efficacy are important factors determining the level of acceptance of the disease. In the process of preparing a patient for the functioning in a chronic disease, special attention needs to be paid to the role of personal resources.

Nursing Topics 2014; 22 (2): 239–245

**Key words:** sense of coherence; self-efficacy; chronic illness

## Wstęp

Choroby przewlekłe są współcześnie problemem społecznym i zdrowotnym społeczeństw, wyzwaniem dla światowych systemów ochrony zdrowia i pielęgniarstwa. Postęp w obszarze nauk medycznych i psychologii doprowadził do rozwoju badań identyfikujących elementy osobowości, które odgrywają istotną rolę modyfikującą w stosunku do czynników ryzyka i pomagają człowiekowi w przystosowaniu się do choroby oraz w poradzeniu sobie z nią i jej skutkami. Czynniki te uzyskały miano zasobów osobistych [1]. Na gruncie psychologii zdrowia nazywane są potencjałami zdrowia [2, 3]. Zasoby chronią niejako człowieka i mogą być wykorzystane dla zaspokojenia jego potrzeb, dążeń i celów pomagają mu w radzeniu sobie z sytuacją trudną, a taką niewątpliwie jest choroba przewlekła [4–6]. Można do nich zaliczyć między innymi poczucie koherencji (SOC, *sense of coherence*) i uogólnione poczucie własnej skuteczności.

Poczucie koherencji to względnie trwałe nastawienie decydujące o zasadniczym sposobie spostrzegania i rozumienia świata. Jest to złożona zmienna podmiotowa, na którą składają się trzy komponenty: zrozumiałość, zaradność i sensowność pozostające ze sobą w ścisłych związkach [7–9]. Wysokie SOC jest predyktorem sprzyjającym aktywnej, konstruktywnej postawie jednostek w zmaganiu się z sytuacją choroby. Według Antonovsky'ego, silne SOC sprzyja lepszej akceptacji choroby i ograniczeń związanych z nią i terapią, lepszemu funkcjonowaniu w chorobie [7, 10].

Poczuciu własnej skuteczności przypisuje się w psychologii zdrowia szczególne znaczenie, stanowi jeden z zasadniczych mechanizmów samoregulacji ludzkich zachowań. Uogólnione poczucie własnej skuteczności postrzegane jest jako możliwość zmiany własnego zachowania. Jest to przekonanie o własnej zdolności do radzenia sobie z problemami, do mobilizowania własnych zasobów i działań niezbędnych do sprostania wymogom sytuacyjnym [11]. Osoba o silnym poczuciu własnej skuteczności uważa, że od jej działań zależy zmiana rzeczywistości oraz że jest w stanie podjąć dane działanie [12].

Akceptacja choroby wiąże się z uznaniem jej ograniczeń. Gdy jest większa, wskazuje na lepsze przystosowanie i mniejsze poczucie dyskomfortu psychicznego. Zaakceptować własne schorzenie to rozpoznać i zrozumieć ograniczenia oraz straty z niego wynikające [6, 13]. Pacjenci akceptujący chorobę wykazują optymistyczne podejście do życia, zaufanie do personelu medycznego i metod leczenia [14]. Ponadto rozumieją istotę choroby, chętniej uczestniczą w procesie leczenia i wdrażają zmiany w stylu życia. Akceptacja daje im poczucie bezpieczeństwa. Taka postawa wpływa na poprawę stanu fizycznego i psychicznego chorego [15, 16].

Akceptacja jest złożonym i długotrwałym procesem. Elementem przygotowania pacjenta do samoopieki jest pomoc w zaakceptowaniu choroby i stworzenie adekwatnego jej obrazu, co znacząco przyczynia się do poprawy funkcjonowania chorego. Biorąc pod uwagę powyższe przesłanki, głównym celem badania była próba ustalenia wyznaczników akceptacji choroby u pacjentów z przewlekłymi schorzeniami. Badane zasoby osobiste ograniczono do poczucia koherencji i uogólnionego poczucia własnej skuteczności.

## Materiał i metody

Przebadano razem 373 osoby chore, w tym: 246 kobiet (66%) i 127 mężczyzn (34%). Kryterium włączenia do grupy był fakt występowania choroby przewlekłej. Badane kobiety i mężczyźni byli w podobnym wieku, jednak grupa wewnętrznie była zróżnicowana (tab. 1).

Najwięcej badanych osób miało wykształcenie średnie (43,03%) i wyższe (35,06%), a najmniej miało wykształcenie podstawowe (3,19%). Najwięcej badanych osób mieszkało z rodziną (67,59%), a najmniej w instytucji (1,23%).

W badaniu zostały wykorzystane cztery narzędzia:

- arkusz danych społeczno-demograficznych, który posłużył do opisanego badanej grupy;
- Skala Akceptacji Choroby (AIS, *Acceptance of Illness Scale*) została skonstruowana przez Felton,

**Tabela 1.** Średni wiek badanych osób**Table 1.** The average age of the respondents

	M	SD	Min.	Maks.
Kobiety	51,12	13,79	20,00	85,00
Mężczyźni	51,12	13,57	21,00	82,00
Ogółem (n = 373)	51,12	13,70	20,00	85,00

SD (*standard deviation*) — odchylenie standardowe

**Tabela 2.** Średnie wyniki surowe (M), odchylenie standardowe (SD) w zakresie analizowanych zmiennych dla badanej grupy (N = 373)**Table 2.** Average raw scores (M), standard deviation (SD) in terms of the analyzed variables for the study group (N = 373)

Analizowane zmienne	N ważnych	M	SD	Min.	Maks.
Akceptacja choroby	373	27,26	7,55	8,00	40,00
SOC-1					
zrozumiałość	373	45,73	9,38	17,00	69,00
SOC-2					
zaradność	373	46,26	9,50	5,00	69,00
SOC-3					
sensowność	373	39,97	8,44	16,00	59,00
SOC					
globalne poczucie koherencji	373	132,00	23,62	66,00	185,00
Poczucie własnej skuteczności	373	29,04	4,81	12,00	41,00
Poczucie własnej skuteczności — sten	373	6,24	1,79	1,00	13,00

Revenson i Hinrichsena. Służy ona do pomiaru stopnia akceptacji choroby. Skala AIS przeznaczona jest do badania osób dorosłych, które są aktualnie chore (przy czym narzędzie to może być wykorzystywane w każdej chorobie). Im większa akceptacja choroby, tym lepsze przystosowanie i mniejsze poczucie dyskomfortu psychicznego. Suma punktów od 8–40 jest ogólną miarą stopnia akceptacji choroby. Skala AIS posiada zadowalające właściwości psychometryczne. Rzetelność mierzona współczynnikiem alfa Cronbacha wyniosła 0,85 [14].

- kwestionariusz Orientacji Życiowej SOC-29. Metoda została stworzona przez Antonovsky'ego i służy do pomiaru poczucia koherencji. Wyniki oblicza się za pomocą odpowiednich kluczy, które pozwalają określić globalne SOC oraz trzy jego składowe [7, 17]. Ocena polskiej wersji Kwestionariusza SOC-29 wykazała bardzo wysoką rzetelność narzędzia alfa Cronbacha równą 0,78 [17].

- Skalę Uogólnionej Własnej skuteczności (GSES, *Generalized Self-Efficacy Scale*) autorstwa Schwarzer, Jerusalema (polska adaptacja: Juczyński) służącą do pomiaru uogólnionego poczucia własnej skuteczności. Skala składa się z 10 stwierdzeń, które wchodzi w skład jednego czynnika. Wyniki są liczone według klucza. Należy je interpretować w odniesieniu do norm stenowych. Wyniki przypadają na steny 5 i 6 uznaje się za przeciętne, na steny 1–4 za niskie, a steny 7–10 — za wysokie. Uzyskane wyniki pozwoliły określić wartość współczynnika alfa Cronbacha równą 0,85 [14].

#### Analiza statystyczna

Badania zostały zrobione w modelu korelacyjnym. Zastosowano następujące testy statystyczne: do opisu zmiennych w grupach średnią (M) i odchylenie standardowe (SD) oraz liczebność (f) i procent (%); do określenia istotności różnic pomiędzy średnimi parametryczny test t-Studenta (zmienne miały

**Tabela 3.** Istotność różnic między średnimi w zakresie poczucie koherencji i jej składowych między badanymi mężczyznami i kobietami**Table 3.** The significance of differences in the mean results in terms of sense of coherence and its components between men and women studied

Poczucie koherencji	Kobiety n = 246		Mężczyźni n = 127		t	p
	M	SD	M	SD		
AIS — Akceptacja choroby	26,95	7,58	27,86	7,48	-1,100	0,272
SOC-1 zrozumiałość	45,24	9,69	46,68	8,70	-1,404	0,161
SOC-2 zaradność	45,76	9,46	47,21	9,53	-1,398	0,163
SOC-3 sensowność	39,83	8,44	40,23	8,46	-0,428	0,669
SOC — globalne poczucie koherencji	130,89	24,18	134,15	22,43	-1,265	0,207
Poczucie własnej skuteczności	28,91	4,97	29,29	4,50	-0,732	0,465
Poczucie własnej skuteczności — sten	6,13	1,82	6,43	1,72	-1,530	0,127

**Tabela 4.** Liczebność badanych ze względu na nasilenie akceptacji choroby**Table 4.** The number of respondents in view of the increased acceptance of disease

Nasilenie akceptacji choroby	Liczba	Liczba skumulowana	Odsetek	Odsetek skumulowany
Niskie	30	30	8,04	8,04
Przeciętne	163	193	43,70	51,74
Wysokie	180	373	48,26	100,00

rozkład normalny) lub test nieparametryczny Test U Manna-Whitneya, gdy zmienne nie miały rozkładu normalnego; analizę regresji. Na prowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu.

## Wyniki

W pierwszym etapie badań dokonano określenia struktury analizowanych zmiennych. Badane osoby cechowały się zróżnicowanym nasileniem poczucia koherencji i jej składowych, przeciętnym nasileniem uogólnionego poczucia własnej skuteczności i akceptacji choroby (tab. 2). Mężczyźni nie różnią się istotnie od kobiet w zakresie analizowanych zmiennych (tab. 3).

### Zasoby osobiste jako wyznaczniki akceptacji choroby

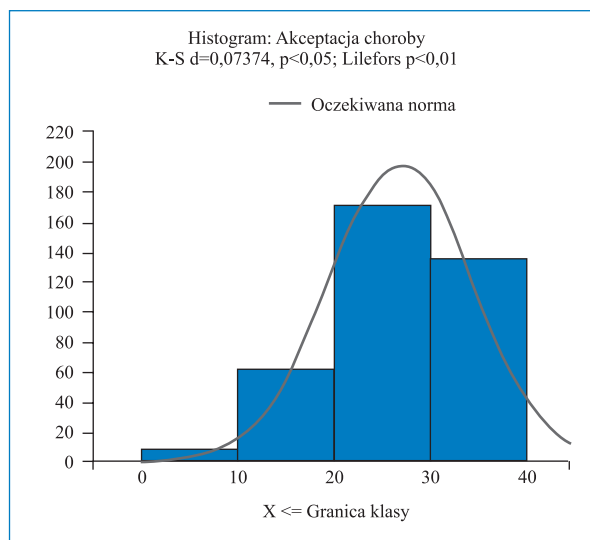
Następnie sprawdzono czy badani chorzy różnią się w zakresie posiadanych zasobów w zależności od poziomu akceptacji choroby. Biorąc pod uwagę przeciętne odchylenie od średniej wyników mierzone odchyleniem standardowym SD, wyodrębniono trzy poziomy akceptacji choroby: 8–15 punktów — poziom

niski, 16–28 punktów — poziom średni, 29–40 punktów — poziom wysoki. Uzyskane wyniki wskazują na duże zróżnicowanie stopnia nasilenia akceptacji choroby w badanej grupie. Najwięcej osób cechuje wysokie i przeciętne nasilenie poziomu akceptacji choroby, a najmniej niskie (tab. 4 i ryc. 1).

W celu porównania grup w zakresie nasilenia zasobów osobistych ze względu na poziom akceptacji choroby pominięto osoby o niskim poziomie akceptacji, ze względu na ich niewielką liczebność. Do analiz włączono osoby o przeciętnym i wysokim poziomie akceptacji choroby i sprawdzono, czy różnią się one między sobą w zakresie nasilenia analizowanych zasobów osobistych.

Stopień nasilenia akceptacji choroby różnicował poziom wszystkich analizowanych zasobów osobistych (tab. 5). Osoby z wysoką akceptacją choroby cechują się istotnie większym nasileniem poczucia koherencji i jego składowych oraz uogólnionego poczucia własnej skuteczności niż osoby o przeciętnie nasilonej akceptacji.

Na kolejnym etapie wykonano analizę regresji. Do modelu włączono wiek badanych, poczucie własnej skuteczności oraz podskale poczucia koherencji.



**Rycina 1.** Rozkład odpowiedzi uzyskanych w badaniu skalą akceptacji choroby

**Figure 1.** The distribution of answers received in the study according to the scale of acceptance of disease

Wartość predykcyjna modelu była istotna ( $R = 0,521$ ;  $R^2 = 0,271$ ; Skorygowany  $R^2 = 0,261$ ;  $F(5,367) = 27,301$ ;  $p < 0,0001$ ). Szczególną rolę odgrywało poczucie zrozumiałości, które w zespole cech wyjaśniało około 22% akceptacji choroby, następnie wiek, który w zespole cech wyjaśniał około 19% tej zmienności, oraz uogólnione poczucie własnej skuteczności, które wyjaśniało 13% zmienności AIS (tab. 6). Im większe poczucie zrozumiałości, uogólnione poczucie własnej skuteczności i młodszy wiek, tym większa akceptacja choroby cechowała badanych pacjentów.

## Dyskusja

Uzyskane wyniki pozwalają stwierdzić, że badane osoby uzyskały: wartość globalnego poczucia koherencji równą  $M = 132,00$ , co jest wynikiem zbliżonym do wartości normatywnych wskazanych przez Antonovsky'ego (133–160) [7]. Badania innych autorów wskazują na duże zróżnicowanie wartości globalnego poczucia koherencji u pacjentów przewlekle chorych i tak w grupie pacjentów z przewlekłą niewydolnością nerek uzyskano wynik  $M = 121,76$  [18]. W badaniach pacjentów z chorobami psychosomatycznymi Kirenko i Byra wyznaczyli przedziały. Globalne poczucie koherencji w zakresie 101–152 punktów wyznaczało przedział wyników przeciętnych [19]. W badaniach własnych uzyskano: przeciętne nasilenie poczucia własnej skuteczności  $M = 29,04$  (sten = 6,24). Podobne wyniki uzyskała Basińska w grupie pacjentów z cukrzycą typu 1  $M = 29,63$  [6] oraz zaobserwowano podobne wartości poziomu akceptacji choroby  $M = 27,26$  jak w innych grupach: u pacjentów z przewlekłą niewydolnością nerek  $M = 25,56$  [18], astmą oskrzelową  $M = 29,4$  [20], pacjentów z łuszczycą  $M = 27,46$  [21]. Należy zwrócić uwagę, że w badanej grupie mężczyźni nie różnili się istotnie od kobiet w zakresie akceptacji choroby. W badaniach pacjentów z różnymi schorzeniami nie stwierdzono różnic w grupie kobiet i mężczyzn na poziomie akceptacji choroby: u pacjentów kardiologicznych (wszczepionym rozrusznikiem serca) [22], astmą oskrzelową [20], łuszczycą [21]. Natomiast Niedzielski i wsp. wykazali znacznie niższy poziom akceptacji choroby u kobiet przewlekle chorych [16].

Wyniki badań własnych w kontekście badań innych autorów pokazują, jak istotne znaczenie dla funkcjonowania człowieka z przewlekłą chorobą mają

**Tabela 5.** Istotność różnic w poziomie zasobów osobistych ze względu na poziom AIS — wyniki testu *t*-Studenta i U Manna-Whitneya

**Table 5.** The significance of differences in the level of personal resources due to the level of the AIS — the results of *t*-Student and U Mann-Whitney tests

Analizowane zmienne	Przeciętne AIS N = 163		Wysokie AIS N = 180		t/z*	p
	M	SD	M	SD		
SOC-1 zrozumiałość	43,85	8,47	48,87	8,86	-5,343	0,00001
SOC-2 zaradność	44,63	8,50	49,21	9,15	-4,792	0,00001
SOC-3 sensowność	38,22	7,67	42,97	7,26	-5,986*	0,00001
SOC — globalne poczucie koherencji	126,36	20,64	141,43	21,03	-6,687	0,00001
Poczucie własnej skuteczności	28,07	4,57	30,61	3,94	-5,521	0,00001
Poczucie własnej skuteczności — sten	5,83	1,74	6,84	1,45		

**Tabela 6.** Wyniki analizy regresji wielokrotnej zmiennej zależnej — akceptacja choroby w grupie badanych chorych  
**Table 6.** The results of multiple regression analysis of the dependent variable — the acceptance of disease in the patient study group

Zmienne niezależne	b*	Błąd standardowy — z b*	b	Błąd standardowy — z b	T (367)	p
W. wolny			10,07	2,64	3,82	0,0002
Wiek	-0,195	0,045	-0,11	0,02	-4,31	0,0001
SOC-1 zrozumiałość	0,219	0,060	0,18	0,05	3,66	0,0003
SOC-2 zaradność	0,121	0,067	0,10	0,05	1,80	0,0727
SOC-3 sensowność	0,111	0,065	0,10	0,06	1,72	0,0861
Poczucie własnej skuteczności	0,135	0,055	0,21	0,09	2,46	0,0144

jego zasoby osobiste: poczucie koherencji i poczucie własnej skuteczności. Stopień nasilenia akceptacji choroby różnicował poziom wszystkich analizowanych zasobów osobistych. Osoby z wysoką akceptacją choroby cechują się istotnie większym nasileniem poczucia koherencji i jego składowych oraz uogólnionego poczucia własnej skuteczności niż osoby o przeciętnie nasilonej akceptacji. Analiza regresji wykazała szczególną funkcję jaką pełni poczucie zrozumiałości, które w zespole cech wyjaśniało około 22% zmienności akceptacji choroby, następnie wiek, który w zespole cech wyjaśniał około 19% tej zmienności, oraz uogólnione poczucie własnej skuteczności, które wyjaśniało 13% zmienności AIS. Wydaje się to logiczne, jeżeli weźmiemy pod uwagę, że pojęcie zrozumiałość to zdolność zrozumienia rzeczywistości zarówno zewnętrznej, jak i wewnętrznej, postrzeganie napływających bodźców jako zrozumiałych i posiadających sens. W odniesieniu do przyszłości zrozumiałość pozwala sądzić, że będzie możliwe uporządkowanie sytuacji i opanowanie niekorzystnych wydarzeń [23]. Wyższy poziom akceptacji choroby w grupie młodszych pacjentów wykazano również w badaniach pacjentów kardiologicznych [22] z astmą oskrzelową [20] oraz w grupie chorych przewlekle [16], natomiast w grupie chorych z łuszczycą [21] takich różnic nie stwierdzono, być może wynika to ze specyfiki tego schorzenia. Uogólnione poczucie własnej skuteczności okazało się również istotnym wskaźnikiem akceptacji choroby. Jak pokazują badania w schorzeniach przewlekłych, takich jak: astma, cukrzyca, zawał serca poczucie własnej skuteczności pełni funkcję mediatora w stosunku do skutków zdrowotnych, zabezpiecza przed negatywnym nastrojem i pogorszeniem psychicznego i fizycznego stanu zdrowia [24].

Uzasadnione wydaje się dalsze poszukiwanie czynników wpływających na akceptację choroby, zwłaszcza że, jak wykazują badania, jej wysoki poziom znacząco poprawia funkcjonowanie chorych.

### Wnioski

- Poczucie koherencji i poczucie własnej skuteczności stanowią istotny element wyznaczający poziom akceptacji choroby u pacjentów.
- W procesie przygotowania pacjenta do funkcjonowania z chorobą przewlekłą należy uwzględnić rolę zasobów osobistych.

### Piśmiennictwo

1. Sęk H. Salutogeneza i funkcjonalne właściwości poczucia koherencji. W: Sęk H., Pasikowski T (red.). *Zdrowie-Stres-Zasoby*. Wyd. Fundacji Humaniora, Poznań 2001: 13–14.
2. Heszen, I., Sęk, H. *Psychologia zdrowia*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
3. Basińska M.A., Woźniewicz, A. Inteligencja emocjonalna pacjentów chorych na łuszczycę jako wyznacznik akceptacji choroby. *Przegl. Dermatol.* 2012; 99: 202–209.
4. Poprawa R. Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem. W: Dolińska-Zygmunt G. (red.). *Podstawy psychologii zdrowia*. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001: 143–155.
5. Mudyń K. Czy można mieć zasoby nie mając do nich dostępu? Problem dostępności zasobów. W: Juczyński Z., Ogińska-Bulik N. (red.). *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki*. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2003: 63–77.
6. Basińska M.A. Funkcjonowanie psychiczne pacjentów w wybranych chorobach endokrynologicznych. Uwarunkowania somatyczne i osobowościowe. Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz 2009.
7. Antonovsky A. *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Wydawnictwo Fundacji IPN, Warszawa 1995.

8. Pasikowski T. Stres i zdrowie. Podejście salutogenetyczne. Wydawnictwo Humaniora, Poznań 2000.
9. Motyka M. Koncepcja salutogenetyczna A Antonovsky'ego z perspektywy psychologii zdrowia. *Pielęg. XXI wieku* 2005; 3 (12): 39–42.
10. Delgado Ch. Sence of coherence, spirituality, stress and quality of life in chronic illness. *J Nurs Schol* 2007; 39 (3): 229–234.
11. Bandura A. Self-Efficiency mechanism in human agency. *American Psychologist* 1982; 37 (2) 1982: 122–147.
12. Łuszczynska A., Schwarzer R. Od ogólnych do specyficznych przekonań o własnej skuteczności — utrzymywanie i odzyskiwanie zdrowia w świetle teorii społeczno-poznawczej. W: Brzeziński J. M., Cierpiakowska L. (red.). *Zdrowie i choroba. Problemy teorii, diagnozy i praktyki*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne GWP, Gdańsk 2008.
13. Teolford, K., Kralik, D., Koch, T. Acceptance and denial: implications for people adapting to chronic illness literature review. *J. Adv. Nurs.* 2006; 55 (4): 457–464.
14. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia, Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2001.
15. Ogińska-Bulik N., Kozak G. Akceptacja choroby jako wyznacznik radzenia sobie z chorobą nowotworową u pacjentów opieki paliatywnej. *Psychoonkologia* 2002; 6 (1): 21–25.
16. Niedzielski A., Humeniuk E., Błazik P., Fedoruk D. Stopień akceptacji choroby w wybranych chorobach przewlekłych. Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2007.
17. Koniarek J., Dudek B., Makowska Z. Kwestionariusz Orientacji Życiowej. Adaptacja The Sense of Coherence Questionnaire (SOC) A. Antonovsky'ego. *Przegl. Psychol.* 1993; 36: 491–502.
18. Stachowiak-Andrysiak M., Stelcer B., Mikstacki A., Kuliński D., Tamowicz B. Ocena stanu psychicznego pacjentów z przewlekłą niewydolnością nerek (PNN) i ich adaptacja do stresu spowodowanego chorobą. *Medical News* 2012; 81 (6): 636–640.
19. Kirenko J., Byra S. Zasoby osobiste w chorobach psychosomatycznych. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2008.
20. Rusin-Pawełek E., Uchmanowicz I., Jankowska-Polańska B., Panaszek B., Fal M.A. Akceptacja choroby pacjentów chorych na astmę oskrzelową a kontrola astmy oskrzelowej. *Współczesna alergologia* 2012; 7, 3–4 (28): 61–8.
21. Basińska M. A., Kasprzak A. Związek między strategiami radzenia sobie ze stresem a akceptacją choroby w grupie osób chorych na łuszczycę. *Przegl. Dermatol.* 2012; 99: 692–700.
22. Rolka H., Pilecka E., Kowalewska B., Krajewska-Kułak E., Jankowiak B., Klimaszewska K, Kowalczyk K. Ocena akceptacji choroby i jakości życia pacjentów ze wszczepionym rozrusznikiem serca. *Piel. Zdr. Publ.* 2012; 2 (3): 183–192.
23. Dolińska-Zygmunt G. Orientacja salutogeniczna w problematyce zdrowotnej. Model Antonovsky'ego. *Acta Universitatis Wratislaviensis* 1996; 1818: 17–29.
24. Kuijer R.G., de Ridder D.T.D. Discrepancy in illness-related goals and quality of life in chronically ill patients: the role of self-efficacy. *Psychology and Health* 2003; 18 (3): 313–330.